

Situación de salud oral de los niños uruguayos portadores del virus de la inmunodeficiencia humana

Dras. Licet Álvarez Loureiro ¹, Laura Hermida ², Lic. Eduardo Cuitiño ³

Resumen

La mayoría de los niños infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana presentan, dentro de los primeros signos de la enfermedad, manifestaciones orales. Algunas de estas lesiones orales tienen valor pronóstico de cara a la evolución de la infección y la aparición de SIDA.

El propósito de este trabajo es determinar el estado de salud oral de los niños uruguayos portadores del VIH que asisten al Centro Nacional de Referencia Obstétrico-Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Fueron examinados 76 niños con edades comprendidas entre 1 y 17 años, con una media de 7,5 años. Los resultados obtenidos muestran un índice de 4,52±6,2 para el grupo de dentición caduca, 4,42±3,35 en el de dentición mixta. El índice CPO fue de 1,28±1,72 en el grupo de dentición mixta y 2,8±2,4 en el grupo de dentición permanente. Un 51,8% de la población estudiada presentó algún tipo de maloclusión, mientras un 75% presentaba gingivitis. La prevalencia de candidiasis alcanzó el 16% de la población, 8% de lesiones herpéticas, 11,6% de hipertrofia parotídea, 2,4% de leucoplasia vellosa y un caso de GUNA (0,7%).

Palabras clave: SALUD BUCAL
DIAGNÓSTICO BUCAL
CARIES DENTAL
VIH
INFECCIONES POR VIH

Summary

One of the first signs of disease of most children infected with HIV is oral. Some of them are a preview of the disease evolution and the appearance of AIDS. The purpose of this paper is to establish the oral health of HIV infected Uruguayan children at the Centro Nacional de Referencia Obstétrico-Pediátrico VIH-SIDA of the Centro Hospitalario Pereira Rossell. 76 children from ages 1 to 17 were examined, the average age was 7,5. The DMF-s in the deciduous dentition group was 4,52±6,2. The dmf-s in the mixed dentition group was 4.42 ±3,35 and the DMF-s was 1,28±1,72. The DMF-s in the permanent group was 2,8±2,4. On the total, malocclusions occurred in 51,8% and gingivitis in 75%. Candidiasis prevailed in 16% of the population, herpetic lesions in 8%, parotid hyperplasia 11,6%, and oral hairy leukoplakia 2,4% and there was one case of ANUG (0,7%)

Key words: ORAL HEALTH
DIAGNOSIS, ORAL
DENTAL CARIES
HIV
HIV INFECTIONS

1. Profesora Adjunta, Cátedra de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UDELAR. Programa Docencia Servicio Investigación de la Facultad de Odontología de la UDELAR.

2. Asistente grado II Programa Docencia Servicio Investigación de la Facultad de Odontología de la UDELAR.

3. Asistente grado II, Licenciado en Matemáticas opción Estadística. Docente Escuela de Graduados, Facultad de Odontología de la UDELAR. Programa docencia-servicio-investigación de la Facultad de Odontología de la UDELAR. Centro de Referencia Nacional Obstétrico-Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Recibido: 14 de junio de 2006.

Aprobado: 7 de febrero de 2007

Introducción

Desde el año 1981; cuando apareció publicado el primer caso en un individuo adulto, hasta nuestros días; más de 40 millones de personas han sido reportadas como afectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ⁽¹⁻³⁾. Los registros del año 2002 mostraban que 3,2 millones de esas personas eran niños menores de 15 años.

En 1983 aparecen las primeras publicaciones sobre niños afectados de VIH ^(4,5), comprobándose que la principal vía de infección era la vertical madre-hijo. Se cree que dos tercios de los niños infectados por el VIH lo adquieren durante el embarazo y parto, y alrededor de un tercio a través de la leche materna.

En Uruguay la tasa de prevalencia de la enfermedad ha ido en aumento, situándose en el año 2004 en 0,45% de la población total. El 69,4% vive en Montevideo y el 30,6% en el interior del país. La tasa de transmisión vertical en nuestro medio hacia el año 1996 llegó al 28% ⁽⁶⁾. Gracias a la implementación, por ley, del examen durante la gestación y a partir de 1997 (decreto 295/97 Ministerio de Salud Pública, MSP), de la aplicación de los protocolos internacionales de tratamiento a la embarazada infectada, la tasa de transmisión vertical descendió a 2,5% en el año 2003 ⁽⁷⁻⁹⁾. Actualmente la transmisión perinatal se sitúa en 1,6% según datos aportados por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Sector VIH-SIDA del MSP, informe del 31 de octubre de 2005 ⁽¹⁰⁾.

La infección por el VIH trae aparejada una disminución progresiva en número y actividad de los linfocitos T CD4, comprometiendo la inmunidad celular y facilitando el desarrollo de varias infecciones oportunistas y neoplasias. La mayoría de niños con infección por VIH presentan, dentro de sus primeros signos de enfermedad, manifestaciones orales. Alguna de estas lesiones orales tienen valor pronóstico de cara a la evolución de la infección y la aparición de SIDA. Se atribuyen al descenso de linfocitos CD4 y al severo compromiso de las células mediadoras de la inmunidad. La cavidad oral es particularmente susceptible, por su diversidad microbiana, a afecciones oportunistas ⁽¹¹⁾.

La aparición y utilización de terapia medicamentosa en estos pacientes ha provocado, afortunadamente, una disminución en la prevalencia de estas afecciones orales a lo largo de los años. La manifestación más común es la candidiasis oral, y su prevalencia varía entre 11 y 72% según los autores, siendo las formas más comunes la forma pseudomembranosa, queilitis angular y la forma eritematosa ^(18,19).

Sin embargo la enfermedad caries y gingivitis permanecen en su condición de alta prevalencia, según da-

tos a nivel internacional ^(12,13). Si bien Valdez y colaboradores en 1994 afirmaron que la lesión de caries es la enfermedad bucal más prevalente en estos pacientes, los estudios existentes discrepan y no explican claramente la vinculación de estas lesiones con la enfermedad en sí. Algunos, como Loggoti, lo vinculan con la xerostomía presente en algunos pacientes aunque no es muy común en niños ⁽¹⁴⁾; otros consideran factores como el nivel socioeconómico bajo, higiene oral deficitaria, medicación crónica azucarada, etcétera ⁽¹⁵⁾.

En nuestro país no existen reportes sobre el estado de salud oral de la población infantil infectada con el VIH.

Objetivo

Determinar el estado de salud oral de los niños uruguayos portadores del VIH que concurren al Centro Nacional de Referencia Obstétrico-Pediátrico VIH-SIDA del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal.

Se incluyó la totalidad de los niños diagnosticados positivos, dentados, que acuden al Centro Nacional de Referencia Obstétrico-Pediátrico VIH-SIDA del Centro Hospitalario Pereira Rossell, previa obtención del consentimiento por parte de sus padres o tutores para el examen clínico.

Todo niño que formó parte de la encuesta fue incluido en un programa educativo-preventivo-asistencial, de acuerdo al riesgo y actividad diagnosticados, brindándole una atención integral. Se dejaron fuera del programa asistencial aquellos niños que poseían atención privada o residían en el interior del país y no podían concurrir con la periodicidad necesaria para rehabilitar su boca. Los mismos fueron derivados a centros zonales para su atención.

El examen clínico se realizó en el consultorio del Centro, con luz artificial aportada por un frontoluz. Previo al examen clínico se realizaba la remoción mecánica del biofilm dental con cepillo y pasta dental, se enjuagaban y se secaban las superficies a ser examinadas. Se empleó espejo plano y sonda n°5, pudiendo hacer uso del hilo dental para corroborar lesiones de caries proximales.

El diagnóstico fue realizado por un único encuestador, debidamente calibrado en los criterios de la OMS. Los resultados de la calibración fueron: doble examen de caries con un porcentaje de confiabilidad del 96% y un índice KAPPA de 0,9 ⁽¹⁷⁾. Se aplicaron los índices ceo-d y CPO-d. Estos son índices internacionales de prevalencia de caries, que utilizan el criterio de la OMS pa-

ra el diagnóstico de la enfermedad. El índice ceo se aplica a la dentición caduca y sus iniciales significan la sumatoria de las piezas dentarias cariadas, con extracción indicada y obturadas. El índice CPO se aplica a la dentición permanente y significa la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados⁽¹⁶⁾.

Los niños fueron incluidos para el estudio de caries en tres grupos: dentición caduca, dentición mixta y dentición permanente. Como grupo control se tomaron poblaciones usuarias de Salud Pública, sin patologías sistémicas y se agruparon de la misma forma, dentición caduca, mixta y permanente.

En cuanto a gingivitis y maloclusiones se tomó en cuenta también los criterios establecidos por la OMS, pero tan solo se registró presencia o ausencia de la misma, sin interesar el grado de desarrollo de la enfermedad.

Se asistió con voluntarios entrenados en el uso de las fichas clínicas desarrolladas por el Programa Docencia Servicio Investigación, registrando simultáneamente ceo-d, CPO-d, presencia o no de maloclusiones, presencia o no de gingivitis y descripción de lesiones mucosas presentes.

Se trabajó una vez a la semana, los días martes en horario matutino, dedicando un tiempo aproximado de 20 min a cada examen. Se realizó un promedio de 12 exámenes por turno de cuatro horas. La ayudante intercalaba cada 10 exámenes uno ya visto en otro turno a fin de corroborar la objetividad del diagnóstico. En caso de discrepancia se volvía a realizar el examen.

Las fichas clínicas fueron archivadas en planilla Excel según número autogenerated del paciente. Se aplicó el Mann-Whitney U Test (new.sta) para el estudio comparativo de caries entre el grupo de estudio y el grupo control.

Recursos humanos

- Dos odontólogas debidamente calibradas y entrenadas en diagnóstico.
- Estudiantes de odontología que cursan el último año de su carrera y pasantes voluntarios.
- Personal de enfermería.

Recursos materiales

1. Instrumental de inspección aportado por docentes y estudiantes.
2. Tres cajas de guantes y tres cajas de tapabocas aportados por el CHPR.
3. Alcohol, hipoclorito, bolsas descartables y papel camilla a fin de cumplir con las normas de bioseguridad, los cuales fueron aportados por el CHPR.
4. 200 fotocopias de historias clínicas realizadas por las odontólogas.

5. Cuatro frascos de colorante de placa dos tonos aportado por la Facultad de Odontología.
6. 90 cepillos dentales aportados por el grupo de apoyo al Centro Nacional de Referencia Obstétrico Pediátrico VIH-SIDA Fransida.
7. Espejo y vasos descartables aportados por el CHPR.

Resultados

En el grupo estudio se registraron un total de 76 niños (n=76), con un rango de edad entre 1 y 17 años. La edad promedio de los niños examinados fue de 7,5±3,0.

Para el grupo control se incluyeron un total de 86 niños (n=86), con un rango de edades entre 3 y 12 años. La edad promedio para el grupo control fue de 6,5±2,88.

Maloclusiones

En 40 niños del grupo de estudio se observó algún signo de maloclusión, lo que representa el 52% de la población.

Gingivitis

En relación con gingivitis marginal, 58 niños mostraron gingivitis crónica lo que significa el 75% de la población.

Caries

Se dividieron los pacientes en tres grupos: dentición caduca, mixta y permanente, estudiando ceo, ceo y CPO y CPO en cada grupo respectivamente. Los resultados pueden observarse en la tabla 1.

Los siguientes hallazgos clínicos se observaron solamente en el grupo de estudio:

- Candidiasis: 13 casos.
- Queilitis angular: tres casos.
- Candidiasis pseudomembranosa: siete casos.
- Candidiasis eritematosa: tres casos.
- Dos casos de leucoplasia vellosa.
- Siete casos de lesiones herpéticas.
- Un caso de GUNA.
- Hipertrofia parotídea: 11 casos.

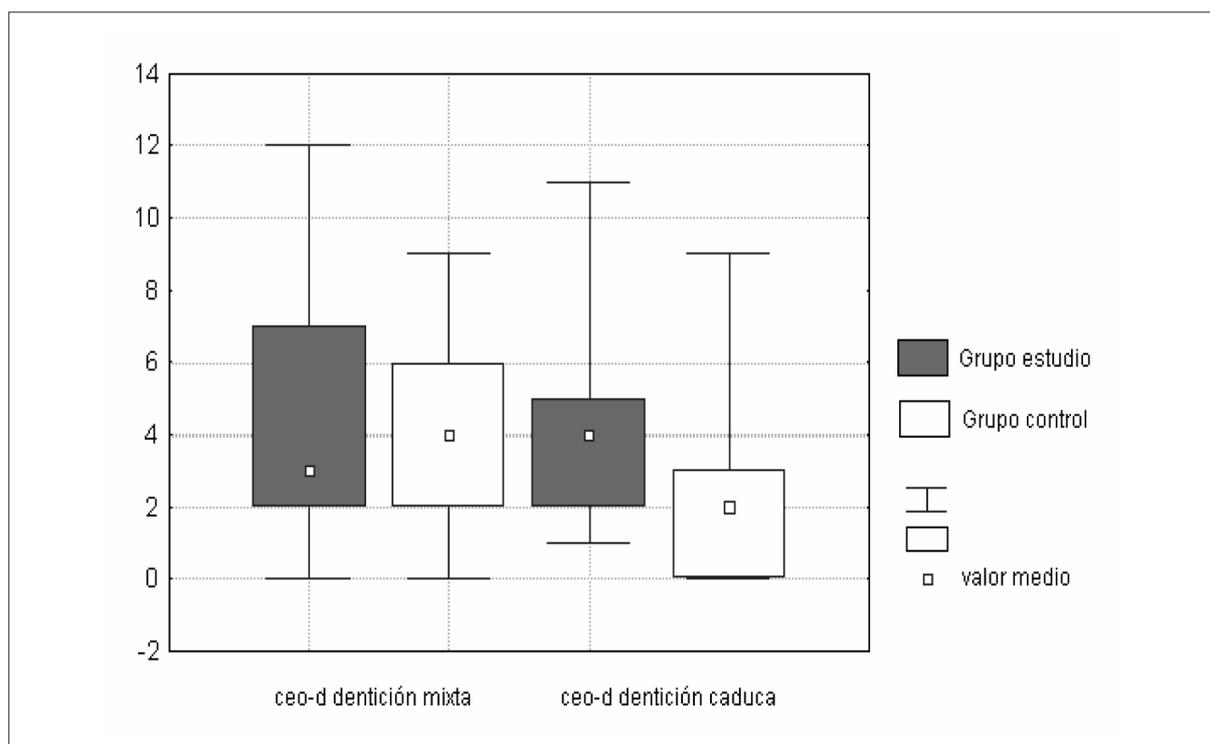
Discusión

El presente trabajo tuvo como propósito realizar un relevamiento sobre el estado de salud oral de la población infantil infectada por VIH, para conocer de manera objetiva las necesidades de esta población y formular un programa integral acorde a esta realidad.

Las cifras encontradas en cuanto a caries, tanto en dentición decidua como mixta, concuerdan con los hallazgos de diferentes autores que afirman que los valores son mayores que en la población no infectada^(12,13), no

Tabla 1. Índice ceo-d para el grupo en dentición caduca, ceo-d y CPO-d para el grupo en dentición mixta y CPO-d para el grupo en dentición permanente.

	Dentición caduca		Dentición mixta			Dentición permanente	
	n	ceo-d	n	ceo-d	CPO-d	n	CPO-d
Grupo estudio	34	4,52±2,56	35	4,42±3,39	1,28±1,74	7	2,85±2,41
Grupo control	36	2,13±2,36	40	3,8±2,59	0,34±0,82	10	1,6±2,01
Mann Whitney U test p	0,000023		0,58		0,01	0,2	

**Figura 1.** Índice ceo-d para el grupo dentición caduca y mixta.

así en la dentición permanente (figuras 1 y 2). El valor de CPO-d a la edad de 11 años fue de 2,8. Si tomamos en cuenta que el CPO-d aumenta un punto por año en poblaciones de riesgo social alto, al proyectar los datos obtenidos en el presente trabajo tendríamos un CPO-d aproximadamente de 4 a la edad de 12 años, que representa un valor más elevado que el reportado a nivel nacional, que es de 2,4 a la edad de 12 años⁽²²⁾. De cualquier modo no es posible afirmar que la mayor prevalencia se deba a su condición de seropositivo, ya que existen otras condicionantes como el nivel socioeconómico y cultural, el consumo de medicación, la repercusión de ésta sobre el flujo salival, las frecuentes ingestas de alimentos azucarados, etcétera, que es necesario analizar en profundidad para llegar a una conclusión válida.

Los hallazgos de este estudio referentes a otras manifestaciones orales diferentes a caries y gingivitis coinciden con reportes de algunos autores en los cuales la candidiasis se reporta como la lesión oral más frecuente.^(20,21) En relación con la hipertrofia parotídea, si bien los datos también coinciden con el de diferentes trabajos que la reportan entre los hallazgos frecuentes en estos pacientes^(20,21), en el presente estudio no fue tenido en cuenta si la misma se presentaba de forma uni o bilateral.

Conclusiones

La población infantil que acude al Centro Nacional de Referencia Obstétrico-Pediátrico VIH-SIDA del Centro Hospitalario Pereira Rossell puede definirse desde

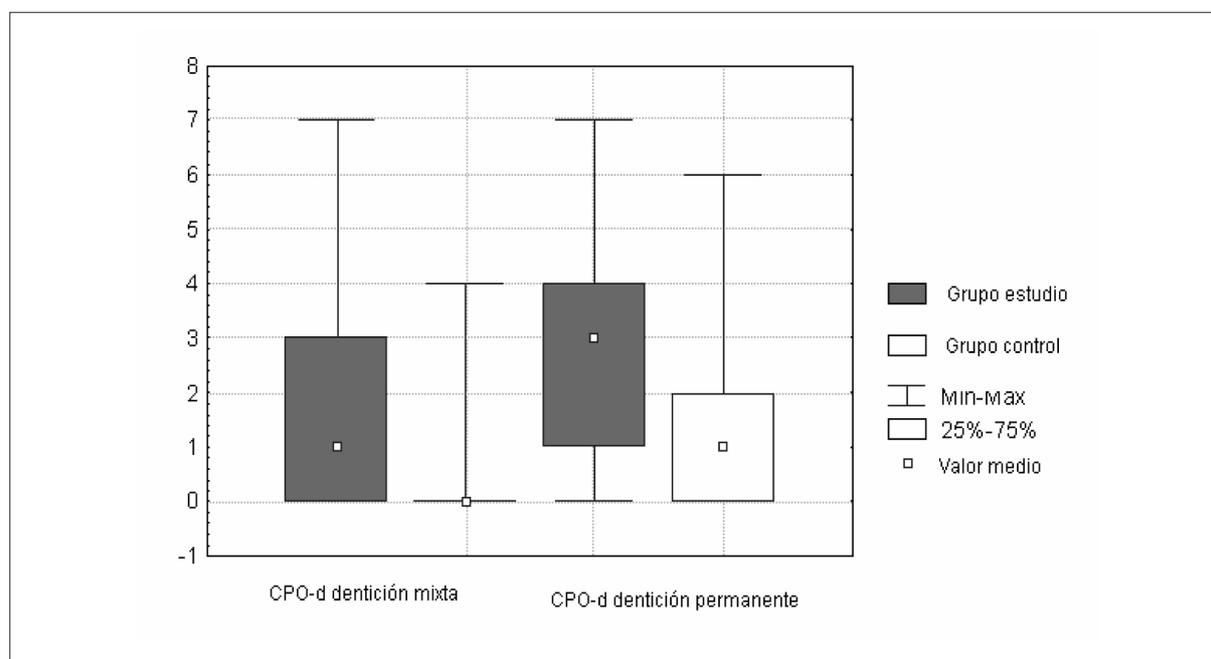


Figura 2. Índice CPO-d grupo dentición mixta y permanente.

el punto de vista de su salud bucal como un grupo de alta actividad de caries, sumado a su alto riesgo biológico y social. No muestra rasgos diferenciales con otras poblaciones descritas en la literatura internacional. Deja en evidencia su vulnerabilidad y la necesidad de establecer una vigilancia firme y periódica desde su nacimiento.

El programa de salud establecido en el Centro, con características de interdisciplinariedad es, sin duda, la mejor opción para esta población. Sobre todo pensando en dirigir los mayores esfuerzos hacia el grupo materno infantil, tratando de influir beneficiosamente en el establecimiento de la flora oral a través de los cuidados de la gestante

Agradecimientos

Al Prof. Dr. Jorge Quian por su apoyo y la ayuda técnica brindada en la corrección del trabajo.

Referencias bibliográficas

- Gottlieb M S, Schroff R, Schantez HM, Weisman J, Thim P, Wolf R, et al. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men. Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. N Engl J Med 1981; 305: 1425-31.
- Organización Mundial de la Salud. Weekly Epidemiologic Record 7759 y 50. Washington: OMS, 2002.
- Ceccotti, EL. SIDA: 20 años de esperanza. El rol actual del odontólogo ante la pandemia. Buenos Aires: Microsus-les-Bernabé, 2000.
- Rubinstein A, Sicklick M, Gupta A. Acquired immunodeficiency with reversed T4/T8 ratios in infants born to promiscuous and drug addicted mothers. JAMA 1983; 249: 2350.
- Oleske J, Minnefor A, Cooper R. Immune-Deficiency syndrome in children. JAMA 1983; 249: 2345.
- Quian J, Picon T. Infección por VIH en pediatría. Tendencias en Medicina 1996; 9: 7-11.
- Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Programa Nacional de Sida: Informe epidemiológico. Montevideo: MSP, 2002.
- Belza L, Collazo L, Erman A, Galeano V, Larrosa J, Maglio F, et al. Manejo Clínico del VIH/SIDA. Un libro de uruguayos para uruguayos. Montevideo: Sociedad Uruguaya de Sida, 2003.
- Quian J, Picon T, Rodríguez I, Gutiérrez S, González A, Nin M, et al. Evaluación de la quimioprofilaxis con zidovudine a la mujer embarazada VIH (+) y su hijo. Arch Pediatr Urug 2001; 72(1): 72-6.
- Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Departamento de Epidemiología. Unidad de vigilancia epidemiológica. Sector VIH-SIDA. Informe Epidemiológico Nacional 2005. Montevideo: MSP, 2005.
- Falloon J, Eddy, Wiener L, Pizzo P. Human immunodeficiency virus infection in children. J Pediatr 1989; 114: 1-30.
- Castro G, Souza P, Chianca T. Avaliação de um programa de prevenção de cárie em crianças HIV+(resumo 100). Procedente de: 14º Reuniao Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontologica; 1997; Sao Paulo, Brasil. In: Anais Sao Paulo: Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontologica, 1997.
- Jadinsky J, Catalanotto F, Murray P, Katz R. Oral pathology in pediatric AIDS (abstract 2705) J Dent Res 1994; 73: 440.

14. **Loggati P.** Oral manifestations of HIV infection in children. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol* 1992; 73: 187-92.
15. **Costa I, Villena R,** Oral Findings in pediatric AIDS: a case control study in Brazilian children. *ASDC journal of dentistry for children* 1998; 65: 186-90.
16. **González MC, Ruiz JA, Fajardo MC, Gómez AD, Moreno CS, Ochoa MJ, et al.** Comparison of the def Index with Nyvad's Caries Diagnostic Criteria in 3 and 4 year old Colombian Children. *Pediatr Dent* 2003; 25(2): 132-6.
17. **Organización Mundial de la Salud** Encuestas de Salud buco-dental. Métodos básicos. 4 ed. Ginebra: OMS, 1997.
18. **Exposito A, Vallejo B, Martos A.** Manifestaciones orales de la infección por VIH en la infancia: artículo de revisión. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004; 9: 5.
19. **Squassi A, Alessandrello H, Di Eramo I, Piovano S, Bordon N.** Estudio de costos de la atención odontológica en niños infectados con VIH o con SIDA. *Bol Asoc Argent Odont Niños* 2005; 34 (3): 12-8.
20. Atención odontológica el paciente con VIH. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Bogotá: ISS/ACFO, 1999.
21. **Hernández, G; Bonilla, A; Torres, H.** Guías de manejo en estomatología pediátrica. ECOE Ediciones, 1998.
22. **Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Comisión Honoraria de Salud Bucal.** Valoración de la salud bucal de la población escolar. Montevideo: MSP, 1999.

Correspondencia: Dra. Licet Alvarez Loureiro
Manuel Vicente Pagola 3336 apto 401. Montevideo,
Uruguay
Correo electrónico: licet2001@hotmail.com