

MANIFESTACIONES BUCALES EN NIÑOS VIH/SIDA QUE ASISTEN AL SERVICIO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO EN LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR ENRIQUE TEJERA”.

Milagros Soto*, Ingrid Hoffmann**, Rosella Pugliese***, Lady Casanova****

Resumen

El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de las manifestaciones bucales en 40 niños VIH/SIDA que acudieron a la consulta de infectología pediátrica de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Se realizó a través de un estudio descriptivo y de campo, utilizando para la recolección de los datos una ficha odontopediátrica elaborada por las autoras donde se analizaron las variables, edad, género, categoría clínica, manifestaciones bucales en tejidos blandos y duros. Se registraron los datos y se sometieron a análisis estadísticos descriptivos. Resultados: El grupo de niños más afectado (57,5%) estuvo entre 1 a 6 años y correspondió al género femenino. La categoría clínica más frecuente fue la B y la C. En 80% de los casos, se presentaron manifestaciones bucales en tejidos blandos, entre las cuales la Candidiasis bucal ocupó 30%, 17,5% la Gingivitis asociada a candidiasis, Aftas y Úlceras, 10% Herpes labial, Queilitis 7.5%, Eritema gingival lineal y Leucoplasia vellosa 2.5%. Además hubo evidencia clínica de Adenopatías cervicales (31,9%) y Parotiditis (12,5%). En tejidos duros la caries dental se presentó en 53,1%(cavitada). Conclusiones: Independientemente del porcentaje de CD4 y carga viral, se evidenciaron manifestaciones bucales, representando un componente fundamental en el progreso de la enfermedad, de allí la imperiosa necesidad de institucionalizar los Programas de Atención Odontológica, así como también la instrucción, sensibilización y motivación a los padres, representantes y personal de salud en el área pediátrica, sobre la importancia de la salud bucal en los niños VIH/SIDA

Palabras Clave: niños, VIH/SIDA, manifestaciones bucales, categoría clínica.

ORAL MANIFESTATIONS HIV/AIDS CHILDREN WHO WERE EVALUATED AT PEDIATRIC-DENTISTRY SERVICE OF CARABOBO UNIVERSITY AT THE DR. ENRIQUE TEJERA'S HOSPITAL CITY.

Abstract

The reason of this study, was to determine the oral manifestations prevalence, in 40 children being treated for HIV-infection of the Paediatric Infection Service at the “Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera.” By means of a descriptive study of field, the variables age, gender, clinical category, soft and hard tissue manifestations. The data obtained were registered and submitted to descriptive statistical analyses. The groups of children more affected were the one of 1 to 6 years old and in feminine gender. The most frequent clinical category was the B and the C. 80% of cases were soft oral lesion, candidacies 30%, 17.5% aphthous ulcerations, and gingival erythema, herpes oral 10%, cheilitis 7,5%, hairy leukoplakia and gingival erythema linear 2.5%. Also have been found clinical evidence of adenopatya 31,9% and parotid enlargement 12,5%. Conclusions:

* Profesora Agregada. Departamento de Atención Odontológica al Niño y al Adolescente. Facultad de Odontología U.C;

** Profesora Asociada. Departamento de Atención Odontológica al Niño y al Adolescente. Facultad de Odontología U.C;

*** Rosella Pugliese. Profesora. Departamento de Atención Odontológica al Niño y al Adolescente. Facultad de Odontología U.C.

**** Lady Casanova. Profesora titular. Departamento de Pediatría. Facultad de Ciencias de la Salud U.C.

Independently of percentage CD4 and the viral load, oral manifestations has been evidence, it represent a fundament component in the diseases progress. Consequently, the urgent necessity to institutionalize preventive and therapeutic dental program, and also the education, sensibilization and motivation to parents, representatives and health personnel in the paediatric area; about the importance of oral health in HIV/AIDS children.

Key words: childrens, HIV/AIDS, oral manifestations, clinical category.

INTRODUCCIÓN

EL VIH/SIDA se convirtió en la última pandemia del siglo XX, y a pesar de que los avances tecnológicos y terapéuticos han modificado su espectro en los países desarrollados; se ha convertido en una enfermedad crónica. La gran mayoría de los niños con infección VIH, presentan, dentro de sus primeros signos de enfermedad manifestaciones bucales, las cuales no son producidas directamente por el VIH. Algunas de ellas tienen un valor predictivo de la evolución de la infección y la aparición del SIDA. Los factores de riesgo esenciales que predisponen al desarrollo de dichas manifestaciones son: bajo número de linfocitos CD4, xerostomía y la ausencia de tratamiento antirretroviral. Infecciones oportunistas micóticas o fúngicas como la Candidiasis Pseudomembranosa; se haya con mayor prevalencia, seguidas de las infecciones víricas herpéticas. De allí la importancia del papel protagónico del Odontólogo dentro del equipo multidisciplinario de atención a estos pacientes, diagnosticando, tratando y controlando las lesiones bucales presentes en ellos, reflejándose así una reducción en la transmisión, menor mortalidad y mayor supervivencia a largo plazo de los niños infectados.

OBJETIVO

Objetivo General:

Determinar las manifestaciones bucales en niños VIH/SIDA que asisten a la consulta de Odontopediatría UC. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", durante el periodo octubre 2003- julio 2004.

Objetivos Específicos:

- Categorizar a los niños VIH/SIDA según edad, género, categoría clínica
- Determinar la prevalencia de las manifestaciones bucales en los tejidos blandos y duros de los niños VIH/SIDA

METODOLOGÍA

A través de un estudio descriptivo y de campo, y utilizando como instrumento una ficha odontopediátrica elaborada por las autoras, se analizaron las variables: edad, género, categoría clínica inmunológica, manifestaciones bucales. Se examinaron clínicamente 40 niños VIH/SIDA que acudieron a la consulta de infectología pediátrica de la ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" durante el periodo 2003-2004, previo consentimiento informado a padres y representantes. Se registraron los datos y se sometieron a análisis estadísticos descriptivos: porcentajes relativos y absolutos aplicados a cada variable.

Criterios de Inclusión: Niños infectados con el virus de Inmunodeficiencia Humana y SIDA, detectados a través de pruebas serológicas: Elisa, Western Blot, Reacción de Cadena de Polimerasa (PCR), realizadas en el momento del diagnóstico y en las consultas de control. Los resultados fueron tomados de las historias clínicas de la consulta de Infectología Pediátrica.

Para clasificar la infección por virus de inmunodeficiencia humana en niños, se utilizó el sistema de clasificación para la infección de niños menores de 13 años elaborado por el

Centro para el Control de enfermedades (CDC) de Atlanta en los Estados Unidos de Norteamérica (1994), ya que toma en cuenta la condición clínica, el estado infeccioso e inmunológico y lo divide en categorías mutuamente excluyentes, considerando tres parámetros:

- 1) Categorías infecciosas
- 2) Categorías clínicas
- 3) Categorías inmunológicas.

1.-Categorías Infecciosas:

Diagnóstico: Infectado por VIH

- Niño mayor de 18 meses de edad, seropositivo para VIH o nacido de una madre infectada y tiene resultado positivo en dos determinaciones separadas (excluyendo sangre del cordón) de uno o más de los siguientes tests: Cultivo VIH, Reacción de cadena de polimerasa (PCR) para VIH, VIH (p24) o reúne los criterios para diagnóstico de infección por VIH.
- Niño mayor de 18 meses de edad nacido de una madre infectada por VIH o cualquier niño infectado por sangre, productos sanguíneos u otros medios conocidos de transmisión como por ejemplo contacto sexual, quien es repetidamente positivo para anti-VIH por ensayo inmunoenzimático y test confirmatorio, por ejemplo Western Blot o inmunofluorescencia.

Diagnóstico: Exposición perinatal (prefijo E): Comprende niños hasta los 18 meses de edad, que no pueden ser clasificados como infectados, pero que presentan anticuerpos contra VIH, o niños que se desconoce la serología pero es producto de una madre infectada por VIH.

Diagnóstico: Seroversión (SR): Un niño nacido de una madre infectada que ha sido documentado como VIH (-) cuando dos o más

test negativos realizados a los 6 - 18 meses o un ELISA (-) después de los 18 meses, no ha tenido otra evidencia de laboratorio de infección y no ha tenido ninguna condición definitiva de infección.

2.- Categorías inmunológicas:

Basadas en el conteo de Linfocitos T CD4, específicos para la edad, (conteo absoluto y porcentaje total)

	<1 año	1-5 años	6-12 años
1- Sin inmunosupresión	1.500 (25%)	1.000 (25%)	500 (25%)
2- Supresión moderada	750-1499 (15-24%)	500-999 (15-24%)	200-499 (15-24%)
3- Supresión severa	< 750 (<15%)	< 500 (<15%)	<200 (<15%)

Fuente: CDC 1994 Revised classification- System for Human Immunodeficiency Virus Infection in Children Less than 13 years of age. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1994: 43:1-11

3.- Categorías Clínicas:

Los niños con diagnóstico de Infección por VIH pueden ser clasificados dentro de cuatro categorías clínicas mutuamente excluyentes, basados en los signos, síntomas o diagnósticos de infecciones oportunistas, presencia de neoplasias o alteraciones nutricionales relacionados con la infección por VIH. Así como con las categorías inmunológicas, las categorías clínicas han sido definidas para proveer una clasificación en base a estadios, lo que permite evaluar la severidad y el pronóstico de la enfermedad al momento de realizar la clasificación de un determinado paciente. Las categorías clínicas para un niño VIH(+) son las siguientes:

N: Asintomático: Niños VIH (+) sin signos ni síntomas que son considerados resultados de

la infección VIH o tienen solo una condición de la categoría A.

A: Levemente sintomático: Niños con dos o más de las siguientes condiciones, pero ninguna de las enumeradas en las categorías B o C.

- Linfadenoptía mayor a 0,5 cm. en más de dos sitios, si son bilaterales equivalen a un sitio
- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Dermatitis
- Parotididitis
- Infección respiratoria alta recurrente, sinusitis u otitis media recurrente o persistente.

B: Moderadamente sintomático: Niños con otras condiciones sintomáticas diferentes a A o C que son atribuidas a la infección VIH. Incluye, pero no está limitada por estas condiciones:

- Anemia (< de 8 g/dl). Neutropenia (< 1.000 milímetros cúbicos) o Trombocitopenia (< 100.000 por milímetros cúbicos) que persista por más de 30 días.
- Meningitis bacteriana, neumonía o sepsis (un episodio).
- Candidiasis Orofaringea por más de dos meses en niños mayores de seis meses de edad.
- Miocardiopatía.
- Hepatitis.
- Estomatitis por virus de herpes simple más de dos episodios al año.
- Bronquitis, neumonitis o esofagitis por virus de herpes simple antes del mes edad.
- Herpes zoster con un mínimo de dos

episodios distintos o que afecte más de una dermatoma.

- Leiomiosarcoma.
- Neumonía intersticial linfoidea o complejo de hiperplasia pulmonar linfocitaria.
- Nefropatía.
- Fiebre persistente por más de un mes.
- Toxoplasmosis antes de un mes de nacido.
- Varicela diseminada.
- Nocardiosis.
- Fiebre por más de un mes.

C: Severamente sintomático: Niños que presentan cualquier condición enumerada en la definición de casos de SIDA de 1987, con la excepción de Neumonía Intersticial Lifoidea; la cual ha sido incluida en la categoría B, ya que el pronóstico es substancialmente mejor que otras condiciones definitorias de SIDA.

- Infección bacteriana severa, múltiples o recurrente, ejemplo cualquier combinación de por lo menos dos infecciones confirmadas por cultivo en un período de dos años, tales como; septicemia, neumonía, meningitis, infección ósea o articular, absceso de un órgano interno o cavidad corporal (excluyendo otitis media, abscesos de superficie cutánea o mucosa asociada por catéteres endovenosos).
- Candidiasis esofágica y /o pulmonar.
- Coccidiomicosis diseminada.
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiosis o Isosporidiasis con diarrea persistente por más de un mes.
- Enfermedad por citomegalovirus con aparición de síntomas al mes de nacido en otro lugar diferente al hígado, bazo y ganglios linfáticos.
- Encefalopatía al menos uno de los siguientes hallazgos progresivos están

presentes durante más o menos dos meses en ausencia de enfermedad concurrente:

1. Falla para lograr o pérdida de los indicadores del desarrollo o pérdida de la capacidad intelectual, verificada por escalas standard de desarrollo o test neuropsicológicos.

2. Deterioro del crecimiento cerebral o microcefalia adquirida demostrada por mediciones de la circunferencia cefálica o atrofia cerebral demostrada por Tomografía Axial Computarizada (TAC) o Resonancia Magnética (RM), estudios seriados son necesarios en niños menores de 2 años.

3. Déficit motor simétrico adquirido manifestado por dos o más de los siguientes: paresias, reflejos patológicos, ataxia o trastornos de la marcha.

- Infección por virus del Herpes simple causando úlceras cutáneas que persisten por más de 1 mes; o bronquitis, neumonitis, o esofágitis de cualquier duración en un niño mayor de un mes.
- Histoplasmosis diseminada o extra pulmonar.
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma primario en el cerebro.
- Linfoma de células pequeñas de Burkitt o inmunoblástico, o linfoma de células gigantes de células B, o fenotipo inmulógico desconocido.
- Mycobacterium tuberculosis diseminado o extra pulmonar. Mycobacterium avium complejo intracellulare o Mycobacter avium Kansasii diseminados.
- Neumonía por Pneumocystis carinii.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Septicemia por Salmonella (no typhi) recurrente.
- Toxoplasmosis cerebral con inicio después de un mes de edad
- Síndrome desgaste en ausencia de la

enfermedad concurrente distinta a infección VIH, que pueda explicar los siguientes hallazgos: pérdida de peso descenso al menos de dos líneas seguidas de percentiles de peso para la edad

Clasificación Pediátrica de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana. Categoría Inmunológica y Clínica.

Clínica Inmunológica	1: Sin inmusupresión	2: moderada supresión	3: severa supresión
N: asintomático	N1	N2	N3
A: síntomas leves	A1	A2	A3
B: síntomas moderados	B1	B2	B3
C: síntomas severos	C1	C2	C3

Fuente: CDC 1994 Revised classification - System for Human Immunodeficiency Virus Infection in Children less than 13 years of age. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1994: 43:1.

RESULTADOS

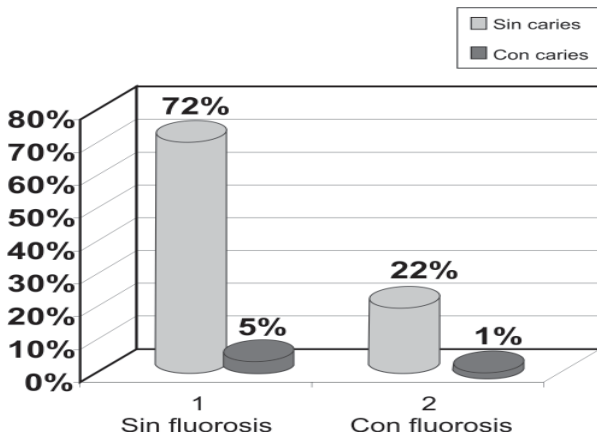
Se examinaron 40 niños VIH/SIDA distribuidos por edad y género, según se presenta en la Gráfico 1, siendo el grupo más significativo el comprendido entre 1 y 6 años, con mayor proporción el género femenino.

Las manifestaciones en tejidos blandos se presentaron en el 80% de niños con VIH/SIDA .y en el 65% de los niños se observó caries dental. (Gráfico 2)

Entre las manifestaciones encontradas en tejidos blandos, la Candidiasis bucal ocupó 30%, 17,5% la Gingivitis asociada a candidiasis, Aftas y Úlceras, 10% Herpes labial, Queilitis 7.5%, Eritema gingival lineal y Leucoplasia vellosa 2.5%. Además hubo evidencia clínica de Adenopatías cervicales (31,9%) y Parotiditis (12,5%).(Gráfico 3). La caries dental se presentó en 53,1% (cavitada).

GRÁFICO 1

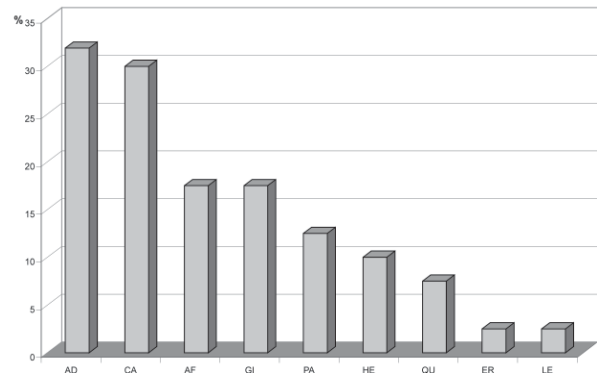
NIÑOS VIH/SIDA DISTRIBUIDOS SEGÚN EDAD Y GÉNERO. SERVICIO DE ODONTOPEDIATRÍA UC. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA, EDO. CARABOBO. OCTUBRE 2003 - JULIO 2004



Fuente: Datos obtenidos por las autoras.

GRÁFICO 3

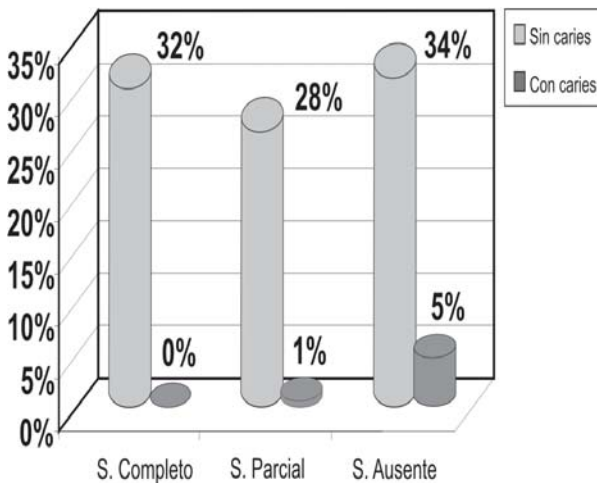
Prevalencia de lesiones tejidos blandos en niños VIH/SIDA. Servicio de Odontopediatría UC. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Valencia, Edo. Carabobo. Octubre 2003-Julio 2004



Fuente: Datos obtenidos por las autoras.

GRÁFICO 2

Niños VIH/SIDA distribuidos según Manifestaciones bucales. Servicio de Odontopediatría UC. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Valencia-Carabobo. Octubre 2003-2004.



Fuente: Datos obtenidos por las autoras.

FIGURA 1.

Adenopatía niño de 5 años



FIGURA 2.

Aftas niño de 11 años

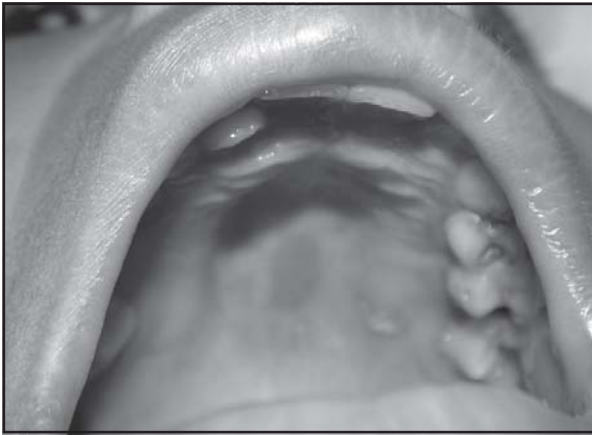


FIGURA 5.

Parotiditis niño de 5 años



FIGURA 3.

Queilitis angular niño de 11 años



FIGURA 6.

Queilitis exfoliativa Niño 13 años

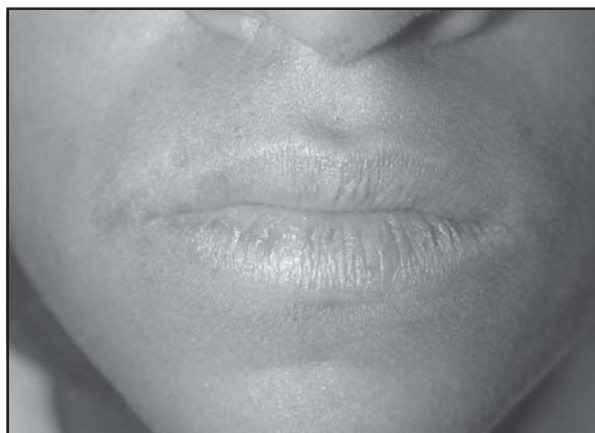


FIGURA 4.

Gingivitis y caries niña de 5 años



FIGURA 7.

Herpes labial niña de 10 años

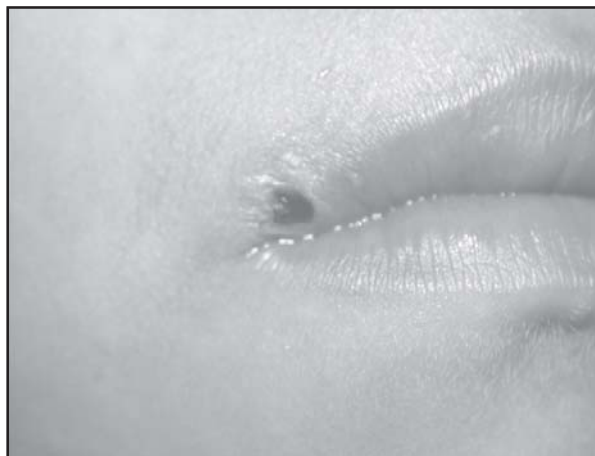


FIGURA 8.**Eritema Ginvival lineal niño de 5 años****FIGURA 9.****Leucoplasia vellosa y candidiasis niño 11 años****FIGURA 10.****Caries rampante niño de 4 años****DISCUSIÓN**

De acuerdo a las variables estudiadas, el grupo más afectado (57,5%) estuvo entre 1-6 años de edad, 65% correspondió al género femenino y 35% al masculino, coincidiendo con Howel y col (1996). En relación a la categoría clínica inmunológica se observó mayor proporción en la categoría B(40%) y en la C(30%). 80% de los casos estudiados, presentaron manifestaciones bucales en tejidos blandos, entre las cuales la Candidiasis bucal, se evidenció clínicamente 30 %, coincidiendo con Guerra y col (2004); Okunseri (2003), Tovar y col (2002); Grando (2002), Nicolatou y col (1999); quienes la reportaron como la lesión más común. Con igual porcentaje (17.5%) se presentaron la Gingivitis asociada a Candidiasis, Aftas y Úlceras (superficiales y asociadas a Candidiasis y a infección por herpes virus), en contraste con Expósito y Col (2004), quienes reportaron 6%, el Herpes labial se encontró 10 %, la Queilitis angular 7.5 %; 2,5% tanto el eritema gingival lineal como la leucoplasia vellosa (asociada a pacientes con inmunodepresión severa).

Además, hubo evidencia clínica de Adenopatías cervicales 31.9%, similar a lo reportado por Tovar y col (2004), Grando (2002), Hernández (1999); Guerra y col (2001). La Parotiditis se presentó 12.5 % en contraste con Guerra y col (2004) quienes reportaron 33.9 %.

Se encontró una alta prevalencia de lesiones en tejidos duros (caries dental) 53.1 % (tipo cavitada), independientemente de los valores de linfocitos CD4 y carga viral, en contraste a lo reportado por Hicks y col (2001); Hernández (1999).

CONCLUSIONES

Las manifestaciones bucales asociadas a las infecciones VIH/SIDA son componente fundamental de la progresión de la enfermedad y se presentaron en el 80% de la población estudiada.

La terapia antirretroviral altamente activa que reciben estos niños, puede haber producido cambios en la presentación clínica de las lesiones bucales siendo la Candidiasis bucal, Aftas y Gingivitis las manifestaciones más frecuentemente encontradas.

La caries dental se presentó de forma frecuente y agresiva con una alta prevalencia.

Los Odontólogos pueden atender pacientes VIH/SIDA, por lo que deben estar entrenados y actualizados con el fin de detectar lesiones bucales en un estadio temprano.

Una exploración periódica de la cavidad bucal, debe incluirse como prevención primaria en los niños VIH/SIDA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CENTRES FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION. (CDC 1997). **Atlanta Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports June**; 46;No.RR-12

CENTRES FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION. **Guidelines for National HIV case surveillance, including for HIV infection and AIDS**.MMWR 2000;48(RR13):1-28

CEBALLOS-SALORENAA, AGUIRRE-URIZAR JM, BAGAN-SEBASTIAN JV (1996). **Oral manifestation associated with human immunodeficiency virus infection in Spanish population**. J Oral Pathol Med; 25: 523-6

COSTA LR, VILLENA RS, SUCASAS PS,

BIRMAN EG. (1998). **Oral findings in pediatric AIDS: A case control study in Brazilian children**. J Dent Child.;65:186-190

CHEN, J; FLAITZ, C; WULLBRANDT, B, SEXTON, J (2003). **Association of Dental Health Parameters With Ora Lesion Prevalence in Human Immunodeficiency Virus-Infected Romanian Children**. .Pediatr Dent.;25:479-484

ESCALONA, L Y COLS (2003). **Infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana en niños de Valencia: 17 años de experiencia** XVI Jornadas Nacionales de Infectología pediátrica 21-23 Noviembre

EXPÓSITO A; VALLEJO E; MARTOS, E.(2004). **Manifestaciones orales de la infección por VIH en la infancia: Artículo de revisión**. Med Oral Patol Oral Cir Bucal ; 9:410-20

FONSECA R, CARDOSO AS, POMARICO I (2000). **Frequency of oral manifestations in children infected with human immunodeficiency virus**. Jun;31(6):419-22

FRIEDMAN RB, GUNSOLLEY J, GENTRY A (1991). **Periodontal status of HIV-seropositive and AIDS patients**. J Periodontology. 62:623-627

GENCO RJ, GOLDMAN HM, COHEN DW (1993). **Periodoncia**. México. Interamericana Mc Graw-Hill. 70-72, 215-220, 313-336, 389-393

GUERRA ME Y TOVAR V. (2001). **Atención Odontológica a niños VIH (+)**.Arch. Venez. Puer. y Ped. Vol. 64 (4) Octubre – Diciembre.; 201-207

GUERRA ME; TOVAR V. AYALA O (2004). **Experiencia de caries dental en dentición primaria de niños VIH/SIDA 1998-2002**. [Documento en línea]: Disponible: <http://www.ortodoncia.ws/28.asp> (Consultado julio 2004)

GRANDO LJ, YURGEL LS, MACHADO DC, SILVA CL, MENEZES M, PICOLLI C. (2002) **Oral manifestations, CD4+ T-lymphocytes count and viral load in Brazilian and North-American HIV-infected children.** Pesqui Odontol Bras. Jan- Mar, 16 (1):18-25

GREENSPAN D, GREENSPAN JS, PINDBORG J, SCHIODT M (1994). **El SIDA en la cavidad bucal.** 1era. Edic. en Español. Caracas. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas. 46

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R, FERNÁNDEZ, C. LUCIO, P (2003). **Metodología de la Investigación. México. Tercera Edición Mc Graw-Hill**

HERNÁNDEZ JUYOL. M (1999). Manifestaciones **orales de la infección por el VIH en Odontopediatría.** RCOE; 4157-67.

HICKS, J.; FLAITSZ, C; CARTER , B; STANLEY, C; ROSSMANN , S;. SIMON , C; GAIL J. DEMMLER , G; KLINE, (2000). **Dental caries in HIV-infected children: a longitudinal study.** Pediatr Dent 22:359-364

HOWEL RB; HOUP M. (1991). **More than one factor can influence caries development in HIV positive children.** Pediatric - Dent Jul-Aug; 13 (4):247

HOWELL RB, JANDINSKI J, PALUMBO P, SHEY Z, HOUP M. (1992). **Dental caries in HIV - infected children.** Pediatr Dent 14:370-71

HOWEL R; JANDINSKI J; PALUMBO P; SHEY Z; HOUP M. (1996). **Oral soft tissue manifestations and CD4 lymphocyte counts in HIV infected children.** Pediatric Dent March-April; 18;(2); 117 120

KHONGKUNTHIAN P, GROTE M, ISARATANAN W, PIYAWORAWONG S, REICHART PA. (2001) **Oral manifestations in 45 HIV-positive children from Northern Thailand.** : J Oral

Pathol Med. Oct;30(9):549-52

NAIDOO S, CHIKTE U. (2004) **Oro-facial manifestations in pediatric HIV: a comparative study of institutionalized and hospital outpatients.** Oral Dis. Jan;10(1):13-8

NAZANIN N, EPSTEIN JB (2001). **Clasifications of oral lesions in HIV infection.** J Clin Periodontol. 28 : 137-145

NICOLATOU O, THEODORIDOU M, MOSTROU G, VELEGRAKI A, LEGAKIS NJ. (1999). **Oral lesions in children with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection.** J Oral Pathol Med. Feb; 28(2):49-53

OPS/OMS. **La Salud Bucodental repercusión del VIH/SIDA en la práctica odontológica.** Organización Panamericana para la Salud. Washington 1994

OMS (2004). Investing in a comprehensive health sector response to HIV/AIDS: Scaling up treatment and Accelerating Prevention. Ginebra, OMS. Julio.

ONUSIDA (2004). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004. Ginebra, línea) http://www.unaids.org/wad2004/EPIupdate2004_html_sp/epi04_12_sp.htm#TopOfPage (Consultado diciembre 2004)

OKUNSERI C, BADNER V, WIZNIA A, ROSENBERG M.(2003). **Prevalence of oral lesions and percent CD4+ T-lymphocytes in HIV-infected children on antiretroviral therapy.** Jan;17(1):5-11

SUÁREZ JA; VILLALOBOS T; ROJAS P(1995). **Diagnóstico y manejo de la infección del virus de inmunodeficiencia humana en la infancia.** Boletín Hospital de niños de Caracas. P. 112

TOVAR Y COLS, (2002). **Manifestaciones Bucales e Infecciones Oportunistas más**

frecuentes encontradas en 208 pacientes con infección por VIH/SIDA.[Documento en línea]

Disponible: http://www.actaodontologica.com/40_3_2002/49.asp (consultado octubre 2003)

TOVAR,V; GUERRA ME, BLANCO L. (2004). **Manifestaciones bucales de VIH/SIDA en edad temprana.** Trabajo presentado en el V Congreso Nacional de la Asociación de la Investigación Odontológica (IADR); 16-19 de Febrero 2005

TOVAR, V: ALVORNOZ E; GUERRA ME. (2004). **Prevalencia de Candidiasis bucal en pacientes VIH (+); estudio retrospectivo.** Actas Odontológicas Venezolanas 42; (3).

VELASCO E. ODONTOESTOMATOLOGÍA Y SIDA (2002). **Un enfoque multidisciplinario. Sección III** ESPAXS Publicaciones Médicas Barcelona; Pág. 185-194