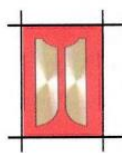


Estudio de manifestaciones orales en pacientes niños y adolescentes VIH/SIDA en una fundación de Santiago de Cali 2005.



*Colegio Odontológico Colombiano
Sede Santiago de Cali*

Autores:

Giraldo M., Jacqueline

Mafia T., Michell

Urriago R. Catherine

Soto C. Yeimi

Quintero R. Juliana

Pimentel Q. Lidizabeth

Asesores Científico

Sánchez Henao, Diego Fernando

Asesor metodológico

Bravo Valenzuela, Sonia

Asesor estadístico

Mueses Marín, Héctor Fabio

Artículo producto de investigación como trabajo de grado para optar al título de profesional en Odontología.

Institución Universitaria Colegios de Colombia
Colegio odontológico colombiano - COC
Sede Santiago de Cali.
2005-10-30

ESTUDIO DE MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES NIÑOS Y ADOLESCENTES VIH/SIDA EN UNA FUNDACION DE SANTIAGO DE CALI 2005

^{1,2}Giraldo M. Jacqueline, ²Maffia T. Michell, ²Urriago R. Katherine, ²Soto C. Yeimi, ²Quintero R. Juliana, ²Pimentel Q. Lidizabeth, ³Sanchez Diego F. OD,COM, ⁴Bravo Sonia OD, MSC, ⁵Mueses M. Héctor Est. ¹Investigador principal, ²Estudiantes X semestre Colegio Odontológico Colombiano Extensión Santiago de Cali, ³Asesor científico, ⁴Asesor metodológico, ⁵Asesor estadístico.

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar la frecuencia de las lesiones orales más comunes en pacientes VIH – SIDA de 6 meses a 17 años de una fundación en Santiago de Cali de enero de 2004 a diciembre de 2005.

MATERIALES Y METODOS: Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Pacientes niños y adolescentes VIH – SIDA entre 6 meses a 17 años de una Fundación de la ciudad de Santiago de Cali. Se definió por muestreo no probabilístico por cuotas, con tamaño de muestra de 30 pacientes. Para la recolección de la información se utilizó un formulario semiestructurado de 19 ítems. Para el procesamiento de la información se llevó a cabo un análisis univariado y bivariado.

RESULTADOS: De los 30 pacientes, el 66.7% tenía entre cinco y nueve años, el 43.3% presentó inmunosupresión normal y carga viral indetectable, el 93.3% estaba recibiendo terapia antirretroviral. La gingivitis asociada a VIH fue la lesión más prevalente con un 56.6%, el 86.7% presentó algún tipo de manifestación oral. El 73.1% presentó índice de higiene oral mayor a 26% y manifestaciones orales.

CONCLUSIONES: Más de la mitad de los pacientes presentaron algún tipo de manifestación oral en el momento del examen clínico. La patología bucal más prevalente fue la gingivitis asociada a VIH seguida de la lengua saburral y casi el total de la población que se encontraba recibiendo terapia antirretroviral presentó manifestaciones orales.

PALABRAS CLAVES: VIH – SIDA en niños, lesiones orales, inmunosupresión, carga viral, conteo de CD4.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Make the right frequency of oral lesions on more common patients HIV/AIDS from 6 months to 17 years old at the Santiago de Cali foundation.

METHODS AND MATERIALS: Observative study with transversal cut. The most people were infants and adolescents living with HIV/AIDS between 6 months to 17 y/o at the foundation. It was defined with an example of 30 patients through a different statistics; with an amount of 30 patients, to get the information we used a semistructured format of 19 items and once evaluation to give the diagnostic of oral manifestations, following OMS guide.

RESULTS: Of 86.7 % developed some type of oral manifestation, the gingivitis was the most popular condition 56.6%, also the most affected area was the gingiva. the 66.7% of patients were between 5 and 9 y/o, 40% presented moderate and severe immunosuppression. the viral load was undetectable 93.3% patients were taking antiretroviral therapy.

CONCLUSIONS: More than half of the patients developed some type of oral manifestation at the moment when they were evaluated, the buccal pathology more noticeable was the gingivitis in conjunction with saburral tongue and almost the total of the population that was found receiving antiretroviral therapy developed oral manifestation.

INTRODUCCION

El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad producida por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual infecta y destruye las células del sistema inmune originando una falla progresiva y grave en los sistemas de defensa del organismo, exponiendo al individuo a diferentes enfermedades oportunistas que se manifiestan en cavidad oral¹; la transmisión del VIH en los niños se origina por la vía perinatal, a través de hemoderivados o por contacto sexual. Algunos aspectos importantes de la enfermedad en el paciente pediátrico comprenden: retraso en su desarrollo y aparición de síntomas depresivos.

Según las estadísticas mundiales de VIH en niños, la incidencia de casos de SIDA reportados por cada 100.000 niños son: 6.6% entre los negros, 2.3% entre los hispanos, 4% entre los blancos, 4% entre los indios norteamericanos y nativos de Alaska, y 3% entre los asiáticos y procedentes de las islas del Pacífico.

La epidemia de VIH/SIDA en Colombia es superada en Latino América únicamente por el número de casos acumulados de infección en Brasil y México. De los 20.604 casos acumulados de infección por VIH reportados en Colombia hasta Marzo de 1999, 3.412 habían muerto a causa del SIDA. La tasa más alta de incidencia acumulada se registra en el Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá (63.0 por 100.000 habitantes), seguida del Valle del Cauca, Antioquia, Atlántico y Santander.

La epidemia VIH-SIDA es cambiante y varía a nivel de cada país, afectando con mayor impacto a poblaciones vulnerables con inadecuados factores socio demográficos². Tal como lo reportan en Afro América donde los recién nacidos tienen más posibilidades de estar infectados que los bebés de otros grupos raciales, debido a que la mayoría de niños VIH+ son hijos de una madre infectada y por lo general no reciben atención médica adecuada o donde los antirretrovirales no están disponibles.

El impacto de la infección por VIH y sus consecuencias en el campo de la salud es de gran importancia y es necesario que el odontólogo dentro de su formación profesional identifique las manifestaciones orales clínicas más comunes³.

Existen diversos factores que influyen en la prevalencia e incidencia de las lesiones orales de pacientes VIH+: carga viral, conteo de células CD4, toma de medicamentos antirretrovirales y otros, para controlar enfermedades oportunistas o infecciosas, así mismo como una pobre higiene oral. Estos factores deben ser tenidos en cuenta para aclarar mejor el diagnóstico y manejo de la población infantil con VIH-SIDA⁷.

Es importante resaltar que el sistema inmune de los niños todavía está en desarrollo. Ellos tienen una respuesta diferente a la infección con el VIH, el recuento de células T y la carga viral son más altos que en los adultos. La carga viral de un bebé generalmente disminuye hasta la edad de 4 y 5 años, y luego se estabiliza, los niños también responden diferente a los medicamentos anti VIH. Parece que recuperan más su respuesta inmune que los adultos.

Hasta el momento se conoce que las lesiones bucales pueden ser un factor pronóstico de la infección por VIH. Varios estudios han demostrado que las manifestaciones orales más comunes en pacientes pediátricos con infecciones VIH, son posiblemente predictoras en la progresión de esta enfermedad especialmente en países pobres donde las pruebas de laboratorio no son muy confiables para su identificación⁸.

Una manifestación oral es el primer síntoma en aproximadamente la mitad de niños infectados con el VIH. Existen estudios importantes que muestran la correlación entre lesiones orales y la progresión del virus del VIH. Algunos estudios reportan que las lesiones orales se asocian significativamente con cargas virales mayores a 10.000 copias/ml.

Las enfermedades periodontales en pacientes VIH+ incluyen las formas convencionales de gingivitis, periodontitis y alteraciones producidas por

infecciones bacterianas, micóticas, virales y neoplásicas^{9,15}.

En adultos, la candidiasis bucal reporta una prevalencia de 30 a 90% en personas VIH+. En niños infectados la incidencia de candidiasis pseudomembranosa fue de 43% a los 6 meses de nacimiento. La candidiasis oral (definida como candidiasis pseudomembranosa o eritematosa) se asoció positivamente con bajos niveles de CD4 y con la aparición de placa¹¹. La queratitis angular es una manifestación de la candidiasis y se presenta como fisuras o ulceraciones de las comisuras labiales¹².

El virus del herpes simple es una infección bastante común en niños VIH+, sus características son similares a la de los niños sanos, el virus puede ser observado en encías, labios, paladar e incluso en la zona peribucal. La diferencia radica en que en los niños VIH+, las lesiones son más duraderas, más frecuentes y más severas².

La estomatitis herpética se encontró como una lesión frecuente en un estudio realizado. La boca seca o xerostomía es una molestia común en niños sero positivos, esto produce no solo un aumento en la presencia de caries dental sino también en la presencia de enfermedad periodontal. Esta manifestación puede deberse a la enfermedad, a los medicamentos empleados o a ambas¹⁴.

El sarcoma de Kaposi es el tumor más comúnmente asociado con el SIDA, y ha sido reportado con el 15% de la población con SIDA. El sarcoma de Kaposi intraoral puede ser la manifestación inicial en al menos el 60% de los casos reportados¹⁶.

La terapia antiviral funciona muy bien en los niños. En este ámbito y dada la magnitud de la enfermedad y su repercusión en la cavidad oral los estudios en Colombia y el mundo son insuficientes para clarificar la relación entre el VIH-SIDA en niños y las manifestaciones bucales. Se hace cada día más importante concientizar a la población odontológica en cuanto a un buen diagnóstico, manejo y tratamiento de patologías orales relacionadas con el VIH-SIDA¹¹.

El objetivo de esta investigación fue determinar la frecuencia de las manifestaciones orales en pacientes VIH-SIDA de 6 meses a 17 años en una fundación de Santiago de Cali; según edad, carga viral, conteo de células CD 4, terapia antirretroviral y su relación con xerostomía e índice de higiene oral.

Dado que la cavidad oral es de fácil acceso para la inspección clínica, es importante el reconocimiento de estas enfermedades para iniciar un tratamiento temprano y así evitar complicaciones posteriores en estos pacientes tan vulnerables¹⁷.

MATERIALES Y METODOS

El tipo de estudio fue observacional descriptivo de corte transversal. La población del estudio fueron niños y adolescentes VIH-SIDA entre 6 meses y 17 años de edad de una fundación de la ciudad de Santiago de Cali; Por medio de un muestreo no probabilístico por cuotas, se obtuvo un tamaño de muestra de 30 pacientes, que cumplieron los criterios de elegibilidad; para la selección de los participantes del estudio se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión (se encontraban aquellos pacientes niños y adolescentes de 6 meses a 17 años, ambos sexos con diagnóstico confirmado VIH-SIDA); en los criterios de exclusión todos aquellos pacientes pediátricos que no desearon participar en el estudio o que los padres no dieron su consentimiento para incluirlos dentro de la investigación, pacientes que presentaron otras alteraciones de inmunosupresión, pacientes que no asistieron o que no colaboraron durante el examen clínico.

Para estimar la prevalencia de manifestaciones orales en los niños VIH+ se tuvo en cuenta variables sociodemográficas (edad, sexo, estrato socioeconómico, raza, índice de higiene oral Sinlness y Loe¹⁹, xerostomía) y características clínicas (CD4, carga viral, medicamentos). Todas las variables se operacionalizaron a través de los diferentes ítems de pregunta que se encontraban en el cuestionario semiestructurado que se empleó como instrumento de recolección de información.

En la investigación se presentaron sesgos de: a) Selección: la población tomada presentaba lesiones orales menos frecuentes ya que estaban en previo tratamiento médico en comparación a aquellos grupos de población infectada por VIH que no tenían acceso a ninguna entidad de salud. Por lo tanto este sesgo no es controlable. b) De información, abstracción de registros, puesto que la información suministrada por el paciente o por su tutor legal podría llegar a ser falsa, se controló verificando los datos suministrados con la historia clínica, enfatizando en las fechas de los exámenes médicos. De clasificación, se controló por medio de un Instrumento de información validado.

La prueba piloto y estandarización de criterios estuvo a cargo de un especialista, quién realizó a cada una de las integrantes del grupo de investigación un examen teórico visual.

Para la recolección de información se diseñó un formulario, el cual constaba de una serie de preguntas realizadas al acudiente del menor y otras que requirió observarlas directamente en la historia clínica, para así obtener datos veraces. También se estructuró un cuadro para señalar las lesiones encontradas, con su localización, tiempo de evolución y el índice de higiene oral.

La técnica empleada para la estandarización de criterios fue una evaluación inter-examinador realizada por un especialista en el área. Se obtuvo bajo el índice de Kappa de 77% que permitió evaluar a cada participante.

Previamente al trabajo de campo se realizó prueba piloto, con el objetivo de evaluar la prevalencia de las manifestaciones orales más comunes en niños VIH+, teniendo en cuenta las características individuales del grupo poblacional a evaluar, tales como edad, sexo, características socioculturales, socioeconómicas y estado sistémico. Se llevó a cabo con 13 pacientes de una fundación de Santiago de Cali, esta prueba se llevó a cabo en un consultorio particular en donde se tomaron 13 niños en edades de 3 a 7 años con diagnóstico positivo para VIH, a los cuales se les realizó examen clínico con su respectivo diagnóstico, fotografías, profilaxis y fluorización, bajo la asesoría y supervisión de un especialista. A cada acudiente, se le informó y explicó acerca de la participación en el estudio a través del consentimiento informado, una vez conocida la información fue firmado y aceptado por cada representante del menor.

Para evaluar la xerostomía se evitaba que los niños consumieran alimentos y bebidas minutos antes de realizar la valoración clínica.

El procedimiento realizado a cada paciente fue profilaxis con agua oxigenada, cepillo profiláctico y seda dental, seguidamente se realizó examen clínico para diagnosticar diferentes lesiones que se presentaran en la cavidad oral. Posteriormente los niños recibieron educación en salud oral y enseñanza de cepillado, uso de seda dental y aplicación de flúor tópico con algodón como medida de prevención y promoción en salud oral. Cada investigador estuvo protegido con doble guante de látex (Med-Clinic), visor (Mask Dent), tapa bocas (Rymco), uniformes desechables. Para las actividades programadas se utilizaron los siguientes materiales: abre bocas, baja lenguas (Proquident), hipoclorito al 2% (Proquident), Benclofar, agua

oxigenada. El campo operatorio en el cual se atendió al paciente (silla odontológica, lámpara y bandeja) estuvo totalmente desinfectada y protegida con papel cristaflex. Se utilizó espejo oral plano (Medís) #5, gasas y algodones perfectamente esterilizados. El orden del examen clínico fue el siguiente: labio superior parte externa e interna, labio inferior parte interna, frenillos superiores e inferiores, mucosa vestibular, gingiva o reborde alveolar, carrillos, paladar duro, paladar blando, orofaringe, dorso de la lengua: parte anterior, media y posterior, partes laterales del la lengua, parte ventral de la lengua, piso de boca (comprende mucosa desde el costado de la lengua hasta la cara interna de la mandíbula y la encía). Para los procedimientos de control de placa bacteriana y educación en salud oral se utilizó pasta profiláctica (Nupro), seda dental (Proquident), flúor tópico (Proquident), eyectores (Proquident). Previamente se realizó índice de higiene oral de Sillines y Loe. Como sustento de diagnóstico clínico se tomaron registros fotográficos a la cavidad oral, evitando la aparición del rostro del paciente, protegiendo su privacidad e integridad.

Para la presente investigación se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas que el Ministerio de Salud plantea en la Resolución 8430 de 1993, en donde se establecen las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la investigación en salud. El consentimiento informado fue aprobado previamente por el Comité de Ética del Colegio Odontológico Colombiano.

Análisis estadístico de la información: para la digitación de la información se utilizó el programa Windows XP Excel y para el procesamiento de la base de datos se empleó el paquete estadístico de Epiinfo versión 2002 del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta. Con la información se creó una base de datos y se realizó:

1. Análisis univariado: con el fin de describir el comportamiento de las variables de la investigación, y se graficó por medio de barras y tablas de frecuencia.
2. Análisis bivariado: Para observar la asociación entre las variables de interés (manifestaciones orales) y las variables de exposición se realizó prueba Chi cuadrado y Test exacto de Fischer.

RESULTADOS

Datos Demográficos

En este estudio se incluyeron 30 pacientes con edades comprendidas entre 1 y 17 años, donde el 66.7% (20/30) tenían entre cinco y nueve años de edad; y el 50% pertenecía al género femenino. Al indagar sobre el estrato socioeconómico, el 50% de la población pertenecía al estrato dos, el 33.3% al estrato tres y 16.7% al estrato uno.

La raza más prevalente fue la mestiza con 86.7%, y la mulata con 13.3%.

Condiciones Sistémicas

Al investigar el grado de inmunosupresión de los pacientes del estudio a través del recuento y porcentaje de linfocitos T-CD4 y los valores de carga viral encontrados en los archivos de la clínica pediátrica de VIH del valle y la fundación, se encontró que el 43.3% que correspondía a 13 pacientes presentaba porcentajes de linfocitos T-CD4 mayor al 25%. Estos datos se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Recuento y porcentaje de linfocitos T-CD4 en niños y adolescentes VIH+. 2005

Immunosupresión	%Linfocitos T-CD4	No. Pacientes	Porcen.
Sin supresión	> al 25%	13	43.3%
Moderada	15 – 24%	9	30%
Severa	< 15%	3	10%
Sin dato		5	16.7%

Por otra parte, 43.3% que correspondía a 13 pacientes presentó una carga viral de menos de 400 copias es decir indetectable según la prueba estándar de carga viral; el 10% presentó menos de 50 copias también indetectable según la prueba ultrasensible.

Al observar la clasificación del VIH – SIDA del Centro para la Prevención y Control de las Enfermedades (CDC, 1987); en la cual se encontraba cada participante del estudio, el 30% estaba en la categoría C3, la cual indica inmunosupresión severa con síntomas severos, seguido de un 13.3% que se clasificaba en la categoría B1 (sin evidencia de inmunosupresión con síntomas moderados) y 10% en la categoría B3 (inmunosupresión severa con síntomas moderados).

Terapia antirretroviral y otros medicamentos para controlar las manifestaciones orales

Del total de participantes en el estudio, 93.3% estaba recibiendo terapia antirretroviral. En cuanto a los tipos de terapia combinada recibida, 76.5% de los pacientes estaba recibiendo inhibidores de la transcriptasa inversa + inhibidores de la proteasa, 6.7% estaba recibiendo inhibidores de la transcriptasa inversa + inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa + inhibidores de la proteasa. Los datos de tipos de terapias antirretrovirales recibidas por los pacientes del presente estudio se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Terapias antirretrovirales recibidas por los pacientes de la Fundación. 2005

TIPO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	No. DE PACIENTES	%
Inhibidores de la transcriptasa inversa + Inhibidores de la proteasa	23	76.5%
Inhibidores de la transcriptasa inversa + Inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa + Inhibidores de la proteasa	2	6.7%
Inhibidores de la transcriptasa inversa	1	3.3%
Inhibidores de la proteasa	1	3.3%
Inhibidores de la transcriptasa inversa + Inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa	1	3.3%
Sin dato	2	6.7%

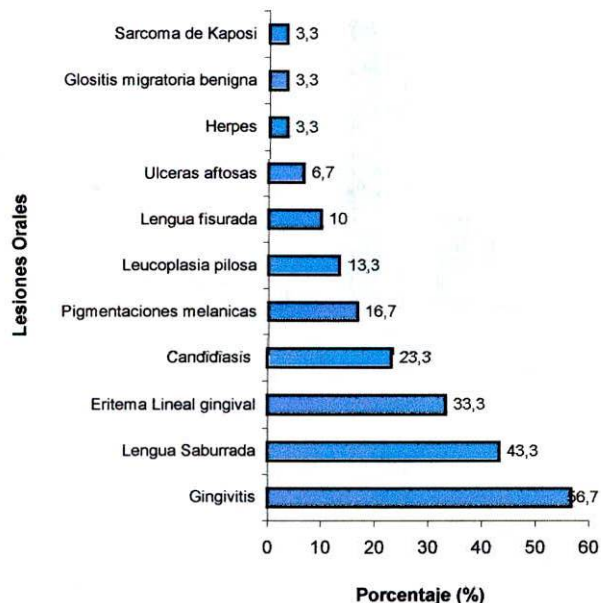
Tratamientos para las manifestaciones orales

El 96.7% de los participantes no estaban recibiendo ningún tipo de medicación para manifestaciones orales.

Condiciones Bucodentales

Se encontró que la patología bucal más prevalente fue la gingivitis asociada a VIH 56.6%, seguida de lengua saburral 43.3%. Ver gráfico 1.

Gráfico 1. Patologías bucales más prevalentes en pacientes niños y adolescentes VIH/SIDA. 2005



De los pacientes evaluados el 86.7%, 26 de 30 pacientes presentaron algún tipo de manifestación oral en el momento del examen clínico.

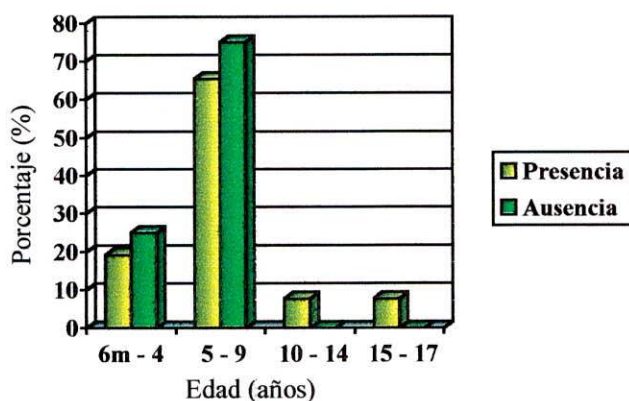
Se encontró que en el examen clínico el 36.6% de los pacientes presentaron dos lesiones orales, el 20% tres lesiones y el 16.6% una lesión. Los datos se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Número de lesiones orales presentes en pacientes VIH/SIDA. 2005

No DE LESIONES	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
5	3	10%
4	1	3.33%
3	6	20%
2	11	36.6%
1	5	16.6%
Sin lesión	4	13.3%

Analizando la prevalencia de las manifestaciones orales según los grupos de edad, se encontró que en las edades comprendidas entre cinco y nueve años el 65.4% presentaron manifestaciones orales y de los 30 pacientes cuatro no presentaron ningún tipo de manifestación oral que corresponde al 13.3%. Los datos se presentan en el gráfico 2.

Gráfico 2. Prevalencia de manifestaciones orales según grupos de edad.



Según el grado de severidad de la enfermedad que se determina por el recuento y porcentaje de linfocitos T-CD4 y la carga viral de cada paciente, 12 pacientes que corresponde al 46.2% de la población observada, los cuales presentaban un recuento y porcentaje de linfocitos entre 24% y 15% presentaban manifestaciones orales; por otra parte, dos pacientes que corresponde al 14.3% de la población no presentaba manifestaciones.

En cuanto a la carga viral, 12 pacientes que corresponde al 46.2% con una carga viral de menos de 400 copias presentaron manifestaciones orales y dos pacientes que corresponde al 7.7% con una carga viral de menos de 50 copias presentaron igualmente manifestaciones orales.

Ningún paciente presentó xerostomía.

En cuanto a la presencia de manifestaciones orales en los pacientes del estudio relacionado con el índice de higiene oral, se encontró que el 73.1% (19/30) presentó un índice de higiene oral mayor a 26% y presentó manifestaciones orales, el 26.9% presentó un índice de higiene oral menor a 25%, presentando también manifestaciones orales; el 36.4% (4/30) tenían un índice de higiene oral menor a 25% y no presentaron manifestaciones orales.

Al observar los pacientes que estaban recibiendo terapia antirretroviral se encontró, que el 92.3% (24/30) estaban recibiendo terapia antirretroviral y presentaban manifestaciones orales. El 7.7% (2/30) presentaban manifestaciones orales y no se encontraban recibiendo terapia antirretroviral.

DISCUSION

Zambrano, 2001 describe que la epidemia del VIH/SIDA en los últimos años ha tenido un mayor impacto en las poblaciones más vulnerables; tal como se encontró en este estudio puesto que la mayor parte de la población observada pertenecía a estratos socioeconómicos bajos y presentaban alto porcentaje de lesiones orales.

Gómez, 2002, Greenspan, 2002, encontraron que la candidiasis oral fue una de las observaciones clínicas más frecuentes en VIH/SIDA, al igual que la leucoplasia vellosa. Birnbaum, 2002, la introducción de antirretrovirales puede disminuir manifestaciones de enfermedades oportunistas.

Este estudio parece indicar que la terapia antirretroviral en niños, ha disminuido la prevalencia de candida y otras lesiones oportunistas orales, pues como se observó la lesión más prevalente fue gingivitis en un 56.7% (17/30) mientras que candida solo se reportó en un 23.3% (7/30).

Gómez, 2000, muestra que las manifestaciones orales suelen estar presentes en el 95% de los niños como parte de sus primeros síntomas de enfermedad. Este estudio mostró que la mayor parte de los pacientes presentó algún tipo de manifestación oral en el momento del examen clínico.

Birnbaum, 2002, Gómez Ramos, 2002, muestran la correlación entre lesiones orales y progresión del virus del VIH. La mayoría de pacientes en este estudio presentaron más de una manifestación oral y un estado de inmunosupresión severa.

López A. y cols, afirman que la inmunosupresión y la susceptibilidad de infecciones oportunistas alteran la respuesta de los tejidos blandos bucales, encía y tejidos de soporte del diente. En el estudio realizado se observó que la patología bucal más frecuente fue gingivitis seguida de lengua saburrada y eritema gingival lineal, lo cual indica que las lesiones orales podrían ser un signo clínico de la infección por VIH.

Gómez, 2002, ha reportado con una fuerte asociación a pacientes VIH+ el eritema gingival lineal. Este estudio mostró, que el 33.3% de los pacientes presentaban eritema gingival lineal. En este estudio no se encontró queilitis angular, gingivitis ulceronecrotizante (GUN) ni periodontitis ulceronecrotizante (PUN).

Guerra M. E. Tovar, V y cols. Grando Liliana, Yurgel Liliana y cols. Afirmar que xerostomía es común en niños seropositivos, en este estudio no se encontró asociación con esta anomalía.

Santana Gómez, Martínez Aguilar, Casariego Z, confirman que la prevalencia del sarcoma de Kaposi en niños es baja; tal como se encontró en este estudio, donde la presencia de esta lesión fue mínima 3.3% (1/30).

Diversos factores interfieren en la presencia de las manifestaciones orales en pacientes VIH+; entre ellos la mala higiene oral, tal como se observó en este estudio donde la mayor parte de la población que presentaba manifestaciones orales tenían un alto índice de higiene oral, mayor al 26%.

CONCLUSIONES

La mayor parte de los niños observados tenían entre 5 y 9 años, de estratos 1 y 2.

86.7% presentaron algún tipo de manifestación oral en el momento del examen clínico.

La patología bucal más prevalente fue la gingivitis 56.7%, seguida de lengua saburral 43.3%.

Entre los pacientes con lesiones orales, no se encontró xerostomía.

La mayoría de los pacientes con algún tipo de manifestación oral presentaron un índice de higiene oral alto con un 26%.

El 76.5% de la población se encontraba recibiendo terapia antirretroviral y presentaron manifestaciones orales.

RECOMENDACIONES

Continuar con la investigación aumentando el tamaño de la muestra para abarcar la mayor parte de la población infantil afectada con VIH/SIDA en Santiago de Cali.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Creador por iluminarnos la forma de acercarnos a la ciencia para ponerla a disposición de nuestros semejantes.

A nuestros padres que por su apoyo económico, moral y espiritual nos facilitaron la realización de este proyecto.

A todos y cada uno de los pacientes que con su confianza y perseverancia nos permitieron comprobar que el conocimiento de la ciencia sin la praxis no puede coexistir.

A la Doctora Luisa Rubiano, coordinadora del programa VIH pediátrico.

A los integrantes de la Fundación que fieles a su misión cumplieron su noble labor permitiéndonos llevar alivio y esperanza a sus niños.

Gracias a las directivas y cuerpo docente del Colegio Odontológico Colombiano por permitirnos desarrollar nuestro proyecto.

A la Doctora Sonia Bravo y al Doctor Diego Fernando Sánchez, por la fé depositada en nosotros al brindarnos acertada orientación.

BIBLIOGRAFIA

1. Grando, Liliana y Cols. Oral manifestations, counts of CD4+ T lymphocytes and viral load in Brazilian and American HIV-infected children. *Pesqui Odontol Bras.* 2002; 16 (1):18-25.
2. Lozada, Carolina y Cols. Impacto Psicosocial de la terapia de la risa en menores portadores de VIH III Simposio Nacional de Vivencias-Fundación Colombiana de tiempo libre y recreación. 2005.
3. Estrada, Jhon y Cols. Atención al paciente con VIH-ISS. Manizales-Caldas. Diciembre de 1998.
4. Ramos F.J y Cols. Oral manifestations and dental status in paediatric HIV infection. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 2000; 10: 3-11.
5. Los niños y el VIH. InfoRed SIDA Nuevo México. www.aidsinfonet.org.
6. López A. y Cols. Periodontal manifestations in patient infected with human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). 2003.
7. Poirier Aldea y Cols. Candidiasis de la mucosa bucal. Revisión bibliográfica. *Rev. Cubana Estomatol* 2002; 39(2).
8. *****. Important of predisposing factors in oral candidiasis. *Medicina Oral*. 1997; 2:21-9.
9. Candidiasis de la mucosa bucal. Revisión bibliográfica. *Rev. Cubana Estomatol* 2002;39(2)
10. Manifestaciones bucales niños con SIDA. Atlas a color.
11. Guerra, María Elena y Cols. Tratamiento Odontológicos en pacientes pediátricos VIH+ bajo anestesia general en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. 2003; 41(2).

12. Casariego, Z. y Cols. Etiopatogenia del Sarcoma de Kaposi (SK): estudio histológico, inmunohistoquímico y viral (CMV y HPV): presentación de seis casos clínicos. Universidad de la Plata.
13. Cárdenas, Darío. Fundamentos de Odontología Pediátrica. II Edición. Medellín Colombia. 2000.
14. Zambrano Carlos H., MD. La epidemiología del VIH, 1981-2001.
15. Greenspan, JS. The epidemiology of the oral lesions of HIV infection in the developed world. The University of California San Francisco. Oral Diseases (2002).
16. Tovar, Vilma y Cols. Atención Odontológica a niños VIH+. Universidad Central de Venezuela. 2004.
17. Martínez, Gerardo y Cols. Infección por VIH en niños Mexicanos. Departamento de Infectología México. 1995.
18. Birnbaum, W; et al. Pronóstico significativo de VIH asociado con lesiones orales y su relación con la terapia. En: Oral Diseasses. 2002; 8(2).