

SIDA: Manifestaciones orales

Signos de Advertencia de infección por VIH

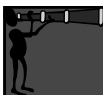
(Única forma segura TEST ELISA)

- ▶ Pérdida rápida de peso
- ▶ Tos seca
- ▶ Fiebre recurrente
- ▶ Sudoración nocturna
- ▶ Fatiga profunda
- ▶ Nódulos palpables en axila, ingle, cuello.

- ▶ Diarrea + de 1 semana
- ▶ Manchas blancas en boca
- ▶ Neumonía
- ▶ Manchas violáceas en piel o boca
- ▶ Pérdida de la memoria, depresión u otra alt neurológica.

Importancia de las lesiones orales

- ▶ Permiten detectar individuo VIH
- ▶ Alta frecuencia y morbilidad
- ▶ Asociadas con evolución de la infección



- Odontología

- ▶ Pacets. infectados necesitan atención dental.
- ▶ Lesiones orales pueden permitir identificar individuo portador de VIH.
- ▶ Lesiones orales pueden ser causa de importante morbilidad.

VIH - Odontología

- ▶ Lesiones orales pueden ser inicio de manifestaciones clínicas en VIH.
- ▶ Severidad de lesiones orales pueden indicar deterioro del sistema inmunitario.

Respuesta inmune a VIH

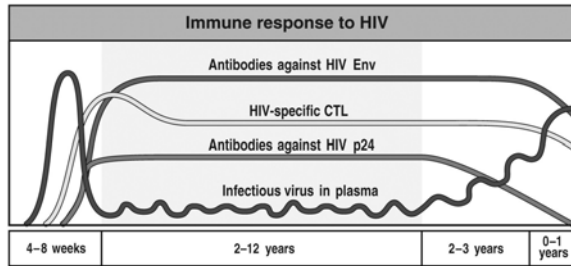


Figure 11-29 Immunobiology, 6/e. © Garland Science 2005

Etapas de la infección por VIH y manifestaciones orales

Infección aguda	Asintomático	LAG	SIDA
URO < Rash	Candidiasis Leuco pilosa URO <	Adenopatía Cand Leuc Pilosa URO >	Cand. Leuc P SK URO > Linfoma Xerost. Herpes Papilomas

Varían según: recuento de CD4, promiscuidad, TAR, y otros

Manifestaciones Orales de la infección por VIH

- ▶ Lesiones fuertemente asociadas con infección por VIH.
- ▶ Lesiones menos frecuentemente asociadas con infección por VIH.
- ▶ Lesiones observadas en la infección por VIH.

Lesiones fuertemente asociadas con infección por VIH.

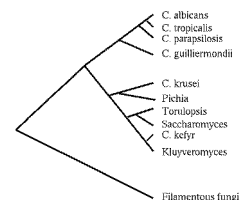
- Candidiasis (C.)
 - C. Eritematosa
 - C. Seudomembranosa
- Enfermedad periodontal
- Eritema gingival lineal
- Gingivitis Necrotizante (ulcerativa)
- Periodontitis Necrotizante (ulcerativa)
- Leucoplasia pilosa
- Linfoma no Hodgkin
- Sarcoma de Kaposi

Lesiones menos frecuentemente asociadas con infección por VIH.

- Estomatitis necrotizante (ulcerativa)
- Enfermedad de Glándula salival
 - Boca seca por disminución de flujo salival
 - Tumoración uni o bilateral de glándulas salivales mayores.
- Hiperpigmentación melanótica
- Infecciones Bacterianas
 - Mycobacterium avium-intracelular
 - Mycobacterium tuberculosis
- Infecciones virales
 - Virus Herpes simplex
 - Virus Papiloma humano (lesiones tipo verrugas)

Candidiasis

- Aguda
 - Eritematosa
 - Seudomembranosa
- Crónica
 - Hiperplásica
 - Eritematosa
- Queilitis angular
- Glositis romboidal media



<http://alces.med.umn.edu/Candida.html>

Candidiasis Aguda

- ▶ Eritematosa (ex atrófica):
Clínica: áreas depapiladas en dorso lengua, post-antibioterapia (generalmente de amplio espectro). Síntomas: ardor, disfagia.
- ▶ Seudomembranosa:
Clínica: placas blancas, se desprenden al raspado dejando superficie erosiva o sangrante.

Candidiasis Crónica

- ▶ Eritematosa:
Clínica: asociada a prótesis acrílica (tb. llamada estomatitis subprótesis). 65% de pctes. portadores de prot. acrílicas totales. Generalmente en paladar duro. A veces asociada con queilitis angular.
- ▶ Hiperplásica:
Clínica: comisuras, fumadores, premaligna.

Candidiasis Glositis romboidal media

- ▶ Se creyó mucho tiempo que era malformación !
Persistencia del tubérculo impar.
- ▶ HOY: infección por cándida.
- ▶ Dorso lengua, pérdida de papilas, a veces aspecto nodular.
- ▶ Tratar: antimicótico.

Factores locales que predisponen a candidiasis

- ▶ Barrera mucosa
 - cambios epit exógenos (trauma, maceración)
 - cambios epit endógenos (atrofia, displasia, hiperplasia)
- ▶ Saliva
 - cambios cuantitativos (xerostomía, SS, radioterapia, citotóx.)
 - cambios cualitativos (pH, glucosa)
- ▶ Flora comensal
- ▶ Dieta rica en carbohidratos

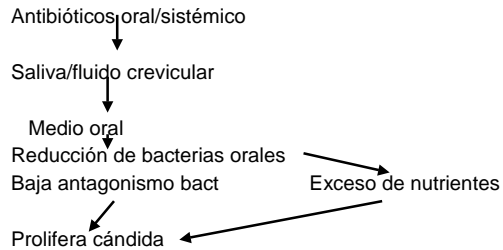
Factores sistémicos que predisponen a candidiasis

- ▶ Estado fisiológico alterado
 - lactancia
 - ancianidad
- ▶ Alt Hormonales
 - Diabetes
 - hipotiroidismo
 - hipoparatiroidismo
 - hipoadrenocort.
- ▶ Estados nutricionales alterados
 - hipovitaminosis
 - deficit de Fe
 - malnutrición
- ▶ Estado Inmune alterado
 - disminución de fagocitos
 - Defectos en I celular (**SIDA**).

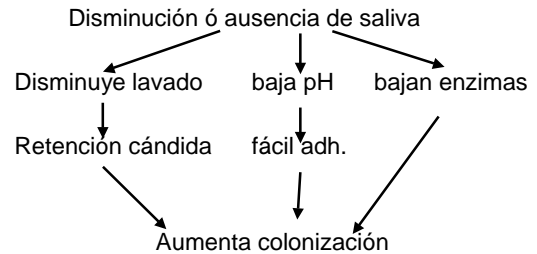
Drogas que favorecen desarrollo de cándida

- ▶ Antibióticos de amplio espectro (Ej.: tetraciclina, regímenes con varios AB).
- ▶ Corticosteroides
- ▶ Inmunosupresores
- ▶ Citotóxicos, y antimetabolitos.

Mecanismo por el cual antibióticos facilitan proliferación de la cándida



Disminución de flujo salival ocasiona colonización por cándida



Candidiasis Asociada a VIH

- ▶ Eritematosa
- ▶ Seudomembranosa
- ▶ Queilitis angular
- ▶ Glositis romboidal media

Candidiasis Oral en VIH

- ▶ A veces primer signo de infección VIH
- ▶ Puede causar halitosis, dolor, alt del gusto
- ▶ Puede continuar a cand esofágica
- ▶ Puede indicar declinación de Sist Inmune
- ▶ Hifas de mayor longitud
- ▶ Se inicia como Cand. Eritematosa, después aparece Cand. Seudomembranosa

Drogas que favorecen desarrollo de cándida

- ▶ Antibióticos de amplio espectro (Ej.: tetraciclina, regímenes con varios AB).
- ▶ Corticosteroides
- ▶ Inmunosupresores
- ▶ Citotóxicos, y antimetabolitos.

Tratamiento de candidiasis

- ▶ Fluconazol: 100 mg, 2 comp primer día, luego 9 días un comp. Control
- ▶ Clotrimazol, 10 mg, disolver 5 veces al día, una semana, control, si sana seguir una semana más.
- ▶ Nistatina, 500 000 ui, cuatro veces al día, disolver, control a la semana, si sana seguir una semana o mejor cuatro semanas.
- ▶ Tópico: Daktarin gel 3 x día.

Tratamiento candidiasis en sida o Inmunocomprometido.
Ship JA et al: Use of prophylactic antifungals in the immunocompromised host. Oral Surg 2007;103 sup: 6-11.

- ▶ Efectivo en profilaxis de candidiasis oral:
 - Fluconazol, diario 50 - 100 mg; ó semanal 150 - 200 mg (también efectivo en trat).
 - Itraconazol 200 mg, diarios, efectivo en profilaxis y trat.
- Tratamientos tópicos: menos efectivos tanto nistatina como clotrimazol.
- Frecuencia de resistencia a antimicóticos:
 - Pctes con bajo nivel de CD4
 - Previa recidiva de cand,
 - Terapia antimicótica por largo tiempo

Sarcoma de Kaposi

(Moritz Kaposi, dermatólogo húngaro 1837-1902)

	Clásico	Endémico	Inmunodef.
Geografía	Medit.	Africa	Urbano (RM)
Prevalencia	Raro	Endémico	± común
Edad	+ H. Edad	niños / adult	adultos
Piel	Ext inf	Ext	Cualquier sitio
Oral	Rarísimo	Rarísimo	Común
Otros órg.	Ocasional	Ocasional	Frecuente
Curso	Indolente	Prolongado	Agresivo
Pronóstico	Bueno	Bueno	MALO

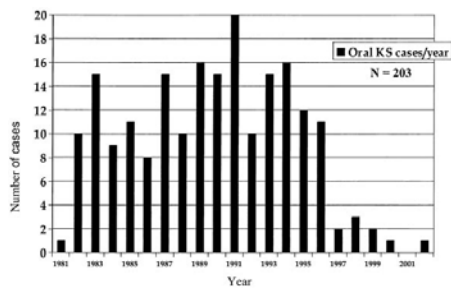
Sarcoma de Kaposi Oral

- ▶ Hombres homosexuales.
- ▶ Paladar duro, encía.
- ▶ 20% manifestación inicial en boca.
- ▶ Placa o Nodular, pronóstico similar, sobrevida < 1 a. en Chile, sin trat. antiviral.
- ▶ Trat.: antivirales. Esclerosante (?).

Histopatología del SK

- ▶ Tumor de células endoteliales, fusadas
- ▶ Hemosiderina
- ▶ Vasos anfractuados, hemorragia intersticial.
- ▶ Virus Herpes 8

SK en SF, Ca. 1981 - 2002



Regezi, Oral Surg, Oct 2002

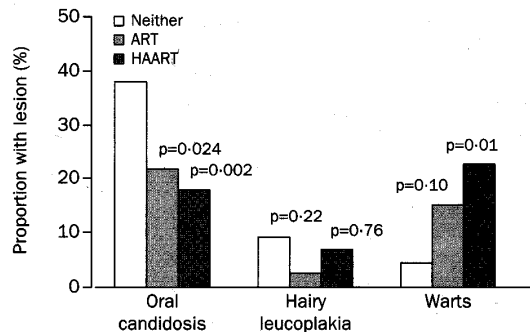


Figure 2: **Oral lesions and use of antiretroviral therapy, 1996-99**
 p values adjusted for CD4 count and viral load. ART=antiretroviral therapy without protease inhibitors. HAART=highly active antiretroviral therapy (with protease inhibitors). (Greenspan y col., 2001)

Trombocitopenia en infección por VIH

- A veces inicialmente en VIH + sin SIDA
- Sangramiento gingival
- Petequias
- Hematomas
- Trat.: corticoterapia.

Leucoplasia Pilosa

- Mancha blanca bilateral, borde lengua, corrugada, no se desprende al raspado.
- Alta sugerencia de posibilidad de infección por VIH (puede presentarse en otras ldef).
- Virus Epstein Barr
- Trat.: No requiere.

Histopatología de Leuc. Pilosa

- Hiperparaqueratosis con hifas de cándida
- Células vacuoladas en parte sup de est espinoso.
- Cuerpos de Cowdry, demostrables en biopsia o frotis teñido con Papanicolau.
- Ausencia de inflamación en corion.

Cuerpos de Cowdry

- Leucoplasia pilosa: única lesión blanca de la lengua donde se presentan estas inclusiones nucleares.
- Relativamente fácil de detectar con tinción Papanicolau.
- No hacer biopsia en LP

Gingivitis en VIH

- Gingivitis linear (descartar candidiasis !)
- Gingivitis necrotizante
- Enf. Periodontal de rápido avance.
- Estomatitis necrotizante

Trat. Enf. Periodontal en VIH

- Destartraje - pulido radicular
- Clorhexidina, 0.1%, colutorio 2 x día.
- Metronidazol, 250 mg 4 al día, 7 d.
- Control

Efectos de la terapia antiretroviral

- ▶ Niveles plasmáticos de ARN de VIH menores
- ▶ Aumento de niveles de linfocito CD4
- ▶ Mejor Respuesta inmunológica ante infecciones oportunistas

Papiloma displásico

- ▶ Presencia en infección por VIH
- ▶ Muchas veces se ha detectado VPH 16 / 18
- ▶ Pronóstico: al parecer bueno, no se ha observado origen de CEC.

Estimated Risk of HIV Transmission By Type of Exposure

Type of Exposure	Estimated Risk of HIV Transmission per Exposure
Receptive anal intercourse	≤ 3.0 percent
Use of contaminated injecting drug equipment	= 0.6 percent
Needlestick injury	= 0.3 percent
Receptive vaginal intercourse	≤ 0.1 percent
Insertive vaginal or anal intercourse	≤ 0.1 percent

Source: *Disease Control Priorities in Developing Countries*, second edition, 2006, Table 18.2