

11236 4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACION  
FACULTAD DE MEDICINA

2y

I. S. S. S. T. E

HOSPITAL REGIONAL " Lic. ADOLFO LOPEZ MATEOS "

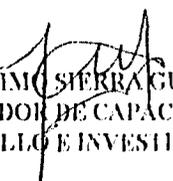
**MANIFESTACIONES  
OTORRINOLARINGOLOGICAS EN LOS  
ESTADIOS  
CLINICOS DEL SINDROME DE  
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA**

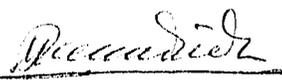
TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA :

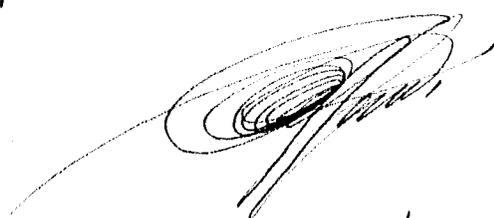
**DRA. ARACELI ALVAREZ MEZA**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN

**OTORRINOLARINGOLOGIA**

  
DR. JERONIMO SIERRA GUERRERO  
COORDINADOR DE CAPACITACION Y  
DESARROLLO E INVESTIGACION

  
DR. GUILLERMO AYENDAÑO MORENO  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA

  
1996

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

I. S. S. S. T. E  
HOSPITAL REGIONAL  
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS  
★ NOV. 14 1995 ★  
COORDINACION DE  
CAPACITACION Y DESARROLLO  
E INVESTIGACION



Universidad Nacional  
Autónoma de México

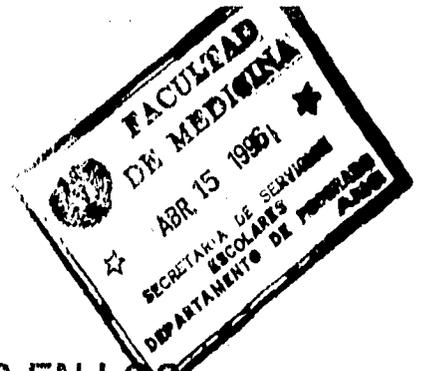


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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.



MANIFESTACIONES  
OTORRINOLARINGOLOGICAS EN LOS  
ESTADIOS CLINICOS DEL SINDROME DE  
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

AUTORA :

**DRA. ARACELI ALVAREZ MEZA**

CERRADA NICARAGÜENSES NUMERO 11 - A  
COLONIA MARTIRES DE TACUBAYA C.P. 01220  
TELEFONO 6 11 51 12

ASESOR :

**DR. VICTOR LUIS DELINT POBLANO**

VOCAL DE INVESTIGACION :

**DR. FERNANDO CERON RODRIGUEZ**



**DR. ALEJANDRO LLORET RIVAS**  
JEFE DE INVESTIGACION



**DR. ENRIQUE MONTELL TAMAYO**  
JEFE DE CAPACITACION Y  
DESARROLLO

## **INDICE :**

- 1. RESUMEN**
- 2. SUMMARY**
- 3. INTRODUCCION**
- 4. MATERIAL Y METODOS**
- 5. VARIABLES ANALIZADAS**
- 6. RESULTADOS**
- 7. DISCUSION**
- 8. CONCLUSIONES**
- 9. TABLAS**
- 10. GRAFICAS**
- 11. BIBLIOGRAFIA**

## **RESUMEN:**

Se realizo un estudio prospectivo de 80 casos consecutivos de pacientes con diagnostico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida , detectados en los Servicios de Otorrinolaringología y Medicina Preventiva durante el periodo comprendido de marzo de 1993 a mayo de 1995 en el Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos " , clasificándolos por estadio clínico , así como el diagnostico de los diferentes signos y síntomas presentes . La mayoría de los pacientes eran hombres ( 86.25 % ) con antecedente de Homosexualidad ( 44 % ) y de las mujeres predominaba la promiscuidad ( 60 % ) . El 77. 5 % de los pacientes presentaron manifestaciones en cabeza y cuello , con predominio de manifestaciones en el estadio III ( 40% ) . Las manifestaciones mas frecuentes fueron Candidiasis oral (37.5 % ) , nódulos cervicales (30 % ) y sinusitis bacteriana ( 27.5 % ) .

**PALABRAS CLAVE :** INFECCION POR V.I.H.

MANIFESTACIONES EN CABEZA Y CUELLO

## INTRODUCCION :

La Historia de la humanidad ha incluido epidemias en sucesión que han dejado huellas imborrables en la sociedad .

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ( SIDA ) es una epidemia del siglo XX , contra la cual se tiene pocas barreras y para la cual hasta el momento no se cuenta con curación . Los Otorrinolaringólogos , específicamente debemos afrontar dicho síndrome , por el efecto que tiene en la región de la cabeza y cuello , para el mejoramiento del sistema de atención medica ( 1,3 ).

No se conoce en detalle la proporción entre la enfermedad latente y la enfermedad manifiesta , producida por el virus de inmunodeficiencia humana ( VIH ) . Se calcula que por cada paciente con manifestaciones clínicas del SIDA , puede haber 50 individuos más afectados por VIH . Los cálculos del periodo de incubación señalan de 6 a 10 años . ( 1 ) .

La definición para detecciones de casos de SIDA fue realizada por primera vez en 1982 por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta ( CDC ) , en el cual se diagnostica SIDA en la infecciones por oportunistas cuando no existía una causa identificable de disyunción de la inmunidad celular ; posteriormente se modifico la definición por la creación de la prueba serologica ( ELISA ) en 1987 ( 3,4 ) .

El SIDA es una enfermedad viral causada por el virus de inmunodeficiencia humana . Se propaga por transferencia de líquidos corporales de tres formas :

- 1) Coito y en espacial por vía anal pasiva .
- 2) Transfusión de productos hemáticos infectados .
- 3) Perinatal .

La denominación de VIH ha terminado por substituir a nombres anteriores como virus linfotróficos de tipo III de células T Humanas ( HTLV-III ) , virus relacionado con linfadenopatía ( LAV ) y retrovirus relacionado con SIDA ( ARV ) . El VIH es un retrovirus que contiene la enzima inverso-transcriptasa que transcribe el RNA viral en DNA ; las secuencias de DNA producidas se integran en el genoma celular y después son expresadas como parte del gen normal . El blanco primario del virus es el linfocito T auxiliar , con lo cual cambia la proporción entre estas células y los linfocitos T supresores , lo cual hace que los pacientes se vuelvan susceptibles a infecciones por oportunistas , que incluyen las causadas por

hongos , bacterias , virus y protozoarios , así como problemas degenerativos y trastornos con base autoinmunitaria ( 5 , 6 , 7 ) .

En la actualidad se cuenta con una diversidad de pruebas de diagnostico y marcadores predictores del curso de la enfermedad . El diagnostico inicial se realiza con prueba de ELISA y Western-Blott confirmatorio .

Entre las pruebas predictivas se encuentran la proporción de células CD 4 / CD 8 los cuales son marcadores imperfectos de la progresión de la enfermedad . El antígeno p 24 viral se mide en suero y si se le detecta colleva un mal pronostico . Dicho antígeno es transitoriamente medible cerca de la etapa de seroconversion , en un gran porcentaje de pacientes .

Cuando existe conteo de linfocitos CD4 menor de 200 células / mm<sup>3</sup> con presencia de antígeno p24 son predictivos de deterioro clínico rápido , y ello es un indicador más preciso y especifico de progresión de la enfermedad ( 1,3, 13 )

El Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta ( CDC ) publico en 1987 el esquema modificado para la infección por VIH .

GRUPO I	Infección aguda por VIH
GRUPO II	Infección por VIH asintomatica
GRUPO III	Linfadenopatía generalizada persistente (LGP) Linfadenopatía (≥ 1 cm. de diámetro) en 2 o más sitios extra inguinales con menos de > 3 meses por otra condición que lo explique .
GRUPO IV	OTRAS INFECCIONES POR VIH
Subgrupo A : (ARC)	Enfermedad constitucional. En más de un seguimiento : fiebre por más de un mes , pérdida de peso de más del 10% , diarrea por más de un mes y otras condiciones que no expliquen las pérdidas .
Subgrupo B :	Enfermedad Neurológica . En más de un seguimiento : mielopatía , neuropatía periférica y otras demencias * , y otras condiciones que no expliquen las pérdidas ( *Demencia es el complejo SIDA-Demencia y es diagnóstica para SIDA ) .
Subgrupo C	ENFERMEDADES INFECCIOSAS SECUNDARIAS
C-1 ( SIDA )	Una de las enfermedades sintomáticas específicas que definen el SIDA : neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> , criptosporidiosis crónica toxoplasmosis <i>Estrongiloidosis</i> extra intestinal , isosporiasis , candidiasis ( esofágica , bronquial o pulmonar ) <i>Cryptococosis</i> , <i>Histoplasmosis</i> , complejo de <i>Mycobacterium avium</i> o <i>M. kansasii</i> , citomegalovirus , infección crónica por virus de Herpes simple diseminado . Leucoencefalopatía progresiva multifocal . Complejo Demencia-SIDA . Síndrome de wastig , tuberculosis extratorácica linfonodal .
C-2 (ARC)	Enfermedad invasiva sintomática en uno de los seguimientos . Leucoplaquia oral , Herpes zoster multidematomal , bacteremia recurrente por <i>Salmonella</i> , nocardosis , tuberculosis , candidiasis oral .

Subgrupo D ( SIDA )	<b>CANCERES SECUNDARIOS</b> Diagnostico y seguimiento en asociación a infección por VIH: sarcoma de Kaposi, Linfoma no Hodking (immunoblastica, indiferenciado, Burkitt) o linfoma primario de el cerebro.
Subgrupo E	Otras condiciones con infección por VIH. Incluyen una variedad de situaciones clínicas que son atribuibles ala enfermedad por VIH, incluyendo Neumonía intersticial linfática crónica, síntomas constitucionales no mencionados en subgrupo IV A, pacientes con infección no mencionados en subgrupo IV C y pacientes con neoplasias no mencionadas en subgrupo IVD.

A principios de 1985 se señalo que en 41 % de los enfermos con SIDA aparecían manifestaciones en cabeza y cuello ; sin embargo , con la mayor vigilancia y la apreciación de nuevas entidades patológicas dicha frecuencia aumento a una cifra cercana al 100 % durante el curso de la enfermedad ( 3 ). Las manifestaciones otologicas son menos frecuentes , en comparación con las orales que alcanzan el 98 % en diferentes etapas señaladas previamente ( 1,3, 6, 7, ).

Las infecciones otologicas de la infección por VIH incluyen : sarcoma de Kaposi , otitis por Pneumocistis carinii , obstrucción de la trompa de Eustaquio por masa nasofaringea , otitis media serosa , perdida neurosensorial de la audición y parálisis facial .

#### OIDO EXTERNO :

La otitis externa es producida por la Pseudomona aureginosa , aunque se han reportado infección externa por Adpergillus fumigatus , son de difícil control y pueden complicarse con osteomielitis de la base del cráneo . El sarcoma de Kaposi es la manifestación neoplasica más común del SIDA siendo 20 000 veces más común que en la población normal el sarcoma de Kaposi del pabellón auricular aparece casi exclusivamente en individuos con SIDA . A veces el Sarcoma afecta el conducto auditivo externo la membrana timpánica y el oído medio , produciendo perdida conductiva de la audición ; el tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica , la crioterapia , la vinblastina intralesional , la bleomicina y la radioterapia ( 1, 3 ) .

#### OIDO MEDIO :

La otitis media serosa ( OMS ) se presenta más frecuentemente en pacientes adultos con SIDA ; depende de la deficiencia de la función de la trompa de Eustaquio , como consecuencia de infecciones vírales recurrentes , hipertrofia adenoidea por HIV , tumores nasofaringeos y quizás alergia inducida por virus .

Las características de las bacterias de la OMS son semejantes a las de una población sin síndrome. Los patógenos predominantemente son *Streptococcus Pneumoniae*, *hemophilus influenza* y *moraxella catarralis*. En individuos con estado tóxico, se requiere timpanocentesis antes de emprender el tratamiento para identificar los patógenos raros o resistentes. La otitis media y mastoiditis por *Pneumocistis Carinii* son infecciones oportunistas propias del SIDA, sugiriendo en una persona asintomática infectada por VIH o en el paciente con estadio IV del SIDA (1,3)

#### OIDO INTERNO :

La pérdida neurosensorial de la audición en individuos VIH positivos y sujetos con SIDA varía de 20.9 al 49%. Puede ser yatrogena, bien por infección de oportunistas o cáncer, o a consecuencia del efecto directo del virus de la inmunodeficiencia en el sistema nervioso central (SNC).

La pérdida yatrogena puede ser consecuencia del uso de muchos fármacos utilizados para combatir la infección por VIH y sus complicaciones. Agentes antimicóticos como la Anfotericina B, antineoplásicos como la Vincristina, e inmunomoduladores tienen notable ototoxicidad. Los aminoglucósidos, la eritromicina y el AZT se vinculan con el déficit de la audición.

Se ha sugerido que la infección directa del sistema nervioso central (SNC) por el VIH es una acusación posible de la pérdida auditiva de origen central; los síndromes neurológicos más comunes en personas con SIDA son la encefalopatía o la encefalitis aguda (1,2,3,5).

#### VERTIGO :

No es un signo que se señale comúnmente en la bibliografía, es raro, pero puede formar parte de la fase terminal del SIDA. Puede ser efecto adverso de medicamentos para combatir la infección por VIH, o las infecciones oportunistas concomitantes.

#### NERVIO FACIAL :

Alrededor del 30% de los individuos con SIDA tienen como cuadro inicial complicaciones neurológicas, e incluso el 75% muestran signos histológicos de afección al SNC en la necropsia. La parálisis facial puede ser consecuencia de infección directa del nervio o de su ganglio, o de origen viral.

La infección de herpes zoster es siete veces más común en pacientes homosexuales seronegativos. El Herpes zoster olfático o síndrome

de Ramsay - Hunt aunado a parálisis facial ha sido señalado con más frecuencia en el SIDA (3).

#### *MANIFESTACIONES NAALES Y DE SENOS PARANAALES :*

Entre el 40 al 70 % de los sujetos con SIDA presentan alteraciones de nariz y senos paranasales . En los estudios prospectivos de individuos infectados señalan una prevalencia de sinusitis del 30 al 68 % . Otros problemas documentados han sido lesiones cutáneas , obstrucción de vías nasales , rinitis alérgica , sinusitis inflamatoria y neoplasias ( 1,2,3,11 ) .

#### *LESIONES CUTANEAS :*

las manifestaciones que afectan las piel de la nariz o la cara son las primeras en aparecer en la infección por VIH . Existen tres trastornos cutáneos principales : Sarcoma de Kaposi , infecciones herpéticas y dermatitis similar a la seborreica .

#### *OBSTRUCCION NASAL :*

La obstrucción y la congestión nasal son comunes en el curso de la enfermedad por VIH , debiendo diferenciarse del producido por hipertrofia adenoidea común en los pacientes ( 1 , 3 , 11 ) .

#### *HIPERTROFIA DE ADENOIDES :*

El cuadro inicial de estos pacientes es de linfadenopatía y también proliferación generalizada del tejido linfoide , que incluye las adenoides y las amígdalas lingual y palatina . La presencia de hipertrofia adenoidea es una población no pediátrica , incluso en sujetos asintomáticos , siempre plantea la posibilidad oculta de infección por VIH . La obstrucción de vía nasal es el síntoma inicial más común seguido de la OMS . Stern y cols. sugieren que es necesario la adenoidectomía para descartar linfoma en todo sujeto sintomático infectado por VIH , con hipertrofia adenoidea masiva ( 3 , 4,7 ) .

#### *NEOPLASIAS :*

Dos neoplasias malignas se han visto asociadas a la infección por VIH en nariz y senos paranasales : El sarcoma de Kaposi y el Linfoma no Hodgkin . El linfoma no Hodgkin tiene sus sitios de presentación principalmente en nariz , senos paranasales , nasofaringeo y cavidad bucal y los síntomas iniciales , hemorragia , obstrucción nasal , rinorrea o efecto de masa en cara dan las pautas para su diagnóstico , el cual se confirma por aspiración con aguja fina .

### *SINUSITIS :*

Los estudios prospectivos indican que la prevalencia de la sinusitis es del 20 al 68 % . Los Microorganismos que intervienen son el *Streptococcus pneumoniae* y *Hemophilus influenza* , se han descrito también *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa* . La incidencia de mucormicosis no se ha reportado aumentada en pacientes con SIDA .

Conforme se disminuye el número de células CD4 y la función inmunitaria la sinusitis a menudo se torna crónica y recurrente . Los pacientes con recuentos de células CD 4 menores de 200 / mm<sup>3</sup> parecen ser particularmente resistentes a las medidas terapéuticas contra la sinusitis .

Cuando surgen complicaciones de la sinusitis en sujetos infectados por VIH el curso clínico de la enfermedad suele ser fulminante y no es satisfactoria la respuesta al tratamiento ( 1,3 , 4 , 7 , 11 ) .

### *MANIFESTACIONES BUCALES :*

Desde que fue descrito originalmente el SIDA entre 1981 y 1982 , se han detectado en la boca manifestaciones muy heterogéneas de la enfermedad . Con la identificación del virus causal en 1984 y la definición de los síndromes de SIDA y complejo afín al SIDA ( ARC ) e infección asintomática por virus de la inmunodeficiencia humana , se advirtió que las manifestaciones bucales suelen anteceder a la aparición del SIDA . La candidiasis oral , la leucoplasia vellosa y otras alteraciones de la cavidad bucal no solamente sugieren infección por VIH sino que están entre los primeros signos de evolución de la infección , hasta llegar al síndrome SIDA ( 1, 2 , 3 , 6 , 8 , 12 , 13 ) .

### *CANDIDIASIS BUCAL :*

Es la manifestación más frecuente en sujetos infectados por VIH Silverman observó que es uno de los primeros indicadores de la infección por VIH , y que si aparece en sujetos HIV positivos , el pronóstico de supervivencia disminuye a largo plazo .

La candidiasis puede asumir la forma de clásicas placas blancas pseudomembranosas desprendibles por raspado pero también se ha observado otras manifestaciones de la infección ; es común que surja una variedad atrofica eritematosa . Se ha observado una variedad hiperplásica con placas blancas sobresalientes . la queilitis angular es otra forma importante que puede asumir la candida . En el 80 % de los casos el microorganismo cultivado sigue siendo *Cándida albicans* ( 13 ) .

### *LEUCOPLASIA VELLOSA :*

Se reportó por primera vez en 1984 , se le describió como una lesión blanca en el borde externo de la lengua , a menudo bilateral . la biopsia revela una capa de células espinosas globosas en el epitelio . Se ha demostrado que es propia de los pacientes HIV positivos y que su aparición

en la lengua es un indicador preciso que el individuo pronto comenzara a mostrar el síndrome florido del SIDA ( 12 ) .

#### *HERPES SIMPLE :*

La especie que con mayor frecuencia causa problema es el tipo I de dicho virus ( VSH - I ) aunque puede intervenir también el VHS - 2 , la frecuencia es del 9 al 29 % en pacientes con complejo afin al SIDA . El signo característico de la infecciones herpéticas en dichas personas es que las lesiones son mas grandes y abundantes , reaparecen con mayor frecuencia y persisten por más tiempo que en la población HIV negativa ( 3 , 5 ) .

#### *ULCERAS AFTOSAS RECURRENTES*

Pueden aparecer en pacientes no inmunodeprimidas , pero son mas frecuentes y de mayor intensidad en personas VIH positivas . Las ulceras aftosas pequeñas tiene menos de 6 mm de diámetro y a menudo coalescen para formar ulceras más grandes . Estas lesiones están muy bien circunscritas y pueden aparecer en grupos sucesivos , de modo que las lesiones persistan por semanas cada vez que no se ha identificado el agente causal , aunque se supone que es un mecanismo autoinmunitario ( 3 , 5 , 6 )

## OBJETIVO :

El objetivo de este estudio es describir , los hallazgos de el seguimiento y los sintomas encontrados en los pacientes con VIH positivos , en los diferentes estadios de la enfermedad , asi como evaluar los grupos de edad más afectados y en base a esto normar la terapeutica a seguir .

## MATERIAL Y METODOS :

Se efectuo un estudio Prospectivo en los Servicios de Otorrinolaringologia y Medicina Preventiva del Hospital Regional Lic. Adolfo Lopez Mateos .

En el periodo de tiempo comprendido del 1º de marzo de 1993 al 31 de mayo de 1995 . Se incluyeron pacientes de todas las edades de ambos sexos con prueba serologica de ELISA positiva y confirmatoria ( Western-Blot ) positiva para el Sindrome de Inmunodeficiencia adquirida ( SIDA ) .

Se excluyeron pacientes con diagnostico en otras unidades . O pacientes con infecciones oportunistas con otro tipo de inmunodeficiencia .

Se eliminaron a los pacientes con prueba confirmatoria negativa y ELISA positiva, o fallecidos durante el estudio .

Se efectuo una exploracion otorrinolaringológica de rutina consistente en rinoscopia , faringoscopia , y otoscopia ademas de la realización de cultivos y placas de rayos X de senos paranasales ( Cadwell , Waters y lateral ) .

Se utilizó lámpara frontal Welch - Allyn , instrumental Medicon y microscopico marca Zeiss , modelo Opmi con un lente de 200 mm .

Se valoraron las manifestaciones de cabeza y cuello ; tanto clinica como radiologicamente en los casos que lo ameritaban , asi como el estadio clinico según los criterios del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta publicado en 1987 para el diagnostico de los estadios clinicos del SIDA .

## RESULTADOS

Se distribuyeron los pacientes de la siguiente forma : 69 hombres ( 86.25 % ) , con 11 mujeres ( 13.75 % ) siendo un total de 80 pacientes . Dentro de la población masculina se distribuyeron por su preferencia sexual como :

1 ) Homosexuales	31
2 ) Bisexuales	23
3 ) Heterosexuales	15

En la población femenina se encontro el antecedente de promiscuidad en 7 mujeres , y definimos como promiscuidad más de 3 parejas sexuales al año .

Por la vía transmisión encontramos que la vía anal en 56 pacientes , vaginal en 9 pacientes .

Con antecedente de transfusiones de hemoderivados en 4 pacientes , antecedente de adicción a drogas de administración intravenosa en 11 pacientes y ninguno como perinatal .

Encontramos que el paciente más joven tenia 24 años y el más viejo 72 años , con una media poblacional de 37.52381 años y una desviación estandar de 8.5905211 .

Asi como una desviacion poblacional de 8.6421163 , con una varianza de 73.797952 . Con la siguiente distribucion por grupo de edad .

EDAD	NUMERO
20 - 24	1
25 - 29	11
30 - 34	19
35 - 39	22
40 - 44	12
45 - 49	9
> 50	5
TOTAL	80

Y la siguiente distribución por estadio clínico del SIDA según la clasificación de el Centro de control de enfermedades :

ESTADIO	PACIENTES	PORCENTAJE
II	18	22.5
III	32	40
IV A	12	15
IV B	0	0
IV C1	1	1.25
IV C2	5	6.25
IV D	10	12.5
IV E	2	2.5
TOTALES	80	100

Asi como la siguiente distribución por los síntomas encontrados :

EXPLORACION NORMAL	18 Pacientes
NODULOS EN CUELLO	24 Pacientes
HIPERTROFIA ADENOIDEA	15 Pacientes
SARCOMA DE KAPOSÍ	7 Pacientes
CANDIDIASIS ORAL	30 Pacientes
ULCERAS AFTOSAS	17 Pacientes
OTITIS MEDIA	11 Pacientes
SINUSITIS	23 Pacientes
HERPES SIMPLE	5 Pacientes
LINFOMA	3 Pacientes
LEUCOPLAQUIA VELLOSA	8 Pacientes
OTROS	3 Pacientes

Cabe mencionar que varios paciente tenían más de una patología la momento de la exploración .

Como este estudio es puramente descriptivo se puede apreciar que en un 22 % de los pacientes de este estudio se encontró una exploracion fisica normal , y si bien se le detecto una prueba serologica postiva para VIH y confirmatoria para el mismo virus , se trata de pacientes con diagnostico de SIDA en Estadio II .

Ya que estos pacientes acudieron a este centro Hospitalario por algun otro procedimiento sin proceso infeccioso agregado .

A los cuales se les dio seguimiento durante el periodo antes mencionado .

## DISCUSION :

Se encontro conforme a los resultados que el factor de Homosexualidad se encontraba en un 44 % por ciento de los hombres , esto concuerda con los descrito en la literatura medica .

Asi como el de que la promiscuidad sexual en la mujer es el factor predominante ; todo esto en los habitos sexuales de los pacientes .

De lo anterior se puede observar que la poblacion mexicana no difiere de lo reportado en la poblacion anglosajona y en los estudios en poblacion de negros norteamericanos .

Si bien lo que ocurre en México es un reflejo de lo que ocurre en America latina ,encontramos ya un alto numero de heterosexuales pero con promiscuidad .

Y es realmente bajo el numero de paciente que adquieren el virus por transfusion de algun hemoderivado . Esto debido al control de los productos de la sangre .

En cuanto a la media de poblacion esta es de 37.52 años , que afecta al grupo etario de personas economicamente activas , lo cual repercute en la dinamica del grupo de personas que atiende nuestra institucion . Asi como el de la productividad de cada individuo .

Si bien se encuentra una varianza amplia ( 73.79 ) se tiene una desviacion estandar de 8.59 y una desviacion poblacional de 8.64 . esto no habla de un grupo de personas muy heterogeneo que bien puede representar adecuadamente la población que tenemos como derechohabientes .

Pero no nos es posible extrapolar nuestros resultados a la poblacion mexicana en general , ya que de forma inicial no se representa a todos los sectores de la poblacion , si bien se tiene una diversidad de derechohabiencia ( jubilados , trabajadores , familiares ) .

No se incluyen personas sin recursos economicos y de las cuales no se tiene una cifra adecuada de la incidencia de la infeccion por VIH en cualquier modalidad , se caeria en un sesgo en cuanto a la muestra recolectada .

En cuanto a nuestra especialidad se tiene que un 22.5 % de los pacientes tiene una exploracion fisica normal , lo cual no habla de un estado de portador .

Y es necesario tener en cuenta para cada vez que revisamos a un paciente y por accidente entramos en contacto con sus liquidos

corporales y en aquellos de los cuales se tienen infecciones por oportunistas así como en aquellos en las que son de difícil control .

Los pacientes en los cuales se tienen manifestaciones en cabeza y cuello ( 77.5 % ) , la presentan en cualquiera de las modalidades desde una linfadenopatía hasta el caso de Sarcomas , esto de acuerdo al grado de severidad de la inmunodepresión en la que se encuentra el paciente .

Cabe mencionar que dentro de OTRAS se encontraron 2 hipoacusias y 1 otitis media serosa .

Esto es acorde a lo publicado por Bazzan en 1990 y 1993 ( 2 , 7 ) Krauss ( 4 ) y Klein ( 13 ) , sobre de los primeros síntomas de la infección por VIH se presenta en cabeza y cuello .

## **CONCLUSIONES**

- 1 ) El mayor numero de pacientes con infeccion por VIH son hombres 86.25 % .
- 2 ) El 44 % de los hombres con infeccion por VIH son homosexuales .
- 3 ) El 60 % de las mujeres son promiscuas
- 4 ) El 77,5 % de los pacientes tenian alguna manifestacion en cuello y cabeza .
- 5 ) El 22.5 % de los pacientes estaban asintomaticos al momento del diagnostico .
- 6 ) La manifestacion mas frecuente es la candidiasis oral ( 37.5 % ) .

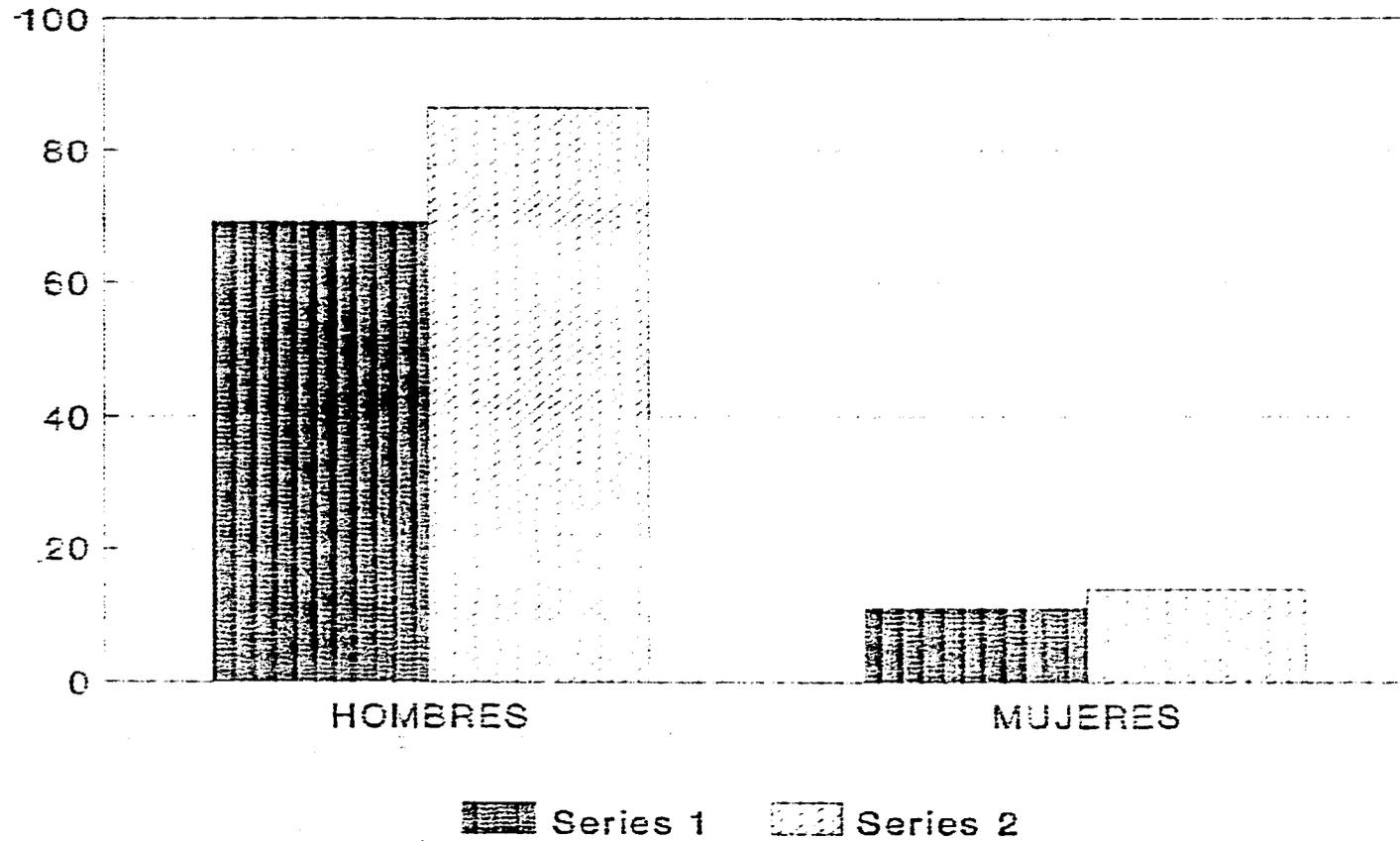
## BIBLIOGRAFIA :

- 1 ) Brahim J.S. Non Hodgkin's Lymphoma of the Hard Palate  
Mucosa and Buccal Gingiva associated with AIDS  
*Journal Oral Maxillofacial Surgery* 1988 (46) :328 - 330
- 2 ) Cummings W.C. Otolaryngology Head and Neck  
manifestations during HIV infection  
*The Journal of Laryngology and Otology* 1993 ( 107 ) 133 - 136
- 3) Thomas A TAM ,Manifestaciones en Otorrinolaringología del  
SIDA  
*Clinicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica Ed  
Interamericana Vol 6 1992 .*
- 4 ) Kraus and Cols , Upper Airway Obstruction due to Tonsillar  
  
lymphadenopathy in Human Immunodeficiency Virus infection  
*Arch Otolaryngology Head Neck Surg* 1990 (116 ) : 738 - 740 .
- 5 ) Holliday Roy A. Manifestations of AIDS in the oromaxilar  
region  
*Clinicas radiológicas de Norteamérica* 1993 31 (1) : 45 - 60
- 6 ) Chow , stein , Head and Neck Manifestations of the Acquired  
immunodeficiency syndrome in Children  
*Ear , Nose and Throat Journal* 1990 ( 69 ) : 416 - 423
- 7 ) Barzan M.D. Nasopharyngeal Lymphatic Tissue in patients  
infected with VIH  
*Arch Otolaryngol Head and Neck Surg* 1990 ( 116 ) : 928 - 931
- 8 ) Cummings W.C. Otolaryngology Head and Neck Surgery  
Vol 1 St Louis 1987 CV Mosby Company
- 9 ) Turkel David E. Bilateral Parotid Enlargement in VIH  
seropositive patients  
*Laryngoscope* 1989 ( 99 ) : 590 - 595 .
- 10) Meiteles L.Z. Sinus and nasal manifestations of the acquired  
immunodeficiency syndrome  
*Ear Nose and Throat Journal* 1990 ( 69 ) : 454 - 459

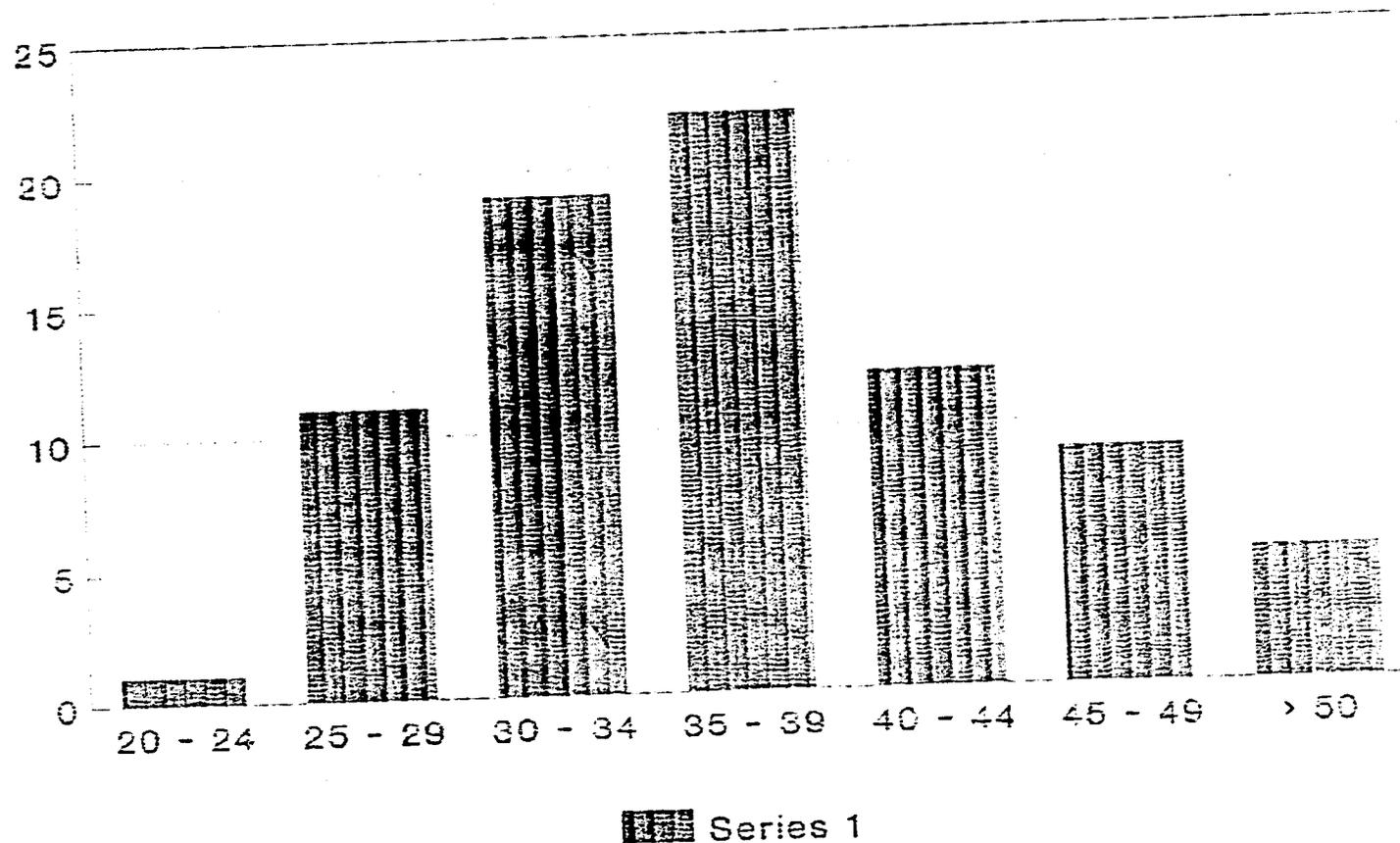
11) Friedman- Kien . kaposi sarcoma in VIH negative  
homosexual men .  
Lancet 1990 ( 1 ) : 168 - 169

12) Eversole L.R: Oral hair leukoplakia : Diagnosis and  
management .  
Oral Surg Med Pathol

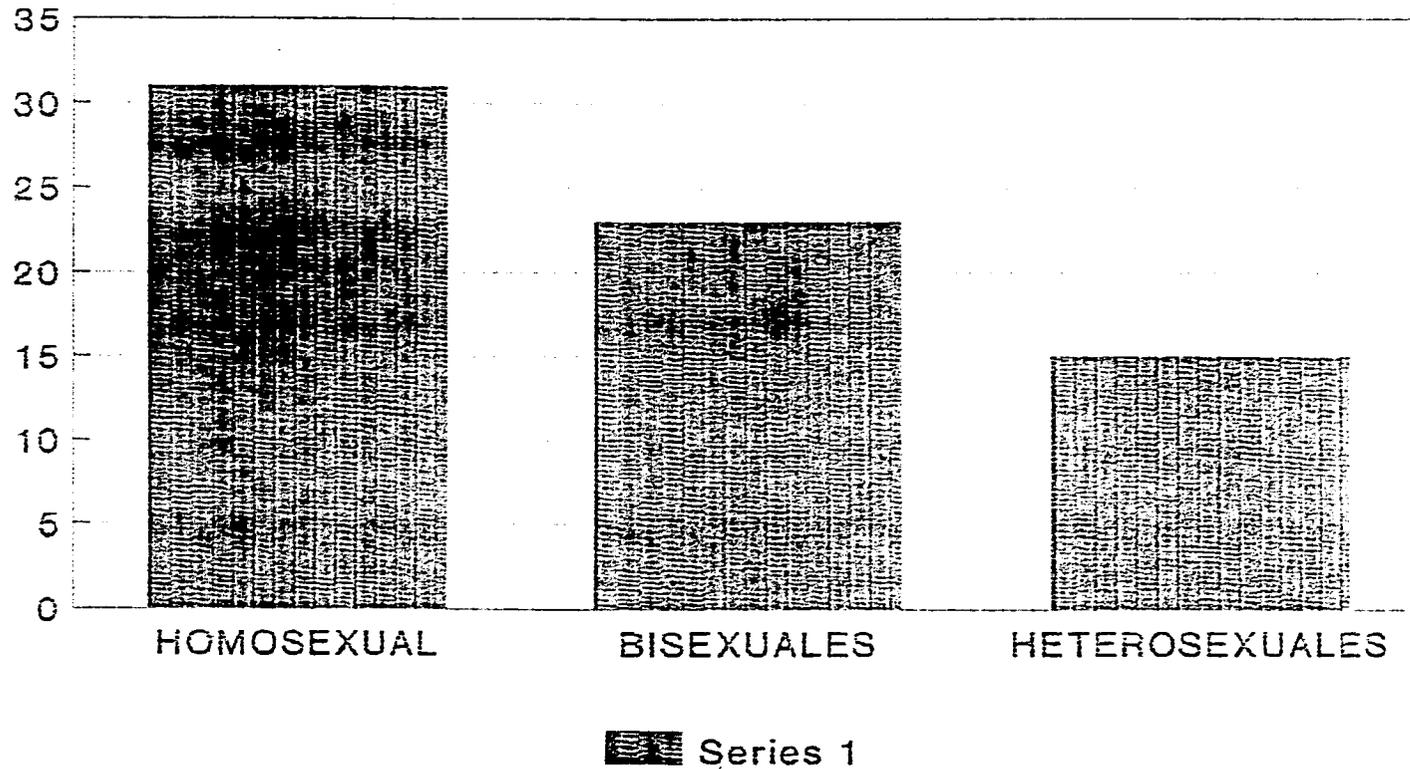
# DISTRIBUCION POR SEXO



# DISTRIBUCION POR EDAD

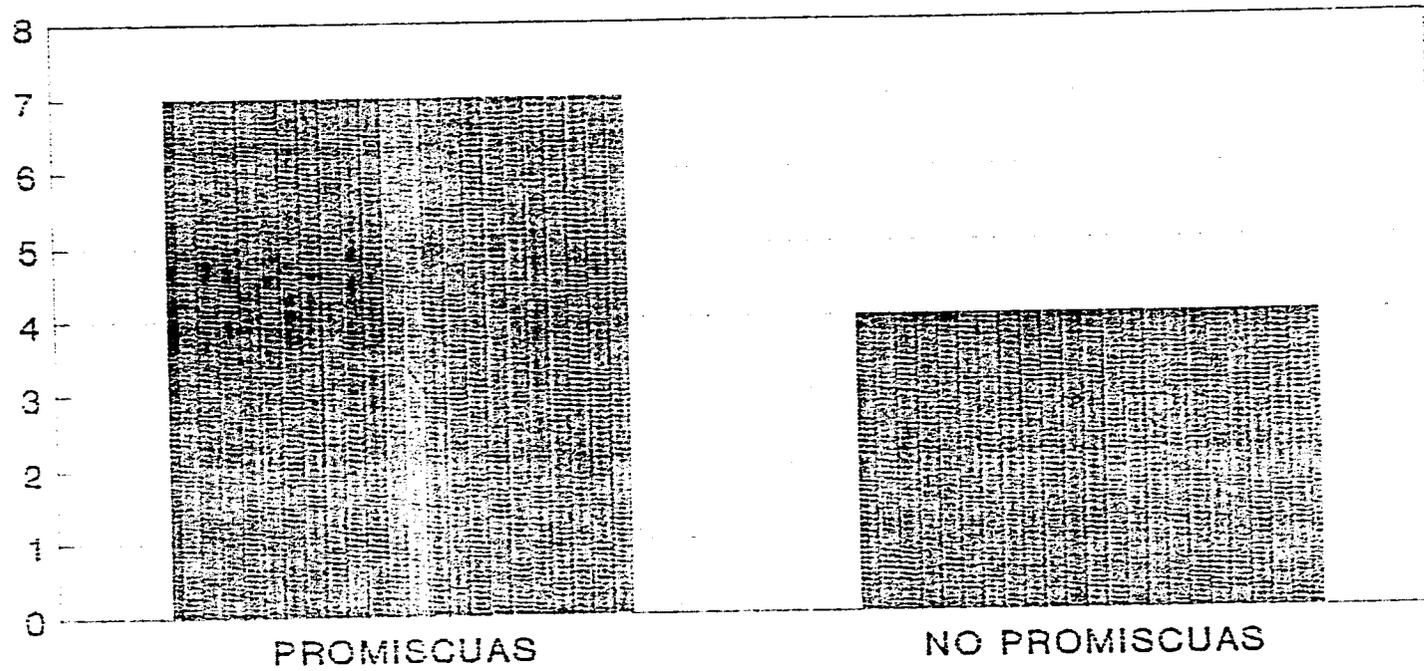


# POBLACION MASCULINA HABITOS SEXUALES



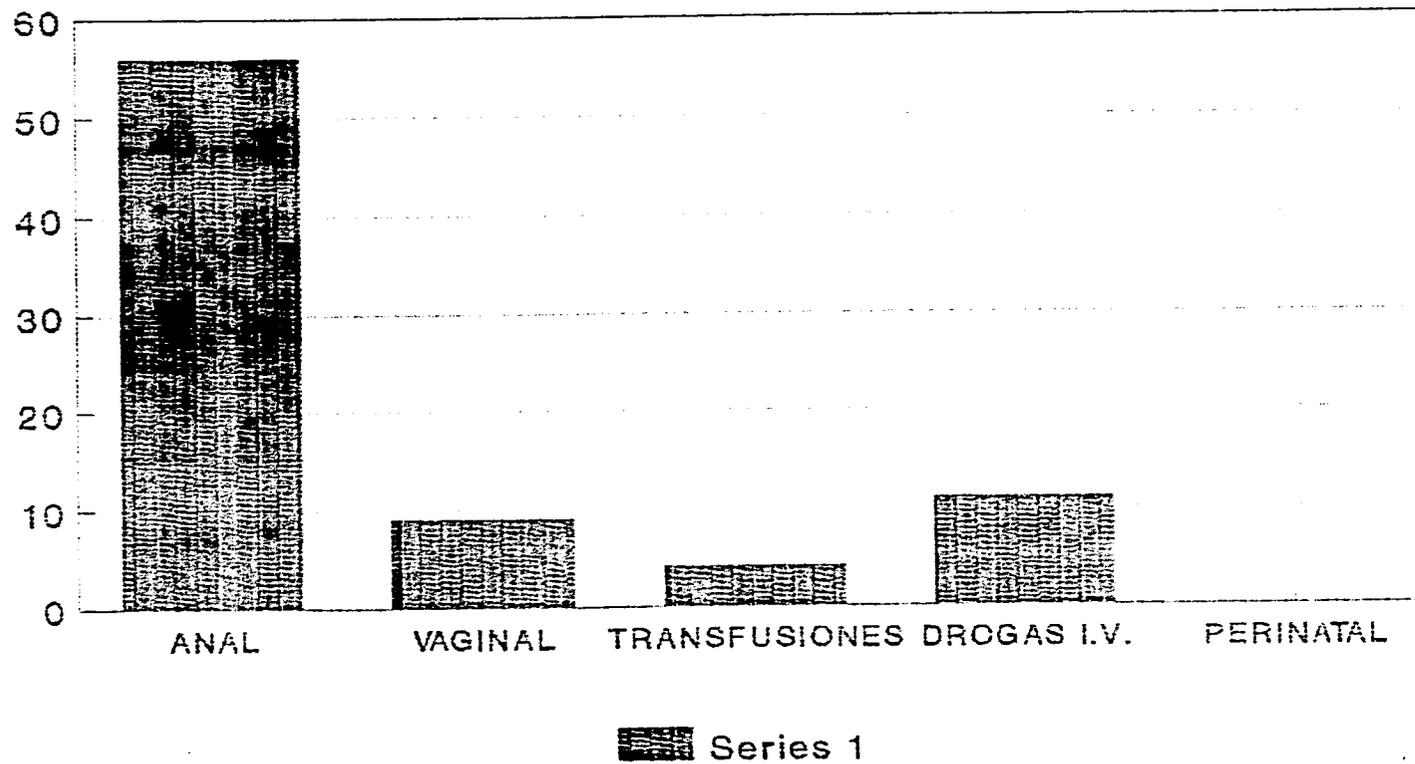
# POBLACION FEMENINO

## HABITOS SEXUALES

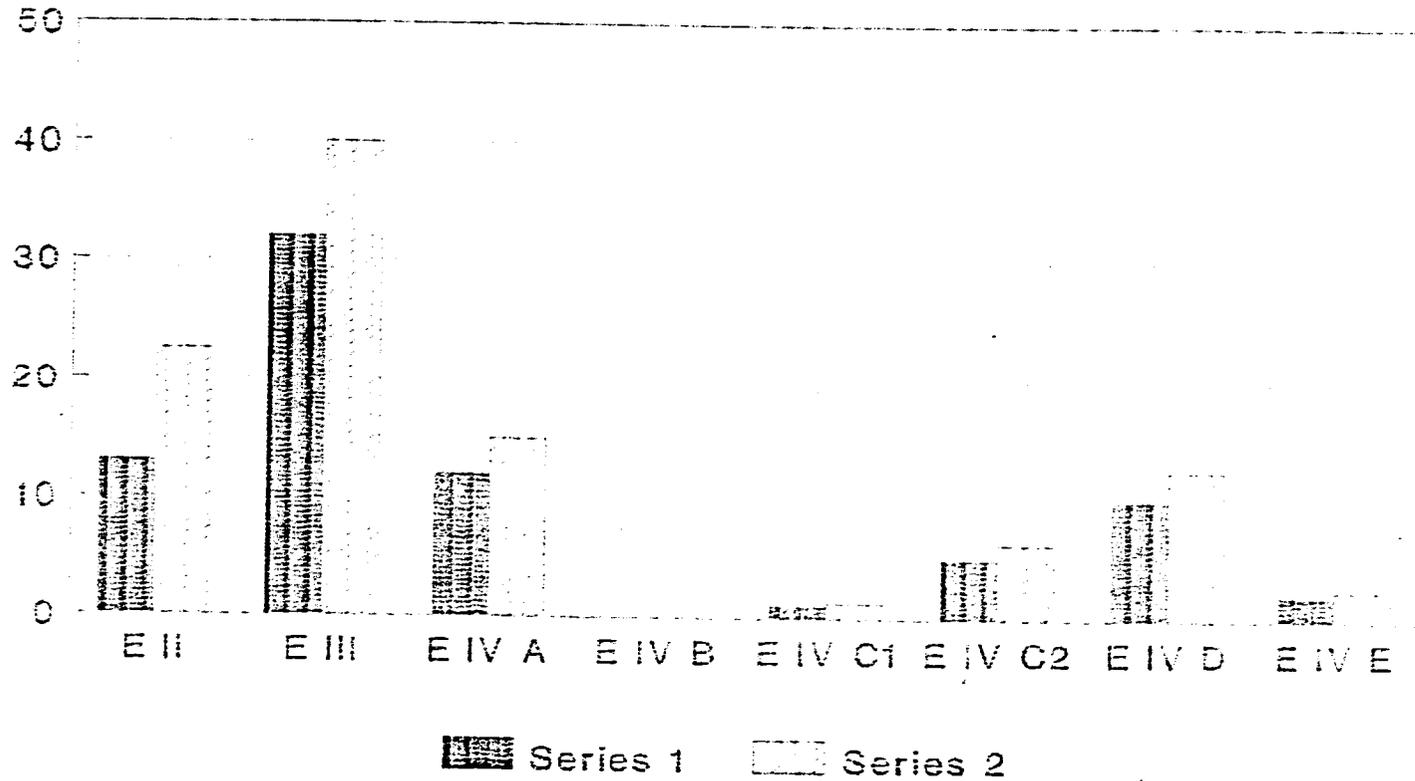


Series 1

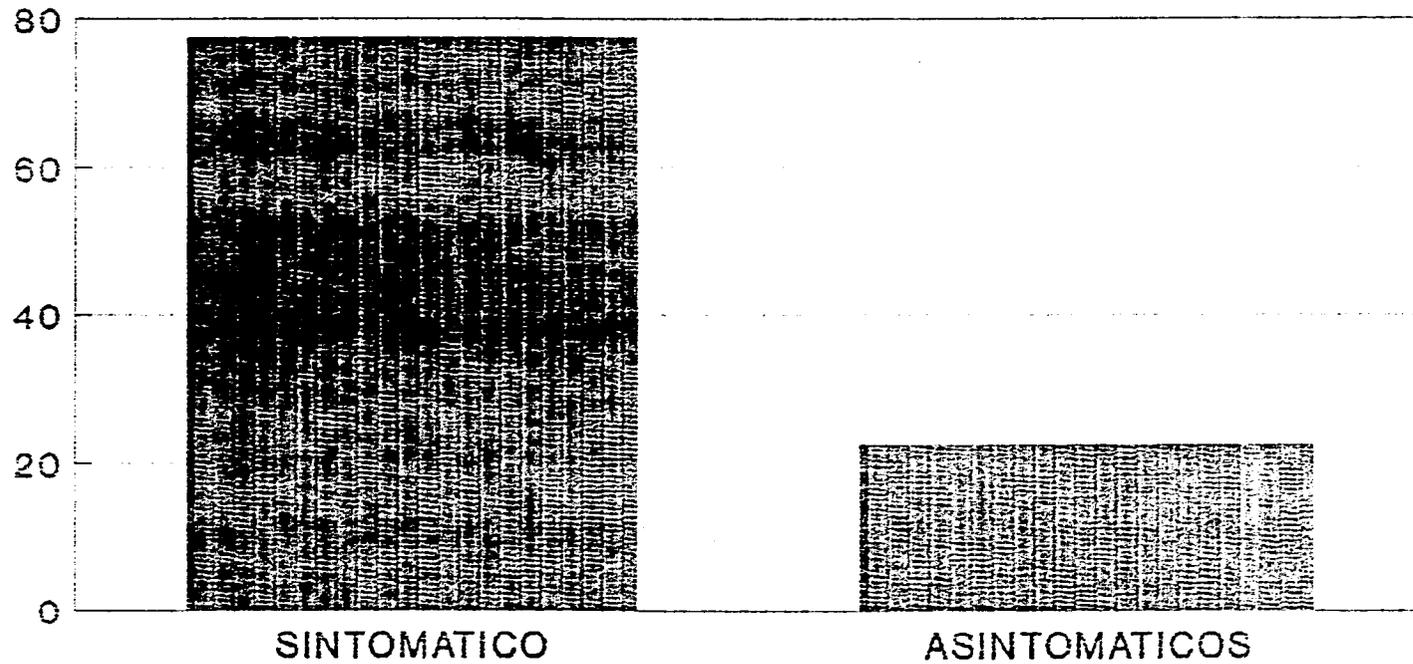
# VIA DE TRANSMISION VIRUS DE VIH



# DISTRIBUCION POR ESTADIO CLINICO DE SIDA



# MANIFESTACIONES EN CUELLO Y CABEZA



Series 1

PORCENTAJE