

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**CARACTERIZACION DE LAS LESIONES ORALES EN PACIENTES  
CON SIDA**

**VERONICA SALOME QUIJIVIX RIVERA**

**Tesis**

**Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Patología  
Para obtener el grado de  
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Patología  
Julio 2015**



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**HACE CONSTAR QUE:**

La Doctora: Verónica Salomé Quijiuix Rivera

Carné Universitario No.: 100017968

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias en Patología, el trabajo de tesis **"Caracterización de las lesiones orales en pacientes con SIDA"**.

Que fue asesorado: Dr. Elmar González

Y revisado por: Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2014.

Guatemala, 10 de octubre de 2013

  
**Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.**  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado

  
**Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.**  
Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades

/lame

Oficio No.3  
Guatemala 18 febrero de 2013

Dr. Orlando Rodas Pernillo  
Docente Responsable  
Maestría de Patología  
Departamento de Patología  
Hospital Roosevelt  
Presente

Estimado Dr. Rodas:

Por este medio le informo que he sido REVISOR del trabajo de investigación titulado **CARACTERIZACION DE LAS LESIONES ORALES EN PACIENTES CON SIDA**, correspondiente al estudiante Veronica Salome Quijivix Rivera de la Maestría en patología.

Por lo que apruebo el trabajo anteriormente mencionado para que proceda con los trámites correspondientes

Sin otro particular, me despido de usted,

Atentamente

Dr. Carlos Sanchez  
Docente de Investigación, Universidad San Carlos de Guatemala  
Hospital Roosevelt  
REVISOR



Dr. Edgar Rolando Berganza  
Coordinador Especifico  
Escuela de Estudios de Postgrado  
Universidad San Carlos de Guatemala  
Hospital Roosevelt  
Presente

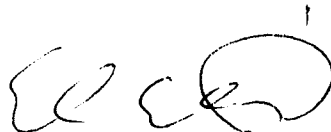
Estimado Dr. Berganza:

Por este medio le informo que el informe final de mi tesis de Graduación titulado **CARACTERIZACION DE LAS LESIONES ORALES EN PACIENTES CON SIDA**, correspondiente al estudiante Veronica Salome Quijivix Rivera de la Maestría en patología.

Por lo que apruebo el trabajo anteriormente mencionado para que proceda con los trámites correspondientes

Sin otro particular, me despido de usted,

Atentamente



Dr. Elmar González  
Medico Jefe de Patología  
Hospital Roosevelt  
Asesor

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

**Por brindarme la vida y colmarla de bendiciones,  
permitiéndome alcanzar esta meta**

### **MI ESPOSO**

**Por su comprensión y apoyo incondicional**

### **MI HIJA**

**Por ser mi mayor motivo de inspiración**

### **MIS PADRES**

**Por su esfuerzo y sabios consejos**

### **MIS HERMANOS, SOBRINOS Y AMIGOS**

**Que han influido positivamente en mi camino**

## INDICE

Índice de Tablas	i
Resumen	ii
I. Introducción	1
II. Antecedentes	2
III. Objetivos	10
IV. Materiales y Métodos	11
V. Resultados	14
VI. Discusión y Análisis	17
VI.I Conclusiones	18
VI.II Recomendaciones	19
VII. Referencias Bibliográficas	20
VIII. Anexos	24

## INDICE DE TABLAS

TABLA I	12
TABLA II	13
TABLA III	14
TABLA IV	15
TABLA V	16
TABLA VI	17

## RESUMEN

Una de las primeras manifestaciones clínicas que se describieron relacionadas con el sida fueron las lesiones orales. Se cree que más del 95% de los pacientes afectados tienen alguna lesión de cabeza y cuello y que el 55% de los pacientes con sida presentan lesiones orales como síntomas tempranos. Este estudio se realizó con el **Objetivo:** Determinar la incidencia de las lesiones orales en pacientes diagnosticados con sida, en el Hospital Roosevelt **Materiales y Métodos:** estudio descriptivo realizado previo consentimiento informado, registrando, edad, género, localización de lesión, donde se describe macroscópicamente y microscópicamente, y por último el diagnóstico histopatológico. **Resultados:** 141 pacientes que fueron diagnosticados con sida el género masculino (53%) y el sexo femenino (47%). El grupo etareo más afectado fue el ubicado con un rango 21 a 30 años de edad. Respecto al lugar de procedencia la urbana presento una mayor prevalencia.

Las lesiones orales encontradas fueron ulcera menor 40%, candidiasis oral 26%, herpes bucal 22%, gingivitis 10%, absceso 2%. La localización anatómica fuer paladar blando 27%, región anterior de la lengua 25%, encías 17%, mucosa externa del labio 16%. Las lesiones orales de tipo bacteriano constituyeron a forma más frecuente representando un 47% seguida por las de tipo viral con un 28%.

Concluyendo que la lesión oral más frecuente en la población estudiada fue la ulcera menor seguida de candidiasis oral y herpes oral. Muchas de estas patologías tienen un gran valor predictivo en a infección por sida.

Palabras Clave: Lesiones orales, Sida.



## INTRODUCCION

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se caracteriza por provocar una reducción paulatina y progresiva del número de linfocitos T CD4+, hasta llegar a su total depleción, como consecuencia una alteración y disminución de la inmunidad celular que se acompaña de un incremento de las infecciones oportunistas altera su calidad de vida y posee elevada mortalidad. (12,6). La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) desde hace dos décadas ha venido ocupando el estatus de pandemia y está asociado con un extenso rango de manifestaciones orales. Las mismas han sido ampliamente estudiadas y se ha visto que estas manifestaciones bucales tienen un gran valor diagnóstico y pronóstico en la progresión a Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). (22). Resultados de numerosos estudios internacionales han demostrado que la prevalencia de lesiones a nivel de la cavidad bucal es alta en individuos infectados por el VIH; además varios reportes indican que aproximadamente el 70% de las personas que viven con seropositividad para el VIH presentan manifestaciones bucales y que esta proporción se incrementa cuando la enfermedad evoluciona hacia SIDA. (25). En un estudio realizado en Rusia Prem, determinó la frecuencia y el espectro de las manifestaciones orales de los consumidores de droga infectados por el VIH desde 1998 hasta 2002, los cuales fueron entrevistados y examinados por cirujanos dentales y médicos (18,6). El examen de la cavidad oral y oro faríngea fue realizado de acuerdo con las recomendaciones de la OMS y las lesiones fueron fijadas de acuerdo con la lista de la OMS de lesiones orales posiblemente relacionadas con la infección por VIH (1991) (8).

El propósito de este estudio fue caracterizar las lesiones orales asociadas a la infección por sida ya que el espectro de estas depende del estado de inmunosupresión, la vía de contagio, factores étnicos, geográficos sociales y demográficos.

## II. ANTECEDENTES

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) se han convertido en un problema de salud mundial sin precedentes en la historia contemporánea. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA calcularon que para finales del año 2006, 40.3 millones de personas en el mundo vivían con la enfermedad. (1,4).

Ha sido destacado que la cavidad bucal es el primer sitio que refleja la infección por el VIH y en consecuencia se enfrenta un gran desafío: detectar, en estadios tempranos de la enfermedad, las lesiones bucales y poder indicar que un paciente determinado está infectado por el VIH. (4)

Aunque la presencia de lesiones y manifestaciones en cavidad oral pueden generar cambios en la apariencia facial, dificultad para hablar, disfagia, xerostomía, mala higiene oral, dolor y molestias que puede alterar seriamente el estado de salud y calidad de vida de los pacientes.

Estas manifestaciones orales son un componente fundamental en el estudio de esta enfermedad, porque pueden ser indicadores de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y ser predictores de progresión de VIH a SIDA e indicadores de falla al tratamiento.

Greenspan Deborah en 1994, menciona que las manifestaciones de la infección por VIH son comunes e incluye lesiones orales nuevas y diferentes presentaciones de enfermedades oportunistas ya conocidas. El reconocimiento requiere de una cuidadosa historia clínica y revisión de la cavidad oral; este reconocimiento puede cambiar la clasificación del estadio en la infección por VIH (15,6).

A pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento, el estado epidemiológico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el desarrollo del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), el control de la infección es difícil en muchos de los países del tercer mundo (5, 4,6).

El impacto del VIH/sida es diferente en los países desarrollados y aquéllos con escasos recursos, algunas de las razones son el acceso limitado a los servicios de salud, la poca infraestructura para un diagnóstico rápido y oportuno, y el alto costo de la terapia antirretroviral altamente efectiva.

La aparición de estas manifestaciones es el resultado del efecto indirecto de la infección originada por el VIH sobre el sistema inmunológico del ser humano. El número, la variedad y la severidad de las lesiones orales aumentan a medida que disminuye el conteo de linfocitos T4 (CD4) (7,8).

De esta manera, conforme se agrava la inmunosupresión, aparecen en la boca infecciones oportunistas causadas por microorganismos que, en circunstancias normales, no producen patología, ya que pertenecen a la micro flora normal de la

boca; también se reactivan infecciones latentes, aparecen lesiones de curso atípico y se desarrollan neoplasias que usualmente no ocurren en la mucosa oral.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), más de dos millones de niños han nacido de madres seropositivas y cientos de miles han adquirido el VIH por vía sanguínea o abuso sexual. Las manifestaciones orales suelen estar presentes como parte de los primeros síntomas de la enfermedad en el 95% de los niños con VIH/SIDA. Además, la aparición de alguna de ellas, en las distintas etapas de la infección, puede marcar una tendencia respecto a la progresión del síndrome (3).

Fonseca R. reporta, en un estudio de 51 niños con VIH/SIDA, manifestaciones orales a la Candidiasis pseudomembranosa en un 21,57% seguida por el agrandamiento de las parótidas en un 19,61 %, Candidiasis eritematosa en el 5,88%, gingivitis asociada al VIH en el 1,96% y Leucoplasia vellosa en el 1,96% (8).

Se tomó la clasificación de Manifestaciones Bucles por Infección de VIH/SIDA emanada por los organismos internacionales Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 1994 (16) y del protocolo de Atención del CAPEI/UCV (3)

### Distribución de la presencia de manifestaciones bucales

Manifestación	Número	%
Candidiasis	38	54,4
Queilitis	30	50,8
Gingivitis	25	42,4
Parotiditis	20	33,9
Eritema Gingival	19	32,2
Lineal	13	22,0
Virus Herpes Simple	5	8,5
Virus Epstein Barr	1	1,7
GUN		

CAPEI/UCV 2003-2004.

El Centro de colaboración de Manifestaciones Bucles de la Infección por el VIH, perteneciente a la OMS, que radica en Copenhague, clasificó Candidiasis en cuatro tipos:

**Pseudomembranosa:** Conocida también como algodoncillo, son placas o puntos blancos o amarillentos, que pueden ser removidos, pero queda una superficie sangrante y dolorosa, se localiza fundamentalmente en paladar blando. Está asociada a una supresión inicial y progresiva del sistema inmune y es la más frecuente en pacientes de SIDA (22,12).

**Hiperplásica:** También se conoce como Candidiasis leucoplásica, caracterizada por placas blancas firmes y adheridas, no se pueden remover. Es rebelde a todo tipo de tratamiento. Está asociado a supresión severa del sistema inmune.

**Eritematosa:** Se caracteriza por áreas rojas, sin puntos o placas blancas removibles, frecuentemente localizado en el paladar, carrillo y dorso de la lengua (aspecto liso).

**Queilitis Angular (Estomatitis Comisural):** Se presenta como fisuras o grietas, eritema o ulceración de la comisura labial (4,9). Puede presentarse durante los períodos iniciales y en el VIH progresivo, algunas veces en conjunto con Xerostomía. El padecimiento puede ser asintomático o asociarse a dolor, ardor o irritación. El diagnóstico generalmente se puede realizar por su aspecto clínico, pero se puede complementar por frotis y tinción de PAS o empleando métodos biopsicos (3, 5,7).

A nivel bucal, la infección es superficial afectando la región externa de los labios y la piel que los rodea, pero en pacientes con compromiso del sistema inmune, como es el caso de individuos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la infección puede extenderse al sistema digestivo, bronquios y pulmones o a otros órganos.

Las manifestaciones bucales son variables, pero la forma más frecuente es la pseudomembranosa, los grupos de edad que más se afectan son: los recién nacidos (5%), los pacientes con cáncer (5%), los ancianos debilitados (10%), se presenta en más de la mitad de los pacientes con leucemia y en el 70% de los pacientes infectados por el VIH o que sufren (SIDA)

Schmidt-Westhausen et al.<sup>4</sup> en 1997 describieron lesiones en mujeres HIV infectadas y determinaron la asociación de las lesiones orales con el nivel de inmunosupresión y la ruta de transmisión. La candidiasis se presenta más en casos de conteo bajo de CD4.

Greenspan J.S.<sup>5</sup> en 1997 nos describe a la candidiasis pseudomembranosa y a la Leucoplasia vellosa como las lesiones más comunes en pacientes HIV y SIDA; con una correlación entre la caída de CD4 y la progresión de la enfermedad.

Varios tipos de bacterias se han vinculado con las infecciones bucales en pacientes con SIDA. Las más comunes se manifiestan en forma de enfermedades periodontales.

En pacientes seropositivos el establecimiento de la enfermedad periodontal es muy precoz y rápido, puede ir desde una gingivitis específica y leve hasta una periodontitis severa y rápidamente progresiva.

En la literatura se describen tres tipos de formas de Enfermedad Periodontal:

**Gingivitis asociada al VIH o Gingivitis Linear o Eritema Gingival Linear** que se caracteriza por una banda eritematosa en todo el trayecto de la encía marginal de 2 a 4 mm de ancho, especialmente por vestibular con leve dolor y fácilmente sangrante. También se describe el eritema difuso y punteado. El punteado gingival puede involucrar por completo a la encía adherida. Esta gingivitis es una precursora de la periodontitis.

**Gingivitis Necrosante asociada al VIH** Se caracteriza por encías hiperémicas, hemorragias espontáneas, dolores agudos, rápida progresión de la enfermedad y úlceras en estadios necróticos.

Esta condición está asociada a una supresión severa del sistema inmune, con recuento celular de CD4 por debajo de 100 células / mm<sup>3</sup> y puede ser precursora de la periodontitis ulcerativa necrosante. (1)

**Periodontitis asociada al VIH** tiene todas las características de la gingivitis, aunque es más frecuente el eritema difuso que el punteado, además de graves manifestaciones de dolor profundo, sangramiento gingival, necrosis de los tejidos blandos y destrucción rápida de la unión periodontal, (4) puede haber exposición del hueso subyacente. La movilidad dentaria puede ser profunda con riesgo de pérdida de los dientes.

La gingivitis ulcero necrosante asociada al VIH fue descrita por Cleringhouse on Oral Problems Related to HIV, en 1991; como una ulceración generalizada o localizada, necrosis con o sin destrucción de la papila interdientaria cubierta con una membrana fibrinosa. El uso del término GUN debe limitarse a aquellas lesiones que involucran sólo tejido gingival sin pérdida de inserción periodontal.

La característica diferencial con respecto a otras entidades patológicas periodontales le viene atribuida por tener lugar en un hospedero que presenta alteradas sus resistencias frente a las entidades bacterianas patogénicas.

Si bien se consideraba la GUN como entidad patológica contagiosa, hoy en día se le cataloga como enfermedad no transmisible en humanos por las vías de contacto habituales excepto en individuos susceptibles por su situación de inmunocompromiso.

En los pacientes portadores de VIH / SIDA se pueden observar otras infecciones que involucran a la boca, tales como la criptococosis que es una infección micótica crónica que afecta a pacientes inmunocompetentes, así como a inmunosuprimidos. La infección se adquiere por inhalación de las esporas del hongo, de allí que el órgano primariamente afectado sea el pulmón, a partir del cual se puede diseminar a otras partes del organismo, especialmente al sistema nervioso central y en forma ocasional a la piel y mucosa de la boca (12, 17, 22,25).

La incidencia de criptococosis se ha incrementado con la pandemia del SIDA y se considera a esta entidad como el factor predisponente del 80 al 90% de las infecciones criptococósicas.

Cuando la infección está limitada a los pulmones se espera un buen pronóstico, sin embargo cuando el hongo se detecta en piel o en mucosas, se debe sospechar una diseminación hematógica, ya que muy raramente corresponden a una lesión primaria. Las lesiones en mucosa oral son extremadamente raras. Los casos con lesiones orales han sido reportados principalmente en paciente con SIDA.

Las lesiones orales de criptococosis son extremadamente raras y se han reportado mayormente en pacientes con SIDA que sufrían de criptococosis diseminada. Lynch y Naftolin reportaron en 1987 el primer caso de criptococosis de cavidad oral en una persona con SIDA.

La infección se manifestó como una úlcera de 1 cm. de diámetro marcadamente indurada con bordes elevados, ubicada en la porción lateral derecha de lengua. Adicionalmente, presentaba múltiples placas de sarcoma de Kaposi en el paladar y en piel (24,25).

Glick et al. en 1987, reportaron un caso de criptococosis oral en un paciente con criptococosis sistémica diseminada, cuyas lesiones intraorales se describieron como dos úlceras localizadas en la parte media posterior y en la parte media anterior del paladar duro, siendo ambas de bordes elevados, eritematosas e induradas.

En cortes histológicos con H-E el criptococo casi siempre aparece incoloro y es difícil de identificar. Con la tinción de PAS el citoplasma del hongo aparece de color rojo brillante.

La coloración de mucicarmín colorea la cápsula criptocócica de rojo o rosado, esta característica se considera patognomónica para el diagnóstico aún cuando el cultivo sea negativo. Con las coloraciones de plata y Gram la apariencia del hongo puede ser confundida con otros microorganismos (8,12).

En los pacientes portadores de VIH / SIDA se pueden observar otras infecciones bacterianas que involucran a la boca, pero por no ser de las manifestaciones más frecuentes no las desarrollaremos.

También se han observado infecciones por varios virus como: Virus Epstein Barr (VEB), Virus Herpes Simple (VHS), Virus Herpes Zóster (VHZ), Citomegalovirus, Papilomavirus Humano.

Leucoplasia Velloso o Leucoplasia Pilosa está relacionada con la inmunosupresión provocada por esta enfermedad, lo que se corrobora por la presencia ocasional de LP en pacientes con inmunosupresión no SIDA. En 1984 Guenspan y col. describieron esta nueva lesión en patología bucal.

La LP es una mancha blanca de superficie corrugada y forma pliegues, arrugas o de orientación vertical. Esta lesión no se elimina por el raspado y tiene el aspecto en su superficie de pequeños mechones de pelos, característica por la cual toma su nombre. Se localiza fundamentalmente en el borde lateral de la lengua, puede ser unilateral o bilateral, también se puede extender a la cara dorsal o ventral de la lengua y ocasionalmente se puede hallar en otros sitios de la mucosa bucal.

La LP es asintomática, aunque algunos pacientes sufren molestias leves por la aspereza o rugosidad de la superficie de la lesión. Esta manifestación es una indicación temprana de supresión del sistema inmune, su importancia radica en su valor predictivo.

Virus del Herpes Simple las manifestaciones clínicas en los pacientes infectados por VIH son diferentes a aquéllas en pacientes no infectados.

En pacientes VIH positivos, estas lesiones pueden ocurrir en cualquier parte de la boca especialmente el paladar, labios y áreas alrededor de la boca; generalmente son de 0.5 a 3.0 mm de diámetro. Las úlceras son profundas, dolorosas y pueden persistir por varias semanas y hasta meses, siendo muy frecuentes las recidivas.

Puede acompañarse de neuralgias del trigémino o parálisis facial periférica. Una infección mucocutánea por el VHS de más de 30 días de duración en un paciente seropositivo al VIH es confirmativa de SIDA. El diagnóstico se realiza llevando a cabo el raspaje citológico pertinente y técnicas de cultivo apropiado. El Virus del Herpes Simple (VHS) no es una de las infecciones que forman parte del diagnóstico oficial de SIDA.

Papilomavirus Humano (PVH), desempeñan una función importante en un rango de enfermedades, particularmente en varios tipos de verrugas y en proliferaciones mucosas.

Hasta el momento se han reconocido 60 tipos diferentes de PVH entre los procesos bucales relacionados con el PVH en las personas que están infestadas con el VIH se encuentra la hiperplasia epitelial focal, el papiloma, la eritroplasia, la leucoplasia, el carcinoma in situ, el condiloma acuminado y la verruga vulgar.

El carcinoma de células escamosas es una neoplasia que ocurre raramente en paladar, y aparece más frecuentemente en varones entre la 6.<sup>a</sup> y 8.<sup>a</sup> década de la vida, su etiología es variable.

Actualmente y como resultado de estudios epidemiológicos y biológicos se ha conocido la conexión entre infección por virus del papiloma humano y lesiones escamosas de cavidad oral y tracto respiratorio superior, mientras que otros estudios llegan a demostrar la presencia de virus del papiloma humano en aproximadamente el 50% de los carcinomas de células escamosas e hiperplasias orales, fundamentalmente los denominados tipos de alto riesgo (HPV-16 y HPV-18). (12, 5, 8,3).

Histológicamente corresponden a fragmentos de mucosa escamosa procedente de paladar, en los que se identifica una neoplasia epitelial maligna constituida por nidos y cordones sólidos de células epiteliales escamosas con atipias nucleares, citoplasma eosinófilos y moderada actividad mitótica.

Algunas células neoplásicas muestran halos claros perinucleares el tumor infiltra el estroma con marcada respuesta desmoplásica y reacción inflamatoria crónica.

Está bien establecido que los pacientes con SIDA desarrollan diferentes infecciones a nivel de la mucosa oral, las cuales pueden presentarse como lesiones únicas o combinadas correspondientes a pápulas, placas, úlceras o agrandamientos de apariencia tumoral que pueden ser dolorosos o indoloros.(8,5,2,1)



Cuando estas lesiones presentan una textura granular y micro ulceraciones, se debe plantear en primera instancia una infección granulomatosa producida por hongos o bacterias específicas. En todos estos casos el diagnóstico correcto se debe basar en la toma de biopsias representativas para realizar un minucioso estudio microscópico utilizando además de la coloración de H-E, tinciones especiales para identificar al microorganismo.

Sarcoma de Kaposi es la neoplasia intraoral más relacionada con el SIDA. Se encuentra más comúnmente en el paladar y la gíngiva, otros autores lo describen también en mucosa de los carrillos, nariz, faringe y amígdalas.

Las lesiones en etapas tempranas se presentan planas, azul púrpura o rojo púrpura, coloración que no blanquea con la presión, en estadios tardíos las lesiones se vuelven nodulares y elevadas, éstas al progresar se pueden ulcerar y se asocian con dolor y sangramiento.

EL SK es un tumor multifocal y los pacientes también pueden tener manifestaciones en piel de las extremidades, tórax o piel de la cara.

Algunos autores han relacionado la patogénesis del SK con el Citomegalovirus CMV), además de intervenir otros elementos La incidencia del SK ha disminuido, inicialmente era del 35 al 40 % de los pacientes con SIDA, hoy en día es de 14 %, en Cuba es baja un 2,7 %. Usualmente, las características clínicas del SK son tan típicas, que si se presentan en un paciente con riesgo de estar infectado por el VIH, lo definen, aunque el estudio histopatológico es imprescindible.

De la misma manera que en la tuberculosis, las características clínicas del sarcoma de Kaposi asociado al SIDA muestran diferencias con las que ocurren en los individuos más inmunocompetentes. En el SIDA, el SK es típicamente multifocal con lesiones diseminadas en piel y mucosa oral, así como extensión a ganglios linfáticos, tracto gastrointestinal, pulmones y otros órganos. (10, 12,7).

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 GENERAL:**

Caracterizar las lesiones orales en pacientes diagnosticados con sida en el departamento de Patología del Hospital Roosevelt.

#### **3.2 ESPECIFICOS:**

3.2.1 Describir los diferentes tipos de lesiones histológicas en pacientes con sida.

3.2.2 Correlacionar el tipo de lesión oral con los hallazgos macroscópicos encontrados en dichas lesiones

## **IV. MATERIALES Y METODOS**

### **IV.I TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo ya que se tomaron a los pacientes diagnosticado con sida que presentaron lesiones orales en el periodo de enero a octubre en el departamento de patología.

### **IV.II POBLACION**

Pacientes diagnosticados con sida que presentaron lesiones orales durante el periodo de enero a octubre del 2010

### **IV.III SUJETOS DE ESTUDIO**

Pacientes diagnosticados con sida que presentaron lesiones orales

### **IV.IV CÁLCULO DE LA MUESTRA**

Se tomaron pacientes diagnosticados con sida que presentaron lesiones orles que estuvieron hospitalizados en el departamento de medicina interna, consulta externa de infecciosas, maxilofacial y dermatología del hospital Roosevelt.

### **IV.V CRITERIOS DE INCLUSION**

Se incluyeron a todos los pacientes que presentaron lesiones orales diagnosticadas con sida

### **IV.VI CRITERIOS DE EXCLUSION**

Se excluyó a los pacientes diagnosticados con sida que presentaron lesiones orales en los cuales la muestra fue mal tomada y/o procesada

#### IV.VII DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo De Variable	Escala De Variable	Unidad De Medida
Lesión Oral	Alteración Orgánica o Funcional Del Tejido De La Cavityad Oral	Macroscópicamente Lesión Viral De Bordes Irregulares Hiperemicas Lesión Bacteriana Bordes Delimitados Eritematosa Difusa O Punteada Lesión Por Hongos Ulceras De Bordes Irregulares De Color Blanco Amarillento	Cualitativa	Nominal	Si Presenta Lesión No Presenta Lesión
Criterios Patológicos	Alteraciones Características Citológicas Evaluadas En Microscopio	Macroscópicamente Lesión Viral con presencia de células las cuales presentan Núcleo En Pasa Con halo claro en citoplasma Lesión Bacteriana presencia de Infiltrado Inflamatorio Crónico Y Agudo Detritus Celulares Lesión Por Hongos se observa la presencia de estructuras Levaduriformes, Hifas Y Micelos	Cualitativa	Nominal	Si Presenta Lesión No Presenta Lesión

#### **IV.VIII INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

Se diseñó una boleta de recolección de datos, ya estructurada la cual consta con la información que se deseó obtener de las lesiones orales conteniendo los apartados siguientes: edad, sexo, procedencia, características macroscópicas de la lesión, tamaño, forma, color y localización de la lesión oral. (ver anexo N.1)

#### **IV.IX PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS**

En base al instrumento de recolección de datos y con totalidad de los mismos se ingresó la información obtenida al programa Excel en donde se utilizaron graficas de columnas de tres y tablas de 2X2 se tabularon y se reportaron los resultados obtenidos de esta manera se obtuvo la discusión, análisis y conclusiones del estudio.

#### **IV.X ASPECTOS ETICOS**

Se solicitaron los permisos necesarios para la obtención de datos en los distintos departamentos, los datos personales obtenidos en cada caso fueron de carácter confidencial y únicamente se utilizaron para cumplir con los objetivos de la investigación.

#### **IV.XI RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS**

##### **MATERIALES**

Expedientes de pacientes de la consulta externa de los departamentos de Medicina interna, Infecciosas, Maxilofacial y Dermatología del Hospital Roosevelt, computadora, Internet, papel, impresiones.

##### **HUMANOS**

Investigador, asesor, revisor.

## V. RESULTADOS

**TABLA No.1**

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON LESIONES ORALES CON DIAGNOSTICO VIH/SIDA, SEGÚN SEXO, EDAD Y LUGAR DE PROCEDENCIA. GUATEMALA ENERO-OCTUBRE 2010 HOSPITAL ROOSEVELT.**

SEXO	EDAD						PROCEDENCIA	
	< 20	21-30	31-40	41-50	51-60	> 60	URBANO	RURAL
<b>MASCULINO</b>	13	23	14	13	2	10	50	30
<b>FEMENINO</b>	14	16	10	9	7	0	32	20
<b>SUBTOTAL</b>	27	39	24	32	9	10	82	50
<b>TOTAL</b>	141						141	

Fuente: Hoja de recolección de datos

**TABLA No.2**

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON LESIONES ORALES CON DIAGNOSTICO VIH/SIDA, SEGÚN SEXO, TIPO DE LESIÓN Y TRANSMISIÓN. GUATEMALA ENERO-OCTUBRE 2010 HOSPITAL ROOSEVELT.**

SEXO	TIPO DE LESION			TRANSMISION		
	VIRAL	BACTERIANA	HONGOS	SEXUAL	DESCONOCE	PARENTERAL
<b>MASCULINO</b>	25	34	21	66	10	0
<b>FEMENINO</b>	15	32	14	45	20	0
<b>SUBTOTAL</b>	40	66	35	111	30	0
<b>TOTAL</b>	141			141		

Fuente hoja de recolección de datos

**TABLA No.3**

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON LESIONES ORALES CON DIAGNOSTICO VIH/SIDA, SEGÚN SEXO, CARACTERISTICA CLINICA Y TAMAÑO DE LA LESIÓN. GUATEMALA ENERO-OCTUBRE 2010 HOSPITAL ROOSEVELT.**

SEXO	TIPO DE LESION					TAMAÑO DE LA LESION MM	
	CANDIDA	HERPES	GINGIVITIS	ULCERA MENOR	ABSCESO	0.5-0.9	1 cm
<b>MASCULINO</b>	21	20	7	33	2	59	21
<b>FEMENINO</b>	16	10	6	24	1	49	12
<b>SUBTOTAL</b>	37	30	13	57	3	108	33
<b>TOTAL</b>	141					141	

Fuente: Hoja de recolección de datos.

**TABLA No.4**

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON LESIONES ORALES CON DIAGNOSTICO VIH/SIDA, SEGÚN SEXO, LOCALIZACIÓN Y NUMERO DE LESIONES ORALES PRESENTES. GUATEMALA ENERO-OCTUBRE 2010 HOSPITAL ROOSEVELT.**

SEXO	TOPOGRAFIA DE LA LESION					NUMERO DE LESIONES	
	ENCIAS	PALADAR BLANDO	MUCOSA INTERNA DE LABIO	REGION ANTERIOR LENGUA	MUCOSA EXTERNA DE LABIO	UNICA	MULTIPLES
<b>M</b>	12	19	17	26	10	34	36
<b>F</b>	12	19	7	9	12	53	18
<b>SUBTOTAL</b>	24	38	24	35	22	87	54
<b>TOTAL</b>	141					141	

Fuente: Hoja de recolección de datos

**TABLA No.5**

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON LESIONES ORALES CON DIAGNOSTICO VIH/SIDA, SEGÚN SEXO, BORDES, PROFUNDIDAD Y COLOR DE LA LESIÓN. GUATEMALA ENERO-OCTUBRE 2010 HOSPITAL ROOSEVELT.**

SEXO	BORDES DE LA LESION		PROFUNDIDAD DE LA LESION		COLOR DE LA LESION		
	REGULAR	IRREGULAR	PROFUNDA	SUPERFICIAL	ROJO	BLANCA AMARILLENTA	BLANCA
<b>MASCULINO</b>	22	44	34	34	27	30	17
<b>FEMENINO</b>	43	32	31	42	28	27	29
<b>SUBTOTAL</b>	65	76	65	76	55	57	46
<b>TOTAL</b>	141		141		141		

Fuente: Hoja de recolección de datos.

**TABLA No.6**

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON LESIONES ORALES CON DIAGNOSTICO VIH/SIDA, SEGÚN SEXO, SERVICIO HOSPITALARIO Y TIEMPO DE DIAGNOSTICO. GUATEMALA ENERO-OCTUBRE 2010 HOSPITAL ROOSEVELT.**

SEXO	SERVICIO				TIEMPO DIAGNOSTICO 2-10 AÑOS
	DERMATOLOGIA	MAXILOFACIAL	MEDICINA INTERNA	INFECTOLOGIA	
<b>M</b>	7	12	37	22	84
<b>F</b>	11	15	12	25	66
<b>SUBTOTAL</b>	18	27	49	47	
<b>TOTAL</b>	141				141

Fuente: Hoja de recolección de datos



## VI. DISCUSION Y ANALISIS

Se obtuvo como resultado de la investigación un total de 141 pacientes que fueron diagnosticados con sida 75 pertenecieron al género masculino (53%) y 56 al sexo femenino (47%), resultados que se correlacionan con un estudio transversal de 3,293 registros de diagnósticos histopatológicos de un laboratorio de patología bucal.

El grupo etareo más afectado que el ubicado en el rango de 21 a 30 años de edad con un 28%(38/141) coincide con numerosos reportes que señalan que los más afectados por el sida son personas jóvenes en plena edad reproductiva (17,18). Respecto al lugar de procedencia la urbana presento una mayor prevalencia con 58% (82/141).

Entre las lesiones orales, la de tipo bacteriana constituyo la forma mas frecuente representando un 47% (66/141), seguida por las de tipo viral con un 28% (40/141). Referente a la vía de contagio la que reporto mayor incidencia fue la sexual 78% (110/141) y un 22% (31/141) reportaron que desconocían la manera en que se contagiaron, resultados que se correlacionan con un estudio preliminar y exploratorio realizado en el año 2003 en donde la vía de transmisión más frecuente fue la sexual con un 84,3%. (34).

Con respecto a las lesiones orales identificadas en el presente trabajo, por topografía se encontró que un 25% se situó en el paladar blando (36/141) y según características se encontró que la lesión única de bordes irregulares y de color blanco amarillento tuvo un 40% (57/141). La ulcera menor constituyo la forma más frecuente de lesión oral representando un 40% (57/141), seguida por candidiasis oral 26% (37/141), herpes labial 21% (30/141), resultados semejantes a un estudio previo en mujeres embarazadas en donde la manifestación bucal observada con mayor frecuencia fue la gingivitis seguida de candidiasis. (21,23)

## **VI.I CONCLUSIONES**

V.I.I El estudio reveló que el género más afectado por Sida fue el sexo masculino.

V.I.II En relación a la edad, la de mayor frecuencia fue la segunda y tercera década de vida.

V.I.III El mayor porcentaje de los participantes afectados por Sida fueron de procedencia urbana, la vía de contagio fue sexual.

V.I.IV Se encontró una variedad importante de alteraciones histopatológicas benignas.

V.I.V Con relación a la caracterización de las lesiones orales de tejidos blandos destacaron en primer lugar las de tipo bacteriano, observando úlcera menor, gingivitis, absceso, seguida por las de tipo viral, mostrando herpes labial y por últimos las micóticas, candidiasis oral.

V.I.VI Respecto a la topografía la mayor parte de las lesiones se encontraron en cavidad bucal las más frecuentes fueron en paladar blando, región anterior de la lengua, mucosa interna del labio, encías y la mucosa externa del labio.

V.I.VII Aunque el diagnóstico definitivo de las lesiones orales se realiza por medio del estudio histopatológico no se debe restar importancia al diagnóstico clínico.

V.I.VIII A diferencia de los estudios ya referidos, este aporta elementos importantes para futuras investigaciones como es el comparativo de diagnósticos clínicos con histopatológicos y la clasificación de las lesiones basadas en su etiopatogenia.

## **VI.II RECOMENDACIONES**

VI.II.I Conforme se realicen más estudios de las lesiones histopatológicas en el hospital Roosevelt se tendrá una realidad más acertada, servirá para actualizar planes de estudio y fortalecer las actividades de diagnóstico, tratamiento y prevención en la práctica profesional

VI.II.II Se debe de realizar un protocolo en el cual se registren datos generales, conteo de CD4, describir características, localización anatómica y tamaño de la lesión y notificar al departamento de patología si se deben de realizar tinciones especiales para patologías específicas todo esto a beneficio del paciente.

VI.II.III Realizar e incorporar programas para mejorar el cuidado dental de los pacientes con sida, en el que se incluyan exámenes orales periódicos para monitorizar la progresión de su enfermedad y para aliviar los síntomas de las enfermedades oportunistas

## VII. BIBLIOGRAFIA

**1. Candidiasis oral en pacientes seropositivos al VIH y casos SIDA. Aspectos clínicos, micológicos y terapéuticos** Dra. Luz Marina Prieto Santa Anna,<sup>1</sup> Dra. María Teresa Illnait Zaragozí,<sup>2</sup> Dra. Edna G. Ramos Rodallegas,<sup>3</sup> Dr. Bonfilio Lazcano Herrero,<sup>1</sup> Dra. Norma Márquez Sánchez,<sup>4</sup> Dra. Nereyda Cantelar de Francisco,<sup>5</sup> Dr. Julián Manzur Katriba<sup>6</sup> y Dr. Gerardo Martínez Machín<sup>7</sup> Rev Cubana Med Trop 2006;58(3):

**2. Criptococosis gingival en un paciente con SIDA Gingival Croptococcosis in a patient with AIDS** Wilson A. Delgado Azañero<sup>1,2</sup>; Leopoldo Meneses Rivadeneira<sup>1,2</sup>; Eduardo Gotuzzo Herencia<sup>2</sup>; Beatriz Bustamante<sup>2</sup> Rev. Estomatol. herediana v.14 n.1-2 Lima ene./dic. 2004

**3. Candidiasis bucal y VIH - Presentación de un caso clínico** Medicina Estomatológica Material proporcionado por: Dra. Vilma Tovar de Araujo Cátedra de Clínica Estomatológica. Servicio de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas. e-mail: [vyلماتovar@cantv.net](mailto:vyلماتovar@cantv.net) Servicio de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas 'Dra. Elsa La Corte' (SAPEI). Facultad de Odontología.

**4. DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA RELACIÓN ENTRE INFECCIONES OPORTUNISTICAS Y MANIFESTACIONES BUCALES EN NIÑOS VIH/SIDA** María Elena Guerra\*; Vilma Tovar; Lucila Blanco. Centro de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas VOLUMEN 44 N° 3 / 2006

**5. Detección de papilomavirus humano (HPV) en carcinoma epidermoide de paladar en paciente HIV positivo** Margarita Gimeno, César Lacruz, José Ignacio Salmerón<sup>1</sup>, Julio Acero<sup>1</sup> *Servicio de Anatomía Patológica y <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Maxilofacial. 91 586 85 68. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Vol. 35 n.32002.*

**6. Espectro de las manifestaciones orales de VIH/SIDA en la región de Perm (Rusia) e identificación de lesiones orales linguales ulceronecrotizantes inducidas** Olga S. Gileva (1), Marina V. Sazhina (2), Evgenja S. Gileva (3) , Andrey V. Efimov (3), Crispian Scully (4). Recibido: 14-12-2002 Aceptado: 02-03-2003 Med Oral 2004;9:212-5. © Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1137 – 2834 Med Oral 2004;9:212-5. Sida en Rusia / AIDS in Russia

**7 .Efecto de los tratamientos antirretrovirales en las manifestaciones orales de los pacientes VIH+** Jané-Salas E.\* , Chimenos-Küstner E.\*\* , López-López J.\*\* , Roselló-Llabrés X.\* , Ocaña-Rivera I.\* Profesor Asociado de Medicina Bucal, Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona. \*\* Profesor Titular de Medicina Bucal, Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona. \*\*\* Profesora Titular de Medicina Interna, Facultad de Medicina (Unidad Vall dHebron), Universidad Autónoma de Barcelona. Avances en Odontoestomatología *versión impresa* ISSN 0213-1285 Av odontoestomatol v.22 n.6 Madrid nov.-dic. 2006.

**8. Enfermedades oportunistas. Experiencias en la población sudafricana con SIDA Hospital Clínicoquirúrgico “Cmdte. Manuel Fajardo”** Dr. Roberto Larrea Fabra<sup>1</sup> y Dra. María del Carmen Roque Acosta<sup>2</sup> Rev Cubana Med 2007;46(3).

**9. Infección por papiloma virus (HPV) en “carcinoma *in situ*” en un paciente con sida: a propósito de un caso clínico **AUTORES** Zulema Casariego (1), Susana Micinquevich (2), MaríaA. Gómez (3).(1) Profesora Académica de Patología y Clínica Estomatológica, Profesora Académica de Farmacología y Terapéutica Aplicadas. **MEDICINA ORAL VOL. 7 / N.o 2 MAR.-ABR. 2002** Medicina Oral 2002; 7: 84-8**

**11. Infecciones micóticas oportunistas en pacientes con VIH/SIDA** ÁNGEL GONZÁLEZ<sup>1,2</sup> ÁNGELA MARÍA TOBÓN<sup>1,3</sup> Infectio 2006; 10(4): 279-288 Infectio 2006; 10(4): 279-288

**12. INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA CANDIDIASIS OROFARÍNGEA ASOCIADA CON LA INFECCIÓN POR VIH EN ADULTOS Y NIÑOS** Manifestaciones orales en niños con VIH/SIDA hospitalizados en el Servicio de Infectología del Instituto de Salud del Niño Drs. Guillermo Solís(1), María Castillo(2), Rosario Torres(3) Folia Dermatológica Peruana - Vol. 11 N°. 2 Agosto 2000.

**13. Infecciones no odontogénas y SIDA en cirugía bucal** Hita P, Infante P, Torres D, Gutiérrez JL Autores: Pilar Hita Iglesias Alumna del Master de Cirugía Bucal. Universidad de Sevilla Dr. Pedro Infante Cossío Profesor Asociado de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla Facultativo Especialista del Área del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío 21 Hita Secib On Line: ISSN 1697-7181 Año 2005 –Volumen 1 –Páginas 11 – 25.

**14. Manifestaciones Bucales E Infecciones Oportunistas Mas Frecuentes Encontradas En 208 Pacientes Con Infeccion Por VIH/Sida** Tovar Vilma, Cátedra de Clínica Estomatológica, Maestría en Medicina Estomatológica, Servicio de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas, Jefe del SAPEI.

**15. MANIFESTACIONES BUCALES DE LA INFECCION VIH/ SIDA AUTORES** Dra. Ileana García Rodríguez (1) Dra. María Isabel Garay Crespo (1) Dra. Laritza Hernández Falcón (1) **Revista Médica Electrónica 2006;28 (6)** Bucal manifestations of HIV/AIDS infection.

**16. Manifestaciones estomatológicas en pacientes VIH/SIDA Odontología** Sanmarquina Lorena Elvira Garibay Rodríguez<sup>1</sup>, Luis Cisneros Zárate<sup>2</sup> Artículo de Revisión Odontol. Sanmarquina 2007; 10(1): 39-40 Recibido : 23-04-2007

**17. Medicina y Patología Oral / Oral Medicine and Pathology** Infección por micobacterias en VIH/SIDA / *Mycobacterial infection in HIV/AIDS* Recibido / Received: 13-06-2004 Aceptado / Accepted: 5-11-2004.

**18. PREVALENCIA DE CANDIDIASIS BUCAL EN PACIENTES VIH/SIDA: ESTUDIO RETROSPECTIVO** Tovar V. Profesora Agregado. Jefe del Servicio de Atención de Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas (SAPEI) de la Facultad de Odontología. UCV Recibido para arbitraje:28/04/2003 Aceptado para publicación: 29/05/2003

**19. Prevalencia y factores relacionados con la presencia de manifestaciones orales en pacientes con VIH/SIDA,** Cali, Colombia\* Elisa María Pinzón, OD, Mag Epidemiol<sup>1,2</sup>, Sonia Marlene Bravo, OD, Mag Epidemiol Fabián Méndez, MD, PhD<sup>3</sup>, Gail Mildred Clavijo, OD<sup>1</sup>, Miguel Evelio León, OD Colombia Medica Universidad del Valle 1657-9534 Versión online.

**20. Prevalencia de lesiones bucales en pacientes VIH +, relación con contaje de células CD4+ y carga viral en una población Venezolana** Inés María Bravo 1, María Correnti 2, Laura Escalona 3, Marianella Perrone 4, Aubert Brito 1, Vilma Tovar 5, Helen Rivera 6 (1) Estudiante postgraduado del Programa de Medicina Oral. Profesor Agregado, Jefe del Laboratorio de Genética Molecular, Instituto de Oncología y Hematología, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Jefe del Laboratorio de Inmunología, Instituto de Investigaciones Odontológicas (3) Profesor Asociado de la Cátedra de Periodoncia. Jefe de la Unidad Clínica, Instituto de Investigaciones Odontológicas (4) Profesor Titular, Coordinadora de Investigación Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela. Jefe del Laboratorio de Microbiología, Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-6946

**21. Sarcoma de Kaposi en cavidad oral en 25 pacientes con SIDA** Ana Carvajal, Adayza Figueredo, Morella Rebolledo, Ana María Cáceres, Napoleón Guevara, María Eugenia Landaeta, Ramón Martínez, María Josefina Núñez Servicio de Enfermedades Infecciosas del Adulto y Servicio de Radioterapia del Hospital Universitario de Caracas (HUC) Caracas – Universidad Central de Venezuela- UCV. Venezuela.

**22. Úlcera de lengua como presentación del *Histoplasma capsulatum*** E J Carbó Amoroso\*, M G Díaz\*, D Federico\*, M V Guardati\*, M A Reyes\*\*, J Weidmann\*\*\*, M Eletti\*\*\*\*, E Méndez\*\*\*\*\*, M Nardín\*\*\*\*\* y J L Iribas Rev. argent. dermatol. v.89 n.2 Ciudad Autónoma de Buenos Aires abr./jun. 2008. Rev Argent Dermatol 2008; 89: 112-118.

**23. Úlcera lingual como signo único de infección recurrente por micobacteria en un paciente con VIH/SIDA** Velia Ramírez Amador (1), Gabriela Anaya Saavedra (2), Imelda González Ramírez (3), Juan Luis Mosqueda Gómez (4), Lilly Esquivel Pedraza (5), Edgardo Reyes Gutiérrez (6), Juan Sierra Madero (7) Medicina y Patología Oral Recibido y aceptado 5-11-2004 pags. 109-114.

**24. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA GINGIVITIS ULCERO NECROSANTE Y SU RELACIÓN CON EL VIH/SIDA** VOLUMEN 45 N° 3 / 2007 Od. Sabrina Simeone Giordano. Odontólogo U.C.V. Od. Cesar D. Castillo Amature. Odontólogo U.C.V. Recibido para arbitraje: 08/03/2006 Aceptado para publicación: 04/04/2006.

**25. Úlcera de la mucosa oral Una manifestación infrecuente de tuberculosis pulmonar** Llorente Arenas EM Fernández Liesa R Sevil Navarro J Maltrana García JA Fraile Rodrigo J Servicio de Otorrinolaringología Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

## VII. ANEXOS

### ANEXO No. 1

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

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

F: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_

Procedencia: Urbana: \_\_\_\_\_ Rural: \_\_\_\_\_

Vía de Transmisión: \_\_\_\_\_

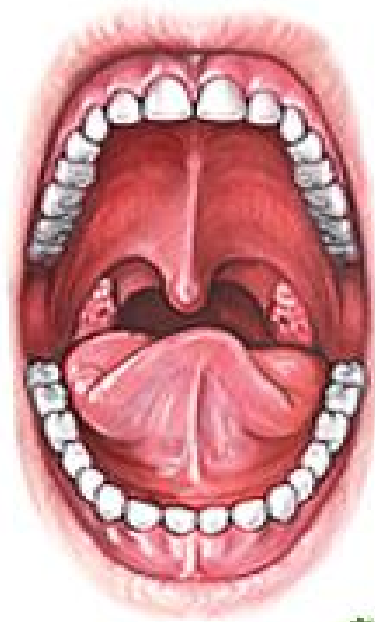
Tiempo de Diagnostico: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

**Característica de la lesión:**



Localización:  
Tamaño:  
Color:  
Bordes:  
Profundidad:



ADAM

## **ANEXO No. 2**

### **HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **INTRODUCCION**

Por medio del presente estudio se le solicitara su participación ya que se llevará a cabo una investigación sobre las lesiones orales más frecuentes en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que se encuentran ingresados en este hospital así como pacientes que asistan a la consulta externa de Infecciosas, Maxilofacial y Dermatología. El propósito de este consentimiento es que participe de manera voluntaria y así conocer las lesiones más comunes presentadas por los pacientes infectados por el virus ayuda a tener armas para protegernos así como atender a estos pacientes con mayor calidad y calidez.

#### **ANTECEDENTES**

En las últimas dos décadas han incrementado considerablemente los pacientes infectados por el VIH/SIDA, y cada día aumenta la pandemia de este virus, se desconocen las lesiones orales que principalmente podrían dar un indicio de que se está tratando con un paciente infectado por VIH/SIDA.

El conocer este tipo de lesiones nos podrá orientar en que estadio de la enfermedad se encuentra el paciente, que tratamiento está indicado para las lesiones, ya que las estadísticas reportan que entre el 60 y 90 % de la población infectada por el VIH/SIDA presenta lesiones en cavidad oral. Debido a estas lesiones podemos tener el conocimiento del estado inmunológico del paciente en base al recuento de linfocitos CD4 que son las células más afectadas por el VIH.

---

**Caracterización de lesiones orales en pacientes diagnosticados con Sida.  
Dra. Verónica Quijivix. Hospital Roosevelt.**

El propósito de dicho estudio es conocer con qué frecuencia se presentan lesiones orales y cuáles de ellas son más frecuentes.

El estudio es de tipo descriptivo, el tiempo en que se llevara el estudio es de los meses de Enero a Octubre del año 2010. Los pacientes que participaran en el estudio serán todos aquellos que se

El propósito de su participación es que permita examinar la lesión oral que presente y realizarle un examen a dicha lesión, el cual consiste en realizar una medida de la lesión, toma de biopsia (toma de pequeño fragmento de tejido de la lesión), raspado o hisopado a la lesión que se encuentre en la cavidad bucal, este fragmento de lesión será sometido a diversos procesos los cuales permitirán visualizarlo por medio de un microscopio y así poder describir que agente (virus, bacteria, hongo) produjo la lesión. Participaran en la investigación todos aquellos pacientes diagnosticados con VIH-Sida que se encuentren ingresados en este hospital así como pacientes que asistan a la consulta externa de Infecciosas, Maxilofacial y Dermatología. Si la toma de biopsia (toma de pequeño fragmento de tejido de la lesión) es mal tomada o es mal procesada estará excluido de la investigación.

Los riesgos, molestias o efectos adversos que pueda presentar al momento de realizar la toma de biopsia (toma de pequeño fragmento de tejido de la lesión), raspado o hisopado son mínimos estos son dolor y sangrado de la lesión. Si los llegara a presentar se le brindara atención medica y si lo desea podrá retirarse de la investigación.

El beneficio que obtendrá el participante es de poder obtener los resultados de las lesiones orales que presenten así como recibir el tratamiento indicado para dichas lesiones.

---

**Caracterización lesiones orales de en pacientes diagnosticados con SIDA.  
Dra. Verónica Quijivix. Hospital Roosevelt.**

Su participación debe de ser totalmente voluntaria, puede negarse a participar en esta investigación o retirarse en el momento que usted lo desee, esto no afectara en su atención médica cuando lo necesite.

No habrá ningún tipo retribución monetaria. Todos los datos personales que aporte en esta investigación son totalmente confidenciales no se divulgaran será revisado únicamente por personal médico y el comité de ética.

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACION:** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

**(EN EL CASO DE UN ANALFABETA)**

**NOMBRE DE TESTIGO** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE QUIEN OBTUVO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

**FECHA** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

---

Caracterización de lesiones orales en pacientes diagnosticados con SIDA. Dra. Verónica Quijivix. Hospital Roosevelt.

## PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede el permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "CARACTERIZACION DE LESIONES ORALES EN PACIENTES CON SIDA" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.