

## Rehabilitación bucal bajo anestesia general en niños con VIH+. Informe de tres casos

Dr. Eduardo de la Teja Ángeles, \* Dr. Américo Durán Gutiérrez,\*\* Dra. Hilda Ceballos Hernández,\*\* Dra. Astrid Macedo Romero\*\*\*

### RESUMEN

El conocimiento y atención interdisciplinaria del paciente VIH+ es crucial para un tratamiento de calidad. En estomatología, la erradicación de focos infecciosos y una buena higiene bucal son importantes para evitar infecciones oportunistas propiciadas por la inmunosupresión. En el Instituto Nacional de Pediatría (INP) la atención bucal bajo anestesia general, es la mejor opción, ya que en una sola intervención se realizan todos los tratamientos, con mínimo riesgo. En este artículo se describe la forma de atender estos casos mediante la presentación de 3 tratados bajo anestesia general.

**Palabras clave:** Rehabilitación bucal, anestesia general, VIH+, riesgo del paciente.

### ABSTRACT

Knowledge and practice multidisciplinary management of HIV+ patients is crucial in the field of dentistry. Eradication of infectious foci and good oral hygiene is important in order to avoid opportunistic infections in the oral cavity of immunosuppressed patients. In the experience of the National Institute of Pediatrics oral care under general anesthesia, is the best option, because in a single procedure a complete treatment is performed with minimal risks. We report three HIV+ patients who underwent complete care under general anesthesia.

**Key words:** Oral rehabilitation, general anesthesia, HIV+, risk of patients.

**A** finales de 1984, existían en el mundo alrededor de 1.5 millones de niños infectados con VIH, 75% de estos niños vive en África y en América Latina, seis millones de mujeres embarazadas y de cinco a diez millones de niños estaban infectados por virus de inmunodeficiencia humana positivo (VIH+), en el año 2000 <sup>1</sup>.

Este virus fue reconocido por primera vez en un niño en 1983. <sup>2</sup> Un gran número de los niños han adquirido el virus por transmisión de sus madres in-

fectadas. El riesgo de infección varía entre 14% y 30%. Los factores que contribuyen a la transmisión son: alta carga viral durante la gestación, enfermedad materna avanzada, primoinfección durante la gestación y bajo recuento materno de linfocitos CD4. <sup>2,3</sup>

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El diagnóstico de la infección por VIH+ en niños es difícil debido a que su sistema inmunológico es inmaduro y cambiante a esta edad <sup>2</sup>. Los niños con VIH+ son susceptibles a infecciones oportunistas. La infección crónica por herpes simple, la varicela crónica y la enfermedad pulmonar son patologías comunes en los niños con SIDA. <sup>4,5</sup>

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS CON MANIFESTACIONES ESTOMATOLÓGICAS

Las infecciones bucales en pacientes infectados con VIH son de interés, sobre todo en adultos, pero no en niños. Sin embargo, éstas pueden hallarse en casos de parotiditis persistente difusa de carácter "idiopático" <sup>6,7</sup>; focos infecciosos en la cavidad bu-

\* Jefe del Servicio y profesor titular de la especialidad en Estomatología Pediátrica.

\*\* Adscritos al Servicio de Estomatología Pediátrica.

\*\*\* Residente de 2do año de la especialidad. Instituto Nacional de Pediatría.

Correspondencia: Dr. Eduardo de la Teja-Ángeles. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México D. F. 04530.

Recibido: marzo, 2007. Aceptado: octubre, 2007.

cal que den origen a una bacteriemia puede ser de consecuencias fatales;<sup>8,9</sup> las caries son reservorio de *Candida albicans*.<sup>10</sup>

Los pacientes VIH+ son susceptibles a muchas infecciones oportunistas cuya naturaleza varía según la región que habitan; así, la población latinoamericana es más sensible a infecciones por agentes bacterianos por tuberculosis y fúngicas por toxoplasmosis, criptopiridiosis, isosporiasis.<sup>11,12</sup>

La profilaxis antibiótica no es necesaria en niños infectados con VIH, a menos que sus linfocitos CD4 se encuentren muy reducidos. Su empleo también depende de la edad o algún otro tipo de infección concomitante<sup>13</sup> (Cuadro 1).

Se debe tener extrema precaución en tratamientos quirúrgicos que propicien las hemorragias ya que los pacientes pueden tener trombocitopenia. Además, las infecciones cruzadas, en ellos, son peligrosas para el paciente, para terceras personas y para el operador. Esto requiere medidas rigurosas de control infeccioso. Los pacientes infectados con VIH+ deben ser vigilados cada tres meses para un control estomatológico estricto.<sup>5,14</sup>

## DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

**CASO 1.** Niño de 3 años 7 meses de edad con infección por VIH-1, con trastornos de trombocitopenia refractaria al uso de corticoesteroides. La citometría de flujo mostró 360 CD4 y carga viral de menos de 50 copias/mL. Se le dio profilaxis antibiótica después de un tratamiento inmunosupresor con prednisona. Se procedió a la rehabilitación estomatológica quirúrgica por cuadrantes. Se eliminaron todas las coronas des-

ajustadas, incluso una se había colocado sin desgastar el diente; se realizaron 6 pulpotomías, 11 coronas de acero cromo y 5 extracciones. No hubo accidentes ni complicaciones.

**CASO 2.** Niño de 6 años de edad con VIH+, hepatitis B, bronconeumonía. Era alérgico al trimetropim con sulfametoxazol. Tenía una carga viral de 175 mil copias/mL, CD4 2% y CD8 23%. El paciente había recibido triple esquema antibiótico en el Servicio de Infectología. La rehabilitación estomatológica quirúrgica consistió en 7 extracciones, una resina, una corona y selladores. Se tuvieron grandes cuidados debido a la inmunosupresión, la hepatitis B y la elevada carga viral.

**CASO 3.** Niño de 4 años 7 meses de edad con VIH+. Se hallaba desnutrido G III debido a trastornos de la alimentación por el pésimo estado de la cavidad bucal. No fue necesaria la profilaxis antibiótica debido a la baja carga viral (menos de 50 copias/mL). Sin embargo, después de la rehabilitación recibió antibióticos para el tratamiento de un absceso crónico en un diente central. La rehabilitación estomatológica quirúrgica consistió en 2 pulpotomías, 8 coronas de acero cromo, 2 resinas y una extracción. En tal forma se eliminaron los focos infecciosos que potencialmente hubieran desencadenado una bacteriemia o septicemia.

## GUÍA DE ATENCIÓN ESTANDARIZADA PARA PACIENTES CON VIH+

Para los tratamientos quirúrgicos de estos pacientes se utilizaron todos los recursos de asepsia, independientemente de la magnitud de la carga viral: batas

**Cuadro 1.** Clasificación del estado de inmunosupresión del paciente con VIH basado en el porcentaje y la cuenta de Cs. CD4.

Categoría inmunológica	< 12 meses		1-5 años		6-12 años	
	CD4/mm <sup>3</sup>	%	CD4/mm <sup>3</sup>	%	CD4/mm <sup>3</sup>	%
Categoría I Sin Inmunosupresión	>1500	25	>1000	>25	>1000	>25
Categoría II Moderada supresión	750-1499	15-24	500-999	15-24	500-999	15-24
Categoría III Severa supresion	<750	<15	<500	<15	<200	<15

Publicada en 1994 por: Centres for Disease Control, en niños menores de 13 años MMWR mortal Wkly Rep 1994;43:1-10. revalidada en el 2005 por Den Clin N Am 2005;49:259-71.

quirúrgicas, lentes de protección, cubrebocas, gorros, doble guante. El paciente recibió continuamente un antiséptico tópico (Figuras 1, 3). El instrumental fue esterilizado con hipoclorito de sodio cuantas veces estuvo en contacto con el paciente durante la rehabilitación, con el fin de inactivar el virus (Figura 2). El material quirúrgico en algunas ocasiones es desechable. Algunos medicamentos, como el anestésico con vasoconstrictor, no están contraindicados. Se debe tener cuidado con los objetos punzocortantes; la aplicación de anestesia y las técnicas quirúrgicas en las que se emplee infiltración y puedan ser causa de hemorragia deben realizarse con precaución (Figuras 4, 5).



Figura 1. Asepsia y antisepsia en el preoperatorio.

## DISCUSIÓN

El 60% de los dentistas de práctica general en EE.UU., ha tratado pacientes infectados con VIH y en ocasiones no tienen conocimiento de ello.<sup>15</sup> Tales pacientes son de alto riesgo infeccioso y deben ser tratados sólo por especialistas. La escuela británica de estomatología pediátrica indica que estos pacientes deben ser rehabilitados quirúrgicamente sólo bajo anestesia general<sup>14</sup>,



Figura 2. Tratamiento del material usado con solución antiséptica (HCL al 2%).



Figura 3. Enjuagues antisépticos con yodopovidona.



**Figura 4.** Anestesia pre-extracciones de los restos radiculares.

sin importar el estado neurológico del paciente ni lo extenso de su tratamiento, ya que es mejor el tratamiento en una sola sesión y las citas subsiguientes para el control.<sup>16</sup>

En un paciente infectado con VIH hay datos clínicos bucales específicos que permiten diagnosticar la inmunodeficiencia, el estadio en el que se encuentra el paciente e incluso predecir un mal pronóstico.<sup>17</sup> Por ello es obligación del estomatólogo saber reconocer estas características para dar un mejor tratamiento.

Los pacientes infectados con VIH sin patologías asociadas que afecten su estado inmunológico, no requieren profilaxis antibiótica. Sólo se justifica en pacientes cuyo sistema inmunológico sea deficiente, con recuento de CD4+ menor de 200 unidades.<sup>13,18</sup> Si un paciente acude a consulta por un evento de urgencia, infeccioso o traumático, debe recibir antibióticos con esquemas completos, pues una infección estomatológica podría afectar su sistema inmunológico.



**Figura 5.** Colocación de gelfoam y sutura en los alvéolos desocupados por las extracciones.

En el Instituto Nacional de Pediatría el tiempo quirúrgico promedio de rehabilitación es de 6 min 6 seg por procedimiento<sup>19</sup>. Tomando en cuenta los dientes rehabilitados y los tiempos quirúrgicos de los pacientes VIH+ rehabilitados en quirófano bajo anestesia general, el tiempo fue de 6 min 09 seg por procedimiento. Un especialista bien entrenado puede y debe tratar a estos pacientes como si fuera un niño sano en lo referente a tiempos quirúrgicos, para no exceder el tiempo de la anestesia general.

## CONCLUSIONES

Los pacientes infectados con VIH+ son de alto riesgo y se deben tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Las infecciones oportunistas y la presencia de cualquier proceso infeccioso obliga a mantenerlos libres de caries y cualquier proceso infeccioso en la cavidad bucal.

2. Se les debe rehabilitar siempre que sea posible bajo anestesia general para evitar exposiciones innecesarias del paciente y del personal a cargo en la consulta externa. La infiltración de anestésico local con vasoconstrictor evita el sangrado excesivo y reduce el dolor postoperatorio debido a que las extracciones se realizan unos minutos antes de que el paciente despierte.

3. No se deben escatimar recursos para la rehabilitación y las medidas preventivas. Ante la duda de que algún tratamiento sea eficaz se deben tomar medidas radicales: cambiar coronas, extraer dientes en los se tenga duda del beneficio de un tratamiento pulpar etc.

4. No es indispensable la profilaxis antibiótica, a menos que el recuento y porcentaje de CD4 esté reducido o en el caso de que el sistema inmunológico no funcione de manera adecuada por alguna circunstancia independiente de la infección por VIH+.

5. En el caso de que una infección sea tratada de urgencia, el antibiótico deberá cambiar de carácter profiláctico a terapéutico dejando tiempo para la impregnación en la primera dosis y cumpliendo los esquemas adecuados.

6. El tratamiento estomatológico del paciente infectado con VIH requiere conocer todas las características clínicas patognomónicas (infecciones por gérmenes oportunistas, hipertrofia de glándula parótida con resequeidad de la mucosa oral, etc.) de la enfermedad según el estadio en el que se encuentre así como las características psicológicas del paciente y de los familiares; por esto se recomienda que el tratamiento sea interdisciplinario y siempre que sea posible, intrahospitalario.

#### REFERENCIAS

1. Scarlatti G. Paediatric HIV infection. *Lancet* 1996;348:863-8.
2. Leggott PJ. Oral manifestations of HIV infection in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73:187-92.
3. Hoernle EH, Reid TE. Human immunodeficiency virus infection in children. *Am J Health Syst Pharm* 1995;52(9):961-79.
4. Blokzijl ML. Human immunodeficiency virus infection in childhood. *Ann Trop Paediatr* 1988;8(1):1-17.
5. Castellanos SJ, Diaz GL. Medicina en Odontología. Manejo Dental del Paciente con Enfermedades Sistémicas. 2da ed. Manual Moderno. México 2002;pp:369-71.
6. Schiodt M, Pindborg JJ. AIDS and the oral cavity: epidemiology and clinical oral manifestations of HIV infection, a review. *International J Oral Maxillofacial Surg* 1987;16:1-14.
7. Blanco A, Guerra ME, Tovar V. Estudio retrospectivo en niños de VIH/SIDA con enfermedad periodontal en el periodo 1999-2004. *Acta Odontologica Venezolana* 2006;44 (2): 216-20.
8. Greenspan JS, Sciubba JJ. Oral manifestations of HIV infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73:142-4.
9. Boudes P, Zittoun J. Folate, vitamin B12 and HIV infection. (letter) *Lancet* 1990;335:1401-2.
10. Scully C. Management of oral health in persons with HIV infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73(2):215-25.
11. Kaplan JE, Hu DJ, Holmes KK, Jaffe HW, Masur H, De Cock KM. Preventing opportunistic infections in human immunodeficiency virus-infected persons: implications for the developing world. *Am J Trop Med Hyg* 1996;55(1):1-11.
12. Williams AJ, Duong T, McNally LM, Tookey PA, Masters J, Miller R, Lyall EG, Gibb DM. Pneumocystis carinii pneumonia and cytomegalovirus infection in children with vertically acquired HIV infection. *AIDS* 2001;15:335-9.
13. Glick M. Orofacial disorders in children with HIV disease. *Dental Clin North Am* 2005;49: 259-71.
14. Bissonette MD. Pediatric Anesthesia, Dental Treatment. 2nd ed. 2001;pp1435-56.
15. Sadowsky D, Kunzel C. Are you willing to treat AIDS Patients? *JADA* 1991;122:29-32.
16. Hoare S. HIV infection in children--impact upon ENT doctors. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003;67(Suppl 1):S85-90.
17. Spira R, Lepage P, Msellati P, Van De Perre P, Leroy V, Simonon A, Karita E, Dabis F. Natural history of human immunodeficiency virus type 1 infection in children: a five-year prospective study in Rwanda. Mother-to-Child HIV+ Transmission Study Group. *Pediatrics* 1999;104(5):e56.
18. Berkowitz R, Fenkel LM. Cancer in the HIV-infected child. *Pediatric Dentistry* 1996;18:127-8.
19. De la Teja AE, Rubalcava TC. Rehabilitación bucal bajo anestesia general en el Servicio de Estomatología Pediátrica. *Acta Pediatr Mex* 2004;25(6):342-8.