

Home

Editoriales

Editorial

Artículos publicados

Fecha de Publicación

Fecha de Publicación

Contactátenos

Artículo No.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22

Trabajos Originales:

VIH/SIDA: TEJIDOS BLANDOS BUCALES EN NIÑOS DE 0-4 AÑOS 2002-2004

[HOME](#) > [EDICIONES](#) > [VOLUMEN 44 Nº 2 / 2006](#) >



Recibido: 25/01/2005

Aceptado para publicación: 01/03/2005

María Elena Guerra; Vilma Tovar; Lucila Blanco-Cedres; Magdalene Mata; Elinor Garr

Centro de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas.

Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela

RESUMEN

Problema: Los niños no escapan de la infección causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), siendo la forma de transmisión más común la vía vertical, de madre a hijo. En la literatura está bien establecido que las manifestaciones bucales son indicativas del progreso de la infección. El **objetivo** de este estudio fue diagnosticar las manifestaciones bucales observadas en niños venezolanos VIH (+) y (-) productos de madres VIH(+). **Materiales y métodos:** Se elaboró un instrumento que constaba de dos partes, una entrevista a la madre para determinar variables sociodemográficas y un examen clínico para evaluar las manifestaciones bucales. Se estudiaron 59 niños entre 0 y 4 años de edad; 32 VIH(+) y 27 VIH(-) verticalmente expuestos. El análisis estadístico se basó en el estudio de la asociación entre variables dispuestas sobre tablas de contingencia, utilizando para ello la distribución chi-cuadrado, así como el riesgo de producto cruzado. **Resultados:** se observó significación estadística entre los grupos para las siguientes lesiones: Candidiasis; Queilitis angular; Xerostomia; Eritema lineal; Gingivitis y ; \ del Herpes Simple. **Conclusiones:** Las lesiones en los tejidos bucales blandos de los niños VIH (+) aparecen con más frecuencia y se comportan de una manera más dramática que en los niños verticalmente expuestos.

Palabras claves: Virus de Inmunodeficiencia Humana; VIH (+); VIH(-); Transmisión vertical; Manifestaciones bucales.

Resumo:

Problema: As crianças não escape da infecção causada pelo vírus de Immunodeficiency De Humana (VIH), sendo o formulário da transmissão o mais comum a rota vertical, da mãe ao filho. No p da literatura estabelece-se que o orales manifestations são indicativos do progresso da infecção. O **objetivo** deste estudo era diagnosticar os manifestations orais observado nas crianças venezuelan V (+) e nos produtos deVIH (-) demães VIH(+). **Materiais e métodos:** Um instrumento foi elaborado consistisse em duas porções, uma entrevista à mãe para determinar variáveis dos socio demográfica uma examinação clínica para avaliar os manifestations orais. 59 crianças entre 0 estudados e 4 anos

Controlado por:

Audio Pro
Nexus Radical

idade; 32 VIH(+) e 27 VIH(-) expôs verticalmente. A análise estatística foi baseada no estudo da associação entre as variáveis prontas em tabelas da contingência, usando para ele o chi-quadrado de distribuição, as well as o risco cruzado do produto. **Resultados:** o meaning estatístico entre os grupos para os seguintes ferimentos era observado: Candidíasis; Queilitis Angular; Xerostomia; Eritema a linear; Gingivite e; Vírus do herpes simples. **Conclusões:** Os ferimentos em oral macio tecem das crianças VIH (+) aparecem com mais freqüência e comportam-se de uma mais uma maneira mais dramática que dentro as crianças expostas verticalmente.

Summary

Background: Children don't escape from the infection caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV), being the vertical transmission their main mode of infection. In the literature, it has been established that the presence of oral manifestations are indicative of the progress of the infection. **Objective:** The objective of this study was to diagnose oral manifestations in Venezuelan children VIH (+) and VIH (-) whose mother were HIV seropositive. **Material and Methods:** An instrument was elaborated that consisted of two parts, an interview to the mother to determine social variables and clinical exam to the child to evaluate oral manifestations. 59 children were studied aged 0 to 4 years; 32 were VIH(+) and 27 were VIH (-) vertically exposed. The statistical analyses were based on the chi-square distribution and the odds ratio. **Results:** Statistical significance was observed between infants VIH(+) and infants VIH (-) vertically exposed for the following oral lesions: Queilitis angular; Xerostomia; linear Eritema; Gingivitis ; Herpes Simple Virus. **Conclusions:** Oral lesions were more frequent in children VIH (+) than in children VIH (-) vertically exposed, being the former dramatically affected.

Key words: Human Immunodeficiency Virus (HIV), HIV(+), HIV(-), vertical transmission, oral manifestations.

INTRODUCCIÓN

Según estimaciones del Programa de Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) durante el 2001 el VIH de Inmunodeficiencia Humana(VIH) infecto cada minuto a casi once hombres, mujeres y niños de todo el mundo (más de 5 millones de personas en total) (1). Una décima parte de las nuevas personas infectadas son menores de 15 años; ubicándose en 2,7 millones el número de niños que viven actualmente con el VIH. Se cree que la mayoría de estos últimos (aproximadamente 90%) ha contraído la infección a través de la vía vertical o perinatal, es decir las madres han infectado a sus hijos durante la gestación, en el momento del parto o como consecuencia de la lactancia materna (2;3;4;5;6;7).

Hay que destacar que desde el comienzo de la enfermedad se demostró que las lesiones bucales relacionadas con el VIH/SIDA eran una de las manifestaciones más frecuentes, con una prevalencia en el 40% y 70%(1). En la actualidad se considera que todos los pacientes VIH/SIDA presentan manifestaciones bucales durante el curso de la enfermedad.(8; 9;10;11;12;13;14)

Las lesiones observadas en la cavidad bucal pueden ser muy variables y comprenden desde cambios mínimos en la mucosa hasta lesiones muy graves. Generalmente las lesiones más destructivas y externas tienen relación con el estado de inmunosupresión del paciente, lo que expresa un dato importante para los clínicos y los investigadores de la odontología, ya que las lesiones bucales pueden ser marcadores de la evolución de la infección. (8; 15)

Debemos señalar que las lesiones observadas en los tejidos blandos de la cavidad bucal de los pacientes VIH/SIDA no son patognomónicas de la infección por VIH/SIDA, sino que aparece en otros grupos de pacientes inmunosuprimidos. (15)

Dado lo anterior, nos propusimos estudiar la presencia de lesiones en tejidos blandos bucales de niños verticalmente expuestos, VIH(+) o VIH(-), que acudieron al Servicio Pediátrico de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Caracas y al Centro de Atención a Pacientes con Enfermedades Infecciosas "Dra. Elsa La Corte" de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela(UCV) durante el período 2003 -2004.

OBJETIVO

Diagnosticar y comparar las lesiones de tejidos blandos bucales en niños en dentición primaria VIH (+) y VIH (-) verticalmente expuestos que acuden al Servicio Pediátrico de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Caracas y al Centro de Atención a Pacientes con Enfermedades Infecciosas "Dra. Elsa La Corte" de la Universidad Central de Venezuela en el período 2003-.2004.

Muestra

Se seleccionó para este estudio a todos los niños venezolanos en etapa de dentición primaria de 0 a 4 años VIH (+) y VIH (-) verticalmente expuestos que acudieron al Servicio Pediátrico de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Caracas y al Centro de Atención a Pacientes con Enfermedades Infecciosas "Dra. Elsa La Corte" de la Facultad de odontología de la UCV. La muestra fue de cincuenta y nueve niños (59); treinta y dos (32) VIH/SIDA y veinte y siete (27) VIH(-), todos nacidos de madres VIH/SIDA.

VARIABLES del estudio

1. Variables Sociodemográficas: edad, sexo.

2. Manifestaciones Bucales: Parotiditis, xerostomía, candidiasis eritemetosa, hiperplasia y pseudomembranosa, queilitis angular, gingivitis, eritema gingival lineal, lesiones por virus: herpes simple, papiloma humano.

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se elaboró un instrumento que constó de dos partes: un cuestionario destinado a los representantes para la obtención de datos personales, motivo de consulta, tipo de transmisión, exposición, enfermedades padecidas, manifestaciones bucales y, una historia clínica, para registro de lesiones de los tejidos blandos presentes. Estos fueron sometidos a prueba y luego se ajustaron hasta obtener el instrumento definitivo.

Análisis estadístico de los datos

La relación entre las variables dispuestas sobre tablas de contingencia se realizó en función de la distribución chi-cuadrado y de riesgo de producto cruzado.

El tratamiento de los datos se realizó mediante el Programa SPSS versión 11.

RESULTADOS

Se estudiaron 59 niños con edades comprendidas entre 1 mes y 48 meses. La edad promedio del grupo total fue de 29,5 meses, con edades modal y mediana de 48 y 36 meses, respectivamente. El 54,2% éstos fueron VIH(+). Según el sexo, se encontró un mayor número de varones que hembras (59,3% y 40,0%).

En referencia a las manifestaciones bucales, la queilitis angular y la gingivitis fueron las más prevalentes (50,8% y 42,4%, respectivamente). El 16,9% de los niños mostró presencia de parotiditis. El 25,0% de

VIH(+), y 7,4% de los expuestos la presentaron, sin observarse significación estadística (cuadro 1). cuanto a la xerostomía, el 56,3% del grupo VIH+/SIDA la exhibió en contraste con 7,4% de los VIH(-) (p=15,6; p-valor=0). Tenemos que, el riesgo de un niño VIH+/SIDA de presentar xerostomía es 16,1 veces aquel de un niño VIH(-) verticalmente expuesto (cuadro 2).

Por otra parte, como se observa en el cuadro 3 el 43,8% de los niños VIH+/SIDA mostraron candidiasis pseudomembranosa, mientras que el 18,5% de los VIH(-) mostraron esta manifestación, con diferencias estadísticamente significativas. Los niños VIH+/SIDA presentaron 3 veces el riesgo de presentar candidiasis pseudomembranosa que los VIH(-). Así mismo, la quelitis angular se manifestó en el 71,9% de los niños VIH+/SIDA en contraste con los negativos, un 25,9%. ($X^2=12,4$; p-valor=0). Los niños VIH+/SIDA mostraron 7 veces el riesgo de presentar quelitis que los niños sanos verticalmente expuestos (cuadro 4). Por su parte, la gingivitis fue característica de los niños VIH+/SIDA, 68,8%, en contraste al de los niños sanos verticalmente expuestos 11,1% ($X^2=19,9$; p-valor=0). Al analizar el riesgo relativo, se observa que la magnitud del riesgo de los niños VIH+/SIDA es significativamente más alto que la de los niños sanos verticalmente expuestos, a saber 17,6 (Cuadro 5).

En lo que respecta al eritema gingival lineal, al discriminar por grupo, se observa que esta condición es más frecuente entre los niños VIH+/SIDA (cuadro 6). Se muestra a éstos con un porcentaje de presencia de esta manifestación del 50,0% en contraste con el de los VIH(-) verticalmente expuestos, 11,1% ($X^2=10,1$; p-valor=0,001). El riesgo de un niño VIH+/SIDA de presentar eritema lineal es 8 veces aquel de un niño VIH(-).

Cuadro 1
Distribución de niños clasificados por manifestaciones bucales según presencia de parotiditis

Manifestación Bucal Parotiditis	VIH/SIDA	Expuestos	Total
Presente	8 (25,0)	2 (7,4)	10 (16,9)
Ausente	24 (75,0)	25 (92,6)	49 (83,1)

$X^2=3,22$, p-valor 0,07; RR= 4,2(NS)

Cuadro 2
Distribución de niños clasificados por manifestaciones bucales según presencia de xerostomía

Manifestación Bucal Xerostomia	VIH/SIDA	Expuestos	Total
Presente	18 (56,3)	2 (7,4)	20 (33,9)
Ausente	14 (43,8)	25 (92,6)	39 (66,1)

$X^2=15,6$; p-valor= 0 ; RR = 16,1 (p-valor 0,05)

Cuadro 3
Distribución de niños clasificados por manifestaciones bucales según presencia de candidiasis

Manifestación Bucal Candidiasis	VIH/SIDA	Expuestos	Total
Presente	14 (43,8)	5 (18,5)	19 (32,2)
Ausente	18 (56,3)	22 (81,5)	40 (68,8)

$X^2 = 4,3$ p-valor = 0,04; RR = 3,4, (p-valor 0,05)

Por último, el porcentaje de niños VIH+/SIDA que presentaron herpes simple fue de 37,5% en contra con el de los niños VIH(-), un 3,7% ($\chi^2 = 9,7$; p-valor = 0,002). Los niños VIH+/SIDA exhiben 16 veces el riesgo de presentar herpes simple que los niños sanos verticalmente expuestos (Cuadro 7)

En cuanto al Virus Papiloma Humano no se observó ningún niño con lesiones sugestivas de virus papiloma humano.

Cuadro 4
Distribución de niños clasificados por manifestaciones bucales según presencia de queilitis angular

Manifestación bucal Queilitis Angular	VIH/SIDA	Expuestos	Total
Presente	23 (71,9)	7 (25,9)	30 (50,8)
Ausente	9 (28,1)	20 (74,1)	29 (49,2)

$X^2 = 12,4$ p-valor = 0; RR = 7,3 (p-valor 0,05)

Cuadro 5
Distribución de niños clasificados por manifestaciones bucales según presencia de gingivitis

Manifestación Bucal Gingivitis	VIH/SIDA	Expuestos	Total
Presente	22 (68,8)	3 (11,1)	25 (42,4)
Ausente	10 (31,3)	24 (88,9)	34 (57,6)

$X^2 = 19,9$ (p-valor = 0); RR = 17,6 (p-valor 0,05)

Cuadro 6
Distribución de niños clasificados por manifestaciones bucales según presencia de eritema gingival lineal

Manifestación Bucal Eritema Gingival Lineal	VIH/SIDA	Expuestos	Total
Presente	16 (50,0)	3 (11,1)	19 (32,2)
Ausente	16 (50,0)	24 (88,9)	40 (67,8)

$X^2 = 10,1$ (p-valor = 0,001); RR = 8,0 (p-valor 0,05)

Cuadro 7
Distribución de niños clasificados por manifestaciones bucales según presencia de Virus del Herpes Simple

Manifestación Bucal VHS	VIH/SIDA	Expuestos	Total
Presente	12 (37,5)	1 (3,7)	13 (22,0)
Ausente	20 (62,5)	26 (96,3)	46 (78,0)

$X^2 = 9,7$ (p-valor = 0,002); RR = 15,6 (p-valor 0,05)

DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que los varones fueron los más afectados (59,3%); lo que coincide con los hallazgos de la literatura (16). Según la ONUSIDA, los hombres ocupan el mayor grupo de personas portadoras con el VIH, aunque la tasa de infección en las mujeres está ascendiendo dramáticamente. Para marzo de 2004, el Programa Nacional de VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual, reportó que 3.060 mujeres vivían con VIH; 227 niñas recibían tratamiento antirretroviral y 533 embarazadas habían sido atendidas desde 1998 (16).

Con respecto a las manifestaciones bucales, éstas se observaron en un 85% de los niños VIH(+) en comparación a un 15% en los expuestos; lo que concuerda con otros estudios en los cuales se destacan las manifestaciones bucales se van a presentar en algún momento durante el curso de la enfermedad, (9); (11); (12); (14); (15); (17); (18); (19); (20); (21); (22); (23); (24); (25); (26); (27); (28). (29); (30); (31).

La *Candida albicans* es un hongo que vive saprofita en la cavidad bucal, esto podría estar relacionado con la alta prevalencia de *Candida* en pacientes VIH/SIDA, ya que al alterarse el ecosistema bucal por inmunodeficiencia, este microorganismo aprovecha la situación para proliferar y convertirse en patógeno. 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, (2); (6); (15); (26); (21); (22); (23); (25); (29); (30); (31); (32); (33); (34); Al igual en este trabajo, la *Candida albicans* fue la manifestación bucal reportada con mayor frecuencia en este trabajo con un 54,4%.

Es interesante destacar que la queilitis angular se presentó en 50,8%, muy similar a otros trabajos (35) el cual se determinó en un 53,3%.

Por su parte, la parotiditis ha sido descrita (15) (33) como asociación de comportamiento variable en los pacientes VIH/SIDA teniendo una frecuencia alta en niños, a diferencia sin embargo, los resultados de este trabajo al evaluar clínicamente las parótidas no se reportó ningún caso con tumefacción o agrandamiento parotideo.

Con relación a la Xerostomía, se encontró un 33,9% de niños con boca seca; hallazgo similar al de otros autores; en los Estados Unidos de Norteamérica (36) ; y (37); en Venezuela (6), y un poco más alto (17,8%) que el estudio realizado en China (38).

Por su parte, la gingivitis en los niños VIH(+) se presentó con una frecuencia del 68% superior a lo que reporta la literatura en adultos según Velasco, quien lo ubica entre un 30% y 40%. Sin embargo, Velasco en el libro Odontología y SIDA (15) señala que el Comité de Expertos de la Comunidad Europea incluyó las lesiones periodontales dentro de las lesiones fuertemente asociadas al VIH/SIDA.

El eritema gingival lineal se ha señalado 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 (2); (15); (26); (32); (31) y (34).

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 (40). Estos brotes pueden ser más serios y durar más tiempo que en las personas VIH (-). En el presente estudio se presentó con una frecuencia de 37,3% en los niños VIH(+); lo que coincide con lo encontrado por varios autores. Además, se comportó de una manera más dramática que la población VIH(-). (2); (6); (12); (13); (14); (15); (20); (21); (23); (29); (30) y (34), distintos autores han encontrado que las infecciones por el Virus de Herpes simple son características de los pacientes VIH(+).

CONCLUSIONES

- Las manifestaciones bucales de los niños VIH/SIDA se han transformado en uno de los primeros signos clínicos que evidencian la presencia de procesos infecciosos, dándole una gran relevancia al Odontopediatra, en el diagnóstico y manejo de estas lesiones.
- Los niños VIH(+) presentaron más lesiones en los tejidos blandos bucales que los niños sanos verticalmente expuestos, con diferencias altamente significativas. Lo que sugiere una relación directa con el comportamiento del VIH/SIDA que efectos secundarios de los medicamentos antiretrovirales.
- El control de los factores predisponentes consistirá en extremar las técnicas de higiene bucal y controlar los factores locales sistémicos provenientes de la inmunosupresión consecuencia de la infección por el VIH.

BIBLIOGRAFÍA

1. ONUSIDA Detección temprana y prevención del VIH /SIDA en la mujer embarazada y de la transmisión vertical: Una realidad para afrontar desde la atención ginecológica y obstétrica de la mujer de hoy <http://www.monografias.com/trabajos13/pretrans/pretrans.shtml> 2001
2. Guerra ME, Casanova ME, Suarez JA, Salazar A; Tratamiento Odontopediátrico de un Paciente VIH(+) Bajo Anestesia General. Primer Caso en la Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela. *Acta Odontológica Venezolana* Vol. 41 No. 1; 2003.
3. Guerra ME; Tovar V; Salazar A; Tratamiento Odontológico de niños VIH (+) Bajo Anestesia General. *Acta Odontológica Venezolana* Vol. 41 No. 2; 2003.
4. ONUSIDA/OMS: Panorama Mundial de la Epidemia del SIDA <http://usinfo.state.gov/journals/itgic/1201/ijgs/gj-7.htm> 2001
5. Michael Merson; Panorama en el Mundo <http://www.profesorenlinea.cl/Ciencias/SidaMundo.htm> 2001
6. Suarez JA; Villalobos T; Rojas P; Diagnóstico y manejo de la infección del virus de inmunodeficiencia humana en la infancia. *Boletín Hospital de niños de Caracas*. Caracas 199
7. ONUSIDA/OMS Situación de la epidemia de SIDA. http://icarito.latercera.cl/especiales/sida/sida_mundo.htm 2003
8. Sedano H Frequent oral diseases in HIV positive and AIDS patient. <http://www.dent.ucla.edu/pic/members/oralids/fungal/candida.html> 1997
9. Tovar V & Guerra ME; Manifestaciones Bucles e Infecciones Oportunistas más frecuente encontradas en 208 pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Acta Odontológica Venezolana* Vol. 41 No. 3 2002.
10. Tovar V; Guerra ME & otros; Infecciones de Transmisión Sexual en 317 Pacientes Positivos al Virus de Inmunodeficiencia Humana. *Farmacia Al Día* Vol.148, Edición N° 4. 2002.
11. Marquez de R MT. Guia para el Odontólogo de Manifestaciones Bucles del Paciente VIH/SIDA.

Congreso de Patología Bucal Caracas 1995

12. Jane E; Roseló X. Manifestaciones clínicas odontoestomatológicas asociadas al SIDA Arch Odontoestomatol Clotet B & Ruiz L Valor de la carga vírica en el manejo de los pacientes con V Pub.Of.SEISIDA; 7: 228 9: 499-506: 1996
13. Porter SR; Luker J; Scully C; Kumar N; Lesiones Orales en pacientes expuestos a infección por en el Reino Unido. Estudio de 10 años, Medicina Oral; 4: 455-469. 1999
14. CeballosA; AguirreJM; Antunes JM; Bagan JV y Ceballos L. Lesiones orales asociadas a la infec por el virus de inmunodeficiencia humana en una población de 510 enfermos. Medicina Oral;3:199-206: 1998
15. Velasco E; Odontoestomatología y SIDA un Enfoque Interdisciplinario, Gráficas Alga, SA Barcel 2002
16. Seber GA. Multivariable Observations. New York: WILEY, 1984.
17. ONUSIDA/VENEZUELA. VIH/SIDA en Venezuela análisis de la situación y recomendaciones. Resumen 1998.
18. Vázquez EM. El SIDA en la Cavidad Bucal http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/vivir_sano/doc/higiene/doc/doc_sida_boca.htm#4
19. Guerra ME & Tovar; Lesiones de Tejidos Blandos Observadas en Niños VIH(+). (Poster) III Congreso Metropolitano y del Caribe. Caracas mayo 2002
20. Frans Vinckier; Sotira Gizani & Dominique Declerick. Comphensive dental care for children w rampant caries under general anaesthesia. International Journal of Pediatric Dentistry; 11: 2 32;2001
21. Chimenos E, Malagón S, Pérez de Rozas M, Caldentey C, Jané E, López J, Roselló Prevalencia patología bucal en pacientes infectados por VIH. Enf Trans Sex ; 10: 99-104;1996
22. Hodgson TA HIV associated oral lesions: prevalence in Zambia. Oral Dis; 3 (Supl I): 546-55 1997
23. Begg MD, Lamster IB, Panageas KS, Mitchell-Lewis D, Phelan JA, Grbic, JT A prospective study oral lesions and their predictive value for progression of HIV disease. Oral Dis; 3: 176-183; 1997
24. 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
25. Ramos-Gómez FJ, Hilton JF, Canchola AJ, Greenspan D, Greenspan JS, Maldonado YA Risk fact for HIV-related orofacial soft-tissue manifestations in children. Ped Dent ; 18:121-126;1996
26. Touyz L, Harel-Raviv M, Prosterman B, Gornitsky M Candida infection of the tongue together w candidal infection of the palate in patients with the human immunodeficiency virus. Quintesse

Int; 27: 89-92;1997

27. Grenspan JS; Barr CE; Scicuba JJ & cols. Oral Manifestaciones of HIV infection. Definitions diagnostic criteria and principles of therapy Oral Surg Oral Med Oral Path; 73: 142-144;1997
28. Anil S & Challacombe SJ. Oral Lesions of HIV and AIDS in Asia: and over view. Oral Dis; 3: su (1) 36-46;1997
29. Samaramanayake LP. Oral micosis in HIV Infecction. Oral Surg, Oral Med; Oral Pathol; 73 (2) 171-180;1992
30. Ceballos-Salobreña A, Aguirre-Urizar J, Bagán-Sebastián JV Prevalencia y distribución de la candidosis orales en pacientes con SIDA establecido. Medicina Oral; 1: 6-10; 1996
31. Silverman S, Gallo JW, Mc Knight ML, Mayer P, de Sanz S, Tan MM Clinical characteristics and management responses in 85 HIV-infected patients with oral candidiasis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod; 82: 402-407; 1996
32. Tovar V; Albornoz E; Guerra ME & Lazarde OJ Prevalencia de Candidiasis Bucal en pacientes VIH(+); Estudio Retrospectivo. Acta Odontológica Venezolana 42; No 3; 2004
33. Asherrs D; Macdowell J; Acs G; Belanger G. Pediatric Infection with the human inmunodeficiency virus. J. Colo. Dent. Association. Jul;; 72 (1); 25 - 28;1993
34. Suárez JA & Naranjo L. Transmisión Vertical del VIH/SIDA. Informe Médico 1999
35. Guerra ME & Tovar V; Atención Odontológica a niños VIH(+). Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. Vol.64No4; 2001
36. Bravo IM. Lesiones en Pacientes VIH/SIDA y su Relación con la Carga Viral y el conteaje de la subpoblación de CD4. Trabajo Especial de Grado para optar al título de Magíster Scientiarum Medicina Bucal. Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela Mayo 2003.
37. Marder MZ; BarrCE & Mandel ID; Cytomegalovirus presence and salivary composition in acquired inmunodeficiency síndrome. Oral Surg Oral Med Oral Patho; 60:372-376;1995
38. Atkinson JC; Schmith M; Robataille; Greespan D; Greespan JS & Fox Pc. Salivary antibodies HIV- associated salivary gland .J Oraol disease Pathol Med;22:203-206; 1993
39. Yeh CK; Fox PC & Ship JA Oral defense mechanisme are impaired early I HIV-1 infected patients JAIDS 1988;1: 361-366
40. InfoRed SIDA Nuevo México Herpes Simple ulceras bucales y herpes genital Hoja Número 50 2003
41. InfoRed SIDA Nuevo México Herpes Simple ulceras bucales y herpes genital Hoja Número 50 2003

Artículo 22

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL "II TALLER DE BIOSEGURIDAD PARA BEDELES A LA LUZ DE SU DESARROLLO DESDE LA PERSPECTIVA DEL LOGRO"

Artículo 21

SÍNDROME DE STURGE WEBER, REVISIÓN DE LA LITERATURA Y PRESENTACIÓN DE UN CASO CON MALOCLUSIÓN SEVERA

Artículo 20

OSTEOMA GIGANTE DE LA MANDÍBULA EN UN PACIENTE CON EL SÍNDROME DE GARDNER

Artículo 19

TRANSMISIÓN DEL HIV POR LA SALIVA: ¿MITO O REALIDAD?

Artículo 18

PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIRUS PAPILOMA HUMANO EN LA CAVIDAD BUCAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Artículo 17

LA HALITOSIS COMO UN POSIBLE FACTOR DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Artículo 16

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA BRASILEÑA: SUS ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Artículo 15

TERAPIA DE OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON OSTEORRADIONECROSIS. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Artículo 14

LA HALITOSIS. DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y FACTORES ETIOLÓGICOS

Artículo 13

VISIÓN SOBRE LAS RELACIONES DE PODER ENMARCADAS DENTRO DE UNA EXPERIENCIA DOCENTE EN LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

Artículo 12

DETERMINACIÓN DE LA VARIACIÓN DE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL EN SALAS DE CLÍNICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNT

Artículo 10

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

Artículo 9

LAS METAS DEL MILENIO Y EL COMPONENTE BUCAL DE LA SALUD

Artículo 8

FINANCIAMIENTO, GESTIÓN Y NUEVOS ESCENARIOS PARA LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS

Artículo 7

EVALUACIÓN DE LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO UTILIZADOS EN LA DETECCIÓN DE CARIES DENTAL POR ODONTÓLOGOS VENEZOLANOS

Artículo 6

ESTIMACION DE LA EDAD CRONOLÓGICA CON FINES FORENSES, EMPLEANDO LA EDAD DENTAL Y LA EDAD OSEA EN NIÑOS ESCOLARES EN MARACAIBO, ESTADO ZULIA - Estudio preliminar

Artículo 5

ESTADO OCLUSAL Y RENDIMIENTO MASTICATORIO

Artículo 4

CONCENTRACIÓN DE PROTEÍNAS TOTALES EN SALIVA DE JÓVENES CONSUMIDORES SOCIALES DE ALCOHOL

Artículo 3

COMPARACIÓN DE LA CAPACIDAD DE PENETRACIÓN DE UN SELLADOR CONVENCIONAL DE FOSAS Y FISURAS CON UN SELLADOR A BASE DE RESINA FLUIDA

Artículo 2

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE CAJAS PORTÁTILES DE PROCESAMIENTO RADIOGRÁFICO EN LA FILTRACIÓN DE LUZ

Artículo 1

EDITORIAL

Artículo 22

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL "II TALLER DE BIOSEGURIDAD PARA BEDELES A LA LUZ DE SU DESARROLLO DESDE LA PERSPECTIVA DEL LOGRO"

Artículo 21

SÍNDROME DE STURGE WEBER, REVISIÓN DE LA LITERATURA Y PRESENTACIÓN DE UN CASO CON MALOCLUSIÓN SEVERA

Artículo 20

OSTEOMA GIGANTE DE LA MANDÍBULA EN UN PACIENTE CON EL SÍNDROME DE GARDNER

Artículo 19

TRANSMISIÓN DEL HIV POR LA SALIVA: ¿MITO O REALIDAD?

Artículo 18

PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIRUS PAPILOMA HUMANO EN LA CAVIDAD BUCAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Artículo 17

LA HALITOSIS COMO UN POSIBLE FACTOR DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Artículo 16

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA BRASILEÑA: SUS ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Artículo 15

TERAPIA DE OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON OSTEORRADIONECROSIS. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Artículo 14

LA HALITOSIS. DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y FACTORES ETIOLÓGICOS

Artículo 13

VISIÓN SOBRE LAS RELACIONES DE PODER ENMARCADAS DENTRO DE UNA EXPERIENCIA DOCENTE EN LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

Artículo 12

DETERMINACIÓN DE LA VARIACIÓN DE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL EN SALAS DE CLÍNICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNT

Artículo 10

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

Artículo 9

LAS METAS DEL MILENIO Y EL COMPONENTE BUCAL DE LA SALUD

Artículo 8

FINANCIAMIENTO, GESTIÓN Y NUEVOS ESCENARIOS PARA LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS

Artículo 7

EVALUACIÓN DE LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO UTILIZADOS EN

LA DETECCIÓN DE CARIES
DENTAL POR ODONTÓLOGOS
VENEZOLANOS

Artículo 6

ESTIMACION DE LA EDAD
CRONOLÓGICA CON FINES
FORENSES, EMPLEANDO LA EDAD
DENTAL Y LA EDAD OSEA EN
NIÑOS ESCOLARES EN
MARACAIBO, ESTADO ZULIA -
Estudio preliminar

Artículo 5

ESTADO OCLUSAL Y
RENDIMIENTO MASTICATORIO

Artículo 4

CONCENTRACIÓN DE PROTEÍNAS
TOTALES EN SALIVA DE JÓVENES
CONSUMIDORES SOCIALES DE
ALCOHOL

Artículo 3

COMPARACIÓN DE LA CAPACIDAD
DE PENETRACIÓN DE UN
SELLADOR CONVENCIONAL DE
FOSAS Y FISURAS CON UN
SELLADOR A BASE DE RESINA
FLUIDA

Artículo 2

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE
CAJAS PORTÁILES DE
PROCESAMIENTO RADIOGRÁFICO
EN LA FILTRACIÓN DE LUZ

Artículo 1