

A. Romero Domínguez¹
J. López Jiménez²
M.J. Giménez Prats²
E. Chimenos Küstner³

Tratamiento odontológico en el paciente VIH+ ¿Una prioridad médica asistencial?

¹ Odontólogo. Hospital Niño Dios de Barcelona
² Profesor asociado de Pacientes Especiales. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona
³ Profesor titular de Medicina Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona

Correspondencia:

Dr. Julián López Jiménez
C/ Consejo de Ciento 284, entlo.
08007 Barcelona

RESUMEN

Se describe el tratamiento odontológico realizado en un paciente con SIDA con la siguiente patología asociada: alteraciones neurológicas (demencia, esquizofrenia, crisis epilépticas de gran mal), comportamiento agresivo, con crisis maniaco-depresivas y hepatitis C. Se realiza el tratamiento en una sola sesión bajo anestesia general (exodoncias, odontología conservadora, tallados y tratamiento periodontal). La toma de impresiones y el resto de las pruebas de la prótesis se lleva a cabo ambulatoriamente. Se observa cómo desaparecen las lesiones de la mucosa oral a los tres meses después de realizar el tratamiento, demostrando así que el tratamiento odontológico constituye una prioridad médica asistencial en este tipo de pacientes. La patología médica asociada al SIDA es cada vez más frecuente debido a la eficacia de la terapia combinada antirretroviral, que condiciona la mayor supervivencia de esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE

SIDA; Tratamiento odontológico; Demencia; Epilepsia; Anestesia general.

ABSTRACT

We report the odontological treatment of an AIDS-patient with the following associated pathology: neurological disorders (dementia, epilepsy), depression, aggressive behaviour and hepatitis C. The main treatment was carried out under general anaesthesia (extractions, caries restorations, prosthetic teeth preparations and periodontal treatment). The dental preparations records and the rest of the prosthetic process was made without special conditions. We noted that the lesions of the oral mucosa disappeared after three months, showing the importance of the odontological treatment as a complement of the medical attention in this kind of patients. The general pathology associated to AIDS is increasing day after day due to the efficiency of the antiretroviral combined therapy that causes a greater survival between the HIV-infected patients.

KEY WORDS

AIDS; Odontological treatment; Dementia; Epilepsy; General anaesthesia.

A. Romero Domínguez
J. López Jiménez
M.J. Giménez Prats
E. Chimenos Küstner

Tratamiento odontológico en el paciente VIH+
¿Una prioridad médica asistencial?

434 **INTRODUCCIÓN**

El SIDA es un síndrome de inmunodeficiencia secundaria producido por un retrovirus linfotrópico humano, el VIH, que infecta las células T colaboradoras, las cuales disminuyen drásticamente en los afectados⁽¹⁾.

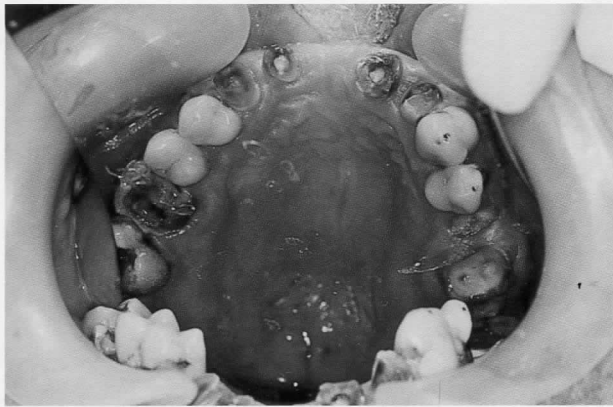
Las infecciones por microorganismos oportunistas constituyen la complicación más frecuente⁽²⁾, siendo las de la cavidad oral (candidiasis oral, queilitis angular y leucoplasia vellosa) de gran importancia, tanto como por su frecuencia como por constituir un indicador biológico de la progresión de la enfermedad⁽³⁾. Las infecciones agravan la inmunosupresión y pueden producir diseminación y sintomatología multisistémica⁽⁴⁾. Como patología asociada podemos encontrar afectación renal grave en un 30% de los casos⁽⁵⁾, afectación cardíaca que oscila entre un 25 y un 50% de los casos⁽⁶⁾, trastornos neuro-psiquiátricos, afectación pulmonar, síndrome febril, afección gastrointestinal, alteraciones hematológicas, infecciones ginecológicas, afecciones oftalmológicas, manifestaciones reumatólogicas, alteraciones endocrinas y, por supuesto, patología de la mucosa oral.

La evolución se desarrolla desde una primoinfección sintomática (50-70% casos) a las 2-4 semanas del contagio caracterizada como un síndrome mononucleósico de 7 a 14 días de evolución que cursa con fiebre, sudoración, linfadenopatías, odinofagia, anorexia, náuseas, con menor frecuencia artralgias, mialgias, trombocitopenia, leucopenia y aumento de las transaminasas⁽⁷⁾, a una fase de latencia de duración indeterminada (meses o años, dependiendo de varios factores: virulencia de la cepa de VIH, capacidad de mutación, estado inmunológico del huésped, edad, vía de transmisión, respuesta a la terapia) donde la actividad proliferativa viral persiste, produciéndose un desgaste inmunológico importante. Finalmente hablamos de SIDA establecido cuando hallamos manifestaciones clínicas de la enfermedad al aumentar sensiblemente la viremia y disminuir el número de linfocitos CD4⁽⁸⁾. Por lo tanto, la cifra de linfocitos CD4 y la carga viral van a ser los dos marcadores principales que indican el riesgo de progresión a SIDA⁽⁹⁾.

La epidemia de VIH/SIDA ha sido especialmente devastadora para los países del sur de Europa, especialmente España y dentro de ella en las comunidades autónomas de Catalunya y Baleares. En Catalunya la tasa actual de afectados (1997) es de 138,2 por millón, con una prevalencia global del 0,56% de la población y el SIDA continúa siendo la primera causa de muerte entre la población joven (de entre 20 y 39 años)⁽¹⁰⁾. Para realizar un correcto tratamiento odontológico de dichos pacientes, como vemos, cada vez más comunes en nuestra sociedad (la OMS estima que en el año 2000 habrá entre 80 y 120 millones de personas afectadas por este virus en el mundo⁽¹¹⁾) hemos de tener en cuenta la patología asociada, la medicación que se encuentre tomando el paciente, el pronóstico de la enfermedad y la esperanza de vida, acudiendo si es preciso a la interconsulta con los diferentes especialistas⁽¹²⁾. Dentro de estos factores cada vez toma más fuerza la patología asociada, ya que, gracias al éxito de las nuevas terapias farmacológicas antiretrovirales, la esperanza de vida de estos pacientes está aumentando de forma considerable (como ejemplo en la ciudad de Barcelona, la tasa de mortalidad por SIDA ha pasado de 33/100.000 hab. en 1994 a 12/100.000 hab. en 1997, lo que supone un descenso del 62%⁽¹³⁾), haciendo que en muchos casos hablemos ya de enfermedad crónica y con ella un gran número de nuevos desórdenes asociados a ella. No obstante, la triple terapia antirretroviral resulta relativamente incómoda debido a sus efectos secundarios, cosa que provoca que en la actualidad muchos de los enfermos abandonen el tratamiento, por lo que a medida que la terapia vaya mejorando los índices de mortalidad alcanzarán valores aún más bajos que los actuales.

CASO CLÍNICO

Describimos el caso de un paciente VIH+ de 28 años de edad, cuya enfermedad fue detectada hace 6 años. Se trata de un ex-drogadicto por vía endovenosa (probable vía de contagio), fumador habitual de 40 ciga-



Figuras 1 y 2. Estado bucal del paciente a la llegada a la consulta. Se observan los numerosos restos radiculares y el mal estado general bucal.

rillos/día. Presenta como patología asociada a su enfermedad de base (actualmente tratada con una triple terapia antivírica con zidovudina [Zidovudina Combinado Pharm®], indinavir [Crixivan®] y lamivudina [Epi-vir®]) un proceso esquizofrénico con demencia que ha requerido múltiples ingresos hospitalarios por episodios de agresividad importantes y que en la actualidad es tratado ambulatoriamente con los siguientes fármacos: clorhidrato de bipexideno (Akineton®), flufenazina (Modecate®), levomepromazina (Sinogan®), cloracetato dipotásico (Tranxilium®) y clotiapina (Etumina®). Además presenta crisis epilépticas mal controladas desde los 7 años de edad (bajo tratamiento con carbamacepina (Tegretol®) y sobreinfección por el virus de hepatitis B, que provoca una hepatopatía de tipo crónico.

A su llegada a la consulta, el paciente se muestra temeroso ante nuestra actuación y esa actitud combinada con la información que recibimos sobre el comportamiento impredecible y en ocasiones agresivo que refiere la familia, nos hace aconsejar un tratamiento bajo anestesia general.

La exploración intraoral muestra un mal estado de la salud oral con grandes caries en numerosos dientes, así como abundantes restos radiculares (Figs. 1 y 2) Decidimos realizar las exodoncias de todos los dientes de la arcada superior, conservando los dientes 47,



Figura 3. Candidiasis en el dorso lingual.

43, 42, 41, 31 y 33 de la arcada inferior. El examen de la mucosa oral denota la presencia de infecciones oportunistas a nivel lingual donde se observa una marcada candidiasis pseudomembranosa en el dorso lingual, y una leucoplasia vellosa bilateral a nivel lateral (Figs. 3 y 4).

Como motivo de consulta, el paciente acude para realizar una rehabilitación estética completa mediante la colocación de implantes. Tras observar el avanzado estado de la enfermedad y la abundante patología asociada que presenta, desaconsejamos el uso de implantes y proponemos una solución que combina la prótesis fija y removible a medio plazo, una vez



Figura 4. Leucoplasia vellosa en el borde lateral izquierdo de la lengua.

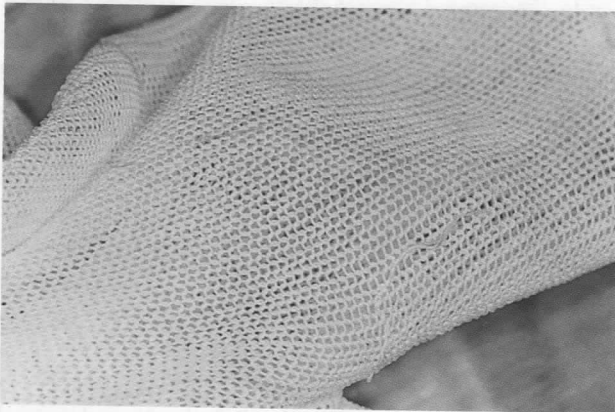


Figura 6. Guantes anti-corte utilizados bajo los guantes de látex.



Figura 5. En la imagen se observan las medidas de barrera utilizadas para la protección del profesional como son las gafas con protección lateral.



Figura 7. Sutura continua con puntos muy próximos para evitar el sangrado tras la intervención

haya mejorado el estado de salud oral del paciente y presente unos niveles de placa dental compatibles con la prótesis fija.

En el preoperatorio pedimos una analítica completa que presenta unos valores alterados de las pruebas hemáticas (presenta un número reducido de hematíes (3,87 1012 un hematocrito del 40,3% (los valores normales oscilan entre el 41-53%), así como unos valores aumentados del volumen corpuscular medio (104,2 fl) y la hemoglobina corpuscular media (35,1 pg), unas pruebas de coagulación también alteradas (el tiempo de tromboplastina parcial se encuentra aumentado: 42 segundos) nos dan cuenta de los potenciales proble-

mas de cicatrización y hemostasia. También se encuentran alterados los valores hepáticos (los valores de gammaglutamiltransferasa y de fosfatasa alcalina en sangre se encuentran sensiblemente aumentados). Respecto al número de linfocitos CD4, presentan un número inferior a los 280/mm³. Como complemento, el electrocardiograma y las radiografías de tórax de frente y perfil no denotaron ninguna anomalía.

Tras obtener la autorización al tratamiento por parte del paciente y sus tutores legales, se llevó a cabo la primera sesión del tratamiento bajo anestesia general. Como profilaxis antibiótica previa a la intervención se

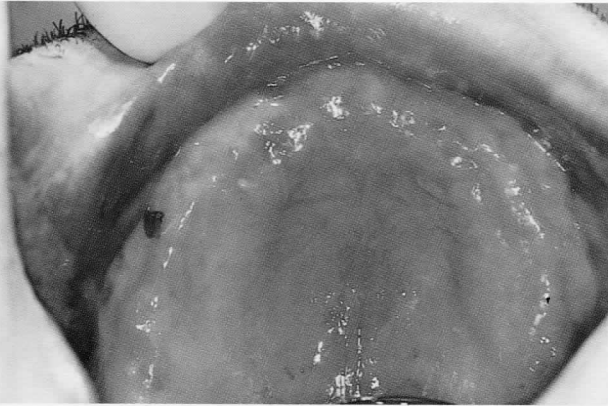


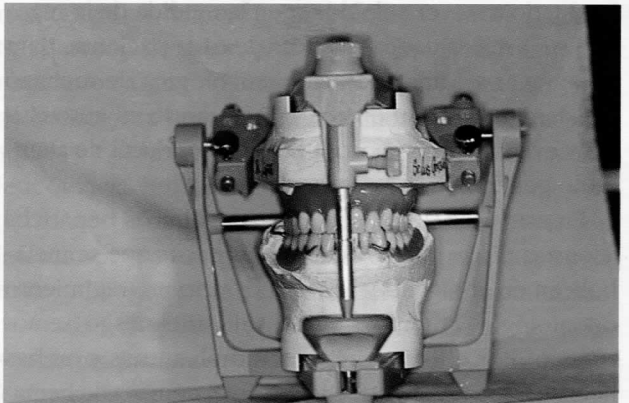
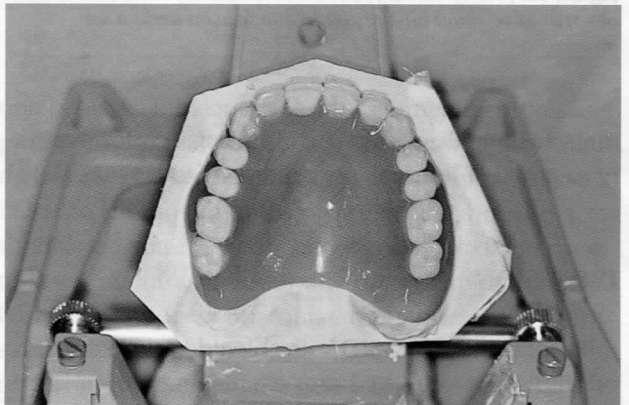
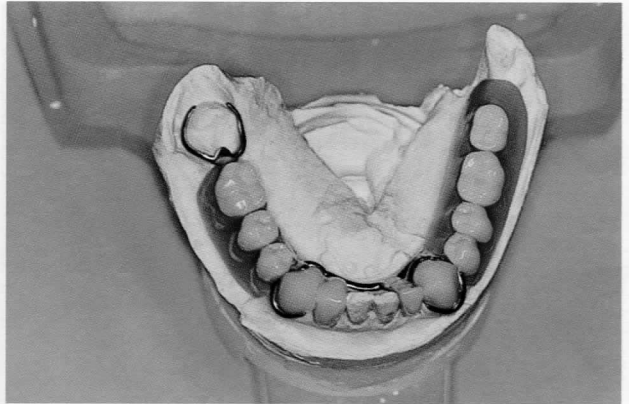
Figura 8. Estado de la mucosa oral superior al mes de la intervención. Se observa la perfecta cicatrización de los tejidos.

prescribió 1 gramo de cefazolam (Kurgan®), por vía intravenosa. Previo a iniciar las maniobras anestésicas se realiza un tiempo de sangría de Ivy para controlar el estado hemostático del paciente. Se adoptaron todas las medidas de barrera necesarias para evitar cualquier tipo de contagio accidental como son: mascarilla con visera, gafas con protección lateral (Fig. 5), doble guante siendo el inferior de tipo anti-corte (Ultratuff®) (Fig. 6) y eliminación del *spray* del material rotatorio.

Realizamos las exodoncias de los dientes desahuciados de las arcadas superior e inferior y tallamos los dientes 43, 42 y 33, que servirán de apoyo para la futura confección de una prótesis parcial removible inferior. La sutura se lleva a cabo de forma continua utilizando material reabsorbible (Catgut®), con puntos muy próximos para favorecer la correcta coagulación (Fig. 7).

Al mes de la intervención se toman las impresiones definitivas (Fig. 8), y en diferentes sesiones ambulatorias se realizan las pruebas para el diseño y elaboración de la prótesis completa superior, las coronas ceramo-metálicas de los dientes 43, 42 y 33 y la prótesis parcial removible de metal-resina inferior (Figs. 9, 10 y 11).

Finalmente, transcurridos dos meses desde la intervención quirúrgica se cementan las coronas y se entregan al paciente las prótesis, observándose una clara



Figuras 9, 10 y 11. Proceso de elaboración de las prótesis en el laboratorio. Para ello, se utilizó un montaje realizado sobre un articulador semi-ajustable.

mejoría en el estado bucal general (Fig. 12), constatable al coincidir con la remisión de las infecciones opor-

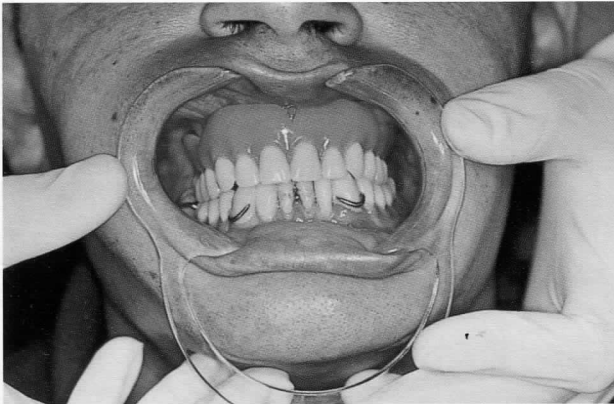


Figura 12. Prueba de las prótesis en el paciente. Podemos observar la oclusión bibalanceada que se le ha dado a las mismas.

tunistas linguales, tanto la candidiasis pseudomembranosa como la leucoplasia vellosa (Figs. 13 y 14).

DISCUSIÓN

En pacientes con SIDA establecido, el tratamiento odontológico se debe basar esencialmente en la eliminación del dolor y de los posibles focos sépticos, intentado a su vez solucionar en la medida de lo razonable las necesidades estéticas de cada paciente, para no agravar así una sensación psicológica de rechazo y aislamiento de su entorno, mejorando su autoestima y evitando que se produzca una conducta de abandono general.

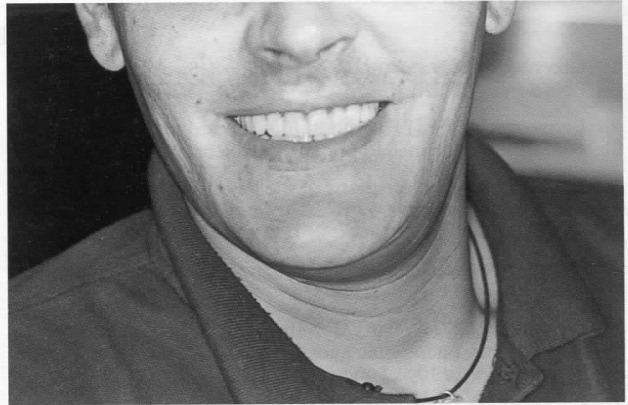
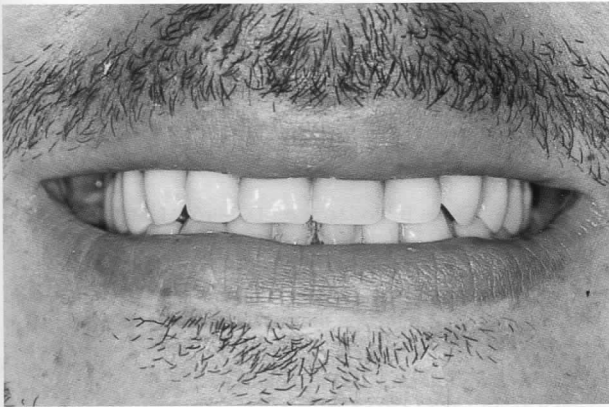
En este caso, la presencia de problemas hepáticos aconseja disminuir las dosis de fármacos que se metabolizan en el hígado y al ser necesario un tratamiento odontológico cruento, se debe valorar el riesgo hemorrágico. Por ello son imprescindibles unas pruebas hemáticas completas (que incluyen el número de hemáties, hemoglobina, plaquetas, hematocrito, fórmula leucocitaria, velocidad de sedimentación globular) así como pruebas de coagulación (tiempo de protrombina y tiempo de tromboplastina parcial) debiéndose realizar además un tiempo de sangría de Ivy (consistente en realizar una punción con una lanceta en un vaso de la zona



Figuras 13 y 14. Las imágenes muestran cómo la candidiasis ha mejorado y cómo la leucoplasia vellosa presente antes del tratamiento ha desaparecido.

antecubital del brazo sobre el que previamente habremos colocado un manguito de medir la presión y observar el tiempo de sangría que debe oscilar entre 1 y 6 minutos para poder iniciar las maniobras anestésicas⁽¹⁴⁾ momentos antes de la intervención quirúrgica⁽¹⁵⁾.

Los trastornos neuro-psiquiátricos que presenta el paciente aconsejan valorar en las primeras visitas, con la ayuda de un informe psiquiátrico, el comportamiento y colaboración ante el tratamiento odontológico. A causa del comportamiento agresivo e impredecible que demostraba el paciente, se decidió realizar el tratamiento que la mayoría de autores considera el más adecuado en estos casos, la anestesia general^(16,17), que reduce la posibilidad de autolesión, así como el ries-



Figuras 15 y 16. Resultado estético del paciente tras el tratamiento odontológico.

go de transmisión de la enfermedad al personal sanitario de forma accidental. A eso se añade que debido al gran número de psicofármacos utilizados por el paciente, el manejo de sedantes e hipnóticos ha de ser llevado con extrema precaución y en manos expertas (anestesiólogo) para evitar tolerancias o reacciones paradójicas. Además el uso de la anestesia general constituye una forma de profilaxis total para la aparición de crisis epilépticas^(18,19).

En cuanto a la protección para evitar posibles contagios debemos tomar todas las precauciones necesarias en caso de intervenciones con técnicas agresivas⁽²⁰⁾, que eviten el contacto cutáneo o de mucosas con sangre u otros líquidos corporales como son gafas protectoras, mascarilla y doble guante, recomendando uno de tipo anti-corte en contacto con la piel⁽²¹⁾.

Referente al diseño de las prótesis éste ha intentado seguir el principio fundamental en estos casos, el buscar la durabilidad, comodidad y funcionalidad de las mismas⁽²²⁾. El tratamiento odontológico debe evitar tratamientos ultraconservadores y disminuir al máximo la posibilidad de infecciones que agraven el estado de inmunosupresión general del paciente. En la arcada superior se diseñó una prótesis completa, pero en la arcada inferior se decidió conservar las piezas no afectas de grandes procesos cariosos o problemas periodontales para dar una mayor sujeción y estabilización a la prótesis parcial (Fig. 12). Se decidió dar

una oclusión bibalanceada a los elementos protésicos para conservar la estabilidad y prevenir la movilidad de las bases de las dentaduras durante la función bucal. Durante los movimientos protrusivos habrá contacto simultáneo entre la guía incisal y todos los dientes posteriores, mientras que durante un movimiento de trabajo se establecerá un contacto de función de grupo en el lado de trabajo y un contacto de todos los dientes posteriores en el lado de no trabajo⁽²³⁾.

Como conclusión comentar que tras tres meses de realizado el tratamiento odontológico sobre el paciente el estado de salud oral se ha visto sensiblemente mejorado como podemos constatar en la desaparición de las lesiones por microorganismos oportunistas presentes en la lengua (candidiasis pseudomembranosa y leucoplasia vellosa). Ello puede deberse a la mejora del estado inmune tras eliminar los numerosos focos infecciosos presentes en la cavidad oral, asociada a una mejor alimentación tras desaparecer las numerosas molestias en el funcionamiento de la boca que presentaba el paciente a su llegada a nuestra consulta y a los progresos experimentados en la higiene oral. El tratamiento odontológico en el paciente con SIDA puede constituir una prioridad asistencial y, secundariamente a la eliminación de focos sépticos, puede mejorar el estado inmunológico general, además de constituir un gran apoyo psicológico para la autoestima del paciente la rehabilitación estética y funcional (Figs. 15 y 16).

BIBLIOGRAFÍA

1. Greenspan D. *El sida en la cavidad oral*. Syntexlatino-Doyma. Barcelona, 1987:20-28.
2. Bermejo A, López P, Oñate R. Infecciones virales de la mucosa oral en la enfermedad por HIV. *Avances* 1997;**13**(Suppl.):107.
3. Eversole LR. Viral infections of the head and neck among HIV seropositive patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;**73**:155-163.
4. Lao RK. Acquired immunodeficiency syndrome and Epstein-Barr virus. *J Aid AIDS* 1990;**1**:318-320.
5. Bruggeman LA, Dikmans M. Nefropathy in human immunodeficiency virus-1 transgenic mice is due to renal transgene exchange. *J Clin Invest* 1997;**100**:84-92.
6. Just M, Ravents A, Romeu J y cols. Taponamiento cardíaco y sarcoma de Kaposi. *Med Clin* (Barcelona) 1994;**102**:495-497.
7. Klinloch de Lo, Saussure P. Symptomatic primary infection due to human immunodeficiency virus type 1. *Clin Infect Dis* 1993;**17**:59-65.
8. Hoover DR. Long term survival without clinical AIDS after CD4 cells counts fall below 200 ml. *AIDS* 1995;**9**:145-152.
9. Easterbrook PJ. Non-progression in HIV infection AIDS. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;**8**:1179-1182.
10. Casabona J. La magnitud de l'epidèmia VIH/SIDA a Catalunya i a les Illes Balears. *Annals de Medicina* 1998;**82**:54-56.
11. Ocaña L. *Manual de Medicina. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida*. Ed. Científicas y Técnicas, Barcelona, 1993:1727-1729.
12. James W. *Odontología en pacientes con patología previa*. Litlle. Ed. Medici. Barcelona, 1986:29-158.
13. Brugal MT. Aspectes rellevants de l'epidemiologia de la infecció del VIH/SIDA a Barcelona. *Annals de Medicina* 1998;**82**:57-58.
14. Little WL. *Odontología en pacientes con patología previa*. Ed. Medici, Barcelona 1986:249-263.
15. Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM, Mallolas J. *Guía práctica del SIDA, clínica, diagnóstico y tratamiento*. 4ª ed. Ed. Masson, Barcelona, 1996.
16. Ippolito G, Puro V. The risk of occupational human immunodeficiency virus infection in health care workers. *Arch Intern Med* 1993;**153**:1451-1458.
17. Hall N, Edmondson HD. The aetiology and psicology of dental fear. *Br Dent J* 1983;**154**:247-252.
18. McDaniel JS, Purcell DW. Severe mental illness and HIV-related oral candidiasis. *Clin Psychol Rev* 1997;**17**:11-25.
19. Wagner GJ, Rabkin JG. Dextroamphetamine as a treatment for depression and low energy in AIDS patients: a pilot study. *J Psychosom Res* 1997;**42**:407-411.
20. Garner JS. Guideline for isolation precautions in hospital. *Infect Control* 1983;**4**(Suppl.):245-325.
21. Mast ST. Efficacy of gloves in reduccions blood volumes transferred during simulated needlestick injury. *J Infect Dis* 1993. **168**:1589-1592.
22. Ratsaukas JS. Consideraciones prácticas en el cuidado de pacientes especiales. *Clin Odon Nor Am* 1994;**3**:355-400.
23. Gross MD. *La oclusión en odontología restauradora*. Ed. Labor Barcelona, 1982.