

Manifestaciones periodontales de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana adquirida

PERIODONTAL MANIFESTATIONS FOR THE INFECTION OF THE ACQUIRED HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

FANNY ARTEAGA CHIRINOSⁱ • BELKIS QUIÑÓNEZⁱ • JOSÉ PRADOⁱⁱ

ⁱDepartamento de Biopatología. Facultad de Odontología. ⁱⁱDepartamento de Educación Física. Facultad de Humanidades y Educación. Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela. E-mail: fanarte@ula.ve.

RESUMEN

Desde el inicio de la epidemia infecciosa por el virus de inmunodeficiencia humana adquirida se ha observado frecuentemente el compromiso de la cavidad bucal, asociado particularmente con los tejidos periodontales. Formas severas de enfermedades periodontales se han presentado en los individuos con esta infección, entre estas el eritema lineal, la gingivitis úlcero necrosante, la periodontitis úlcero necrosante, además de patologías como la candidiasis, leucoplasia pilosa, sarcoma de Kaposi y úlceras, entre otras. Existe una predisposición a la periodontitis crónica en estos pacientes, y a la periodontitis úlcero necrosante como infección caracterizada por necrosis gingival, inversión de la papila, sangrado y dolor. La ocurrencia de las lesiones bucales se ha correlacionado con las características clínicas, demográficas y los parámetros inmunológicos y virológicos. Se presenta una revisión sobre manifestaciones periodontales de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana adquirida. El diagnóstico oportuno de las lesiones periodontales puede proporcionar la primera indicación de infección por el virus de inmunodeficiencia humana, permitir prevenir la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de estos individuos.

Palabras clave: eritema lineal, gingivitis úlcero necrosante, periodontitis úlcero necrosante, virus de inmunodeficiencia humana adquirida, SIDA.

ABSTRACT

Since the beginning of the infectious epidemic for the virus of the human immune-deficiency virus, the commitment of the oral cavity, particularly associated to periodontal tissues has been observed. Severe forms of periodontal diseases like lineal erythema, ulcerative necrotizing gingivitis and ulcerative necrotizing periodontitis have been reported by individuals with this infection, as well as pathologies such as candidiasis, hairy leukoplakia and Kaposi's sarcoma among other. There exists a previous disposition to chronic periodontitis in these patients and to ulcerative necrotizing periodontitis as an infection characterized by gingival necrosis, investment of the papilla, bleeding and pain. The occurrence of the oral lesions has been correlated with clinical and demographic characteristics and the viral and immunological parameters. A literature review about periodontal manifestations of the infection by the acquired human immune deficiency virus. The opportune diagnosis of periodontal diseases can provide the first indica-

tion of infection by acquired human immune deficiency virus; it can also allow the progression of the disease and to improve the individuals' life quality.

Key Words: lineal erythema, ulcerative necrotizing gingivitis, ulcerative necrotizing periodontitis, acquired human immune deficiency virus, AIDS.

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) (Lindhe, Karring y Lang, 2005). El SIDA no es sólo una enfermedad, sino la etapa final de la infección por el VIH, caracterizada por un conjunto o síndrome de enfermedades potencialmente fatales, y por una inmunosupresión profunda que conduce al desarrollo de infecciones oportunistas, neoplasias secundarias y manifestaciones neurológicas. Desde el inicio de la enfermedad se ha observado frecuentemente el compromiso de la cavidad bucal y de los tejidos periodontales (Vaseliu, Carter, Kline, Kozinetz, Cron, Matusa y Cline, 2005) y desde entonces comenzaron los intentos para diagnosticar, clasificar y establecer criterios de definición de las manifestaciones del síndrome en el complejo bucal (Rodríguez, 2004). 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 antiretrovirales o agentes antiinfecciosos; por lo tanto, los resultados de los estudios de las lesiones bucales y particularmente las periodontales en la enfermedad deberían ser examinados cuidadosamente (Mealey, 1996). La gran diversidad de síntomas que presentan estos pacientes 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 (Lindhe et al., 2005). La aparición de las lesiones bucales y periodontales puede proporcionar la primera indicación de infección por el virus, haciéndose más prevalentes las lesiones cuando el

contaje de los linfocitos CD4 disminuye (Lindhe et al., 2005). Formas severas de la enfermedad periodontal son muy frecuentes en los individuos con la infección por VIH (American Academy of Periodontology, 2000), entre estas lesiones fuertemente asociadas se citan el eritema lineal, la gingivitis ulcero necrosante (GUN) y la periodontitis ulcero necrosante (PUN). 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 necrosantes (American Academy of Periodontology, 2000). Se han propuesto una variedad de términos y diferentes sistemas de clasificación para estandarizar la categoría del diagnóstico del eritema lineal, la destrucción de tejidos blandos y duros en los pacientes con SIDA, siendo estas entidades clasificadas como: eritema lineal, gingivitis ulcero necrosante y periodontitis ulcero necrosante ya que lesiones similares pueden ser vistas en pacientes VIH negativos y en otros pacientes que presenten inmunosupresión por otras causas (Mealey, 1996). Nuestro objetivo es presentar una revisión sobre manifestaciones periodontales de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana adquirida.

A continuación describiremos las lesiones periodontales asociadas con la infección por VIH, las cuales también se pueden presentar en pacientes seronegativos al VIH, sin embargo, el diagnóstico diferencial lo establecerá el rápido inicio, la progresión drástica y la resistencia al tratamiento de las mismas, que se observa en los pacientes con VIH (Perea, Campo, Charlén, Bascones, 2006)

Eritema lineal

Los síntomas periodontales usualmente se inician con una intensa gingivitis eritematosa (Lindhe et al., 2005), que forma parte del espectro de las enfermedades periodontales en estos pacientes (Lugo, Fornatora, Reich y Freedman, 1999), clínicamente se observa como una banda característica de 2-3 mm de ancho, de un intenso eritema marginal gingival frecuentemente acompañado por lesiones rojas difusas o lesiones parecidas a petequias que se extienden apicalmente a la encía y a la mucosa alveolar (Chimenos-Küstner, 1997; Mealey, 1996). El eritema puede estar localizado o generalizado y aparece en forma desproporcionada a la cantidad de placa supragingival presente (Mealey, 1996). Es llamativa la ausencia de irritantes locales en este tipo de gingivitis (Tavares y Barbosa, 1998), es rara cualquier pérdida de inserción clínica, ulceración o dolor y la característica clínica resaltante es que no responde al desbridamiento local y al control mecánico de la placa bacteriana (Mealey, 1996). Cuando ocurre la disminución marcada de los linfocitos T colaboradores siguiendo un curso subagudo y crónico, aparece la gingivitis ulcerosa necrosante, finalmente puede evolucionar a periodontitis ulcerosa necrosante con la formación de sequestratos de hueso alveolar (Lindhe et al, 2005).

Gingivitis úlcero necrosante (GUN)

La GUN ha sido conocida con muchos nombres entre los que se mencionan: Enfermedad de Vincent, gingivitis fusospiroquetel, boca de trincheras y gingivitis úlcero aguda; asociada al estrés fisiológico, demanda física aumentada y estados de desnutrición. Puede ser el primer signo de la infección por VIH (Rowland, 1999).

Clínicamente se observa destrucción de una o más papilas interdentes, con ulceración, cráteres, necrosis, sin pérdida ósea (Mealey 1996, Bascones-Martínez y Escribano-Bermejo, 2005), sin pérdida de inserción y con fuerte halitosis (Chimenos-

Küstner, 1997). Su presentación clínica aguda cursa con rápida instalación de dolor gingival intenso superficial, necrosis gingival interdental y sangrado (Rowland, 1999), escasos irritantes locales, severo eritema de la encía y la mucosa bucal, además pueden observarse ulceraciones cubiertas por un exudado fibrinoso el cual precede la disrupción de la cresta gingival y la formación de los cráteres (Tavares y Barbosa, 1998).

Los signos y síntomas clínicos de esta patología generalmente se resuelven poco después de recibir un tratamiento adecuado el cual incluye antibioticoterapia. Sin embargo, existe riesgo de recurrencia de la enfermedad debido a la inmunosupresión presente en estos pacientes, considerado como el principal factor predisponente (Perea et al, 2006; Rowland, 1999). Es importante resaltar que la gingivitis ulcerativa necrosante es altamente resistente al tratamiento local convencional (Tavares y Barbosa, 1998).

Periodontitis úlcero necrosante (PUN)

Es una característica muy peculiar en los pacientes infectados con el VIH, debido a que presentan frecuentemente un aumento en la manifestación de esta atípica enfermedad periodontal (Tavares y Barbosa, 1998). Considerada como una severa y rápida enfermedad, presenta las características clínicas de la GUN con la adición de una aguda destrucción del hueso alveolar adyacente (Mealey, 1996), además cursa con necrosis e inversión de las papilas y de la encía marginal, el sangrado es espontáneo y profuso (Bascones-Martínez y Escribano-Bermejo, 2005). El dolor severo es la característica patognomónica, descrito generalmente como un dolor profundo, reflejo de la destrucción ósea, el cual puede preceder a la necrosis de las papilas. Una destrucción rápida del hueso alveolar puede ocurrir; y debido a la necrosis concomitante y la recesión de los tejidos blandos la severa pérdida de inserción observada clínicamente no se acompaña con profundidad de las bolsas. También la caracteriza su agresividad, en la cual puede pre-

sentarse un 90% de pérdida de inserción en aproximadamente 3-6 meses (Chimenos-Küstner, 1997).

La mayoría de los casos de PUN son localizados a uno a varios dientes, o puede ser multifocal, sin embargo, puede ser generalizado (Mealey, 1996). La pérdida de la cresta alveolar se asocia con una necrosis marginal, siendo difícil la formación de bolsas, por el contrario, son frecuentes las exposiciones de hueso alveolar y de hueso interseptal.

Debido a su etiología microbiológica se sugiere que la enfermedad puede ser controlada con efectivas medidas de higiene oral combinada con el uso de antibióticos sistémicos dirigidos a la invasión de la infección bacteriana; la administración del metronidazol ha sido reportada como efectiva en estos casos, sin embargo, la superinfección con *Candida albicans* debe ser considerada cuando se usan antibióticos sistémicos en estos pacientes (Rowland, 1999). No obstante, hay que tener en cuenta que debido a la severa necrosis y progresión extremadamente rápida de esta enfermedad estos pacientes no responden al tratamiento convencional usado en pacientes no infectados (Tavares y Barbosa, 1998).

Agbelusi y Wright (2005) señalan que las lesiones de la mucosa bucal pueden estar presentes con frecuencia en los pacientes VIH/SIDA que se atienden en la consulta dental. Según Kroidl, Schaeben, Oette, Wettstein, Herfordt y Haussinger (2005) la ocurrencia de las lesiones bucales ha sido correlacionada con las características demográficas, clínicas y, con los parámetros inmunológicos y virológicos. En tal sentido, ONUSIDA (1998) reporta que el tipo y frecuencia de las lesiones bucales varía con el estadio de la enfermedad y el grado de inmunosupresión. Murray (1994) señala que aunque la frecuencia de las enfermedades asociadas al VIH actualmente parece ser menor que la que se pensaba anteriormente, muchos investigadores están de acuerdo en que el grado de inmunosupresión es el único factor que influye en la prevalencia de estas enfermedades. La enfermedad periodontal observada en los pacientes con VIH es considerada como prematura y grave, evidenciada por gingivitis, recesión gingival y pérdida de hueso al-

veolar, señalando además que la patología cursa con halitosis, gingivitis necrosante y pérdida de hueso interproximal (PUN); la presencia de los cráteres interdentes pueden ser una secuela de enfermedades ulcerosas que prevalecen en estos pacientes VIH+ (López, Borges, Salazar y Salazar, 2003). Por otro lado, Vallalta, Sahuquillo-Arce, Salavert y Lacruz (2005) refieren que la incidencia aproximada en la población general de la 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, Katz, Greenspan, Herrera, Hollander, Greenspan y Winkler (1992) consideran que la enfermedad periodontal puede ser el primer signo clínico de la infección por VIH, asimismo López et al. (2003) sugieren que la PUN no solo indica un deterioro inmune severo, sino también la rápida progresión de la enfermedad. La PUN puede ser causada por microorganismos desconocidos o por especies microbianas que generalmente no se asocian con la infección periodontal, entre las cuales se citan especies específicas como son *Bulleidia estructura*, *Dialister*, *Fusubacterium*, *Selenomonas*, *Peptoestreptococcus*, *Veillonella*, y *Phylum TM7* (Paster, Russell, Alpagot, Lee, Boches, Galvin y Dewhirst, 2002). Sin embargo, se ha propuesto que la infección viral tiene su participación en la periodontitis. Chimenos-Küstner (1997) señala que la semejanza microbiológica entre la periodontitis y la gingivitis, y la particularidad de que la periodontitis incluya las características de la gingivitis, así como la resistencia al tratamiento que ambas presentan, sugieren considerar ambas patologías como una sola entidad en estadios diferentes. En cuanto al tratamiento de las enfermedades periodontales se refiere, en la mayoría de los casos estas 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 no es suficiente para obtener solución sustancial de lesiones GUN/PUN (López et al. 2003). Tavares y Barbosa (1998) sugieren que se deberían tomar medidas preventivas tempranas para evitar la pro-

gresión de la enfermedad, aumentar la resistencia de los tejidos periodontales, con una protección específica y directa de la salud periodontal realizando un diagnóstico y tratamiento precoz para limitar el daño y rehabilitar al paciente cuanto antes. Asimismo, estos autores indican que el tratamiento exitoso de las lesiones periodontales debe incluir desbridamiento en especial de los tejidos necróticos, administrar antibióticos metronidazol y clorhexidina y hacer seguimiento a largo plazo, profilaxis, control de placa de acuerdo a cada paciente en particular y a sus condiciones generales.

La aparición de las lesiones periodontales eritema lineal, gingivitis y periodontitis ulcerosa necrosante puede proporcionar la primera indicación de infección por el virus de inmunodeficiencia humana, y los odontólogos generales o los especialistas bucales deben estar en capacidad de reconocer y tratar estas lesiones, o remitir al paciente particularmente en las etapas iniciales de la enfermedad a fin de mejorar la calidad de vida a estos individuos.

Referencias

- Agbelusi, G. A. y Wright, A. A. 2005. Oral lesions as indicators of HIV infection among routine dental patients in Lagos-Nigeria. *Oral Dis*, 11(6): 370-373.
- American Academy of Periodontology. 2000. Parameter on Periodontitis Associated with Systemic Conditions. *J Periodontol Supplement*, 71(5): 876-879.
- Bascones-Martínez, A. y Escribano-Bermejo, M. 2005. Necrotizing periodontal disease: a manifestation of systemic disorders. *Med Clin*, 125(18): 706-713.
- Chimenos-Küstner, E. 1997. Manifestaciones orales del sida: perspectiva actual. *RCOE*, 2(9): 699-715.
- Kroidl, A., Schaeben, A., Oette, M., Wettstein, M., Herfordt, A. y Haussinger D. 2005. Prevalence of oral lesions and periodontal disease in HIV-infected patients on antiretroviral therapy. *Eur J Med Res*, 10(10): 448-453.
- Lindhe, J., Karring, T. y Lang, N. 2005. Periodontología clínica e implantología odontológica. 3a ed. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana.
- López, 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 (SIDA) (revisión bibliográfica). *Acta Odontol Venez*, 41(3): 1-27.
- Lugo, R., Fornatora, M., Reich, R. y Freedman P. 1999. Linear gingival erythema in an IV-seropositive man. *AIDS Read*, 9(2): 97-99.
- Masouredis, C. M., Katz, M. H., Greenspan, D., Herrera, C., Hollander, H., Greenspan, J. S. et al. 1992. Prevalence of HIV-associated periodontitis and gingivitis in HIV-infected patients attending and AIDS clinic. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 5(5): 479-483.
- Mealey, B. L. 1996. Periodontal implications: medically compromised patients. *Ann Periodontol*, 1(1): 256-321.
- Murray, P. A. 1994. HIV disease as a risk factor for periodontal disease. *Compendium*, 15(8): 1054-1063.
- ONUSIDA/Venezuela. 1988. *El VIH/SIDA en Venezuela, análisis de la situación y recomendaciones*.
- Paster, B. J., Russell, M. K., Alpagot, T., Lee, A. M., Boches, S. K., Galvin, J. L. et al. 2002. Bacterial diversity in necrotizing ulcerative periodontitis in HIV-positive subjects. *Ann Periodontol*, 7(1): 8-16.
- Perea, M., Campo, J., Charlén, L. y Bascones, A. 2006. Enfermedad periodontal e infección por VIH: estado actual. *Av Periodon Implantol*, 18(3): 135-147.
- Rowland, R. W. 1999. Necrotizing ulcerative gingivitis. *Ann Periodontol*, 4(1): 65-73.
- Rodríguez, M. 2004. *Manifestaciones orales asociadas con la infección por VIH-SIDA*. Clínica Estomatología Docente INPE.
- Tavares, T. y Barbosa, A. 1998. Manifestations of periodontal diseases in AIDS patients. *Braz Dent J*, 9(1): 47-51.
- Vallalta, M., Sahuquillo-Arce, E., Salavert, M. y Lacruz, J. 2005. Dolor bucal y pérdida de piezas dentarias en mujer de 36 años. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 23(4): 241-242.
- Vaseliu, N., Carter, A. B., Kline, N. E., Kozinetz, C., Cron, S. G., Matusa, R. et al. 2005. 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*, 24(12): 1067-1071.