

Dolor bucal y pérdida de piezas dentarias en mujer de 36 años

Manuel Vallalta^a, Eugenio Sahuquillo-Arce^b, Miguel Salavert^c y José Lacruz^c

^aServicio de Medicina Interna. ^bServicio de Cirugía Maxilo-Facial. ^cUnidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Caso clínico

Mujer de 36 años que consultó por halitosis, dolor bucal y pérdida de varias piezas dentarias de 3 días de evolución. La paciente tenía antecedentes de adicción a drogas por vía parenteral e infección por virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) conocida desde hacía 10 años, sin haber padecido infecciones oportunistas. No llevaba tratamiento antirretroviral de gran actividad y no acudía a controles.

La paciente tenía una temperatura corporal de 38,6 °C, su estado general estaba afectado y presentaba una lesión ulcerada, necrótica y maloliente de unos 3 cm de diámetro en vestíbulo, encía y mucosa labial inferior (fig. 1). La lesión, cubierta por una pseudomembrana marronácea, había provocado la pérdida de los tejidos de soporte para-dentales con avulsión espontánea de los incisivos inferiores, movilidad importante de los caninos inferiores y exposición del hueso alveolar.

Diagnóstico

Gingivostomatitis ulceronecrosante en paciente infectado por el VIH.

Evolución

Se tomaron muestras de biopsia gingival para cultivos bacterianos y de hongos, y se inició tratamiento parenteral intravenoso con amoxicilina-ácido clavulánico (2 g/8 h) y clindamicina (600 mg/6 h). Se asoció tratamiento antiséptico local con clorhexidina y se procedió a la limpieza y desbridamiento quirúrgico de las zonas necrosadas. En los estudios directos se observó en la tinción de Gram flora mixta polimicrobiana con predominio de cocos grampositivos en cadenas tipo estreptococos, bacilos grampositivos y bacilos gramnegativos de morfologías variadas, tanto aerobios como anaerobios (enterobacterias, fusobacterias, etc.) que no se llegaron a tipificar. La tinción de Ziehl y el cultivo de micobacterias fueron negativos, al igual que las tinciones en fresco y los cultivos para hongos. La respuesta clínica fue satisfactoria. Se practicó una tomografía computarizada de macizo facial en la que no se observaron signos de progresión a osteomielitis, pero a consecuencia de la expo-



Figura 1. Lesión ulcerada y necrótica de unos 3 cm de diámetro en vestíbulo, encía y mucosa labial inferior. Exposición de hueso alveolar.



Figura 2. Imagen tras tratamiento antibiótico. Exposición de hueso alveolar y restos radiculares dentales.

sición de hueso alveolar y de los restos radiculares dentales fue necesario realizar una mandibulotomía parcial (alveolectomía) junto con exodoncias y legrado exhaustivo de los focos sépticos adyacentes a la lesión (fig. 2). Se evaluó el estado inmunológico y virológico de la paciente. Los CD4+ eran de 165 células/ μ l y la carga viral plasmática superior a 100.000 copias/ml. Se inició profilaxis con cotrimoxazol y posteriormente aceptó entrar en programa sustitutivo de metadona, acudiendo a la consulta externa, donde inició tratamiento antirretroviral combinado.

Correspondencia: Dr. M. Vallalta.
Avda. Valle de la Ballester, 40, 3^o 3^o
46015 Valencia. España.
Correo electrónico: mvallalta@hotmail.com

Manuscrito recibido el 27-2-2004; aceptado el 30-6-2004.

Discusión

La gingivoestomatitis ulceronecrosante (GUN) es una infección poco frecuente, y de rápida evolución, de la cavidad oral que cursa con una necrosis y destrucción de la encía y del hueso alveolar subyacente, y que en su crecimiento afectar a otros tejidos adyacentes¹. Los enfermos infectados por el VIH presentan una mayor incidencia de lesiones orales que la población general². Entre las más frecuentes destacan la candidiasis oral, la leucoplasia vellosa y la gingivitis y periodontitis en diferentes grados^{3,4}. Con frecuencia, la GUN se asocia a otras enfermedades orales y la presencia de estas lesiones, fundamentalmente cuando se solapan en el mismo paciente, se asocia con una progresión más rápida de la infección por el VIH y un mayor riesgo de muerte, sobre todo en aquellos pacientes con un valor de CD4+ < 200 cél./ml^{5,6}. La incidencia aproximada en la población general de la gingivitis ulceronecrosante es de 0,02-0,08%, pero en los enfermos con anticuerpos frente al VIH la incidencia alcanza el 0,67% principalmente en los casos de transmisión homosexual⁷. Su etiología es bacteriana⁸, predominantemente, y una amplia variedad de bacterias, tanto grampositivas como gramnegativas, se encuentran implicadas, especialmente las de crecimiento anaerobio. Entre los microorganismos aislados destacan bacterias de los géneros *Fusobacterium*, *Bacteroides*, *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Selomonas*, *Treponemas* y distintas especies de estreptococos orales⁹.

Su tratamiento consiste en la administración de antibióticos sistémicos con actividad anaerobicida, del tipo de la clindamicina, metronidazol, amoxicilina-ácido clavulánico,

combinados con el desbridamiento local de los tejidos necróticos, enjuagues antisépticos y analgésicos¹⁰. Debe procurarse recordar al paciente la necesidad de mantener unos hábitos higiénicos y de salud tanto generales como de la cavidad oral, con limpieza adecuada diaria de las piezas dentarias y consumo restringido de alcohol y tabaco junto a una alimentación equilibrada.

Bibliografía

1. Williams CA, Winkler JR, Grassi M, Murray PA. HIV-associated periodontitis complicated by necrotizing stomatitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1990;69:351-5.
2. Robinson PG. The significance and management of periodontal lesions in HIV infection. *Oral Dis.* 2002;8 Suppl 2:91-7.
3. Riley C, London JP, Burmeister JA. Periodontal health in 200 HIV-positive patients. *J Oral Pathol Med.* 1992;21:124-7.
4. Martínez-Canut P, Guarinos J, Bagan JV. Periodontal disease in HIV seropositive patients and its relation to lymphocyte subsets. *J Periodontol.* 1996; 67:33-6.
5. Beggs MD, Lamster IB, Panageas KS, Mitchell-Lewis D, Phelan JA, Grbic JT. A prospective study of oral lesions and their predictive value for progression of HIV disease. *Oral Dis.* 1997;3:176-83.
6. Glick M, Muzka BC, Lurie D, Salkin LM. Oral manifestations associated with HIV-related disease as markers for immune suppression and AIDS. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994;77:344-9.
7. Moniaci D, Greco D, Flecchia G, Riteri R, Sinico A. Acute necrotizing ulcerative gingivitis in HIV antibody positive subjects. *Minerva Stomatol.* 1991; 40:695-9.
8. Lamster IB, Grbic JT. Epidemiology and diagnosis of HIV-associated periodontal diseases. *Oral Disease.* 1997; Suppl 1:141-8.
9. Novak MJ. Necrotizing ulcerative periodontitis. *Ann Periodontol.* 1999;4: 74-8.
10. Bascones A, Serrano C, Campo J. Manifestaciones de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la cavidad bucal. *Med Clin (Barc.).* 2003;120: 426-34.