

“Relación de la frecuencia de manifestaciones bucales asociadas a pacientes VIH-SIDA que están dentro del programa de Terapia Antirretroviral comparados con pacientes VIH-SIDA que no están dentro del Programa de Terapia Antirretroviral, atendidos en el Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras), de Coatepeque, Quetzaltenango”.

Tesis presentada por:

BROSLY LORENA VELÁSQUEZ CALDERÓN

Ante el Tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que practicó el Examen General Público, previo a optar al Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, Noviembre de 2006

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DECANO	Dr. Eduardo Abril Gálvez
VOVAL I	Dr. Sergio García Piloña
VOCAL II	Dr. Juan Ignacio Asensio Anzueto
VOCAL III	Dr. César Mendizábal Girón
VOCAL IV	Br. Juan José Aldana
VOCAL V	Br. Leopoldo Raúl Vesco
SECRETARIA	Dra. Cándida Luz Franco Lemus

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

DECANO	Dr. Eduardo Abril Gálvez
VOCAL I	Dr. Juan Ignacio Asensio Anzueto
VOCAL II	Dr. Luis Alberto Barillas Vásquez
VOCAL III	Dra. Ana Patricia Hernández Gallardo
SECRETARIA	Dra. Cándida Luz Franco Lemus

ACTO QUE DEDICO

A Dios:

Por todas las bendiciones recibidas día con día, gracias Padre por tu amor infinito.

A la memoria de mi madre:

Concepción Calderón de Velásquez.

Gracias, mami porque tu presencia siempre ha estado conmigo en todo momento, te amo.

A mi padre:

César Augusto Velásquez Morales.

Gracias, papi por todo lo que me ha dado y por su amor.

A mi esposo:

José Carlos Flores Estrada.

Mil gracias mi lindo, por todo tu amor, tu ternura, tus cuidados y por estar conmigo siempre en todos los momentos de mi vida, te amo y lo logramos.

A mis hermanos:

Erick y Ana Lucía, los quiero mucho y gracias Pandi por compartir tantos momentos conmigo.

A mis tíos y tías:

Con mucho cariño, en especial a Mario Calderón Guerrero, Vilma Avila, Antonio Calderón Guerrero y Miriam de Calderón muchas gracias por todo su apoyo.

A mis abuelitos:

Julia, Ciriaco y Celso con mucho cariño siempre los recordaré, a Isabel Guerrero la quiero mucho.

En especial a:

Myrna Estrada, gracias viejita por su amor y por estar siempre conmigo en todos estos momentos y por ser tan especial la quiero mucho.

Esperanza Cuyún, gracias Sita por todo su cariño y apoyo incondicional.

A mis primos:

Con todo mi cariño, los quiero mucho en especial a Marito, Toni, Fito y Chiqui.

A mis sobrinos:

Erick y María José con mucho amor.

TESIS QUE DEDICO

A mi patria Guatemala

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

A la Facultad de Odontología

A las Doctoras Cándida Franco Lemus y Miriam Samayoa Sosa, gracias por su apoyo y asesoría.

A mis catedráticos e instructores

A mis amigos y amigas en especial a Susi Garzazo, Karla Somarriba.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis intitulado **“Relación de la frecuencia de manifestaciones bucales asociadas a pacientes VIH-SIDA que están dentro del programa de Terapia Antirretroviral comparados con pacientes VIH-SIDA que no están dentro del Programa de Terapia Antirretroviral, atendidos en el Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras), de Coatepeque, Quetzaltenango”** conforme lo demandan los Estatutos de la Facultad Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Quiero manifestar mi agradecimiento a las Doctoras Cándida Luz Franco Lemus y Miriam Samayoa Sosa por su asesoría, apoyo y confianza.

Y ustedes distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador acepten mi más altas muestras de respeto.

INDICE

Sumario	1
Introducción	3
Antecedentes	4
Plantamiento del Problema	5
Justificación	7
Revisión de Literatura	8
Objetivos	29
Variables	30
Materiales y Métodos	37
Resultados	42
Discusión de resultados	69
Conclusiones	72
Recomendaciones	73
Alcances y limitaciones	74
Bibliografía	75
Anexos	78

SUMARIO

En este estudio se investigó la relación de la frecuencia de manifestaciones bucales asociadas a pacientes VIH-SIDA que se encuentran dentro del programa de terapia antirretroviral comparados con pacientes VIH-SIDA que no se encuentran dentro del programa de terapia antirretroviral, atendidos en el Proyecto Vida (Médicos Sin Fronteras) de Coatepeque, Quetzaltenango. Se estudió una población de 150 pacientes dividida en dos grupos, 75 pacientes que tenían terapia antirretroviral y 75 que no tenían terapia antirretroviral, a quienes se les realizó un examen clínico de la cavidad bucal, que consistía en inspección visual, palpación intrabucal y extrabucal de tejidos blandos, siguiendo los lineamientos establecidos por el departamento de diagnóstico de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Los hallazgos encontrados indican que en los dos grupos estudiados no existe diferencia marcada respecto a la presencia de manifestaciones bucales, 72 pacientes presentaron manifestaciones bucales en el grupo **sin terapia antirretroviral** y 71 pacientes presentaron manifestaciones bucales en el grupo **con terapia antirretroviral**; mientras que la presencia de 2 ó 3 manifestaciones fue más marcada en el grupo **sin terapia antirretroviral**. En relación a estos hallazgos se debe tomar en cuenta aspectos como la carga viral de los pacientes, conteos de linfocitos CD4, el estadio clínico de la infección que presentan los pacientes.

En los **pacientes VIH-SIDA sin terapia antirretroviral** se encontró una distribución de 9 pacientes en estadio **A**, en estadio **B** 44 pacientes y en estadio **C** 22 pacientes; mientras que en los **pacientes con terapia antirretroviral** en el estadio **A** solo se observó 1 paciente, en el estadio **B** 29 pacientes y en el que hubo más pacientes fue en el estadio **C** ya que se encontraron 45 pacientes. Estos datos indican que los pacientes con terapia antirretroviral presentaban estadios más avanzados de esta enfermedad, lo que contribuye a la rápida evolución del progreso de la infección por VIH-SIDA más que en el grupo sin terapia antirretroviral. En ambos grupos se establecieron diferencias respecto al número de manifestaciones bucales, según el estadio en que se encontraban los pacientes.

La frecuencia de las diferentes manifestaciones bucales se presentó de la siguiente manera: en **pacientes sin terapia antirretroviral** candidosis pseudomembranosa (8%), leucoplasia vellosa (7%), gingivitis (12%) y periodontitis (32%). En los **pacientes con terapia antirretroviral** se encontró

candidosis eritematosa (4%), xerostomía (4%), gingivitis (40%) y periodontitis (28%). Los problemas periodontales en ambos grupos se pueden atribuir al compromiso inmunológico, además se asocian con el escaso conocimientos que presentaron estos pacientes sobre los cuidados básicos que deben de tener, ya que los pacientes estudiados no tenían hábitos higiénicos adecuados y la mayoría son de escasos recursos económicos.

Respecto al uso de antirretrovirales se encontraron 3 grupos distintos de terapia antirretroviral aplicada a los pacientes dependiendo de las necesidades que presenta cada uno y de los efectos secundarios que los medicamentos producen.

El presente estudio coincide con publicaciones extranjeras ^(10,13) donde se hace referencia que la terapia antirretroviral mejora la calidad de vida de los pacientes que viven con esta enfermedad, pero debemos tomar en cuenta que es importante conocer datos como carga viral, conteo de linfocitos CD4, individualizar a cada paciente para recibir su tratamiento según sus necesidades, y hacer énfasis en que el paciente debe colaborar al máximo para garantizar un mejor resultado de su tratamiento.

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH, representa uno de los obstáculos más grandes que ha tenido que enfrentar la humanidad a finales del siglo XX e inicios del XXI ⁽⁹⁾. Desde la primera aparición de esta patología en 1,984 el VIH ha afectado hasta la fecha a más de 50 millones de personas en todo el mundo, con más de 15 millones de personas fallecidas hasta el año 2,001 ⁽⁹⁾. En Guatemala se han reportado más de 3,500 casos de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). La diseminación de esta epidemia (SIDA) entre la juventud y mujeres en edad reproductiva debe poner en alerta a las personas para conocer la forma de transmisión, prevención así como la detección de ésta para enfrentarla, ya que incluye a personas de todos los niveles socio-económicos del país ⁽⁹⁾.

Las manifestaciones bucales de la infección por VIH son un componente fundamental de la progresión de la enfermedad y ocurre en aproximadamente 30 a 40 % de la población de pacientes afectados. Los factores que predisponen a la aparición de lesiones bucales incluyen conteos de linfocitos TCD₄ menores de 200 células / mm³, una carga viral mayor de 3000 copias/ml, xerostomía, higiene oral pobre y el hábito de fumar entre otros ^(8, 13). La prevalencia global de las manifestaciones bucales asociadas al VIH ha cambiado desde el advenimiento de la terapia antirretroviral altamente activa (HAART), en donde estudios recientes en Estados Unidos indican una reducción de manifestaciones bucales de un 47.6 % antes de la terapia HAART a 37.5 % en la era HAART ^(10, 13).

En el presente estudio se describen las distintas manifestaciones bucales de pacientes VIH-SIDA, así como el papel que desempeña el odontólogo en el diagnóstico de dichas manifestaciones para disminuir el riesgo de transmisión y la incidencia de las mismas, así como el uso que tiene la terapia antirretroviral en esta patología. Se evaluaron y compararon un total de 150 pacientes divididos en dos grupos iguales de 75 pacientes cada uno, atendidos en el Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) de Coatepeque, Quetzaltenango durante el mes de octubre del 2,004; de los cuales un grupo estaba dentro del programa de terapia antirretroviral y el otro no lo estaba.

ANTECEDENTES

En relación al VIH-SIDA autores como David A. Reznik, Chistine O'Daniels, Grenspan D, reportan que la prevalencia global de las manifestaciones bucales ha cambiado desde el advenimiento de la terapia antirretroviral, ya que un estudio observó una reducción de manifestaciones bucales de un 47.6% antes de la terapia a un 37.6% en la era HAART ^(10,13) .

Toralla de León, Oscar S. en un estudio intitulado “Prevalencia y caracterización de lesiones bucales en pacientes VIH positivos y con SIDA que acude a la clínica estomatológica de la Asociación Gente Nueva (Cuidad de Guatemala), durante el período de enero a agosto del año 2,002 en la ciudad de Guatemala reportó la prevalencia de lesiones como candidosis eritematosa y pseudomembranosa, leucoplasia vellosa (38.45%), aftas orales y enfermedades periodontales (gingivitis (40%) y periodontitis (28%) entre otras en una población guatemalteca⁽¹⁵⁾.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La infección del VIH-SIDA es una pandemia (epidemia que tiene lugar en una gran extensión geográfica y que afecta generalmente una importante proporción de la población), actualmente se calcula que 22 millones de adultos aproximadamente, están infectados por VIH en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que desde el comienzo de esta pandemia, han nacido más de 2.6 millones de niños con VIH. Las perspectivas para los próximos años indican que habrá entre 40 y 100 millones de individuos con VIH ⁽⁵⁾.

Aunque la epidemia de VIH/SIDA en Guatemala ha sido calificada de menor magnitud, el SIDA es un problema que va en aumento entre los 11.5 millones de personas que habitan el país. El Ministerio de Salud Pública de Guatemala anunció que los mayores índices de transmisión de VIH en la actualidad se observan en zonas urbanas, y que la epidemia está concentrada especialmente en la población de 20 a 34 años de edad ⁽¹⁶⁾. Han transcurrido en Guatemala más de dos décadas luego de la primera descripción del SIDA y aún representa un verdadero desafío diagnóstico ⁽¹⁾. La proporción de la infección del VIH hombre mujer era de 7:1 en 1984 y, en la actualidad es de 2.5:1 ^(4,5).

Cualquier paciente con infección por VIH con recuento de linfocitos TCD4 < 200/ul sufre, por definición, de SIDA independientemente de que presente o no los síntomas de varias enfermedades oportunistas. La enfermedad por el VIH tiene un amplio espectro que oscila desde la infección asintomática y la latencia clínica hasta la enfermedad clínicamente avanzada. ^(4,5)

Entre los tratamientos actuales para la infección por VIH se menciona la “**terapia antirretroviral**”. En la actualidad hay 11 medicamentos aprobados y se clasifican en cuatro grupos según su estructura química: inhibidores de las proteasas (Nelfinavir, Ritonavir, Saquinavir, Indinavir), inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (Zidovudina AZT, Didanosina ddI, Zalcitabina ddC, Estavudina d4T, Lamivudina 3TC, Abacavir), inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (Nevirapina, Efavirenz), inhibidores de la transcriptasa inversa análogo de nucleótidos (Tenofovir), este último se encuentra todavía en investigación clínica ⁽⁴⁾.

La terapia antirretroviral mejora la calidad de vida de los pacientes VIH-SIDA, puede aplicarse al inicio o en etapas intermedias de la infección. Consecuentemente se espera una reducción de las manifestaciones bucales asociadas al SIDA: Micóticas (Candidosis), Bacterianas (Gingivitis y Periodontitis), Virales (Herpes y Leucoplasia Velloso), Neoplásicas (S. Kaposi) otras

(Xerostomía). También aumenta la supervivencia del paciente, aumenta los linfocitos TCD4, provocando una reestructuración del sistema inmunológico y una disminución de la carga viral en el plasma⁽⁴⁾.

Por lo anterior y tomando en cuenta la alta incidencia de VIH SIDA en Guatemala^(1, 5), surgió la inquietud de realizar un estudio para determinar ¿Cuál es la frecuencia de manifestaciones clínicas bucales en pacientes VIH-SIDA que están dentro del programa de terapia antirretroviral comparado con pacientes VIH-SIDA que no están atendidos en el Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) de Coatepeque, Quetzaltenango ? Es importante identificar también ¿ Qué relación existe entre la combinación de antirretrovirales utilizados por los pacientes, el estadio clínico, los hallazgos clínicos bucales según su tiempo de uso ? y al igual describir ¿Cuál es la distribución por sexo, localización, edad más afectada de los pacientes VIH-SIDA?

JUSTIFICACIÓN

El VIH SIDA representa un problema de salud pública a nivel mundial (pandemia) por lo que es de suma importancia para los prestadores de servicios de salud, que tienen relación con pacientes VIH-SIDA, reconocer las manifestaciones bucales clínicas relacionadas con la infección por VIH (Candidosis bucal, Gingivitis y Periodontitis, Herpes simple, Leucoplasia vellosa, Sarcoma de Kaposi, Xerostomia, entre otras), ya que las mismas pueden ser las primeras manifestaciones bucales clínicamente detectables que pueden orientar al diagnóstico de dicha enfermedad. En otros casos la aparición de alguna de ellas en las distintas etapas de la enfermedad pueden marcar una tendencia respecto a la progresión del síndrome.

Los medicamentos más recetados para pacientes VIH-SIDA son los antirretrovirales, estos conducen a una reducción muy importante de las complicaciones clínicas y a un aumento en la supervivencia del paciente, basándose en el principio fundamental de la terapia antirretroviral que consiste en suprimir la replicación del VIH-1 con la finalidad de evitar que el sistema inmunológico continúe deteriorándose y que se recupere, con ello se consigue evitar la progresión clínica (reducción en la incidencia de manifestaciones bucales y neoplasias asociadas al SIDA). Actualmente el uso de la terapia antirretroviral es uno de los más recomendados en pacientes VIH-SIDA; el costo oscila entre 8,000 y 10,000 quetzales por paciente mensualmente, lo que conlleva al poco acceso de los pacientes a este tipo de terapia ^(4, 6).

En Guatemala se reportan 40,000 personas infectadas con VIH, de las cuales solo 4,086 casos de SIDA habían sido registrados por el Ministerio de Salud Pública. Instituciones internacionales como la Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo Internacional (USAID) donó 3.7 millones de dólares para apoyar proyectos que beneficien a este tipo de pacientes en países en vías de desarrollo como Guatemala ⁽¹⁷⁾. Con base a lo anterior es necesario realizar investigaciones como la que aquí se propone y poder contar con información necesaria sobre la evolución de la enfermedad, especialmente lo que se refiere a la cavidad bucal y pacientes tratados con antirretrovirales que pueda ser tomada en cuenta para implementar programas de tipo promocional, preventivos y de atención en salud bucal dirigidos a la población guatemalteca dentro de su contexto sociopolítico y cultural; así como también servir de apoyo bibliográfico y poder ayudar al estudiante de pregrado y al personal de salud en general.

REVISIÓN DE LITERATURA

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH)

El VIH es una partícula esférica con un diámetro de 80 a 110 nanómetros. Consta de tres capas concéntricas: una capa interna que contiene un nucleoide con forma de cono truncado, formado por el ARN del virus; una capa intermedia, que es la nucleocápside icosaédrica y una tercera capa exterior o envoltura, que es una doble capa de lípidos, donde se insertan las glicoproteínas del virus, y que contiene una alta concentración de proteínas celulares. Se trata de un retrovirus, un organismo cuyo material genético está contenido en una molécula de ARN en lugar de ADN pertenece a la subfamilia de lentivirus ⁽⁴⁾.

La característica más importante de este virus es la riqueza de genes y proteínas reguladoras, que condicionarán la complejidad de la interacción virus-célula. De acuerdo con el análisis filogenético de su secuencia, el VIH se clasifica en tres grupos distintos M, N y O. Los grupos O y N son minoritarios y se han descrito solamente en África. El grupo M (de main = principal) se subdivide en 10 subtipos denominados de la A - K. En América Central, del Sur y Caribe predomina el subtipo B ^(4,5).

CICLO DEL VIRUS DEL VIH

El virus infecta principalmente a los linfocitos CD4 y los macrófagos. Una vez que ha penetrado en el organismo, el VIH se une a la célula por medio de las glicoproteínas de la envoltura, la gp120 y la gp41, especializada para reconocer de forma específica a los receptores CD4 presentes en la membrana de la célula a la que va a infectar. Luego se produce un proceso de fusión entre la membrana del virus y de la célula, lo que permite la internalización del virus dentro de esta célula ⁽²²⁾. Recientemente se han descubierto otras estructuras celulares denominadas correceptores, involucrados en la unión y en el paso del VIH al interior de la célula.

La primera etapa del proceso de reproducción consiste en la transformación del ARN viral en ADN viral, que es la base de toda información genética para fabricar nuevas partículas del VIH, que posteriormente se integrarán en el ADN de la célula infectada. La información genética del VIH es un ARN de cadena única constituido por 2 hebras idénticas que posee diferentes genes encargados de codificar distintas proteínas. Los tres genes principales son comunes a todos los retrovirus y son los que

se denominan gag (de grupo), pol (polimerasas), y env (envoltura). El gen pol da lugar a tres enzimas: Transcriptasa Inversa, Integrasa y Proteasa ⁽²²⁾.

La transcriptasa inversa es una enzima presente en el virus y su función es convertir el ARN en ADN, luego el ADN del virus (provirus), se integra en el ADN de la célula infectada, proceso catalizado por la integrasa viral y allí permanece hasta que en determinadas condiciones, es activado por la producción de nuevas partículas virales. La integración del provirus en el genoma de la célula huésped infectada es indispensable para la replicación del virus.

Una vez integrado en el material genético de la célula, el provirus será transmitido, junto con el ADN celular a todas las células hijas que tendrán origen de esa célula infectada.

En la fase final de replicación del VIH, el nuevo virus se libera de la célula infectada a través de la fase de maduración, se transforma en la partícula viral definitiva, capaz de infectar a otras células. El proceso de maduración se produce gracias al trabajo de la proteasa, la enzima viral que permite que se formen las proteínas necesarias para que madure el virus ⁽²²⁾.

TRANSMISIÓN DEL VIH.

El virus del VIH es frágil, sobrevive muy mal y muy poco tiempo fuera de un organismo, se ha encontrado principalmente en la sangre, el espermatozoides, flujo vaginal, leche materna de las personas infectadas. Las vías de transmisión más comunes son: relaciones sexuales, uso compartido de agujas e instrumentos contaminados, transfusiones sanguíneas, de la madre infectada al hijo (transmisión vertical).

DETECCIÓN DEL VIRUS DEL VIH

La presencia del VIH sólo puede establecerse de modo definitivo por métodos de laboratorio, debido que las manifestaciones clínicas aunque sugerentes, son inespecíficas en cualquier estadio de la enfermedad. Las pruebas de laboratorio utilizadas para reconocer las infecciones por retrovirus humanos pueden clasificarse en **directas** (si detectan el virus o uno de sus componentes) e **indirectas** (ponen en evidencia los anticuerpos producidos por el organismo como reacción a la presencia del virus).

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

- Síndrome: conjunto de síntomas y signos.
- Inmunodeficiencia: debilitamiento importante del sistema inmunitario.
- Adquirida: no hereditaria, sino debida a un virus (adquirido) contraído por el enfermo durante su vida.

La diferencia entre la infección por el VIH y el SIDA es que una persona puede estar infectada por el virus y vivir muchos años sin problemas de salud, y el SIDA es la etapa más grave y final de la infección.

ETAPAS DE LA INFECCIÓN POR EL VIH

La infección evoluciona por etapas, en las cuales la persona puede volver a un estado más o menos normal. Actualmente junto al tratamiento contra enfermedades oportunistas, existen medicamentos como la terapia antirretroviral que atacan directamente al VIH y que producen una disminución de su presencia en la sangre (carga viral). Estos medicamentos mejoran la calidad y la duración de vida de las personas infectadas, dando una nueva perspectiva a la evolución de la infección.

1.Primoinfección o período de ventana:

En las semanas que siguen a la infección, algunas manifestaciones del tipo pseudogripal o mononucleósicas pueden presentarse en el 20 y 30% de las personas infectadas. Las demás no experimentarán ningún síntoma. Se habla entonces de primoinfección. Las personas infectadas empezarán a fabricar anticuerpos contra el VIH que podrán detectarse con pruebas serológicas entre 3 semanas y 6 meses después de la infección. Las personas entonces se vuelven seropositivas ⁽²²⁾.

2.Período asintomático:

En esta fase de la infección, pasado un tiempo, en algunas personas pueden aparecer manifestaciones clínicas, pero la mayoría de afectados no presentan ningún síntoma, aunque si pueden transmitir el virus.

El período asintomático va desde los 6 meses hasta los 10 años o más; varía desde menos de 5 años, cuando se trata de transmisión vertical (madre-hijo), de 5 a 8 años quienes lo adquieren por vía transfusional, hasta 10 a 12 años en la mayoría de personas o más de 15 en el grupo denominado “progresores lentos”⁽⁹⁾.

Entre algunos meses y 10 años después de la primoinfección del VIH, pueden encontrarse manifestaciones clínicas persistentes en el 20% de las personas infectadas. Las principales manifestaciones son: Aumento del volumen de los ganglios de forma duradera (más de 3 meses) en distintos lugares del cuerpo, pérdida de peso superior al 10% del peso corporal, fiebre, sudoración, herpes, diarrea, bajo porcentaje de linfocitos T4.

3.SIDA

Es la forma grave de la infección por VIH. Si coinciden ciertas manifestaciones clínicas y análisis serológicos (determinadas infecciones oportunistas, recuento de defensas, carga viral, etc.) que sólo se producen cuando el sistema inmunitario está fuertemente deteriorado se habla de que la persona afectada está enferma de SIDA.

Cualquier paciente con infección por VIH con recuento de linfocitos T4 < 200/ul sufre por definición SIDA independientemente de que presente o no los síntomas de varias enfermedades oportunistas. La enfermedad por el VIH tiene un amplio espectro que oscila desde la infección asintomática hasta la enfermedad clínicamente avanzada^(4,5).

El SIDA presenta 3 grupos de síntomas: infecciones oportunistas, algunos cánceres, otras manifestaciones. Las manifestaciones bucales asociadas a infecciones oportunistas se clasifican en Micóticas (Candidosis), Bacterianas (Gingivitis y Periodontitis), Virales (Herpes y Leucoplasia Velloso), Neoplásicas (S. Kaposi), Otras (Xerostomía)⁽⁴⁾.

Categorías clínicas de la infección por el VIH en pacientes con SIDA.

Estadio 1 OMS (Asintomático)

- Asintomático.

Estadio 2 OMS (Síntomas menores)

- Pérdida de peso menor del 10 %
- Manifestaciones mucocutáneas menores
- Infecciones recurrentes del tracto respiratorio superior
- Herpes zoster en los últimos 5 años

Estadio 3 OMS (Síntomas más severos)

- Postrado en cama menos del 50% del día durante el último mes por enfermedad
- Pérdida de peso mayor del 10%
- Diarrea crónica inexplicable por más de 1 mes
- Candidosis oral
- Candidosis vulvovaginal por más de 1 mes o con mala respuesta al tratamiento
- Leucoplasia oral vellosa
- Tuberculosis pulmonar en el último año
- Neumonía bacteriana severa (repetida)
- Otras infecciones bacterianas severas (miositis, enfermedad inflamatoria pélvica)

Estadio 4 de la OMS (Caso que define SIDA)

- Postrado en cama más del 50% del día durante el último mes por enfermedad
- Síndrome consuntivo o de desgaste
- Criptococosis extrapulmonar
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*
- Toxoplasmosis cerebral
- Encefalopatía, demencia, Leucoencefalopatía multifocal recidivante (LMP)
- Cándida en esófago, tráquea, bronquios o pulmones
- Criptosporidiasis con diarrea por más de 1 mes
- Isosporidiasis con diarrea por más de 1 mes
- Tuberculosis extrapulmonar (diseminada)
- Linfoma
- Herpes simple mucocutáneo por más de 1 mes o visceral
- Micobacteriosis atípica extrapulmonar (diseminada)

- Septicemia por Salmonella no tífica
- Cualquier micosis endémica diseminada (histoplasmosis, coccidiomicosis)
- Sarcoma de kaposi
- Enfermedad citomegálica de órganos que no sean hígado, bazo o ganglio linfático

Otros (Clasificación CDC)

- Linfadenopatía generalizada persistente
- Carcinoma de cervix invasivo
- Displasia cervical/carcinoma in situ
- Neuropatía periférica
- Púrpura trombocitopénica
- Angiomatosis bacillar

PRECAUCIONES ESTOMATOLÓGICAS

El riesgo de transmisión de ciertas enfermedades durante procedimientos relacionados con el tratamiento odontológico, ha cobrado mucho interés en los últimos años. Es imposible conocer a ciencia cierta si un paciente es portador de un proceso infeccioso, por lo tanto, todo paciente debe considerarse como posible transmisor de infecciones, por lo que debe atenderse bajo las máximas condiciones clínicas que prevengan la contaminación del odontólogo y de otros pacientes. El contagio en el caso del SIDA puede establecerse por contacto directo con la sangre o por contacto indirecto con instrumentos, equipo y superficies ambientales contaminadas ⁽⁸⁾.

Las medidas de control se pueden medir de varias formas, y a su vez, se pueden dividir en generales y específicas. Entre las generales podemos citar los programas de educación y divulgación, ya sea a través de la televisión, radio prensa o charlas educativas en la consulta o salón de espera y el control de las donaciones de sangre a través de la prueba ELISA ⁽⁸⁾.

Dentro de las medidas específicas en estomatología deben considerarse las siguientes:

- Uso de elementos aisladores; guantes, mascarilla, lentes, lavado de manos antes y después del tratamiento.
- Manejo de instrumentos punzo-cortantes; agujas, bisturís, alambres y tijeras que deben manipularse con cuidado para evitar accidentes.
- Esterilización de instrumentos; es otro aspecto que debe considerarse dentro de las medidas de control de SIDA, es decir que todo instrumento que se utilice debe ser esterilizado, ya sea con autoclave o calor seco ⁽⁸⁾.

MANIFESTACIONES BUCALES ASOCIADAS A LA INFECCIÓN POR VIH.

Clasificación de las manifestaciones bucales asociadas al VIH ^(2, 3):

1. Micóticas

- Candidosis:
 - Seudomembranosa
 - Atrófica
 - Queilitis angular
 - Hiperplásica
- Histoplasmosis
- Criptococosis
- Geotricosis

2. Bacterianas

- Gingivitis atípica
- Periodontitis asociada al VIH
- Estomatitis necrosante Complejo Mai (*Micobacterium avium intracellulare*)
- Estomatitis por *Klebsiella*

3. Virales

- Herpes simple
- Leucoplasia vellosa
- Herpes Zoster
- Verrugas

4. Neoplásicas

- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma de Hodking

5. Otras

- Úlceras aftosas recurrentes
- Púrpura trombocitopénica idiopática
- Crecimiento de las glándulas salivales (mayores)
- Xerostomía

MICÓTICAS

La infección micótica más frecuentemente asociada al VIH es la candidosis bucal, se observa en más de la mitad de los pacientes y en todas las etapas de la enfermedad. Se observan tres clases: la Candidosis Eritematosa, la Pseudomembranosa y la Queilitis Angular ^(11, 13, 14).

En muchas ocasiones, la candidosis bucal se asocia con afección esofágica que puede producir disfagia, pérdida de peso y malnutrición. Las especies del hongo de mayor prevalencia encontradas son la *Cándida albicans* la más común, *Cándida glabrata* relacionada con la variante eritematosa, *Cándida tropicalis* es menos frecuente.

La candidosis bucal muy rara vez ocurre si el recuento de células CD4 se encuentra por encima de 500. Los episodios son más comunes a medida que el recuento se acerca a 100. Si el recuento de CD4 está por debajo de 50 más difícil de tratarla ^(12, 14).

Formas clínicas

Las principales formas clínicas de la candidosis bucal en la infección por VIH son:

Candidosis Eritematosa (Atrófica)

Se presenta como una lesión sutil roja y plana, bien sea en la cara dorsal de la lengua acompañada de depilación y/o en el paladar blando o duro. El diagnóstico clínico se basa en la apariencia de la lesión, tomando en cuenta el historial médico y el estatus viral del paciente ⁽¹³⁾. En la infección por VIH el tipo eritematoso precede a la variedad pseudomembranosa.

Candidosis pseudomembranosa

Se presenta como placas blanquecinas semiadheridas a la mucosa bucal, labial, mucosa palatina, lengua y otras superficies; y cuando se remueve con una gasa o bajalenguas deja una superficie roja o sangrante. El diagnóstico se basa en la apariencia clínica tomando en cuenta el historial médico del paciente. La afección es usualmente aguda, pero sin tratamiento persiste por varios meses y adopta un curso crónico. Hay una mayor prevalencia en paladar blando, duro y mucosa de carrillo tanto en hombres como en mujeres en ARC (Complejo relacionado entre personas infectadas) y pacientes con SIDA ⁽²⁾.

Según un estudio realizado por el Dr. Toralla en Guatemala el 10.26 % de pacientes VIH-SIDA presentan esta manifestación ⁽¹⁵⁾.

La preparación de hidróxido de potasio, el cultivo del hongo o la biopsia pueden ser útiles para obtener un diagnóstico preciso. El tratamiento deberá basarse en tratar la infección mediante terapia tópica (nistatina, clotrimazol), utilizados en los casos de medianos a moderados; y terapia sistémica (fluconazol), en los casos severos ^(13, 14).

Candidosis hiperplásica

Está caracterizada por placas blancas que no pueden removerse con una gasa o un bajalenguas. La localización habitual es la mucosa de labios y carrillos, en esta última ubicación la hemos visto en varios pacientes con SIDA.

En borde de lengua puede encontrarse candidosis hiperplásica y confundirse el diagnóstico con leucoplasia vellosa. Una prueba terapéutica con antifúngicos y un frotis o biopsia confirman el diagnóstico.

BACTERIANAS

Gingivitis asociada al VIH

Generalmente llamada eritema gingival lineal. Se presenta como una lesión que afecta el margen gingival, la encía adherida y la mucosa alveolar. Se observa un eritema intenso en la encía marginal en un cuadrante o generalizado; 15% de los pacientes presentan hemorragia gingival al sondeo y 11% sangran espontáneamente. Los pacientes no responden al tratamiento convencional aunque pueden mejorar con el control de placa y buches de clorhexidina. Según un estudio realizado en Guatemala por el doctor Toralla se observa en el 17.5 % de los pacientes VIH ⁽¹⁵⁾.

Periodontitis asociada al VIH

Se observan las mismas características de la gingivitis pero además presenta otras manifestaciones como dolor intenso, hemorragia gingival, necrosis de los tejidos blandos y rápida destrucción de los tejidos de sostén. Es progresiva y no responde a la terapia convencional. El dolor es un síntoma importante en estos pacientes por esta causa consultan al odontólogo y puede preceder a las manifestaciones clínicas. No suele haber formación de bolsas porque la severa necrosis gingival coincide con pérdida ósea alveolar, la rápida progresión apical de esta necrosis puede dejar expuesto el hueso permitiendo la formación de secuestros. Suele ser una lesión localizada en un sector de la boca y afecta solo una cara de la pieza dentaria.

La lesión inicial o leve presenta evidencias de pérdida ósea, movilidad mínima y necrosis limitada a la cresta alveolar.

La forma moderada involucra la encía adherida con exposición del hueso subyacente y la movilidad es común.

En la forma severa se observa radiográficamente una extensa pérdida ósea, hay necrosis de tejido blando que deja el hueso expuesto más allá de la línea mucogingival.

VIRALES

Herpes simple

El virus del herpes simple no es una de las infecciones que forman parte del diagnóstico oficial del SIDA, sin embargo las personas infectadas con el VIH tienen mayores posibilidades de tener brotes herpéticos con mayor frecuencia ⁽⁷⁾. El 50% de los pacientes de los pacientes inmunocompetentes con primoinfección herpética sufren recidivas. El virus del herpes simple tipo 1 afecta la zona labio-oro-facial y el herpes tipo 2 afecta los genitales.

Cuando afecta la cavidad bucal, sobre todo en el área labial puede extenderse por la piel a otras zonas de la cara. La localización endobucal puede afectar el paladar duro y blando, la mucosa labial, mucosa del carrillo y hasta el dorso de la lengua.

El herpes mucocutáneo crónico de más de 1 mes de evolución en pacientes VIH positivos es criterio diagnóstico de SIDA, debe sospecharse ante una ulceración tórpida (de evolución lenta) en cualquier localización. Las lesiones suelen ser persistentes y tienen fuerte tendencia a la recidiva. La infección puede presentarse en distintas formas en algunos casos como vesículas arracimadas, sin embargo en otros casos como úlceras profundas y dolorosas ⁽⁴⁾.

En pacientes con infecciones mucocutáneas primarias o recurrentes suele administrarse en forma oral 200 mg de aciclovir 5 veces por día. La forma tópica suele ser útil en lesiones orales leves, combinada con administración oral. Si administrando aciclovir las lesiones no cicatrizan por varias semanas se deberá estudiar la lesión buscando otro diagnóstico (úlceras aftosas) o pensar en resistencia viral al aciclovir.

Leucoplasia vellosa

Esta condición es normalmente asintomática y no requiere tratamiento a menos que haya compromiso estético grave ⁽¹³⁾. Es causada por el virus de Epstein-Barr ⁽⁴⁾. Respecto a la prevalencia de esta lesión fue la más común (38.45 %) observándose principalmente un patrón bilateral en un 66 % según un estudio realizado por el Dr. Toralla ⁽¹⁵⁾.

Se presenta como placas blanquecinas que suelen tener una superficie espiculada o corrugada no removible, suele localizarse en los bordes laterales de la lengua, puede avanzar sobre la cara dorsal y a veces cubrirla totalmente. Es exclusiva de los pacientes VIH. Los pacientes que presentan esta patología mientras están en terapia HAART, pueden estar experimentando una falla en su actual régimen antirretroviral ⁽¹³⁾.

El 33% de los pacientes con esta patología desarrollan SIDA en 12 meses y el 66% a los 21 meses. La característica clínica de la lesión no influye sobre el tiempo de desarrollo del SIDA. La presencia de leucoplasia junto con herpes zoster en pacientes VIH positivos incrementa la predicción de desarrollo de SIDA en los pacientes.

Al ser un virus de la familia de los herpes, se ha utilizado el aciclovir y el ganciclovir. También se ha propuesto la aplicación local de vitamina A ácida al 0.1% 2 veces al día. Se ha descrito la regresión de la leucoplasia por terapia antirretroviral y con foscarnet sin embargo en la mayoría de los casos la lesión recidiva al suspender el tratamiento ⁽⁴⁾.

NEOPLASIAS

Sarcoma de Kaposi (SK)

El Sarcoma de Kaposi es la neoplasia o tumor más frecuente en pacientes con SIDA (6%). La relación hombre-mujer es aproximadamente de 50:1, suelen ser parejas de drogadictos o de bisexuales ⁽²¹⁾.

Se describe cuatro tipos:

- El Sarcoma de Kaposi Clásico, descrito originalmente por Kaposi.
- El Sarcoma de Kaposi Africano, endémico en este continente en sus formas cutáneas y linfadenopática.
- El Sarcoma de Kaposi Asociado a trasplante renal y otras inmunosupresiones.
- El Sarcoma Epidémico, vinculado con la infección de la inmunodeficiencia humana (VIH).

La apariencia clínica del sarcoma de kaposi puede ser macular, nodular o elevada y ulcerada, el color puede variar desde el rojo a púrpura. Las lesiones tempranas tienden a ser planas, rojas y asintomáticas y el color se va volviendo más oscuro cuando va aumentando el tiempo de la lesión. Con el progreso de la lesión esta puede interferir con las funciones normales de la cavidad bucal (dificultad para hablar y deglutir) y pueden ser dolorosas.. Se requiere una biopsia para un diagnóstico definitivo ⁽¹³⁾.

Dentro de sus localizaciones más frecuentes se encuentran, cara, cuello, zona superior del tórax, brazos, cabeza y mucosa palatina. Cuando evolucionan forman lesiones elevadas, nodulares que pueden tener dimensiones considerables ⁽⁴⁾.

En la cavidad bucal se inicia habitualmente en un sector lateral del paladar. Puede ser la primera y única manifestación de la enfermedad, por lo tanto a través de ella el odontólogo puede hacer el primer diagnóstico de SIDA. En el tratamiento se establecen métodos quirúrgicos, radioterapia, crioterapia o inyecciones intralesionales de diferentes compuestos (vinblastina, interferón alfa), de acuerdo a las necesidades del paciente ⁽²¹⁾.

OTRAS

Xerostomía

Es la queja más frecuente en el grupo de personas que viven con VIH. Los factores significativos en la presentación de xerostomía incluyen la enfermedad de glándulas salivales, el uso de medicamentos para el manejo de VIH y otras condiciones como el fumar y la carga viral mayor de 100,000 copias/ml⁽¹³⁾.

Se observa en el 90% de los casos tanto en varones como en mujeres con diferentes grados de estadios clínicos. Los pacientes presentan disminución de saliva, la mucosa pierde su apariencia aterciopelada se ve sin brillo, cuadros intermedios generalmente acompañados por queilitis, cuadros severos acompañados por candidosis pseudomembranosa.

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Antecedentes

El primer ensayo con un medicamento con actividad antirretroviral la zidovudina (AZT), un nucleósido análogo de la timidina se completó en 1,986, a partir de aquel momento se han precisado mas de 10 años para que se llegara a comercializar un total de 11 medicamentos con actividad frente al VIH⁽⁴⁾.

La comercialización en 1,996 de los inhibidores de la proteasa (IP), que coincidió con un cambio en la estrategia terapéutica (utilización de combinaciones potentes casi siempre de tres medicamentos o más) La posibilidad de monitorizar la respuesta terapéutica mediante la medición de la carga viral plasmática, representó una verdadera revolución en la terapia antirretroviral.

Indicaciones para iniciar la terapia antirretroviral

El principio fundamental de la terapia antirretroviral puede enunciarse así: suprimir al máximo la replicación del VIH-1 con la finalidad de permitir que el sistema inmunitario, no continúe deteriorándose y que se recupere. Con ello se consigue evitar la progresión clínica (reducción en la incidencia de infecciones oportunistas y neoplasias asociadas al SIDA) y aumentar la supervivencia del paciente⁽⁴⁾.

El tratamiento de la infección por VIH requiere una colaboración decidida y entusiasta por parte de los pacientes y el soporte de un equipo de personal interdisciplinario. Debe de incluir médicos muy especializados con capacidad para asimilar gran cantidad de información que cambia rápidamente y con acceso a laboratorios con posibilidad para medir carga viral y recuento de linfocitos T CD4 para dar un soporte técnico y médico adecuado ^(4, 5).

Si se consigue suprimir al máximo la replicación viral alcanzando cargas virales en plasma por debajo de los límites de detección (20-50 copias de ARN del VIH-1/ml) y mantener el tratamiento con buena adherencia, esta situación puede mantenerse al menos de 3-5 años y posiblemente más sin que se seleccione resistencia, mediante esta aproximación terapéutica, el sistema inmune se recupera a un ritmo más o menos constante.

La infección por VIH se puede modificar al reducir la carga viral plasmática por debajo de los límites inferiores de detección (LID) mediante la terapia antirretroviral altamente activa (HAART). Al igual es importante mencionar que estudios recientes mencionan que el pronóstico virológico de los pacientes cuya carga viral se sitúa por debajo de 20-50 copias/ml es mejor al de aquellos con 50-200 copias/ml ⁽⁴⁾.

Los principales marcadores indirectos de respuesta a la terapia son la reducción de la carga viral plasmática y el incremento de recuento de linfocitos CD4. La determinación de la carga viral debe realizarse como mínimo a los 6 meses de haberse iniciado la terapia con antirretrovirales y posteriormente cada 6 meses para comprobar que se mantiene el valor de menos de 50 copias /ml ^(4,5).

Proporción de pacientes que mueren a causa del SIDA en 6 años de seguimiento según diferentes valores de carga viral en plasma.

Carga viral (copias ARN/ml)	% de pacientes que progresan a SIDA
Menos de 500 copias /ml	0.9
501-3,000	6.3
3,001-10,000	18.1
10,001-30,000	34.9
Mayor de 30,000	69.5

La cuantificación de la carga viral en plasma es un buen indicador de la eficacia del tratamiento antirretroviral, ofrece la posibilidad de controlar la respuesta inicial a la terapia establecida y los cambios de esta durante el seguimiento de la misma, permitiéndole a los clínicos individualizar y optimizar cada terapia según las necesidades de los pacientes, es importante mencionar que cuantificaciones sucesivas de carga viral y de CD4 que muestren una tendencia progresiva y desfavorable son indicativas de fracaso terapéutico ^(4, 5).

La posibilidad de iniciar la terapia antirretroviral debe ser considerada y discutida con el paciente en cualquier situación. Es razonable insistir ante la existencia de síntomas clínicos asociados a la enfermedad por VIH cuando las cifras de linfocitos CD4 sea baja y cuando la carga viral sea alta (efectuar un mínimo de dos determinaciones separadas por un tiempo prudencial antes de tomar alguna decisión debido a la variabilidad intraindividual y al propio método).

Las principales razones para tratar a un paciente con infección reciente son impedir el deterioro del sistema inmunitario o restaurarlo rápidamente y de forma completa incluyendo la respuesta específica frente a los antígenos del VIH y en caso de que la terapia se suspenda, alcanzar una situación de equilibrio virológico en un nivel inferior al que se habría llegado de forma espontánea, con lo cual la evolución del paciente sería más lenta.

Si han pasado varias semanas desde el contagio, quizá lo más razonable fuera esperar unas semanas o meses más hasta que se establezca el nivel de equilibrio y entonces aplicar los criterios para el tratamiento inicial de la infección ya establecida ⁽⁴⁾.

En un paciente con una infección ya establecida, el inicio del tratamiento raramente es una urgencia (salvo que la primera manifestación del SIDA sea una infección oportunista cuyo pronóstico depende de la mejoría inmunológica) es aconsejable iniciarlo en la primera visita.

Recomendaciones para iniciar la terapia antirretroviral basadas en las manifestaciones clínicas, la cifra de linfocitos CD4⁺/ul y la carga viral plasmática (copias de ARN/ml)

Síntomas	CD4	Carga viral		
		< 5,000	5,000-30,000	> 30,000
Si		R	R	R
No	0-350	R	R	R
No	351-500	C	R	R
No	>501	E	C	R

C, considerar; E, esperar; R, recomendar.

Dentro de lo que podrían denominarse terapias recomendables, no hay datos que permitan establecer un orden de prioridades. Es necesario tener en cuenta la tolerancia, las interacciones, las ventajas e inconvenientes de cada terapia y también las preferencias de los pacientes y su estilo de vida. En los pacientes en situación muy avanzada (linfocitos CD4+<50-100 células/ul), con una carga viral basal muy elevada o en aquellos que precisen una rápida recuperación inmunológica, es posible que haya que considerar terapias muy potentes con más de tres medicamentos e incluso terapias que incluyan medicamentos de las tres familias, pero valorando siempre la potencial toxicidad, interacciones, aceptación por parte del paciente.

Ventajas y desventajas de las pautas de terapia antirretroviral inicial.

Terapias recomendadas	Ventajas	Desventajas
2 ITIAN + IP	Datos clínicos; Experiencia prolongada	Incomodidad Muchas pastillas Toxicidad a medio y largo plazo. Alternativa inválida con IP
2 ITIAN + 1 ITINN	Evita IP Pocas pastillas	Menor experiencia a largo plazo Alternativa inválida con ITINN
1-2 ITIAN + 2 IP	Potencia elevada Mejora la dosificación de los IP	Incomodidad Muchas pastillas con algunos regímenes Toxicidad a medio y largo plazo Alternativa inválida con IP

Terapia que puede considerarse 3 ITIAN	Evita IP e ITINN Pocas pastillas	Poca experiencia Puede invalidar alternativas con ITIAN
Terapias en proceso de evaluación 1-2 ITIAN + 1 ITINN + IP	Potencia elevada	Toxicidad potencial Inválida todas las alternativas futuras.

El objetivo de la terapia antirretroviral es aumentar la duración y la calidad de vida del paciente, mediante la máxima supresión de la replicación viral hasta niveles indetectables. Cuando sucede lo contrario nos encontramos ante un fracaso al tratamiento antirretroviral.

Los criterios específicos que deben inducir a considerar un cambio en el esquema de terapia inicial son: La detección repentina del virus en plasma después de una supresión inicial a valores indetectables (desarrollo de resistencias), cualquier aumento de la carga viral más baja registrada por el paciente confirmada con un segundo control, deterioro clínico del paciente (aparición de infecciones oportunistas recurrentes).

CARACTERÍSTICAS DE LOS ANTIRRETROVIRALES

Los medicamentos actualmente disponibles bloquean la replicación del virus del VIH-1 inhibiendo la transcriptasa inversa o la proteasa viral, los inhibidores de la transcriptasa inversa desde el punto de vista químico y estructural, son análogos de nucleósidos, de nucleótidos o bien tienen una estructura diferente muy variable de un compuesto a otro (englobados estos últimos como inhibidores de transcriptasa inversa no nucleósidos).

Los IP (inhibidores de proteasa) son aquellos peptidomiméticos análogos o miméticos del sustrato que es la poliproteína sintetizada por VIH al replicarse ⁽⁴⁾.

Los inhibidores de transcriptasa inversa análogos de nucleótidos (ITIAN) hay seis disponibles (Zidovudina, Salcitabina, Didanosina, Estavudina, Lamivudina y Abacavir). Una combinación de dos ITIAN generalmente un análogo de la timidina como zidovudina o estavudina, más uno no análogo de la timidina, didanosina o lamivudina, constituyen la espina dorsal de todas las combinaciones triples ⁽⁴⁾.

Los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINN) están disponibles Nevirapina y Efavirenz pero no hay comparaciones directas sobre ellos. Con el efavirenz combinado con AZT más 3TC o con d4T más 3TC se han obtenido datos más favorables al compararlo con lo que podríamos denominar el estándar de oro (AZT más 3TC más indinavir) incluso en pacientes con carga viral basal muy elevada.

Los inhibidores de proteasa (IP) de los actualmente disponibles (Nelfinavir e Indinavir) deben de considerarse en la práctica como potenciales componentes de las combinaciones triples iniciales ^(4, 5).

ANTIRRETROVIRALES COMERCIALIZADOS Y EN ESTUDIO

	COMERCIALIZADOS	EN INVESTIGACIÓN
ITIAN	Zidovudina AZT Didanosina ddI Estabudina d4T Zalcitabina ddC Lamivudina 3tC Abacavir	FTC flurotiacitina
ITIAN T		Tenofovir
ITINN	Neviparina Efavirenz	Delavirdina
IP	Nelfinavir Ritonavir Saquinavir Indinavir	Amprenavir Tipranavir

IP: Inhibidores de proteasa

ITIAN: inhibidores de transcriptasa inversa análogos de nucleósidos

ITIAN T: inhibidores de transcriptasa inversa análogos de nucleótidos.

ITINN: inhidores de transcriptasa inversa no nucleósidos ⁽⁴⁾.

Nelfinavir

Inhibidor de la proteasa (IP). El VIH-1 codifica una aspartatoproteasa, se necesita de la enzima antes mencionada para degradar a los precursores polipéptidos que generan las proteínas estructurales y las enzimas del virus, incluida la transcriptasa inversa y la proteasa viral. Los bloqueadores de proteasa inhiben la maduración del virus y de este modo son activos en células con infecciones agudas y crónicas ⁽⁶⁾.

Fue aprobado por la FDA en marzo de 1,997 para uso en combinación con inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos, está indicado para el tratamiento de pacientes con infección por VIH con inmunodeficiencia avanzada o progresiva.

Se administra por vía oral y debe de ingerirse preferiblemente con alimentos, la dosis recomendada para adultos es de 750 mg/día, comprimidos de 250mg cada 8 horas. Dentro de las reacciones adversas más frecuentes están la diarrea en 15-30 % de los casos, flatulencia y dolor abdominal, náusea etc. Esta contraindicado en embarazadas, hemofílicos por incremento de eventos hemorrágicos, etc ⁽¹⁹⁾.

Efavirenz (EFV)

Inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido (ITINN). Aprobado por la FDA en 1,998, inhibe de manera competitiva la transcriptasa inversa del VIH y actúa de modo sinérgico con otros antirretrovirales. La dosis diaria recomendada para adultos es de 600 mg al día (3 cápsulas de 200mg en una sola toma).

Presenta una buena absorción oral y puede tomarse en ayunas o junto con comidas, no siendo recomendado con comidas muy grasosas, idealmente debe de tomarse antes de acostarse por la noche.

Dentro de las reacciones adversas más importantes son síntomas del Sistema Nervioso Central, Psiquiátricos y rash. Se han reportados casos de intento de suicidio, al igual cefaleas, vértigo, euforia etc. No debe de darse durante el embarazo, lactancia ^(6, 18).

Zidovudina (AZT)

Inhibidor de la transcriptasa inversa análogos a nucleósidos (ITIAN). Actúa inhibiendo a la transcriptasa inversa viral. La enzima mencionada convierte el genoma RNA viral en una copia ADN de doble cadena antes de integrarse al genoma celular, fenómeno temprano en el ciclo de replicación.

Como consecuencia los compuestos en cuestión bloquean la infección aguda de células, pero tienen mínima actividad en células con infección crónica ⁽⁶⁾.

Se absorbe con rapidez, sus principales reacciones adversas son la granulocitopenia y la anemia. La dosis recomendada para adultos es de 500 a 600 mg al día ⁽⁶⁾.

Didanosina (ddI)

Inhibidor de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN). Es de 10 a 100 veces menos potente que el AZT como actividad antiviral, siendo este menos tóxico para células precursoras hematopoyéticas o los linfocitos en el interior de la célula pasa a ddI-trifosfato que es la forma activa. Los alimentos pueden interferir con su absorción, se debe administrar con el estómago vacío. Dentro de los principales efectos adversos están la neuropatía periférica dolorosa y la pancreatitis. La dosis recomendada es de 250 mg dos veces al día ⁽⁶⁾.

Estavudina (d4T)

Inhibidor de la transcriptasa inversa análogos a nucleósidos (ITIAN). Es un análogo timidínico que bloquea la replicación del VIH. Es estable en medio ácido y se absorbe adecuadamente después de su ingestión. Dentro de los principales efectos adversos esta la neuropatía periférica sensitiva dolorosa. No debe utilizarse durante el embarazo. En estudios se ha demostrado que la Estavudina ocasiona anomalías cromosómicas, pero no es teratógena ni embriotóxica, excepto en dosis altas, en los adultos la dosis es de 30-40 mg/12 horas, según peso corporal ⁽⁶⁾.

Lamivudina (3TC)

Inhibidor de la transcriptasa inversa análogos a nucleósidos (ITIAN). Impide la replicación viral del VIH-1 y VIH-2 a concentraciones inferiores a 0.002-3 mg/l y 0.03-0.8 mg/l dependiendo de la línea celular. Tiene actividad contra el virus B de la hepatitis pero no frente a otros virus.

Dosis adultos 150-300 mg/12 hora. Tiene escasa toxicidad celular in vitro. Semivida intracelular de 12 horas.

Nevirapina (Viramune)

Inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido. Indicado en el tratamiento de la infección del VIH en pacientes adultos que hayan experimentado un deterioro clínico o inmunológico. Se presenta en

tabletas de 200 mg y en solución oral, de la que cada 5 ml contiene 50 mg del medicamento. Presenta una buena absorción oral y puede tomarse en ayunas o junto con las comidas. Los componentes antiácidos de los comprimidos de ddI no afectan su absorción.

La dosis diaria recomendada es de 400 mg/día (una tableta de 200 mg 2 veces al día para adultos).

La Nevirapina se considera segura y bien tolerada, el efecto secundario más claramente asociado es la presentación de rash: consiste en la presencia de una erupción cutánea maculopapular y eritematosa, con o sin picores que se localizan sobre el tronco, cara y extremidades suele aparecer sobre todo las 6 primeras semanas de tratamiento.

OBJETIVOS

GENERAL

Establecer la frecuencia de manifestaciones bucales asociadas a la infección por VIH en pacientes VIH-SIDA que están dentro del programa de terapia antirretroviral, comparada con pacientes VIH-SIDA que no están siendo atendidos en este programa por el Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) de Coatepeque, Quetzaltenango.

ESPECÍFICOS

1. Identificar la frecuencia de manifestaciones bucales clínicas de pacientes VIH-SIDA que están dentro del programa de terapia antirretroviral comparada con los pacientes que no lo están; atendidos en el Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) de Coatepeque, Quetzaltenango.
2. Establecer la relación de los pacientes según el estadio clínico, con los antirretrovirales que estén utilizando y las manifestaciones bucales.
3. Asociar la frecuencia de las manifestaciones bucales clínicas con la combinación de antirretrovirales utilizados y el tiempo de uso de los mismos.
4. Clasificar la población de estudio de acuerdo a sexo y edad de los pacientes VIH-SIDA, para establecer que sexo y edad son más afectados.
5. Determinar la localización más frecuente de las manifestaciones bucales asociadas a pacientes VIH-SIDA.
6. Establecer cual es la manifestación bucal más frecuente y su localización según el estadio de la enfermedad.

VARIABLES

1. Infección por VIH-SIDA
2. Terapia antirretroviral
3. Manifestaciones bucales asociadas a la infección por VIH.
 - 3.1 Candidosis
 - 3.2 Gingivitis
 - 3.3 Periodontitis
 - 3.4 Herpes simple
 - 3.5 Leucoplasia Velloso
 - 3.6 Sarcoma de Kaposi
 - Xerostomía
4. Estadio clínico
5. Tiempo de uso de los antirretrovirales
6. Sexo
7. Edad
8. Localización

DEFINICIÓN E INDICADORES DE LAS VARIABLES

1. Infección por VIH-SIDA

Infección causada por el VIH, afecta principalmente el sistema inmunológico. La persona puede estar infectada por el virus y no presentar síntomas durante un período de tiempo y luego evolucionar a la etapa más grave o SIDA.

Indicadores

Enfermedad que se documenta con la ayuda de la ficha clínica del paciente según lo establecido por el médico tratante y el examen clínico de la cavidad bucal para observar la presencia o ausencia de alguna manifestación bucal asociada al VIH.

2. Terapia antirretroviral

Las terapias estudiadas fueron:

1. Duovir (zidovudina 300 mg. / lamivudina 300 mg.) + efavirenz (EFV)
2. D4T³⁰ o D4T⁴⁰ + 3TC + efavirenz (200 mg.)
3. ddI, 3TC o D4T⁴⁰ + ritonavir e indinavir.

Indicadores

Datos obtenidos de la ficha clínica del paciente respecto a la combinación de antirretrovirales usados en ese momento prescritos por el médico tratante en el momento de la evaluación clínica.

3. Manifestaciones bucales asociadas a la infección por VIH-SIDA.

Candidosis bucal

Las lesiones bucales muestran superficies difusas, blancas, aterciopeladas, con ayuda de una gasa es posible quitarlas aunque no siempre es fácil lograrlo.

Indicadores

Presencia de placas blancas en la mucosa bucal que pueden ser removidas con una gasa o bajalenguas dejando una superficie sangrante, se localiza en lengua, paladar duro y blando y mucosas de carrillo etc.

Gingivitis:

Inflamación de la encía como respuesta de los tejidos gingivales frente a los irritantes locales (materia alba, placa, cálculos, obturaciones deficientes, coronas con bordes mal adaptados y apiñamiento).

Indicadores

Presencia de edema y sangrado, a nivel de la papila interdientaria, pierde el aspecto punteado en su superficie y el borde definido y fino como normalmente termina, el margen gingival se agranda y redondea.

Periodontitis

Inflamación del periodonto, hay enfermedad periodontal destructiva en que la respuesta de los tejidos ha sido influenciada por factores intrínsecos del huésped.

Indicadores

Presencia de hemorragia, olor fétido, papilas gingivales ulceradas, pérdida rápida de hueso y tejido blando, dolor severo y pérdida de piezas dentales. Puede encontrarse al igual bolsas periodontales mayores de 4mm.

Herpes simple

Enfermedad viral, secundaria a la infección por VHS tipo 1, el herpes intraoral recurrente comienza como una pequeña aglomeración de vesículas que se rompen para producir pequeñas y dolorosas ulceraciones que pueden coalescer. Aunque por lo general son autolimitantes.

Indicadores

Presencia de grupos de vesículas cada una de las cuales tiene de 3 a 6 mm de diámetro, localizándose con frecuencia sobre el borde de los labios o ventanas de la nariz. Las lesiones están cubiertas por costras y se curan sin dejar cicatriz.

Leucoplasia vellosa

Lesiones en las que la mucosa bucal presenta un cambio en su coloración que vira hacia el blanco. Aparece debido a que alguna de las capas epiteliales aumenta de grosor o se forma en su superficie una pseudomembrana. Es causada por el virus de Epstein-Barr.

Indicadores

Presencia de una placa blanca, corrugada, no removible, generalmente en los bordes laterales de la lengua.

Sarcoma de Kaposi:

La apariencia clínica del sarcoma de kaposi puede ser macular, nodular o elevada y ulcerada, el color puede variar desde el rojo a púrpura. Las lesiones tempranas tienden a ser planas, rojas y asintomáticas y el color se va volviendo más oscuro cuando va aumentando el tiempo de la lesión. Las lesiones dolorosas o voluminosas en la cavidad oral pueden dificultar el habla y la deglución.

Indicadores Presencia de manchas o nódulos que varían de rojo a púrpura, de diferentes tamaños, es bastante frecuente la afección de la mucosa de la boca sobre todo del paladar.

Xerostomía:

Sequedad de la boca determinada por una disminución del flujo salival que puede obedecer a factores congénitos o también ser adquirida, ello determina alteraciones patológicas en la mucosa bucal que resiste mal la falta de humedad.

Indicadores Ausencia del flujo salival, falta de humedad, aparecen fisuras en la lengua, la mucosa pierde su apariencia aterciopelada.

4. Estadio clínico:

Clasificación elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto de la presencia o ausencia de manifestaciones clínicas de infecciones oportunistas según su etiología y localización.

Categorías clínicas de la infección por el VIH en pacientes VIH-SIDA

Estadio 1 OMS (Asintomático)

- Asintomático

Estadio 2 OMS (Síntomas menores)

- Pérdida de peso menor del 10 %
- Manifestaciones mucocutáneas menores
- Infecciones recurrentes del tracto respiratorio superior
- Herpes zoster en los últimos 5 años

Estadio 3 OMS (Síntomas más severos)

- Postrado en cama menos del 50% del día durante el último mes por enfermedad
- Pérdida de peso mayor del 10%
- Diarrea crónica inexplicable por más de 1 mes
- Candidosis oral
- Candidosis vulvovaginal por más de 1 mes o con mala respuesta al tratamiento
- Leucoplasia oral vellosa
- Tuberculosis pulmonar en el último año
- Neumonía bacteriana severa (repetida)
- Otras infecciones bacterianas severas (miositis, enfermedad inflamatoria pélvica)

Estadio 4 de la OMS (Caso que define SIDA)

- Postrado en cama más del 50% del día durante el último mes por enfermedad
- Síndrome consuntivo o de desgaste
- Criptococosis extrapulmonar
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*
- Toxoplasmosis cerebral
- Encefalopatía, demencia, Leucoencefalopatía multifocal recidivante (LMP)
- Cándida en esófago, tráquea, bronquios o pulmones
- Criptosporidiasis con diarrea por más de 1 mes
- Isosporidiasis con diarrea por más de 1 mes
- Tuberculosis extrapulmonar (diseminada)
- Linfoma
- Herpes simple mucocutáneo por más de 1 mes o visceral
- Micobacteriosis atípica extrapulmonar (diseminada)
- Septicemia por *Salmonella* no tífica
- Cualquier micosis endémica diseminada (histoplasmosis, coccidiomicosis)
- Sarcoma de kaposi

- Enfermedad citomegálica de órganos que no sean hígado, bazo o ganglio linfático

Otros (Clasificación CDC)

- Linfadenopatía generalizada persistente
- Carcinoma de cervix invasivo
- Displasia cervical/carcinoma in situ
- Neuropatía periférica
- Púrpura trombocitopénica
- Angiomatosis bacillar

Indicadores.

Datos obtenidos de la ficha clínica del paciente según lo establecido por el médico tratante.

5. Tiempo de uso de antirretrovirales

Tiempo que ha transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la fecha.

Indicadores

Datos obtenidos de la ficha clínica del paciente.

6. Sexo:

Condición orgánica que distingue el macho de la hembra o lo masculino de lo femenino.

Indicadores

Lo observado por el investigador de acuerdo a las características físicas del evaluado y la ficha clínica del paciente.

7. Edad:

Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta la fecha.

Indicadores

Respuesta del paciente a la pregunta, ¿cuántos años cumplidos tiene?

8. Localización:

Designación del sitio de una lesión o de un órgano.

Indicadores

Presencia de manifestaciones bucales asociadas a pacientes VIH-SIDA, incluidas en las áreas anatómicas del siguiente listado:

- Labio superior
- Labio inferior
- Comisuras
- Encía superior e inferior
- Paladar duro
- Paladar blando
- Piso de boca
- Dorso de lengua
- Vientre de lengua
- Bordos de lengua
- Carrillo derecho e izquierdo
- Frenillos labial superior e inferior
- Frenillo lingual

MATERIALES Y MÉTODOS

1. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO.

La población que se estudió fue conformada por pacientes VIH-SIDA de ambos sexos mayores de 18 años que están dentro del programa de terapia antirretroviral en la Fundación Médicos sin Fronteras del municipio de Coatepeque, Quetzaltenango y que aceptaron participar. Se atendió un grupo aproximado de 75 pacientes que usaban terapia antirretroviral (Zidovudina AZT, Estavudina D4T, Didanosina ddI, Lamivudina 3TC, Nefirapina NVP, Efavirenz EFV, Nelfinavir NFV), y se compararon con un número similar que no estaban dentro del programa de terapia antirretroviral, pero que tuvieran las mismas características.

Se eligió a la Fundación Médicos sin Fronteras (5ª. Avenida 8-09 zona 2, Lotificación Las Conchitas, Barrio el Jardín, Coatepeque) por ser un centro de referencia y tratamiento de pacientes con SIDA y con las posibilidades de proporcionar una población adecuada y significativa para realizar el presente estudio.

2. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes de ambos sexos mayores de dieciocho años que tengan VIH- SIDA de la institución Médicos sin Fronteras de Coatepeque.

2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

1. Pacientes menores de dieciocho años con VIH SIDA.
2. Pacientes con menos de seis meses de diagnóstico de VIH.
3. Pacientes que no estén dispuestos a participar en el estudio o que se quieran retirar en cualquier momento.

3. CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN.

Con este estudio se pretendió conocer más acerca de los pacientes VIH-SIDA y se estableció si el uso de antirretrovirales ayuda o no a mejorar la presencia o ausencia de manifestaciones bucales oportunistas asociadas al VIH-SIDA. La información que se obtuvo permitió conocer cómo se encuentran estos pacientes respecto a su salud bucal. En este estudio participaron pacientes mayores de

18 años sin importar raza o sexo, que estaban dentro del programa de terapia antirretroviral y que tenían más de seis meses de diagnóstico de la infección del VIH-SIDA. No participaron en el mismo los pacientes que no desearon colaborar y no dieron su consentimiento.

No existieron riesgos para el paciente ya que sólo se procedió a realizar una entrevista y un examen clínico de la cavidad bucal, lo que no atentó contra su salud o la integridad física del paciente. Se solicitó autorización a los encargados de los pacientes para poder ver los expedientes clínicos de los que participaron en dicho estudio. Si el paciente necesitaba tratamiento se refirió al Hospital Nacional de Coatepeque para su posterior atención. También se les impartieron pláticas sobre diferentes temas relacionados a la salud bucal y se les orientó para mejorar sus hábitos de higiene bucal.

Los pacientes que participaron debieron firmar o imprimir su huella dactilar si no sabían escribir, en el consentimiento informado (anexo III), donde se les informaba de los propósitos de este estudio, y si el paciente no deseaba continuar en el mismo se podía retirar en cualquier momento sin ninguna consecuencia. Se garantizó a los pacientes que la información que se recabó es privada y confidencial, la cual fue manejada exclusivamente por el investigador. Se dió a conocer únicamente los resultados estadísticos.

4. PROCEDIMIENTO

1. Se solicitó autorización por escrito a los representantes de médicos sin Fronteras de Coatepeque para poder realizar la investigación, quienes dieron su aprobación por medio de una carta.
2. Se procedió a obtener un listado con código de los pacientes que estaban dentro del programa de terapia antirretroviral. También se pidió un listado con código de los pacientes que tuvieran características similares que no estaban dentro del programa de antirretrovirales.
3. Se invitó a los pacientes que estaban dentro del programa de terapia antirretroviral y a un número similar que fue seleccionado al azar a participar en el estudio que no estaban dentro del programa de terapia antirretroviral.
4. Se realizó una entrevista con cada paciente en donde se les explicó en que consistiría el estudio y se les dió una boleta de consentimiento informado (anexo III), para su autorización en la participación del mismo indicándoles también que podían retirarse del mismo en cualquier momento.

5. A los pacientes que aceptaron participar en el estudio se les dió una cita posterior donde se les indicó la fecha y la hora que debían presentarse a la Fundación Médicos sin Fronteras para realizarles el examen clínico, en donde se les evaluó la frecuencia de manifestaciones bucales oportunistas asociadas a VIH-SIDA basadas en criterios clínicos.
6. Para la ejecución del examen clínico de la cavidad bucal se utilizó (bandeja porta-instrumentos, baja lenguas, espejos dentales, exploradores dentales, fichas de recolección de datos, guantes de látex desechables, lápices, lapiceros, mascarillas, lentes, porta-servilletas servilletas, solución germicida, trozos de gasa.)
7. Se llevó a cabo el examen clínico de la cavidad bucal siguiendo el procedimiento (inspección y palpación) que se utiliza en el departamento de Diagnóstico de la Facultad de Odontología de la USAC (anexo I)⁽¹⁵⁾. La información obtenida se anotó en la boleta de recolección de datos creada para el presente estudio (anexo II y IV).
8. Si durante el examen clínico de la cavidad bucal se encontraba cualquier otra lesión no contemplada en nuestro estudio, que no fuera de diagnóstico clínico se incluía y con la autorización del paciente, si es posible se realizaba una biopsia por alguno de los examinadores y se realizaba un estudio histopatológico en el laboratorio de patología de la Facultad de Odontología de la USAC. Si no era posible realizar este procedimiento se refería al paciente para ser atendido adecuadamente por un especialista a la Facultad de Odontología.
9. Para obtener la información necesaria. Se utilizó una boleta de recolección de datos, la cual se llenó con base a los expedientes clínicos (estadio al que pertenecen, tiempo de estar dentro del programa antirretroviral, combinación de terapia utilizada) de los pacientes y con la información obtenida derivada de la evaluación clínica de la cavidad bucal de los mismos.
10. Se procedió a referir a los pacientes que necesitaran tratamiento a la clínica dental del Hospital Nacional de Coatepeque.
11. Después de haber realizado el examen clínico a todos los pacientes que participaron en el estudio, se les informó sobre unas charlas que se les impartirían. Se programaron dos charlas de media hora

cada una para ambos grupos. Se les indicó con anterioridad la hora y fecha de las mismas a cada paciente.

Los temas que se impartieron fueron: Salud e Higiene Bucal, Lesiones de la Cavidad Bucal en pacientes VIH-SIDA, Enfermedad Periodontal en pacientes VIH-SIDA.

12. Los datos obtenidos se tabularon, interpretaron y presentaron en cuadros y gráficas en el informe final..

13. Sobre la base de la información obtenida se redactaron las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

14. Se informó a los pacientes y las instituciones involucradas los resultados de la investigación.

5. RECURSOS

5.1 Humanos:

- Personal que labora en la institución Médicos sin Fronteras del municipio de Coatepeque que incluye médicos, enfermeras, laboratorista, psicólogo.
- Personal de la biblioteca de la Facultad de Odontología y Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Investigadores, examinador, asesores.
- Pacientes VIH- SIDA de la Institución Médicos sin Fronteras del municipio de Coatepeque que estén con terapia y que no estén en terapia antirretroviral.

5.2 Físicos:

- Expedientes clínicos.
- Instalaciones bibliotecarias.
- Instalaciones del Proyecto Vida.
- Fichas de pacientes.
- Equipo dental.

5.3 Materiales:

- Espejo, pinza, explorador desechables
- Guantes desechables
- Mascarillas

- Bajalenguas
- Carteles
- Bandeja

5.4 Económicos:

• Equipo de examen dental	Q. 1,200.00
• Mascarillas	Q. 150.00
• Guantes	Q. 150.00
• Gastos de impresión	Q. 200.00
• Transporte	Q. 200.00
• Asesores	Q. 1,000.00

6. CALIBRACIÓN DEL INVESTIGADOR

Se realizaron sesiones de calibración entre el investigador y asesoras para estandarizar criterios clínicos del examen bucal y de los hallazgos clínicos que se encuentren y estén asociados a las manifestaciones bucales asociadas al SIDA

7. RESULTADOS

Una vez recopilados los datos se aplicaron los métodos estadísticos(descriptivos, porcentajes) necesarios para tabular y obtener la información necesaria, para proporcionar las conclusiones de la investigación que se expusieron en texto, cuadros y gráficas.

Presentación de Resultados

La población de esta investigación fue de 150 pacientes VIH-SIDA divididos en dos grupos, un grupo de 75 pacientes que estaba dentro del programa de terapia antirretroviral y el otro grupo de 75 pacientes que no estaba dentro del programa de terapia antirretroviral, estos pacientes eran atendidos en el proyecto Vida (Médicos sin fronteras) en Coatepeque, Quetzaltenango en el año 2,004.

La distribución de la población por sexo, en el grupo de pacientes hombres **“con terapia antirretroviral”** fue 38/75 (51%) comparada con 34/75 (45 %) del grupo **“sin terapia antirretroviral”**. Con el grupo de pacientes mujeres la diferencia fue de 4 pacientes presentándose una relación de 37/75 (49%) para el grupo **“con terapia antirretroviral”** y 41/75 (55%) para el grupo **“sin terapia antirretroviral”**, fueron grupos similares. (Cuadro y gráfica No. 1).

La distribución por edad y estadio de la enfermedad de la población estudiada se presentó así: en el grupo de pacientes **“con terapia antirretroviral”** se encontró en estadio **A** 1 paciente; en estadio **B** 29 pacientes; y en estadio **C** 45 pacientes. La edad más representativa para este grupo fue entre 26 – 35 años en donde se observaron 33/75 pacientes, 1 paciente en estadio **A**; 10 en **B** y 22 en **C**; en el rango de 18 – 25 años se presentaron 6 pacientes, 4 en estadio **B** y 2 en **C**; de 36- 45 años se presentaron 13/75 distribuidos así: 7 pacientes en estadio **B** y 6 en **C**; de 46 – 55 años se presentaron 11/75 pacientes, 3 en estadio **B** y 8 en **C**; de 56 – 65 años se presentaron 10/75, 4 pacientes en estadio **B** y 6 en **C** y de 66 años o más solamente hubo 2 casos uno en estadio **B** y otro en **C**. En el grupo **“sin terapia antirretroviral”** se encontraron 9 pacientes en estadio **A**; en estadio **B** 44 y en estadio **C** 22 pacientes. El rango de edad más afectado fue entre 18 – 25 años, con 25/75 pacientes de los cuales 3 pertenecían al estadio **A**, 18 al **B**, y 4 al **C**; de 26- 35 años 18/75 distribuidos así: 2 en estadio **A**, 8 en **B** y 8 en **C**; de 36 – 45 años 15/75, 3 en estadio **A**, 7 en **B**, y 5 en **C**; de 46 –55 años 12/75, se presentó 1 en estadio **A**, 8 en **B** y 3 en **C**; de 56 – 65 años se presentaron 3/75, 2 en estadio **B** y 1 en **C** y de más de 66 años solo se presentaron 2 pacientes 1 en estadio **B** y 1 en **C**. (Cuadro No. 2).

Con respecto a la distribución de la edad de los pacientes relacionándolos con la terapia antirretroviral utilizada y el estadio, se establecieron tres grupos de terapias, la combinación más utilizada fue duovir + efavirenz o nevirapina con 50 pacientes; de los cuales 5/50 se encontraban en el rango de edad entre 18 – 25 años, 4 pacientes eran del estadio **B** y 1 del **C**; el rango de edad comprendido de 26 a 35

años fue el más representativo con 21/50 pacientes distribuidos así: 10 eran del estadio **B** y 11 del **C**; de 36 –45 años se presentaron 7/50 pacientes, 4 pertenecían al estadio **B** y 3 al **C**; de 46 – 55 años fueron 9/50, 3 en estadio **B** y 6 en **C**; de 56 – 65 años 6/50 pacientes, 4 en estadio **B** y 2 en **C** y de más de 66 años solamente habían 2/50 pacientes 1 en **B** y 1 en **C**. La segunda terapia más utilizada fue D4T³⁰ O D4T⁴⁰ + 3TC + EFV o nevirapina, se presentaron 22/75 pacientes distribuidos de la siguiente manera: en el grupo de 18 – 25 años solo se presentó 1 paciente en estadio **C**; de 26 – 35 años fue el rango donde más pacientes se presentaron que utilizaban esta terapia 10/22, 1 paciente en estadio **A** y 9 en **C**; de 36 – 45 años 6/22, 3 pacientes en estadio **B** y 3 en **C**; de 46 – 55 años solo se observó 1 paciente en estadio **C**; de 56 – 65 años 4/22 y pertenecían al estadio **C**. La tercera terapia fue ddI, 3TC o D4T³⁰, ritonavir o indinavir, solo fueron 3 casos; 2 pacientes comprendidos en las edades de 26 – 35 años en estadio **C** y de 46 – 55 años en estadio **C**, 1 paciente. (Cuadro No. 2.1)

Además, relacionando el número de manifestaciones bucales encontradas en los pacientes VIH-SIDA: en el grupo “**sin terapia antirretroviral**” la mayoría de pacientes presentó una manifestación 46/75 pacientes (61.33%); dos manifestaciones la presentaron 18/75 pacientes (24 %), con tres manifestaciones fueron 8/75 pacientes (10.67 %) y en este grupo solamente 3/75 (4%) pacientes no presentaron manifestaciones bucales. En los pacientes “**con terapia antirretroviral**” 59 /75 (78.67%) pacientes presentaron una manifestación; 8/75 (10.67 %) pacientes presentaron dos manifestaciones y 4/75 (5.33%) pacientes presentaron tres manifestaciones y sin ninguna manifestación solamente fueron 4/75 (5.33%) pacientes. (Cuadro y gráfica No. 3).

Según la distribución de los pacientes VIH-SIDA y su relación con la terapia antirretroviral utilizada y el número de manifestaciones bucales encontradas y el estadio de la enfermedad se estableció lo siguiente: pacientes tratados con duovir + efavirenz o nevirapina se encontraron 50/75; sin ninguna manifestación se encontraron 2/50 pacientes en estadio **C**; con una manifestación se encontraron 42/50 pacientes en estadio **B** 24 y en **C** 18 y con dos o más manifestaciones bucales se encontraron 6/50 pacientes 2 en estadio **B** y 4 en **C**.

Con D4T³⁰ o D4T⁴⁰ + 3TC + efavirenz o nevirapina se encontraron 22/50 pacientes distribuidos así: 2/22 no presentaron ninguna manifestación; con una manifestación 15/22, 1 paciente en estadio **A**, 2 en **B** y 12 en **C** y con dos o más manifestaciones 5/22 de los cuales 1 pertenecía al estadio **B** y 4 al **C**. Los pacientes tratados con ddI, 3TC o D4T³⁰, ritonavir o indinavir fueron solo 3/75 de los cuales con una manifestación se presentaron 2 pacientes en estadio **C** y con dos o más manifestaciones 1 paciente en el mismo estadio. (Cuadro No. 3.1)

Con respecto a la distribución de pacientes VIH- SIDA con y sin terapia antirretroviral según el número de manifestaciones bucales y su relación con el estadio de la enfermedad, la mayoría de pacientes sin terapia pertenecía al estadio **B** 44/75, de los cuales 29/44 presentaron una manifestación, 10/44 presentaron dos manifestaciones y 2/44 presentaron tres manifestaciones, en este grupo también habían 3/44 pacientes que no presentaron ninguna manifestación; en el estadio **A** se presentaron 9/75 casos de los cuales 7/9 presentaron una manifestación, 1/9 presentó dos manifestaciones y 1/9 presentó tres manifestaciones; en el estadio **C** se presentaron 22/75 pacientes, 10/22 pacientes presentaron una manifestación, 7/22 presentaron dos manifestaciones y 5/22 pacientes presentaron tres manifestaciones. Los pacientes con terapia antirretroviral presentaron más casos en el estadio **C** 45/75 de los cuales 4/45 pacientes no presentaron ninguna manifestación, 32/45 presentaron una manifestación, 5/45 presentaron dos manifestaciones y 4/45 presentaron tres manifestaciones; en el estadio **A** solo se evidenció 1/75 pacientes que presentaba una manifestación; en el estadio **B** se presentaron 29/75 pacientes de los cuales 26/29 presentaron una manifestación y solo 3/29 presentaron dos manifestaciones. (Cuadro No. 4)

Con relación a la frecuencia de manifestaciones bucales encontradas en ambos grupos de pacientes VIH- SIDA con y sin terapia antirretroviral se encontró lo siguiente: candidosis pseudomembranosa 17 casos; candidosis eritematosa 12 casos; leucoplasia vellosa 12 casos; gingivitis 43 casos; periodontitis 71 casos; xerostomía 8 casos; úlcera 4 casos; herpes labial 2 casos; papiloma 3 casos y queilitis angular 21 casos. Fueron examinados 150 pacientes algunos presentaron una o más manifestaciones dependiendo de su estadio. (Cuadro No. 5)

Además en ambos grupos de pacientes VIH-SIDA con y sin terapia antirretroviral se encontró lo siguiente: en el grupo sin terapia antirretroviral 3/75 pacientes no presentaron ninguna manifestación; con una manifestación se presentaron 46/75 pacientes distribuidos así: 6 pacientes con candidosis pseudomembranosa, 2 pacientes con candidosis eritematosa, 5 pacientes con leucoplasia vellosa, 9 pacientes con gingivitis y 24 con periodontitis respectivamente. Los pacientes con dos manifestaciones fueron 18/75 distribuidos así: queilitis angular y periodontitis 5; con queilitis angular y candidosis pseudomembranosa 3; con periodontitis y candidosis eritematosa 3; con periodontitis y leucoplasia vellosa, con xerostomía y herpes labial, con xerostomía y queilitis angular, con leucoplasia vellosa y gingivitis, con papiloma y leucoplasia vellosa, con papiloma y candidosis eritematosa y con periodontitis y úlcera solamente se encontró 1 paciente para cada caso antes mencionado.

Con tres manifestaciones encontramos 8/75 pacientes distribuidos de la siguiente manera: con periodontitis, queilitis angular y candidosis pseudomembranosa; con periodontitis, úlcera y queilitis angular; con queilitis angular, periodontitis y leucoplasia vellosa y con xerostomía, periodontitis y queilitis angular 1 paciente para cada caso. Con periodontitis, leucoplasia vellosa y candidosis pseudomembranosa 2 pacientes y con gingivitis candidosis pseudomembranosa y queilitis angular 2 pacientes .

En el grupo de pacientes con terapia antirretroviral 4/75 no presentaron manifestaciones bucales, 59/75 presentaron una manifestación distribuidos así: 30 pacientes presentaron gingivitis, 21 pacientes periodontitis, candidosis eritematosa 3 pacientes, xerostomía 3 pacientes y úlceras 2 pacientes. Con dos manifestaciones se presentaron 8/75 pacientes distribuidos así: queilitis angular y periodontitis 2 pacientes, periodontitis y candidosis eritematosa 2 pacientes, con xerostomía y periodontitis, con periodontitis y leucoplasia vellosa, con xerostomía y gingivitis con queilitis angular y candidosis eritematosa 1 paciente para cada grupo de estas manifestaciones bucales. Con tres manifestaciones solo se presentaron 4/75 pacientes distribuidos así: con periodontitis, queilitis angular y candidosis pseudomembranosa 2 pacientes, con periodontitis, herpes labial, candidosis pseudomembranosa 1 paciente y con periodontitis, papiloma y queilitis angular 1 paciente. (Cuadro No. 5.1)

Respecto a las terapias antirretrovirales más utilizadas y el tiempo de uso de las mismas se establecieron tres grupos que eran los más utilizados por los pacientes. El grupo con duovir + efavirenz o nevirapina se presentaron 50/75 casos distribuidos de la siguiente manera: de 6- 12 meses de uso de terapia se presentaron 20/50 pacientes distribuidos así: 9/20 pacientes pertenecían al estadio **B** y 11/20 al estadio **C**; con 13 – 18 meses de terapia 19/50 pacientes 12 pertenecían al estadio **B** y 7 al **C**, con 19 - 24 meses de uso de la terapia 4/50 pacientes 3 pertenecían al **B** y 1 al **C**, con más de 25 meses habían 7/50 pacientes; 2 pertenecían al estadio **B** y 5 al **C**. La otra terapia utilizada fue D4T³⁰ o D4T⁴⁰ + 3TC + efavirenz o nevirapina la cual era utilizada por 22/50 pacientes; de 6- 12 meses habían 11/22 pacientes, en estadio **A** 1 paciente, 1 paciente en estadio **B**, y 9 pacientes en **C**; con 13- 18 meses de uso de la terapia habían 5/22 pacientes en estadio **C**; con 19 – 24 meses de uso de la terapia había 1/22 pacientes en estadio **C** y con más de 25 meses habían 5/22 pacientes, 2 pacientes en estadio **B** y 3 en **C**. La terapia menos utilizada por los pacientes fue ddI, 3TC o D4T³⁰, ritonavir o indinavir solamente se evidenciaron 3/75 casos 1 paciente con 13 – 18 meses de usar la terapia en estadio **C**, 1 paciente con 19 – 24 meses de usar la terapia en estadio **C** y 1 paciente con más de 25 meses en estadio **C**. (Cuadro No. 6).

Relacionando el número de manifestaciones bucales encontradas en los pacientes VIH-SIDA con el tiempo de uso de la terapia antirretroviral se estableció lo siguiente: de los pacientes que tenían de 6 – 12 meses de usar la terapia antirretroviral 22/31 presentaron una manifestación, 4/31 presentaron dos manifestaciones, 2/31 pacientes presentaron tres manifestaciones y sin ninguna manifestación se presentaron 3/31 pacientes. De 13 – 18 meses 23/25 pacientes presentaron una manifestación, 1/25 pacientes presentó dos manifestaciones y 1/25 pacientes presentó tres manifestaciones. De 19 – 24 meses 1/6 pacientes no presentó manifestaciones bucales, 3/6 presentaron una manifestación, 1/6 presentó dos manifestaciones y solo 1/6 presentó tres manifestaciones. De 25 o más meses 11/ 13 presentaron una manifestación y 2/13 presentaron dos manifestaciones. (Cuadro No. 6.1)

Según las combinaciones de terapias utilizadas por los pacientes y su relación con las manifestaciones bucales encontradas se estableció lo siguiente: los pacientes que usaban la terapia de duovir + efavirenz o nevirapina fueron 50/75 distribuidos de la siguiente manera: 2 presentaron candidosis eritematosa,; 22 presentaron gingivitis; 13 pacientes presentaron periodontitis; 3 pacientes presentaron xerostomía, 2 pacientes presentaron úlceras; 2 pacientes presentaron queilitis angular y periodontitis; 2 pacientes presentaron candidosis eritematosa y periodontitis; 1 paciente presentó xerostomía y gingivitis; 1 paciente presentó herpes labial, periodontitis y candidosis pseudomembranosa y 2 pacientes no presentaron ninguna manifestación .

El grupo de pacientes que usaba D4T⁴⁰ o D4T³⁰ +3TC + efavirenz o nevirapina presentaron las siguientes manifestaciones bucales: 1 paciente con candidosis eritematosa; 8 pacientes con gingivitis y 8 con periodontitis; 1 paciente con xerostomía y periodontitis, 1 paciente con queilitis angular y candidosis eritematosa; 2 pacientes con periodontitis, queilitis angular y candidosis pseudomembranosa; 1 pacientes con leucoplasia vellosa y periodontitis; 1 paciente con periodontitis, papiloma y queilitis angular y solo 2 pacientes sin manifestaciones bucales se encontraron con esta terapia al igual que la anterior. En este grupo de pacientes se encontraron 25/75. (Cuadro No. 7)

Respecto a los pacientes que presentaron manifestaciones bucales se encontró 50/75 que eran tratados con Duovir + efavirenz o nevirapina y relacionando el tiempo de uso de la terapia y el estadio de la enfermedad encontramos lo siguiente: con candidosis eritematosa 2/50 casos, 1 en estadio **B** con 6 – 12 meses de tratamiento y 1 con 13 – 18 meses de tratamiento en estadio **C**. Pacientes con gingivitis se presentaron 21/50, 5 casos en estadio **B** y 4 en **C** con 6 – 12 meses de tratamiento; con 13 – 18 meses de tratamiento fueron 7 pacientes en estadio **B** y 1 en **C**; con 19 – 24 meses había solo 1 paciente en estadio **B**; con más de 25 meses de usos de la terapia 1 paciente en estadio **B** y 2 en estadio **C**. Con

periodontitis se manifestaron 14 /50 casos de 6 – 12 meses 3 en estadio **B** y 1 en **C**; con 13 – 18 meses 2 pacientes en estadio **B** y 4 en **C**; con 19 – 24 meses 1 paciente en **B** y con más de 25 meses 1 paciente en **B** y 2 en **C**. Con xerostomía se presentaron 3/50 casos 1 en estadio **C** con 6 – 12 meses de uso de la terapia y 2 pacientes con 13 – 18 meses de uso de la terapia en estadios **B** y **C**. Con úlcera se presentaron 2/50 pacientes 1 en estadio **C** con 6 – 12 meses de uso de la terapia y 1 en **B** con 13 – 18 meses de uso de la terapia. Con queilitis angular y periodontitis se presentaron 2/50 casos en estadio **C** con 6 –12 meses de uso de la terapia. Con candidosis eritematosa y periodontitis, se presentaron 2 casos 1 con 13 – 18 meses de uso de la terapia en estadio **B** y 1 con más de 25 meses de uso de la terapia en estadio **C**. Con xerostomía y gingivitis se presentó 1/50 pacientes con 19 – 24 meses de uso de la terapia en estadio **B**. Con herpes labial, periodontitis y candidosis pseudomembranosa se presentó 1 de 50 pacientes con 6 – 12 meses de uso de la terapia en estadio **C**. Se presentaron 2 /50 pacientes que usaban esta terapia que no tuvieron ninguna manifestación y pertenecían al estadio **C**. (Cuadro No. 8).

Los pacientes tratados con D4T³⁰ o D4T⁴⁰ + 3TC + efavirenz o nevirapina fueron 22/75 que presentaron manifestaciones bucales se dividen así: con candidosis eritematosa 1/22 paciente en estadio **C** con 13 – 18 meses de tratamiento, con gingivitis 7/22 casos, 1 en estadio **A** y 2 en estadio **C** con 6 – 12 meses de uso de la terapia, 2 pacientes en estadio **C** con 13 – 18 meses de uso, 2 pacientes en estadio **C** con más de 25 meses de estar en la terapia. Con periodontitis 7/22 pacientes, 1 en estadio **B** y 2 en **C** con 6 – 12 meses de tratamiento, 1 paciente en estadio **C** con 13 – 18 meses de tratamiento, 1 paciente en estadio **C** con 19 – 24 meses de tratamiento y 2 pacientes con más de 25 meses de estar en tratamiento 1 en estadio **B** y 1 en **C**. Con xerostomía y periodontitis se presentó 1/22 paciente en estadio **C** con 6 – 12 meses de tratamiento. Con queilitis angular y candidosis eritematosa 1/22 pacientes en estadio **B** con más de 25 meses de tratamiento. Con periodontitis, queilitis angular y candidosis pseudomembranosa 2/22 pacientes 1 en estadio **C** con 6 – 12 meses de tratamiento y 1 paciente con 13 – 18 meses de tratamiento en estadio **C**. Con leucoplasia vellosa y periodontitis se presentó 1/22 pacientes en estadio **C** con 6 – 12 meses de tratamiento. Se presentaron 2/22 pacientes sin manifestaciones bucales en estadio **C** con 6 – 12 meses de tratamiento. (Cuadro No. 9)

Relacionando las manifestaciones bucales y su localización más frecuente se estableció la siguiente distribución: con candidosis eritematosa se encontraron 12 casos de los cuales 11 casos se presentaron en paladar duro y 1 caso en dorso de lengua, con candidosis pseudomembranosa se presentaron 21 casos distribuidos así: 3 en carillo izquierdo, 10 en paladar duro, 4 en dorso de lengua, 2 en bordes

laterales de lengua, 1 en borde lateral derecho de lengua y 1 caso se presentó en toda la cavidad bucal excepto piso de boca. Con leucoplasia vellosa se presentaron 12 casos, 3 en borde lateral derecho de lengua, 1 en borde lateral izquierdo de lengua y 8 en bordes de lengua bilateralmente. Con úlceras se presentaron 4 casos distribuidos así: 1 en surco yugal izquierdo a nivel de pieza 13, 1 en reborde alveolar inferior a nivel de pieza 18, 1 en surco yugal derecho a nivel de pieza 5 y 1 en carrillo derecho. Con herpes labial se presentaron 2 casos, 1 en bermellón labial inferior derecho y 1 en bermellón labial inferior izquierdo. Con papiloma se presentaron 3 casos: 1 en bermellón inferior izquierdo, 1 en carrillo izquierdo a nivel de comisuras y 1 en bermellón inferior derecho. Con queilitis angular se presentaron 21 casos: 18 en comisuras labiales bilaterales, 2 en comisura labial izquierda y 1 en comisura labial derecha. (Cuadro No. 10).

Con gingivitis se presentaron 43 casos y con periodontitis 71 casos, las dos manifestaciones se presentaron generalizadas en ambos maxilares; con xerostomía se presentaron 8 casos. Los cuadros 10.1 (pacientes con terapia antirretroviral) y 10.2 (pacientes sin terapia antirretroviral) son un complemento de lo que anteriormente se mencionó pues se describen las manifestaciones bucales según su localización y estadio dependiendo de cada grupo de pacientes estudiados.

Cuadro y gráfica No. 1
Distribución de pacientes VIH-SIDA con y sin terapia antirretroviral por sexo

Sexo	Pacientes con terapia N=75		Pacientes sin terapia N=75		Total
Masculino	38	51%	34	45%	72
Femenino	37	49%	41	55%	78
Total	75	100%	75	100%	150

En ambos grupos de pacientes fueron similares los resultados, el sexo más afectado fue el femenino con 78/150 en total de los dos grupos de pacientes estudiados como se indica en el cuadro anterior. De los 75 pacientes del grupo con terapia antirretroviral 38 fueron hombres y 37 mujeres; mientras que para el grupo sin terapia antirretroviral 34 pacientes fueron hombres y 41 pacientes fueron mujeres.

Fuente: datos obtenidos de ficha clínica del paciente de Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) y boleta de recolección de datos.

Cuadro y gráfica No. 2
Distribución por edad de los pacientes VIH-SIDA que están
dentro del programa de terapia antirretroviral comparado con pacientes que no
están dentro del programa de terapia antirretroviral.

Edad	Pacientes con terapia según estadio N = 75				Pacientes sin terapia según estadio N = 75			
	A	B	C	Total	A	B	C	Total
18 - 25 años		4	2	6	3	18	4	25
26 - 35 años	1	10	22	33	2	8	8	18
36 - 45 años		7	6	13	3	7	5	15
46 - 55 años		3	8	11	1	8	3	12
56 - 65 años		4	6	10		2	1	3
66 o más		1	1	2		1	1	2
Total	1	29	45	75	9	44	22	75

En el grupo de pacientes con terapia antirretroviral se encontró en estadio **A** 1 paciente comprendido en el rango de edad de 26 – 35 años, en estadio **B** 29 pacientes y estadio **C** 45 pacientes distribuidos en las diferentes edades que se muestran en el cuadro anterior. El rango de edad más afectado para este grupo en orden descendente estuvo comprendido entre 26-35 años con 33 casos, de 36-45 años se presentaron 13 casos, de 46-55 años 11 casos, de 56 –65 años 10 casos, para las edades de 18-25 años 6 casos y solo se encontraron 2 pacientes con más de 66 años.

En el grupo sin terapia antirretroviral se encontraron en estadio **A** 9 pacientes, en estadio **B** 44 pacientes y en estadio **C** 22 pacientes, la edad más afectada para este grupo fue de 18 a 25 años con 25 casos, de 26-35 años 18 casos, de 36-45 años 15 casos, de 46-55 años 12 casos, de 56-65 años 3 casos y con más de 66 años se presentaron solamente 2 casos. En ambos grupos de pacientes las condiciones eran diferentes respecto a los estadios como se indica en el cuadro anterior.

Fuente: datos obtenidos de ficha clínica del paciente de Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) y boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 2.1.

Distribución de la edad de los pacientes VIH-SIDA que están dentro del programa de terapia antirretroviral y su relación con el estadio de la enfermedad.

Terapia antirretroviral	Edad de los pacientes con terapia antirretroviral y estadio de la enfermedad N=75																
	18-25 años		26-35 años			36-45 años		46-55 años		56-65 años		66 o más		Sub-Totales			Totales
	B	C	A	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	A	B	C	
Duovir + efavirenz o nevirapina	4	1		10	11	4	3	3	6	4	2	1	1		26	24	50
D4T ³⁰ o D4T ⁴⁰ +3TC +efavirenz o nevirapina		1	1		9	3	3		1		4			1	3	18	22
ddI, 3TC o D4T ³⁰ , ritonavir e indinavir					2				1							3	3
Totales														1	29	45	75
															N = 75		N = 75

Se establecieron tres grupos de terapia antirretroviral, para el grupo con Duovir + efavirenz o nevirapina se encontraron 50/75 (66%) pacientes con diferentes rangos de edades, de los cuales 26 pertenecían al estadio **B** y 24 al estadio **C**. Otra terapia utilizada por 22/75 pacientes fue D4T³⁰ o D4T⁴⁰ +3TC + EFV o nevirapina de los cuales 1 paciente pertenecía al estadio **A**, 3 al estadio **B**, 18 al estadio **C**, quienes tenían diferentes edades como se indica en el cuadro anterior.

Con esta terapia ddI, 3TC o D4T³⁰, ritonavir e indinavir solo se presentaron 3 pacientes los cuales pertenecían al estadio **C**.

Las otras dos terapias que se mencionan anteriormente fueron utilizadas por el 34 % de los pacientes o sea 25/75.

Fuente: datos obtenidos de ficha clínica del paciente de Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) y boleta de recolección de datos.

Cuadro y gráfica No. 3
Distribución del número de manifestaciones bucales encontradas en pacientes VIH-SIDA con y sin terapia antirretroviral

<i>Manifestaciones bucales encontradas en pacientes con VIH-SIDA</i>				
<i>Manifestaciones Bucleas</i>	<i>Px. sin Terapia ARV N=75</i>		<i>Px. con Terapia ARV N=75</i>	
Ninguna	3	4%	4	5%
Una	46	61%	59	79%
Dos	18	24%	8	11%
Tres o más	8	11%	4	5%
Total	75	100%	75	100%

Para el grupo sin terapia antirretroviral la mayoría de pacientes presentó una manifestación 46/75; dos manifestaciones la presentaron 18 pacientes; con tres manifestaciones fueron 8 pacientes; de este grupo solamente 3 pacientes no presentaron manifestaciones bucales. En los pacientes sin terapia antirretroviral 59 de 75 presentaron solo una manifestación; 8 pacientes presentaron 2 manifestaciones y 4 pacientes presentaron 4 manifestaciones, sin ninguna manifestación solamente hubo 4 pacientes.

En los pacientes sin terapia hubo una mayor frecuencia de dos y tres manifestaciones comparados con los pacientes con terapia. La presencia de una sola manifestación fue mayor en los pacientes con terapia según lo relacionado en el cuadro y gráfica anterior.

Fuente: datos obtenidos de ficha clínica del paciente de Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) y boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 3.1.
Distribución de los pacientes VIH SIDA, según la terapia antirretroviral utilizada y el número de manifestaciones bucales según el estadio de la enfermedad

Manifestaciones Bucles	Terapia Antirretroviral					
	Duovir + efavirenz o nevirapina N=50		D4T ³⁰ o D4T ⁴⁰ +3TC+ efavirenz o nevirapina N= 22			ddI , 3TC o D4T ⁴⁰ + ritonavir o indinavir N = 3
	B	C	A	B	C	C
Ninguna		2			2	
Una	24	18	1	2	12	2
Dos o más	2	4		1	4	1
Sub total	26	24	1	3	18	3
Total	50		22			3

Según la distribución de los pacientes VIH-SIDA y su relación con la terapia antirretroviral utilizada y el número de manifestaciones bucales encontradas y el estadio de la enfermedad se estableció lo siguiente: pacientes tratados con duovir + efavirenz o nevirapina se encontraron 50/75; sin ninguna manifestación se encontraron 2/50 pacientes en estadio **C**, con una manifestación se encontraron 42/50 pacientes en estadio **B** 24 y en **C** 18 y con dos o más manifestaciones bucales se encontraron 6/50 pacientes 2 en estadio **B** y 4 en **C**. Con D4T³⁰ o D4T⁴⁰ + 3TC + efavirenz o nevirapina se encontraron 22/50 pacientes distribuidos así: 2/22 no presentaron ninguna manifestación, con una manifestación 15/22; 1 paciente en estadio **A**, 2 en **B** y 12 en **C** y con dos o más manifestaciones 5/22 de los cuales 1 pertenecía al estadio **B** y 4 al **C**. Los pacientes tratados con ddI, 3TC o D4T³⁰, ritonavir o indinavir fueron solo 3/75.

El 84% de los pacientes tratados con duovir + efavirenz o nevirapina presentaron una manifestación y el 68% de los pacientes tratados con D4T³⁰ o D4T⁴⁰ + 3TC + efavirenz o nevirapina presento una manifestación.

Fuente: datos obtenidos de ficha clínica del paciente de Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) y boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 4

Distribución de los pacientes VIH-SIDA con y sin terapia antirretroviral según el número de manifestaciones bucales y su relación con el estadio de la enfermedad

Manifestación Bucal	Px. Con Terapia estadio A	Px. Sin Terapia estadio A	Px. Con Terapia Estadio B	Px. Sin Terapia estadio B	Px. Con Terapia estadio C	Px. Sin Terapia estadio C
Ninguna	-	-	-	3	4	-
Una	1	7	26	29	32	10
Dos	-	1	3	10	5	7
Tres o más	-	1	-	2	4	5
Totales	1	9	29	44	45	22

La mayoría de pacientes sin terapia pertenecían al estadio **B** 44/75 de los cuales 29 presentaron una manifestación, 10 presentaron dos manifestaciones y 2 presentaron tres manifestaciones, en este grupo también encontramos 3 pacientes que no presentaron ninguna manifestación; en el estadio **A** se presentaron 9 /75 casos de los cuales 7 presentaron una manifestación, con 2 y 3 manifestaciones se presento 1 paciente respectivamente; en el estadio **C** se presentaron 22 pacientes, 10 pacientes presentaban una manifestación, 7 presentaban dos manifestaciones y solo 5 pacientes presentaron tres manifestaciones. Los pacientes con terapia antirretroviral presentaron más casos en el estadio **C** 45/75 de los cuales 4 pacientes no presentaron ninguna manifestación, 32 presentaron una manifestación, 5 presentaron dos manifestaciones y 4 presentaron tres manifestaciones; en el estadio **A** solo se evidenció un paciente que presentaba una manifestación, el estadio **B** se presentaron 29/75 pacientes de los cuales 26 presentaron una manifestación y solo 3 pacientes presentaron dos manifestaciones.

Fuente: datos obtenidos de ficha clínica del paciente de Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) y boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 5
Frecuencia de manifestaciones bucales encontradas en pacientes VIH-SIDA con terapia y sin terapia antirretroviral

Manifestaciones bucales	Número de casos
Candidosis pseudomembranosa	17
Candidosis eritematosa	12
Leucoplasia vellosa	12
Gingivitis	43
Periodontitis	71
Xerostomía	8
Úlcera	4
Herpes labial	2
Papiloma	3
Queilitis angular	21

Las manifestaciones más frecuentes fueron periodontitis con 71 casos, gingivitis con 43 casos, queilitis angular 21 casos, candidosis pseudomembranosa con 17 casos, candidosis eritematosa y leucoplasia vellosa con 12 casos respectivamente, xerostomía 8 casos, úlcera 4 casos y con papiloma 3 casos respectivamente. Se evaluaron 150 pacientes, divididos en dos grupos de 75 pacientes con y sin terapia antirretroviral, quines presentaron una, dos o tres manifestaciones bucales.

Fuente: datos obtenidos de ficha clínica del paciente de Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) y boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 5.1.
Frecuencia de manifestaciones bucales encontradas en pacientes
VIH-SIDA sin terapia antirretroviral y con terapia antirretroviral

<i>Manifestaciones bucales</i>	<i>Px. sin terapia N=75</i>		<i>Px. con Terapia N=75</i>	
Sin lesiones	3	4%	4	5%
Pacientes con una manifestación				
	N=46		N=59	
Candidosis pseudomembranosa	6	8%	-	-
Candidosis eritematosa	2	3%	3	4%
Leucoplasia vellosa	5	7%	-	-
Gingivitis	9	12%	30	40%
Periodontitis	24	32%	21	28%
Xerostomía	-	-	3	4%
Úlceras	-	-	2	3%
Totales	46		59	
Pacientes con dos manifestaciones				
	N=18		N=8	
Queilitis angular, periodontitis	5	7%	2	3%
Xerostomía, periodontitis o gingivitis	-	-	2	3%
Periodontitis, leucoplasia vellosa o candidosis eritematosa	1	1%	3	4%
Queilitis angular y candidosis eritematosa	3	4%	1	1%
Periodontitis, candidosis pseudomembranosa o ulcera	4	5%	-	-
Xerostomía y herpes labial o queilitis angular	2	3%	-	-
Leucoplasia vellosa, gingivitis	1	1%	-	-
Papiloma, leucoplasia vellosa o candidosis eritematosa	2	3%	-	-
Totales	18		8	
Pacientes con tres manifestaciones				
	N=8		N=4	
Periodontitis, queilitis angular, candidosis pseudomembranosa o papiloma	1	1%	3	4%
Periodontitis, leucoplasia vellosa o herpes labial, candidosis pseudomembranosa	2	2%	1	1%
Gingivitis, candidosis pseudomembranosa, queilitis angular	2	3%	-	-
Periodontitis, ulcera, leucoplasia vellosa o, xerostomía, queilitis angular	3	4%	-	-
Totales	8		4	
Total Finales	75	100%	75	100%

De los pacientes sin terapia antirretroviral 3 no presentaron ninguna manifestación. Con una manifestación se presentaron 46 distribuidos así con candidosis pseudomembranosa 6, candidosis eritematosa 2, leucoplasia vellosa 5, gingivitis 9 y periodontitis 24. Los pacientes con dos manifestaciones fueron 18 distribuidos así queilitis angular y periodontitis 5, queilitis angular y candidosis eritematosa 3, periodontitis y candidosis pseudomembranosa 3, con periodontitis y leucoplasia vellosa, xerostomía y herpes labial, xerostomía y queilitis angular, leucoplasia vellosa y gingivitis, papiloma y leucoplasia vellosa, papiloma y candidosis eritematosa, periodontitis y úlcera solo se encontró 1 paciente para cada caso.

Con tres manifestaciones encontramos 8 pacientes; periodontitis, queilitis angular y candidosis pseudomembranosa, periodontitis, úlcera y queilitis angular, queilitis angular, periodontitis y leucoplasia vellosa, xerostomía, periodontitis y queilitis angular un paciente para cada caso. Con periodontitis, leucoplasia vellosa y candidosis pseudomembranosa 2 pacientes, gingivitis, candidosis pseudomembranosa y queilitis angular 2 pacientes.

Los pacientes con terapia antirretroviral 4 no presentaron manifestaciones bucales, 59 pacientes de 75 presentaron una manifestación, 30 presentaron gingivitis, 21 periodontitis, candidosis eritematosa 3, xerostomía 3, úlceras 2 pacientes. Con dos manifestaciones se presentaron 8 pacientes distribuidos así queilitis angular y periodontitis 2, periodontitis y candidosis eritematosa 2, con xerostomía y periodontitis, periodontitis y leucoplasia vellosa, xerostomía y gingivitis, queilitis angular y candidosis eritematosa 1 paciente para cada grupo de estas manifestaciones.

Con tres manifestaciones solo se presentaron 4 pacientes distribuidos así periodontitis, queilitis angular y candidosis pseudomembranosa 2 pacientes, periodontitis, herpes labial, candidosis pseudomembranosa 1 paciente y con periodontitis, papiloma y queilitis angular 1 paciente.

Fuente: datos obtenidos de ficha clínica del paciente del Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) y boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 6

Distribución de las terapias antirretrovirales más usadas por los pacientes VIH-SIDA y su relación con el tiempo de uso de los medicamentos utilizados.

Antirretrovirales	Tiempo de uso y estadio de la enfermedad								Total	
	6-12 meses			13-18 meses		19-24 meses		25 o más		
	A	B	C	B	C	B	C	B		C
Duovir+efavirenz o nevirapina		9	11	12	7	3	1	2	5	50
D4T ³⁰ o D4T ⁴⁰ , 3TC, efavirenz o nevirapina	1	1	9		5		1	2	3	22
ddl, 3TC o D4T ⁴⁰ , ritonavir o indinavir					1		1		1	3
Total	1	10	20	12	13	3	3	4	9	75

Se establecieron tres grupos diferentes de terapia antirretroviral. El grupo con duovir + efavirenz o nevirapina se establecieron 50/75 casos en distintos estadios y tiempos de uso de la terapia antirretroviral como se describe en el cuadro anterior; con 6-12 meses de uso de la terapia se encontraron 20 casos, de 13-18 meses 19 casos, con 19-24 meses 4 casos, y con más de 25 meses 7 casos. El grupo con D4T³⁰ o D4T⁴⁰, 3TC, EFV o nevirapina se presentaron 22 casos; de 6-12 meses 11 casos, de 13-18 meses 5 casos, de 19-24 meses 1 caso y de 25 meses o más 5 casos.

Con ddl, 3TC o D4T⁴⁰, ritonavir o indinavir solamente se evidenciaron 3 casos en diferentes tiempo de uso y estadios como lo indica el cuadro anterior.

Fuente: datos obtenidos de ficha clínica de pacientes de Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) y boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 6.1.

Distribución según el número de manifestaciones bucales encontradas en pacientes VIH-SIDA con terapia antirretroviral relacionándolo con el tiempo de uso de la terapia

Manifestaciones bucales	Tiempo de uso de la terapia antirretroviral en los pacientes VIH-SIDA N=75				Total
	6 -12 meses	13 – 18 meses	19 – 24 meses	25 o más	
Ninguna	3		1		4
Una	22	23	3	11	59
Dos	4	1	1	2	8
Tres	2	1	1		4
Total	31	25	6	13	75

Los pacientes de 6 – 12 meses que estaban dentro de la terapia antirretroviral 22/31 presentaron una manifestación, dos manifestaciones 4 pacientes, tres manifestaciones 2 pacientes y sin ninguna manifestación 3 pacientes. De 13 – 18 meses 23/25 pacientes presentaron una manifestación, 1 paciente presentó dos manifestaciones y otro presentó tres manifestaciones. De 19- 24 meses 1 paciente no presentó manifestaciones bucales, 3/6 presentaron una manifestación, 1/6 presentó dos manifestaciones y solo 1 presento tres manifestaciones. De 25 o más meses 11/13 presentaron una manifestación, 2/13 presentaron dos manifestaciones.

Fuente: datos obtenidos de ficha clínica de pacientes de Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) y boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 7

Distribución de las manifestaciones bucales encontradas en pacientes VIH-SIDA con terapia antirretroviral

Manifestaciones bucales	Terapias antirretrovirales utilizadas		Total
	Duovir+ efavirenz o nevirapina	D4T40 o D4T30,3TC+ efavirenz o nevirapina	
Candidosis eritematosa	2	1	3
Gingivitis	22	8	30
Periodontitis	13	8	21
Xerostomía	3	-	3
Úlcera	2	-	2
Queilitis angular,periodontitis	2	-	2
Candidosis eritematos, periodontitis	2	-	2
Xerostomía, gingivitis	1	-	1
Herpes labial, candidosis pseudomenbranosa, periodontitis	1	-	1
Xerostomia, periodontitis	-	1	1
Queilitis angular,candidosis eritematosa	-	1	1
Periodontitis, queilitis y candidosis pseudomembranosa	-	2	2
Leucoplasia vellosa y periodontitis	-	1	1
Periodontitis, papiloma, queilitis	-	1	1
Sin manifestaciones	2	2	4
Total	50	25	75

Los pacientes que usaban la terapia de duovir + efavirenz o nevirapina 2 presentaron candidosis eritematosa,; 22 presentaron gingivitis; 13 pacientes presentaron periodontitis; 3 pacientes presentaron xerostomía, 2 pacientes presentaron úlceras; 2 pacientes presentaron queilitis angular y periodontitis; 2 pacientes presentaron candidosis eritematosa y periodontitis; 1 paciente presentó xerostomía y gingivitis; 1 paciente presentó herpes labial, periodontitis y candidosis pseudomembranosa y 2 pacientes no presentaron ninguna manifestación .

El grupo de pacientes que usaba D4T⁴⁰ o D4T³⁰ +3TC + efavirenz o nevirapina presentaron las siguientes manifestaciones bucales: 1 paciente con candidosis eritematosa; 8 pacientes con gingivitis y 8 con periodontitis; 1 paciente con xerostomía y periodontitis, 1 paciente con queilitis angular y candidosis eritematosa; 2 pacientes con periodontitis, queilitis angular y candidosis pseudomembranosa; 1 pacientes con leucoplasia vellosa y periodontitis; 1 paciente con periodontitis, papiloma y queilitis angular y solo 2 pacientes sin manifestaciones bucales se encontraron con esta terapia al igual que la anterior.

Fuente: datos obtenidos de ficha clínica de pacientes del Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) y boleta de recolección de datos.

Cuadros No. 8

Pacientes VIH-SIDA tratados con Duovir y Nevirapina, que presentaron manifestaciones bucales según el tiempo de uso de la terapia y el estadio de la enfermedad

Pacientes tratados con duovir y efavirenz o nevirapina N=50									
Manifestaciones bucales	No. De pacientes	Tiempo de uso y estadio de la enfermedad							
		6-12 meses		13-18 meses		19-24 meses		25 o más meses	
		B	C	B	C	B	C	B	C
Candidosis eritematosa	2	1			1				
Gingivitis	21	5	4	7	1	1		1	2
Periodontitis	14	3	1	2	4	1		1	2
Xerostomía	3		1	1	1				
Úlcera	2		1	1					
Queilitis angular, periodontitis	2		2						
Candidosis eritematosa periodontitis	2			1					1
Xerostomía, gingivitis	1					1			
Herpes labial, periodontitis candidosis pseudomembranosa	1		1						
Sin manifestaciones	2		1				1		
Total	50	9	11	12	7	3	1	2	5

En este grupo habían 47/50 pacientes que tomaban Duovir y Efavirenz, que presentaban distintas manifestaciones y que tenían diferente tiempo de uso de la terapia antirretroviral asociadas a diferentes estadios de la enfermedad como se indica en el cuadro anterior, en este grupo también se reportaron 3/50 pacientes tomaban Duovir con otro medicamento denominado Nevirapina.

Fuente: datos obtenidos de ficha clínica de pacientes del Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) y boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 9

Pacientes VIH-SIDA tratados con D4T30 3TC y EFV que presentaron manifestaciones bucales según el tiempo de uso de la terapia y el estadio de la enfermedad

<i>Pacientes con D4T³⁰ o D4T⁴⁰, 3TC y efavirenz o nevirapina N=22</i>								
Manifestaciones bucales	No. Pacientes	Tiempo de uso y estadio de la enfermedad						
		6-12 meses			13-18 meses	19-24 meses	25 o más meses	
		A	B	C	C	C	B	C
Candidosis eritematosa	1				1			
Gingivitis	7	1		2	2			2
Periodontitis	7		1	2	1	1	1	1
Xerostomía y periodontitis	1			1				
Queilitis angular y candidosis eritematosa	1						1	
Periodontitis, queilitis angular y candidosis pseudomembranosa	2			1	1			
Leucoplasia Velloso y Periodontitis	1			1				
Sin Manifestaciones bucales	2			2				
Totales	22	1	1	9	5	1	2	3

En este grupo se encontraron 22 pacientes, de los cuales 12 tomaban D4T³⁰ 3TC y EFV y 2 tomaban D4T³⁰ 3TC y Nevirapina, 8 pacientes tomaban D4T⁴⁰ 3TC y EFV con diferentes tiempos de uso de la terapia antirretroviral y según los estadios de la enfermedad como se indica en el cuadro anterior. Las manifestaciones que más se presentaron fueron gingivitis y periodontitis con 7 casos para cada grupo.

Fuente: datos obtenidos de fichas clínicas de pacientes del Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) y boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 10**Localización más frecuente de manifestaciones bucales en pacientes VIH-SIDA con y sin terapia antirretroviral**

Manifestación Bucal	Localización	Sub-Totales	Totales
Candidosis eritematosa	Paladar duro	11	12
	Dorso de lengua	1	
Candidosis pseudomembranosa	Carrillo izquierdo	3	21
	Paladar duro	10	
	Dorso de lengua	4	
	Bordes laterales de lengua	2	
	Borde lateral derecho de lengua	1	
	Toda la cavidad bucal excepto piso de boca	1	
Leucoplasia vellosa	Borde lateral derecho de lengua	3	12
	Borde lateral izquierdo de lengua	1	
	Bordes laterales de lengua	8	
Ulceras	Surco yugal izquierdo a nivel de pieza 13	1	4
	Reborde alveolar inferior a nivel de pieza 18	1	
	Surco yugal derecho a nivel de pieza 5	1	
	Carrillo derecho	1	

Herpes labial	Bermellón labial inferior derecho	1	2
	Bermellón labial inferior izquierdo	1	
Papiloma	Bermellón inferior izquierdo	1	3
	Carrillo izquierdo a nivel de comisuras	1	
	Bermellón inferior derecho	1	
Queilitis angular	Comisuras labiales bilaterales	18	21
	Comisura labial izquierda	2	
	Comisura labial derecha	1	

Con gingivitis se presentaron 43 casos y con periodontitis 71 casos estas manifestaciones se presentaron generalizados en ambos maxilares y con xerostomía se presentaron 8 casos.

Se encontraron 12 pacientes que presentaron candidosis eritematosa , su localización as frecuente fue 11 casos en el paladar duro y 1 caso el dorso de lengua. La localización más frecuente de la candidosis pseudomembranosa fue el paladar duro con 10 casos, carrillo izquierdo 3 casos, dorso de lengua 4 casos, bordes laterales de lengua 2 casos, borde lateral derecho 1 caso al igual que 1 caso que abarcaba toda la cavidad bucal excepto piso de boca.

La leucoplasia vellosa se presentó en 12 casos, la localización más frecuente fue borde lateral derecho 3 casos, bordes laterales de lengua 8 casos, borde lateral izquierdo 1 caso. Se presentaron 4 pacientes con úlcera con distintas localizaciones al igual que 2 pacientes con herpes labial. Con papiloma se presentaron 3 pacientes y con queilitis angular 21 casos, la mayoría se encontró en las comisuras labiales bilaterales 18/21.

Fuente: datos obtenidos de fichas clínicas de pacientes del Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) y boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 10.1.

Localización más frecuente de manifestaciones bucales en pacientes VIH-SIDA con terapia antirretroviral según estadios de la enfermedad

Se evaluaron 75 pacientes de los cuales solo 4 no presentaron manifestaciones bucales y pertenecían al estadio C, el resto presentó manifestaciones bucales como se describe a continuación relacionando la localización de la lesión y su estadio.

Manifestación Bucal	Localización de la lesión	Estadio de la enfermedad			Total
		A	B	C	
Candidosis eritematosa	Paladar duro		1	2	3
Gingivitis	Generalizada en ambos maxilares	1	14	15	30
Periodontitis	Generalizada en ambos maxilares		9	12	21
Xerostomía	Cavidad bucal		1	2	3
Ulceras	Surco yugal izquierdo a nivel pieza 13		1		1
	Reborde alveolar inferior izquierdo a nivel de pieza 18			1	1
Queilitis angular y periodontitis	Comisura labial bilateral			2	2
Xerostomía y periodontitis	Cavidad bucal			1	1
Periodontitis, leucoplasia vellosa	Borde lateral derecho de lengua			1	1
Periodontitis y candidosis eritematosa	paladar duro		1	1	2
Xerostomía y gingivitis	Cavidad bucal		1		1
Queilitis angular y candidosis eritematosa	Comisuras labiales bilaterales y paladar duro		1		1
Periodontitis, queilitis angular y candidosis pseudomembranosa	comisura labial izquierda y paladar duro			1	1
	Comisura labial derecha y paladar duro			1	1
Periodontitis, herpes labial, candidosis pseudomembranosa	Bermellón labial inferior derecho, paladar duro, borde lateral de lengua derecha e izquierda			1	1
Periodontitis, papiloma queilitis angular	comisuras labiales bilaterales y bermellón inferior izquierdo			1	1

Fuente: datos obtenidos de fichas clínicas de pacientes del Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) y boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 10.2.

Localización más frecuente de manifestaciones bucales de pacientes VIH-SIDA sin terapia antirretroviral según estadios de la enfermedad

Se evaluaron 75 pacientes de los cuales solo tres en el estadio B no presentaron ninguna manifestación. El resto presentó manifestaciones bucales, como se describe a continuación.

Manifestación Bucal	Localización de la lesión	Estadio de la enfermedad			Total
		A	B	C	
Candidosis pseudomembranosa	Carrillo izquierdo y paladar duro		1		1
	Paladar duro		1	1	2
	Toda la cavidad bucal excepto piso de boca		1		1
	Dorso de lengua y borde lateral derecho		1		1
	Dorso de lengua y bordes laterales			1	1
Candidosis eritematosa	Paladar duro		2		2
Leucoplasia vellosa	Bordes laterales de lengua		3		3
	Borde lateral derecho		2		2
Gingivitis	Generalizada en ambos maxilares	3	2	4	9
Periodontitis	Generalizada en ambos maxilares	4	16	4	24
Queilitis angular y periodontitis	Comisuras labiales bilaterales		4	1	5
Periodontitis, leucoplasia vellosa	Borde lateral izquierdo		1		1
Queilitis angular y candidosis eritematosa	Comisuras labiales bilaterales carrillo izquierdo y paladar duro		1		1
	Comisuras labiales bilaterales carrillo izquierdo y derecho, paladar duro		1		1
	Comisura labial izquierda, paladar duro			1	1
Periodontitis, candidosis pseudomembranosa	Carillo izquierdo		1		1
	Dorso lengua		1		1
	Paladar duro			1	1
Xerostomía y herpes labial	Bermellón inferior izquierdo			1	1
Xerostomía y queilitis angular	Comisuras labiales bilaterales			1	1
Leucoplasia vellosa y gingivitis	Bordes laterales de lengua			1	1

Manifestación Bucal	Localización de la lesión	Estadío de la enfermedad			Total
		A	B	C	
Papiloma, candidosis eritematosa	Bermellón inferior derecho y superficie dorsal de lengua		1		1
Periodontitis úlcera	Surco yugal superior derecho a nivel de pieza 5	1			1
Periodontitis, queilitis angular, candidosis pseudomembranosa	Comisuras labiales bilaterales y paladar duro	1			1
Periodontitis, leucoplasia vellosa, candidosis pseudomembranosa	Paladar duro y bordes laterales de lengua			1	1
	Paladar duro, carrillo izquierdo, dorso lengua y bordes laterales de lengua			1	1
Gingivitis, candidosis pseudomembranosa, queilitis angular	Comisuras labiales bilaterales, paladar duro		1	1	2
Periodontitis, úlcera, queilitis angular	Comisuras labiales bilaterales y carrillo derecho		1		1
Periodontitis, queilitis angular, leucoplasia vellosa	Comisuras labiales bilaterales y bordes laterales de lengua			1	1
Xerostomía, periodontitis, queilitis angular	Comisuras labiales bilaterales			1	1

Fuente: datos obtenidos de fichas clínicas de pacientes del Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) y boleta de recolección de datos.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Respecto a la distribución por sexo de los pacientes VIH-SIDA con y sin terapia antirretroviral casi no hubo diferencia en ambos grupos, la relación fue de 72/150 para el sexo masculino y 78/150 para el sexo femenino o sea 1:1. hay reportes donde se indica que la relación hombre, mujer es de 2.5:1 ^(4,5).

Según el Ministerio de Salud Pública en Guatemala, los mayores índices de transmisión se observan en las zonas urbanas y la epidemia está concentrada en la población entre 20 – 34 años de edad ⁽¹⁶⁾. En el presente estudio se observó que el grupo de pacientes más afectado por edad fue el comprendido entre los rangos de 26-35 años con 33/75 pacientes para el grupo con terapia antirretroviral y para el grupo sin terapia antirretroviral la edad más afectada fue de 18 – 35 años con 25/75 pacientes reportados. En ambos grupos, con más de 66 años se reportaron 2 casos.

Respecto a la distribución de pacientes VIH-SIDA con terapia antirretroviral relacionando la edad y el estadio de la enfermedad; la terapia más utilizada fue Duovir + efavirenz o nevirapina con 50/75 pacientes, la segunda terapia más utilizada fue D4T³⁰ o D4T⁴⁰ +3TC + efavirenz o nevirapina con 22/75 pacientes y con ddi + 3TC o D4T³⁰ +ritonavir o indinavir solamente se reportaron 3 casos. Estos datos coinciden con la literatura pues la terapia más utilizada que se considera el estándar de oro es la combinación de efavirenz con AZT+3TC (Duovir), o D4T y 3TC. Para establecer que tipo de terapia antirretroviral se utilizará es necesario tomar en cuenta la tolerancia al medicamento, las interacciones, las ventajas e inconvenientes de cada terapia y también las preferencias de los pacientes y su estilo de vida. En los pacientes en situaciones muy avanzadas con una carga viral muy alta es posible que haya que utilizar terapias muy potentes con más de 3 medicamentos, e incluso terapias que incluyan las 3 familias, tomando en cuenta el potencial de toxicidad, e interacción y aceptación por parte del paciente. ⁽⁴⁾

Según la distribución de las terapias antirretrovirales y el tiempo de uso se estableció que la mayoría de pacientes 31/75 tenían entre 6-12 meses de uso de la terapia, 25/75 tenían entre 13-18 meses de uso de la terapia, 6 tenían 19-24 meses de uso de la terapia y 13 pacientes tenían más de 25 meses, el tiempo de uso de la terapia es variable debido a que no todos los pacientes son candidatos a la misma e influyen varios factores (tiempo del paciente, disposición, estadio, asistencia a sus citas), que son tomados en cuentas antes de decidir si se inicia la terapia antirretroviral o no.

La mayoría de pacientes tratados con Duovir + efavirenz o nevirapina presentó una manifestación 42/50, los pacientes tratados con D4T³⁰ o D4T⁴⁰ +3TC + efavirenz o nevirapina 15/22 presentaron una manifestación. La primera terapia es la más utilizada por los pacientes pues es más tolerada y produce menos efectos secundarios.

Respecto a la frecuencia de manifestaciones bucales encontradas en los pacientes VIH-SIDA con una manifestación encontramos 46/75 pacientes en el grupo sin terapia y para el grupo con terapia 59/75, donde hubo diferencia fue con los pacientes que presentaron dos manifestaciones pues la relación fue 18/75 para el grupo sin terapia y 8/75 para el grupo con terapia. En ambos grupos la diferencia no fue tan significativa como se esperaba, debido a que el grupo que no tenía terapia antirretroviral recibía terapia profiláctica, según las necesidades de cada paciente. Además de eso el grupo con terapia antirretroviral también recibía terapia profiláctica.

También se relacionó en este estudio el estadio de los pacientes y el número de manifestaciones encontradas, presentándose 45/75 pacientes en estadio C con terapia antirretroviral y 44/75 pacientes en estadio B. En estadio A se encontraron 9/75 pacientes sin terapia antirretroviral. Estos datos nos indican que los pacientes que estaban más comprometidos inmunológicamente fueron los pacientes que tenían terapia antirretroviral pues las principales razones para tratar a un paciente con VIH-SIDA son impedir el deterioro del sistema inmunológico o restaurarlo rápidamente.

Las manifestaciones bucales que se presentaron con mayor frecuencia fueron gingivitis 43 casos y periodontitis 71 casos, ambas manifestaciones además de relacionarse con el compromiso inmunológico se relacionan con los escasos conocimientos sobre hábitos higiénicos que presentó la población que se estudio. Otras manifestaciones que se observaron fueron: candidosis pseudomembranosa 17 casos, candidosis eritematosa 12 casos al igual que leucoplasia vellosa. En total se observaron 193 lesiones en ambos grupos de pacientes, pues se encontraron pacientes que presentaban solo una manifestación y otros que presentaron dos y tres manifestaciones. Estos datos coinciden con lo reportado en la literatura, pues un estudio realizado por el Dr. Oscar Toralla en pacientes VIH-SIDA en la ciudad de Guatemala donde menciona la prevalencia de candidosis pseudomembranosa 10.26%, la candidosis eritematosa 3.42% y queilitis angular 5.13% .⁽¹⁵⁾

Respecto a la localización más frecuente de candidosis eritematosa en el paladar duro se reportaron 11 casos, leucoplasia vellosa 8 casos en los bordes laterales de lengua, candidosis pseudomembranosa 10

casos en paladar duro, queilitis angular 18 casos en comisuras labiales bilaterales. Las manifestaciones bucales encontradas en los pacientes VIH-SIDA estudiados varia un poco con lo documentado en la literatura de otros países, y la interpretación de los resultados es difícil debido a que en el progreso de la enfermedad influyen muchos factores (socio-culturales, étnicos, nutricionales, económicos, hábitos de higiene del paciente así como también el uso o no de terapia antirretroviral).

Conclusiones

Con base a los resultados encontrados se concluye que:

Otras de las manifestaciones que se presentaron con mayor frecuencia fue candidosis pseudomembranosa (8%), leucoplasia vellosa (7%) para el grupo sin terapia antirretroviral y para el grupo con terapia antirretroviral: candidosis eritematosa (4%), xerostomía (4%) y leucoplasia vellosa (3%).

En los pacientes sin terapia antirretroviral la presencia de una manifestación fue del 61% comparada con el 79 % de los pacientes con terapia, con dos manifestaciones bucales el grupo sin terapia presentó 24% comparado con el grupo con terapia que presentó 11% y tres manifestaciones bucales se presentaron más en el grupo sin terapia antirretroviral 11% y 5% en el grupo con terapia antirretroviral

Otras manifestaciones bucales, específicamente enfermedades periodontales, que más se presentaron en ambos grupos fueron periodontitis (60%) y gingivitis (52%).

El 4% de los pacientes sin terapia antirretroviral no presentó ninguna manifestación bucal, mientras que el grupo con terapia antirretroviral el 5% no tuvo manifestaciones bucales.

Los pacientes que tenían terapia antirretroviral el 60 % pertenecía al estadio C, mientras que los pacientes sin terapia antirretroviral el 59 % pertenecía al estadio B, esto nos indica que en los pacientes con terapia antirretroviral la enfermedad esta mucho más avanzada y controlada.

Se establecieron tres grupos de terapias antirretrovirales que fueron las más utilizadas por los pacientes: en el primer grupo 67% de los pacientes utilizó duovir + nevirapina o efavirenz , la segunda terapia más utilizada por el 29% de los pacientes fue D4T⁴⁰ o D4T³⁰ + 3TC + nevirapina o efavirenz y la menos utilizada fue ddI, 3TC o D4T³⁰ + ritonavir e indinavir con 4 % de los pacientes estudiados.

En el grupo de pacientes con terapia antirretroviral el rango de edad que estuvo más afectado fue de 26 – 35 años con 44%. En el grupo sin terapia antirretroviral el rango donde más pacientes se presentaron fue de 18 – 25 años con 33 %.

La localización más frecuente para leucoplasia vellosa fue bordes laterales de lengua con 8/12 casos y, para queilitis angular la localización fue comisuras labiales bilaterales con 18/21 casos y para candidosis eritematosa el área más afectada fue paladar duro con 11/12 casos.

Recomendaciones

En este estudio se recomienda lo siguiente:

Dar a conocer este estudio a todas las personas que se involucran en el campo de la salud y que tengan contacto con pacientes VIH-SIDA, para prestarles un mejor servicio y tener un amplio conocimiento de las manifestaciones que más afectan a este grupo de la población.

Que en Guatemala halla más apoyo para la población que vive con VIH-SIDA, ya que los costos de los tratamientos son elevados y la mayoría de los pacientes no tienen acceso a los mismos.

Es importante la habilidad para diferenciar una manifestación de otra y hacer un manejo apropiado de las condiciones más comunes, estos conocimientos son fundamentales en el cuidado general de este grupo de pacientes.

Es importante que el médico encargado de este tipo de pacientes realice un examen clínico de la cavidad bucal, y que les pregunte a los mismos si usan algún tipo de prótesis (total o removible), y solicitarles que se las quiten mientras son evaluados.

Hacer estudios más específicos sobre este tema, ya que es de suma importancia el conocimiento de las manifestaciones bucales que afectan a este grupo de pacientes, pues muchas de ellas son determinantes en la evolución clínica de la enfermedad por VIH o en SIDA.

Alcances y Limitaciones

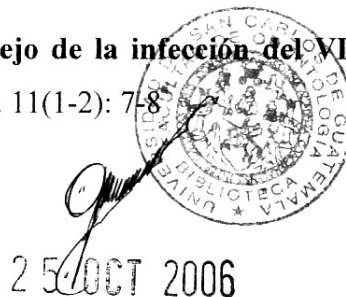
El trabajo de campo se llevó a cabo con personas VIH-SIDA que acudían al Proyecto Vida (Médicos sin fronteras, en Coatepeque) quienes eran pacientes de dicha Institución. La muestra estuvo dividida en dos grupos: el primero, pacientes que recibían terapia antirretroviral y el segundo, pacientes que no recibían terapia antirretroviral, ambos grupos contaban con tratamientos antimicóticos, antibióticos (profilaxis de infecciones oportunistas), además de vitaminas, leche de soya y suplementos que el proyecto les regala. Tal vez sea una de las razones por las que no hubo mucha diferencia entre ambos grupos estudiados.

A los pacientes antes de ser examinados se les solicitó su autorización por medio de un consentimiento informado, donde se les explicaba en que consistía dicho estudio, la mayoría de pacientes se mostraron interesados y manifestaron su aprobación, ya que a muchos era primera vez que se les realizaba un examen completo de la cavidad bucal. A los pacientes que participaron en el estudio se les impartieron charlas sobre salud bucal, enfermedades asociadas a paciente VIH-SIDA. Se les donaron a los pacientes participantes pastas de dientes, cepillos, hilo dental y se proporcionó al proyecto material de apoyo.

El proyecto brindó toda la colaboración necesaria para la realización del estudio; el lugar donde se realizaron los exámenes a los pacientes fue aceptable, sin embargo se evaluaron a los mismos en una camilla médica debido a que la institución no cuenta con equipo odontológico ni con servicios odontológicos y los pacientes son referidos al hospital Nacional de Coatepeque cuando requieren tratamiento dental.


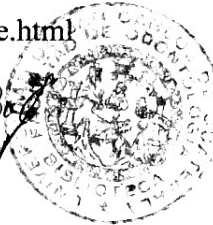
IX. BIBLIOGRAFÍA

1. AFP (Agence France-Presse). (2,001). **Guatemala-SIDA: aumentan los casos de SIDA en Guatemala.** (en línea). Estados Unidos de América: Consultado el 14 de Mayo. 2,003. Disponible en: <http://www.afp.com>
2. Cecotti, E. L. (1,993). **Clínica estomatológica, SIDA, cáncer y otras afecciones.** Buenos Aires: Medica Panamericana. pp. 30-35
3. _____ (1,995). **Manifestaciones orales del SIDA: atlas color.** Buenos Aires: Médica Panamericana. pp. 291-361.
4. Dathel, J. M. et al. (2,000). **Guía practica del SIDA: clínica, diagnóstico y tratamiento.** Trad. Jorge Lopez. 6 ed. Madrid: Masson. pp. 1-237.
5. Fauci, A. S. y Lane, C. (1,998). **Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.** En: Harrison Principios de medicina interna. Wilson, J. D. et al. editores. Trad. Isabel Alvarez Baleriola et al. 14 ed. México: McGraw-Hill Interamericana. v 2, pp. 2038-2044.
6. Hardman, J. G. et al. editores. (1,996). **Las bases farmacológicas de la terapéutica.** Trad. Rafael Blengio Pinto, Bernardo Rivera Muñoz, Santiago Sapina Renard. 9 ed. México: McGraw-Hill Interamericana. v. 1, pp. 1279- 1292.
7. Info Red SIDA Nuevo México. (2,003). **Herpes simple: úlceras bucales y herpes genital.** (en línea). Nuevo México: Consultado 15 de Dic. 2,003. Disponible en: <http://www.aids.infonet.org>
8. Marchan, M. y Ceijo, M. (2,000). **El SIDA y sus repercusiones en estomatología.** Rev Cubana de Estomat. 37(3): 171-5
9. Mejia, C. (2,001). **Lineamientos generales del manejo de la infección del VIH/SIDA.** Rev del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. 11(1-2): 7-8



10. Oliver, M. et al. (1,999). **Serotipos de Candida albicans aislados en pacientes VIH positivos**. Rev Iberoamericana de Micología. 16:204-207
11. Perurena, M. et al. (2,001). **Candida albicans serotipo B en pacientes serpositivos al virus de la inmunodeficiencia humana**. Rev Cubana de Med Tropical. 53 (3): 222-3
12. Project Inform (Información, inspiración y defensa de la gente con VIH/SIDA). (2,001). **La candidiasis oral**. (en línea). Trad. Juan F. Merino. San Francisco, CA: Consultado el 9 de Dic. 2,003. Disponible en: <http://www.projectinform.org>
13. Reznik, D. y O'Daniels C. (2,000). **Manifestaciones orales del SIDA/VIH en la era HAART** (Terapia antirretroviral altamente activa). (en línea). San Francisco, CA: Consultado el 23 de En. 2,004. Disponible en: <http://www.projectinform.org>
14. Sosa Lacruz, L. (2,001). **Candida albicans**. (en línea). Venezuela: Consultado el 15 de En. 2,004. Disponible en: <http://www.odontología-online.com>
15. Toralla de León, Oscar S. Coord. (2,002). **Prevalencia y caracterización de lesiones bucales en pacientes VIH positivos y con SIDA que acuden a la clínica estomatológica de la asociación gente nueva durante el período de enero a agosto del año 2,002 en la ciudad de Guatemala**. Guatemala: Programa Universitario de Investigación en Salud - PUISS-, Facultad de Odontología, Dirección General de Investigación -DIGI-, Universidad de San Carlos de Guatemala. 58 p. (Informe final).
16. Universidad de San Carlos de Guatemala. (1,996). **Examen clínico del aparato estomatognático**. Guatemala: Departamento de Diagnóstico. Facultad de Odontología. pp.1-8
17. USAID (Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional). (2,002). **El VIH y SIDA en Guatemala: intervención de USAID**. (en línea). Estados Unidos de América: Consultado el 14 de Mayo. 2003. Disponible en: <http://www.synergyaids.com>

18. VIH y SIDA. (1,999). **Antirretrovirales Efavirenz.** (en línea). Consultado el 10 de Nov. 2,003. Disponible en: <http://www.ctv.es/users/fpardo/home.html>
19. _____ (1,999). **Antirretrovirales Nelfinavir.** (en línea). Consultado el 8 de Nov. 2,003. Disponible en: <http://www.ctv.es/users/fpardo/home.html>
20. _____ (1,999). **Antirretrovirales Nevirapina.** (en línea). Consultado el 9 de Abr. 2,004. Disponible en: <http://www.ctv.es/users/fpardo/home.html>
21. _____ (1,999). **Enfermedades asociadas Sarcoma de Kaposi.** (en línea). Consultado el 20 de En. 2,004. Disponible en: <http://www.ctv.es/users/fpardo/home.html>
22. _____ (2,003). **Información básica.** (en línea). Consultado el 4 de Abr. 2,004. Disponible en: <http://www.ctv.es/users/fpardo/home.html>

Vo. Bo. 

25/OCT 2006

ANEXOS

ANEXO I

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO**

EXAMEN CLÍNICO DEL APARATO ESTOMATOGNATICO

Revisado y corregido por: *DR. J. RODOLFO CACERES GRAJEDA
 **DRA. CÁNDIDA LUZ FRANCO LEMUS
 ** DR. SERGIO GARCIA PILOÑA

Introducción

El presente documento describe la forma de realizar el examen integral del aparato estomatognático en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Este se efectúa después de haber registrado los datos generales del paciente, el motivo de consulta, la historia de la presente enfermedad y la historia médica y odontológica anterior. En las primeras citas deberá observarse la marcha del paciente, la actitud postural, la coordinación de movimientos, tics, o hábitos importantes, la fonación, la expresión facial y otras características que contribuyen a establecer el estado de salud.

El paciente deberá ser observado en todo momento que estuvo presente en la clínica con el fin de completar la evaluación general.

Antes de iniciar el examen deberá realizarse una inspección detallada de las regiones del cuerpo que estén visibles en el paciente, y las cuales obviamente varían de acuerdo a la edad y sexo de éste. Generalmente, se podrá observar la cabeza, la cara y parte del cuello. Así como las manos y antebrazos y algunas veces parte de las piernas. No es conveniente pedirle que se descubriera otras regiones del cuerpo, cuando se sospeche presencia de lesiones en áreas no descubiertas, deberá recurrirse a la consulta médica. Sin embargo, en ciertos casos, puede pedírsele que se descubra parte del cuello o de los brazos.

Objetivo:

El examen se realiza con la finalidad de evaluar las estructuras que constituyen la cavidad bucal y regiones adyacentes por medio de un procedimiento fácil y efectivo, de manera que sea posible determinar si se encuentran en estado normal, o bien si presentan anomalías o alteraciones patológicas.

*Coordinador Depto. Diagnóstico

** Profesores Depto. Diagnóstico

Materiales e Instrumental:

Para la ejecución del procedimiento se requirió:

- Dos bajalenguas
- Espejo intraoral
- Mascarilla
- Guantes de hule
- Trozo de gasa
- Jeringa triple

Descripción del Procedimiento:

1. Examen de cara, cuello, tejidos blandos, tejidos duros y ATM
2. Evaluación de la oclusión
3. Examen de las piezas dentarias y de los tejidos y estructuras que forman el aparato de soporte dentario.
4. Interpretación roentgenológica.

NOTA: La parte que corresponde a la evaluación roentgenológica será impartida y revisada en los temas de radiología. El examen de piezas dentarias y de tejidos y estructuras que forman el aparato de soporte dentario, es impartido por la unidad de Periodoncia.

Método:

El procedimiento que se describirá comprende: inspección visual, palpación intrabucal y palpación extrabucal, las cuales deben efectuarse en secuencia y en el mismo sentido de las agujas del reloj, siguiendo los pasos que se detallan a continuación.

INSPECCIÓN:

1. El examen se inicia estando el paciente colocado en el sillón dental en posición supina y con la boca cerrada. El examinador deberá estar ubicado a la derecha del paciente. Empleando un bajalenguas en cada mano, se examina el borde bermellón de ambos labios (iniciando en el lado derecho del paciente), distendiéndolo suavemente con el auxilio de los bajalenguas y luego la región de las comisuras separando los labios con los mismos.
2. A continuación se indica al paciente que abra parcialmente la boca y se procede a examinar la porción vestibular de la cavidad bucal. Para ello se coloca el bajalenguas de la mano izquierda sobre la mucosa labial superior derecha en el área que corresponde al región de caninos. Se separa ampliamente el carrillo y con el auxilio del bajalenguas, de la mano derecha, se procede a examinar la mucosa del mismo distendiendo desde la región retromolar hacia adelante. Al mismo tiempo deberán observarse mucosa alveolar y encía.
3. El siguiente paso consiste en examinar la región labial superior, observándose, mucosa labial, encía y frenillos para lo cual debe dejarse el bajalenguas de la mano izquierda como se indicó en el paso No. 1. Seguidamente se coloca el bajalenguas de la mano derecha a nivel del Área del canino izquierdo indicándole al paciente que cierre parcialmente la boca para poder elevar el labio superior con facilidad.
4. Inmediatamente después, se pide al paciente que vuelva a abrir la boca y se procede a examinar la región vestibular izquierda, para lo cual se coloca el bajalenguas de la mano

izquierda en donde estaba el bajalenguas de la mano derecha y con éste (el bajalenguas de la mano derecha) se procede a examinar las mismas regiones y en el mismo orden como fueron observadas en el lado derecho.

5. A continuación se procede a examinar región labial inferior para lo cual se coloca el bajalenguas de la mano derecha a nivel del canino inferior izquierdo y el bajalenguas de la mano izquierda a nivel del canino inferior derecho.

Al finalizar esta parte del examen se procederá a anotar en la ficha los datos obtenidos. El siguiente paso consiste en el examen de la mucosa del paladar duro y blando y de la encía palatina. Para ello se pedirá al paciente que incline hacia atrás la cabeza y que abra ampliamente la boca para observar por visión directa la mucosa del paladar. La inspección se realiza examinando de atrás hacia delante la encía y la mitad derecha del paladar, y en sentido inverso la región izquierda.

Siempre que se examina la encía se debe observar su apariencia superficial, su configuración, color y posición respecto a las piezas dentarias.

6. El siguiente paso es el examen de la orofaringe que comprende: pilares anteriores y posteriores del paladar, úvula, amígdalas palatinas y paredes laterales y posterior de la orofaringe. Para lo cual se adosan los bajalenguas colocándolos sobre la parte posterior del dorso de la lengua y se presiona firmemente hacia abajo al mismo tiempo que se pide al paciente que diga AA. Algunos pacientes exponen la región orofaríngea con solo abrir la boca, por lo tanto no es necesario deprimir la lengua.

Al finalizar esta parte del examen se procederá a anotar en la ficha los datos obtenidos.

7. A continuación se examinará el dorso y los bordes de la lengua, observándola primero en posición normal y luego en protusión. Con el extremo de los bajalenguas se explora la superficie dorsal de dicho órgano de atrás hacia adelante en el lado derecho y en forma inversa del lado izquierdo.

Luego, se pide al paciente que mueva la lengua hacia la izquierda, al mismo tiempo que la protruye. En esta posición se examina el borde derecho de la lengua con un bajalenguas mientras el carrillo se separa con el otro. El mismo procedimiento se repite para examinar el borde izquierdo de la lengua. Debe ponerse atención al examinar cada borde desde la región posterior hasta el vértice. Si el paciente no es capaz de mantener la lengua en posición indicada, se utiliza un trozo de gasa colocado alrededor del vértice de la lengua para guiar sus movimientos.

8. El siguiente paso consiste en el examen del vientre de la lengua, piso de la boca y encía lingual con visión directa, para ello, se pide al paciente que lleve la lengua hacia el paladar mientras mantiene la boca abierta. Debido a que al elevar la lengua, la misma oculta la porción posterior del piso, con los bajalenguas adosados se procede a separarla y se examinan las regiones ya mencionadas siempre iniciando en el lado derecho y luego el izquierdo.

Al finalizar esta parte del examen se colocan los bajalenguas cruzados en forma de X sobre la mesa o bandeja de trabajo, con el extremo que está en contacto con la boca del paciente tocándose y los extremos que están en contacto con los dedos del operador, separados. Haciéndose finalmente las anotaciones correspondientes.

9. El último paso consiste en el examen de región retromolar superior e inferior, para lo cual se utiliza un espejo intraoral iniciando siempre en el lado superior derecho.

PALPACIÓN:

Para esta etapa del examen, se utilizarán guantes descartables.

1. Se inicia la palpación apoyando el dedo índice sobre la mucosa del carrillo en parte más posterior del surco mucobucal superior derecho, al mismo tiempo, se coloca el dedo pulgar de la misma mano sobre la piel de la cara de manera que coincida con la posición que ocupa el dedo índice en el lado interno. A partir de esa posición se realiza la palpación bidigital del carrillo comprimiendo los tejidos entre ambos dedos al mismo tiempo que éstos se desplazan hacia adelante.

2. Esta maniobra se continuará en la región del labio superior hasta la zona del canino izquierdo. Al llegar a este punto, deberá rotarse la mano desplazando el dedo pulgar 180 grados hasta que coincida nuevamente con la posición del índice en el lado interno del carrillo. Se continúa con la palpación de la porción superior del carrillo izquierdo hacia atrás y al llegar a la parte más posterior de ésta se desplazan los dedos hacia la parte inferior procediéndose a la palpación bidigital en sentido anterior y sin interrumpir el movimiento se continúa con el labio inferior y la parte inferior del carrillo derecho.
3. Para determinar la consistencia de los tejidos gingivales, la presencia de exudado o la tendencia a sangrar, se procede a palpar el aspecto vestibular de la mucosa alveolar y la encía iniciándose la palpación en la región de la tuberosidad derecha. Esta parte de la palpación se hace presionando firmemente los tejidos, con el dedo índice, contra el hueso alveolar a la vez que se desplaza el dedo en sentido anterior, continuándose en el lado izquierdo hasta llegar a la tuberosidad correspondiente. De esta posición se pasa a la región retromolar inferior izquierda. A partir de esta zona se inicia la palpación de la región vestibular de la encía y mucosa alveolar inferiores, desplazando el dedo a lo largo del reborde hasta concluir en la región retromolar derecha. Se procede luego a la palpación del paladar y la encía palatina, la cual se efectúa presionando firmemente con el dedo índice la mucosa en la misma secuencia indicada para la inspección de esta región.
4. A continuación el operador debe colocarse detrás de la cabeza del paciente para efectuar la palpación de la lengua, para lo cual se pide al paciente que la protruya ligeramente y se procede a presionarla entre el índice y el pulgar, procediendo de la región más posterior en el lado derecho hasta el vértice y de aquí hasta la región más posterior en el lado izquierdo.
5. Finalmente, en la misma posición anterior, se palpa el piso de la boca, la encía lingual y las glándulas salivares sublingual y submaxilar, para lo cual se procede apoyando los dedos de la mano izquierda sobre la piel de la región submaxilar derecha y con el dedo índice de la mano derecha, se procede a presionar el lado derecho del piso de la boca y la encía lingual de atrás hacia delante al mismo tiempo que se presiona con la mano apoyada sobre la piel para dar soporte la palpación. Luego se palpará el lado izquierdo.

Al finalizar la palpación intraoral se procede a la palpación externa que incluye en su orden: inserciones de los músculos masticadores, glándulas parótidas, región infraorbitaria, región mentoniana, sistema ganglionar del área, región anterior y lateral del cuello, región pre y post auricular y articulación temporomandibular (ATM). La palpación se efectúa apoyando firmemente las yemas de los dedos índice, medio y anular sobre la zona bajo estudio.

Para la palpación de ganglios linfáticos debe guiarse la cabeza del paciente hacia abajo, de manera que la región que va a palparse esté sin tensión.

PALPACION DE GANGLIOS LINFÁTICOS

Objetivos:

Determinar si los ganglios linfáticos son palpables y, en caso positivo, anotar las características de tamaño, consistencia, si son fijos o móviles y sintomatología.

Generalidades:

Los ganglios linfáticos están clasificados en diversos grupos; en general se consideran como ganglios palpables, tres grupos regionales:

- a. Cervicofacial y supraclavicular
- b. Axilar
- c. Inguinal y femoral

Para fines docentes nos referiremos a los ganglios cervicofaciales. No debe olvidarse que los ganglios están presentes siempre, pero que si pueden palparse es porque están agrandados debido a que pueden estar defendiendo al organismo de un proceso de infección o están indicando la presencia, algunas veces, de un proceso neoplásico.

GANGLIOS LINFÁTICOS DEL CUELLO:

Incluyen los siguientes grupos: submaxilar, submentoneado, cervical superficial, cervical profundo y cervical anterior. Además de éstos, se mencionan algunos de la cabeza como los occipitales, post-auriculares, preauriculares, parotídeos, faciales, linguales y retrofaríngeos.

El examen rutinario de los ganglios linfáticos, requiere la inspección y la palpación simple. En todos los casos resulta útil comparar ambos lados, utilizando los dedos índice, medio y anular para la palpación. Los movimientos se efectúan en forma lenta y suave, desplazando los dedos hacia arriba y hacia abajo, hacia adelante y hacia atrás en sentido rotatorio recordando que la cabeza o región que se palpa debe estar sin tensión.

La palpación se debe realizar sin ejercer mucha presión, para que los ganglios pequeños no pasen inadvertidos o que pueda lastimarse al paciente haciendo del proceso algo desagradable e incómodo.

El registro de las observaciones debe incluir cinco características básicas: localización, tamaño en centímetros, sensibilidad dolorosa, grado de fijación: si es móvil o fijo; y consistencia: si es dura o blanda.

Finalmente se localizan los cóndilos trazando una línea imaginaria que va del tragus hacia la comisura externa del ojo, a más o menos dos centímetros por delante del mismo, luego se apoyan los dedos índice y medio de cada mano sobre la piel de la región de ATM a ambos lados, pidiéndole al paciente abra y cierre la boca varias veces.

Seguidamente se presiona sobre el área y se palpan los movimientos condíleos en el desplazamiento mandibular, con el objeto de determinar si existen desviación de la mandíbula, chasquidos, traquidos o crepitación, y se procede a anotar los hallazgos.

EVALUACIÓN DE LA OCLUSIÓN:

Se evaluará exclusivamente la oclusión estática:

OCCLUSION ESTÁTICA:

Para evaluar la oclusión estática se toma un bajalenguas en cada mano y se coloca uno sobre cada carrillo a nivel de la línea de oclusión; se hace presión hacia fuera con los bajalenguas y se solicita al paciente que cierre la boca en posición habitual de mordida.

La evaluación de la relación intermaxilar se basa en la siguiente clasificación:

- a. **NORMO OCLUSIÓN:** Extraoralmente el maxilar inferior está en relación anteroposterior correcta respecto al maxilar superior, intraoralmente se observa que la cúspide mesiobucal de las primeras molares superiores ocluyen en el surco mesiobucal de las primeras molares inferiores, el resto de piezas dentarias superiores e inferiores tienen una relación correcta, tanto en función como en estética.
- b. **MALOCLUSIÓN CLASE I:** Extraoralmente el maxilar inferior está en relación anteroposterior correcta respecto al maxilar superior, intraoralmente se observa que la cúspide mesiobucal de las primeras molares superiores ocluye en el surco mesiobucal de las primeras molares inferiores pero existe alteración de posición en una o más de las piezas dentarias con o sin cambio de la función y/o estética.
- c. **MALOCLUSIÓN CLASE II:** Extraoralmente se presenta una relación de retrusión del maxilar inferior con respecto al superior. Intraoralmente la cúspide mesiobucal de las primeras molares superiores ocluyen hacia mesial del surco mesiobucal de la primera molar inferior con o sin alteración de la función y/o estética.

- d. MALOCLUSION CLASE III: Extraoralmente se presenta una relación de protrusión del maxilar inferior con respecto al superior. Intraoralmente la cúspide mesiobucal de las primeras molares superiores ocluye hacia distal del surco mesiobucal de las primeras molares inferiores. Los incisivos superiores ocluyen lingualmente con respecto a los incisivos inferiores. Pudiendo encontrarse alteraciones de la estética y/o función.
- e. OCLUSION NO EVALUABLE: Si se hubiera perdido la primera molar en cualquier cuadrante el caso se considerará no evaluable, en el lado en donde no existiera la pieza; esto no significa que no existan otras formas de evaluar la oclusión, aún si el paciente fuera totalmente edéntulo, pero para fines docentes, en nuestra Institución la oclusión se evalúa exclusivamente por medio de primeras molares durante el procedimiento de diagnóstico.

jkmp'2002

ANEXO II
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Guía de las manifestaciones bucales asociadas a VIH/SIDA

<p>1.1 Candidosis</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placa blanca semiadherida a la mucosa bucal, mucosa palatina lengua y otras superficies. • Cuando se remueven con una gasa o bajalenguas deja una superficie roja o sangrante. 	<p>1.2 Gingivitis</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los signos iniciales de la inflamación aparecen en la papila interdientaria. • Hay edema y sangrado, se pierde el borde bien definido y fino como normalmente termina. • El margen gingival se agranda y redondea.
<p>1.3 Periodontitis</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se caracteriza por perdida de dientes, dolor intenso, hemorragia, olor fétido, papilas gingivales ulceradas. • Bolsas periodontales mayores de 4mm. 	<p>1.4 Herpes Simple</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo de vesículas sobre la piel y membranas mucosas, cada una de las cuales tiene entre 3 a 6 mm de diámetro. • Localizándose con frecuencia en borde de los labios o ventanas de nariz.
<p>1.5 Leucoplasia vellosa</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se presenta como una lesión blanca corrugada, no removible. • Generalmente se ubica en los bordes laterales de la lengua. 	<p>1.6 Sarcoma de Kaposi</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se caracteriza por la aparición de manchas o nódulos violáceos. • Es frecuente la afectación bucal sobre todo en el paladar.
<p>1.7 Xerostomia</p> <p>Indicadores * La mucosa se encuentra reseca por disminución del fuljo salival y pueden encontrarse fisuras en la lengua.</p>	

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio de Tesis: Relación de la frecuencia de manifestaciones bucales asociadas a pacientes VIH-SIDA que están dentro del programa de terapia antirretroviral comparados con pacientes VIH-SIDA que no están dentro del programa de terapia antirretroviral, atendidos en el Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras) de Coatepeque, Quetzaltenango.

Realizado por la Odontóloga practicante: Brosly Lorena Velásquez Calderón
Carne: 9210728

Por medio de este documento acepto formar parte del estudio antes mencionado, previa explicación de lo que consiste y doy autorización a que se me realice un examen completo y minucioso de la cavidad bucal.

Estoy informado(a) de los objetivos, procedimientos que serán utilizados en esta investigación. Se me ha informado que los resultados del examen serán confidenciales y que no tienen ningún costo.

Es de mi conocimiento que en caso de que mi respuesta fuera negativa, la atención que recibo como paciente de esta institución no se verá afectada.

Aceptando al igual que puedo retirarme del presente estudio en el momento que lo desee.

Código del paciente: _____

Huella digital _____ o Firma: _____



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
AREA DE PATOLOGIA
ANEXO IV

BOLETA PARA PACIENTES CON TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Examinador: Brosly Lorena Velásquez Calderón Carne 92-10728

No. de identificación (código del paciente): _____

Sexo: Femenino Masculino Edad

Estadio clínico:

1		2		3		4		Otros	
----------	--	----------	--	----------	--	----------	--	--------------	--

1. Terapia antirretroviral:

Antirretrovirales usados	X	Inicio	Duración (meses)	Comentarios
AZT 3TC EFV				
Viramune AZT 3TC				
D4T 3TC EFV				
D4T 3TC Viramune				
D4T ddI Nelfinavir				
Otros				

DATOS DE LA LESION

Aspecto General

Ulcera _____
 Nódulo _____
 Pápula _____
 Mácula _____
 Vesícula _____
 Placa _____
 Otra _____

Forma

Esferoidal _____
 Ovoidal _____
 Circular _____
 Irregular _____

Base

Sesil _____
 Pedunculada _____
 Infiltrada _____
 Dura _____
 Fondo c/ _____
 membrana _____

Tamaño en cm.

Color

Blanco _____
 Rojo _____
 Negro _____
 Otro _____

Superficie

Granular _____
 Aspera _____
 Lisa _____
 Otra _____

Consistencia

Suave _____
 Dura _____
 Fluctuante _____

Síntomas

Dolor _____
 Ardor _____
 Prurito _____
 Ninguno _____

Signos

Edema _____
 Ninguno _____

Movilidad

Si _____
 No _____

Otros datos importantes: _____

Diagnostico Clínico _____





UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
AREA DE PATOLOGIA ANEXO IV

BOLETA PARA PACIENTES SIN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Examinador: Brosly Lorena Velásquez Calderón Carne 92-10728

No. de identificación (código del paciente): _____

Sexo: Femenino Masculino Edad

Estadio clínico:

1		2		3		4		Otros	
---	--	---	--	---	--	---	--	--------------	--

DATOS DE LA LESION

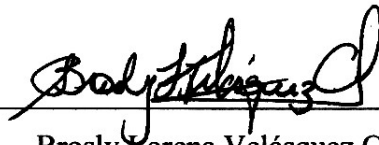
Aspecto General	Forma	Base
Úlcera _____	Esferoidal _____	Sesil _____
Nódulo _____	Ovoidal _____	Pedunculada _____
Pápula _____	Circular _____	Infiltrada _____
Mácula _____	Irregular _____	Dura _____
Vesícula _____		Fondo _____
		c/mem _____
Placa _____		
Otra _____	Color	Superficie
Tamaño en cm. _____	Blanco _____	Granular _____
	Rojo _____	Aspera _____
	Negro _____	Lisa _____
	Otro _____	
Consistencia	Síntomas	Signos
Suave _____	Dolor _____	Edema _____
Dura _____	Ardor _____	Ninguno _____
Fluctuante _____	Prurito _____	
	Ninguno _____	Movilidad
		Si _____ No _____

Otros datos importantes: _____

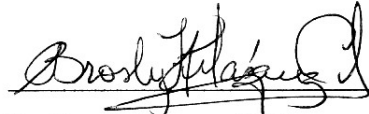
Diagnostico Clínico: _____




El contenido de esta tesis es
única y exclusiva responsabilidad del autor

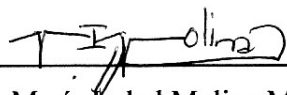


Brosly Lorena Velásquez Calderón



Br. Brosly Lorena Velásquez Calderón
Sustentante



Dra. Cándida Luz Franco Lemus
Asesora de Tesis


Dra. Miriam Ninette Samayoa Sosa
Asesora de Tesis


Dra. María Isabel Molina Muñiz
Comisión de Tesis
1er. Revisor




Dr. Víctor Ernesto Willagrán Colón
Comisión de Tesis
2do. Revisor


Dra. Cándida Luz Franco Lemus
Secretaria Académica

