

CANCROUM ORIS EN PACIENTES CON SIDA. INFORME DE DOS CASOS.

Dr. Carlos Alberto Díaz Pérez¹, Dra. Milagros Martínez Rodríguez².

RESUMEN

El cancrum oris (noma) es una enfermedad mutilante y progresiva de los tejidos oro-faciales, de origen multifactorial, afecta principalmente a niños entre los 2 y 16 años en los países pobres, particularmente del África subsahariana. A pesar de ser un problema común en África se han registrado pocos casos de cancrum oris como manifestaciones bucales en individuos infectados con el VIH. Se presentan los casos clínicos de dos niñas infectadas por el VIH, que desarrollaron el cancrum oris como manifestación bucal en la fase final del SIDA, atendidas en el Mpilo Central Hospital de Bulawayo, Zimbabwe.

Palabras clave: NOMA/etiología; SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

INTRODUCCION

Las manifestaciones bucales del SIDA son importantes indicadores pronósticos de su progresión.^{1,2} El ciento por ciento de los pacientes desarrollan algunas de ellas; las más frecuentes son la candidiasis oral, la leucoplasia vellosa y las neoplasias.^{1,3}

El cancrum oris es una enfermedad progresiva y mutilante de los tejidos bucofaciales, descrita en los países pobres, particularmente del África subsahariana.⁴
⁶ Es de origen multifactorial, secuela de factores locales y sistémicos; entre estos últimos se encuentran: la malnutrición, el sarampión, la fiebre tifoidea, las discrasias

¹ *Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Responsable del servicio de Cirugía Maxilofacial Hospital Pediátrico Docente "Pedro A. Pérez"*

² *Estomatóloga. Responsable del servicio de Estomatología del Hospital Pediátrico Docente "Pedro A. Pérez"*

sanguíneas, la depresión del sistema inmune, el estrés, etc.⁷ De no aplicarse tratamiento, tiene una alta mortalidad, de entre el 70-90% de los casos.⁶ Existen pocos casos registrados de cancrum oris como manifestación bucal de la infección por VIH /SIDA⁶, lo que nos ha motivado a presentar dos casos de niñas con SIDA, que han desarrollado el cancrum oris en la etapa final de su enfermedad.

Caso Clínico # 1

Paciente femenina, de 6 años de edad, que es referida desde un hospital rural por presentar una úlcera en la cara, de un mes de evolución, que no mejora con el tratamiento aplicado, y es progresiva.

Examen físico local: Lesión ulcerosa que destruye ampliamente los tejidos buco-faciales de la hemicara derecha, incluyendo labios, mejilla, región malar y nariz, con exposición del maxilar y la mandíbula, los que se encuentran necrosados; los dientes se hallan extruidos y movibles. A la compresión de los tejidos alrededor de la úlcera aparece pus maloliente.

Examen general: Se observa una niña muy enferma y desnutrida.

Pruebas de laboratorio:

Leucocitos: 2, 8 + HSD/cu mm.

Hb: 3,5 g /dl

Na: 131 mmol / l

K: 40 mmol / l

VIH: positivo.

Tratamiento: En interconsulta con el pediatra se procede a mejorar sus condiciones generales: transfusión de sangre, líquidos, alimentación por sonda naso-gástrica, antibioticoterapia (Penicilina y Metronidazol) y las condiciones locales mediante curas diarias, irrigación con solución salina, vendajes de gasa.

Tres semanas después del ingreso presenta una leve mejoría: Hb:7,2 g/dl, Na y K: rango normal, Leuc: 2,8 + HSD/cu mm. Aparece tejido de granulación rosado y disminuyen las secreciones purulentas. Seis semanas después del ingreso fallece. (Figura 1)

Caso Clínico # 2

Paciente femenina, de 4 años de edad, que es referida desde un hospital rural por presentar una úlcera en la cara, de 3 semanas de evolución, que no mejora con el tratamiento aplicado y es progresiva.

Antecedente de interés: madre muerta por SIDA.

Examen físico local: Lesión ulcerosa que destruye ampliamente los tejidos buco-faciales de la hemicara izquierda, incluyendo labios, mejilla, región malar y nariz, con exposición del maxilar y la mandíbula, los que se encuentran necrosados, los dientes se hallan extruidos y movibles. A la compresión de los tejidos alrededor de la úlcera aparece pus maloliente.

Examen general: Se observa una niña muy enferma y desnutrida.

Pruebas de laboratorio:

Leucocitos: 3,5 + HSD/cu mm.

Hb: 4,0 g /dl

Na: 130 mmol / l

K: 40 mmol / l

VIH: positivo.

Tratamiento: En interconsulta con el pediatra se procede a mejorar sus condiciones generales: transfusión de sangre, líquidos, alimentación por sonda naso-gástrica, antibioticoterapia (Penicilina y Metronidazol) y las condiciones locales mediante curas diarias, irrigación con solución salina, vendajes de gasa. Dos semanas después del ingreso, fallece. (Figura 2)

DISCUSION

El 100% de los pacientes con SIDA desarrollan alguna manifestación bucal de la enfermedad; las más comunes son las candidiasis, la leucoplasia vellosa, las infecciones periodontales y las neoplasias.^{3,8-10} En la literatura no aparece el cancrum oris como una manifestación frecuente del SIDA.⁶

El cancrum oris está descrito, fundamentalmente, en los países subdesarrollados; en el África subsahariana se ha registrado la mayoría de los casos.^{5,11,12} El cancrum oris no puede considerarse como una enfermedad primaria; los factores locales, como el aumento de la población de fusospiroquetas y la mala higiene bucal, no desarrollan la enfermedad en ausencia de factores sistémicos.^{7,8,13}

En estos casos, la inmunosupresión presente en el SIDA y la malnutrición son factores sistémicos que desencadenan la enfermedad y se establece un mecanismo de retroalimentación negativa al agravarse el estado de las pacientes por no poder alimentarse adecuadamente y por la sepsis local. Hodgson⁶ plantea que las enfermedades oro-faciales en los pacientes infectados por el VIH tienen una marcada morbilidad asociada a la malnutrición.

En la etapa aguda del cancrum oris, el tratamiento quirúrgico está formalmente contraindicado; sólo el tratamiento sistémico y las curas locales son eficaces, aunque en las etapas avanzadas la enfermedad suele ser mortal, Enwonwu⁵ y Ki-Zerbo¹⁴ reconocen que, sin tratamiento, entre el 70-90% de los pacientes fallecen y los que sobreviven quedan mutilados y con incapacidad funcional.

Podemos considerar el cancrum oris desarrollado por estos pacientes como una manifestación bucal del SIDA en su fase terminal, una de las más terribles, por el grado de destrucción de los tejidos, la incapacidad funcional y el impacto psicológico en los pacientes y familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pindborg JJ. Classification of oral lesions associated with HIV infections. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 67: 292-95.
2. Axell T, Baert AE, Brocheriou C. An update of classification and diagnostic criteria of oral lesions in HIV infection. *J Oral Pathol Med* 1991;20:97-100.
3. Kline MW. Oral manifestations of pediatric human immunodeficiency virus infection: A review of the literature. *Pediatrics* 1996; 97(3):380-389.
4. Ki-Zerbo GA, Guibma Y. Noma and HIV infection: apropos of a case at the National Hospital Center in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).
5. Enwonwu CO, Falkler WA, Idigbe EO. Orofacial gangrene (noma/cancrum oris): pathogenetic mechanisms. *Crit Rev Oral Biol Med* 2000; 11(2):159-71.
6. Hodgson TA, Rachanis CC. Oral fungal and bacterial infections in HIV infected individuals: an overview in Africa. *Oral Dis* 2002; 8(2):80-7.
7. Johnson B D, Engel D. Acute necrotizing ulcerative gingivitis. A review of diagnosis, etiology and treatment. *J Periodont* 1986; 57: 141-50.
8. Gándara Rey JM, Blanco Carrión A, Blanco Fondevilla J. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la boca. *Boletín de Información Dental* 1996; 1: 14-16.
9. Samaranayake LP. Superficial oral fungal infections. *Current opinion in dentistry* 1991; 1: 415-22.
10. Itin PH, Lautenschlager S, Fluckiger R, Ruffli T. Oral manifestations in HIV-infected patients:Diagnosis and management. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 749-60.
11. Mehrotra MC. Cancrum oris: a clinical survey of twenty seven cases. *Journal of the Indian Medical Association* 1966; 47: 555.

12. Prabhu SR, Praetorius F. Mixed bacterial infections of oral tissue: fusospirochaetal diseases. En: Oral diseases in the tropics. Oxford:OUP 1992: 264-70.
13. Tyldesley W R. Oral Medicine. 2nd ed. Oxford: OUP 1981.
14. Thiery G, Liard O, Daboscq JC. Treatment of noma. Med Trop 2002; 62(2):193-8.

FIGURAS



Caso # 1. Lesión ulcerosa que destruye ampliamente los tejidos buco-faciales de la hemicara derecha.



Caso # 2. Lesión ulcerosa que destruye ampliamente los tejidos buco-faciales de la hemicara izquierda