



FOTO
CLÍNICA



Serrano Sánchez-Rey, Cristina

Magister en Periodoncia por la U.C.M. Práctica privada en periodoncia e implantes en Ciudad Real.

Rubio Ramírez, Lourdes

Especialista universitario en Medicina Oral. Práctica privada en periodoncia y medicina oral en Ciudad Real.

Cuesta Gil, Matías

Cirujano maxilofacial. Jefe de Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General de Ciudad Real.

Pizarro Muñoz, Crescencia

Médico estomatólogo. Práctica privada en Ciudad Real.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECS
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

Cristina Serrano Sánchez-Rey
C/ Ramón y Cajal, 3, 2º A
13001 Ciudad Real

Fecha de recepción: 13 de marzo de 2012.
Fecha de aceptación para su publicación:
23 de abril de 2012.

Manifestaciones clínicas de un paciente HIV+: Periodontitis Necrosante y sarcoma de Kaposi

Serrano Sánchez-Rey, C., Rubio Ramírez, L., Cuesta Gil, M., Pizarro Muñoz, C.
Manifestaciones clínicas de un paciente HIV+: Periodontitis necrosante y sarcoma de Kaposi. *Cient. Dent.* 2012; 9; 2: 00-00.

RESUMEN

Las lesiones orales asociadas a la infección por VIH/SIDA pueden aparecer como manifestaciones tempranas o tardías de la enfermedad, existiendo una estrecha relación entre la carga vírica, el recuento de linfocitos T CD4 y las lesiones orales. La afectación periodontal en pacientes infectados por VIH es frecuente y variable, pudiendo cursar con eritema gingival lineal, enfermedades periodontales necrosantes y/o una aceleración en la evolución de la periodontitis crónica del adulto¹. El sarcoma de Kaposi es la neoplasia maligna más frecuentemente asociada a VIH/SIDA. Es un tumor maligno vascular bien diferenciado, que se relaciona con el virus del herpes humano 8 (VHH8). Aparece en la cavidad oral en un 20% de los afectados, siendo el paladar la localización más frecuente, seguido de las encías y el dorso de la lengua². Su presentación habitual es la de una o varias lesiones maculares o nodulares de color rojo-violáceo que pueden estar ulceradas. Debemos realizar el diagnóstico diferencial con entidades clínicamente parecidas como el hemangioma, el nevus pigmentado o el melanoma. El diagnóstico definitivo se obtendrá a través del examen anatomopatológico. El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica y quimioterapia local o generalizada. Se ha observado que con la administración de tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA) la incidencia del sarcoma de Kaposi se ha reducido de forma notable.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 42 años, que acude al periodoncista, remitido por su dentista general para tratar sus encías. En la historia clínica refiere que es VIH+, y que abandonó los antirretrovirales "por su cuenta" hace cinco años; no es fumador, ni tiene otros antecedentes médicos de interés.

A la exploración presenta exodoncia reciente de incisivos inferiores debido a una progresión rápida de la enfermedad periodontal (Fig. 1). Se realizó exploración de mucosas orales y tejidos blandos observándose dos lesiones asintomáticas localizadas en paladar y de tiempo de evolución desconocido: una lesión macular en zona palatina izquierda, de color rojo-violáceo, de 7 mm de diámetro (Fig. 2), y otra lesión tumoral-nodular de color azul-violáceo en la región palatina derecha^{1,4-6}, a nivel del primer y segundo molar superiores derechos (Fig. 3). A la vitropresión, no se observó cambio de coloración. En la exploración periodontal el paciente presentaba una periodontitis necrosante, localizada sobre todo en molares (Fig. 4). Se observaban de forma característica, áreas con pérdida ósea inicial-moderada, frente a otras con pérdida ósea severa (6-8 mm de profundidad de sondaje)³. Se realizó radiografía periapical del 16-17 (Fig. 5) para descartar relación entre la tumoración palatina y la profundidad de sondaje (8 mm.) en la que se observaba pérdida ósea severa en molares frente a inicial-moderada en premolares^{3,5,6}, no observando otras alteraciones radiológicas. El paciente fue remitido al servicio de Cirugía Maxilofacial del hospital general de Ciudad Real, con el diagnóstico de presunción de sarcoma de Kaposi, que fue sustentado en el posterior estudio anatomopatológico, con lo que fue trasladado al Servicio de Medicina Interna para establecer protocolo de tratamiento.



Fig. 1. Vista frontal en la que se observan las exodoncias recientes debido a la evolución rápida de la periodontitis



Fig. 2. Lesión macular rojo-violácea localizada en la región palatina izquierda compatible con un sarcoma de Kaposi.^{4,6}



Fig. 3. En la zona palatina derecha, se observa una lesión tumoral-nodular de color azul-violáceo.^{4,6}



Fig. 4. Detalle en el que se observa periodontitis necrosante en primer molar inferior (46), con papilas invertidas.³



Fig. 5. Radiografía periapical de zona 14-17 en la que observamos áreas de pérdida ósea moderada con patrón horizontal y localizada avanzada en 16-17, característico de las periodontitis necrosantes.³



BIBLIOGRAFÍA

1. Matafisi M, Skoura L y Sakellari D. HIV infection and periodontal diseases: an overview of the post-HAART era. *Oral Dis* 2011;17(1):13-25.
2. Yin MT, Dobkin JF y Grbic JT. Epidemiología, patogenia y tratamiento de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana en pacientes con enfermedad periodontal. *Periodontology* 2000 (Ed Esp) 2008;18:39-57.
3. Novak MJ. Necrotizing ulcerative periodontitis. *Ann Periodontol* 1999;4(1):74-77.
4. Ramírez-Amador V, Anaya-Saavedra G, Martínez-Mata G. Kaposi's sarcoma of the head and neck: A review. *Oral oncology* 2010;46:135-145.
5. Lausten LL, Ferguson BL, Barber BF y Cobb CM. Oral Kaposi sarcoma associated with severe alveolar bone loss: Case report and review of the literature. *J Periodontol* 2003;74:1668-75.
6. Chen R, Patel S, Mandel L. Oral manifestations in untreated HIV patient. *N Y State Dent J* 2011;77(5):58-60.