

**PROTOCOLO DE MANEJO PERIODONTAL EN PACIENTES  
ADULTOS QUE PRESENTEN VIH/SIDA EN LA USTA**

**Kelly Melissa Cárdenas Guerrero, Ana María Gélvez Vargas, Ana María Niño  
Canaria, Antonio José Pérez Hoyos.**

**Director  
John Jairo Álvarez Martínez  
Periodoncista**

**Codirector  
Harold Torres Pinzón  
Epidemiólogo**

**Universidad Santo Tomás, Bucaramanga  
División Ciencias de la salud  
Facultad de Odontología  
2016**

## **I. Justificación**

Los pacientes con VIH/SIDA tienen mayor prevalencia en presentar manifestaciones periodontales ya que el deterioro del sistema inmune puede comprometer las defensas del huésped a nivel sistémico y puede aumentar la susceptibilidad de presentar manifestaciones orales, en muchos casos estas manifestaciones son las primeras características clínicas que se pueden observar en estos pacientes(3),(4),(7).

El propósito de este trabajo de grado es recolectar por medio de artículos científicos el correcto manejo periodontal en pacientes adultos con VIH/SIDA, este trabajo es importante ya que ayuda a los estudiantes de la facultad de odontología a ofrecer tratamientos oportunos y adecuados periodontalmente para mejorar la salud oral de los pacientes comprometidos sistémicamente, debido a que se encuentran diversas enfermedades periodontales que están relacionadas con este compromiso sistémico. Este protocolo de manejo periodontal es una guía para que los estudiantes tengan claro cuál es el correcto manejo periodontal que se debe hacer en estos pacientes (3).

Se realiza el protocolo de manejo periodontal en pacientes adultos con VIH/SIDA, para que los estudiantes de las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás, tengan a la mano una herramienta que les facilite el correcto tratamiento en dichos pacientes y así mejorar su atención.

## **II. Objetivos**

### ***II.1. Objetivo general***

- Diseñar un protocolo de manejo periodontal para pacientes adultos que presenten VIH/SIDA en la USTA a través de la revisión sistemática de la literatura.

### ***II.2. Objetivos específicos***

- Identificar las manifestaciones clínicas más frecuentes del periodonto a través de la revisión sistemática de la literatura en pacientes con VIH/SIDA
- Especificar el tratamiento para manejo periodontal a través de la revisión sistemática de la literatura en pacientes VIH/SIDA

### III. Manifestaciones clínicas más frecuentes del periodonto a través de la revisión sistemática de la literatura en pacientes con VIH/SIDA

Tabla 1  
Patología periodontales relacionadas en pacientes con VIH/SIDA

<i>NOMBRE</i>	<i>CARACTERISTICAS</i>
Eritema gingival lineal (EGL)	<ul style="list-style-type: none"><li>-Es una lesión eritematosa que involucra el margen gingival libre y se extiende 2 o 3 mm a lo largo del ápice.</li><li>-Puede ser generalizada ó localizada.</li><li>- Se encuentra frecuentemente en dientes anteriores, acompañada en algunos casos por sangrado y malestar general.</li><li>-Puede estar acompañado por otras zonas eritematosas difusas a lo largo de la línea mucogingival.</li><li>-Puede presentar sangrado.</li><li>-El recuento de linfocitos T CD4 + &lt;200 células/mm<sup>3</sup>.</li></ul>
Gingivitis ulcero necrotizante (GUN)	<ul style="list-style-type: none"><li>-Se presenta como la pérdida de una o más papilas gingivales.</li><li>-Su evolución es rápida con dolor paroxístico acompañado de úlceras y necrosis.</li><li>-No se observa pérdida ósea.</li><li>-El recuento de linfocitos T CD4 + &lt;200 células/mm<sup>3</sup>.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>-Presenta dolor agudo e intenso.</li><li>-Inflamación severa, con necrosis e invasión de las papilas y de la encía marginal en</li></ul>

## Periodontitis ulcero necrotizante (PUN)

forma espontánea.

- Presenta sangrado gingival.

- Su forma más frecuente es la localizada pero puede generalizarse.

- Presenta áreas de tejido necrótico rodeadas de tejido sano.

- Presenta bolsas periodontales.

- Presenta pérdida ósea.

- Los pacientes también pueden presentar fiebre, malestar general, mal aliento o linfadenopatía.

- El recuento de linfocitos T CD4 + <200 células/mm<sup>3</sup>.

## Periodontitis crónica

- Presenta sangrado, placa bacteriana, calculo, bolsa periodontal, encía inflamada, pérdida de inserción.

- Frecuente en adultos mayores de 30 años.

- Se clasifica según la pérdida de inserción: leve de 1 a 2mm, moderada de 3 a 4mm, severa de 5 en adelante.

- El recuento de linfocitos T CD4 + <200 células/mm<sup>3</sup>

NOTA: Dichas manifestaciones son provocadas por los cambios en el estado inmunológico, más probablemente agravados por una bacteria, también asociado al estrés, ansiedad, desnutrición y tabaquismo.

Para una atención odontológica apropiada, se debe tener en cuenta las normas de bioseguridad tanto para el paciente como para el operador.

## **IV. Normas de bioseguridad.**

### ***IV.1. Barreras de protección interna para el estudiante***

Debe contar con el esquema de vacunación completa que incluye hepatitis B, influenza, tétano y triple viral. (6)

### ***IV.2. Barrera de protección externa para el estudiante***

- Utilizar bata de manga larga de material antifluidos.
- Gorro desechable este debe ser obligatorio para la atención de cada paciente.
- Protección ocular (careta o gafas) es de vital importancia para prevenir el contacto de fluidos o de partículas proyectadas hacia el rostro del estudiante, así como de algún elemento que coloque en riesgo la integridad del mismo.
  - Uso obligatorio de tapabocas para la atención de cada paciente.
  - Utilizar guantes de látex, deben ser a la medida del estudiante y ser utilizados una vez por paciente, se sugiere cambiarlos cada hora en el mismo paciente. (6)

### ***IV.3. Barrera de protección externa para el paciente***

Es importante que el paciente tenga medidas de protección como: uso de babero, gafas protectoras, para no poner en riesgo la integridad del mismo. (6)

### ***IV.4. Medidas higiénicas***

- El objetivo del lavado clínico de las manos es reducir la flora residente y las bacterias transitorias con ayuda de jabones antibacterianos y debe hacerse antes de iniciar la atención del paciente; antes de colocarse los guantes; inmediatamente después de quitárselos; antes y después de hacer uso personal del baño; después de estornudar, toser, tocarse la cara; luego de manipular objetos y al finalizar la actividad. (6)
  - Las manos deben ser humedecidas con agua, y es correcto realizar limpieza de uñas con un cepillo cerdas sintéticas; luego se debe realizar un frote riguroso de todas las superficies de las manos (superficies, bordes laterales, zonas interdigitales), con agentes antibacterianos, de 10 a 15 segundos, seguido de enjuague con agua y secado con toallas de papel. (6)
    - Es importante no usar esmalte en las uñas o uñas postizas. (6)

## **V. Manejo periodontal en pacientes adultos que presenten VIH/ SIDA en las clínicas integrales de la universidad Santo Tomas.**

- a. Se diligencia la historia clínica completa, se recomienda citar al paciente VIH positivo en las últimas horas de la tarde.
- b. Si se sospecha que el paciente es VIH positivo en la consulta se envían exámenes complementarios como: ELISA y Western blot, y se solicita interconsulta médica para conocer los niveles de linfocitos CD4 en sangre.
- c. Es necesario evaluar los hábitos de higiene oral del paciente, si estos son incorrectos o insuficientes se procederá a la instrucción de higiene oral para conseguir un buen resultado en el tratamiento.
- d. Se realiza el anexo de periodoncia para llegar a un diagnóstico y tratamiento periodontal adecuado y así observar las manifestaciones orales que presente este paciente.
- e. Teniendo la historia clínica aprobada se procede a realizar el tratamiento periodontal adecuado para pacientes adultos con VIH.
- f. Se anestesiara al paciente y se realizara una eliminación de cálculo supragingival mediante ultrasonidos, posteriormente se eliminara el cálculo subgingival por medio de curetas, realizando un raspado y alisado radicular de todas las superficies de los dientes.

## **VI. Indicaciones generales.**

- Se administrara clorhexidina al 0.12% en forma de colutorio dos veces ó tres veces al día durante dos semanas siempre que se realice el alisado y raspado radicular.
- Se debe optar por la eliminación de los factores de riesgo como el tabaco, estrés, ansiedad, desnutrición etc.
- En pacientes que presenten áreas necróticas, se deberá instruir para que sustituya el cepillado mecánico por un control químico de placa mientras las lesiones sean constantes, ya que el cepillado mecánico además de que causa dolor, no beneficiara su curación.
- El peróxido de hidrogeno al 3% como colutorio 2 veces al día durante 30 segundos por dos semanas, hasta que mejore los tejidos periodontales, ayuda para el desbridamientos de las áreas necróticas y deberá mezclarse con la misma cantidad de agua tibia. Los enjuagues con clorhexidina al 0,12% se utilizaran dos veces al día durante 30 segundos hasta que mejore los tejidos periodontales y este ayuda a reducir la formación de placa cuando el cepillado dental no se realiza o se hace de manera deficiente, es conveniente su uso durante las primeras semanas, y siempre después del raspado y alisado radicular.
- La administración de antibióticos por vía sistémica se realizará siempre que se presenten estos síntomas: fiebre, malestar general, adenopatías o si el tratamiento inicial

falla.

- Se recomienda realizar una interconsulta médica antes de medicar al paciente con antibióticos o antifúngicos para no crear resistencia.
- Se administrará metronidazol 250-500 mg vía oral una cada ocho horas, durante siete días ó amoxicilina 1.000 mg asociada a ácido clavulánico 125 mg vía oral durante una semana.
- Se evaluará la respuesta del paciente después de nuestra primera intervención y se planteará la necesidad de la realización de terapia quirúrgica, cuyo objetivo será la eliminación de los defectos tisulares.
- Se espera como mínimo un mes para la realización de la reevaluación.
- Por último es necesario realizar un programa de mantenimiento controlado. Nuestro primer mantenimiento se realizará a los tres meses y si los registros periodontales se mantuvieran correctamente estables, realizaremos un segundo mantenimiento a los 6 meses.

Tabla 2

Patología periodontales relacionadas en pacientes con VIH, tratamiento.

Tabla 12. Patología periodontales relacionadas con pacientes con VIH, tratamiento.

<b>Patología Periodontal en relación con el VIH</b>	<b>Tratamiento mecánico</b>	<b>Tratamiento Químico</b>	<b>Posología</b>
<b>Eritema Gingival Lineal (EGL)</b>	Profilaxis, raspado y alisado radicular de las áreas afectadas e instrucciones de higiene oral y mantenimiento.	Clorhexidina al 0,12%	Enjuagues durante 30 segundos, dos ó tres veces al día, durante 15 días ó 1 mes
<b>Gingivitis ulcero Necrotizante (GUN)</b>	Profilaxis, raspado y alisado radicular y mantenimiento.	Clorhexidina al 0,12% Amoxicilina/Clavulánico 1000/125mg	Enjuagues durante 30 segundos, dos ó tres veces al día, durante 15 días ó 1 mes. Dos comprimidos, tres veces al día

durante siete días.

<b>Periodontitis ulcero necrotizante (PUN)</b>	Raspado y alisado radicular, Profilaxis e instrucciones de higiene oral.	Clorhexidina al 0,12% Metronidazol 250-500mg	Enjuagues durante 30 segundos, dos ó tres veces al día, durante 15 días ó 1 mes Dos comprimidos, tres veces al día durante siete días
<b>Periodontitis crónica</b>	Profilaxis, raspado y alisado radicular, terapia quirúrgica y mantenimiento.	Clorhexidina al 0,12%	Enjuagues durante 30 seg. Dos a tres veces al día durante 15 o´ 1 mes según cuadro clínico.

## VII. BIBLIOGRAFIA

1. Vega AC, Rosas GC, Pacheco MM, Arroniz S. Las enfermedades bucales más frecuentes en VIH- positivo en la consulta privada. *Revista Oral*, 2014;45,997-1002
2. Pakfetra A, FalakiF, Delavarian Z, Dalirsani Z , Sanatkhani M, Marani MZ, Oral Manifestations of Human Immunodeficiency Virus-InfectedPatients, *revista otorhinolaryngol.* 2015; 27(78): 43–5.
3. Zeron A. Enfermedades periodontales y enfermedades sistémicas. *Revista ADM*, 2013;70(4):213-223
4. Harris J, Rebolledo M, Díaz AJ, Lesiones orales en pacientes VIH/SIDA asociadas a tratamiento antirretroviral y carga viral, *Salud Uninorte*,2012, 28(3);373-381.
5. Cavasin JC, Elcio MG, xerostomy. Dental caries and periodontal disease in HIV patients, *the Brazilian Journal of infections diseases*, 2009, 13(1): 13-17
6. Bedoya GA, revisión de las normas de bioseguridad en la atención odontológico, con un enfoque en VIH/SIDA, 2010 29(62): 45-51.
7. Nokta M, Oral manifestations associated with HIV infection, *Current HIV/AIDS Reports*, 2008, (5), 5-12
8. Jiménez MC, Harris J, Palomino W, Díaz AJ, Puello del Río E. Manifestaciones orales en pacientes VIH/SIDA asociadas a tratamiento antirretroviral y el estado inmunológico en dos fundaciones de la ciudad de Cartagena, *Avances en odontoestomatología*,2012, 28 (4);181-189
9. Sudharshan S, Biswas J, Introduction and Immunopathogenesis of Acquired Immune Deficiency Syndrome, *Indian J Ophthalmol.* 2008 Sep-Oct; 56(5): 357–362
10. Alonso MA. Prevalencia de manifestaciones estomatológicas en pacientes con VIH/SIDA del Hospital de Infectología. 2014, 3-104
11. Gasparin, A. B., Ferreira, F. V., Danesi, C. C., Mendoza-Sassi, R. A., Silveira, J., Martinez, A. M. B., ... & Cesar, J. A. (2009). Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira. *Cad. saúde pública*, 25(6), 1307-1315.
12. Pedreira Erick Nelo, Cardoso Camila Lopes, Barroso Éder do Carmo, Santos Jorge André de Souza, Fonseca Felipe Paiva, Taveira Luís Antônio de Assis. Epidemiological and oral manifestations of HIV-positive patients in a specialized service in Brazil. *J. Appl. Oral Sci.* [Internet]. 2008 Dec [cited 2015 Oct 03] ; 16( 6 ): 369-375.
13. Naidu GS, Thakur R, Singh AK, Rajbhandary S, Mishra RK, Sagtani A. Oral lesions and immune status of HIV infected adults from eastern Nepal. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry.* 2013;5(1)
14. Menezes Tatiany Oliveira de Alencar, Rodrigues Marília Corrêa, Nogueira Brenna Magdalena Lima, Menezes Sílvio Augusto Fernandes de, Silva Sílvia Helena Marques da, Vallinoto Antonio Carlos Rosário. Oral and systemic manifestations in HIV-1 patients. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*; 48(1): 83-86.