

# ASOCIACIÓN ENTRE EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD Y LA PATOLOGÍA BUCAL EN PACIENTES CON VIH-SIDA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA.2005-2009

Gabriela Alejandra Lazo Meneses<sup>1</sup>

(1) Universidad Católica de Santa María

**RESUMEN:** El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre el tratamiento antirretroviral de gran actividad y la patología bucal en pacientes con VIH-SIDA adherentes a la terapia TARGA. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y de corte longitudinal. En cuanto al universo, fueron evaluadas 71 historias clínicas de pacientes con VIH-SIDA adherentes a la terapia TARGA del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, 36 (50.70%) correspondieron a varones y 35 (49.30%) a mujeres. Se dividieron en 4 grupos según el período de adherencia: un primer grupo formado por las historias clínicas de los pacientes adherentes a la terapia TARGA entre el período 2005-2009 (5 años), un segundo grupo entre el período 2006-2009 (4 años), un tercer grupo entre el período 2007-2009 (3 años) y un cuarto grupo entre el período 2008-2009 (2 años). Se efectuó un análisis bivariado, de naturaleza cuantitativa utilizando como técnica de estadística descriptiva, la distribución de frecuencias absolutas y relativas y como técnica de estadística inferencial, la prueba de chi cuadrado de independencia para precisar la relación entre las variables. **Conclusiones:** En cuanto a la asociación entre el tratamiento antirretroviral de gran actividad y la patología bucal en pacientes con VIH-SIDA adherentes a la terapia TARGA, sólo en dos grupos hubo una disminución del número de pacientes con lesiones orales: en el grupo de pacientes que recibieron la terapia TARGA entre el período del 2005-2009 (5 años) observándose que al iniciar la terapia un 22.54% presentaba lesiones bucales y al quinto año de tratamiento disminuyó a 16.90%. Del mismo modo, en el grupo de pacientes adherentes a la terapia TARGA entre el período 2007-2009 (3 años), se observó que al iniciar la terapia un 21.13% presentaba lesiones bucales y al tercer año de tratamiento disminuyó a 19.72%. Las patologías bucales más frecuentes fueron las enfermedades infecciosas, siendo las de tipo micóticas (candidiasis) y las bacterianas (caries dental) las más predominantes; sólo se presentó un caso de sarcoma de Kaposi. Sin embargo, al aplicar la prueba estadística de chi cuadrado en los 4 grupos no se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y la Patología Bucal presente en los pacientes con VIH-SIDA adherentes a la terapia TARGA.

**Palabras Clave:** Infección por VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, Tratamiento Antirretroviral de Gran actividad TARGA, Patología Bucal.

**ABSTRACT:** The aim of this study was to determine the association between highly active antiretroviral therapy and the oral pathology in patients with HIV-AIDS adherent to HAART therapy. **Materials and methods:** The medical records were reviewed, performing an observational, retrospective and longitudinal study. 71 medical records of patients with HIV-AIDS adherent to HAART therapy at the Hospital Honorio Delgado-Arequipa were evaluated, 36 (50.70%) were males and 35 (49.30%) were women. The medical records were divided into four groups according to period of adherence: a first group of the medical records of patients adherent to HAART therapy between the period 2005-2009 (5 years), a second group between the period 2006-2009 (4 years), a third group between the period 2007-2009 (3 years) and a fourth group between the period 2008-2009 (2 years). Was performed a bivariate analysis, using as technique of descriptive statistics, the distribution of absolute and relative frequencies and as technique of inferential statistic, chi-square of independence test for the relationship between the variates. **Conclusions:** The association between the highly active antiretroviral therapy and oral pathology in patients with HIV-AIDS adherent to HAART therapy, only in two groups were a decrease in the number the patients with oral lesions, the group of patients receiving HAART therapy between the period 2005-2009 (5 years) showing that at the beginning of therapy an 22.54% had oral lesions and the fifth year of treatment decreased to 16.90% and the group the patients receiving HAART therapy between the period 2007-2009 (3 years) showing that at the beginning of therapy an 21.13 % had oral lesions and the third year of treatment decreased to 19.72 %. The most common oral diseases were the infectious diseases, being the types fungal (candida) and bacterial (caries) the most dominant, there was only one case of Kaposi's sarcom. However, when applying the statistical test chi-square in the four groups the statistical analysis showed was not a relationship ( $p < 0.05$ ) between the highly active antiretroviral therapy and the oral pathology in patients with HIV-AIDS adherent to HAART therapy.

**Keywords:** HIV infection, AIDS, Acquired Inmune Deficiency Syndrome, Antiretroviral Therapy Highly Active, HAART, Oral Pathology.

## INTRODUCCIÓN

Desde que se reportó el primer caso por infección del virus VIH-SIDA en el mundo en el año de 1981, éste se ha convertido en una epidemia que ha sido la causa de más de 25 millones de muertes. Se estima que actualmente, 40.3 millones de personas viven con VIH-SIDA. África sigue siendo la región más afectada, ya que en ella vive más del 70% de las personas infectadas en el mundo.

En el Perú esta epidemia también ha mostrado una alta prevalencia y es por eso que actualmente constituye un problema de salud pública por las características y tendencias que va manifestando, ya que cada año aumenta el número de personas infectadas siendo los jóvenes el grupo de mayor riesgo.

Según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, en el Perú existen 45 037 personas infectadas con VIH y 28 064 casos de SIDA.

Los principales factores de riesgo para la infección y expansión del VIH y SIDA son practicar sexo sin protección, tener varias parejas sexuales e iniciar precozmente las relaciones sexuales (en el caso de adolescentes).

Correspondencia:

Mag. Gabriela Alejandra Lazo Meneses  
E-mail: gabelame@hotmail.com

**TABLA Nro.1**  
**Distribución De Los Pacientes Con Vih -Sida Según Categoría Clínica Y Período De Adherencia**

PERÍODO DE ADHERENCIA	CATEGORÍA CLÍNICA																		TOTAL	
	A1		A2		A3		B1		B2		B3		C1		C2		C3			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>2005-2009 (5 años)</b>	0	0.00	3	4.23	0	0.00	0	0.00	5	7.04	0	0.00	0	0.00	4	5.63	10	14.09	<b>22</b>	30.99
<b>2006-2009 (4 años)</b>	0	0.00	1	1.41	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	1.41	0	0.00	1	1.41	4	5.63	<b>7</b>	9.86
<b>2007-2009 (3 años)</b>	0	0.00	1	1.41	1	1.41	0	0.00	2	2.82	2	2.82	0	0.00	3	4.23	10	14.09	<b>19</b>	26.76
<b>2008-2009 (2 años)</b>	0	0.00	1	1.41	3	4.23	0	0.00	2	2.82	3	4.23	0	0.00	3	4.23	11	15.49	<b>23</b>	32.39
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>6</b>	<b>8.45</b>	<b>4</b>	<b>5.63</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>9</b>	<b>12.68</b>	<b>6</b>	<b>8.45</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>11</b>	<b>15.49</b>	<b>35</b>	<b>49.30</b>	<b>71</b>	<b>100.00</b>

**LEYENDA: CATEGORÍA CLÍNICA DEL PACIENTE CON VIH-SIDA**

- A1: Linfocitos CD4: >500 cel/ml      Clínica: Asintomáticos Infección aguda (primaria) por VIH = Fase VIH
- A2: Linfocitos CD4: 200-500 cel/ml      Clínica: Asintomáticos Infección aguda (primaria) por VIH =Fase VIH
- A3: Linfocitos CD4: <200 cel/ml      Clínica: Asintomáticos Infección aguda (primaria) por VIH =Fase SIDA
- B1: Linfocitos CD4: >500 cel/ml      Clínica: Sintomáticos sin condiciones A o C =Fase VIH
- B2: Linfocitos CD4: 200-500 cel/ml      Clínica: Sintomáticos sin condiciones A o C =Fase VIH
- B3: Linfocitos CD4: <200 cel/ml      Clínica: Sintomáticos sin condiciones A o C =Fase SIDA
- C1: Linfocitos CD4: >500 cel/ml      Clínica: Condiciones indicadores de SIDA =Fase SIDA
- C2: Linfocitos CD4: 200-500 cel/ml      Clínica: Condiciones indicadores de SIDA =Fase SIDA
- C3: Linfocitos CD4: <200 cel/ml      Clínica: Condiciones indicadores de SIDA =Fase SIDA

En los 4 grupos de historias clínicas de pacientes con VIH-SIDA la administración del TARGA se aplicó de la siguiente manera: un 92.96% de los pacientes iniciaron con el esquema NAIVE y mantuvieron ese esquema hasta el último año de evaluación, mientras que sólo un 7.04% inició con el esquema NAIVE y posteriormente cambió al esquema RESCATE. (Tabla N°2)

**TABLA Nro.2**  
**Distribución De Los Pacientes Con Vih-Sida Según Período De Adherencia Y Esquema De La Terapia Targa**

PERÍODO DE ADHERENCIA	ESQUEMA DE LA TERAPIA TARGA					
	NAIVE 1		NAIVE 2		RESCATE 1	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>2005-2009(5 años)</b>	18	25.35	3	4.23	1	1.41
<b>2006-2009(4 años)</b>	6	8.45	0	0	1	1.41
<b>2007-2009(3 años)</b>	15	21.13	3	4.23	1	1.41
<b>2008-2009(2años)</b>	17	23.94	4	5.63	2	2.81
<b>Total de pacientes</b>	<b>56</b>	<b>78.87</b>	<b>10</b>	<b>14.09</b>	<b>5</b>	<b>7.04</b>

**LEYENDA: ESQUEMAS DE LA TERAPIA TARGA**

- Naive 1 : Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina
- Naive 2 : Zidovudina + Lamivudina + Estavudina
- Naive 3 : Lamivudina + Nevirapina + Didanosina
- Rescate 1 : Ritonavir/Lopinavir + Lamivudina + Estavudina
- Rescate 2 : Ritonavir/Lopinavir +Lamivudina + Didanosina

La patología bucal observada en los 4 grupos fue la siguiente: sólo en dos grupos hubo una disminución del número de pacientes con lesiones bucales: en el grupo de pacientes que recibieron la terapia TARGA entre el período 2005-2009 (5 años) observándose que al iniciar la terapia un 22.54% presentaba lesiones bucales disminuyendo a un 16.90% al quinto año de tratamiento. Del mismo modo, en el grupo de pacientes adherentes a la terapia TARGA entre el período 2007-2009 (3 años), se observó que al iniciar la terapia un 21.13% presentaba lesiones bucales disminuyendo a un 19.72% al tercer año de tratamiento. (Figura N°1).

Desde el inicio de la epidemia hasta noviembre del 2009, en Arequipa se presentaron 869 casos VIH y 644 casos con SIDA, haciendo un total de 1513 personas con VIH-SIDA. La principal forma de transmisión es la vía sexual, con un 93% del total de casos. La mayoría de las personas infectadas se encuentran en las ciudades de Arequipa, Camaná e Islay. El grupo de edad mayormente comprometido está entre los 25 y 39 años, lo que implicaría que fueron contagiados entre los 15 y 30 años [1].

Un gran aporte científico en el campo de la medicina, se dio en el año 1987, con el descubrimiento de la zidovudina (AZT), un inhibidor nucleósido análogo de la enzima transcriptasa, la cual fue aplicada como una monoterapia para esta enfermedad; sin embargo, la resistencia viral en el tratamiento exigió la producción y combinación de otras drogas que influyeran en todos los niveles de la replicación del virus como la fusión, transcripción, integración, ensamblaje y maduración; de ahí, que en la actualidad se prescribe una combinación de tres o cuatro drogas llamándosele Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).

La terapia antirretroviral es actualmente la única alternativa de tratamiento para la infección por el VIH, ya que definitivamente retrasa la replicación viral en los diferentes niveles de la misma, actuando a nivel molecular y genético viral, es decir, las diferentes drogas ejercen su acción sobre las enzimas (transcriptasa, integrasa y proteasa) y los correceptores específicos de la membrana (viral y celular), inhibiendo la replicación viral intracelularmente a nivel de la transcripción, integración, replicación y fusión con la célula humana.

Es indispensable la Adherencia a la terapia TARGA, la cual es definida como el cumplimiento adecuado de la medicación antirretroviral, dentro de un contexto educativo, afectivo-emocional y social, con el objetivo de alcanzar un mayor beneficio terapéutico. Se requiere que el paciente acuda a sus controles periódicos designados por el grupo multidisciplinario encargado de la terapia TARGA para la evaluación y controles correspondientes, tanto clínicos como laboratoriales. Es también requisito para garantizar la adherencia adecuada, que el paciente tome el 95% de la dosis para mantener el virus suprimido a largo plazo. Una cifra menor se considera como adherencia inadecuada.

El 1 de Agosto del 2004 se aprueba la "Norma Técnica para la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad-TARGA en Adultos Infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (Resolución Ministerial N°.752-2004/MINSA)", con el fin de mejorar el servicio a las personas infectadas, buscando la adherencia y disminuir las posibilidades de abandono. Para tal fin se conformó un equipo multidisciplinario, que constituiría la Unidad Administradora del Tratamiento Antirretroviral, con la habilidad de adaptar el programa a las necesidades individuales de cada paciente, haciendo uso de estrategias horizontales con activa participación social. Este equipo está conformado por el médico infectólogo, enfermera, psicólogo, odontólogo, asistente social, nutricionista y supervisor de laboratorio. El paciente con adecuada adherencia a la terapia TARGA, deberá acudir como parte de su tratamiento con los diferentes profesionales mencionados.

La prevalencia global de las patologías bucales asociadas a la enfermedad por el VIH está cambiando desde que se utiliza el TARGA. Se considera que la presencia de patologías bucales asociadas a la infección por el VIH son un indicador de inmunosupresión, así como de la progresión de la enfermedad. Según señala Greenspan (1986), corroborado por Genco unos años más tarde, la inmunosupresión y susceptibilidad a infecciones oportunistas alteran la respuesta de los tejidos blandos bucales, como el periodonto y la encía, así como la flora bucal. Según ellos, es la primera expresión clínica de la infección por el VIH y pueden encontrarse lesiones orales en el 33% de los pacientes infectados asintomáticos[2][3].

El tipo y la frecuencia de las patologías bucales varían de acuerdo a ciertos indicadores como la forma de contagio, algunos factores sociales, geográficos y étnicos, el estadio evolutivo de la enfermedad y el grado de inmunosupresión. Las patologías bucales se dividen en enfermedades infecciosas (micóticas, víricas y bacterianas), entidades tumorales (como el sarcoma de Kaposi, el linfoma no Hodgkin y el carcinoma espinocelular), trastornos neurológicos (como neuropatía del trigémino y parálisis facial) y otras de causa desconocida (como estomatitis aftosa recurrente, púrpura trombocitopénica, paratidomegalia, xerostomía e hiperpigmentaciones de la cavidad oral) [4]. Todas ellas pueden causar en los pacientes dolor, incomodidad y pérdida del gusto, lo cual lleva a una disminución de la calidad de vida y en algunos casos pueden poner en peligro la vida.

La presente investigación se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, donde se introdujo el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) desde el año 2005, para cubrir las necesidades de gran parte de la población con VIH-SIDA, ya que antes sólo se administraba monoterapia o biterapia, a las cuales sólo los pacientes con mayor disponibilidad de recursos podían acceder.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El siguiente estudio fue realizado con la aprobación del Director del Hospital Regional de Arequipa, en coordinación con el Centro de Referencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (PROCETSS) y la Jefatura de la Oficina de Estadística-Informática, para acceder a los números de las historias clínicas de los pacientes inscritos en la terapia TARGA.

Fueron revisadas las 204 historias de pacientes con VIH-SIDA que acudieron al Hospital Regional Honorio Delgado desde el año 2005 al 2009. Sólo 71(34.80%) historias correspondían a pacientes con VIH-SIDA adherentes a la terapia TARGA.

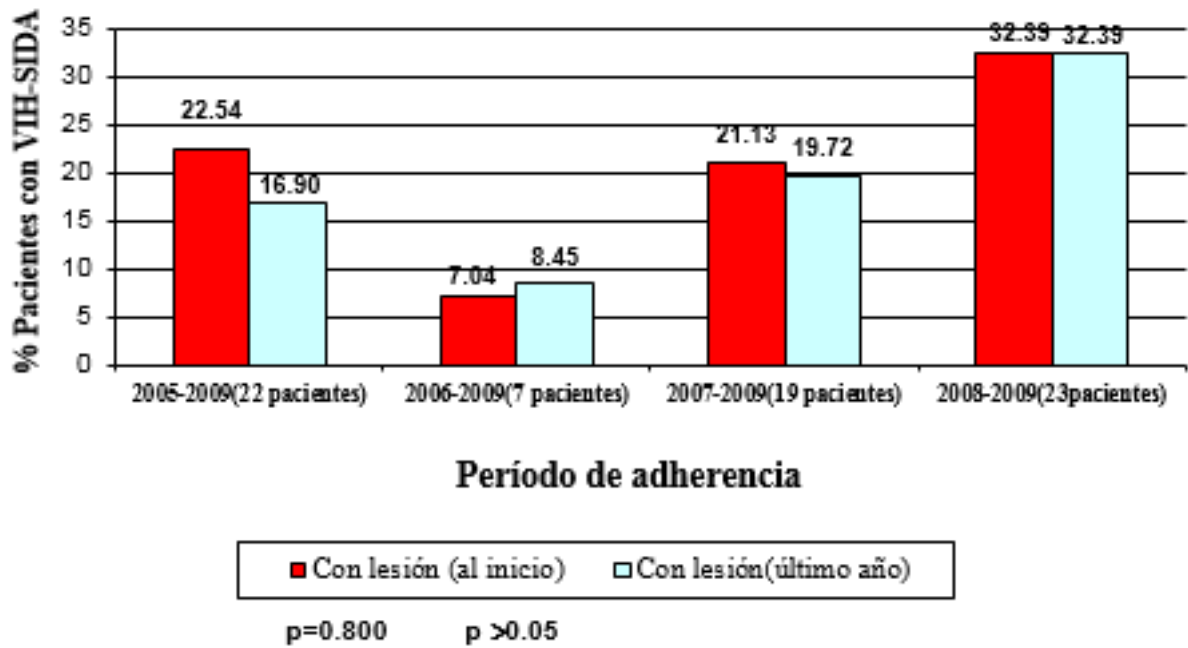
Se dividieron en 4 grupos según el período de adherencia:

- Período de Tratamiento entre el 2005-2009: 22 historias clínicas.
- Período de Tratamiento entre el 2006-2009: 7 historias clínicas.
- Período de Tratamiento entre el 2007-2009: 19 historias clínicas.
- Período de Tratamiento entre el 2008-2009: 23 historias clínicas.

Se realizó una revisión de cada una de las historias, registrando: el período de adherencia a la terapia TARGA, la categoría clínica y recuento de linfocitos CD4<sup>+</sup> de los pacientes al inicio de la terapia, el esquema de tratamiento y el tipo de patología bucal presentada según la clasificación de Clasificación de Pindborg.(Clasificación usada en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa 2005)<sup>4</sup>.

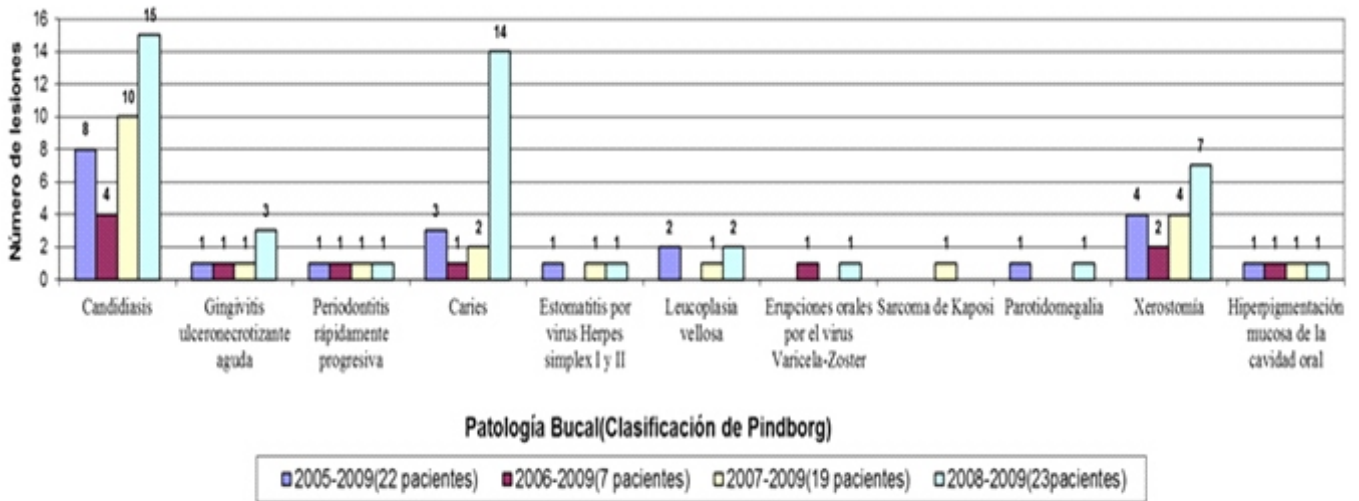
## RESULTADOS

De un total de 71 historias clínicas evaluadas que representan al 100% de los pacientes adherentes a la terapia TARGA, 35 (49.30%) sujetos iniciaron la terapia con categoría clínica C3; 11 (15.49%) con C2; 6 (8.45%) con B3 y 4 (5.63%) con A3. Dando un total de 56 (78.87%) pacientes que de acuerdo a su estado clínico y recuento de linfocitos CD4<sup>+</sup> iniciaron la terapia en fase SIDA. (Cuadro N°1)



**FIGURA Nro.1. Distribución De Los Pacientes Con Vih-Sida Con Lesiones Bucales Según El Período De Adherencia**

Las patologías bucales más frecuentes fueron las enfermedades infecciosas, siendo las de tipo micóticas (candidiasis) y las bacterianas (caries dental) las más predominantes; sólo se presentó un caso de sarcoma de Kaposi. (FIGURA N°2). No hubo relación entre el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y la Patología Bucal en los 4 grupos de historias clínicas de los pacientes con VIH-SIDA adherentes a la terapia TARGA, toda vez que el valor de la probabilidad fue mayor a 0.05 en todos los años precisados, teniendo la base el caso para rechazar la hipótesis alterna y aceptar la hipótesis nula.



**FIGURA Nro.2. Patología Bucal Delos Pacientes Con Vih-Sida Según Período De Adherencia**

## DISCUSIÓN

Desde el año 2005 el Ministerio de Salud del Perú brinda un acceso universal al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), desde entonces se observan cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad de los pacientes con VIH-SIDA, con una notable disminución del riesgo de padecer infecciones oportunistas y un aumento de la calidad de vida. Sin embargo, tales ventajas sólo pueden ser posibles con un alto nivel de adherencia. Para tal fin, los pacientes que reciben la terapia TARGA son sometidos a una evaluación clínica, virológica e inmunológica en forma periódica, estos son parámetros imprescindibles para el monitoreo de la eficacia, adherencia y las reacciones adversas de la terapia TARGA.

Se revisaron 207 historias clínicas de los pacientes inscritos en la terapia TARGA entre los años 2005-2009, de las cuales solo 71 (34.30%) correspondían a pacientes adherentes a la terapia TARGA. Esto se considera un dato importante que el presente estudio aporta, ya que en el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS) del Hospital Honorio Delgado de Arequipa, no se encontraron registros que indiquen el número de pacientes adherentes y no adherentes a la terapia TARGA, siendo esta información muy importante para determinar la efectividad del tratamiento.

Resultados diferentes se obtuvieron en un estudio realizado en la ciudad de Lima por Austivilca [5], cuyo objetivo fue determinar la incidencia y factores asociados con las reacciones adversas al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH, encontrando que el 70.88% de los pacientes eran adherentes a la terapia TARGA. Diversos estudios confirman que las Reacciones Adversas a los Medicamentos Antirretrovirales (RAMA) forman parte de los factores que contribuyen a la discontinuación del tratamiento y a la no adherencia [6]. Los pacientes reconocen y atribuyen a los antirretrovirales como los causantes de sus molestias, ya que interfieren en sus actividades diarias llevándolos a interrumpir el tratamiento.

Con respecto a la categoría clínica de los pacientes al iniciar la terapia TARGA se pudo observar que un 49.30% de los pacientes iniciaban el tratamiento antirretroviral con categoría C3, lo que indica que los pacientes ya se encuentran en una fase SIDA. Con respecto al esquema usado, un 92.96% de los pacientes iniciaron con esquema NAIVE y continuaron con ese esquema, mientras que un 7.04 % inició con esquema NAIVE y debido a complicaciones cambió a esquema RESCATE. Además se pudo observar que el esquema más usado al iniciar la terapia TARGA es el esquema NAIVE 1. Un estudio realizado en el mismo hospital [7], cuyo objetivo fue determinar las características clínicas y evolutivas de los pacientes con VIH-SIDA bajo terapia antirretroviral mostró que el 54.12% de los pacientes iniciaban el tratamiento antirretroviral con categoría clínica C3, además se reportó que el 78.82% de los pacientes recibían el esquema NAIVE 1 y sólo el 2.70% cambiaron al esquema RESCATE 1.

La presencia de patologías bucales puede preceder los síntomas clínicos de la infección por VIH, además tiene gran relevancia en el monitoreo del estado inmunológico, ya que su presencia indica que el paciente infectado está más susceptible a padecer otras infecciones oportunistas que lo pueden llevar rápidamente a la fase SIDA.

En nuestro estudio se observó que en el grupo de pacientes adherentes a la terapia TARGA entre el período 2005-2009 (5 años), existieron al iniciar la terapia un 22.54% de pacientes con lesiones bucales y al quinto año de tratamiento disminuyó al 16.90%; del mismo modo se observó que en el grupo de pacientes entre el período 2007-2009 (3 años), existieron al iniciar la terapia un 21.13% de pacientes con lesiones bucales y al tercer año de tratamiento disminuyó al 19.72%.

En un estudio realizado en la India [8], pero de corte transversal y prospectivo se observó la prevalencia de lesiones bucales en pacientes bajo tratamiento, el 85% de los sujetos evaluados presentaron patología bucal, cifra estadísticamente significativa al compararla con el 15% de individuos que no presentaron ninguna patología.

Las patologías bucales más frecuentes fueron las enfermedades infecciosas, siendo las de tipo micóticas (candidiasis) y las bacterianas (caries dental) las que más predominaron, presentándose solo un caso de Sarcoma de Kaposi. Es importante remarcar que los casos de xerostomía se observan generalmente un año después de iniciar el tratamiento, lo que podría estar asociado a una reacción adversa de la terapia TARGA por el efecto secundario de las

drogas usadas en esta terapia. Otro estudio sobre la prevalencia de patologías bucales en pacientes con VIH-SIDA refiere que la lesión más frecuente fue la candidiasis seudomembranosa en 18.3% (58/319) seguida por la candidiasis eritematosa en 13.9% (44/319), y la queilitis angular en 13.3% [9]. Reichart y colaboradores [10], estudiaron las manifestaciones bucales en 233 pacientes VIH<sup>+</sup> de Tailandia y Camboya, encontrando una alta prevalencia de lesiones bucales, particularmente variantes de candidiasis seudomembranosa y eritematosa, así como, leucoplasia pilosa, especialmente en pacientes pediátricos.

Ellos concluyeron que en ausencia de parámetros que indicaran algún grado de inmunosupresión (cuenta de CD4<sup>+</sup> y carga viral), estas lesiones bucales podían ser consideradas como indicadores de inmunodeficiencia asociada a infección por VIH. Por su parte Patton [11], señaló que la leucoplasia vellosa y candidiasis oral tienen una importante relación con cargas virales altas (>30.000 copias/mm<sup>3</sup>) y por lo tanto estas lesiones orales se consideran marcadores de progresión de la enfermedad y que además, esta relación es independiente de la cantidad de CD4<sup>+</sup> y de la terapia antirretroviral.

En cuanto a la relación entre el período de adherencia y la patología bucal en pacientes con VIH-SIDA adherentes a la terapia TARGA, no se observaron diferencias estadísticas significativas (p 0.05).

Un estudio realizado en España [12], evaluó la prevalencia de patologías bucales en un grupo de pacientes bajo tratamiento antirretroviral por un período de 7 meses y otro grupo bajo tratamiento antirretroviral por un período de 2.6 años a más, la prevalencia de patologías bucales fue mayor en el grupo de pacientes bajo tratamiento de 2.6 años a más, siendo la candidiasis oral la de mayor prevalencia en un 39.00%.

En cuanto a la relación entre el esquema usado en la terapia TARGA y la patología bucal en pacientes con VIH-SIDA adherentes a la terapia TARGA, no se observaron diferencias estadísticas significativas (p 0.05).

No se han encontrado estudios con los que pueden ser comparados los resultados obtenidos. Las lesiones presentadas en cavidad oral pueden variar considerablemente ya que pueden existir otros factores intervinientes, como deficiencias nutricionales, presencia de enfermedades sistémicas crónico-degenerativas, cuenta de células CD4<sup>+</sup> < 200 células/mm<sup>3</sup> y una carga viral mayor de 5.000 copias/ml, coadyuvados por otros factores locales como la xerostomía, la mala higiene oral y el tabaquismo que pueden influir en la aparición de patologías en la cavidad oral.

## BIBLIOGRAFÍA

- [1] MINISTERIO DE SALUD: OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: Situación del VIH-SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico. 2009. Pág.1-71.
- [2] BERMEJO FENOLL A. Medicina Bucal. Editorial MADRID 2000. Pág.1-407.
- [3] FLANAGAN M, BARASCH A, DMD, KOENIGSBERG S, FINE D, HOUP T M, Prevalence of oral soft tissue lesions in HIV-infected minority children treated with highly active antiretroviral therapies. Pediatric dentistry, 2000, Vol.22, N°4, Pág.287-298.
- [4] PINDBORG JJ. Atlas de enfermedades de la mucosa oral. Barcelona: Salvat; 1994. MASSON, 1994. Pág.1-400.
- [5] AUSTIVILCA J, ARCE-VILLAVICENCIO Y, SOTELOR, QUISPE J, GUILLÉN R, PERALTA L, HUARINGA J, GUTIÉRREZ C. Incidencia y Factores Asociados con las Reacciones Adversas del Tratamiento Antirretroviral Inicial en Pacientes con VIH. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 2007, Vol. 24, N°3, Pág. 218-224.

- [6] PINHEIRO CA, DE CARVALHO LEITE JC, DRACHLER ML, SILVEIRA VL. Factors Associated with Adherence to Antiretroviral Therapy in HIV/AIDS Patients: A Cross-Sectional Study in Southern Brazil. *Journal of Medical and Biological Research*, 2002, Vol. 35, N°10, Pág. 1173-1181.
- [7] LAZO-MENESES P. Características Clínicas y Evolutivas de los Pacientes Viviendo Con VIH/SIDA (PVVS) que reciben el Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad (TARGA) en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, 2005-2006. Tesis de la Facultad de Medicina de la UCSM 2008. Pág. 1-129.
- [8] RANGANATHAN K, REDDY BVR, KUMARASAMY N, SOLOMOM S, VISWANATHAN R, JOHNSON NW. Oral Lesions and Conditions Associated with Human Immunodeficiency Virus Infection in 300 South Indian Patients. *Oral diseases*, 2000, Vol. 6, N°3, Pág. 152-157.
- [9] PINZÓN E, BRAVO S, MÉNDEZ F, CLAVIJO G, LEÓN M et al. Prevalencia y factores relacionados con la presencia de manifestaciones orales en pacientes con VIH/SIDA, Cali, Colombia. *Colombia médica*, 2008, Vol.39, N°4, Pág. 346-355.
- [10] REICHART PA, KHONGKHUNTHIAN P, BENDICK C. Oral Manifestations in HIV-Infected Individuals from Thailand and Cambodia. *Medical Microbiology and Immunology*. August 2003, Vol. 192, Issue 3, Pág. 157-160.
- [11] PATTON LL, MCKAIG R, STRAUSS R, ROGERS D, ERON JJ. Changing Prevalence of Oral Manifestations of Human Immunodeficiency Virus in the Era of Protease Inhibitor Therapy. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 2000, Vol. 89, N° 3, Pág. 299-304.
- [12] CEBALLOS SALOBREÑA A, GAITÁN L, CEBALLOS L. Influencia del Tiempo bajo Terapia Antirretroviral Altamente Activa sobre la Prevalencia de Lesiones Orales Asociadas a la Infección por el VIH. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 2001; Vol. LVIII(4). Pág. 123-129.

Recibido el 29 de Octubre del 2016 y aceptado para su publicación el 2 de Diciembre del 2016