



## Manifestaciones orales asociadas a la infección por VIH/SIDA en 123 pacientes del Hospital San Juan de Dios de Bogotá

- **Dr. John Harold Estrada.** Profesor Asistente, Departamento de Medicina Oral y Cirugía, Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Colombia. Magister en Educación PUJ. Profesor de pre y postgrado, Facultad de Odontología ECM, Grupo ETS del Hospital San Juan de Dios de Bogotá.

Trabajo realizado en 1994 en el Hospital San Juan de Dios, Santafé de Bogotá, y presentado en el VII Congreso Panamericano de Infectología, VI Congreso Latinoamericano de Infectología Pediátrica y II Congreso Colombiano de Infectología realizado en Cartagena de Indias entre el 28 y 31 de mayo de 1995.

Se realizó un estudio analítico de cohortes con 123 pacientes seropositivos a los cuales se les realizó examen físico completo y examen oral, registrándose tipo de lesión, lugar de presentación, además de clasificación clínica, sexo y edad. De los sujetos examinados, 111 (90.2%) pertenecen al sexo masculino y 12 (9.8%) al femenino; 73% fueron clasificados con el sistema CDC de 1986 (40 en etapa IV, 32 en II y 1 en III), 39 con la versión revisada en 1992 (15 en B2, 13 en A2, cinco en C3, cuatro en A1, uno en A3 y uno en B3) y 11 sin clasificación. 27 (22%) no presentaron ninguna lesión asociada y 96 (78%) presentaron una o más complicaciones. La lesión más frecuente fue la candidiasis oral, presente en 91 pacientes (74%), en cualquiera de sus cuatro variedades [pseudomembranosa 36 (29.2%), eritematosa 31 (25.2%), queilitis angular 19 (15.5%) e hiperplásica cinco (4%)], seguida por gingivitis en 29 (23.6%), leucoplasia vellosa en 27 (22%), sarcoma de Kaposi en 13 (10.5%) y estomatitis aftosa recurrente en 11 (8.9%). Los lugares más afectados fueron la

lengua y el paladar duro y/o blando en 39 sujetos (31.7%), seguido de la encía marginal 27 (22%), la mucosa yugal 24 (19.5%), la comisura labial 18 (14.6%) y la orofaringe 11 (8.9%). Los hallazgos permiten corroborar la información sobre las frecuencias de presentación de las principales lesiones orales, y define el perfil específico de morbilidad de los pacientes de Santafé de Bogotá, lo cual puede explicarse por el patrón epidemiológico en que se encuentra Colombia y por el tiempo de seguimiento de la cohorte estudiada.

### SUMMARY

A cohort of 123 patients HVI+ was examined: 90.2% were male. 78% presented some kind of oral lesion 74% had oral candidiasis in any of its four types; 29% had gingivitis; 22% had leucoplasia villosa; 10.5% had Kaposi sarcoma and 8.9% estomatitis. The distribution pattern can be explained by the epidemiological situation in this country.

### INTRODUCCION

Han pasado 14 años desde que se produjeron los primeros informes de infección por el VIH, y son grandes los esfuerzos que los investigadores de todo el mundo realizan para desarrollar una vacuna eficaz que permita disminuir e incluso evitar la diseminación de la infección. Sin embargo, debido a los patrones epidemiológicos de diseminación, la vacuna protegería a la población libre de infección, pero aquellos que han contraído la infección en la década pasada empezarán a conocerse como seropositivos y a desarrollar SIDA hasta doce años después, por lo cual los profesionales de la salud se verán abocados a manejar la infección acumulada y sus repercusiones.

Son muchas las consecuencias (de orden económico, clínico, terapéutico y sobre todo social) que produjo el advenimiento

de la infección por el VIH/y el SIDA, lo cual llevó incluso a una nueva manera de abordar los procesos de investigación en salud y a cambiar los paradigmas, ya que junto con la epidemia se produjo un renacimiento de infecciones oportunistas que se consideraban erradicadas, aparecieron enfermedades que nunca habían sido informadas y, sobre todo, repercusiones sociales y humanas nunca vistas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó para diciembre de 1994 más de 700.000 casos diagnosticados de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, con lo cual se puede presumir una población de 50 millones de portadores para el año 2000. En Colombia, para diciembre de 1994, con los datos preliminares del estudio de tamizaje epidemiológico se estiman en 12.000 los pacientes seropositivos con una tasa aproximada de incidencia anual por millón de habitantes de 58, ocupando el cuarto lugar en

América Latina. Con estos datos se pueden estimar en 50.000 a 90.000 las personas viviendo con el virus (1), las cuales en su mayoría requieren atención odontológica de tipo institucional o privada.

La Organización Panamericana de la Salud dentro de sus documentos oficiales de políticas sobre salud oral para las Américas recomienda la ejecución de programas que permitan disminuir el costo social de la pandemia mediante la implementación de planes preventivos basados en la educación, la vigilancia epidemiológica y el suministro de preservativos (2). De otra parte, se sugiere a las facultades de odontología revisar sus planes curriculares para incluir allí lo referente a las implicaciones de la infección por el VIH en el ejercicio odontológico, y a los investigadores concentrar sus esfuerzos en determinar los perfiles de morbilidad oral asociados al síndrome, su incidencia, repercusiones y protocolos de manejo, con el fin de mejorar la atención prestada a los portadores y aunar esfuerzos para luchar contra la diseminación de la infección (3).

En cuanto a las entidades orales asociadas a la infección por el VIH, muchos son los informes publicados hasta la fecha, dentro de los cuales se destacan los de Pindborg y col en 1989 (4), quienes presentan la primera clasificación de las manifestaciones orales, agrupadas según el agente etiológico en infecciones fúngicas, bacterianas, virales, disturbios neurológicos, lesiones neoplásicas y un gran grupo de lesiones de etiología desconocida. Dos años más tarde, Scully y col realizaron una revisión de la clasificación, y para comodidad de la comunidad odontológica decidieron hablar de lesiones orales más o menos frecuentes (5), encontrando, dentro de las más frecuentes, candidiasis pseudomembranosa, gingivitis y periodontitis asociada al VIH, leucoplasia vellosa y sarcoma de Kaposi.

Al año siguiente (1992), Axell y col (6) realizaron un ajuste de la clasificación, de acuerdo al grado de asociación entre infección por el VIH y la presencia de lesiones orales, agrupándolas en: lesiones fuertemente asociadas, moderadamente asociadas y ocasionalmente asociadas (Tabla 1).

**Tabla 1.** Clasificación de las lesiones orales asociadas a la infección VIH (\*).

Clasificación	Tipo de lesión
Lesiones fuertemente asociadas con infección HIV	Candidiasis oral (eritematosa, pseudomembranosa, hiperplásica, queilitis angular), gingivitis, periodontitis y GUN-HIV, sarcoma de Kaposi y linfoma no Hodgkin.
Lesiones menos comúnmente asociadas con infección VIH	Ulceración atípica, afección de glándulas salivares, xerostomía, púrpura trombocitopénica, infección por citomegalovirus, herpes virus, papiloma virus; hiperplasia epitelial focal, verruga vulgar, condiloma acuminado, virus varicela Zoster (varicela y herpes Zoster), agrandamiento uni o bilateral de glándulas salivares mayores.
Lesiones posiblemente asociadas con infección VIH	Infecciones bacterianas por: <i>Actinomyces israelii</i> , <i>Enterobacter cloacae</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Mycobacterium avium</i> y tuberculosis; enfermedad de arañazo de gato, exacerbación de lesiones periapicales, reacciones a drogas (úlceras, eritema); infecciones fúngicas; <i>criptococcus neoformans</i> . <i>Geotrichum candidum</i> , <i>Histoplasma capsulatum</i> , <i>Mucoraceae aspergillus flavus</i> ; hiperpigmentación melanótica; parálisis facial, neuralgia del trigémino, osteomielitis, sinusitis, celulitis submandibular, carcinoma escamocelular, epidermolisis tóxica.
(*) Modificada de: Scully C. Viral Infection in Dentistry. Oral and Maxillofacial Surgery and Infections. 1992, 2; III: 104.	

A pesar de todos estos esfuerzos, no se aprecia claridad sobre cuáles son las frecuencias de presentación de las diversas manifestaciones, ya que los informes mundiales en cuanto a incidencia y prevalencia tienen rangos de variación dependiendo del tipo de estudio o diseño metodológico empleado, criterios de selección y tamaño de la muestra, métodos de recolección y procesamiento de la información, correlación clínica y de laboratorio, entre otros, lo cual enfrenta al trabajador de la salud dedicado al cuidado de los pacientes y al profesional en

formación a unas cifras ambiguas de difícil interpretación y de poca aplicación para nuestra población, más si se tiene en cuenta la variabilidad en los patrones de transmisión y comportamiento clínico de la infección dependiendo de la región del planeta de que se trate.

Estudiosos de reconocida trayectoria mundial como Rosenberg, Marcusen, Silverman, Barr, Pindborg y Roberts en estudios con validez metodológica encontraron diferentes

porcentajes de las enfermedades, diferencias que incluso llegan a ser abismales (Tabla 2) e impiden obtener datos conclusivos sobre el comportamiento de la enfermedad. Otros autores como Schulten, Reichart y cols, Schiodt y Pindborg, Phelan y cols, en estudios realizados en Europa y América, informaron frecuencias de aparición de lesiones orales que oscilaron desde cinco a 90% (7), cifras con las cuales es difícil realizar predicciones de aparición de una u otra entidad.

**Tabla 2.** Incidencia de lesiones orales según diversos autores (%).

Autor	SK	UA	C	LV	GI	PE	GU	XE	E
Rosemberg	34	-	49	49	-	-	-	-	-
Marcusen	35	-	31	4	-	19	-	13	7
Silverman	45	9	70	23	-	-	-	-	-
Barr	20	9	94	0	-	-	-	-	-
Pindborg	69	-	81	46	-	-	-	10	-
Roberts	-	7	38	29	4	51	23	7	2
Promedio	40	8.3	60	30	4	35	23	6	45

SK: Sarcoma de Kaposi  
 UA: Ulceración aftosa  
 C: Candidiasis oral  
 LV: Leucoplasia vellosa  
 GI: Gingivitis  
 PE: Periodontitis  
 GU: GUNA  
 XE: Xerostomía  
 E: Estomatitis

Originalmente publicada en la Revista Oral-Día No. 18  
 Reproducida con autorización del editor.

Autores como Saah y col (8) y Glick y col (9) decidieron incursionar en la asociación entre estatus inmunológico y tipo de lesión presente, lo cual permite un mejor acercamiento a la comprensión de la problemática oral relacionada con infección por VIH, y por ende un reconocimiento del papel predictivo de infecciones oportunistas como la candidiasis oral, las neoplasias como el sarcoma de Kaposi, la leucoplasia vellosa, la periodontitis ulcerativa necrotizante y la estomatitis aftosa recurrente.

En América Latina se destacaron los trabajos de Ramírez Amador y cols (10), Reyes y cols (11) ambos realizados en México. En nuestro país se ha dado inicio a una serie de estudios de morbilidad asociada a la infección, con resultados coincidentes en cuanto a tipo de patología, frecuencia de presentación y protocolos de manejo, que aún son insuficientes para tener la caracterización epidemiológica de la población, por lo cual se hace necesario realizar estudios longitudinales y transversales que permitan determinar la incidencia y prevalencia de lesiones orales en nuestros pacientes, para tratar de establecer un perfil epidemiológico consecuente con la realidad del país y por ende aplicable a la formación del recurso humano en salud y a la organización y prestación de

servicios tanto públicos como privados.

El Hospital San Juan de Dios de Santafé de Bogotá conformó en 1989 el grupo interdisciplinario de atención a pacientes portadores del VIH, donde tiene participación la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia a través de un profesor y un alumno de X semestre, quienes realizan labores de consulta externa (detección precoz de lesiones orales), atención odontológica ambulatoria y manejo de pacientes hospitalizados, ámbitos que permiten retroalimentar el proceso enseñanza-aprendizaje mediante la investigación, ya sea de corte clínico o socio-epidemiológico.

El objetivo del presente artículo es presentar el resultado del seguimiento de la cohorte de pacientes que asisten al hospital, teniendo en cuenta variables como manifestación oral, localización de las lesiones, edad, sexo y etapa en la que fueron clasificados, con el propósito de recabar información que permita caracterizar el perfil de morbilidad oral asociado a la infección y, por consiguiente, optimizar la atención brindada a los usuarios del servicio odontológico.

**MATERIAL Y METODOS**

Para la realización de este estudio de tipo analítico de cohorte única se tomó como población a los usuarios del servicio de consulta externa de enfermedades de transmisión sexual del Hospital San Juan de Dios de Santafé de Bogotá (123 en total) durante el período comprendido entre febrero y diciembre de 1994.

La consulta médica fue realizada por los miembros del grupo interdisciplinario y el examen oral llevado a cabo por un odontólogo, profesor de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia y cuatro estudiantes de X semestre, quienes fueron debidamente preparados en la identificación de las principales características de las manifestaciones orales asociadas a la infección por VIH, teniendo en cuenta los parámetros mundiales de diagnósticos (12).

Para el examen se utilizaron: linterna de boca, bajalenguas, gasa y guantes látex siguiendo una secuencia para evitar dejar lugares sin examinar (piel de cara, palpación de cuello, labios, mucosa yugal derecha/izquierda-superior/inferior, paladar duro, paladar blando, úvula, orofaringe, lengua [dorso-bordes-ventre], piso de boca, encía marginal, encía insertada, dientes, oclusión). La información fue consignada en un formato donde se registraba el número de historia clínica, el sexo, la edad, el estadio en el cual se encontraba el paciente (de acuerdo a la consulta médica), la presencia o no de lesiones orales (codificadas del número uno al 20) y los sitios de localización

(codificados del 1 al 15).

Si dentro del período analizado un paciente acudía por segunda o más veces, se realizaba el mismo examen, para detectar cambios en la condición inicial o nuevas enfermedades, las cuales eran registradas como episodio nuevo dentro del período. Se presentaron los resultados de manera descriptiva (frecuencias absolutas y porcentajes) con la ayuda de tablas y cuadros de doble entrada.

## RESULTADOS

De los 123 pacientes examinados a los cuales se les realizaron 188 consultas, 111 (90.2%) fueron hombres y 12 (9.8%) mujeres, con un promedio de edad de 29.3 años (rango de 18 a 51).

Con respecto al estadio o etapa clínica (Tabla 3), 73 fueron clasificados con el sistema propuesto por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) en 1986 (40 en estado IV {22 de los cuales están en categoría C, 12 en D y uno en A}, 32 en estado II y uno en III), 39 clasificados con la versión revisada del CDC de 1992 (15 en estado B2, 13 en A2, cinco en C3, cuatro en A1, uno en A3 y uno en B3) y 11 aparecen sin ninguna clasificación.

Tabla 3. Clasificación según estadio.

Etapa o estadio	Número	Porcentaje
I (CDC 1986)	0	0
II (CDC 1986)	32	26
III (CDC 1986)	1	0.8
IV (CDC 1986)	40	32.5
IVa (CDC 1986)	2	1.6
IVb (CDC 1986)	0	0
IVc (CDC 1986)	22	17.8
IVd (CDC 1986)	12	9.7
A1 (CDC 1992)	4	3.2
A2 (CDC 1992)	13	10.5
A3 (CDC 1992)	1	0.8
B1 (CDC 1992)	0	0
B2 (CDC 1992)	15	12.1
B3 (CDC 1992)	1	0.8
C1 (CDC 1992)	0	0
C2 (CDC 1992)	0	0
C3 (CDC 1992)	5	4.1
Sin clasificar	11	8.9
Total	123	100

Del total de pacientes examinados, 27 (22%) no presentaron ningún tipo de manifestación oral asociada a la infección por

el VIH, mientras que 96 (78%) presentaron algún tipo de manifestación (es de aclarar que en un mismo paciente se pueden encontrar una o más enfermedades, por lo cual las frecuencias absolutas y relativas acumuladas no suman 100), de las cuales se destacan (Tabla 4).

Tabla 4. Incidencia de lesiones orales.

Manifestación oral	Número	%
Ninguna	27	22
Candidiasis oral	91	74
- Pseudomembranosa	36	29.2
- Eritematosa	31	25.2
- Queilitis angular	19	15.5
- Hiperplásica	5	4
Gingivitis	29	23.6
Leucoplasia vellosa	27	22
Sarcoma de Kaposi	13	10.5
Estomatitis aftosa	11	8.9
Periodontitis	10	8.1
Herpes labial	5	4.1
Máculas	4	3.2
Adenopatías	3	2.5
Petequias	3	1.6
Herpes Zoster	2	1.6
Hipertrofia gland. salivares	2	1.6
Xerostomía	2	0.8
Lesión blanca inespecífica	1	0.8
Periodontitis ulcerativa	1	0.8

Las zonas más afectadas de la cavidad bucal (en los pacientes se podía encontrar afección de uno o más sitios) son en su orden cuatro (Tabla 5).

Tabla 5. Principales sitios afectados.

Región de cavidad bucal	Número	%
Lengua	39	31.7
Encía marginal	27	22
Mucosa yugal	24	19.5
Paladar duro	22	17.8
Comisura labial	18	14.6
Paladar blando	17	13.8
Orofaringe	11	8.9
Encía insertada	9	7.3
Labios	5	4.1
Papilas	3	2.5
Ganglios	3	2.5
Piso de boca	3	2.5
Uvula	2	1.6
Piel de cara	2	1.6
Glándulas salivares	2	1.6



## DISCUSION

Los informes mundiales de morbilidad oral asociada a la infección por el VIH no logran establecer parámetros claros de referencia en cuanto a la frecuencia de aparición de las lesiones estudiadas, lo que hace difícil enmarcar los resultados de este estudio en alguno de ellos; sin embargo, se observan coincidencias interesantes en cuanto al tipo de enfermedad más prevalente, que resultó ser la candidiasis oral, confirmando lo encontrado por la mayoría de investigadores. En cuanto a las variedades clínicas, la mayoría de autores informan la variedad pseudomembranosa como la más prevalente, fenómeno observado en este estudio, con un alto porcentaje para la variedad eritematosa; lesiones que han resultado ser fuertemente predictivas para el desarrollo de SIDA dentro de los meses posteriores a su presentación, dato que debe ser estudiado en conjunto con otros hallazgos clínicos y con los resultados del perfil inmunológico.

De igual manera, la gingivitis y la leucoplasia vellosa se comportan de manera similar en cuanto al orden de presentación, pero no en cuanto a la frecuencia, dadas las diferencias entre los autores, fenómeno resultante de las diversidades entre las poblaciones estudiadas y el tipo de abordaje metodológico. Sería interesante contar con la confirmación histológica de las lesiones leucoplásicas, ya que algunas de ellas pueden corresponder a candidiasis hiperplásica, liquen plano o lesiones penfigoides, lo cual sesgaría en parte los resultados. El sarcoma de Kaposi que es reportado grandemente en otros estudios, en la población examinada fue del 10%, lo cual puede explicarse por el patrón epidemiológico en que se encuentra Colombia y por el tiempo de seguimiento de la cohorte estudiada, a diferencia de Norteamérica o África, donde viven pacientes con diagnósticos de seropositividad desde hace 14 ó 15 años, lo cual permite que desarrollen más infecciones oportunistas y neoplasias secundarias.

La última clasificación internacional (6) presenta al linfoma

no Hodgkin como una neoplasia fuertemente asociada al curso de la infección. Sin embargo, durante los seis años que lleva funcionando el servicio de atención odontológica, no se ha informado de ningún caso en cavidad oral. Vale la pena resaltar que la estomatitis aftosa recurrente no es de frecuente presentación en los estudios internacionales, resaltando con lo encontrado en este estudio, donde ocupa el quinto lugar de prevalencia. Este hallazgo invita a profundizar el estudio de las lesiones ulceradas en los portadores del virus, para dilucidar el porqué de su mayor presentación o descartar otros agentes causales de las mismas, tales como bacterias, hongos o virus.

El tamaño de la población examinada, que corresponde a los pacientes atendidos durante un año en el servicio de enfermedades de transmisión sexual, permite establecer conclusiones (si bien no definitivas) sobre el comportamiento de las lesiones orales asociadas a la infección por el VIH, lo cual brinda al clínico una herramienta valiosa en el momento de enfrentarse a un paciente seropositivo o al realizar estudios poblacionales de corte epidemiológico.

De la misma manera permite realizar recomendaciones generales para los practicantes expertos o novatos en cuanto al cuidado extremo que debe tenerse al realizar el examen oral de los pacientes, visualizando los sitios de la cavidad bucal en busca de signos y síntomas que permitan sospechar de infección por el VIH.

Estas medidas podrían estar dando una oportunidad de interconsulta médica a un paciente que de otra manera pasaría desapercibido durante mucho tiempo, momento en el que la detección de patologías orales ya no es asunto de personal profesional sino que el mismo paciente relata la presencia de éstas. Para cuando esto suceda se habrán perdido meses y años valiosísimos en el tratamiento profiláctico de diversas entidades que pueden comprometer la vida del paciente y deteriorar su calidad de sobrevivida.

## REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Programa Nacional Prevención y Control ETS/VIH/SIDA. Boletín Epidemiológico Nacional. Año 1. Número 2. Enero-Marzo. 1994.
2. OPS. Sistemas y servicios de salud. Programa regional de salud bucodental. Estrategia regional de salud bucodental para los años noventa. Material mimeografiado.
3. Estupiñán S. Discurso de instalación de la Primera Conferencia Subregional Andina sobre repercusiones de la epidemia de infección por el VIH/SIDA en la práctica de la odontología en las Américas. Quito, Ecuador. Octubre 17 de 1994.
4. Pindborg J. Classification of oral lesions associated with HIV infection/AIDS. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1989; 67: 292-295.
5. Scully C. Oral manifestations of HIV infection and their management. I-II. More and less common lesions. *Oral Surg, Oral Med Oral Pathol.* 1991; 71: 158-166 y 167-171.
6. Axell A. In: Scully C, Bagg J eds. *Viral infections in dentistry. Oral and Maxillofacial Surgery and infections.* 1992, III: 102-115.
7. Estrada JH. Lesiones orales asociadas a la infección VIH en 75 pacientes del Hospital San Juan de Dios. *Oral-Día.* No. 18. Septiembre-Octubre 1994.
8. Saah AJ. Predictors of the risk of development of acquired immunodeficiency syndrome within 24 months among gay men

- seropositive for human immunodeficiency virus type 1: a report from the multicenter AIDS cohort study. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 1147-1155.
9. Glick M. Oral manifestations associated with HIV-related disease as markers for immune suppression and AIDS. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 77: 344-349.
  10. Ramírez-Amador V y cols. Manifestaciones bucales en pacientes VIH-positivos en la ciudad de México: informe preliminar. *Práctica odontológica*. 1991; 12: 35-42.
  11. Reyes Xicotencatl A. Manifestaciones clínicobucuales en pacientes VIH positivos en un hospital de la ciudad de Puebla. *Práctica odontológica*. 1994; 15: 36-42.
  12. Scully C, McCarthy G. Management of oral health in persons with HIV infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73: 215-2254.
  13. CDC. Classification system for human T-Lymphotropic virus type III/lymphadenopathy associated virus infections. *MMWR*. 1986; 35: 334-339.
  14. 1993 Revised classification systems for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR*. 1992; 41: No. RR-17.

***Estos son nuestros  
servicios ¡utilícelos!***

● Servicio de correo ordinario ● Servicio de correo certificado ● Servicio de certificado especial ● Servicio encomiendas aseguradas ● Encomiendas contra reembolso ● Servicio cartas aseguradas ● Servicio de filatelia ● Servicio de giros ● Servicio electrónico burofax ● Servicio internacional APR/SAL ● Servicio CORRRA ● Servicio respuesta comercial ● Servicio tarifa postal reducida ● Servicios especiales.

Teléfonos para quejas y reclamos 334 03 04 - 341 55 36 Bogotá

**Correos  
de Colombia**



**Adpostal**

***Cuenta con nosotros  
Hay que creer en los Correos de Colombia***