

## Trabajos Originales:

**COMPARACION DE LA PRESENCIA DE QUEILITIS ANGULAR EN NIÑOS VIH(+) y VIH(-), HIJOS DE MADRES SEROPOSITIVAS***Recibido para arbitraje: 22/02/2007**Aceptado para publicación: 17/05/2007*

- **Carrasco C, William; Guerra G, María Elena; Tovar Vilma.**

Centro de atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas "Dra. Elsa La Corte". Facultad de Odontología. (CAPEI/UCV) [Universidad Central de Venezuela](http://www.univice.edu.ve).

**Resumen:**

En niños la vía más común de infección por VIH/SIDA es la forma vertical; es decir de madre infectada a hijo. Su inmunosupresión, permite la instalación de enfermedades oportunistas, siendo la cavidad bucal un lugar ideal para la presencia de estas lesiones. De ellas la más frecuente es la candidiasis bucal. Objetivo: Comparar la frecuencia de candidiasis bucal en su forma queilitis angular en niños VIH (+) con los VIH (-) verticalmente expuestos. Materiales y métodos: Se realizó la Historia Clínica a un total de 59 niños (0 a 4 años), 32 VIH (+) y 27 VIH (-), que asistieron al CAPEI/UCV 2003-2004, siguiendo el protocolo correspondiente. Se realizó cultivo para determinar candidiasis. La prueba estadística fue Chi cuadrado de Pearson. Resultados: De los 59 niños examinados, el 58,8% (30), presentaron alguna lesión en labio. El 50,5% de los niños (16) fueron diagnosticados con candidiasis en su forma de queilitis angular, de los cuales el 75,5% (12) eran VIH (+), en comparación con el 25,9% (4) eran VIH (-). Al aplicar la prueba de chi cuadrado de Pearson se observó una alta significación estadística (P= 0,001) en relación a la presencia de queilitis angular en ambos grupos. Conclusión: Los resultados reflejan significancia estadística de la presencia de queilitis angular en los niños VIH(+), en la población estudiada lo que pone de manifiesto la importancia que tiene la participación del Odontopediatra en el manejo del diagnóstico y tratamiento de las lesiones bucales en los niños VIH(+).

**Palabras clave:** Niños, VIH/SIDA, , verticalmente expuestos, queilitis angular candidiasis.

**Abstract**

Vertically-acquired infection HIV/AIDS is commonly seen in children; in other words, mother-to-child transmission. Immuno-compromised state, permit the installation of opportunist infections where the oral candidiasis is the most frequent. Objective: to compare frequency of oral candidiasis present as angular cheilitis in children HIV (+) and VIH (-) vertically exposed. Subjects and Methods: 59 children (aged 0 to 4), 32 VIH (+) y 27 VIH (-) from the CAPEI/UCV 2003-2004, were clinically examined following the corresponding protocol. Oral samples were cultured for Candida growth. Statistical analyses using Chi square the Pearson were made. Results: Of 59 children examined, 58, 8% (30) presented any lip lesion. 50, 5 % (16), were oral candidiasis as angular cheilitis diagnosed, where 75, 5% (12) were HIV (+) compare to 25,9% (4) VIH (-). The Chi square test show high statistical significance (P= 0,001) related to angular cheilitis in both groups. Conclusions: These results indicate the statistical significance of angular cheilitis in HIV (+) children in the total study group and shows up the fundamental Pediatric Dentistry participation in the diagnosis and treatment of oral lesion in children VIH (+).

**Key words:** Children, HIV/AIDS, vertically exposed, angular cheilitis, candidiasis.

**INTRODUCCIÓN**

Las primeras descripciones de infección por el VIH en niños, estuvieron basadas casi por completo en aspectos clínicos. A comienzos del año 1982 se observaron en algunas comunidades, lactantes y preescolares con deficiencia inmunológica profunda, falta de crecimiento y desarrollo de infecciones difíciles de controlar, crónicas y oportunistas con frecuencia mortales. Los inmunólogos e infectólogos pediátricos, al comienzo estaban confundidos y desconcertados y asociaron los cuadros clínicos con los observados en los adultos y sólo se limitaron a un diagnóstico clínico de niños con enfermedad avanzada en quienes la disfunción inmunológica estaba caracterizada por hipergammaglobulinemia y una importante disminución de linfocitos T CD4. (1)

De la experiencia en el manejo odontopediátrico del paciente VIH (+) en el CAPEI/UCV, podemos afirmar que en ellos las manifestaciones bucales se comportan de manera más compleja y dado que el VIH incrementa todas las infecciones bucales, cuando se tratan de manera convencional, no responden de la manera esperada. Por otro lado, debido a su condición sistémica, estos pacientes pediátricos necesitan vigilancia y control bucal permanente. Muchos autores afirman que en los

pacientes VIH (+) se observan complicaciones con otras infecciones de origen general, como son las infecciones oportunistas, y en el 90% de los pacientes se presentan manifestaciones bucales en el transcurso de la enfermedad. (2,3,4,5,6)

Hay noticias que cada día se infectan más de dos mil niños con VIH en el mundo. En el año 2001 cinco millones de personas se infectaron con VIH, y de esa cantidad, 800.000 fueron niños, lo que da un 16% del total de infectados. Estudios indican que aproximadamente el 85% de los niños infectados han contraído el VIH intrauterinamente, bien sea en la fase temprana del embarazo o en el período prenatal. (7, 8)

Se estima que 1.5 millones de menores de 15 años se encuentran infectados por el VIH de un total mundial de adultos infectados de 18.5 millones. En algunas ciudades del este de los Estados Unidos de Norteamérica, el Sida es la principal causa de muerte entre niños de dos a cinco años de edad, así como en ciertas comunidades del África. (9, 10)

Los expertos matemáticos hacen proyecciones asegurando para Venezuela un número de 300.000 casos de SIDA. (11)

Entre los factores que tienen estrecha relación con la vulnerabilidad de los niños a la infección VIH se encuentran el aumento en la tasa de infección en mujeres en edad reproductiva, la carencia de programas educativos y preventivos en el control del VIH en gestantes. Esto señala el porqué la transmisión vertical se ha convertido en el objeto primordial en la prevención del VIH-SIDA. (12)

El programa Nacional SIDA/ITS indica que en Venezuela para el año 2003 hubo 13.527 casos (reportados y conocidos) en niños entre 7 y 10 años. Los cálculos de ONUSIDA señalan un número de 62.000 personas que viven con VIH. (13).

#### **QUEILITIS ANGULAR:**

La candidiasis es la micosis más frecuente de la cavidad bucal, produciendo placas blancas adherentes distribuidas irregularmente en la mucosa bucal, que suele acompañarse de inflamación y grietas de las comisuras labiales y de costras en labios.(6; 14; 15; 16; 17; 18; 20)

El término queilitis es el más común para designar estados inflamatorios de la submucosa labial o comisuras labiales en forma de úlceras.(21)

Esta lesión de los labios algunos autores la clasifican dentro de las formas de presentación de la candidiasis.(6; 14; 20; 21)

La etiología es multifactorial, dentro de los que se encuentran la inmunosupresión; trastornos nutricionales y hematológicos. Sin embargo, estos no son índices patognomónicos que permiten precisar el carácter de la enfermedad, como en el caso de la anemia secundaria (Microcética hepociómica), que presenta en los casos graves cambios atróficos de la lengua. La combinación de anemia, grietas en las comisuras labiales, enrojecimiento de la lengua y disfagia se conoce con el nombre de Phummer-Vinson. Ocurre principalmente en mujeres y depende de la carencia de hierro y complejo vitamínico B.(21)

En la infección por VIH, la queilitis angular con candidiasis es una manifestación de la enfermedad que se presenta en 1 de cada 10 pacientes con VIH, 12 donde la Candida se presenta sola o asociada con el estafilococo áureo. Se presentan otros signos como sensibilidad leve, ardor o ambos. Puede presentarse durante el período inicial y el de VIH progresivo, algunas veces en conjunto con xerostomía. En la etapa pre-SIDA, es común ver queilitis en pacientes con disminución de la dimensión vertical oclusiva o trastornos por avitaminosis B. No es frecuente en pacientes jóvenes.(21)

La queilitis es una lesión de indicación de varias enfermedades generales, que forman parte simplemente del dato sugestivo o sugerente de una enfermedad. No es índice patognomónico, aunque siempre suele aparecer en trastornos nutricionales, trastornos hematológicos, candidiasis, y en el VIH; en este último puede presentarse la queilitis asociada solo con candida, o además con el estafilococo áureo.(22)

#### **LESIONES BUCALES DEL NIÑO VIH/SIDA:**

Las lesiones bucales pueden estar dentro de los primeros síntomas de la infección por VIH y pudieran utilizarse para el diagnóstico precoz de esta infección, también por medio de ellas podemos predecir el estado inmunológico y el progreso de la enfermedad (2).

La inmunopatogénesis específica de las lesiones bucales permite establecer una correlación con el avance de la enfermedad. La disfunción de las células T se relaciona con la presencia de infecciones oportunistas como la candidiasis bucofaringea, los niños con defectos en las células tienden a sufrir más infecciones como candidiasis bucal, herpes simple y úlceras recurrentes, mientras que los que presentan trastornos fagocitarios sufren más enfermedades periodontales y parotiditis (23).

A continuación señalaremos la clasificación de lesiones bucales en pacientes VIH/SIDA emanada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en 1994 y utilizada como protocolo del Centro de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas (CAPEI/UCV)

#### **Infecciones micóticas**

La candidiasis producida por la candida albicanses la infección micótica bucal más común en pacientes seropositivos. Se han

reportado otras como la histoplasmosis y la producida por el *Cryptococcus neoformans*; pero desde que se notificaron los primeros casos de SIDA en 1981 se ha establecido por medio de reportes que la candidiasis bucal podría ser uno de los primeros signos de la inmunosupresión por VIH. Hasta ahora se ha notificado una prevalencia de candidiasis bucal de 30% a 90% en los pacientes VIH (+). En un estudio realizado en Grecia en 1999, sobre las manifestaciones bucales del VIH, en quince niños infectados por transmisión vertical, se encontró que la candidiasis era la patología más frecuente. En un estudio realizado en Brasil con un grupo de 41 niños VIH (+) se encontró que el 40% presentó candidiasis bucal. La queilitis angular es una manifestación de la candidiasis y se presenta como fisuras o ulceración de las comisuras labiales, puede presentarse durante los períodos iniciales y en el VIH progresivo algunas veces se presenta en conjunto con xerostomía y pudiera dejar huellas (24;25).

#### **Infecciones bacterianas**

Varios tipos de bacterias se han asociado a infecciones bucales con el VIH/SIDA las más comunes son las periodontales, parecidas a la gingivitis ulceronecrotizante aguda y otra entidad menos agresiva es la gingivitis lineal o eritema gingival lineal; éste se presenta como una banda eritematosa en todo el trayecto de la encía marginal, de 2 a 4 mm de ancho, o como una inflamación de la 65% vertical papila interdental, siempre acompañada con sangrado espontáneo y que cede con los tratamientos convencionales de control de la placa dental (26).

Los tejidos duros también se ven afectados por este tipo de infección como la caries dental, que en estos niños se agrava no sólo por su condición, sino también por la xerostomía presente debido al mal funcionamiento de las glándulas salivales, los medicamentos antirretrovirales, una alta ingestión de azúcar y la poca higiene bucal.

#### **Infecciones virales**

En los pacientes seropositivos se han observado infecciones por virus de herpes simple, herpes zoster, citomegalovirus, papiloma humano y Epstein Barr. El virus de herpes simple es una infección bastante común en niños VIH (+), sus características son similares a la de los niños sanos, puede ser primario o secundario, observándose en encía, labios, paladar e incluso en la zona peribucal. La diferencia fundamental está en que en los niños VIH (+) las lesiones son más duraderas, más frecuentes y más severas (25).

#### **Otras lesiones**

- **Aftas recurrentes**

De gran tamaño, dolorosas y de larga duración. Al principio en pacientes inmunocompetentes se presentan como pequeñas pápulas que se ulceran sin agrandarse, en niños VIH (+) pueden alcanzar tamaños hasta de 1 cm. Por lo general cicatrizan entre una a dos semanas pero en estos pacientes pueden ser más duraderas. Su etiología aún es desconocida (24;25).

- **Agrandamiento parotideo**

Los agrandamientos de las glándulas salivares principalmente la parótida son una manifestación común en niños seropositivos (6;24;25;26). Puede ser unilateral o bilateral, indolora, persistente o transitoria, usualmente recurrente, no necesariamente hay xerostomía. Su etiología es desconocida pero se ha asociado a infección por citomegalovirus (24).

- **Xerostomía**

La boca seca es una molestia común en los niños seropositivos, esto produce no sólo un aumento en la presencia de la caries dental sino también un aumento de la enfermedad periodontal (25;25). Esta manifestación puede deberse a la enfermedad, a los medicamentos empleados, o a ambas.

#### **OBJETIVO**

Comparar la frecuencia de candidiasis en su forma de queilitis angular en niños VIH (+) con los VIH (-) verticalmente expuestos, que acudieron al CAPEI/UCV, en el período 2003- 2004.

#### **MUESTRA**

Criterio de inclusión: Se seleccionó para este estudio a todos los niños venezolanos quedando una muestra de cincuenta y nueve niños (59), de los cuales treinta y dos (32) VIH/SIDA y veintisiete (27) VIH (-), todos nacidos de madres VIH/SIDA, que asistieron al CAPEI/UCV en el período 2003- 2004.

#### **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Se empleó un diseño no experimental, de tipo transversal por su dimensión temporal, ya que la evaluación se realizó en un año al grupo de niños de 0 a 4 años que asistieron a la consulta de pacientes VIH (+) y VIH (-) verticalmente expuestos, que asistieron al CAPEI/UCV, período 2003- 2004.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó la historia clínica siguiendo el protocolo de CAPEI/UCV a los niños de 0 a 4 años VIH (+) y VIH (-) todos hijos de madres seropositivas. Que incluía un interrogatorio para obtener datos en cuanto a enfermedades padecidas personales y familiares y un examen clínico bucal para evaluar las lesiones y determinar necesidad de estudios complementarios.

Para el diagnóstico de la candidiasis orofaríngea o mucocutánea, suele ser suficiente la observación clínica, pero en ocasiones se precisa la confirmación, para lo cual las lesiones deben ser raspadas o biopsiadas. Las pruebas de laboratorio para el diagnóstico de la lesión requieren la extirpación de una parte de la placa candidiásica, la cual se extiende sobre un portaobjetos, se macera con hidróxido de potasio al 20% y después se examina en un microscopio para observar si existen hifas típicas. Los cultivos para la identificación del hongo se realizan en diferentes medios que incluyen el caldo sabouraud, agar sangre y agar harina de maíz. por lo que se realizó la toma de muestra y cultivo para determinar candidiasis.

La prueba estadística aplicada fue Chi cuadrado de Pearson.

## RESULTADOS:

En el presente estudio encontramos los siguientes resultados: 30 niños (58%), presentaron alguna lesión en labio. En 16 niños (50,5%) se diagnosticó candidiasis en su forma de queilitis angular, de los cuales el 75,5% (12 niños) son VIH (+), y el 25,9% (4 niños), VIH (-). (Cuadro No 1).

**Cuadro No: 1.** Distribución de candidiasis en forma de queilitis angular en los niños de 0 a 4 años que acudieron al CAPEI/UCV 2003 - 2004

**Cuadro No: 1. Distribución de candidiasis en forma de queilitis angular en los niños de 0 a 4 años que acudieron al CAPEI/UCV 2003 - 2004**

Manifestación Bucal	VIH/SIDA	Expuestos	Total
Candidiasis	23 (71,9%)	7 (25,9%)	30 (58,8%)
Queilitis angular	12 (75,5%)	4 (25,9%)	16 (50,5%)

Fuente: CAPEI/UCV

Luego de aplicarse la prueba de Chi cuadrado de Pearson, se apreció una alta significación estadística (P=0,001) en relación a la presencia de queilitis angular en niños VIH/SIDA.  
p valor 0,001 or = 7,3

## DISCUSIÓN

En este trabajo obtuvimos un porcentaje de 50,8% de niños que presentaron candidiasis bucal al igual que en otras investigaciones, la Candidiasis Bucal constituye una de las lesiones más frecuente en niños VIH/SIDA, posee un enorme valor clínico, ya que pueden ser una de las primeras manifestaciones en los pacientes VIH/SIDA, constituyéndose no solo como indicador precoz de la enfermedad, sino como marcador de la severidad y marcador pronóstico de la misma. (14)

Actualmente más de treinta especies de candida han sido aisladas, de las cuales solo alrededor de una docena poseen facultad para adaptarse a la temperatura corporal (37°C) y constituirse ocasionalmente como patógeno para el hombre (15, 16). En nuestro trabajo solo reportamos Candida Albicans

Las lesiones bucales son variables, pero la forma mas frecuente de candidiasis es la seudomembranosa, los grupos de edad que mas se afectan son: los recién nacidos (5%), los pacientes con cáncer (5%), los ancianos debilitados (10%), se presenta en mas de la mitad de los pacientes con leucemia y en el 70% de los pacientes infectados por el VIH/SIDA. A diferencia de este estudio nosotros nos limitamos solo a la queilitis angular.(17, 18, 19)

Otros estudios señalan que la queilitis angular es común en personas HIV(+) pero puede ocurrir en personas no infectadas, enfatizando que la queilitis angular en sí misma no es diagnóstica o específica de VIH/SIDA.(20) . A diferencia del trabajo mencionado anteriormente nosotros encontramos significancia estadística cuando comparamos la presencia de queilitis angular en los niños VIH(+) con los seronegativos obteniendo un P valor de 0,001.

A pesar que no fue motivo de este estudio, cabe destacar que a nivel bucal la infección es superficial, afectando la región externa de los labios y la piel que los rodea, pero en pacientes con compromiso del sistema inmune, como es el caso de individuos VIH/SIDA, la infección puede extenderse al sistema digestivo, bronquios y pulmones o a otros órganos. (26)

Cabe mencionar que a pesar de no ser motivo de este estudio, la queilitis angular ha sido asociada a bacterias por algunos autores como el estafilococo áureo y por estreptocóc (22; 28)

**CONCLUSIÓN:**

Los resultados reflejan significancia estadística de la presencia de queilitis angular en los niños VIH(+), en la población estudiada, lo que pone de manifiesto la importancia que tiene la participación del Odontopediatra en el manejo del diagnóstico y tratamiento de las lesiones bucales en los niños VIH(+).

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Caldwell BM, Rogers MF. Epidemiología de la infección por virus de inmunodeficiencia humana en niños. *Clin Pediatr North Am* 1991; 1:1-17.
2. Márquez de Ríos, MT. Guía para el Odontólogo de Manifestaciones Bucales del Paciente VIH/SIDA. Congreso de Patología Bucal, Caracas, 1995.
3. Suárez 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 1995.
4. Guerra ME, Casanova ME, Suárez JA, Salazar A; Tratamiento Odontopediátrico de un Paciente VIH (+) Bajo Anestesia General. Primer caso en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. *Acta Odontológica Venezolana* Vol. 41 N° 1; 2003.
5. Tovar V; Guerra ME y otros. Infecciones de Transmisión Sexual en 317 Pacientes Positivos al Virus de Inmunodeficiencia Humana. *Farmacia al Día*, Vol. 148, Edición N° 4. 2002.
6. Velasco E; Odontostomatología y Sida un Enfoque Interdisciplinario. Gráficas Alga, SA Barcelona 2002.
7. Bianco M; Dagans L; Re M. "Mujer, Sexualidad y Sida" Global Reproductive Health Forou. Web site. 1998
8. Del Río Sollesi, Aurora. La epidemia del VIH/SIDA y la mujer en México. *Salud Pública en México*, Vol. 37, N°. 6, Pag 581-591. 1995
9. Pizzo PA, Wilfert CM. *Pediatric AIDS: the challenge of HIV infection in infants, children and adolescents*. 2a ed. Baltimore: William and Wilkins, 1994.
10. Conasida. Situación del Sida en México. Datos actualizados hasta el cuarto trimestre de 1995. *SIDA/ETS*. 1995; 1: 1-16.
11. Libsen Rodríguez. Metas del Milenio para el control del VIH/SIDA. Organización de las Naciones Unidas. *Diario El Nacional* 05-12-2003.
12. Ministerio de Salud de Colombia y ONUSIDA Colombia. Infección por VIH y Sida en Colombia: Aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual: Un balance histórico hacia el nuevo siglo. Santa Fé de Bogotá. 1999.
13. ONUSIDA/Venezuela. VIH/SIDA en Venezuela. Análisis de la situación y recomendaciones. Resumen 1998.
14. Castro, G F.; Souza, I.P.R.; Fonseca, R. et al. Frecuencia de manifestacoes bucais em crianzas infectadas pelo HIV. In: *Reuniao Anual Da Sociedade Brasileira De Pesquisa Odontologica*, 15, 1998, Aguas de Sao Pedro. *Anais...* 1998. p 154.
15. Tovar V; Albornoz E; Guerra ME & Lasarde J. Prevalencia de candidiasis bucal en pacientes

- VIH/SIDA: Estudio retrospectivo. Acta Odontologica Venezolana Vol.41 N°. 2; 2004
16. Mata M & Perrone M. Factores determinantes de patogenicidad en relación a la ecología de *Cándida Albicans* en cavidad bucal. Act Odont Venez 2000; 39(2):55-60;
  17. Mata M. Candidiasis, micosis mas frecuente en odontología. Act Odont Venez 1987;XXI(2):379-385)
  18. Sullivan D & D Coleman. *Candida dubliniensis*: characteristics and identification. J Clin Microbiol 1998;36:329-334
  19. Regezi J & J Sciubba. Patología bucal. 2ed. Mc Graw-Hill México, 1995;pp126-127
  20. *Cándida*. Datos obtenible en <http://www.odontologia-online.com/casos/part/AL/AL08/al08.htm>. Consulta: 29 de enero 2007.
  21. *Queilitis angular*. Datos obtenibles en <http://odontologiaa.mx.tripod.com/sida.html>. Consulta: 29 de enero 2007
  22. *Queilitis*: Revisión bibliográfica. GARCIA LOPEZ, Eneida, BLANCO RUIZ, Antonio O., RODRIGUEZ GARCIA, Luis Orlando et al. Rev Cubana Estomatol, vol.41, no.2, Mayo-ago. 2004,
  23. Principales enfermedades infecciosas. En: Infección por VIH en el complejo bucal. Santana IC. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; p. 73 - 87.2000
  24. Dilu NJ, Giyulu N. Recurrent parotitis in children and VIH infection. Apropos of 4 cases. RevStomatol ChirMaxillofac 99(1):40-43.
  25. OPS/OMS La salud bucodental repercusión del VIH/SIDA en la práctica odontológica. Organización Panamericana de la Salud. Washington 1994
  26. Guerra ME & Tovar V Manejo Odontológico del Niño VIH/SIDA. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría Vol.64 No. 4 Diciembre 2001
  27. Laskaris G. Patología de la cavidad bucal en niños y adolescentes. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica. Caracas 2001;23:250-257.
  28. Garcia E; Blanco A;Rodríguez L ; Reyes D; Sortes OQUEILITIS. REVISION BIBLIOGRAFICA <http://www.odontologiaonline.com/casos/part/LOR/LOR03/lor03.html>