

Manifestaciones orales de la infección por VIH

Estudio de su prevalencia en una población VIH, del servicio de enfermedades infecto contagiosas "Dr. José Scosería".

Palabras clave: infección, vih - sida, manifestaciones orales, candidiasis oral, leucoplasia pilosa, sarcoma de kaposi, linfoma no Hodgkin, enfermedad periodontal.

(*) Dr. José P. Crestanello Nese
(**) Dr. Orosmán Moraglio
(***) Dr. Ignacio Mirazzo
(****) Dra. María Soledad Velázquez

Key words: infection, hiv - aids, oral manifestations, oral candidiasis, oral hairy leukoplakia, kaposi, sarcoma, non-Hodgkin, lymphoma, periodontal disease.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar el tipo y la frecuencia de las manifestaciones orales relacionadas a la infección por VIH (MORVIH) en un grupo de individuos VIH que concurren al Servicio de Enfermedades Infecto Contagiosas, Dr. José Scosería. Además, investigar la posible relación entre estas MORVIH y la edad, el género, la conducta de riesgo, la terapia antirretroviral, la carga viral y la población linfocitaria.

Doscientos noventa y tres individuos fueron examinados en un período de 11 meses, desde agosto de 1998 a septiembre de 1999. El promedio de edad fue de 32,4 años y 69.28 % fueron hombres. El promedio del recuento de la población de LTCD4 fue de 259.161 cel/mm³ y su

carga viral fue de 52998.21 copias / ml. Las MORVIH se presentaron en un 49.48 % de los individuos observados. Un 68.96 % de estos individuos fueron hombres, aunque esta prevalencia no fue significativa ($x^2 = 1.08 / p = 0.298$). La candidiasis oral fue la MORVIH más frecuente, se presentó en un 56.55 % de los pacientes. La enfermedad periodontal asociada al VIH ocurrió en un 43.44 % de los pacientes con lesiones. Las MORVIH no se asociaron significativamente con el sexo, ni con la población de LTCD4. Tampoco se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre los tipos de lesiones, la edad, la terapia antirretroviral y la conducta de riesgo. La carga viral fue mucho mayor entre los pacientes que tenían MORVIH ($p = 0.000274 / x^2 = 21.31$), que entre los que no las presentaban.

(*) Odontólogo - Cirujano buco maxilofacial
Colaborador del Departamento de Odontología del Servicio de Enfermedades Infecto contagiosas
Dr. José Scosería, Montevideo, Uruguay.

(**) Odontólogo - Profesor Adjunto del Servicio de Urgencia de la Facultad de Odontología
Jefe del Departamento de Odontología del Servicio de Enfermedades Infecto contagiosas
Dr. José Scosería - Montevideo, Uruguay.

(***) Médico - Director del Servicio de Enfermedades Infecto contagiosas Dr. José Scosería
Montevideo, Uruguay.

(****) Médico - Prof. Adj. Medicina Preventiva y Social
Facultad de Medicina
Montevideo, Uruguay

LUGAR DE REALIZACIÓN DEL TRABAJO:
Departamento de Odontología del Servicio de Enfermedades Infecto contagiosas Dr. José Scosería

ABSTRACT

The purpose of this study was to assess types and frequency of HIV related oral lesions (HIVROL) and also to investigate the relationship between these oral lesions and gender, age, route of transmission, CD4 cell count, viral load and antiretroviral therapy in a group of HIV infected persons who sought treatment at the Servicio de Enfermedades Infecciosas, Dr. José Scosería, Montevideo, Uruguay.

Two hundred and ninety three HIV adults were examined during an 11 months period from August 1998 to September 1999. Their mean age was 32,4 years and 69.28 % of them were men.

The mean CD4 T cell count was 259.161 cel/mm³ and the mean HIV-1 viral load was 52998.21 copies/ml. Of the observed patients 49.48 % had HIVROL and 68.96 % of these were men ($x^2 = 1.08 / p = 0.298$). Oral candidiasis was the most common disease, it was present in 56.55 % of the patients. Periodontal diseases were present in 43.44 % of the patients with HIVROL.

There were no significant association among HIVROL, gender, LTCD4 cell count, age, antiretroviral therapy and route of transmission. The viral load was significantly higher in patients with HIVROL ($p = 0.000274 / x^2 = 21.31$).

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico y tratamiento de las manifestaciones orales relacionadas a la infección por VIH (MORVIH) es de suma importancia. Las lesiones orales son indicadores confiables de la infección por VIH y del progreso de la inmunosupresión. Son importantes para establecer el estadio de la infección, han sido usadas como marcadores clínicos en pruebas de eficacia de drogas y pueden ser utilizadas para determinar el momento correcto para comenzar la medicación anti VIH o la profilaxis

contra las infecciones oportunistas. Estas MORVIH pueden causar dolor, pérdida del gusto y malestar severo, provocando una disminución de la calidad de vida de los pacientes y alterando, entre otras cosas, su capacidad de ingesta oral. Varios tipos de lesiones pueden afectar la cavidad oral de los pacientes VIH / SIDA y a pesar de ser causadas por diferentes agentes etiológicos pueden tener un aspecto clínico similar a otras lesiones no asociadas a la infección. Las MORVIH han sido reconocidas desde los primeros reportes de la infección (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10).

Actualmente, tanto el dentista como el médico, como integrantes del equipo de salud primaria, consciente o inconscientemente se enfrentan en su práctica diaria a la atención de un número mayor de pacientes VIH (1), por lo que es necesario, el diagnóstico de las MORVIH y conocer con que frecuencia se presentan.

En los diferentes trabajos publicados, la prevalencia informada de las MORVIH, varía ampliamente desde un 10.4 % a un 80 %

(10,11,12) sin discriminar entre pacientes VIH y pacientes SIDA. Esta variación depende de muchos factores. Por ejemplo, de las características de la población estudiada, como sexo, edad, raza, conductas de riesgo, uso de sustancias tóxicas, estado socioeconómico, concurrencia a los centros de salud, estado inmune y uso de medicación anti-retroviral. Otros factores a considerar, son el período de observación de las lesiones, el número de sujetos examinados y la experiencia del examinador. Por último, se deben considerar, las características temporales de la enfermedad, como la etapa evolutiva durante la cual el sujeto es evaluado y las diferencias geográficas internacionales (2,8,12).

Hasta el momento, teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, no hay ningún trabajo publicado sobre la prevalencia de las MORVIH en Uruguay.

En Uruguay la atención de los pacientes VIH / SIDA, actualmente corresponde al Sistema de Salud Pública (60%) y a la Atención Privada (40%). El centro de referencia nacional para pacientes VIH / SIDA es el Servicio de Enfermedades Infecciosas, "Dr. José Scosería" (SEIC) que brinda atención al 75% de los pacientes que se atienden en Salud Pública (13).

Los objetivos del presente estudio fueron:

Describir el tipo y prevalencia de las MORVIH en pacientes VIH que viven en Montevideo, Uruguay y que se atienden en el SEIC. Analizar en estos individuos,

- la relación entre la conducta de riesgo y las lesiones observadas,
- la relación entre las lesiones observadas y los parámetros de laboratorio de progresión de la enfermedad como el recuento de los LTCD4 y la carga viral.

Pacientes y Métodos

El grupo de estudio consistió en 465 pacientes que se atendían en el SEIC, con evidencia serológica de infección por VIH que concurren a extraerse sangre para determinar su carga viral y/o su población linfocitaria, por solicitud de su médico tratante, en el período comprendido entre agosto de 1998 y septiembre de 1999. A estos se les solicitó, además, que concurren a realizarse un examen bucal al departamento de Odontología del SEIC, el mismo día de su examen sanguíneo.

La población de LTCD4 fue medida por citometría de flujo (FacScan, Becton Dickinson, San José, CA, USA). Se utilizó la clasificación del CDC de 1992, revisada en 1993, para establecer los grupos según el recuento de LTCD4 (14) (Cuadro 1). La carga viral fue medida por medio de la transcriptasa reversa - reacción en cadena de la polimerasa (RT - PCR: Amplicor, Roche Diagnostics, Branchburg, NJ) y se reportó por los valores promedios del número de copias /ml y por el logaritmo₁₀ de copias /ml.

El examen oral se realizó por dos de los autores, odontólogos, entrenados en el diagnóstico de las MORVIH. Para el diagnóstico de las MORVIH se utilizaron los criterios clínicos establecidos en 1992, por el grupo de trabajo en problemas orales relacionados con la infección por VIH de la Comunidad Económica Europea conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud (EC - Clearinghouse on Oral Problems Related to HIV Infection and WHO Collaborating Centre on Oral Manifestations of the Immunodeficiency Virus) (15,16).

Para la recolección de datos del interrogatorio y del examen clínico se confeccionaron dos fichas. En la primera, que se le realizó a todos los pacientes que se les examinó la cavidad oral, se re-

gistraron los datos demográficos y clínicos y la presencia o no de MORVIH. En la segunda, que solamente se utilizó con los pacientes con MORVIH, se especificaba el o los tipos de lesiones y su ubicación.

Los datos fueron analizados con el programa Epi - Info 6.0. Valores de $p < 0.05$ fueron considerados estadísticamente significativos.

RESULTADOS

De los 465 pacientes que concurrieron a realizarse los exámenes de sangre, 293 (63.01 %) permitieron la realización del examen bucal. Al compararse las características de los 172 (36.99%) pacientes que no concurrieron a realizarse el examen oral con las de los 293 a los que se les realizó el examen bucal, no hubieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a edad, población linfocitaria, carga viral, conducta de riesgo y terapia antiretroviral (Cuadro 2).

De los 293 pacientes examinados, 49.48% (145 pacientes) presentaron MORVIH. No hubieron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad, sexo, población linfocitaria, tratamiento antiretroviral o no y la conducta de riesgo entre los pacientes con lesiones y sin lesiones.

Por el contrario, la carga viral tuvo una distribución francamente diferente entre los pacientes con y sin lesiones siendo mucho mayor entre los que tenían MORVIH ($p = 0.000274 / x = 21.31$), que entre los que no las presentaban (Cuadro 3).

Las MORVIH se encontraron en 145 individuos, hallándose un total de 200 lesiones, considerando a la Candidiasis Oral (CO) y a la Enfermedad Periodontal asociada al VIH (EPAVIH) como grupos, es decir sin tener en cuenta las diferentes clases en cada una de ellas. La CO, considerada como grupo, se presentó en 82 pacientes (56.55%), la EPAVIH, considerada como grupo, en 64 pacientes (44.13%), la Leucoplasia Pílosa (LP) en 14 pacientes (9.65%), la Hiperpigmentación Melanótica Oral (HMO) en 14 pacientes (9.65%), Xerostomía y labios secos en 14 pacientes (9.65%), lesiones ulcerosas (aftas y herpes) en 9 pacientes (6.20%) y otras lesiones en 3 pacientes (Cuadro 4). Esto significa que 103 pacientes (71.03%) tuvieron 1 sola lesión, 33 pacientes (22.75%), 2 lesiones y 9 pacientes (6.20%) tuvieron 3 lesiones. Como se muestra en el Cuadro 5, 160 lesiones (80%) fueron lesiones fuertemente asociadas con la infección por VIH, 31 (15.5%) fueron lesiones comúnmente asociadas y 4.5% fueron lesiones observadas en la infección por VIH, según la clasificación de la Comunidad Económica Europea (15).

De las lesiones fuertemente asociadas, la CO y la EPAVIH, fueron las manifestaciones más frecuentes. En el Cuadro 6 y 7, se presentan las características de los individuos con dichas MORVIH. En el cuadro 8 se muestra la distribución de la CO y la EPAVIH según sus presentaciones clínicas.

En el grupo de pacientes con CO (82 pacientes), la CO *seudomembranosa* fue encontrada en 57 pacientes (69.51%) y la CO *eritematosa*, se presentó en 27 (32.92%). Ambas manifestaciones fueron vistas asociadas a otras lesiones y en 11 pacientes se presentaron asociadas entre sí. También fueron observadas, aunque en menor proporción, la *queilitis angular* (QA) (12 pacientes de los 82 con CO (14.63%)) y la CO *hipertófica* (COH), (2 pacientes de los 82 con CO). De los pacientes con CO, 45 (54.87 %) tomaban medicación antiretroviral y el 45.12% no lo hacían.

La EPAVIH, como grupo, se presentó en este estudio como la segunda lesión más frecuente, observándose en 43.44 % de los pacientes con MORVIH. El *eritema gingival lineal* (EGL) se presentó en 88.8% de los pacientes con EPAVIH, la *gingivitis necrotizante ulcerativa* (GNU) en 9 y la *periodontitis necrotizante ulcerativa* (PNU) en 2 pacientes. De los pacientes con EPAVIH, 36 (57.14 %) tomaban medicación antiretroviral y el 42.85% no lo hacían.

No hubo una relación estadísticamente significativa entre la ingesta de medicación antiretroviral y la presencia de MORVIH (174 pacientes (59.38%) estaban con medicación y 119 pacientes no lo estaban). De los pacientes con medicación el 50% presentaba MORVIH y de los sin medicación, el 48.73% presentaba MORVIH. No se encontraron diferencias significativas ($p = 0.94 / x = 0.01$).

DISCUSIÓN

La historia natural de la infección por VIH ha sido descrita como una insidiosa y progresiva declinación de las funciones del sistema inmune, con una variación sustancial en la velocidad de esa progresión entre pacientes (14,17). Una variedad de lesiones mucosas y periodontales han sido asociadas con esa progresión de la inmunosupresión, con un aumento marcado en su prevalencia directamente relacionado con el nivel de la inmunosupresión (18).

Hay una amplia variación en la frecuencia de las MORVIH reportada en la literatura (18).

La LP es la lesión más comúnmente reportada en estudios recientes, pero realizados con una mayoritaria muestra de hombres homosexuales (18). En nuestro trabajo, la LP se

presentó solamente en un 9.65% de los pacientes, lo que puede deberse a que solamente el 16.55% de los hombres con MORVIH eran homosexuales y además, a pesar de que la conducta de riesgo de los 14 individuos con LP fue mayoritariamente sexual (11 de 14 pacientes), solamente 3 eran homosexuales y 2 bisexuales y 5 de las portadoras eran mujeres.

La lesión más frecuente, en este estudio, fue la CO, que se presentó en un 56.55% de los pacientes con MORVIH. Esto confirma otros reportes en la literatura y la necesidad de considerar a la CO como uno de los signos clínicos de infección por VIH y subraya además, la importancia de la realización de un completo examen oral (11,16) ya que se ha demostrado su presencia, previa a la aparición de Candidiasis esofágica (10). Existen diferencias en la literatura con respecto a que tipo de Candidiasis es la más frecuente e incluso la COH y la QA no son consideradas en la clasificación de EC - Clearinhouse (15). En nuestro estudio, los cuatro tipos de CO fueron vistas, pero la QA y la COH en porcentajes muy bajos (14.63 y 2.43 % respectivamente).

La EPAVIH se puede presentar en sus 3 formas características, el EGL, la GNU y la PNU (15,16,19). En este estudio, la presentación de la EPAVIH fue consistente con otros reportes en la literatura (20). El EGL fue la forma más frecuentemente vista (88.8%).

No se constató la presencia de Sarcoma de Kaposi oral, que es ampliamente documentado como la neoplasia maligna más comúnmente asociada al VIH y su prevalencia varía entre un 40 a un 95% de los pacientes SIDA (21,22,23,24). Tampoco se presentó ningún caso de Linfoma no Hodgkin, aunque la prevalencia de esta lesión es baja, alrededor de 3% de los pacientes SIDA (22). En este estudio el 34.12% de los pacientes examinados estaban en estadio SIDA, según la clasificación del CDC de 1992 (14). La ausencia de estas lesiones puede deberse a las características de la población estudiada, con una baja prevalencia de hombres homosexuales y de bisexuales (16.55% y 8.96% respectivamente, de los 145 pacientes con MORVIH), ya que las mismas se han asociado a hombres homosexuales (10,22,25).

CONCLUSIONES

La prevalencia de las MORVIH en Uruguay no había sido, hasta el momento investigada y no estaba claro si existían diferencias con otras partes del mundo. En este primer estudio, se investigaron las lesiones orales de un grupo de individuos VIH / SIDA para determinar su frecuencia y las posibles relaciones entre éstas, el género, la edad, el estado inmune, la terapia antirretroviral y la conducta de riesgo.

La población estudiada presentó características similares a la población de pacientes VIH / SIDA que se atiende en el sistema de Salud Pública del Uruguay (13). Es una población joven, mayoritariamente masculina, con una conducta de riesgo predominantemente sexual, aunque con una importante presencia de usuarios de drogas intravenosas. Una de las características más importantes de esta población es el acceso gratuito a la medicación para todos aquellos en que se halla indicada por su médico tratante, lo que no quiere decir que la adherencia al tratamiento sea excelente (13).

No hubo diferencias significativas con respecto a la prevalencia de las lesiones y el género.

La CO fue el tipo de lesión más frecuente en este estudio (56.55 %). Brady sugiere que la alteración de la inmunidad mediada por células es crítica para la protección contra la CO aunque también se producen otros cambios en el sistema inmune que pueden favorecer la infección por *Cándida* (26). No se observó una asociación significativa entre la CO y la terapia antirretroviral.

El EGL fue la otra lesión más frecuente en este estudio y es considerado, al igual que la CO y la LP, como una lesión con un importante valor predictivo de la inmuno supresión (20).

Las MORVIH se presentaron en pacientes con o sin medicación anti retroviral, sin mostrar relaciones estadísticamente significativas en este estudio. Se observó que las MORVIH fueron más frecuentes en pacientes con valores altos de copias virales y bajos de población linfocitaria, aunque no significativamente. Varios autores (20,27) sugieren que la presencia de MORVIH está asociada con la falla de la terapia antirretroviral causada por la no adherencia al tratamiento o al desarrollo de resistencia a las drogas. Esto, demuestra la importancia del examen oral previo al inicio de la terapia antirretroviral como una forma más de monitorear indirectamente el efecto de la medicación (1,20).

Finalmente, solamente se asociaron las MORVIH con el aumento de la carga viral y no con el descenso de los LTCD4, de todas maneras el examen oral, que es un método simple, económico y no invasivo, puede ser una gran ayuda clínica como evaluación primaria de poblaciones en riesgo de VIH (11,28, 29).

Cuadro 1: CLASIFICACION DEL CDC 1992 (Adaptado de Guzmán, M.; Clasificación de la infección por el VIH - 1 y definición de caso SIDA; en Sepulveda, C.; Afani, A.; SIDA, 2da. Ed.; Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile, p. 78 - 94, 1997).

CATEGORIAS SEGUN RECuento DE LTCD4	
Categoría 1	Superior a 500 c/mm3 o 29%
Categoría 2	200 - 499 c/mm3 o 14 - 28%
Categoría 3	Inferior a 200 c/mm3 o 14%

Cuadro 2: Distribución de los 465 pacientes del estudio, según se les haya realizado o no el examen oral (293 y 172 pacientes respectivamente) y por edad, sexo, conducta de riesgo, medicación, población linfocitaria (LTCD4) y carga viral.

*KW= Kruskal Wallis

	Pacientes con examen oral (n=293)		Pacientes sin examen oral (n=172)		Prueba estadística	
	n	%	n	%		P
EDAD						
10 - 19	8	2.7	2	1.16		
20 - 29	115	39.25	61	35.46		
30 - 39	115	39.25	65	37.79		
40 - 49	41	13.99	18	10.46		
50 - 59	11	3.75	6	3.48		
> 60	3	1.02	1	0.58		
sin datos			19	11.04		
promedio	32.4±9.06		28.9±13.3		KW*=3.57	0.06
SEXO						
MASCULINO	203	69.28	93	54.07	X ² =35.36	<0.05
FEMENINO	90	30.71	61	35.46		
sin datos			18	10.47		
LTCD4						
<= 200	100	34.12	54	31.39	X ² =0.36	0.83
200 - 499	126	43.00	70	40.69		
>= 500	19	6.48	13	7.55		
sin datos	48	16.38	36	20.93		
C.VIRAL						
<= 200	75	25.59	47	27.32	X ² =8.28	0.08
>200 - <1000	35	11.94	14	8.13		
>1000 - <10000	51	17.40	30	17.44		
>10000 - <100000	54	18.43	36	20.93		
>100000	47	16.04	12	6.97		
sin datos	31	10.58	33	19.18		
MEDICACION						
SIN	119	40.61	54	31.39	X ² =1.20	0.27
CON	174	59.38	99	57.55		
sin datos			19	11.04		
CONDUCTA DE RIESGO						
SEXUAL	213	72.69	104	60.46	X ² =2.37	0.50
DIV	68	23.20	39	22.67		
TRANSFUSION	6	2.04	6	3.48		
NO SABEN	5	1.70				
HEPATITIS B	1	0.34				
sin datos			23	13.37		

Cuadro 3: Distribución de los 293 pacientes del estudio a los que se les realizó el examen oral con presencia o no de MORVIH por edad, sexo, conducta de riesgo, medicación, población linfocitaria (LTCD4) y carga viral. *KW= Kruskal Wallis

	Pacientes con examen oral (n=293)		Pacientes sin examen oral (n=172)		Prueba estadística	
	n	%	n	%		p
EDAD						
10 - 19	4	2.75	4	2.70		
20 - 29	55	37.93	60	41.37		
30 - 39	59	40.68	56	37.83		
40 - 49	24	16.55	17	11.48		
50 - 59	3	2.06	8	5.40		
> 60			3	2.02		
	32.04±7.92		32.77±10.07		KW*=0.00	0.99
SEXO						
MASCULINO	102	70.34	101	68.24	X ² =0.15	0.70
FEMENINO	43	29.66	47	31.75		
LTCD4						
</= 200	53	36.55	47	31.75	X ² =1.98	0.37
200 - 499	58	40.00	70	47.29		
>/= 500	10	6.89	7	4.29		
sin datos	24	16.55	24	16.21		
promedio	255±166		274±159			
C.VIRAL						
</= 200	25	17.24	58	39.18	X ² =21.31	0.000274
>200 - <1000	17	11.72	18	12.16		
>1000 - <10000	22	15.17	19	12.83		
>10000 - <100000	32	22.06	22	14.86		
>100000	32	22.06	15	10.13		
sin datos	17	11.72	14	9.45		
mediana	9497		801			
MEDICACION						
SIN	58	39	61	41	X ² =0.04	0.83
CON	87	61	87	59		
CONDUCTA DE RIESGO						
SEXUAL	106	73.10	107	72.29	X ² =2.27	0.32
DIV	22	22.75	35	23.64		
TRANSFUSION	3	2.06	3	2.02		
NO SABEN	2	1.38	3	2.02		
HEPATITIS B	1	0.69				

NUMERO DE PACIENTES

Cuadro 4: Tipo de MORVIH presentes en los 145 pacientes con lesiones. Total de lesiones 200.

LESIONES	n	%
CANDIDIASIS ORAL	82	56.55
E. PERIODONTAL ASOCIADA	63	43.44
LEUCOPLASIA PILOSA	14	9.65
H. MELANOTICA ORAL	14	9.65
XEROSTOMIA	14	9.65
ULCERAS	9	6.20
OTRAS	3	2.06
TOTAL	200	100.00

NUMERO DE LESIONES (n=200)

Cuadro 5: Distribución de las lesiones según la clasificación de la Comunidad Económica Europea (14).

CALSIFICACION	n	%
L. FUERTEMENTE ASOCIADAS	160	80.0
L. COMUNMENTE ASOCIADAS	31	15.5
L. OBSERVADAS	9	4.5

Cuadro 6: Características de los pacientes (n= 82) con *Candidiasis oral*.

EDAD	n	%
20 - 29	32	39.24
30 - 39	34	41.46
40 - 49	14	17.07
50 - 59	2	2.43
SEXO	n	%
MASCULINO	61	74.39
FEMENINO	21	25.61
LTCD4	n	%
<= 200	37	45.12
200 - 499	30	36.58
>= 500	3	3.65
sin datos	17	20.73
C.VIRAL	n	%
<= 200	11	13.41
>200 - <1000	6	7.31
>1000 - <10000	10	12.19
>10000 - <100000	17	20.73
>100000	26	31.70
sin datos	12	14.63
MEDICACION	n	%
SIN	37	45.12
CON	45	54.87
CONDUCTA DE RIESGO	n	%
SEXUAL	60	73.17
DIV	19	23.17
TRANSFUSION	1	1.21
NO SABEN	2	2.43

Cuadro 7: Características de los pacientes (n= 63) con *Enfermedad Periodontal*.

EDAD	n	%
10 - 19	3	4.76
20 - 29	29	46.03
30 - 39	22	34.92
40 - 49	8	12.69
SEXO	n	%
MASCULINO	41	65.07
FEMENINO	22	34.92
LTCD4	n	%
<= 200	21	33.33
200 - 499	26	41.26
>= 500	6	9.52
sin datos	10	15.87
C.VIRAL	n	%
<= 200	13	20.63
>200 - <1000	8	12.69
>1000 - <10000	11	17.46
>10000 - <100000	12	19.04
>100000	14	22.22
sin datos	5	7.93
MEDICACION	n	%
SIN	27	42.85
CON	36	57.14
CONDUCTA DE RIESGO	n	%
SEXUAL	45	71.42
DIV	16	25.39
TRANSFUSION	1	1.58
HEPATITIS B	1	1.58

Cuadro 8: *Candidiasis oral y Enfermedad Periodontal* según sus diferentes presentaciones.

	n	%
CANDIDIASIS ORAL	82	56.55
C.O. SEUDOMEMBRANOSA	57	69.51
C.O. ERITEMATOSA	27	32.92
QUEILITIS ANGULAR	12	14.63
C.O. HIPERPLASTICA	2	2.43
ENFERMEDAD PERIODONTAL	63	43.44
EPITEMA GINGIVAL LINEAL	56	87.5
GINGIVITIS NECROTIZANTE (ULCERATIVA)	9	14.06
PERIODONTITIS NECROTIZANTE (ULCERATIVA)	2	3.12

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Migliorati, C.; Migliorati, E.; Oral Lesions & HIV, <http://hivdent.org/oralm/oralmolah0698.htm>.
- 2) Porter, S.; Scully, C.; HIV: the surgeon's perspective. Part 1: Update of pathogenesis, epidemiology and management and risk of nosocomial transmission. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 1994, 32; 222 - 30.
- 3) Ceballos-Salobrena, A.; Aguirre-Urizar, J.; Bagan-Sebastian, J.; Oral manifestations associated with human immunodeficiency virus in a Spanish population.; *J Oral Pathol Med* 1996; 25: 523 - 6.
- 4) Greenspan, D.; Greenspan, J.; Oral manifestations of human immunodeficiency virus infection; *Dental Clinics of North America* 1993; 37: 21 - 31.
- 5) Phelan, J.; Begg, M.; Lamster, I.; Gorman, J.; et al.; Oral candidiasis in HIV infection: predictive value and comparison of findings in injecting drug users and homosexual men; *J Oral Pathol Med* 1997; 26: 237 - 43.
- 6) Greenspan, D.; Greenspan, J.; HIV - related oral disease, *Lancet* 1996; Sep 14, 348(9029):729-33.
- 7) Begg, M.; Panageas, K.; Mitchell-Lewis, D.; Bucklan, R.; et al Oral lesions as markers of severe immunosuppression in HIV - infected homosexual men and injection drug users. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod* 1996; 82: 276 - 83..
- 8) Porter, S.; Scully, C.; HIV: the surgeon's perspective. Part 2: Diagnosis and management of non - malignant oral manifestations. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 1994; 32 ; 231 - 40.
- 9) Patton, L.; McKaig, R.; Strauss, R.; Eron, J.; Oral Manifestaciones of HIV in a southeast USA population, *Oral Diseases* 1998; 4:164 - 69.
- 10) Martínez, B.; Manifestaciones orales; en Sepulveda, C.; Afani, A.; SIDA, 2da. Ed.; Editorial Mediterraneo, Santiago de Chile 1997; p. 293 - 313.
- 11) Matee, M.; Scheutz, F.; Moshy, J.; Occurrence of oral lesions in relation to clinical and immunological status among HIV-infected adult Tanzanians; *Oral Diseases*, 2000; 6, 106 - 111.
- 12) Arendorf, T.; Holmes, H.; Oral manifestations associated with human immunodeficiency virus (HIV) infection in developing countries - are there differences from developed countries? *Oral Diseases*, 2000, 6, 133 - 135.
- 13) SIDA, Informe Epidemiológico, Programa Nacional de SIDA, Ministerio de Salud Pública, Uruguay, Mayo 2001.
- 14) Guzmán, M.; Clasificación de la infección por el VIH - 1 y definición de caso SIDA; en Sepulveda, C.; Afani, A.; SIDA, 2da. Ed.; Editorial Mediterraneo, Santiago de Chile, 1997, p. 78 - 94.
- 15) EC - Clearinghouse on Oral Problems Related to HIV Infection and WHO Collaborating Centre on Oral Manifestations of the Immunodeficiency virus, Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection; *J Oral Pathol Med* 1993; 22: 289 - 91.
- 16) Crestanello, J.; Moraglio, O.; Manifestaciones orales de la infección por VIH - SIDA. *Arch. Med. Int* 1999; XXI; 2: 75 - 83.
- 17) Margiotta, V.; Campisini, G.; Mancuso, S.; Abadesa, V., Hiv infection:

oral lesions, CD4 cell count and viral load in an Italian study population; J Oral Pathol Med 1999; 28; 173 - 7.

18) Eyeson, J.; Warnakulasuriya, K.; Johnson, N.; Prevalence and incidence of oral lesions; the changing scene. Oral Diseases, 2000, 6, 267 - 273.

19) Narani, N.; Epstein, J.; Classifications of oral lesions in HIV infection. J Clin Periodontol 2001, 28: 137 - 145.

20) Patton, L.; Sensitivity, specificity and positive predictive value of oral opportunistic infections in adults with HIV/AIDS as markers of immune and viral burden. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 2000, 90:182-8.

21) Barberis, M.; Brenna Betti, N.; Lauritano, L.; Sangiani, L.; Spadari, E.; Villa, S.; Lesione orali nel sarcoma di Kaposi: considerazioni cliniche e radioterapiche. Minerva Stomatolo 1996; 45: 17 - 27.

22) Porter, S.; Scully, C.; HIV: the surgeon's perspective. Part 3: Diagnosis and management of malignant neoplasms. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 1994; 32 ; 241 - 47.

23) Jin, YT.; Tsai, ST.; Yan, JJ.; et al.; Presence of human herpes virus like DNA sequence in oral Kaposi's sarcoma. A preliminary PCR study. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod 1996; 81: 442 - 4.

24) Epstein, J.; Discussion: Intralesional Vinblastine injections for the treatment of oral Kaposi's sarcoma: report of 10 patients with 2 year follow up; J. Oral Maxillofac. Surg 1996; 54: 588 - 89.

25) Ault A., Retinoids promising in Kaposi's sarcoma trials, Lancet 1998; Apr 18; 351(9110):1185.

26) Brady, L.; Walker, G.; Oxford, G.; Stewart, C.; Magnusson, I.; MacArthur, W.; Oral diseases, mycology and periodontal microbiology of HIV-1 infected women. Oral Microbiology and Immunology, 1996, 11:371 - 380.

27) Schmidt-Westhausen, A.; Pripke, F.; Bergmann, Reichart, P.; Decline in the rate of oral opportunistic infections following introduction of highly active antiretroviral therapy. J Oral Pathol Med, 2000, 29; 336 - 41.

28) Ranganathan, K.; Reddy, B.; Kumarasamy, N.; Solomon, S.; Viswanathan, R.; Johnson, N.; Oral lesions and condition associates with human immunodeficiency virus infection in 300 south Indian patients. Oral Diseases, 2000, 6, 152 - 157.

29) Campisini, G.; Pizzo, G; Mancuso, S.; Margiotta, V.; Gender differences in HIV - related oral lesions: an Italian study; Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2001; 91: 546 - 51.

Enviar correspondencia:

Dr. Orosman Moraglio

Servicio de Enfermedades Infecciosas

Dr. José Scosería -Departamento de Odontología

Alfredo Navarro 3051- 4to.Piso

Montevideo 11600 - Uruguay

AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos el valioso aporte a la realización de este trabajo del personal auxiliar técnico, médico y administrativo del Servicio de Enfermedades Infecciosas Dr. José Scosería. A la Dra. Ima León por su ayuda para el análisis estadístico de los datos. Y además, agradecemos, a los pacientes por haber colaborado en el estudio.