



## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SIDA EN LA CAVIDAD BUCAL**

Angélica Loaiza<sup>1</sup>, Karen Maggiorani<sup>1</sup>, Ana Noguera<sup>1</sup>.

1. Estudiantes Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes. Merida Venezuela.

Email: [actabioclinica@gmail.com](mailto:actabioclinica@gmail.com)

### **RESUMEN**

con el nombre de sida, se conoce la enfermedad que ha marcado la humanidad, ya que se relaciona con un conjunto de manifestaciones entre las que destaca la grave alteración del sistema inmunológico causado por el VIH. El informe publicado por ONUSIDA en el año 2011, indica que a finales del año 2010, aproximadamente 34 millones de personas vivían con el virus de VIH en todo el mundo. El objetivo de este trabajo es describir las principales manifestaciones clínicas en los pacientes con sida en las literaturas revisadas en los últimos 10 años. La candidiasis es considerada la infección más frecuente en pacientes con sida, demostrándose en un estudio realizado a 97 pacientes adultos con VIH, el cual prevaleció en un (93,8%) de los casos. El sarcoma de Kaposi es un hallazgo temprano y un marcador útil de progresión de la enfermedad; un estudio realizado a 42 pacientes con sida demuestra que el mismo está presente en (81%) de estos pacientes. El linfoma no Hodgkin, es un signo de mal pronóstico existiendo pocos pacientes que superan los 2 años de vida, por otro lado se afirma que el linfoma no Hodgkin constituye una de las 3 infecciones malignas marcadoras de sida; siendo gingivitis, herpes labial, xerostomía, carcinoma bucal, PUN y GUN, queilitis, eritema gingival lineal y leucoplasia pilosa enfermedades observadas con menor frecuencia pero no de menor importancia en dichos pacientes. Concluimos que las manifestaciones más comunes en pacientes con sida son candidiasis, sarkoma de Kapossi y linfoma no Hodgkin.

**PALABRAS CLAVE:** sida, VIH, Manifestaciones Clínicas, Cavidad Oral.



## CLINICAL MANIFESTATIONS OF AIDS IN THE ORAL CAVITY

### ABSTRACT:

with the name of aids, the disease is known that marked humanity, as it relate to a series of events among which the severe alteration of the immune system caused by HIV. The report published by UNAIDS in 2011, indicates that at the end of 2010, approximately 34 million people living with the HIV virus worldwide. The aim of this paper is to describe the main clinical manifestation in patients with aids in the literatura reviewed in the last 10 years. Candidiasis is considered the most common infection in aids patients, demonstrated in a study of 97 adult patients with HIV, which prevailed in a (93.8%) cases. Kaposi's sarcoma is an early finding and a useful marker of disease progression, a study of 42 patients with aids shows that it is present in (81%) of these patients. The NHL is a sign of poor prognosis patients there just over 2 years, on the other hand states that the NHL is one of the 3 infections malignant marker of aids, being gingivitis, cold sores, dry mouth, oral carcinoma, PUN and GUN, cheilitis, linear gingival erythema and hairy leukoplakia diseases observed less frequently but not least in these patients. We conclude that the most common manifestations in aids patients are candidiasis, sarkoma of kaposi and NHL.

**KEYWORDS:** aids, HIV, Clinical Manifestations, Oral Cavity

### INTRODUCCIÓN

Con el nombre de sida (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), se conoce la enfermedad que ha marcado la humanidad, ya que se relaciona con

un conjunto de manifestaciones entre las que se destaca la grave alteración del sistema inmunológico. Esta se define como una afección grave de origen vírico, que altera los linfocitos TCD4, y posteriormente se produce una alteración del estado vital debido a la



ausencia de reacciones inmunitarias, por lo que sobrevienen afecciones por gérmenes oportunistas, ya sean virus, bacterias, hongos o protozoos. (1-2)

Existe una diferencia entre estar infectado por VIH y padecer de sida. El VIH es el principal responsable de la disminución de linfocitos TCD4, una vez que los linfocitos desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre se pasa a desarrollar un cuadro de sida, el cual se refiere a las manifestaciones clínicas más severas debidas a la infección por VIH. (3)

El primer caso de sida aparece a mediados del año 1981 en Estados Unidos, era una entidad clínica extraña para la época, solo vista en animales. La elevada mortalidad, la rápida expansión y la ausencia de tratamientos eficaces convirtieron esta patología desconocida en una de las más graves amenazas para la salud humana. Los pacientes presentaban las siguientes características: provenían de las áreas metropolitanas, eran varones homosexuales activos, drogadictos,

hemofílicos que recibían concentrado del factor VIII. Posteriormente esta extraña enfermedad, tomo un carácter epidémico alarmante y apareció en bisexuales, prisioneros, reclutas y personas que recibían transfusiones de sangre. (4)

El informe publicado por ONUSIDA en el año 2011, indica que a finales del año 2010, aproximadamente 34 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, un 17% más que en 2001. Esto refleja el gran número de nuevas infecciones por el VIH y una expansión significativa del acceso al tratamiento antirretrovírico, que ha ayudado a reducir las muertes relacionadas con el sida, especialmente en los últimos años. (5)

Este estudio se justifica en virtud de que las manifestaciones orales por la infección del VIH son en muchos casos los primeros signos de la enfermedad, y es fundamental disponer de conocimientos suficientes sobre dichas manifestaciones para un diagnóstico temprano de las mismas. (6)



El objetivo de este trabajo se basa en describir las principales manifestaciones clínicas en los pacientes con sida en las literaturas revisadas en los últimos 10 años.

Se realizó una búsqueda sistemática en las siguientes fuentes de información en línea: LILACS, Cochrane Library, ScienceDirect, SpringerLink, Medline, Scielo, Medigraphic, Hindawi (Revistas de acceso abierto), EBSCO, Artemisa. La búsqueda se realizó utilizando los siguientes descriptores en español: sida, VIH, manifestaciones clínicas, cavidad oral (tomados de DecS); en inglés: aids, HIV, clinical manifestations, oral cavity (tomados de MeSH). Los límites empleados fueron: artículos publicados en los últimos 10 años y acceso a texto completo. En cuanto a los resultados, de 3800 artículos arrojados en la búsqueda, se seleccionaron 49 artículos, previa lectura del título y el abstract de cada publicación, para comprobar su relación con el tema objeto de este estudio.

La estructura de este artículo consta de breves definiciones de las

manifestaciones clínicas que se pueden presentar en la cavidad bucal de pacientes con VIH/sida, seguido de la evidencia científica que lo sustenta.

### **MANIFESTACIONES BUCALES DEL SIDA**

Los pacientes con sida pueden presentar algunas de las siguientes patologías:

1. Candidiasis.
2. Sarcoma de Kaposi.
3. Linfomas no Hodgkin.
4. Gingivitis.
5. Herpes labial.
6. Xerostomía.
7. Carcinoma bucal.
8. Periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN) y gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN).
9. Queilitis.
10. Eritema gingival lineal (EGL).
11. Leucoplasia pilosa.

A continuación, se definen cada una de estas enfermedades y, en cada caso se presenta la evidencia científica disponible:

### **CANDIDIASIS**



La candidiasis bucal es una infección que afecta la mucosa que recubre la boca y la lengua. Es causada por un hongo llamado *cándida*. Una pequeña cantidad de este hongo vive en la boca la mayor parte del tiempo y, por lo general, es controlado por el sistema inmunitario al igual que otros tipos de gérmenes que normalmente también viven allí. Sin embargo, cuando el sistema inmunitario está débil, el hongo puede multiplicarse. (7)

Ésta es considerada la infección más frecuente en personas con sida. Muchas veces la candidiasis es la primera manifestación de esta enfermedad. Por lo tanto, su discernimiento puede permitirle al odontólogo diagnosticarla y, en consecuencia, referir al paciente al especialista. (8)

Azocar y cols., 2009 realizaron un estudio de asociación de la deficiencia de linfocitos CD4 con la candidiasis bucal. Seleccionaron 29 pacientes de ambos sexos seropositivos al VIH, todos presentaron signos y síntomas de candidiasis bucal. Con respecto al

número de lesiones 18 pacientes (62%) presentaron más de una lesión de candidiasis, mientras que 11 (38%) presentaron solo una lesión en boca.

Por otro lado, se realizó un estudio para conocer aspectos clínicos y micológicos de la candidiasis oral, de 97 pacientes adultos infectados por el VIH. Prevalció la forma de presentación clínica pseudomembranosa en un (93,8%) de los casos, con síntomas acompañantes (dolor, sensación de quemazón y dificultad para deglutir) y lesiones extensas la *cándida albicans* fue la especie más frecuente. (9)

En otra investigación se estudió la candidiasis oral a 25 pacientes con VIH positivo y con sida para evaluar cual tipo de candidiasis es la más común. La forma clínica de presentación predominante fue la pseudomembranosa. Se demostró que los pacientes con infecciones recurrentes suelen tener colonización de la cavidad oral por múltiples cepas y/o especies de levadura con mayor frecuencia (30,8 %) que los que cursan



por su primer episodio de candidiasis oral (12,5 %). Similarmente, se observaron las manifestaciones bucales de 243 pacientes infectados por el VIH. La candidiasis bucal fue la segunda lesión más frecuente, con el (13,9 %). (10)

Por otro lado, se realizó un estudio en el que se evaluaron 18 pacientes con sida que presentaban lesiones en la cavidad oral sugestivos de candidiasis. El síntoma que principalmente se observó en la candidiasis esofágica fue la disfagia; la candidiasis oral se comportó de forma asintomática. *Candida albicans* fue la especie que más se aisló, con predominio del serotipo A. (10)

Pérez, 2004 realizó un estudio en el que seleccionaron 50 pacientes con candidiasis oral, diagnosticada con VIH/sida y controlada. Se obtuvieron muestras microbiológicas de las lesiones de candidiasis oral y posteriormente se determinó la presencia de *Candida albicans*. Fueron diagnosticados 29 pacientes (55%) con candidiasis oral. El tipo de candidiasis

predominante correspondió a la variante pseudomembranosa, seguida por la eritematosa y por último la queilitis angular. (11)

Dávila y cols., 2010 realizaron una investigación del diagnóstico bucal de las personas que padecen VIH/sida. La población la conformaron 700 personas. El examen bucal reflejó que 66,0% adolecía de caries dental; 50,0% tenía historia de candidiasis bucal. (12)

Por otro lado, se realizó un estudio a 59 niños de 0 a 4 años con sida. En referencia a las manifestaciones bucales de los niños estudiados, la candidiasis, en sus expresiones pseudomembranosa fue detectada en 38 niños (54.4%). (25)

En un estudio realizado sobre las lesiones bucales en pacientes con sida, determinaron que la candidiasis constituyó la manifestación más frecuente representando un 61%. (13)

### **SARCOMA DE KAPOSI**

El sarcoma de Kaposi (SK) es de las neoplasias asociadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El



sarcoma de Kaposi relacionado con VIH/sida es el hallazgo temprano y un marcador útil de progresión de la inmunodeficiencia. En cavidad oral, se localiza con mayor frecuencia en el paladar duro, seguido del paladar blando, encías y amígdalas. (14) (Frías y Castejón, 2010).

En el estudio epidemiológico de pacientes con VIH/sida y sarcoma de Kaposi en cavidad oral, se demostró que 96% de los casos fueron masculinos; con rango de edad de 25 a 44 años, los resultados arrojados fueron los siguientes: un 72% de los casos se presentaban en piel, 12% en la cavidad oral, 8% en ganglios linfáticos y desconocida en 8%. (14)

Por otro lado, se realizó un estudio en el que demostraron que en 42 pacientes con sida y cáncer, el sarcoma de Kaposi se encontró en 81%, Así mismo se demuestra que de 34 pacientes con sarcoma de Kaposi, 22 (65%) lo tuvieron oral y 21 de ellos se encuentran en el paladar.(14)

En otra investigación, Thompson presentó el caso de una paciente de 39 años de edad afectada de sida con sarcoma de Kaposi de cavidad bucal. Asistió a consulta, por presentar un gran aumento de volumen en la cavidad bucal. En examen bucal se observó una gran tumoración que comenzaba en el paladar duro y se extendía a la encía y labio superior. Finalmente se sometió a intervención quirúrgica con anestesia general para realizar extracción completa del tumor, lo cual fue imposible por su gran tamaño y porque involucraba ambos senos maxilares, por lo que se eliminó la mayor parte posible de la lesión y se envió la muestra al Departamento de Anatomía Patológica, el cual informó el resultado como sarcoma de Kaposi. (15)

Avilés y Cornejo, 2011 realizaron un estudio donde se evaluó un paciente de 36 años de edad. Se le realizó una biopsia de un ganglio linfático cervical que se diagnosticó como ECDCP co-existente con sarcoma de Kaposi.



Además se le realizó prueba de ELISA para VIH que resultó positiva. (16)

En una investigación realizada por Socarrás, Pérez y Macías, 2004 determinaron que entre las neoplasias asociadas a los pacientes VIH(+), solo algunos muestran relación directa con el virus de la inmunodeficiencia humana, y su aparición implica el diagnóstico del sida, entre ellas destaca el sarcoma de Kaposi. (17)

### **LINFOMA NO HODGKIN**

El linfoma no Hodgkin es un cáncer que comienza en las células llamadas linfocitos, las cuales son parte del sistema inmune del cuerpo. Este cáncer afecta el tejido linfoide, abarcando los ganglios linfáticos, el bazo y otros órganos del sistema inmunitario. (18)

En las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) el linfoma es la segunda neoplasia maligna más frecuente después del sarcoma de Kaposi y con frecuencia se observa afectación extraganglionar de la cavidad oral, generalmente en la encía palatina.

Los linfomas observados en pacientes VIH-positivos constituyen principalmente proliferaciones de células de tipo B. Las lesiones se caracterizan por su presentación y crecimiento rápido, y experimentan una pronta ulceración. La presencia de linfomas en pacientes VIH-positivos es un signo de mal pronóstico, con poca cantidad de pacientes que superan los 2 años. (19)

Casariago, Micinquevich, Laufer y Ricar, 2006 reportaron un caso de una paciente, de 34 años de edad, positiva desde el año 1995. A la admisión presento un nódulo no doloroso a nivel del incisivo superior derecho. En la siguiente consulta observaron tres lesiones en evolución, una a la altura del canino superior derecho, dolorosa y de color rojo intenso. En la zona posterior, una úlcera de bordes vertidos, que se extendía hasta la zona posterior de los molares. Estas tres lesiones evolucionaron tomando mayores proporciones e incluyendo las partes blandas de la región facial. La paciente





regresó con un estado general muy deficiente. El linfoma no Hodgkin diagnosticado como de alto grado de malignidad había comprometido toda la hemifacie derecha. Se produjo un deterioro del estado general con vómitos y náuseas persistentes, dolores generalizados, candidiasis oral. (20)

Confíño, Bandera, Berdasquera y Rodriguez, 2007 realizaron una investigación donde afirman que el linfoma no Hodgkin constituye una de las 3 infecciones malignas marcadoras de sida. (21)

Por otro lado, López, Sánchez, Gonzales, Vento y Vento, 2010 presentan un caso de paciente masculino, que comenzó a padecer aumento de volumen de las partes blandas de la mejilla derecha, la biopsia informó un diagnóstico de linfoma no Hodgkin agresivo. (22)

## GINGIVITIS

La gingivitis es un tipo de enfermedad periodontal que involucra inflamación e infección que destruyen los tejidos de

soporte de los dientes, incluyendo las encías, los ligamentos periodontales y los alvéolos dentales (hueso alveolar). La gingivitis se debe a los efectos a largo plazo de los depósitos de placa, un material adherente compuesto de bacterias, moco y residuos de alimentos que se desarrolla en las áreas expuestas del diente. (23)

El primer informe indicativo provino de una asociación entre infección por VIH y lesiones periodontales. Un año después un informe verificaba que la enfermedad periodontal prematura y grave, evidenciada por gingivitis, recesión gingival y pérdida de hueso alveolar, era frecuente en una muestra de 375 varones homosexuales 136 de ellos con sida. (24)

Posteriormente, otro estudio realizado examinaron clínicamente a 59 niños VIH/sida de 0 a 4 años siguiendo el protocolo establecido en el CAPEI/UCV entre 2002-2004, se diagnosticó un número de 25 niños con gingivitis lo que representaba un (42,4%) de los niños estudiados. (25)



Similarmente, un estudio epidemiológico realizado a 22 pacientes VIH, demuestra que la gingivitis está presente en un (86,45 %) de los casos estudiados. (26)

Lárez, Benavides, Henríquez y Moreno, 2005 estudiaron clínicamente 251 pacientes embarazadas con VIH/sida se observó que la lesión más frecuente en este tipo de pacientes fue la gingivitis representada por 153 (60.96%). (27)

### **HERPES LABIAL**

El herpes labial es una enfermedad común, causada por la infección del área bucal con el virus del herpes simple tipo 1. La infección inicial puede ser asintomática o causar únicamente úlceras bucales. El virus luego permanece inactivo (dormido) en el tejido nervioso de la cara. En algunas personas, el virus se reactiva y produce herpes febril recurrente que generalmente está en la misma área, pero no es grave. (28)

Dentro de las infecciones oportunistas que suelen presentarse durante la depresión del sistema inmunitario de

personas con VIH/sida, se encuentran aquellas causadas por microorganismos de la familia Herpes viridae, virus del herpes simple tipo 1 y 2 y herpes zoster. (29)

En un estudio realizado a un grupo de 208 pacientes con evidencia serológica de infección por sida, se encontró que un 11.7% de estos pacientes presentaban herpes labial. (6)

Sazhina, Efimov, Scully, Gileva y Gileva, 2004 evaluaron la frecuencia y el espectro de las manifestaciones orales de consumidores de drogas infectados por VIH. Se estudiaron 69 hombres y 35 mujeres; edades desde 15 a 32; 13 co-infectados con virus de la hepatitis y 13 consumidores de droga con sida (7 hombres, 6 mujeres; edades entre 16 y 37; 12 co-infectados con virus de la hepatitis). Se demostró que las lesiones herpéticas se encontraban en un 15.4% de los casos. (30)

Se reporta el caso de un hombre de 30 años, VIH positivo, que acudió a consulta debido a la aparición de masas exofíticas sangrantes de 2 cm de



diámetro en la lengua, las encías y la mucosa yugal. Se realizó un análisis inmunohistoquímico para virus del herpes simple cuyo resultado fue francamente positivo. (31)

En otro estudio se examinó clínicamente a 59 niños con sida de 0 a 4 años siguiendo el protocolo establecido en el CAPEI/UCV entre 2002-2004, se diagnosticó que el 22% de los niños presentaban virus del herpes simple en su manifestación labial recurrente. (25)

### **XEROSTOMÍA**

La xerostomía se define como sequedad de la boca causada por disminución o ausencia de la secreción salival. La xerostomía por sí misma no es una enfermedad sino un síntoma que se presenta en diversas condiciones patológicas, ya sea como efecto secundario a la radiación de cabeza y cuello, a la ingesta de algunos medicamentos o a la disminución de la función de las glándulas salivales. (32)

La Organización Panamericana de la Salud, sostiene que aproximadamente entre 40 y 50% de las personas VIH positivas

tienen infecciones orales fungicidas, bacterianas o virales, que se presentan a menudo en forma temprana en el curso de la enfermedad. Las lesiones orales fuertemente asociadas con la infección de VIH son la candidiasis oral, gingivitis, periodontitis, y la xerostomía. (33)

La elevada prevalencia de sequedad oral en los pacientes infectados por el VIH, puede tener su origen, en el frecuente uso de fármacos que interfieren en la salivación: los ansiolíticos, antidepresivos y antihistamínicos o puede ser debido a las lesiones que sufren las glándulas. (34)

El estudio de Sazhina, Efimov, Scully, Gileva y Gileva, previamente referido, arrojó también resultados en los cuales se demostró que todos los pacientes con sida tenían xerostomía severa, y el 15.4% tenían hinchazón unilateral o bilateral de las glándulas parótidas. (30)



Posteriormente un estudio efectuado a 246 pacientes pertenecientes al programa regional de infecciones de transmisión sexual VIH/sida revela que la xerostomía se encuentra en el 54.1% de estos pacientes. (33)

Adicionalmente un estudio realizado a 319 personas donde se incluyeron pacientes asistentes en control y/o tratamiento en instituciones de salud, con diagnóstico de VIH confirmado y mayores de 18 años, se demostró que la xerostomía se manifestaba en un 41,1% de los pacientes estudiados; siendo este un hallazgo importante en la investigación. (35)

### **CARCINOMA BUCAL**

El carcinoma Bucal es el cáncer oral o bucal que compromete con mayor frecuencia los labios o la lengua y también puede ocurrir en el revestimiento de las mejillas, el piso de la boca, las encías (gingiva) y el paladar (bóveda del paladar). La mayoría de los cánceres orales son tipo denominado carcinomas escamo celulares, los cuales

tienden a diseminarse rápidamente. (36)

Existe poca evidencia de que el VIH/sida sea directamente oncogénico; aunque la infección viral pueda contribuir a la patogénesis o complicar el tratamiento neoplásico, no se ha encontrado alguna proteína viral directamente transformadora ni una transducción de oncogenes celulares. A pesar de ello, la asociación entre la infección por VIH y carcinoma epidermoide de cabeza y cuello, en especial de la cavidad oral, se ha incrementado. (37)

En un estudio realizado a 357 homosexuales casi todos usuarios del tabaco y marihuana, y la tercera parte era adicta a la cocaína. Estos se dividieron en grupos para la determinación de las alteraciones bucales de acuerdo con la magnitud de los síntomas, los signos y la gravedad del síndrome. Se clasificó de la siguiente manera: 150 pacientes con sida de los cuales 1 presento carcinoma bucal (1%), 79 con alto riesgo de



padecer sida (por hallazgos de laboratorio) 5 tenían carcinomas bucales (6 %), 14 con contacto sexual con pacientes infectados 1 tenía un carcinoma bucal lo que representaba un (7 %). De los 7 carcinomas bucales reportados, 6 se presentaron en la lengua y 1 en el cielo de la boca. (38)

#### **Periodontitis Ulcerativa Necrotizante (PUN) y Gingivitis Ulcerativa Necrotizante (GUN)**

La Periodontitis Ulcerativa Necrotizante (PUN) es una infección caracterizada por una necrosis del tejido gingival, del ligamento periodontal y del hueso alveolar. Asimismo la gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN) se define como una infección gingival, caracterizada por necrosis en la punta de las papilas gingivales, sangrado espontáneo y dolor. Puede ser que la GUN y la PUN sean dos estados diferentes de la misma infección y aún no existen suficientes datos para separar ambas entidades en dos categorías diferentes. La única diferencia entre

ambas se basa en que la GUN se limita a la encía o periodonto de protección, mientras que la PUN incluye todo el periodonto de inserción. (39)

Escribano, Matesanz y Bascone, 2005 afirman que la enfermedad periodontal necrosante (EPN) además de ser una infección caracterizada por la necrosis, presenta decapitación de las papilas interdentarias, que se manifiesta, además, con hemorragia gingival y dolor. Entre los factores predisponentes más relevante de esta infección se destaca: el estrés, la inmunosupresión, especialmente en los pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana, el tabaco, déficit alimentarios y la existencia de gingivitis. (40)

Cabe destacar a la gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN) como un signo temprano y frecuente en sujetos infectados por VIH, cuyo índice de prevalencia es de: 4-16% del total de población, afectando en mayor proporción a varones homosexuales. (41)



Ambas entidades se caracterizan, como ya se mencionó, por una rápida y progresiva destrucción de los tejidos periodontales, con esfacelos, pérdida de papilas interdentes, dolor intenso, hemorragia y olor fétido. Su evolución es aguda y rápidamente progresiva, llegando a causar exposición ósea e incluso pérdida de dientes cuando existe una importante destrucción de las estructuras periodontales. (34)

El estudio de Pinzon y cols. previamente referido arrojó también resultados en los cuales se encontró 10 pacientes (3.2%) con periodontitis ulcerativa necrotizante. (35)

Quiñónez y Florido, 2008 examinaron clínicamente un paciente, de 21 años de edad, que presentaba diversas lesiones corporales y diagnóstico presuntivo de infección de VIH donde se reportó GUN/PUN. (42)

Texar, Pereyra, Yáñez y Vázquez, 2010 estudiaron clínicamente 97 pacientes con VIH, observando a 58 con enfermedad periodontal (59.7%) y 18 con enfermedad gingival (31%). (43)

En otra investigación en pacientes infectados por el VIH, se tomaron 150 pacientes seropositivos y posteriormente se examinaron, el 100% de estos pacientes poseían enfermedad periodontal, siendo la periodontitis la forma más frecuente. (44)

### QUEILITIS

La queilitis es una inflamación que se localiza en las comisuras labiales con eritema y formación de costras en la que se puede instalar la *Candida albicans*. Esta alteración tiene mayor prevalencia en sujetos que presentan pliegues profundos en las comisuras. La lesión del pliegue final del labio en un ambiente de humedad propicio para la colonización de la *Candida*, forma una membrana blanquecina, que al limpiarla con una gasa deja un fondo nacarado y brillante. (45)

Esta manifestación representa la tercera forma más común de candidiasis, en pacientes VIH positivo, suele ser crónica y recidivante. (34)



El estudio de Pinzón y cols previamente referido arrojó también resultados en los cuales se encontró 42 pacientes (13.3%) con queilitis angular (QA). (35)

En otra investigación se examinaron clínicamente a 59 niños con VIH de 0 a 4 años de edad, entre estos se diagnosticó 30 niños con queilitis lo que representaba un (50,8%) de los niños estudiados. (25)

#### **Eritema Gingival Lineal (EGL)**

El eritema gingival lineal (gingivitis por el VIH) es un proceso de dilatación capilar relacionada con citocinas vasoactivas. La aparición de bandas o líneas rojas edematosas no inflamadas que aparecen sobre la mucosa gingival permite su diagnóstico. (46)

Esta enfermedad es clasificada dentro de las enfermedades gingivales no inducidas por placa más concretamente dentro de las de origen fúngico ya que su posible etiología puede ser debida a la infección por cándida. La prevalencia del EGL en la población infectada por VIH varía de 0-49%. (47)

Un estudio realizado con pacientes con VIH confirmado, arrojó resultados positivos en cuanto a las lesiones de origen bacteriano, encontrándose el eritema lineal gingival (ELG) en 74 pacientes lo que representaba un (24,4%). (35)

Asimismo, la investigación realizada por Texar, Pereyra, Yáñez y Vázquez, demostró que de 97 pacientes con VIH, 7 presentaron eritema gingival lineal. (43)

Se reporta un estudio a 512 pacientes de los cuales 5 eran individuos seropositivos al VIH, los mismos presentaron enfermedades periodontales; cuatro exhibieron eritema gingival lineal y uno con gingivitis ulcerativa necrotizante. (48)

#### **LEUCOPLASIA PILOSA**

La leucoplasia pilosa es una enfermedad representada por una mancha blanca, corrugada en el borde de lengua, bilateral, que no se desprende al raspado y es ocasionada por el virus Epstein-Barr, que generalmente se observa en



individuos VIH positivos, pero que también ha sido descrita en otras inmunodeficiencias. (49)

El estudio anteriormente referido de Tovar y cols. se examinó un grupo de 208 personas con evidencia serológica de infección por VIH/sida, en el que se encontró un 12.3% de pacientes con leucoplasia pilosa. (6)

### CONCLUSIÓN

Concluimos que el cuadro de manifestaciones más comunes en pacientes con sida está representado por la candidiasis, el sarkoma de Kaposi y el linfoma no Hodgkin. Las manifestaciones de menor frecuencia están representadas por la gingivitis, herpes labial, xerostomía, carcinoma bucal, PUN y GUN, queilitis, eritema gingival lineal y leucoplasia pilosa. Con base a estos resultados se sugiere ahondar más sobre las manifestaciones relacionadas con la temprana detección del VIH, dado que la cavidad bucal es donde se manifiestan con mayor frecuencia la sintomatología aquí

abordada, lo que pudiera servir al odontólogo y a los especialistas del área de la salud para alertar al paciente, sugiriendo realizar los pertinentes exámenes para descartar el VIH/sida como la posible causa de su presencia.

### REFERENCIAS

1. Enciclopedia Hipanica Millenium. Kentucky Estados Unidos. 2000. Tomo 13. Pp. 200.
2. Diccionario Enciclopedico. (2008). Barcelona. (pp.925).
3. Morán, E y Córdova, I. (2002). Enfermedades bacterianas del periodonto y tejidos adyacentes en el paciente portador de sida. *Revista Cubana de Estomatología*. 39 (2); 120-30. Disponible en línea en: [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol38\\_2\\_01/est05201.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol38_2_01/est05201.htm)
4. Caraballos, J y Chalbaud, C. (1995). *Manual Terapéutico de Medicina Interna*. 2ª Edición. Editorial Talleres Gráficos





- Universitarios ULA Mérida. Pp 169-170.
5. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). *Informe de ONUSIDA para el día mundial del sida*. 2011. Disponible en línea en: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216\\_WorldAIDSday\\_report\\_2011\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf)
  6. Tovar, V., Guerra, M., Bravo, S., Albornoz, E., Lambertini, A., Ibarra, G., et al. (2002). Manifestaciones bucales e infecciones oportunistas más frecuentes encontradas en 208 pacientes con infección por VIH/sida. *Acta Odontológica Venezolana*. 40 (3). Disponible en línea en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/3/manifestaciones\\_bucales\\_infecciones\\_oportunistas.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/3/manifestaciones_bucales_infecciones_oportunistas.asp)
  7. Goldman, L y Ausiello, D. (2011). Candidiasis bucal. *MedlinePlus*. Disponible en línea en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000626.htm>
  8. Azocar, P., Pérez, E., Abaca, P., Coronado, C y Cantín, M. (2009). Asociación de It-cd4 y carga viral con candidiasis bucal en pacientes VIH/sida en Talca, Chile. *Revista Cubana de Estomatología*. 46 (3). Disponible en línea en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072009000400002&lang=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000400002&lang=es)
  9. Prieto, L., Illnait, M., Ramos, E., Lazcano, B., Márquez, N., Cantelar, N., et al. (2006). Candidiasis oral en pacientes seropositivos al VIH y casos sida aspectos clínicos, micológicos y terapéuticos. *Revista Cubana Medicina Tropical*. 58 (3). Disponible en



- línea en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol58\\_3\\_06/mtr01306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol58_3_06/mtr01306.htm)
10. Morán, E y Ferreiro, A. (2001). La candidiasis como manifestación bucal en el sida. *Revista Cubana de Estomatología*. 38 (1). Disponible en línea en: [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol38\\_1\\_01/est04101.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol38_1_01/est04101.htm)
11. Pérez, E. (2004). Estudio de candidiasis oral en pacientes VIH(+)/sida del hospital regional de Talca. 2004. Disponible en línea en: [http://dspace.otalca.cl/retrieve/2638/perez\\_marin\\_e.pdf](http://dspace.otalca.cl/retrieve/2638/perez_marin_e.pdf)
12. Dávila, M., Tagliaferro, Z., Parra, H y Ugel, E. (2010). Diagnóstico bucal de las personas que viven con VIH/sida. *Revista Odontológica de los Andes*. 4 (2). Disponible en línea en: <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/30907>
13. Bravo, I., Correnti, M., Escalona, L., Perrone, M., Brito, A., Tovar, V., et al. (2006). Prevalencia de lesiones bucales en pacientes VIH, relación con conteo de células CD4 y carga viral en una población venezolana. *Medicina Oral, Patología Oral, Cirugía Bucal*. 11 (1). Disponible en línea en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1698-69462006000100008&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1698-69462006000100008&script=sci_arttext)
14. Frías, J y Castejón, A. (2010). Sarcoma de Kaposi en cavidad oral. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*. 30 (3). Disponible en línea en: [http://www.amimc.org.mx/revista/2010/30\\_3/sarcoma.pdf](http://www.amimc.org.mx/revista/2010/30_3/sarcoma.pdf)
15. Thompson, D., Pila, M., Pila, R y Guerra, C. (2002). Sarcoma de Kaposi de cavidad bucal en pacientes con sida. *Revista "Archivo Médico de Camagüey"*. 6 (4). Disponible



- en línea en:  
<http://www.amc.sld.cu/amc/2002/v6supl4/691.htm>
16. Avilés, A., y Cornejo, P. (2011). Coexistencia de linfoma plasmablastico, sarcoma de Kaposi y enfermedad de castleman en un paciente con infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Revista Chilena de Infectología*. 28 (1). Disponible en línea en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182011000100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182011000100015&script=sci_arttext)
17. Socarras, B., Perez, L y Macias, C. (2004). Sarcoma de Kaposi y linfomas no hodgkinianos asociadas con infección por el virus de inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*. 22 (6). Disponible en línea en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol20\\_1\\_04/hih07104.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol20_1_04/hih07104.htm)
18. Dugdale, D. (2011). Linfoma no Hodgkin. *MedlinePlus*. Disponible en línea en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000581.htm>
19. Sapp, P., Lewis, R. (2005). Anatomía Patológica. Editorial Elsevier Mosby. Segunda Edicion.
20. Casariego, Z., Micinquevich, S., Laufer N y Ricar J. (2006). Linfoma no Hodgkin oral relacionado al sida. *Avances en Odontoestomatología*. 22 (6). Disponible en línea en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v22n6/original1.pdf>
21. Confiño, E., Bandera, J., Berdasquera, D y Rodriguez, F. (2007). Linfoma no Hodgkin en pacientes con sida: una reflexión necesaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 23 (4). Disponible en línea en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23\\_4\\_07/mgi09407.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_4_07/mgi09407.pdf)



22. Vento, S., Lopez, H., Vento, Y., Sanchez, Y y Gonzales, Y. (2010). Linfoma no Hodgkin paranasal de células tipo B: presentación de un caso. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 14 (4). Disponible en línea en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942010000400012&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942010000400012&script=sci_arttext)
23. Ferri, F y Marx, J. (2010). Gingivitis. *MedlinePlus*. (2010). Disponible en línea en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001056.htm>
24. López, A., Ernesto, L., Borges, N., Salazar, C y Salazar, J. (2003). Manifestaciones periodontales en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida primera parte. *Acta Odontológica Venezolana*. 41 (3). Disponible en línea en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/3/periodontales\\_virus\\_vih\\_sida\\_1.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/3/periodontales_virus_vih_sida_1.asp)
25. Tovar, V., Guerra, M y Blanco, L. (2006). Manifestaciones bucales de VIH-sida en edad temprana. *Acta Odontológica Venezolana*. 44 (3). Disponible en línea en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652006000300007&lang=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652006000300007&lang=es)
26. Ríos, C., Díaz, M., Rodríguez, V., Moreno, V y Romero, L. (2002). Enfermedad periodontal en pacientes infectados por el VIH. *Revista Cubana de Estomatología*. 39 (1). Disponible en línea en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652006000300007&lang=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652006000300007&lang=es)  
[tp://scielo.sld.cu/scielo.php?scri](http://scielo.sld.cu/scielo.php?scri)



- pt=sci\_arttext&pid=S0034-75072002000100003
27. Lárez, L., Benavides, Y., Henríquez, Y y Moreno, S. (2005). Lesiones bucales vistas en la embarazada. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 62 (1). Disponible en línea en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322005000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322005000100002&script=sci_arttext)
28. Haile, M y Habif, T. (2010). Herpes oral. *MedlinePlus*. Disponible en línea en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000606.htm>
29. \_Del Rio, C., Curran, J., Piot, P y Sterling, T. (2011). Sida. *MedlinePlus*. Disponible en línea en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm>
30. Gileva, O., Sazhina, M., Gileva, E., Efimov, A y Scully, C. (2004). Espectro de las manifestaciones orales de VIH/sida en la región de Perm (Rusia) e identificación de lesiones orales linguales ulceronecrotizantes inducidas. *Medicina Oral, Patología Oral, Cirugía Bucal*. 9 (3); 212-215. Disponible en línea en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1698-44472004000300005&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472004000300005&lang=pt)
31. Altamirano, E., Casariego, Z y Drut, R. (2010). Herpes vegetante oral. *Patología Revista Latinoamericana*. 48 (2) 108-110. Disponible en línea en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=117&IDARTICULO=29661&IDPUBLICACION=2963&NOMBRE=Patolog%EDa%20Revista%20Latinoamericana>
32. Gallardo, J. (2008). Xerostomía: etiología, diagnóstico y



- tratamiento. *Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Social*. 46 (1); 109-116. Disponible en línea en: [http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista\\_medica\\_instituto\\_mexicano\\_seguro\\_social/18%20Xerostomia.pdf](http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista_medica_instituto_mexicano_seguro_social/18%20Xerostomia.pdf)
33. Santana, Y., Navas, R., Morón, A., Chaparro, N., García, R y Suárez, I. (2008). Condiciones de salud-enfermedad bucal en pacientes adultos VIH/sida. *Acta Odontológica Venezolana*. 46 (2). Disponible en línea en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/2/pdf/condiciones\\_salud\\_enfermedad\\_bucal.pdf](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/2/pdf/condiciones_salud_enfermedad_bucal.pdf)
34. Aguirre, J., Echebarría, M y Eguía, A. (2004). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: manifestaciones en la cavidad bucal. *Medicina Oral, Patología Oral, Cirugía Bucal*. 9 148-57. Disponible en línea en: <http://www.medicinaoral.com/p>
- ubmed/medoralv9suppl\_i\_p153.pdf
35. Pinzón, E., Bravo, S., Méndez, F., Clavijo, G y León, M. (2008). Prevalencia y factores relacionados con la presencia de manifestaciones orales en pacientes con VIH/sida, Cali, Colombia. *Colombia Médica*. 39 (4); 346-55. Disponible en línea en: [http://salud.univalle.edu.co/escuelas/odontologia/Logros/Publicaciones/297\\_prevalencia\\_y\\_factores\\_relacionados.pdf](http://salud.univalle.edu.co/escuelas/odontologia/Logros/Publicaciones/297_prevalencia_y_factores_relacionados.pdf)
36. Posner, M y Wein, R. (2011). Cancer oral. *MedlinePlus*. Disponible en línea en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001035.htm>
37. allegos, J. (2006). El cáncer de cabeza y cuello factores de riesgo y prevención. *Cirugía Cirujanos*. 74; 287-293. Disponible en línea en:



- <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc064m.pdf>
38. Rodriguez, M. (2004). Manifestaciones orales asociadas con la infección por VIH-sida. Disponible en línea en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol4\\_2\\_1\\_05/est07105.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol4_2_1_05/est07105.htm)
39. Martinez, A y Ruiz, F. (2005). Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*. 17 (3). Disponible en línea en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852005000300004&script=sci\\_arttext&tlng=e](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852005000300004&script=sci_arttext&tlng=e)
40. Escribano, M., Matesanz, P y Bascones, A. (2005). Pasado, presente y futuro de la microbiología de la periodontitis. *Avances en Periodoncia*. 17 (2). Disponible en línea en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2008/od086h.pdf>
- <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v17n2/original3.pdf>
41. Palacios, B., Cerero, R., Campo, J y Esparza, G. (2006). Alteraciones gingivales no relacionadas con placa. *Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España*. 11 (1). Disponible en línea en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123x2006000100003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123x2006000100003&script=sci_arttext)
42. Quiñonez, B y Florido, R. (2008). Enfermedades periodontales asociadas a la infección del virus de inmunodeficiencia adquirida, reporte de lesiones orales y corporales. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 65 (6); 322-326. Disponible en línea en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2008/od086h.pdf>



43. Texar, A., Pereyra, N., Yáñez, I y Vázquez, L. (2010). Prevalencia de periodontitis causada por sobreinfecciones en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Mexicana de Periodontología. 1 (1)*. Disponible en línea en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2010/mp101d.pdf>
44. Traviesas, E y Armas, L. (2002). Prevalencia y gravedad de las periodontopatías en pacientes portadores de VIH. *Revista Cubana de Estomatología. 39 (3)*. Disponible en línea en: [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol39\\_3\\_02/est04302.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_3_02/est04302.htm)
45. García, E., Blanco, A., Rodríguez, L., Reyes, D y Vázquez, J. (2003). Queilitis: revisión bibliográfica. *Revista Cubana de Estomatología. 40 (3)*. Disponible en línea en: [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40\\_3\\_04/est04304.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_3_04/est04304.htm)
46. Hernández, J y Mohamed, O. (2005). La infección por el VIH. *Patología Orofaringea en la Infección por el VIH. 167-180*. Disponible en línea en: <http://saei.org/hemero/libros/c13.pdf>
47. Perea, M., Campo, J., Charlén, L y Bascones, A. (2006). Enfermedad periodontal e infección por VIH: estado actual. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral. 18 (3)*. Disponible en línea en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852006000300003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852006000300003&script=sci_arttext)
48. Velia, A., Lilly, P., Camacho, E., Saavedra, G y González, I. (2002). Asociación de lesiones bucales con el estado serológico para el VIH. *Salud pública México. 44 (2)*. Disponible en línea en:





## ACTA BIOCLINICA

III JORNADAS DE INVESTIGACION  
ESTUDIANTIL DE LA FACULTAD DE  
ODONTOLOGIA DE LA  
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Suplemento B

Depósito Legal: PPI201102ME3815

ISSN: 2244-8136

Copyright: © ULA 2012

[http://www.scielo.org.mx/scielo.  
php?pid=S0036-  
36342002000200001&script=sci  
\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342002000200001&script=sci_arttext&tlng=es)

49. Iruretagoyena, M. (2011).  
Leucoplasia pilosa. *Salud Dental  
Para Todos*. Disponible en línea  
en:  
[http://www.sdpt.net/par/leucopla  
siapilosa.htm](http://www.sdpt.net/par/leucoplasia/pilosa.htm)