


OdontoUchile
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 UNIVERSIDAD DE CHILE

Manifestaciones orales del VIH



Prof. Asistente. Dra. Andrea Maturana
 Ramírez
 Magíster en Patología y Medicina Oral
 Especialista en Patología Bucomáxilo Facial.
 Departamento de Patología y Medicina Oral

VIH/SIDA

Uno de los mayores problemas para la salud pública mundial.

Ha cobrado más de 35 millones de vidas.

En América se estima en 3,4 millones de personas viven con VIH.

Resumen de la epidemia mundial de VIH (2017)

36.9 million
people living with HIV
[31.1 million - 43.9 million]

2017

1.8 million
people newly infected
[1.4 million - 2.4 million]

0.9 million
HIV-related deaths
[0.7 million - 1.3 million]

Fuente : Estimaciones ONUSIDA/OMS




Subscripciones | Club La Tercera



REVISAR NUESTRO PAPEL DIGITAL AQUÍ 

[INICIO](#) [LA TERCERA PM](#) [PULSO](#) [POLÍTICA](#) [NACIONAL](#) [MUNDO](#) [OPINIÓN](#) [TENDENCIAS](#) [CULTURA](#) [ENTRETENCIÓN](#) [REPORTAJES](#) [EL DEPORTIVO](#) [QUÉ PASA](#) [EDICIÓN](#)

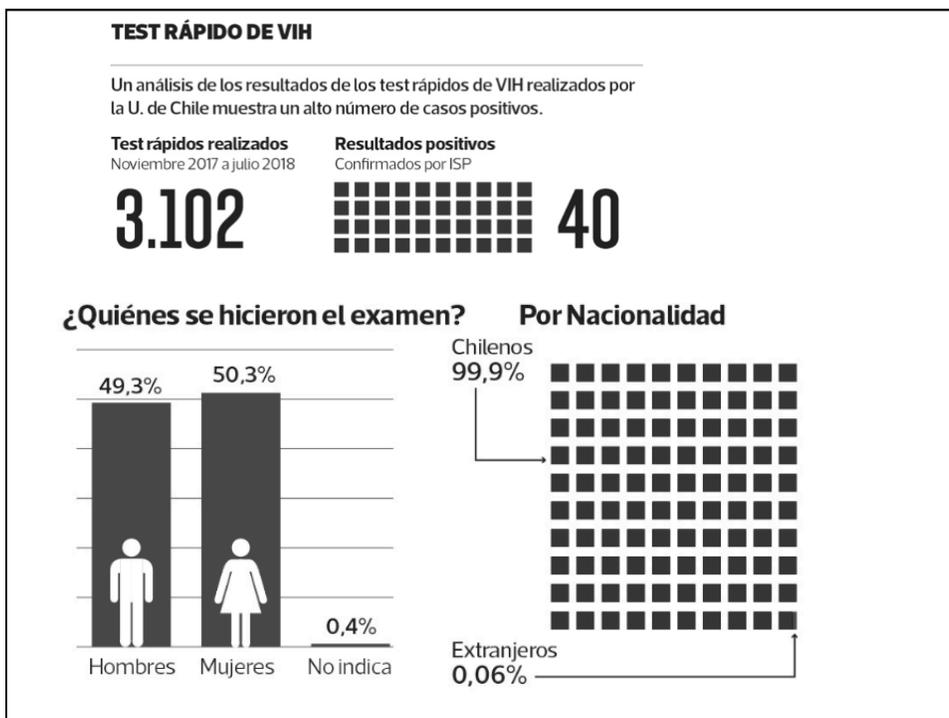
Nacional

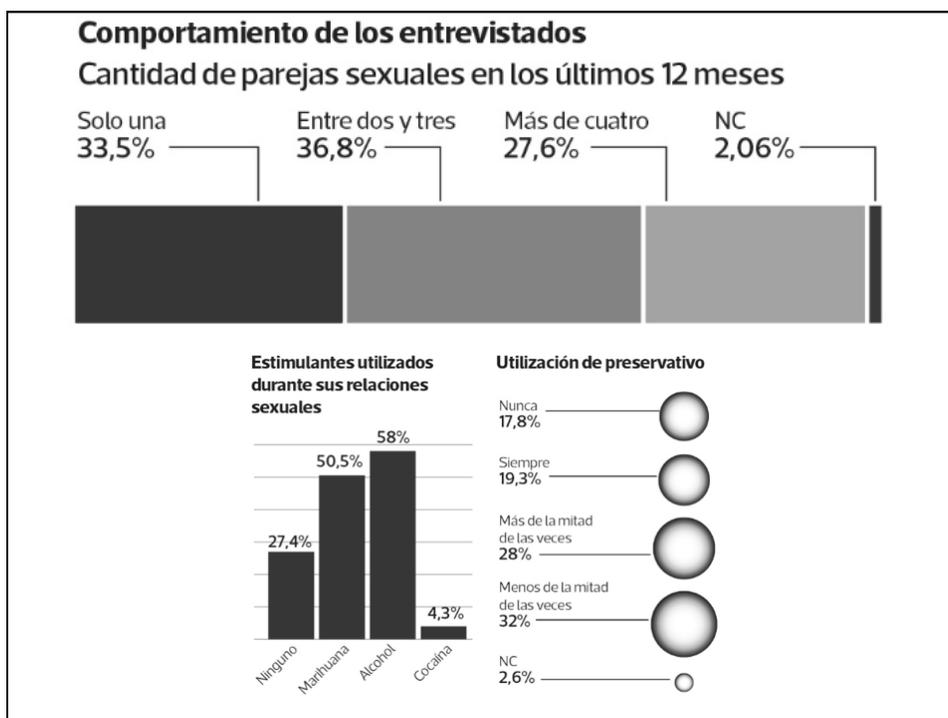
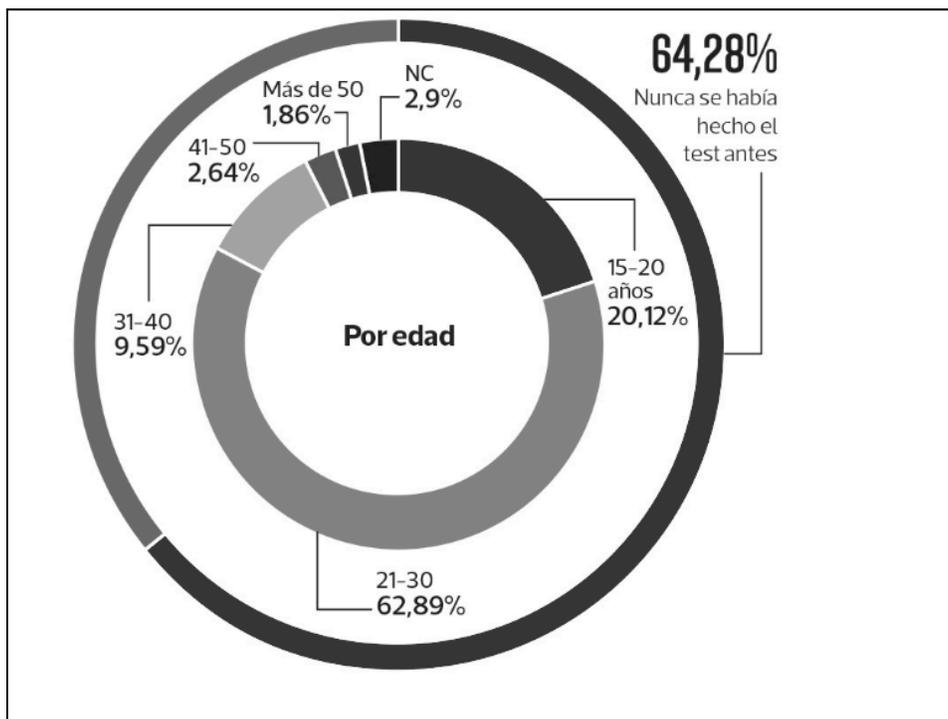
Informe casi triplica porcentaje estimado de personas con VIH en Chile

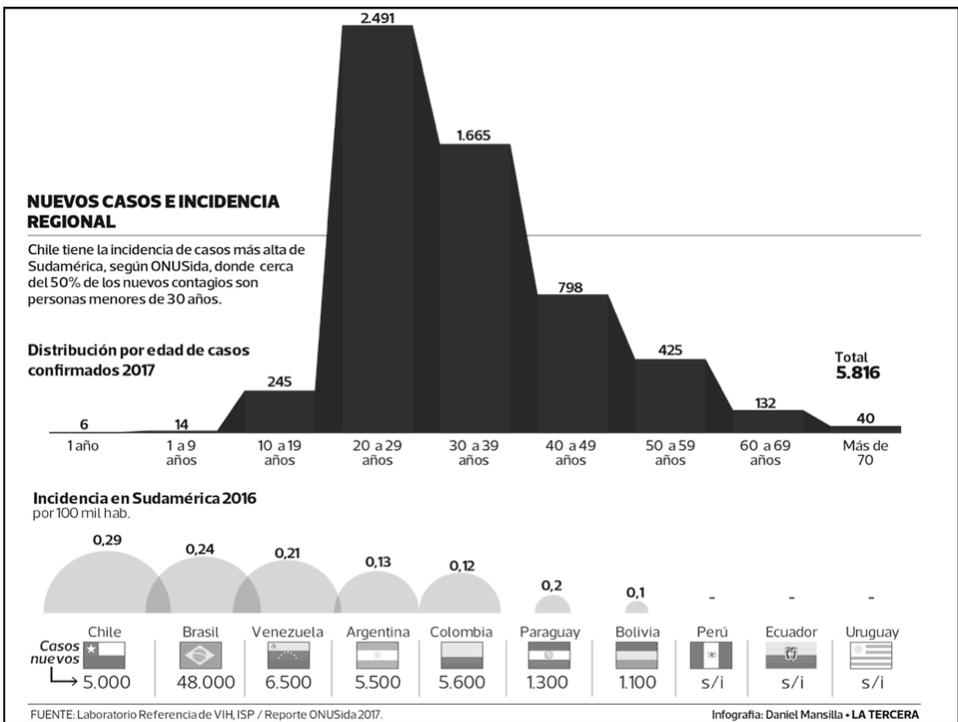
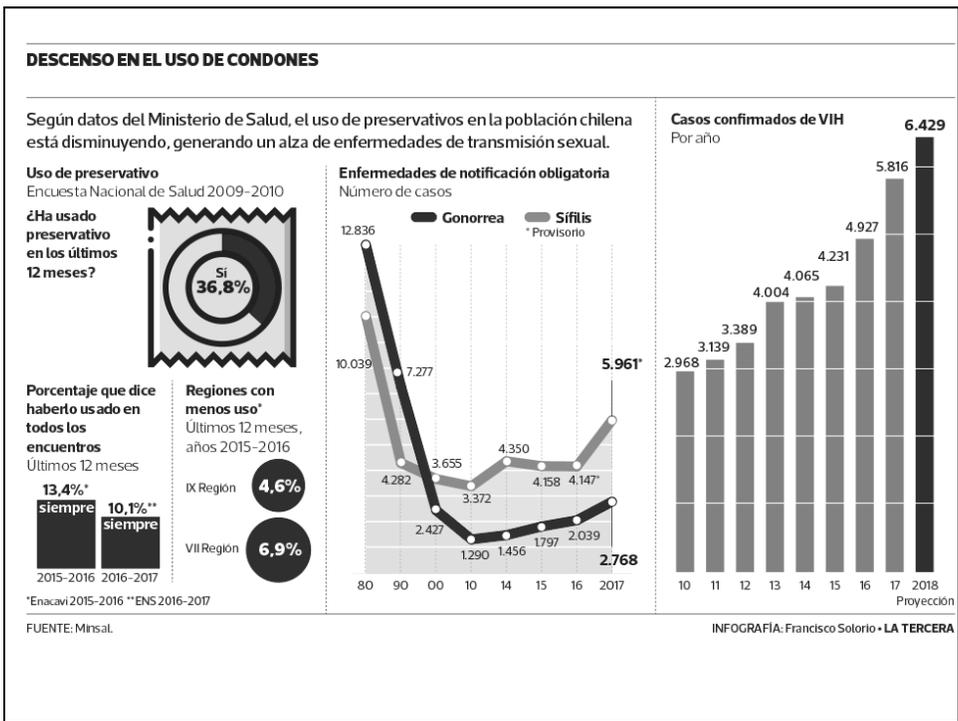


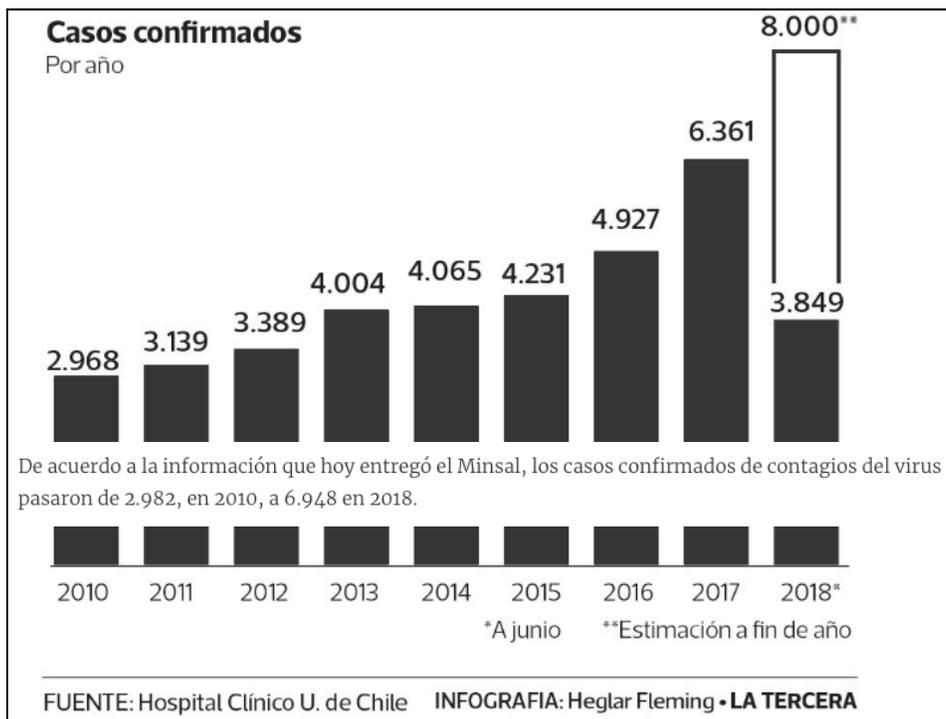
MOTIVACIÓN DESCUBRE EL PODER DE LOS NUEVOS PLANES CLARO 

Autor: Cecilia Yáñez JUE 23 AGO 2018 | 12:08 AM









LATERCERA Temas/ VENEZUELA EDUCACIÓN COLEGIO DE PROFESORES MILITARES INFRAESTRUCTURA 🔍 ☰

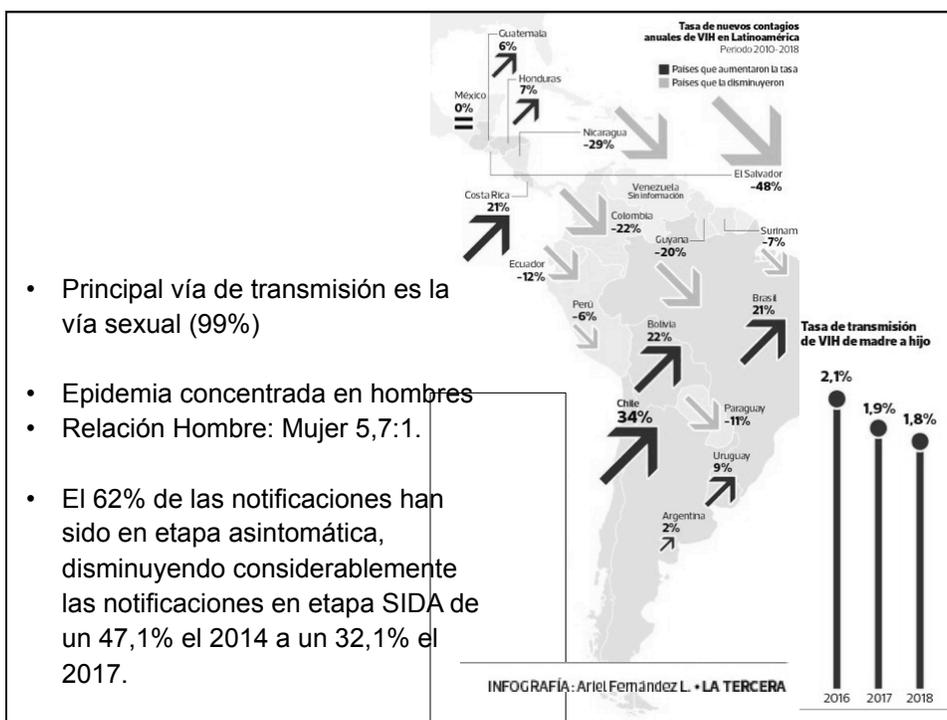
Autor: A. Jara, C. Saíd y S. Palma MAR 16 JUL 2019 | 09:00 PM

Nacional

ONU: 4 mil nuevos casos de VIH y Chile lidera alza de contagios en la región

El ministro de Salud, Jaime Mañalich, aseguró que el incremento de casos confirmados muestra el trabajo que han realizado su cartera para efectuar más diagnósticos. Además, la autoridad descartó que el fenómeno de la inmigración tenga relación con estas cifras en Chile.

Para la subsecretaria de Salud Pública, Paula Daza, el objetivo del Minsal es llegar al parámetro “90-90-90”, antes del 1 de diciembre del próximo año. “Esto quiere decir que el 90% de las personas que viven con VIH conozcan su estado. De estas personas que conocen su estado, que el 90% estén en tratamiento y que del 90% de estas personas tengan una carga viral indetectable, que son personas que tienen una enfermedad crónica y que no van a transmitir el virus”, manifestó.



Situación VIH en población extranjera

Análisis epidemiológico, muestra en forma incipiente el impacto de las migraciones en el país, pese a que aún sigue siendo considerablemente menor a los casos notificados en población nacional.

En los últimos 4 años (2015-2018), **23,8 % del total de nuevos casos diagnosticados correspondió a personas extranjeras.**

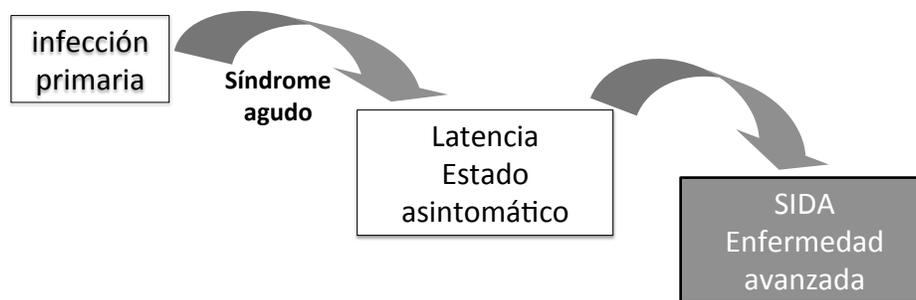
Según nacionalidad la **mayor proporción de casos corresponde a chilenos infectados**, no obstante, se observa un **aumento progresivo de la proporción de la población extranjera, pasando de representar el 9,2% el año 2015 al 37,1% el año 2018.**

TABLA 1: PORCENTAJE Y NÚMERO DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS, SEGÚN NACIONALIDAD. CHILE 2015-2018.

Variable			Año			
			2015	2016	2017	2018
Nacionalidad	Chile	Nº	3.813	4.055	4.303	4.339
		%	88,5%	82,3%	74,0%	62,4%
	Extranjero	Nº	396	797	1.474	2.580
		%	9,2%	16,2%	25,3%	37,1%
	Sin dato	Nº	98	75	39	29
		%	2,3%	1,5%	0,7%	0,4%

Fuente: Casos confirmados VIH ISPR 2015 - 2018.

Evolución infección por VIH



- **Replicación activa** del virus y **deterioro inmunitario progresivo** ocurren a lo largo de la evolución del proceso.
- La enfermedad avanza incluso durante el estado de latencia clínica.
- Tratamiento antirretrovírico: progreso más lento

Harrison

Infección Primaria por VIH



- 50-70% infectados por VIH: **síndrome clínico agudo**, 3-6 semanas después de **infección primaria**.
- 70% presentan adenopatías.

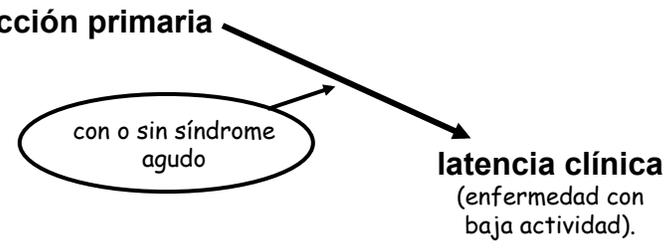
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SÍNDROME AGUDO POR EL VIH

<p>Generales</p> <ul style="list-style-type: none"> Fiebre Faringitis Linfadenopatías Cefalea/dolor retroorbitario Artralgias/mialgias Letargo/malestar Anorexia/pérdida de peso Náusea/vómito/diarrea 	<p>Neurológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> Meningitis Encefalitis Neuropatía periférica Mielopatía <p>Dermatológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> Exantema eritematoso maculopapuloso Úlceras mucocutáneas
---	--

Fuente: de B Tindall, DA Cooper: AIDS 5:1,1991. Harrison

Síndrome Clínico Agudo por VIH

Infección primaria



- Recuperación espontánea del síndrome agudo.
- Ligero descenso de LTCD4+ que se mantiene estable un periodo variable antes que disminuyan progresivamente.



Período de latencia

Es un periodo asintomático de **progresión de la enfermedad**, con replicación activa del virus.



Infección inicial-primeras manifestaciones clínicas: gran espectro.

Mediana para pacientes no tratados: 10 años.
La rapidez de su progresión esta en relación directa con los niveles de RNA del VIH

LTCD4+ descienden a una velocidad aprox. de 50 cel/mm³ al año.

Bajo 200 cel/mm³: alto riesgo de infecciones y neoplasias oportunistas

Latencia/Complejo relacionado con SIDA (ARC)



- Linfadenopatía generalizada persistente
- Fiebre crónica
- Pérdida de peso
- Diarrea crónica
- Candidiasis oral
- Herpes zoster
- Leucoplasia pilosa

Presentación sintomática de SIDA:
altamente variable.

Signos y síntomas descritos en el ARC están a menudo presentes, con un incremento del número de infecciones oportunistas y procesos neoplásicos.

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.

Clasificación del CDC para adultos / adolescentes infectados por VIH

Se basa en criterios de laboratorio y clínicos

Categorías Clínicas			
Recuento CD4	A Asintomático, VIH agudo, LAG	B Condiciones sintomáticas no A ni B	C Condiciones indicadoras de SIDA
≥500 células/μL	A1	B1	C1
≥200 a 499 células/μL	A2	B2	C2
<200 células/μL	A3	B3	C3



Patologías Orales por VIH

Las lesiones orales en el VIH no son signos directos de la enfermedad, sino que reflejan la inmunosupresión. Son una indicación de detección del VIH en personas con recuento bajo de linfocitos CD4.

Trasmisión:

- Vía sexual
- Materno-fetal
- contagio directo a través de la sangre
- El sexo oral es menos eficiente en la transmisión del VIH que otras prácticas sexuales, siendo el riesgo de transmisión muy bajo

**HOSPITAL CLÍNICO
UNIVERSIDAD DE CHILE**

**ALARMANTE AUMENTO DE
VIH en CHILE**



2.968 Nuevos casos 2010

5.816 Nuevos casos 2018

96% en 7 años

Patologías orales en infección VIH/SIDA

Pueden asociarse a disminución del recuento de LTCD4 y aumento en carga viral.

Lesiones orales

Marcadores tempranos de la enfermedad

Indicativas del deterioro del sistema inmunológico del paciente.

4.- Patton L L, Ramirez-Ameador V, Anaya-Saavedra G, Nittayapantia W, Carrozzo M, Ranganathan K. Urban legends series: oral manifestations of HIV infection. Oral Diseases 2013; 19: 533-50.
6.- Greenepan J S, Greenepan D. The epidemiology of the oral lesions of HIV infection in the developed world. Oral Diseases 2002; 8: 34-9.

Importancia de lesiones orales en infección VIH/SIDA

- ✓ Fácilmente accesibles y por lo general su diagnóstico es clínico.
- ✓ Algunas manifestaciones orales están fuertemente relacionadas con el VIH/SIDA por lo que indican sospecha de infección.
- ✓ Pueden indicar progresión a etapa SIDA
- ✓ Permiten monitorizar éxito o fracaso de TARV empleada

TAR



La introducción de TAR ha conducido a una disminución en la incidencia de enfermedades orales asociadas a la inmunodepresión, como la candidiasis oral, leucoplasia vellosa y sarcoma de Kaposi.

Sin embargo, enfermedad de las glándulas salivales y el virus del papiloma humano (VPH) se han incrementado entre las personas que viven con el VIH / SIDA en la era posterior a la TAR.

Patologías orales asociadas a infección VIH/SIDA

Clasificación más aceptada de manifestaciones orales de SIDA divide la manifestaciones en tres grupos (OMS):

- o Altamente asociados
- o Menos asociados
- o Vistos en pacientes con SIDA



La prevalencia de estas patologías orales ha sido altamente alterada por las terapias actuales antirretrovirales.

Neville 2016

Grupo I: Altamente asociadas a infección por VIH

- Candidiasis
- Leucoplasia pilosa
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma No-Hodgkin
- Enfermedades periodontales

Grupo 2: Menos asociados a infección por VIH

- Infecciones Bacterianas: *Mycobacterium tuberculosis*
- Hiperpigmentación melanótica
- Estomatitis ulcerativa necrotizante
- Enfermedades de glándulas salivales: hiposialia, tumefacción glándulas salivales mayores.
- Púrpura trombocitopénico
- Ulceras orales inespecíficas
- Infecciones virales: herpes simplex, papiloma virus, varicella zoster.

Grupo 3: Vistas en infección por VIH

- Infecciones bacterianas: *A. israeli*, *E. coli*, *K. pneumonia*
- Enfermedad por arañazo de gato.
- Angiomatosis epiteliode
- Reacción a drogas: úlceras, eritema multiforme, liquenoide, epidermolisis tóxica.
- Infecciones fúngicas
- Alteraciones neurológicas parálisis facial, neuralgia trigeminal
- Estomatitis aftosa recurrente
- Infecciones virales: CMV, *molluscum contagiosum*

Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Candidiasis

- Manifestación oral **más común** en infección por VIH.
- *Candida albicans*: más prevalente
- **No** es diagnóstico de SIDA pero es predictiva (sin tto: SIDA a los 2 años)
- 1/3 de VIH
- 90% de pacientes con SIDA

- Eritematosa (<400 cel/mm³)
- Pseudomembranosa (<200 cel/mm³)
- Queilitis angular
- Candidiasis hiperplásica

Puede provocar dolor, alteración de gusto y olor. Se confirma con citología o biopsia



Imagen Dra. Andrea Maturana R.

Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Candidiasis Eritematosa



Imagen Dra. Andrea Maturana R.

Máculas rojas o eritematosas en dorso de lengua y paladar duro.

Eritematosa (<400 cel/mm³)



Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Candidiasis Pseudomembranosa



Placas blancas, blandas, levemente solevantadas
Mejilla, lengua, paladar, encía y piso de boca.

Se desprenden al raspado

Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

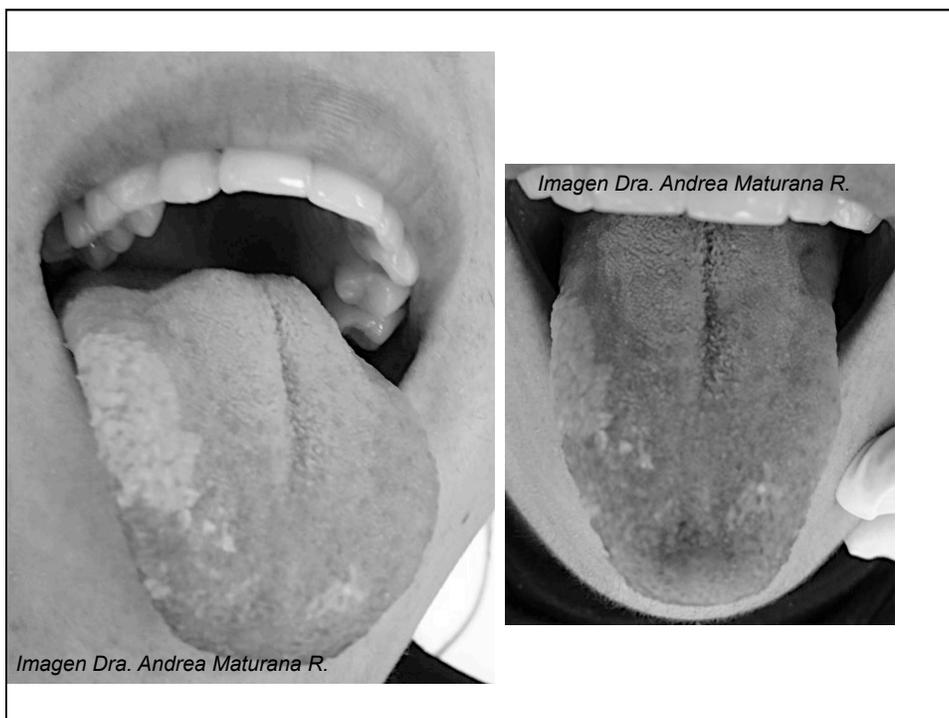
Candidiasis Pseudomembranosa



CLINICS 2009;64(5):459-70 Oral complications of HIV disease Leão JC et al.

Masas de hifas entremezcladas con células epiteliales descamadas, queratina, fibrina, detritos necróticos, leucocitos y bacterias.

Al retirarlos con gasa húmeda: mucosa eritematosa o levemente sangrante



Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Candidiasis Hiperplásica



Placas blancas que no se desprenden fácilmente, firmes, observándose en labios, lengua y mejillas.

Laskaris, Pocket Atlas of Oral Diseases © 2006 Thieme



Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Candidiasis Queilitis Angular



Imágenes gentileza Dr. Lobos

Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

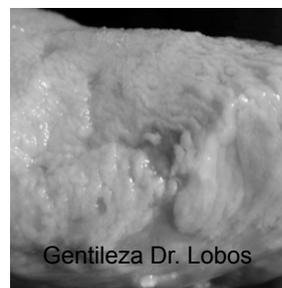
Leucoplasia Pilosa



CLINICS 2009;64(5):459-70

Asociado a virus Epstein Barr (VEB)
Inmunosuprimidos
Lesión blanca, superficie corrugada, acanalada, **bilateral** bordes de lengua.
Asintomática.
Plegamiento de mucosa con aspecto de pelo que no se desprende al raspado.
<300 cel/mm³

Diagnóstico por biopsia.
PCR, hibridización in situ, inmuno histoquímica para demostrar presencia del virus.



Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Leucoplasia Pilosa



Figure 39.1 Hairy leukoplakia.
Oral Medicine and Pathology at a Glance. First edition, 2010



Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Sarcoma de Kaposi



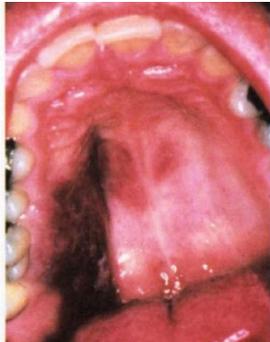
Neoplasia del endotelio vascular.

- Multifocal, sistémica.
- Curso clínico variable.
- **Virus herpes humano 8 (HHV-8).**
- Transmisión sexual, sangre o saliva.
- Sitio más afectado es piel, también membranas mucosas, sistema linfático, pulmón y tracto gastrointestinal.
- **<200 cel/mm³**

CLINICS 2009;64(5):459-70 Oral complications of HIV disease Leão JC et al.

Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Sarcoma de Kaposi Oral



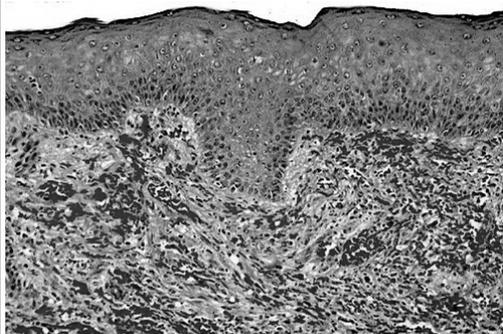
- Máculas, pápulas o nódulos rojo a púrpura
- Se ulceran, pueden causar destrucción del tejido local.
- **Paladar y encías:** sitios más comunes.

- 20% de casos: Debut clínico con S.K.
 - 70% de pacientes: concomitante con piel y vísceras.
- Frecuencia ha disminuido por antirretrovirales

CLINICS 2009;64(5):459-70 Oral complications of HIV disease Leão JC et al.

Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Sarcoma de Kaposi Oral



Inicialmente Asintomática.
Podría presentarse en cualquier etapa

Biopsia para diagnóstico definitivo



Gentileza Dra. García.
Clínica Medicina Oral FOUC

Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Sarcoma de Kaposi Oral

- 20% de casos: Debut clínico con S.K.
- 70% de pacientes: concomitante con piel y vísceras.

Frecuencia ha disminuido por antirretrovirales



CLINICS 2009;64(5):459-70 Oral complications of HIV disease Leão JC et al.

CLINICS 2009;64(5):459-70 Oral complications of HIV disease Leão JC et al.

Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Sarcoma de Kaposi Oral



Figure 6 Kaposi's Sarcoma Patient on: Tenofovir/Emtricitabine + Nevirapine

Taiwo and Hassan *AIDS Research and Therapy* 2010, **7**:19
<http://www.aidsrestherapy.com/content/7/1/19>

Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Linfoma No-Hodgkin

- 2° neoplasia más común en VIH+.
- Linfocitos B.
- Posible asociación VEB.
- Ha disminuido con antirretrovirales
- Extenso y complejo grupo de neoplasias.

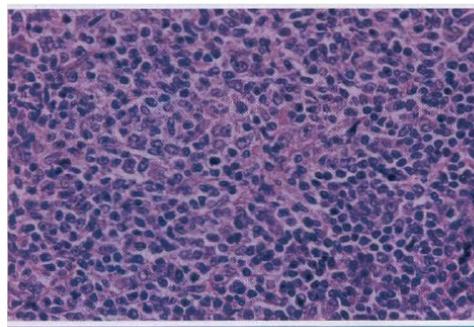


Figure 13-25 . Non-Hodgkin's lymphoma. This high-power photomicrograph shows lesional cells of lymphoma, consisting of population of poorly differentiated cells of the lymphocytic series with minimal cytoplasm.

Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Linfoma No-Hodgkin

Manifestaciones orales:

- Masas de tejido blando, con o sin ulceración y necrosis de los tejidos
- Encía, paladar y la mucosa alveolar.



Figure 30.2 Lymphoma (from Bagan JV, Scully C. *Medicina y Patología Oral*, 2006).

Gentileza Dra. García

Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Linfoma No-Hodgkin



Casariego Z, Micinquevich S, Laufer N, Ricar J
Linfoma no Hodgkin oral relacionado al sida (LNHORS): Actualización y presentación de un caso clínico

Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Enfermedades Periodontales

- Eritema Gingival lineal
- Gingivitis necrotizante GUN
- Periodontitis necrotizante PUN



La infección por VIH por sí sola **no** predispone a enfermedad periodontal.

CLINICS 2009;64(5):459-70 Oral complications of HIV disease Leão JC et al.

Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Enfermedades Periodontales

GUN y PUN

- Evolución aguda.
- Indicadoras de Inmunosupresión.
- Aparecen en algún momento hasta en un 10% de los pacientes VIH (+).
- Multifactorial.
- **PUN asociado a VIH+ no responde al tto periodontal convencional.**

Ulceración y necrosis gingival asociados con rápida evolución a pérdida de soporte periodontal.



• Reznik DA. *Oral manifestations of HIV disease.* *Top HIV Med.* 2005 Dec; 13(5):143-8.
 • Aguirre J, Echeberria M, Egua del Valle A (2004). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: manifestaciones en la cavidad bucal. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.*, 9, 148-157.

Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Gingivitis Ulcero necrotizante

Ulceración y necrosis de una o más papilas interdentales sin pérdida de soporte periodontal.

- Sangramiento
- Dolor
- Halitosis



Oral Medicine and Pathology at a Glance. First edition. 2010
Figure 35.1 Acute necrotizing gingivitis.



Figure 4 - Necrotizing gingivitis in HIV disease
CLINICS 2009;64(5):459-70 Oral complications of HIV disease Leão JC et al.

Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Eritema gingival lineal

Etiología desconocida.
Se puede **asociar con candidiasis**.

Fina banda roja (2-4mm) en encía adherida y punteado difuso eritema sobre la encía.

Sangramiento gingival es raro.



- La lesión **no** responde a control de placa.
- Su diagnóstico se basa en la historia clínica, características y test de ELISA +.

Grupo 1: Altamente asociadas a infección por VIH

Periodontitis Necrotizante

Ulceración y necrosis gingival asociados con rápida evolución a pérdida de soporte periodontal.



Figure 4 Bacterial infections: Necrotizing ulcerative periodontitis in the lower anterior segment.

- ✓ Edema
- ✓ Dolor severo
- ✓ Sangramiento espontaneo
- ✓ Cuando PUN es asociado a VIH+ no responde al tto periodontal convencional.

HIV-related oral disease case definitions
Shiboski et al.

Grupo 2: Menos comúnmente asociados a infección por VIH

- **Infecciones Bacterianas:** *Mycobacterium tuberculosis*
- **Hiperpigmentación melanótica**
- Estomatitis ulcerativa necrotizante
- Enfermedades de glándulas salivales: hiposialia, tumefacción glándulas salivales mayores.
- Púrpura trombocitopénico
- **Úlceras orales inespecíficas**
- **Infecciones virales:** herpes simplex, papiloma virus, varicella zoster.

Grupo 2: Lesiones asociadas menos frecuentemente

VHS I y II

- Lesiones bucolabiales, genitales y perianales repetidas como parte de los síndromes de reactivación recurrentes.

- **Aumenta frecuencia y gravedad al progresar enfermedad por VIH y disminuir LTCD4**

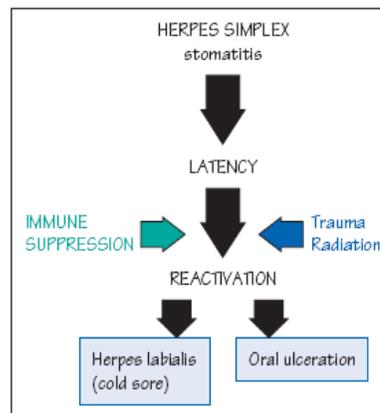


Figure 9.2 HSV pathogenesis.

Grupo 2: Lesiones asociadas menos frecuentemente

VHS I y II

- **Sinergismo VIH/VHS1** (suceptibilidad y sobreinfección)
- **Presentaciones atípicas.**
- **Evolución** (aumento del número de recidivas, duración y posibilidad de diseminación)



- ✓ Reducción de LTCD4 favorecen la replicación del VHS-1
- ✓ Medio ideal para sobreinfectar a LTCD4 y mejora replicación del VIH
- ✓ Cada recidiva herpética aumenta la carga viral del VIH (utilidad de aciclovir)

• Reznik DA. **Oral manifestations of HIV disease.** *Top HIV Med.* 2005 Dec-2006 Jan;13(5):143-8.
 • Bermejo A, Uranga A, D'Atri G, Deane L, Olivares L, Pizzarello G, Forero O, Coringrato M, Maronna E. Herpes simplex en pacientes inmunocomprometidos por VIH y terapia esteroidea en dermatosis ampolares.
 • Aguirre J, Echeberría M, Eguía del Valle A (2004). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: manifestaciones en la cavidad bucal. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 9 , 148-157.

Grupo 2: Lesiones asociadas menos frecuentemente

Infecciones Bacterianas: Tuberculosis

.Lengua, paladar y labio.

•Úlcera, irregular, dolorosa y profunda, bordes sollevantados e indurados.

•Dx diferencial: úlcera traumática y cancerosa.



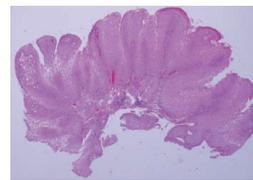
1 Tuberculosis: typical ulcer on the dorsal surface of the tongue.

Diagnóstico: historia, imagen clínica, exámenes de laboratorio (bacilo en frotis o biopsia por tinción especial (Ziehl-Nielsen).

Grupo 2: Lesiones asociadas menos frecuentemente

Virus Papiloma Humano (VPH)

- Podemos encontrar
 - papilomas escamoso
 - verrugas vulgares orales
 - condilomas acuminados
 - carcinoma epidermoide* (orofaringe).



hiperplasia epitelial focal

- Infección oral por el VPH con gran frecuencia se transmite por vía sexual, pero la autoinoculación a través de las manos desde lesiones genitales primarias también puede ocurrir.

Sanders et al.: 10 veces mas riesgo de infección oral por VPH en pacientes con más de 20 parejas sexuales que personas con menos de 3 parejas.

Grupo 2: Lesiones asociadas menos frecuentemente

Condiloma Acuminado (VPH)

- Verruga anal, genital u oral.
- **Período e incubación:** 1-3 meses.
- **Clínica:** base amplia, exofítico, color blanco o normal.



Fig. 201 Multiple condylomata acuminata of the gingiva.

Grupo 2: Lesiones asociadas menos frecuentemente

Verruga Vulgar (VPH)

HPV-2, HPV-4 y HPV-40.



Fig. 198 Papilloma of the palate.



Fig. 199 Papilloma of the tongue.

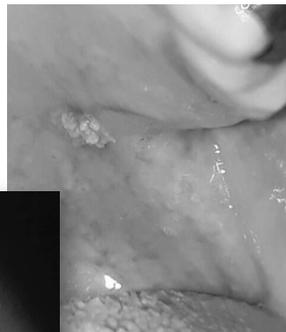
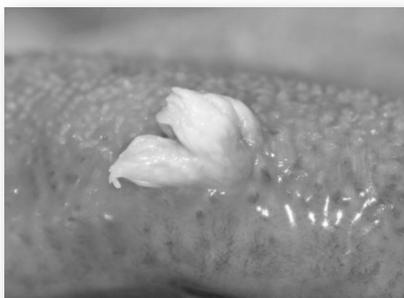


Fig. 202 Verruca vulgaris, multiple lesions on the buccal mucosa.

Grupo 2: Lesiones asociadas menos frecuentemente

Papiloma Oral (VPH)

- Proliferación verrucosa, filiforme, pedunculada, blanda, indolora.
- Color blanco o levemente rojiza, de coloración normal
- Lengua, labios, paladar duro y blando.
- Hombres y mujeres por igual.
- Múltiples en pacientes VIH
- **Etiología:** VPH 6, 11 en 50% de los casos.



Grupo 2: Lesiones asociadas menos frecuentemente

Papilomas en pacientes VIH



Múltiples lesiones papulares y nodulares, en labios mucosa bucal y encía.

Clinica de Medicina Oral FOUCH

Papilomas en pacientes VIH

Clinica de Medicina Oral FOUCH



Clinica de Medicina Oral FOUCH

Clinica de Medicina Oral FOUCH



Grupo 2: Lesiones asociadas menos frecuentemente

Infecciones Virales: Virus herpes Zoster

Oral Medicine and Pathology at a Glance. First edition. 2010

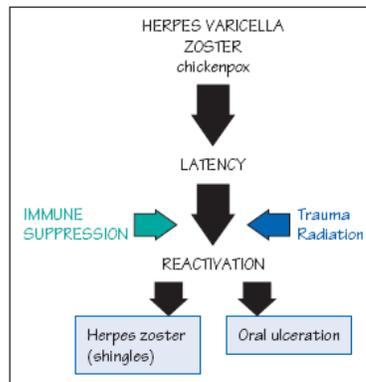


Figure 10.1 VZV pathogenesis.

- 10-20% de pacientes VIH+
- Reactivación del virus indica deterioro moderado de función inmunitaria
- Dolores intensos
- Afección cutánea extensa mucho mayor que en pacientes sanos.

Grupo 2: Lesiones asociadas menos frecuentemente

Infecciones Virales: Virus herpes Zoster



FIGURE 4-7 Facial lesions of herpes zoster involving the second division of trigeminal nerve.

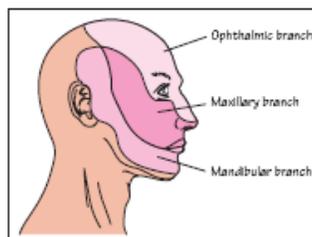


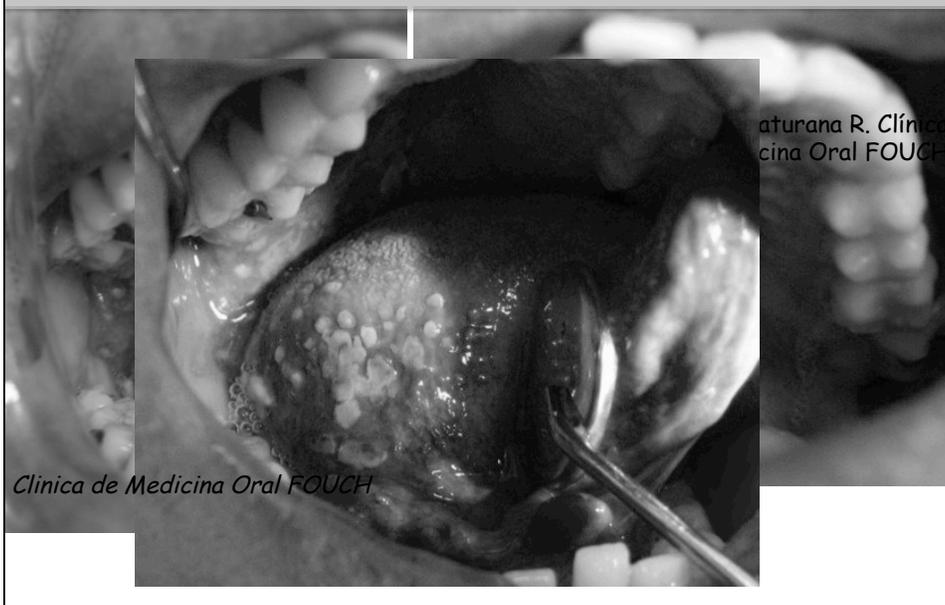
Figure 10-4 Trigeminal dermatomea.

Oral Medicine and Pathology at a Glance. First edition. 2010

Burket's Oral Medicine Diagnosis & Treatment Tenth Edition

Grupo 2: Lesiones asociadas menos frecuentemente

Infecciones Virales: Virus herpes Zoster

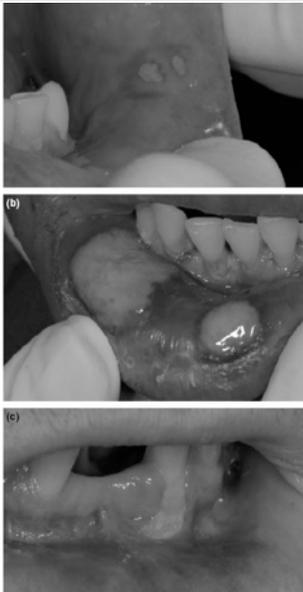


aturana R. Clínica
cina Oral FOUCH

Clinica de Medicina Oral FOUCH

Grupo 2: Lesiones asociadas menos frecuentemente

Úlceras Orales Inespecíficas



- Úlceras únicas o múltiples
- Bien circunscritas
- **Blanco-amarillas en tejido no queratinizado.**
- **Halo rojo alrededor de cada úlcera.**
- **MAYOR FRECUENCIA**

J Oral Pathol Med (2009) 38: 481–488

Grupo 2: Lesiones asociadas menos frecuentemente

Hiperplasia de Glándulas Salivales

- 5% de infectados por VIH
- Aumento de volumen parotídeo bilateral.
- Infiltración glandular con CD8+.



Figure 9-9 The patient demonstrates the bilateral salivary gland enlargement often associated with HIV. Courtesy of Dr. Michael Glick, University Medicine and Dentistry, New Jersey.

Grupo 2: Lesiones asociadas menos frecuentemente

Hiperplasia de Glándulas Salivales

- Riesgo de desarrollar linfoma células B
- Puede acompañarse de xerostomía



Figure 4 Parotid Gland Enlargement Patient on: Tenofovir/Emtricitabine + Efavirenz

Taiwo and Hassan *AIDS Research and Therapy* 2010, 7:19
<http://www.aidsrestherapy.com/content/7/1/19>

Grupo 2: Lesiones asociadas menos frecuentemente

Hiperpigmentación

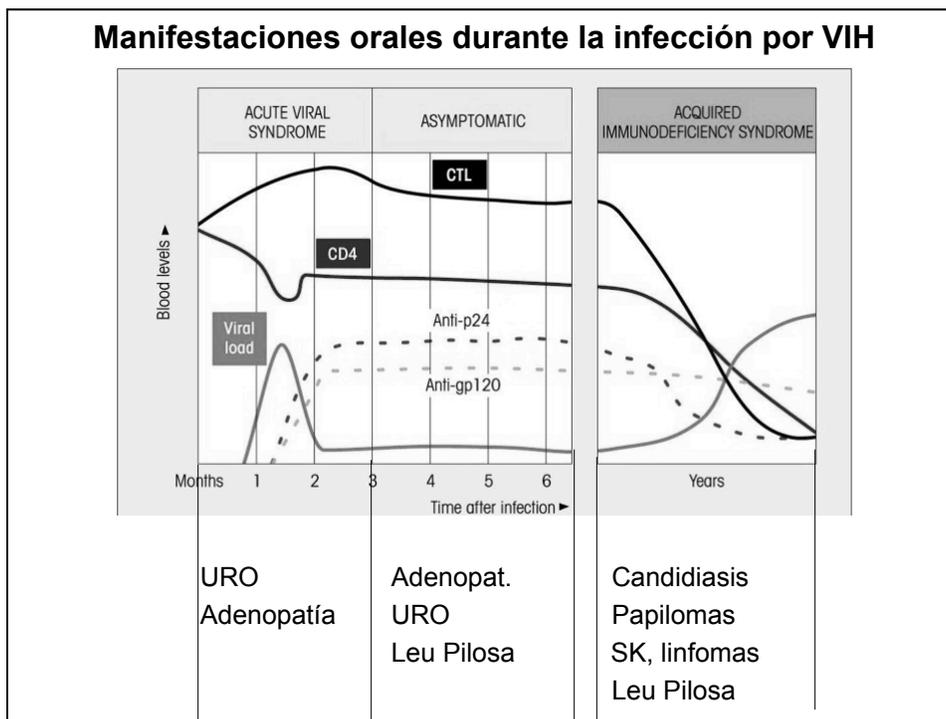
- Piel, uñas, mucosa: melanosia
- Por Ketoconazol, zidovudina
 Destrucción de corteza suprarrenal
 Estimulación de melanocitos por VIH



Figure 5 Melanotic Hyperpigmentation Patient on: Tenofovir/Emtricitabine + Efavirenz

Taiwo and Hassan *AIDS Research and Therapy* 2010, 7:19
<http://www.aidsrestherapy.com/content/7/1/19>

Manifestaciones orales durante la infección por VIH



Atención Odontológica

Se pueden dar las siguientes situaciones:

- 1.- Atención por tratamiento o urgencia (paciente no sabe) → lesión en tejido blando sospechosa, sequedad bucal → anamnesis
- 2.- Paciente diagnosticado → sin triterapia
- 3.- Paciente diagnosticado → en tratamiento farmacológico

Lesión Sospechosa

a) Importancia anamnesis: calidez, empatía, claridad, debe ser en lenguaje adecuado

b) Información: reglamento para examen de detección de VIH:

- Voluntariedad para realizar examen

Confidencialidad

Consentimiento informado

Entrega de resultados

c) Consejería al solicitar el examen

El examen se puede realizar en el sector público en:

Establecimientos de atención primaria

Centros ambulatorios de especialidad

Hospitales

Exámenes de Diagnóstico

- Test ELISA para VIH (ideal pedir también VDRL, HBsAg, HCsAg)
- Western Blot: prueba confirmatoria (ISP)

Si el Diagnóstico es positivo.

- Interconsulta a médico, a Hospital (manejo con centro ITS de cada establecimiento)
- Esperar inicio de tratamiento médico, solicitando su autorización para iniciar tratamiento Odontológico.

Paciente diagnosticado Sin triterapia

- Control médico: información de la periodicidad de sus controles, detectar si asiste a ellos, indagar sobre adherencia a tratamiento
- Exámenes de laboratorio como indicadores de estado inmunológico: qué valores obtuvo.

Qué exámenes pedir (indicadores)

- Hemograma, PB
- Recuento de linfocitos CD4: Valores normales: entre 500 y 1.500
- Carga viral

Informe del Médico tratante en la primera sesión

Conteo LTCD4+	
Controlado	>499 céls/mm ³
No Compensado	200-499 céls/mm ³
En riesgo de muerte	<50 céls/mm ³

Carga Viral	
Alta	100.000 copias/ml
Baja	10.000 copias/ml
Indetectable	40* copias/ml

CARGA VIRAL

- Mide concentración del virus circulante en el plasma de individuos infectados.
- Indicador de la respuesta a la TAR (terapia antirretroviral): define pronóstico y eficacia de la terapia.
- Ideal: niveles indetectables



Paciente diagnosticado → con tratamiento farmacológico

Solicitar Informe del Médico tratante en la primera sesión

¿Qué exámenes pedir?

- Recuento de linfocitos CD4
- Carga viral
- Hemograma, glicemia, creatinina, pruebas de función hepática, perfil lipídico

El Odontólogo debe comunicar siempre al equipo médico tratante cualquier hallazgo en el territorio buco maxilofacial, que pudiese indicar progresión o riesgo en la salud del paciente.

Paciente diagnosticado → con triterapia

- PASE MEDICO
- Hemograma: Anemia? Trombocitopenia? exodoncias?
- Coagulación/ plaquetas
- Glicemia: aumento?
- Creatinina, pruebas de función hepática
- Profilaxis???
- Las personas que viven con el VIH que se encuentran asintomáticas, clínicamente estables y con carga viral indetectable, pueden recibir tratamiento odontológico de la misma forma que paciente no inmunocomprometido.

Conclusiones

- Educar
- Adecuada anamnesis
- Examinar la mucosa oral SIEMPRE
- Pedir examen ante sospecha de VIH
- Pedir exámenes ante la necesidad de tratamiento, interconsulta con tratante
- Bioseguridad siempre

Muchas gracias

Muchas gracias por su atención