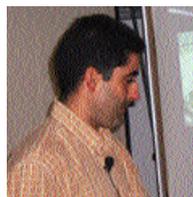




# Importancia de la Salud Bucodental en la persona infectada por el VIH



Julián Campo Trapero

Facultad de Odontología.

Universidad Complutense de Madrid



## INTRODUCCIÓN.

En los países en los que esta disponible la terapia antirretroviral de un modo generalizado (América del Norte y Europa occidental), especialmente con la introducción TARGA, se ha producido un importante descenso en la incidencia de nuevos casos de SIDA y de la mortalidad asociada a esta enfermedad. En consecuencia la infección por el VIH se está convirtiendo en una enfermedad crónica, lo que genera una mayor demanda de cuidados sanitarios entre los que debería estar siempre incluida la atención bucodental. El conocimiento por parte del seropositivo de su condición de infectado aumenta con frecuencia su preocupación por la salud oral, y esto se traduce en una mejora de los hábitos de higiene y en un incremento del número de visitas al especialista. La mayoría de estas consultas no están relacionadas con las manifestaciones orales de la infección por el VIH, sino con tratamientos odontológicos convencionales. La realización de estos tratamientos resulta especialmente importante en las personas VIH-positivas por la potencial **influencia negativa** de la patología bucodental en el **estado general y en la evolución de su enfermedad**. Un estado deficiente de higiene bucal predispone a infecciones por hongos, como la candidosis oral, así como a problemas de caries y de enfermedad periodontal (piorrea). De la misma

manera la persistencia de focos infecciosos como abscesos, bolsas periodontales\*, etc, puede predisponer a la aspiración de secreciones bucales con la consiguiente aparición de neumonías, principalmente por bacterias anaerobias, cuya incidencia está aumentando en los últimos años. La persistencia de estas infecciones puede producir un incremento mantenido de la carga viral con el consiguiente agravamiento de la inmunosupresión. Por otro lado la ausencia de dientes y el dolor dental, suponen un factor clave en la **disminución de la eficacia masticatoria**, es decir afecta a la masticación, y en la idoneidad de los nutrientes consumidos, al ser más difícil la ingesta de ciertos alimentos y aumentar la ingestión de otros más perjudiciales en exceso, como los hidratos de carbono. Por último es obvio pensar que un estado bucal estéticamente deficiente en personas con escasos recursos, supone un obstáculo para la integración social y laboral de estas personas, ya dificultada de antemano por su condición de seropositivos. Las 4 preguntas que una persona seropositiva más frecuentemente se plantea en cuanto a su salud oral:

### ¿Dónde me deben tratar mis problemas bucales?

El principal problema que se encuentran las personas seropositivas es la **reticencia** de

algunos profesionales a atenderles por el miedo a la exposición al VIH. En la actualidad, a medida que se ha producido una mejora en el conocimiento de los mecanismos de transmisión del virus, el grado de aceptación de est@s pacientes por parte del colectivo de odontólogos ha aumentado considerablemente.

Actualmente la infección por VIH se considera una enfermedad crónica y por lo tanto las personas seropositivas deberían ser tratadas **en cualquier consulta dental** y por cualquier profesional con los conocimientos adecuados de esta infección. Exclusivamente en aquellos casos de severa inmunosupresión o con enfermedades indicadoras de SIDA, se deberían abordar únicamente los tratamientos de urgencia en ámbito hospitalario hasta la normalización del paciente. Sería muy recomendable poder realizar asesoramiento, diagnóstico y tratamiento de lesiones orales relacionadas con el VIH en todos los centros donde se realice el seguimiento de seropositiv@s (Centros hospitalarios, clínicas de ETS...)

### ¿Debo advertir a mi dentista de que soy seropositivo/a?

Según datos aún no publicados, el 60% (21/35) de l@s seropositiv@s que acuden al dentista todavía reconocen que no le informan de su estado, fundamentalmente por miedo al rechazo y a no ser tratados. La probabilidad de transmisión ocupacional del



VIH a los profesionales sanitarios tras una exposición percutánea (pinchazo) a sangre contaminada, es del 0,3% y tras una exposición de una mucosa a la sangre infectada es del 0,09%.

No se ha documentado ningún caso de transmisión tras exposición de la piel intacta a sangre infectada. Es decir **el riesgo de transmisión del VIH en la consulta dental es extremadamente bajo.**

En el ámbito odontológico sólo se han publicado tres casos adquisición ocupacional del VIH, en 2 odontólogos y una auxiliar de odontología, a los que hay que añadir otros 6 considerados como "posibles" por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta. También se ha demostrado un caso de un odontólogo de Florida que infectó a 6 de sus pacientes, aunque el mecanismo de transmisión no ha sido claramente demostrado.

Además, si se tienen en cuenta los riesgos añadidos de transmisión de otros patógenos entre los que destacan el VHB (virus de la hepatitis B), VHC (virus de la hepatitis C), CMV (citomegalovirus), VEB (virus Epstein-Barr) y VHS (virus herpes simple), parece más que justificado utilizar técnicas de barrera y precauciones universales con todos los pacientes que acuden a las consultas dentales, como recomienda la American Dental Association (ADA) y los Centers for Disease Control (CDC). Con todos los pacientes de las consultas dentales se adoptarán las precauciones universales, vigentes desde 1989, y que incluyen como medidas de barrera de bioseguridad el empleo de guantes de látex, gafas y mascarillas impermeables.



# Tratamiento



## ¿Se me puede realizar cualquier tratamiento odontológico?

En los escasos estudios existentes, las personas VIH+ o con SIDA establecido presentan porcentajes similares de complicaciones tras procedimientos odontológicos invasivos (cirugía oral, implantología, periodoncia y endodoncia) en comparación con aquellas VIH-. En el campo de la cirugía oral la complicación más frecuente sería el **retraso en la cicatrización de las heridas**.

Las personas infectadas con una situación inmunológica no muy deteriorada y con niveles de carga viral baja o indetectable, con o sin TARGA, serían candidatas a cualquier tratamiento odontológico, incluidos aquellos de cirugía oral y/o implantología.

Sólo aquellas personas sintomáticas con recuentos de linfocitos CD4 < 200 ó 14% requieren un control especial y valorar detenidamente otros parámetros (enfermedades concomitantes, estado de la coagulación, tratamiento farmacológico) antes de realizar cualquier tratamiento dental. En estos casos sólo se recomienda realizar aquellos tratamientos necesarios pero menos complejos como profilaxis (limpieza de boca), odontología conservadora (empastes) y/o exodoncia simple (extracciones). Los tratamientos odontológicos complejos (prótesis), y/o quirúrgicos invasivos deben ser realizados en medio hospitalario si estos fueran urgentes, o en el ámbito ambulatorio cuando se haya conseguido mejorar el estado general del paciente.

También será necesario realizar **profilaxis antibiótica previa** a tratamientos quirúrgicos si el paciente tiene < 500 neutrófilos o < 100 CD4 y profilaxis de endocarditis bacteriana en personas exUDI.

## ¿Qué lesiones orales me pueden aparecer y como puedo prevenirlas?

### ● INFECCIONES POR HONGOS

La candidosis oral (CO) representa una de las manifestaciones clínicas más comunes tanto en los estadios iniciales de la infección así como en los casos de SIDA establecido.

Actualmente y gracias al TARGA esta lesión ha disminuido drásticamente en aquellos países que disponen de estos tratamientos. Existen tres formas clínicas que se observan frecuentemente en personas VIH+: la candidosis eritematosa, la candidosis pseudomembranosa y la queilitis angular (boqueras), muy frecuente en nuestro medio.



La **candidosis eritematosa (CE)** aparece clínicamente como un área rojiza en la mucosa de dorso de la lengua y/o paladar duro/blando. Se acompaña de molestias y quemazón y/o escozor sobre todo con las comidas picantes o especiadas y bebidas ácidas.

A pesar de que es el tipo clínico más frecuente y más común en los estadios iniciales de la infección, en pacientes con > 200 CD4/mm<sup>3</sup>, suele pasar desapercibida para el clínico. La **candidosis pseudomembranosa (CP)** se caracteriza clínicamente por la presencia de placas blancas o amarillentas, que se pueden eliminar por raspado dejando una zona rojiza. Predomina en mucosa yugal (carrillos), paladar, orofarínge y dorso lingual. Suele ser indolora. Más frecuente en pacientes con < 200 linfocitos CD4/mm<sup>3</sup> y con CV > 10.000 cop/ml de RNA viral en plasma. En cuanto a las lesiones orales asociadas al hongo Candida tenemos que considerar que la **queilitis angular (boqueras)** en los pacientes VIH+ suele ser bilateral, crónica y recurrente. Puede aparecer acompañada o no de lesiones de CE o de CP, y puede permanecer durante largos periodos de tiempo si no es tratada.

Suele responder muy bien al tratamiento antifúngico junto con las medidas complementarias (Tabla 1).

**TABLA I - TRATAMIENTO DE INFECCIONES MICÓTICAS, BACTERIANAS Y VÍRICAS**

Entidad	Tratamiento farmacológico	Medidas complementarias
<b>Candidiasis oral (CO)</b>	<p>TÓPICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nistatina en suspensión oral :100.000m/ml (4 a 6 ml/día) cada 8 horas, 10-14 días, o</li> <li>➤ Nistatina Ovulos Vaginales: disolver en la boca 3-4 veces/d, 10-14 días, o</li> <li>➤ Clotrimazol, 10mg, 5 veces/d, 14 días.</li> </ul> <p>SISTÉMICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fluconazol 100 mgrs/día, 200 mgrs primer día y 100 durante 14 días.</li> <li>➤ Itraconazol 100mgr; 200 mg/d con alimentos 14 días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Diminuir consumo de tabaco</li> <li>➤ Extremar las medidas de higiene</li> <li>➤ Enjuagues con bicarbonato sódico al 2% (sobre todo por las noches)</li> <li>➤ Dieta pobre en azúcares.</li> <li>➤ Con Nistatina empleo de colutorios fluorados para prevención de caries.</li> <li>➤ Potenciar secreción salival</li> <li>➤ Dormir sin prótesis, sumergirlas en hipoclorito al 1%, o clorhexidina al 0,12%,(prevención y tratamiento de la estomatitis protética)</li> </ul>
<p><b>Eritema gingival lineal (EGL)</b></p> <p><b>Gingivitis necrotizante (GNA)</b></p> <p><b>Periodontitis necrotizante (PNA)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Raspaje y alisado con anestesia local.</li> <li>● Irrigación con povidona yodada diluida al 10% (reduce la carga microbiana y el dolor)</li> <li>● Seguimiento frecuente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Instrucción en medidas de higiene periodontal</li> <li>● Utilizar cepillos interproximales</li> <li>● Enjuagues con clorhexidina al 0,12%, cada 12 horas,</li> <li>● Irrigación con jeringa con povidona yodada al 10%</li> <li>● Tratamiento antibiótico: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Metronidazol 250 mgrs cada 6 horas, 4-5 días.</li> <li>- Amoxicilina+clavulánico 875/125 mgr /8 h, 7 d.</li> <li>- Clindamicina 300 mgr/8h, 7 días.</li> </ul> </li> <li>● No usar nunca NISTATINA con clorhexidina</li> <li>● Reducir consumo de tabaco.</li> </ul>
<b>Leucoplasia vellosa (LVO)</b>	<p>No necesita tratamiento pero por motivos estéticos o si existe sintomatología:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aciclovir, 3-4 g diarios, 15 días, hasta desaparición de LVO, bajando la dosis hasta los 1200mg diarios.</li> <li>- Valaciclovir 1g diario, 15 días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El control de la carga viral y de la situación inmunológica hace que pueda remitir espontáneamente y que sea menos frecuente.</li> <li>➤ El tratamiento con HAART/TARGA mejora y a veces resuelve estas lesiones, si no puede indicar fracaso terapéutico.</li> <li>➤ Muy recidivante.</li> </ul>
<b>Herpes simple (VHS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aciclovir tabletas 200 mgrs v.o. , 5 veces al día, 5-7 días o</li> <li>➤ Valaciclovir 500 mgrs v.o. ,cada 12 horas, 5-7 días</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Limpieza de lesiones con gasa empapada en preparado de manzanilla amarga</li> <li>➤ Dieta pobre en especias</li> </ul>
<b>Papilomas (verrugas)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Criocirugía, evaporación con láser o cirugía correctora. Interferon-- intralesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incidencia muy baja en pacientes que reciben HAART/TARGA.</li> </ul>
<b>Citomegalovirus (CMV)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aciclovir (800 mg 5 veces/día),</li> <li>➤ Si enfermedad diseminada: ganciclovir (5 mg/kg cada 12 horas, 2-3 semanas)</li> <li>➤ Resistencias:foscarnet (90-100 mg/kg/12h).</li> </ul>	



### ● INFECCIONES BACTERIANAS:

Las infecciones por bacterias más frecuentes son aquellas que afectan a la encía: el eritema gingival lineal, la gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN) y la periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN).

El **eritema gingival lineal** (EGL) se presenta como una banda o línea rojiza a lo largo de la encía, que puede estar acompañada o no de sangrado y malestar. Aparece más frecuentemente en los dientes anteriores. Podría estar causada o asociada a especies de *Candida*. (Tabla 1). La **gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN)** es un signo temprano y frecuente de sujetos infectados por VIH (4-16%). Aparece una encía con enrojecimiento e inflamación, llegando incluso a dejar zonas de hueso al descubierto. Se acompaña siempre de dolor, mal aliento y sangrado espontáneo o con el cepillado.



La **periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN)**, es mucho más agresiva que en la población seronegativa, con una prevalencia mayor entre los hombres homo y bisexuales, produce un dolor intenso y una destrucción de tejidos periodontales y de hueso. Aparece con recuentos de  $CD4 < 100 \text{ cél/mm}^3$ , siendo un marcador clínico de una inmunosupresión severa y además factor pronóstico negativo. El tratamiento más adecuado para estos procesos aparece en la Tabla 1.

### ● INFECCIONES POR VIRUS.

El **herpes simple (VHS-1, VHH-1)** afecta la mucosa bucal y labial produciendo pequeñas vesículas que tienden a confluir originando úlceras muy dolorosas que causan una importante impotencia funcional. La clínica incluye además fiebre, malestar y aparición de ganglios en cuello. El tratamiento

contempla el empleo de aciclovir o valaciclovir. Las lesiones remiten en 7-10 días.

La **leucoplasia vellosa oral (LVO)** esta asociada al virus de Epstein-Barr (VEB). Se localiza en cara lateral de la lengua y presenta formaciones blancas con pliegues y arrugas que no se desprenden por el raspado. Aparece más frecuentemente en varones homosexuales y de forma bilateral en lengua. Normalmente no está indicado el tratamiento, sobre todo en los casos en los que el paciente reciba TARGA (Tabla 1)

El **virus del papiloma humano (VPH)** produce frecuentemente la **verruca vulgar y el condiloma**. Es un virus de transmisión sexual que afecta a heterosexuales y homosexuales. En la era TARGA estas lesiones han disminuido radicalmente aunque suelen recidivar frecuentemente cuando se extirpan quirúrgicamente.

El **citomegalovirus (CMV)** es el más común de los virus oportunistas patógenos en pacientes con SIDA. Además de producir úlceras orales, se puede manifestar con otra sintomatología. Las úlceras orales asociadas a CMV pueden parecer clínicamente similares a las producidas por herpes virus, pero normalmente aparecen de forma unitaria y sin la formación de vesículas previas. Más frecuente cuando el recuento de  $CD4$  es  $< 100 \text{ cél/mm}^3$

### ● NEOPLASIAS

#### **Sarcoma de Kaposi (SK).**

El SK es todavía actualmente la neoplasia maligna oral más frecuentemente asociada con la infección por el VIH. Afecta principalmente a varones homosexuales y es indicativa de SIDA. Está asociado al virus Herpes Humano tipo 8 (VHH-8), que podría estar desempeñando un papel etiológico clave. Aparece como manchas o bultos de color rojizo o púrpura intenso que se localizan frecuentemente en paladar duro y/o blando y en encía del maxilar superior. El tratamiento quirúrgico y el efecto antivírico de la TARGA pueden hacer remitir estas lesiones (ver Tabla 2).

#### **Linfomas orales.**

Los linfomas más habituales en los pacientes VIH+ son los no-Hodgkin (60 veces más frecuentes que en personas VIH-).

En un 40-60% de los linfomas asociados al VIH se ha podido aislar el VEB. Es indicativo de SIDA. Puede aparecer en cualquier parte de la boca. Son muy agresivos y diseminan precozmente, de ahí la gran importancia de diagnosticarlos lo antes posible.

## ● OTRAS LESIONES ORALES

### Patología glándulas salivales.

La enfermedad de las glándulas salivales clínicamente aparece como un aumento de tamaño de las glándulas salivales mayores, sobre todo en las parótidas. Suele ser bilateral y se acompaña frecuentemente de síntomas de boca seca.

### Xerostomía (Boca seca)

Es una queja muy frecuente en sujetos infec-

tados por el VIH (1 de cada 4). Los factores asociados son: la existencia de enfermedad de glándulas salivales previa, el empleo de algunos medicamentos antirretrovirales u otros específicos de lesiones asociadas al VIH, el tabaco, y una carga viral >100.000 cop/ml.

### Úlceraciones aftosas recurrentes. (UAR).

Las úlceras aftosas (UAR) son normalmente más agresivas, dolorosas y persistentes que en personas seronegativas. Estas aftas ("llagas") pueden aparecer en cualquier parte de la mucosa oral, pueden ser de gran tamaño, duran de 2 a 6 semanas y dejan cicatriz. Además la curación es más lenta lo que provoca una disminución de la ingesta de alimentos que afecta negativamente al estado general de estos pacientes.



**TABLA II - TRATAMIENTOS DE NEOPLASIAS Y OTRAS LESIONES**

Entidad	Tratamiento principal	Medidas complementarias
<b>Sarcoma de Kaposi/ Linfoma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Remisión a especialista para:</li> <li>&gt; Cirugía (citoreducción) o,</li> <li>&gt; Quimioterapia (vinblastina o vincristina o,</li> <li>&gt; Agente esclerosante ( inyecc. intralesional) o,</li> <li>&gt; Radioterapia: oncólogo-radiólogo o,</li> <li>&gt; Interferón alfa recombinante: oncólogo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Mayor higiene por complicaciones de la radio o quimioterapia</li> <li>&gt; Profilaxis dental y eliminación de sarro previa al tratamiento.</li> <li>&gt; La radioterapia regional y la quimioterapia sistémica provoca complicaciones orales, reservado para formas extensas.</li> <li>&gt; Con las últimas mejoras en los tratamientos antirretrovirales con los inhibidores de la proteasa (P.ej. Ritonavir) se han observado algunos casos de resolución de lesiones por SK, lo que indica la fuerte relación de este tumor con el estado inmunitario del paciente.</li> </ul>
<b>Xerostomía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mayor ingesta de líquidos</li> <li>● Chicles con xilitol</li> <li>● Dentífricos sin laurilsulfato sódico</li> <li>● Geles humectantes</li> <li>● Saliva artificial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mayor higiene bucal</li> <li>● Fluorizaciones tópicas</li> <li>● Evitar consumo de tabaco, café, bebidas de cola, alcohol, etc.</li> </ul>
<b>Enf. glándulas salivales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Sialogógos: pilocarpina (5 mg/3 veces al día) teniendo en cuenta que produce taquicardia, náuseas y dispepsia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Debido a la xerostomía el riesgo de caries está aumentado por lo que son convenientes los enjuagues de flúor.</li> <li>&gt; Chicles o caramelos sin azúcar, sorbos frecuentes de agua, empleo de saliva artificial,</li> </ul>
<b>Úlceras orales/Aftas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Gel de carbenoxolona, cada 4 horas, hasta remisión, o</li> <li>&gt; Corticoides tópicos (pomada de fluocinolona 6 v/d o colutorios de Dexametasona 2-3 v/d ), o</li> <li>&gt; Talidomida (en casos rebeldes).</li> <li>&gt; Lesiones pequeñas sin Tto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Dentífricos y colutorios con Triclosán</li> <li>&gt; Dieta sin especias y de consistencia suave</li> <li>&gt; El control de la carga viral reduce la aparición de úlceras</li> <li>&gt; Una úlcera atípica y grande puede requerir la realización de una biopsia para descartar linfoma o infecciones fúngicas raras.</li> </ul>