

# Manifestaciones orales y epidemiología de enfermedades de transmisión sexual prevalentes. Revisión narrativa

Caputo Zungri G<sup>1</sup>, Simón C<sup>2</sup>, Alonso G<sup>3</sup>, Puche M<sup>4</sup>

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue elaborar una revisión de la prevalencia de manifestaciones orales en las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes como son el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el Virus del Papiloma Humano y Sífilis.

Se seleccionaron los artículos con mayor peso científico y se abordó la incidencia según el sexo, edad, distribución geográfica y localizaciones anatómicas frecuentes. Se encontró que las lesiones orales más prevalentes producidas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana son la candidiasis oral, leucoplasia vellosa y enfermedades periodontales, entre otras. La sífilis presentó una frecuencia de 7,5 % de manifestaciones orales en la etapa primaria, 92,5 % en la secundaria y raramente lesiones en la terciaria. Las formas más prevalentes fueron parches mucosos, pápulas y úlceras. Las lesiones orales benignas relacionadas al Virus del Papiloma Humano halladas fueron la verruga vulgar, el papiloma plano, el condiloma acuminado y la hiperplasia epitelial focal. La prevalencia en carcinomas orofaríngeos y orales fue del 33,6% y 22,2% respectivamente. Se encontraron similitudes en el comportamiento sexual y las vías de transmisión de las enfermedades analizadas, siendo más prevalentes en adultos jóvenes, de sexo masculino, y en países en vías de desarrollo.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermedades de transmisión sexual, VIH manifestaciones bucales, sífilis oral, lesiones orales VPH, carcinoma orofaríngeo VPH.

## ABSTRACT

The aim of this research was to make a review of oral manifestations in most prevalent sexually transmitted diseases like Human Immunodeficiency Virus, Human Papilloma Virus and syphilis. The most reliable studies were selected, and the incidence was evaluated according to gender, age, geographic location and frequent anatomic sites. It was found that most prevalent Human Immunodeficiency Virus oral lesions were oral candidiasis, hairy leukoplakia and periodontal diseases, among other. Syphilis had a 7,5% prevalence of oral manifestations in the primary stage, 92,5% in the secondary and rarely lesions in the tertiary. The most prevalent were mucous patches, papules and ulcers. The benign oral lesions related to the Human Papilloma Virus found were verruca vulgaris, squamous papilloma, condiloma acuminatum and multifocal epithelial hyperplasia. Its prevalence on oropharyngeal and oral carcinomas were respectively 33,6% and 22.2%. Similarities were found in sexual behavior and transmission routes of the analyzed diseases, being more prevalent in young adults, males, and in developing countries.

**KEYWORDS:** Sexually transmitted diseases, HIV oral manifestations, oral syphilis, HPV oral lesions, HPV oropharyngeal carcinoma.

<sup>1</sup> Odontólogo Residente de 3<sup>er</sup> año. Residencia en Odontología Preventiva y Social O.S.E.P.

<sup>2</sup> Odontóloga Residente de 2<sup>er</sup> año. Residencia en Odontología Preventiva y Social O.S.E.P.

<sup>3</sup> Odontóloga Esp. en Odontología Preventiva y Social O.S.E.P.

<sup>4</sup> Odontóloga Jefa de Residentes. Residencia en Odontología Preventiva y Social O.S.E.P.

Centro Odontológico O.S.E.P. (Obra Social de Empleados Públicos). Residencia en Odontología Preventiva y Social. Mendoza, Argentina.

### Correspondencia:

Guillermo Caputo. Hilario Biritos 111 Piso 1 Departamento 5, Godoy Cruz, Mendoza, Argentina. CP 5501. Tel. 264 5059692 – 261 4319587.

**Correo electrónico:** guille\_c92@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) se definen como un grupo de patologías causadas por diversos agentes infecciosos como bacterias, virus y hongos adquiridos durante la actividad sexual<sup>1</sup>. Cada día, más de un millón de personas contraen una ETS en el mundo. Cerca de la mitad de estas infecciones se dan en personas de 15 a 24 años<sup>2</sup>. El incremento en la prevalencia de estas enfermedades se relaciona con distintos factores como cambios en el comportamiento social y la tendencia actual a la promiscuidad sexual<sup>1</sup>.

Las ETS producen manifestaciones en la cavidad oral, ya sea como una expresión de la progresión de la enfermedad o por contacto directo de los tejidos orales con lesiones durante el sexo oral. Cuando existe pérdida de continuidad de las mucosas a través de heridas orales o enfermedades periodontales, las infecciones pueden alcanzar el torrente sanguíneo diseminando la enfermedad<sup>3</sup>.

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una de las ETS más relevantes en la actualidad. La prevalencia de lesiones orales por VIH se considera menor en países desarrollados y mayor en países con medianos y bajos recursos, representando un problema de salud pública<sup>4</sup>. En contraste, la sífilis representa una patología antigua que ha resurgido en los últimos años a nivel mundial, tanto en distintos países europeos como en los Estados Unidos y países de Latinoamérica. La sífilis oral adquirida presenta múltiples manifestaciones orales<sup>5</sup>. La infección oral debida al Virus del Papiloma Humano (VPH) es de muy alta prevalencia entre la población sexualmente activa, y si bien se pueden presentar lesiones de una baja significancia clínica, se reporta ampliamente en la literatura su asociación con el carcinoma orofaríngeo<sup>6</sup>.

El objetivo de la siguiente revisión fue la búsqueda de estudios que analizaran y compararan en el tiempo la prevalencia de manifestaciones orales de pacientes infectados por el VIH, VPH y con sífilis, ya que dichas lesiones son de hallazgo frecuente durante la práctica odontológica y de gran desafío diagnóstico.

**DESARROLLO**

**VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

La infección producida por el VIH y su progresión al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) constituyen un problema de salud mundial<sup>7</sup>. A fines de 2018, se

estimó que 37,9 millones de personas vivían con VIH en el mundo, y de acuerdo con la última investigación realizada por el Ministerio de Salud de Argentina, en 2017 vivían 129 mil personas con VIH, de las cuales un 71% corresponden al sexo masculino<sup>8,9</sup>.

El VIH es un retrovirus de ARN que afecta el sistema inmunológico, especialmente a las células linfocíticas, provocando la supresión de la inmunidad, por lo que el cuerpo humano se vuelve extremadamente propenso a infecciones durante un período de tiempo<sup>10</sup>.

El recuento absoluto de linfocitos CD4 + se ha utilizado ampliamente como marcador de laboratorio para determinar la supresión inmune en la infección por VIH, mientras que la carga viral refleja la progresión de la enfermedad<sup>11</sup>.

En la cavidad oral, las enfermedades relacionadas con dicho virus pueden ser muy variables y comprenden cambios leves hasta lesiones de comportamiento severo. Estas se relacionan altamente con el estado de inmunosupresión, carga viral y evolución de la infección por VIH<sup>7</sup>.

Según A. El Howati, A. Tappuni, en su revisión sistemática de manifestaciones orales de VIH, la prevalencia de estas ha fluctuado a lo largo del tiempo (Figura 1). En orden decreciente, las lesiones encontradas fueron: candidiasis oral, leucoplasia vellosa, enfermedades periodontales, virus del Herpes Simple, ulceraciones no específicas, úlceras aftosas, sarcoma de Kaposi, pigmentaciones orales y patologías de glándulas salivales, entre otras<sup>4</sup>.

En la Tabla 1 se describe la prevalencia promedio en países desarrollados y en subdesarrollo.

**Candidiasis oral (CO)**

A través de las décadas, la CO ha permanecido como la lesión más frecuente en pacientes con VIH, con una

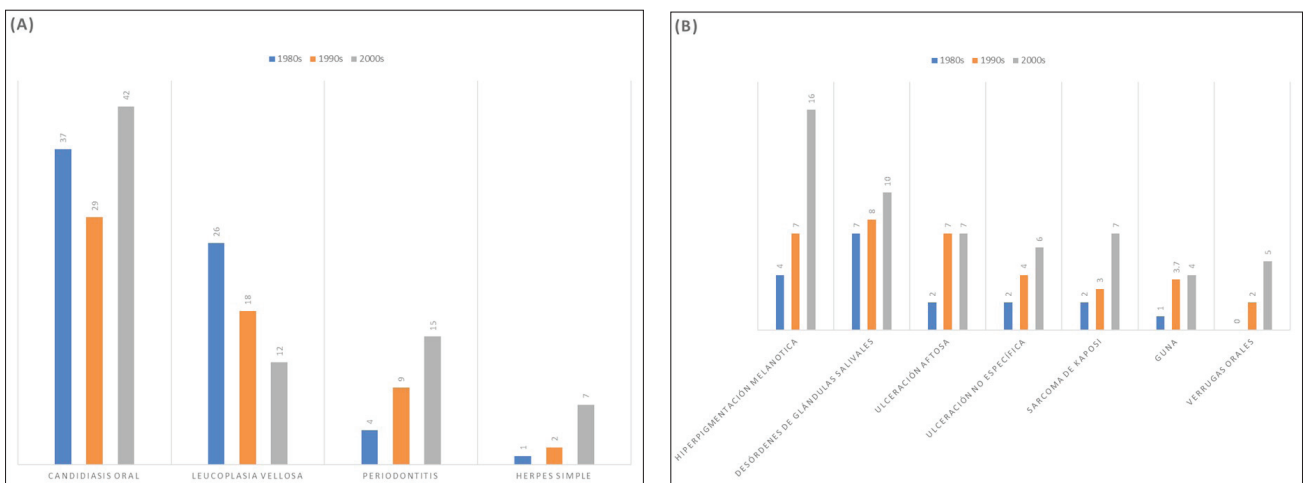


FIGURA 1: Prevalencia de manifestaciones orales del VIH comúnmente reportadas (A) y reportadas con frecuencia (B) a través de las distintas épocas, en porcentajes (%).

prevalencia en la actualidad del 30-80%. Los continentes con mayores casos fueron África (51%) y Asia (39%), seguido por América (30%) (Tabla 2)<sup>4</sup>. La CO se halló tanto en adultos como en pacientes pediátricos<sup>12</sup>. Se encontró más prevalente en individuos que no cursan una terapia antirretroviral (TAR) (39,5%), comparado con aquellos que reciben TAR (26,2%), relacionando dicha disminución con el aumento de los niveles de linfocitos CD4<sup>13</sup>. En un estudio clínico realizado por Berberí A. et al., del total de casos de CO, un 56,7% eran del subtipo pseudomembranosa, 11,7% eritematosa y un 13,3% correspondían a queratitis angular<sup>14</sup>.

### Enfermedades periodontales

Casos de gingivitis y periodontitis, incluyendo el eritema gingival lineal, se han reportado con mayor frecuencia en la década reciente. Se encontraron más prevalentes en Asia y Europa (14% y 9,5% respectivamente) comparado con América (6,9%). Fueron notablemente más los casos en grupos de pacientes que reciben TAR (8,7%) comparándola con aquellos que no reciben medicación (6,5%)<sup>4</sup>. La gingivitis ulcero necrosante y la periodontitis ulcero necrosante se encontraron con una prevalencia promedio de 7,6% y 4,2% respectivamente, considerando el total de lesiones orales por VIH<sup>15</sup>.

El eritema gingival lineal ha sido descrito por algunos autores como una manifestación oral común en pacientes pediátricos portadores de VIH<sup>12</sup>.

### Leucoplasia vellosa (LV)

La prevalencia de LV ha disminuido de un 26% en la década de los 80 a un 11,6% en los últimos tiempos. Se ha asociado el hallazgo de LV con niveles de CD4+ menores a 200 células/mm<sup>3</sup>, relacionando dicho estado inmunológico con una carga viral alta y, por lo tanto, con una mayor incidencia de lesiones orales oportunistas<sup>14</sup>. Si bien se ha descrito como más prevalente en países desarrollados, cuando se comparó entre los distintos continentes, fue más frecuente en América (17%) y Europa (16%). Disminuyó su hallazgo en pacientes que cursan TAR<sup>4</sup>.

### Hiperpigmentaciones orales

Se han reportado mayores casos de hiperpigmentaciones orales en Asia (21%)<sup>4</sup>.

Según Qadir S. et al., se encontró mayor incidencia de hiperpigmentaciones orales en pacientes que cursan TAR, relacionando dicha manifestación con los efectos adversos de la medicación, la cual promueve la melanosis<sup>13</sup>.

### Úlceras orales

Algunos estudios reportaron en las últimas décadas úlceras aftosas recurrentes con un promedio del 7% (4), y se relacionó su presencia con recuentos bajos de células CD4+<sup>13</sup>.

Se han encontrado ligeramente más casos en Asia (9%) y Europa (10%). En estudios de pacientes que recibieron

TAR fueron reportadas en mayor número (10%) frente a aquellos que no se encontraban en tratamiento (5%)<sup>4,13</sup>. El hallazgo de úlceras no específicas ha incrementado a través de los tiempos. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre el mundo desarrollado y en subdesarrollo, y su prevalencia no difirió en pacientes con o sin TAR<sup>4</sup>.

### Virus del Herpes Simple (VHS)

VHS se ha descrito en muchos artículos con una mayor prevalencia en décadas recientes (6,7%) y con apenas más casos en Asia que en otros continentes<sup>4</sup>. En un estudio realizado sobre una población del oeste de India, se reportaron 2,3% de casos de herpes labial y herpes zoster<sup>9</sup>. Tonelli et al. describió al herpes simple como una manifestación oral común en pacientes pediátricos asociada al estado de inmunosupresión<sup>16</sup>.

### Verrugas orales

Actualmente, la prevalencia promedio de verrugas orales por VPH en pacientes VIH positivos es de 5,2%. Se ha relacionado el hallazgo de estas lesiones con edades por encima de los 40 años y con el uso prolongado de TAR (por lo menos 12 meses), aumentando en este último caso al triple el riesgo de desarrollar lesiones por VPH<sup>4,17</sup>.

### Desórdenes de glándulas salivares (DGS)

Los DGS han aumentado levemente a un 10% comparado con la década de los 90 (8%), con una mayor prevalencia en Asia (15%) comparado con América (4,6%). Se encontraron menos casos en pacientes que cursan TAR (8%) comparado con aquellos que no reciben TAR (10%)<sup>4</sup>. Dichos desórdenes se asociaron con una coinfección por poliomavirus BK y se presentan como daño glandular irreversible, xerostomía, hiperplasia glandular y lesiones linfopiteliales benignas<sup>18</sup>.

### Patologías neoplásicas

La prevalencia del sarcoma de Kaposi (SK) se ha incrementado ligeramente a través de los tiempos (7,4%)<sup>4</sup>, y se lo ha asociado como condición definitoria de SIDA<sup>14</sup>, siendo en un quinto de los pacientes VIH+ la primera manifestación de inmunosupresión<sup>19</sup>. Se ha observado una gran distribución en África (14%) comparado con el resto de los continentes<sup>4,20</sup>. La prevalencia es menor en aquellos pacientes que se encuentran en TAR (2,7%) en comparación con aquellos que no reciben (3,5%)<sup>4,21</sup>. Rohner E et al. concluyó en su revisión sistemática que la infección por VIH estaba asociada con una mayor seroprevalencia del virus del herpes humano tipo 8 (VHH-8), siendo este la causa infecciosa del SK<sup>22</sup>.

El linfoma No Hodgking (LNH) representa un 2-5% de los tumores orales malignos<sup>23</sup>. Entre el 2001 y 2015, fue más prevalente en África (4,5%) comparado con América (0,6%)<sup>4</sup>. La prevalencia de LNH fue rara en Asia, según Sharma G<sup>15</sup>. Los subtipos orales más frecuentes son el linfoma difuso de células B grandes, el linfoma de Bur-

kitt y el linfoma nasal de células T/natural killer (NK). Tienen una fuerte asociación con la infección por el virus de Epstein-Barr (VEB) en pacientes inmunosuprimidos<sup>23</sup>, siendo una manifestación oral determinante de SIDA<sup>14</sup>. Hay escasos estudios que asocian al carcinoma oral de células escamosas (COCE) con pacientes portadores de VIH. Fue reportado mayoritariamente en jóvenes<sup>15</sup> y en estudios de países subdesarrollados<sup>4</sup>.

**SÍFILIS**

La sífilis es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Treponema pallidum*. La transmisión ocurre por contacto sexual con lesiones de pacientes infectados, de manera vertical durante el embarazo o por contacto directo con sangre contaminada<sup>5</sup>.

Por siglos ha sido una enfermedad muy común, pero la introducción de la penicilina y campañas de prevención hicieron de la sífilis un trastorno raro. Sin embargo, en los últimos años, se ha observado el resurgimiento de esta, con estimaciones de la OMS en el 2016 de 5,6 millones de nuevos casos en todo el mundo en adolescentes y adultos de 15 a 49 años, con una tasa de incidencia de 1,5 casos por 1.000 mujeres y 1,5 casos por 1.000 hombres<sup>24</sup>.

**Sífilis Oral: datos demográficos**

Las manifestaciones orales de la sífilis son poco frecuentes y pueden representar un desafío diagnóstico debido a su amplio espectro de aspectos clínicos, además que pueden simular otras afecciones<sup>25</sup>.

MANIFESTACIONES ORALES VIH	ESTADO DE DESARROLLO	
	PAÍSES DESARROLLADOS	PAÍSES SUBDESARROLLADOS
	PREVALENCIA PROMEDIO (%)	
Candidiasis oral	31	39
Leucoplasia vellosa	16	14
Gingivitis y periodontitis	6.9	9.5
Lesiones ulcero-necrosantes	2	3
Virus del herpes simple	4	5
Ulceraciones aftosas	7	7
Ulceraciones no específicas	5	5
Sarcoma de Kaposi	3	7
Desórdenes de glándulas salivales	6	10
Verrugas orales	5	12
Hiperpigmentación melanótica	4	14

**TABLA 1**  
Distribución de lesiones orales en países desarrollados y subdesarrollados.

MANIFESTACIONES ORALES VIH	CONTINENTES			
	AMÉRICA	EUROPA	ÁFRICA	ASIA
	PREVALENCIA PROMEDIO (%)			
Candidiasis oral	31	39	30	39
Leucoplasia vellosa	16	14	17	12
Gingivitis y periodontitis	6.9	9.5	4.4	14
Lesiones ulcero-necrosantes	2	3	2	2.7
Virus del herpes simple	4	5	3	10
Ulceraciones aftosas	7	7	5	9
Ulceraciones no específicas	5	5	4	7
Sarcoma de Kaposi	3	7	2	4
Desórdenes de glándulas salivales	6	10	5	15
Verrugas orales	5	12	2	0
Hiperpigmentación melanótica	4	14	8	21

**TABLA 2**  
Distribución de lesiones orales entre los distintos continentes.

Teniendo en cuenta la distribución geográfica, los continentes con mayores casos reportados fueron América del Norte (45,3%) y América del Sur (27,9%), seguido por Europa (19,4%) y Asia (7,3%). Los países que más reflejaron lesiones orales, en orden decreciente, fueron Estados Unidos, Brasil, Italia y China<sup>5</sup>.

Se ha demostrado una mayor incidencia de lesiones orales en hombres que en mujeres: 78,9% y 21,1% respectivamente<sup>5</sup>. Matías MD et al. asegura que el predominio masculino tradicional cambió en los últimos dos años, viéndose superado por el sexo femenino<sup>26</sup>. La edad promedio fue de  $39,5 \pm 16$  años, con predominio de la tercera y cuarta década de vida<sup>5</sup>.

SITIO DE PRESENTACIÓN	PORCENTAJE (%)
Lengua	33,9%
Paladar	31,9%
Labios	17,1%
Mucosa bucal	13,5%
Comisura bucal	3,6%

**TABLA 3:**

Localizaciones más frecuentes de lesiones por sífilis.

Las formas más prevalentes reportadas fueron parches mucosos, mácula, pápula y formas nodulares y ulcerosas<sup>27</sup>. Las localizaciones más frecuentes se muestran en la *Tabla 3*. Leuci y col. revisaron las manifestaciones orales de sífilis en las distintas etapas clínicas (primaria, secundaria y terciaria), y encontraron que estaban presentes en el 17%, 58% y 25% de los casos, respectivamente<sup>28</sup>. Sin embargo, en estudios más actu-

ales la prevalencia fue del 92,5% en etapa secundaria y 7,5% en etapa primaria, sin lesiones orales en la etapa terciaria<sup>5,26</sup>.

El chancro, como lesión primaria de la sífilis, se encontró con una prevalencia del 12-14% en zonas extragenitales<sup>29</sup>, representando la cavidad bucal un 40-70%<sup>28</sup>. El labio superior se reportó más afectado en hombres, y el inferior en mujeres, probablemente asociado al sexo oral<sup>5</sup>. Por otro lado, S. Leuci et al. encontró un 42% de chancros localizados en lengua, 17% en mucosa labial, 17% en comisura bucal, 8% en mucosa bucal, 8% en paladar y 8% en encía vestibular<sup>28</sup>.

En la etapa secundaria, las placas mucosas han sido reportadas como la manifestación clínica más predominante, ubicadas preferentemente en labios, lengua, mucosa bucal y paladar. También se pudo observar lesiones ulceradas, lesiones nodulares y maculopapulares<sup>5,25</sup>. Según Carmona M. et al, en este estadio predominó la pápula en un 57,8%, luego la úlcera en un 36,8% y la queratosis en un 5,2%<sup>30</sup>.

La sífilis oral terciaria se ha manifestado como goma y glositis lútica atrófica, y con menos frecuencia como leucoplasia sífilítica (con riesgo de carcinoma oral de células escamosas). En la India se han reportado algunos individuos con manifestaciones orales en esta etapa<sup>31,32</sup>.

#### VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

La infección por VPH se considera la ETS más común. Alrededor de seis millones de personas son diagnosticadas cada año y, aproximadamente, del 9 al 13% de la población mundial ha contraído la enfermedad<sup>33</sup>.

El VPH es una familia de virus que incluye más de 200

LESIÓN	TIPOS DE VPH ASOCIADOS	SITIOS COMÚNMENTE AFECTADOS
Verruga vulgar	2, 4, 6, 40, 57	Bermellón, mucosa labial, lengua anterior
Papiloma escamoso	6, 11	Paladar, lengua, mucosa labial
Condiloma acuminado	6, 11, 16, 18	Mucosa labial, paladar blando, frenillo lingual
Hiperplasia epitelial multifocal	13, 32	Mucosa bucal y labial, lengua

**TABLA 4:** Lesiones orales en las que se ha encontrado presencia de algún tipo de VPH. .

subtipos<sup>34</sup>. En la cavidad oral se han encontrado 16 tipos, siendo exclusivos de la misma los subtipos 13 y 32<sup>35</sup>. En adultos o en casos de abuso infantil, el sexo oral y los besos con la boca abierta se asocian significativamente con las infecciones orales por VPH, y las probabilidades de infección aumentan con el número de parejas sexuales orales y vaginales<sup>34,36</sup>.

Ha habido un importante aumento de prevalencia de VPH oral a través de los tiempos, desde un 3% en la década del 90 hasta un 7,9% en la actualidad. Los casos de VPH fueron más prevalentes en hombres (9,3%) que en mujeres (5,5%), con picos de infección a los 30 y 55 años y aproximadamente 25 y 55 años para cada género, respectivamente. Se halló más frecuencia en estudios de países en desarrollo (7,3%) que en países desarrollados (3,6%). Asimismo, encontraron amplia variabilidad según la localización geográfica, desde un 2,6% en Asia a un 12,4% en América del Sur<sup>6,37,38</sup>.

Se ha demostrado que el VPH origina muchos crecimientos papilares benignos en la mucosa oral, presentándose como lesiones únicas o múltiples. Entre estas podemos mencionar la verruga vulgar, papiloma escamoso, condiloma acuminado e hiperplasia epitelial focal<sup>34</sup>. Los subtipos más frecuentes hallados en cada lesión se especifican en la *Tabla 4*. La presentación clínica de estas lesiones es muy similar y son escasos los estudios que reportan la prevalencia de cada una. En el estudio clínico de Whitefield S. et al., de un total de 151 lesiones orales, con arquitectura papilar o verrugosa obtenidas de 137 pacientes, un 60% eran inducidas por VPH, con escasas variaciones en la distribución por sexo y una edad promedio de 48 años. Los sitios más afectados fueron la lengua (38%) y el paladar blando (21%)<sup>39</sup>.

#### **Verruga vulgar (VV)**

VV es la presentación principal de la infección cutánea por VPH y representa el 70% de las verrugas. Se estimó que el 10% de los niños y adultos jóvenes se ven afectados, con una incidencia máxima en adolescentes de 12 a 16 años. Si bien es frecuente en la piel, se encontraron escasamente en la mucosa bucal (halladas en labios, comisuras, lengua y paladar)<sup>34,35,40</sup>.

#### **Papiloma escamoso**

No existen estudios significativos sobre la incidencia o prevalencia de papilomas orales de células escamosas. Frigerio M. et al. en su estudio clínico pudo identificar, mediante pruebas histoquímicas, al VPH en un 9,3% de individuos diagnosticados con papilomas orales<sup>41</sup>. Sin embargo, otros autores arrojaron cifras mayores: Young et al.<sup>42</sup>, Zeuss et al.<sup>43</sup> y Bu et al.<sup>44</sup> obtuvieron 62%, 13,3% y 53,3% respectivamente de positividad para VPH en pacientes con papilomas orales utilizando

pruebas de ADN. Dicha disparidad en los resultados se relaciona con diferencias de sensibilidad de los métodos empleados. Estas lesiones ocurren con mayor frecuencia en niños y adultos en su cuarta y quinta décadas de la vida<sup>36</sup>. Se han observado en múltiples sitios de la mucosa bucal, siendo el paladar y la lengua los más frecuentes<sup>41</sup>.

#### **Condiloma acuminado**

Se ha hallado poco frecuente en la cavidad oral<sup>34</sup>. Sin embargo, en las últimas décadas la incidencia ha aumentado paralelamente tanto en adultos como en niños<sup>45</sup>. Los primeros son los más afectados, con picos en la tercera y cuarta décadas de la vida<sup>34</sup>. Se han encontrado condilomas en la mucosa bucal, labios, paladar duro o blando y amígdalas<sup>45</sup>.

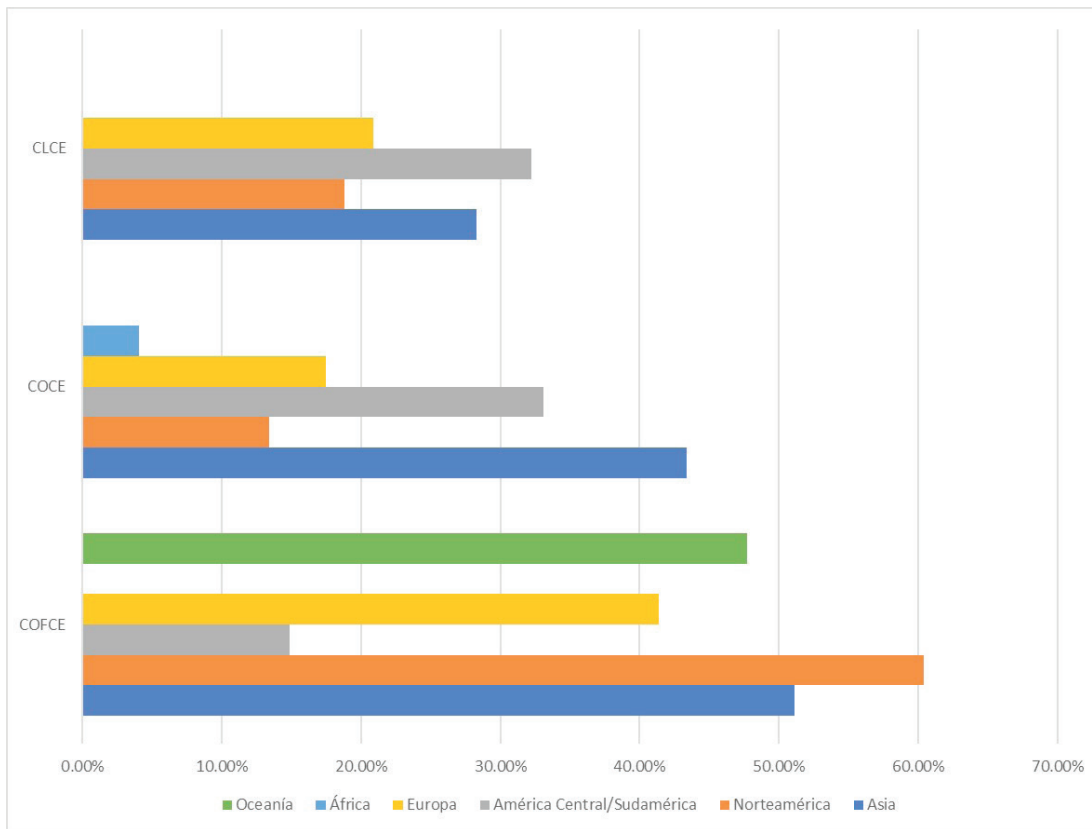
#### **Hiperplasia epitelial focal (HEF)**

Según los primeros estudios, la HEF se halló más frecuente en poblaciones indígenas de América. En cuanto a los datos epidemiológicos, se reportó estudios reportan que las mujeres se ven significativamente más afectadas que los hombres, con proporciones de hasta 5: 1<sup>34</sup>. Sin embargo, otros autores establecieron que no existe predisposición de género y las lesiones se encuentran tanto en niños como en adultos<sup>34</sup>.

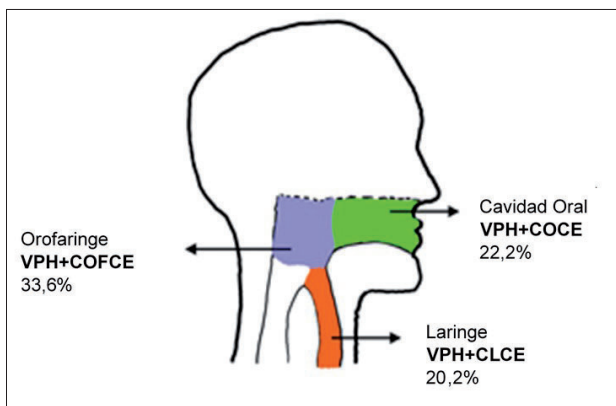
Syrjänen S describió dos formas clínicas: la variante papulonodular, con más prevalencia y predilección por la mucosa vestibular y labial, y una presentación papilomatosa, hallada frecuentemente en lengua y encía<sup>34</sup>.

#### **Carcinoma oral y orofaríngeo de células escamosas (COCE y COFCE)**

Recientemente, el VPH, específicamente los subtipos 16 y 18, se ha encontrado como factor de riesgo para el desarrollo de COFCE y COCE, con una prevalencia promedio del 33,6% y 22,2% respectivamente, identificado a través de técnicas inmunohistoquímicas basadas en la detección de p16 y PCR<sup>46,47</sup>. Jiang concluyó en su estudio que la incidencia de COCE positivos a VPH se ha incrementado significativamente desde 1973 a 2004, particularmente entre hombres jóvenes y de raza blanca<sup>48</sup>. En cuanto a la localización geográfica, para los COFCE los valores más altos se encontraron en América del Norte (60,4%) en contraste con América Central y del Sur (14,9%), mientras que Asia fue más prevalente en el hallazgo de COCE (43,4%), encontrándose América Central y del Sur levemente por debajo (33,1%)<sup>47,49</sup> (*Figura 2*). En el estudio de Chaitanya et al, se analizó la localización topográfica de VPH en pacientes oncológicos y se observó alta prevalencia en orofaringe y amígdalas (38,29%), seguido por la lengua, preferentemente en su base (20,34%), entre otros sitios<sup>50</sup>.



**FIGURA 2.** Prevalencia de HPV en carcinomas de células escamosas de cabeza y cuello por sitio anatómico y región geográfica. COFCE: carcinoma orofaríngeo de células escamosas. COCE: carcinoma oral de células escamosas. CLCE: carcinoma laríngeo de células escamosas.



**FIGURA 3.** Distribución de carcinomas de células escamosas de cabeza y cuello asociado a VPH por sitios anatómicos.

### CONCLUSIÓN

Las manifestaciones orales por ETS son en ocasiones el primer signo clínico, y sirven de esta manera como marcadores en el diagnóstico presuntivo de la enfermedad. La detección precoz de las mismas resulta importante para evitar su progresión o diseminación. A través de la siguiente revisión, se observó que, si bien las lesiones son muy variables, se presentan principalmente en adultos jóvenes, con más frecuencia en hombres. Los datos analizados sugieren que la diferencia en

la prevalencia de lesiones orales por ETS se asocia principalmente con el grado de desarrollo de cada país, siendo más frecuentes en países en vías de desarrollo. Sin embargo, creemos que no es una relación lineal, ya que influyen otros factores, como las tendencias sexuales de cada población, la disponibilidad de planes preventivos, el acceso a tratamientos oportunos y la escasez de estudios clínicos en ciertas poblaciones. Se concluyó que la gran mayoría de las lesiones orales por ETS han aumentado en las últimas décadas. Sin embargo, con los avances terapéuticos, muchas han dejado de ser causa de mortalidad.

### CONFLICTOS DE INTERÉS

No se declaran conflictos de interés.

### AGRADECIMIENTOS

Od. Celeste Campagna – Residente de 4º año. Residencia en Odontología Preventiva y Social O.S.E.P.

### BIBLIOGRAFÍA

- Carmona-Lorduy M, et al. Manifestaciones bucales de enfermedades de transmisión sexual identificadas en tres servicios de estomatología en Sur América. *Univ. Salud.* 2018; 20(1):82-8.
- Center Disease Control (CDC). Enfermedades de transmisión sexual (ETS). Hojas informativas. 2018. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/spanish/hojas-informativas.htm>.

3. Donoso-Hofer, F. Lesiones orales asociadas con la enfermedad del virus de inmunodeficiencia humana en pacientes adultos, una perspectiva clínica. *Rev. Chil. Infectol.* 2016; 33:27-35.
4. El Howati A, Tappuni A. Systematic review of the changing pattern of the oral manifestations of HIV. *J Invest Clin Dent.* 2018;e12351.
5. Schuch LF, et al. Forty cases of acquired oral syphilis and a review of the literatura. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2019; 48: 635-43.
6. S. Tam et al. The epidemiology of oral human papillomavirus infection in healthy populations: A systematic review and meta-analysis. *Oral Oncology.* 2018; 82:91-99.
7. Harris J, Rebolledo M, Díaz A. Lesiones orales en pacientes VIH/SIDA asociadas a tratamiento antirretroviral y carga viral. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2012; 28 (3): 373-81.
8. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. *Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina.* 2018; 35: 8-9.
9. ONUSIDA. Estadísticas Mundiales sobre el VIH. Hoja informativa — Día Mundial del SIDA 2019. Disponible en: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf).
10. Vohra P, Jamatia K, Subhada B, Tiwari RVC, Althaf MN, et al. Correlation of CD4 counts with oral and systemic manifestations in HIV patients. *J Family Med Prim Care.* 2019;8(10):3247-52.
11. Chakraborty R, Sen S. Stomatognathic manifestations of human immunodeficiency virus-infected patients: A case report and review. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* 2019;40(2):172-5.
12. Araujo, JF de et al. Most common oral manifestations in pediatric patients HIV positive and the effect of highly active antiretroviral therapy. *Ciênc. saúde coletiva.* 2018; 23: 115-122. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000100115&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100115&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
13. Qadir S, Naseem N, Sami W, Nagi A. Effect of antiretroviral therapy on oral lesions in HIV/AIDS. *Pakistan Oral & Dental Journal.* 2016; 36: 387-90.
14. Berberi A, Aoun G. Oral lesions associated with human immunodeficiency virus in 75 adult patients: a clinical study. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2017;43(6):388-94.
15. Sharma G, Oberoi SS, Vohra P, Nagpal A. Oral manifestations of HIV/AIDS in Asia: Systematic review and future research guidelines. *J Clin Exp Dent.* 2015;7(3):e419-e427.
16. Tonelli, S et al. Manifestações bucais em pacientes pediátricos infectados pelo HIV: uma revisão sistemática da literatura. *RFO UPF.* 2013; 18: 365-372. Disponible en: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v18n3/a17v18n3.pdf>.
17. Anaya-Saavedra G, Flores-Moreno B, García-Carrancá A, Irigoyen-Camacho E, Guido-Jiménez M, et al. HPV Oral Lesions in HIV-Infected Patients: The Impact of Long-Term HAART. *J Oral Pathol Med.* 2013, 42 (6); 443-9.
18. Meer S. Human immunodeficiency virus and salivary gland pathology: an update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2019;128(1):52-9.
19. Donoso-Hofer F. Lesiones orales asociadas con la enfermedad del virus de inmunodeficiencia humana en pacientes adultos, una perspectiva clínica. *Rev Chilena Infectol.* 2016; 33 (1): 27-35.
20. S. Li et al. Kaposi's Sarcoma-Associated Herpesvirus: *Epidemiology and Molecular Biology. Adv Exp Med Biol.* 2017;1018:91-127.
21. de VL et al. Impact of highly active antiretroviral therapy on the prevalence of oral lesions in HIV-positive patients: a systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2017.06.008>.
22. Rohner E et al. HIV and human herpesvirus 8 co-infection across the globe: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cancer.* 2016: 138(1):45-54.
23. Abdelwahed Hussein MR. Non-Hodgkin's lymphoma of the oral cavity and maxillofacial region: a pathologist viewpoint. *Expert Rev Hematol.* 2018;11(9):737-48.
24. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sífilis. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14869:sti-syphilis&Itemid=0&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14869:sti-syphilis&Itemid=0&lang=es).
25. Eyer-Silva WA, Freire MAL, Horta-Araujo CA, Almeida Rosa da Silva G, Francisco da Cunha Pinto J, et al. Secondary Syphilis Presenting as Glossodynia, Plaques en Prairie Fauchée, and a Split Papule at the Oral Commissure: Case Report and Review. *Case Rep Med.* 2017;2017:1980798.
26. Matias MD, Jesus AO, Resende RG, Caldeira PC, Aguiar MC. Diagnosing acquired syphilis through oral lesions: the 12 year experience of an Oral Medicine Center. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2018.12.010>.
27. de Andrade RS, de Freitas EM, Rocha BA, Gusmão ES, Filho MR et al. Oral findings in secondary syphilis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2018;23(2):e138-e143.
28. S. Leuci, S. Martina, D. Adamo, E. Ruoppo, A. Santarelli et al. Oral Syphilis: a retrospective analysis of 12 cases and a review of the literature. *Oral Dis.* 2013 Nov; 19(8): 738-46.
29. Aguayo-Leiva I, Vano-Galván S, Jaén-Olasolo P, Moreno C. Chancro sífilítico en el labio: una localización poco frecuente. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.* 2010;28(2): 139-40.
30. Carmona M, Porto I, Ríos Y, Lanfranchi H. Lesiones bucales características de la sífilis encontradas en 3 servicios de estomatología de Latinoamérica. *Rev Nac Odontol.* 2017;13(26).
31. Murthy V, Vaithilingam Y, Livingstone D, Pillai A. Prosthetic rehabilitation of palatal perforation in a patient with 'syphilis: the great imitator'. *BMJ Case Rep.* 2014;2014:bcr2014204259.
32. Rahima S, Riyaz N, Latheef EN, Shyni PM. Squamous cell carcinoma on a syphilitic gumma: a unique presentation. *Indian J Sex Transm Dis.* 2015;36:89-91.
33. Candotto V et al. HPV infection in the oral cavity: epidemiology, clinical manifestations and relationship with oral cancer. *Oral Implantol (Rome).* 2017;10(3):209-20.
34. Betz SJ. HPV-Related Papillary Lesions of the Oral Mucosa: A Review. *Head Neck Pathol.* 2019;13(1):80-90.
35. Cháirez A, Vega M, Zambrano G, García C, Maya G et al. Presencia del virus del papiloma humano (VPH) en la cavidad oral: Revisión y actualización de la literatura. *Int. J. Odontostomat.* 2015; 9(2):233-8.
36. Syrjänen S. Oral manifestations of human papillomavirus infections. *Eur J Oral Sci.* 2018;126 (1):49-66.
37. Oral human papillomavirus in healthy individuals: a systematic review of the literature. 2010 Jun;37(6):386-91.



38. M. Risk. Factors for Oral Human Papillomavirus Infection in Healthy Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2016 Oct;8(10):721-9.
39. Whitefield S, Raiser V, Shuster A, Kleinman S, Shlomi B et al. The Spectrum of Oral Lesions Presenting Clinically With Papillary-Verrucous Features. 2018 Mar;76(3):545-52.
40. Duarte, LC. Verruga vulgar bucal, en comisura labial. *Odontologia Vital*. 2017; 27:23-8.
41. Frigerio M, et al. Clinical, histopathological and immunohistochemical study of oral squamous papillomas. 2015;73(7):508-15.
42. Young SK, Min KW. In situ DNA hybridization analysis of oral papillomas, leukoplakias, and carcinomas for human papillomavirus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1991;71:726-9.
43. Zeuss MS, Miller CS, White DK. In situ hybridization análisis of human papillomavirus DNA in oral mucosal lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1991;71:714-20.
44. Bu J, Pang J, Bu R. Study on the role of human papilomavirus in carcinogenesis of oral papillomas by in situ hybridization. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*. 2001;36:34-6.
45. Fernández-López C, Morales-Angulo C. Lesiones otorrinolaringológicas secundarias al sexo oral. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.otorri.2016.04.003>.
46. Tumban E. A Current Update on Human Papillomavirus-Associated Head and Neck Cancers. 2019 Oct 9;11(10). pii: E922.
47. Ndiaye C, et al. HPV DNA, E6/E7 mRNA, and p16INK4a detection in head and neck cancers: a systematic review and meta-analysis.
48. Jiang S, Dong Y. Human papillomavirus and oral squamous cell carcinoma: A review of HPV-positive oral squamous cell carcinoma and possible strategies for future. *Current Problems in Cancer*. 2017; 41(5): 323-7.
49. de Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *Int J Cancer*. 2017;141(4):664-70.
50. Chaitanya NC et al. Systematic meta-analysis on association of human papilloma virus and oral cancer. *J Can Res Ther*. 2016;12:969-74.