

# VII, enfermedades infecciosas y la cavidad oral

Autor: C.D. Rogelio Medina Rodríguez  
*Cirujano maxilofacial adscrito al Centro Médico Nacional Siglo XXI*

En la consulta odontológica existen muy diversas patologías que los especialistas debemos dominar a la perfección con el objetivo de saber cómo diagnosticarlas. Esto ayudará, en un principio, a conocer el respectivo tratamiento en bien del paciente y, finalmente, a poder valorar y catalogar toda la gama de padecimientos que atendemos en el trabajo diario.

Lo anterior también debe hacerse como protección para nosotros mismos. Los pacientes se presentan a consulta por primera vez, no los conocemos, no estamos familiarizados con su sistema estomatognático, nos adentraremos de inicio a un mundo desconocido. Desde el principio nuestra función será conocer la integridad de su boca, ver las anomalías locales que se están generando, atendiendo por supuesto el motivo de su consulta; nunca nos debemos quedar sin intervenir de inmediato en algún proceso sistémico del que nos percatemos y del que la misma persona no se ha dado cuenta, ya sea por no tener molestia alguna, por no efectuar una autorrevisión o, peor aún, por ignorancia.

Debemos mostrarnos muy cuidadosos ante padecimientos como el VIH, al cual estamos expuestos si no llevamos a cabo un eficiente manejo y sistematización de todos los procesos a que se someta al paciente inmunocomprometido. Es importante saber cómo protegernos y cómo tratarlo; con la misma intensidad debemos ser fieles conocedores de las formas de orientación al paciente. Lo que debe quedar muy claro es que la odontología no es la rama indicada para poder hacer este tipo de diag-

nósticos, sin embargo, sí debemos estar preparados para recibir a esta clase de pacientes para brindarles la ayuda que esté en nuestras manos.

En el caso del síndrome de inmunodeficiencia humana, los procesos infecciosos, bacterianos y de otro tipo, a menos que sean muy específicos de la patología, no son ni con mucho indicadores de las enfermedades. Recordemos que sólo son pequeñas manifestaciones orales que pueden ser compartidas por una gran cantidad de padecimientos. La infección micótica más común asociada a la infección VIH es la candidiasis orofaríngea. Las tres formas de candidiasis oral más frecuentes son: la candidiasis eritematosa, la candidiasis pseudomembranosa y la queilitis angular.<sup>1</sup>

**Candidiasis eritematosa (CE).** Se presenta como una muy pequeña lesión roja y plana, ya sea en la cara dorsal de la lengua y/o en el paladar blando o duro. Generalmente, la CE es sintomática en personas que se quejan de diferentes tipos de malestares, como ardor o quemazón en la cavidad bucal, especialmente cuando sus alimentos contienen sales, cítricos, picantes, alcoholes o grandes cantidades de conservadores. El diagnóstico clínico se

basa en la apariencia de la lesión, tomando en cuenta el historial médico y el estatus viral del paciente. Aunque la candidiasis eritematosa ha sido identificada como una de las manifestaciones orales más asociadas al VIH, frecuentemente es muy poco diagnosticada.<sup>2</sup> Debido a la naturaleza limitada de esta infección, el tratamiento involucra el uso de terapia antimicótica local.

**Candidiasis pseudomembranosa (CP).** Se manifiesta como placas blancas con apariencia de cuajada o requesón en la mucosa bucal, lengua y otras superficies mucosas; cuando se remueven, dejan una superficie roja o sangrante. Comúnmente, el organismo más involucrado en la presentación de la candidiasis es el *Candida albicans*, sin embargo, cada vez hay más reportes sobre el incremento en la incidencia de especies no *albicans*. Igual que la CE, el diagnóstico de CP se basa en la apariencia clínica, tomando en cuenta el historial médico del paciente. La preparación de hidróxido de potasio, el cultivo del hongo o la biopsia pueden ser útiles para obtener un diagnóstico preciso.


La candidiasis pseudomembranosa es hoy en día una de las principales manifestaciones orales del VIH. El tratamiento de la CP consistirá en atender la infección mediante terapia tópica en los casos medianos a moderados, en tanto que se utilizará la terapia sistémica en los casos moderados a severos. El manejo antimicótico deberá extenderse como mínimo durante dos semanas para reducir la formación de colonias al máximo nivel posible y así prevenir la recurrencia.<sup>3</sup>

Cuando el VIH progresa y la inmunosupresión se vuelve más severa, se incrementan la incidencia y severidad de la candidiasis orofaríngea. La introducción de azoles orales ha conducido a la incidencia cada vez más frecuente del *Candida albicans* resistente a los azoles, así como a la aparición de especies no *albicans*, tales como la *Candida glabrata*. Ésta es de forma inherente resistente a esta clase de drogas. Entre los factores que incrementan la probabilidad de la resistencia a los azoles de estas cepas de *Candida* presentes en la cavidad oral se encuentran la exposición previa a los azoles, bajos conteos de CD4 y la presencia de especies no *albicans*.

Para minimizar el riesgo de resistencia se debe considerar a la terapia local como primera línea de tratamiento para los casos iniciales o recurrentes de candidiasis orofa-

ríngea, en la forma de medianos a moderados. Para los casos de moderados a severos deberá utilizarse la terapia sistémica.

La presentación clínica de la queilitis angular (QA) es en forma de eritema y/o fisuras de los ángulos de la boca. La QA puede ocurrir con o sin la presencia de CE o CP. Asimismo, puede existir por un largo periodo de tiempo si no se le trata. El tratamiento involucra el uso de crema antimicótica tópica aplicada directamente sobre las áreas afectadas, cuatro veces al día durante dos semanas.<sup>4</sup>

**Eritema gingival lineal (EGL).** Se trata de una enfermedad periodontal que se presenta como una banda roja a lo largo del margen gingival, la cual puede estar o no acompañada de sangrado ocasional e incomodidad. El EGL se asocia más a los dientes anteriores, pero comúnmente se extiende a los dientes posteriores. Puede aparecer también en la encía adherida y no adherida como parches parecidos a petequias. La investigación ha indicado que puede haber una relación entre la colonización subgingival de especies de *Candida* y algunas condiciones periodontales relacionadas con el VIH, incluyendo el EGL. La clasificación más reciente de enfermedades periodontales, a cargo de la American Academy of Periodontology, agrupa al EGL bajo el tipo de enfermedad gingival de origen micótico. El tratamiento para el EGL deberá incluir el debridamiento hecho por un odontólogo profesional, seguido por enjuagues de suspensión de gluconato de clorhexidina al 0.12%, dos veces al día durante dos semanas y una muy esmerada higiene oral por parte del paciente.<sup>5</sup> 

---

## Referencias bibliográficas

1. Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades, casos de VIH y SIDA en los Estados Unidos reportados en el mes de junio de 1995. *Informe sobre la vigilancia VIH/SIDA* 7:5-29, 1995.
2. Centro para el Control y la Prevención de las Enfermedades. *Actualización: el SIDA entre las mujeres*. Estados Unidos, 1994. *MMWR* 44:81-4, 1995.
3. Bennett ME, Weyant RJ, et al. Actitudes del dentista con relación al tratamiento de los pacientes VIH positivos. *JADA* 126:509-14, 1995.
4. Chehaitly A, Alary M. Conocimiento, actitudes y comportamiento profesional de los estudiantes de estomatología de tercer y cuarto año con respecto al SIDA y a la hepatitis B. *Journal of Dental Education* 59:844-9, 1995.
5. Gerbert B, Bleecker T, Saub E. Percepción del riesgo y comunicación del riesgo: beneficios de las discusiones paciente-dentista. *Journal of the American Dental Association* 126:333-9, 1995.