

Panorama Cuba y Salud 2016;11(1): 34-39

(Recibido: 9 de diciembre de 2015,
aprobado: 23 de diciembre de 2015)

(Artículo Original)

Comportamiento clínico epidemiológico de las lesiones bucales en pacientes VIH/SIDA. Artemisa. Enero-Abril 2015

Hospital Docente "Ciro Redondo García", Artemisa, Cuba.

MSc. Arahí Gómez Casañas¹, Dr. Juan Carlos Quintana Díaz², Dra. Ellislé García Balcinde³.

¹MSc en Atención a Urgencias Estomatológicas, Especialista de 1er grado en Cirugía Máxilo Facial, Profesora instructor, Hospital Docente "Ciro Redondo García", Artemisa, Cuba. ²Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial, Profesor Auxiliar, Instituto Superior Ciencias Médicas de La Habana, La Habana, Cuba. ³Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica, Profesora Instructor, Hospital Docente "Ciro Redondo García", Artemisa, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el comportamiento clínico epidemiológico de las lesiones bucales en los pacientes con diagnóstico serológico confirmado de VIH/SIDA, para determinar la prevalencia de lesiones bucales en la población estudiada. Caracterizar la población de estudio según sexo, edad, tiempo de diagnóstico, presencia y tipo de lesiones bucales.

Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que acudieron a su consulta de seguimiento del policlínico Tomás Romay, Artemisa en el período de Enero-Abril de 2015, el universo fue de 69 pacientes con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA, se tomó una muestra de 25 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Se les realizó un exhaustivo interrogatorio y examen clínico bucal, previo consentimiento informado de los pacientes.

Resultados: Del total de pacientes estudiados, el 64% presentó alguna lesión bucal; el 72% de la muestra perteneció al sexo masculino y al grupo de edad de 26 a 35 años; las lesiones bucales predominantes fueron la candidiasis bucal (24.0%) seguido del eritema gingival lineal (12.0%) ubicándose el mayor número de pacientes con estas lesiones (16%), en el grupo de más de 5 años de diagnóstico.

Conclusiones: Se encontró una elevada prevalencia de lesiones bucales en la población objeto de estudio, con predominio del sexo masculino, en el grupo de edad de 26 a 35 años, siendo la candidiasis bucal y el eritema gingival lineal, las dos lesiones más frecuentemente encontradas en la muestra.

Palabras clave: lesiones bucales; infección por VIH; candidiasis bucal; eritema gingival lineal.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, conocido por su acrónimo SIDA, es el conjunto de enfermedades de muy diversos tipos, generalmente procesos infecciosos o tumorales, que resultan de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).(1)

La infección por el VIH constituye actualmente un problema de salud pública a nivel mundial debido a la propagación constante y continua de la enfermedad. La epidemia ha sido vista desde su dimensión social, económica y política, en su relación con otras infecciones de transmisión sexual; sin embargo, aún quedan algunas brechas en el conocimiento del papel del individuo como ser vulnerable de adquirir la infección, que pudieran resumirse en un proceso dinámico en el cual se involucran diferentes factores: sociales, ambientales y culturales.(1)

En América Latina se estima que la epidemia se inició a principios del decenio de 1980. Por su parte, el VIH se detecta en Cuba en la segunda mitad de ese decenio, y la ciudad diana fue la capital del país.

Cuba ha logrado mantener una baja tasa de crecimiento de VIH, constituyendo una excepción en el área del Caribe con una prevalencia en adultos por debajo de 0,1 %. La epidemia está caracterizada como concentrada, de crecimiento lento y el nivel de incidencia de esta infección es mínimo en la población infantil.(2,3)

En los últimos años se han producido importantísimos avances en el tratamiento farmacológico de los enfermos con VIH, con el desarrollo de nuevos y más potentes antirretrovirales. Sin embargo, los investigadores y clínicos denuncian una alta tasa de problemas de adhesión al tratamiento en los pacientes que anula en muchos casos los beneficios derivados de los progresos médicos.(4)

En los pacientes infectados por el virus de VIH, las

manifestaciones bucales asociadas con esta infección juegan un papel importante debido a la elevada frecuencia con la que se presentan, que varía entre 37% y 60%, en diferentes series, así como por el deterioro en la calidad de vida que algunas lesiones bucales, tales como las úlceras recurrentes, la periodontitis ulceronecrotizante y las lesiones avanzadas de sarcoma de Kaposi que pueden afectar funciones como la deglución y la masticación. La candidiasis bucal y la leucoplasia vellosa son consideradas indicadoras de la infección por el VIH, signos de inmunosupresión profunda, de carga viral elevada y de progresión de la enfermedad en los individuos seropositivos a este virus.(5,6)

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente y por no haber encontrado en la literatura nacional consultada, trabajos realizados en el municipio Artemisa, dirigidos al diagnóstico de lesiones bucales en los pacientes VIH/SIDA y constituir este un tema a la formación como estomatólogos, se decide realizar la presente investigación donde se pretende Caracterizar el comportamiento clínico epidemiológico de las lesiones bucales en los pacientes con diagnóstico serológico confirmado de VIH/SIDA e identificar el tipo lesiones bucales presentes en estos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que acudieron a su consulta de seguimiento, en el período comprendido entre Enero y Abril de 2015. De un universo de 69 pacientes con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA en el municipio, se tomó una muestra de 25 pacientes que cumplían los siguientes criterios: Pacientes con diagnóstico serológico confirmado de infección por VIH que radican de forma permanente en el municipio Artemisa. Pacientes de ambos sexos y mayores de 18 años. Pacientes que dieron su consentimiento para formar parte del estudio.

Previo consentimiento informado (anexo 1), se llevó a cabo la realización de un interrogatorio para determinar datos generales y tiempo de infección además del examen físico bucal con el auxilio de luz artificial y espejo de uso estomatológico, los datos recogidos fueron vaciados en planillas resúmenes para facilitar el procesamiento estadístico y la confección de las tablas de salida para poder dar respuesta a los objetivos trazados. El método estadístico empleado fue el cálculo porcentual con la ayuda de una computadora marca Acer.

Anexo 1

Consentimiento informado.

Yo _____ estoy de acuerdo en formar parte de esta investigación.

Se me ha explicado claramente y he comprendido la importancia de este estudio. Mi aprobación es totalmente voluntaria y no representa ningún compromiso, pues estoy en plena libertad de no aceptarla. Por lo tanto al firmar este documento autorizo a que se me incluya en esta investigación y para que así conste firmo la presente junto con el médico que me ha dado las explicaciones a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma del paciente: _____

Firma del médico responsable: _____

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa que a su consulta de seguimiento del policlínico Tomás Romay de Artemisa, entre Enero y Abril de 2015, acudieron 25 pacientes (n=25) y de ellos, el 64% presentó alguna lesión bucal. Al distribuir la población según los grupos de edad y el sexo (Tabla 2), se encontró

un predominio del sexo masculino con 18 casos (72.0%) y que el intervalo de mayor frecuencia es el de 26 a 35 años, en el sexo masculino (50.0%) y el grupo de 18 a 25 para el sexo femenino (42.8%). No se encontró ningún caso de 60 y más años coincidiendo quizás con las edades donde la vida sexual es menos activa. En la Tabla 3 se puede observar que la lesión predominante fue la candidiasis

Tabla 1: Distribución de pacientes según presencia o no de lesiones bucales.

Presencia de lesiones	Nº	%
Si	16	64.0
No	9	36.0
Total	25	100.0

Fuente: investigación realizada.

Tabla 2: Distribución de pacientes según sexo y edad.

Grupos de edad (años)	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
18-25	4	22.2	3	42.8
26-35	9	50.0	2	28.6
36-59	5	27.8	2	28.6
60 y más	-	-	-	-
Total	18	100.0	7	100.0

Fuente: investigación realizada.

Nota: El porcentaje calculado del total de la columna.

Tabla 3: Distribución de pacientes según tipo de lesión bucal.

Tipo de lesión	Nº	%
Candidiasis bucal	6	24.0
Sarcoma de Kaposi	2	8.0
Eritema gingival lineal	4	16.0
Úlcera atípica	2	8.0
Hiperpigmentación melanocítica	3	12.0

Fuente: investigación realizada.

Nota: El porcentaje calculado del total de pacientes (n=25)

Tabla 4: Distribución de pacientes según tiempo de diagnóstico y tipo de lesión bucal.

Tipo de lesión	Tiempo de diagnóstico					
	hasta 1 año		mayor de 1 año-5 años		+ de 5 años	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Candidiasis bucal	1	4.0	2	8.0	4	16.0
Sarcoma de Kaposi	-	-	-	-	2	8.0
Eritema gingival lineal	-	-	-	-	4	16.0
Úlcera atípica	-	-	1	4.0	1	4.0
Hiperpigmentación melanocítica	-	-	1	4.0	2	8.0
Sin lesión	3	12.0	2	8.0	3	12.0

Fuente: investigación realizada.

Nota: El porcentaje calculado del total de pacientes (n=25)

bucal (24.0%) seguido del eritema gingival lineal (16.0%). En la tabla 4 se pone de manifiesto, cómo aumentan con los años de diagnóstico de la seropositividad de los pacientes, la posibilidad de aparición de lesiones bucales, ubicándose el mayor número de lesiones bucales en el grupo de más de 5 años de diagnosticados (16% de los casos con candidiasis bucal y eritema gingival lineal) lo que pudiera explicarse por el deterioro del sistema inmunológico que sufre el paciente con el avance de la enfermedad. Anexo 2

DISCUSIÓN

La salud bucal es un aspecto importante en las personas que viven con VIH/SIDA, quienes sufren enfermedades oportunistas que causan serios problemas al paciente. Algunos autores consideran que entre 30 y 80% de estas

personas adquieren infecciones por hongos, leucoplasias y otras manifestaciones bucales propias de la infección por el VIH.(7)

Numerosos estudios coinciden con este resultados en la aparición de lesiones bucales en más de un 60% de los pacientes.(5,8-11)

Hamza y col 12 en un estudio sobre las manifestaciones orales de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en adultos y niños que recibieron terapia antirretroviral altamente activa (HAART por sus siglas en inglés) concluyeron que los pacientes adultos que la recibieron tenían un significativo bajo riesgo de lesiones orales.

Es una realidad que los pacientes de la muestra de este estudio presentan con frecuencia el abandono del tratamiento o si lo realizan, lo hacen de forma incorrecta,

Anexo 2*Candidiasis Bucal:*

Eritematosa: áreas rojas, sin puntos o placas blancas removibles, frecuentemente localizada en paladar, dorso de lengua y mucosa yugal.

Seudomenbranosa: placas o puntos blancos o amarillentos, cremosos, blandos que pueden ser removidos, situadas en cualquier sitio de la mucosa de la boca.

Hiperplásica: placas blancas, firmes, adheridas o nódulos pequeños en un área eritematosa; no pueden ser removidas y son más comunes en la mucosa yugal y del labio y lengua. Anexo 4

Eritema gingival lineal:

El paciente comienza con una gingivitis, acompañada de un eritema difuso o un punteado que recuerda petequias. Puede haber sangramiento espontáneo y dolor. El eritema se hace más marcado, a veces rojo brillante, que se puede extender a la encía no adherida.

Sarcoma de Kaposi (SK):

Las lesiones en etapas tempranas se presentan planas, de color azul púrpura o rojo púrpura que no "blanquean" con la presión. En estadios avanzados se vuelven elevadas y nodulares. Pueden ulcerarse y entonces son dolorosas.

Úlceras atípicas:

Pueden tener varias formas o tamaños, pero por lo general son irregulares, profundas, crateriformes y muy dolorosas. El signo más importante que la diferencia de la de los pacientes no inmunodeprimidos es su persistencia. Estas úlceras duran semanas y hasta meses para regresar y cuando esto ocurre casi siempre dejan huellas cicatriciales. Pueden tener hasta 3 cm y su localización más frecuente es el paladar blando, lengua y mucosa del labio. También en estos pacientes pueden verse úlceras más pequeñas, más superficiales y con menos persistencia, pero siempre dolorosas.

lo que provoca por supuesto, la falta de control de la carga viral en los mismos y por ende una bancarrota inmunológica.

Nuestros resultados coinciden con los encontrados por diferentes autores (10,13,14) y aceptado mundialmente, con un elevado porcentaje de pacientes infectados por el VIH/SIDA, correspondiente al sexo masculino. Hasta diciembre de 2008, 80,6 % de los pacientes diagnosticados en Cuba eran masculinos, para una proporción hombre/mujer de 4:1.(15)

La candidiasis bucal, la leucoplasia vellosa, el eritema gingival lineal, la gingivitis ulceronecrotizante y la periodontitis ulcerativa necrotizante, son indicadores orales, que la enfermedad está en un rápido desarrollo¹⁶. Otros estudios (17) muestran, que las lesiones orales tienen una alta prevalencia en pacientes VIH/SIDA con un bajo conteo CD4 y una alta carga viral. El uso de Terapia retroviral altamente activa, es asociado con una disminución en la prevalencia de las lesiones orales. Algunos autores (10,18-20) señalan a la candidiasis bucal como la lesión más frecuentemente encontrada en sus muestras. Se ha señalado incluso la aparición de la candidiasis bucal con valor predictivo en la rápida evolución de la enfermedad. (15)

Rao y col. (14) destacan que alrededor del 20% de su muestra presentó candidiasis bucal en los hombres y alrededor del 10% de las mujeres lo que pudiera deberse al mayor conteo de CD4 en mujeres. Esta diferencia inmunológica de las mujeres comparada con los hombres, debe ser tomada en consideración en la evaluación y

manejo de los pacientes con VIH. También se plantea que las lesiones bucales son menos prevalentes en mujeres que en hombres.(21)

Este estudio ha tenido un carácter descriptivo, lo cual lo limita para ser comparado con otros trabajos de prevalencia de lesiones bucales en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, además de estar constituido por una muestra de estudio pequeña en un corto período de tiempo, sin embargo permite hacer una valoración general del comportamiento actual de estas lesiones en los pacientes afectados y en sentido general hay congruencia entre los resultados obtenidos y los que se reportan en la literatura mundial.

CONCLUSIONES

Se encontró una elevada prevalencia de lesiones bucales en la población objeto de estudio, con un predominio del sexo masculino y en el grupo de edad de 26 a 35 años. El mayor grupo de pacientes con lesiones bucales se ubicó en el grupo de más de 5 años de diagnóstico, siendo la candidiasis bucal y el eritema gingival lineal, las dos lesiones más frecuentemente encontradas en la muestra.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar estudios en todos los centros asistenciales para prevenir lesiones malignas o diagnosticarlas tempranamente y elevar la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díez RN, Díaz FA. Evolución del sida en España. *Investigación y ciencia*. 2013; 442 (61): 60-4
2. Miranda GO, Fariñas RA, Coutín MG, Nápoles PM, Lara FH, Lago AT. Comportamiento de la epidemia de VIH en Cuba. *Rev. Med. Electrón.* 2012; 34 (1)
3. Teva I, Bermúdez M, Ramiro M, Buena-Casal G. Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI. *Análisis de las diferencias entre países*. *Rev Med Chile*. 2012; 140(1): 50-8
4. Ballester R. Adhesión terapéutica: revisión histórica y estado de la cuestión de la infección por VIH/SIDA. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 2002; 7 (3)
5. Ramírez AV, Pedraza LE, Camacho EI, Saavedra GA, González-RI. Asociación de lesiones bucales con el estado serológico para el VIH. *Salud Publica Mex*. 2002; 44: 87-91. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html> fecha de acceso: 28 de febrero de 2014
6. Santana GJ. Principales enfermedades infecciosas generales con complicaciones bucales en: *Atlas de patología del complejo bucal*. 2da ed. Cuba: Editorial Ciencias Médicas. 2010: 198-250
7. Dávila ME, Tagliaferro Z, Parra H, Ugel E. Diagnóstico bucal de las personas que viven con VIH/SIDA. Mérida, Venezuela. *Revista odontológica de los Andes*. 2009; 4 (2).
8. Pinzón E, Bravo S, Méndez F, Clavijo G, León M. Prevalencia y factores relacionados con la presencia de manifestaciones orales en pacientes con VIH/SIDA, Cali, Colombia. *Colombia Medica*. 2008; 39 (4): 346-55
9. Urdaneta MB, Urdaneta MB, Bernardoni SC, Arteaga VM, Sotolongo M, Benito MT, Pereira GS, Morón A. Manifestaciones bucales en pacientes VIH positivos y su relación con valores de linfocitos CD4. *Acta Odontológica Venezolana*. 2007; 45 (2)
10. Tovar V, Guerra M, Bravo-Sosa IM, Alborno E, Lambertini A, Ibarra G, Brito A. Manifestaciones bucales e infecciones oportunistas más frecuentes encontradas en 208 pacientes con infección por VIH/SIDA. *Acta odontol. venez.* 2002; 40 (3): 3-8
11. Naidu GS, Thakur R, Singh AK, Rajbhandary S, Mishra RK, Sagtani A. Oral lesions and immune status of HIV infected adults from eastern Nepal. *J Clin Exp Dent*. 2013; 5 (1): 1-7
12. Hamza OJ, Matee MI, Simon EN, Kikwilu E, Mushi MJ, Mugusi F et al. Oral manifestations of HIV infection in children and adults receiving highly active anti-retroviral therapy [HAART] in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Oral Health*. 2006; 18 (6): 12
13. Condes E, Barros E, Merino F, Ruiz GJ. Infección por el VIH en el adulto. Cambios epidemiológicos durante 25 años (1983-2008) en un área de la comunidad de Madrid. *Enfermedades infecciosas y microbiológicas clínicas*. 2010; 28 (3): 156-61
14. Rao UK, Ranganathan K, Kumarasamy N. Gender differences in oral lesions among persons with HIV disease in Southern India. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2012; 16 (3): 388-94
15. Abrahantes RY, Jorge Pérez AJ, Kourí CV, Fonseca GC, Baly GA, Tápanes FT. Factores asociados a la progresión rápida a sida en individuos cubanos *Rev Cubana Med Trop*. 2010; 62 (2)
16. Sontakke SA, Umarji HR, Karjodkar F. Comparison of oral manifestations with CD4 count in HIV-infected patients. *Indian J Dent Res*. 2011; 22 (5): 732
17. Han Y, Liu HW. Progress on study on oral lesions in patients with AIDS. *Beijing Da Xue Xue Bao*. 2010; 42 (1): 117-21.
18. Chopra S, Arora U. Skin and mucocutaneous manifestations: useful clinical predictors of HIV/AIDS. *J Clin Diagn Res*. 2012; 6 (10): 1695-8
19. Rao UK, Ranganathan K, Kumarasamy N. Gender differences in oral lesions among persons with HIV disease in Southern India. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2012; 16 (3): 388-94.
20. Tovar V, Alborno E, Guerra M, Lázare J. Prevalencia de candidiasis bucal en pacientes VIH/SIDA: estudio retrospectivo. *Acta odontol. venez.* 2004; 42 (2): 16-9.
21. Dongo M, Gonçalves LS, Ferreira SM, Noce CW, Dias EP, Júnior AS. Gender differences in oral manifestations among HIV-infected Brazilian adults. *Int Dent J*. 2013; 63(4):189-95.

Clinic epidemiologic behavior of oral injuries in HIV / AIDS patients. . Artemisa. January-April 2015**SUMMARY**

Objective: To characterize the clinical epidemic behavior of the oral injuries in the patients with diagnostic confirmed serologic of HIV / AIDS, to determine the prevalence of oral injuries in the studied population. To characterize the study population according to sex, age, time of diagnosis, existent and type of oral injuries.

Method: An observational descriptive study of transverse court was conducted with patients diagnosed with HIV / AIDS that went to their monitoring consultation of the Tomás Romay polyclinic, Artemisa in the period of January - April of 2015, the universe of 69 patients with confirmed diagnosis of HIV / AIDS, was taken and a sample of 25 patients that completed the inclusion criterion. They were carried out an exhaustive interrogation and clinical oral exam, previous informed consent.

Results: Of the total of studied patients, 64% presented some oral injury; 72% of the sample was male and the age group from 26 to 35 years; the oral predominant injuries were the oral candidiasis (24.0%) followed by the gingival lineal erythema (12.0%) being located the biggest number of patient with these lesions (16%), in the group of more than 5 years of diagnosis.

Conclusions: There was a high prevalence of oral injuries in the population study object, with prevalence of male, in the age group from 26 to 35 years, being the oral candidiasis and the gingival lineal erythema, the two more frequently injuries found in the sample.

Key words: oral injury; infection for HIV; oral candidiasis; eritema.

Dirección para la correspondencia: Yarahí Gómez Casañas. Calle 76# 6506 % 65y67. Guanajay. Artemisa. Teléfono 47307408

Correo electrónico: aragomez@infomed.sld.cu, juanc.quintana@infomed.sld