



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TÍTULO:**

**Prevalencia de manifestaciones estomatológicas  
en pacientes con VIH/SIDA del Hospital de Infectología**

**AUTORA:**

**Alonso Marengo María Andrea**

**PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:**

**ODONTÓLOGA**

**TUTORA:**

**Dra. Luzardo Jurado Geoconda María**

**Guayaquil, Ecuador**

**2014**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **María Andrea Alonso Marengo**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Odontóloga**.

**TUTORA**

---

**Dra. Geoconda María Luzardo Jurado**

**REVISORES**

---

**Dr. Carlos Xavier Ycaza**

---

**Dr. Carlos Guim**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

---

**Dr. Juan Carlos Gallardo Bastidas**

**Guayaquil, a los 29 días del mes de Mayo del año 2014**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **María Andrea Alonso Marengo**

### DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **Prevalencia de manifestaciones estomatológicas en pacientes con VIH/SIDA del Hospital de Infectología**, previa a la obtención del Título **de Odontóloga**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 29 días del mes de Mayo del año 2014**

**LA AUTORA**

---

**María Andrea Alonso Marengo**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

## AUTORIZACIÓN

Yo, **María Andrea Alonso Marengo**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de manifestaciones estomatológicas en pacientes con VIH/SIDA del Hospital de Infectología**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 29 días del mes de Mayo del año 2014**

LA AUTORA

---

**María Andrea Alonso Marengo**

## **DEDICATORIA**

**ESTE TRABAJO SE LO DEDICO A TODA MI FAMILIA QUE DESDE YA SE  
ENCUENTRA ORGULLOSA DE MI Y SIN ELLOS NO HUBIERA PODIDO  
LLEGAR DONDE ESTOY.**

**MARÍA ANDREA ALONSO MARENGO**

## **AGRADECIMIENTO**

**A DIOS POR DEMOSTRARME QUE TODO SACRIFICIO TIENE SU RECOMPENSA, A MI FAMILIA POR SU APOYO INCONDICIONAL, A MIS TUTORES POR GUIARME Y DEDICARME SU TIEMPO Y AL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA POR PERMITIRME TRABAJAR MIS CASOS CLINICOS CON SUS PACIENTES Y POR TODOS LOS CONOCIMIENTOS QUE ME TRANSMITIERON.**

**MARÍA ANDREA ALONSO MARENGO**

## **TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

---

**DRA. GEOCONDA MARÍA LUZARDO JURADO**  
**PROFESOR GUÍA Ó TUTOR**

---

**DR.**  
**PROFESOR DELEGADO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**CALIFICACIÓN**

---

**DRA. GEOCONDA MARÍA LUZARDO JURADO  
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR**



## ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD .....	iii
AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN .....	vii
CALIFICACIÓN.....	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiv
ÍNDICE DE CUADROS.....	xv
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xvi
ÍNDICE DE ANEXOS .....	xvii
RESUMEN.....	xviii
ABSTRACT.....	xix
1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.2 OBJETIVOS.....	3
1.2.2 Objetivo general .....	3
1. 2. 2 Objetivos específicos:.....	3
1. 3 HIPÓTESIS:.....	3
1. 4 VARIABLES: .....	4

2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 EL VIH/SIDA.....	11
2.1.1 El VIH.....	11
2.1.1.1 Estructura del VIH.....	12
2.1.1.2 Ciclo vital del VIH.....	12
2.1.1.3 Estadios de la infección.....	13
2.1.1.4 Mecanismos de transmisión.....	14
2.1.2 Terapéutica farmacológica.....	15
2.1.2.1 Consideraciones generales.....	15
2.1.2.2 Descripción de los fármacos antirretrovirales.....	16
2.1.2.3 Elección del tratamiento antirretroviral.....	16
2.1.3 El SIDA.....	16
2.2 PRINCIPALES PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL VIH/SIDA.....	19
2.2.1 Manifestaciones clínicas debidas al VIH/SIDA.....	19
2.2.2 Infecciones oportunistas.....	20
2.2.3 Neoplasias asociadas al SIDA.....	21
2.3 VIH/SIDA EN LA CAVIDAD ORAL.....	21
2.3.1 Micosis orales asociadas.....	23
2.3.1.1 Candidiasis oral.....	23
2.3.1.2 Candidiasis pseudomembranosa.....	25
2.3.1.3 Candidiasis eritematosa.....	26
2.3.1.4 Queilitis angular.....	27
2.3.1.5 Histoplasmosis.....	28
2.3.1.6 Eritema gingival lineal.....	28
2.3.2 Infecciones bacterianas asociadas.....	29
2.3.2.1 Enfermedad periodontal.....	29
2.3.2.1.1 Gingivitis ulcero necrotizante (GUN).....	30

2.3.2.1.2	Periodontitis ulcero necrotizante (PUN) .....	30
2.3.2.3	Tuberculosis oral.....	32
2.3.3	Infecciones víricas asociadas .....	32
2.3.3.1	Virus herpes simple.....	32
2.3.3.2	Leucoplasia vellosa.....	34
2.3.3.3	Verrugas y papilomas orales.....	35
2.3.4	Neoplasias asociadas.....	35
2.3.4.1	Sarcoma de Kaposi.....	35
2.3.4.2	Linfomas orales.....	36
2.3.5	Otras lesiones orales asociadas.....	37
2.3.5.1	Úlceras inespecíficas .....	37
2.3.5.2	Hiposialia-Xerostomía .....	38
2.3.5.3	Melanosis intraoral .....	38
2.3.5.3	Hipertrofia parotídea .....	38
3.	MATERIALES Y MÉTODOS .....	40
3.1	MATERIALES.....	40
3.1.1	Lugar de la investigación:.....	40
3.1.2	Periodo de la investigación:.....	40
3.1.3	Recursos empleados:.....	41
3.1.3.1	Recursos humanos: .....	41
3.1.3.2	Recursos físicos:.....	41
3.1.4	Universo: .....	41
3.1.5	Muestra .....	41
3.1.5.1	Criterios de inclusión de la muestra .....	42
3.1.5.2	Criterios de exclusión de la muestra .....	42
3.2	MÉTODOS:.....	42
3.2.1	Protocolo de atención al paciente:.....	43

4. RESULTADOS .....	44
4.1 PREVALENCIA DE LAS PATOLOGIAS ORALES EN LOS PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA .....	45
4.1.1 Candidiasis oral .....	45
4.1.2 Herpes simple .....	47
4.1.3 Gingivitis ulcero necrotizante.....	48
4.1.4 Periodontitis ulcero necrotizante.....	49
4.2 PREVALENCIA DE EDAD DE LOS PACIENTES INFECTAOS CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA .....	50
4.2.1 Edad.....	50
4.3 PREVALENCIA DE GÉNERO DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA .....	51
4.3.1 Género .....	51
4.4 COMPARACION DE LAS PATOLOGÍAS QUE AFECTAN A LOS PACIENTES QUE PADECEN DEL VIH/SIDA DEL HOSPITAL DE INFECTOLOGÍA VS. GÉNERO Y EDAD .....	53
4.4.1 Patologías vs. Género.....	53
4.4.2 Patologías vs. Edad.....	55
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	57
5.1 CONCLUSIONES .....	57
5.2 RECOMENDACIONES.....	58
6. BIBLIOGRAFÍA .....	60
ANEXOS .....	64
Anexo 1: Historia Clínica. ....	65
Anexo 2: Consentimiento informado.....	68
Anexo 3: Carta de permiso al hospital de infectología.....	72
Anexo 4: Carta de aceptación del hospital de infectología. ....	74
Anexo 5: Carta de certificado. ....	76
Anexo 6: Datos obtenidos de la historia clínica. ....	78

Edad:.....	78
Género: .....	79
Fecha de Diagnóstico:.....	80
Medicamentos: .....	81
Síntomas: .....	83
Signos patológicos: .....	84
Anexo 7: Historias Clínicas.....	85

## ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1. Estructura del VIH.....	12
Fig. 2. Ciclo vital del VIH.....	13
Fig. 3. Candidiasis oral.....	23
Fig. 4. Candidiasis eritematosa en paladar.....	26
Fig. 5. Queilitis Angular.....	27
Fig. 6. Patología periodontal y caries cervicales secundarias a xerostomía. ....	29
Fig. 7. Virus herpes simple.....	32
Fig. 8. Leucoplasia vellosa y candidiasis. ....	34
Fig. 9. Sarcoma de Kaposi nodular en la encía. ....	36
Fig. 10. Ulceración Inespecífica en paladar. ....	37
Fig. 11. Xerostomía.....	38

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Candidiasis oral.....	45
Cuadro 2. Herpes simple .....	47
Cuadro 3. Gingivitis.....	48
Cuadro 4. Periodontitis .....	49
Cuadro 5. Edad.....	50
Cuadro 6. Género .....	51
Cuadro 7. Frecuencia y porcentaje de la Enfermedad vs. Género .....	53
Cuadro 8. Frecuencia y porcentaje de la Enfermedad vs. Edad.....	55

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentaje Candidiasis oral.....	46
Gráfico 2. Porcentaje Herpes simple. ....	47
Gráfico 3. Porcentaje Gingivitis.....	48
Gráfico 4. Porcentaje Periodontitis.....	49
Gráfico 5. Porcentaje de edad de los pacientes con VIH/SIDA.....	50
Gráfico 6. Porcentaje genero de los pacientes con VIH/SIDA .....	52
Gráfico 7. Frecuencia y porcentaje de la enfermedad vs. Género .....	54
Gráfico 8. Frecuencia y porcentaje de la enfermedad vs. Edad.....	56



## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS.....	64
Anexo 1: Historia Clínica. ....	65
Anexo 2: Consentimiento informado.....	68
Anexo 3: Carta de permiso al hospital de infectología.....	72
Anexo 4: Carta de aceptación del hospital de infectología. ....	74
Anexo 5: Carta de certificado. ....	76
Anexo 6: Datos obtenidos de la historia clínica. ....	78
Edad:.....	78
Género: .....	79
Fecha de Diagnóstico:.....	80
Medicamentos:.....	81
Síntomas: .....	83
Signos patológicos: .....	84
Anexo 7: Historias Clínicas.....	85

## **RESUMEN**

Analizar y diferenciar las manifestaciones orales que presenten los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA del Hospital de Infectología; Este estudio es transversal y de diseño descriptivo; Universo de 60 historias clínicas en el hospital de infectología. Se realizó muestreo de oportunidad a los pacientes que asistieron a consulta odontológica y a pacientes internados que padecen VIH/SIDA con un promedio de edad de entre 18 a 60 años. Se decidió evaluar las patologías orales asociadas al VIH/SIDA más comunes: candidiasis oral, herpes simple, histoplasmosis, queilitis angular, leucoplasia vellosa, sarcoma de Kaposi, gingivitis ulcero necrotizante y periodontitis ulcero necrotizante de las cuales se encontraron en los pacientes estudiados periodontitis ulcero necrotizante, gingivitis ulcero necrotizante, candidiasis oral y herpes simple. Se utilizó análisis estadístico para analizar la patología oral más frecuente, menos frecuente, género y edad de los pacientes estudiados. La candidiasis tuvo como resultado 15%, herpes simple 27%, GUN 50% y PUN 50%. De 19 a 29 años de edad hubo el 27% de los pacientes, 30 a 40 años el 40% y de 41 a 58 años el 33%. El género masculino tuvo como resultado 57% y femenino 43%. Como conclusión de lo investigado la patología con mayor prevalencia son las enfermedades periodontales que se dio en 100% de los casos (50% GUN y 50% PUN), seguido por el herpes simple con un 27% y candidiasis oral con un 15%; El género masculino es el que mayor padece infección por el virus del VIH/SIDA; La edad promedio de pacientes estudiados que más padecen esta enfermedad es de 30 a 40 años de edad.

### **PALABRAS CLAVE:**

**VIH, SIDA, INMUNODEFICIENCIA, INMUNOSUPRIMIDOS, PATOLOGÍAS ORALES, ANTIRRETROVIRALES, ENFERMEDAD PERIODONTAL.**

## **ABSTRACT**

Analyze and differentiate oral manifestations presented in patients diagnosed with HIV / AIDS of the Infectious Hospital; This study is a descriptive cross-sectional design; Universe of 60 medical records at the hospital were treated. A study was performed with patients attending dental practice and internal patients with HIV / AIDS with an average age of 18 to 60 years. It was decided to evaluate oral pathologies associated with HIV / common AIDS: oral candidiasis, herpes simplex, histoplasmosis, angular cheilitis, hairy leukoplakia, Kaposi's sarcoma, gingivitis and periodontitis of which were found in the patients studied necrotizing periodontitis, necrotizing gingivitis, oral candidiasis and herpes simplex. Statistical analysis was used to analyze the most frequent, less frequent, gender and age of the patients oral pathology. Candidiasis resulted in 15%, herpes simplex 27%, gingivitis 50% and periodontitis 50%. 27% of patients were 9 to 29 years old, 40% were 30 to 40 years old and 33% were 41 to 58 years old. Males reported as a result 57% and females 43%. The conclusion of the investigation was that most prevalent pathology were periodontal diseases that occurred in 100% of cases (50% gingivitis and 50% periodontitis), followed by herpes simplex with 27%, and oral candidiasis with 15%; The average age of patients studied who suffer most from the disease is 30 to 40 year olds.

### **KEY WORDS:**

**HIV, AIDS, IMMUNODEFICIENCY, IMMUNOSUPPRESSION, ORAL PATHOLOGY, ANTIRETROVIRALS, PERIODONTAL DISEASE.**

# 1. INTRODUCCIÓN

Hoy en día la enfermedad que más ha causado impacto como ninguna otra en el mundo es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus el cual produce el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Este fue aislado por primera vez en 1983 y representa la expresión clínica final de la infección.<sup>3,4</sup>

La organización mundial de la salud (OMS) y Onusida estimaron que en el año 2010 más de 40,3 millones de personas en el mundo viven con VIH o con SIDA, y de estos 2 millones viven en países de américa del sur, siendo la principal causa de muerte en todo el mundo.<sup>1</sup>

De manera progresiva y continua este virus infecta al sistema inmune llegando a destruirlo por completo. Debido a la inmunodeficiencia se presentan diversas manifestaciones clínicas, luego termina en una serie de infecciones neoplasias y/o oportunistas que define el estado más crítico y terminal de la enfermedad que es el SIDA.<sup>2,3</sup>

La inmunosupresión causada por el VIH/SIDA desencadena una variedad de enfermedades oportunistas que se presentan en órganos, la piel y en las mucosas. Por esta razón es importante conocer la patogenia, la evolución, las manifestaciones tempranas y las medidas de control y prevención de las patologías bucales más frecuentes en los pacientes con VIH/SIDA.<sup>1</sup>

Desde los inicios de la aparición de la epidemia se empezó a notar patologías estomatológicas y se dieron cuenta que muchas de ellas eran de gran valor predictivo para diagnosticar una infección con el VIH.<sup>1,2</sup>

Las patologías estomatológicas asociadas con la infección por VIH incluyen gingivitis ulcerativa necrotizante, periodontitis ulcerativa necrotizante,

candidiasis oral, sarcoma de Kaposi, leucoplasia vellosa, linfoma de Hodgkin, eritema lineal gingival, entre otras. Estas lesiones bucales son de gran importancia ya que pueden, además de ser indicadores de una infección por VIH, predecir en qué estado se encuentra la progresión de la infección y también evidencia el poco efecto al tratamiento de los pacientes. La presencia de patologías en la cavidad oral puede generar dificultad para hablar, cambios en la apariencia facial, disfagia, deficiente higiene oral, xerostomía, dolor y molestias que pueden dañar seriamente el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes.<sup>1</sup>

En nuestros días existe el temor de la población en general, a infectarse por el VIH dentro de las áreas de atención a la salud y específicamente dentro del consultorio dental donde se sabe que la cavidad oral en la mayoría de las veces es el primer lugar del cuerpo donde se refleja la infección por el VIH. Se cree que la discriminación hacia el paciente infectado por el VIH podría estar contribuyendo en esta negativa.<sup>1, 3, 7</sup>

Es por esto, siendo el objetivo de la investigación, importante analizar y diferenciar las diferentes manifestaciones orales que presenten los pacientes con VIH/SIDA.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.2 Objetivo general**

- Analizar y diferenciar las manifestaciones orales que presenten los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA del Hospital de Infectología.

### **1. 2. 2 Objetivos específicos:**

- Conocer los signos clínicos que los pacientes con VIH/SIDA presentan en su cavidad bucal.
- Determinar los signos clínicos más comunes que manifiesten los pacientes con VIH/SIDA en su cavidad oral.
- Determinar los signos clínicos menos comunes que manifiesten los pacientes con VIH/SIDA en su cavidad oral.
- Realizar un estudio comparativo de las patologías que afectan a los pacientes que padecen del VIH/SIDA del Hospital de Infectología, teniendo en cuenta su edad y género.

### **1. 3 HIPÓTESIS:**

Las manifestaciones clínicas de la cavidad oral asociadas al VIH/SIDA son importantes para el diagnóstico presuntivo y para tomar las debidas precauciones.

#### 1. 4 VARIABLES:

DENOMINACIÓN DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	INDICADORES
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>			
Paciente VIH/SIDA	<p>Son signos constantes y/o prodrómicos de dicha dolencia.</p> <p>Se manifiesta por infecciones por hongos, infecciones bacterianas, infecciones virales, tumores, tumores neurológicos y etiología desconocida.</p>		
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>			

Candidiasis Oral	La candidiasis oral es una micosis superficial producida por levaduras del género <i>Cándida</i> , comensales habituales del medio bucal. Diversos factores pueden permitir su patogenicidad y originar diferentes formas clínicas de candidiasis.	Se evidencian como manchas o parches de un color blanco o rojo-rosáceo en la lengua, en las encías, en las paredes laterales o superior de la boca y en la pared posterior de la garganta.	Historia Clínica: Si/No
Histoplasmosis	Es una infección micótica que se encuentra en todo el mundo causada por el hongo dimórfico llamado <i>Histoplasma capsulatum</i> . En los últimos años se a reconocido que las lesiones pueden ser la	Se evidencian como úlceras profundas, con bordes irregulares y secretores.	Historia Clínica: Si/No



	primera manifestación de la infección VIH/SIDA.		
Leucoplasia Velloso	Representa una infección oportunista relacionada con el virus de Epstein-Barr y se presenta de un modo especial en los pacientes infectados por el VIH. Además, parece existir una correlación entre su prevalencia y el descenso de los linfocitos CD4.	Se evidencian clínicamente como una lesión blanca que muestra prolongaciones papilares o filiformes con aspecto velloso, que no se desprende con el raspado, situada bilateralmente en los márgenes linguales y ocasionalmente en otras localizaciones.	Historia Clínica: Si/No
Sarcoma de Kaposi (KS)	Es la neoplasia maligna más frecuentemente asociada a la	Se evidencian como lesiones que pueden variar desde	Historia Clínica: Si/No

	<p>infección por el VIH, de origen multifocal y es conocido como la manifestación inicial del VIH en aproximadamente 30% de los casos.</p> <p>Estudios indican que su origen es en el endotelio vascular sanguíneo, otros siguen su derivación linfática.</p>	<p>plana a elevada y de rojo a púrpura. Se ubican en cualquier lugar de la cavidad oral.</p> <p>Su localización más habitual es el paladar, seguido de la encía, la lengua y la orofaringe. Generalmente es asintomático, aunque en ocasiones se ulcera, se sobreinfecta, y se vuelve doloroso.</p>	
<p>Ulceraciones por Virus Herpes Simplex (HSV)</p>	<p>Enfermedad primaria y recurrente. Esta generalmente confinado a tejidos</p>	<p>Se evidencian como un ramillete de pequeñas úlceras coalescentes,</p>	<p>Historia Clínica: Si/No</p>

	queratinizados como son el paladar anterior y el tejido gingival.	localizadas unilateralmente en el paladar o en la encía, o labiales, que es la forma más habitual, causando la aparición de una o varias vesículas labiales dolorosas, que se ulceran y tras recubrirse de una costra sanan.	
Queilitis Angular	Es una patología labial. En muchas ocasiones se trata de una infección mixta por cocos Gram (+) y Cándida. Suele ser crónica y recidivante.	Se evidencian como un enrojecimiento, ulceración o fisura en uno o ambos ángulos de la boca.	Historia Clínica: Si/No
Gingivitis	Enfermedad	Se evidencian	Historia Clínica:

<p>Ulcerativa Necrotizante (GUN)</p>	<p>Inflamatoria destructora de la encía, con signos y síntomas característicos.</p>	<p>como sangramiento al cepillado, dolor y halitosis. También encías rojas e inflamadas y presenta papilas truncadas (lesión necrótica amarilla-grisácea).</p>	<p>Si/No</p>
<p>Periodontitis Ulcerativa Necrotizante (PUN)</p>	<p>Se da posterior a la gingivitis ulcerativa necrotizante.</p>	<p>Se evidencia por la presencia de puede tejidos ulcerados alrededor del cuello de los dientes además presentan dolor en las encías, sangrado gingival espontaneo y rápida destrucción de tejidos y hueso</p>	<p>Historia Clínica: Si/No</p>

		de soporte.	
<b>VARIABLE INTERVINIENTE</b>			
Edad	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Tiempo de vida.	Años
Género	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos.	Sexo	Masculino/Femenino
Tiempo transcurrido con la enfermedad	Lapso de tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad.	Tiempo con la enfermedad.	Cantidad de meses/años con la enfermedad

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 EL VIH/SIDA**

#### **2.1.1 EI VIH**

El virus del VIH es un virus ARN perteneciente a la familia retroviridae y pertenece a la subfamilia de los lentivirus. Se caracteriza como todo retrovirus en poseer la enzima transcriptasa inversa.<sup>4</sup>

Son parásitos intracelulares obligados ya que son metabólicamente inertes fuera de la célula del hospedador. Por esta razón, aunque presentan propiedades de organismos vivos como tener un genoma y la capacidad de replicación, no se deben de considerar microorganismos.<sup>21</sup>

La partícula vírica o virión que poseen los virus puede considerarse un bloque de material genético capaz de replicación autónoma, rodeado de una capa proteica (nucleocápside) y, a veces, de una cubierta membranosa (bicapas lipídicas y proteínas) adicional que lo protege del medio ambiente y sirve de vehículo para su transmisión desde una célula huésped a otra.<sup>21</sup>

La característica más importante que realiza el virus es la destrucción por completo del sistema inmune, a la vez el VIH también origina varias manifestaciones neurológicas y tumorales.<sup>4</sup>

Después del descubrimiento del virus del VIH se incrementó notablemente el estudio de los lentivirus. Estos son retrovirus exógenos no oncogénicos que causan una serie de infecciones persistentes, y así dando lugar a enfermedades con procesos largos de periodos de incubación. El prefijo lenti-hace mención, justamente a la capacidad lenta de estos virus al instalarse en el organismo. Estos virus infectan células del sistema inmune, normalmente

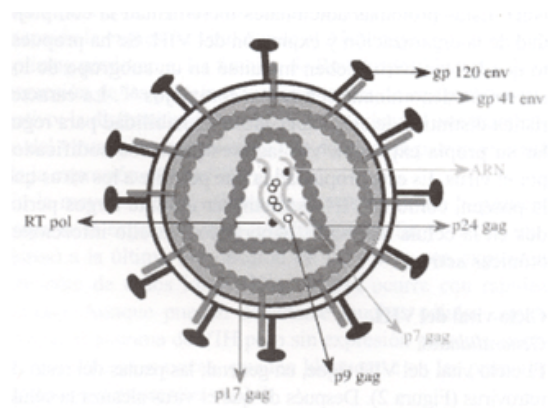
macrófagos y células T que causan en ellas efectos citopáticos. Tienen la habilidad de infectar a las células quiescentes, esto es algo carente en otros retrovirus.<sup>5</sup>

La replicación de estos virus es tóxica para la célula ya que llega a su disfunción y posterior a muerte.<sup>5</sup>

### 2.1.1.1 Estructura del VIH

Posee una estructura esférica (Figura 1), que mide 110nm de diámetro aproximadamente, en donde se encuentran 3 capas:

1. Capa externa o envoltura: formada por una membrana lipídica.
2. Cápside icosaédrica: se encuentra conformada por proteína p24.
3. Capa interna o nucleoide: contiene el ARN viral y enzimas.<sup>4</sup>



**Fig. 1. Estructura del VIH.**

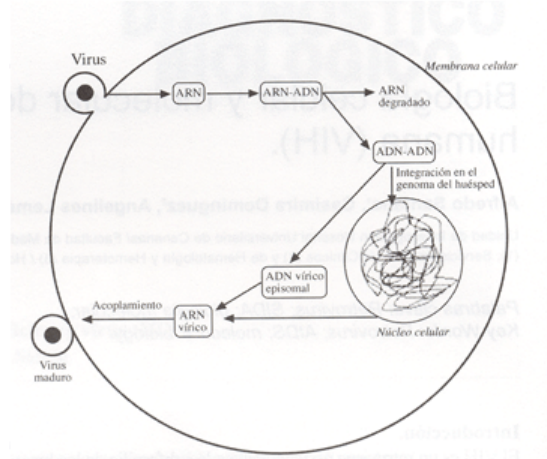
Fuente: Dr. C. Codina, 2009<sup>4</sup>

### 2.1.1.2 Ciclo vital del VIH.

Al igual que el resto de retrovirus, el ciclo vital del VIH sigue el mismo ciclo (Figura 2). Luego de que el virus llega a la célula y logra penetrar por medio de la membrana plasmática, el ARN viral es convertido en ADN. El ADN retrotranscrito es llevado al núcleo e integrado al ADN celular.<sup>5</sup>

El ciclo vital del VIH consiste en las siguientes fases:

- a) Penetración del virus.
- b) Síntesis del Provirus.
- c) Transporte nuclear e Integración.
- d) Expresión génica.
- e) Ensamblaje del virión.<sup>4</sup>



**Fig. 2. Ciclo vital del VIH.**

Fuente: Dr. C. Codina, 2009<sup>4</sup>

### 2.1.1.3 Estadios de la infección

La replicación del VIH es un proceso activo y dinámico que empieza con la infección aguda y perdura durante toda la infección, incluso en la fase de latencia clínica.

En la infección por VIH se distinguen las siguientes etapas:

#### a) Primoinfección

Cuando el virus entra en el organismo, el virus se esparce a través de los órganos linfoides y del sistema nervioso. En esta etapa de primoinfección (periodo ventana de 4- 12 semanas), aun no se pueden observar anticuerpos específicos del VIH.<sup>4</sup>

El paciente infectado es aun asintomático. En esta etapa los niveles de viremia son altos (carga viral elevada), también el número de CD4 infectados. A los 10-20 días del contagio aparecerá el antígeno p24 circulante (2-6 semanas).



Paulatinamente irá apareciendo variados tipos de anticuerpos e inmunidad celular.<sup>4</sup>

#### b) Fase crónica asintomática

La viremia disminuye, pero el virus sigue reproduciéndose, con mayor replicación en el tejido linfóide, que sería el gran reservorio de la infección. Los niveles de CD4+ se encuentran estables, pero con el tiempo van descendiendo. Con o sin adenopatías, esta fase es asintomática, plaquetopenia o trastornos neurológicos mínimos.<sup>4</sup>

#### c) Fase avanzada o sida

Con el tiempo se da una incapacidad progresiva del sistema inmunitario para contener la replicación viral, que desplazará ese balance entre virus y huésped a una fase de replicación viral acelerada y de profunda inmunosupresión. Esta etapa se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y síntomas, disminución de los niveles de CD4+ (menor de 200/ $\mu$ l) y aumento de la carga viral.<sup>4</sup>

### **2.1.1.4 Mecanismos de transmisión**

El virus se propaga (transmite) de una persona a otra en cualquiera de las siguientes maneras<sup>4</sup>:

- Transmisión parenteral:
  - Drogadicción vía parenteral

- Transfusión de sangre, hemoderivados
- Trasplante de órganos y tejidos
- Transmisión sexual:
  - Relaciones homosexuales
  - Relaciones heterosexuales
- Transmisión transversal
  - Intrauterina
  - Parto
  - Lactancia

## **2.1.2 Terapéutica farmacológica**

### **2.1.2.1 Consideraciones generales**

Hoy en día existe un gran número de tratamientos antirretrovirales y se realizan grandes modificaciones a medida de que se analizan nuevos estudios y así el tratamiento de los pacientes infectados por VIH hace que sea un proceso complejo y donde puede haber muchos cambios.

El tratamiento de primordial para la infección por VIH es el tratamiento antirretroviral con varias combinaciones de tres fármacos o más, ya que así se puede retrasar la progresión clínica de la enfermedad y así aumentar notoriamente la supervivencia del paciente.

Los objetivos de la aplicación del tratamiento antirretroviral debe consistir en suprimir lo máximo posible la carga viral durante el mayor periodo de tiempo posible.<sup>3, 4</sup>

### **2.1.2.2 Descripción de los fármacos antirretrovirales**

En el tratamiento antirretroviral estos actúan en dos fases fundamentales del ciclo replicativo del VIH. Unos inhiben la transcriptasa inversa, evitando que la cadena DNA proviral se sintetice, y otros inhiben la proteasa del VIH, evitando que se formen las proteínas estructurales del VIH que son necesarias para la formación de partículas virales maduras.<sup>4</sup>

### **2.1.2.3 Elección del tratamiento antirretroviral**

La decisión para iniciar el tratamiento antirretroviral se basa en tres elementos: la carga viral, el recuento de linfocitos CD4+ y la presencia o ausencia de sintomatología.<sup>4</sup>

Deben recibir tratamiento antirretroviral todos los pacientes que cumplan con la definición de SIDA diagnosticados de una enfermedad por VIH avanzada, muy aparte de los niveles de carga viral. De igual manera, deben recibir tratamiento todos los pacientes con una infección sintomática por VIH sin SIDA, definida por fiebre inexplicable o la presencia de aftas. Si el paciente presenta una infección oportunista aguda, el tratamiento antirretroviral puede parar por unas semanas hasta que el paciente se encuentre estabilizado, sobre todo si hay la posibilidad de interacciones farmacocinéticas con los antimicrobianos que ya se encuentra recibiendo.<sup>3, 4</sup>

### **2.1.3 EI SIDA**

El SIDA se ha convertido hoy en día en una pandemia que se encuentra caracterizada por una inmunodepresión profunda que provoca el desarrollo de

neoplasias secundarias, infecciones oportunistas y manifestaciones neurológicas.<sup>23</sup>

El SIDA significa el contagio e infección del virus del VIH llegando al estado final en una infección crónica.<sup>6</sup>

Esta enfermedad es un conjunto de enfermedades (síndrome) que tienen en común un origen de inmunosupresión o inmunodeficiencia. Existen dos grandes grupos de trastornos de inmunodeficiencia: los primeros, que son congénitamente desarrollados con disfunción probable de las células B, de las T o ambas, y los secundarios que se dan por enfermedades adquiridas previamente como trastornos malignos o granulomatosos del sistema linfóide (leucemia, Hodgking, mieloma etc.), infecciosos (mononucleosis. Leucemia. SIDA, etc.), por fármacos (radioterapia, quimioterapia, corticoesteroides etc.) o desnutrición grave.<sup>8</sup>

El primer caso de SIDA en todo el mundo fue diagnosticado en Nueva York en el año 1979, pero el origen viral de la enfermedad no se conoció hasta 1983-1984 por Luc Montagnier en el Instituto Pasteur de París. Después de conocer el origen viral se creó una prueba para la detección de anticuerpos del VIH en el suero de las personas que se encontraban infectadas, lo cual ayudó a descubrir el origen del virus, los mecanismos de transmisión, y sus mecanismos patogénicos.<sup>6</sup>

Esta enfermedad está caracterizada por el sistema inmune que queda incapacitado para defender nuestro organismo de agentes patógenos y múltiples microorganismos y es así que se producen infecciones graves que conducen a un serio deterioro de la salud y posteriormente la muerte. En la etapa final de la enfermedad el paciente va a perder peso y por lesiones de las células nerviosas, el paciente va a sufrir complicaciones neurológicas. El paciente fallece por las infecciones.<sup>6</sup>

Tiene como incidencia de algunos cánceres. El más común es el Sarcoma de Kaposi que se presenta como lesiones de color violeta en la piel y pueden aparecer linfomas de células Beta del páncreas.<sup>6</sup>

La manera más precisa para evaluar la evolución de esta enfermedad es mediante exámenes realizados en laboratorio para saber la carga viral y la cantidad de las células CD4+.

Las pruebas iniciales para el diagnóstico de la infección por el VIH conocidas como ensayos inmunológicos o prueba de ELISA (Enzyme Immunosorption Assay), detectan la presencia de anticuerpos contra el VIH.<sup>24</sup>

Según el estado de desarrollo de la enfermedad se pueden distinguir tres fases: Fase precoz, inicial o aguda: el paciente puede que no presente síntomas iniciales sin tener en cuenta su forma de contagio, los síntomas se manifiestan tras la transmisión del VIH tienen que ver con el grado de infección, la capacidad de respuesta del sujeto infectado y la virulencia de la cepa. El VIH se esparce e invade muchos tejidos, especialmente invade el sistema linfático.<sup>24</sup>

En la fase inicial los recuentos del CD4+ son de 500 o más unidades/mm<sup>3</sup>, con carga viral menor a 5.000 copias/ml<sup>16</sup>.<sup>24</sup>

Fase intermedia o crónica: en varios años, aunque su duración es variable, existe una proliferación viral de 5.000 a 100.000 copias/ml y un recuento de CD4+ entre 200 a 500 unidades/mm<sup>3</sup>. Los pacientes normalmente se encuentran asintomáticos y pueden presentar patologías o no, mínimos trastornos neurológicos y cifra baja de plaquetas.<sup>24</sup>

Fase final, de crisis o de sida: el paciente experimenta clínicamente una profunda alteración del estado general de su salud (síndrome de desgaste), y aparecen neoplasias, alteraciones neurológicas y graves infecciones oportunistas. En ese momento se considera clínicamente que el paciente

infectado por VIH llegó a la fase del SIDA. Los recuentos de células CD4+ son menores a 200 unidades/mm<sup>3</sup> y la carga viral mayor a 100.000 copias/ml. El pronóstico de cuánto tiempo sobreviva el paciente es variable depende del mecanismo de contagio, la edad y la forma de presentación.<sup>24</sup>

Todavía no hay una cura para el SIDA, aunque existen muchos medicamentos para ayudar a los pacientes que presentan SIDA, es por esto que la mayoría de pacientes mueren entre 1 y 3 años después de haber llegado a tener SIDA.<sup>23</sup>

## **2.2 PRINCIPALES PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL VIH/SIDA**

El mecanismo de producción de las patologías en los pacientes con VIH se da en diferentes formas: por disfunción del órgano debido a una infiltración linfocitaria o fenómenos de autoinmunidad, por destrucción de células al ser infectadas por el virus y por infecciones o neoplasias oportunistas.<sup>4</sup>

### **2.2.1 Manifestaciones clínicas debidas al VIH/SIDA**

Las principales enfermedades y manifestaciones asociadas directamente con la infección por VIH son las siguientes:

- Oftalmológicas: retinopatía microvascular.
- Pulmonares: neumonitis.
- Orodigestivas: enteropatía, úlceras orales, úlceras esofágicas.
- Cutáneas: exantema maculopapular de la primoinfección, tricomegalia.
- Hematológicas: trombopenia, síndrome de infiltración linfocitaria CD8+ masiva.
- Reumatológicas: artritis, miopatía, síndrome seco.

- Neurológicas: encefalopatía, neuropatía periférica, mielopatía vacuolar, meningitis aséptica.
- Cardiovasculares: miocarditis y miocardiopatía, vasculitis, púrpura trombocitopénica trombótica.
- Renales: nefropatía.
- Otras: linfadenopatía generalizada persistente, síndrome retroviral agudo, enfermedad constitucional (pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna, fatiga, diarrea crónica de más de 1 mes de evolución).<sup>4, 3</sup>

### **2.2.2 Infecciones oportunistas**

Las infecciones oportunistas se pueden clasificar en aquellas que causan enfermedad leve en el huésped inmunocompetente (ej.: *Toxoplasma gondii*, virus herpes simples), aquellas que no causan enfermedad en el huésped inmunocompetente (ej. *Pneumocystis carinii*) y aquellas que debido a la inmunodepresión producen una enfermedad debilitante en el huésped (ej.: *Mycobacterium tuberculosis*). Una de las infecciones oportunistas que más se presenta es la toxoplasmosis cerebral. Dentro de las infecciones fúngicas la incidencia depende del país o región pero entre las micosis de distribución mundial, tenemos la candidiasis, la neumocistosis y la criptococosis. Las infecciones víricas más frecuentes son el Virus Varicella Zoster (VVZ), el Herpes simples (VHS) tipo 1 y 2, el Virus Herpes tipo 8 (VHH-8), el Citomegalovirus (CMV) y el Virus JC (causante de la leucoencefalopatía multifocal progresiva). Como infecciones oportunistas de origen bacteriano más frecuentes están la salmonelosis, las neumonías bacterianas (relacionadas con *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*), y la endocarditis (*Staphylococcus aureus* en la mayoría de las ocasiones).<sup>4</sup>

### **2.2.3 Neoplasias asociadas al SIDA**

En cualquier estado de inmunodeficiencia que se encuentre el paciente se va a presentar entre sus complicaciones una mayor incidencia de neoplasias. Durante la evolución de la infección los pacientes con VIH desarrollarán en el 30-40% de los casos distintas neoplasias malignas. El linfoma no Hodgkin, el sarcoma de Kaposi y el cáncer cervical invasivo, son consideradas neoplasias que definen al paciente con infección del SIDA.<sup>4</sup>

## **2.3 VIH/SIDA EN LA CAVIDAD ORAL**

Desde el descubrimiento del VIH/SIDA y que este se convirtió en una epidemia, se ha conocido que es una enfermedad que ataca el sistema inmune de quien este infectado; ya que se observa en un 90% de las personas que padecen VIH/SIDA, producto de la inmunosupresión derivada de la infección por VIH se generan lesiones orales y el compromiso de la boca con diferentes infecciones oportunistas y forman una parte importante de la enfermedad desde los primeros diagnósticos y son signos indicativos de la gravedad de la infección. Durante el avance de la enfermedad, en nueve de cada diez pacientes, van a presentar patologías estomatológicas, y por lo general estas lesiones serán el primer signo de una inmunodeficiencia por ende de la presencia de VIH. Es de suma importancia que los odontólogos reconozcan sus características a tiempo.<sup>2, 4</sup>

Además de la importancia que existe en detectar a tiempo un individuo infectado, lo cual se puede realizar por las lesiones orales; también es importante diagnosticar y tratar de forma correcta las manifestaciones que se



presentan en todo el organismo, ya que estas pueden ser causa de severa morbilidad.<sup>4</sup>

Las lesiones orales pueden causar en los pacientes dolor e incomodidad, pérdida del gusto y xerostomía, llevando a una disminución de la calidad de vida.

El espectro de las manifestaciones orales de la infección por VIH depende del estado de inmunosupresión, la vía de contagio y algunos factores étnicos, geográficos, sociales y demográficos en regiones concretas.<sup>19</sup>

En los últimos tiempos estudios recientes han demostrado una reducción de la prevalencia de las lesiones bucales de un 30%. Entre los factores que facilitan la aparición de lesiones bucales se encuentran: una carga viral mayor de 10.000 copias/ml y un recuento de linfocitos CD4 menor de 200 cel./mm<sup>3</sup> además de otros factores locales como la xerostomía, una mala higiene oral, el consumo de tabaco, etc., que también intervienen en la patología bucal.<sup>15</sup>

Desde los primeros estudios realizados, como ya hemos hablado anteriormente, las patologías bucales han sido una parte importante del valor de diagnóstico y predictivo. De todas las manifestaciones, las candidiasis orales de todos los tipos, son las más prevalentes y significativas.<sup>15</sup>

La terapia antirretroviral disminuye la carga viral y puede contribuir a la reducción de algunas de las manifestaciones orales asociadas al VIH alterando la prevalencia de las lesiones relacionadas con el VIH. Así es como la leucoplasia vellosa o el sarcoma de Kaposi, se han reducido espectacularmente en los pacientes infectados.<sup>2, 13, 25</sup>

Las manifestaciones orales son muy importantes en cuanto al impacto que pueden tener en la salud del paciente. La salud oral está asociada a la salud

física y mental, y los pacientes infectados por el VIH/SIDA necesitan más cuidados en cuanto a su salud oral.<sup>13</sup>

En mayor o menor medida se han encontrado más de 40 lesiones bucales asociadas con la infección por VIH. De todas las patologías, las lesiones más comunes, pueden agruparse según su origen en:

- Micóticas: como las diferentes formas clínicas de candidiasis, y otras micosis poco habituales.
- Víricas: como las lesiones producidas por los virus herpes.
- Bacterianas: como la gingivitis ulcero necrotizante u otras menos comunes.
- Neoplásicas: como los linfomas o el sarcoma de Kaposi.
- Otras: como las patologías salivales, las úlceras aftosas o las pigmentaciones.<sup>2</sup>

### **2.3.1 Micosis orales asociadas**

#### **2.3.1.1 Candidiasis oral**

La Candidiasis oral es la patología bucal más común y con mayor significado diagnóstico y pronóstico de todas las micosis orales debidas a la inmunodeficiencia por la infección del VIH.<sup>20</sup>



**Fig. 3. Candidiasis oral.**

Fuente: Andrea Alonso, 2014

La candidiasis oral es una micosis superficial que es producida por levaduras del género *Cándida*, comensales habituales del medio bucal (Figura 3). Diversos factores permiten su patogenia y así originar diferentes formas clínicas de candidiasis.<sup>30</sup>

La especie que más comúnmente se aísla es la *Candida albicans*, también se han aislado otras especies en pacientes infectados por el virus como *krusei*, *glabrata*, *parapsilosis*, *tropicalis*, *dublinskiensis* o *guilliermondii*.<sup>10</sup>

Se puede presentar como la primera manifestación de la enfermedad e incrementar su presencia cuando evoluciona el cuadro clínico de infección por VIH y la inmunosupresión se convierte en crónica y se produce un diagnóstico de SIDA.<sup>3</sup>

A menudo, la presentación clínica de la candidiasis se asocia con el bajo recuento de células CD4+, alta carga viral y neutropenia. La combinación más común de la candidiasis es la diseminación de la cara, el tubo digestivo o los órganos internos, lo que ocasiona cuadros clínicos de endoftalmitis, candidiasis esofágica, candidiasis renal, osteomielitis y morbilidad significativa con odinofagia, disfagia, malnutrición e infección sistémica.<sup>3,2</sup>

Factores como la xerostomía, la mala higiene oral o el tabaquismo, facilitan el desarrollo de candidiasis, junto al estado de inmunocompromiso.<sup>3</sup>

La prevalencia de la candidiasis varía entre un 18% y un 72% en poblaciones estudiadas. Algunos investigadores reportan que existe 25 veces mayor riesgo de candidiasis oral entre los niños con infección por VIH que entre los seronegativos. Otros confirman la asociación entre la fase de inmunosupresión y la incidencia de la candidiasis oral; entre tanto, otros describen cómo la incidencia de la candidiasis depende de la situación clínica del paciente, la

adherencia al ART y otros determinantes, como educación, raza, clase social o económica y acceso a la atención de la salud.<sup>3</sup>

Igual que en el caso de los adultos, en los niños la candidiasis oral tiene valor en la predicción de la progresión a sida. De ahí la importancia de que el equipo de salud, las familias y cuidadores y los propios niños conozcan a fondo el comportamiento, diagnóstico temprano y manejo de esta lesión.<sup>3</sup>

Entre los pacientes infectados por VIH, las formas más frecuentes de candidiasis son la candidiasis pseudomembranosa, eritematosa y la queilitis angular. Además en estos pacientes, la candidiasis pseudomembranosa y la candidiasis eritematosa tienen un importante valor pronóstico a desarrollar SIDA.<sup>2, 20</sup>

### **2.3.1.2 Candidiasis pseudomembranosa**

Es la variedad de mayor aparición, presente en pacientes con inmunosupresión avanzada. La candidiasis pseudomembranosa (aguda o crónica), supone hasta el 50% de las infecciones producidas por la Cándida en personas infectadas por el virus y es mucho más frecuente en personas que den en sus exámenes inferiores a 200 CD4/ $\mu$ l. Se caracteriza por la presencia placas blancas o blanco-amarillentas o de grumos de consistencia gelatinosa o blanda que crecen de manera desordenada y estos pueden ser eliminados por medio de un raspado, dejando un área eritematosa, que en ocasiones es muy dolorosa y sangrante. Los grumos pueden aparecer en cualquier parte del medio bucal, pero es más común en paladar, la mucosa yugal, márgenes linguales y orofaringe.<sup>20, 3</sup>

En estas personas se observa formas crónicas difíciles de eliminar, situadas en zonas posteriores, pueden estar ubicadas en cualquier sitio de la mucosa oral,

pero se encuentra más en paladar duro, lengua, blando, mucosa bucal y amígdalas, o en aquellos lugares donde hay un barrido insuficiente de la saliva. Estas formas pueden acompañarse de dolor, ardor o disfagia.<sup>11, 3</sup>

Puede persistir durante meses en pacientes con sida y con pobre vinculación a los sistemas de salud.<sup>3</sup>

### **2.3.1.3 Candidiasis eritematosa**

La candidiasis eritematosa (crónica o aguda) es otra de las formas clínicas más comunes entre pacientes VIH (+). Se hace presente en fases tempranas de la infección por VIH o en pacientes con mejores concentraciones de células de defensa. A diferencia de la anterior, clínicamente se aprecian áreas eritematosas, Su presentación es generalmente en paladar duro y blando (Figura 4), mucosa bucal y dorso de la lengua, donde se presenta como atrofia del epitelio y de las papilas filiformes y como lesiones planas eritematosas. Presenta escasa sintomatología, es difícil de diagnosticar y algunas veces puede pasar inadvertida. Se debe realizar diagnóstico diferencial con liquen atrófico y lesiones secundarias de sífilis.<sup>2, 3</sup>



**Fig. 4. Candidiasis eritematosa en paladar.**

Fuente: José Miguel Aguirre, 2009<sup>2</sup>

Esta manifestación se da más en los estadios iniciales de la infección por el VIH, con recuentos de CD4 mayores a 200 cél/ $\mu$ l.<sup>20, 29</sup>

#### 2.3.1.4 Queilitis angular

La queilitis angular (Figura 5). Se puede originar de un foco infeccioso presente en la cavidad bucal o presentarse como único hallazgo. Se describe como una zona eritematosa localizada en la comisura labial, en la zona de transición de la piel a la mucosa labial. Se evidencia clínicamente como una lesión con grietas y fisuras eritematosas



**Fig. 5. Queilitis Angular.**

Fuente: Andrea Alonso, 2014

acompañadas en ocasiones por ardor, quemazón y dolor. En muchas ocasiones esta patología se manifiesta por una infección mixta por cocos Gram (+) y Cándida. En los individuos VIH (+) esta patología representa la tercera forma más común de candidiasis, llega a ser suele ser recidivante y crónica.<sup>3,17</sup>

Para el tratamiento de todos los tipos de candidiasis orales, se trata de la administración tópica de antifúngicos (ketoconazol, nistatina, clotrimazol, miconazol u otros). Además de este tratamiento tópico es necesario unas estrictas medidas dietéticas y de higiénicas para poder controlar los factores que facilitan su desarrollo y la prolongación de la infección.<sup>10</sup>

Se debe realizar el diagnóstico diferencial de una queilitis por *Herpes virus* o por *Staphylococcus*. Se deben tratar todas las lesiones de *queilitis* pues, de no hacerse, actúan como reservorios de Cándida que pueden migrar a la boca y causar infecciones intraorales.<sup>3</sup>

### **2.3.1.5 Histoplasmosis**

La histoplasmosis es una infección micótica que se encuentra en todo el mundo causada por el hongo dimórfico llamado *Histoplasma capsulatum*. La entidad fue descrita por primera vez por Samuel Darling, en material de autopsia proveniente de 3 obreros que trabajaban en la construcción del canal de Panamá en 1905. La histoplasmosis se evidencia como úlceras profundas, con bordes irregulares y secretores.<sup>21</sup>

El tratamiento para la histoplasmosis se realiza con antifúngicos sistémicos (itraconazol, anfotericina B, ketoconazol,) y en ocasiones también se acompaña de un tratamiento quirúrgico. Lastimosamente los pacientes VIH (+) son muy resistentes a los tratamientos, lo que dificulta un buen pronóstico.<sup>2</sup>

### **2.3.1.6 Eritema gingival lineal**

El eritema gingival lineal (EGL) es una manifestación no muy frecuente intensamente eritematosa, que se presenta clínicamente como una línea a lo largo del margen gingival de 2 o 3 mm.

También puede estar acompañada por otras zonas difusas a lo largo de la línea mucogingival y/o eritematosas focales y a veces acompañada de molestias y sangrado.<sup>20</sup>

## 2.3.2 Infecciones bacterianas asociadas

### 2.3.2.1 Enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal es un trastorno relacionado con diversidad de factores de riesgo. Los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana tienen mayor riesgo para padecerla y en ellos muchas veces se agrava<sup>9, 26</sup>



**Fig. 6. Patología periodontal y caries cervicales secundarias a xerostomía.**

Fuente: Dr. José Miguel Aguirre, 2009<sup>2</sup>

Las enfermedades periodontales se tratan de afecciones comunes en este tipo de pacientes, sobre

todo aquellos que consumen drogas vía intravenosa, que poseen una mala higiene bucal, una deficiente atención odontológica y reportan un descenso de la cantidad de células CD4.<sup>2</sup>

Estas patologías se caracterizan por una progresiva y rápida destrucción de los tejidos periodontales, con pérdida de papilas interdetales, olor fétido, dolor intenso y hemorragia.<sup>26</sup>

Su evolución es rápidamente progresiva y aguda, muy probable llegando a causar exposición ósea y por ende pérdida dentales cuando existe una gran destrucción de las estructuras periodontales.<sup>27</sup>

El tratamiento se trata en cuatro pasos:

1. Remoción mecánica de placa, cálculo y restos necróticos.
2. Suministro de antisépticos orales como la clorhexidina.



3. Empleo de antibióticos de amplio espectro, como la amoxicilina, el metronidazol, la clindamicina o el ácido clavulánico.

4. Por ultimo seguimiento de estrictas normas de higiene oral en conjunto con corrección de hábitos, etc.<sup>2</sup>

#### **2.3.2.1.1 Gingivitis ulcero necrotizante (GUN)**

El término gingivitis ulcero necrotizante (GUN) hace referencia a la destrucción rápida de tejidos blandos. Es una infección que puede manifestarse con presentaciones clínicas polimórficas.<sup>2, 27</sup>

Esta se caracteriza por la presencia de ulceraciones gingivales con destrucción de papilas interdentales y márgenes gingivales a consecuencia de necrosis que clínicamente se presenta como una cubierta de exudado fibrinoso. Es difícil encontrar este tipo de lesiones en niños menores de 10 años de edad de países desarrollados, mientras que en África y en el tercer mundo, en general, es un hallazgo común. Sin embargo, la asociación directa de la gingivitis ulceronecrotizante en el contexto de la infección por VIH en niños no está bien esclarecida, toda vez que algunos estudios presentan una alta tasa de prevalencia que puede reflejar, además de la relación gingivitis-inmunosupresión, características tradicionalmente asociadas a la presencia de enfermedad periodontal en la población general estudiada.<sup>3</sup>

#### **2.3.2.1.2 Periodontitis ulcero necrotizante (PUN)**

El término periodontitis ulcero necrotizante (PUN) hace referencia a la destrucción rápida de tejidos duros (Figura 6). Como su nombre lo dice, necrosa también los tejidos de soporte, destruye el hueso y ocasiona pérdidas en la

inserción periodontal. Se evidencia mayormente en los adolescentes que en niños, por lo que han sido descritas en pocos estudios. En comunicaciones de estudios de caso, aparecen como las lesiones más frecuentes, en particular en adolescentes que han perdido a sus padres por causa del sida y que han sobrevivido su orfandad en unas condiciones materiales y afectivas deplorables, que los marginan de los sistemas de salud y, por tanto, de recibir una adecuada información sobre el manejo de su enfermedad y el cuidado especial de su salud oral.<sup>3</sup>

En pacientes inmunosuprimidos la periodontitis puede ser causada por sobreinfecciones; estos gérmenes comúnmente no se encuentran como flora normal y se presentan cuando el paciente sufre una inmunosupresión importante. Las condiciones culturales, tanto de alimentación como de higiene, asociadas a la inmunosupresión causada por el VIH podrían predisponer a una mayor frecuencia de periodontitis por sobreinfecciones.<sup>2</sup>

Los pocos estudios que han tenido componente microbiológico informan que los organismos gramnegativos eran los más comunes en niños con mayor riesgo de padecer este tipo de lesiones. Especies de *Lautropia mirabilis* han sido identificadas sólo en los pacientes VIH seropositivos, así como los *Aggregibacter*, *Actinobacillus actinomycetencomitans*, que son notables en los casos de periodontitis. Resta todavía mucha investigación para dilucidar si tales especies están o no asociadas de manera directa con la infección VIH o, como en el caso de los adultos, son oportunistas frente a la inmunosupresión y el enfoque debe dirigirse a una excelente higiene oral y al control de otros factores asociados más que a la caracterización de los patógenos.<sup>3</sup>

### 2.3.2.3 Tuberculosis oral

Las lesiones tuberculosas que se encuentran en la cavidad oral no son muy comunes, por lo tanto si un paciente presenta esta enfermedad quiere decir que es el resultado de la afectación oral desde focos pulmonares. Las úlceras tuberculosas orales son difíciles de diferenciar del cáncer oral ya que poseen gran tamaño, son crónicas, de bordes indurados y presentan un fondo sanioso.<sup>22</sup>

### 2.3.3 Infecciones víricas asociadas

#### 2.3.3.1 Virus herpes simple

Los virus de la familia de los herpes son los responsables de la mayoría de las infecciones virales informadas en niños. El cuadro clínico de mayor aparición es la gingivostomatitis herpética primaria, ocasionada por el herpes simple tipo I.



**Fig. 7. Virus herpes simple.**

Fuente: Dr. José Miguel Aguirre, 2009<sup>2</sup>

Cuando se tiene un primer contacto con el virus del herpes simple (VHS), ya sea durante la infancia o en la juventud, se produce una primoinfección que es el estado inicial, que puede ser asintomática, aunque en algunos pacientes infectados por VIH se manifiesta clínicamente como una gingivostomatitis herpética, en la que se manifiestan como múltiples vesículas que luego se rompen y quedan unas

úlceras intensamente dolorosas. Luego da fiebre y malestar en todo el cuerpo (Figura 7).<sup>3,10</sup>

Las vesículas del herpes virus simple pueden aparecer por fuera de la cavidad, en el labio que son las más comunes o pueden aparecer intraorales, observándose como un ramillete de pequeñas úlceras, localizadas unilateralmente en la encía o en el paladar, que se ulceran y después formarse una costra estas sanan.<sup>22</sup>

Generalmente estas úlceras llegan a cicatrizar en un período de 10 a 14 días, a excepción de niños con VIH severo, donde se pueden convertir en crónicas y en verdaderas situaciones de urgencia que ameritarán de hospitalización y en situaciones extremas (por fortuna raras) la infección se difunde con afectación visceral y lesiones de piel con infección primaria. Los niños con infección por VIH pueden llegar a tener episodios más frecuentes y graves, y como consecuencia pueden llegar a presentar cuadros de fiebre, irritabilidad y linfadenopatía submandibular.<sup>3</sup>

Las apariciones de estas patologías en los pacientes con VIH (+) son muy comunes y demuestran un curso clínico prolongado, muy agresivo e impredecible.<sup>2</sup>

Su prevalencia aumenta conforme avanza la enfermedad y varía según la región del mundo que se esté reportando. Esta es la segunda condición oral más reportada en la literatura publicada. Su diagnóstico se puede basar en un cuadro clínico o mediante cultivo o análisis histoquímica. Algunos autores aseguran que la seroprevalencia de este tipo de lesión esta inversamente relacionada con las características socioeconómicas de los niños.<sup>3</sup>

Con altas dosis de diferentes antivíricos se realiza el tratamiento.<sup>2</sup>

### 2.3.3.2 Leucoplasia vellosa

La leucoplasia vellosa (LV) representa una infección oportunista que tiene relación con el virus de Epstein-Barr y se presenta de forma especial en los casos de los pacientes infectados por el VIH. Además, hay estudios que confirman una correlación entre su prevalencia y el descenso de los linfocitos CD4.<sup>17, 22</sup>

La leucoplasia vellosa se manifiesta clínicamente como una lesión blanca y pueden ser de diferentes tamaños y apariencias unilaterales y bilaterales que se manifiesta como prolongaciones filiformes o papilares con aspecto vellosa, que no es posible eliminarlo con el raspado, y se sitúa bilateralmente en los márgenes linguales y a veces en otras zonas.<sup>2, 20</sup> (Figura 8).



**Fig. 8. Leucoplasia vellosa y candidiasis.**

Fuente: Dr. José Miguel Aguirre, 2009<sup>2</sup>

No se pueden eliminar por completo la lesión con la remoción quirúrgica ni con antiviricos. Los tratamientos con antiviricos ya que tiende a volver aparecer en la mayoría de los casos. La aparición de esta lesión tiene un gran interés pronóstico ya que el 10% de los pacientes VIH positivos que sufran de leucoplasia vellos significa que ya tienen SIDA en el momento del diagnóstico y el 20% tendrá SIDA en los siguientes 8 meses aproximadamente tras el diagnóstico.<sup>17</sup>

### **2.3.3.3 Verrugas y papilomas orales**

Las verrugas son lesiones causadas por papilomavirus humano (PVH) que se presentan en mucosas y en la piel. Estas se originan por contacto con el virus y en los pacientes infectados por el VIH se muestra una mayor prevalencia.<sup>22</sup>

Los papilomas y las verrugas son difíciles de distinguir y se manifiestan como nódulos elevados y firmes o pápulas, con forma de espiga, de coliflor, pediculados o planos.<sup>18,22</sup>

### **2.3.4 Neoplasias asociadas**

#### **2.3.4.1 Sarcoma de Kaposi**

El sarcoma de Kaposi (SK) es la neoplasia maligna más común que tiene que ver con la infección por el VIH. Antes la incidencia del SK oral en individuos con SIDA de manifestaba en el 70% de los enfermos. Hoy en día gracias a los antirretrovirales esta patología a disminuido notablemente.<sup>14</sup>

Clínicamente, el sarcoma de Kaposi oral asociado al VIH se manifiesta como una tumoración o mácula violácea o roja, única o múltiple, que crece con mucha rapidez, llegando a ser muy grandes (Figura 9). Se localiza más frecuentemente

en el paladar, seguido de la lengua, la encía y la orofaringe. Generalmente no presenta síntomas, aunque en ocasiones se llega a ulcerar luego se infecta y se vuelve muy doloroso.<sup>2</sup>



**Fig. 9. Sarcoma de Kaposi nodular en la encía.**

Fuente: Dr. José Miguel Aguirre, 2009<sup>2</sup>

El tratamiento para esta lesión tiende a ser muy complicado y tiene un porcentaje alto de recidiva. Cuando las lesiones

no son muy grandes se pueden eliminar quirúrgicamente. Para las lesiones de mayor tamaño se utiliza tratamiento con radioterapia, si es diseminado o sistémico se realizan tratamientos con diferentes agentes quimioterápicos.<sup>2</sup>

Los pacientes diagnosticados con sarcoma de Kaposi significan que padecen inmunosupresión profunda y este es un pronóstico negativo.<sup>14</sup>

#### **2.3.4.2 Linfomas orales**

En ocasiones estas neoplasias se localizan en la cavidad oral. Se manifiestan como lesiones ulceradas amplias o como masas firmes, persistentes, generalmente no duelen, en la encía o en el paladar. Para diagnosticarlo se realiza una biopsia de la lesión. Los linfomas orales no Hodgkin son los más frecuentemente asociados al VIH y requieren de un tratamiento antineoplásico agresivo.<sup>2</sup>

## 2.3.5 Otras lesiones orales asociadas

### 2.3.5.1 Úlceras inespecíficas

Mayores a 1 cm suelen ser por lo general las úlceras aftosas inespecíficas asociadas a la infección por el VIH, y se pueden encontrar en lugares menos habituales como en la orofaringe y mucosa no queratinizada y pueden durar por un largo periodo de tiempo, a veces semanas hasta llegar a durar meses (Figura 10).<sup>17</sup>



**Fig. 10. Ulceración Inespecífica en paladar.**

Fuente: Dr. José Miguel Aguirre, 2009<sup>2</sup>

Estas úlceras no presentan el característico halo eritematoso, lo cual es común debido a la inmunosupresión que padecen. Estas lesiones se manifiestan principalmente cuando el paciente presenta los linfocitos CD4 por debajo de 200 células/ $\mu$ l.<sup>18</sup>

Se suele recurrir al empleo de fármacos como la talidomida o la pentoxifilina o a inyecciones perilesionales de corticoides ya que se ha demostrado una especial eficacia en este tipo de pacientes debido a que en ocasiones son difíciles de tratar con corticoides tópicos.<sup>18</sup>



### 2.3.5.2 Hiposialia-Xerostomía

Debido al uso frecuente de fármacos que interfieren en la salivación como los antidepresivos, ansiolíticos y antihistamínicos pueden tener origen en la elevada prevalencia de sequedad oral en los pacientes infectados por el VIH o puede ser también debido a las lesiones que sufren las glándulas (Figura 11). Esta sequedad va a favorecer en la aparición de infecciones oportunistas y en el desarrollo de caries.<sup>2</sup>



**Fig. 11. Xerostomía.**

Fuente: Dr. José Miguel Aguirre, 2009<sup>2</sup>

Es muy importante enseñar a los pacientes correctas formas de higiene bucal, hidratación y alimentación. En ocasiones también es necesario los sustitos salivales ya que el uso de sustancias que estimulen la salivación no siempre son efectivas.<sup>2</sup>

### 2.3.5.3 Melanosis intraoral

En los pacientes infectados por el VIH es muy frecuente manifestaciones en forma de una pigmentación oral bilateral. Hay estudios que revelan que el uso de diferentes antirretrovirales incrementa estas pigmentaciones.<sup>2</sup>

### 2.3.5.3 Hipertrofia parotídea

La afectación de la glándula parótida (clínicamente se presenta como una hipertrofia o agrandamiento uni o bilateral) es significativamente mayor en niños infectados por VIH que en adultos VIH seropositivos.<sup>3</sup>

Este tipo de lesión se presenta en estadios iniciales de infección por VIH, incluso sin presentar inmunosupresión, lo que le confiere un papel esencial como lesión centinela para sospechar infección por VIH en niños con serología desconocida.<sup>3</sup>

A la observación clínica se evidencia un aumento de tamaño de la glándula parótida, que ocasiona desfiguración facial. En algunos niños desaparece y en otros perdura hasta más allá de los cinco años. No suelen presentarse con dolor y, en ocasiones, se asocian a hepatomegalia, esplenomegalia y linfadenopatías, lo cual orientaría un proceso inflamatorio crónico más que infeccioso.<sup>3</sup>

Con todos estos antecedentes, a partir de la literatura consultada, se considera menester realizar un estudio sobre las patologías estomatológicas en pacientes con VIH/SIDA y su prevalencia.

### 3. MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1 MATERIALES

##### 3.1.1 Lugar de la investigación:

La investigación se realizó en el Hospital de Infectología en el que se evaluó a los pacientes del grupo de estudio.

##### 3.1.2 Periodo de la investigación:

- Meses de febrero, marzo y abril del 2014

Actividad	FEBRERO 2024	MARZO 2014	ABRIL 2014
Revisión bibliográfica	X	X	X
Actividad de prueba piloto	X		
Examen clínico	X	X	
Registro y tabulación de datos			X
Resultados y conclusiones			X

### **3.1.3 Recursos empleados:**

#### **3.1.3.1 Recursos humanos:**

- Pacientes con VIH/SIDA del Hospital de Infectología.
- Asesora de tesis: Dra. Geoconda Luzardo.
- Asesora de metodología: Dra. Ma. Angélica Terreros.
- Asesor de estadística: Dr. Jaffard Barquet.

#### **3.1.3.2 Recursos físicos:**

##### **Materiales:**

- Gafas de protección
- Guantes
- Mandil
- Gorro
- Cubre boca
- Historias clínicas
- Kit de diagnóstico

#### **3.1.4 Universo:**

- Pacientes con VIH/SIDA del Hospital de Infectología.

#### **3.1.5 Muestra**

- Pacientes del Hospital de Infectología que estén dentro del rango de 18-60 años de edad.

### **3.1.5.1 Criterios de inclusión de la muestra**

- Pacientes que padecen VIH/SIDA.
- Pacientes que sí manifiesten signos bucales.
- Pacientes entre 18 – 60 años de edad.
- Pacientes que no se encuentren en etapa terminal
- Pacientes que deseen colaborar.

### **3.1.5.2 Criterios de exclusión de la muestra**

- Pacientes que no manifiesten signos bucales.
- Pacientes menores de 18 años de edad.
- Pacientes mayores de 60 años de edad.
- Pacientes que debido a la gravedad de sus patologías se les imposibilite abrir la boca.
- Pacientes que se encuentren en etapa terminal
- Pacientes que no deseen colaborar.

## **3.2 MÉTODOS:**

La presente investigación es un estudio de observación clínico de tipo transversal y de diseño descriptivo que se realizó en los pacientes del Hospital de Infectología que han sido diagnosticados con VIH/SIDA de ambos géneros. Se trabajó con los pacientes ambulatorios y con los pacientes permanentes que estuvieron los días que duró el estudio.

### **3.2.1 Protocolo de atención al paciente:**

1. En la historia clínica diseñada para el efecto se registró datos de filiación.
2. Anamnesis sobre datos relacionados a la aparición de la enfermedad.
3. Observación clínica con ayuda del kit de diagnóstico con todas las condiciones de bioseguridad y registro en la hoja de datos los signos clínicos generales tales como: Fiebre/Sudoración, Odinofagia, Cefalea, Nauseas/vómitos, Diarrea, Artralgias/Mialgias, Xerostomía, Mala Higiene Bucal, Sangrado Gingival, Enfermedad Periodontal.
4. Registro de signos clínicos bucales de acuerdo a la hoja de registro de datos tales como: Candidiasis Oral, Histoplasmosis, Leucoplasia Velloso, Sarcoma de Kaposi (KS), Ulceraciones por Virus Herpes Simplex (HSV), Queilitis Angular, Gingivitis Ulcerativa Necrotizante (GUN), Periodontitis Ulcerativa Necrotizante (PUN).
5. Se tomó un registro escrito de las patologías orales que presentaron los pacientes (Se pudo tomar pocas fotos solo a los pacientes que estuvieron de acuerdo a colaborar, ya que es prohibido por con fidelidad de los pacientes).

## **4. RESULTADOS**

## 4.1 PREVALENCIA DE LAS PATOLOGIAS ORALES EN LOS PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA

### 4.1.1 Candidiasis oral

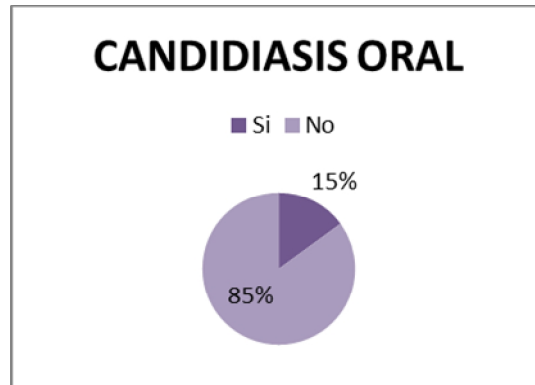
CANDIDIASIS ORAL	Frecuencia	%
Si	9	0,15
No	51	0,85
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>1</b>

**Cuadro 1. Frecuencia y porcentaje Candidiasis oral**

**Fuente: Hospital de Infectología**

**Análisis y Discusión.** El 15% de los pacientes estudiados presentaron candidiasis oral ubicados en diferentes zonas de la boca, siendo esta la 3era patología mas frecuente en los pacientes estudiados con VIH/SIDA. Este resultado al ser una de las patologías más frecuentes, se compara con los estudios encontrados en el artículo llamado "Estudio observacional descriptivo de las lesiones orales presentes en los pacientes con VIH y Síndrome de la inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en las fases intermedia / crónica y final / crisis de la enfermedad" de María Celeste González Estigarribia, Adriana Pérez de Monferrato y Alicia Velázquez Llamas, en el que demuestra que la patología que más se encontró en su estudio fue la candidiasis con un porcentaje del 70% de los casos estudiados.





**Gráfico 1. Porcentaje Candidiasis oral.**

#### 4.1.2 Herpes simple

HERPES SIMPLE	Frecuencia	%
Si	16	27%
No	44	73%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Cuadro 2. Frecuencia y porcentaje Herpes simple**

**Fuente:** Hospital de Infectología

**Análisis y Discusión.** El Herpes simple se encontró en 16 pacientes de los 60 estudiados siendo un 27% de los casos. Esta patología resulto ser la 2da más frecuente.



**Gráfico 2. Porcentaje Herpes simple.**

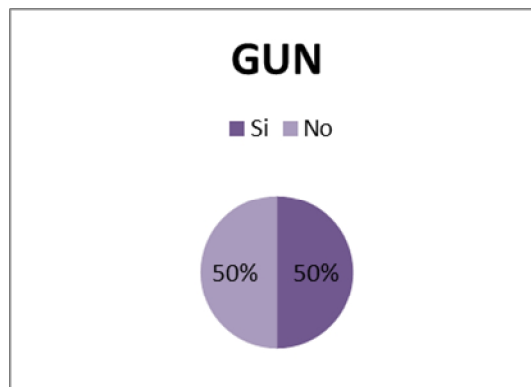
### 4.1.3 Gingivitis ulcero necrotizante

GUN	Frecuencia	%
Si	30	50%
No	30	50%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Cuadro 3. Frecuencia y porcentaje GUN**

**Fuente:** Hospital de Infectología

**Análisis y Discusión.** La gingivitis ulcero necrotizante se dio en la mitad de los pacientes dando como resultado un 50% de los casos estudiados.



**Gráfico 3. Porcentaje GUN.**

#### 4.1.4 Periodontitis ulcero necrotizante

PUN	Frecuencia	%
Si	30	50%
No	30	50%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Cuadro 4. Frecuencia y porcentaje PUN**

**Fuente: Hospital de Infectología**

**Análisis y Discusión.** Al igual que el GUN, la periodontitis ulcero necrotizante se dio en un 30% de los casos, siendo estas dos patologías las más frecuentes de todo el estudio. En otro estudio realizado por los profesionales Vania López Rodríguez, Emilio Carpio Muñoz, Vicente Fardeles Macías y Iralys Benítez Guzmán en su estudio con título "Enfermedad periodontal inflamatoria crónica en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana" demuestran que el 56% de los pacientes estudiados presentan enfermedad periodontal, confirmando que esta patología oral junto al GUN, es una de las patologías de mayor frecuencia en los pacientes inmunosuprimidos.



**Gráfico 4. Porcentaje PUN.**

## 4.2 PREVALENCIA DE EDAD DE LOS PACIENTES INFECTAOS CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA

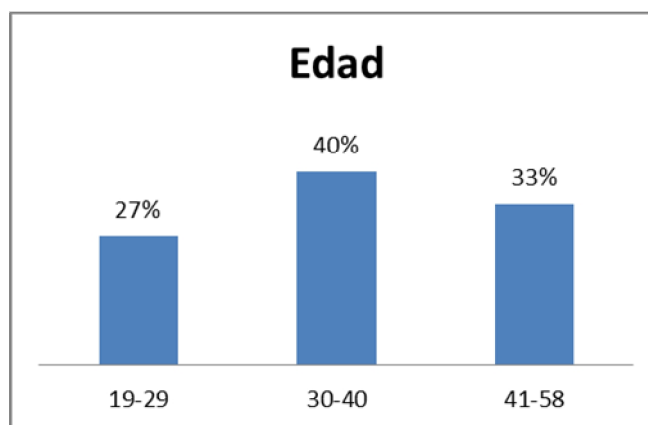
### 4.2.1 Edad

Edad	Frecuencia	%
19-29	16	27%
30-40	24	40%
41-58	20	33%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Cuadro 5. Frecuencia y porcentaje Edad**

**Fuente:** Hospital de Infectología

**Análisis y Discusión.** El mayor grupo de edad en los pacientes estudiados fue de entre los 30 y 40 años de edad, siendo este el rango de edad más alto de los infectados con VIH/SIDA



**Gráfico 5. Porcentaje de edad de los pacientes con VIH/SIDA**

### 4.3 PREVALENCIA DE GÉNERO DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA

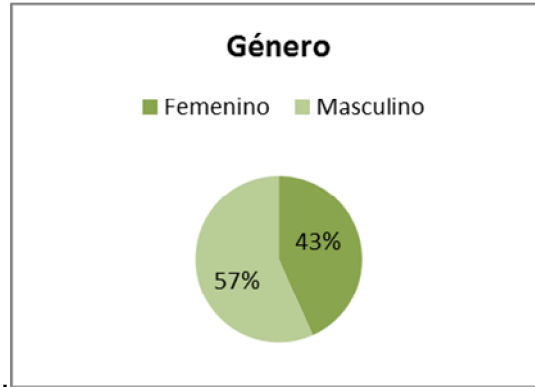
#### 4.3.1 Género

Género	Frecuencia	%
Femenino	26	43%
Masculino	34	57%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Cuadro 6. Frecuencia y porcentaje Género**

**Fuente: Hospital de Infectología**

**Análisis y Discusión.** El 57% de los pacientes fueron masculinos demostrando que la mayoría de pacientes con VIH/SIDA son de este género.. Ello coincide con lo reportado en los estudios de los odontólogos, Dra. Nelsy Medina Becerra, Dra. María Mercedes Brett Figeroa, Dr. Francisco Betancourt Schanowskiy y Dr. Juan Carlos patino Azuero llamado "Frecuencia de lesiones en la cavidad oral de pacientes con VIH/SIDA en el hospital universitario san Ignacio de Bogotá, Colombia (2005 - 2010)" que dio como resultado que el 90,6% de los pacientes estudiados eran del sexo masculino, siendo así la mayoría.



**Gráfico 6. Porcentaje género de los pacientes con VIH/SIDA**

#### 4.4 COMPARACION DE LAS PATOLOGÍAS QUE AFECTAN A LOS PACIENTES QUE PADECEN DEL VIH/SIDA DEL HOSPITAL DE INFECTOLOGÍA VS. GÉNERO Y EDAD

##### 4.4.1 Patologías vs. Género

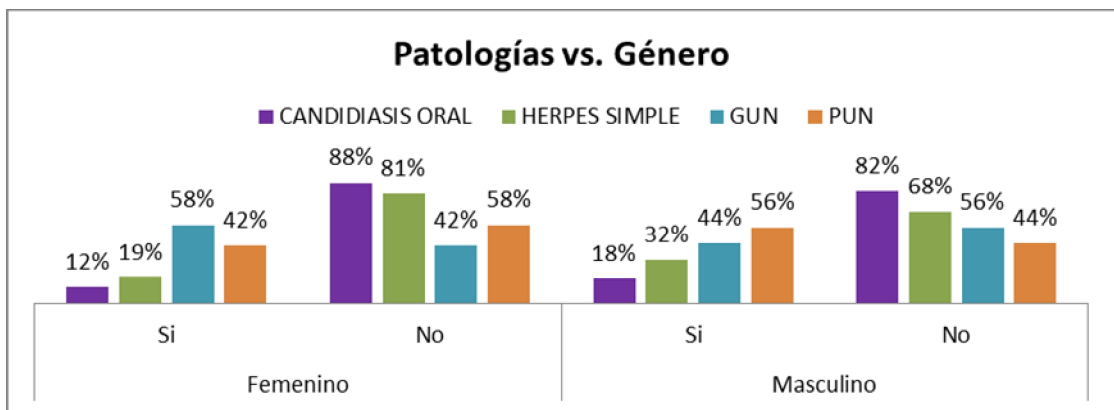
Enfermedades	Genero			
	Femenino		Masculino	
	Si	No	Si	No
CANDIDIASIS ORAL	3 (11%)	23 (88%)	6 (17%)	28 (82%)
HERPES SIMPLE	5 (19%)	21 (80%)	11 (32%)	23 (67%)
GUN	15 (57%)	11 (42%)	15 (44%)	19 (55%)
PUN	11 (42%)	15 (57%)	19 (55%)	15 (44%)

**Cuadro 7. Frecuencia y porcentaje de las Patologías vs. Género**

**Fuente: Hospital de Infectologia**



**Análisis y Discusión.** El género femenino tuvo como mayor prevalencia la gingivitis ulcero necrotizante con un 57% de los casos y en menor prevalencia la candidiasis oral con un 11% de los casos. En el género masculino tuvo con mayor prevalencia la periodontitis ulcero necrotizante con un 55% de los casos y en menor prevalencia la candidiasis oral.



**Gráfico 7. Porcentaje de las Patologías vs. Género**

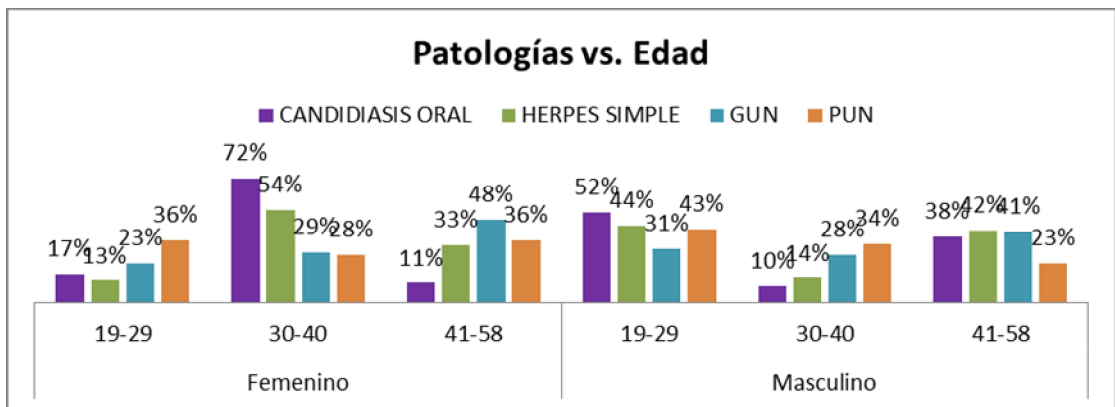
#### 4.4.2 Patologías vs. Edad

Enfermedades	Género					
	Femenino			Masculino		
	19-29	30-40	41-58	19-29	30-40	41-58
CANDIDIASIS ORAL	3 (16%)	13 (72%)	2 (11%)	22 (52%)	4 (9%)	16 (38%)
HERPES SIMPLE	3 (12%)	13 (54%)	8 (33%)	16 (44%)	5 (13%)	15 (41%)
GUN	7 (22%)	9 (29%)	15 (48%)	9 (31%)	8 (27%)	12 (41%)
PUN	9 (36%)	7 (28%)	9 (36%)	15 (42%)	12 (34%)	8 (22%)

**Cuadro 8. Frecuencia y porcentaje de las Patologías vs. Edad**

**Fuente: Hospital de Infectología**

**Análisis y Discusión.** El menor grupo de edad femenino tuvo como prevaecía el PUN con un 36% de los casos y en menor prevalencia el herpes simple con un 12%. En el grupo intermedio de edad el GUN tuvo mayor prevalencia con 48% de los casos y con 11% de los casos la candidiasis tuvo menor prevalencia. En el grupo de edad de mayor tuvo mayor prevalencia el GUN con un 48% y con menor prevalencia la candidiasis oral con un 11% de los casos. En el grupo masculino de menor edad mayor prevalencia tuvo la candidiasis oral con 52% y con menor prevalencia el GUN con un 31%. En el grupo de edad intermedia mayor prevalencia tuvo el PUN con un 34% y menor prevalencia la candidiasis oral con un 9%. En el grupo de mayor edad la candidiasis oral tuvo mayor prevalencia con un 52% y menor prevalencia el GUN con un 31%. En el grupo de edad intermedia masculina mayor prevalencia tuvo el PUN con un 34% y menor prevalencia la candidiasis oral con un 9%. En el grupo de mayor edad masculino, mayor prevalencia tuvo el herpes simple con un 42% y menor prevalencia el PUN con un 23%.



**Gráfico 8. Frecuencia y porcentaje de las Patologías vs. Edad**

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 CONCLUSIONES

- La prevalencia de patologías estomatológicas de los pacientes con VIH/SIDA examinados en el hospital de infectología es baja, sin embargo se encontraron 4 patologías, candidiasis oral, herpes simple y enfermedades periodontales (GUN y PUN).
- El 100% de los pacientes examinados presentaron enfermedad periodontal en estado crónico, 50% gingivitis ulcero necrotizante y 50% periodontitis ulcero necrotizante siendo esta la patología más común (cuadros 3 y 4) debido a la baja de defensas, en comparación con otras investigaciones concuerdan que esta es la patología más frecuente en los pacientes con VIH/SIDA.
- Otras patologías que fueron las menos comunes en los pacientes examinados son el herpes simple con un porcentaje de 27% (cuadro 2) y candidiasis oral con un 15% (cuadro 1) con aparición en diferentes zonas de la boca.
- La mayoría de los pacientes que asistieron a consulta odontológica en el periodo de examinación fueron hombres con un porcentaje de 57% y las mujeres 43% (cuadro 6).
- De todos los pacientes el 40% tenían entre 30 y 40 años de edad, siendo las edades de mayor contagio, seguido por el grupo de edad de entre los 41 y 58 años de edad con el 33% y el grupo más bajo tenían entre 19 y 29 años de edad con 27% (cuadro 5).

El VIH/SIDA se ha convertido en una pandemia a nivel mundial y se propaga cada vez más rápido. Este virus se caracteriza por la alteración del sistema inmunológico en el cual existe una progresiva disminución de los linfocitos CD4. En ese estado los pacientes manifiestan diferentes patologías en todo el cuerpo y las estomatológicas por lo general son las primeras apariciones que se dan.

Hoy en día los gracias tratamientos antirretrovirales han logrado alargar la vida de quienes padecen este virus y han eliminado con gran notoriedad las diferentes patologías que atacan a las personas inmunosuprimidas, sin embargo la mala alimentación, depresión, no uso correcto del tratamiento, abuso de drogas etc. Lleva a que estos pacientes presenten patologías en especial en el área estomatológica, donde es el sitio del cuerpo donde aparecen las primeras lesiones desde que contrajo el virus del VIH. Es por esto fundamental que los profesionales de la salud oral tengan claro las diferentes patologías orales que se asocian al VIH/SIDA y así poder detectarlas a tiempo, prevenir contagios y darles una mejor calidad de vida a los pacientes.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

Se recomienda a futuros investigadores interesados en el tema aumentar variables a la historia clínica como preferencia sexual, vía de contagio con el virus VIH, tipos de cuidados y en especial cantidad de linfocitos CD4 y la carga viral con el que cuenta cada paciente y así también evaluar las patologías según estos datos.

Otro punto importante es que en el hospital de infectología no acuden siempre los pacientes citados, por lo tanto se consigue un bajo número de estudios, por esto sería importante aumentar el plazo de investigación y poder analizar un grupo más numeroso de pacientes que acuden a la consulta externa del hospital de infectología y así tener más claro y concreto los resultados.

Es recomendable realizar este estudio sea cual sea la especialidad que vaya a seguir cada estudiante u odontólogo ya que es importante que sepan las patologías existente en una enfermedad tan común y donde sus primeros signos se da en la cavidad oral y así tomen conciencia de cómo atender al paciente y poder ayudarlo.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Medina N., Brett M., Betancourt F., Patino J. Frecuencia de las lesiones en cavidad oral de pacientes con VIH/SIDA en el hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, Colombia. Dialnet. [Revista Online] 2010 [Consultado 11 de Noviembre 2013] [pp. 51-58]. Disponible en: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4051458.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4051458.pdf)
2. Aguirre J., Echebarria M., Del Valle A., Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: manifestaciones en la cavidad bucal. Medicina Oral. [Revista Online] 2009 [Consultado 11 de Noviembre 2013] [pp. 148-157]. Disponible en: [www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv9suppl\\_i\\_p153.pdf](http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv9suppl_i_p153.pdf)
3. Estrada J., Escobar D., Manifestaciones orales de la infección por HIV/sida en niños y adolescentes: aspectos clínicos, epidemiología y pautas de tratamiento. Redalyc [Revista Online] 2011 [Consultado 11 de Noviembre 2013] [pp. 37-50]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231218581005>
4. Codina C., Martín M., Ibarra O., La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria [Revista Online] 2009 [Consultado 24 de Noviembre 2013] [pp. 1493-1516]. Disponible en: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP21.pdf>
5. Santana A., Domínguez C., Lemes A., Molero T., Salido E., Biología celular y molecular del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Revista de diagnóstico biológico [Revista Online] 2010 [Consultado 17 de Febrero 2014] [pp. 1-6]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0034-79732003000100001&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0034-79732003000100001&script=sci_arttext)
6. Zorrilla H., HIV – VIH y SIDA, Resumen de la evolución del síndrome y virus. Medline Plus [Revista Online] [Consultado 17 de Febrero 2014] [pp. 1-3]. Disponible en: <http://sida.sutratamiento.com.ar/articulos/info/resumen.html>
7. Dávila M., Gil M., Nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de VIH/SIDA. Acta Odontológica Venezolana [Artículo Online] 2006 [Consultado 17 de Febrero 2014] [pp. 1] disponible en:

[http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/nivel\\_conocimiento\\_a ctitud.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/nivel_conocimiento_a ctitud.asp)

8. Zarate O., Aspectos relevantes del VIH/SIDA y sus repercusiones en odontología. ADM [Revista Online] 1997 [Consultado 17 de Febrero 2014] [pp. 370]. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd4325.pdf>
9. López V., Carpio E., Fardeles V., Guzmán I. Enfermedad periodontal inflamatoria crónica en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana. MediSur [Revista Online] 2009 [Consultado 20 de Febrero 2014] [pp. 4]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180028773004.pdf>
10. Jiménez M., Fang L., Caballero A. Perfil epidemiológico oral y necesidad de tratamiento odontológico de pacientes VIH/SIDA [Revista Online] 2012 [Consultado 20 de Febrero 2014] [pp. 2]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v5n2/original3.pdf>
11. Acosta B. Atención al paciente VIH/SIDA: legislación y bioseguridad odontológica en Colombia. Acta Bioethica [Revista Online] 2006 [Consultado 20 de Febrero 2014] [pp. 3-5]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55412103>
12. Bravo M. Enfermedad periodontal en el paciente con SIDA. Odontólogo moderno [Revista Online] 2010 [Consultado 15 de Marzo 2014] [pp. 1].
13. Coogan M., Greenspan J., Challacombe S. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. Bulletin of the World Health Organization [Revista Online] 2009 [Consultado 15 de Marzo 2014] [pp. 1-2]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/700.pdf>
14. Rull G. Kaposi's Sarcoma. EMIS [Revista Online] 2011 [Consultado 17 de Febrero 2014] [pp. 1]. Disponible en: [www.patient.co.uk/doctor/kaposis-sarcoma](http://www.patient.co.uk/doctor/kaposis-sarcoma)
15. Mataftsi M., Skoura L., Sakellari D. HIV infection and periodontal diseases: an overview of the post-HAART era. Oral Diseases [Revista Online] 2010 [Consultado 15 de Marzo 2014] [pp. 1]. Disponible en: <http://www.cumc.columbia.edu/dept/aetc/documents/PeriodontalDisease.pdf>
16. Perea M., Campo J., Charlén L., Bascones A. Enfermedad periodontal e infección por VIH; estado actual. Scielo [Revista Online] 2006



[Consultado 23 de Marzo 2014] 2006 [pp. 1-3]. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852006000300003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852006000300003&script=sci_arttext)

17. Bravo I., Correnti M., Escalona L., Perrone M., Brito A., Tovar V., Rivera H. Prevalencia de lesiones bucales en pacientes VIH +, relación con conteo de células CD4+ y carga viral en una población Venezolana. Scielo [Revista Online] 2006 [Consultado 23 de Marzo 2014] [pp. 1-3]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1698-69462006000100008&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1698-69462006000100008&script=sci_arttext)
18. Vega A., Rosas G., Pacheco M., Arroniz S. Las enfermedades mas frecuentes en pacientes VIH – positivos en la consulta privada. Oral [Revista Online] 2013 [Consultado 23 de Marzo 2014] [pp. 1-2]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2013/ora1345d.pdf>
19. Pereira A., Yañez I., Reyes L. Prevalencia de periodontitis causada por sobreinfecciones en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Revista Mexicana de periodontología [Revista Online] 2010 [Consultado 25 de Marzo 2014] [pp. 13]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2010/mp101d.pdf>
20. Karring Lang, Capítulo 12: Lesiones gingivales inflamatorias no inducidas por placa. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 4ta Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Panamericana; 2005. p. 284 – 290.
21. Gileva O., Sazhina M., Gileva E., Eimov A., Scully C. Espectro de las manifestaciones orales de VIH/SIDA en la región de Perm (Rusia) e identificación de lesiones orales linguales ulceronecrotizantes inducidas. Med Oral [Revista Online] 2009 [Consultado 25 de Marzo 2014] [pp. 213].
22. Greenspan D., Greenspan J., Pindborg J., Schiodt M. Capítulo 6: Manifestaciones bucales de la infección HIV. El SIDA en la cavidad bucal. 1era Edición. Copenhague, Dinamarca. Editorial Actualidades Medico Odontológicas Latinoamericana; 1992. p. 46 - 76:
23. Rodríguez M., Manifestaciones orales asociadas con la infección por VIH-SIDA, Scielo [Revista Online] 2005 [Consultado 26 de Marzo 2014] [pp. 3-5]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072005000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072005000100007)

24. González M., Pérez A., Velázquez A., Estudio observacional descriptivo de las lesiones orales presentes en pacientes con VIH y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en las fases intermedia / crónica y final / crisis de la enfermedad, Instituto de Medicina Tropical [Revista Online] 2011 [Consultado 26 de Marzo 2014] [pp. 1-3]. Disponible en: [http://www.imt.edu.py/admin/uploads/Documento/1julio\\_2011.pdf](http://www.imt.edu.py/admin/uploads/Documento/1julio_2011.pdf)
25. Urdaneta B., Arteaga M., Morón A., Manifestaciones bucales en pacientes VIH positivos y su relación con valores de linfocitos CD4, Acta Odontológica Venezolana [Revista Online] 2007 [Consultado 27 de Marzo 2014] [pp. 1-4]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652007000200019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652007000200019&script=sci_arttext)
26. Simeone S., Castillo C., Gingivitis ulcero necrosante y su relación con el VIH/SIDA, Acta Odontológica Venezolana, Scielo [Revista Online] 2007 [Consultado 27 de Marzo 2014] [pp. 1-3]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652007000300029&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652007000300029&script=sci_abstract)
27. Echeverría A., Vignoletti F., Fabrizi S., Matesanz P., Papel etiológico de los virus en la enfermedad periodontal, Scielo [Revista Online] 2009 [Consultado 30 de Marzo 2014] [pp. 3-4]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v19n2/original3.pdf>
28. Arteaga F., Quiñonez B., Prado J., Manifestaciones periodontales de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana adquirida [Revista Online] 2010 [Consultado 30 de Marzo 2014] [pp. 3-5]. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/viewFile/1050/754>
29. Guerra M., Carrasco W., Zamora M., Castillo T., Blanco L., Enfermedad periodontal en mujeres VIH/SIDA [Revista Online] 2013 [Consultado 30 de Marzo 2014] [pp. 2]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art2.asp>
30. Morán E., Ferreiro M., La candidiasis como manifestación bucal en el SIDA, Scielo [Revista Online] 2001 [Consultado 30 de Marzo 2014] [pp. 4-5]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v38n1/est04101.pdf>

## **ANEXOS**

## **Anexo 1: Historia Clínica.**

# HISTORIA CLINICA

Numero de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## DATOS PERSONALES:

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico con VIH/SIDA: \_\_\_\_\_

Medicación Actual:

---

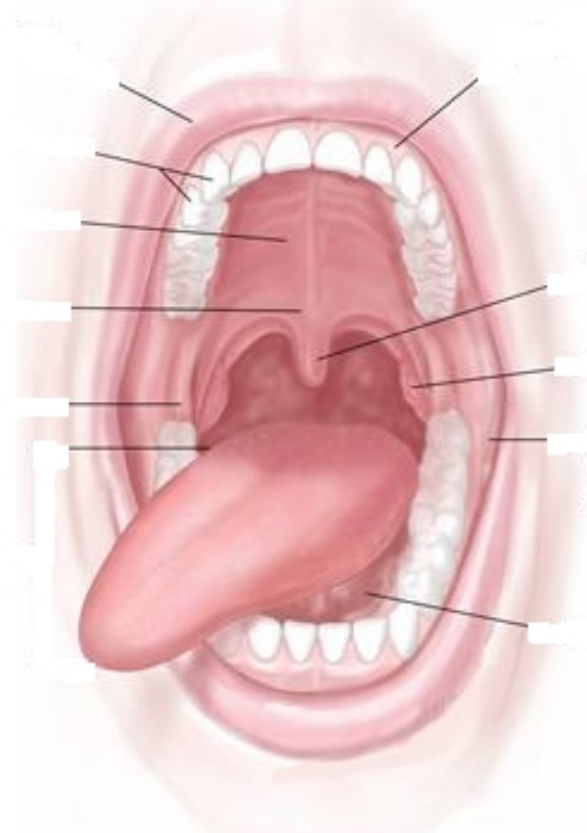
---

## Síntomas:

• Fiebre/Sudoración	
• Odinofagia	
• Cefalea	
• Nauseas/vómitos	
• Diarrea	
• Artralgias/Mialgias	
• Xerostomía	
• Mala Higiene Bucal	
• Sangrado Gingival	
• Enfermedad Periodontal	

**Signos:**

<b>Candidiasis Oral</b>	<b>1</b>
<b>Histoplasmosis</b>	<b>2</b>
<b>Leucoplasia Velloso</b>	<b>3</b>
<b>Sarcoma de Kaposi (KS)</b>	<b>4</b>
<b>Ulceraciones por Virus Herpes Simplex (HSV)</b>	<b>5</b>
<b>Queilitis Angular</b>	<b>6</b>
<b>Gingivitis Ulcerativa Necrotizante (GUN)</b>	<b>7</b>
<b>Periodontitis Ulcerativa Necrotizante (PUN)</b>	<b>8</b>



**Otros:**

---

---

## **Anexo 2: Consentimiento informado.**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El propósito del consentimiento informado es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación del objetivo del porque van a ser examinados, así como de su rol en ella como participantes. Este documento es evaluado por el Comité de Ética de la Carrera de Odontología antes del inicio de la investigación.

La presente investigación es de tipo descriptivo – transversal. El objetivo de este estudio es evaluar las patologías presentes en los pacientes con VIH/SIDA del hospital de infectología.

Los pacientes que colaborarán en este estudio serán únicamente examinados oralmente y posterior se les registrará los datos en la historia clínica. Luego de ser evaluados no tendrán que volver a participar.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los establecidos. Las historias clínicas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. La duración de la evaluación es de aproximadamente 10 minutos por cada paciente, y ninguno estará sometido a ningún tipo de riesgo.

Este trabajo será conducido por María Andrea Alonso Marengo, de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para su trabajo de titulación. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer las preguntas necesarias durante el momento y posterior a la investigación. (0994372587)



Yo, \_\_\_\_\_ con C.I.  
\_\_\_\_\_ Acepto voluntariamente participar en esta investigación. He sido informado de que no correré ningún riesgo y de que se mantendrá con fidelidad. Puedo también hacer todas las preguntas necesarias sobre el proyecto en cualquier momento al investigador del trabajo María Andrea Alonso al teléfono 0994372587 y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida. También estoy informada de que me entregarán una copia de este consentimiento informado.

---

**Firma del Participante**

---

**Firma del Testigo**

Fecha:

Fui informada por la señorita Fátima Monserrate, secretaria del doctor Washington Alemán Espinoza, Líder de docencia, control de infecciones a quien fue dirigida mi carta de solicitud de permiso para trabajar en el Hospital de Infectología, que no podré hacer uso del consentimiento informado al momento de examinar a los pacientes por motivos de confidencialidad. A continuación adjunto correo electrónico donde me fue informado esto.

On Feb 11, 2014, at 7:38, FATIMA MONTES

<[fatimamonserrate@hotmail.com](mailto:fatimamonserrate@hotmail.com)>

wrote:

buenos días estimada María, le cuento que lo del consentimiento informado no procede, usted podra venir a realizar su trabajo bajo la supervisión del Dr. Nelsón Goya Líder de Estomatología de ésta Unidad Hospitalaria

---

Date: Mon, 10 Feb 2014 13:55:44  
-0500

Subject: CONSENTIMIENTO  
INFORMADO ANDREA ALONSO

From: [andreaalonsoma@gmail.com](mailto:andreaalonsoma@gmail.com)

To: [fatimamonserrate@hotmail.com](mailto:fatimamonserrate@hotmail.com)

**Anexo 3: Carta de permiso al hospital de infectología.**

Guayaquil, febrero 5 del 2014

Dr. Eduardo Sandoval Villamar

Director Hospital Infectología

Yo María Andrea Alonso le solicito a ustedes un permiso de un mes para poder evaluar a los pacientes del área de VIH/SIDA para realizar los casos clínicos del tema de mi trabajo de titulación: "Prevalencia de manifestaciones estomatológicas en pacientes con VIH/SIDA del Hospital de Infectología".

Durante este mes se les entregará un consentimiento informado a cada uno de pacientes que quieran colaborar y se tomará un registro escrito de las patologías orales que presenten.

Este trabajo tendrá como beneficio el conocimiento de las patologías orales que presentan los pacientes con VIH/SIDA para los futuros odontólogos y pacientes. Al final de mi estudio daré una charla demostrando los resultados de mi trabajo y sobre los cuidados orales que deben tener con el auspicio de Johnson & Johnson que entregará kits de limpieza.

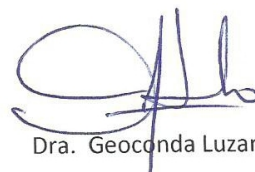
Para este trabajo estoy guiada por la docente Dra. Geoconda Luzardo, odontóloga y especialista en periodoncia, además tengo conocimientos de las patologías presentes. Por todo ello solicito el permiso necesario para disponer de sus instalaciones y de los pacientes.

Gracias de antemano



María Andrea Alonso Marengo

Egresada de la U.C.S.G.  
Carrera de Odontología



Dra. Geoconda Luzardo  
Odontóloga Especialista en Periodoncia  
Docente de la U.C.S.G.

**Anexo 4: Carta de aceptación del hospital de infectología.**



Ministerio  
de Salud Pública

HOSPITAL DE INFECTOLOGIA "DR. JOSE DANIEL RODRIGUEZ MARIDUEÑA"  
SECRETARIA HOSPITALIZACION Y DOCENCIA



OFICIO # 195-DOCENCIA-HI-14

Guayaquil, 11 de febrero del 2014

Señor Doctor  
Nelson Goya C.  
**LIDER DEL AREA DE ESTOMATOLOGIA**  
Ciudad.-

De mi consideración:

Me dirijo a Usted muy respetuosamente para poner a su conocimiento que la Srta. María Andrea Alonso Marengo egresada de la UCSG Carrera de Odontología, realizará su trabajo de titulación con el tema: **"PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES ESTOMATOLÓGICAS EN PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL DE INFECTOLOGÍA"**.

En virtud de lo expuesto, solicito se le brinden las facilidades del caso para que pueda llevar a cabo su investigación con los pacientes que acuden a la Consulta Externa.

Particular que informo para los fines pertinentes.

Atentamente

Hospital de Infectología  
"Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña"  
11/02/2014

**Dr. Washington Alemán Espinoza**  
Lider de Docencia  
Control/Infecciones  
**Dr. Washington Alemán Espinoza**  
**LIDER DE DOCENCIA**  
**CONTROL DE INFECCIONES**

CC. Archivo

	NOMBRE	AREA/PROCESO	CARGO	SUMILLA
REVISADO	Dr. Washington Alemán	DOCENCIA	Lider	
ELABORADO	Tga. Fátima Montes M.	Hospitalización/Docencia	SECRETARIA	Fátima

Julián Coronel 900 y José Mascote  
TELEFONO: 2-294251 EXT. 116

**Anexo 5: Carta de certificado.**



Ministerio  
de Salud Pública

HOSPITAL DE INFECTOLOGÍA "DR. JOSE DANIEL RODRIGUEZ MARIDUEÑA"  
SECRETARIA HOSPITALIZACION Y DOCENCIA




Guayaquil, 1 abril del 2014

### A QUIEN LE INTERESE:

A petición verbal de la interesada, certifico que la **SRTA. MARÍA ANDREA ALONSO MARENGO** con Cédula de Ciudadanía # **0927860593**, realizo su pasantía desde el 17 febrero hasta el 1 de abril del 2014 en el Departamento de Estomatología de esta Unidad Hospitalaria, durante su rotación su desempeño fue satisfactorio, participando con entereza y demostrando profesionalismo en los trabajos a ella encomendados.

Es todo cuanto puedo certificar para los fines pertinentes.

Atentamente  
HOSPITAL DE INFECTOLOGÍA  
"DR. JOSE DANIEL RODRIGUEZ MARIDUEÑA"  
  
Dr. Nelson Goya Castro  
REG SAN # 4091  
OPTO DE ODONTOLOGÍA  
Dr. Nelson Goya Castro  
LIDER DE ESTOMATOLOGÍA



CC. Archivo

Julián Coronel 900 y José Mascote  
TELEFONO: 2-294251 EXT. 116

Av. República del Salvador y Suecia • Teléfono: 593 (2) 3-814400 • Fax.: 6113  
www.msp.gov.ec



**Anexo 6: Datos obtenidos de la historia clínica.**

**Edad:**

<b>DATOS EDAD</b>			
<b>NUMERO DE FICHA</b>	<b>EDAD</b>	<b>NUMERO DE FICHA</b>	<b>EDAD</b>
1	40	31	36
2	35	32	35
3	54	33	34
4	23	34	25
5	32	35	29
6	22	36	34
7	46	37	22
8	57	38	41
9	20	39	39
10	42	40	24
11	35	41	43
12	39	42	30
13	38	43	40
14	47	44	53
15	32	45	27
16	40	46	56
17	33	47	43
18	47	48	27
19	28	49	41
20	57	50	28
21	30	51	27
22	35	52	18
23	22	53	45
24	53	54	24
25	34	55	40
26	33	56	39
27	44	57	46
28	25	58	46
29	34	59	58
30	45	60	37

**Género:**

<b>DATOS GÉNERO</b>			
<b>NUMERO DE FICHA</b>	<b>GÉNERO</b>	<b>NUMERO DE FICHA</b>	<b>GÉNERO</b>
1	M	31	M
2	M	32	M
3	M	33	F
4	F	34	F
5	M	35	F
6	F	36	M
7	F	37	F
8	M	38	M
9	F	39	F
10	F	40	F
11	F	41	F
12	M	42	M
13	F	43	M
14	M	44	F
15	M	45	M
16	F	46	M
17	M	47	F
18	M	48	F
19	F	49	M
20	M	50	M
21	F	51	M
22	F	52	M
23	F	53	M
24	F	54	M
25	M	55	F
26	M	56	M
27	M	57	M
28	F	58	M
29	M	59	M
30	F	60	M
<b>TOTAL</b>	<b>M: 34 - F: 26</b>		

**Fecha de Diagnóstico:**

<b>DATOS FECHAS DE DIAGNÓSTICO</b>			
<b>NUMERO DE FICHA</b>	<b>AÑO</b>	<b>NUMERO DE FICHA</b>	<b>AÑO</b>
1	2010	31	2005
2	2008	32	2013
3	2014	33	2008
4	2012	34	2013
5	2012	35	2013
6	2014	36	2010
7	2014	37	2010
8	2009	38	2006
9	2013	39	1999
10	2012	40	2014
11	2013	41	2013
12	2005	42	2012
13	1992	43	2013
14	2008	44	2013
15	2013	45	2010
16	2006	46	2009
17	2010	47	2010
18	1995	48	2013
19	2009	49	2013
20	2003	50	2009
21	2011	51	2012
22	2012	52	2014
23	2013	53	2006
24	2004	54	2011
25	2010	55	2000
26	2006	56	2014
27	2009	57	2013
28	2013	58	2009
29	2011	59	2012
30	2004	60	2010

**Medicamentos:**

<b>DATOS FECHAS DE DIAGNÓSTICO</b>			
<b>NUMERO DE FICHA</b>	<b>MEDICACION #1</b>	<b>MEDICACION #2</b>	<b>MEDICACION #3</b>
1	VIRADAY		
2	EFAVIRENZ	VIRADAY	
3			
4	VIRADAY		
5	VIRADAY		
6			
7			
8	DUOVIR	EFAVIRENZ	
9			
10	VIRADAY		
11	EFAVIR		
12	LAMIDUVINA	SAQUINAVIR	ALUVIA
13	VIRADAY		
14	LAMIDUVINA	EFAVIR	
15	VIRADAY		
16	LAMIDUVINA		
17	EFAVIR		
18	VIRADAY		
19	VIRADAY		
20	VIRADAY		
21	VIRADAY		
22	VIRADAY		
23			
24	DUOVIR	EFAVIRENZ	
25	EFAVIRENZ	KIVEXA	
26	ABACAVIR	LOPIDAMINA	
27	VIRADAY		
28			
29	VIRADAY		
30	EFAVIRENZ	DUOVIR	

DATOS FECHAS DE DIAGNÓSTICO			
NUMERO DE FICHA	MEDICACION #1	MEDICACION #2	MEDICACION #3
31			
32	VIRADAY		
33	RIFOSIVUDINA		
34			
35			
36	VIRADAY		
37	LOPI RITO		
38	XIVEXA CALIT		
39	VIRADAY		
40			
41	VIRADAY		
42	CALETRA	TRUVADA	
43	TENOFOVIR	MEPRIMFORTE	
44			
45	VIRADAY		
46	LAMIDUVINA	VIRADAY	
47	EFAVIRENZ		
48	VIRADAY		
49			
50	VIRADAY		
51			
52	PARACETAMOL		
53	LUVIDAMINA		
54	VIRADAY		
55	VIRADAY		
56	VIRADAY		
57			
58	ABACAVIR	EFAVIRENZ	
59	ABACAVIR		
60	VIRADAY		

## Síntomas:

NUMERO DE FICHA	SINTOMAS									
	FIEBRE/SUDORACION	ODINOFAGIA	CEFALEA	NAUSEAS/VOMITOS	DIARREA	ARTRALGIAS/MIALGIAS	XEROSTOMIA	MALA HIGIENE BUCAL	SANGRADO	ENFERMEDAD PERIODONTAL
1		1	1					1	1	1
2							1	1	1	1
3								1	1	1
4		1						1	1	1
5								1	1	1
6								1	1	1
7			1					1	1	1
8			1			1	1	1	1	1
9		1	1					1	1	1
10		1	1	1		1	1	1	1	1
11			1					1	1	1
12								1	1	1
13			1				1	1	1	1
14	1		1				1	1	1	1
15				1			1	1	1	1
16			1				1	1	1	1
17			1	1			1	1	1	1
18			1	1				1	1	1
19			1				1	1	1	1
20		1	1				1	1	1	1
21							1	1	1	1
22								1	1	1
23	1	1	1			1		1	1	1
24			1				1	1	1	1
25			1	1			1	1	1	1
26								1	1	1
27					1		1	1	1	1
28							1	1	1	1
29								1	1	1
30								1	1	1
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
32	1	1	1		1	1	1	1	1	1
33								1	1	1
34		1						1	1	1
35								1	1	1
36							1	1	1	1
37			1	1		1		1	1	1
38			1	1		1	1	1	1	1
39							1	1	1	1
40	1		1				1	1	1	1
41		1		1			1	1	1	1
42			1	1			1	1	1	1
43		1					1	1	1	1
44			1				1	1	1	1
45		1	1					1	1	1
46								1	1	1
47								1	1	1
48								1	1	1
49							1	1	1	1
50						1		1	1	1
51	1	1	1				1	1	1	1
52	1							1	1	1
53								1	1	1
54		1					1	1	1	1
55		1						1	1	1
56								1	1	1
57							1	1	1	1
58		1					1	1	1	1
59					1	1	1	1	1	1
60			1				1	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>26</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>32</b>	<b>60</b>	<b>54</b>	<b>60</b>

## Signos patológicos:

PATOLOGIAS ORALES								
NUMERO DE FICHA	CANDIDIASIS ORAL	HISTOPLASMOSIS	LEUCOPLASIA VELLOSA	SARCOMA DE KAPOSI	HERPES SIMPLE	QUEILITIS ANGULAR	GUN	PUN
1							1	
2							1	
3								1
4							1	
5							1	
6							1	
7								1
8	1				1		1	1
9							1	
10					1			1
11					1		1	
12							1	
13	1						1	
14								1
15							1	
16								1
17							1	
18					1		1	
19								1
20	1							1
21							1	
22					1		1	
23							1	
24	1						1	
25							1	
26								1
27								1
28	1							1
29							1	
30							1	
31								1
32					1			1
33							1	
34								1
35								1
36					1			1
37					1			1
38	1				1			1
39								1
40							1	
41							1	
42					1		1	
43					1	1		1
44							1	
45					1		1	
46								1
47							1	
48								1
49								1
50							1	
51	1							1
52	1							1
53								1
54					1			1
55					1			1
56	1						1	
57					1			1
58							1	
59							1	
60					1			1
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>30</b>	<b>30</b>

## **Anexo 7: Historias Clínicas.**