



Enfermedades periodontales asociadas a la infección del virus de inmunodeficiencia adquirida, reporte de lesiones orales y corporales

Fanny Arteaga Chirinos,*
Belkis Quiñónez,** José
Prado,*** Rosalba Florido****

* Profesora asociada. Periodoncista.
** Profesora asociada. Magíster en Ciencias Médicas Fundamentales.
*** Profesor Titular. Doctor en Educación.
**** Profesora Instructora. Anatomopatóloga.

Resumen

Desde el inicio de la epidemia infecciosa por el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), se ha observado frecuentemente el compromiso de la cavidad bucal, los tejidos periodontales y los tejidos cutáneos. Formas severas de enfermedades periodontales se han presentado en los individuos con esta infección, entre éstas el eritema gingival linear, la gingivitis necrotizante ulcerativa (GUN), la periodontitis necrotizante ulcerativa (PUN), además de patologías como la candidiasis, leucoplasia pilosa y úlceras entre otras, y dermatitis seborreica, folliculitis y moluscos contagiosos como enfermedades cutáneas. Existe una predisposición a la periodontitis crónica en estos pacientes, y la PUN es una infección caracterizada por necrosis gingival, invasión de la papila, sangrado y dolor. La ocurrencia de las lesiones orales se ha correlacionado con las características clínicas, demográficas y los parámetros inmunológicos y virológicos. Se reportan diversas lesiones periodontales y corporales en un paciente masculino, de 21 años de edad, con diagnóstico presuntivo de infección por VIH/SIDA y GUN/PUN, quien acudió a la Clínica del Postgrado de Periodoncia de la Universidad Autónoma de Guadalajara, Jalisco. En conclusión, el periodoncista debe estar en capacidad de reconocer y tratar las lesiones periodontales asociadas con la infección por VIH, particularmente en las etapas iniciales de VIH/SIDA, conducente a mejorar la calidad de vida a estos individuos.

Palabras clave: Periodontitis, gingivitis, VIH, SIDA, virus, lesiones mucocutáneas.

Abstract

Since the beginning of the infection by the Human Immune-deficiency Virus (HIV) epidemic the involvement of the oral cavity, periodontal tissues and cutaneous tissues has been observed. Severe forms of the disease have occurred in individuals with this infection, among them: Gingival Linear Erythema, Ulcerative Necrotizing Gingivitis (UNG), ulcerative necrotizing periodontitis (UNP), besides pathologies such as Candidiasis, hairy leukoplakia and Kaposi's sarcoma among other; and seborrheic dermatitis, folliculitis, xerosis, and molluscum contagiosum as cutaneous diseases. There is a disposition towards chronic periodontitis among these patients and the UNP is an infection characterized by gingival necrosis, invasion of the papillae, bleeding and pain. The incidence of oral lesions has been correlated to the clinical features, demographic, immunological and viral parameters. Diverse periodontal and corporal lesions in a male 21 years old with the presumptive diagnosis of HIV/AIDS and UNG/UNP are reported in the present communication. This patient assisted at the Periodontia Graduate Clinic at the Universidad Autónoma de Guadalajara, Jalisco. In conclusion, periodontist's must be able to recognize and manage the periodontal lesions associated with HIV infection particularly in the first stages of the HIV/AIDS. This leads to an improvement of the quality of life of these subjects.

Departamentos de Biopatología de la Facultad de Odontología y Educación Física de la Facultad de Humanidades, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.

Recibido para publicación:
07-Julio-2006

Key words: Periodontitis, gingivitis, HIV, AIDS, viruses, mucocutaneous lesions.

Introducción

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), ha sido reconocida como tal desde el inicio de la década de los ochenta, siendo la latencia de los síntomas clínicos de la enfermedad denominada como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).¹ Así mismo, desde los inicios de la epidemia infecciosa por el VIH se ha observado frecuentemente el compromiso de la cavidad bucal y de los tejidos periodontales;² de igual manera lesiones cutáneas también son comunes en estos individuos dentro de las cuales se encuentran la dermatitis seborreica, la foliculitis, la xerosis y los moluscos contagiosos, entre otras.³ En muchos estudios de prevalencia, los pacientes infectados con el VIH han sido examinados como un grupo, sin asociarlos a otros factores individuales importantes, tales como el estilo de vida, los hábitos y el uso de antirretrovirales o agentes antiinfecciosos; por lo tanto los resultados de los estudios de las lesiones orales en la enfermedad deberían ser examinados cuidadosamente.⁴ La gran diversidad de síntomas se asocia a la afinidad del virus para infectar líneas celulares diferentes, el cual, además, llega a la disminución de la inmunidad de la mediación celular.¹ La aparición de las lesiones orales puede proporcionar la primera indicación de que una persona está infectada con el virus, haciéndose más prevalentes las lesiones cuando el contejo de los linfocitos CD4 disminuye.¹ Además, formas severas de la enfermedad periodontal son muy frecuentes en los individuos con la infección por VIH,⁵ entre estas lesiones fuertemente asociadas se citan el eritema gingival linear, la gingivitis necrotizante ulcerativa (GUN), la periodontitis necrotizante ulcerativa (PUN), también suelen estar presentes candidiasis, leucoplasia, linfoma no Hodgkin y sarcoma de Kaposi;⁴ todas las patologías mencionadas son llamadas lesiones cardinales, sin embargo se considera que la candidiasis, la leucoplasia pilosa y el sarcoma de Kaposi son predictores de la progresión de la enfermedad.² Los síntomas periodontales usualmente se inicien con una intensa gingivitis eritematosa, y cuando ocurre la disminución marcada de los linfocitos T colaboradores, aparece gingivitis necrosante y finalmente periodontitis necrosante con la formación de secuestros de hueso alveolar.¹ Por otro lado, además de la mayor severidad de las diversas formas de la enfermedad periodontal, en los individuos infectados por este virus se observa un aumento en la incidencia de las enfermedades periodontales necrotizantes.⁵ Se han propuesto una variedad de términos y diferentes sistemas de clasificación para estandarizar la categoría del diagnóstico del eritema gingival marginal, la destrucción de tejidos blandos y duros en los pacientes con SIDA, siendo estas entidades clasificadas como eritema gingival linear, gingivitis ulcerativa necrosante y

periodontitis ulcerativa necrosante, ya que lesiones similares pueden ser vistas en pacientes VIH negativos, pero también inmunocomprometidos.⁴ La GUN se presenta como destrucción de una o más papillas gingivales, con ulceración, cráteres y necrosis pero no pérdida ósea, característica esta última de la PUN, la cual además cursa con necrosis e invasión de las papillas y de la encía marginal en forma espontánea, donde el sangrado gingival y el dolor son comunes.⁶ Nuestro objetivo es reportar diversas lesiones periodontales y corporales en un paciente masculino, de 21 años de edad, con diagnóstico presuntivo de infección por VIH/SIDA y GUN/PUN.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 21 años de edad, quien acudió a la Clínica del Postgrado de Periodoncia de la Universidad Autónoma de Guadalajara-Jalisco, México refiriendo como motivo de la consulta: "mal aliento y deseos de realizarse una limpieza dental", fumador, al examen clínico se observó: oclusión clase III, fluorosis dentaria, ausencia de las papillas interdentarias en la mayoría de los dientes, resección gingival y ausencia de la encía insertada en los dientes 21, 22 y 23, placa bacteriana, y cálculo, ausencia dentaria del N° 46 (*Figuras 1 y 2*), lesiones compatibles con dermatitis seborreica en el lóbulo de la oreja (*Figura 3*), lesiones vesiculosa compatible con moluscos en la región de la cara (*Figura 4*), lesiones cutáneas en el antebrazo (*Figura 5*), lesión compatible con foliculitis en el brazo (*Figura 6*), realizándose un diagnóstico presuntivo de VIH/SIDA y de GUN/PUN.⁷



Figura 1. Ausencia de la encía insertada, necrosis interproximal, ulceración, craterización, pérdida ósea en los dientes 21, 22 y 23.



Figura 2. Ausencia de las papilas interdentarias entre 13-14, 14-15 y 15-16, ausencia dentaria del 46, oclusión clase III.



Figura 3. Se observa lesión descamativa en el lóbulo de la oreja.

Discusión

Los datos de la historia general y del examen clínico condujeron a emitir un diagnóstico presuntivo de infección por VIH/SIDA y GUN/PUN. Agbelusi y Wright⁸ señalan que las lesiones de la mucosa oral pueden estar presentes de rutina en los pacientes VIH/SIDA que se atienden en la consulta dental. Las lesiones verrugosas se han asociado a la presencia de otros virus como el

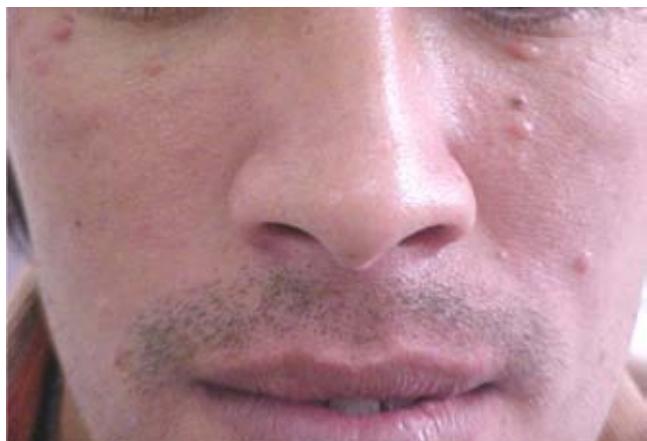


Figura 4. Lesiones cutáneas de aspecto verrugoso.



Figura 5. Lesiones cutáneas en el antebrazo.



Figura 6. Lesión cutánea en el brazo, compatible con foliculitis.

virus del papiloma humano (VPH) y el virus del herpes zoster en paciente VIH+.⁹ Mirowski y cols² establecieron una asociación entre la dermatitis seborreica, la xerosis y la candidiasis. Segundo Kroidt y cols.,¹⁰ la ocurrencia de las lesiones orales ha sido correlacionada con las características demográficas, clínicas y con los parámetros inmunológicos y virológicos. Sin embargo, ONUSIDA 1998¹¹ reporta que el tipo y frecuencia de las lesiones bucales varía con el estadio de la enfermedad y el grado de inmunosupresión. Murray¹² señala que aunque la frecuencia de las enfermedades asociadas al VIH actualmente parece ser menor que las que se pensaba anteriormente, muchos investigadores están de acuerdo que el grado de inmunosupresión es el único factor que influye en la prevalencia de estas enfermedades. La enfermedad periodontal observada en nuestro paciente es compatible con los hallazgos clínicos descritos por diversos autores,¹³ la cual es considerada como prematura y grave, evidenciada por gingivitis, resección gingival y pérdida de hueso alveolar, señalando además que la patología cursa con halitosis, gingivitis necrosante y pérdida de hueso interproximal (PUN), y la presencia de los cráteres interdentales pueden ser una secuela de enfermedades ulcerativas que prevalecen en estos pacientes VIH+. Por otro lado, Vallalta y cols¹⁴ mencionan que la incidencia aproximada en la población general de la gingivitis GUN es de 0.02-0.08%, pero en los enfermos con anticuerpos frente al VIH la incidencia alcanza el 0.67%; principalmente en los casos de transmisión homosexual. Autores como Masouredis y cols.¹⁵ consideran que la enfermedad periodontal puede ser el primer signo clínico de la infección por VIH, asimismo López y cols.¹³ sugieren que la PUN no sólo sugiere un deterioro inmune severo, sino también la rápida progresión de la enfermedad. La PUN puede ser causada por microorganismos que son desconocidos o por especies microbianas que generalmente no se asocian con la infección periodontal, entre las cuales citan especies específicas como son: *Bulleidia*, *Dialister*, *Fusobacterium*, *Selenomonas*, *Peptoestreptococcus*, *Veillonella*, y *Phylum TM7*,¹⁶ aunque Cappuyns y cols¹⁷ indican que en la periodontitis la infección viral tiene su participación. En cuanto al tratamiento de las enfermedades periodontales se refiere, en la mayoría de los casos éstas se resuelven con la remoción del agente etiológico primario, placa bacteriana, siendo suficiente para eliminar la inflamación, por el contrario el tratamiento convencional de raspado y alisado solo, no es suficiente para obtener solución sustancial de lesiones GUN/PUN.¹³ En nuestro paciente el tratamiento realizado consistió en una profilaxis dental. Adicionalmente se le indicó la realización de pruebas inmunológicas para corroborar los diagnósticos presuntivos y aplicar el tratamiento adecuado, dándole in-

formaciones al paciente de la importancia del cumplimiento de esas indicaciones, para promocionar y garantizar una óptima salud periodontal, bucal y general.

Bibliografía

1. Lindhe J, Karring T, Lang N. *Periodontología clínica e implantología odontológica*. Editorial Médica Panamericana. Tercera edición. 2000: 335-359.
2. Vaseliu N, Carter AB, Kline NE, Kozinetz C, Cron SG, Matusa R, Kline MW. Longitudinal study of the prevalence and prognostic implications of oral manifestations in Romanian children infected with human immunodeficiency virus type 1. *Pediatr Infect Dis J* 2005; 24(12): 1067-71.
3. Mirowski GW, Hilton JF, Greenspan D, Canchola AJ, MacPhail LA, Maurer T, Berger TG, Greenspan JS. Association of cutaneous and oral diseases in HIV-infected men. *Oral Dis* 1998; 4(1): 16-21.
4. Mealey B. Periodontal implications: Medically compromised patients. *Ann Periodontol* 1996; 1: 256-321.
5. Parameter on periodontitis associated with systemic conditions. *J Periodontol*. Supplement 2000; 71(5): 876-879.
6. Bascones-Martínez A, Escribano-Bermejo M. Necrotizing periodontal disease: a manifestation of systemic disorders. *Med Clin (Barc)* 2005; 19; 125(18): 706-713.
7. Armitage G. Development of a classification system for periodontal diseases and condition. *Ann Periodontol* 1999; 4: 1-6.
8. Agbelusi GA, Wright AA. Oral lesions as indicators of HIV infection among routine dental patients in Lagos, Nigeria. *Oral Dis* 2005; 11(6): 370-3.
9. Smith KJ, Skelton HG 3rd, Frissman DM, Angritt P. Verrucous lesions secondary to DNA viruses in patients infected with the human immunodeficiency virus in association with increased factor XIIa-positive dermal dendritic cells. The Military Medical Consortium of Applied Retroviral Research Washington, D.C. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28(3): 411.
10. Kroidl A, Schaeben A, Oette M, Wettstein M, Herfordt A, Haussinger D. Prevalence of oral lesions and periodontal disease in HIV-infected patients on antiretroviral therapy. *Eur J Med Res* 2005; 1810(10): 448-53.
11. ONUSIDA. *El VIH/SIDA en Venezuela, análisis de la situación y recomendaciones*. Venezuela, Caracas.
12. Murray PA. HIV disease as a risk factor for periodontal disease. *Compendium* 1994; 15(8): 1052, 1054-63.
13. López L, Borges N, Salazar C, Salazar J. Manifestaciones periodontales en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (revisión bibliográfica) *Acta Odontol Venez* 2003; 41(3): 1-27.
14. Vallalta M, Sahuquillo-Arce E, Salavert M, Lacruz J. Dolor bucal y pérdida de piezas dentarias en mujer de 36 años. *Enferm Infect Microbiol Clin* 2005; 23(4): 241-2.
15. Masouredis CM, Katz MH, Herrera C. Prevalence of HIV-associated periodontitis and gingivitis in HIV-infected

- patients attending an AIDS clinic. *J AIDS* 1992; 5: 479-483.
16. Paster BJ, Russell MK, Alpagot T, Lee AM, Boches SK, Galvin JL, Dewhirst FE. Bacterial diversity in necrotizing ulcerative periodontitis in HIV-positive subject. *Ann Periodontol* 2002; 7(1): 8-16.
 17. Cappuyns I, Guggerli P, Mombelli A. Viruses in periodontal disease- a review. *Oral Dis* 2005; 11(4): 219-29.

Reimpresos:

Profesora Fanny Arteaga Chirinos
Av. Alberto Carnevalli Conjunto Residencial
La Hechicera Torre 3^a Mérida, Venezuela. 5101.
Teléfonos 0274-2403102-2402381. 2446974
FANARTE@ula.ve
Este documento puede ser visto en:
www.medigraphic.com/adm