

Tuberculosis oral asociada al HIV: Presentación de un caso clínico.

[Oral Tuberculosis associated with HIV: Clinical case presentation.]

Autores:

Od. Pasquale, Verónica [1]
Od. Brena, Nicolás [2]
Od. Alimonti, Valeria [3]
Od. Rossi, Fernando [4]
Od. Vicente, Agustina [5]

Fecha de recepción:

15/10/2012

Fecha de aprobación:

04/11/2012

[1] Jefe de Residentes.

[2] Residente de 3er. Año.

[3] Residente de 2do. Año.

[4] Residente de 1er. Año.

[5] Residente de 1er. Año.

Residencia del Servicio de
Odontología del Hospital Interzonal
General de Agudos General San
Martín de La Plata.

La Plata, CP 1900, calle 1 y 70,
H.I.G.A. Gral. San Martín, Pabellón
central, 1º piso, Servicio de
Odontología.

Tel.: (0221) 15-5636565 / 425-1717
int. 261

Fax: (0221) 483-3292

E-mail: vero_pasquale@hotmail.com

Sociedad Odontológica de La Plata
Biblioteca
"Dr. Anibal E. Inchausti"

RESUMEN

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa causada principalmente por una bacteria, el *Micobacterium Tuberculosis*. La estrecha vinculación entre TBC y VIH permite hablar de una coepidemia o epidemia dual. La localización oral de la TBC extrapulmonar es rara tanto en pacientes inmunocompetentes como VIH +. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, pudiendo presentarse como úlceras, fisuras, nódulos, granulomas o tumores. La falta de especificidad de las lesiones dificulta el diagnóstico.

En este artículo se presenta un caso clínico de un paciente con TBC extrapulmonar en la cavidad oral asociado a HIV atendido en el servicio de odontología del H.I.G.A. Gral. San Martín de la ciudad de La Plata.

PALABRAS CLAVE

TBC extrapulmonar, VIH, Granuloma tuberculoso.

SUMMARY

Tuberculosis is an infectious disease caused by bacteria, usually *Micobacterium Tuberculosis*. The close relationship between TBC and HIV makes it possible to talk about a co-epidemic disease or a dual infection. Extrapulmonary tuberculosis is rare in immunocompetent patients and HIV diagnosed patients. Clinical lesions vary from ulcer, fissure, nodules, granulomas to tumors. The similitude of these lesions with other conditions makes diagnosis difficult.

The aim of this article is to report a case of extrapulmonary TBC in oral cavity associated with HIV in a patient who received treatment in the dentistry department of the H.I.G.A. Gral. San Martín Hospital of La Plata, Buenos Aires.

KEY WORDS

Extrapulmonary TBC, HIV, Tuberculous granuloma.



Fig. 1A: Granuloma tuberculoso.
Manifestación extrapulmonar en piso de boca.



Fig. 1B: Granuloma tuberculoso.
Manifestación extrapulmonar en mucosa vestibular.



Fig. 3: Lesiones cutáneas causadas por el *Histoplasma Capsulatum* en el lado izquierdo del torso.



Fig. 4: Resolución de la misma luego del tratamiento medicamentoso.

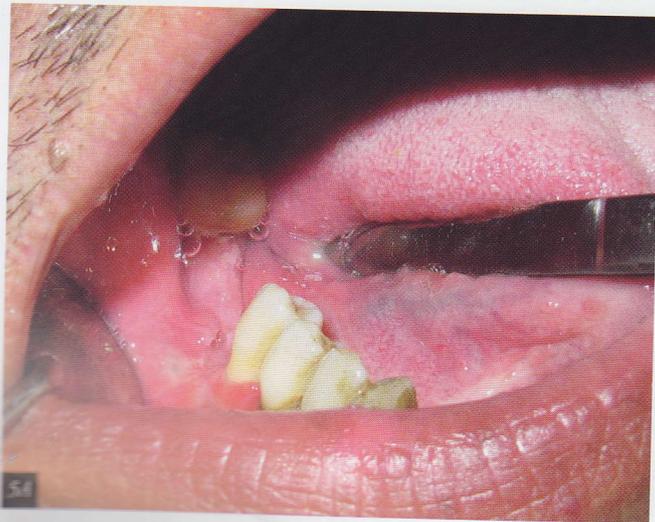


Fig. 5A: Evolución favorable de las lesiones orales.



Fig. 5B: Evolución favorable de las lesiones orales.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 45 años de edad, con antecedentes de VIH, diagnosticado en 1.997, negándolo al momento de la consulta, ingresa al Servicio de Odontología del HIGA "Gral. San Martín" de La Plata, en el mes de Noviembre del año 2.010. Presenta a la inspección clínica mala higiene oral y movilidad de las piezas dentarias por enfermedad periodontal. Como primera medida del tratamiento odontológico, se procedió a decontaminar la cavidad oral mediante terapia básica y exodoncia de piezas dentarias 31, 41 y 46. A los quince días el paciente vuelve a la consulta, muy dolorido, presentando en el lecho quirúrgico lesiones correspondientes con erosión, ulceración y tumoración de reborde y mucosa vestibular, e induración del piso de

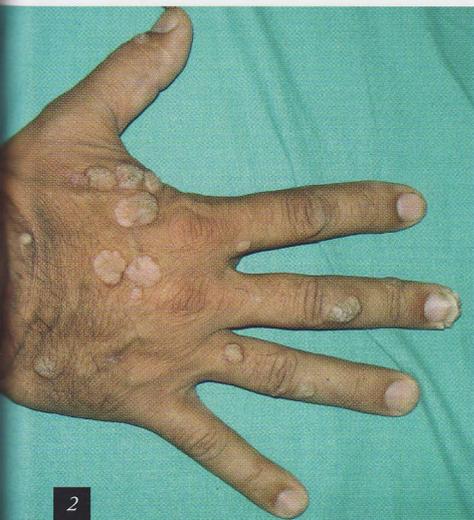


Fig. 2: Verrugas vulgares en dedos y dorso de la mano derecha.

boca. Ante este cuadro se decide realizar análisis de laboratorio, ecografía de partes blandas del cuello, tomografía de cuello y tórax, y radiografía de tórax. Los análisis de laboratorio revelan reactividad positiva a VIH (CD4 74/ml, y carga viral = 13.529), Hepatitis B, y VEB. La ecografía y la tomografía de cuello, evidencian múltiples adenopatías de región submaxilar derecha y de la cadena Yugulocarotídea homo lateral. Tanto la radiografía como la tomografía de tórax, no presentan particularidades. Se procede a tomar una muestra de la mucosa vestibular de la zona afectada. El resultado histopatológico es de Granuloma Tuberculoso (Fig. 1A y 1B). Se deriva a Infectología, donde comienza el tratamiento para VIH con terapia Antirretroviral (Tenofovir 300 mg, Emtricitabina 200 mg y Efavirenz

600 mg) y para TBC mediante un esquema combinado de 4 drogas (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida y Etambutol) durante dos meses, seguido por un tratamiento por nueve meses con solo dos drogas (Isoniazida y Rifampicina).

Se solicita interconsulta con Servicio de Dermatología por presentar múltiples verrugas cutáneas (Fig. 2). Estudios posteriores revelaron no solo la presencia de HPV, sino también Histoplasmosis diseminada (Fig. 3), para lo cual se prescribe Itraconazol 400mg cada 12 horas durante 12 semanas como terapia de inducción y se le suma por vía endovenosa Anfotericina B el día 22/2/11 (Fig. 4).

En Marzo de 2.011, luego de un mes de tratamiento, se realiza control odontológico donde se observa una evolución favorable (Fig. 5A y 5B).

DISCUSIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada principalmente por *M. Tuberculosis*. Este microorganismo ingresa por inhalación de aerosoles provenientes de la tos o estornudo de una persona infectada y se asienta en los pulmones pudiendo causar tuberculosis pulmonar (con o sin manifestaciones clínicas) o permanecer latente y reactivarse en otras localizaciones extrapulmonares (tuberculosis extrapulmonar) [1].

La estrecha vinculación entre TBC y VIH permite hablar de una coepidemia o epidemia dual. En muchas ocasiones la TBC es la primera manifestación del SIDA [2]. Las formas extrapulmonares de TBC suelen presentarse cuando el recuento de linfocitos T CD4 es inferior a 200 cel/ml. La localización oral de la TBC extrapulmonar es rara tanto en pacientes inmunocompetentes como VIH+ [3], debido a que la integridad de las mucosas (arquitectura epitelial y conectiva), la acción de las enzimas salivales y la protección de los anticuerpos circulantes impiden el ingreso del bacilo a este medio [4]. Cualquier alteración que afecte la integridad de las barreras físicas bucales que se oponen a la entrada del bacilo, como trauma, exodoncias, higiene oral deficiente, entre otros, crean una puerta de entrada que sumada a la inmunosupresión marcada puede derivar en la manifestación extrapulmonar de la enfermedad [4].

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas pudiendo variar desde úlceras, fisuras, nódulos, granulomas, tumores, etc. Pueden ser dolorosas o no y estar acompañadas de adenopatías. La falta de especificidad de las

lesiones dificulta el diagnóstico ya que existen otras entidades más frecuentes con manifestaciones similares, como por ej.: úlceras aftosas traumáticas, neoplasias malignas, sífilis e infecciones micóticas profundas [5]. La biopsia con tinciones específicas para bacilos ácido-alcohol resistentes (Ziehl-Neelsen y Kinyoun) y la reacción de Mantoux permiten confirmar el diagnóstico. Ante la sospecha de una lesión por *M. Tuberculosis* se recomienda realizar como rutina una Rx de tórax, seguido del examen de tracto urinario y hueso.

CONCLUSIÓN

La TBC es una enfermedad infecciosa causada principalmente por el *Micobacterium Tuberculosis*. Existe una estrecha vinculación entre TBC y HIV, lo cual nos permite hablar de una coepidemia o epidemia dual. La localización oral de la TBC extrapulmonar es rara tanto en pacientes inmunocompetentes como VIH+, y la falta de especificidad de las manifestaciones clínicas dificulta su diagnóstico. ■

Agradecimientos

Servicio de Dermatología del H.I.G.A. Gral. San Martín de La Plata, Dra. Gabriela Arena.
Servicio de Patología del H.I.G.A. Gral. San Martín de La Plata, Dr. A. Martín Carignano.
Servicio de Infectología del H.I.G.A. Gral. San Martín de La Plata, Dra. Gloria de la Parra.

Bibliografía

- [1] Shikha B. Singhaniya, Suresh R. Barpande, Jyoti D. Bhavthankar, et al. (2011) Oral tuberculosis in an asymptomatic pulmonary tuberculosis. *Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*; 111(3): e8-e10.
- [2] Organización Mundial de la Salud. *Hablemos de tuberculosis y H.I.V.* http://www.who.int/tb/challenges/hiv/talking_points/es/index.html.
- [3] Soler Anna, Deig Elisabet, Vila Mónica, et al. (2004) Úlcera tuberculosa en paladar duro en una paciente con infección por el VIH. *Published in Enferm Infecc Microbiol Clin.*; 22; (7) :441-2.
- [4] Serban Tovar, Costache Mariana, Sardella Andrea. (2008) Primary oral tuberculosis: a case series from Bucharest, Romania. "Carol Davila" University of Bucharest and Milan. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*; 105:e41-e45.
- [5] Ito, FA; de Andrade, CR; Vargas, PA; Jorge, J; Lopes, MA. (2005) *Primary tuberculosis of the oral cavity.* *Oral Diseases*; 11, 50-53.
- [6] Sapp, J. Phillips; Eversole, Lewis R; Wysochi, George P. *Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2ª. Ed. Madrid: Harcourt Brace; 2005* Cap. 7, pág. 236.