



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS
PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA
SOBRE LOS EFECTOS DE LA
ENFERMEDAD EN BOCA.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

VARGAS MONTER VICTOR HUGO

Mtra. MIRIAM ORTEGA MALDONADO

Dra. YANCI LINARES VELAZQUEZ

MÉXICO, Cd.Mx.

2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos:

En este apartado y primero que a nadie, le agradezco a Dios, puesto que más que una figura impuesta por mi familia o una sociedad católica, en mí, realmente a influenciado, influenciado de manera que ahora puedo estar aquí, después de haber cruzado momentos bastante complicados, me brindo la fuerza para seguir adelante y darme la oportunidad de cumplir un sueño más.

Agradecer a mis padres y a mi hermana, que son los pilares que me han mantenido estable frente a los obstáculos más complejos que me eh encontrado en la vida. Gustavo, Virginia y Fernanda, ustedes son una bendición para mí y este logro es para ustedes.

Agradecer a mis amigos que a través de tantos años me han apoyado con sus consejos y sabiduría, su amistad para mí es tan importante como la sangre para mi corazón, les agradezco cada segundo a mi lado.

Victor Hugo Vargas Monter

Agradecimientos

A Dios:

Por permitirme gozar de la vida, por el hecho de tener salud y contar con todas los privilegios que me ha brindado, por llegar a mi corazón en los momentos de mayor necesidad y por permitirme superar los momentos más difíciles de mi vida.

A mis padres:

A los que debo todo, mil gracias de todo corazón, que después de haber educado a un niño hiperactivo con las mejores y más humanas enseñanzas, han hecho de mí una persona que los pueda hacer sentir orgullosos.

A mi familia y amigos:

Por jamás dejarme solo, porque en cada uno de ustedes, vi la luz de Dios, por estar en todos los momentos tanto buenos y malos para compartir, por ustedes es que aun mantengo los pies en la tierra.

A la UNAM:

Por hacer de mi la persona que soy hoy. Por hacer de mí una persona que siempre busca el perfeccionamiento de lo que hace, pero con un corazón humilde que siempre ve por el bienestar de los demás. Por brindarme la oportunidad de pertenecerá su enorme familia y por ser hoy por hoy parte de mí.

Vargas Monter Victor Hugo

Agradecimientos

A mi tutora y asesores:

A la Mtra. Miriam que me apoyo desde un inicio, a pesar de la presión con la que yo contaba, hasta el final estuvo ahí para sacarme adelante, y por aguantar las molestias que yo generaba con tantas dudas constantes, a la Dra. Yanci por el apoyo brindado para el aporte de los pacientes encuestados.

Esta tesina representa el Magnum Opus de mi paso por la licenciatura, todo lo aprendido y adquirido a lo largo de estos años me han vuelto quien hoy escribe estas palabras para ustedes. En toda mi vida he tenido el miedo de no sobresalir, el miedo a compararme con los demás y sentirme inferior, el miedo de no sobresalir, el miedo de no hacer orgullosos a mis padres, el miedo a no superarme, pero esta tesina, llega junto con un momento muy enriquecedor en mi vida y ese es la asimilación de la humildad, el dejar atrás todo sentido de egoísmo, egocentrismo e hipocresía. Un sabio dijo “Uno planea y Dios dispone” y así fue como logre entenderlo, las cosas nunca salen como uno lo planea, pero todo suceso nos brinda una experiencia y con el tiempo nos vuelve sabios.

Durante mi etapa en la universidad cruce a la vez muchas etapas en mi vida, puedo decir enteramente que no soy en lo absoluto la misma persona que entro a la universidad, pero doy gracias a cada momento que fue una lección para mí.

Vargas Monter Victor Hugo

INDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	6
2. ANTECEDENTES	7
2.1 Aspectos generales (epidemiología, su distribución)	8
2.2 Diferencia entre VIH y SIDA	10
2.3 Mecanismos de transmisión	11
2.4 Manifestaciones en boca	12
2.5 Métodos de diagnóstico	23
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
4. JUSTIFICACIÓN	26
5. OBJETIVO GENERAL	27
6. Material y métodos	27
6.1 Tipo de estudio	28
6.2 Población	32
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
8. RESULTADOS	32
9. CONCLUSIONES	36
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

1. INTRODUCCIÓN

Al inicio de la década de los años ochenta, surgió una nueva enfermedad que afectaba a un tipo de población de ciertas características y se consideraba marginal desde el punto de vista social. Ésta se trataba de una entidad nosológica que se definía por mostrar una amplia gama de infecciones oportunistas, tumores y lesiones inespecíficas, con características especiales que eran observadas solo en otras patologías relacionadas con inmunocompromiso, pero que tenían en común estar situadas en la cavidad bucal.

La aparición más frecuente de casos y su alta prevalencia en la comunidad homosexual condujeron al Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC siglas en inglés) en Estados Unidos de América (EUA), a realizar una investigación epidemiológica que señala que la enfermedad era común en aquellos que tenían factores de riesgo como por ejemplo, hombres que tenían sexo con hombres (HSH), lazos entre homosexuales y usuarios de drogas intravenosas, drogadictos intravenosos y otros sometidos a transfusiones sanguíneas. Todo esto llevó a la conclusión que debía existir un factor etiológico relacionado en la transmisión.

A la mitad de la década de los años 80 se denomina a esta rara enfermedad como Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) al conjunto de enfermedades causados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) denominando así al agente transmisor.

Desde el inicio de la identificación del SIDA, comenzaron a diagnosticar, clasificar y establecer criterios de definición al síndrome en el complejo bucal, esto debido a que las primeras comunicaciones sobre el padecimiento fueron las manifestaciones bucales.

Por ello, el objetivo del trabajo de investigación se centra en identificar el conocimiento de personas infectadas sobre las manifestaciones bucales asociadas a la presencia de VIH/SIDA.

2. ANTECEDENTES

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad relacionada con el sistema inmunológico del ser humano y se le denomina síndrome porque es un conjunto de síntomas y signos que manifiestan la adquisición de una deficiencia en el sistema de defensas del organismo, quedando este expuesto a diferentes tipos de infecciones y de cáncer.(1)

Una manera de explicar cómo es el proceso de la enfermedad es entendiendo lo que es significa la palabra inmunidad, la cual, puede ser explicada como la aptitud del organismo para reconocer y eventualmente destruir y eliminar las moléculas., células y tejidos que presenten una constitución diferente a la suya .(1)

El SIDA es una enfermedad infecto-contagiosa causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), este virus no causa características que afecten a los pacientes en un inicio y es por ello que desconocen que son portadores, sin embargo, el virus se mantiene latente en el cuerpo esperando desarrollarse y poder expresarse. De esta manera se entiende que el VIH es precursor del SIDA, el VIH ha sido identificado en la sangre, esperma, líquido pre-eyaculatorio, sudor, lágrimas, orina, secreciones cervicovaginales, saliva, leche materna, en varias células de la médula ósea, en los linfocitos T, en los enfermos de SIDA y en pacientes con seropositividad y aún en sospechosos seronegativos. Sin lugar a dudas esto nos indica que el virus del VIH es el agente causal del desarrollo al SIDA y por ello, el origen de la pandemia. (2)

En un Sistema Inmunológico no saludable, cuando un germen (sea este bacteria u hongo) entra en el cuerpo, su presencia es detectada por los macrófagos, que alertan a los linfocitos T(células de defensa), los cuales se multiplican en sus diferentes tipos. Los linfocitos T cooperadores estimulan a los linfocitos B, y éstos se multiplican y producen anticuerpos que atacan y destruyen a los gérmenes invasores. (2)

En un sistema Inmunológico de una persona seropositiva (infectada) el VIH ataca directamente a los linfocitos T cooperadores, infectándolos, bloqueando su

capacidad para identificar y combatir sustancias extrañas (antígenos). El virus se reproduce en las células T, destruyéndolas y cortando la posibilidad de una defensa efectiva contra los invasores. Los mecanismos inmunológicos son deprimidos debilitándolos, y cualquier nuevo invasor (enfermedades oportunistas) encuentran una vía libre, que puede llevar a una muerte segura. (3)

Desde hace tiempo se sabe que la disminución de una serie específica de células blancas de la sangre, los llamados linfocitos T4, es la causa de la debilidad inmunitaria, ya que estos son fundamentales para la defensa del organismo, esa destrucción provoca la infección por VIH. (4)

2.1 Aspectos generales (epidemiología, su distribución)

Hacia agosto de 1986 se habían informado más de 20,000 pacientes con SIDA en Estados Unidos con base en datos serológicos, se calcula que alrededor de 1,500,000 individuos han sido infectados con el virus que se cree, origina el SIDA. Así mismo en 1983, en Francia, el equipo dirigido por Montagnier aisló un retrovirus linfotrofo por su afinidad al tejido linfático, de células T como el virus causante del SIDA y lo denominó "Virus Linfotrófico de las células T humanas III" (HTLV-III por sus siglas en inglés) y por su parte, Levy el mismo año denominó su descubrimiento "retrovirus asociado al SIDA" (RAS). Estos virus son semejantes en su estructura, características biológicas y moleculares, por lo que el comité Internacional de Taxonomía de los virus propuso la denominación de "virus de la inmunodeficiencia humana" (VIH-I) para todos ellos, que es el término que se usa actualmente.(5)(6)

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), informó, a finales del 2011, que el crecimiento general de la epidemia mundial de SIDA se ha estabilizado y que el número anual de nuevas infecciones por VIH a estado disminuyendo desde finales de 1990, así como las defunciones relacionadas con el SIDA, debido a la ampliación del acceso a tratamiento antirretroviral en los últimos años.(5)(6)

A pesar de que la cantidad de casos de la enfermedad sido disminuida, los niveles generales de éstas siguen siendo altos. ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) informó en el Reporte de manera Global de la Epidemiología de SIDA 2010, lo siguiente:

- ❖ Se estiman 34 millones de personas viviendo con el VIH a nivel global.
- ❖ 15.9 millones son mujeres y 2.5 millones son menores de 15 años.
- ❖ 2.7 millones de personas se infectaron con el VIH a nivel global en 2010,
- ❖ 1.8 millones de personas murieron por enfermedades relacionadas con el SIDA. (5)(6)

Número de casos de personas infectadas con VIH

Para comprender la gravedad del virus, solo hay que ver las cifras de propagación a través de los años. La siguiente tabla muestra el número de personas infectadas mundialmente a causa del VIH:

AÑO	No. PERSONAS INFECTADAS (millón)
1981-1985	1000 CASOS
1986-1990	4
1991-1995	14 . 5
1996-2000	30 . 5
2001-2005	40
2006-2010	70
2011-2015	78

Fuente: CONASIDA (Consejo Nacional para la prevención y control del SIDA)

2.2 Diferencia entre VIH y SIDA

De forma recurrente se escucha hablar sobre la infección por VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) y del SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) como si fueran sinónimos, lo cual es una idea equivocada, ya que tener VIH no significa tener SIDA.(8)

Estar infectado con VIH es haber estado expuesto al virus, pero no necesariamente se tiene que desarrollar la enfermedad; de hecho, se puede permanecer sin síntomas (portador asintomático), por mucho tiempo. Aquí, el sistema inmunológico queda debilitado por el virus que lo ataca y, por lo tanto, disminuye la capacidad del organismo para defenderse frente a enfermedades o infecciones llamadas "oportunistas".(8)

Por su lado, el SIDA es una condición causada por el virus del VIH, que ataca fuertemente al sistema inmunológico por lo que deja de funcionar de forma eficaz, volviendo al organismo susceptible de padecer cánceres e infecciones raras. Aquí aparecen los síntomas de enfermedades "oportunistas" es decir, aquellas que están relacionadas con el avance de la infección ante el deterioro del sistema inmunológico.(8)

El VIH ingresa al organismo a través del torrente sanguíneo y como cualquier otro virus, no puede sobrevivir en forma independiente, sino que debe hacerlo en el interior de una célula. Ésta virus tiene la particularidad de invadir y destruir a los linfocitos CD4 (subgrupo de los glóbulos blancos, encargados de dirigir el funcionamiento de todo el sistema inmunológico).(8)

Dentro del linfocito CD4 el virus comenzará a reproducirse hasta destruirlo, transmitiendo su información genética de forma tal que se crearan nuevas células que en lugar de defender al individuo destruirán las células que debían defenderlo. De este modo, a medida que el virus se reproduce, el organismo se hace cada vez más vulnerable quedando disminuida su capacidad de defensa ante la presencia de otras enfermedades.(8)

2.3 Mecanismos de transmisión

Para que haya transmisión es indispensable que las secreciones de una persona infectada atraviesen las barreras mucocutáneas de una sana. Las lesiones microscópicas que se producen durante el contacto sexual, las erosiones y lesiones de piel y mucosa, los procesos infecciosos o inflamatorios de la piel, la boca, el ano, o los genitales, facilitan la entrada del VIH al ponerse en contacto con secreciones genitales de personas infectadas. Algo similar ocurre cuando se introduce en el organismo sangre (transfusiones), o tejidos humanos (trasplantes de órganos). (9)

Acto sexual: Constituye la fuente de transmisión más frecuente y común en el mundo. Hasta el presente se tienen los siguientes conocimientos sobre esta vía de transmisión: el riesgo de infectarse por actos sexuales con un infectado es elevado y explica la mayoría de los casos nuevos en la población general.(9)

El riesgo de contagio es directamente proporcional al número de compañeros sexuales nuevos y/o diferentes, a la práctica del coito anal siendo esta una conducta de mayor riesgo para el/la receptor pasivo, no solo por la mayor frecuencia de micro lesiones que se producen durante ese tipo de coito, sino también por la mayor susceptibilidad y afinidad de las células de la mucosa rectal con el VIH, y/o a la práctica de actos sexuales sin protección en las cuales hay intercambio de secreciones (semen y líquidos vaginales) (9)

También se han descrito casos de transmisión atribuidos a contacto urogenital, en los cuales la mucosa oral pudo ser la puerta de entrada del virus. (9)

Vía sanguínea: La transmisión por vía sanguínea tiene lugar cuando la sangre infectada entra en el torrente sanguíneo de otra persona. Esto puede ser por el uso compartido de agujas (tatuajes, piercing, transfusiones), jeringuillas, objetos cortantes y enseres personales (cuchillas de afeitar, cepillo de dientes...) contaminados por el VIH. Hay que tomar muy en cuenta la historia clínica si el paciente tiene antecedentes de consumo de drogas.(9)

Existen prácticas que son consideradas de alto riesgo y relacionadas siempre con infección a VIH, en estas no se tiene que tener un coito, pero una de las personas tiene que estar infectada con VIH, estas abarcan áreas que no son de interés bucal pero cabe solo mencionarlas: Anilingus, Cunnilingus, Felatio, Manoseo, Urolagnia e Introducción de objetos al cuerpo. (10)

La transmisión a todo el personal de salud es posible, pero por fortuna el riesgo no es tan elevado, el mayor peligro consiste con piquetes accidentales con sangre contaminada. Las medidas o precauciones que se suelen utilizar son uso de doble guante y cambio del mismo cada dos horas aproximadamente. (11)

2.4 Manifestaciones en boca

Las manifestaciones en boca pueden ser el primer signo clínico que nos dé una idea del estado de salud del paciente, siendo que este sea portador del virus y desconozca su estado de salud. (12)

Dentro de las enfermedades producidas por protozoarios, se encuentran la *Pneumocystis carinii*, *Pneumocystis jirovecii* una de las enfermedades que causan neumonía y que pone en peligro la vida de las personas infectadas por el VIH/SIDA, ya que es una enfermedad oportunista, que en personas sanas sin problemas de inmunosupresión esta enfermedad se presenta sin causar enfermedad ni daño, ya que como he dicho es una enfermedad oportunista. Así mismo encontramos otras enfermedades comunes en personas portadoras de SIDA producidas por protozoarios las cuales pueden ser la *Criptosporidiasis* (*Cryptosporidium parvum*), misma que produce diarrea crónica, así como fiebre y náuseas; así como la Toxoplasmosis (ocasionada por el parásito *Toxoplasma gondii*) misma que afecta el sistema nervioso central.

También se encuentran enfermedades producidas por micobacterias como *Mycobacterium tuberculosis* que produce la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar; y otra de las enfermedades producidas por micobacterias no tuberculosas es el *Mycobacterium avium-intracellulare*, misma que produce fiebre, pérdida de peso y

disminución del apetito. En las enfermedades producidas por hongos se encuentran la Candidiasis, ésta produce la aparición de algodoncillos de color blanco en el área de la boca y garganta, misma que produce dolor y ardor al pasar alimentos salados, cuando se producen en el área del pene o vagina producen ardor y dolor al orinar; la Criptococosis es otra enfermedad producida por hongos, ésta produce meningitis y lleva rápidamente al enfermo de SIDA a la muerte. Por último se encuentran las enfermedades producidas por virus, las cuales pueden ser el herpes simple, el herpes zoster y la Citomegalovirus. (12)

En el herpes simple existen dos serotipos, los cuales son el I y II, el primero es transmitido por contacto físico y el segundo por contacto sexual o al nacer, éste produce pequeñas vesículas que al romperse forman lesiones, al tocar la zona de la garganta produce ardor y dolor al paso de alimentos salados; el herpes zoster es una erupción de la piel causada por la reactivación del virus varicela zoster, se caracteriza por presentarse en una sola parte del cuerpo y son múltiples ampollas grandes que producen dolor intenso; por último se encuentra el Citomegalovirus que infecta varios órganos y puede producir la muerte del enfermo. (12)

Enfermedades malignas secundarias: Éstas pueden ser cuando los linfomas malignos del sistema nervioso central (raros normalmente), han aumentado en los enfermos con SIDA, algunos ejemplos que se han reportado en enfermos son los linfomas Hodgkin y Burkitt, mismos que se relacionan con anomalías del sistema inmunológico. Su diagnóstico se basa en la búsqueda de células malignas en los tejidos por medio de biopsias (Biopsia: Método quirúrgico por medio del cual se sustrae una muestra de un órgano, tumor o infección, para revisarla en el laboratorio y así dar un diagnóstico).(12)

- ***Gingivitis asociada a VIH***

En las personas infectadas por el virus de Inmunodeficiencia adquirida (VIH). Es común observar una serie de alteraciones bucales, las cuales pueden considerarse como las primeras manifestaciones de la infección asociada a este virus, se a sugerido mediante la revisión bibliográfica la separación o división de las enfermedades periodontales en varias categorías dependiendo del grado de la lesión de tal manera que las sugeridas son: (7)

1. Gingivitis por VIH

2.- Gingivitis Necrosante por VIH

3.- Periodontitis por VIH

En la figura uno, se observa un paciente portador de VIH con gingivitis, cuyas características clínicas ,al inicio, presenta como una línea roja definida en el borde libre de la encía y eritema punteado debido a la candidiasis oral incluso en pacientes con una excelente higiene bucal y escasa placa dentobacteriana, normalmente se presenta sangrado al cepillarse los dientes. En contadas ocasiones, los pacientes infectados por VIH presentan tumefacción de las papilas interdientarias. (7)



Imagen 1. Gingivitis en paciente con VIH, donde se puede apreciar enrojecimiento de la parte cervical de dientes anteriores y posteriores.

La gingivitis ulcero necrosante aguda (imagen 2) normalmente conocida como GUNA, tiene una aparición súbita o insidiosa, con hemorragias al cepillarse y una característica típica, halitosis; las ulceraciones aparecen en el vértice de las papilas interdentalías y posteriormente al borde de las encías, por lo general es la zona gingival anterior la que se afecta más frecuentemente, la gingivitis ulcero-necrosante puede evolucionar hacia una estomatitis ulcero-necrosante que se caracteriza por la necrosis de los tejidos blandos, con o sin exposición de hueso y secuestro de tejido óseo necrótico, en todos los casos hay presencia de dolor agudo. (7)



Imagen 2. Paciente VIH positivo con gingivitis ulcero necrosante.

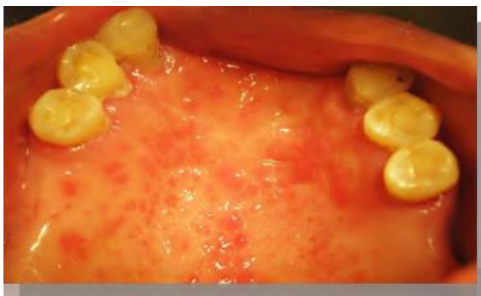
La leucoplasia Pilosa (imagen 3) es común encontrarla en pacientes con SIDA y en los últimos estadios de la infección por VIH, se considera que la prevalencia oscila entre el 20 y el 25% de la población, clínicamente se presenta como una mancha blanca en el borde de la lengua unilateral o bilateralmente, con una superficie irregular, arrugada y que puede llegar a presentar pápulas planas, suele ser asintomático y se sobre infecta por Cándida. Candidiasis eritematosa.



Imagen 3. Paciente con Leucoplasia Pilosa, por confirmar si es portador de VIH.

En la clasificación mundial se distinguen cuatro tipos de candidiasis oral para las personas infectadas por VIH que son: (A)eritematosa, (B)pseudo membranosa, (C) hiperplasia y (D) quelitis comisural. (7)

La leucoplasia eritematosa (imagen 4) Se presenta como una sensación pruriginosa(o que causa picor) en el paladar y dorso de la lengua, con un color rojo vivo y la ausencia notoria de las papilas fungiformes y filiformes, no presenta síntomas subjetivos molestos y se considera que este tipo de lesión precede a la candidiasis pseudo membranosa. (7).



A



B

Imagen 4. (A). Candidiasis eritematosa en paciente a confirmar VIH positivo.(B) Paciente con Candidiasis Pseudo membranosa, portador de VIH por confirmar.

Por otro lado, la leucoplasia pseudomembranosa, se caracteriza por la presencia de placas de color crema- blancuzca semiadheridas, que al eliminarse con abate lenguas o gasas ocasionan que las membranas sean hemorrágicas, normalmente se ubica en la lengua, paladar duro y blando y mucosa de los carrillos. (7)

La candidiasis hiperplásica (imagen seis), se caracteriza por placas blanco-amarillentas que no pueden eliminarse con gasas o abate lenguas. Se localiza en la mucosa bucal, dorso de la lengua y carrillos, se asocia generalmente a una inmunodepresión severa de sistema inmune. (7)



Imagen 6. Candidiasis Hiperplásica en paciente VIH positivo

La queilitis angular o comisural por candidiasis (imagen siete) se presenta como fisuras, eritema con ulceración o sin ella de las comisuras labiales, acompañada de síntomas subjetivos de leve sensibilidad, ardor o dolor o ambas cosas. Se presenta con una mezcla de candidiasis eritematosa y pseudo membranosa y ulceraciones aftosas.” Ulceraciones Aftosas. Es una enfermedad aguda que afecta a casi toda la mucosa, con excepción de la encía y el paladar duro, en los pacientes infectados con el VIH. Son aftas recurrentes en pacientes inmunodeprimidos. Se presentan como erosiones o ulceraciones superficiales, redondeadas u ovals de 2 a 5 mm. de diámetro, con un fondo amarillento de tejido necrótico y rodeadas por un halo rojizo inflamatorio.(7).



Imagen 7. Quelitis angular producida por Candidiasis en paciente inmunodeprimido.

- **Neoplasias asociadas (Sarcoma de Kaposi)**

Sarcoma de Kaposi (SK). Robert C. Gallo, del Instituto de Virología Humana (Institute of Human Virology) de Baltimore y codescubridor del VIH, sostiene que el sarcoma de Kaposi podría ser un proceso maligno, una respuesta inflamatoria proliferativa o ambos. Las cuatro formas epidemiológicas de la enfermedad invariablemente muestran la presencia del virus herpes humano, lo que indica que el virus desempeña un papel etiológico clave. La infección por el VIH-1 está asociada con un gran incremento en la incidencia del sarcoma de Kaposi en parejas con virus herpes humano; aunque la infección por el VIH-2 no está asociada con el sarcoma de Kaposi en el mismo grado (13).



Imagen 8. Presencia de Sarcoma de Kaposi en paciente portador de SIDA.

Las evidencias epidemiológicas del sarcoma de Kaposi hacen pensar que este tumor tiene un origen infeccioso, ya que su frecuencia de aparición es mayor en sujetos homosexuales y bisexuales que en hemofílicos, receptores de transfusiones o adictos a drogas por vía parenteral. El virus herpes humano está presente en la piel normal de pacientes infectados por el VIH con sarcoma de Kaposi, pero no en la piel normal de pacientes con sarcoma de Kaposi clásico o endémico.(13)

En cualquier caso, en la patogenia del sarcoma de Kaposi actuarían la inmunodepresión, la predisposición genética, el efecto directo del VIH, la coinfección de patógenos por vía sexual, la producción de citosinas inductoras de proliferación celular, etc. (13)

El tratamiento del sarcoma de Kaposi se realiza en función de la localización, número y morfología de las lesiones, y el estado general del paciente, tratando de paliar la sintomatología y enlentecer la enfermedad. Entre las opciones figuran la vimblastina intralesional (esclerosante), el tratamiento quirúrgico (con resultados transitorios), la radioterapia regional (se producen complicaciones orales; reservada para formas extensas) o la quimioterapia sistémica (efectos adversos).(13)

Con las últimas mejoras en los tratamientos antirretrovirales con los inhibidores de la proteasa se ha observado la resolución de lesiones del sarcoma de Kaposi, lo que indica la fuerte relación de este tumor con el estado inmunitario del paciente. Linfomas orales. Los linfomas más habituales en los pacientes infectados por el VIH son los no hodgkinianos (60 veces más frecuentes que en pacientes no infectados). Entre ellos aparecen linfomas de células B (más frecuentes), y linfomas de células T o NK. La causa exacta de formación de estos tumores es desconocida, aunque se sabe que hay una estimulación crónica de las células B, con la consecuente hiperplasia linfoide y desorden en la regulación de la función de células T. Los linfomas asociados al VIH tienen características diferentes de los de la población general, incluyendo un fenotipo de células B, alto grado histológico, rápida progresión clínica, y afectación de localizaciones extra nodales

e inusuales (tracto digestivo, sistema nervioso central). El linfoma plasmablastico es una nueva entidad considerada como un linfoma de células B27.(13)

En la mandíbula los linfomas suelen aparecer en la región molar y premolar, y en el maxilar la localización preferente es el paladar. Se puede presentar también en los pilares amigdalinos y en la lengua, acompañándose en la localización ósea de pérdida o movilidad de dientes. En la radiología convencional se aprecian diversas áreas radio lúcidas que suelen coalescer, y en el 20% de los casos se producen parestesias . Son muy agresivos y se diseminan tempranamente.(13)



Imagen 9. Linfoma No Hodgkin en paciente con SIDA.

- **Linfoma en un paciente con SIDA.**

El pronóstico de los pacientes con linfomas no hodgkinianos es malo, porque son tumores clínicamente agresivos que pueden invadir el sistema nervioso central y el tracto gastrointestinal. Aun con el tratamiento adecuado la supervivencia no suele ser mayor de 18 meses. Las medidas terapéuticas comprenden quimioterapia y/o radioterapia a cargo de un hematólogo/oncólogo. (13)

2.5 Métodos de diagnóstico (Pruebas de tamizaje)

Este tipo de pruebas presenta una alta sensibilidad y una muy buena especificidad y se utilizan como primera opción en individuos en los que se sospecha de (blot), sin embargo también la inmunofluorescencia y la radioinmunoprecipitación se consideran como pruebas confirmatorias.(9)

Pruebas suplementarias. Son los métodos del laboratorio que permiten predecir la progresión de la enfermedad y valorar el estado inmune del paciente; la cuenta de linfocitos CD4 y de carga viral, son los marcadores de progresión más utilizados para el seguimiento clínico de pacientes VIH positivos. (9)

La prueba para detectar el virus del VIH/SIDA es la prueba de Elisa, cuyo significado traducido del inglés es Ensayo Linmuno Enzimático Absorbente, esta mediante la detección de anticuerpos específicos contra virus protozoarios y gérmenes diversos, se pigmentan al estar en presencia de moléculas que solo se unen a las proteínas purificadas del VIH(figura 1.10). (14)

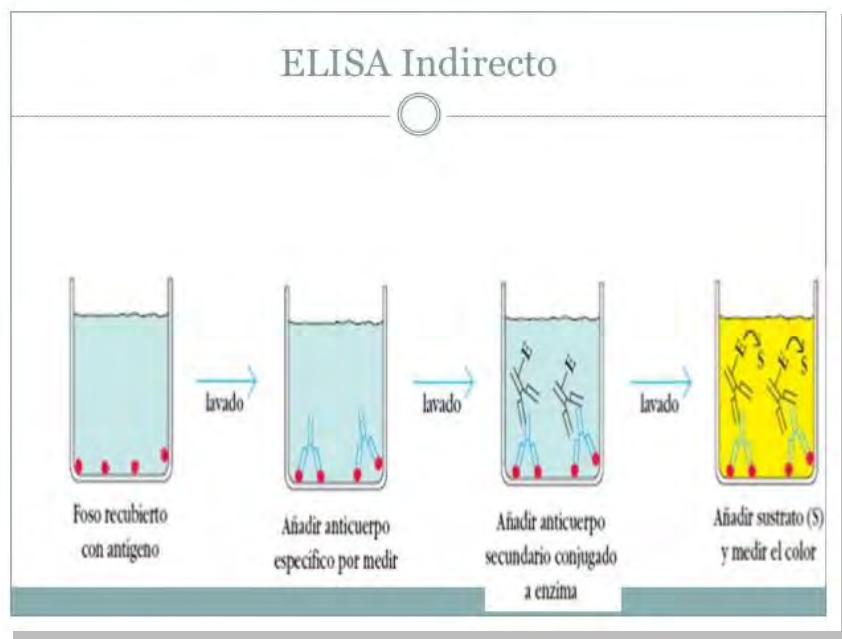


Imagen 10.Prueba de ELISA por pigmentación de anticuerpos específicos contra VIH.

Prueba de Western Blot. Esta se utiliza posterior al dar positivo en la prueba de Elisa, confirma la presencia en la sangre de anticuerpos al VIH/SIDA. Esta se utiliza para confirmar que el paciente es seropositivo.(14)

El Western Blot, o inmunoblot, es una técnica analítica usada para detectar proteínas específicas en una muestra determinada, mediante una electroforesis en gel (figura 1.11), los anticuerpos específicos de VIH colocados en el medio (membrana) reaccionaran a las proteínas muestra del paciente dando como resultado ser seropositivo.(14)

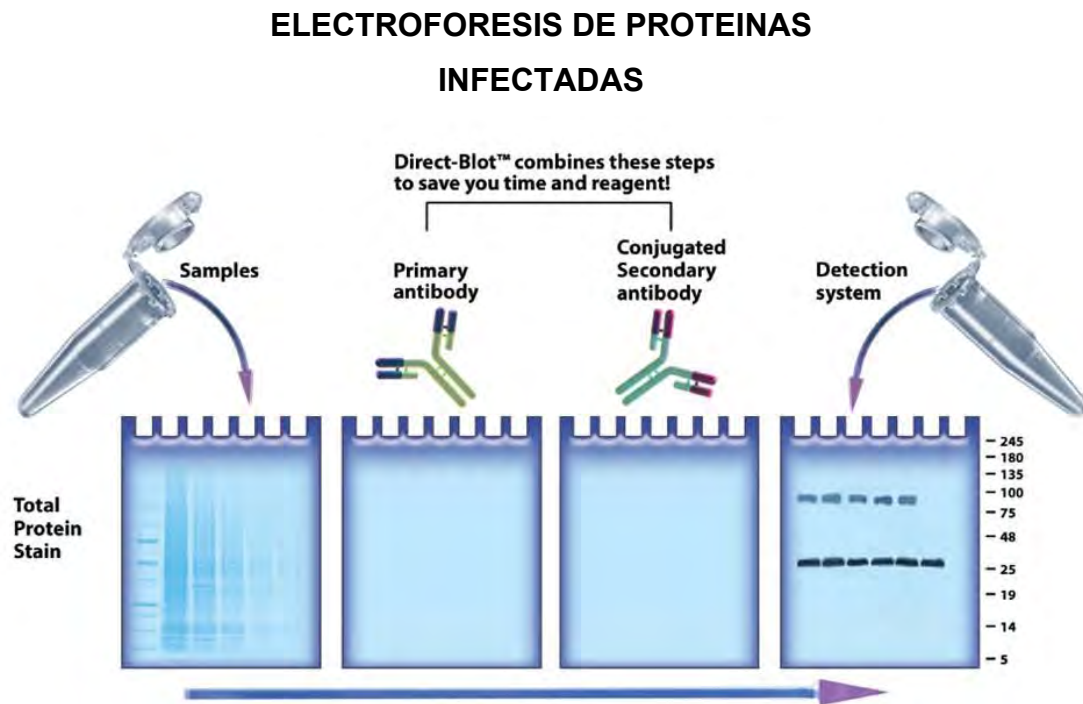


Imagen 11. Prueba de Western Blot por electroforesis para identificar reacción de anticuerpos a proteínas de paciente VIH.

Cabe aclarar que las pruebas de detección del VIH/SIDA no detectan la presencia del virus, pero si los anticuerpos específicos que el cuerpo genera contra este.(14)

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad se estima que más del 90% de los pacientes con infección por VIH tendrán cuando menos una lesión bucal durante el curso de la enfermedad. El tipo y frecuencia de las lesiones bucales varían con el estadio clínico de la enfermedad y el grado de inmunosupresión. Las manifestaciones bucales como la Candidiasis Bucal y Leucoplasia Velloso son consideradas indicadores de la infección por el VIH, las cuales determinan signos de inmunosupresión profunda, de carga viral elevada y de progresión de la enfermedad en paciente seropositivos al VIH.

En consecuencia, las manifestaciones bucales forman parte de los pocos datos clínicos que pueden utilizarse como marcadores del progreso de la enfermedad por VIH, y por lo tanto, podrían ser indicadores del inicio del tratamiento farmacológico Razón por la cual, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el conocimiento que tienen las personas con VIH/SIDA sobre los efectos de la enfermedad en boca?

4. JUSTIFICACIÓN

Es importante que las personas con VIH conozcan las manifestaciones bucales de la infección, ya que pueden ser el primer indicador de los primeros signos de la enfermedad (SIDA), o bien, de la evolución de la misma, prediciendo la aparición de otras infecciones oportunistas.

Si bien es cierto, que el papel del odontólogo es fundamental para la identificación de las primeras sospechas de la enfermedad, también lo es la identificación por parte del paciente de los primeros signos, considerando que el trabajo en conjunto médico – paciente – odontólogo, marca la diferencia entre el éxito o el fracaso de un tratamiento.

La presencia de lesiones y manifestaciones en la cavidad oral pueden generar cambios en la apariencia facial, dificultad para hablar, disfagia, xerostomía, mala higiene oral, dolor y molestias que pueden alterar seriamente el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes, por ello, identificar una lesión en cavidad oral puede ayudar o facilitar la prevención de las alteraciones antes mencionada.

Razón por la cual, en este trabajo de investigación se trabajó sobre el diseño de un cuestionario que permita evaluar el conocimiento de las personas con VIH/SIDA con la finalidad de implementar un programa de salud bucodental dirigido a las necesidades de la población.

5. OBJETIVO GENERAL

Diseñar un cuestionario para evaluar el conocimiento de las personas con VIH/SIDA sobre los efectos de la enfermedad en la cavidad bucal.

6. METODOLOGÍA

El cuestionario se realizó en dos etapas. La primera incluyó el proceso de planeación y desarrollo del cuestionario y la segunda etapa consistió en la validación de contenido y reproducibilidad de las preguntas.

Para el diseño del cuestionario se realizó una revisión de la literatura basada en el tema VIH/SIDA y manifestaciones orales se y tomando como punto de partida el trabajo del Dr. Barzola titulado “Conocimientos sobre VIH/SIDA y estilos de vida en mujeres en edad reproductiva infectadas con VIH en una ONG de lima, 2014”. A partir de la información recabada se identificaron las preguntas que permiten evaluar el conocimiento sobre las manifestaciones bucales de la enfermedad.

En total el cuestionario quedó conformado por 20 preguntas cerradas con tres opciones (1= Si; 2= No y 3= No sé) y una pregunta abierta.

Las preguntas están enfocadas a los conocimientos generales de la enfermedad VIH/SIDA (medios de contagio, transmisión y tratamiento) y manifestaciones en boca. En total se desarrollaron 25 preguntas, las cuales fueron revisadas por una médica especialista en enfermedades autoinmunes a cargo de la clínica de VIH del Hospital General Regional No. 72 del IMSS “Vicente Santos Guajardo”.

Como resultado final el cuestionario quedó conformado por 16 preguntas dirigidas al conocimiento del medio de contagio, transmisión, tratamiento y cinco referentes a manifestaciones bucales debido a la enfermedad (VIH/SIDA).

Para completar el proceso de validación (constructo y consenso) se invitó a participar a todos los pacientes de la clínica diagnosticados con VIH. En total fueron entrevistados 3 adultos de forma voluntaria utilizando el cuestionario previamente revisado por la experta.

La aplicación del cuestionario se condujo de acuerdo a lo establecido en la Declaración de Helsinki y se obtuvo el consentimiento informado por escrito, así como su aprobación verbal.

6.1 Variables

Las variables consideradas en el estudio se dividieron en dos grupos, respecto al conocimiento de los pacientes:

1. *Conocimientos generales de la enfermedad*
2. *Manifestaciones en boca*

Variables (VIH/SIDA)	Conceptualización	Operacionalización
Conocimientos generales	Conjunto de ideas, conceptos o información respecto a las causas y mecanismos de cómo se infecta de VIH/SIDA	<p>Se medirá a partir de las preguntas:</p> <p>¿Es lo mismo estar infectado por VIH que tener SIDA?</p> <p>¿El SIDA es una enfermedad infecciosa y crónica que destruye las defensas del organismo?</p> <p>¿El VIH se contagia a través de la vía sexual, si hay contacto con las secreciones vaginales o semen de la persona infectada?</p> <p>¿El VIH se puede transmitir por medio de la vía sanguínea?</p> <p>¿La prueba rápida de VIH/SIDA o ELISA permite curar la enfermedad a tiempo?</p> <p>¿Una mujer infectada con VIH puede transmitir la enfermedad a su hijo?</p> <p>¿Una mujer embarazada debe realizarse la prueba rápida de VIH/SIDA o ELISA?</p> <p>¿Si una mujer infectada con el VIH se embaraza y recibe tratamiento antirretroviral disminuye la probabilidad de infectar al bebé?</p> <p>¿Con relación al tratamiento de VIH sólo se brinda en la fase terminal de la enfermedad?</p>

		<p>¿La persona sana está en riesgo de enfermarse de VIH al acariciar o abrazar a una persona infectado?</p> <p>¿Existe una vacuna para el VIH?</p> <p>¿Si una persona infectada con VIH se contagia de otra infección de transmisión sexual aumenta el riesgo de desarrollar SIDA?</p> <p>¿Una persona infectada con el VIH/SIDA debe utilizar preservativo para evitar contagiar y contagiarse de otras enfermedades?</p> <p>¿Si un apersona infectada con el VIH/SIDA abandona su tratamiento, es más vulnerable a contagiarse de otras enfermedades?</p> <p>¿La finalidad del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH/SIDA es retrasar el avance de la enfermedad?</p> <p>Y se categorizará como: 0= No 1= Si</p>
<p>Conocimiento sobre las manifestaciones en boca</p>	<p>Signos evidentes de la enfermedad, en este caso ubicados en la cavidad oral.</p>	<p>Se medirá a partir de las preguntas:</p> <p>¿Se revisa la boca al lavarse los dientes?</p> <p>¿Ha notado cambios en su salud bucal desde la aparición del virus?</p> <p>¿Ha tenido problemas para ser atendido por el odontólogo al saber su estado de salud?</p> <p>¿Ha observado la aparición de signos en boca relacionados con el virus?</p> <p>¿Tenía conocimientos de los signos de la enfermedad en boca previamente?</p> <p>¿Usted sabe que con la enfermedad pueden aparecer lesiones en boca?</p>

		<p>¿Qué lesiones pueden aparecer?*</p> <p>Y se categorizará como:</p> <p>0= No</p> <p>1= Sí</p> <p>3= No se</p>
--	--	---

6.2 Recolección de la información

Con el cuestionario impreso se visitó a pacientes del Hospital “Vicente Santos Guajardo”, del IMSS en un horario de 8:00 a 13:30 hrs. área a cargo de la Dra. Yanci Linares.

La forma de incluir a los pacientes consistió en la petición para participar en el llenado del cuestionario previa explicación del objetivo del mismo. Una vez que aceptaron se les entregaba el cuestionario, el cual, llevó alrededor de cinco minutos para ser contestado.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio no implica la realización de ninguna intervención, sin embargo, de acuerdo a la Ley General de Salud, artículo 17, se solicitó previa explicación del objetivo del cuestionario, la firma del consentimiento informado y el asentimiento verbal del alumno.

8. RESULTADOS

Se visitó la clínica “Vicente santos Guajardo” por ser una clínica especializada que está a cargo del diagnóstico y la atención de pacientes con VIH o SIDA. El total de pacientes que contestaron el cuestionario fueron tres esto debido a que los pacientes asisten a la clínica sólo a consulta y poco son los internos. En este caso sólo pudimos observar un interno de 50 años, quien refirió ser empleado con 22 años de evolución de la enfermedad.

La finalidad de visitar a los pacientes fue para verificar la extensión de las preguntas, si éstas eran entendibles, si cumplía con el objetivo (identificar los conocimientos de las personas con VIH/SIDA sobre las manifestaciones bucales).

Al finalizar las visitas sólo se pudo realizar tres cuestionarios que nos ayudaron a verificar el orden, apariencia y contenido de las preguntas.

Al asistir al Hospital Regional número 72 del IMSS Vicente Santos Guajardo, dado que cuenta con clínica de VIH, fui autorizado para entrevistar a los pacientes que tuviesen VIH, sin embargo, confirmados, solo había una persona con VIH confirmada internada en el hospital, el cual se encontraba en una habitación aislada y se procedió a realizarse el cuestionario, se le fue informado al igual que todos los encuestados sobre el consentimiento informado y que se guardaría anonimato. Al ser un solo paciente, se aguardó la llegada de la mayor cantidad de personas posibles que fueran a pedir información a la clínica, tras un par de horas se contó con la ayuda de dos personas más que fueron a pedir cita para ser atendidos en ese hospital, con un tiempo aproximadamente de cinco minutos con cada cuestionario. Al final se le agradeció a cada uno por su aporte.

DATOS GENERALES Instrucciones: Marcar con una "X" la respuesta que consideres correcta. No puede haber más de dos respuestas.		
1. Edad		_ _ años
2. Nivel de estudios	1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura/carrera técnica	_
3. Estado civil	1. Soltera 2. Casada/Unión libre 3. Divorciada (o)	
4. Ocupación	1. Ama de casa 2. Comerciante 3. Empleada doméstica 4. Otro	_
5. Tiempo de evolución de la enfermedad		_ _ meses 9. No sé
6. Actualmente recibe tratamiento antiretroviral	1. Si 2. No	_
7. Actualmente tiene una pareja estable:	1. Si (pasa a la pregunta 8) 2. No 8. No contesta	_
8. La pareja es:	1. sana 2. VIH positivo 3. VIH negativo 8. No contesta 9. No sé	_
9. Tiene hijos:	1. Si 2. No 8. No contesta	_
10. ¿Cuántos hijos tiene?		No. _ _
11. ¿Sus hijos saben de su enfermedad?	1. Si 2. No 8. No contesta 9. No sé	_
DATOS ESPECÍFICOS, relacionados con la enfermedad.		
Preguntas	SI (1)	NO (0)
1. ¿Es lo mismo estar infectado por VIH que tener SIDA?		
2. ¿El SIDA es una enfermedad infecciosa y crónica que destruye las defensas del organismo?		
3. ¿El VIH se contagia a través de la vía sexual si hay contacto con las		

secreciones vaginales o semen de la persona infectada?		
4. ¿El VIH se puede transmitir a través de la vía sanguínea?		
5. ¿La prueba rápida de VIH/SIDA ó ELISA permite curar la enfermedad a tiempo?		
6. ¿Una mujer infectada con el VIH puede transmitirle la enfermedad a su hijo?		
7. ¿Una mujer embarazada debe realizarse la prueba rápida de VIH/SIDA o ELISA?		
8. ¿Si una mujer infectada con el VIH se embaraza y recibe tratamiento antirretroviral disminuye la probabilidad de infectar al bebé?		
9. ¿Con relación al tratamiento del VIH solo se brinda en la fase terminal de la enfermedad?		
10. ¿La persona sana está en riesgo de enfermar de VIH al acariciar o abrazar a una persona infectada con VIH?		
11. ¿Existe una vacuna para el VIH?		
12. ¿Si una persona infectada con VIH se contagia de otra infección de transmisión sexual, aumenta el riesgo de desarrollar SIDA?		
13. ¿Una persona infectada con el VIH/SIDA debe utilizar preservativo para evitar contagiar y contagiarse de otras enfermedades?		
14. Si una persona infectada con el VIH/SIDA abandona su tratamiento, es más vulnerable a contagiarse de otras enfermedades?		
15. ¿La finalidad del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH/SIDA es retrasar el avance de la enfermedad?		
16. ¿Se revisa la boca al lavarse los dientes?		
17. ¿Ha notado cambios en su salud bucal desde la aparición del virus?		
18. ¿Ha tenido problemas para ser atendido por el odontólogo al saber su estado de salud?		
19. ¿Ha observado la aparición de signos en boca relacionados con el virus?		
20. ¿Tenía conocimientos de los signos de la enfermedad en boca previamente?		

9. CONCLUSIONES

- La revisión de la literatura respecto al conocimiento de las manifestaciones orales en pacientes con VIH/SIDA es escaso por lo que se sugiere ampliar la búsqueda bibliográfica para dar mayor sustento al diseño del cuestionario.
- Se sugiere incluir mayor número de preguntas sobre el tema "manifestaciones en boca en pacientes con VIH/SIDA".
- Se sugiere incluir imágenes para que el paciente las distinga sino por el nombre, si por el aspecto, lo que permitirá a su vez, conocer no sólo la manifestación sino el tiempo en el que se dio cuenta de que la tenía en boca. Las preguntas que se sugieren son: ¿Qué diferencia a notado usted en boca?, características clínicas en estadios específicos en la evolución de la enfermedad como ¿En qué momento después de ser diagnosticado tuvo la aparición de un signo?, cambios en las patologías bucales detectadas como ¿Qué cambios han tenido los signos ya detectados a través del tiempo de evolución de la enfermedad?.
- Se sugiere hacer una prueba del cuestionario sobre la estructura, apariencia y tiempo de respuesta del cuestionario previo trabajo de campo con un mayor número de personas.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montagnier. L. "Sobre Virus y Hombres". México: Alianza;1989.
2. Sandner, O. "La Pandemia del Siglo". Caracas: Monte Avila;1990.
3. Cotte. C. "Sida y Sexo", Caracas:Monte Avila;1990.
4. Miranda,M."La situación del SIDA en México 1987-1995" (Tesis de pregrado). Mexico:UNAM;1998. p.p12-14.
5. Began.J.V."Medicina Oral".1 edicion.Barcelona:Ed.Masson,S.A;1995. pp.129-135.
6. Robbins.S.L."PatologiaHumana".4edicion.México:Ed.Interamericana;1990. pp.178-182.
7. Cabral.S.J,Cruz.P.C,Ramos.A.U.Ruiz.G.P. "Atlas de ITS. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento". México :CENSIDA; ONUSIDA;2007 .pp.72-75.
8. Muy Interesante México;2015. Salud 17/11/15
9. Sanchez,D,A. "Experiencias de vida de personas diagnosticadas con VIH/SIDA". Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería..México:UNAM;2013.
- 10.Muma, R. Lyons, B. Burocki, M. Pollard, R. "Manual de HIV para profesores de la salud": Manual Moderno;2000. P.p12-13.31-37.219-265.
- 11.Daudel, R. Montagnier, L. "El SIDA. Una explicación para comprender. Un ensayo para reflexionar".3Ed. México:Siglo XXI;2003.
- 12..Moraila S,J. SIDA, "Conocimientos básicos y medidas prácticas en el tratamiento de pacientes". México :Universidad Autónoma de Sinaloa;1996.p.p 115-117.
- 13.Bascones.A,Serrano.C,Campo.J. "Manifestaciones de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la cavidad bucal":ELSEVIER. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-manifestaciones-infeccion-por-el-virus-13045299>

14. Flores, L.L. "Instituciones de apoyo al VIH/SIDA en el Distrito Federal IMSS, CONASIDA y Casa de la Salud A.C." Tesis para licenciatura en Psicología México: UNAM; 2005. pp. 22-23.

11. ÍNDICE DE IMÁGENES

1. www.derweb.co.uk/main/handout7.html
2. http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/gingivitis_ulcero_necrosante_vih_sida.asp
3. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-manifestaciones-infeccion-por-el-virus-13045299>
4. Zabarburi,W.2006.Candidiasis Eritematosa Crónica. Recuperada de <http://clinicadentalasistencial.blogspot.mx/2013/03/candidiasis-eritematosa-cronica.html>
5. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-manifestaciones-infeccion-por-el-virus-13045299>
6. http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652003000200006
7. <http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/17616999/Como-curar-la-Queilitis-angular-Estomatitis-Perleche-Boqu.html>
8. www.dentalcare.es/educacion-profesionales-odontologicos/mucosa-oral.aspx?ModuleName=coursecontent&PartID=1&SectionID=4
9. www.actaodontologica.com/ediciones/1999/3/linfoma_no_hodgkin_celulas_grandes.asp
10. <https://es.slideshare.net/HermerLira1/elisa-test>
11. <https://www.biologend.com/NewsLegend/012616directblotblast/index.htm>

