

**Frecuencia de manifestaciones orales en pacientes con VIH de una fundación de Cali
en el segundo semestre de 2009.**



Autores:

Delgado Aramburo, Luisa María
Moreno Ángel, Shirley
Zuluaga Alvis, Norelly Estefania

Asesores científicos y metodológicos

Martínez Cajas, Carlos Humberto

Asesor estadístico

Mueses Marín, Héctor Fabio

Artículo producto de investigación como trabajo de grado para optar al título de odontólogo.

Institución Universitaria Colegios de Colombia
Colegio odontológico colombiano - COC
Sede Santiago de Cali.
2010-05-30

FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES CON VIH DE UNA FUNDACION DE CALI EN EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2009

¹Delgado Luisa María, ¹Moreno Shirley, ¹Zuluaga Norelly Estefanía,
²Martínez Carlos, ³Múeses Héctor.

¹Estudiantes noveno semestre de odontología, Institución Universitaria
Colegios de Colombia - UNICOC Colegio Odontológico Santiago de Cali.
²Asesor metodológico OD., ³Asesor estadístico MEP.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de lesiones orales en pacientes con VIH de una fundación de Cali en segundo semestre de 2009

Metodología: Estudio observacional descriptivo de prevalencia. Mediante encuesta se indagó sobre las variables socio-demográficas, tratamiento retroviral. Se evaluó clínicamente la cavidad oral de los participantes para identificar las lesiones de tejidos blandos, adicionalmente se realizó conteo de CD4 se determinó el estadio de la infección.

Resultados: Se evaluaron 150 pacientes con un promedio de edad de 38.8 ± 10.23 , de los cuales 112 fueron hombres que corresponden al 74.6% y 36 mujeres que equivale al 25.3%. Un 23.3% de los sujetos en estudio refieren tener hábito de fumar.

El examen clínico permitió identificar que el 53.3% de los pacientes presentó gingivitis, el 38% sufría de periodontitis; las ulceraciones se evidenciaron en el 21.3%. (Ver tabla1)

Además, se encontró leucoplasia vellosa en 13 pacientes equivalente a 8.67%, 11 pacientes presentaron eritema gingival lineal que corresponde al 7.3%, Se encontró 9 pacientes con queilitis angular que equivale al 6%, se halló en 5 pacientes candidiasis seudomembranosa con un 3.33%, tan solo 1 paciente presentó herpes labial con un 0.6%, ningún paciente presentó candidiasis eritematosa, periodontitis ulcerativa necrotizante, tumores cancerígenos malignos ni sarcoma de Kaposi. (Ver tabla1)

Conclusiones: La introducción de las terapias antirretrovirales de alta eficacia ha dado como resultado, en nuestra población de pacientes estudiados desde la estomatología, una reducción estadísticamente significativa de las lesiones consideradas asociadas a la infección por VIH en el período de tiempo estudiado bajo la instalación de terapia antirretroviral combinada de alta eficacia.

Palabras clave: Lesiones orales, VIH, recuento de linfocitos CD4

ABSTRACT

Objective: Determine the frequency of oral lesions in patients with HIV from a foundation of Cali in the second half of 2009

Methods: Observational descriptive prevalence. By survey explored the socio-demographic variables, antiretroviral treatment. Clinical evaluation was oral cavity of the participants to identify soft tissue injuries, additional CD4 count was done it was determined the stage of infection.

Results: We recruited 150 patients with an average age of 38.8 ± 10.23 , of which 112 were men who belong to 36 women 74.6% and equivalent to 25.3%. 23.3% of study subjects reported having smoking habit.

Clinical examination identified that 53.3% of patients had gingivitis, 38% suffered from periodontitis, the ulcers were found in 21.3%. (See table 1)

In addition, hairy leukoplakia was found in 13 patients, equivalent to 8.67%, 11 patients had linear gingival erythema corresponding to 7.3%, 9 patients were found with angular cheilitis is equivalent to 6%, was found in 5 patients with pseudomembranous candidiasis 3.33%, only one patient presented with labial herpes 0.6%, no patient presented erythematous candidiasis, necrotizing ulcerative periodontitis, malignant or cancerous tumors of Kaposi sarcoma. (See table 1)

Conclusions: The introduction of highly effective antiretroviral therapies has resulted in our population of patients studied from the dentistry, a statistically significant reduction of injuries considered associated with HIV infection in the time period studied under installation Combination antiretroviral therapy highly effective.

Keywords: oral lesions, HIV, CD4 count

INTRODUCCION

El VIH (virus de inmunodeficiencia humana) es el virus que causa el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Este virus puede ser transmitido de una persona a otra cuando sangre, semen o secreciones vaginales infectadas entran en contacto con las membranas mucosas o lesiones en la piel de una persona no infectada. Las mujeres embarazadas que portan el virus pueden transmitirlo a sus bebés durante el embarazo, el parto o durante la lactancia materna. (1, 2,3,)

El VIH no puede sobrevivir de forma independiente, sólo puede hacerlo en el interior de una célula, atacando preferentemente a los linfocitos T CD4+, principales responsables de la función adecuada del sistema inmunitario. De esta manera, paraliza progresivamente el sistema antes de que éste haya tenido la posibilidad de organizar sus defensas. Ataca a los macrófagos, responsables de la fagocitosis. (1)

El VIH se incorpora al genoma del linfocito T CD4+ insertando su código genético compuesto por ARN en el ADN de los linfocitos T CD4+. Como ADN y ARN son incompatibles, el virus transforma su código ARN en un código ADN, gracias a la enzima llamada transcriptasa inversa y su acople con la gp120. (1, 3, 8, 13, 16)

Cuando el VIH ha implantado su código genético en el de los linfocitos T CD4+, se multiplica a expensas de estos y finalmente, los destruye. De esta forma el sistema inmunitario se ve progresivamente comprometido. En ese momento empiezan a aparecer las lesiones orales que inician con la acción de las especies reactivas de oxígeno y nitrógeno involucrando el daño oxidativo del ADN en la impresión preliminar.

El VIH en etapas iniciales se manifiesta en el tejido oral como úlceras o aftas producto de una deficiencia inmune inicial o etapa invasiva del VIH a los linfocitos TCD4+ (13). Las primeras lesiones son infecciones oportunistas que aprovechan el desequilibrio inmune que desencadena la presencia del virus en las células del organismo, para lograr esto se debe determinar si es producto de la infección por VIH o una reacción por agentes externos, (3, 14,15) esto se da a pesar de la resistencia de la mucosa bucal y a los diferentes constituyentes antibacterianos de la saliva, como la presencia de IgA secretora de linfocitos y células plasmáticas normales. (1, 2) por lo anterior, la odontología ha tomado un papel determinante al momento de identificar condiciones sistémicas y favorece la emisión del diagnóstico temprano, en aquellas patologías en las cuales se han observado manifestaciones en cavidad oral, tales como sífilis, tuberculosis, entre otras. (1, 2)

El propósito de este estudio es conocer las manifestaciones orales frecuentes en pacientes con VIH.

MATERIALES Y METODOS

Este es un estudio observacional descriptivo de prevalencia. Se realizó una encuesta que indaga sobre las variables socio-demográficas, tratamiento retroviral, de igual forma se evaluó clínicamente la cavidad oral de los participantes para identificar las lesiones de tejidos blandos; mediante conteo de CD4 se determinó el estadio de la infección.

Los sujetos de estudio hacen parte de un grupo de personas invitadas a una campaña dirigida por la Organización de lucha contra el SIDA. El estudio incluyó a aquellos que dieron su consentimiento de forma voluntaria y que tenían diagnóstico VIH positivo confirmado, de los cuales algunos ya se encuentran en tratamiento. En el examen clínico oral se evaluó si el paciente presentaba lesiones en cavidad oral y estas se categorizaron según el origen en bacterianas, micóticas, virales e idiopáticas.

Este estudio fue sometido a evaluación por el Comité de ética de investigación Institucional y según la resolución 8430 se cataloga como un estudio con riesgo mínimo dada la naturaleza rutinaria de procedimientos realizados en esta población como parte del cuidado médico.

RESULTADOS

Se evaluaron 150 pacientes con un promedio de edad de 38.8 ± 10.23 , de los cuales 112 fueron hombres que corresponden al 74.6% y 36 mujeres que equivale al 25.3%. Un 23.3% de los sujetos en estudio refieren tener hábito de fumar.

El estrato socioeconómico predominante en los participantes del estudio fue el estrato bajo (1 y 2) con un 53% y el estrato medio (3 y 4) con 42%, el 5% restante pertenecía al estrato alto (5 y 6).

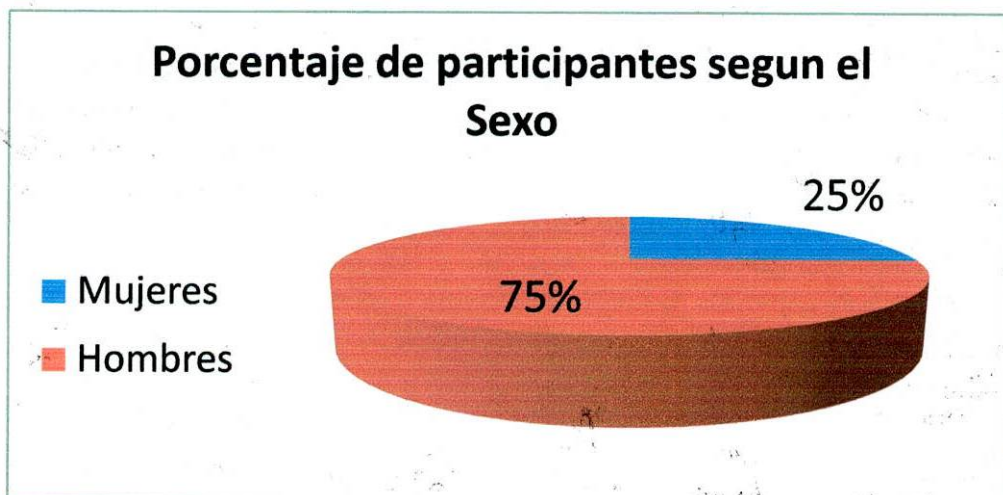


Figura 1. Porcentaje de Participantes según sexo

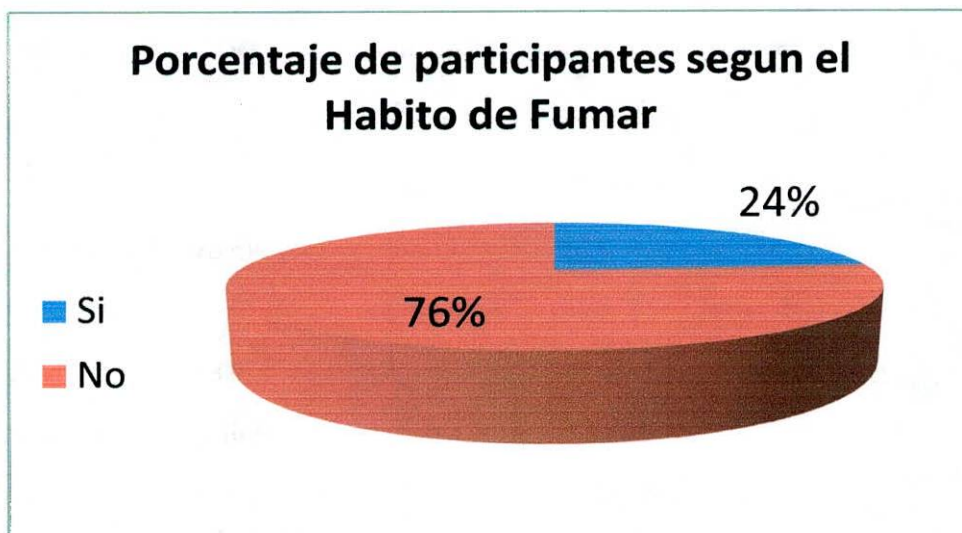


Figura 2. Porcentaje de Participantes según habito de fumar.

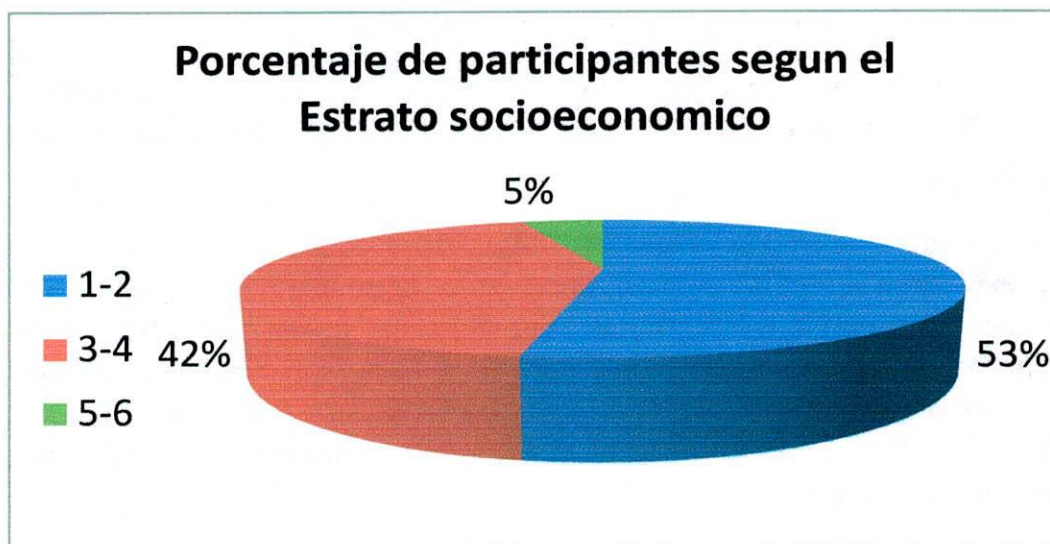


Figura 3. Porcentaje de Participantes según estrato socioeconómico

Tabla 1. Presencia de lesiones orales por tratamiento administrado

	No Nucleósidos n (%)	Nucleósidos n(%)	Inhibidores n (%)	Tratamiento ARV n (%)	Total n (%)
Cand eritematosa	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Cand Pseudomembranosa	3 (3.2)	4 (3.1)	1 (3)	4 (3.1)	5 (3.3)
Eritema Gingival Lineal	7 (7.5)	8 (6.3)	1 (3.0)	8 (6.3)	11 (7.3)
Gingivitis	54 (58.1)	69 (53.9)	15 (45.5)	69 (53.9)	80 (53.33)
Herpes Labial	1 (1.1)	1(0.8)	0 (0.0)%	1 (0.8)	1 (0.67)
Leucoplasia Velloso	9 (9.7)	12 (9.4)	3 (9.1)	12 (9.4)	13 (8.67)
Periodontitis	38 (40.9)	49 (38.3)	11 (33.3)	49 (38.3)	57 (38)
PUN	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Queilitis Angular	6 (6.5)	8 (6.3)	2 (6.1)	8 (6.3)	9 (6)
Sarcoma Kaposi	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tumor Maligno Cancerígeno	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
ulceras	20 (21.5)	28 (21.9)	7(21.2)	28 (21.9)	32 (21.33)

Nota: Los pacientes reciben tratamiento con medicamentos combinados.

El examen clínico permitió identificar que el 53.3% de los pacientes presento gingivitis, el 38% sufría de periodontitis; las ulceraciones se evidenciaron en el 21.3%. (Ver tabla1)

Además, se encontró leucoplasia vellosa en 13 pacientes equivalente a 8.67%, 11 pacientes presentaron eritema gingival lineal que corresponde al 7.3%, Se encontró 9 pacientes con queilitis angular que equivale al 6%, se halló en 5 pacientes candidiasis seudomembranosa con un 3.33%, tan solo 1 paciente presento herpes labial con un 0.6%, ningún paciente presento candidiasis eritematosa, periodontitis ulcerativa necrotizante, tumores cancerígenos malignos ni sarcoma de kaposi. (Ver tabla1)

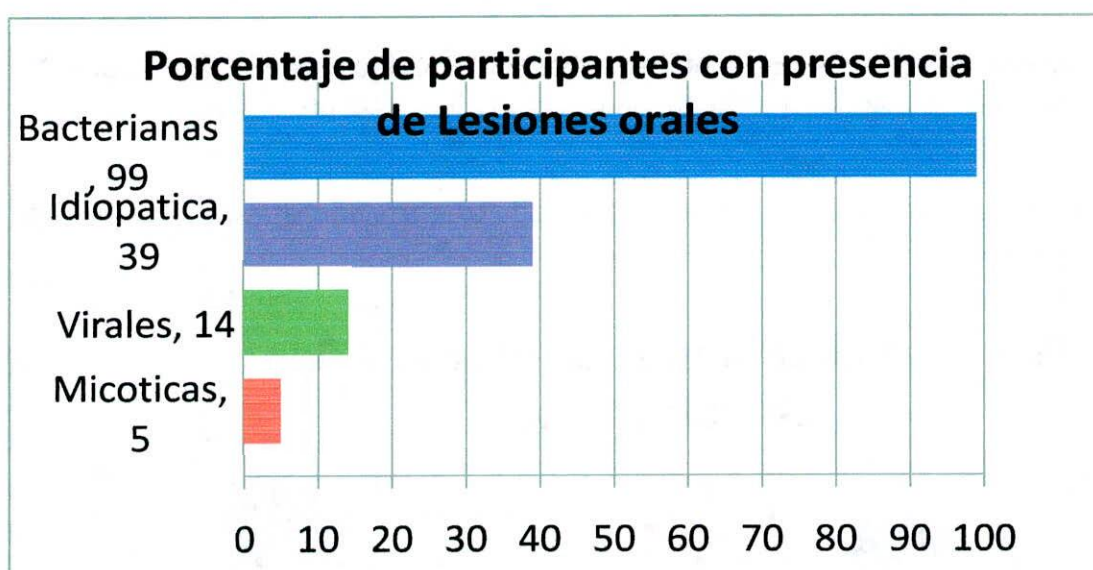


Figura 4. Número de pacientes con presencia de lesiones según tipo de lesión

Los pacientes con edad entre 18-35 años un 61.2% presento lesiones de origen bacteriano, los de edades entre 36-55 un 69.2% y los mayores de 55 años un 70% presento lesiones orales de origen bacteriano.

De los que consumían medicamentos no nucleósidos 72% presento lesiones de origen bacteriano y un 26.8% lesiones en cavidad oral de origen idiopático.

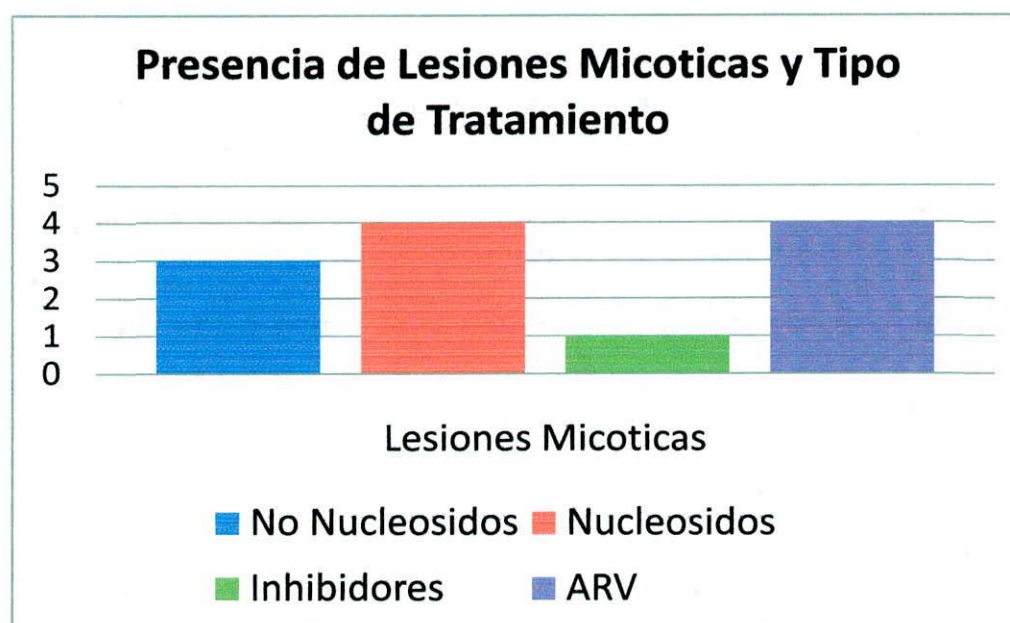
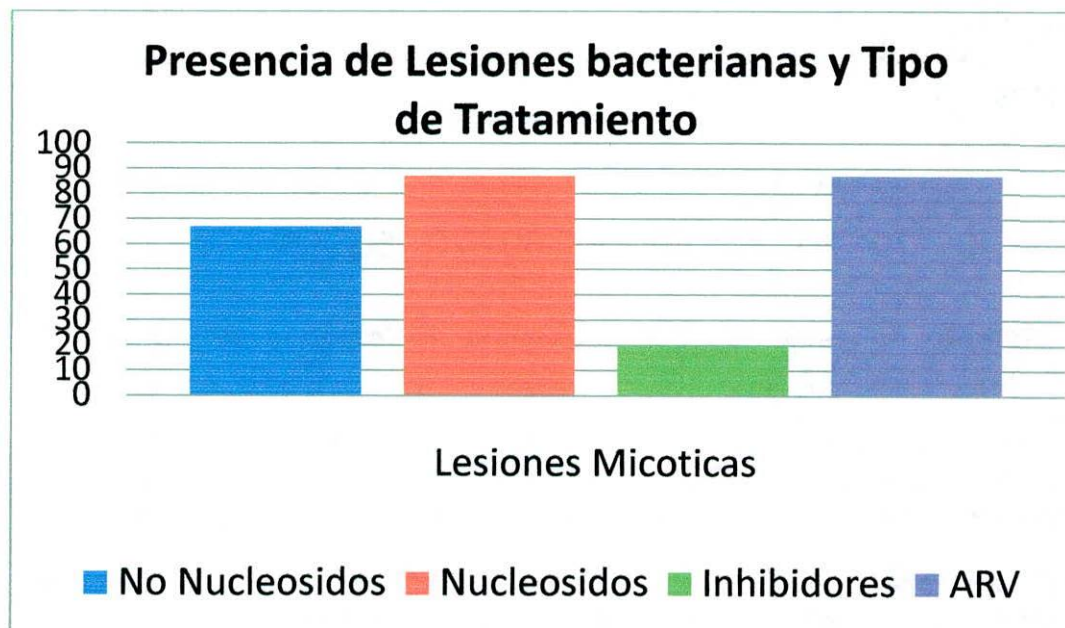


Figura 5 pacientes con de lesiones de origen micotico y tipo de tratamiento usado

Los pacientes que tomaban medicamentos nucleósidos el 67.9% presento lesiones de origen bacteriano y lesiones de origen idiopático un 26.5%.

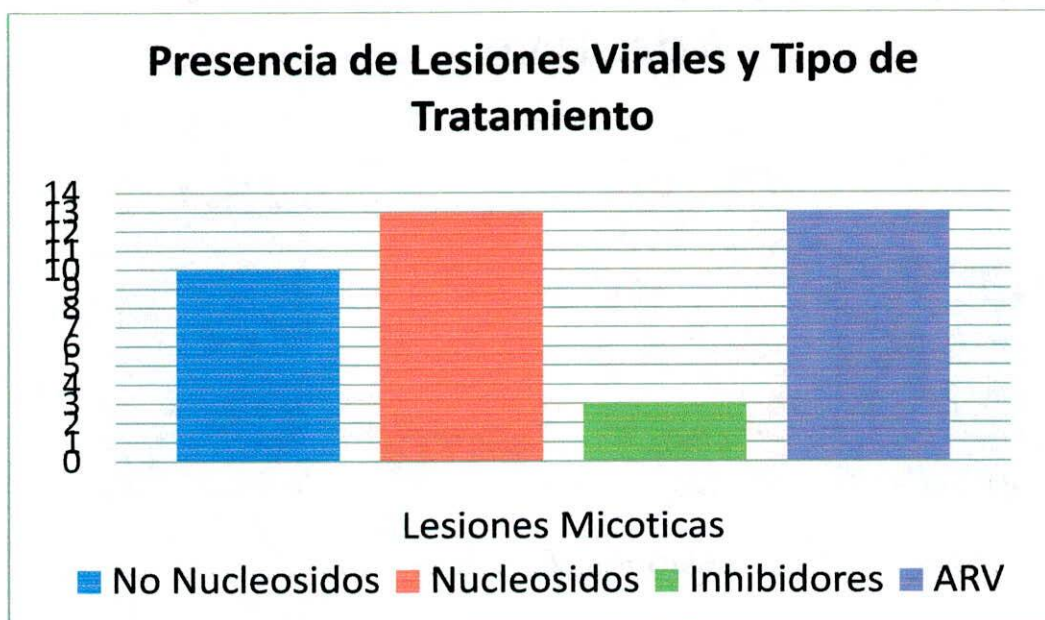
Figura 6. Pacientes con de lesiones de origen bacteriano y tipo de tratamiento usado.



Los pacientes que consumían medicamentos inhibidores un 60.1% presento lesiones orales de origen bacteriano, 24.2% presento lesiones idiopáticas.

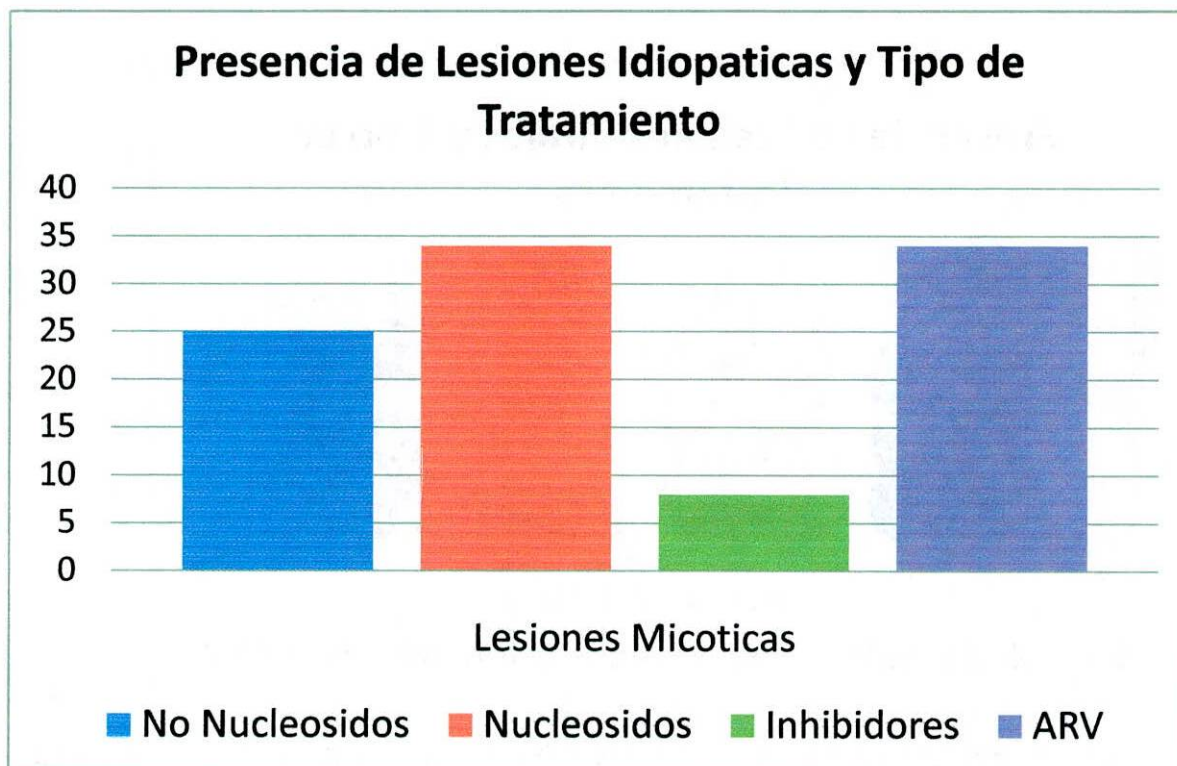
De los que si consumían ARV un 67.9% se presento lesiones de origen bacteriano, 26.5% presento lesiones idiopáticas en cavidad oral.

Figura 7. Pacientes con de lesiones de origen viral y tipo de tratamiento usado



De los pacientes con conteo de linfocitos CD4 menor a 200 un 63.6% presento lesiones, los que tenían conteo por encima o igual a 200 presento un 65.4% lesiones en cavidad oral de origen bacteriano.

Figura 8. Pacientes con de lesiones de origen idiopático y tipo de tratamiento usado



De los pacientes que presentaban Carga Viral menor a 40 un 76.1% presento lesiones orales de tipo bacteriano los que presentaban Carga Viral entre 40-400 un 58% presento lesiones bacterianas y los que tenían Carga Viral mayor a 400 un 56.8% presento lesiones en cavidad oral de origen bacteriano.

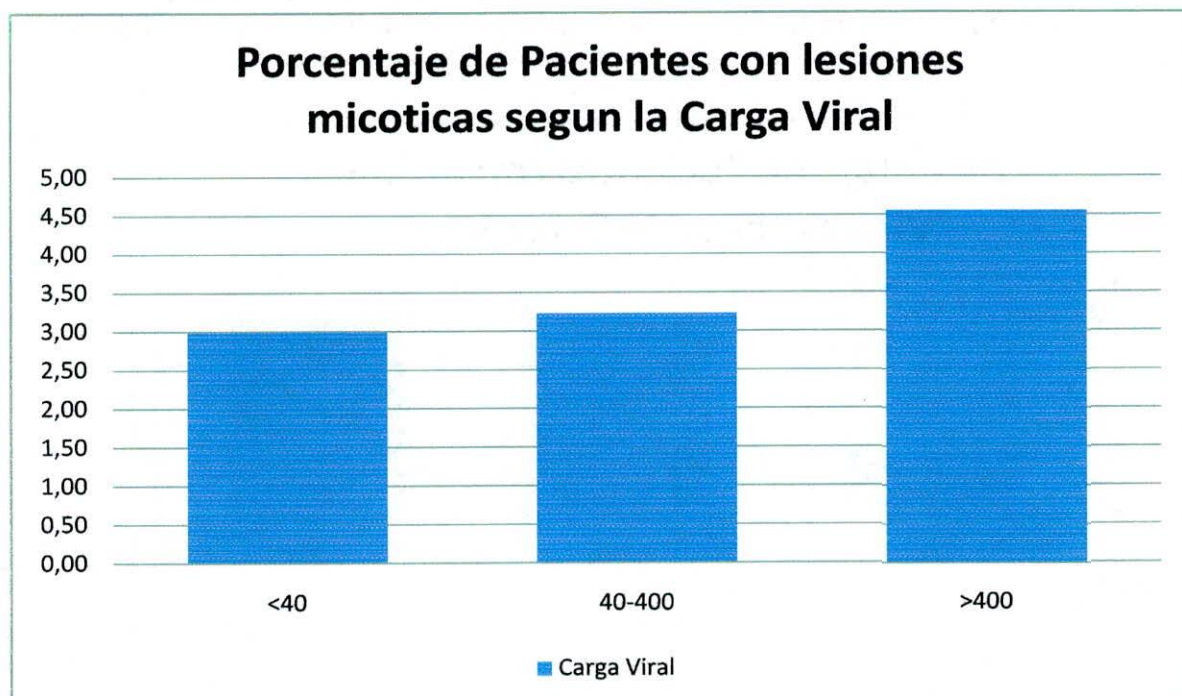


Figura 9. Porcentaje de carga viral pacientes con lesiones origen micotico

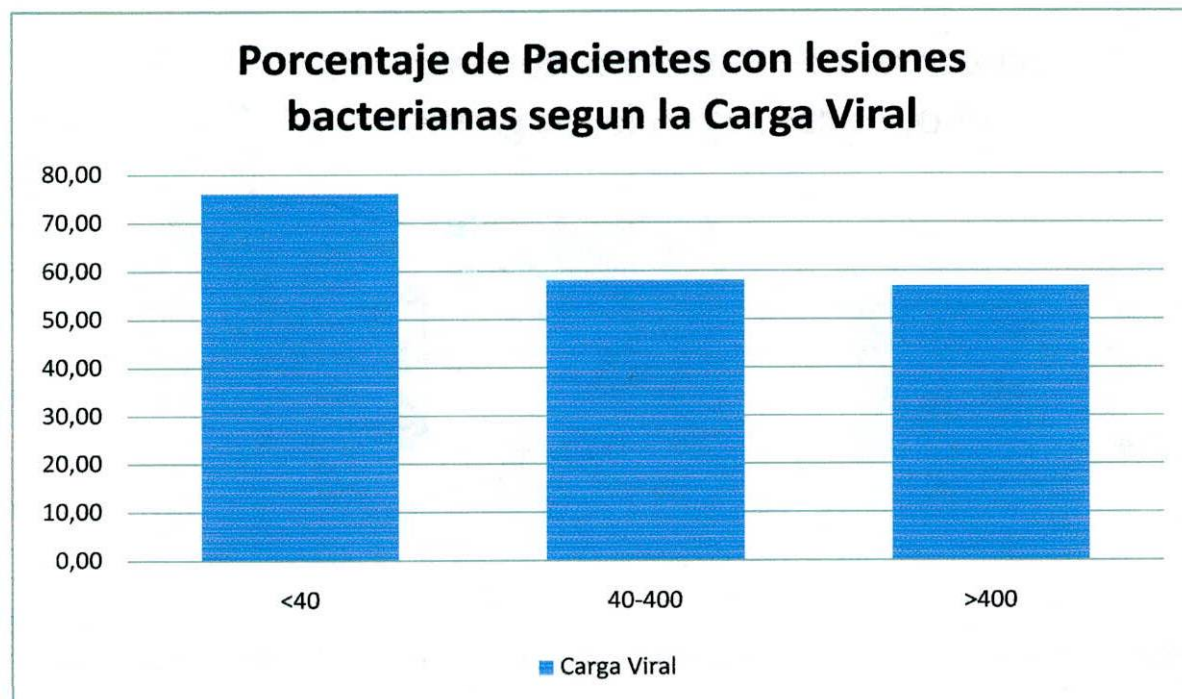


Figura 10. Porcentaje de carga viral pacientes con lesiones origen micotico

Los pacientes en estadio temprano un 55.8% presenta lesiones orales tipo bacteriano de los que están en estadio intermedio un 57.1% y los que están en estadio avanzado un 69.3% presentaban lesiones de origen bacteriano en cavidad oral.

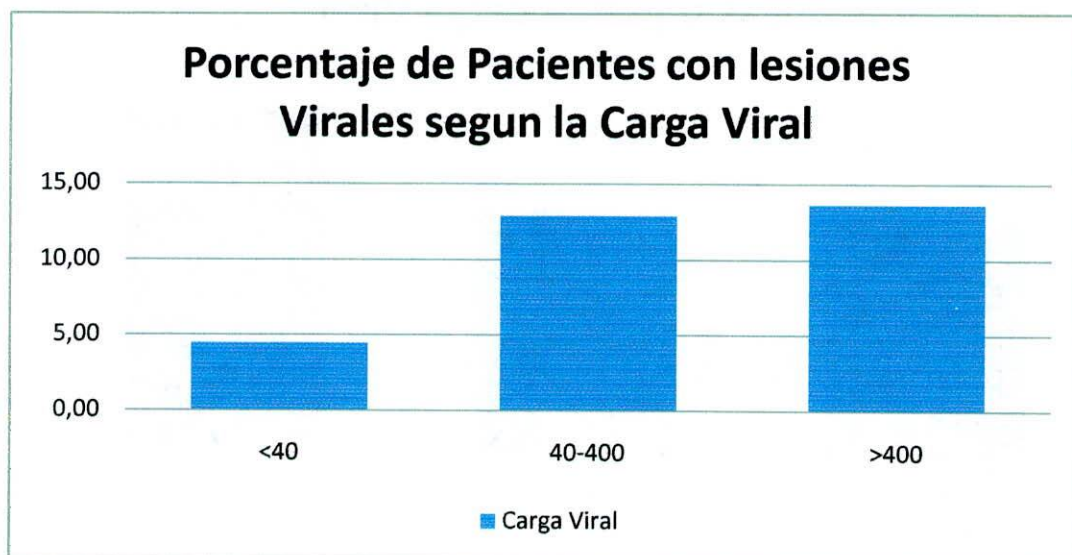


Figura 11. Porcentaje de carga viral pacientes con lesiones origen viral

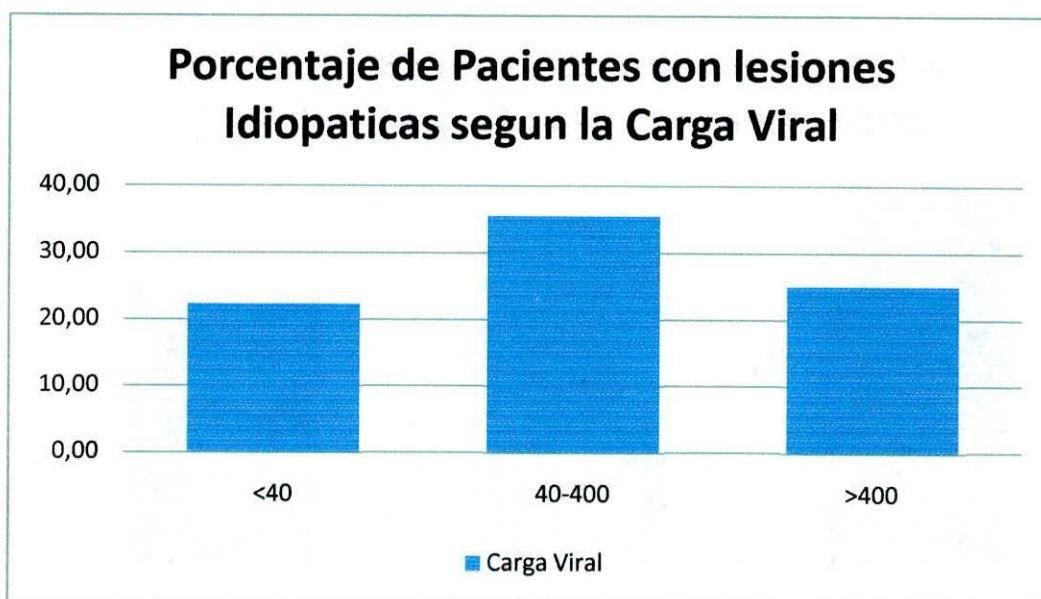


Figura 12. Porcentaje de carga viral en pacientes con lesiones de origen idiopático.

DISCUSION

En el presente estudio se encontró que los pacientes infectados con el VIH asistieron a la Corporación de Lucha Contra el Sida municipio Santiago de Cali, tenían edades entre 18 y 65 años, encontrándose un 52,0% entre 36 y 55 años, similar a las cifras proporcionadas por la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica VIH-SIDA del Estado Zulia (20), en donde se señala que para diciembre del año 2000 la edad de la mayoría de los individuos estaba entre 30 y 59 años. Sin embargo, no coinciden con los datos aportados por el programa conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, que estima que a nivel mundial cerca de la tercera parte de las personas que viven con el VIH/SIDA, tienen entre 15-24 años de edad (21), las lesiones que más se presentaron fueron las de origen bacteriano (gingivitis con un 53%).

Mayoría de personas tiene carga viral y conteo de linfocitos CD4 normales similares a los conteos en etapas. Actualmente la literatura reporta que las lesiones orales tempranas del VIH son generalmente úlceras estas se pueden manifestar como vesículas dolorosas en el labio y queratinizadas al interior de la cavidad oral principalmente en encía; el afta es de causa desconocida y se presenta en pacientes inmunosuprimidos generando lesiones dolorosas. (8, 9)

Existen diversos estudios en los que existen discrepancias en el reporte de prevalencia de estas manifestaciones orales puesto que difieren en secuencia de aparición, entre los que podemos citar Gonsalves W. y cols (4) Reznik D. (6, 12) entre otros; así como en el curso de desarrollo de la enfermedad como lo manifiestan Truelove E. y cols (5), al unificar conceptos se concluye que las lesiones más comunes son: aftas orales, úlceras por virus del herpes simple, queilitis angular, leucoplaquia vellosa, eritema gingival lineal; y como manifestaciones tardías o en etapa avanzada candidiasis oral, sarcoma de Kaposi, gingivitis ulcerativa necrotizante y periodontitis ulcerativa necrotizante; un signo adicional a estos en algunos casos es la xerostomía. (5-12).

Teniendo en cuenta los datos epidemiológicos, la legislación colombiana como la Resolución 412 de 2000 el Ministerio definió un grupo de intervenciones de detección temprana, protección específica y atención de enfermedades de interés en salud pública mediante normas técnicas (de obligatorio cumplimiento) y de guías de atención (17). Los cuales dan a conocer la magnitud de la problemática, los profesionales de odontología tienen el compromiso de identificar en cada paciente si presenta alguna manifestación y ponerlo al tanto de lo que se observa, debido a que las manifestaciones orales son indicadores tempranos e importantes de la infección por VIH como lo refiere el autor Greenspan J.S (18)

CONCLUSIONES

Las lesiones que se presentaron en mayor porcentaje fueron las de origen bacteriano, gingivitis en su mayoría. Presentándose en segundo lugar las lesiones de origen idiopática, viral, micótica.

La introducción de las terapias antirretrovirales de alta eficacia ha dado como resultado, en nuestra población de pacientes estudiados desde la estomatología, una reducción estadísticamente significativa de las lesiones consideradas asociadas a la infección por VIH en el período de tiempo estudiado bajo la instalación de terapia antirretroviral combinada de alta eficacia.

BIBLIOGRAFIA

1. Mader S. Silvia; Biología; 7a Edición; México D.F.; Ed. Mc. Graw Hill Interamericana; 2003, p. 512 -13
2. S.L. Robbins/R.S. Cotran; Patología Estructural y Funcional; 2ª. Edición; México D.F.; Ed. Mc. Graw Hill Interamericana; 1984, p. 831 - 34
3. Stevens L., Cassio L., Glass R.; HIV Infection: The Basics; JAMA (USA); 2008; 300 (5); 614
4. Gonsalves W., Chi A., Neville B.; Lesiones Superficiales de Mucosa Parte I; Am Fam Physician (USA); 2007; 75; 509 – 12
5. Truelove E., Chapman L., Lalondé B., Schubert M.; Identifying and Treating HIV-Related Oral Conditions; JADA (USA); 1995; 126; 1394 – 1400.
6. Reznik D.; Identificación y Manejo de las Manifestaciones Orales más Comunes en Pacientes VIH; Odontología - Online [revista en internet]* 2008 junio - septiembre [acceso 11 de agosto de 2008]; disponible en: <http://www.hivdent.org>
7. Jiménez Y., Milian M., Gavaldá C., Gallud D., Haya C.; Lesiones Erosivas y Ulceradas de la Mucosa Oral: Manifestaciones Clínicas y Diagnostico; Hospital General Universitario, Servicio de Estomatología; 2005; 10 – 22.
8. Organización de Naciones Unidas ONU, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA; Información Básica sobre VIH; ONUSIDA Online [sitio web]* 2008 Mayo [acceso 11 de octubre de 2008]; 1 – 2.
9. World Health Organization; WHOHIV2005.02; INTERIM WHO CLINICAL STAGING OF HIV/AIDS AND HIV/AIDS CASE DEFINITIONS FOR SURVEILLANCE; WHO Online [sitio Web]* 2005 Julio – Diciembre [acceso 11 de octubre de 2008]; disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/clinicalstaging.pdf>
10. Epstein J.; Oral Malignancies Associated with HIV; JCDA (Canada); January 2008, 73 (10); 953 – 56.
11. Mostafa N.; Oral Manifestations Associated with HIV Infection; The Science of HIV Medicine; Current HIV/AIDS Reports; 2008, 5 (5); 5 – 12
12. Reznik D.; Oral Manifestations of HIV Disease; International AIDS Society (USA); December 2005 / January 2006, 13 (5)
13. Miró J.M., Buira E., Maliolas T., Moreno A., Zamora L., Vilella R. *et al*; Linfocitos CD4+ e infecciones oportunistas y neoplasias en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana; Medicina Clínica; 1994; 102 (15); 566
14. Kawanishi S, Hiraku Y. Oxidative and nitrative DNA damage as biomarker for carcinogenesis with special reference to inflammation. Antioxid Redox Signal. 2006, 8 (5-6):1047-1058.
15. Navazesh M. How can oral health care providers determine if patients have dry mouth?; JADA (USA) 2003, 134, 613 – 618.
16. Gennaro S., Naidoo S. Berthold P., Oral health & HIV/AIDS, MCN, January/February 2008, 33 (1), 50 – 57.
17. Resolución 412 de 2000 de Ministerio de Protección Social de la Republica de Colombia del 22 de Noviembre; Prevención, Diagnostico y Tratamiento

- de Pacientes con VIH / SIDA (Boletín oficial del estado, número 38 de 1 – 2)
18. Greenspan J.S., Greenspan D., The Epidemiology of Oral Lesion of HIV Infection in the Developed World; *Oral Diseases* 2002, 8 suppl 2: 34 – 9.
 19. Diaz T, Buehler J.W., Castro K.G., Ward J.W.; AIDS Trends Among the Hispanics in the United States, *Am J Public Health* 1993; 83; 504 – 9.
 20. C.V.E. VIH/SIDA. ZULIA - VENEZUELA. Estudio Epidemiológico VIH-SIDA en la Entidad. M.S.D.S Zulia-Venezuela. Diciembre 2000
 21. UNAIDS/WHO Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global summary of the HIV/AIDS epidemic. December 2004. December 2004: 1-25. Available at: www.unaids.org/bangkok2004/GAR20004.html. Accessed Enero 28, 2005.