

Urgencias estomatológicas en pacientes con VIH/SIDA de la Clínica Estomatológica Docente "Yuri Gómez Reinoso"

Stomatology urgencies in HIV/AIDS patients in "Yuri Gómez Reinoso" Stomatology Teaching Clinic

Susel Quesada Peña^I, Amílcar González Sánchez^{II}

^I Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Doctora en Estomatología. Instructora. Clínica Estomatológica Docente "Yuri Gómez Reinoso". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de II Grado en Bioestadística. Doctor en Estomatología. Profesor Auxiliar. Clínica Estomatológica Docente "Yuri Gómez Reinoso". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con el objetivo de identificar la edad, el sexo y la frecuencia de urgencias estomatológicas y su relación con el tiempo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana y el consumo de antirretrovirales. El universo lo constituyeron 32 pacientes mayores de edad, con infección por el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que se presentaron con urgencias estomatológicas en la clínica "Yuri Gómez Reinoso", en La Habana, Cuba, entre el mes de enero de 2008 e igual mes de 2010. Resultó que el 68,75 % correspondieron al sexo masculino, el 31,25 % con edades de 31 a 40 años, el 25 % presentaron estomatitis aftosa recurrente, el 21,8 % absceso dentoalveolar agudo, el 15,62 % pulpitis irreversible aguda y candidiasis eritematosa y el 37,5 % xerostomía. El 46,87 % de los pacientes con infección por el virus de 6 a 10 años de diagnóstico presentaron urgencias. El 46,9 % de los pacientes, no consumían medicamentos antirretrovirales y el 53,1 % sí lo consumían. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p= 0,8026$). Se concluyó que en los pacientes estudiados, predominó el sexo masculino y los mayores de 31 años. Los tipos de urgencias mayormente tratadas fueron: estomatitis aftosa recurrente, absceso dentoalveolar agudo, pulpitis irreversible y candidiasis eritematosa. En la

investigación no se constaron diferencias entre la presencia de urgencias y el consumo de antirretrovirales.

Palabras clave: urgencias estomatológicas, virus de la inmunodeficiencia humana, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, antirretrovirales.

ABSTRACT

A cross-sectional, descriptive and observational study was conducted to identify age, sex and frequency of Stomatology urgencies and its relation to time of infection from HIV and of antiretroviral consumption drugs. Universe included 32 HIV/AIDS adult patients came with Stomatology urgencies in the "Yuri Gómez Reinoso" Teaching Clinic between January, 2008 and January, 2010. The 68.75 % corresponded to male sex, the 31.25 % aged from 31 to 40, the 125 % had recurrent aphthous stomatitis, the 21.8 % had acute dentoalveolar abscess and the 15.62 % had acute irreversible pulpitis and erythematous candidiasis, the 37.5 % had Xerostomia. The 46.87 % of patients with HIV from 6 to 10 years of diagnosed had urgencies. The 46.9 % had no of antiretroviral drugs consumption but the 53.1 % yes; these differences were not statistically significant ($p= 0.8026$). We conclude that in study patients there was predominance of male sex and age over 31 years; the urgency types: recurrent aphthous stomatitis, acute dentoalveolar abscess, irreversible pulpitis and erythematous candidiasis in decreasing order without differences between the urgency presence and antiretroviral drugs consumption.

Key words: Stomatology urgencies, HIV/AIDS, antiretroviral drugs.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucodentales son importantes problemas de salud, por la alta frecuencia y los efectos de dolor, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida.¹ Todas estas enfermedades pueden complicar la masticación, fonación y deglución, por lo que requieren su inmediata atención. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es el estadio avanzado de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH),^{2,3} enfermedad emergente, compleja, de mal pronóstico y con manifestaciones en la cavidad bucal en el 90 % de las personas con esta condición.⁴ El VIH es un retrovirus que infecta principalmente los linfocitos T CD-4, esenciales en la respuesta inmunitaria,⁵ cuya disminución del número absoluto, causa una inmunodepresión profunda que predispone al desarrollo de lesiones bucales. Es de gran importancia clínica el estudio de dichas lesiones bucales, por la alta frecuencia, el valor pronóstico en cuanto al progreso de la enfermedad⁶ y el monitoreo del estado inmune del paciente,⁷ además puede cambiar la clasificación del estado de infección.^{3,5}

Las manifestaciones bucales no son producidas directamente por el virus y pueden aparecer en cualquier estadio evolutivo de la enfermedad.³ La terapia antirretroviral retrasa la replicación del VIH y disminuye la aparición de enfermedades oportunistas y la enfermedad aguda, pasa a ser crónica transmisible.⁸ Este tratamiento ha mejorado notablemente el pronóstico de la enfermedad y ha modificado las manifestaciones en la cavidad bucal, aunque presenta reacciones adversas que

pueden afectar los tejidos de esta, lo cual es importante para el manejo clínico del paciente con VIH/SIDA.⁹

El número de personas que viven con el VIH ha aumentado de manera uniforme. La inmunosupresión favorece a los procesos infecciosos oportunistas bucales y enfermedades estomatológicas de difícil control o curación.¹⁰ La terapia antirretroviral ha logrado que el tiempo de evolución de la infección se haya alargado,⁹ por lo que cada vez será más frecuente la atención estomatológica de personas con VIH/SIDA.³ El hecho de conocer las particulares de los pacientes con VIH/SIDA, que presentan urgencias estomatológicas, podría llegar a ser valioso para futuros profesionales y pacientes. Por ello es el objetivo de este trabajo identificar la edad, el sexo y la frecuencia de urgencias estomatológicas según el tiempo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana y el consumo de antirretrovirales.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, en la clínica estomatológica docente "Yuri Gómez Reinoso", del municipio Guanabacoa, La Habana, Cuba, entre el mes de enero de 2008 e igual mes de 2010. El universo quedó constituido por 32 individuos mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de VIH/SIDA, que se presentaron con urgencias estomatológicas en la mencionada institución y que consintieron en participar en la investigación. A estos se les informó de los resultados del estudio realizado y se les explicó sobre la confidencialidad de los datos obtenidos, solo utilizables con fines científicos, para mejorar el diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes con dicha enfermedad de base.

Mediante el interrogatorio y la metodología del examen del complejo bucal realizado a los pacientes, con el uso del *set* de clasificación y de luz artificial en la consulta estomatológica, se obtuvieron variables de interés para el estudio como: la edad, el sexo, las urgencias estomatológicas, el tiempo de evolución de la infección por VIH, el consumo de antirretrovirales y la expresión de síntomas bucales. Los datos recogidos fueron agrupados y resumidos en números absolutos y por cientos. Se confeccionaron distribuciones de frecuencias y se realizaron pruebas de comparación de proporciones con un nivel de significación del 5 %.

RESULTADOS

En la tabla 1 se aprecia el predominio del sexo masculino representado por 22 pacientes, para el 68,75 %. Todos los individuos sobrepasaron los 20 años de edad. El grupo más numeroso fue el de 31 a 40 años, con 12 individuos para un 37,5 %, seguido por el de 41 a 50 años con 10 individuos para un 31,25 %. En la tabla 2 se puede observar que la estomatitis aftosa recurrente (EAR) y el absceso dentoalveolar agudo, constituyeron las patologías más frecuentes entre las personas estudiadas, representadas en un 25,0 % y un 21,8 % de los mismos, seguido en orden de importancia por la pulpitis irreversible aguda y la candidiasis eritematosa con 5 pacientes y un 15,62 % en cada caso.

Tabla 1. Pacientes con VIH/Sida según grupos de edades y sexo

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
20-30	1	3,1	2	6,3	3	9,4
31-40	3	9,4	9	28,1	12	37,5
41-50	4	12,5	6	18,8	10	31,3
51-60	1	3,1	3	9,4	4	12,5
61 y más años	1	3,1	2	6,3	3	9,4
Total	10	31,2	22	68,8	32	100,0

Tabla 2. Urgencias estomatológicas en pacientes con VIH/Sida

Urgencias estomatológicas	No.	%
Estomatitis aftosa recurrente	8	25,0
Absceso dentoalveolar agudo	7	21,8
Pulpitis irreversible aguda	5	15,6
Candidiasis eritematosa	5	15,6
Celulitis facial odontógena	2	6,3
Herpes simple labial	2	6,3
Alveolitis	2	6,3
Gingivitis ulceronecrotizante aguda	1	3,1
Total	32	100,0

La tabla 3 revela que 15 pacientes tuvieron de 6 a 10 años con el diagnóstico de la infección por VIH para un 46,87 %. La candidiasis eritematosa y la gingivitis ulceronecrotizante aguda (GUNA), lesiones fuertemente asociadas con la infección, se diagnosticaron con mayor frecuencia en el mencionado grupo, para un 9,37 % y un 3,12 % de pacientes respectivamente.

La tabla 4 muestra que 17 pacientes estaban sometidos a alguna de las variantes de la terapia antirretroviral, para un 53,1 % y 15 no refirieron el consumo de la misma, para un 46,9 %. Los individuos que no consumieron antirretrovirales fueron más vulnerables a desarrollar pulpitis irreversible aguda para un 60 % y celulitis facial odontógena para un 100 %. Por el contrario, el 80 % de los pacientes con candidiasis, se encontraron bajo los efectos de este tratamiento.

Tabla 3. Urgencias estomatológicas según tiempo de evolución de la infección por VIH

Urgencias estomatológicas	Tiempo de evolución de la infección por VIH (años)							
	1-5		6-10		> 10		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Estomatitis aftosa recurrente	1	3,1	3	9,4	4	12,5	8	25
Absceso dentoalveolar agudo	0	0	3	9,4	4	12,5	7	21,8
Pulpitis irreversible aguda	2	6,3	2	6,3	1	3,1	5	15,6
Celulitis facial odontógena	2	6,3	0	0	0	0	2	6,3
Candidiasis eritematosa	0	0	3	9,4	2	6,3	5	15,6
Herpes simple labial	0	0	2	6,3	0	0	2	6,3
Alveolitis	1	3,1	1	3,1	0	0	2	6,3
Gingivitis ulceronecrotizante aguda	0	0	1	3,1	0	0	1	3,1
Total	6	18,7	15	46,9	11	34,3	32	100,0

Tabla 4. Urgencias estomatológicas acorde al consumo de antirretrovirales

Urgencias estomatológicas	Consumo de antirretrovirales					
	Sí		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Estomatitis aftosa recurrente	4	50,0	4	50,0	8	25,0
Absceso dentoalveolar agudo	4	57,1	3	42,9	7	21,8
Pulpitis irreversible aguda	2	40,0	3	60,0	5	15,6
Celulitis facial odontógena	0	0,0	2	100,0	2	6,25
Candidiasis eritematosa	4	80,0	1	20,0	5	15,62
Herpes simple labial	1	50,0	1	50,0	2	6,25
Alveolitis	1	50,0	1	50,0	2	6,25
Gingivitis ulcero-necrotizante aguda	1	100,0	0	0,0	1	3,12
Total	17	53,1	15	46,9	32	100,0

DISCUSIÓN

El predominio del sexo masculino coincide con lo reportado por las estadísticas de nuestro país y la mayoría de las investigaciones regionales.^{5,11} Otros autores² refieren que las mujeres representan la mitad de las personas que viven con el VIH en todo el mundo y más del 60 % en África subsahariana. La infección por VIH es sobresaliente en pacientes jóvenes, sexualmente activos.^{5,11} Según *Miranda Gómez y otros*¹² en los últimos años en Cuba se incrementó ligeramente en grupos de mayor edad, lo que podría indicar que la infección por VIH, no es netamente un problema de los más jóvenes.

En estudios realizados a pacientes con VIH/SIDA, *Garibay*⁴ encontró la EAR como la segunda manifestación bucal más frecuente en 128 individuos para un 14,1 %. *Pinzón y otros*,¹³ la reportaron en quinto lugar en 319 individuos para un 7,5 % y *Santana*¹⁴ notificó que en 346 cubanos, las úlceras fueron relativamente frecuentes.

Algunos¹⁴ consideran la EAR como la enfermedad más frecuente de todas las lesiones de la mucosa bucal, por lo que es difícil determinar si la prevalencia de estas ulceraciones es considerablemente más alta en los infectados por el VIH. También reportan que los pacientes que tienen una historia previa de EAR, experimentan un aumento de la severidad y la frecuencia de la alteración después de la infección por el VIH.¹⁴

Los abscesos dentoalveolares pueden volverse peligrosos en individuos inmunocomprometidos. Las bacterias pueden viajar por los espacios aponeuróticos y producir meningitis, miocarditis, sinusitis, osteomielitis, alcanzar en forma masiva al torrente sanguíneo y producir septicemia y muerte.¹⁵ En la bibliografía revisada, no se encontraron reportes acerca del comportamiento de esta enfermedad en pacientes con VIH/SIDA.

La candidiasis eritematosa se ha registrado como una de las enfermedades más frecuentes en pacientes con VIH/SIDA.^{4,6,16} Esta micosis confiere valor pronóstico en cuanto al progreso de la enfermedad⁶ y constituye una entidad definitoria del SIDA, independientemente de los parámetros de laboratorio, incluso con el recuento de CD-4 controlado. La candidiasis bucal puede ser utilizada como criterio para entrar en el tratamiento específico frente al VIH.² Es un signo de inmunosupresión profunda, de carga viral elevada e indicador de falla al tratamiento de la infección por VIH.^{6,13} La candidiasis eritematosa es un predictor del desarrollo potencial de otras enfermedades oportunistas en el corto plazo de tres meses.¹⁷

Es importante el hallazgo de xerostomía como molestia común en personas con VIH.¹⁴ Esta debe ser tratada eficazmente para prevenir la aparición de caries dentales y de problemas periodontales. *Nerey y otros*¹⁸ registraron que más de la mitad de los pacientes con VIH/SIDA con manifestaciones bucales, presentaban un tiempo de diagnóstico entre 5 y 8 años.

El resultado del presente estudio también contrasta con lo informado en Colombia, donde *Pinzón y otros*¹³ describieron que la presencia de lesiones bucales se asoció con un tiempo de diagnóstico de la enfermedad menor a 12 meses. El resultado obtenido en este estudio podría tener explicación en el rápido accionar médico-estomatológico del Sistema Nacional de Salud en Cuba luego de diagnosticarse la infección por VIH/SIDA. Sin embargo, *Abrahantes y otros*¹⁷ reportaron, que en los últimos años se ha incrementado el número de pacientes cubanos infectados con VIH, con un rápido deterioro clínico e inmunológico. Esto podría justificar la aparición de manifestaciones bucales asociadas con la infección por VIH/SIDA.

Las lesiones bucales asociadas a la infección por VIH han disminuido su incidencia con la utilización de la terapia antirretroviral.^{2,8} Respecto a la presencia de candidiasis eritematosa en los individuos con este tratamiento, el resultado que se obtuvo contrasta con lo informado por *Hamza y otros*¹⁹ y *De Berrazueta*.² En sus estudios concluyeron que los adultos con VIH que recibieron terapia antirretroviral, tuvieron un significativo bajo riesgo de lesiones bucales, particularmente de candidiasis. Sin embargo, el reporte de este estudio coincidió con *Chimenos y otros*⁹ donde todos los individuos estaban bajo los efectos de la terapia antirretroviral y describieron enfermedades bucales como la candidiasis eritematosa.

Se constató además, que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que consumían o no antirretrovirales ($p= 0,8026$), resultado que no concuerda con otros autores.^{18,19} La existencia de una relación terapia retroviral-lesiones bucofaciales, está descrito por *Nerey y otros*.¹⁸ La autora cita iguales resultados por *Adurogbangba, King e Ilyas*.

La magnitud de la prevalencia de las lesiones bucales en personas que viven con VIH/SIDA, posiblemente se relaciona con las características sociodemográficas y clínicas propias de cada individuo como: el sexo, el estado nutricional y los comportamientos, por lo que se informan diversos resultados.¹³ A eso podría sumarse el poco número de pacientes estudiados, como es el caso de esta investigación, ya que los resultados obtenidos remiten a profundizar en el conocimiento de las manifestaciones bucales y los efectos de la terapia antirretroviral. Esto posibilitará estar prestos en el diagnóstico oportuno y en el trazo de estrategias que contribuyan a eliminar o disminuir las consecuencias desagradables de las lesiones bucales, específicamente en las personas que viven con VIH/SIDA.

Se concluyó que en los pacientes estudiados predominó el sexo masculino y los mayores de 31 años; así como los tipos de urgencias: estomatitis aftosa recurrente, absceso dentoalveolar agudo, pulpitis irreversible y candidiasis eritematosa, en orden decreciente. Hubo ausencia de relación entre la presencia de urgencias estomatológicas y el consumo de antirretrovirales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. Carga mundial de enfermedades bucodentales y riesgos para la salud bucodental. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. OMS; 2004.
2. De Berrazueta Fernández R. Evolución de las lesiones bucales asociadas al sida de origen viral. Granada: Editorial de la Universidad de Granada; 2007.
3. Rodríguez Fuentes M. Manifestaciones bucales asociadas con la infección por VIH-SIDA. Rev Cubana Estomatol. 2005;42(1).
4. Garibay Rodríguez LE, Cisneros Zárata L. Manifestaciones estomatológicas en pacientes con VIH/SIDA. Odontol Sanmarquina. 2007;10(1):39-40.
5. Bueno Cañigral F, Morrondo Nájera R. Salud pública y sida. Madrid: Ediciones Doyma; 2001.
6. Ramírez-Amador V, Esquivel-Pedraza LL, Irigoyen-Camacho E, Anaya-Saavedra G, González-Ramírez I. Asociación de lesiones bucales con el estado serológico para el VIH. Salud Pública Mex. 2002;44:87-91.
7. Bravo IM, Correnti M, Escalona L. Prevalencia de lesiones bucales en pacientes con HIV+, relación con el recuento de CD4+ y carga viral en una población venezolana. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2006;11:33-9.
8. López Rodríguez V, Torres Hernández Y, Echenagusía López G, Gómez Martínez AI, Ruiz Henández A. Algunas consideraciones de la terapia antirretroviral y estomatología. Gaceta Médica Espirituana. 2008;10(3).
9. Jané-Salas E, Chimenos-Küstner E, López-López J, Roselló-Llabrés X, Ocaña-Rivera I. Efecto de los tratamientos antirretrovirales en las manifestaciones bucales de los pacientes VIH+. Av Odontoestomatol. 2006;22(6).
10. Rodríguez Hernández E. Malnutrición y VIH. Revista Médica Electrónica. 2008;30(3).

11. Benito Urdaneta M. Manifestaciones bucales en pacientes VIH positivos y su relación con valores de linfocitos CD4. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2007;45(2).
12. Miranda Gómez O, Fariñas Reinoso AT, Coutín Marie G, Nápoles Pérez M, Fernández L, Bueno Marrero LE. Panorámica de la infección por el VIH en Cuba, 1986-2007. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2009;47(2).
13. Pinzón EM, Bravo SM, Méndez F, Clavijo GM, León ME. Prevalencia y factores relacionados con la presencia de manifestaciones orales en pacientes con VIH/SIDA. Colombia médica. 2008;39(4).
14. Santana Garay JC. Infección por el VIH en el complejo bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.
15. Moreno Delgado M. Bacterias bucales, enemigas de todo el cuerpo; 2001. Disponible en: <http://www.odontomarketing.com/articulos/art39.htm>
16. Sharma G, Pai K, Suhas S, Ramapuram J, Doshi D. Oral manifestations in HIV/AIDS infected patients from India. Oral Dis. 2006;12(6):537-42.
17. Abrahantes Rodríguez Y, Pérez Ávila J, Kourí Cardellá V, Fonseca Gómez C, Baly Gil A, Tápanes Fernández T. Factores asociados a la progresión rápida a sida en individuos cubanos. Rev Cub Med Trop. 2010;62(2):146-53.
18. Nerey Arang D, Bermudo Cruz CL, Rosales JL, Guerra Cobian O. Modificación de patrones en lesiones bucofaciales de pacientes con VIH-SIDA bajo tratamiento con terapia antirretroviral altamente efectiva Colombia médica. 2008;39(4).
19. Hamza OJ, Matee MI, Simon EN, Kikwilu E, Moshi 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.

Recibido: 18 de abril de 2011.
Aprobado: 4 de mayo de 2011.

Dr. *Amílcar González Sánchez*. Clínica Estomatológica Docente "Yuri Gómez Reinoso". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. Correo electrónico: amigosan@infomed.sld.cu