

ARTÍCULO ORIGINAL

Lesiones orales asociadas con la infección por VIH/sida en individuos sin tratamiento antirretroviral en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá

John Harold Estrada

Departamento de Medicina Oral y Cirugía, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia.

El reconocimiento de las lesiones orales asociadas con el VIH es de gran importancia, ya que pueden representar el primer signo de la infección y servir como predictoras de inmunosupresión y del desarrollo de sida en pacientes infectados. Se realizó un estudio descriptivo de 314 pacientes con VIH que eran atendidos en el programa integral del Hospital San Juan de Dios de Bogotá. Se les practicó examen físico completo y examen oral; se registró el tipo de lesión, el lugar de presentación, el género y la edad. De los sujetos examinados, 285 (90,8%) eran del sexo masculino y 29 (9,2%) del femenino. El promedio de edad fue de 31 años (rango: 15 a 64). No se encontraron lesiones orales asociadas en 91 (29%), mientras que en los restantes 223 (71%) se anotaron una o más lesiones; la más frecuente fue la candidosis oral en 207 personas (65,8%). Al subdividirla en sus cuatro variedades, se encontró la forma pseudomembranosa en 94 pacientes (29,9%); la eritematosa en 66 (21%); la queilitis angular en 38 (12,1%) y la hiperplásica en 9 (2,8%). Le siguió en frecuencia la leucoplasia vellosa en 67 sujetos (21,3%), la gingivitis y la periodontitis en 54 (17,1%), el sarcoma de Kaposi en 28 (8,9%) y la estomatitis aftosa recurrente en 26 (8,2%). Los lugares más afectados fueron el paladar duro y blando en 108 sujetos (34,4%), la lengua en 101 (32,2%), la mucosa yugal en 48 (15,3%), la encía marginal en 36 (11,5%), la comisura labial en 34 (10,8%) y la orofaringe en 25 (8%). Estos hallazgos permiten definir el perfil específico de morbilidad oral de los pacientes del Hospital San Juan de Dios en Bogotá para el período estudiado.

Palabras clave: infección por VIH, candidosis oral, leucoplasia vellosa, sarcoma de Kaposi, estomatitis aftosa.

Oral lesions associated to HIV infection and AIDS in individuals without antiretroviral treatment in Bogotá, D.C.

Oral manifestations of HIV disease are significant because they potentially represent the first clinical signs of HIV and are highly predictive markers of severe immunosuppression and disease progression. To more carefully define this association, oral symptoms were characterized for 314 patients attending a special care program at San Juan de Dios Hospital in Bogotá, Colombia. Physical and oral exams were conducted for each, along with a description of the type and location of lesion. Of the 314 patients, 285 (90.8%) were males and 29 (9.2%) women. The average age was 31 years (range 15-64). Although 91 (29%) had no lesions, 223 (71%) showed one or more. The most frequent presentation was oral candidosis, which appeared in 207 people (65.8%) patients, which was further characterized as follows: pseudomembranous (29.9%), erythematous (21%), angular queilitis (12.1%) and hiperplasia 9 (2.8%). The remaining categories were hairy leucoplaquia (21.3%), gingivitis and periodontitis (17.1%), Kaposi sarcoma (8.9%) and recurrent aphotous ulcers (8.2%). Lesions were located in the hard palate and/or brandish in 108 patients (34.4%), the tongue in 101 patients (32.2%), the mucous yugal in 48 (15.3%), the gum margin in 36 (11.5%), the labial commissure in 34 (10.8%) and the oropharinge in 25 (8%).

Key words: HIV infection, oral lesions, oral candidosis, oral hairy leucoplaquia, Kaposi sarcoma, recurrent aphotous ulcers.

Son muchas las consecuencias de orden económico, clínico, terapéutico y, sobre todo, social que resultan de la infección por el VIH y el sida, lo cual ha llevado a abordar de manera diferente la investigación en salud y a cambios en los paradigmas, ya que con la epidemia se produjo un patrón de infecciones oportunistas re-emergentes y neoplasias y aparecieron, además, enfermedades que no se habían informado anteriormente y cuyas repercusiones sociales y humanas no se habían visto antes (1-3).

De acuerdo con Onusida, para diciembre del 2000 se estimaba en más de 57 millones el número de casos acumulados de infección por VIH, de los cuales 36 todavía se encontraban vivos en los diferentes continentes (3). En Colombia, para diciembre del 2000 y con base en los informes epidemiológicos (cerca de 140.000 notificaciones acumuladas de infección por VIH o sida), se estimaba en 150.000 el número de pacientes seropositivos, con una tasa anual de 45,57/100.000 hab para el 2000, cifra que coloca a Colombia en el cuarto lugar en Latinoamérica (4).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en sus documentos oficiales de políticas sobre salud oral para las Américas recomienda la ejecución de programas que permitan disminuir el costo social de la pandemia mediante la implementación de planes preventivos basados en la educación, la vigilancia epidemiológica y el suministro de preservativos (5).

También sugiere a las facultades de odontología revisar sus planes curriculares para que incluyan lo referente a las implicaciones de la infección por el VIH en el ejercicio odontológico y pide a los investigadores concentrar sus esfuerzos en determinar los perfiles de morbilidad oral asociados con el síndrome, su ocurrencia, repercusiones y protocolos de manejo con el fin de mejorar la atención a los portadores y aunar esfuerzos para luchar contra la diseminación de la infección (5).

Correspondencia:

estradamontoya@hotmail.com

Carrera 7 No.45-25, apartamento 202, Bogotá, D.C.

Teléfono 232-0795, celular 347-8033

Recibido: 10/08/01; aceptado: 28/09/01

En cuanto a las entidades orales asociadas con la infección por el VIH, son muchos los informes publicados hasta la fecha, entre los cuales se destaca el de Pindborg, que clasifica por primera vez las manifestaciones orales según el agente etiológico en infecciones fúngicas, bacterianas, virales, disturbios neurológicos, lesiones neoplásicas y un gran grupo de lesiones de etiología desconocida (6).

Dos años más tarde, Scully y colaboradores realizaron una revisión de la clasificación y, para comodidad de la comunidad odontológica, decidieron concentrar la atención en las lesiones orales más o menos frecuentes, entre las que se encuentran la candidosis pseudomembranosa, la gingivitis y la periodontitis asociada con el VIH, así como la leucoplasia vellosa y el sarcoma de Kaposi (7,8).

Ese mismo año, Axell y colaboradores realizaron un ajuste de la clasificación según el grado de asociación entre la infección por el VIH y la presencia de lesiones orales y las agruparon así: lesiones fuertemente asociadas, moderadamente asociadas y observadas en infección por el VIH (9). En 1992, el centro colaborativo de la OMS para lesiones orales asociadas con el VIH revisó esta clasificación y publicó la versión definitiva, que resultó del consenso entre los grupos europeos y norteamericanos (cuadro 1) (10).

A pesar de los numerosos estudios que se han llevado a cabo desde entonces, no hay claridad en las frecuencias de presentación de las diversas manifestaciones orales, ya que existen rangos de variación muy amplios que dependen del tipo de estudio, del diseño metodológico, de los criterios de selección y del tamaño de la muestra, así como de la categoría de transmisión, del estadio de la infección por VIH, de los métodos de recolección y de otros factores. Este hecho enfrenta al trabajador de la salud y al profesional en formación a unas cifras ambiguas de difícil interpretación y de poca aplicación para nuestra población, especialmente si se considera la variabilidad de los patrones de transmisión y del comportamiento clínico de la infección según el área geográfica (11-28) (cuadro 2).

Diversos autores decidieron tomar como base de su evaluación, la asociación entre el estado

inmunológico y el tipo de lesión presente, lo cual permite un mejor acercamiento a la comprensión de la problemática oral relacionada con la infección por VIH. Igualmente, es posible conceder un papel predictivo a las infecciones oportunistas como la candidosis oral, neoplasias como el sarcoma de Kaposi, la leucoplasia vellosa, la periodontitis ulcerativa necrotizante y la estomatitis aftosa recurrente, que marcan el desarrollo del sida e inciden en la posible supervivencia de los pacientes afectados (12,15,19,26,28-31).

En Colombia, existen varios estudios de morbilidad asociada con la infección por el VIH, entre los cuales se encuentra el de Prada y colaboradores, que informa una prevalencia de 17,6% para la candidosis oral y esofágica y de 5,1% para la leucoplasia vellosa entre 244 pacientes VIH positivos examinados en Bogotá (32). Velásquez y colaboradores, en Medellín, estudiaron 193 pacientes en estadio de sida según la clasificación del CDC de 1987 e informaron una prevalencia de candidosis de 78% (33). En

Cuadro 1. Clasificación de las lesiones orales asociadas con la infección por VIH*.

Clasificación	Tipo de lesión
Lesiones asociadas frecuentemente	Candidosis oral (eritematosa, pseudomembranosa) Leucoplasia vellosa Enfermedad periodontal (eritema gingival lineal, gingivitis ulcerativa necrotizante, periodontitis ulcerativa necrotizante) Sarcoma de Kaposi Linfoma no Hodgkin
Lesiones asociadas menos frecuentemente	Ulceración atípica Afección de glándulas salivares (xerostomía, agrandamiento uni o bilateral de glándulas mayores) Púrpura trombocitopénica Infección por: herpes virus papiloma virus (hiperplasia epitelial focal, verruga vulgar, condiloma acuminado) virus varicela-zóster (varicela y herpes zóster) Infecciones bacterianas por: <i>Mycobacterium avium intracellulare</i> <i>Mycobacterium tuberculosis</i> Hiperpigmentación melánica Estomatitis ulcerativa necrotizante
Lesiones observadas ocasionalmente	Infecciones bacterianas por: <i>Actinomyces israelii</i> <i>Enterobacter cloacae</i> <i>Escherichia coli</i> <i>Klebsiella pneumoniae</i> Enfermedad por arañazo de gato Infecciones fúngicas por: <i>Cryptococcus neoformans</i> <i>Geotrichum candidum</i> <i>Histoplasma capsulatum</i> Mucorales (mucormicosis/cigomicosis) <i>Aspergillus flavus</i> Reacciones a drogas (úlceras, eritema multiforme, epidermolisis tóxica) Disturbios neurológicos (parálisis facial, neuralgia del trigémino) Estomatitis aftosa recurrente Infecciones por citomegalovirus Molusco contagioso

*Adaptado de: 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.

Cuadro 2. Principales estudios sobre la prevalencia de lesiones orales asociadas con la infección por el VIH.

Autores, año, país (referencia)	n	Prevalencia %	CO	LV	EP¹	SK	U²
Barone R. <i>et al.</i> , 1990 Italia (11)	217	41	31	18	0	3	0
Moniaci D. <i>et al.</i> , 1990 Italia (12)	737	40	24	10	1	2	3
Van Der Waal <i>et al.</i> , 1991 Holanda (13)	100	80	56	15	27	4	0
Gillespie G. <i>et al.</i> , 1993 ³ América (14)	1818	-	45	20	9	6	9
Glick M. <i>et al.</i> , 1994 EE.UU. (15)	454	-	54	17	9	7	3
Kolokotronis A. <i>et al.</i> , 1994 Grecia (16)	43	-	37	16	14	0	5
Lamster I. <i>et al.</i> , 1994 ⁴ EE.UU. (17)	89	-	30	29	30	2,5	10
Ceballos-Salobreña A. <i>et al.</i> , 1996 España (18)	396	-	66	16	78	2	1
Begg M. <i>et al.</i> , 1996 ⁴ EE.UU. (19)	161	-	32	17	27	2	12
Hodgson T.A., 1997 Zambia (20)	107	40	25	5	4	8	0
Nittayananta W. <i>et al.</i> , 1997 Tailandia (21)	41	85	76	7	5	0	7
Nittayananta W. <i>et al.</i> , 1997 Tailandia (22)	124	82	66	13	7	0	11
Anil S. <i>et al.</i> , 1997 India (23)	96	-	84	7	24	0	6
Ramírez-Amador V. <i>et al.</i> ⁵ , 1998 México (24)	436	75	39	30	3	1	10
Arendorf T. <i>et al.</i> , 1998 Suráfrica (25)	600	60	38	20	9	2	3
Margiotta V. <i>et al.</i> , 1999 Italia (26)	104	36	10	10	3	0	4
Porter S.R. <i>et al.</i> , 1999 Reino Unido (27)	147	-	42	30	11	4	0
Patton L. <i>et al.</i> , 2000 EE.UU. (28)	606	42	18	17	6	1	5
Presente estudio	314	71	66	21	17		

CO: candidosis oral; LV: leucoplasia vellosa; EP: enfermedad periodontal; SK: sarcoma de Kaposi; U: úlceras

¹ En los diferentes estudios, los autores consideran la enfermedad periodontal como la sumatoria de gingivitis, periodontitis, gingivitis ulcerativa y periodontitis ulcerativa o como lesiones aisladas según el criterio diagnóstico empleado por los investigadores.

² Debido a la diferente etiología involucrada en las lesiones ulceradas, las prevalencias varían de un estudio a otro. En algunos estudios, solamente se consideran las úlceras de etiología desconocida y en otros se incluyen todas las lesiones ulceradas.

³ Este estudio cuenta con datos provenientes de Argentina, Brasil, Chile, México, Perú y Estados Unidos. Se muestran los valores promedio para cada lesión en todos los países. En el artículo original, se pueden ver los datos particulares para cada país informados a la OPS por los programas nacionales de VIH/sida.

⁴ En este estudio, se presentan datos de prevalencia correspondientes a sujetos VIH positivos, homosexuales y a sujetos VIH positivos usuarios de drogas endovenosas.

⁵ En este estudio no se publican los datos numéricos de las prevalencias por lesión. Los datos presentados se calcularon a partir de un gráfico de barras.

Atlántico, Villanueva y colaboradores informaron una prevalencia de candidosis oral y esofágica de 18,1% en 138 pacientes con infección por VIH (34) y en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, una publicación preliminar de 123 pacientes VIH positivos señaló una prevalencia de candidosis oral de 72% (35).

Estos resultados, relevantes para el diagnóstico de la situación de morbilidad oral asociada con el VIH en Colombia, son aún insuficientes para la caracterización epidemiológica precisa de la población, por lo cual se hace necesario realizar estudios descriptivos, longitudinales y transversales, que permitan determinar la incidencia y prevalencia de las lesiones orales en nuestros pacientes. Sólo así será posible establecer un perfil epidemiológico consecuente con la realidad del país y, por ende, aplicable a la formación del recurso humano en salud y a la organización y prestación de servicios odontológicos para las personas positivas para el VIH (4,5).

El objetivo del presente artículo es presentar el resultado de un estudio descriptivo con pacientes que asistían al Hospital San Juan de Dios de Bogotá, en el cual se tuvieron en cuenta variables tales como manifestaciones orales, localización de las lesiones, edad y género, con el propósito de recabar información que permitiera caracterizar el perfil de morbilidad oral asociado con la infección y, por consiguiente, optimizar la atención brindada a los usuarios del servicio odontológico positivos para el VIH.

Materiales y métodos

En 1989 se conformó el grupo interdisciplinario de atención a pacientes portadores del VIH en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá con participación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia a través de un profesor y varios alumnos, quienes realizaban labores de consulta externa (detección precoz de lesiones orales), atención odontológica ambulatoria y manejo de pacientes hospitalizados. La labor del grupo permitía retroalimentar el proceso enseñanza-aprendizaje mediante la investigación.

Para la realización de este estudio, se tomó como población a los nuevos usuarios del Servicio de

Consulta Externa de las enfermedades de transmisión sexual del hospital, atendidos durante el periodo 1994-1996 y que tenían como características comunes el pertenecer a los estratos socioeconómicos 1, 2 o 3, no estar cobijados por ninguno de los regímenes de seguridad social en salud y no estar recibiendo ningún tratamiento antirretroviral.

La consulta médica la realizaron los miembros del grupo interdisciplinario y el examen oral lo hizo el odontólogo y sus estudiantes, quienes fueron debidamente preparados en la identificación de las principales características de las manifestaciones orales asociadas con la infección por VIH según las pautas del sistema estandarizado de la OMS/OPS para registrar lesiones orales posiblemente relacionadas con la infección por VIH (Ginebra, 1989) y de los criterios derivados del taller organizado por la OMS/OPS en Quito, *La salud bucodental: repercusión de VIH/sida en la práctica odontológica*. Washington, D.C.: OPS; 1994. Se tuvieron en cuenta los parámetros mundiales vigentes de diagnóstico presuntivo y de elaboración de estudios epidemiológicos (10,36-40).

Los criterios presuntivos para el diagnóstico de las lesiones fuertemente asociadas con la infección VIH fueron los siguientes: 1) candidosis pseudomembranosa: manchas (placas) blanco-amarillentas localizadas en cualquier parte de la cavidad bucal y que al ser raspadas dejan una superficie eritematosa con tendencia al sangrado (figura 1); 2) candidosis eritematosa: áreas rojas usualmente localizadas en el paladar o en el dorso de la lengua, donde se aprecia como zona depapilada y lisa y, ocasionalmente, en mucosa bucal con o sin sintomatología referida por el paciente (figuras 2 y 3); 3) queilitis angular: ulceraciones uni o bilaterales de la comisura labial con patrón radiado, generalmente asintomática (figura 4); 4) leucoplasia vellosa: lesiones blanco-grisáceas uni o bilaterales de los márgenes de la lengua; no es posible su remoción y se observa un patrón corrugado vertical. Las lesiones pueden extenderse a la superficie ventral o dorsal de la lengua donde toman un aspecto liso; son asintomáticas (figura 5); 5) enfermedad

periodontal: a) eritema gingival lineal: una banda roja a lo largo del margen gingival, desproporcionadamente enrojecida en relación con el nivel de placa observado; no hay ulceraciones, ni presencia de bolsas, ni pérdida de adherencia epitelial y puede extenderse a la encía adherida (figura 6); b) gingivitis ulcerativa necrotizante: destrucción de una o más papilas interdetales; necrosis, hemorragia y halitosis características y sensación de presión y dolor interdental como en 'cuña de madera'; c) periodontitis ulcerativa necrotizante: caracterizada por pérdida de los tejidos blandos y duros como resultado de ulceración o necrosis; exposición, destrucción o secuestro de hueso con compromiso o pérdida

dental, dolor prominente, sangrado espontáneo y de rápida evolución (10,36); 6) sarcoma de Kaposi: máculas o pápulas eritematosas, violáceas o de color pardo, como también nódulos con o sin ulceración ubicados preferentemente en el paladar y en la encía, aunque pueden aparecer en cualquier lugar de la mucosa (figuras 7 y 8); 7) linfoma no Hodgkin: protuberancias firmes, elásticas, rojas o púrpuras, con o sin ulceración, que afectan la encía, el paladar y la mucosa yugal (figura 9).

Para el examen, se utilizaron los elementos adecuados y se siguió una secuencia que incluía piel de cara, palpación de cuello, labios, mucosa yugal derecha/izquierda-superior/inferior, paladar



Figura 1. Candidosis pseudomembranosa en paladar duro.



Figura 2. Candidosis eritematosa que afecta la totalidad de la lengua.

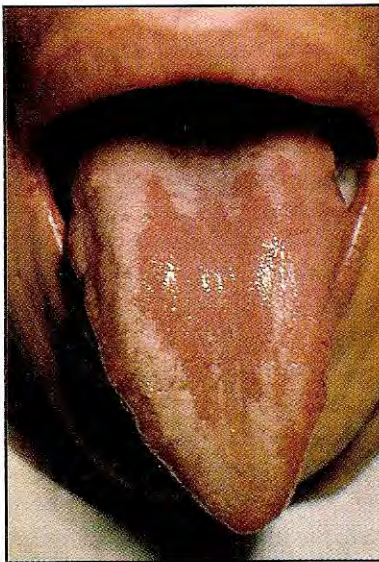


Figura 3. Candidosis eritematosa que afecta parcialmente la lengua.



Figura 4. Variedad de candidosis conocida como queilitis angular que afecta bilateralmente la comisura labial.



Figura 5. Leucoplasia vellosa en el borde lateral de la lengua.

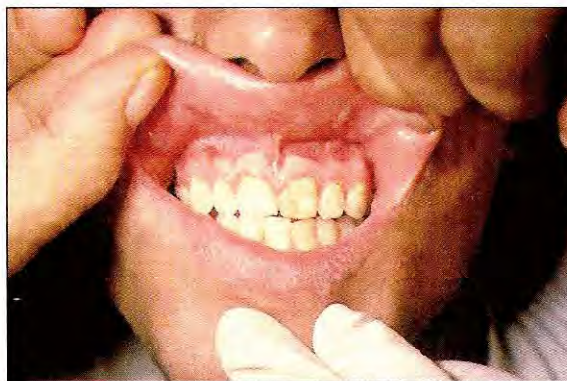


Figura 6. Enfermedad periodontal en su variedad de eritema gingival marginal, asociada con los incisivos centrales superiores.



Figura 7. Sarcoma de Kaposi, tipo placa, que afecta el paladar duro.



Figura 8. Sarcoma de Kaposi, tipo nódulo, que afecta el paladar duro.

duro, paladar blando, úvula, orofaringe, lengua (dorso-bordes-ventre), piso de boca, encía marginal, encía insertada, dientes y oclusión. De esta forma, se evitaba dejar lugares sin examinar (7-9,41-44).

La información se consignó en un formato en el que se registraba el número de la historia clínica, el nombre del paciente, el sexo, la edad, la presencia o ausencia de lesiones orales y, en el primer caso, el sitio de localización.

Resultados

De los 314 pacientes examinados, 285 (90,8%) eran hombres y 29 (9,2%) mujeres, con un promedio de edad de 31 años (rango de 15 a 64). Los resultados de 123 pacientes correspondientes a 1994 se habían publicado como un informe preliminar (35). Del total de pacientes examinados, 91 (29%) no presentaron ninguna manifestación



Figura 9. Linfoma no Hodgkin que afecta el paladar duro y blando.

oral asociada con la infección por el VIH, mientras que en los restantes 223 (71%) sí existían lesiones orales e, incluso un mismo paciente podía presentar más de una enfermedad. La prevalencia de las lesiones orales se presenta en el cuadro 3.

Cuadro 3. Prevalencia de lesiones orales en 223 pacientes positivos para VIH del Hospital San Juan de Dios, Bogotá, 1994-1996.

Manifestación oral	n	%
Candidosis oral	207	65,8
Leucoplasia vellosa	67	21,3
Gingivitis-periodontitis	54	17,1
Sarcoma de Kaposi	28	8,9
Estomatitis aftosa recurrente	26	8,2
Herpes labial	10	3,1
Adenopatías	10	3,1
Xerostomía	6	1,9
Hipertrofia de glándulas salivares	4	1,2
Máculas	4	1,2
Petequias	3	0,9
Herpes zóster	2	0,6
Lesión blanca inespecífica	1	0,3
Linfoma no Hodking	1	0,3

Las zonas más afectadas de la cavidad bucal fueron, en su orden: paladar duro o blando, 108 sujetos (27%); lengua, 101 (25%); mucosa yugal, 48 (12%); encía marginal e insertada, 48 (12%); comisura labial, 34 (8%); orofaringe, 25 (6%); labios, 13 (3%) y piso de boca, glándulas salivares, úvula y piel de cara, menos de 10 lesiones por sitio.

Discusión

Es de notar que, a pesar de la variada información disponible en los artículos revisados y presentada en el cuadro 2 (11-28,32-35), no ha sido posible establecer parámetros claros de referencia en cuanto a la frecuencia de aparición de las lesiones estudiadas, lo que hace difícil enmarcar los resultados del presente estudio en alguno de ellos. Sin embargo, al comparar el dato global de prevalencia, se observan coincidencias interesantes, sobre todo con el estudio de México (24) y, en menor medida, con el de Suráfrica (25) y similitudes con los estudios de Holanda (13) y Tailandia (21,22).

Con respecto a los otros estudios descritos (11,12,14-20,23,26-28), los valores de prevalencia del informe actual se encuentran bastante por encima, ya que los investigadores informan cifras cercanas al 40%, explicables por la facilidad de acceso a los servicios de salud en dichos países. En cuanto al tipo de enfermedad más prevalente, la candidosis oral, se confirma lo encontrado por

otros autores (11-28) que la colocan como la de mayor frecuencia. Al contrastar los resultados con los informes nacionales, se observa una coincidencia con el estudio de Medellín que involucró pacientes con diagnóstico de sida (33), así como discrepancia con uno de los estudios de Bogotá (32) y con el de la Región Atlántica (34), que estudian pacientes con VIH y sida e informan prevalencias de candidosis oral y esofágica cercanas al 18%.

En cuanto a las variedades clínicas de candidosis, la mayoría de autores informan la variedad pseudomembranosa como la más prevalente, fenómeno observado en este estudio, con un alto porcentaje para la variedad eritematosa. Estas lesiones han resultado ser fuertemente predictivas para el desarrollo de sida dentro de los meses posteriores a su presentación, razón por la cual este dato debe acompañarse de otros estudios clínicos y del perfil inmunológico (15,16,19,26,28-31,45,46).

De igual manera, las gingivitis-periodontitis asociadas con el VIH y la leucoplasia vellosa se comportan de manera parecida, lo cual señala su importancia como trazadoras de infección VIH y como predictoras de desarrollo de sida (15,16,28,47-51). Sería interesante que en los estudios futuros se contara con la confirmación histológica de las lesiones leucoplásicas, tal como lo recomiendan ciertos autores (10,36-40), ya que algunas de ellas pudieran corresponder a candidosis hiperplásica, liquen plano o lesiones penfigoides, semejanzas que sesgarían los resultados (52,53).

En la población examinada, el sarcoma de Kaposi se observó en el 8,9% de los casos, dato cercano al informe de Zambia (20); esto se puede explicar por el patrón epidemiológico en que se encontraba Colombia en el momento del estudio y, también, al pobre acceso a los tratamientos integrales profilácticos para gérmenes oportunistas y con antirretrovirales en los dos países de referencia (3,4,44). La falta de tratamientos adecuados puede favorecer el desarrollo de la infección por el herpes humano tipo 8, responsable del desarrollo de las lesiones características del sarcoma de Kaposi (54).

antirretrovirales en los dos países de referencia (3,4,44). La falta de tratamientos adecuados puede favorecer el desarrollo de la infección por el herpes humano tipo 8, responsable del desarrollo de las lesiones características del sarcoma de Kaposi (54).

La clasificación internacional vigente presenta al linfoma no Hodgkin como una neoplasia frecuentemente asociada con el curso de la infección por el VIH (10); sin embargo, ninguno de los estudios revisados lo menciona específicamente (11-28) y el presente estudio sólo aportó un caso en la cavidad oral. Por ello, sería conveniente revalidar la presencia de este proceso neoplásico como un marcador de infección por VIH. Vale la pena resaltar que la estomatitis aftosa recurrente (figura 10), ocupó el quinto lugar en prevalencia (8,2%), hallazgo que se acerca al informado para Latinoamérica (14) y que señala la necesidad de estudiar cuidadosamente las lesiones ulceradas en los portadores del virus (55,56).

Los datos presentados tienen las limitaciones propias de un diseño descriptivo, en el cual se tiende a subestimar la ocurrencia real de las lesiones. En efecto, si un sujeto era admitido en el estudio y se encontraba sano durante el examen inicial, no se le clasificaba luego en el grupo de enfermos, aunque presentara lesiones en las visitas de control. Por otro lado, el hecho de utilizar los criterios diagnósticos presuntivos pudiera sobreestimar patologías como la leucoplasia vellosa o la candidosis eritematosa, toda vez que no se realizó su confirmación por frotis o biopsia. No obstante, estudios que emplean esta metodología son útiles en instituciones, regiones o países que, como el nuestro, no disponen de los recursos apropiados para realizar todos los exámenes diagnósticos que servirían para alertar sobre una posible infección por VIH en individuos con serología desconocida y en aquéllos que conviven con la infección por VIH. Las lesiones orales descritas son excelentes predictores de inmunosupresión y desarrollo de sida (12,15,19,26,28,29-31).

De la misma manera, la detección precoz de las lesiones orales asociadas permite ofrecer un tratamiento oportuno a los pacientes, lo cual



Figura 10. Estomatitis aftosa presente como lesión ulcerada en el pilar anterior derecho.

redunda en una mejoría de la calidad de vida (31,36,37,40-44).

El tamaño de la población examinada, que correspondió a los pacientes atendidos durante tres años en el servicio de enfermedades de transmisión sexual, permite establecer conclusiones, si bien no definitivas, sobre el comportamiento de las lesiones orales asociadas con la infección por el VIH en pacientes sin tratamiento antirretroviral, lo cual brinda al clínico una herramienta valiosa para el análisis de un paciente seropositivo y al investigador los datos para realizar estudios de población de corte epidemiológico en áreas donde el acceso a los servicios de salud es restringido (57,58).

Los datos presentados son de importancia para los practicantes, expertos o novatos, en cuanto al cuidado extremo que se debe tener al realizar el examen oral de los pacientes, el cual debe abarcar todos los sitios de la cavidad bucal en busca de signos y síntomas que permitan sospechar la infección por el VIH (59-61).

Las anteriores medidas darían lugar a una pronta interconsulta médica para evitar que el diagnóstico de un paciente quede sin establecer y se haga solamente cuando la detección de la patología oral es ya asunto del mismo paciente. Para cuando esto suceda, se habrán perdido meses de tratamiento profiláctico para diversas entidades, así como para las terapias antirretrovirales, lo cual puede comprometer o mejorar la salud del paciente y deteriorar o enriquecer su calidad de vida (62).

Referencias

1. **Fast PE, McNamara JG.** Research and development for a vaccine to prevent HIV infection and AIDS. En: *Polsky BW, Clumeck N, Armstrong D, Cohen J. HIV and AIDS. St. Louis: Mosby-Harcourt Publishers; 1999. p. 4.1-4.4.*
2. **Kaplan JE, Hanson D, Dworkin MS, Frederick T, Bertolli J, Lindegren ML, et al.** Epidemiology of human immunodeficiency virus associated opportunistic infections in the United States in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2000;30(Suppl1): S5-14.
3. **Onusida.** Informe sobre la epidemia mundial de VIH/ SIDA. Ginebra: Onusida; 2001.
4. **ONUSIDA. Ministerio de Salud. República de Colombia.** Infección por VIH y SIDA en Colombia: aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance histórico hacia el nuevo siglo. Bogotá, D.C.: Onusida; 2001.
5. **OPS.** Sistemas y servicios de salud. Programa regional de salud bucodental. Estrategia regional de salud bucodental para los años noventa. Informe, Quito, Ecuador: OPS; 1994.
6. **Pindborg JJ.** Classification of oral lesions associated with HIV infection/AIDS. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;67:292-5.
7. **Scully C, Laskaris G, Pindborg J, Porter SR, Reichart P.** Oral manifestations of HIV infection and their management. I. More common lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;71:158-66.
8. **Scully C, Laskaris G, Pindborg J, Porter SR, Reichart P.** Oral manifestations of HIV infection and their management. II. Less common lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;71:167-71.
9. **Scully C, Bagg J.** Viral Infections in dentistry. *Oral Maxillofacial Surg infec* 1992;111:102-15.
10. **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.
11. **Barone R, Ficarra G, Gaglioti D, Orsi A, Mazzotta F.** Prevalence of oral lesions among HIV-infected intravenous drug abusers and other risk groups. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990;69:169-73.
12. **Moniaci D, Greco G, Flecchia G, Raiteri R, Sinicco A.** Epidemiology, clinical features and prognostic value of HIV-1 related oral lesions. *J Oral Pathol Med* 1990;19:477-81.
13. **Van der Waal I, Sculten AJM, Pindborg JJ.** Oral manifestations of AIDS: an overview. *Int Dent Journal* 1991; 41:3-8.
14. **Gillespie GM, Mariño R.** Oral manifestations of HIV infection: a panamerican perspective. *J Oral Pathol Med* 1993;22:2-7.
15. **Glick M, Muzyka BC, Lurie D, Salkin LM.** Oral manifestations associated with HIV-related disease as markers for immune suppression and AIDS. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;77:344-9.
16. **Kolokotronis A, Kioses V, Antoniadis D, Mandraveli K, Doutsos I, Papanayotou P.** Immunologic status in patients with HIV with oral candidiasis and hairy leukoplakia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;78:41-6.
17. **Lamster IB, Begg MD, Mitchell-Lewis D, Fine JB, Grbic JT, Todak GC, et al.** Oral manifestations of HIV infection in homosexual men and intravenous drug users. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;78:163-74.
18. **Ceballos-Salobreña A, Aguirre-Urizar JM, Bagan-Sebastian JV.** Oral manifestations associated with human immunodeficiency virus infection in a Spanish population. *J Oral Pathol Med* 1996;25:523-6.
19. **Begg MD, Panageas KS, Mitchel-Lewis D, Bucklan RS, Phelan JA, Lamster IB.** Oral lesions as markers of severe immunosuppression in HIV-infected homosexual men and injection drug users. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996;82:276-83.
20. **Hodgson TA.** HIV-associated oral lesions: prevalence in Zambia. *Oral Diseases* 1997;3(Suppl1):S46-50.
21. **Nittayananta W, Jealae S, Chungpanich S.** Oral lesions in Thai heterosexual AIDS patients: a preliminary study. *Br Dent J* 1997;182:219-21.
22. **Nittayananta W, Chungpanich S.** Oral lesions in a group of Thai people with AIDS. *Oral Diseases* 1997;3(Suppl1): S 41-S45.
23. **Anil S, Challacombe SJ.** Oral lesions of HIV and AIDS in Asia: an overview. *Oral Diseases* 1997;3(Suppl 1);S 36-S40.
24. **Ramírez-Amador V, Esquivel-Pedraza L, Sierra-Madero J, Ponce-de-León S.** Oral manifestations of HIV infection by gender and transmission category in Mexico City. *J Oral Pathol Med* 1998;27:135-40.
25. **Arendorf TM, Bredekamp B, Cloete CA, Sauer G.** Oral manifestations of HIV infection in 600 South African patients. *J Oral Pathol Med* 1998;27:176-9.
26. **Margiotta V, Campisi G, Mancuso S, Accurso V, Abbadessa V.** HIV infection: oral lesions, CD4+ cell count and viral load in an Italy study population. *J Oral Pathol Med* 1999;28:173-7.
27. **Porter SR, Luker J, Scully C, Kumar N.** Lesiones orales en pacientes expuestos a infección por VIH en Reino Unido. Estudio de diez años. *Medicina Oral* 1999;4:455-69.
28. **Patton LL, Hill C.** Sensitivity, specificity, and positive predictive value of oral opportunistic infections in adults

- with HIV/AIDS as markers of immune suppression and viral burden. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;90:182-8.
29. **Saah AI.** Predictors of the risk of development of acquired immunodeficiency syndrome within 24 months among gay men seropositive for human immunodeficiency virus type 1: a report from the multicenter AIDS cohort study. *Am J Epidemiol* 1992;135:1147-55.
 30. **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 Diseases* 1997;3:176-83.
 31. **Greenspan JS.** Sentinels and signposts: the epidemiology and significance of the oral manifestations of HIV disease. *Oral Diseases* 1997;3(Suppl):S13-17.
 32. **Prada G, Torres A, García F, Plata A, De Merino N.** Infección por VIH-1. Análisis de 244 casos. *Acta Méd Colomb* 1992;17:376-82.
 33. **Velásquez G, Betancur J, Estrada S, Nagles J, Orozco B, Ospina S, et al.** Infecciones observadas en 193 pacientes con sida: estudio multicéntrico en la ciudad de Medellín, 1987-92. *Acta Méd Colomb* 1993;18:56-65.
 34. **Villanueva A, Maquire J, Ramírez AR, Hernández T.** Problemas en el manejo de pacientes con sida. *Biomédica* 1994;14:5-15.
 35. **Estrada JH.** Manifestaciones orales asociadas a la infección por VIH/ sida en 123 pacientes del Hospital San Juan de Dios de Bogotá. *Rev Fac Med UN Col* 1995;43:188-93.
 36. **Greenspan JS, Barr CE, Sciubba JJ, Winkler JR.** Oral manifestations of HIV infection: definitions, diagnostic criteria and principles of therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73:142-4.
 37. **Greenspan D, Greenspan JS.** Oral manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Dental Clinics North Am* 1993;37:21-32.
 38. **Porter S, Scully C.** HIV: the surgeons perspective. Part 2. Diagnosis and management of non-malignant oral manifestations. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1994;32:231-40.
 39. **Greenspan D, Greenspan JS.** HIV related disease. *Lancet* 1996;348:729-33.
 40. **Glick M.** The role of the dentist in the era of AIDS. *Dental Clinics North Am* 1996;40:343-57.
 41. **Greenspan D, Greenspan JS.** Management of the oral lesions of HIV infection. *JADA* 1991;122:26-32.
 42. **Scully C, McCarthy G.** Management of oral health in persons with HIV infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73:215-25.
 43. **American Dental Association.** Dental treatment to the HIV infected patients. *JADA* 1995;126(Suppl1):39.
 44. **Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención.** Manual de aspectos básicos: infección por VIH/SIDA-Hepatitis B. Medidas para el control de infecciones en odontología. Bogotá: Ministerio de Salud 1995. p. 42.
 45. **Plettenberg A, Reisinger E, Lenzner U, Listemann H, Ernest M, Kern P, et al.** Oral candidosis in HIV infected patients. Prognostic value and correlation with immunological parameters. *Mycoses* 1990;5:610-18.
 46. **Nielsen H, Bentsen KD, Højtved L, Willemoes EH, Scvheutz F, Schiodt M, et al.** Oral candidiasis and immune status of HIV infected patients. *J Oral Pathol Med* 1997;26:237-43.
 47. **Young SC, Stewart GJ, Cooper DA, Sindhusake D.** Progression of periodontal disease in HIV seropositive patients. *J Periodontol* 1993;64:651-57.
 48. **Glick M, Muzyka BC, Salkin LM, Lurie D.** Necrotizing ulcerative periodontitis: a marker for immune deterioration and a predictor for the diagnosis of AIDS. *J Periodontol* 1994;65:393-7.
 49. **Robinson PG.** Wich periodontal changes are associated with HIV infection? *J Clin Periodontol* 1998;25:278-85.
 50. **Lamster IB, Grbic JT, Mitchell-Lewis D, Begg MD, Mitchell A.** New concepts regarding the pathogenesis of periodontal disease in HIV infection. *Ann Periodontol* 1998;3:62-75.
 51. **Husak R, Garbe C, Orfanos C.** Oral hairy leukoplakia in 71 HIV seropositive patients: clinical symptoms, relation to immunologic status and prognostic significance. *J Am Acad Dermatol* 1996;35:928-34.
 52. **Triantos D, Porter SR, Scully C, Gee C.** Oral hairy leukoplakia: clinicopathologic features, pathogenesis, diagnosis and clinical significance. *Clin Infect Dis* 1997;25:1392-6.
 53. **Pedra E, Lage M, Silva A, Spyro K, Soares SM, Castanheira GA et al.** Oral hairy leukoplakia: Histopathologic and cytopathologic features of a subclinical phase. *Am J Clin Pathol* 2000;114:395-401.
 54. **Moore P, Chang Y.** Kaposi's sarcoma (KS); KS-associated herpesvirus and the criteria for causality in the age of molecular biology. *Am J Epidemiol* 1998;147:217-21.
 55. **Piluso S, Ficarra G, Lucatorto FM, Orsi A, Dionisio D, Stendardi L, et al.** Cause of oral ulcers in HIV infected patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;82:166-72.
 56. **Regezi JA, Eversole LR, Barker BF, Rick GM, Silverman S.** *Herpes simplex* and *citomegalovirus* coinfecting oral ulcers in HIV positive patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;81:55-62.
 57. **Martínez P, Rodríguez LA, Agudelo C.** Equidad en la política de reforma del sistema de salud. *Rev Salud Pública* 2001;3:13-39.

- 58. Restrepo CI.** El SISBEN: una mirada desde los beneficiarios. En: Universidad Nacional de Colombia (Sede Medellín). Universidad de Antioquia. Curso internacional itinerante. La salud colectiva a las puertas del siglo XXI. Memorias. Medellín: Universidad de Antioquia; 2000 p. 185-211.
- 59. McCullough MJ, Firth NA, Reade PC.** Human immunodeficiency virus infection: a review of the mode of infection, pathogenesis, disease course, and the general and clinical manifestations. *Australian Dent J* 1997;42: 30-7.
- 60. Wiebe CB, Epstein JB.** An atlas of HIV associated oral lesions: a new classification and diagnostic criteria. *Canadian Dent A asoc* 1997;63:288-94.
- 61. Phelan JA, Agins BA.** Diagnosis and management of soft-tissue lesions. En: Oral health care for adults, adolescents and children with HIV infection. Albany: *New York State Department of Health AIDS Institute*; 1998. p. 6.1-17.
- 62. USPH/IDSA Prevention of opportunistic infections working group.** 1999 USPH/IDSA guidelines for prevention of opportunistic infections in persons infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 2000; 30(Suppl1):S29-65.