

**LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS BUCALES EN NIÑOS VIH/SIDA EN PERÍODO DE
DENTICIÓN PRIMARIA**

ORAL LESIONS IN SOFT TISSUE IN CHILDREN HIV/AIDS IN PRIMARY DENTITION PERIOD

Recibido para Arbitraje: 20/11/2014

Aceptado para Publicación: 18/03/2015

Mejias, K.J., Estudiante 5to año Odontología. Universidad Central de Venezuela. **Osorio, A.Y., León, N., Guerra Gamboa, M.E.**, Profesoras Titulares de la Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela

CORRESPONDENCIA: kerwingmejias@hotmail.com

RESUMEN

OBJETIVO: Comparar la presencia de lesiones en tejidos blandos bucales en niños VIH/SIDA que acudieron al Servicio Pediátrico de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Caracas (SPEI/HUC), con los que acuden regularmente a su consulta odontológica del Centro de Atención a Pacientes con Enfermedades Infecciosas (CAPEI/UCV) **MATERIALES Y MÉTODOS.** Estudio transversal y prospectivo de niños venezolanos VIH/SIDA en etapa de dentición primaria, que acudieron al SPEI/HUC y CAPEI/UCV. La muestra fue de 135 niños venezolanos VIH/SIDA. Se tomó la clasificación de lesiones emanada por la Organización Panamericana de la Salud y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Los niños se agruparon en categorías clínicas e inmunológicas de la clasificación del CDC de Atlanta en 1994. La población fue evaluada por una Odontopediatra calibrada para tal fin, durante el período 2008 -2014. Los datos se analizaron con estadísticas descriptivas, media, media muestrales, dispersión, frecuencias relativas, en su conjunto. **RESULTADOS:** El 100% de los niños en SPEI/HUC presentaban lesiones mientras que el grupo que asistió a CAPEI/UCV 34% (46) presentó lesiones. Según la frecuencia: Candidiasis Bucal lingual 2% (3), Queilitis angular 22% (29), Aftas y VHS que presentaron el 5% (7). La categoría clínica de inmunológica los niños de las categorías B₂ y C₂ presentaron un mayor porcentaje de lesiones observando significancia estadística ($p > 0.05$) **CONCLUSIÓN:** Existe una probabilidad alta que un niño con VIH/SIDA que asista a la consulta control puede presentar menos lesiones, de allí la importancia del control.

PALABRAS CLAVE: Virus de Inmunodeficiencia Humana. Lesiones bucales. Tejido Blandos.

SUMMARY

OBJECTIVE: To establish the relationship between the existence of oral soft tissue lesions in HIV / AIDS attending at SPEI / HUC, who regularly attend his dental office Center Care of Patients with Infectious Diseases (CAPEI / UCV) **MATERIALS AND METHODS.** Transversal study of Venezuelan children with HIV / AIDS in primary dentition stage, who came to the SPEI / HUC and CAPEI / UCV.

The sample consisted of 135 Venezuelan children HIV / AIDS. Injury classification issued by the Pan American Health Organization and Regional Office of the World Health Organization was noted. Children were grouped into categories of clinical and immunological classification CDC in Atlanta in 1994. The population was evaluated by a pediatric dentist calibrated for this purpose during the period 2008 -2014. Data were analyzed with descriptive statistics Mean, show them, dispersion, relative frequencies as a whole. **RESULTS:** 100% of children diagnosed SPEI / HUC had sustained injuries while the group attended a CAPEI / UCV 34% (46) had no oral lesions. Depending on the frequency: Oral Candidiasis lingual 2% (3), angular cheilitis 22% (29) Canker and VHS had 5% (7). Clinical immunological children B2 and C2 categories category had a higher percentage of lesions observed statistical significance ($p > 0.05$) **CONCLUSION:** There is a high probability that a child with HIV / SISA Control attend the consultation may have fewer injuries , hence the importance of control.

KEY WORDS: Human Immunodeficiency Virus. Oral lesions. Soft Tissue.

INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) son considerados una pandemia del siglo XX, y a pesar de las modificaciones alcanzadas desde el punto de vista tecnológico y terapéutico en los países desarrollados; se ha convertido en una enfermedad crónica. Gran número de niños con infección VIH, presentan, dentro de sus primeros signos de enfermedad lesiones de tejidos blandos bucales , no producidas por el VIH. Algunas de ellas tienen un valor predictivo de la evolución de la infección y la aparición del SIDA. Los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de dichas manifestaciones siendo los más reportados el bajo número de linfocitos CD4 y xerostomía ¹.

Frente a la gran cantidad alteraciones que podemos encontrarnos en la mucosa de la boca del niño, debemos ser capaces de detectar dichas lesiones, llevar a cabo un correcto diagnóstico y un apropiado tratamiento².

Una conducta inadecuada al realizar tanto una exploración convencional de la mucosa oral como al establecer el diagnóstico diferencial de las lesiones puede suponer el pasar por alto lesiones importantes o el indicar un tratamiento inadecuado ^{3,4}.

Las Infecciones oportunistas micóticas o fúngicas como la Candidiasis Pseudomembranosa; queilitis angular e Infecciones víricas herpéticas son algunas de las lesiones encontradas en cavidad bucal de los niños VIH/SIDA, las mismas son variables, estas pueden generar cambios mínimos en la mucosa bucal hasta lesiones graves. La gravedad se asocia al estado de inmunosupresión del paciente logrando ser indicadores de la evolución de la infección ^{1,5,6}.

Se ha demostrado que desde el comienzo de la enfermedad las lesiones bucales relacionadas con el VIH y el SIDA eran las lesiones de tejido blando bucal más frecuentes, con una prevalencia entre el 40 % y 70 %. En la actualidad se considera que todos los pacientes VIH/SIDA presentan manifestaciones bucales durante el curso de la enfermedad ^{5,6,7}.

En Venezuela, en el Hospital Universitario de Caracas y EL CENTRO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS “Dra. Elsa La Corte Anselmi” (CAPEI/UCV), ofrece atención integral y especializada a las personas que viven enfermedades infectocontagiosas, En

los cuales se atiende a la embarazada desde el diagnóstico de infección por VIH y continúa el seguimiento con el bebé para mantener un control.

Dado lo anterior, se propone estudiar la relación entre la existencia de lesiones bucales en niños VIH/SIDA que acudieron al Servicio Pediátrico de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Caracas y la existencia de lesiones bucales en niños VIH/SIDA que acuden regularmente a su consulta odontológica al Centro de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas (CAPEI) "Dra. Elsa La Corte" de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela (UCV) durante el período 2008 -2014.

ANTECEDENTES

Según Rioboo R y col (2005)⁴ Madrid-España, en su investigación "Epidemiología de la patología de la mucosa bucal más frecuente en niños. "Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children" El odontólogo debería evaluar niños a temprana edad de forma de evitar la evolución de lesiones en tejidos blandos bucales⁴.

Soto M y cols. (2005)¹ Valencia-Venezuela, en su estudio de "Manifestaciones bucales en niños VIH-SIDA que asisten al servicio de Odontopediatria de la Universidad de Carabobo de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", determinó la prevalencia de las lesiones de tejido blando bucales en niños VIH/SIDA, siendo las más frecuentes la candidiasis bucal, gingivitis asociada a candidiasis, aftas y úlceras. Lo que llevó a concluir que independientemente del porcentaje de CD4 y carga viral, se evidenciaron manifestaciones bucales, representando un componente fundamental en el progreso de la enfermedad, de allí la indispensable necesidad de institucionalizar los programas de atención odontológica¹.

Guerra M y cols. (2006)⁸ Caracas Venezuela en su investigación "Manifestaciones bucales de vih-sida en edad temprana" plantea como objetivo Determinar las manifestaciones bucales más frecuentes en niños VIH-SIDA. Dándole mayor relevancia a las siguientes lesiones de tejido blando bucal Candidiasis, Queilitis, Gingivitis, GUN, Eritema lineal; Epstein Barr; Virus del Herpes Simple. De las lesiones bucales observadas se identificó a la candidiasis como la más relevante en los dos aspectos estudiados: Queilitis angular y Candidiasis pseudomembranosa⁸.

Davila M. y cols. en el (2011)⁹ Colombia, en su investigación sobre manifestaciones bucales en niños VIH/SIDA explican que Entre las manifestaciones bucales más prevalentes se encontró la candidiasis, queilitis angular, eritema gingival lineal y parotiditis. Por otra parte, el índice de necesidad de tratamiento calculado (INT) muestra que tres cuartos de los niños tenían necesidad de tratamiento odontológico. Lo que les permitió concluir que existe la necesidad de una estrategia basada en el manejo de las manifestaciones en tejidos blandos bucales, frecuentes en la infección por VIH en niños⁹.

González R y cols. en el (2011)¹⁰ México "Lesiones frecuentes de la mucosa bucal en niños y adolescentes" qn el cual obseraron que las lesiones de tejidos blandos bucales más frecuentes fueron las Úlceras aftosa recurrentes, Herpes bucal recurrente, Candidiasis bucal, Glositis migratoria benigna y lesiones traumáticas de tejidos blandos¹⁰.

Todo lo anterior no llevó a estudiar con más detalles las manifestaciones bucales en niños VIH/SIDA en periodo de dentición primaria.

OBJETIVO

Establecer la relación entre la existencia de lesiones observadas en tejidos blandos bucales en niños VIH/SIDA que acudieron al Servicio Pediátrico de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Caracas y la existencia de lesiones bucales en niños VIH/SIDA que acuden regularmente a su consulta odontológica al Centro de Atención a Pacientes con Enfermedades Infecciosas (CAPEI/UCV). 2008- julio 2014.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un estudio transversal y prospectivo de la población de niños venezolanos VIH/SIDA en etapa de dentición primaria, que acudieron al SEIP/HUC y CAPEI/UCV. Durante el periodo 2008-2014

La muestra estuvo constituida por 135 niños venezolanos VIH/SIDA en etapa de dentición primaria en edades comprendidas entre 0 a 4 años, se observaron dos grupos los que acudieron a consulta odontológica remitidos del SPEI/HUC y los que asisten a su consulta regular de control odontológico en CAPEI/UCV.

Para la recolección de datos se dispuso de un instrumento adaptado de la historia clínica del Centro de Atención a Pacientes con Enfermedades Infecciosas Dra. Elsa La Corte de la Facultad de odontología de la Universidad Central de Venezuela (CAPEI/UCV), éste constó de dos partes: un cuestionario destinado a los representantes para la obtención de datos personales, motivo de consulta, tipo de transmisión o exposición, enfermedades padecidas, manifestaciones bucales y una historia clínica, para registro de lesiones de los tejidos blandos bucales presentes.

Para este estudio se tomó la clasificación de manifestaciones bucales por infección de VIH/SIDA emanada por los organismos internacionales: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 1994¹¹, la cual es utilizada como protocolo de atención del CAPEI/UCV³. Se tomaron las lesiones en tejidos blandos del tipo úlceras aftosa y producidas por el Virus del Herpes Simple, lesiones por Virus Herpes Zoster, Candidiasis bucal de los tipos pseudomembranosa, eritematosa y queilitis angular

Los pacientes se agruparon de acuerdo a las categorías clínicas e inmunológicas establecidas en la clasificación del CDC de Atlanta en 1994 que incluye categorías mutuamente excluyentes de acuerdo a tres parámetros: estadio infeccioso, estadio clínico e inmunológico¹².

Categorías Clínicas

N: Sin signos y síntomas.

A: Síntomas leves, lo que comprende a niños que tienen al menos dos síntomas leves como adenopatías, parotiditis, candidiasis bucal, hepatomegalia, esplenomegalia, dermatitis o sinusitis u otitis media persistentes o recidivantes.

B: Síntomas moderados, entre los cuales entran los niños con cualquiera de las siguientes alteraciones: candidiasis bucofaringea persistente de más de dos meses de duración, diarrea crónica de repetición, fiebre persistente durante más de un mes, hepatitis, estomatitis de repetición, por el virus del herpes simple, esofagitis o neumonitis, varicela diseminada con afectación visceral, cardiomegalia o nefropatía.

C: Síntomas graves o SIDA propiamente dicho, se integran los niños con dos infecciones bacterianas graves (sepsis, meningitis, neumonía) en un periodo de 2 años, candidiasis esofágica o de la vía respiratoria baja, infección por el virus del herpes simple causando úlcera mucocutánea que persista más de un mes: sarcoma de Kaposi y síndrome caquético.

Categorías Inmunológicas

Los pacientes fueron clasificados de acuerdo con la cantidad de linfocitos CD4+/mL (contaje absolutos y porcentajes total y en relación con su edad (Tabla No1)

Tabla No1: Clasificación de acuerdo al Estadio Inmunológico según edad en niños VIH/SIDA:

| Estadio Inmunológico | < 1 año | 1 a 5 años | 6 a 12 años |
|----------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Sin inmunosupresión | 1.500 (25%) | 1.000 (25%) | 500 (>255) |
| Supresión moderada | 750-1499 (15-24%) | 500-999 (15-24%) | 200-500 (15-24%) |
| Supresión severa | < 750 (<15%) | <500 (<15%) | <200 (<15%) |

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

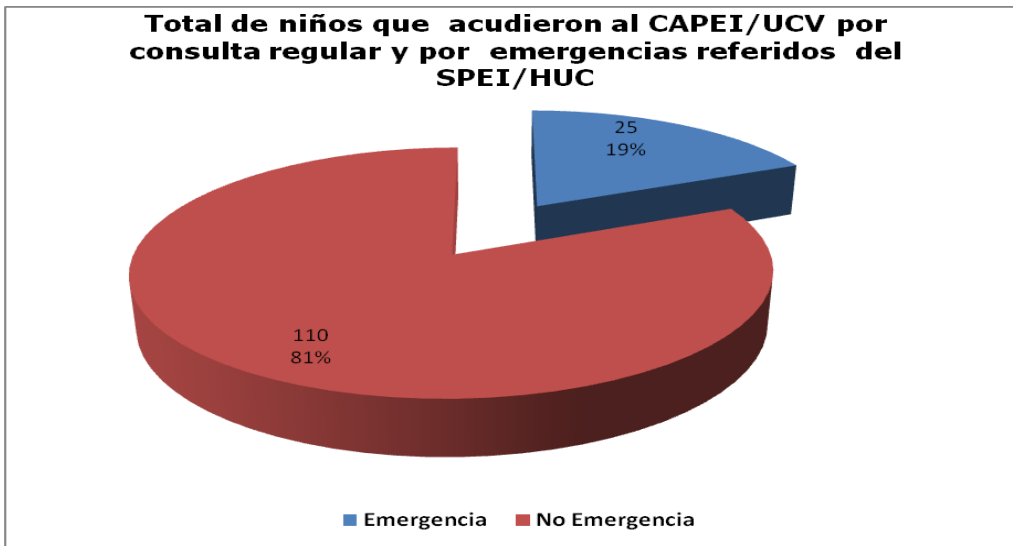
La población en estudio, fue evaluada clínicamente por una Especialista en Odontología Infantil de la Universidad Central de Venezuela calibrada para tal fin, en el servicio CAPEI/UCV durante el período 2008 -2014. Quedó constituida por 135 niños VIH/SIDA que acudieron a consulta odontológica de forma regular o por emergencia referidos del SPEI/HUC

El conjunto de datos obtenidos de la investigación realizadas se emplearon las técnicas de estadísticas descriptivas, como media, media muestrales, dispersión de los datos, frecuencias relativas, en su conjunto nos llevaron a las conclusiones para lo que se utilizó el programa computacional IBM SPSS Statistics 21.0 de agosto 2013 (facilitado por CORPOELEC) y Excel

RESULTADOS

En esta población encontramos que el 19% (25) de los niños VIH/SIDA acudieron SPEI/HUC, quienes fueron remitidos por presentar lesiones en tejidos blandos bucales, mientras que el 81%(110) de los niños son atendidos de manera regular en CAPEI/UCV, como queda representado en el Grafico No1.

Gráfico No1: Distribución de acuerdo a la consulta de niños VIH/SIDA que presentaron lesiones en tejidos blandos bucales, según el sitio y tipo de consulta, durante el periodo 2008-2014



La edad promedio del grupo total fue de 2 años y 6 meses (s=1año y 6 meses), con edades modal y mediana de 4 años y 3 años meses, respectivamente, estos niños fueron clasificados como VIH/SIDA.

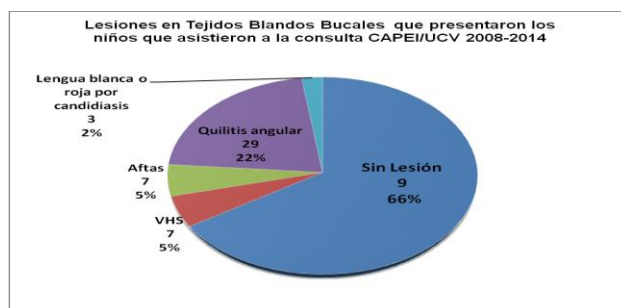
Se observa que el grupo de niños VIH/SIDA que asististe a la consulta regular de control 66 % (89) en CAPEI/UCV no se observaron lesiones en tejidos blandos bucales de los niños VIH/SIDA, mientras que en un 34% (46) si se observaron con la siguiente frecuencia: Candidiasis Bucal lingual 2% (3), como Queilitis angular 22% (29), seguido por la Aftas y VHS que presentaron el 5% (7) de los casos cada uno.

Gráfico No.2: Distribución de acuerdo a las lesiones en tejidos blandos bucales observadas en los niños VIH/SIDA que asisten de manera regular al CAPEI/UCV durante el periodo 2008-2014

Tabla N° 2: Distribución según pruebas estadísticas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|---------------------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 59,363 ^a | 1 | ,000 | | |
| Corrección por continuidad ^b | 55,816 | 1 | ,000 | | |
| Razón de verosimilitudes | 65,953 | 1 | ,000 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | ,000 | ,000 |
| Asociación lineal por lineal | 58,923 | 1 | ,000 | | |
| N de casos válidos | 135 | | | | |

- a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,52.
 b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

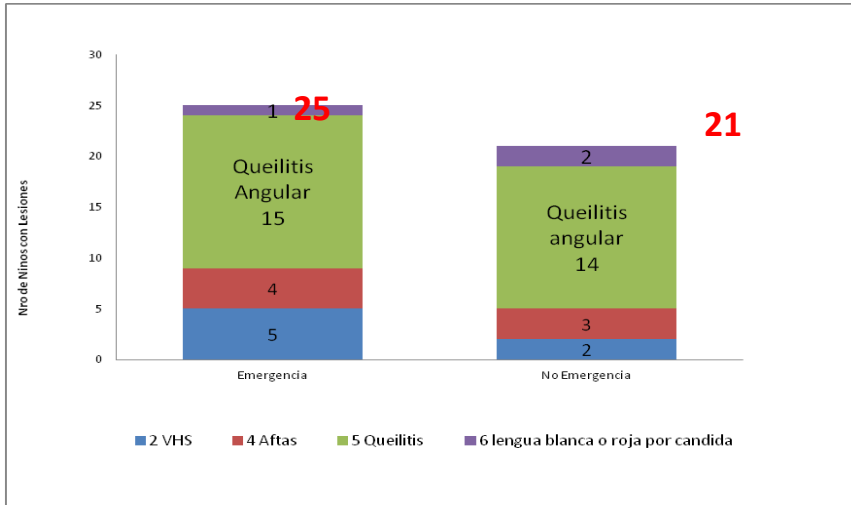


Dado que el grado de significación es 0,000; podemos rechazar la hipótesis de que las variables son independientes. Es decir, que no existen elementos suficientes para evidenciar la independencia entre las variables, con lo que podemos concluir que la presencia de lesiones bucales y el tipo de consulta son dependiente. En otras palabras, que la asistencia de los paciente a control hace que disminuya su posibilidad de presentar lesiones bucales. Tabla N°2

En el gráfico No3: Se observa que solo 15,6% (21) del 81,5% (110) niños VIH/SIDA que asiste a consulta odontológica en CAPEI/UCV regularmente presentaron lesiones en tejidos blandos bucales, se observa que presentan menos frecuencia al compararlos con los 18,5% (25) niños que se dirigen al SPEI/HUC. 2008-2014

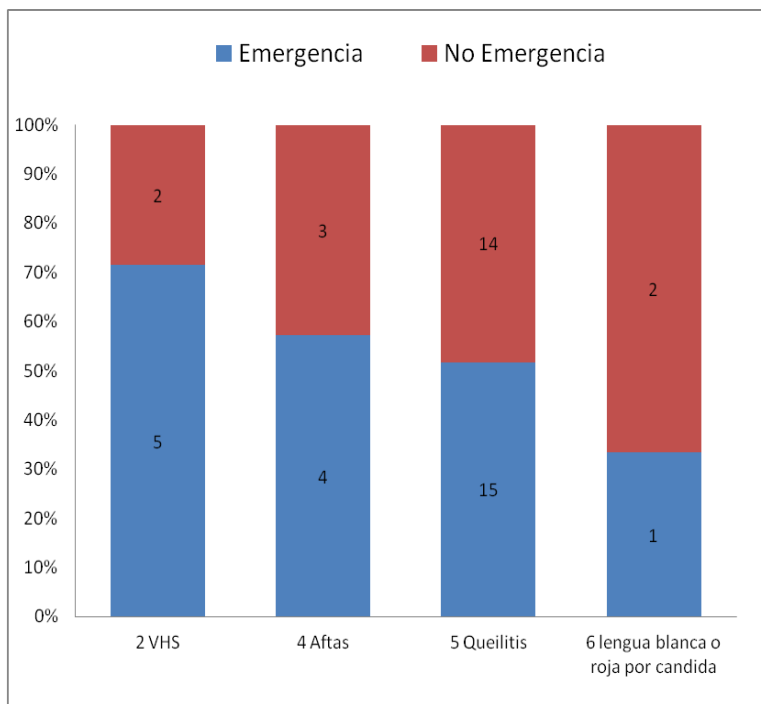
Al realizar un análisis en términos relativos se observa que la proporción de niños que presentan lesiones en tejidos blandos bucales y van a consulta por emergencia referidos del SPEI/HUC es del 54,3%, (25) teniendo una variabilidad alta para un parámetro de proporción, dado que la máxima varianza que puede tomar este parámetro es cuando las proporciones se igualan.

Gráfico No3: Distribución de las lesiones en tejidos blandos observadas en niños VIH/SIDA que asiste a consulta odontológica regular al CAPEI/UCV comparada con las lesiones en tejidos blandos observadas con los niños VIH/SIDA que no asisten de manera regular y se dirigen al SPEI/HUC 2008-2014



En el gráfico No 4 se aprecia que las lesiones en tejidos blandos bucales se presentaron con la siguiente frecuencia Queilitis con un más del 60% (29 niños) de los casos, sin mostrar un patrón de comportamiento por el tipo de consulta. Adicionalmente podemos observar que más del 70%(5 niños) de las emergencias presentan lesiones por VHS, mientras que el 60% (2 niños) de las lesiones encontrada en consultas presentaron lengua blanca o roja como resultado de una candidiasis bucal pseudomebranosa y eritematosa. Mientras que las otras lesiones mostraron comportamientos similares cercano al 50% en cada caso.

Gráfico No 4: Distribución de acuerdo a la frecuencia de lesiones en tejidos blandos bucales en niños VIH/SIDA que acuden al CAPEI/UCV y referidos SPEI/HUC



En la tabla N° 3 se puede apreciar las lesiones de tejido blandos bucales más frecuentes presentadas en niños VIH/SIDA que acuden al CAPEI/UCV y los niños referidos por el SPEI/HUC, el rango de niños que presento cada lesión, indicándonos que la lesión de tejido blando con mayor prevalencia es la queilitis para ambos grupos. Además que el grupo de emergencias presenta un proporción mayor de lesiones de tejido blando bucal con respecto a de los no emergencias.

Tabla N° 3: Distribución de acuerdo a la asistencia por la presencia y tipo de lesión en tejidos blandos bucales observadas

| Lesiones en Tejidos Blandos Bucales | Columna de emergencias | No emergencias | Total general |
|-------------------------------------|------------------------|----------------|---------------|
| Sin lesión | - | 89 | 89 |
| Virus herpes simple (VHS) | 5 | 2 | 7 |
| Aftas | 4 | 3 | 7 |
| Queilitis angular | 15 | 14 | 29 |
| Candidiasis lingual | 1 | 2 | 3 |
| Total | 25 | 110 | 135 |

Todos los niños estaban bajo terapia antirretroviral y pertenecían a la categoría A1, 20%, A2 27%, B2 48%, C1 5%. (Tabla No 4)

Tabla N° 4: Distribución de acuerdo a la presencia de Lesiones bucales en tejidos blandos según categoría clínica e inmunológica:

| Categoría Clínica e Inmunológica | Sin lesión | Con lesión | Total |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|-------------|
| A ₁ | 24 (18%) | 3 (2%) | 20% |
| A ₂ | 30 (22%) | 7 (5%) | 27% |
| B ₂ | 35 (26%) | 29 (22%) | 48% |
| C ₂ | - | 7 (5%) | 5% |
| TOTAL | 89 (66%) | 46 (34%) | 100% |

Al realizar la prueba estadística de significancia de Pearson se observa significancia con un valor ($p > 0.05$) (Tabla No 5).

Tabla N° 5 Pruebas de significancia estadísticas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|--------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 27.263 ^a | 3 | .000 |
| Razón de verosimilitudes | 30.322 | 3 | .000 |
| N de casos válidos | 135 | | |

a. 2 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.39.

Son dependientes las variables. Como se rechaza la hipótesis nula de que las variables son independientes. Se puede decir que la categoría clínica de inmunológica se encuentra relacionada con la presencia de lesiones. Según tabla N° 5

Tabla N° 6: Pruebas Estadísticas de contraste

| | Número Categoría Clínica e Inmunológica | Sin lesion o con lesion |
|---------------|--|----------------------------|
| Chi-cuadrado | 49.978 ^a | 13.696 ^b |
| Gl | 3 | 1 |
| Sig. asintót. | .000 | .000 |

- a. 0 casillas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5.
La frecuencia de casilla esperada mínima es 33.8.
- b. 0 casillas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5.
La frecuencia de casilla esperada mínima es 67.5.

H₀; Las frecuencias observadas de los pacientes con y sin lesión vs las frecuencia esperadas son significativamente iguales

H₁; Las frecuencias observadas y esperadas son diferentes (dado cargado).

Dado que la estadística de contraste o la significación de la prueba es asintóticamente cercano a cero se rechaza la hipótesis, por lo que podemos concluir que la proporción de pacientes que presenta lesiones es distinta estadísticamente a la proporción de paciente que no presenta lesiones

También podemos decir como consecuencia del valor asintótico del estadístico para la variable categoría de inmunológica, el tipo inmunológico se comportan diferente al los valore esperados, lo que indica que las proporciones de cada uno de ellos son estadísticamente distintos y que no provienen de la misma población.

DISCUSIÓN

En la presente investigación los niños VIH/SIDA que asisten a emergencia exhibieron 4 veces más el riesgo de presentar lesiones en los tejidos blandos bucales, en comparación con los niños que asisten a sus controles periódicos, lo que exige fomentar una relación directa con el odontólogo al momento de aparición de las lesiones y en prevención de las mismas. No se encontró en la literatura revisada ningún trabajo en el cual realizaran está comparación.

Desde hace varios años los reportes en la literatura coinciden al igual que en este estudio, que la candidiasis es la lesión más prevalente en los pacientes VIH/SIDA, observándose que afecta a más de la mitad de los niños VIH/SIDA en diferentes estudios ^{1, 4, 8, 9, 10, 12, 16, 19, 20, 23, 24, 28, 29}. En esta investigación se puede apreciar que las lesiones Virus Herpes Simple, Aftas, Queilitis y Candidiasis en tejidos blandos bucales son lesiones que se presentaron en las mismas proporciones que en estudios anteriores realizados ^{1, 4, 8, 9, 10, 13, 16,17, 19, 21}.

La queilitis angular fue la lesión de tejido blando bucales con mayor frecuencia (22%) en los niños VIH/SIDA que acuden al CAPEI/UCV, seguida de VHS (5%) y aftas con un (5%) y candidiasis con menor frecuencia, en un estudio anterior realizado en este mismo centro se observó una discrepancia, arrojando como la lesión de tejidos blandos bucales más frecuente a la candidiasis con un 43,8 % en el 2006 ⁸.

Velasco E²⁰ en su estudio refleja La gingivitis en los niños VIH/SIDA con una frecuencia del 68% más alto de lo que reporta la literatura en adultos, mientras que ptros autores Rioboo R y col; Davila M. y col; González R y col; Soto M y Col. Coinciden con el estudio de Guerra ME y col. ^{7 - 10, 13- 29}.

A diferencia de otros estudios realizados en la en la Universidad de San Francisco California estados Unidos por Ramos y cols. El 29,72% de los pacientes estudiados presentaron manifestaciones bucales asociadas al VIH/SIDA; siendo la más común la candidiasis bucal con un porcentaje menor al nuestro 19,44%²⁹.

Se puede observar que del grupo total de niños VIH/SIDA que asisten a consultas en el servicio de CAPEI/UCV⁷ referidos del SIP/HUC (25 niños) presentaron lesiones en tejidos blandos bucales indicándonos que un 100% del grupo presento dicha lesiones, nos llama la atención que el odontólogo ha tenido poca participación en el diagnóstico temprano y prevención de las mismas, mientras que en el caso contrario donde los niños acuden a su consulta control de forma regular se reduce el porcentaje ya que solo un 19% del grupo se ve afectado por las lesiones de tejido blando bucal^{4, 14, 17- 21- 28, 30}.

CONCLUSIÓN

Las lesiones de tejidos blandos bucales asociadas a las infecciones VIH/SIDA son componente fundamental del diagnóstico, pronóstico y la progresión de la enfermedad y en este estudio se presentaron en el 80% de la población. Tenemos que existe una probabilidad alta que un niño con VIH/SISA que asista a la consulta control puede presentar menos lesiones, de allí la importancia del control.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soto M., Hoffmanl. Manifestaciones bucales en niños VIH/SIDA que asisten al Servicio de de odontopediatría de la Universidad de Carabobo. En la Ciudad Hospitalaria "DR. Enrique Tejera" ODOUS CIENTIFICA enero-junio 2005. Vol VI; No 1
2. Riboro R. Estudio epidemiológico de las enfermedades y alteraciones bucodentales: patrones cambiantes y tendencias. Epidemiología de las lesiones en tejidos blandos. En Riboro R.Odontología preventiva y odontología comunitaria Madrid:Ed Avances 2002.1127-54
3. Bezerra S., Costa Isabel. Oral conditions in children from birth to 5 years: findings of children's dental program. J Clin Pediatr Dent 2000; 25:79-81
4. Riboro Crespo MR., Planels del Pozo P., Riboro Garcia. Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños. Med. Oral.patol oral.ciru oral. 2005 Dic:10 (5):376-378
5. Velasco E. Odontoestomatología y SIDA en enfoque interdisciplinario. Barcelona: Graficas Alga SA, 2002.
6. Sedano H. Frecuent oral diseases in HIV positive and AIDS patients in www.dent.ucla.edu (consultado 12 de octubre de 2014)
7. Exposito AJ., Vallejo E., Martos E. Manifestaciones orales por la infección de VIH en la infancia:Articulo de revisión. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004;9:410-20.
8. Tovar V., Guerra ME., Blanco L. Manifestaciones Bucales en VIH/SIDA en edad Temprana. Acta Odontológica Venezolana 2006. Vol. 44, No 3
9. Davila María E., Gil Maritza. Manifestaciones orales y caries dental en niños expuestos al virus de inmunodeficiencia humana. Rev. Salud Pública. 2011 Oct; 13 (5): 833-843
10. González R., Nevárez A., Bologna R., Gil R. Lesiones frecuentes de la mucosa bucal en niños y adolescentes. Rev. ADM 2011. Vol .LXVIII.,No .1: 7-24
11. OPS/OMS. La Salud bucodental repercusión del VIH/SIDA en la práctica odontológica. Organización Panamericana para la Salud. Washington, 1994.
12. Centers For Diseases Control And Prevention. USA. (CDC/Atlanta): 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.
13. 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; 1996; 82: 402-407.
14. Ceballos-Salobreña A., Aguirre-Urizar J., Bagán-Sebastián JV. Prevalencia y distribución de las candidosis orales en pacientes con SIDA establecido. Medicina Oral; 1996; 1: 6-10
15. Touyz L., Harel-Raviv M., Prosterman B., Gornitsky M. Candida infection of the tongue together with candida infection of the palate in patients with the human immunodeficiency virus. Quintessence Int; 1997. Vol 27: 89-92.
16. 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; 1997. Vol 3: 176-183.
17. Hodgson TA. HIV associated oral lesions: prevalence in Zambia. Oral Dis; 1997; 3 (Supl I): 546-550.
18. Sancho Escobar S., Chimenos Küstner E. Manifestaciones clínicas bucales y marcadores serológicos en la infección por VIH: actualización JANO EMC; Diagnóstico Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona. 1997; Vol. 56; No. 1305: 70.
19. 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 2003; Vol. 41 No. 1

20. Guerra ME., Tovar V.; Atención Odontológica a niños VIH(+). Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. 2001; Vol.64; No 4.
21. Tovar V., Guerra ME., Bravo IM., Albornoz E., Lambertini A., Ibarra G., Brito A. Manifestaciones Bucales e Infecciones Oportunistas más frecuente encontradas en 208 pacientes con Infección por VIH/SIDA. Acta Odontológica Venezolana 2003. Vol.40 N° 3.
22. Solis G., Castillo M., Torres R. Manifestaciones orales en niños con VIH/SIDA hospitalizados en el Servicio de Infectología del Instituto de Salud del Niño (enero-junio 1998). Dermatología Peruana 2000 Vol 11 No 2
23. Tovar V., Albornoz E., Guerra ME.,Lazarde OJ. Prevalencia de Candidiasis Bucal en pacientes VIH(+); Estudio Retrospectivo. Acta Odontológica Venezolana 2004; Vol.42; No 3
24. Bravo IM. Lesiones en Pacientes VIH/SIDA y su Relación con la Carga Viral y el conteo de la subpoblación de CD4. Trabajo Especial de Grado para optar al título de Magíster Scientiarum en Medicina Bucal. Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela Mayo 2003.
25. INFORED SIDA. Herpes Simple úlceras bucales y herpes genital 2003 Nuevo México Hoja Número 508E
26. Ceballos A., Aguirre JM., Antunes JM., Bagan JV y Ceballos 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.
27. Porter SR., Luker J., Scully C., Kumar N., Lesiones Orales en pacientes expuestos a infección por VIH en el Reino Unido . Estudio de 10 años, Medicina Oral; 1999; 4: 455-469.
28. Clotet B., Ruíz L . Valor de la carga vírica en el manejo de los pacientes con VIH. Pub. Of. SEISIDA; 1996; Vol. 7: No. 9: 499-506.
29. Chimenos E, Malagón S, Pérez de Rozas M, Caldentey C, Jané E, López J, Roselló Prevalencia de patologías bucales en pacientes infectados por VIH. Enfermedades de Transmisión Sexual; 1996; Vol. 10: 99-104.
30. Luzardo F., Sol J., Benito M., Benito M., And Bernardoni C. Manifestaciones Bucales Asociadas al VIH-SIDA Pediátrico Noviembre 11, 2009 <https://iadr.confex.com/iadr/venez09> (Consultado el 12 de octubre de 2014)