

TOCa
0182

MANIFESTACIONES CLINICO BUCALES EN 25 PACIENTES VIH POSITIVOS DE LA
CORPORACION DE LUCHA CONTRA EL SIDA DE SANTIAGO DE CALI

VICTORIA EUGENIA RUIZ ECHEVERRY
PAOLA ANDREA CALLE OSORIO
GRACE MARCELA OBANDO RAMIREZ
MONICA ANDREA CUCUYAME MOSCOSO
DIEGO TORRES AYALA
LUZ ANGELICA VELEZ QUESADA
FEDERICO RODRIGUEZ GRISALES

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DOCUMENTO FINAL
SANTIAGO DE CALI
2004 - II

MANIFESTACIONES CLINICO BUCALES EN 25 PACIENTES VIH POSITIVOS DE LA
CORPORACION DE LUCHA CONTRA EL SIDA DE SANTIAGO DE CALI

VICTORIA EUGENIA RUIZ ECHEVERRY
PAOLA ANDREA CALLE OSORIO
GRACE MARCELA OBANDO RAMIREZ
MONICA ANDREA CUCUYAME MOSCOSO
DIEGO TORRES AYALA
LUZ ANGELICA VELEZ QUESADA
FEDERICO RODRIGUEZ GRISALES

Trabajo de tesis presentado como requisito para obtener en décimo semestre el título de
Odontólogos Generales

Asesor Científico
DRA. GAIL MILDRED CLAVIJO

Asesor Metodológico
DRA. BLANCA LUCIA ACOSTA

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI

2004 - II

Este es el fruto del esfuerzo y el trabajo durante dos años, que fue posible realizar gracias al apoyo incondicional de nuestras familias, nuestros docentes, nuestros amigos y todas esas personas importantes para nosotros, para ellos este sencillo homenaje.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darnos sabiduría para realizar esta tesis que se convirtió en un logro para nuestra carrera.

A los pacientes que nos colaboración de la Corporación de Lucha contra el Sida.

Al Colegio Odontológico Colombiano.

Por brindarnos enseñanza durante la practica de proyecto de investigación I, II, III y IV.

A la doctora Blanca Acosta por brindarnos apoyo y tiempo.

A nuestras familias con su apoyo moral y económico

A la doctora Gail Mildred Clavijo por guiarnos día a día.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	19
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA	20
1.2 JUSTIFICACIÓN	20
1.3 OBJETIVOS	20
1.3.1 Objetivo general	20
1.3.2 Objetivos específicos	21
1.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACION	21
2. MARCO TEÓRICO	22
2.1 VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	22
2.2 DESCRIPCION DEL AGENTE CAUSAL DEL SIDA	25
2.2.1 Respuesta inmune	25
2.2.2 Anomalías inmunes	26
2.2.3 Diagnóstico de la enfermedad	27
2.2.4 Presentaciones clínicas de pacientes con Sida	27
2.2.5 Clasificación de la infección por VIH según la OMS	28
2.3 PATOLOGÍA BUCAL	30
2.3.1 Enfermedades ulcerativas	30
2.3.2 Lesiones blancas	32
2.3.3 Lesiones rojo-azuladas	34
2.3.4 Pigmentaciones de los tejidos bucal y peribucal	35
2.3.5 Lesiones verrucopapilares	35
2.4 PRINCIPALES PATOLOGÍAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA DETECTADAS EN PACIENTES CON VIH	36
2.4.1 Enfermedades vesiculobulosas-virales	36
2.4.2 Enfermedades ulcerativas-bacterianas y micóticas	39
2.5 TERAPIA ANTIRETROVIRAL	47
3. DISEÑO METODOLOGICO	49
3.1 HIPOTESIS	49

3.2 TIPO DE ESTUDIO	49
3.3 UNIVERSO	49
3.4 POBLACION	49
3.5 MUESTRA	49
3.6 CRITERIOS	50
3.6.1 Criterios de Inclusión	50
3.6.2 Criterios de Exclusión	50
3.7 VARIABLES	50
3.8 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	51
3.8.1 Instructivo pacientes	51
3.8.2 Instructivo estudiantes	52
3.9 VALIDACIÓN	52
3.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS	53
3.10.1 Consentimiento informado	53
3.11 RECURSOS	54
3.11.1 Recursos físicos y financieros	54
3.11.2 Recursos humanos	54
3.12 CRONOGRAMA	55
4. RESULTADOS	56
4. DISCUSIÓN	61
5. CONCLUSIONES	63
6. RECOMENDACIONES	64
BIBLIOGRAFÍA	65

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1. Prevalencia de las patologías orales en pacientes con VIH de la corporación de lucha contra el SIDA de la ciudad de Santiago de Cali.	56
FIGURA 2. Leucoplasia vellosa 40%	57
FIGURA 3. Candidiasis oral 24%	57
FIGURA 4. Ulcera recurrentes 12%	58
FIGURA 5. Sarcoma de Kaposi 8%	58
FIGURA 6. Eritema marginal lineal 4%	59

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Manifestaciones orales y Evaluación periodontal.	59

GLOSARIO

ADENOPATÍA: término utilizado para designar el aumento de volumen de los ganglios linfáticos.

ADN (O DNA): abreviatura de ácido desoxirribonucleico. Es una molécula gigante que contiene la información genética y hereditaria.

AIDS: es la forma inglesa de la palabra sida. Acrónimo de acquired immune deficiency syndrome.

ALTO RIESGO (COMPORTAMIENTO DE): se designa así a los individuos con mayor riesgo de contraer una enfermedad. Por lo que se refiere al sida, las conductas de alto riesgo son las relaciones promiscuas, y el uso compartido de agujas y jeringuillas. Haber nacido de una madre infectada también constituye una situación de riesgo.

ANTICUERPOS: son diversas sustancias químicas que existen en el cuerpo que reaccionan ante la presencia de una sustancia extraña (antígeno). Hay un anticuerpo específico para cada antígeno.

ANTÍGENO: sustancia extraña que penetra en un organismo y provoca una reacción que se traduce en la producción de proteínas específicas, dotadas de propiedades defensivas (los anticuerpos).

ARN: ácido ribonucleico. Transmite a las células la información genética contenida en el ADN. Todo el material genético del virus VIH, responsable del sida, está formado por una molécula de ARN.

BACTERIA: microorganismo formado por una sola célula que se reproduce por escisión. Las bacterias son responsables de muchas enfermedades. Las bacterias pueden vivir de forma independiente, a diferencia de los virus que sólo pueden sobrevivir en el interior de una célula viva, a la que parasitan. Pueden presentar diversas formas.

BACTERIA OPORTUNISTA: es una bacteria que sólo provoca una enfermedad en el organismo cuando las defensas inmunitarias de éste son deficientes, como en el caso del sida.

CÁNDIDA ALBICANS: hongo responsable de afecciones dermatológicas locales triviales (en la lengua, piel, pliegue cutáneo). En los inmunodeprimidos, la candida albicans puede diseminarse por todo el organismo provocando manifestaciones pulmonares, digestivas y también septicemias. En este caso, se comporta como un microbio oportunista.

CANDIDIASIS. Enfermedad provocada por especies de candida caracterizada por prurito, exudado, descamación y facilidad de hemorragia.

CONDÓN: sinónimo de preservativo. Hoy es un excelente medio de prevención de enfermedades de transmisión sexual y del sida.

CRIBAJE: conjunto de medidas aplicadas a objetos, tejidos u órganos de forma sistemática y obligatoria, que permiten eliminar del circuito de distribución las fuentes potenciales de infección.

DIFENENDRINAMINA: antihistamínico que se presenta en forma de polvo blanco cristalino ; se emplea en el tratamiento sintomático de manifestaciones alérgicas y también por sus efectos sedantes, antieméticos, antitusivos, anestésicos locales y anticolinérgicos (antiespasmódicos); se administra por vía oral, intra-muscular e intravenosa.

DISPLASIA: anomalía de desarrollo de tejidos u órganos; en patología, alteración de la forma, dimensiones y organización de las células adultas.

ELISA: abreviatura inglesa de Enzyme Linked Immunosorbent Assay. Es un método clásico para detectar la presencia de anticuerpos en la sangre. Es una técnica simple y rápida, y de bajo costo. Este método constituye la base de la prueba serológica del sida. La prueba Elisa es fiable, pero no al 100%, por lo que todo resultado positivo debe ser comprobado y controlado por otro método de confirmación.

ESPERMA: líquido elaborado por las vesículas seminales y la próstata, que contiene los espermatozoides. El esperma puede contener también células

Infectadas por el virus del sida (linfocitos macrófagos) y, por ello, puede transmitir la infección a los compañeros sexuales.

ETIOLOGÍA: estudio de las causas de las enfermedades.

ETS: abreviación de enfermedades de transmisión sexual. Son las enfermedades que se pueden contraer por contacto sexual. El sida es una enfermedad de transmisión sexual.

FACTOR VIII: es un componente de la sangre necesario para asegurar una coagulación satisfactoria de la misma. Este factor falta en la hemofilia a.

GLÓBULOS BLANCOS: células de la sangre responsables de la defensa del organismo contra los agentes y los microbios extraños.

HEPATITIS VÍRICA: inflamación del hígado causada por un virus que se transmite por vía digestiva, por vía sanguínea y por relaciones sexuales. En muy pocos casos, la hepatitis puede llevar a la destrucción completa del hígado y a la muerte.

HERPES: erupción cutánea de origen vírico consistente en vesículas agrupadas. Afecta sobre todo a los labios y los órganos genitales. Esta enfermedad se distingue también por su carácter recurrente.

HOMOSEXUALIDAD: inclinación sexual hacia individuos del mismo sexo. Hay homosexualidad ocasional y homosexualidad preferente o exclusiva.

INCUBACIÓN: periodo que separa la entrada de un microorganismo en el organismo de la fecha de aparición de los primeros síntomas de la enfermedad. En el caso del sida, el periodo de incubación es muy variable: puede variar de algunas semanas a varios meses, incluso, años.

INFECCIÓN: diseminación de un microorganismo patógeno por el cuerpo.

INFECCIÓN LATENTE: infección por un microorganismo que no presenta ningún signo clínico en el enfermo al que se llama "portador sano". En el caso del sida, el término está mal escogido, puesto que sabemos que algunas de las personas infectadas por el virus del sida desarrollarán un día u otro la enfermedad. Hoy se prefiere hablar de portadores asintomáticos.

INFECCIÓN OPORTUNISTA: infección provocada por un microorganismo habitualmente no patógeno que sólo se vuelve patógeno cuando las defensas del organismo disminuyen. Las manifestaciones más graves del sida son causadas por las infecciones de gérmenes oportunistas.

INMUNOSUPRESION: disminución de los medios de defensa inmunitaria del organismo.

KAPOSI (SARCOMA DE): es un tumor maligno caracterizado por la aparición, esencialmente en el hombre, de placas y nódulos rojizo-violáceos en la piel. Esta enfermedad ataca también a los órganos profundos.

LINFOCITOS: glóbulos blancos especializados en la defensa inmunitaria. Se distinguen principalmente los linfocitos b y t. los linfocitos b actúan por medio de sustancias que ellos mismos producen, llamadas "anticuerpos". Los linfocitos t actúan por contacto directo con el invasor. Los linfocitos t4 son los coordinadores de las defensas inmunitarias. Estas células estratégicas constituyen la diana del virus del sida. De este modo el virus paraliza las defensas inmununitarias antes de que éstas hayan tenido la oportunidad de organizarse.

LINFOMAS: tumores malignos formados por tejidos linfáticos (ganglios, sobre todo, y otros órganos linfáticos).

MACRÓFAGO: glóbulo blanco removedor de gran tamaño que ingiere células degeneradas, tejido sanguíneo y partículas extrañas y secreta proteínas mensajeras (monocinas) implicadas en reacciones inflamatorias, activación de linfocitos y reacciones agudas del sistema inmunológico.

MIELOPATIA: término general que indica alteraciones funcionales, cambios patológicos o ambas cosas en la médula espinal; el término se emplea a menudo para designar lesiones no específicas, en contraste con las lesiones inflamatorias (mielitis).

MIOPATIA: cualquier estado anormal o enfermedad de los tejidos musculares.

MONOCITO: leucocito fagocítico mononuclear, con un núcleo ovoide o en forma de riñón, que contiene cromatina lineal acordonada. Los monocitos son transportados a los tejidos, donde se convierten en macrófagos.

MONONUCLEOSIS: presencia de un número anormalmente grande de leucocitos mononucleares en la sangre circulante, especialmente formas que no son normales.

NEUTROPENIA: disminución de número de leucocitos neutrófilos.

OPORTUNISTAS (MICROORGANISMOS): microorganismos que viven en equilibrio en un organismo sano, pero que pueden causar enfermedades cuando las defensas del organismo se debilitan. Se aprovechan, pues, de la "oportunidad" que éste les ofrece para atacarlo.

PORTADORES SANOS: se designa así a las personas que llevan un microbio (bacterias, virus u otros gérmenes) sin presentar signos de enfermedad y, en cambio, pueden ser fuente de contagio.

PRUEBA SEROLÓGICA O DE DETECCIÓN: examen de la sangre que permite detectar la presencia de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana.

RECOMBINANTE: célula o sustancia nueva resultante de la recombinación genética.

REPLICACIÓN: repetición de un proceso u observación; auto-reproducción.

RETROVIRUS: virus cuyo material genético está formado por ARN, pero que se transcribe en la célula en ADN gracias a una enzima específica, la transcriptasa inversa. El virus del sida, VIH o HIV es un retrovirus.

SARCOMA: tumor maligno que se desarrolla a expensas de un tejido conjuntivo (tejido de sostén de los órganos).

TRANSCRIPTASA INVERSA: es una enzima que permite a los retrovirus transformar el ARN en ADN a fin de que puedan instalarse en el núcleo de la célula infectada y formar parte del patrimonio genético de esta célula.

TRASCIPCIÓN: proceso por medio del cual la información genética contenida en el DNA produce una secuencia complementaria de bases en una cadena RNA.

TRANSMISIÓN VERTICAL: que ocurre durante el parto.

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana, caracterizado por producir un deterioro cualitativo, cuantitativo y progresivo del sistema inmunitario.

RESUMEN

Describir las manifestaciones clínico bucales en pacientes con VIH de la Corporación de Lucha contra el SIDA en Santiago de Cali.

Estudio observacional descriptivo transversal en el cual se incluyeron 25 pacientes escogidos aleatoriamente por conveniencia de la Corporación de Lucha contra el SIDA en Santiago de Cali durante los meses de julio y agosto del 2004 con un rango de edad de 18 a 65 años, de los cuales 19 eran hombres y 6 mujeres. A quienes se les practico un examen clínico bucal, un examen periodontal, evaluación de higiene oral y por ultimo se dejo constancia fotográfica.

Se examinaron 25 pacientes, 19 hombres (76% de la población) y 6 mujeres, se observaron lesiones bucales asociadas con el VIH, en un 88% correspondieron a: leucoplasia vellosa 40%, candidiasis oral 24%, sarcoma de Kaposi 8%, eritema marginal lineal 4%, úlceras recurrentes 12%, pacientes sin ningún tipo de patología bucal 12%, la relación de patologías bucales con el tratamiento de los antirretrovirales.

La candidiasis oral y la leucoplasia vellosa fueron las lesiones mas fuertemente asociadas con el VIH. Todo paciente debe considerarse y atenderse como posible transmisor.

INTRODUCCION

El VIH es una pandemia, caracterizada por la inmunodeficiencia se presenta en el paciente infectado, en el cual se crea un ambiente óptimo para desarrollar enfermedades oportunistas, entre estas se encuentran las manifestaciones clínico bucales, que pueden ser un signo de alerta médica en el momento de atención a pacientes. Se pueden presentar algunas de mayor frecuencia como el sarcoma de Kaposi, Candidiasis, leucoplasias, Gingivitis Ulcero Necrotizante y Periodontitis Ulcero Necrotizante, herpes, entre otras.

El objeto de esta investigación es analizar y describir cada una de estas patologías, dando lugar al conocimiento minucioso de cada afección y mejorar la calidad de salud oral en estos pacientes generando evidencia que permita a través de charlas educativas el mejoramiento de los conocimientos actitudes y prácticas y su salud oral de los pacientes de la corporación de lucha contra el SIDA, para que se lograr que se cumpla una meta tanto para los estudiantes como para quienes sirven de población de estudio.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA

- ¿Cuales son las principales manifestaciones clínico bucales que afectan a los pacientes adultos VIH positivos de la corporación de lucha contra el SIDA?
- ¿Como influyen sus actitudes y practicas en su salud oral?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Hasta el año de 1999 en Colombia 17.000 personas presentaban SIDA y 11.000 estaban infectadas por VIH, por este motivo a consulta odontológica general acuden frecuentemente este tipo de pacientes, esta es una investigación que nos brinda la oportunidad para aproximarse al conocimiento que posee una comunidad con VIH-SIDA sobre su concepto Salud-Enfermedad. A partir de la experiencia adquirida en esta investigación se llena un vacío de conocimientos específicos en cuanto a la conducta terapéutica determinada para dicha comunidad, además de la experiencia adquirida en el conocimiento de actitudes y practicas de estos individuos y como influyen estas en su nivel de salud bucal.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Proponer un programa de prevención primaria a partir de los conocimientos, actitudes y prácticas y el perfil buco dental de los pacientes adultos de la corporación de lucha contra el SIDA en Santiago de Cali.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir las manifestaciones buco dentales de los pacientes con SIDA.
- Evaluar clínicamente el estado de salud bucal de los pacientes de la corporación de lucha contra el SIDA.
- Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral de los pacientes de la corporación de lucha contra el SIDA.
- Correlacionar conocimientos actitudes y prácticas sobre salud oral y el perfil clínico bucal de la población adulta con VIH que acude a consulta en la corporación de lucha contra el SIDA de Santiago de Cali.
- Generar conocimientos que permita a través de charlas educativas el mejoramiento de los conocimientos actitudes y prácticas y su salud oral de los pacientes de la corporación de lucha contra el SIDA.

1.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACION

1. ¿Cuales son las actitudes sobre la salud oral en pacientes VIH positivos?
2. ¿Cuales son las características y hallazgos más importantes que poseen cada una de estas manifestaciones en este tipo de pacientes?
3. ¿Cuales son los conocimientos, actitudes y prácticas que poseen los pacientes de la corporación de lucha contra el SIDA con respecto a su salud buco dental?
4. ¿Cuál es el manejo dado en cuanto a higiene oral en pacientes VIH positivos?
5. ¿Cuales son los cuidados al realizar prácticas clínicas en pacientes VIH positivos?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

El virus de la inmunodeficiencia humana fue conocido a nivel público en 1981 cuando un homosexual de origen estadounidense presentó los síntomas característicos de este virus.¹

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus de la familia de los lentivirus, que se caracteriza por atacar el sistema inmune, pudiendo llevar al paciente a la muerte.

Actualmente, el VIH se considera una pandemia; para diciembre del 2003, se calculó que vivían en promedio 40 millones de personas en el mundo infectadas por el VIH, de los cuales el 93% eran adultos. En ese año se presentaron en promedio 5 millones de casos nuevos y fallecieron 3 millones de personas.

Colombia ocupa el quinto lugar en número de casos reportados en América Latina; en los últimos años se ha visto una tendencia a la feminización de la epidemia (por cada tres hombres infectado hay una mujer).²

De acuerdo a datos de ONUSIDA Colombia 2002, la prevalencia varía del 18% (hombres que tienen sexo con hombres) al 1% en embarazadas y población general.

Desde 1983, se han registrado 33.640 casos de los cuales 20.650 son pacientes asintomáticos y 12.900 tienen SIDA.³

Por el subregistro existente se considera que el número real de pacientes infectados, está entre 140.000 y 220.000; el grupo de edad más afectado está entre los 30 y 40 años y el 60% de los casos está entre 20 y 49 años. La epidemia del SIDA en Colombia es de tipo concentrada.⁴

En los primeros años de la epidemia, este carácter de incurabilidad, fatalismo y el aura de muerte con que se abordaba el tema, dejó en la desesperanza y sin ningún tipo de alternativa a las personas enfermas a causa del SIDA. Hoy por hoy, con el enfoque del manejo actual se comienza a tener una visión más esperanzadora y ya está en manos del equipo de salud poder ofrecer no solo mejores expectativas de vida, sino, ante todo, una mejor calidad de vida.⁵

Sin embargo, existen estudios que han comprobado la existencia de esta enfermedad desde épocas anteriores, en donde se describe que su origen es en África, y que este virus es derivado de chimpancés pertenecientes a esta área topográfica (*Pan troglodytes troglodytes*).

Este virus es una pandemia, que se ha propagado de una manera impresionante, pues al inicio se creía que era una enfermedad meramente homosexual, luego apareció en drogadictos y personas a las que se les realizó transfusiones sanguíneas, posteriormente se describió en parejas heterosexuales y finalmente en vía transplacentaria.

El VIH presenta dos subtipos VIH1 Y VIH2, siendo el VIH1 el más nocivo de los dos.

El agente etiológico es un retrovirus linfotrópico que se denominó HTLV-III y que desde 1986 por la OMS se denomina VIH.

El contagio se puede dar por varias vías:

- Transfusión sanguínea.
- Transfusión sexual.
- vía perinatal.

Este virus pasa por varias etapas antes de convertirse en SIDA, estas etapas son:

- SINDROME RETROVIRAL AGUDO O SERO CONVERSION:

Corresponde a la infección primaria por VIH, por lo general es asintomático pero el 50% de las personas con infección aguda pueden presentar un síndrome parecido a la mononucleosis infecciosa.

El inicio de los síntomas se da de 2-4 semanas y se caracteriza por fiebre, adenopatías, faringitis, úlceras en la cavidad oral y un exantema multiforme, el compromiso neurológico se presenta en menos del 10% de los pacientes.

La duración de los síntomas es de 14 días y aun que pueden prolongarse por más de 2 meses y esto se correlaciona con la aparición temprana del SIDA.

- FASE ASINTOMATICA:

El recuento de las células CD₄ es mayor de 300/mm³, la mayor parte de los pacientes se caracterizan por ser asintomático durante esta etapa de la enfermedad, a excepción de las adenopatías, estas son una adecuada respuesta inmune cuando desaparecen es considerada como una inmunodeficiencia. Cuando el recuento de los CD₄ cae por debajo de 500 células empiezan a aparecer complicaciones clínicas menores, en especial en la piel.

- SIDA:

El es menor de 200 células CD₄/mm, con este recuento el paciente ya es diagnosticado con la enfermedad de SIDA, aun cuando no presente manifestaciones clínicas, aun cuando el riesgo de que se desarrollen los indicadores de la enfermedad es alto, se pueden modificar con el uso de antivirales o de esquemas profilácticos.¹⁰

2.2 DESCRIPCION DEL AGENTE CAUSAL DEL SIDA

Se dice que el agente causal del SIDA es el VLTH-III dado que es posible identificarlo por medio de un estudio de anticuerpos en el individuo afectado.

Para lograr aislar el VTLTH-III fue necesario realizar una serie de procedimientos en los que estaba incluido la monitorización de la actividad de transcriptasa inversa vírica en los líquidos sobrenadantes de las células mononucleares donadas a partir de la sangre periférica, medula ósea y otros tejidos de los pacientes que se estimularon a través de una sustancia mito génica (fitohemaglutinina P) durante 48-72 horas, posterior a esto se realizó la transmisión del virus a linfocitos T humanos sanos observando la reacción de estos dos factores. Posterior a esto, se revisó la actividad antigénica por métodos de inmofluorescencia indirecta o Western blot con muestras de pacientes seropositivos.

La acción de esta partícula es la de infectar las células linfáticas humanas frescas haciendo que se pierda la viabilidad de estas en el sistema inmune del paciente infectado, estas células lo que hacen es alojarse las células del sistema inmunológico, especialmente en las células CD⁴, alterando el RNA y creando células compatibles con el virus en cada proceso de replicación celular.⁷

2.2.1 Respuesta inmune

Después de haberse diseminado el virus, se inicia una respuesta inmune tanto humoral como celular. La respuesta humoral consiste en la producción de anticuerpos contra las proteínas gp120 y 41. Inician las IgM y poco a poco son reemplazadas por otras inmunoglobulinas en especial las IgG e IgA. Esta se completa después de tres o cuatro meses, pero desde la segunda semana es posible detectar los anticuerpos neutralizantes y cito líticos. La respuesta celular es producida por la célula T citotóxica y las CD⁴, es eficiente durante el periodo asintomático pero disminuye a

medida que progresa la infección, esto crea una falta de competencia inmune produciendo la pérdida de memoria de los linfocitos encargados de la memoria vírica, de esta forma se crea la inmunosupresión del individuo.

2.2.2 Anomalías inmunes

Los pacientes con SIDA muestran defectos bastante marcados en las células destructoras naturales (NK) y en las células citotóxicas, dado que su actividad destructora específica en las células efectoras infectadas por citomegalovirus (CMV) y la lisis de NK inespecífica de las células tumorales esta disminuida.

También debe ser tomado en cuenta que la actividad de las células T4 esta disminuida y esto colabora a que los defectos en las células sean notorios ya que sin las señales inductoras de las T4, las células cito líticas no promueven su función óptimamente.

Otra anomalía que se observa es la ausencia de producción de interleuquina-1 por parte de los monocitos, colaborando al aumento en cuanto a ciertas infecciones y la disminución de la respuesta antiparasitaria en los pacientes con SIDA.

En los pacientes con SIDA se observa una elevación en cuanto a los niveles de Ig en sangre, presencia de complejos inmunes y comunicación de fenómenos auto inmunes, esto gracias al aumento de las células B, pero que presentan un defecto intrínseco en ellas, gracias a la colaboración del virus, dando como resultado la inactividad de estas células.

En general, el sistema inmunológico, se ve afectado pues el virus lo que hace es degenerar las células que lo conforman, evitando que estas se activen ante la presencia de un antígeno ajeno, permitiendo la susceptibilidad del individuo para la formación de patologías oportunistas gracias a la inmunosupresión del paciente infectado.

2.2.3 Diagnóstico de la enfermedad

Es posible realizar el diagnóstico dado que pocos días después de ocurrida la infección, es posible detectarse en la sangre el antígeno p24 que cae a niveles séricos bajos y se incrementa el título de anticuerpos anti p24 alrededor de la octava semana. Durante las seis primeras semanas no es posible probarse la existencia de anticuerpos por lo cual es conocido este intervalo como periodo de ventana inmunológica, después de aparecer los anticuerpos son detectables durante la historia natural de la infección.

Los métodos para diagnosticar el VIH son agrupados en tres grupos los cuales son: 1. Detección del virus completo o sus proteínas, 2. Detección de anticuerpos contra el VIH y 3. Detección del genoma viral.⁸

2.2.4 Presentaciones clínicas de pacientes con Sida

En el momento que los pacientes desarrollan la enfermedad sintomática del VIH, inicia una serie de manifestaciones a nivel sistémico que pueden conllevar a la complicación de quienes padecen esta infección.

Entre estas manifestaciones encontramos:

- **FIEBRE:** Es uno de los síntomas más comunes en las personas infectadas con VIH, puede presentarse con o sin sudoración nocturna. Puede presentarse por el mismo VIH, por infecciones oportunistas o por linfoma.
- **LINFADENOPATIA:** Es un hallazgo común. Se observa adenomegalias en diferentes zonas ganglionares como axilar, inguinal, cervical, periauricular y la cadena de los escalenos. En estos casos, se deben realizar biopsias para descartar sarcoma de Kaposi linfadenopático. La progresiva reducción del tamaño de los ganglios coincide con el avance de la infección.

- **DIARREA:** Son comunes los cólicos abdominales, heces fecales acuosas y tenesmo rectal. Este hallazgo es dado por algunas infecciones gastrointestinales oportunistas dado el estado avanzado de inmunosupresión que presentan estos pacientes.
- **DOLOR PERIRRECTAL:** La infección recurrente con el virus del herpes simple en esta área ocasiona ulceraciones superficiales dolorosas, como también puede ser ocasionado por sarcoma de Kaposi ubicado en esta área. Otra posible explicación para este síntoma es la exacerbación de infecciones rectales poco comunes pero que deben ser tomadas en cuenta.
- **DEMENCIA:** El VIH afecta las células de la microglia y los macrófagos del sistema nervioso central y periférico. Esto puede producir parestesias, parestias y en una forma de mayor gravedad, demencia profunda. La encefalopatía temprana que produce el VIH se presenta generalmente con apatía, depresión y aislamiento social. Los pacientes reportan también pérdida de la memoria inmediata y una escasa concentración.
- **CEGUERA:** La retinitis por citomegalovirus provoca pérdida de la visión progresiva y rápida. También es común encontrar infartos retinales que producen exudados algodonosos. Otras entidades patológicas que pueden llegar a producir trastornos de visión son la toxoplasmosis y la candidiasis diseminada.⁹

2.2.5 Clasificación de la infección por VIH según la OMS

EN 1993, la OMS estableció ciertos criterios para clasificar a los pacientes por estadios teniendo en cuenta la sintomatología que presenta y el recuento de linfocitos TCD4:

- ESTADIO I:
 - Paciente asintomático.
 - Linfadenopatía general progresiva.
 - Nivel 1: asintomático, actividad normal.
- ESTADIO II:
 - Pérdida de peso <10%.
 - Manifestaciones cutáneas menores; dermatitis seborreica, inicomiosis, úlceras orales recurrentes, Queratitis angular.
 - Herpes Zoster durante los últimos cinco años-
 - Infecciones respiratorias altas recurrentes.
 - Nivel 2: Presencia de síntomas leves, actividad normal.
- ESTADIO III:
 - Pérdida de peso >10%.
 - Diarrea crónica inexplicada de >1 mes de evolución.
 - Fiebre prolongada constante o intermitente de más de un mes de evolución.
 - Candidiasis oral o presencia de leucoplasia vellosa.
 - Tuberculosis pulmonar en el último año.
 - Infecciones bacterianas severas: neumonía, piomiosis.
 - Nivel 3: Paciente encamado <50% del tiempo en el último mes.
- ESTADIO IV:
 - Síndrome caquético.
 - Neumonía
 - Criptosporidiasis con diarrea de más de un mes de evolución.
 - Infección por citomegalovirus con afectación de otros órganos además de hígado, bazo o ganglios linfáticos.
 - Infección por virus del herpes simple mucocutáneo de más de un mes de duración.

- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Micosis diseminadas producidas por histoplasmosis o coccidioidomicosis.
- Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar.
- Infección diseminada por mico bacterias atípicas.
- Tuberculosis Extrapulmonar
- Sepsis por salmonella.
- Linfoma.
- Sarcoma de Kaposi.
- Encefalopatía por VIH.
- Nivel 4: Paciente encamado mas del 50% del día el ultimo mes.¹⁰

En los últimos años, las lesiones bucales han representado algunos de los signos tempranos de infección por VIH y el 10% de la población infectada presenta manifestaciones bucales como primer signo de la enfermedad¹¹.

2.3 PATOLOGÍA BUCAL

2.3.1 Enfermedades ulcerativas¹².

Una úlcera se define simplemente como la pérdida del epitelio. El término erosión implica en general un defecto superficial que produce pérdida de una porción del epitelio. Por razones meramente prácticas, erosión y úlcera se usan como sinónimos.

En pacientes odontológicos se observan a menudo lesiones ulcerativas. Aunque el aspecto clínico de muchas úlceras bucales es similar, sus causas pueden ocasionar manifestaciones reactivas, neoplásicas o bucales de enfermedad hematológica.

Las úlceras infecciosas son potencialmente transmisibles al personal odontológico y deben tratarse con precaución.

Las enfermedades ulcerativas clasificadas clínicamente son:

LESIONES REACTIVAS - ENFERMEDADES BACTERIANAS¹².

Sífilis.

Gonorrea.

Tuberculosis.

Lepra.

Actinomicosis.

Noma.

ENFERMEDADES MICÓTICAS.

Micosis profunda.

Micosis subcutáneas: esporotricosis.

Micosis oportunistas: fomicosis.

ENFERMEDADES RELACIONADAS CON DISFUNCIÓN INMUTARIA.

Úlceras aftosas.

Síndrome de Behçet.

Síndrome de Reiter.

Eritema multiforme.

Lupus eritematoso.

Reacciones a fármacos.

Alergia de contacto.

Granulomatosis de Wegener.

Granuloma de la línea media.

Enfermedad granulomatosa crónica.

Neutropenia cíclica.

NEOPLASIAS.

Carcinoma de células escamosas.

Carcinoma del seno maxilar.

2.3.2 Lesiones blancas¹³.

Las lesiones de color blanco en la mucosa bucal deben su aspecto característico a la dispersión de la luz a través de una superficie mucosa alterada.

Estas anomalías pueden ser resultado del engrosamiento de la capa de queratina, hiperplasia del epitelio en el estrato de Malpighi, edema intracelular de las células epiteliales y disminución de la vascularidad del tejido conectivo subyacente. Las lesiones blancas o blanco amarillentas pueden ser causadas por exudado de fibrina que cubre una úlcera, materiales depositados debajo de la mucosa, residuos en la superficie o colonias de hongos.

Las lesiones blancas que han sido clínicamente catalogadas como tales, son¹⁴

ENFERMEDADES HEREDITARIAS.

Leucoedema.

Nevo esponjoso blanco.

Disqueratosis intraepitelial benigna hereditaria.

Queratosis folicular.

LESIONES REACTIVAS.

Hiperqueratosis focal (friccional).

Lesiones blancas relacionadas con tabaco no fumado.

Estomatitis nicotínica.

Queilitis solar.

OTRAS LESIONES BLANCAS.

Leucoplaquia¹⁰ idiopática.

Leucoplaquia pilosa.

Lengua pilosa.

Lengua geográfica.

Liquen plano.

Esfacelo relacionado con dentríficos.

LESIONES NO EPITELIALES BLANCO-AMARILLENTAS.

Candidiasis¹¹.

Quemaduras de la mucosa.

Fibrosis submucosa.

Gránulos de Fordyce.

Tejido linfoide ectópico.

Quistes gingivales.

Parulis.

Lipoma.

2.3.3 Lesiones rojo-azuladas¹²

INTRAVASCULARES.

Lesiones del desarrollo:

Hemangioma.

Lesiones reactivas:

Granuloma piógeno.

Granuloma periférico de células gigantes.

Glositis romboide mediana.

Neoplasias:

Eritroplaquia.

Sarcoma de Kaposi.

Causa desconocida:

Lengua geográfica.

Psoriasis.

Enfermedades metabólicas-endocrinas:

Deficiencia de vitamina B.

Anemia perniciosa.

Anemia por deficiencia de hierro.

Síndrome de ardor bucal.

Enfermedades infecciosas:

Fiebre escarlatina.

Candidiasis atrófica.

Anomalías inmunitarias:

Gingivitis de células plasmáticas.

Reacciones a fármacos y alergias de contacto

EXTRAVASCULARES: PETEQUIAS Y EQUIMOSIS.

2.3.4 Pigmentaciones de los tejidos bucal y peribucal

LESIONES BENIGNAS DE ORIGEN MELANOCÍTICO.

Pigmentación fisiológica.

Melanosis relacionada con el tabaquismo.

Mácula melanótica bucal.

NEOPLASIAS.

Nevos.

Melanoma.

Tumor neuroectodérmico de la infancia.

2.3.5 Lesiones verrucopapilares¹⁴

LESIONES REACTIVAS.

Hiperplasia papilar.

Condiloma lato.

Papiloma escamoso y verrugas bucales.

Condiloma acuminado.

Hiperplasia focal epitelial.

NEOPLASIAS.

Queratoacantoma.

Carcinoma verrucoso.

CAUSA DESCONOCIDA.

Pioestomatitis vegetante.

Xantoma verruciforme.

TUMEFACCIONES SUBMUCOSAS (POR REGIÓN)

2.4 PRINCIPALES PATOLOGÍAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA DETECTADAS EN PACIENTES CON VIH

2.4.1 Enfermedades vesiculobulosas-virales

INFECCIONES POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE-HSV¹⁶.

Las infecciones por HSV son erupciones vesiculares comunes de piel y mucosas. Se presentan en dos formas: enfermedad sistémica o primaria y enfermedad localizada o secundaria. Estas dos formas son autolimitadas, pero en el caso de la primaria son frecuentes las exacerbaciones puesto que el virus puede esconderse en el tejido ganglionar. El tratamiento se orienta más bien al control y no a la curación.

Patogenia.- El contacto físico con un individuo infectado es la vía típica de inoculación del HVS para un individuo (seronegativo) no expuesto antes al virus o posiblemente para una persona con títulos bajos de anticuerpos protectores contra el HVS.

En la enfermedad primaria declarada es típica la erupción de vesículas ulcerativas en tejidos bucales y peri bucales (gingivostomatitis primaria). Las personas seropositivas a HSV infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana –VIH, pueden experimentar una enfermedad secundaria grave. En muy pocas ocasiones los pacientes HIV positivos pueden presentar lesiones de infección concurrente por HSV y citomegalovirus.

Características clínicas.- La *gingivostomatitis herpética primaria* se caracteriza por una erupción vesicular que aparece algunas veces sobre la piel, borde bermellón labial o membrana de la mucosa bucal. Dentro de la boca, las lesiones pueden presentarse sobre cualquier superficie mucosa.

En el caso del *Infecciones por HSV secundarias o recurrentes*, representa la reactivación del virus latente. En general los pacientes muestran síntomas prodrómicos de hormigueo, ardor o dolor justo en el sitio donde aparecen las lesiones. En cosa de pocas horas surgen múltiples vesículas frágiles y de corta duración. Estas vesículas se ulceran y confluyen para formar úlceras superficiales que semejan un mapa. La mayor parte de las lesiones secundarias aparece sobre los bordes labiales y la piel circundante, sobre todo en el labio inferior y evolucionan en 1-2 días hacia la formación de úlcera/costra; este tipo de enfermedad se denomina *herpes simple labial*. Cuando hay recurrencias en la boca, casi siempre se encuentran sobre el paladar duro o las encías.

En condiciones de inmunosupresión, el herpes secundario genera dolor y malestar significativo y también predisposición a infecciones secundarias por bacterias y hongos. Las lesiones pueden ser atípicas pero crónicas y destructivas. No se restringen a la boca.

INFECCIONES POR HERPES ZOSTER¹⁷.

-Etiología y patogenia.- El virus varicela zoster –VZV es un herpes virus patógeno para el ser humano. La enfermedad secundaria o reactivación del VZV latente se conoce como *herpes zoster* (zona). La reactivación del VZV latente es poco común, pero suele seguir a episodios como estados de inmunosupresión causados por procesos malignos (en especial hematopoyético y linfóide) o administración de fármacos, irradiación u operación de médula espinal o traumatismo local.

Un estado inmunológico celular deprimido, sobre todo acompañado de infección por HIV, parece ser un factor principal en el desarrollo del *herpes zoster*.

Características clínicas del *herpes zoster*.- Es básicamente una enfermedad de la población de adultos de edad avanzada y de individuos con reacción inmunológica comprometida. El riesgo es más alto en personas afectadas de SIDA.

Con mayor frecuencia son afectados los nervios sensoriales de tronco, cabeza y cuello. La afección de distintas ramas del nervio trigémino puede ocasionar lesiones bucales unilaterales, faciales u oculares.

Después de varios días de síntomas prodrómicos con dolor o parestesia en el área del dermatoma afectado, aparece erupción maculopapular unilateral bien delineada. La erupción evoluciona con rapidez para convertirse en vesicular, pustular y por último ulcerativa. Entre las complicaciones se incluye infección secundaria de las úlceras, neuralgia posherpética, parálisis motora e inflamación ocular cuando la división oftálmica del nervio trigémino está afectada.

CITOMEGALOVIRUS¹⁸

Pertenece a la familia Herpesviridae. Pasa por diferentes estadios donde empieza con una infección inicial, continuando con un periodo de latencia, durante este periodo el virus se establece en el epitelio bucal y otros epitelios, en los macrófagos, endotelio y linfocitos. Puede o no reactivarse, dependiendo del estado inmunitario.

Puede producir coriorretinitis con lesiones en copo de algodón, colitis, esofagitis, encefalitis, lesiones cutáneas, pancreatitis, hepatitis, nefritis, entre otras.

Clínicamente en la mucosa oral se observa como úlceras grandes, mal delimitadas, dolorosas y de larga evolución. Es muy raro observar este tipo de lesión en lengua. Sus zonas de preferencia son paladar y encía, también afecta las glándulas salivares, especialmente la parotida.

PSORIASIS¹⁹

Es una hiperproliferación epidérmica, que se presenta por un desorden en cuanto a la regulación del recambio de la epidermis y la producción de citoquinas por los queratocitos y las células T. Puede presentarse en diversas formas:

- a. Placas: Lesiones abultadas, delimitadas, con tamaño entre 0.5 a 3 cm., si la enfermedad esta activa las placas tiende a difuminarse en grandes áreas. Generalmente se da en codos, rodillas, sacro, cuero cabelludo.
- b. EN gotas: papulas rojas, que se presentan en tronco, brazos y cuero cabelludo
- c. Eritrodermica: lesión roja, brillante, escamas finas y superficiales. La piel pierde función, produciendo hipotermia, edema y falla hepática, cardiaca o renal.
- d. Pustular: Presencia de pus en la lesión.
- e. Seborreica: se presenta en alas de la nariz, perioral, área intertriginosa y centro del tórax.

*LEUCOPLASIA VELLOSA ORAL*²⁰

Es una patología que se encuentra relacionada al virus del Epstein-Barr, se caracteriza por ser una lesión arrugada, no removible, generalmente en los bordes laterales de la lengua. Esta lesión es normalmente asintomática y no requiere tratamiento a menos que haya compromiso estético.¹⁹

*VERRUGAS ORALES*²¹

La entidad viral que esta relacionada a estas lesiones es Papiloma virus Humano Las verrugas Orales se observan con una apariencia de coliflor, pediculadas o levantadas con superficie plana. El tratamiento, que puede involucrar cirugía, cirugía láser o crioterapia, aun cuando estas lesiones tienden a recurrir.²⁰

2.4.2 Enfermedades ulcerativas-bacterianas y micóticas

*TUBERCULOSIS.*²²

Etiología y patogenia.- La TB es causada por el bacilo aeróbico *Mycobacterium tuberculosis*. Se distribuye ampliamente en todo el mundo pero su prevalencia es mucho menor que antes del descubrimiento de los antibióticos aunque en tiempos recientes se observó un notorio

resurgimiento de casos nuevos. Es preocupante la brusca elevación de la incidencia de esta enfermedad entre la población afectada por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las implicaciones para controlarla en el futuro.

La infección se propaga a través de minúsculas gotas en la atmósfera que transportan el microorganismo hasta los espacios aéreos del pulmón. Las mucosas bucales pueden infectarse por implantación de organismos presentes en el esputo, o con menor frecuencia, o con menor frecuencia, a través del depósito de bacilos por vía hematógena. También puede observarse una siembra similar en la cavidad bucal a causa de TB secundaria o reactiva.

Características clínicas.- Salvo en caso de infección primaria evolutiva, el paciente infectado probablemente permanecerá asintomático. En la enfermedad reactivada pueden presentarse signos y síntomas, como fiebre de poca intensidad, sudores nocturnos, malestar y pérdida de peso. Con el avance de la enfermedad aparecen la tos, hemoptisis y dolor torácico (afección pleural). Pueden aparecer manifestaciones en cualquier región de la mucosa bucal subsecuentes a la implantación

*MICOSIS OPORTUNISTAS*²³.

FICOMICOSIS.

Etiología y patogenia.- La *fitomicosis*, conocida también como *mucormicosis*, es un término genérico que incluye infecciones por hongos causadas por los géneros *Mucor* y *Rhizopus* y en ocasiones por otros. Los microorganismos de esta familia de hongos, son oportunistas e infectan a los seres humanos cuando la salud genera está comprometida. Las infecciones suelen ocurrir en individuos inmunodeprimidos por cualquier razón, principalmente el SIDA.

Características clínicas.- En cabeza y cuello es mayor la probabilidad de que ocurran lesiones en la cavidad nasal, senos paranasales y tal vez la bucofaringe. Dolor e inflamación preceden a la ulceración. La necrosis del tejido puede provocar perforación del paladar.²³

*CANDIDIASIS ERITEMATOSA*²³

Se presenta como una lesión roja y plana, se presenta en la cara dorsal de la lengua y/o en el paladar blando o duro. Generalmente es sintomática en pacientes que presentan una sensación de ardor o quemazón en la cavidad oral, y es más frecuentemente cuando ingieren comidas saladas o picantes o cuando toman bebidas ácidas. El diagnóstico clínico es obtenido por la apariencia de la lesión, tomando en cuenta el historial médico el estado viral del paciente. Cuando se observa presencia de hifas del hongo es posible confirmar este agente mediante una preparación de Hidróxido de Potasio. Aunque la Candidiasis Eritematosa ha sido identificada como una de las manifestaciones orales más comunes asociadas a la enfermedad VIH, frecuentemente es muy poco diagnosticada. Debido a la naturaleza limitada de esta infección, el tratamiento involucra el uso de terapia antimicótica local.²³

*CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA*²³

Es observada como placas blancas con apariencia en la mucosa bucal, lengua y otras superficies mucosas, cuando se remueven dejan una superficie roja o sangrante. Igual que la Candidiasis Eritematosa, el diagnóstico de esta patología se basa en la apariencia clínica teniendo en cuenta el historial médico del paciente. Cuando progresa la inmunosupresión se vuelve más severa, se incrementan presencia y la severidad de la Candidiasis Orofaringea.²³

*QUEILITIS ANGULAR*²³

Se observa como eritema y/o fisuras de los ángulos de la boca. Esta patología Puede ocurrir con o sin la presencia de candidiasis. La Queilitis Angular puede persistir por un período de tiempo bastante largo si no es tratada adecuadamente.²³

*LESIONES PERIODONTALES ASOCIADAS A VIH*²⁴

Según estudios realizados se ha comprobado que las lesiones son un indicador de la progresión de la enfermedad y la severidad de esta, pero otros en cambio demuestran que esta asociación no siempre existe.

La variabilidad que existe en los recuentos de los linfocitos CD₄ y la medición de las variables que se presentan en el periodonto.²⁴

*1. ERITEMA MARGINAL LINEAL*²⁴

Se presenta en mas del 90% de los pacientes infectados sintomáticos, puede ser localizada o generalizada.

Presenta sangrado gingival espontáneo con o sin irritantes locales, no responde fácilmente a las terapias convencionales y puede confundirse con entidades bacterianas o micóticas asociadas a algunas alteraciones inmunes.

Lesión que se combina con tejidos blandos, la cual puede ser de 3 tipos que puede afectar el margen gingival, encía adherida y mucosa alveolar:

1. Banda lineal de color rojo intenso o circunscrita en la encía marginal, asociada a escaso sangrado que compromete generalmente el segmento anterior.

2. eritema puntual en uno o varios dientes.
3. eritema adherido el cual puede sobrepasar la unión mucogingival.²³

2. GINGIVITIS ULCERATIVA NECROTIZANTE (GUN)²⁴

Se caracteriza por zonas de necrosis y ulceraciones cubiertas por una malla grisácea que la circunscribe, sangrado, dolor a la palpación y halitosis.

Se localiza generalmente en la zona de incisivos superiores y a veces sobrepasa la unión mucogingival.

Generalmente la ulceración pertenece a la necrosis de la papila interdental, cuando es mas severa el paciente refiere la sensación de cuña de madera y molestia, es de progresión rápida y si no se da un tratamiento rápido puede convertirse en una periodontitis ulceronecrotizante.²⁴

3. PERIODONTITIS ASOCIADA AL VIH (P-VIH)²⁵

Es una inflamación severa de la encía adherida y libre que puede causar destrucción ósea progresiva rápida y extensa del periodonto, no hay zonas preferenciales de afección, involucra todos los dientes con igual frecuencia, generalmente es localizada y rara vez es generalizada.

Puede ocasionar necrosis de los tejidos, y puede coincidir con la perdida alveolar se genera bolsa periodontal de poca profundidad.

La progresión apical rápida de la necrosis puede llevar a la exposición de hueso alveolar interseptal y crestal, y seguido de un secuestro óseo.

Otra de las características de esta entidad son el sangrado gingival nocturno, movilidad, dolor, algunas veces evoluciona con halitosis, puede ser leve, moderada o severa.

- LEVE: poca evidencia radiográfica de pérdida ósea, necrosis limitada a la cresta alveolar, movimiento dental mínimo.
- MODERADA: usualmente involucra la totalidad de la encía adherida con exposición y secuestro parcial óseo, la movilidad dental es común.
- SEVERA: evidencia radiográfica extensa de pérdida ósea, necrosis de tejidos duros y blandos extendiéndose a hueso alveolar pasando el límite de la línea mucogingival, amplia movilidad dental con riesgo de exfoliación.²⁵

4. PERIODONTITIS ULCERO NECROTIZANTE ASOCIADA AL VIH (PUN)²⁶

Su principal característica es la necrosis gingival y la exposición ósea adyacente, dando como resultado una destrucción alveolar rápida y formación de secuestros óseos, puede ser localizada o generalizada, no está asociada con la formación de bolsas profundas por que la necrosis gingival se presenta al mismo tiempo que la pérdida ósea, hay dolor profundo y localizado del hueso y hay sangrado espontáneo.²⁶

5. PERIODONTITIS RAPIDAMENTE PROGRESIVA ASOCIADA AL VIH (PRP-VIH)²⁷

Es dada en estado avanzado de VIH es caracterizada por la destrucción rampante y extremadamente rápida del tejido periodontal la cual ocurre de manera simultánea, por lo que al examen se observa la formación de bolsas, evoluciona con dolor intenso a diferencia de la periodontitis asociada al VIH y esos cambios pueden ocurrir en pocas semanas, ocasionando pérdida completa de la adhesión y exfoliación dental.

En la fase activa de esta destrucción se puede observar cráter en tejido blando y necrosis interproximal, en ocasiones, en especial cuando los pacientes no son tratados, puede haber inflamación de los tejidos blandos, dando la apariencia de los defectos subyacentes, creando condiciones

favorables para la multiplicación de agentes oportunistas inusuales, pudiendo evolucionar a una estomatitis necrosante aguda.²⁷

6. ESTOMATITIS NECROSANTE AGUDA ASOCIADA AL VIH (ENA-VIH).²⁷

Puede Ser derivada de un cuadro periodontal como de uno gingival, sin necesidad que este pase por la fase de periodontitis.

- Es una infección ulcerativa y necrotica progresiva de manifestación aguda que presenta destrucción masiva de la encía, mucosa contigua y tejido óseo, la infección puede guiar una amplia denudación y eventual formación de secuestros óseos.²⁷

MANIFESTACIONES TUMORALES²⁸

SARCOMA DE KAPOSI²⁹

Es una neoplasia del tejido conjuntivo que afecta a los vasos sanguíneos y linfáticos. Uno de los agentes etiológicos de esta lesión es el herpes virus humano tipo 8 (HVH8).

Esta lesión presenta diversas divisiones las cuales son:

- SARCOMA DE KAPOSI CLASICO: lesión tumoral multicentrica, presentada en mayor proporción en hombres. SU presentación clínica es en forma de maculas, placas o nódulos de color púrpura o rojo vinoso en las extremidades inferiores, pocas veces produce metástasis a otros órganos.
- SARCOMA DE KAPOSI ENDEMICO (AFRICANO): Presenta 4 tipos de manifestación clínica: 1. nódulos cutáneos de evolución benigna, que son similares a la forma clásica, es frecuente en adultos jóvenes, especialmente en hombres. 2. Localización cutánea agresiva con invasión del hueso subyacente y con un pronostico reservado a los 5-7 años de diagnostico. 3. Forma florida muco cutánea y visceral. 4. Forma fulminante linfadenopatica,

con rápida diseminación del proceso a los ganglios y órganos internos, con ausencia de lesiones cutáneas.

- SARCOMA DE KAPOSÍ IATROGÉNICO ASOCIADO A LA INMUNOSUPRESIÓN: generalmente asociado a pacientes con trasplantes de órganos y pacientes inmunosuprimidos durante largo tiempo. Puede ser crónico, rápidamente progresivo o espontáneo. Dependiendo del grado de inmunosupresión.
- SARCOMA DE KAPOSÍ EPIDÉMICO ASOCIADO A SIDA: se presenta como una macula simple o papula de color violáceo, pardo o azul, asintomático. A medida que avanza puede presentar ulceraciones, sangrado, dolor, halitosis, disfagia, disfonía, dificultad respiratoria. Pueden presentarse formas intra óseas, que producen movilidad dentaria y en ocasiones parestesia por invasión perineural. Presenta las siguientes clasificaciones según sus estadios y sus subestadios:
 - Estadio I: Forma cutánea limitada, menos de 10 lesiones o afecta una sola zona.
 - Estadio II: forma cutánea diseminada, mas de 10 lesiones, afecta mas de una zona.
 - Estadio III: forma visceral pura (ganglio, tubo gástrico).
 - Estadio IV: Forma cutánea y visceral, afecta pulmones.
 - Subestadio A: Ausencia de síntomas generales.
 - Subestadio B: Fiebre, Pérdida de peso 10%, diarrea, infecciones oportunistas.

ALTERACION EN LAS GLÁNDULAS SALIVARES³⁰

Estas anomalías en las glándulas afectan directamente el fluido salival produciendo xerostomía, dando como resultado el mantenimiento desfavorable en la cavidad oral. Estas alteraciones se dividen en dos grupos, las neoplasias, donde se encuentra el sarcoma de Kaposi en parotida y el linfoma de parotida y ganglios linfáticos parotídeos, y las lesiones benignas, donde se encuentra lesiones linfopitelial benigna o enfermedad de Mikulicz, Hiperplasia linfocítica quística de la parotida,

síndrome de linfocitosis difusa infiltrativa, quistes parotídeos multicéntricos y adenopatías cervicales, parotidomegalia, complejo seco y síndrome de Sjögren.

2.5 TERAPIA ANTIRETROVIRAL

Después de diagnosticar al paciente con VIH, es necesario que sea sometido a una terapia de ciertos medicamentos que evitan bloquear el proceso de postraslación de la proteína del VIH, lo que da como resultado la producción de partículas virales inmaduras no infecciosas. Estos medicamentos conocidos como antirretrovirales son capaces de romper el ciclo de replicación y previene que el VIH infecte otras células³¹.

Esta terapia consiste en suministrar cierto tipo de medicamentos, que se encargan de atacar directamente a la transcriptasa inversa y a la proteasa, enzimas encargadas de la transcripción del ADN viral, y por consiguiente, la inactivación del sistema inmunológico del paciente infectado.

Existen dos tipos de inhibidores de estas enzimas que han sido aprobados para su uso en seres humanos, los nucleótidos no análogos y los inhibidores de proteasa.

Los nucleótidos no análogos poseen un efecto de inhibición de la transcriptasa inversa indirecto pues se unen a una enzima que se encuentra lejana al sitio de unión. Por el contrario, los inhibidores de proteasa son los medicamentos que han mostrado mayor potencia dado su actividad ante las células afectadas agudas y crónicas.

Actualmente los antirretrovirales presentan una acción de mayor eficacia cuando se combinan dos o más de estos medicamentos, entre las combinaciones más conocidas encontramos:

- 1 Inhibidor de proteasa + 2 nucleótidos análogos inhibidores de la transcriptasa inversa. Su defecto es la gran posibilidad de resistencia.

- 2 Inhibidores de proteasa + 1 Nucleótido análogo inhibidor de la transcriptasa inversa. Se conoce como terapia de salvamento. Su defecto es la posibilidad de aumento de toxicidad a largo plazo.³²

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1 HIPOTESIS

Las manifestaciones orales de los pacientes VIH positivos requieren cuidados diferentes a las mismas manifestaciones en otros pacientes.

3.2 TIPO DE ESTUDIO

- DESCRIPTIVO TRANSVERSAL: El estudio se realizara basado en reporte de casos.
- OBSERVACIONAL.

3.3 UNIVERSO

Pacientes VIH positivos en Santiago de Cali.

3.4 POBLACION

Pacientes VIH positivos que acuden a la consulta en la Corporación de Lucha contra el SIDA de Santiago de Cali.

3.5 MUESTRA

25 pacientes con VIH de la Corporación de Lucha contra el SIDA en Santiago de Cali.

3.6 CRITERIOS

3.6.1 Criterios de Inclusión

1. Pacientes VIH positivos mayores de 18 años.
2. Pacientes VIH positivos sin otro tipo de enfermedades.
3. Pacientes VIH positivos edentulos, parcialmente edentulos y con la totalidad de sus dientes.

3.6.2 Criterios de Exclusión

1. Pacientes VIH positivos con compromiso psiquiátrico.

3.7 VARIABLES

1. Edad: numero de años cumplidos desde el nacimiento.
2. Sexo: condición orgánica que distingue al hombre de la mujer tanto en seres humanos como en animales.
3. Estado Civil: conjunto de datos relativos a una persona física y que determina su condición jurídica como ciudadano.
4. Tiempo de Diagnostico: Tiempo desde el cual el paciente se confirma que posee una enfermedad.
5. Manifestaciones clínicas: características de la enfermedad que van apareciendo con el avance de esta.
6. Raza.
7. Tipo de contagio.
8. Tiempo de contagio.
9. Tratamiento.
10. Tiempo de tratamiento.
11. Estrato socioeconómico.

3.8 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Ver anexo A y B

3.8.1 Instructivo pacientes

1. Datos personales: en las casillas estipuladas, anote sus datos personales completos, en caso de no tener teléfono, por favor facilite uno en el cual puedan localizarlo.
2. Escriba el número de su documento de identidad y su procedencia.
3. Escriba su edad y fecha de nacimiento en la casilla determinada.
4. Escriba su estado civil según sea el caso.
5. Escriba a que se dedica y en que lugar labora.
6. Escriba si aparte de VIH presenta otro tipo de enfermedad.
7. Escriba a que familia racial pertenece.
8. Escriba en que estrato socioeconómico vive.
9. DIAGNÓSTICO: escriba el tiempo de evolución de la enfermedad según las opciones que se presentan en la encuesta.
10. Escriba el tipo de transmisión por el cual se infectó de VIH según las opciones que presenta la encuesta.
11. TRATAMIENTO: especifique que tratamiento recibe actualmente en las opciones que presenta la encuesta.
12. Diga hace cuanto se encuentra en tratamiento según las opciones que se presentan en la encuesta.
13. HÁBITOS: diga que hábito frecuenta según las opciones.
14. Diga si presenta algún tipo de ardor o dolor en la boca.
15. Diga si presenta constantemente la boca seca.
16. Diga si ha notado peladuras, granos o manchas en sus labios o cerca de ellos después de que le diagnosticaron VIH.

3.8.2 Instructivo estudiantes

1. Evaluación de tejidos blandos y óseos. Escriba según el concepto clínico los hallazgos normales y anormales que presenta cada paciente, examinando cada una de las estructuras que describa el cuadro correspondiente.
2. Evaluación periodontal. Señale en cada uno de los items correspondientes las características clínicas según su concepto clínico, sea normal o anormal en cada paciente examinado.
3. Sondaje periodontal. Se realiza sondaje periodontal a los dientes 16, 11, 26, 36, 31, 46 por vestibular y palatino con sus respectivos sondaje inicial, nivel de inserción, recesión, línea mucogingival para denotar cual es el estado periodontal de cada diente, y con olor rojo, señale cual área sangra si se presenta.
4. Evaluación de higiene oral. Se le aplicará revelador de placa bacteriana en su cavidad oral describiendo el nivel de tinción de los dientes: 16, 11, 26, 36, 31, 46 para determinar la cantidad de placa bacteriana presente en cada paciente. Cero si no presenta placa, uno si presenta en el tercio cervical, dos si presenta en tercio cervical y medio y tres si presenta en todo el diente placa bacteriana.
5. Examen radiográfico. Se tomará un juego parcial periapical en cada paciente y se observan los hallazgos más importantes de cada paciente (PUN, GUN o cualquier anomalía ósea o en estructuras anatómicas).

3.9 VALIDACIÓN

Se requirió realizar una evaluación del instrumento de recolección de información para probar su eficacia en el momento de realizar el trabajo de campo.

Para realizarlo, los integrantes del equipo de investigación se desplazaron hacia las instalaciones de la Corporación de Lucha contra el SIDA en una unidad portátil. Se contactaron 10 pacientes

realizándoles la encuesta que tenía como objeto recolectar la información necesaria para asociar el diagnóstico de las patologías halladas con las diferentes variables de interés para la investigación.

Al finalizar la prueba, el instrumento constató que no requirió ningún tipo de corrección y fue validado para realizar el trabajo de campo.

3.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para realizar esta investigación, fue necesario realizar un consentimiento informado, basado en la Resolución 8430 de 1993.

Este documento, contenía la explicación detallada de los objetivos del trabajo y los procedimientos a realizar en el trabajo investigativo. Después de ser redactado se sometió a la validación del mismo, realizada por el comité de Ética del Colegio Odontológico Colombiano y las directivas de la Corporación de Lucha contra el SIDA.

3.10.1 Consentimiento informado

Ver anexo C

3.11 RECURSOS

3.11.1 Recursos físicos y financieros

DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR TOTAL
1. PAPELERIA	5 RESMAS TAMAÑO CARTA	\$ 60.000
2. TINTA	3 CARTUCHOS	\$ 120.000
3. TRANSPORTE (BUS)	62 PASAJES Cada uno	\$ 360.000
4. DIAPOSITIVAS	80 DIAPOSITIVAS	\$ 120.000
5. FOTOCOPIAS	-----	\$ 150.000
6. VARIOS	-----	\$ 300.000
7. MATERIAL ODONTOLOGICO	Guantes, tapabocas, bolsas de esterilizar, algodones, instrumental desechable, etc.	\$ 500.000
TOTAL		\$ 1.610.000

3.11.2 Recursos humanos

Personal	Horas	Vr./H	Vr./T
Investigadores	40	0	0
Asesor científico	16	0	0
Asesor metodológico	16	0	0
Asesor estadístico	20	0	0
Otros	10	0	0
Subtotal		0	0

3.12 CRONOGRAMA

Actividades / Fecha	Abril /2004				Mayo /2004				Junio /2004				Julio/2004				Agosto /2004				Septiembre /2004				Octubre /2004			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Calibración	■	■																										
Prueba piloto							■	■																				
Análisis prueba piloto									■	■																		
Prueba de examen clínico campo de pacientes													■				■											
Análisis trabajo de campo																			■	■								
Análisis de resultados																			■				■					
Entrega de artículo científico																									■			
Entrega documento final																												■

4. RESULTADOS

Se revisaron 25 pacientes de la Corporación de Lucha contra el SIDA, escogidos por conveniencia, en el periodo de julio y agosto del 2004, con un rango de edades de 18 a 65 años, de los cuales 19 eran hombres (76%) y 6 mujeres.

La prevalencia de las lesiones asociadas con VIH, fue la siguiente (ver figura 1):

- Leucoplasia vellosa 40%.
- Candidiasis oral 24%
- Ulceraciones recurrentes 12%
- Sarcoma de Kaposi 8%
- Eritema marginal lineal 4%

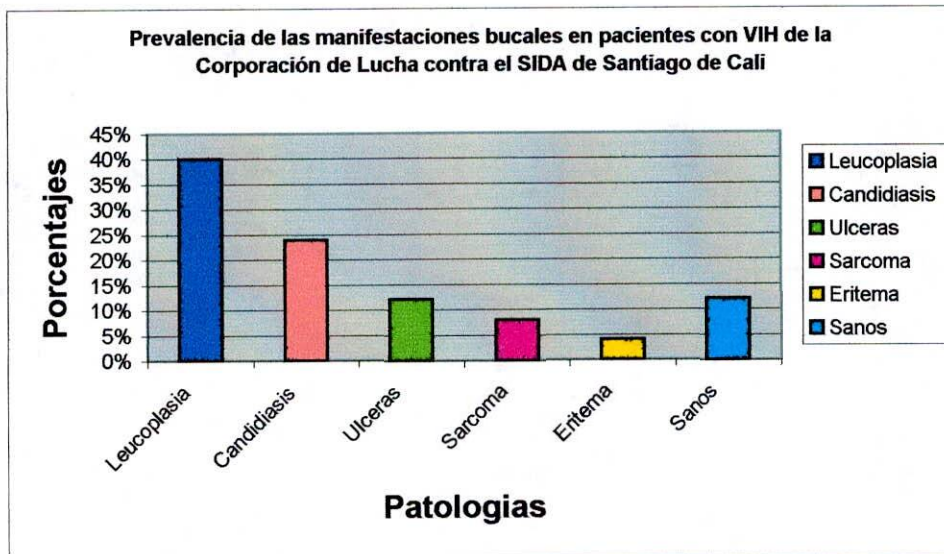


Figura 1. Prevalencia de las patologías orales en pacientes con VIH de la corporación de lucha contra el SIDA de la ciudad de Santiago de Cali.

Las características de cada una de las patologías encontradas fueron:

- Leucoplasia vellosa: la totalidad de los pacientes que presentaron esta patología, se observó una zona blanquecina, no removible, asintomático, de textura corrugada; en el 90% de los pacientes estaba ubicada unilateralmente en la lengua (Fig. 2), y el 10% la presentó en la zona retromolar de la mandíbula.



Fig. 2 leucoplasia vellosa 40%

- Candidiasis: en general, esta patología, mostraba placas de color blanco, removibles que dejaban una zona eritematosa y dolorosa al ser retiradas; en el 59% se ubicó en lengua, el 33.3% se encontraba en orofaringe (ver Fig. 3), y el 16.6% en mucosa bucal.



Fig. 3 candidiasis oral 24%

- Ulceras recurrentes: se observaron como lesiones cubiertas por un exudado fibrinoso de color amarillento, rodeadas por un halo eritematoso, muy dolorosas; en igual proporción (16.6%) se encontraban en lengua (Fig. 4), reborde alveolar y labio inferior.



Fig. 4 Ulcera recurrentes 12%

- Sarcoma de Kaposi: zona de color violáceo, asintomática, de superficie plana; ubicada en el paladar en todos los casos (Fig. 5).



Fig. 5 Sarcoma de Kaposi 8%

- Eritema marginal lineal: se encontró como una banda lineal de color rojo intenso, asintomático, muy marcado a nivel de incisivos anteriores inferiores, (Fig. 6).



Fig. 6 Eritema marginal lineal 4%.

Las patologías al examen periodontal clínico, mostró que una proporción variaba las afecciones periodontales según la patología (ver tabla 1).

Tabla 1. Manifestaciones orales y Evaluación periodontal.

LESION	ENCIA				BOLSAS
	COLOR	TEXTURA	CONTORNO	SANGRADO	
Leucoplasia 40%	N 90% A 10%	N 90% A 10%	N	No presente	10%
Candidiasis 24%	N 88% A 12%	N 88% A 12%	N	Si presente	12%
Ulceras 12%	N 33.3% A 66.6%	N 33.3% A 66.6%	N	Si presente	66.6%
Sarcoma 8%	N	N	N	No presente	No presente
Eritema 4%	A 100%	A 100%	A 100%	Si presente	100%

- A: ANORMALIDAD
- N: NORMALIDAD

Los porcentajes que se muestran en la tabla son los correspondientes a los exámenes periodontales realizados a los pacientes.

La relación de las manifestaciones orales encontradas con los niveles de CD4 en cada uno de los pacientes, tuvieron significancia estadística, ya que existe una relación entre las dos variables. Cuando existe un cambio en la manifestación oral, hay un cambio en los niveles de CD4. Los

niveles de CD4 encontrados en la población de estudio, presentaron un rango de 20 a 761, con una mediana de 268.

HIGIENE ORAL Y HABITOS

Los niveles de higiene oral de estos pacientes fueron; el 44% de los individuos, presento índice de Silness y Løe en grado 3, el 50% de los pacientes presento una escala entre 1 y 2, y el 12% no fue aplicable dado que eran edentulos.

En la evaluación de tejidos blandos, se demostró que según la patología, las bolsas variaba su presencia, la patología que mayor prevalencia presento en cuanto a bolsas periodontales fue el eritema marginal lineal, seguida de las ulceras orales, la candidiasis oral y la leucoplasia vellosa. El sarcoma de Kaposi, no presento en ninguno de los casos estudiados bolsas periodontales.

Otro de los factores contribuyentes para aumentar la aparición de patologías en este tipo de pacientes fueron los hábitos que presentaron (el 28% de la población afectada, presento habito de tabaquismo).

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

En cuanto a la terapia antirretroviral, es conocido que quienes se encuentran en tratamiento con inhibidores de proteasa, tiene mayor posibilidad de presentar patologías orales, en esta población de estudio el 32% presentó este tipo de terapia, el 48% presentó una distinta terapia antirretroviral, y el 20% no presentó ningún tipo de tratamiento.

4. DISCUSIÓN

La leucoplasia vellosa y la candidiasis oral son las patologías que con mayor frecuencia se presentan en los pacientes infectados por VIH, como lo corroboran: Prada (1999) que afirma, en el estudio titulado Tratamiento antiretroviral de la infección por VIH, que la candidiasis oral y la leucoplasia vellosa, son consideradas indicadores de la infección por VIH; Ramírez (2004) en su estudio de Prevalencia de las lesiones orales asociadas con el VIH, encuentra que la leucoplasia vellosa se presenta en un 64.7% y la candidiasis oral en un 31%; Muran (2001) en el estudio de Enfermedades bacterianas del periodonto y tejidos adyacentes, demuestra que la presencia de leucoplasia vellosa y candidiasis oral se encuentran independientes o asociadas a la infección por VIH. En este estudio la leucoplasia vellosa se presentó en un 40% y la candidiasis oral en un 24%, siendo las lesiones más relevantes, en pacientes VIH positivos.

En el estudio de Campisi (2001) no se encuentra diferencia estadísticamente significativa entre el número de células CD4 y las lesiones en cavidad oral. Sin embargo, en el presente estudio, se demostró una asociación entre las manifestaciones.

Según el estudio de Patton (2000), clínicamente se observa a la Leucoplasia vellosa como una lesión blanca, de superficie plegada, que no desprende al raspado, localizada en el borde lateral de la lengua, pudiendo ser bilateral o unilateral; en los pacientes observados en la Corporación de Lucha contra el SIDA, las características de esta lesión fueron muy similares, con la diferencia que la ubicación se presentó unilateral en el 100% de los casos.

Sala (2002) refiere que el tipo de candidiasis más común es la pseudomembranosa, caracterizada por placas blancas en la mucosa bucal, lengua y otras superficies, que al ser removidas, dejan una zona roja o sangrante; en este estudio se encontró que la candidiasis más frecuente era la

pseudomembranosa, con características similares y la ubicación más frecuente (59%) era en lengua.

Patton (2000), define las úlceras recurrentes, como pérdida de epitelio, caracterizada por una lesión de color amarillento rodeada por un halo eritematoso siendo muy dolorosa, purulenta o no, presentar escaras; los pacientes examinados que tenían esta patología, presentaban las mismas características.

Patton en el mismo artículo, informa que el sarcoma de Kaposi, se presenta en el 50.4% de los pacientes con SIDA, teniendo en cuenta, que para tener un diagnóstico certero de esta patología, se debe de emplear una biopsia; en el grupo de pacientes evaluados en este estudio solamente fue reportado en el 8%, con un diagnóstico presuntivo clínico.

Según Regezzi (2003), el eritema marginal lineal, se presenta en más del 90% de los pacientes infectados sintomáticos, pudiendo ser localizado o generalizado y se caracteriza por ser una banda lineal de color rojo intenso bien circunscrita en la encía marginal; aunque solamente el 4% de los pacientes investigados presentaban igualmente la banda lineal de color intenso y era asintomática.

La terapia antirretroviral altamente activa (HAART) para la infección del VIH ha permitido que las concentraciones del RNA viral en plasma sean reducidos, aumentando la cuenta de linfocitos T CD4, mejorando las respuestas inmunológicas.

5. CONCLUSIONES

La leucoplasia vellosa y la candidiasis oral son las lesiones más frecuentemente encontradas en pacientes VIH positivos.

Los pacientes que presentaban úlceras recurrentes tenían bolsas en un 66.6% mayor a 4mm.

El 50% de las patologías encontradas fueron en lengua.

El 28% de la población afectada presentó hábito de tabaquismo.

El 44% de los pacientes presentaron placa bacteriana en los tres tercios de la corona (índice de Silness y Løe) y el 50% presentaba placa bacteriana entre uno y dos tercios de la corona.

Continuar el estudio con un tamaño de muestra más grande.

Conocer las principales características de cada patología con el fin de poder hacer un diagnóstico temprano de cada una de ellas, siendo en ocasiones el primer indicio de infección por VIH.

6. RECOMENDACIONES

Continuar el estudio con un tamaño de muestra más grande.

Los alumnos del Colegio Odontológico Colombiano, aprendan a saber cada una de las características clínicas de la patología para dar un diagnóstico temprano de la infección por el virus del VIH.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velez A. Hernan y Col. Fundamentos de Medicina- Enfermedades Infecciosas. Corporación para investigaciones Biológicas. Quinta Edición. 1999. p659.
2. OMS, Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre 2003.
3. VARGAS LS, SAENZ R, ROSSI F, Cuentas nacionales de VIH/SIDA. Colombia 2002. versión preliminar, Pág. 16 y 17.
4. Ibíd. VARGAS LS, SAENZ R, ROSSI F, Cuentas nacionales de VIH/SIDA. Colombia 2002. versión preliminar.
5. CARPENTER C.J.; FISCHL M., Hammer s; et al. Antiretroviral therapy for HIV infections in 1996.
6. Recommendation of an international panel "JAMA, July 10.Vol .276. No.2, 1996 Pág. 146-154
7. DeVita T. Vicent y Col. SIDA Etiología, diagnostico, tratamiento y prevención. Salvat. 1986. p33.
8. Opcid. Velez A. Hernan y Col. P662.
9. Opcid. DeVita T. Vincent y Col. p93-97
10. Opcid. Velez A. Hernan y Col. P667-668.
11. Opcid. DeVita t. Vincent y Col. p302.
12. Salas Enric Janè. Impacto de los tratamientos antirretrovirales en la patología oral de pacientes VIH positivos. Barcelona, 2002. p20-21.
13. Kelly N. William. Medicina Interna Tomo II. Editorial medica Panamericana. Febrero 1991. p 1932-1933
14. Sciubba Regezi. Patología Bucal-Correlaciones clínico patológicas. McGraw-HillInteramericana. Tercera Edición. Marzo del 2003. p.R-1.
15. Sciubba Regezi. Patología Bucal-Correlaciones clínico patológicas. McGraw-HillInteramericana. Tercera Edición. Marzo del 2003. p 1 a
16. Ibíd. Sciubba Regezi. p 3.
17. Ibid. Sciubba Regezi. p 31.
18. Ibid. Sciubba Regezi. R-9
19. ibid. Sciubba Regezi, p. 86.

20. Leucoplaquia es un término clínico para indicar un parche o placa de la mucosa bucal que no se desprende por raspado ni posee signos clínicos de alguna afección conocida. Esta definición excluye anomalías que pueden ser diagnósticas de cuadros clínicos, como liquen plano, candidiasis, Leucoedema y Nevo esponjoso blanco. Sciubba Regezi. Patología Bucal-Correlaciones clínico patológicas. McGraw-Hill Interamericana. Tercera Edición. Marzo del 2003. p.95
21. Sciubba Regezi. Patología Bucal-Correlaciones clínico patológicas. McGraw-Hill Interamericana. Tercera Edición. Marzo del 2003. p.110.
22. Opcid. Salas Janè Enric. Impacto de los tratamientos antirretrovirales en la patología oral de pacientes VIH positivos. P 52-53.
23. Ibíd. Sciubba Regezi. Patología Bucal R-29
24. Ibíd. . Sciubba Regezi. Patología Bucal R-37
25. Reznic A. David, O`Daniels Christine. Manifestaciones Orales Del SIDA/VIH en la era del HAART.
26. Opcid. Salas Janè Enric. Impacto de los tratamientos antirretrovirales en la patología oral de pacientes VIH positivos. P 52-53.
27. Opcid. Sciubba Regezi. Patología Bucal R-43
28. Opcid. Salas Janè Enric. Impacto de los tratamientos antirretrovirales en la patología oral de pacientes VIH positivos. P 52-53.
29. Ibíd. . Sciubba Regezi. Patología Bucal R-49
30. Opcid. Reznic A. David y Col. Manifestaciones orales del SIDA/VIH
31. Opcid. Salas Janè Enric. Impacto de los tratamientos antirretrovirales en la patología oral de pacientes VIH positivos. P 52-53.
32. Sánchez Tarrago Nancy. Regimen antirretroviral con inhibidores de proteasa para infecciones por VIH/SIDA. Disponible en Internet http://bvs.sld.cu/uats/rtv_files/rtv1099.htm.

ANEXO A
ENCUESTA PACIENTES

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
MANIFESTACIONES CLÍNICO BUCALES EN PACIENTES VIH POSITIVOS.

DATOS PERSONALES.

Nombre Completo _____ Doc. Ident. _____
Dirección _____ Teléfono _____ Estado civil _____
Escolaridad _____ Raza _____ Ocupación _____
Enfermedades _____ Estrato socioeconómico _____

DIAGNOSTICO (Marque con una X la respuesta que mas se aproxime).

1. Hace cuanto tiempo se le diagnostico el virus de VIH:

- a. ___ 6 meses.
- b. ___ 1 año.
- c. ___ 2 años.
- d. ___ 5 años.
- e. ___ más de 5 años.
- f. ___ no sabe.

2. Como se infecto de VIH.

- a. ___ Sexualmente.
- b. ___ de madre a hijo.
- c. ___ por instrumentos corto punzantes.
- d. ___ drogadicción.
- e. ___ transfusiones sanguíneas.
- f. ___ no sabe.

TRATAMIENTO (marque con una X según sea el caso).

3. Que tipo de tratamiento recibe usted:

- a. ___ retrovirales.
- b. ___ antibiótico.
- c. ___ antiinflamatorios.
- d. ___ analgésicos.

4. Hace cuanto tiempo recibe este tratamiento.

- a. ___ 6 meses.
- b. ___ 1 año.
- c. ___ 2 años.
- d. ___ 5 años.
- e. ___ mas de 5 años.
- f. ___ no sabe

HABITOS.

5. Que tipo de hábitos presenta usted (sustancias psicoactivas).

- a. ___ drogas.
- b. ___ tabaco.
- c. ___ alcohol.

SISTEMA BUCAL.

6. Presenta sangrado constante al cepillarse.

- a. ___ si
- b. ___ no

7. Presenta dolor constante en la boca.

- a. ___ si
- b. ___ no

8. Presenta ardor constante en la boca.

- a. ___ si
- b. ___ no

9. Presenta resequedad constante en la boca.

- a. ___ si
- b. ___ no

10 Ha presentado después de que le diagnosticaron VIH ulceraciones en la boca.

- a. ___ si
- b. ___ no

ANEXO B
ENCUESTA ESTUDIANTES

ANEXO C
CONSENTIMIENTO INFORMADO

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
SEDE SANTIAGO DE CALI**

A. DATOS GENERALES

1. Nombre del paciente _____ Edad: _____
2. Historia clínica N° _____ N° de urgencia _____
3. Nombre técnico de la investigación que se va a realizar:
Manifestaciones Clínico-bucales en Pacientes VIH Positivo
4. El propósito de esta investigación es:
Determinar cuales son las manifestaciones clínico-bucales en pacientes VIH positivos.
5. Justificación:
Frecuentemente acuden a consulta odontológica pacientes infectados por VIH, esta investigación nos brinda la oportunidad para aproximarnos al conocimiento que posee una comunidad con VIH sobre su concepto salud-enfermedad.
6. Objetivos:
Proponer un programa de prevención primaria a partir del conocimiento, aptitudes y prácticas y el perfil buco dental de los pacientes de la Corporación de Lucha contra el Sida.
7. La investigación es: Con riesgo mayor que el mínimo
8. La duración del paciente en el estudio será de: Un (1) año
9. La forma de ingreso del paciente al estudio: Paciente VIH positivo
10. La cantidad de participantes incluidos dentro del estudio son: 300
11. Esta investigación está siendo desarrollada por los siguientes estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali:

Paola Andrea Calle	Miércoles y sábado en la tarde (4 piso)
Grace Marcela Obando	Lunes y jueves en la tarde (4 piso)
Victoria Eugenia Ruiz	Lunes y jueves en la tarde (4 piso)
Diego Torres	Lunes y jueves en la tarde (3 Piso)
José Luis Mayor	Lunes y jueves en la mañana (2 piso)
Mónica Alexandra Estrada	Lunes y Jueves en la tarde (4 piso)

Teléfonos: 6612410-6613051.
12. Guiados por la Dra. Blanca Acosta, quien es su asesor científico.

B. INFORMACIÓN AL PACIENTE

1. Descripción del procedimiento:
Valoraciones clínico-dentales, fotografías intra y extra bucales, charlas sobre prevención e higiene oral
2. Otras alternativas de tratamiento pueden ser:
Radiografía dependiendo del caso y fase higiénica.
3. Las posibles complicaciones podrían ser:
Pacientes con hipersensibilidad a los tratamientos a realizar.
4. Las posibles molestias o riesgos esperados del procedimiento son:
Sensibilidad gingival y sangrado.
5. Los beneficios razonablemente esperados del procedimiento son:
Mejoramiento de higiene oral de los pacientes tratados

C. DERECHOS Y OBLIGACIONES

El paciente o sujeto de investigación tiene derecho a:

1. Conocer con claridad acerca de la justificación y los objetivos de la investigación
2. Saber los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de aquellas que sean experimentales
3. Estar al tanto de las molestias o riesgos esperados
4. Comprender los beneficios que puedan obtenerse
5. Saber de aquellos procedimientos alternativos que puedan ser ventajosos
6. Recibir respuesta a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento durante todo el tiempo que aquella o éste duren

7. Retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen perjuicios para continuar con su cuidado y tratamiento
8. Tener la seguridad de que no se le identificará y que se mantendrá la confidenciabilidad de la información, relacionada con su privacidad
9. Que se le proporcione información actualizada obtenida durante el estudio, aunque esta pudiera afectar su voluntad para continuar participando en él
10. La disponibilidad de tratamiento y la indemnización a que hubiere lugar por parte de la institución responsable de la investigación, en todos los casos de daños que le afecten directamente, causados por la investigación. Los gastos adicionales que el ejercicio de este derecho conlleve, estarán a cargo del presupuesto de la investigación.

Son responsabilidades del paciente o sujeto de investigación:

1. Seguir las indicaciones.
2. Asistir cumplidamente a la primera cita y a los controles.
3. Informar oportunamente los eventos adversos y las reacciones al tratamiento
4. No recibir ningún beneficio monetario

D. CONSENTIMIENTO Y FIRMAS

El Doctor: _____, me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También se me han explicado y he comprendido satisfactoriamente su naturaleza y propósitos. Así mismo, soy consiente de que no existen garantías absolutas acerca de los resultados. Estoy de acuerdo en no recibir ningún beneficio monetario por parte de los investigadores.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por lo tanto, YO: _____ con documento de identidad: _____ expedido en _____ doy mi consentimiento para que el Doctor(a) (es): _____ y el personal auxiliar que él o ella(os) precise(n) me realicen de este, y los procedimientos complementarios que sean necesarios durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Igualmente autorizo la toma de fotografías, videos, exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas como radiografías por ejemplo, en las cuales el manejo de la confidencialidad, privacidad e identidad serán acordes y permitidas por Ley y no estarán a disposición pública.

Recibiré copia del presente documento el cual consta de ___ páginas

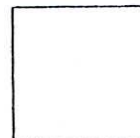
Lugar y fecha: _____

Firma: _____

Nombre del paciente: _____

C.C: _____ de _____

Dirección: _____



Huella digital del paciente

Firma del asesor científico: _____

Nombre: _____

Registro: _____ C.C: _____ de _____

Firma del testigo N° 1: _____

Nombre del testigo N° 1: _____ C.C: _____ de _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del testigo N° 2: _____

Nombre del testigo N° 2: _____ C.C: _____ de _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Este Consentimiento ha sido revisado por el

Comité de Investigación y Ética del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali.

Cualquier duda o inquietud al respecto favor dirigirse al Departamento de Investigación y Salud Pública de la universidad: