

## LESIONES BUCALES Y ESTATUS INMUNOLÓGICO EN NIÑOS VIH/SIDA

**Recibido para arbitraje:** 21/10/2005

**Aceptado para publicación:** 03/03/2006

**María Elena Guerra; Vilma Tovar; Elinor Garrido; Ana Carvajal**

**Universidad Central de Venezuela**

### RESUMEN:

Las lesiones bucales en pacientes VIH/SIDA inclusive pueden ser el primer signo de la infección. Objetivo: Determinar la asociación de lesiones bucales presentes con el conteo de CD4 en niños VIH/SIDA que acudieron al CAPEI/UCV durante 1999 a 2005. Materiales y métodos: La investigación involucró a 154 niños VIH/SIDA entre 5 y 12 años, a los cuales se les realizó una historia clínica que constaba de un interrogatorio y un examen clínico intra y extra bucal, exámenes complementarios del conteo de la subpoblación de linfocitos CD4 con el fin de determinar el estatus inmunológico en el que se encontraban. Resultados: Se observó una estrecha relación entre la presencia de lesiones bucales y el estatus inmunológico, las cuales aparecen con mayor frecuencia al presentar una inmunosupresión severa. Conclusión: En niños VIH/SIDA, la presencia de lesiones bucales representan un indicativo importante de progreso de la enfermedad hacia estadios más avanzados y se correlacionan de forma directa con un deterioro del sistema inmune.

**Palabras clave:** niños; VIH/SIDA; lesiones bucales; estatus inmunológico; linfocitos CD4

### Abstract:

Oral lesions often found in HIV/AIDS infected children are frequently the first clinical sign of the infection. Objective: To establish the prevalence of oral lesions and their relationship with CD4 count in children HIV/AIDS whom went to CAPEI/UCV from 1999-2005. Materials and method: 154 children HIV/AIDS infected between 5 and 12 years old. A record card was made for each child, providing data on anamnesis and intra and extra oral examination, complementally lab test to check CD4 count for immunology status. Results: Oral lesions were directly related to immunological status, they are more frequency in severe immunosuppression. Conclusion: Oral lesions in children HIV/AIDS can be considered as indicator of progression of HIV infection.

**Key words:** HIV/AIDS; oral lesions, immunological status.

### INTRODUCCIÓN:

La cavidad bucal es uno de los sitios donde primero se manifiestan enfermedades causadas por el VIH. Más de 40% de las personas con el VIH y más de 90% de las personas con SIDA tienen algún signo clínico en la cavidad bucal, por lo que es imperativo revisar la boca siempre que se haga una consulta clínica en un paciente con el VIH/SIDA. Existen multitud de lesiones bucales. Su diagnóstico específico se puede hacer frecuentemente por la presentación clínica y las características macroscópicas, pero en ocasiones se requiere frotis, cultivos y hasta biopsias. Con frecuencia la respuesta al tratamiento empírico también contribuye a confirmar el diagnóstico. (1)

La presencia de lesiones bucales y peribucales son comunes en niños infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), estas podrían representar el primer signo de la enfermedad y han demostrado ser un marcador de alto valor predictivo de inmunosupresión severa y progresión de la enfermedad (1;2;3;4;5;6).

El efecto más dramático de la infección por VIH sobre el sistema inmune, es la pérdida progresiva y gradual de las células T CD4+, ocasionando un profundo defecto en la inmunidad mediada por células (7;8); es por ello que la disminución del conteo de linfocitos CD4+, se ha erigido como un marcador de laboratorio que indica la evolución de la infección por VIH/SIDA; de tal manera que la asociación entre un bajo número de linfocitos CD4+ y la prevalencia de infecciones oportunistas han sido demostradas (4;5), siendo las lesiones bucales más frecuentes Candidiasis (17.6%), Estomatitis Aftosa (4.8%) en pacientes con SIDA.(4)

### MATERIALES Y MÉTODOS:

Este fue un estudio transversal y descriptivo que involucró a 154 niños menores de 12 años VIH/SIDA que acudieron al Centro de Atención a Pacientes con Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela todos con tratamiento antirretroviral, a los cuales se les realizó un minucioso examen clínico bucal bajo la luz de la lámpara de la unidad dental, sentados y ubicado el operador por detrás del paciente se palpó los ganglios y parótidas, los labios fueron separados con dos espejos bucales para la evaluación intrabucal.

El criterio de diagnóstico de las lesiones se realizó de acuerdo al emanado por la Organización Mundial de la Salud y la

Organización Panamericana de la Salud en 1994 (9). Se tomaron los exámenes hematológicos que incluyeron Células Blancas y el conteo de la subpoblación de linfocitos CD4, que los niños traen a control para el ingreso al CAPEI/UCV.

En el caso de niños con patologías bucales se realizaron toma de muestra para cultivo de hongos que fueron cultivadas en Agar-Sabouraud; y toma de muestra para biopsias que fueron teñidas con hematoxilina y eosina y procesadas por microscopía óptica.

Para este estudio se tomó la clasificación del Centro para la Prevención y el control de Enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica 1994(CDC de Atlanta) (10) presentada en el cuadro No. 1.

**Cuadro No.1**  
**Categorías Inmunológicas Basadas en el conteo de linfocitos T CD4,**  
**específicos para la edad. Valores Absolutos y**  
**Porcentajes del total de Linfocitos**

Inmunológica	menor de 1 año	de 1 a 5 años	de 6 a 12 años
Sin inmunosupresión	1.500 (25%)	1.000 (25%)	500 (25%)
Inmunosupresión moderada	750-1499 (15-24%)	500-999 (15-24%)	200 -499 (15-24%)
Inmunosupresión severa	< 750 (<15%)	< 500 (<15%)	< 200 (<15%)

FUENTE: CDC 1994 Revised classification - System for Human Immunodeficiency Virus Infection in Children less than 13 years of age. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1994: 43:1-11(10)

#### RESULTADOS:

En el cuadro No 2 se observan las lesiones bucales presente en los niños estudiados.

**Cuadro No. 2**  
**Distribución de acuerdo a las lesiones bucales**  
**presentes en niños VIH/SIDA**

LESIONES BUCALES	Número	%
Agrandamiento parotideo	53	34,4
Candidiasis Bucal	83	53,8
Queilitis Angular	77	50
Gingivitis	64	41,5
GUN	1	0,6
Eritema Lineal	49	31,8
Virus Epstein Barr	12	7,7
Virus Herpes Simple	33	21,4
Virus Papiloma Humano	-	-
Aftas	80	51,9
Molusco contagioso	10	6,4
Impetigo	7	4,5

CAPEI/UCV 2004

En el cuadro No 3 se observan el comportamiento de las lesiones bucales en los de acuerdo al estatus inmunológico en cual se encontraban al momento de realizar el examen.

**Cuadro No. 3**  
**Distribución de lesiones bucales de acuerdo**  
**al status inmunológico de los niños VIH/SIDA**

Lesión bucal	Inmunosupresión			Total
	Leve	Moderada	Severa	
<b>Agrandamiento Parotideo</b>	5	20	25	53 (34,4%)
<b>Candidiasis</b>	10	21	32	83 (53,8%)
<b>Queilitis</b>	9	43	45	77 (50%)
<b>Gingivitis</b>	-	26	38	64 (41%)
<b>GUN</b>	-	-	1	1 (0,6%)
<b>Eritema Lineal</b>	5	20	24	49 (31,8%)
<b>VEB</b>	2	4	6	12 (7,7%)
<b>VHS</b>	6	10	17	33 (21,4)
<b>VPH</b>	-	-	-	-
<b>Molusco Contagioso</b>	-	3	7	10 (6,4)
<b>Aftas</b>	15	30	35	80 (51,9)
<b>Impetigo</b>	2	3	2	7 (4,5%)

CAPEI/UCV 2004

**DISCUSIÓN:**

- En este estudio encontramos 53 niños (34,4%) que presentaron agrandamiento parotideo , al igual que lo reportado por Velasco en 2002(11) y Suárez y Naranjo (12) como asociación de comportamiento variable en los pacientes VIH/SIDA. Sin embargo en nuestros pacientes se observó con mayor frecuencia en el estatus inmunosupresión más severa.
- Desde hace varios años los reportes en la literatura coinciden que la candidiasis es la lesión más prevalente en los pacientes VIH/SIDA, observándose que afecta a más de la mitad de estos enfermos, entre ellos están: Greenspan 1997 (4); Guerra y Cols 2001 (5) Guerra y cols. 2003(6); Velasco 2002(11); Suarez y cols. 1994(12); Hodgson TA 1997 (13); Begg y cols. 1997 (14) S Sancho Escobar & E. Chimenos Küstner 1999 (15); Bravo I 2003 (16) la Candidiasis fue la manifestación bucal reportada con mayor frecuencia en este trabajo con un 54,4%. Candida albicans es un hongo que vive saprofito en la cavidad bucal, esto podría ser relacionado con la alta prevalencia de Candida en niños VIH/SIDA, ya que al alterarse el ecosistema bucal por inmunodeficiencia, este microorganismo aprovecha la situación para proliferar y convertirse en patógeno.

- Es interesante destacar que la queilitis angular es la presentación más habitual de candidiasis según Ramos y cols. 1996 citado por Velasco (11). En este trabajo se presentó con un porcentaje de 50,8% en estos niños al igual que el trabajo de Bravo IM 2003(16) en el cual se determinó en un 53,3% en los adultos estudiados.
- La gingivitis se presentó en este estudio con una frecuencia del 68% observándose un porcentaje más alto de lo que reporta la literatura Velasco (11), quien lo ubica entre un 30 a 40% de los casos.
- 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. En Montreal se ha observado enfermedad periodontal avanzada y severa gingivitis, retracción gingival y pérdida ósea en 19 % de 257 pacientes con alto riesgo para SIDA, se observó GUN y enfermedad periodontal severa con reabsorción ósea extensa en 52 % de 21 pacientes adultos VIH(+) (17)
- El eritema gingival lineal se ha reportado como una manifestación bucal en pacientes niños y adultos VIH(+) en este estudio se observó en la mitad de los niños VIH(+) al igual que lo reportado en la literatura Greenspan 1997 (4); Guerra y Cols 2001(5); Guerra y Tovar 2003 (6); y Velasco 2002(11)
- El Virus del Herpes Simple no es una de las infecciones que forman parte del diagnóstico oficial de SIDA. Sin embargo, las personas coinfectadas con el VIH y el Virus del Herpes Simple tienen mayores posibilidades de tener brotes herpéticos con mayor frecuencia según lo establecido por la Universidad de New Mexico (18) Estos brotes pueden ser más serios y durar más tiempo que en las personas VIH (-). En nuestra investigación se presentó con una frecuencia de 37,3 % en los niños VIH(+) lo que coincide con lo reportado por varios autores, además se comportó de una manera más dramática que la población VIH(-): Suarez y cols. 1994 (12); Hodgson TA 1997 (19); S Sancho Escobar & E.(15); Guerra y Cols 2001(5), Guerra y cols 2003 (6), y Velasco 2002 (11) establecieron que las infecciones por el Virus de Herpes simple son características de los pacientes VIH(+)
- Tortier y cols citado por Velasco (11) señalan que se han detectado el virus papiloma humano en barridos esofágicos en un 17% de los pacientes VIH(+), siendo el más frecuente el tipo 16 como una coinfección del VIH, sin embargo en este estudio no se observó ningún niño que presentara estas lesiones en cavidad bucal.
- Las aftas han sido descritas como lesiones de etiología desconocida y han sido observadas con frecuencia variable en los pacientes VIH/SIDA, Tsang y Samaranayake reportan en un estudio realizado en Hong Kong con un 27,4% y agregan que es la lesión más frecuente en los pacientes que ellos han estudiado (20). Sin embargo en este estudio encontramos un porcentaje más alto de 51,9% .
- Molusco contagioso es una infección que ocurre en pacientes VIH/SIDA, se ha demostrado su correlación en pacientes con deterioro inmunitario grave según Figarra y cols. Citados por Velasco (11), al igual que en este trabajo nosotros observamos a 10 pacientes de los cuales 7 estaban en estatus de inmunosupresión severa.
- EL impétigo vulgar predomina en los niños y en personas en los estados inmunosupresores y caquetizantes como la diabetes, los linfomas y el SIDA (21) en este estudio se observaron estas lesiones en zona peribucal en un 4,5% ,no se encontró otro estudio que mencionará su asociación con el VIH/SIDA.

**CONCLUSIONES:**

- En niños VIH/SIDA, la presencia de lesiones bucales representan un indicativo importante del progreso de la enfermedad, así como también se correlaciona en forma directa con un deterioro del sistema inmune.
- Es importante destacar el valor que tiene un cuidadoso examen bucal en el diagnóstico del progreso de la infección por el VIH, ya que la exploración de los tejidos bucales es un procedimiento sencillo, de bajo costo y no invasivo.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. <http://www.aids-sida.org/docs14-13.html> Guía para la atención médica de pacientes con

infección por vih/sida en consulta externa y hospitales (revisado 2/10/05)

2. Scully C, Laskaris G, Pindborg JJ., Porter SR & Reichart P. ORAL MANIFESTATION OF HIV INFECTION AND THEIR MANAGEMENT ( ). MORE COMMON LESIONS. Oral Surg, oral Med Oral Pathol (1991) 71: 158-166.
3. Moniaci D, Greco D, Flecchia G, Raiteri R, Sinicco A. EPIDEMIOLOGY, CLINICAL FEATURES AND PROGNOSTIC VALUE OF HIV-1 RELATED ORAL LESIONS. J Oral Pathol Med 1990; 19: 477-81.
4. Greenspan JS. SENTINELS AND SIGNPOSTS: THE EPIDEMIOLOGY AND SIGNIFICANCE OF ORAL MANIFESTATIONS OF HIV DISEASES. Oral Dis 1997; 3:suppl. (1): S13-7.
5. Guerra ME; Tovar V & Garrido E. 2001. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A NIÑOS VIH(+). Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. Vol. 64No.4.
6. Guerra ME; Tovar V; Salazar A. 2003 Tratamiento Odontológico de niños VIH (+) Bajo Anestesia General Acta Odontológica Venezolana Vol. 41 No. 2
7. Matee MI, Schultz F, Moshy J. OCURRENCE OF ORAL LESIONS IN RELATION TO CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL STATUS AMONG HIV-INFECTED ADULT TANZANIANS. Oral Dis 2000; 6:106-111.
8. Ranganathan K., Reddy BVR., Kumarasamy N, Solomon S, Viswanathan R, Johnson NW. ORAL LESIONS AND CONDITIONS ASSOCIATED WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS INFECTION IN 300 SOUTH INDIAN PATIENTS. Oral Dis 2000; 6: 152-157.
9. OPS/OMS La Salud Bucodental repercusión del VIH/SIDA en la práctica odontológica. Organización Panamericana para la Salud. Washington 1994.
10. CDC de Atlanta, Revised classification - System for Human Immunodeficiency Virus Infection in Children less than 13 years of age. Morbidity and Mortality Weekly Report: 43:1 -11;1994
11. Velasco E; ODONTOESTOMATOLOGÍA Y SIDA UN ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO, Gráficas Alga, SA Barcelona 2002
12. Suárez JA; Villalobos T; & Rojas P. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR VIH. Bol Hospital de Niños Caracas 31(2): 1994
13. Hodgson TA; HIV ASSOCIATED ORAL LESIONS: PREVALENCE IN ZAMBIA. Oral Dis; 3 (Supl I): 546-550; 1997
14. Begg MD, Lamster IB, Panageas KS, Mitchell-Lewis D, Phelan JA, Grbic, JT A PROSPECTIVE STUDY OF ORAL LESIONS AND THEIR PREDICTIVE VALUE FOR PROGRESSION OF HIV DISEASE. Oral Dis; 3: 176-183; 1997
15. S Sancho Escobar & E. Chimenos Küstner MANIFESTACIONES CLÍNICAS BUCALES Y MARCADORES SEROLÓGICOS EN LA INFECCIÓN POR VIH: ACTUALIZACIÓN JANO EMC; DIAGNÓSTICO aFacultad de Odontología. Universidad de Barcelona. . Volumen 56 - Número 1305 p. 70; 1997.
16. Bravo IM. LESIONES EN PACIENTES VIH/SIDA Y SU RELACIÓN CON LA CARGA VIRAL Y EL CONTAJE DE LA SUBPOBLACIÓN DE CD4. Trabajo Especial de Grado para optar al título de Magister Scientiarum en Medicin Bucal. Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela Mayo 2003
17. Moore VH, Moore WE, Riley CN, Burmeisterf JA, Smibert RM. PERIODONTAL MICROFLORA OF HIV POSITIVE SUBJECTS WITH GINGIVITIS OR ADULT PERIODONTITIS. J. Periodontol. 64:48-56;1993

18. InfoRed SIDA Nuevo México HERPES SIMPLE ULCERAS BUCALES Y HERPES GENITAL Hoja Número 508E 2003
19. Hodgson TA HIV associated oral lesions: prevalence in Zambia. Oral Dis; 3 (Supl I): 546-550; 1997
20. Tsang PCS; Samaranayake LP. ORAL MANIFESTATION OF HIV INFECTION IN A GROUP OF PREDOMINANTLY ETHNIC CHINESE. J oral Pathol Med 1999;28:122-127
21. <http://www.drscope.com/privados/pac/generales/dermatologia/piodermias.html> IMPETIGO: PAC Dermatología Parte C libro 3 (Revisado 14/02/05).