

Infección por virus del papiloma humano en la cavidad bucal

Infection due to the human papillomavirus in the oral cavity

MsC. Gladys Aída Estrada Pereira,¹ MsC. Maricel Márquez Filiu,¹¹ MsC. Eugenia González Heredia,¹¹ Dra. Migdalis Milagros Nápoles Pruna¹¹ y MsC. Ruth Ramón Jiménez¹¹¹

¹ Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

¹¹ Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

¹¹¹ Clínica Estomatológica Docente "José Luis Tassende de las Muñecas", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 75 parejas sexualmente activas, tratadas en la consulta estomatológica del Policlínico de Especialidades perteneciente al Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde enero del 2010 hasta igual periodo del 2014, con vistas a determinar la presencia del virus del papiloma humano en la cavidad bucal. Se realizó el examen clínico intrabucal, y como procedimiento diagnóstico corroborativo la colposcopia. Se halló que la totalidad de los integrantes de la serie padecían de esta infección, a pesar de encontrarse asintomáticos en una etapa subclínica donde se observaron pequeñas lesiones exofíticas, aumento de la vascularización y del epitelio blanco. Los resultados citológicos e histológicos obtenidos en la citología exfoliativa y la biopsia confirmaron la presencia de este agente viral dentro de la célula.

Palabras clave: virus del papiloma humano, colposcopia, lesión exofítica, citología exfoliativa, biopsia, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study of 75 sexually active couples was carried out, treated in the Stomatology Department from Specialties Polyclinic belonging to "Saturnino Lora Torres" Teaching Clinical Surgical Provincial Hospital in Santiago de Cuba, from January , 2010 to the same period of 2014, with the aim of determining the presence of the human papillomavirus in the oral cavity. The clinical intraoral exam was carried out, and the colposcopy was used as corroborative diagnostic procedure. It was found that all the members of the series suffered from this infection, in spite of being asymptomatic in a subclinical stage during which small exophytic injuries were observed, increase of the vascularization and of white epithelium. The cytological and histological results obtained in the exfoliative cytology and the biopsy confirmed this viral agent's presence inside the cell.

Key words: human papillomavirus, colposcopy, lesion exophytic, exfoliative cytology, biopsy, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el virus del papiloma humano (VPH) tiene una alta prevalencia a escala mundial y es una de las infecciones virales más difundidas en la población, debido al incremento de las enfermedades infectocontagiosas inducidas por las relaciones sexuales sin protección, así como la práctica del sexo buco-genital. La gran mayoría de estas infecciones son asintomáticas o subclínicas, no originan ninguna manifestación clínica o morfológica y pasan desapercibidas.¹

Los papilomas son virus de ácido desoxirribonucleico, perteneciente a la familia PAPOVA, nombre que proviene de las iniciales PA (papiloma), PO (polioma) y VA (vascularización simianos). Constituyen microorganismos pequeños con una cubierta o cápside, que le permite sobrevivir en el ambiente por largos periodos de tiempo. Afectan principalmente las células epiteliales de piel y mucosa, pero por lo general penetran en la capa basal; son termoestables, poseen un ciclo de desarrollo lento y producen una amplia gama de lesiones proliferativas tanto en los epitelios como en las mucosas. Además, son inertes en el medio extracelular, y solo se reproducen en células vivas (huésped); algunos se replican dentro del núcleo y producen transformación de las células, dando lugar a una proliferación neoplásica que causa diferentes clases de papilomas (verrugas o condilomas); mientras que otros pueden generar infecciones subclínicas, las cuales pueden (en la minoría de los casos) dar lugar al cáncer. Casi todas las infecciones se producen de manera transitoria, pues se controlan por la respuesta inmune del organismo; solo entre 10 y 20 % se vuelven crónicas o persistentes y tienen un mayor potencial oncogénico. Este agente infeccioso puede infectar las mucosas bucal, laríngea y cervical, así como los genitales externos.²⁻⁴

El papiloma bucal es una de las lesiones bucales más frecuentes producidas por el VPH. Este virus se transmite por contacto directo, y la mayoría de las lesiones de esta cavidad se deben al contacto por autoinoculación y relaciones orogenitales. Los tejidos muy queratinizados que caracterizan al epitelio bucal pueden proveer una barrera defensiva contra la infección por VPH y, a diferencia de la mucosa cervical, impiden que el germen invada las células de las capas basales.^{4,5-7}

De hecho, el diagnóstico de las lesiones por VPH en la mucosa bucal se realiza teniendo en cuenta las características clínicas de la lesión (color blanco o morado en dependencia del grado de queratinización del epitelio mucoso, superficie rugosa, de bordes pronunciados e irregulares, sésiles o pediculadas, únicas o múltiples y generalmente asintomáticas). La mayoría de los papilomas bucales son pequeños y no superan el centímetro, aunque a veces pueden encontrarse lesiones más grandes, incluso de 3 centímetros, en cualquier parte de la cavidad bucal.^{8,9}

Se han identificado más de 75 genotipos de VPH; sin embargo, los denominados 13 y 32 son exclusivos de la cavidad bucal. La mayoría son de bajo riesgo (no oncogénicos) y están asociados a lesiones papilomatosas benignas. De igual manera, el 6 y el 11 (considerados los subgrupos más comúnmente hallados en la boca) se vinculan al papiloma bucal; el 4 y el 6 a verruga vulgar; el 11 a condiloma acuminado; el 13 y el 32 a hiperplasia epitelial focal con bajo potencial de progresión maligna. En contraste, los genotipos de alto riesgo (oncogénicos), tales como: 16, 18, 31, 33 y 35 se relacionan con leucoplasia y carcinoma escamocelular.¹⁰⁻¹²

El reconocimiento e identificación del VPH permite realizar tempranamente el diagnóstico y tratamiento de la lesión, con lo cual se evita el desencadenamiento de un proceso maligno y gastos innecesarios en el plan terapéutico de esta afección.^{8,9}

Como la mayoría de las investigaciones publicadas sobre este tema se han realizado en países con características sexuales similares a la población cubana, los autores se motivaron a efectuar este estudio, a fin de identificar y diagnosticar tempranamente la presencia de este virus, establecer el tipo de lesión y localización topográfica más frecuente en la boca, así

como los medios de diagnóstico más seguros y económicos para proponer su posible pesquisa en el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 75 parejas sexualmente activas, tratadas en la consulta estomatológica del Policlínico de Especialidades perteneciente al Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde enero del 2010 hasta igual periodo del 2014, a las cuales se le diagnosticó, mediante el examen colposcópico y el estudio citológico e histopatológico, la presencia del papilomavirus humano en la mucosa bucal.

Una vez seleccionadas las parejas se les pidió su cooperación y consentimiento para el examen de la cavidad bucal, la realización de la colposcopia, así como la toma de las muestras citológicas e histológicas de la boca. Previo a la citología exfoliativa y biopsia se empleó el ácido acético al 3 %, y se dejó actuar de 2 a 3 minutos antes de practicarle el examen colposcópico para de esta manera revelar la presencia de lesiones provocadas por la infección del VPH.

Los resultados del examen bucal y colposcópico fueron positivos en la totalidad de los integrantes de la casuística, quienes presentaron alteraciones en la mucosa bucal, a pesar de encontrarse asintomáticos. Localizadas estas lesiones, se citó a los afectados para realizar las citologías bucales en horas de la mañana sin cepillarse previamente los dientes, de manera tal que se evitara la eliminación de las células exfoliativas, que se encuentran en constante cambio y renovación en el epitelio de la boca. Para ello se empleó la espátula de Ayre por su lado romo y se tomaron muestras mediante el raspado de todas las áreas afectadas; se marcaron las láminas convenientemente y fijaron por 30 minutos en alcohol. Los resultados citológicos confirmaron la presencia de coilocitos.

Posteriormente se les realizó biopsias por ponche de las alteraciones subclínicas visibles a la colposcopia, las muestras de tejido afectado obtenidas se depositaron en un frasco de cristal con formol al 10 % y se trasladaron al Departamento de Anatomía Patológica, donde fueron fijadas en formalina al 5 % y procesadas por medio de la técnica clásica de inclusión en parafina; luego se colorearon con hematoxilina-eosina y se procedió a observar las láminas con un microscopio de luz convencional para conocer los cambios histológicos y el grado de afección de la células, debido a la infección por este virus.

Entre las variables analizadas figuraron: edad, sexo, exámenes estomatológico y colposcópico, tipos de lesiones más frecuentes, localización topográfica, así como resultados de la citología exfoliativa y la biopsia bucal.

El dato primario se obtuvo de las encuestas realizadas y las historias clínicas de los pacientes.

RESULTADOS

En la casuística (tabla 1), la infección bucal por papilomavirus humano prevaleció en los pacientes de 21-30 años (32,0 %), seguidos en menor frecuencia por los de 31-40 (29,3 %).

Tabla 1. Pacientes según grupos etarios

Grupos etarios	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
17-20	9	12,0	7	9,3	16	10,6
21-30	30	40,0	18	24,0	48	32,0
31-40	17	22,7	27	36,0	44	29,3
41-50	12	16,0	17	22,7	29	19,3
51 y más	7	9,3	6	8,0	13	8,7
Total	75	100,0	75	100,0	150	100,0

Con respecto a la relación entre los tipos de lesiones bucales subclínicas y el sexo (tabla 2), se demostró una preponderancia de las lesiones exofíticas (micropapilomas) en ambos géneros (58,0 %), seguidas en orden de frecuencia, por el epitelio blanco al acético (26,0 %); sin embargo, ningún sexo resultó mayormente afectado.

Tabla 2. Relación entre los tipos de lesiones bucales subclínicas de infección por VPH y el sexo

Tipos de lesiones bucales subclínicas	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Lesiones exofíticas	45	60,0	42	56,0	87	58,0
Epitelio blanco al acético	18	24,0	21	28,0	39	26,0
Aumento de la vascularización	12	16,0	12	16,0	24	16,0
Total	75	100,0	75	100,0	150	100,0

La tabla 3 muestra las lesiones exofíticas como las de mayor proporción en la aparición del agente viral (58,0 %); mientras que el sitio anatómico más susceptible fue la mucosa de carrillos (34,0 %), seguido por el borde lateral de la lengua (20,0 %).

Tabla 3. Correlación entre la localización topográfica del VPH y los tipos de lesiones bucales subclínicas

Localización topográfica de las lesiones bucales	Tipos de lesiones bucales subclínicas							
	Lesiones exofíticas		Epitelio blanco al ácido acético		Aumento de la vascularización		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Mucosa de carrillos	34	22,7	11	7,3	6	4,0	51	34,0
Borde lateral de lengua	1	12,0	6	4,0	6	4,0	30	20,0
Zona retromolar	11	7,3	6	4,0	5	3,3	22	14,6
Mucosa de labios	8	5,3	5	3,3	4	2,7	17	11,3
Comisura labial	3	2,0	3	2,0			6	4,0
Encías	7	4,7	5	3,3	3	2,0	15	10,0
Pilar anterior	3	2,0	2	1,3			5	3,3
Paladar duro	3	2,0	1	0,7			4	2,7
Total	83	55,3	37	24,7	30	20,0	150	100,0

En ambos sexos se confirmó la presencia de coilocitos a nivel celular, con mayor incidencia en la mucosa de carrillos (34,0 %). Solamente hubo 14 citologías catalogadas como negativas, lo cual representó 9,3 % del universo estudiado (tabla 4).

Tabla 4. Localización topográfica de las citologías bucales de las parejas con infección por VPH

Localización topográfica de las citologías	Citologías exfoliativas bucales					
	Citologías positivas		Citologías negativas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Mucosa de carrillos	48	32,0	3	2,0	51	34,0
Borde lateral de la lengua	28	18,7	2	1,3	30	20,0
Zona retromolar	20	13,3	2	1,3	22	14,6
Mucosa de los labios	15	10,0	2	1,3	17	11,3
Comisura de los labios	5	3,3	1	0,7	6	4,0
Encías	14	9,3	1	0,7	15	10,0
Paladar duro	3	2,0	1	0,7	4	2,7
Pilar anterior	3	2,0	2	1,3	5	3,3
Total	136	90,6	14	9,3	150	100,0

Al analizar la tabla 5 se halló un predominio de biopsias positivas en la mucosa de carrillos (51 pacientes para 34,0 %), seguidas de las localizaciones en el borde lateral de la lengua (30 para 20,0 %) y en la zona retromolar (22 para 14,6 %).

Tabla 5. Resultados de las biopsias bucales según su localización topográfica

Localización topográfica de las biopsias con infección por PVH	Biopsias bucales					
	Biopsias positivas		Biopsias negativas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Mucosa de carrillos	51	34,0			51	34,0
Borde lateral de lengua	30	20,0			30	20,0
Zona retromolar	22	14,6			22	14,6
Mucosa de los labios	16	10,6	1	0,7	17	11,3
Comisura de los labios	6	4,0			6	4,0
Encías	14	9,3	1	0,7	15	10,0
Paladar duro	3	2,0	1	0,7	4	2,7
Pilar anterior	4	2,6	1	0,7	5	3,3
Total	146	97,3	4	2,7	150	100,0

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio demostraron que el virus del papiloma humano suele afectar a ambos sexos y alcanza su mayor incidencia entre las tercera y cuarta décadas de la vida, siendo la práctica del sexo bucogenital a edad temprana, el agente causal en la aparición de esta infección en la mucosa bucal. Este criterio se asemeja al de Jenkins,³ Schwartz *et al*⁴ y Ha PK *et al*,⁵ quienes hallaron una elevada prevalencia del agente infeccioso en adultos jóvenes que practicaban el sexo tempranamente. Otros autores¹⁻³ también refieren que este virus oncógeno puede presentarse a cualquier edad (principalmente tercera y quinta décadas de la vida); sin embargo, Flores *et al*¹³ constataron que este agente viral se localiza en cualquier zona anatómica de la cavidad bucal entre las cuales figuran: cara interna del labio, paladar duro y blando, úvula, así como borde lateral de la lengua.

Por otra parte, en esta investigación se comprobó la existencia de múltiples formaciones papilares con 1-2 milímetros de diámetro en el epitelio bucal, situadas contiguamente unas al lado de otras sin tendencia a fusionarse y que además eran asintomáticas, de consistencia fibrosa, lisa, color blanquecino, y base sésil. En otros casos no se identificaron a simple vista por encontrarse planas, lo cual se informó en el estudio histopatológico; por tanto, el examen

colposcópico resultó ser un procedimiento diagnóstico valioso con respecto al examen visual simple y una ayuda inestimable en la detección de esta infección viral; tales resultados se asemejan a los obtenidos por otros autores.⁴⁻⁷

La informaciones recibidas del Departamento de Anatomía Patológica con respecto al examen de la citología exfoliativa bucal y la biopsia, mostraron resultados positivos, pues hubo una elevada incidencia de coilocitos en casi la totalidad de los casos, lo cual se relaciona directamente con el comportamiento sexual de estos pacientes acompañado de la práctica de sexo bucogenital, con excepción de una minoría donde aparecieron 14 láminas citológicas y 4 histológicas negativas, por lo que se confirmó además, que las áreas más susceptibles a la infección por este tipo de virus (citologías y biopsias positivas) fueron las mucosas de carrillos, el borde lateral de la lengua y la región retromolar.⁸⁻¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gearheart PA, Randall TC, Buckley RM. Papilomavirus humano oral. *J Med Oral Pathol.* 2008;360(13):1337-4.
2. Medina ML, Medina MG, Merino LA. Consideraciones actuales sobre la presencia del papilomavirus humano en la cavidad oral. *Av Odontoestomatol.* 2010[citado 8 Abr 2013];26(2).
3. Jenkins D. Diagnosing human papillomaviruses: recent advances. *Curr Opin Infect Dis.* 2001;14(1):53-62.
4. Schwartz SM, Daling JR, Doody DR, Wipf GC, Carter JJ, Madeleine MM, et al. Oral cancer risk in relation to sexual history and evidence of human papillomavirus infection. *J Natl Cancer Inst.* 1998;90(21):1626-36.
5. Ha PK, Califano JA. The role of human papillomavirus in oral carcinogenesis. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2004;15(4):188-96.
6. Kahn JA. HPV vaccination for the prevention of cervical intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med.* 2009;361(3):271-8.
7. Gillison ML, Koch WM, Capone RB. Evidencia de una asociación causal entre el virus del papiloma humano y los cánceres de cabeza y cuello. *J Natl Cancer Inst.* 2000;92(9):709-20.
8. Pereira Estrada GA, Márquez Filiu M, Hernández Álvarez G, Oliveros Noriega-Roldán S. Identificación del papilomavirus humano en la leucoplasia bucal. *MEDISAN.* 2013[citado 20 Nov 2013];17(6).
9. Dunne EF, Unger ER, Sternberg M, McQuillan G, Swan DC, Patel SS, et al. Prevalence of HPV infection among females in the United States. *JAMA.* 2007;297(8):813-9.
10. Greenblatt RJ. Virus del papiloma humano: enfermedades, diagnosis y posible vacuna. *Clin Microbiol Newsletter.* 2005;27(18):139-45.
11. Sinal SH, Woods CR. Infecciones de papilomavirus humano en tracto genital y respiratorio de jóvenes. *Seminars in pediatric infectious diseases.* 2005;16(4):306-16.
12. Estrada Pereira GA, Márquez Filiu M, González Heredia E. Infección por papilomavirus humano en pacientes con liquen plano bucal. *MEDISAN.* 2013 [citado 20 Nov 2013];17(5).

13. Flores Ramos JL, Strauss Quintela M. Papilomas orales: un análisis clínico en pacientes que acuden a la Clínica Odontológica Univalle-La Paz. Rev Inv Inf Salud. 2010 [citado 8 Abr 2012];5(12).

Recibido: 10 de febrero del 2014.

Aprobado: 16 de marzo del 2014.

Gladys Aída Estrada Pereira. Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: ruth.ramon@medired.scu.sld.cu