

Prevalencia de lesiones bucales en pacientes VIH +, relación con conteo de células CD4+ y carga viral en una población Venezolana

Inés María Bravo ¹, María Correnti ², Laura Escalona ³, Marianella Perrone ⁴, Aubert Brito ¹, Vilma Tovar ⁵, Helen Rivera ⁶

(1) Estudiante postgraduado del Programa de Medicina Oral

(2) Profesor Agregado, Jefe del Laboratorio de Genética Molecular, Instituto de Oncología y Hematología, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Jefe del Laboratorio de Inmunología, Instituto de Investigaciones Odontológicas

(3) Profesor Asociado de la Cátedra de Periodoncia. Jefe de la Unidad Clínica, Instituto de Investigaciones Odontológicas

(4) Profesor Titular, Coordinadora de Investigación Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela. Jefe del Laboratorio de Microbiología,

(5) Profesor Agregado Jefe del Centro de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas

(6) Profesor Asociado, Jefe del Laboratorio de Patología Bucal, Instituto de Investigaciones Odontológicas, Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela

Correspondencia:

Dra Helen Rivera, San Roman.

C/ Chivacoa, Qta Hellen,

Las Mercedes. Caracas 1060,

Caracas, Venezuela.

Tel: 58 212-9910750. Fax: 58 212 6932092.

E mail: rivera_helen@hotmail.com. riverahelen@gmail.com

Bravo IM, Correnti M, Escalona L, Perrone M, Brito A, Tovar V, Rivera H. Prevalence of oral lesions in HIV patients related to CD4 cell count and viral load in a Venezuelan population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11:E33-9.

© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-6946

Recibido: 11-03-2005

Aceptado: 4-12-2005

Indexed in:

-Index Medicus / MEDLINE / PubMed
-EMBASE, Excerpta Medica
-Indice Médico Español
-IBECS

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de las lesiones bucales en un grupo de pacientes VIH+, su relación con el conteo de linfocitos CD4 y la carga viral, en una muestra de la población venezolana

Materiales y métodos: En el presente estudio se evaluaron 75 pacientes adultos VIH+, provenientes del Centro para la Atención de Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Cada uno de ellos fue examinado clínicamente para la detección de las lesiones presentes en la mucosa bucal. Igualmente se les determinó el conteo de células CD4+ mediante citometría de flujo, así como la carga viral mediante la técnica TR-RCP (Transcriptasa Reversa-Reacción en Cadena de la Polimerasa) (Amplificador HIV-1-RNA, TM test 1.5, Roche).

Resultados: 85% (64/75) de los pacientes VIH/SIDA presentaron lesiones asociadas a la infección por VIH. Entre ellas, la Candidiasis constituyó la forma más frecuente representando un 61% (39/64), seguida por la Leucoplasia Velloso con 53% (34/64), Leucoplasia Bucal 34% (22/64), Hiperpigmentación Melánica 38% (18/64). Papiloma 13% (6/64), Eritema Gingival Lineal 8% (5/64), Estomatitis Aftosa Recidivante 5% (4/64), Sarcoma de Kaposi 5% (3/64). Se presentó un solo caso (2%) de cada una de las lesiones que se enumeran a continuación: Linfoma No Hodgkin, Hiperplasia Epitelial Multifocal, Herpes Labial, Histoplasmosis y Molusco Contagioso. Los pacientes con una carga viral de 30.000 copias/mm³, presentaron lesiones bucales relacionadas con VIH independientemente del conteo de células CD4+, aunque los pacientes con niveles de CD4+ menores a 200 cel/mm³, fueron mas susceptibles a desarrollar estas lesiones.

Conclusiones: La lesión oral mas frecuente fue la Candidiasis bucal, seguida por la Leucoplasia vellosa, Leucoplasia bucal, e Hiperpigmentación melánica. Una alta carga viral estuvo fuertemente asociada a la presencia de lesiones, independientemente del conteo de células CD4+.

Palabras clave: VIH+, CD4+, carga viral, lesiones bucales.

ABSTRACT

Aim: To determine the prevalence of oral lesions in a HIV + group of patients, related to CD4 cell count and viral load in a Venezuelan population.

Materials and methods : In the present study, we evaluated 75 HIV+adult patients, attended at the Center of Infectious Diseases, at the Faculty of Dentistry, Central University of Venezuela. Each patient was clinically examined for detection of oral mucosal lesions. In addition, CD4 cell count was determined by flow cytometry, as well as viral load by RT-PCR (Amplicor HIV-RNA, TM test 1.5, Roche)

Results: 85% (64/75) of HIV/AIDS patients showed associated HIV lesions. Oral Candidiasis constituted the most common lesion representing a 61% (39/64), followed by Oral Hairy Leukoplakia 53% (34/64); Oral Leukoplakia 34% (22/64), Melanic Hyperpigmentation 38% (18/64); Papilloma 13 (6/64), Lineal Gingival Eritema 8% (5/64); Aphthous Recurrent Stomatitis 5% (4/64) and Kaposi's Sarcoma 5% (3/64). Only one case of the following lesions were represented by Non Hodgkin Lymphoma, Multifocal Epithelial Hyperplasia, Recurrent Herpes, Histoplasmosis and Molluscum Contagiosum. The patients with a viral load of 30.000 copies/mm³ exhibited oral lesions related with HIV, independent of CD4 cell count, although patients with CD4+ levels of 200 cel/mm³ were more susceptible to develop these lesions.

Conclusions: The most common oral lesion was Oral Candidiasis followed by Oral Hairy Leukoplakia, Oral Leukoplakia and Melanic Hyperpigmentation. A high viral load was strongly associated to the oral lesions occurrence independently of CD4+ cell count.

Key words: HIV+, CD4+, Viral load, oral lesions.

INTRODUCCION

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH) constituye el principal problema de salud pública a nivel mundial. Las manifestaciones bucales y peribucales son comunes en pacientes infectados por VIH, a menudo representan un rasgo que puede predecir el deterioro general de la salud, un mal pronóstico de la misma, además de representar un valor diagnóstico importante en el monitoreo del estado inmune del paciente. (1,2,3)

La mayoría de los sujetos infectados por VIH, han presentado una manifestación en cabeza y cuello en algún estadio de la enfermedad (4), representando las lesiones bucales signos tempranos de la misma (5,6). Además, la aparición de estas lesiones indica una mayor susceptibilidad de padecer otras infecciones oportunistas y una alta probabilidad de rápida progresión a SIDA (7,8)

El conteo de las células CD4+ y la carga viral han sido utilizados en los últimos años como los exámenes de laboratorio más importantes para evaluar la evolución de la enfermedad. (9)

La literatura reporta varios estudios cuyo propósito fundamental es establecer una correlación entre la prevalencia de lesiones bucales, con los parámetros de laboratorio como lo son el conteo de las células CD4+ y la carga viral en plasma de pacientes con VIH/SIDA. Los mismos evidencian una fuerte correlación entre las lesiones bucales, la disminución del conteo de células CD4+ y los altos niveles de carga viral, concluyendo que estos parámetros podrían ser de gran utilidad en el monitoreo y la progresión de la enfermedad así como también en la evaluación de las terapias antirretrovirales (10,11,12,13). Al respecto, recientemente ha sido reportado, que el conteo de células CD4+ menor de 200 células /mm³ y una carga viral mayor de 10.000 copias /ml, coadyuvados por otros factores que incluyen hábitos tabáquicos, mala higiene oral, y xerostomía facilitan la aparición de lesiones bucales en este grupo de individuos (10,14).

El advenimiento de la Terapia Antirretroviral (TAR) para el

tratamiento de la infección por VIH/SIDA ha provisto de una alternativa que ha permitido alargar y mejorar la calidad de vida de estos pacientes y por ende llevar esta enfermedad infecciosa a un estado de cronicidad; es por ello que a partir de ese momento algunas investigaciones reportan una disminución en la prevalencia del número de infecciones oportunistas y lesiones bucales en individuos seropositivos al VIH(15,16).

El objetivo del presente trabajo fue determinar la prevalencia de las lesiones bucales en un grupo de pacientes VIH+, su relación con el conteo de linfocitos CD4+ y la carga viral, en una muestra de la población venezolana.

MATERIAL Y METODOS

En el presente estudio fueron evaluados 75 pacientes VIH+ mayores de 16 años, de ambos sexos, provenientes del Centro para la Atención de Pacientes con Enfermedades Infecciosas (CAPEI), de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela con diagnóstico serológico positivo para la infección, desde Enero del 2001 hasta Junio del 2002.

A cada uno le fue realizada una detallada historia clínica, así como una minuciosa evaluación clínica, la cual fue realizada por un solo examinador, calibrado para tal fin, siguiendo los criterios clínicos de Clearinghouse(17). Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado antes de ser incluidos en el estudio. Todos aquellos pacientes con lesiones blancas fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de leucoplasias bucales reportados por Axell y col, 1996(18). Una vez realizada la evaluación clínica, se tomaron muestras para biopsias de los pacientes que presentaron lesiones en la cavidad bucal que ameritaban este procedimiento, con el fin de establecer el diagnóstico histopatológico. La toma de la muestra se realizó con bisturí, se fijó en una solución de formalina al 10%, se incluyeron en parafina, luego de lo cual se realizaron cortes con un microtomo de deslizamiento, se procedió a realizar la coloración con Hematoxilina y Eosina y se llevó a cabo el diagnóstico histopatológico por microscopía de luz.

En el caso de lesiones con diagnóstico presuntivo de Candidiasis oral, se realizó un raspado de la misma, y su correspondiente cultivo en medio Agar-Sabouraud.

A cada uno de los pacientes se le tomaron muestras de sangre (5 cc), dentro de las 78 horas posteriores a la realización del examen clínico bucal para la determinación de subpoblaciones celulares por citometría de flujo, así como la determinación de la carga viral por TR-RCP (Amplicor HIV-1test, TM Kit; Roche). Tomándose como criterios de carga viral baja entre 401-5000 copias/mm³; media entre 5001-30.000 copias/mm³ y alta >de 30.000 copias/mm³.

El análisis estadístico fue realizado empleando el paquete estadístico SPSS versión 10.1. Para el análisis de correlación de la carga viral y conteo CD4+ y la frecuencia de lesiones bucales se utilizó la prueba Chi cuadrado a un nivel de significancia de $p < 0.05$, prueba de Fisher y la Prueba de Kruskal-Wallis para la validación del análisis de varianza.

RESULTADOS

En el presente estudio fueron evaluados 75 pacientes, 61 de ellos pertenecían al género masculino (81%) y 14 al sexo femenino (19%). El promedio de edad fue de 35 años, con un rango de 20-55 años. El grupo etareo más afectado fue el ubicado en la cuarta década de la vida (30-39 años) con (51%) 38/75, observándose una mayor prevalencia en el género masculino (44%) 33/75. Con respecto a la distribución de pacientes afectados por grupo étnico, nuestros resultados demostraron que el grupo más afectado fue el caucásico con un (55%) 41/75, seguido de negros (29%), amerindios (13%) 10/75 e indígenas (3%) 1/75 ($p < 0.90$).

Del total de 75 individuos evaluados en este estudio, el 63% estaba bajo Terapia Antirretroviral (TAR), mientras que el 37% carecía del mismo. Asimismo la mayoría de los sujetos tratados (83%), estaban bajo Terapia Antirretroviral de Alta Efectividad, de los cuales 19 sujetos tenían entre 7-12 meses bajo la acción de estos medicamentos. El 17% de estos individuos estaban bajo Biterapia, de los cuales 3 personas tenían entre 4-6 meses de tratamiento y otras tenían 7-12 meses bajo esta terapéutica. No se reportaron pacientes con bajo esquema terapéutico de monoterapia.

Referente al tipo de transmisión más frecuente, en nuestra investigación demostramos que la transmisión sexual fue la vía preferencial de adquisición de la infección en (88%) de los casos 66/75, representados en un (44%) por hombres que tuvieron sexo con hombres (HSH), (40%) refirieron ser homosexuales y (16%) se ubicaron dentro del grupo que tenía sexo con hombres y con mujeres (HSHM). El contagio por la vía parenteral representó el (3%) del total de casos evaluados, un caso por transfusión sanguínea y otro por un accidente intrahospitalario. No se encontraron usuarios de drogas intravenosas (UDI).

Prevalencia de lesiones bucales en pacientes VIH/SIDA: Con respecto a la distribución de lesiones bucales en los sujetos evaluados, se observó que el (85%) 64/75 de los pacientes VIH/SIDA presentaron lesiones asociadas a la infección por VIH, y el (15%) 11/75 no presentaron ninguna patología de la cavidad bucal.

Con respecto a las lesiones bucales identificadas en el presente trabajo, la Candidiasis constituyó la forma más frecuente representando un (61%) 39/64, seguida por la Leucoplasia Velloso (53%) 34/64, Leucoplasia Bucal (34%) 22/64, Hiperpigmentación Melánica (38%) 18/64, Papiloma (13%) 6/64, Eritema Gingival Lineal (8%) 5/64, Estomatitis Aftosa Recidivante (5%) 4/64, Sarcoma de Kaposi (5%) 3/64. Se presentó un solo caso (2%) de cada una de las lesiones que se enumeran a continuación: Linfoma No Hodgkin, Hiperplasia Epitelial Multifocal, Herpes Labial, Histoplasmosis y Molusco Contagioso (Tabla 1). Es importante señalar que la diferencia observada entre las dos primeras lesiones y las dos siguientes fue estadísticamente significativa ($P < 0.001$). De los casos diagnosticados con Leucoplasia Bucal, fue posible observar que el 36% tenían hábitos tabáquicos y el 32% mostraron hábitos alcohólicos.

En referencia a la relación entre leucoplasia bucal y terapia antirretroviral se pudo observar que el (59%) 13/22 de los pacientes con Leucoplasia Bucal estaban bajo terapia antirretroviral, en comparación con el (41%) 9/22 de los sujetos afectados por esta entidad carentes de este tipo de tratamiento, observándose diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.09$). De estos pacientes 41% (9/22) estaban bajo el esquema de Terapia Antirretroviral de Alta Actividad (HAART) y un (18%) 4/22 de estos sujetos estaban bajo Terapia Antirretroviral doble.

En relación a la prevalencia de una o más lesiones en pacientes VIH/SIDA: En la presente investigación se observó que el (31%) 20/64 de los pacientes, presentaron simultáneamente dos tipos de lesiones bucales asociadas a la infección por VIH/SIDA, el (25%) presentó solo una lesión y finalmente el (19%) mostró la presencia concomitante de tres lesiones bucales relacionadas con la infección por VIH.

Relación entre pacientes VIH/SIDA con o sin lesiones bucales y la condición inmunológica: En la tabla 2 se evidencia que en el Grupo I, el promedio de linfocitos CD4+ fue de 313 cel/mm³, mientras que en el Grupo III este promedio se ubicó en 180 cel/mm³. En los pacientes que no presentaron lesiones bucales, este promedio fue de 225 cel/mm³. Los resultados evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de los pacientes con lesiones fuertemente asociadas y los individuos sin lesión ($P < 0.05$).

Relación entre pacientes VIH/SIDA con o sin lesiones bucales y la carga viral: Dentro del Grupo I, se estimó que el promedio de la carga viral fue de 169.438 copias/mm³, mientras que en el Grupo II este promedio se ubicó en 88.700 copias/mm³ (Tabla 3).

En cuanto a las medianas de grupo CD4 y carga viral fueron expresadas en las tablas 2 y 3 respectivamente.

Relación entre la condición inmunológica y la carga viral en paciente con y sin lesiones bucales asociadas a la infección por VIH/SIDA con y sin terapia antirretroviral.

En la Tabla N° 4 están representados los resultados referentes a la frecuencia de lesiones bucales y el uso de antirretrovirales en relación al conteo de células CD4+ y carga viral, donde se observaron que 43 pacientes con terapia antirretroviral presentaron lesiones bucales. Observándose que 22/43 (51%) tuvieron carga viral indetectable, 4/43 (9%) carga viral media

Tabla 1. Prevalencia de lesiones bucales en individuos VIH/SIDA según clasificación EC-Clearinghouse (1993).

Pacientes VIH/SIDA (n=64)

GRUPO I Fuertemente asociado a la infección por VIH/SIDA	LESIONES BUCALES		N	%
	Candidiasis		39	61
	Leucoplasia vellosa		34	53
	Sarcoma de Kaposi		3	5
	Linfoma		1	2
	Eritema Lineal		5	8

GRUPO II Menos frecuentemente asociadas a la infección por VIH/SIDA	Papiloma	6	9
	Hiperplasia Epitelial Multifocal	1	2
	Hiperpigmentación Melánica	18	28
	Herpes Labial	1	2

GRUPO III Observadas en la estomatitis aftosa recidivante	Histoplasmosis	1	2
	Infección por Molusco Contagioso	4	6
	VIH/SIDA	1	2

Tabla 2. Relación entre pacientes VIH/SIDA con o sin lesiones bucales y la condición inmunológica.

Pacientes con lesiones bucales asociadas a la infección de VIH/SIDA			CD4+ Células/mm ³	
	n	%	MEDIANA	PROMEDIO
Fuertemente asociadas a la infección por VIH/SIDA	53/64	82	306	313
Menos frecuentemente asociada a la infección por VIH/SIDA	26/64	41	295	311
Observadas a la infección por VIH/SIDA	6/64	9	163	180
Pacientes VIH/SIDA sin lesiones bucales	11/75	15	142	225

Tabla 3. Relación entre pacientes VIH/SIDA con o sin lesiones bucales y la carga viral

Pacientes con lesiones bucales asociadas a la infección de VIH/SIDA	N	%	Carga Viral copias/mm ³	
			MEDIANA	PROMEDIO
Fuertemente asociadas a la infección por VIH/SIDA	53/64	83	15102,00	169438,40
Menos frecuentemente asociada a la infección por VIH/SIDA	26/64	41	1755,50	88700,16
Observadas a la infección por VIH/SIDA	6/64	9	38551,00	160423,70
Pacientes VIH/SIDA sin lesiones bucales	11/75	15	141,50	9010,90

y 13/43 (30 %) una carga viral alta. Con respecto al conteo de CD4, 10/43 (23 %) presentaron <200 cel/mm³. 10/43 (23 %) entre 200-500 cel/mm³ y 19/43 (44 %) > de 500 cel/mm³. Los valores de pacientes con lesiones bucales sin tratamiento, así como los pacientes sin lesiones bucales con o sin tratamiento se encuentran esquematizados en la Tabla 4, relación entre el tipo de terapia antirretroviral, el tiempo de tratamiento y la prevalencia de lesiones bucales en pacientes VIH/SIDA.

En la Tabla 5, se aprecia que 47 de 75 (63%) individuos VIH/SIDA estaban bajo tratamiento antirretroviral, mientras que 28 de 75 (37%) carecían del mismo. Se puede observar que el 83% (39/47) de los pacientes tratados están bajo Terapia Antirretroviral de Alta Efectividad (HAART), de los cuales 19 sujetos tienen entre 7-12 meses bajo la acción de estos medicamentos. El 17 % (9/47) de estos individuos están bajo Biterapia, y de los cuales 3 personas tenían entre 4-6 meses de tratamiento y otras 3 tenían 7-12 meses bajo esta terapéutica.

DISCUSION

Los datos epidemiológicos obtenidos de la epidemia SIDA en Venezuela reportados por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, revelan un incremento de la tasa de casos de SIDA de un 4,32 % en 1986 a 50.89% para 1994. Las estimaciones de seropositividad para 1998 estaban entre 50.000/100.000 individuos y para finales del año 2003 se reportaron 110.000 casos (47.000 a 170.000) de personas que vivían con el VIH. (19)

En la presente investigación evaluamos la relación entre las lesiones bucales observadas en individuos VIH/SIDA, carga viral y células CD4+.

La distribución de la población estudiada por género, demostró que el 81% de los individuos VIH/SIDA correspondían al género masculino y el 18,7% al femenino, con una relación Hombre/Mujer de 4:1. El grupo etareo mas afectado se ubicó en la cuarta década de la vida (30-39 años) observándose una mayor prevalencia en el género masculino. La notoria prevalencia de la infección por VIH en hombres se debe a los altos índices de transmisión entre HSH. Los datos obtenidos en nuestro estudio son similares a otros reportes (20)

El rango de edad de los individuos evaluados estuvo comprendido entre los 20 y 55 años de edad, con un promedio de 35 años, resultados que coinciden con los datos reportados por Ceballos y col (14). El grupo étnico mas afectado por la infección fue el caucasoideo con 54.6%. Estos datos son estadísticamente significativos al compararlos con los individuos negros (29.3%), amerindios 12% e indígenas 1.3%. Con respecto al modo de adquisición de la infección, el contagio por vía sexual fue el mas frecuente con 88%, siendo el grupo mas afectado los HSH con 44%, heterosexuales 40% y los HSHM con 16%. Aunque los resultados de esta investigación coinciden con otros estudios (12,21,22), en relación a que el grupo de riesgo mas prevalente es el HSH, es notable la ausencia de casos que se refieran a UDI. Esto podría deberse al libre expendio de jeringas en nuestro país, lo cual evita compartir jeringas contaminadas. Con respecto a las manifestaciones bucales de la infección por VIH/SIDA, las mismas pudieron observarse en el 85% de los sujetos evaluados, cifra estadísticamente significativa al compararla con el 15% de individuos que no presentaron ninguna patología. Reportes similares han sido realizados por otros autores (13,23,24). En cuanto a la prevalencia de lesiones, la mas frecuente fue la Candidiasis Bucal seguida por Leucoplasia Velloso, Leucoplasia Bucal e Hiperpigmentación Melánica, apreciándose una diferencia estadísticamente significativa cuando se compara la presencia de las dos primeras entidades

Tabla 4. Relación entre la condición inmunológica y la carga viral en pacientes con y sin lesiones bucales asociadas a la infección por VIH/SIDA bajo terapia antirretroviral y en ausencia de la misma

Pacientes VIH/SIDA (n=75)		Pacientes con lesiones bucales		Pacientes sin lesiones bucales	
		Con tratamiento n = 43	Sin tratamiento N = 21	Con tratamiento n = 8	Sin tratamiento n = 3
CARGA VIRAL	Indetectable	51,1% (22/43)	9,5% (2/21)	87,5% (7/8)	33,3% (1/3)
	Baja	0	19% (4/21)	0	33,3% (1/3)
	Media	9,3% (4/43)	23,8% (5/21)	12,5% (1/8)	0
	Alta	30,2% (13/43)	66,6 % (14/21)	0	33,3% (1/3)
CD4	Menos de 200	23,2% (10/43)	57,1% (12/21)	50% (4/8)	0
	200 - 500	23,2% (10/43)	42,8% (9/21)	25% (2/8)	33,3% (1/3)
	Mas de 501	44,1% (19/43)	19% (4/21)	25% (2/8)	66,6% (2/3)
Tiempo en tratamiento	0-3	7		0	
	4-6	6		6	
	7-12	19		2	
	Mas de 12	7		0	

Tabla 5. Relación entre el tipo de terapia antirretroviral y el tiempo de tratamiento en pacientes VIH/SIDA

Tratamiento pacientes con (n=47)	Biterapia	HAART
N	8/47	39/47
%	17,03	82,97
<i>Tiempo (meses)</i>		
0-3	1	5
4-6	3	7
7-12	3	19
mas de 12	1	9

y las dos siguientes. La lesiones vistas con menor índice de prevalencia fueron: Papiloma, Eritema Gingival Lineal, Estomatitis Aftosa Recidivante, Sarcoma de Kaposi, Linfoma, Hiperplasia Epitelial Multifocal, Herpes Labial, Histoplasmosis y Molusco Contagioso.

Otros estudios coinciden en que la Candidiasis Bucal es la lesión mas frecuente en individuos VIH/SIDA (24,25) seguida por la Leucoplasia vellosa. De igual forma, varios autores han reportado, la presencia de Hiperpigmentación Melánica en pacientes VIH/SIDA en porcentajes menores que el observado

en este estudio (11,26). La misma podría atribuirse al efecto de la terapia antirretroviral perse o al uso de antimicóticos de amplio espectro.

Aunque la Leucoplasia Bucal no ha sido reportada en asociación con la infección VIH/SIDA (17), Ranganathan y col (27), en un estudio realizado evaluando 300 pacientes en la India, encontraron un solo caso de Leucoplasia Bucal, en contraste con el presente estudio donde esta entidad representó el 34% de los pacientes evaluados.

En este sentido Patton y col, (16), sugieren la necesidad de incluir los datos arrojados por investigaciones realizadas en varios países con el fin de modificar la clasificación vigente y conformar un grupo de trabajo que actualice los criterios de diagnóstico en lesiones bucales observadas en adultos VIH/SIDA.

Con respecto a la alta prevalencia de Leucoplasia Bucal encontrada en el presente estudio, la misma podría atribuirse a una posible coinfección con otros virus entre los cuales cabe destacar VPH y VIH, a pesar de que el 63% de los pacientes recibía terapia antirretroviral, hallazgo que requiere de investigaciones futuras.

En cuanto a la prevalencia de una o más lesiones, el 31% de los sujetos evaluados, presentó simultáneamente dos tipos de lesiones bucales asociadas a la infección por VIH/SIDA, el 25% demostró una lesión y finalmente el 19% mostró la presencia concomitante de tres lesiones bucales, estos resultados difieren de los reportados por otros autores (28,29).

En lo que a la condición inmunológica respecta, se estimó que el promedio de linfocitos CD4+ en las lesiones fuertemente asociadas fue de 313 cel/mm³, mientras que en el Grupo III este promedio se ubicó en 180 cel/mm³. En los pacientes VIH/SIDA que no presentaron lesiones bucales el nivel fue de 225 cel/mm³. En el análisis de los valores se pudo apreciar una diferencia estadísticamente significativa entre la mediana de los CD4+ de los sujetos con lesiones fuertemente asociadas y las personas que no presentaron lesiones bucales.

Resultados contrastantes son señalados por Margiotta (11), pudiendo deberse esta diferencia en primer lugar a la cantidad de individuos que presentaron lesiones bucales en el presente estudio (85%) y en segundo lugar a la administración de Terapia Antirretroviral (TAR) y la duración de la misma.

A este respecto en el presente estudio los resultados referentes a la Terapia Antirretroviral demostraron que en el grupo de sujetos con lesiones bucales que estaban bajo TAR, la mayoría (51 %) mostraron valores indetectables de carga viral y refirieron entre 7-12 meses de tratamiento. Esto coincide con el trabajo de Schmidt Westauswen (28), quienes observaron en su estudio que un 63% de los pacientes bajo TAR mostraron niveles bajos de replicación viral; mientras que en sujetos sin tratamiento esta se ubicó entre 10.000-49.000 copias/mm³, observándose similitud entre ambos resultados.

En sujetos bajo tratamiento que no presentaban lesiones bucales, el 88 % tenían cargas virales indetectables, aún cuando el 50% de estos sujetos arrojaron cifras de CD4+ por debajo de 200 cel/mm³. El incremento del conteo de CD4 en pacientes bajo TAR es lento, tal y como lo demuestra Schmidt-Westhausen y col (28) en su estudio, en donde 6 meses después de haber iniciado el tratamiento, la diferencia entre los valores de CD4 de los pacientes involucrados en el mismo no fueron estadísticamente significativos. Sin embargo, Casariego y col,(30) reportan la presentación de seis casos de queilitis eruptiva como un efecto adverso en pacientes VIH+ bajo HAART. En la presente investigación no se observó la ocurrencia de esta entidad, aun no incluida en la clasificación de Clearinghouse(17)

Los pacientes con cifras de CD4+ por debajo de 200 cel/mm³ están más expuestos a presentar lesiones bucales en cualquiera

de los tres Grupos indicados por CEE-Clearinghouse (17).

El promedio de la carga viral en las lesiones fuertemente asociadas fue de 169.438 copias/mm³. Al contrastar estas cifras con la de los pacientes que no presentaron lesiones bucales este promedio se situó en 9.010 copias/mm³, evidenciándose diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos.

En relación a los hábitos, se ha señalado una alta prevalencia de Leucoplasia Bucal en sujetos con hábitos tabáquicos, alcohólicos y lesiones blancas por fricción (24), los pacientes incluidos en este estudio que presentaron Leucoplasia Bucal mostraron una prevalencia de (41 %) de Queilofagia, (37%) de hábitos tabáquicos y (32%) de consumo de alcohol.

Cabe destacar que en este estudio el 55% de los individuos con VIH/SIDA y Leucoplasia Bucal, reportaron valores de carga viral altos (>30.000 copias/mm³), en comparación con el 27% que presentaron valores indetectables. Con respecto a la condición inmunológica el 55 % exhibió un conteo de CD4+ ubicados en el rango de 200-500 cel/mm³, en contraste con el 23 % de individuos que evidenciaron valores por debajo de 200 cel/mm³; 23 % obtuvo valores superiores a 500 cel/mm³; esto sugiere una asociación entre niveles altos de carga viral y la aparición de estas lesiones de forma independiente de la condición del sistema inmune.

CONCLUSIONES

La lesión oral más frecuente en la población estudiada fue la Candidiasis bucal, seguida de Leucoplasia vellosa, Leucoplasia bucal e Hiperpigmentación melánica. Una alta carga viral estuvo fuertemente asociada a la presencia de lesiones, independientemente del conteo de células CD4+.

BIBLIOGRAFIA

1. Ranganathan K, Umadevi M, Saraswathi TR, Kumarasamy N, Solomon S, Johnson N. Oral lesions and conditions associated with Human Immunodeficiency Virus infection in 1000 South Indian patients. *Ann Acad Med Singapore* 2004;33:37-42.
2. Reichart PA, Khongkuntian P, Bendick C. Oral Manifestations in HIV infected individuals from Thailand and Cambodia. *Med Microbiol Immunol* 2003;192:157-60.
3. Moniaci D, Greco D, Flecchia G, Raitieri R, Sinicco A. Epidemiology, clinical features and prognostic value of HIV-1 related oral lesions. *J Oral Pathol Med* 1990;19:477-81.
4. Rosenberg RA, Schneider K, Cohen NL. Head and Neck presentations of acquired immunodeficiency syndrome. *Laryngoscope* 1989; 94: 401-405
5. Schiodt M, Pindborg JJ. AIDS and the oral cavity. Epidemiology and clinical oral manifestations of human immunodeficiency virus infection: a review. *Int J Oral Maxillo Surg* 1987;16:1-14.
6. Pinheiro A, Marcenes W, Zakrzewska JM, Robinson P. Dental and Oral lesions in HIV infected patients: a study in Brazil. *Int Dent J* 2004;54:131-7
7. Greenspan JS, Sentinels and signposts: The epidemiology and significance of the oral manifestations of HIV diseases. *Oral Dis* 1997; 3:S13-7.
8. Bendick C, Scheifele C, Reichart PA. Oral Manifestations in 101 cambodians with HIV and AIDS. *J Oral Pathol Med* 2002;31:1-4
9. Mellors JW, Muñoz A, Girodi JV. Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Ann Intern Med* 1997;126: 946-54.
10. Aguirre JM, Echebarria MA, Eguia-Del Valle A. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: manifestaciones en la cavidad bucal. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004;9:148-57.
11. Margiotta V, Campisi G, Mancuso S, Accurso V, Abbadessa V. HIV infection: oral lesions, CD4+ cellcount and viral load in italian study population. *J Oral Pathol Med* 1999;28:173-7.
12. Tsang PC, Samaranyake LP. Oral manifestation of HIV infection in a group of predominantly ethnic Chinese. *J Oral Pathol Med* 1999;28:122-7.
13. Ranganathan K, Reddy BVR, Kumarasamy N, Solomon S, Viswanathan R, Johnson NW. Oral lesions and conditions associated with human immunodeficiency virus infection in 300 south Indian patients. *Oral Diseases* 2000; 6:152-7.
14. Ceballos-Salobreña A, Gaitan-Cepeda LA, Ceballos-García L, Lezama del Valle D. Oral lesions in HIV/AIDS patients undergoing highly active antiretroviral treatment including protease inhibitors: a new face of oral AIDS?. *AIDS Patient Care* 2000;12:627-35.
15. Eyeson JD, Warnakulasuriya KA, Johnson NW. Prevalence and incidence of oral lesion- the changing scene. *Oral Dis* 2000;6:267-73.
16. Patton LL, Phelan JA, Ramos-Gomez FJ, Nittayananta W, Shiboski CH, Mbuguye TL. Prevalence and classification of HIV-associated oral lesions. *Oral Dis* 2002;8:98-109.
17. Clearinghouse EC. On oral problems related to HIV infection and WHO Collaborating Center on Oral Manifestation of the Immunodeficiency Virus. Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. *J Oral Pathol Med* 1993;22:289-91.
18. Axell T, Pindborg JJ, Smith CJ, van der Waal I. Oral white lesions with special reference to precancerous and tobacco related lesions: conclusions of an international symposium held in Uppsala, Sweden, May 18-21 1994. International Collaborative group on oral white lesions. *J Oral Pathol Med* 1996;25:49-54.
19. UNAIDS. AIDS epidemic update. Geneva. UNAIDS/WHO ed; 2004. p. 57-61.
20. Khongkuntian P, Grote M, Isaratanan W, Piyaworawong S, Reichart PA. Oral manifestation in HIV-positive adults from Northern Thailand. *J Oral Pathol Med* 2001;30:220-3.
21. Ramírez-Amador V, Esquivel-Pedraza L, Sierra-Madero J, Ponce De León SA, Ponce De León S. Oral manifestations of HIV infection by gender and transmission category in México City. *J Oral Pathol. Med* 1998;27:35-40.
22. Patton L. Sensitivity, specificity, and positive value predictive of oral opportunistic infection in adult with HIV/AIDS as markers of immune suppression and viral burden. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;90:182-8.
23. Anill S, Challacombe SJ. Oral lesions of HIV and AIDS in Asia: and overview. *Oral Dis* 1997;3:S36-40.
24. Campisi G, Margiotta V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. *J Oral Pathol Med* 2001; 30:22-8
25. Ramirez-Amador V, Esquivel-Pedraza L, Sierra-Madero J, Anaya-Saavedra G, Gonzalez-Ramirez I, Ponce de Leon S. The changing clinical spectrum of human immunodeficiency virus (HIV) related oral lesions in 1,000 cosecutive patients: A 12-year study in a referral center in Mexico. *Medicine (Baltimore)* 2003;32:39-50.
26. Ficarra G, Shillitoe EJ, Adler-Storhck G, Gaglioti D, Di Prieto M, Ricciardi R et. al. Oral melanotic macules in patients infected with Human Immunodeficiency Virus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990;70:748-755
27. Ranganathan K, Reddy BV, Kumarasamy N, Solomon S, Viswanathan R, Johnson NW. Oral lesions and conditions associated with human immunodeficiency virus infection in 300 South indian patients. *Oral Dis* 2000; 6:152-7.
28. Schmidt-Westhausen A, Priepke F, Bergmann FJ, Reichart P. Decline in the rate of oral opportunistic infections following introduction of highly active antiretroviral therapy. *J Oral Pathol Med* 2000;29:236-41.
29. Nittayananta W, Chungpanic S. Oral lesions in a group of Thai people with AIDS. *Oral Dis* 1997; 3:S41-5.
30. Casariego Z, Pombo T, Perez H, Patterson P. Eruptive cheilitis: a new adverse effect in reactive HIV-positive patients subjected to high activity antiretroviral therapy (HAART). Presentation of six clinical cases. *Med Oral* 2001;6:19-30.

AGRADECIMIENTO

Esta investigación fue financiada por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico (CDC H) de la Universidad Central de Venezuela.