



## ESTUDIO RETROSPECTIVO EN NIÑOS VIH/SIDA CON ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EL PERÍODO 1999-2004

**Recibido para Arbitraje: 04/02/2005**

**Aceptado para publicación: 03/03/2005**

**Blanco Alberto, Guerra María Elena, Tovar Vilma**

Centro de Atención a Pacientes con Enfermedades Infecciosas, [Facultad de Odontología](#), [Universidad Central de Venezuela](#)

### RESUMEN:

Según estimaciones de ONUSIDA durante el 2001, el VIH infecta cada minuto a casi once hombres, mujeres y niños de todo el mundo. Debemos destacar que las periodontopatías observadas en los niños VIH/SIDA pueden ser el primer signo clínico de la infección. En ellos se pueden observar formas no comunes de enfermedad periodontal. Objetivo: Determinar la presencia de periodontopatías en los niños VIH/SIDA que acudieron al CAPEI/UCV durante el período 1999-2004. Materiales y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de 100 historias clínicas de pacientes VIH/SIDA entre 4 y 16 años para agruparlos de acuerdo a la enfermedad periodontal presentada. Resultados: Gingivitis asociada a placa 50%; Eritema Gingival Lineal no asociado a placa 20%; Periodontitis 3%; Pericoronaritis 3%; Gingivitis Ulceronecrotizante 1%; sin lesión 23%. Conclusiones: Las periodontopatías asociadas con VIH/SIDA poseen rasgos únicos y ayudan a identificar los pacientes potencialmente inmunosuprimidos.

**Palabras Claves:** VIH/SIDA, enfermedad periodontal, niños.

### ABSTRACT:

According to estimations made by ONUSIDA during 2001, HIV infects almost 11 men, women and children worldwide every minute. We should bring to notice that the periodontal diseases observed in children with HIV/AIDS could be the first clinical symptom of the infection. Rare periodontal diseases can be observed in these patients. Objective: Determine the presence of periodontal disease in HIV/AIDS children that attended CAPEI/UCV during the 1999-2004 period. Materials and methods: A retrospective review of 100 clinical records of HIV/AIDS patients between 4 and 16 years of age was realized, in order to establish groups according to the periodontal disease present. Results: Plaque related Gingivitis: 50%; Non-plaque related Gingival Erythema 20%; Periodontitis 3%; Pericoronaritis 3%; Necrotizing Ulcerative Gingivitis 1% and no disease 23%. Conclusions: Periodontal diseases related to HIV/AIDS have unique characteristics and help identify potentially immunosuppressed patients.

**Key Words:** HIV/AIDS, periodontal disease, children.

### INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana es una de las enfermedades más



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features

del niño. La literatura establece que la mayoría de los niños con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) presentan alguna lesión en algún momento de su enfermedad.(1) Los factores que predisponen la aparición de estas lesiones, son los niveles bajos de CD4, cargas virales altas, ingesta de medicamentos, acompañados de una higiene bucal pobre.(2)

La enfermedad periodontal puede ser el primer signo clínico de la infección por VIH. (3) La gingivitis asociada con VIH/SIDA se presenta como una lesión que afecta el margen gingival, la encía adherida y la mucosa alveolar. La encía se observa eritematosa, y el paciente puede manifestar dolor y hemorragias gingivales espontáneas y provocadas.

En la cavidad bucal de estos niños se pueden observar formas no comunes de enfermedades periodontales y gingivales semejantes a la Gingivitis Ulceronecrotizante, la cual se caracteriza por la presencia de dolores agudos, encías hiperémicas, hemorragias espontáneas y una rápida progresión de la enfermedad que causa una extensa destrucción de tejidos blandos y óseos. La importancia clínica de esta condición es que está asociada con el avance del VIH. (4)

Las alteraciones inmunológicas en el SIDA se traducen en linfopenia marcada, con disminución de linfocitos T cooperadores (CD4), aumento de los T supresores (CD8) y reducción del índice de relación CD4/CD8. El decrecimiento in vivo de las células T provoca un descenso de la hipersensibilidad retardada, así como susceptibilidad para infecciones oportunistas y neoplasias.(5)

Es de suma importancia para el odontopediatra el reconocimiento de las manifestaciones bucales del VIH/SIDA, como las causadas por bacterias que afectan el periodonto y los tejidos adyacentes, para así ayudar al diagnóstico y tratamiento de estos niños y evitar convertirse en portadores y a la vez en transmisores de esta enfermedad.

Por ser un tema de interés odontopediátrico, estamos presentando este trabajo con el fin de compartir nuestra experiencia sobre VIH-SIDA en niños.

## **ENFERMEDAD PERIODONTAL EN NIÑOS VIH/SIDA**

### **Gingivitis VIH (G-VIH):**

Cabrera(6) en el año de 1998 describió a la gingivitis en pacientes VIH como una lesión que afecta encía libre, encía adherida y la mucosa alveolar. Genco(7) menciona que esta entidad está vinculada a la presencia de placa bacteriana.

Según Cabrera(6), Genco(7) y Traviesas Herrera(8), las encías se observan eritematosas de forma generalizada o localizada por cuadrantes. Aproximadamente el 15% de las G-VIH presentan hemorragia al sondaje y el 11% sangran espontáneamente.

Genco(7) señala que la G-VIH se localiza frecuentemente en toda la boca y se distribuye de manera equitativa en todos los cuadrantes.

Los autores señalan que estos casos en niños VIH-SIDA, generalmente no responden a la terapia periodontal convencional, pero pueden mejorar con control de placa bacteriana y el uso de colutorios con gluconato de clorexidina al 0,12%.(9)

### **Periodontitis VIH (P-VIH):**

Autores como Genco(7), Ceccoti(10) en el año 1993 y Morales Vila(11) en el año



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features

gingivitis en pacientes VIH se caracteriza por presentar adherida, necrosis interproximal, ulceración y hemorragia gingival espontánea o nocturna y rápida destrucción ósea. Es posible la presencia de olor fétido.

En muchos casos el dolor precede a las manifestaciones clínicas y suele disminuir después de producido el secuestro óseo.(11)

En general, no suele haber formación de sacos periodontales ya que la necrosis gingival coincide con la pérdida ósea. Es un proceso extremadamente progresivo. Estos casos responden de manera deficiente al tratamiento periodontal convencional. (10,11)

#### **Gingivitis Ulceronecrotizante VIH (GUN-VIH):**

Según Cabrera(6), Morales Vila(11) en el año de 1996, Schiodt(12) y Pindborg(13) en el año de 1987, las características clínicas de la GUN-VIH son las clásicas de ulceración y necrosis, de color gris amarillento, la cual comienza en las papilas interdentarias con hemorragia, dolor y halitosis.

Los autores antes mencionados y Reichart y col14 en el año de 1987 coinciden que se distribuye por cuadrantes y usualmente se extiende hasta la mucosa alveolar.

Puede estar localizada en un solo diente, en la hemiarcada o en toda la arcada. Raramente se observa punteado eritematoso en la encía.(6,11,14)

#### **Eritema Gingival Lineal:**

Los autores desde el comienzo de la Pandemia del VIH/SIDA consideran al Eritema Gingival Lineal (EGL) como una manifestación bucal del síndrome y lo describen como una enfermedad periodontal que se presenta como una banda roja a lo largo del margen gingival, que puede estar frecuentemente asociado a los dientes anteriores, pero comúnmente se extiende a los dientes posteriores. Se puede presentar también en la encía adherida y no adherida como parches parecidos a petequias.(15)

Genco(7), señalan que se observa con frecuencia hemorragia espontánea en las regiones interproximales. Es posible que no se identifiquen úlceras, bolsas o pérdida de inserción. Esta entidad se caracteriza por no responder al tratamiento de remoción de placa.

#### **EPIDEMIOLOGÍA:**

Según estimaciones de ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA), en 1996 se produjeron más de 1000 niños con nuevas infecciones por VIH. Se estima que desde el comienzo de la epidemia mundial han sido infectados por VIH casi 2,6 millones de niños.(16)

En los niños menores de 13 años, la epidemiología de la enfermedad causada por la infección del VIH es muy distinta en comparación con las personas adultas. Cerca del 2% de los casos de SIDA afectan a niños y en este grupo más del 90% se debe a la transmisión de tipo vertical, es decir, de la madre al hijo.(17)

#### **OBJETIVO:**

Presentar ante la comunidad de la profesión odontológica, especialmente a la de odontopediatras, la experiencia del comportamiento de la enfermedad periodontal en



Your complimentary use period has ended.  
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

acudieron al CAPEI/UCV en el período 1999-2004, entre los profesionales que se enfrenten con la

### MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión retrospectiva de 100 historias clínicas de pacientes VIH/SIDA en edades comprendidas entre 4 y 16 años que acudieron al CAPEI/UCV en el período 1999-2004.

Siguiendo el protocolo del CAPEI/UCV, se realizó un examen clínico intrabucal sistemático y minucioso a todos los pacientes. Se dispuso de un sillón dental, iluminación artificial, pinza, espejo, explorador y sonda periodontal, para consignar las lesiones de acuerdo a sus características y su localización. La muestra estuvo constituida por pacientes de ambos sexos.

### RESULTADOS:

#### Distribución por sexo en niños que viven con VIH/SIDA que acudieron al CAPEI/UCV

Varones	40%
Hembras	60%

#### Distribución del tipo de transmisión del VIH en niños que acudieron al CAPEI/UCV

Transmisión Vertical	75% - 75 niños
Transmisión Horizontal	20% - 20 niños
Indeterminado	5% - 5 niños

#### Distribución de Enfermedad Periodontal en niños que viven con VIH/SIDA que acudieron al CAPEI/UCV

Enfermedad Periodontal	77% - 77 niños
Sin Lesión Periodontal	23% - 23 niños

#### Distribución del tipo de lesiones periodontales en niños que viven con VIH/SIDA que acudieron al CAPEI/UCV

Gingivitis asociada a placa	50% - 50 niños
Eritema Gingival Lineal no asociado a placa	20% - 20 niños
Periodontitis	3% - 3 niños
Pericoronaritis	3% - 3 niños
Gingivitis Ulceronecrotizante	1% - 1 niño
Sin lesión aparente	23% - 23 niños

Hemos encontrado lesiones periodontales en el 77% de la población estudiada. De manera general la lesión más prevalente ha sido la Gingivitis asociada a placa, que apareció en un 50% de los pacientes; seguida del Eritema Gingival Lineal no asociada a placa, que estaba presente en un 20%; luego se ubicó la Periodontitis y la Pericoronaritis, cada una con un 3%; la Gingivitis Ulceronecrotizante representó el



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features

arente correspondió al 23% de los pacientes.

La distribución por sexo correspondió al 60% para las hembras y el 40% para los varones. A su vez la distribución del tipo de transmisión del VIH se ubicó en su mayoría referente a la transmisión vertical con un 75%, la de tipo horizontal con un 20%, y el 5% restante fue indeterminado.

### **DISCUSIÓN:**

En los pacientes infectados por el VIH que hemos estudiado, las lesiones periodontales se presentaron en un 77% de los casos, lo cual significa que es un poco más alto en relación a la literatura revisada hasta la fecha, principalmente en el trabajo publicado por Ceballos y cols(18) en el año 1998, en el cual encontraron un 68%. Consideramos que esta alta incidencia en nuestros pacientes está relacionada con la baja cultura sanitaria y mala higiene bucal, además de la inmunosupresión.

En relación al sexo en este estudio se encontró que existe más hembras 60% que varones 40%, lo cual no concuerda con la literatura revisada donde está bien establecido que el sexo masculino se encuentra más afectado. Es importante destacar que el número de mujeres viviendo con VIH se ha venido incrementando, todavía los hombres ocupan el mayor grupo de personas que viven con VIH según la ONUSIDA 2001.(19)

La transmisión del VIH de la madre al niño durante el embarazo, parto y a través de la leche materna representa un 91% de todos los casos de SIDA reportados en la población infantil de los EE.UU. La mejor manera de evitar la infección en los niños, es prevenir la infección en las mujeres y fomentar una atención prenatal precoz que incluya orientación y pruebas de detección del VIH.(19) En nuestro país las cifras relacionadas con la transmisión vertical son bien altas, correspondiendo en este estudio al 75%.

En este trabajo la lesión periodontal más frecuente fue la Gingivitis asociada a placa con 50%, lo cual es un poco más alto en comparación con lo que reporta la literatura en adultos según Velasco(20) quien lo ubica entre un 30 y 40 % de los casos.

Si comparamos nuestros hallazgos con los resultados del estudio realizado por Traviesas Herrera(21) en el año 2002, observamos que no se corresponden, ya que en este predominó la Periodontitis en un 43% como enfermedad periodontal más frecuente en pacientes VIH/SIDA.

El Eritema Gingival Lineal (EGL) se ha reportado como una manifestación en pacientes niños y adultos VIH (+). Guerra y Tovar(22) en el año 2002 en Venezuela, encontraron en su estudio realizado en este mismo Centro, que el 26% de los casos estuvo representado por el EGL, en cambio en este trabajo observamos a un 20% de los niños con este tipo de lesión periodontal, lo cual ha disminuido al aumentar la muestra estudiada hasta el año 2004.

Morán López(4) en el año 2001 en Cuba y Ceballos y col.(18) en el año de 1998, observaron una alta correlación entre la inmunosupresión y la afectación gingival. Por ello también se explicaría la cantidad de casos con Eritema Gingival Lineal no asociado a placa.

La Gingivitis Ulceronecrotizante (GUN) se encontró en un solo caso, esto coincidió con lo reportado en la literatura odontológica infantil, catalogándolo como una entidad muy rara.





Your complimentary use period has ended.  
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

...ado por Traviesas Herrera(8), encontramos que el ... los factores locales incidan fuertemente en la ... destrucción de las estructuras de soporte.

La enfermedad periodontal sigue constituyendo un problema de salud debido a las complicaciones que esto representa dentro del cuadro general del niño. Es impresionante ver que cada vez son más científicos que utilizan los métodos preventivos para trabajar desde las más tempranas edades en pacientes que viven con VIH/SIDA, lo que evita que se complique la infección.(19)

### CONCLUSIONES:

La cavidad bucal representa un área en la cual es posible observar alguna manifestación o alteración periodontal durante el curso de la enfermedad causada por la infección por VIH en niños.

Las lesiones periodontales de los niños que viven con VIH/SIDA son comunes, con proporciones particulares y el avance es más rápido que en los niños de la población general. De tal modo que la inmunosupresión condiciona la aparición de lesiones bucales que pueden ser consideradas indicativas y pronósticas del avance de la enfermedad causada por el virus de inmunodeficiencia humana. Se destaca con este trabajo la importancia del odontólogo en el diagnóstico precoz y en el correcto tratamiento de estas lesiones.

La periodontitis asociada con el VIH posee rasgos únicos siendo una de las manifestaciones que puede ayudar a identificar a los pacientes potencialmente inmunosuprimidos.

Es necesario considerar la aparición frecuente de las lesiones periodontales en niños infectados con VIH para así incluir en el protocolo de atención, el tratamiento específico de las mismas, lo que permitirá la prevención de la extensión y gravedad de estas alteraciones.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ocampo A, Miralles C, Diz Dios P. Changing prevalence of human immunodeficiency virus-associated oral lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. Oct 2000, 403-4.
2. Tappuni AR, Flemming GJ. The effect of antiretroviral therapy on the prevalence of oral manifestation in HIV-infected patients: a UK study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. DEC 2001, 92 (6):623-8.
3. Masouredis CM, Katz MH, Greenspan D, Herrera C. Prevalence of HIV-associated periodontitis and gingivitis in HIV-infected patients attending and AIDS clinic. J Acquired Immune Deficiency Syndromes. 1991 5:479-483.
4. Morán López E, Cordova I. Enfermedades bacterianas del periodonto y tejidos adyacentes en el paciente portador de SIDA. Revista Cubana de Estomatología. 39(2):120-30. Cuba, 2001.
5. Greenspan J. Oral manifestations of HIV infection. Oral Reed Oral Pathol.



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

#### Bucales del SIDA y su tratamiento estomatológico.

Revista 16 de abril 1998;(197):30-9.

7. Genco RJ, Goldman HM, Cohen DW. Periodoncia. México. Interamericana Mc Graw-Hill. 70-72, 215-220, 313-336, 389-393.
8. Traviesas Herrera EM. Prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal y su relación con la higiene bucal en pacientes infectados con VIH. Trabajo para optar por el título de especialista en I Grado en Periodontología. Facultad de Estomatología, Instituto Superior de ciencias Médicas de la Habana Cuba, 2000.
9. Grassi M, Williams CA, Winkler JR (1998). Management of HIV-associated periodontol diseases. En Robertson PB, Greenspan JS eds. Perspective on oral manifestation of AIDS. San Diego:PSG Publishing CO. 105-118.
10. Ceccoti E. Clínica Estomatológica: SIDA, cáncer y otras afecciones. Editora Médica Panamericana, 1993.
11. Morales Vila D. Parámetros inmunológicos y lesiones bucomaxilares en pacientes infectados por el VIH. Revista 16 de abril 1996;(191):21-25.
12. Schiodt M, Pindborg J (1987). Aids and the oral cavity. Epidemiology and clinical oral manifestation of human immune deficiency virus infection: a review. International J Oral Maxilofacial Surgery. 16:1-14.
13. Pindborg JJ, Holmstrup P (1987). Necrotizing Gingivitis related to human inmudeficiencyvirus (HIV) infection. Journal of American Dental Association (JAMA). 1:5-8.
14. Reichart PA, Gelderblom HR, Becker J (1987). AIDS and the oral cavity. The HIV-infection: virology, etiology, origin, immunology, precaution and clinical observations in 110 patients. International J Oral Maxilofacial Surgery. 16:129-153.
15. Riley G, London GP, Buemeister JA. Periodontal health in 200 HIV positive patients. J. Oral Pathol Med 1992; 21:1240-7.
16. Organización Mundial de la Salud (1998). VIH/SIDA: Estimación mundial. Datos Globales 1996. Ginebra.
17. Shugars R, et al. Papel de la cavidad oral en las tranmisiones del VIH. JADA 1999; 2:9-11.
18. Ceballos A, Antúnez JM, Aguirre JM, Bagán JV, Ceballo L. Lesiones orales asociadas a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en una población de 510 enfermos. Medicina Oral 1998; 3:199-206.
19. Guerra M. Lesiones de los tejidos blandos bucales en una muestra de niños venezolanos VIH (+) y verticalmente expuestos 2003-2004. Trabajo para optar a la categoría de Profesor Asistente. Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela. Caracas, 2004.



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ología y SIDA. Un enfoque Multidisciplinario.  
, 2002.

21. Traviesas Herrera EM, Armas Portela L. Prevalencia y gravedad de las periodontopatías en pacientes portadores de VIH. Revista Cubana de Estomatología 2002; 39(3)
22. Guerra M, Tovar V. Atención Odontológica a niños VIH (+). Servicio de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas "Dra. Elsa La Corte". Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela, 2000.

---

Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría  
Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 - RIF: J-31033493-5  
Caracas - Venezuela  
[publicacion@ortodoncia.ws](mailto:publicacion@ortodoncia.ws)