Las enfermedades bucales más frecuentes en pacientes VIH-positivos en la consulta privada

The most common oral diseases in HIV-positive patients in private practice

Resumen

Los prejuicios que ha encerrado desde su inicio el VIH provoco actitudes que comprometen el quehacer del odontólogo, tanto en el diagnóstico como en el establecimiento del tratamiento, en especial para las infecciones oportunistas del sistema estomatognático, donde el profesional de la salud debe de considerar el compromiso que tiene el sistema inmunológico, para obtener los mejores resultados y por tanto una calidad de vida para nuestros pacientes. En este estudio descriptivo observacional se consideraron 130 pacientes VIH-positivos adultos de ambos sexos que acudían a atención dental a consultorios privados en el Estado de México y Distrito Federal que desearon participar. A los pacientes se les realizó una evaluación completa del estado bucal, obteniendo 177 diagnósticos, con los siguientes resultados el 100% de los pacientes VIH-positivos presentan al menos una enfermedad bucal, las más frecuentes fueron la gingivitis (49.72%), la periodontitis (17.51%), siguiéndole la candidiasis (15.25%), la úlcera tipo afta (4.51%), el Sarcoma de Kaposi (3.38%), la leucoplasia vellosa (2.26%), el Herpes simple (1.69%), la gingivitis necrosante (GUN) (1.69%), el Eritema gingival lineal (EGL) (1.13%), el papiloma (VPH) (1.13%), la Peridontitis necrosante (PUN) (0.56%), el Linfoma no Hodgkin (0.56%) y la Queilitis angular (0.56%).

Abstract

Prejudice has held since its inception HIV provoke attitudes that compromise the work of the dentist, both the diagnosis and the treatment facility, especially for opportunistic infections stomatognathic system, where the health professional must consider commitment to the immune system, for best results, and therefore quality of life for our patients. In this observational descriptive study 130 patients were considered HIV-positive adults of both sexes attending to private dental care in the State of Mexico and Mexico City who wanted to participate.

Patients underwent a comprehensive assessment of oral condition, obtaining 177 diagnoses, with the following results 100% of HIV-positive patients have at least one oral disease, the most frequent were gingivitis (49.72%), periodontitis (17.51%), followed by candidiasis (15.25%), the ulcer type sore (4.51%), Kaposi's sarcoma (3.38%), hairy leukoplakia (2.26%), herpes simplex (1.69%), necrotizing gingivitis (GUN) (1.69%), linear gingival erythema (EGL) (1.13%), papilloma (HPV) (1.13%), the necrotizing periodontitis (NUP) (0.56%), the NHL (0.56%) and the angular cheilitis (0.56%).

Descriptor: VIH, manifestaciones bucales, candidiasis, periodontal Keyword: VIH, oral manifestations, candidiasis, periodontal

Angelina Carolina Vega Navarro*

Gisell Cynthia Rosas Vargas**

Marcos Manuel Pacheco Castillo**

Salvador Arróniz Padilla**

*Profesora de la FES Iztacala. Autora responsable
**Profesores de la FES Iztacala en la carrera de Cirujano Dentista

FES IZTACALA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Vega, N.A.C., Rosas, V.G.C., Paceco, C.M.M., Arróniz, P.S. Las enfermedades bucales más frecuentes en pacientes VIH-positivos en la consulta privada. Oral Año 14. Núm. 45. 2013. 997-1002

Recibido: Octubre, 2012. Aceptado: Diciembre, 2012.

Oral. Año 14 No. 45, Agosto, 2013.



Introducción

La forma en que se origina la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), creo en un estigma sobre la infección y la enfermedad conllevando al mismo tiempo a la discriminación en todos los ámbitos, incluso en la odontología. Por lo que en la actualidad hay términos que se emplean de manera errónea, por lo que requerimos como odontólogos de práctica general considerar las siglas VIH al virus que afecta el sistema inmune alterando la capacidad para combatir infecciones, por tanto es considerado el agente etiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), por tanto este término se refiere al desenlace de la infección crónica del VIH asociada a la aparición de infecciones oportunistas, procesos oncogénicos y enfermedades autoinmunes que en determinado momento pueden causar la muerte.^{1,2}

Los virus del VIH están clasificados como lentivirus en un subgrupo de retrovirus, existiendo dos tipos los cuales poseen una estructura similar, el VIH-1 y el VIH-2, diferenciándose por su prevalencia geográfica, VIH-2 principalmente localizado al África occidental, la manera de transmisión y las infecciones oportunistas resultantes, así como la propensión para desarrollar la enfermedad del sida.¹

La importancia de que el odontólogo de práctica general diagnostique, trate y canalice oportunamente a los pacientes VIH-positivos, radica en la prevalencia de la infección. En el Informe de ONUSIDA³ se menciona que para fines de 2010, aproximadamente 34 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, mientras el Registro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA⁴ reporta que hasta el 30 de septiembre de 2011, se han diagnosticado y registrado por las diferentes instituciones de salud en México, 151,614 casos acumulados de SIDA, de los cuales 123,706 (82%) eran hombres y 26,900 (18%) mujeres; mientras los casos acumulados de VIH corresponden a 36,714 de los cuales 26,697 (72.8%) eran hombres y 10,017 (27.2%) mujeres, centrándose en el Distrito Federal, el 44% (24,198) seguido por el Estado de México (16,686), Veracruz (13,958) y Jalisco (11,323).

Han sido notorios los avances en la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), contra el VIH, logrando un aumento del tiempo de vida y en consecuencia de la morbilidad, a estos casos se le suman los casos nuevos que a pesar de las campañas de prevención se continúan reportando, el Registro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA⁴ reportó 2,846 casos nuevos de SIDA y 3,083 de VIH, durante el periodo del 1 de enero al 30 de septiembre del 2011. Además a estos debe sumarse el número de personas que desconocen su estado serológico para el VIH, las cuales podrían ser detectadas por las lesiones bucales en momentos tempranos de la infección.

Para considerar a un paciente de riesgo, deben de reconocerse las vías de transmisión y los signos que presente al acudir al consultorio dental. Se considera la principal vía transmisión del VIH a la sexual; con un menor porcentaje la sanguínea, ya sea por la recepción de sangre contaminada, sus derivados o por el uso de equipo de inyección contaminado, dentro de está vía debe considerarse la falta de continuidad de la mucosa bucal, la cual puede ser un facilitador para la infección o reinfección, y por último transmisión vertical, es decir de la madre al hijo. 1,5,6

El VIH como todo retrovirus, introduce su material genético, el ARN, en el ADN de la célula blanco del hospedero, en especial los linfocitos T CD4+, es decir los cooperadores o helper (Th), aunque existen otros componentes celulares del sistema inmune innato que también son infectados y afectados¹, por lo que las defensas del paciente se ven comprometidas ante la infección por el VIH.

En la actualidad se reconoce que características genéticas o inmunológicas propias del hospedero le proporcionan diferentes niveles de susceptibilidad o resistencia ante el VIH, por tanto el desarrollo y evolución de la enfermedad es diversa, dando lugar a la clasificación de sujetos que evolucionan rápidamente al sida, las personas VIH-positivos o seropositiva, que se refieren a los sujetos que poseen anticuerpos contra el VIH determinado por un estudio serológico (sangre o exudado gingival); los sujetos con una progresión lenta de la enfermedad, llamados LTNP (long-term non progressors) o controladores de élite, los cuales no muestran replicación vírica en ausencia de tratamiento antirretroviral; así como los expuestos seronegativos (ESN) quienes no presentan evidencia clínica ni serológica de infección por VIH a pesar de haber tenido contacto con el VIH.^{1,7}

Diferentes enfermedades de la cavidad bucal se relacionan con el VIH, su frecuencia varía, siendo en ocasiones las primeras manifestaciones clínicamente detectables, considerándose indicios para un diagnóstico temprano de la infección por VIH, además de presentarse durante los periodos de inmunosupresión, por lo que deben ser consideradas como predictivas de la evolución de la enfermedad⁶. Es importante considerar que algunas lesiones del sistema estomatognático, como mencionan Ramírez-Amador y colaboradores⁸, comprometen la calidad de vida de los pacientes, desde un punto de vista biológico al dificultarse la masticación y la deglución, pero igual de importante son las implicaciones psicológicas que estas conllevan.

El objetivo del trabajo es reconocer las enfermedades del sistema estomatognático más frecuentes en el consultorio dental de práctica privada con el fin de iniciar dentro de la comunidad odontológica un cambio de comportamiento en relación al trato a las personas VIH-positivas, es decir reconocer las enfermedades bucales más frecuentes con el propósito de ofrecerles tratamientos oportunos y adecuados considerando sus condiciones, así como una correcta referencia, para ser la odontología una especialidad que ofrece y proporciona a otras áreas médicas un indicador indirecto de la eficacia del tratamiento antiretroviral, y/o del estado de inmunosupresión en el que se encuentra el paciente VIH-positivo.

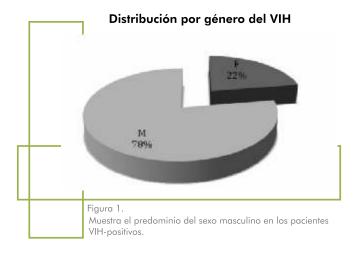


Material y método

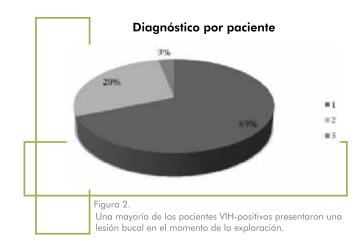
Se consideraron los pacientes mayores de 18 años que acudieron a consultorios privados del Estado de México y Distrito Federal que desearon apoyar en este estudio, considerándose sólo los que asistían por primera vez a recibir atención odontológica por voluntad propia. Sí al realizar el interrogatorio de la historia clínica manifestaban ser VIH-positivos, se les informaba del presente estudio, siendo incluidos quienes ofrecían su consentimiento libre además de confirmar mediante pruebas serológicas de ELISA (Enzyme Inmunosorption Assey) con el que se determinó la presencia de anticuerpos contra el VIH, además de conteo de CD4+ el cual debería ser menor a 350, reflejo de la inmunosupresión del paciente. Después de los procedimientos habituales se registro el o los diagnósticos en los expedientes, para posteriormente retomar los datos en un documento de Excel®.



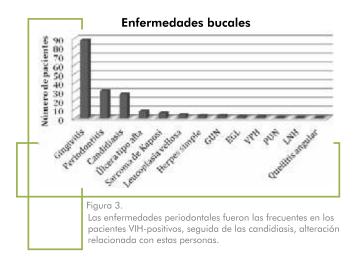
Se obtuvieron 130 pacientes VIH-positivos, 77.69% hombres y 22.30% mujeres (Figura 1), con un rango de edad de 21 a 69 años, con una edad promedio de 35.73, sin diferencia significativa entre el género (35.92 hombres, 35.07 mujeres).



Todos los pacientes analizados presentaban al menos una patología, el 68.46% (89 pacientes) presentaron una lesión en el sistema estomatognático, de manera simultánea podrían presentarse dos enfermedades en un 28.46% y se obtuvieron tres diagnósticos en el 3.08% (Figura 2).



Las enfermedades que fueron diagnosticadas en los 130 pacientes fueron 88 casos con gingivitis inducida por placa (49.72%), 31 con periodontitis crónica (17.51%), Candidiasis (15.25%), úlcera tipo afta (4.51%), Sarcoma de Kaposi (3.38%), Leucoplasia vellosa (2.26%), Herpes simple (1.69%), Gingivitis necrotizante (GUN) (1.69%), Eritema gingival lineal (EGL) (1.13%), el Virus del Papiloma Humano (VPH) (1.13%), Periodontitis necrotizante (PUN) (0.56%), Linfoma no Hodgkin (0.56%) y Queilitis angular (0.56%). (Figura 3).



Los diagnósticos obtenidos fueron obtenidos de forma general, la mayoría de ellos corresponde a las lesiones bucales que se han asociado con el VIH se muestran en la figura 4.





Figura 4. Se presentan las frecuencias de las enfermedades relacionadas con los pacientes VIH-positivos, siendo las más representativas las candidiasis, la úlcera tipo afta, el Sarcoma de Kaposi y la Leucoplasia vellosa.

Discusión

La distribución del VIH en relación al género muestra un predominio en el sexo masculino 78%, correspondiendo a lo reportado por el Registro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA en el 2011⁴, del 82%. Es importante considerar que se seleccionaron las dos entidades que reportan mayor morbilidad por VIH, el Distrito Federal y el Estado de México, las cuales suman más del 50% de los casos reportados en el país.

Aunque en el estudio sólo se consideraron adultos, Estrada y Escobar⁹ mencionan que ellos al igual que los niños seropositivos, presentan frecuentes lesiones en la cavidad oral. Es notable que el 100% los pacientes VIH-positivos que acudieron a diversos consultorios dentales presentaban al menos una alteración en el sistema estomatognático, ya otros autores han marcado la relación entre el estado bucal con la presencia del VIH como el avance de la enfermedad, por ejemplo Bascones y colaboradores (2003)¹⁰, encontraron alteraciones en cabeza y cuello en más del 95% al 55% dependiendo del avance de la enfermedad, por otro lado Coogan y otros (2005)¹¹ encuentran las lesiones en boca hasta en un 50% en personas VIH-positivos y un 80% en sida. Bravo y colaboradores (2006)¹² reportan el 85% de individuos seropositivos presentan alguna patología bucal.

Se han sumado más de 40 manifestaciones bucales asociadas en diferentes grados con la infección por VIH¹³, en este caso los pacientes acudieron a consultas privadas en los cuales solo se observaron 11 de estas, correspondiendo a las que tienen mayor frecuencia. Tomando la clasificación y diagnóstico para las lesiones orales en la infección por VIH (EEC-Clearinghouse, 1993), donde en el grupo 1 considera a las lesiones estrechamente relacionadas con la infección VIH donde destacan la Candidosis bucal (pseudomembranosa y eritematosa), Leucoplasia vellosa, y alteraciones periodontales (eritema gingival lineal, GUN/PUN), Sarcoma de Kaposi y

Linfoma no Hodgkin. El grupo 2 que incluye lesiones menos comúnmente asociadas a la infección VIH, entre ellas las Infecciones bacterianas: Micobacterium avium-intracellulare, M. Tuberculosis, Hiperpigmentación melanótica, Estomatitis necrotizante, Enfermedades de las glándulas salivales: xerostomía, tumefacción parotídea; Infecciones virales: Virus del herpes simple, Virus del papiloma humano: condiloma acuminado, hiperplasia epitelial focal, verruga vulgaris, Virus de la varicelazóster: herpes zóster, varicela; y el grupo 3 lesiones asociadas a infección VIH, donde se alistan infecciones bacterianas por: Actinomyces israelii, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Enfermedad por arañazo de gato, reacciones medicamentosas (epidermólisis tóxica, eritema multiforme, úlcera liquenoide, Angiomatosis epiteliode, Otras micosis (no por Candida, Cryptococcus neoformans, Geotrichum canddum, Histoplasma capsulatum, Mucoraceae (mucor-mycosis/zygomycosis), Aspergillus flavus, Alteraciones neurológicas (parálisis facial, neuralgia del trigémino), Estomatitis aftosas recurrente, Infecciones virales (Cytomegalovirus, Molluscum contagiosum)¹⁴. Los pacientes observados presentaron todas las del grupo 1, sólo algunas del grupo 2, el herpes simple y papiloma.

Las enfermedades periodontales fueron las de mayor prevalencia en los pacientes VIH-positivos, en primer lugar la gingivitis inducida por placa (49.72%) seguida de la periodontitis crónica (17.51%), las cuales a pesar de no ser consideradas indicadoras para el VIH, son alteraciones que pueden favorecerse debido a la comprometida respuesta inmune del hospedero, aunado a los efectos del tratamiento antiretroviral. Es importante considerar que autores como Nazco y colaboradores (2002)¹⁵ han reportado una prevalencia del 100% de las enfermedades periodontales, en especial de este tipo de gingivitis, donde los signos clínicos de la inflamación no son tan evidentes como en paciente VIH-negativo por lo que diagnosticar y tratar las lesiones tempranas de la enfermedad periodontal, resultan ser de gran importancia al disminuirse la cantidad de microorganismos que conlleven a otra patología, así como prevenir el rápido avance de la destrucción de las estructuras de soporte, ya que como hacen referencia Traviesas y Armas (2002)¹⁶ la periodontitis es más frecuentemente asociada con el deterioro del sistema inmune. Aunque es un hecho, que resulta difícil discernir si la enfermedad periodontal que se observa ya se presentaba antes de contraer el VIH, pero el ser VIH-positivo constituye un factor de riesgo para otras enfermedades periodontales fuertemente relacionadas con este virus como son el EGL, la GUN y la PUN^{16,17}.

Otras enfermedades periodontales obtuvieron una prevalencia menor en orden descendente la GUN, seguida de la EGL y PUN, las cuales se han mencionado como marcadores del deterioro inmunológico o un aumento de la carga viral^{16,17}.

La patología seguida en prevalencia en el estudio, pero la más fuertemente asociada al VIH es la Candidiasis bucal, alteración con alta prevalencia en seropositivos, se maneja de un aumento en el riesgo de presentarla entre el 25 al 50 veces más cuando se es seropositivo además en el momento de estar bajo está condición los episodios son recurrentes con un incremento



la frecuencia y severidad con la progresión de la enfermedad, se ha observado la presencia de candidiasis cuando hay un deterioro inmunológico importante, es decir al disminuir los linfocitos CD4+ a menos de 400 por mm³ en sangre, o puede ser la primera expresión clínica al adquirirse el VIH^{5,6,8,9,12}.

Aunque la queilitis angular sólo fue diagnosticada en un paciente, es considerada la tercera forma más frecuente de candidiasis en las personas VIH-positivas seguida de la pseudomembranosa y la eritematosa ¹³.

La úlcera tipo afta presentó una prevalencia del 4.51%, resultado que concuerda con Alea y colaboradores (2011)¹⁸ quienes consideran la estomatitis aftosa recurrente (EAR) como la segunda manifestación bucal más frecuente en seropositivos, ellos hacen referencia a Garibay (2007), Pinzón y otros (2008), y Santana (2000) quienes obtuvieron los mismos resultados siendo las úlceras relativamente frecuentes. Rioboo y Bascones (2011)¹⁹ en un estudio no específico para VIH mencionan que las aftas se presentan cuando existe un conteo de linfocitos T CD4+ inferior a 100 células por mililitro, mientras Aguirre y colaboradores (2004)¹³ refieren que estas úlceras se presentan con mayor frecuencia cuando se tiene menos de 200 CD4+ por mililitro. Santos-Juanes y otros (2008)²⁰ aclaran que los pacientes no recuerdan haber presentado episodios de EAR antes de ser VIHpositivos, además que el número de lesiones por episodio es mayor cuando avanzan a sida, por lo que se puede considerar un indicador.

El Sarcoma de Kaposi era una enfermedad rara antes de la aparición del VIH, por los años 80 su incidencia reportó un aumento entre el 35 al 40% de los pacientes con SIDA, la cual ha ido disminuyendo. Calzada y Gallego (2011)⁶ reportan una frecuencia del 2,7%, mientras en este estudio alcanzó una prevalencia del 3.38%, porcentaje similar al de Lennette y colaboradores (1996) quienes lo determinan en diferentes subpoblaciones, 3% en pacientes adictos a drogas intravenosas, 3% en pacientes con transfusión sanguínea, 3% en niños, 3% en mujeres con sida y 1% en pacientes hemofílicos aunque estos datos son citados por Orozco y otros (2007)²¹, ellos opinan que no existe una clara correlación entre el sarcoma de Kaposi y el grado de inmunosupresión, aunque es 300 veces más frecuente en sida que cualquier otro tipo de inmunosupresión.

Leucoplasia vellosa, considerada un indicio temprano de inmunosupresión, de una carga viral elevada independiente del conteo de células T CD4+ y de progresión de la enfermedad en el VIH-positivo, con un alto valor predictivo, estando un 95% de las Leucoplasia vellosa asociadas con el VIH^{5,6,8}. Pinzón y colaboradores (2008)²² estudiaron Calí, Colombia encontraron una prevalencia del 13.6%, donde refieren que en África oscila entre 0% y 20%, en Asia de 3% a 13%, en Estados Unidos y Europa entre 7% y 30% y México del 43%, cuando en nuestra población correspondió al 2.26% dentro de las enfermedades diagnosticadas en el sistema estomatognático, ya que al valorar las manifestaciones bucales relacionadas al VIH está ocupa el tercer lugar junto con el Sarcoma de Kaposi con una prevalencia del 10% correspondiendo con lo reportado en otros países. La relevancia de la Leucoplasia vellosa está relacionada con su

valor predictivo, ya que alrededor del 10% que la padecen presentan SIDA en el momento del diagnóstico de la lesión, mientras el 20% la padecerá en los siguientes ocho meses⁵.

El Herpes simple presentó una prevalencia del 1.69%, su importancia radica en que autores como Baggaley, y colaboradores (2009)²³ han demostrado que el virus herpes simple, en especial el tipo 2 (HSV-2) aumenta el contagio del VIH-1.

Los papilomas, casados por diversos subtipos del virus del papiloma humano (PVH), fueron diagnosticados en los pacientes, siendo una de las alteraciones que aumenta su prevalencia en los VIH-positivos¹³, a diferencia del herpes simple el PVH no tiene ninguna asociación con el recuento de células CD4+, la carga viral ni con el uso de la terapia antirretroviral²⁰.

Linfoma no Hodgkin (LNH) es el linfomas bucal más frecuentemente asociados al VIH, era una condición definitoria de SIDA y sigue siendo la segunda neoplasia maligna más común en pacientes con SIDA^{13,24}. El pronóstico de la combinación LNH-VIH se considera malo en comparación con pacientes con linfoma seronegativos²⁵ aunque Cornejo y colaboradores (2008) ²⁴ opinan que cuando se prescribe el tratamiento con TARGA y quimioterapia mejora, de aquí la importancia de un diagnóstico y una remisión rápida y oportuna.

Conclusiones

En el área metropolitana se reporta un alto porcentaje de personas VIH-positivas, aunado a quienes niegan o desconocen su situación ante esta infección, por lo que se deben considerar las alteraciones presentes que nos permitan contribuir a su prevención y al diagnóstico precoz.

Las lesiones odontológicas presentes en los pacientes VIHpositivos que acuden a la consulta privada, guardan una alta en relación a los que se han reportado en clínicas, instituciones u hospitales especializados, por lo que es necesario que el odontólogo esté capacitado para reconocerlas, tratarlas, prevenir el avance o aparición de otros trastornos así como la referencia adecuada.

Bibliografía-

- 1.-ONUSIDA (2011): Orientaciones terminológicas de ONUSIDA (octubre 2011)
- http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf.
- 2.-Montoya Guarín, Carlos Julio, Moreno Fernández, María Eugenia y Rugelés López, María Teresa (2006). Reacciones y alteraciones del sistema inmune durante la infección por el VIH-1. Revista de la Asociación Colombiana de Infectología; 10, (4), pp.250-265.
- 3.-ONUSIDA (2011). Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA | 2011" ISBN: 978-92-9173-910-3 |

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf.



- 4.-Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, Secretaría de Salud, El VIH/SIDA en México 2011 Numeralia epidemiológica. Noviembre de 2011. Consultada en septiembre de
- http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/NUMERALIA_SIDA_2011.pdf.
- 5.-González, Xiomara, Correnti, Maria, Rivera, Helen, Perrone, Marianella (2010), Detección de Candida albicans. en lesiones de leucoplasia vellosa bucal de un grupo de pacientes venezolanos VIH+" Acta Odontológica Venezolana; 48, (2), pp. 1-10. ISSN: 0001-6365.
- 6.-Calzada Martínez, Bélcida, Gallego Rodríguez Carlos, R. (2011). Manifestaciones bucales en reclusos portadores de VIH/SIDA en la unidad especial SIDA. Revista de Ciencias Médicas La Habana; 17 (2). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol17_2_11/hab09211.html.
- 7.-Restrepo, C., et al. Factores que influyen en la resistencia a la infección por el virus de la
- inmunodeficiencia humana". Med Clin (Barc). 2011. doi:10.1016/j.medcli.2010.11.023. 8.-Ramírez-Amador, Velia, Esquivel-Pedraza, Lilly, Irigoyen-Camacho, Esther, Anaya-Saavedra, Gabriela, González-Ramírez, Imelda, (2002). Estimating the public health impact of the effect of herpes simplex virus suppressive therapy on HIV-1 plasma viral load. Salud pública de México, 44. (2), pp. 87-91.
- 9.-Estrada Montoya, John Harold, Escobar Leguízamo, Daira Nayive. (2011). Manifestaciones orales de la infección por VIH/sida en niños y adolescentes: aspectos clínicos, epidemiología y pautas de tratamiento. Univ Odontol.; 30, (64), pp.37-50. ISSN 0120-4319. 10.-Bascones, Antonio; Serrano, Carlos; Campo, Julián. (2003). Manifestaciones de la infección
- por el virus de la inmunodeficiencia humana en la cavidad bucal. Published in Med Clin (Barc);120, (11), pp.426-34.
- 11.-Coogan, M., Greenspan, J., Challacombe, S. (2005). Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. Bull WHO; 83, pp.700-706.
- 12.-Bravo, Inés María, Correnti, María, Escalona, Laura, Perrone, Marianella, Brito, Aubert, Tovar, Vilma, Rivera, Helen. (2006). 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; 11: E33-E39.
- 13.-Aguirre Urízar, José Manuel., Echebarría Goicouría, María Ángeles., Eguía del Valle, Asier. (2004). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: manifestaciones en la cavidad bucal. Med Oral Patol Oral Cir Bucal; 9, Suppl.S148-157.
- 14.-Perea, Miguel Ángel., Campo, Julián., Charlén, Lucas., Bascones, Antonio. (2007). Enfermedad periodontal e infección por VIH: estado actual. JADA; 2, (1), pp. 46-54.
- 15.-Nazco Ríos, Caridad., González Díaz, María Elena., López Rodríguez, Vania Yulexis., Hernández Moreno, Vicente., Prado Romero, Laureano. (2002). Enfermedad periodontal en pacientes infectados por el VIH. Rev Cubana Estomatol; 40,(1) pp.17-23.
- 16.-Traviesas Herrera, Eladio Miguel., Armas Portela, Lourdes. (2002). Prevalencia y gravedad de las periodontopatías en pacientes portadores de VIH. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet] [citado 2012 Sep 13]; 39(3): 328-351. Disponible en:
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=\$0034-75072002000300004&Ing=es. 17.-Mataftsi, M., Skoura, L., Sakellari, D. (2010). HIV infection and periodontal diseases: an overview of the post-HAART era. Oral Diseasesdoi:10.1111/j.1601-0825.2010.01727.x http://www.blackwellmunksgaard.com.pp.1-13.
- 18.-Alea González, Mariana., Cabrera Cardoso, Gladys H., Becerra Alonso, Odalys. (2011). Manifestaciones bucales en pacientes con VIH/SIDA en el área del Policlínico Docente Playa. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2012 Sep 16]; 11, (3), pp.376-382. Disponible en:
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000300008&Ing=es. 19. Rioboo Crespo, M., Bascones Martínez, A. Aftas de la mucosa oral. Av Odontoestomatol [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2012 Sep 17]; 27(2): 63-74. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021312852011000200002&Ing=es. http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852011000200002.
- 20.-Santos Pinheiro, Raquel., Ribeiro de França, Talita., Rocha, Barbara., Carvalho Ferreira, Dennis., Beder Ribeiro, Camila Maria., Beata Cavalcanti, Silvia Maria., Ribeiro de Souza, Ivete Pomarico., Carneiro Leão, Jair., Barbosa Castro, Gloria Fernanda. (2011). Human papillomavirus coinfection in the oral cavity of HIV-infected children" J Clin Pathol; 64, pp. 1083-1087.
- 21.-Orozco, Beatriz., Gómez, Luz Marina., Estrada, Santiago., Restrepo, Blanca Nelly., Cataño, Juan Carlos. (2007). Relación entre el virus humano herpes 8 y el sarcoma de Kaposi en pacientes positivos y negativos para el VIH. Infectio; 11, (3), pp.111-116.
- 22.-Pinzón, Elisa María., Bravo, Sonia Marlene., Méndez, Fabián., Clavijo Gail. Mildred., León Miguel, Evelio. (2008). Prevalencia y factores relacionados con la presencia de manifestaciones orales en pacientes con VIH/SIDA, Cali, Colombia. Colombia Médica; 39, (4) pp.346-55.
- 23.-Baggaley, Rebecca F., Griffin, Jamie T., Chapman, Ruth., Hollingsworth T, Déirdre., Nagot, Nicolas., Delany, Sinead., Mayaud, Philippe., de Wolf, Frank., Fraser, Christophe., Ghani, Azra C., Weiss, Helen A. (2009). Estimating the public health impact of the effect of herpes simplex virus suppressive therapy on plasma HIV-1 viral load. AIDS. 23,(8), pp.10051013.
- 24. Cornejo, P., Volkow, P., Aviles, A., Calderon, E. (2008). AIDS and non-Hodgkin's lymphoma. Experience at an oncological center in Mexico. Rev Invest Clin; 60 pp.375-381.
- 25.- Cabrera, María Elena., Silva, Guillermo., Soto, Andrés., Roselló, Rodrigo., Castro, Constanza., Martínez, Virginia. et al. (2012). Linfoma relacionado a infección por virus de la inmunodeficiencia humana en un hospital público de Santiago, Chile. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2012 Sep 13] ; 140, (2), pp. 243-250. Disponible en:
 http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-
- 98872012000200015&Ing=es. doi: 10.4067/S0034-98872012000200015.

