

**“Prevalencia de lesiones orales en pacientes pediátricos VIH positivos de 6 a 10 años bajo
medicación antiretroviral de casa hogar Anna Vitiello”**

Tesis presentada por:

ANDREA CELESTE RIVAS JUÁREZ

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

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, Noviembre 2016

**“Prevalencia de lesiones orales en pacientes pediátricos VIH positivos de 6 a 10 años bajo
medicación antiretroviral de casa hogar Anna Vitiello”**

Tesis presentada por:

ANDREA CELESTE RIVAS JUÁREZ

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

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, Noviembre 2016

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. Edwin Oswaldo López Díaz
Vocal Segundo:	Dr. Henry Giovanni Cheesman Mazariegos
Vocal Tercero:	Dr. José Rodolfo Cáceres Grajeda
Vocal Cuarto:	Br. José Rodrigo Morales Torres
Vocal Quinta:	Br. Stefanie Sofía Jurado Guilló
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. Raúl Vitelio Ralón Carranza
Vocal Segundo:	Dr. José Alberto Figueroa Espósito
Vocal Tercero:	Dra. Brenda María López Leiva
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por su amor y misericordia, por darme la vida y la sabiduría para conducirme por la vida.

A MIS PADRES

Armando Rivas Delgado y Marcela Azucena Juárez Andrino por ser mi todo, por acompañarme en este sueño, por todos los sacrificios hechos, a ustedes les debo el estar ahora acá. Solo puedo decir, lo logramos, los Amo.

A MIS HERMANOS

Luis Enrique Rivas Juárez y Julio Armando Rivas Juárez, porque han estado ahí desde que tengo memoria, porque me han enseñado lo que es contar con personas para toda la vida, gracias por ser mis compañeros de vida y de aventuras, los amo.

A MIS TÍOS

Enrique Efraín Rivas Delgado y Saira Mariela Rivas Delgado, porque más que tíos han sido padres, gracias por apoyarme a lo largo de la vida y de mi carrera universitaria.

A MI ABUELO

Armando Rivas Ramos, que en paz descanse, a ti abuelito que sé que me cuidas desde el cielo, te amo y te extraño.

A MI FAMILIA

A todos en general, gracias por todo el apoyo y el amor que me han brindado, son la mejor familia que Dios me pudo dar.

A MIS AMIGOS

A todos mis amigos en general, aquellos que han estado desde siempre, a aquellos que se fueron agregando a mi vida e historia, en fin a todos los que me han acompañado a lo largo de este viaje, gracias por todos los momentos vividos les estoy infinitamente agradecida.

A MI SOBRINA

Emma Isabel Rivas Quevedo, por demostrarme que existe el amor a primera vista, te amo mi niña.

A CAMILO ESPAÑA

Por ser mi amigo y compañero de tesis, gracias por todo el apoyo y por las tardes interminables de tesis, te quiero.

TESIS QUE DEDICO

A mi patria, Guatemala

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

A la Facultad de Odontología

Al Doctor Oscar StuardoToralla por su asesoría y amistad.

A mis catedráticos e instructores

A mi familia y amigos por acompañarme durante toda la carrera

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis intitulado “**Prevalencia de lesiones orales en pacientes pediátricos VIH positivos de 6 a 10 años bajo medicación antiretroviral de casa hogar Anna Vitiello**” conforme lo demandan los Estatutos de la Facultad Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al Título de:

CIRUJANO DENTISTA

ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
I. Sumario	2
II. Introducción	3
III. Antecedes	4
IV. Planteamiento del Problema	5
V. Justificación	6
VI. Revisión de Literatura	7 - 21
1. Historia de la Enfermedad	7
2. Epidemiología	7 – 8
3. Etiología	8 – 9
4. Clasificación Clínica para el paciente	9 – 11
5. Signos y Síntomas del VIH	11
5.1 Lesiones Bucales de Diagnóstico Clínico	12
5.2 Clasificación de Lesiones de Diagnóstico Clínico	13
5.3 Principales lesiones en cavidad bucal que se presenta en pacientes VIH positivos	14 – 18
6. Terapia antirretroviral en pacientes niños	18 – 19
7. Paciente VIH bajo medicación antiretroviral	20
8. Proyecto de Prevención	20 - 21
VII. Objetivos	22
VIII. Variables	23
IX. Metodología	24 - 26
X. Resultados	27 - 32
XI. Discusión de Resultados	33 - 34
XII. Conclusiones	35
XIII. Recomendaciones	36
XIV. Limitaciones	37
XV. Bibliografía	38 - 46
XVI. Anexos	47 - 62
XVII. Proyecto	63 – 72

I. SUMARIO

En este estudio se investigó la prevalencia de lesiones bucales en pacientes pediátricos VIH positivos comprendido entre 6 a 10 años que se encuentran bajo tratamiento antirretroviral en la casa Hogar “Anna Vitiello”, ubicada en Chimaltenango, se estudió una población de 20 niños de los cuales 14 fueron del género masculino y 6 del género femenino, a cada uno se le realizó un examen clínico de la cavidad bucal, específicamente una inspección intraoral, así como extraoral y el examen de palpación de tejidos duros y blandos siguiendo los lineamientos establecidos por el departamento de Diagnóstico de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. (Ver anexo 5)

En base a los hallazgos encontrados en este estudio se obtuvo que de los 20 niños evaluados únicamente 6 presentaron una o más lesiones, de las cuales ninguna de ellas se vincula según publicaciones y artículos científicos a lesiones asociadas al Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH).

La prevalencia de las diferentes lesiones bucales se presentó de la siguiente manera: 2 lesiones de Hiperplasia Epitelial Focal en mucosa de carrillo, representando el 28.55%; 1 lesión de Aftas orales Recurrentes en encía adherida (14.28%); 1 de Gingivitis de Células Plasmáticas en encía libre (14.28%), 1 lesión de Origen Vascular en mucosa labial inferior (14.28%), 1 Absceso periapical en encía adherida (14.28%) y 1 Mácula melanótica oral en encía libre (14.28%). Cada lesión individualizada representó un 5% de la población total estudiada.

Como un dato extra a esta investigación se observó que los 20 niños presentaron hiperpigmentación melánica en la base de la lengua provocado por la ingesta de medicamentos antiretrovirales principalmente la Zidovudina tal como lo reporta la literatura y varios artículos científicos.

Este estudio demuestra que los pacientes pediátricos examinados que padecen del Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH) y que están bajo tratamiento antirretroviral, no presentan lesiones orales asociadas al VIH, y que las lesiones encontradas en este estudio están más relacionadas a factores genéticos, estrés, trauma, mala higiene, condiciones sociales e inmunosupresión, y que la ingesta de medicamentos antirretrovirales mejora la calidad de vida de los pacientes; es fundamental la colaboración del paciente para seguir las instrucciones y recomendaciones para garantizar el éxito del tratamiento. Como complemento a este estudio se diseñó un proyecto de prevención para fomentar la educación bucal y el autoexamen clínico para disminuir la aparición de lesiones.

II. INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA) fue reconocido y descrito como una entidad clínica a mediados de 1981 en Estados Unidos pero, la diseminación del virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ocurrió a finales del decenio de 1950 en África, Europa y Norteamérica.

El Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH) se detectó por primera vez en niños en 1982, estos presentan entre sus primeros signos de enfermedad manifestaciones bucales. El administrar rápidamente el tratamiento antiretroviral, conlleva a que la progresión de la enfermedad y la mortalidad al principio de la infancia se vea disminuida de manera notable. (19)

Diferentes manifestaciones bucales han sido utilizadas como parámetros para determinar el deterioro del sistema inmunológico en pacientes VIH, (5, 47, 52, 59) estudios internacionales han comunicado que más del 90% de personas con infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana llegan a padecer una o más manifestaciones bucales, por ejemplo: una infección oportunista como candidosis bucal o una neoplasia como Sarcoma de Kaposi. (5, 59, 11) Según lo analizado en estos estudios, la prevalencia de las distintas manifestaciones bucales varían principalmente de acuerdo a: lugar y población estudiada, etapa de la enfermedad, grado de inmunosupresión, medicamentos que ingieren y factores demográficos.

El presente estudio describe la prevalencia de lesiones orales en pacientes pediátricos VIH positivos bajo medicación antiretroviral, así como la asociación de las lesiones con VIH y su distribución por región. Además se presenta un proyecto de prevención sobre la higiene dental y un autoexamen bucal para localizar y prevenir la aparición de lesiones. Se evaluó una población total de 20 niños que residen en la casa hogar “Ana Vitiello” ubicada en Chimaltenango, durante el año 2015.

III. ANTECEDENTES

Existen varios estudios relacionados al VIH y al SIDA en los cuales se busca mayor información sobre la mismas, su tiempo de evolución, manifestaciones orales y sistémicas etc., sin embargo es escasa la literatura y estudios enfocados a manifestaciones orales en pacientes pediátricos.

En Guatemala, en Coatepeque, Quetzaltenango se realizó un estudio para medir la relación entre la frecuencia de manifestaciones bucales en pacientes VIH con y sin terapia antiviral demostrando que no existe diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos, ya que ambos presentaban lesiones orales. (71)

Un estudio efectuado en el Oeste de África involucró a niños VIH+ bajo tratamiento antirretroviral con el objetivo de estimar la prevalencia de lesiones en la mucosa oral, se tomó 420 niños entre la edad de 5 a 15 años, llegando a la conclusión que a pesar de presentar lesiones bucales, de los 420 niños solo 35 niños presentaron lesiones asociadas a VIH principalmente candidiasis oral y eritema linear gingival. (40)

En el año 2013 un estudio realizado en Arabia Saudita, tuvo como objetivo el estudio de manifestaciones sistémicas y orofaciales en pacientes pediátricos VIH con y sin terapia antiretroviral. Al final del estudio se demostró que los pacientes tanto con y sin terapia antiretroviral presentaban lesiones asociadas a VIH, la cual la más común fue Candidosis así como Ulceras aftosas recurrentes. (28).

En Brazilia un grupo de investigadores tuvo como propósito el estudio de manifestaciones orales usando terapia antiretroviral altamente activa en pacientes pediátricos VIH entre 0 y 12 años, al final del estudio se demostró una disminución de las manifestaciones orales presentando predominantemente Leucoplasia vellosa. (1)

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH) sigue siendo un problema de salud a nivel mundial. Este se detectó por primera vez en niños en 1982, desde entonces se ha expandido y ha constituido una causa de muerte en el grupo pediátrico (19). Sin embargo el desarrollo de Terapias Antirretrovirales Altamente Activas (TAAA) han modificado significativamente el curso del VIH en una enfermedad totalmente controlable y manejable, por tanto existe un mayor pronóstico de supervivencia para las personas que padecen dicha enfermedad. (39)

La gran mayoría de niños con infección por VIH presentan manifestaciones bucales. Estas lesiones bucales no están producidas directamente por dicho virus, son manifestaciones asociadas a la infección por VIH, ya que no son patognomónicas de la infección (19), entre ellas se puede mencionar, según la emisión de la Organización Panamericana de la Salud, la Oficina Panamericana y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en 2010, que son: Candidiasis de tipo Pseudomembranoso, Queilitis Angular, Gingivitis, Gingivitis Ulcero Necrotizantes, Eritema Gingival linear, Virus de Epstein Barr y Virus del Herpes Simple.

Por lo tanto deseamos conocer ¿Cuántos niños que reciben terapia antiretroviral, presentan lesiones bucales? Si presentan lesiones, ¿Cuáles son las lesiones más frecuentes?, ¿Están estas lesiones asociadas o no asociadas al VIH? ¿En qué región de la cavidad oral son más frecuentes? Y en el ámbito odontológico ¿Qué recomendaciones se tendrían para el manejo y tratamiento de las lesiones orales?

V. JUSTIFICACIÓN

La mayoría de niños con infección por VIH presentan, dentro de sus primeros signos de enfermedad, manifestaciones bucales. Según la literatura consultada hay estudios que mostraron que la prevalencia de lesiones bucales es baja (1, 6, 40) y otros estudios demuestran que la prevalencia de lesiones bucales es importante (28).

Por lo que este estudio pretende determinar la prevalencia de lesiones bucales en pacientes VIH positivos bajo tratamiento antirretroviral.

La importancia de identificar estas lesiones bucales radica en que algunas de ellas se reconocen como marcadores de la disfunción inmunológica y por ende, representan un valor decisivo en la evolución de la enfermedad. (11, 36)

El diagnóstico, tratamiento y el control de estas lesiones es labor del odontólogo, por lo tanto el conocer la prevalencia de lesiones bucales es fundamental, así como estar informado y conocer la localización de las mismas.

Por la población estudiada, para facilitar la recolección de datos durante el examen clínico y para la unificación de criterios sobre las lesiones encontradas en este estudio, se justificó la participación de dos investigadores: Camilo Alejandro España Ruano y Andrea Celeste Rivas Juárez.

VI. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. Virus de Inmunodeficiencia Humana

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA) fue reconocido y descrito como una entidad clínica a mediados de 1981 en Estados Unidos pero, la diseminación del virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ocurrió a finales del decenio de 1950 en África, Europa y Norteamérica. (57)

Todos los casos de SIDA fueron documentados en Atlanta por el Centro de Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés). Los primeros datos, relacionaban esta enfermedad con pacientes homosexuales y sugirieron un Síndrome de Inmunodeficiencia relacionada a homosexuales. (22, 25, 26, 27, 54) Actualmente es reconocido que esta infección se presenta en pacientes homosexuales y heterosexuales (Hombres y mujeres).

2. Epidemiología

El programa de la Organización de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA) estimó que al 1 de diciembre de 1998 el número total de personas que vivían con VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y SIDA (enfermedad producida por el VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida) era cercana a los 33 millones y que habían ocurrido más de 2.5 millones de fallecidos a consecuencia del mismo desde el principio de dicha epidemia. Solo en 1998 hubo 5.8 millones de nuevos casos infectados por el VIH (11 nuevos casos cada minuto).

El porcentaje de pacientes VIH positivos es desconocido a nivel mundial por el llamado periodo latente, en el cual se puede encontrar muy poco virus en el torrente sanguíneo o en linfocitos de sangre periférica e, inicialmente, el número de células CD4+ se halla ligeramente disminuidas, dura aproximadamente de 8 a 10 años.

Según los datos comunicados en diferentes literaturas extranjeras luego de una infección por VIH y después de 10 años de padecerla, 50% han desarrollado SIDA, 25% han desarrollado diferentes sintomatologías, y un 4% han presentado un conteo de células CD4+ dentro de los rangos normales. Actualmente en América Latina se calcula que hay 1.4 millones de personas infectadas por el VIH.

En Guatemala, según lo notificado por el Programa Nacional ETS/VIH/SIDA el total de personas con SIDA acumulado de 1984 al 31 de octubre del 2001 es de 4,316, de estos casos el 74.35% representa el sexo masculino y el 25.65% el sexo femenino, con un rango de edad que va de los 15 a los 50 años. (70)

El número de pacientes menores de 15 años representa el 4.54% del total de casos de SIDA; en el grupo pediátrico (0-4 años) el porcentaje es de 3.57%. Los casos comunicados según departamentos, indican que los más afectados son en primer lugar la ciudad de Guatemala con 2,176 (50.42%), segundo Quetzaltenango con 361 (8.36%), y en tercero Suchitepéquez con 271 (6.28%). No existen reportes del número de personas VIH positivas. Según la tasa de ocurrencia, se puede afirmar que todos los departamentos están afectados y que el número total de casos notificados no es buen reflejo de la problemática real. (70)

Debido a la naturaleza de la infección, la vigilancia epidemiológica se encuentra sujeta a múltiples problemas como: definición de los casos vigentes, posibilidad de diagnosticar la infección, notificar la misma con características propias, rapidez e integridad de la información, recolección y validez de los datos y difusión de la información. (70)

3. Etiología

Desde el punto de vista microbiológico, se trata de un virus envuelto, que tiene glucoproteínas de superficie y una nucleocapside icosaédrica que contiene un genoma constituido por dos moléculas de RNA, lo que lleva a que algunos lo denominen “pseudodiploide”.

La principal característica de este virus es que para replicarse tiene que transformar su RNA genómico en DNA, reacción química que solo puede realizarse mediante la acción de una transcriptasa inversa viral, por ese motivo al HIV se le clasifica como un retrovirus. Existen dos tipos de HIV: el HIV-1 que es el que provoca la pandemia y el HIV-2 que está limitado a infecciones en África Occidental. (21, 57)

Lo más importante a tener en cuenta con respecto al genoma viral, desde el punto de vista práctico, es su variabilidad, el ciclo replicativo del virus es complejo, las células blanco son, esencialmente, los linfocitos T CD4+, pero también los macrófagos, las células dendríticas, las células neurales y otras.

La patogenia de la infección, si bien continúa siendo intensamente estudiada, no es comprendida del todo, aunque se sabe que las vías de transmisión son la genital, la parenteral (por drogadicción intravenosa o por transfusiones no controladas) y la materno-infantil.

Cuando se desea conocer si un paciente está infectado con el virus del VIH, inicialmente se practica una técnica de ELISA con el suero sanguíneo del paciente, dando dos resultados: reactiva o no reactiva. Cuando es reactiva, se necesita confirmar esta prueba por Western blot. (57)

El objetivo final del VIH, es la destrucción del sistema inmune, el cual ocurre en un promedio de siete a diez años después de la infección primaria en la mayoría de la población infectada, tiempo en el que se manifiestan las infecciones oportunistas, que, como se han mencionado anteriormente se presentan principalmente en mucosa bucal. Estas lesiones o infecciones son características clínicas importantes de la infección, no solo en los pacientes que se encuentra en la etapa tardía o avanzada, sino también en la fase intermedia y, con menor frecuencia, en la fase temprana de la enfermedad. (22)

4. Clasificación Clínica para pacientes pediátricos VIH

El actual sistema de clasificación para la infección por VIH en niños fue desarrollado en 2005 y tiene como fundamento el sistema puesto en vigor desde 1987.

Estadio 1:

Asintomático o con linfadenopatía generalizada persistente.

Estadio 2:

- Hepatosplenomegalia
- Erupciones papulares pruriginosas
- Dermatitis seborreica
- Extensa infección por el virus del papiloma humano
- Infecciones por hongos en las uñas
- Ulceras orales recurrentes
- Eritema gingival lineal
- Queilitis angular
- Aumento de volumen de la parótida
- Herpes zóster o infecciones respiratorias altas recurrentes o crónicas incluyendo otitis media, otorrea y sinusitis.

Estadio 3:

- Desnutrición moderada inexplicable que no respondiera adecuadamente al tratamiento estándar
- Diarrea persistente inexplicable de 14 días o más
- Fiebre persistente inexplicable, bien sea intermitente o constante, durante más de un mes
- Candidiasis oral fuera del período neonatal
- Leucoplasia vellosa oral
- Gingivitis o periodontitis ulcerosa necrosante aguda
- Tuberculosis pulmonar
- Presunción de neumonía bacteriana recurrente severa

Trastornos en las que las pruebas de diagnóstico de confirmación son necesarias:

- Enfermedad pulmonar crónica asociadas al VIH incluyendo bronquiectasia
- Neumonitis intersticial linfocítica
- Anemia inexplicable

Estadio 4:

- Deterioro grave por malnutrición inexplicable grave o que no responde adecuadamente al tratamiento estándar
- Neumonía por *Pneumocystis*
- Infecciones bacterianas graves y recurrentes, infecciones óseas o articulares, meningitis, neumonía, etc.
- Infección crónica por herpes simple: orolabial, cutánea o de más de un mes de duración
- Tuberculosis extrapulmonar
- Sarcoma de Kaposi
- Candidiasis esofágica
- Toxoplasmosis del sistema nervioso central
- Encefalopatía del VIH
- Cualquier micosis endémica diseminada
- Difusión de infecciones por micobacterias no tuberculosas

- Cándida de tráquea, bronquios o pulmones
- Infección por herpes simple visceral
- Fístula ano-rectal adquirida asociada al VIH
- Linfoma no-Hodgkin cerebrales o de células B
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Miocardiopatía o nefropatía asociada al VIH.

5. Signos y Síntomas de la infección por VIH

Los signos y síntomas son numerosos y pueden afectar múltiples órganos y sistemas. Las manifestaciones clínicas en piel y mucosa han sido ampliamente reconocidas desde los inicios de los años ochenta. La mayoría de alteraciones que se observan en mucosa de la cavidad bucal, como candidosis bucal y leucoplasia vellosa en su mayor parte son resultado del daño inmunológico, y a menudo suelen ser la primera manifestación de la enfermedad y un marcador de progreso de la misma, estas aunque no son consideradas como criterios de definición de casos de SIDA según la CDC, ambas son criterios de clasificación para pacientes infectados por VIH y se asocian con frecuencia a bajos niveles circulantes de células T CD4. (14, 33, 45, 51)

Las manifestaciones clínicas en estos pacientes pueden presentarse en cualquier órgano y/o sistema, teniendo como consecuencia una presentación clínica variada. En general, pacientes infectados por el virus VIH pueden presentar manifestaciones gastrointestinales, pulmonares, neurológicas, dermatológicas, oculares, hematológicas, reumatológicas, renales, cardiovasculares, endocrinas y manifestaciones bucales. (49)

Como se ha mencionado anteriormente, el daño al sistema inmune por parte del virus puede resultar en el desarrollo de infecciones oportunistas como pneumocystis carini o candidosis, también pueden presentarse alguna reactivación de una infección latente tal como toxoplasma o herpes simple. La prevalencia de las diferentes manifestaciones clínicas varía de acuerdo al grupo en riesgo, personas del África y del Caribe tienen a presentar más toxoplasmosis y tuberculosis en relación con pneumocystis carini, infección que se presenta más en Estados Unidos y Europa.

Infecciones oportunistas y/o neoplasias se presentan con mayor frecuencia en mucosa bucal, tanto en niños como adultos, las cuales se pueden observar incluso en etapas iniciales de la infección. (2, 3, 7, 15, 23, 24, 31, 46, 52, 58)

5.1 Lesiones bucales de diagnóstico clínico

Desde los primeros comunicados sobre la infección por VIH, a principios de 1981, diversos estudios epidemiológicos han comunicado la prevalencia de distintas lesiones bucales tanto oportunistas como patognomónicas en pacientes VIH positivos y con SIDA. En un estudio en personas del sexo masculino infectados por el virus VIH demostró una prevalencia de 30% aproximadamente, en el cual las lesiones más comunes fueron candidosis bucal (20%) y Leucoplasia Velloso (10%). En mujeres infectadas por el virus VIH se han reportado prevalencias similares. La presencia de lesiones bucales puede determinar la categoría del paciente de acuerdo a la clasificación usada tanto en pacientes VIH positivos y como en pacientes con SIDA, siendo una característica importante en las etapas de infección por VIH respecto a la progresión de la enfermedad como a la respuesta de una terapia con medicamentos antiretrovirales. (18, 27, 49, 53, 55)

Se han descrito más de 40 alteraciones diferentes en cavidad bucal. Estas lesiones se agrupan en cuatro grupos, según el grado de asociación con la infección por VIH. El grupo 1 consiste en lesiones marcadamente asociadas, el grupo 2 incluye lesiones asociadas en forma moderada, en el grupo 3 se encuentran lesiones que probablemente pueden estar asociadas y en el grupo 4 lesiones no asociadas al VIH.

5.2 Clasificación de lesiones bucales de Diagnóstico Clínico asociadas y no asociadas a la infección por VIH

Grupo 1. Lesiones marcadamente asociadas a infección por VIH	Grupo 2. Lesiones asociadas en forma moderada a infección por VIH	Grupo 3. Lesiones probablemente asociadas a infección por VIH	Grupo 4. Lesiones no asociadas a infección por VIH.
Candidosis	Infecciones bacterianas	Infecciones bacterianas	Gránulos de Fordyce
- Eritematosa	Mycobacterium Avium-intracelulare	Actinomyces Israelli	Abscesos Periapicales
- Pseudomembranasas	Mycobacterium Tuberculosis	Escherichia Coli	Lesiones Reactivas
Leucoplasia Velloso	Hiperpigmentacion Melanica	Enfermedad por arañazo de gato	Lesiones de origen vascular
Sarcoma de Kaposi	Estomatitis Ulceronecrotizante	Reacciones a Fármacos	Hiperplasia Epitelial Focal
Linfoma no Hodkin	Enfermedad de glandula salival	Angiomatosis basilar epitelial	Gingivitis de Celulas Plasmaticas
Eritema gingival lineal	Purpura Trombocitopenica	Infecciones por hongos	Mucocele
Gingivitis ulceronecrosante	Ulceración inespecífica	Alteraciones neurológicas	Ránula
Periodontitis ulceronecrotizante	Infecciones virales	Estomatitis Aftosa Recurrente	Adenoma Pleomorfo
	Herpes simple	Infecciones virales	Leucoedema
	Varicela Zoster	Citomegalovirus	Manchas Melánicas
	Papiloma Humano	Molusco contagiosos	Lengua Geográfica

La presencia de Candidosis Bucal y Leucoplasia Velloso han sido utilizadas como criterios para el tratamiento de infección por VIH y SIDA por su presentación en etapas avanzadas de la enfermedad. (36, 38, 50, 65)

5.3 Principales lesiones en cavidad bucal que se presenta en pacientes VIH positivos adultos como en pacientes pediátricos VIH positivos.

5.3.1 Candidosis Bucal:

Es una infección oportunista la cual ha sido comunicada desde el conocimiento de los primeros casos de SIDA, afectando generalmente área de orofaringe, ha sido incluida dentro de las primeras infecciones oportunistas en pacientes con SIDA, y es considerada característica de la infección por VIH, encontrándose casi siempre en etapas tardías de la enfermedad. La especie de *Candida* que se asocia con mayor frecuencia a candidosis bucal es *C. Albicans*, aunque también se ha aislado otras especies como *C. glabrata*, *C. tropicales*, *C. krusei* y *C. parapsilosis*. (20, 48, 56)

Existen tres formas de manifestación clínica de candidosis bucal en pacientes VIH infectados que son: pseudomembranosa, eritematosa y queilitis angular. Candidosis pseudomembranosa es caracterizada por la presencia de placas blanquecinas en mucosa bucal principalmente en paladar y dorso de lengua, las cuales son removibles al raspado dejando una superficie roja. El tipo eritematosa se presenta como placas rojas principalmente en paladar y superficie dorsal de lengua en la que se observan clínicamente zonas depapiladas. El tercer tipo, queilitis angular se presenta generalmente en forma de fisuras o úlceras en las comisuras labiales pudiéndose presentar sola o en conjunto con otras alteraciones. Se ha comunicado que tanto Candidosis pseudomembranosa como eritematosa son predictoras de un subsiguiente desarrollo de SIDA en pacientes VIH infectados. La presencia de estas alteraciones obliga a sospechar la presencia de candidosis esofágica. De cualquier manera el clínico debe estar consciente de que este tipo de infecciones pueden estar asociadas a otras condiciones tales como: xerostomía, diabetes, uso de antibióticos y un amplio rango de alteraciones inmunosupresoras incluyendo las inducidas por esteroides y otras drogas. (65)

Aunque *Candida Albicans* es el hongo más común que se presenta en cavidad bucal en pacientes VIH positivos también se han reportado casos de *cryptococcosis*, *histoplasmosis*, etc. (13, 16, 32)

El diagnóstico se confirma por la realización de un frote citológico en el cual se detectan hifas y blastoporos de candidosis utilizando diferentes tinciones tales como: hidróxido de potasio (KOH), ácido periódico e Schiff (PAS) o tinción de Gram.

El tratamiento de candidosis bucal requiere del uso de antimicóticos tópicos, sistémicos o ambos dependiendo de cada caso. (13, 16, 32, 65)

Antimicóticos tópicos se prescriben cuando las lesiones se limitan a cavidad bucal, dentro de ellos tenemos óvulos vaginales de nistatina de (100,000 unidades), clotrimazol y miconazol, como también nistatina en crema o suspensión cuyas dosis y tiempo de tratamiento varían de acuerdo a cada paciente. Los óvulos vaginales son eficaces, ya que al disolverse lentamente en boca permiten un mayor contacto del medicamento con la mucosa bucal y faríngea al deglutirse. Antimicóticos sistémicos están indicados en casos en que se afectan otras partes del organismo además de la mucosa bucal. Dentro de los más utilizados y que han demostrado su eficacia en un periodo de una a dos semanas son: Ketoconazol (400mg/día), itraconazol (200mg/día) y fluconazol (50mg/día). Aun después de un tratamiento sistémico eficaz la recurrencia es frecuente en la mayoría de los pacientes. (16, 30, 61, 65)

5.3.2 Leucoplasia Velloso:

En 1984, Greenspan y colaboradores identificaron una lesión blanca en pacientes infectados por el virus VIH, la cual fue llamada Leucoplasia vellosa. Dicha lesión afecta principalmente bordes laterales de lengua, principalmente de forma bilateral y ocasionalmente otras partes de la mucosa bucal, estas lesiones no se desprenden al raspado y tienen aspecto corrugado con pliegues finos. En un principio fue considerada una lesión patognomónica de la infección, actualmente esta lesión se ha observado en menor proporción en pacientes no infectados, en inmunocomprometidos e inmunocompetentes. Diversos reportes han referido que es característica de pacientes VIH positivos ya que ha sido encontrada en los mismos en un 80%. (8, 30, 37, 41, 58)

Se ha sugerido que Leucoplasia vellosa representa una infección epitelial oportunista asociada al virus de Epstein-Barr (VEB) en su forma replicativa. Su diagnóstico definitivo se establece al demostrar el VEB en el tejido de las lesiones con las características clínicas descritas anteriormente.

El diagnóstico diferencial de Leucoplasia Velloso es importante porque las características clínicas y microscópicas de la lesión pueden ser similares a otros tipos de lesiones bucales, como liquen plano, nevo blanco esponjoso, leucoplasia idiopática o relacionada con el tabaco, queratosis friccional y principalmente candidosis crónica hiperplásica. (32, 48, 66)

La leucoplasia vellosa es asintomática y no requiere tratamiento aunque se han descrito casos aislados de enfermos con este padecimiento que mejoran con Aciclovir o Zidovudina, no hay ensayos clínicos que confirmen estas observaciones. (13)

5.3.3 Neoplasias:

Dentro de las principales neoplasias malignas que se pueden presentar en este tipo de pacientes están: Sarcoma de Kaposi y Linfoma No-Hodgkin.

5.3.3.1 Sarcoma de Kaposi:

Las primeras lesiones de sarcoma de Kaposi comunicados en cavidad bucal han sido observadas en hombres, aunque existe un pequeño número de casos presentes en mujeres. El sarcoma de Kaposi se presenta con mayor frecuencia en pacientes con células T CD4 menores de 100/ml. Estas lesiones pueden ser rojas, azules o purpuras, planas o elevadas, solitarias o múltiples y el paladar duro es el sitio más común de presentación aunque puede observar en cualquier área de la cavidad bucal. La presentación clínica es agresiva, con evolución rápida y progresiva; su distribución es multifocal y diseminada. La cavidad bucal se afecta en 44% a 89% de los casos y puede ser la primera manifestación de SIDA, aunque su incidencia ha disminuido de manera progresiva en los últimos años. (4, 33, 43)

El diagnóstico definitivo de sarcoma de Kaposi requiere estudio histopatológico. En el diagnóstico diferencial deben considerarse las lesiones de tipo vascular, traumáticas y reactivas.

El tratamiento varía según su localización, tamaño, progreso y sintomatología. Se han utilizado escisión quirúrgica, radioterapia, tratamientos locales, quimioterapia e inmunoterapia sistémica. La relativa eficacia de estos tratamientos depende de la proliferación del tumor, del grado de inmunosupresión y de la presencia de infecciones oportunistas. (26)

5.3.3.2 Linfoma No-Hodgkin:

Es la segunda neoplasia más frecuente en pacientes con SIDA y se ha observado en todos los grupos de riesgo. La mayor parte de los linfomas que se asocian de infección por VIH son de estirpe de células B, tienen un comportamiento clínico diferente al que se observa en los individuos no infectados y se relacionan con niveles circulantes de células T CD4 menores de 100/ul. Estos linfomas se asocian a la presencia de virus Epstein-Barr hasta un 77% de los

casos. Esta alteración está teniendo una alta prevalencia en la última década en este tipo de pacientes se localiza principalmente en el paladar y en el reborde alveolar pero pueden observarse en cualquier parte de la cavidad bucal. Puede presentarse como una masa exofítica, pedunculada o como un aumento de volumen de consistencia firme, de color igual a la mucosa bucal adyacente o rojo púrpura. Estas lesiones pueden no presentar sintomatología local o, al evolucionar rápidamente pueden ulcerarse y causar destrucción ósea, movilidad dentaria y dolor. (29, 34)

Clínicamente estas lesiones pueden dar la impresión de una infección de origen dental, de algún tipo de úlcera bucal o incluso de un sarcoma de Kaposi cuando son de color violáceo, por lo que el diagnóstico de linfoma debe de establecerse mediante biopsia y estudio histopatológico. (29, 48)

La terapéutica óptima para los linfomas asociados al VIH todavía es motivo de controversia. La eficacia de los esquemas de quimioterapia depende sobre todo del nivel circulante de células CD4. Diferentes estudios informan de una respuesta al tratamiento de quimioterapia que varía entre 33% a 64%, con supervivencia media de 5 a 8 meses. En los pacientes con remisión total, la supervivencia media es de 15 meses.

5.3.4 Enfermedad Periodontal:

Asociada a VIH se puede presentar en formas inusuales y severas. Estas incluyen gingivitis, periodontitis localizada regularmente de forma severa y una forma destructiva en encía conocida como estomatitis necrotizante. (10, 35, 63)

La gingivitis generalmente llamada eritema gingival lineal, se manifiesta como una zona eritematosa a nivel del margen gingival de forma generalizada. (10, 12, 63)

5.3.5 Otras:

Otro tipo de lesiones que se pueden presentar en estos pacientes son: Herpes simple, Herpes Zoster, Úlceras Bucales, enfermedades de glándulas salivales, etc. La prevalencia de distintas lesiones en cavidad bucal también se ha comunicado que varían de acuerdo al estado inmunológico del paciente, a la edad del paciente, género, etc.

Respecto a la de lesiones bucales en pacientes VIH positivos, la mayoría de estudios reportan las mismas lesiones variando la prevalencia en que se presentan en cada región. Por ejemplo Candidosis que es la más relacionada con esta infección, en la cual reportan una prevalencia en Estados Unidos del 87% mientras que en el Reino Unido su prevalencia es solamente del 47% al igual que el Sarcoma de Kaposi que tiene una prevalencia del 80% en Estados Unidos y solamente un 12% en Zaire (tabla no. 1

Tabla no. 1

PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES EN PACIENTES CON SIDA EN CUATRO

**CONTINEN
TES
DISTINTOS**

Lesión	UK	USA	ZAIRE	THAILANDIA	INDIA
Candidosis	47%	87%	94%	66%	98%
Leucoplasia Velloso	27%	23%	11%	13%	10%
Sarcoma de Kaposi	15%	80%	12%	/	/
Enfermedad Periodontal	6%	19%	17%	N/I	41%
Linfoma No-Hodgkin	/	/	/	4%	/
Úlceras Aftosas	7%	3%	/	11%	5%

Oral diseases (1997)3 Suppl I, S36-S4

6. Terapia antirretroviral en pacientes niños:

Respecto de la terapia antirretroviral, la decisión de inicio de esta se basa en varios aspectos, como las manifestaciones clínicas, la edad del niño, el recuento de linfocitos T CD4 y la carga viral. La tendencia actual es utilizar al menos 3 drogas, en cuya selección se debe considerar la tolerancia oral a la droga, su forma de presentación, su interacción con otros medicamentos, sus efectos tóxicos, y muy importante, la disponibilidad de la droga en el tiempo. En la actualidad hay un gran número de drogas antirretrovirales disponibles, con diferentes mecanismos de acción, varias de ellas aceptadas para uso pediátrico. (60)

Los antivirales se clasifican según su mecanismo de acción sobre enzimas fundamentales en:

- Inhibidores de la reverso transcriptasa (IRT):

Los IRT alteran la función de la enzima llamada reverso transcriptasa, que es la que utiliza el VIH para cambiar su mensaje genético a una forma que pueda ser fácilmente insertada dentro del núcleo de la célula infectada. Estos medicamentos se dividen en nucleósidos y no nucleósidos.

- Inhibidores de proteasas (IP):

Los IP son una clase de fármacos con una potente actividad antiviral. La proteasa del VIH es requerida para el clivaje del polipéptido gagpol en sus partes funcionales y la inhibición de este clivaje trae como consecuencia una disminución en la producción de viriones maduros.

Entre los medicamentos de uso pediátrico más comunes están:

- Inhibidores de transcriptasa reversa análogos nucleósidos

- Zidovudina (ZDV, AZT) Retrovir®
- Didanosina (DDI) Videx®
- Lamivudina (3 TC) Epivir®
- Stavudina (d4T) Zerit®
- Abacavir (ABC) Ziagen®

- Inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos

- Nevirapine (NVP) Viramune®
- Efavirenz (EFV) Stocrin®

- Inhibidores de proteasa

- Ritonavir (RTV) Norvir®
- Nelfinavir (NFV) Viracept®

7. Pacientes VIH bajo medicación Antiretroviral

La introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad a mediados de la década de 1990 fue un hito importante con efectos terapéuticos y los cambios dramáticos en las perspectivas clínicas de la infección por VIH. (25) La tasa de las manifestaciones orales relacionadas con el VIH ha disminuido a raíz de la introducción de la terapia antiretroviral. (71) En diferentes estudios se ha reportado una disminución en la prevalencia de lesiones orales de los tejidos blandos de 34,4% a 8,2% seis meses después. Estudios anteriores no han reportado una tendencia específica en la asociación entre la terapia antiretroviral y la caries dental. En una cohorte de pacientes infectados por el VIH que reciben terapia antiretroviral en Estados Unidos, se informó de que la prevalencia de la caries dental tiende a ser menor en comparación con un grupo no recibe la terapia antiretroviral, mientras que otros informes sugieren una correlación positiva entre la terapia antiretroviral y la prevalencia de caries. (19) (40)

Por otra parte, en un estudio reciente de Brasil en los niños infectados por el VIH, se registraron manifestaciones orales como predictores clínicos de insuficiencia de terapia antiretroviral. En Uganda, la evaluación de las manifestaciones orales en adultos infectados por el VIH mostró tasas de prevalencia que van desde 42% hasta el 72%. El único estudio que incluyó a niños infectados por el VIH de Uganda, la mayoría de los cuales eran de varios medicamentos, incluyendo la terapia HAART, informó una prevalencia del 68,6% de la caries dental, 40% gingivitis y 8,6% candidiasis pseudomembranosa. (44, 64)

8. Programa de Prevención

La Organización Mundial de la Salud (OMS) forma parte de una iniciativa internacional encaminada a detener y revertir la propagación del VIH/SIDA. Dentro del sistema de las Naciones Unidas — y, más concretamente, del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) — la OMS desempeña un papel particular, a saber: fortalecer la respuesta del sector sanitario ante lo que sigue siendo una de las enfermedades infecciosas más mortíferas a escala mundial.

En 2005 los dirigentes mundiales se comprometieron a colaborar para lograr, en 2010, el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. Desde entonces millones de mujeres, hombres y niños que viven en los países más afectados por el VIH/SIDA han recibido terapia antirretrovírica y gracias a ella han logrado sobrevivir.

Con el fin de orientar mejor intervenciones que resultan indispensables, el Programa de la OMS sobre el VIH/SIDA se concentra en cinco orientaciones estratégicas:

- Dar la oportunidad a las personas de conocer su estado serológico
- Maximizar la contribución del sector de la salud a la prevención del VIH
- Acelerar la ampliación del tratamiento y la atención del VIH
- Reforzar y expandir los sistemas sanitarios
- Invertir en información estratégica para lograr que la respuesta al VIH esté mejor fundamentada.

El Programa de la OMS sobre el VIH/SIDA también coordina una red mundial de organismos que respaldan la adquisición y suministro de medicamentos y productos relacionados con el VIH, dotada de una base de datos mundial actualizada de información estratégica acerca de precios, situación reglamentaria y disponibilidad de medicamentos y medios diagnósticos esenciales. La Organización está confeccionando asimismo una lista de intervenciones prioritarias de atención sanitaria para orientar a los países a medida que vayan progresando en el logro del acceso universal.

VII. OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la prevalencia de lesiones orales en pacientes pediátricos VIH positivos de 6 a 10 años bajo mediación antiretroviral de Casa Hogar “Anna Vitiello”.

Objetivos Específicos

1. Identificar cuantos niños que reciben terapia antiretroviral presentan lesiones orales.
2. Identificar las lesiones de diagnóstico clínico en tejidos blandos.
3. Clasificar las lesiones encontradas según su asociación al VIH.
4. Describir la distribución por región de la cavidad oral y el tipo de lesión.
5. Recomendar el manejo odontológico para el tratamiento de las lesiones orales

VIII. VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable
Prevalencia de lesiones orales	Número de personas que presentan una o más lesiones bucales de una población en un momento dado.	Pacientes pediátricos VIH con tratamiento antirretroviral: - Si presenta lesiones orales - No presenta lesiones orales	Cuantitativa
Clasificación de las lesiones.	Diferentes manifestaciones bucales encontradas en la cavidad oral o en cualquier parte del cuerpo. - Candidiasis - Leucoplasia Velloso - Neoplasias - Sarcoma de Kaposi - Linfoma no-hodgking - Enfermedad periodontal - Herpes simple, Herpes zoster, Ulceras bucales	En base a los criterios clínicos establecidos en el curso de Patología, año 2015.	Cualitativa
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Edad que el paciente pediátrico VIH responde al preguntarle ¿Cuántos años tiene?	Cuantitativa
Localización de la lesión por región	Lugar o sitio donde se pueden manifestar las lesiones orales - Labios - Comisura - Musculatura de la cara - Paladar Duro - Paladar blando - Lengua - Carrillos - Encías - Frenillo lingual - Frenillo labial superior	En base a los criterios clínicos establecidos en el curso de Patología, año 2015.	Cualitativa

IX. METODOLOGÍA

Este trabajo tiene dos conceptos fundamentales, el primero se basa en la prevalencia de lesiones orales en pacientes pediátricos VIH positivos bajo medicación antirretroviral de casa Hogar Ana Vitiello y el segundo se basa en recomendar un programa de prevención de lesiones bucales e higiene oral.

I. PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES

- **Población:** 20 Niños de ambos sexos de 6 a 10 años VIH positivos con tratamiento antirretroviral que viven en casa hogar “Ana Vitiello” en Chimaltenango, Guatemala en el año 2015
- **Criterios de exclusión:**
 - o Pacientes entre 6 a 10 años que físicamente sean incapaces de participar en el estudio.
- **Procedimiento:**
 1. En esta investigación se tuvo en cuenta las cuestiones bioéticas normadas cuando se trabaja con sujetos humanos, especialmente grupos vulnerables. Por tanto se tomó como base los 4 principios bioéticos.
 - Respeto a los niños
 - Autonomía
 - Confidencialidad
 - Beneficencia, no maleficencia
 2. Se pidió autorización a la Directora / Encargada de la casa Hogar “Ana Vitiello” para realizar dicho estudio.
 3. Se presentó el consentimiento informado ya que como se trabajará con sujetos de investigación es de suma importancia, ya que no serán mayores de edad y se encuentran bajo la tutela de la Casa Hogar "Anna Vitiello". Por lo tanto, la responsable debió estar de acuerdo con los valores, intereses y preferencias del estudio y del conocimiento sobre los beneficios, riesgos, propósitos y alternativas de la investigación

del mismo, para lo cual firmó una hoja proporcionada por los investigadores señalando lo anterior expuesto. (Ver Anexo 1)

4. Se pidió el asentimiento del niño para realizar dicho estudio, y los niños que no deseaban participar, se le respetó su decisión. (Ver Anexo 2)
5. Se realizó un examen clínico intraoral de cada paciente para evaluar la prevalencia de lesiones orales siguiendo el protocolo de evaluación de pacientes impartido en la facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala (Ver anexo 5)
6. Se hizo una calibración entre los investigadores y el asesor para lograr identificar las diferentes lesiones orales y así tener un mismo criterio entre los investigadores.
7. En la ficha clínica de cada sujeto de investigación se anotó lesiones orales que presentaba el paciente según su localización y se describieron aquellas que no eran de diagnóstico inmediato.(Ver anexo 3)
8. Se hizo una propuesta sobre higiene oral para mejorar la educación buco-dental y así evitar padecimientos de enfermedad periodontal.

Metodología

Se realizó un análisis estadístico sobre la prevalencia de las lesiones bucales y se tabularon los datos de los resultados en base a porcentajes de cuantas lesiones se presentaron, el tipo y la localización.

RECURSOS (TIEMPO, COSTOS, ASESORÍA)

1. **Recursos Humanos:** Dos investigadores estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala: Camilo Alejandro España Ruano y Andrea Celeste Rivas Juárez
2. **Tiempo:** Para el trabajo de campo se tomó 1 día.

3. Costos:

• Baja lenguas	Q20.00
• Guantes	Q40.00
• Mascarillas	Q20.00
• Gorros	Q4.00
• Fichas Clínicas	Q20.00
• Consentimientos informados	Q20.00
• Transporte	Q100.00

4. Asesoría

Se contó con la presencia del asesor en cuanto a procedimiento y manejo de pacientes, así como para resolver dudas acerca de las lesiones observadas.

II. PROYECTO DE PREVENCIÓN

- **Población:** Este proyecto estará dirigido principalmente a las encargadas de la casa Hogar Anna Vitiello y a los niños que viven en este lugar.
- **Procedimiento:** El proyecto estará dividido en 2 partes, la primera se enfoca en el cuidado de la higiene bucal y la segunda está enfocada en realizar una autoexamen de la cavidad bucal.

1. Para el cuidado de la higiene bucal se utilizará material didáctico a través de una explicación e imágenes ilustrativas sobre la técnica correcta de cepillado e hilo dental. Además se utilizará un video educativo de Colgate dirigido principalmente a los niños de la casa hogar.
2. Para realizar el autoexamen se dará material didáctico con imágenes y los pasos que se deben seguir, así como una ficha clínica en la que se podrán hacer anotaciones de lo encontrado. Se recomendará que se haga el autoexamen por lo menos cada 6 meses.

- **Recursos:**

1. Proyecto de higiene oral Q.10.00
2. Proyecto de autoexamen oral Q.10.00
3. Disco con video sobre higiene oral Q. 8.00

X. RESULTADOS

La población de esta investigación fue de 20 niños con VIH positivo entre 6 a 10 años que reciben tratamiento antirretroviral en la Casa Hogar “Anna Vitiello”.

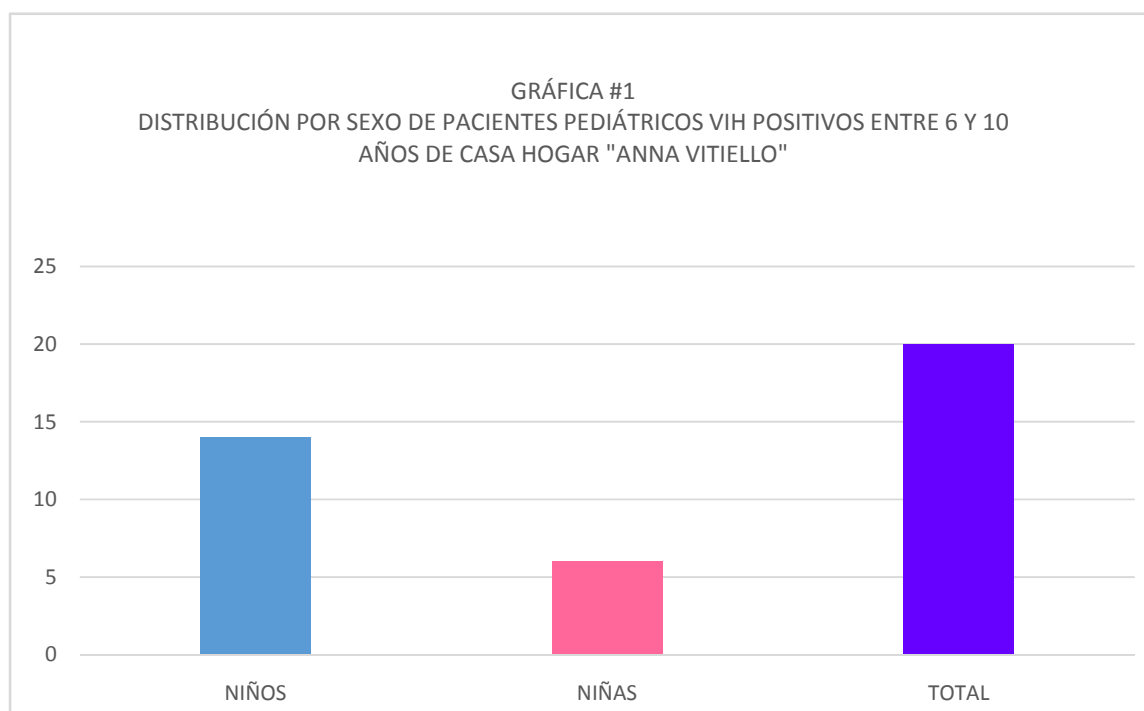
La distribución de la población por sexo fue de 14 niños que representa el 70% y 6 niñas que representan el 30% para ser un total del 100% de la muestra. (Cuadro #1) (Gráfica #1).

CUADRO #1

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS VIH POSITIVOS ENTRE 6 Y 10

SEXO	NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS	PORCENTAJE	AÑOS DE CASA HOGAR "ANNA VITIELLO 2015"
NIÑOS	14	70%	
NIÑAS	6	30%	
TOTAL	20	100%	

Fuente: Hoja de Recolección de datos



Fuente: Cuadro No. 1

De los niños examinados se encontró que 6 independientemente del sexo presentaron una o más lesiones de diagnóstico clínico al momento de su examen intraoral, representando un 30% de los niños evaluados. (Cuadro #2) (Gráfica #2)

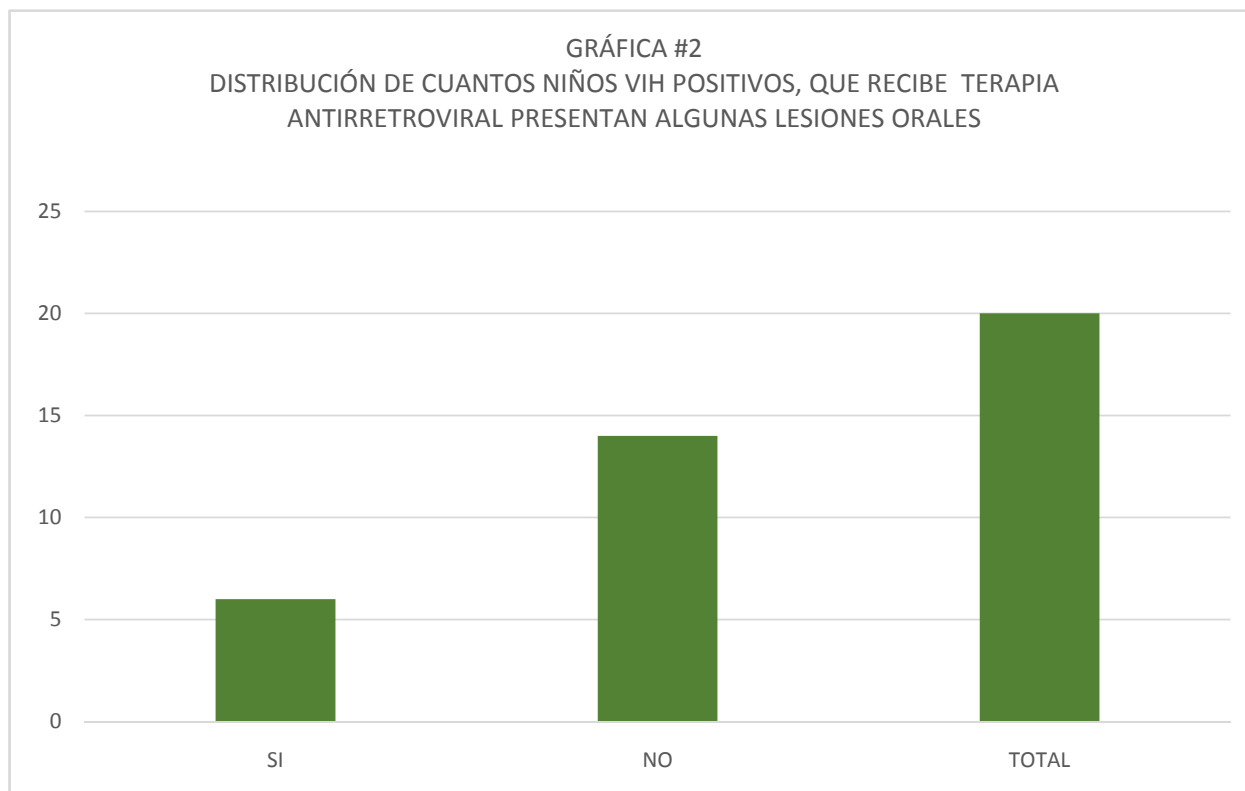
CUADRO #2

DISTRIBUCIÓN DE CUANTOS NIÑOS VIH POSITIVOS, QUE RECIBE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PRESENTAN ALGUNAS LESIONES ORALES DE CASA HOGAR

**“ANN
A
VITIE
LLO,
2015”**

PREVALENCIA DE LAS LESIONES BUCALES	DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS QUE PRESENTAN O NO LESIONES BUCALES	PORCENTAJE
SI	6	30%
NO	14	70%
TOTAL	20	100%

Fuente: Hoja de recolección de Datos



Fuente: Cuadro No. 2

En base a los 6 niños examinados y que presentaron una o más lesiones orales, se encontraron en total 7 lesiones orales, de las cuales 5 presentaron una sola lesión y 1 presentó 2 lesiones. (Cuadro 3)

CUADRO #3

DISTRIBUCIÓN DE CUANTAS LESIONES HAY EN PACIENTES VIH POSITIVOS, QUE RECIBE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN CASA HOGAR “ANNA VITIELLO, 2015”

DISTRIBUCIÓN DE LESIONES EN NIÑOS	CANTIDAD DE NIÑOS QUE PRESENTAN LESIONES	TOTAL DE LAS LESIONES
Una Lesión	Cinco Niños	5
Dos lesiones	Un Niño	2
TOTAL	6	7

Fuente: Hoja de Recolección de Datos

En base a las lesiones asociadas al VIH se encontró: Ninguna lesión marcadamente asociada; De las moderadamente asociadas se encontró 2 lesiones de “Papiloma Humano” representando el 28.55%; y de las Probablemente asociadas se reportó 1 lesión de “Aftas orales Recurrentes” (14.28%).

De las Lesiones No asociadas al VIH se reportaron 4 casos: 1 de “Gingivitis de Células Plasmáticas” (14.28%), 1 lesión de “Origen Vascular” (14.28%), 1 “Absceso periapical” (14.28%) y 1 “Macula melanótica oral” (14.28%), para un total del 57.12%, estos porcentajes se basan en un total de 7 lesiones encontradas. (Cuadro #4) (Gráfica #4)

En base a la prevalencia individualizada de las lesiones sobre la población examinada se encontró que cada lesión representa un 5% del total de niños evaluados. (Cuadro #5)

CUADRO # 4

PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES EN CUANTO AL NÚMERO DE CASOS ENCONTRADOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS VIH POSITIVOS DE CASA HOGAR “ANNA VITIELLO, 2015”

LESIONES BUCALES	NÚMERO DE CASOS ENCONTRADOS	PORCENTAJE
LESIONES MODERADAMENTE ASOCIADAS		
Papiloma Humano	2	28.55%
LESIONES PROBABLEMENTE ASOCIADAS		
Aftas Orales Recurrentes	1	14.28%
LESIONES NO ASOCIADAS		
Gingivitis de Células Plasmáticas	1	14.28%
Lesión de Origen Vascular	1	14.28%
Abscesos	1	14.28%
Mácula Melanótica Oral	1	14.28%
TOTAL	7	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos

CUADRO #5

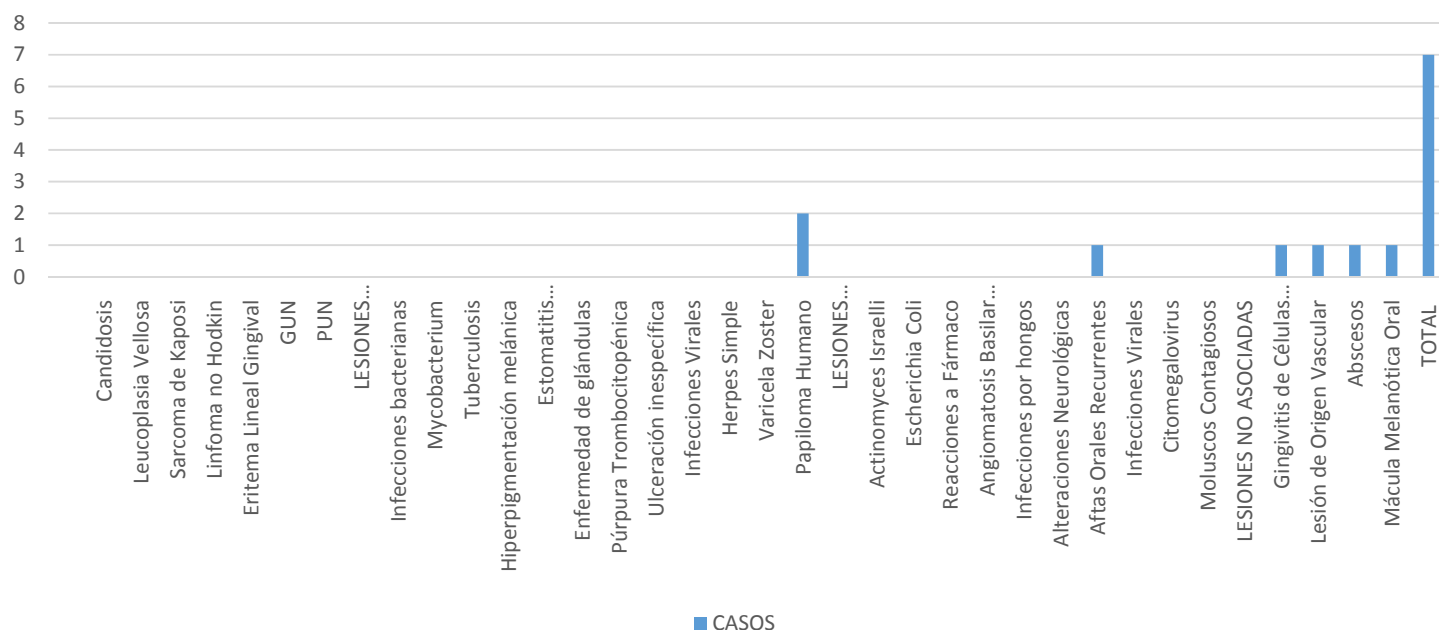
PREVALENCIA INDIVIDUALIZADA DE LAS LESIONES BUCALES EN CUANTO AL NÚMERO DE CASOS ENCONTRADOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS VIH POSITIVO

LESIONES DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO	NÚMERO DE ENCONTRADOS	CASOS	PORCENTAJE INDIVIDUALIZADO
LESIONES MODERADAMENTE ASOCIADAS			
Papiloma Humano	1		5%
LESIONES PROBABLEMENTE ASOCIADAS			
Aftas Orales Recurrentes	1		5%
LESIONES NO ASOCIADAS			
Gingivitis de Células Plasmáticas	1		5%
Lesión de Origen Vascular	1		5%
Abscesos	1		5%
Mácula Melanótica Oral	1		5%
TOTAL	7		30%

CASA HOGAR “ANNA VITIELLO, 2015”

Fuente: Hoja de recolección de datos

GRÁFICA #4
PREVALENCIA DE LESIONES ORALES EN CUANTO AL NÚMERO DE CASOS ENCONTRADOS.



Fuente: Cuadro No. 4

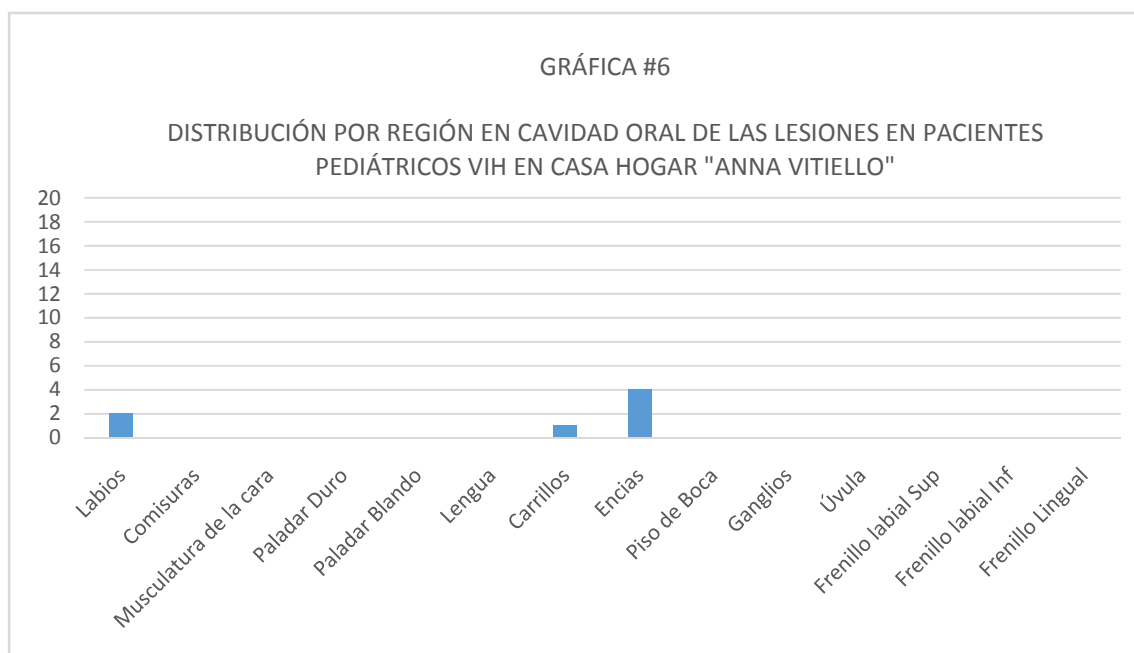
Según la localización de las 7 lesiones reportadas, se encontró que 2 lesiones se ubicaron en la región labial (28.55%), 1 Lesión en la región de Carrillos (14.29%) y 4 Lesiones fueron encontradas en encía (57.16%). (Cuadro #6) (Gráfica #6)

CUADRO #6

DISTRIBUCIÓN POR REGIÓN EN CAVIDAD ORAL DE LAS LESIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS VIH EN CASA HOGAR "ANNA VITIELLO, 2015"

DISTRIBUCIÓN POR REGIÓN DE LA CAVIDAD BUCAL EN PACIENTES NIÑOS	NÚMERO DE LESIONES POR REGIÓN DE LA CAVIDAD ORAL	PORCENTAJE
Labios	2	28.55%
Carrillos	1	14.29%
Encías	4	57.16%
TOTAL	7	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos.



Fuente: Cuadro No. 6

XI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Respecto a la prevalencia de lesiones orales en pacientes pediátricos VIH positivos se encontró que de los 20 niños evaluados únicamente 6 de ellos presentaban una o más lesiones orales, esto coincide con publicaciones científicas donde la prevalencia de lesiones orales en pacientes pediátricos VIH positivos bajo medicación antiretroviral es baja. (6)

Tras evaluar a los 6 pacientes pediátricos VIH positivos se encontraron 7 lesiones, de las cuales una persona de sexo femenino presento 2 lesiones, los demás presentaron una sola lesión.

En base a la prevalencia de cada lesión encontrada se obtuvo que representa un 5% del total de la población examinada, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) esto representa una prevalencia baja.

Con respecto a las 7 lesiones encontradas, basándonos en su apariencia clínica, se obtuvo diagnósticos diferenciales de cada lesión de las cuales se encontró:

Dos lesiones de Papiloma Humano específicamente Hiperplasia Epitelial Focal asociada al VPH 13-32, según estudios esta enfermedad suele estar asociada a la población pediátrica y asociada más a factores ambientales, genéticos y nutricionales, la incidencia en cuanto al sexo se encuentra relacionada con mayor predominio al sexo femenino al igual que en este estudio ya que la paciente que presentó esta enfermedad es del sexo femenino. (9)

Una lesión de afta oral recurrente, se reportan casos que las aftas están relacionadas a factores como trauma, estrés, fármacos y en algunos casos se reporta por inmunosupresión, sin embargos varios estudios explican que las aftas orales recurrentes asociadas a VIH tienden a ser en brotes de cinco o menos en la mucosa oral no queratinizada. La lesión encontrada no presenta las características de un afta oral recurrente asociada a VIH. (69)

La Lesión de Células Plasmáticas encontrada en este estudio no se encuentra relacionada a las lesiones asociadas a VIH ya que como lo reporta la literatura esta lesión histológicamente hablando no se asocia con enfermedad sistémica o algún proceso maligno. (62)

Se encontró una lesión de origen vascular, un absceso y una macula melanótica oral como bien se sabe estas lesiones pueden presentarse en pacientes que no padecen VIH ya que están asociadas a algún trauma, mala higiene o por el aumento de la producción de melanina respectivamente. (67)

Si bien algunas de las lesiones encontradas pueden presentarse en pacientes pediátricos VIH positivos, ninguna de ellas cumple con las características clínicas reportadas según artículos científicos y literatura con respecto a este tema ya que estas lesiones pueden ser encontradas en pacientes que no presenten dicha enfermedad

La distribución por región de lesiones asociadas a VIH según lo reporta la literatura tienden a estar ubicada en paladar duro y blando, bordes laterales de la lengua y base de la lengua, las lesiones encontradas en este estudio se distribuyó en encía, carrillo y labios, por lo tanto la distribución por región de la cavidad oral de este estudio no coincide con lo reportado en la literatura. (7)

Según lo observado durante la investigación y en base a los resultados obtenidos, se tomó la iniciativa de realizar un programa sobre la prevención y el fortalecimiento del cuidado de la salud bucal de los niños que viven en esta casa hogar.

Mediante una técnica de cepillado adecuada, el uso de hilo dental y un video demostrativo se explica la importancia de un buen cepillado, así también como unos sencillos pasos para localizar lesiones mediante un autoexamen bucal y luego anotarlos en la ficha clínica correspondiente. (Ver anexo 6)

XII. CONCLUSIONES

Del siguiente estudio se pudo concluir que:

1. La prevalencia de lesiones orales en pacientes pediátricos VIH positivos que están en la casa Hogar Anna Vitiello es del 30%.
2. Individualmente cada lesión representa un 5% de la población total estudiada.
3. Ninguna de las lesiones marcadamente asociadas a la infección del VIH fue encontrada en los pacientes pediátricos VIH positivos de la Casa Hogar Anna Vitiello.
4. Se reportó una lesión moderadamente asociada y una lesión probablemente asociada al VIH, que fueron Hiperplasia Epitelial focal y Afta oral recurrente respectivamente.
5. En cuanto a las lesiones No asociadas al VIH, cuatro lesiones fueron encontradas en el presente estudio, específicamente una lesión de origen vascular, mácula melanótica oral, absceso y gingivitis de células plasmáticas.
6. Las lesiones en este estudio se localizaron en: encía libre y adherida, mucosa labial inferior y mucosa de carrillos.
7. El proyecto de prevención fomenta la educación bucal y el autoexamen clínico para mantener o disminuir la aparición de lesiones.

XIII. RECOMENDACIONES

1. Que los niños de esta institución continúen con la ingesta de medicamentos antiretrovirales, ya que produce una disminución en cuanto a la aparición de lesiones bucales asociadas al VIH.
2. Que se realicen estudios en el que se compare la prevalencia de lesiones bucales en pacientes pediátricos VIH positivos sin medicación antiretroviral con aquellos que si reciben terapia, y que la muestra sea mayor para que sea representativo.
3. Que el odontólogo practicante que se encuentra en la casa hogar Ana Vitiello controle o elimine las lesiones que puedan aparecer en la cavidad bucal de los niños.
4. Que el proyecto de prevención se lleve a cabo y se realice periódicamente para que tanto las madres encargadas como los niños del hogar, estén más atentos en cuanto a la aparición de lesiones y el cuidado adecuado de la higiene dental.

XIV. LIMITACIONES

1. La población total de la casa Hogar Anna Vitiello es muy pequeña para poder obtener datos más significativos.
2. Antes de realizar el estudio, no se contaba con la presencia de un programa de E.P.S de la facultad de odontología por parte de la Universidad San Carlos de Guatemala, por lo que limitó un objetivo del estudio el cual es el manejo odontológico para el tratamiento de las lesiones orales.

XV. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar, R. A. y Portela, M.B. (2012). **The oral health of HIV-infected Brazilian children.** (en línea). Brasil: Consultado el 18 de enero de 2014. Disponible en: http://www.hivdent.org/Pediatrics/2012/Ped_TOHH112012.htm
2. Anil, S. et al. (2000). **Tuberculous ulcer of the tongue as presenting feature of pulmonary tuberculosis and HIV infection.** Gen Dent. 48(4): 458-461.
3. Arendorf, T. M. et al. (1997). **Intergroup comparisons of oral lesions in HIV-positive South Africans.** Oral Dis. 3(1): 54-57.
4. _____ et al. (1998). **Oral manifestations of HIV infection in 600 South African patients.** J. Oral Pathol Med. 27(4): 176-179.
5. _____ y Holmes, H. (2000). **Oral manifestations associated with human immunodeficiency virus (HIV) infection in developing countries, are there differences from developed countries?** Oral dis. 6 (3): 133-135.
6. Baghirath, P. V. et al. (2013). **Oral manifestations of HIV in children receiving anti-retroviral therapy in Hyderabad, India.** (en línea). India: Consultado el 19 de enero de 2014. Disponible en. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23760809>
7. Barasch, A. et al. (2000). **Oral soft tissue manifestations in HIV-positive vs. HIV-negative children from an inner city population: a two-year observational study.** Pediatric Dent. 22(3): 215-220.
8. Barr, C. E. et al. (1996). **Oral HIV-I recovery in the presence of periodontal disease.** Oral Dis. 2(3): 198-201.

Vo. 130.

Maiceli M. Molina

27-10-2016.



9. Bascones, A. (2011). **Hallazgos clínicos e histopatológicos de la hiperplasia epitelial focal: Una serie de 47 casos.** (en línea). España: consultado el 5 de octubre de 2015. Disponible en: http://eprints.ucm.es/19957/1/Susy_Cok_Meza-Hiperplasia_Epitelial_Focal.pdf
10. Brady, L. J. (1996). **Oral diseases, mycology and periodontal microbiology of HIV-1-infected women.** Oral Microbiol Immunol. 11(6): 371-380.
11. Bravo, M. I. et al. (2006). **Prevalence of oral lesions in HIV patients related to CD4 cell count and viral load in a Venezuelan population.** (en línea). Venezuela: Consultado el 8 de enero de 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/medicorpa/v11n1/en_08.pdf
12. Casiglia, J. W. and Woo, S. (2000). **Oral manifestations of HIV infection.** Clin Dermatol. 18(5): 541-551
13. Cascio, A. et al. (2000). **Oral leishmaniasis in an HIV-infected patient.** Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 19(8): 651-653.
14. Chandra, R. (2013). **Prevalence of oral and systemic manifestations in pediatric HIV cohorts with and without drug therapy.** (en línea). Venezuela: Consultado el 3 de abril de 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24329176>
15. Chapple, I. L. and Hamburger J. (2000). **The significance of oral health in HIV disease.** Sex Transm Infect. 76(4): 236-243.
16. Chaudhry, Z. et al. (1999). **Oral mucosal leishmaniasis as a presenting feature of HIV infection and its management.** J Oral Pathol Med. 28(1): 43-46.
17. Chávez, P. (2000). **Infección por VIH en pediatría.** Chil pediater. 71(2): 120-140.

18. Del Toro, A. et al. (1996). **Oral findings in asymptomatic (P-1) and symptomatic (P-2) HIV infected children.** Pediatric Dent. 18(2): 114-116.

19. Expósito, A.; Vallejo, E. y Martos, E. (2004). **Manifestaciones orales de la infección por VIH en la infancia: artículo de revisión.** (en línea). Valencia: Consultado el 8 de enero de 2014. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1698-44472004000500006&script=sci_arttext

20. Ferguson, F. S.; Nachman, S. y Berentsen, B. (1997). **Implications and management of oral diseases in children and adolescents with HIV infection.** N. Y. State Dent J. 63(2): 46-50.

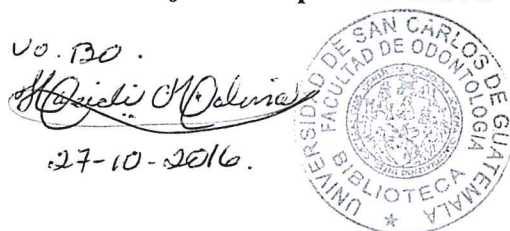
21. _____ et al. (1998). **Implications and Management of Oral Diseases in Children and Adolescents with HIV Infection.** (en línea). Suiza: Consultado el 16 de enero de 2014. Disponible en: http://www.hivdent.org/_pediatrics_/Pediatric_pediatric2.htm

22. Ferri, R. S. (1998). **Oral mucosal transudate testing for HIV-1 antibodies: a clinical update.** J. Assoc Nurses AIDS Care. 9(2): 68-72.

23. Flanagan, M. A. et al. (2000). **Prevalence of oral soft tissue lesions in HIV-infected minority children treated with highly active antiretroviral therapies.** (en línea). USA: Consultado el 19 de enero de 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10969432>

24. Galai, N. et al. (1997). **Effect of smoking on the clinical progression of HIV-1 infection.** J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol. 14(5): 451-458.

25. Greene, V. A. et al. (1997). **Supplement to HIV/AIDS Surveillance Project Group.** Dent Assoc. 128(10): 1417-1422.



26. Greenspan, D. et al. (2000). **Oral mucosal lesions and HIV viral load in the Women's Interagency HIV Study (WIHS).** J Acquir Immune Defic Syndr. 25(1): 44-50.

27. Howell, R. B. et al. (1996). **Oral soft tissue manifestations and CD4 lymphocyte counts in HIV-infected children.** Pediatr Dent. 18(2): 117-120.

28. Jose, R. et al. (2013). **Prevalence Of Oral And Systemic Manifestations In Pediatric HIV Cohorts With And Without Drug Therapy.** (en línea). Arabia Saudita: Consultado el 18 de enero de 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24329176>

29. Jordan, R. C. et al. (1997). **Oral lymphoma in HIV infection.** Oral Dis. 3(1): 135-137

30. Kademani, D. and Glick, M. (1998). **Oral ulcerations in individuals infected with human immunodeficiency virus: clinical presentations, diagnosis, management, and relevance to disease progression.** Quintessence Int. 29(8): 523-534.

31. Khongkuntian, P. et al. (2001). **Oral manifestations in 45 HIV-positive children from Northern Thailand.** (en línea). Tailandia: Consultado el 14 de enero de 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11555158>

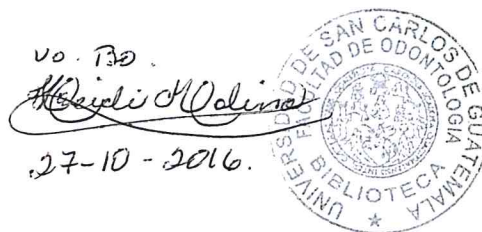
32. Kirchner, J. T. (1996). **Opportunistic fungal infections in patients with HIV disease: combating cryptococcosis and histoplasmosis.** Postgrad Med. 99(6): 209-216.

33. Kumar, R. K. et al. (2000). **Associated oral lesions in human immunodeficiency virus infected children of age 1 to 14 years in antiretroviral therapy centers in Tamil Nadu,** (en línea). India: Consultado el 18 de enero de 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24403790>

Vo. Bo.
Heidi Molina
 27-10-2016.



34. Laskaris, G. (2000). **Oral manifestations of HIV disease.** Clin Dermatol. 18(4): 447-455.
35. Lucht, E. et al. (1998). **Entamoeba gingivalis in human immunodeficiency virus type 1-infected patients with periodontal disease.** Clin Infect Dis. 27(3): 471-473.
36. Lynch, D. P. (1997). **Oral manifestations of HIV disease: an update.** Semin Cutan Med Surg. 16(4): 257-264.
37. Marcenes, W. Pankhurst, C. L. and Lewis, D. A. (1998). **Oral health behaviour and the prevalence of oral manifestations of HIV infection in a group of HIV positive adults.** Int Dent J. 48(6): 557-562.
38. Mascarenhas, A. K. and Smith, S. R. (1999). **Factors associated with utilization of care for oral lesions in HIV disease.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 87(6): 708-713.
39. Mataftsi, M. and Skoura, L. (2010). **HIV infection and periodontal diseases: an overview of the post-HAART.** (en línea). Grecia: Consultado el 8 de enero de 2014. Disponible en: http://www.hivdent.org/_dentaltreatment_/2010/j.1601-0825.2010.017271.x.pdf
40. Meless, D. (2014). **Oral lesions among HIV-infected children on antiretroviral treatment in West Africa.** (en línea). África: Consultado el 12 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24386972>
41. Migliorati, C. A. and Migliorati, E. K. (1996) **HIV infection and opportunistic pathology: the etiopathogenetic considerations and clinico-diagnostic aspects in candidiasis of the oral mucosa.** Minerva Stomatol. 45(3): 81-99



42. MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social): Centro Nacional de Epidemiología, (2012). **Estimaciones y Proyecciones del VIH y VIH avanzando.** (en línea). Guatemala: Consultado el 19 de enero de 2014. Disponible en: <http://www.osarguatemala.org/userfiles/EstimacionesVIHGuatemala%202012.pdf>
43. Mirowski, G. W. et al. (1998). **Association of cutaneous and oral diseases in HIV-infected men.** Oral Dis. 4(1): 16-21.
44. Nabbanja, J. et al. (2013). **Orofacial manifestations in HIV positive children attending Mildmay Clinic in Uganda.** (en línea). Kampala, Uganda: Consultado el 15 de enero de 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2236255>
45. Ndiaye, C. F.; Ndiaye, T. and Ba, A. (1998). **Clinical criteria for oral pathology in a history of HIV infection.** Dakar Med. 43(2): 152-156.
46. Narani, N. and Epstein, J. B. (2001). **Classifications of oral lesions in HIV infection.** J Clin Periodontol. 28(2): 137-145
47. Nittayananta, W. (2001). **Risk factors associated with oral lesions in HIV-infected heterosexual people and intravenous drug users in thailand.** J Oral Pathol Med. 30(4): 224-230.
48. Omolola, O. and Mutiat, O. **Oral Manifestations of Paediatric HIV Infection.** (en línea). Reino Unido: Consultado el 19 de enero de 2014. Disponible en: <http://www.intechopen.com/download/get/type/pdfs/id/23600>
49. Palmer, G.D. et al. (1996). **Aetiological factors for oral manifestations of HIV.** Oral Dis. 2(3): 193-197.
50. Patton, L. L. et al. (2008). **Prevalence and classification of HIV-associated oral lesions.** (en línea). Carolina del Norte: Consultado el 18 de enero de 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12164670>



51. _____ y van der Horst, C. (1999). **Oral infections and other manifestations of HIV disease.** Infect Dis Clin. 13(4): 879-900.
52. _____ (2001). **Ability of HIV/AIDS patients to self-diagnose orale opportunistic infections.** Community Dent Oral Epidemiol. 29(1): 23-29.
53. Phelan, J. A. (1997). **Oral manifestations of human immunodeficiency virus infection.** Med Clin North Am. 81(2): 511-531.
54. Plummer, F. A. (1998). **Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1 (HIV): interactions of conventional sexually transmitted diseases, hormonal contraception and HIV-1.** AIDS Res Hum Retroviruses. 14(1): 5-10.
55. Porter, S. R. et al. (1996). **Computer assisted learning (CAL) of oral manifestations of HIV disease.** Br Dent J. 181(5): 173-177.
56. Pugliese, A. et al. (2000). **Candida albicans and HIV-1 Infection: Cell biochem funct.** 18(4): 235-241.
57. Ramela, M. R. (1999). **Virus de la inmunodeficiencia humana.** Buenos Aires: Medica Panamericana. pp. 449-453.
58. Ramos, F. J. et al. (2000). **Oral manifestations and dental status in paediatric HIV infection.** Int J Pediatric Dent. 10(1): 3-11.
59. Ramirez, A. V. et al. (1996). **Oral secondary syphilis in a patient with human immunodeficiency virus infection.** Oral surg oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 81 (6): 652-654.

Uc. Bto.
H. A. M. Oline
 27-10-2016.



60. Reyes, A.; Tápanes, R. y Peraza, L. (2000). **Terapia antiviral para VIH-SIDA**. Cubana Farm. 34(3): 50-55.
61. Robinson, P. G.; Challacombe, S. J. and Sheiham, A. (1998). **Oral examination: a screening tool for HIV infection?** Sex Transm Infect. 74(5): 345-348.
62. Rojas, L. et al. (2005). **Mucositis de células plasmáticas: reporte de dos casos y revisión de la literatura**. (en línea). Chile: Consultado el 5 de octubre de 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2005/dcm051e.pdf>
63. Ryder, M. I. (2000). **Periodontal management of HIV-infected patients**. Periodontol. 23: 85-93.
64. Rwenyonyi, C. M. et al. (2011). **Oral Manifestations in HIV/AIDS-Infected Children**. (en línea). Kampala, Uganda: Consultado el 16 de enero de 2014. Disponible en: http://www.hivdent.org/_oralmanifestations_/2011/Oral_OMHA052011.htm
65. Sirois, D. A. (1998). **Oral manifestations of HIV disease**. Mt Sinai J Med. 65(5-6): 322-332.
66. Silverman, S. (1996). **The impact of HIV and AIDS on dentistry in the next decade**. Mo Dent J. 76(3): 22-24.
67. Shiboski, C. H. (1997). **Epidemiology of HIV-related oral manifestations in women: a review**. Oral Dis. ;3(1): 18-27.
68. Tomar, V. y Guerra, M. E. (2005). **Manifestaciones bucales de Vih-Sida en edad temprana**. (en línea). Venezuela: Consultado el 31 de marzo de 2014. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/3/vih-sida_edad_temprana.asp



69. Toche, P. et al. (2007). **Úlceras orales recurrentes: Características clínicas y diagnóstico diferencial.** (en línea). Chile: Consultado el 5 de octubre de 2015. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v24n3/art07.pdf>
70. Toralla de León, Oscar S. Coord. (2002). **Prevalencia y caracterización de lesiones bucales en pacientes VIH positivos y con SIDA que acuden a la clínica estomatológica de la asociación gente nueva durante el periodo de enero a agosto del año 2002 en la ciudad de Guatemala.** Guatemala: Programa Universitario de Investigación en Salud – PUISS -, Facultad de Odontología, Dirección General de Investigación – DIGI -, Universidad de San Carlos de Guatemala. 58 p. (Informe Final)
71. Velasquez, Brosly. (2006). **Relación de la frecuencia de manifestaciones bucales asociadas a pacientes VIH Sida que están dentro del programa de terapia antiretroviral comparados con pacientes VIH sida que no están dentro del programa de terapia antiretroviral, atendidos en el Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras), de Coatepeque, Quetzaltenango.** Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología. 71 p.
72. Yengopal, V.; Bhayat, A. and Coogan, M. M. (2007). **Pediatric Oral HIV Research in the Developing World.** (en línea) Johannesburgo, África: Consultado el 16 de enero de 2014. Disponible en: http://www.hivdent.org/6thWWOHDA/6WWOHDA_POHRDW.htm

Vo. 120.
Harold Medina
27-10-2016.



XVI. ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Hoja de consentimiento informado de los pacientes para confirmar su participación voluntaria en el estudio denominado “Prevalencia de lesiones orales en pacientes pediátricos VIH positivos de 6 a 10 años bajo medicación antiretroviral de casa hogar “Anna Vitiello”

Fecha _____

A quien corresponda:

Declaro, libre y voluntariamente, que mi nombre es

_y que acepto participar en el proyecto de investigación, que se realiza en la Casa Hogar “Anna Vitiello”, se me ha informado que de esta investigación se espera obtener datos sobre las manifestaciones bucales, y que manifestaciones son las más comunes, así como también en que parte de la boca se presentan más, que forma, color, tamaño etc.

Entiendo que al decidir participar en la investigación se me hará lo siguiente:

1. Se me hará un cuestionario acerca de la historia de mi enfermedad, el cual contestaré si deseo,
2. Un examen de: cabeza y cuello, de mis dientes, encías, lengua, es decir de toda mi boca, y que en caso de que tenga una lesión en mi boca se me tomaran fotos de esta las cuales se utilizarán solo en la investigación y será confidencial.

Se me ha explicado todo lo que me van a hacer y he tenido la libertad de resolver mis dudas.

Tengo el conocimiento de que la investigación está dirigida por el Dr. Oscar Stuardo Toralla de León y los practicantes Camilo Alejandro España Ruano y Andrea Celeste Rivas Juárez quienes son las personas que me harán lo mencionado anteriormente.

Se me ha informado bien que soy libre de retirarme de la investigación en el momento en el que así lo decida y estoy consciente que puedo solicitar mayor información acerca de la investigación. Se que en caso de ser menor de edad y/o analfabeta debe de existir una persona que sea testigo de este consentimiento informado.

Además de mi persona, firma como testigo:

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELEFONO: _____

FIRMA: _____

DATOS DEL TESTIGO

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELEFONO: _____

FIRMA: _____

(Los datos de la persona testigo son obligatorios en caso de que el paciente sea menor de edad y/o analfabeta.)

ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Hoja de consentimiento informado de los pacientes niños para confirmar su participación voluntaria en el estudio denominado “Prevalencia de lesiones orales en pacientes pediátricos VIH positivos de 6 a 10 años bajo medicación antiretroviral de casa hogar “Anna Vitiello”

Fecha_____

Estimado paciente:

Vamos a realizar un estudio para poder observar que lesiones puedes presentar en tu boca. Te pedimos que nos ayudes, si aceptas participar, puedes hacer las preguntas que tú quieras en cualquier momento. Te vamos a acostar en el sillón dental y vamos a revisar tu boca.

Si decides que no quieres participar, puedes decirlo sin ningún problema, nadie se va a enojar contigo si decides que no quieres participar.

Si firmas este papel quiere decir que lo leíste, o alguien te lo leyó y que si quieres participar. Si no quieres, no lo firmes. Recuerda que solo tú puedes decidir si quieres participar con nosotros y nadie se va a enojar contigo.

Yo, _____ Si quiero participar en este estudio para que puedan observar que lesiones puedo tener en mi boca.

Firma. _____

ANEXO 3

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

DATOS PERSONALES

Apellidos: _____

Nombres: _____

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: F M

Hace cuanto padece la enfermedad: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Sistema Respiratorio SI NO _____

Sistema Cardiovascular SI NO _____

Sistema Gástrico SI NO _____

Sistema Inmunitario SI NO _____

Enf. Virales o Infecciosas SI NO _____

Enfermedades metabólicas SI NO _____

Ingesta de Medicamentos SI NO _____

Alergias SI NO _____

Última visita al Odontólogo: _____

Otras _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO

	NORMAL	PATOLÓGICO
1- Labios		
2. Comisura		
3. Musculatura de la cara		
4. Paladar duro		
5. Paladar Blando		
6. Lengua		
7. Carrillos		
8. Encias		
9. Piso de boca		
10. Ganglios		
11. Uvula		
12. Frenillo Labial sup		
13. Frenillo Labial inf		
14. Frenillo Lingual		

* De ser Patológico indique:

1. Labios _____
2. Comisuras _____
3. Musculatura de la cara _____
4. Paladar duro _____
5. Paladar blando _____
6. Lengua _____
7. Carrillos _____
8. Encias _____
9. Piso de boca _____
10. Ganglios _____
11. Úvula _____
12. Frenillos _____

Lesión No.		Lesión No.	
Aspecto general:		Aspecto general:	
Localización:		Localización:	
Tamaño :		Tamaño :	
Color:		Color:	
Base:		Base:	
Bordes:		Bordes:	
Superficie:		Superficie:	
Movilidad:		Movilidad:	
Evolución:		Evolución:	
Sintomatología:		Sintomatología:	

Lesión No.		Lesión No.	
Aspecto general:		Aspecto general:	
Localización:		Localización:	
Tamaño :		Tamaño :	
Color:		Color:	
Base:		Base:	
Bordes:		Bordes:	
Superficie:		Superficie:	
Movilidad:		Movilidad:	
Evolución:		Evolución:	
Sintomatología:		Sintomatología:	

Diagnósticos Diferenciales		Diagnósticos Diferenciales	
----------------------------	--	----------------------------	--

Diagnósticos Diferenciales		Diagnósticos Diferenciales	
----------------------------	--	----------------------------	--

ANEXO 4

NORMAS Y PRINCIPIOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN DE VIH/SIDA

III. PRINCIPIOS ETICO-LEGALES EN EL CONTROL DE LA INFECCION VIH/SIDA.

3. Los principios éticos-legales en todo estudio del VIH/SIDA se regirán por el respeto y observancia de los derechos que garantiza la Constitución Política de la República vigente a cada ciudadano.

3.1 Todo ciudadano guatemalteco, o extranjero, tiene el derecho de recibir un trato digno y respetuoso, y en ningún momento discriminatorio por su condición serológica VIH/SIDA.

3.2 Todo ciudadano guatemalteco, o extranjero, tiene el derecho de recibir un trato digno y respetuoso en todos los servicios de salud, tanto oficiales como privados, y por parte de todos sus trabajadores y en ningún momento discriminatorio por su condición serológica VIH/SIDA

ANEXO 5

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO

EXAMEN CLÍNICO DEL APARATO ESTOMATOGNATICO

Revisado y corregido por: *DR. J. RODOLFO CÁCERES GRAJEDA

**DRA. CÁNDIDA LUZ FRANCO LEMUS

**DR. SERGIO GARCIA PILOÑA

Introducción:

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

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

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

recurrirse a la consulta médica. Sin embargo, en ciertos casos, puede pedírsele que se descubra parte del cuello o de los brazos.

Objetivo:

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

*Coordinador Depto. Diagnóstico **Profesores Depto.Diagnóstico

Materiales e Instrumental:

Para la ejecución del procedimiento se requieren:

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

Descripción del Procedimiento:

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

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

Método:

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

INSPECCIÓN:

1. El examen se inicia estando el paciente colocado en el sillón dental en posición supina y con la boca cerrada. El examinador deberá estar ubicado a la derecha del paciente. Empleando un bajalenguas en cada mano, se examina el borde bermellón de ambos labios (iniciando en el lado derecho del paciente), distendiéndolo suavemente con el auxilio de los bajalenguas y luego la región de las comisuras separando los labios con los mismos.

2. A continuación se indica al paciente que abra parcialmente la boca y se procede a examinar la porción vestibular de la cavidad bucal. Para ello se coloca el bajalenguas de la mano izquierda sobre la mucosa labial superior derecha en el área que corresponde a la región de caninos. Se separa ampliamente el carrillo y con el auxilio del bajalenguas, de la mano derecha, se procede a examinar la mucosa del mismo distendiendo desde la región retromolar hacia adelante. Al mismo tiempo deberán observarse mucosa alveolar y encía.

3. El siguiente paso consiste en examinar la región labial superior, observándose, mucosa labial, encía y frenillos para lo cual debe dejarse el bajalenguas de la mano izquierda como se indicó en el paso No. 1. Seguidamente se coloca el bajalenguas de la mano derecha a nivel de la Aérea del canino izquierdo indicándole al paciente que cierre parcialmente la boca para poder elevar el labio superior con facilidad.

4. Inmediatamente después, se pide al paciente que vuelva a abrir la boca y se procede a examinar la región vestibular izquierda, para lo cual se coloca el bajalenguas de la mano izquierda en donde estaba el bajalenguas de la mano derecha y con éste (el bajalenguas de la mano derecha) se procede a examinar las mismas regiones y en el mismo orden como fueron observadas en el lado derecho.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PALPACION:

Para esta etapa del examen, se utilizarán guantes descartables.

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

2. Esta maniobra se continuará en la región del labio superior hasta la zona del canino izquierdo. Al llegar a este punto, deberá rotarse la mano desplazando el dedo pulgar 180 grados hasta que coincida nuevamente con la posición del índice en el lado interno del carrillo. Se continúa con la palpación de la porción superior del carrillo izquierdo hacia atrás y al llegar a la parte más posterior de ésta se desplazan los dedos hacia la parte inferior procediéndose a la palpación bidigital en sentido anterior y sin interrumpir el movimiento se continúa con el labio inferior y la parte inferior del carrillo derecho.

3. Para determinar la consistencia de los tejidos gingivales, la presencia de exudado o la tendencia a sangrar, se procede a palpar el aspecto vestibular de la mucosa alveolar y la encía iniciándose la palpación en la región de la tuberosidad derecha. Esta parte de la palpación se hace presionando firmemente los tejidos, con el dedo índice, contra el hueso alveolar a la vez que se desplaza el dedo en sentido anterior, continuándose en el lado izquierdo hasta llegar a la tuberosidad correspondiente. De esta posición se pasa a la región retromolar inferior izquierda. A partir de esta zona se inicia la palpación de la región vestibular de la encía y mucosa alveolar inferiores, desplazando el dedo a lo largo del reborde hasta concluir en la región retromolar derecha. Se procede luego a la palpación del paladar y la encía palatina, la cual se efectúa presionando firmemente con el dedo índice la mucosa en la misma secuencia indicada para la inspección de esta región.

4. A continuación el operador debe colocarse detrás de la cabeza del paciente para efectuar la palpación de la lengua, para lo cual se pide al paciente que la protruya ligeramente y se procede a presionarla entre el índice y el pulgar, procediendo de la región más posterior en el lado derecho hasta el vértice y de aquí hasta la región más posterior en el lado izquierdo.

5. Finalmente, en la misma posición anterior, se palpa el piso de la boca, la encía lingual y las glándulas salivares sublingual y submaxilar, para lo cual se procede apoyando los dedos de la mano izquierda sobre la piel de la región submaxilar derecha y con el dedo índice de la mano derecha, se procede a presionar el lado derecho del piso de la boca y la encía lingual de atrás hacia adelante al mismo tiempo que se presiona con la mano apoyada sobre la piel para dar soporte la palpación. Luego se palpará el lado izquierdo.

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

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

PALPACION DE GANGLIOS LINFATICOS

Objetivos:

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

Generalidades:

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

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

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

GANGLIOS LINFATICOS DEL CUELLO:

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

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

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

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

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

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

EVALUACION DE LA OCLUSION:

Se evaluará exclusivamente la oclusión estática:

OCLUSION ESTATICA:

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

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

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

e. OCLUSION NO EVALUABLE: Si se hubiera perdido la primera molar en cualquier cuadrante el caso se considerará no evaluable, en el lado en donde no existiera la pieza; esto no significa que no existan otras formas de evaluar la oclusión, aún si el paciente fuera totalmente edéntulo, pero para fines docentes, en nuestra Institución la oclusión se evalúa exclusivamente por medio de primeras molares durante el procedimiento de diagnóstico.

ANEXO 6

PROYECTO DE PREVENCIÓN ODONTOLÓGICO EN PACIENTES NIÑOS VIH POSITIVO EN CASA HOGAR “ANNA VITIELLO”

El Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH) se detectó por primera vez en niños en 1982, así como en adultos, los niños presentan entre sus primeros signos de enfermedad manifestaciones orales. Debido a que el diagnóstico precoz permite administrar rápidamente el tratamiento antiretroviral, la progresión de la enfermedad y la mortalidad al principio de la infancia ha disminuido de manera notable.

El conocimiento de identificar estas lesiones orales es muy importante, ya que algunos se reconocen como marcadores de la disfunción inmunológica y por ende, representan un valor decisivo en la evolución de la enfermedad.

Por tanto el presente proyecto tiene como fin la prevención y el fortalecimiento del cuidado de la salud bucal de los niños que viven en esta casa hogar, así también como la capacitación periódica a las madres encargadas sobre la higiene dental de los niños y ayudarlos a realizar una autoexamen bucal periódico.

A QUIEN VA DIRIGIDO

Este proyecto está dirigido principalmente a las madres encargadas de la casa Hogar Anna Vitiello y a los niños que viven en este lugar.

OBJETIVOS

- Que las madres encargadas puedan fortalecer la higiene bucal de los niños mediante una buena técnica de cepillado.
- Que las madres encargadas aprendan y realicen cada 6 meses prácticas de autoexamen entre los niños para localizar lesiones bucales.
- Que los niños mantengan una higiene bucal óptima y que aprendan a realizar el autoexamen de la boca.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Para fortalecer la higiene bucal de los niños se usará material didáctico y un video, proporcionado por Colgate, con la explicación de la técnica de cepillado y la de hilo dental, para el cuidado óptimo de la salud buco dental.

Este material deberá ser leído y aprendido por las madres encargadas, para luego ser transmitido a los niños del hogar. Procurando que los niños lo pongan en práctica y así evitar la acumulación de placa que conlleva a enfermedades gingivales.

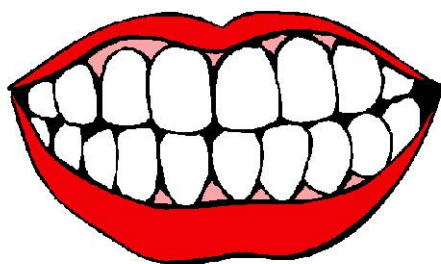
Para el autoexamen de la cavidad oral se usará material didáctico con fotografías y el orden en el que debe realizarse, así como imágenes de estructuras anatómicas que podrían confundirse con alguna anomalía al momento de realizar dicho examen.

TECNICA DE CEPILLADO

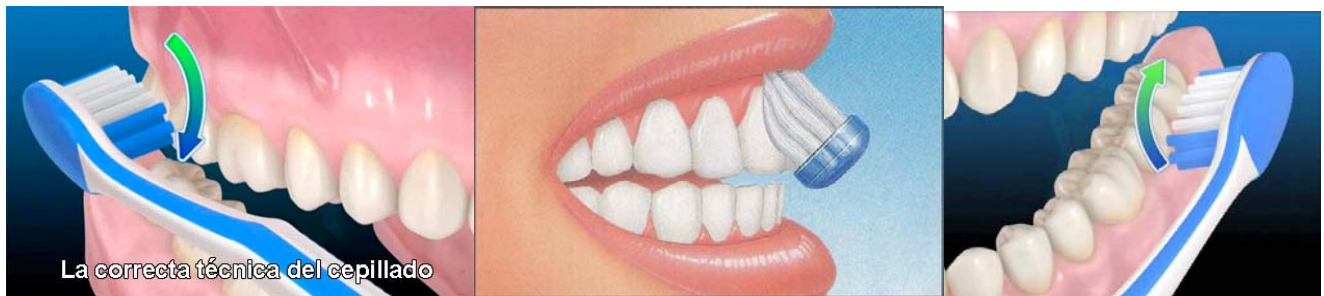
Una buena técnica de cepillado de dientes nos garantizará la higiene dental correcta.

Los pasos para un buen cepillado son:

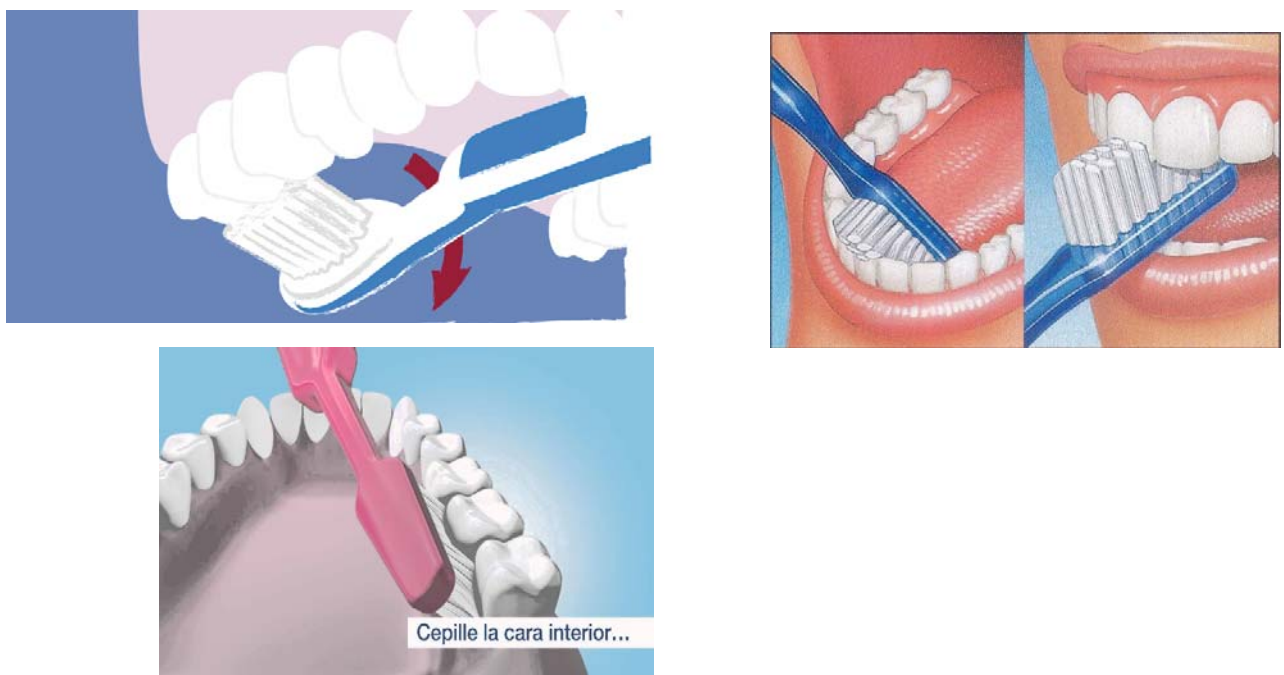
1. Utiliza una pequeña cantidad de pasta de dientes, con cantidades adecuadas de flúor. Verifica que los niños no se traguen la pasta de dientes.
2. Los niños deben usar un cepillo dental suave.
3. Colocando el cepillo en la parte de arriba del lado derecho, pasando por los dientes de enfrente y luego en la parte de arriba del lado izquierdo; Seguidamente en la parte de abajo del lado izquierdo, pasando por los dientes de enfrente y terminando en la parte de abajo del lado derecho.



- Primero se deben cepillar las superficies exteriores de cada diente, colocando el cepillo a nivel de la encía con movimientos de arriba hacia abajo, se debe cepillar siguiendo el orden que se indica en el paso 3.



- Luego debe cepillarse la superficie interior de cada diente, que es donde más se acumula la placa, realizando los movimientos del paso 3 y 4.



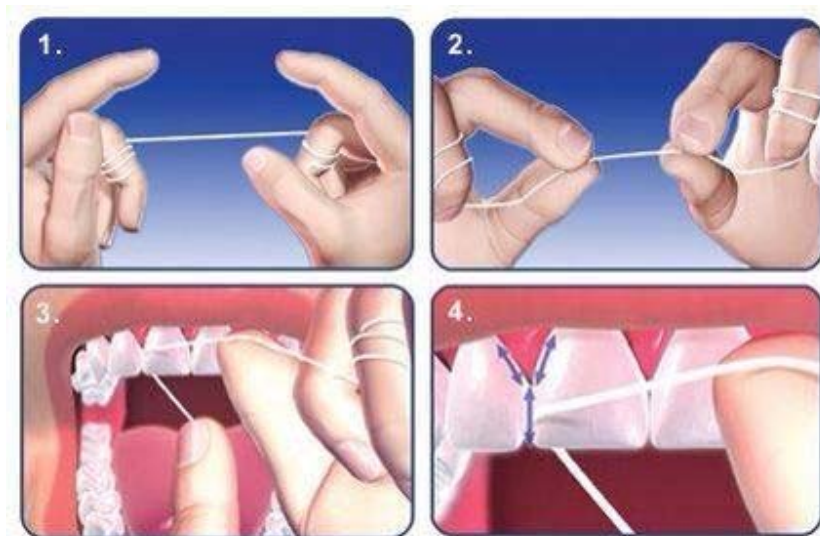
- Cepillar las muelas en forma circular.



7. Al final se puede cepillar la lengua para eliminar las bacterias.



8. Después del cepillado se recomienda usar hilo dental para eliminar la placa que se encuentra entre los dientes.



AUTOEXAMEN DE LA CAVIDAD ORAL

Debes autoexaminarte cada 6 meses, así esta práctica llegará a convertirse en un hábito para ti. Puedes hacerlo después del cepillado. Debes hacerlo con calma y atención, si estás apurado déjalo para otra ocasión.

El autoexamen tiene 3 momentos:

1. Examen de la cara
2. Examen de boca
3. Examen de cuello

AUTOEXAMEN DE LA CARA

Sitúate frente a un espejo con una buena iluminación y observa tu cara, con las manos palpa todas las regiones de la misma, aprende a distinguir la consistencia de cada una, mira cada lado para detectar diferencias, alteraciones de tamaño o forma, bultos, durezas, manchas y asperezas.

AUTOEXAMEN DE LA BOCA:

Lava tus manos, sitúate de nuevo frente al espejo, ahora examinarás tu boca, para esto debes mirar y tocar cuidadosamente cada región siguiendo siempre el mismo orden.

Orden del Exámen Bucal

1. LABIOS
2. CARRILLOS
3. PALADAR
4. LENGUA

5. PISO DE LA BOCA

Los dientes y las encías se irán examinando junto a la región vecina que corresponda

Examen de los labios

Los labios se examinan desde la piel hasta la parte húmeda, pasando por el área que se pinta, de una comisura labial a la otra, en ellos encontrarás los frenillos labiales y mediante la palpación, pequeños bulticos que son las glándulas salivales.



FRENILLOS

Examen de los carrillos

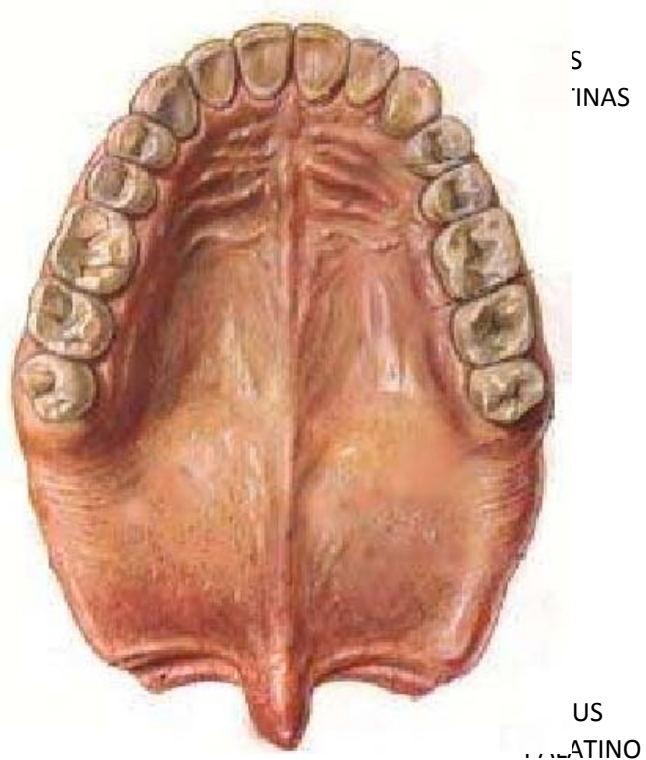
Se comienza por el lado derecho desde la comisura hasta la zona más posterior y del surco superior al inferior, allí normalmente se encuentra la salida del conducto de la glándula parótida.



la parótida

Examen del paladar

También llamado cielo de la boca. En su parte anterior encontramos las rugosidades palatinas, en la línea media de algunas personas, hay unas formaciones duras, llamadas torus palatinos, más atrás hay un área más acolchonada, rica en glándulas salivales.



Examen de la lengua

Muévela en todos los sentidos, examina cuidadosamente todas sus partes:

- Dorso, en esta región encontramos las papilas
- Bordes
- Parte inferior de la lengua
- Vértice o punta

Aprovecha y mira tú garganta, pon atención en las amígdalas y la úvula o campanilla.



Examen del piso de boca

Levanta la lengua, verás las elevaciones que producen las glándulas salivales y en la línea medial los conductos de salida de la saliva. Palpa de atrás hacia adelante.



AUTOEXAMEN DEL CUELLO

Comprueba su aspecto, realiza movimientos de flexión y extensión, luego palpa la parte superior, las laterales y la línea media, tratando de descubrir algún abultamiento.



SIGNOS DE ALARMA

- ABULTAMIENTOS,
- ÚLCERAS
- MANCHAS OSCURAS, BLANCAS O ROJAS,
- SANGRAMIENTOS,
- SECRECIÓN DE PUS,
- PUNTOS DOLOROSOS,
- DUREZAS

Si encuentras algún signo de alarma no te asustes y apuntalo en la ficha clínica proporcionadas, luego debes acudir inmediatamente a tu dentista para que te examine a profundidad y aclare tus dudas.

FICHA CLÍNICA DE AUTOEVALUACIÓN

FECHA _____

NOMBRE COMPLETO _____

EDAD _____

RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN

Indique con un “SI”, si siente algo que no había sentido antes y un “NO” si siente todo normal

Cara _____

Labios _____

Carrillo _____

Paladar _____

Lengua _____

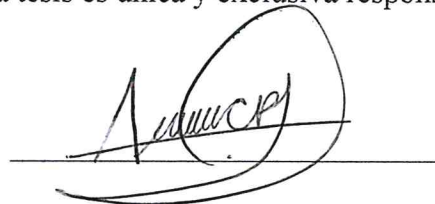
Piso de Boca _____

Cuello _____

***Próxima Autoevaluación** _____

***La autoevaluación se deberá realizar cada 6 meses.**

El contenido de esta tesis es única y exclusiva responsabilidad de la autora

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized 'A' and 'C' that are interconnected. The signature is written over a horizontal line.

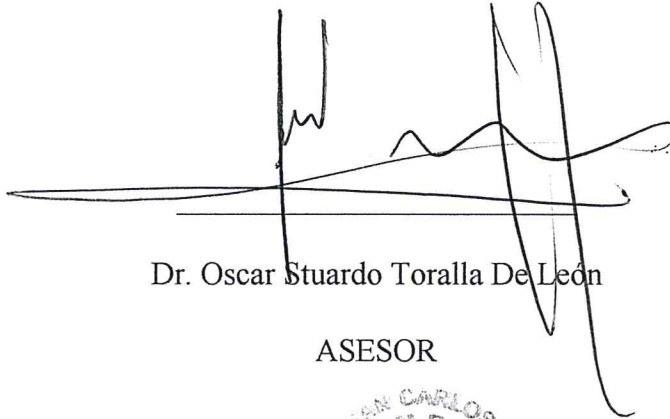
Andrea Celeste Rivas Juárez

FIRMAS DE TESIS DE GRADO



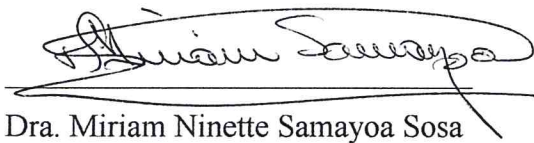
Andrea Celeste Rivas Juárez

SUSTENTANTE



Dr. Oscar Stuardo Toralla De León

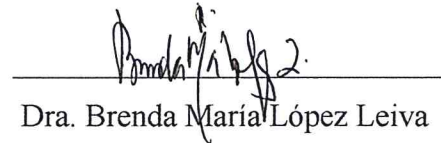
ASESOR



Dra. Miriam Ninette Samayoa Sosa

Primera Revisora

Comisión de Tesis



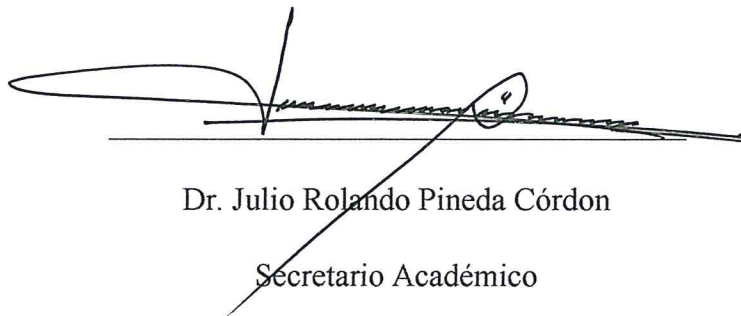
Dra. Brenda María López Leiva

Segunda Revisora

Comisión de Tesis

Imprímase:

Vo.Bo.



Dr. Julio Rolando Pineda Córdon

Secretario Académico

Facultad de Odontología

Universidad de San Carlos

