



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA**

TESIS

**NEOPLASIAS ORALES Y GRADO DE CRONICIDAD EN
PACIENTES CON VIH – SIDA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
LAS MERCEDES - CHICLAYO, 2016 - 2017**

**PARA OPTAR TITULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: OSCAR ALBERTO ALFARO CHÁVEZ

ASESOR:

MG. Esp. JOSÉ ORLANDO FLORES MEJÍA

CHICLAYO – PERÚ

2018

**NEOPLASIAS ORALES Y GRADO DE CRONICIDAD EN
PACIENTES CON VIH – SIDA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
LAS MERCEDES - CHICLAYO, 2016 - 2017**

**PARA OPTAR TITULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: OSCAR ALBERTO ALFARO CHÁVEZ

ASESOR:

MG. Esp. JOSÉ ORLANDO FLORES MEJÍA

CHICLAYO – PERÚ

2018

OSCAR ALBERTO ALFARO CHAVEZ

**NEOPLASIAS ORALES Y GRADO DE CRONICIDAD EN
PACIENTES CON VIH – SIDA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
LAS MERCEDES - CHICLAYO, 2016 – 2017**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para obtención del
Título de cirujano dentista por la universidad Alas
Peruanas

**CHICLAYO – PERÚ
2018**

El presente trabajo lo dedico a Dios porque guía el camino por el cual me desenvuelvo y a pesar de las dificultades que hay en la vida, nos permite continuar con perseverancia.

A mis padres Judith Maritza y Alberto Sergio, como muestra de afecto y reconocimiento por su apoyo incondicional para llegar a la conclusión de mis estudios en Estomatología.

AUTOR.

Agradezco infinitamente Al Dr. Antonio DURAND PICHO, por su asesoría como Coordinador de la Escuela de Estomatología de la filial CHICLAYO, por su apoyo en todo el transcurso del proceso de sustentación de la presente tesis; aportes y consejos de forma y estilo efectuadas desde su cargo.

AUTOR.

RESUMEN

La presente investigación "Neoplasias orales y grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA, Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017", presenta el análisis de la relación de las lesiones bucodentales de carácter neoplásicas asociadas con SIDA con la cronicidad de la lesión; desarrollando un procedimiento técnico de valoración de estos a nivel estadístico y de laboratorio. El problema científico que se consideró fue: ¿Qué relación presentan las neoplasias orales con el grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA del Hospital Regional Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017?. Siendo la hipótesis: Las neoplasias orales se relacionan significativamente con el grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA del Hospital Regional Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017, lo cual fue evidenciado en las muestras de histología de 80 casos de lesiones bucodentales a los cuales se les practico biopsia del tejido lesionado evidenciando neoplasias definitorias de SIDA en el siguiente orden de prioridad: Sarcoma de Kaposi, Linfoma no Hodking, Carcinoma espinocelular y linfoma linfocitico. A nivel histológico las características histopatológicas de las neoplasias orales presentan características típicas y muestran una relación significativa con el grado de cronicidad de lesiones bucodentales de pacientes con VIH – SIDA, expresándose como una relación de baja cronicidad (estado agudo) propicia para una lesión bucodental de corte neoplásico.

Palabras clave: Neoplasia oral, Grado de cronicidad.

ABSTRACT

The present research "Oral Neoplasms and Chronicity in HIV - AIDS Patients, Regional Hospital Teaching Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017", presents the analysis of the relationship of neoplastic oral lesions associated with AIDS with the chronicity of the lesion , developing a technical procedure to assess these at the statistical and laboratory level The scientific problem that was considered was: What is the relationship between oral neoplasms and the degree of chronicity in patients with HIV - AIDS at Las Mercedes Regional Hospital - Chiclayo, 2016 - 2017 ?. The hypothesis is: Oral neoplasms are significantly related to the degree of chronicity in patients with HIV - AIDS at the Las Mercedes - Chiclayo Regional Hospital, 2016 - 2017, which was evidenced in the histology samples of 80 cases of oral lesions a who underwent biopsy of the injured tissue showing definite neoplasms of AIDS in the The following order of priority: Kaposi's sarcoma, non-Hodgkin lymphoma, squamous cell carcinoma and lymphocytic lymphoma. At the histological level, the histopathological characteristics of oral neoplasms have typical characteristics and show a significant relationship with the degree of chronicity of oral lesions of patients with HIV - AIDS, expressing themselves as a low chronicity (acute state) ratio favorable for a bucco - dental lesion of Neoplastic cutting.

Key words: Oral neoplasia, Degree of chronicity.

INDICE

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	13
1.2. Formulación del problema.....	15
1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL.....	15
1.2.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	15
1.3. Objetivos de la investigación.....	16
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	16
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
1.4. Justificación de la investigación.....	16
1.4.1. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.4.2. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
1.5. Limitaciones del estudio.....	17
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO.....	18
2.1. Antecedentes de la investigación.....	18
García, Ileana (2006) – Cuba.....	18
Harris, Díaz, y Fortich (2013) – Cuba.....	18
Medina, Brett, Betancourt, Patiño (2012) – Colombia.....	19
Aguirre-U, Echebarría-G, Eguía-del Valle. (2004) – España.....	20
Urdaneta, Benito y col (2005) – Venezuela.....	21
2.2. Bases teóricas.....	21
2.2.1. Manifestaciones orales asociadas a la infección por VIH -	
SIDA.....	21
2.2.2. Principales neoplasias evidentes en laboratorio	
Histopatológico.....	22

2.3. Definición de términos básicos.....	31
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.....	32
3.1. Formulación de hipótesis.....	32
3.1.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	32
3.1.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	32
3.2. Variables: Definición conceptual y operacional.....	32
CAPITULO IV: METODOLOGÍA.....	34
4.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	34
4.2. DISEÑO MUESTRAL.....	34
4.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
4.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	36
4.5. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	36
CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	37
5.1. Análisis descriptivo.....	37
5.2. Análisis contextual o sistémico.....	39
5.3. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas.....	41
5.4. Discusión.....	42
Conclusiones.....	44
Recomendaciones.....	45
Fuentes de información.....	46
Anexos	
Anexo 1. Matriz de consistencia.....	49
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos.....	50
Anexo 3. Fotos.....	51

INTRODUCCION

Es importante destacar que desde que la epidemia de síndrome de la inmunodeficiencia humana (SIDA), comenzó en 1981, las manifestaciones orales han sido ampliamente estudiadas debido a su frecuencia y debido a que en ocasiones son sugestivas de este cuadro infeccioso. Asimismo, es importante en este contexto realizar la histopatología de dichas lesiones de corte bucodental por medio de la biopsia de lesiones que aparentemente son poco expresivas, para evidenciar infecciones o tumores importantes no sospechados inicialmente. Con el curso de la historia natural de la infección y la experiencia de los años, se ha podido comprobar estas afirmaciones asimismo se demostró como alguna de las lesiones expresivas de la enfermedad no sólo sirve para aproximarnos al diagnóstico de la infección por VIH sino que además tienen valor pronóstico.

Tomando como recuento histórico desde que la epidemia de síndrome de la inmunodeficiencia humana (SIDA), comenzó en 1981, las manifestaciones orales han sido ampliamente estudiadas debido a su frecuencia y debido a que en ocasiones son sugestivas del cuadro infeccioso. Asimismo, es importante en este contexto realizar la biopsia de lesiones que aparentemente son poco expresivas, para evidenciar infecciones o tumores importantes no sospechados inicialmente¹ Con el curso de la historia natural de la infección y la experiencia de los años, se ha podido comprobar estas aseveraciones. Asimismo se demostró como alguna de las lesiones expresivas de la enfermedad no sólo sirve para aproximarnos al diagnóstico de la infección por VIH sino que además tienen valor pronóstico². En la práctica diaria, la presencia de estas lesiones obliga, de entrada, a solicitar estudios serológicos a los pacientes³, y son un marcador de progresión de enfermedad⁴ causada por el VIH indicando que posiblemente el paciente tenga unas cifras de CD4 inferiores a 200 células/mm y requiera de la introducción de profilaxis de otras infecciones oportunistas.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA), fue descrito por primera vez en la década de los 80 del siglo pasado, infección que detalla una profunda inmunosupresión con diversas particularidades clínicas, incluidas las infecciones oportunistas, las neoplasias malignas y la degeneración del sistema nervioso central (SNC). Algunas investigaciones demostraron que, dentro del espectro de enfermedad orofaríngea, la candidiasis oral era la infección más frecuente seguida de la leucoplasia vellosa oral. En otra interesante investigación⁶, la aparición de lesiones de leucoplasia vellosa oral y candidiasis resultó ser mayor en varones (22% y 24%, respectivamente) que en mujeres (9% y 13%, respectivamente) durante el periodo de estudio. Además, la leucoplasia vellosa oral fue 2,5 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres, variando también su incidencia según el control del nivel de CD4, la raza y el uso de drogas por vía parenteral. La incidencia de estas lesiones ha experimentado un cambio favorable tras el inicio de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) para la infección por VIH⁸. Esta farmacoterapia, ha provocado grandes variaciones de incidencia no sólo entre sexos y razas y distintos colectivos, sino incluso entre diferentes culturas y países¹². Por ello, es necesario que las consideraciones realizadas según cada zona geográfica sobre las enfermedades mucocutáneas relacionadas, sean incluidas en las guías y clasificaciones de la infección VIH/SIDA¹⁴. La cavidad oral es muy importante en el abordaje de cualquier paciente, no exclusivamente de los pacientes con VIH/SIDA. Es un signo de alarma frente a una presunta infección no conocida, sobre todo en lesiones bastante específicas de la infección por VIH/SIDA. Así, la candidiasis oral¹⁵ es un marcador de la infección por VIH, además de traducir la presencia de infecciones oportunistas como neumonía por *P. jiroveci* o tuberculosis¹⁷. Otras entidades, algunas de ellas son de diagnóstico visual y de fácil acercamiento como las neoplasias de las cuales se ocupa la presente investigación, por ejemplo la leucoplasia vellosa oral, el sarcoma de Kaposi¹⁸, el linfoma no Hodgkin²⁰ que son características de corte patológico en la cavidad bucodental de la infección que se está investigando. Más del 90% de los pacientes con infección por VIH expresara la infección a nivel bucal en el curso de su enfermedad. Actualmente las lesiones orales tienen un importante valor pronóstico tanto adulto como en el niño

VIH+/SIDA²³, Se considera que las manifestaciones orales de la infección VIH son un indicador de inmunosupresión temprana y así como de la progresión de la enfermedad. La inmunosupresión y susceptibilidad a infecciones oportunistas alteran la respuesta de los tejidos blandos bucales, periodonto o encía y periodonto de inserción, así como la flora bucal. Esto es considerado como la primera expresión clínica de la infección por VIH y pueden encontrarse lesiones orales en el 33% de los pacientes infectados asintomáticos. Además la candidiasis y algunas neoplasias dentro de las que se destaca la leucoplasia vellosa constituyen unos marcadores clínicos de la enfermedad muy valiosos que junto con pruebas de laboratorio confiables para la identificación de la infección la cual es progresiva en cuanto a su cronicidad, permiten la detección de la misma de modo oportuno²⁴

Espacialmente la situación problemática se delimito al Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, temporalmente se delimito el tiempo de evaluación transversal a los pacientes con patologías diagnosticadas en el servicio de anatomía patológica del HRDLM durante los años 2016 - 2017; en cuando a la delimitación social se sustentó en los pacientes de diverso estrato social que son atendidos por SIDA y con prevalencia de lesiones bucodentales y conceptualmente se delimita en las características histopatológicas de las neoplasias orales relacionadas con su grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA. Ante esto el problema de investigación será el siguiente: ¿Qué relación presentan las neoplasias orales con el grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA del Hospital Regional Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017?.

Tomando como objetivo general el de: Determinar la relación entre las neoplasias orales con el grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA del Hospital Regional Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017. Teniendo como objetivos específicos:

- Identificar las neoplasias orales en pacientes con VIH – SIDA del Hospital Regional Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017
- Conocer el grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA, hospital regional docente las mercedes-Chiclayo, 2016 - 2017

- Relacionar estadísticamente las neoplasias orales con el grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA del Hospital Regional Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017.

La investigación se justifica en cuanto a su metodología porque permite constituir una asociación, en pacientes de las neoplasias observadas con el grado de cronicidad en pacientes con VIH - SIDA, esto permitirá a futuro establecer un indicador patológico como el grado de cronicidad que permitirá valorar la efectividad del tratamiento. Es importante la presente investigación porque localiza un proceso epidemiológico como la prevalencia de patologías con elevada comorbilidad con VIH – SIDA, en un medio no reportado, ante datos tan abrumadores como que la prevalencia global de las manifestaciones orales de la enfermedad VIH ha cambiado desde que se utiliza de la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARGA).

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Tomando como recuento histórico desde que la epidemia de síndrome de la inmunodeficiencia humana (SIDA), comenzó en 1981, las manifestaciones orales han sido ampliamente estudiadas debido a su frecuencia y debido a que en ocasiones son sugestivas del cuadro infeccioso. Es importante en este contexto realizar la biopsia de lesiones que aparentemente son poco expresivas, para evidenciar infecciones o tumores importantes no sospechados inicialmente¹ Con el curso de la historia natural de la infección y la experiencia de los años, se ha podido comprobar estas aseveraciones.

Asimismo se demostró como alguna de las lesiones expresivas de la enfermedad no sólo sirve para aproximarnos al diagnóstico de la infección por VIH sino que además tienen valor pronóstico². En la práctica diaria, la presencia de estas lesiones obliga, de entrada, a solicitar estudios serológicos a los pacientes³, y son un marcador de progresión de enfermedad⁴ causada por el VIH indicando que posiblemente el paciente tenga unas cifras de CD4 inferiores a 200 células/mm y requiera de la introducción de profilaxis de otras infecciones oportunistas.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA), fue descrito por primera vez en la década de los 80 del siglo pasado, infección que detalla una profunda inmunosupresión con diversas particularidades clínicas, incluidas las infecciones oportunistas, las neoplasias malignas y la degeneración del sistema nervioso central (SNC). Algunas investigaciones demostraron que, dentro del espectro de enfermedad orofaríngea, la candidiasis oral era la infección más frecuente seguida de la leucoplasia vellosa oral.

En otra interesante investigación⁶, la aparición de lesiones de leucoplasia vellosa oral y candidiasis resultó ser mayor en varones (22% y 24%, respectivamente) que en mujeres (9% y 13%, respectivamente) durante el periodo de estudio. Además, la leucoplasia vellosa oral fue 2,5 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres, variando también su incidencia según el control del nivel de CD4, la raza y el uso de drogas por vía parenteral.

La incidencia de estas lesiones ha experimentado un cambio favorable tras el inicio de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) para la infección por VIH⁸. Esta farmacoterapia, ha provocado grandes variaciones de incidencia no sólo entre sexos y razas y distintos colectivos, sino incluso entre diferentes culturas y países¹². Por ello, es necesario que las consideraciones realizadas según cada zona geográfica sobre las enfermedades mucocutáneas relacionadas, sean incluidas en las guías y clasificaciones de la infección VIH/SIDA¹⁴.

La cavidad oral es muy importante en el abordaje de cualquier paciente, no exclusivamente de los pacientes con VIH/SIDA. Es un signo de alarma frente a una presunta infección no conocida, sobre todo en lesiones bastante específicas de la infección por VIH/SIDA. Así, la candidiasis oral¹⁵ es un marcador de la infección por VIH, además de traducir la presencia de infecciones oportunistas como neumonía por *P. jiroveci* o tuberculosis¹⁷. Otras entidades, algunas de ellas son de diagnóstico visual y de fácil acercamiento como las neoplasias de las cuales se ocupa la presente investigación, por ejemplo la leucoplasia vellosa oral, el sarcoma de Kaposi¹⁸, el linfoma no Hodgkin²⁰ que son características de corte patológico en la cavidad bucodental de la infección que se está investigando.

Más del 90% de los pacientes con infección por VIH expresara la infección a nivel bucal en el curso de su enfermedad. Actualmente las

lesiones orales tienen un importante valor pronóstico tanto adulto como en el niño VIH+/SIDA²³, Se considera que las manifestaciones orales de la infección VIH son un indicador de inmunosupresión temprana y así como de la progresión de la enfermedad. La inmunosupresión y susceptibilidad a infecciones oportunistas alteran la respuesta de los tejidos blandos bucales, periodonto o encía y periodonto de inserción, así como la flora bucal. Esto es considerado como la primera expresión clínica de la infección por VIH y pueden encontrarse lesiones orales en el 33% de los pacientes infectados asintomáticos.

Además la candidiasis y algunas neoplasias dentro de las que se destaca la leucoplasia vellosa constituyen unos marcadores clínicos de la enfermedad muy valiosos que junto con pruebas de laboratorio confiables para la identificación de la infección la cual es progresiva en cuanto a su cronicidad, permiten la detección de la misma de modo oportuno²⁴.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema principal:

Ante esto el problema de investigación será el siguiente:

¿Qué relación presentan las neoplasias orales con el grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA del Hospital Regional Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017?

1.2.2. Problemas secundarios:

- ¿En qué medida se podrían identificar las neoplasias orales en pacientes con VIH – SIDA del Hospital Regional docente Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017?
- ¿Cuál es el grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA, hospital regional docente las mercedes-Chiclayo, 2016 - 2017?

- ¿Las neoplasias orales presentaran relación con el grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA del Hospital Regional docente Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017?.

1.3. Objetivos de la investigación:

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre las neoplasias orales con el grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA del Hospital Regional Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las neoplasias orales en pacientes con VIH – SIDA del Hospital Regional Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017
- Conocer el grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA, hospital regional docente las mercedes-Chiclayo, 2016 - 2017
- Relacionar estadísticamente las neoplasias orales con el grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA del Hospital Regional Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017.

1.4. Justificación de la investigación

La investigación se justifica en cuanto a su metodología porque permite constituir una asociación, en pacientes de las neoplasias observadas con el grado de cronicidad en pacientes con VIH - SIDA, esto permitirá a futuro establecer un indicador patológico como el grado de cronicidad que permitirá valorar la efectividad del tratamiento.

1.4.1. Importancia de la investigación

Es importante la presente investigación porque localiza un proceso epidemiológico como la prevalencia de patologías con elevada comorbilidad con VIH – SIDA, en un medio no reportado, ante datos tan abrumadores como que la prevalencia global de las manifestaciones orales de la enfermedad VIH ha cambiado desde que se utiliza de la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARGA).

1.4.2. Viabilidad de la investigación

La presente investigación es viable en medida que se cuenta con los recursos humanos: personal del laboratorio de patología del hospital que brindara información referente a los resultados obtenidos de rutina por patología de lesiones orales de los pacientes con SIDA, en cuanto a los materiales se cuenta con la ficha epidemiológica para el vaciado de información, el acceso a la información es el pertinente en medida de los permisos otorgados en el hospital, la información es viable porque se cuenta con acceso a buscadores en salud que habilitan la opción de SIDA en odontología.

1.5. Limitaciones del estudio

Las limitaciones probables del trabajo es el punto de corte del mismo puesto que los casos de neoplasia oral son emergentes, estos se modifican incrementándose en medida que el tiempo avance en la identificación de dichas neoplasias por histopatología.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación

García, Ileana (2006) en su investigación “Manifestaciones bucales de la infección por VIH- SIDA” concluyo que la aparición de la infección por VIH y el SIDA ha hecho un impacto perenne en la humanidad. Han transcurrido más de 20 años desde que el agente causal fue identificado y aun cuando se ha alcanzado progreso para diferenciar sus características y mecanismo de infección, no se ha descubierto un tratamiento eficaz para curar la enfermedad. En el año 2005 convivían con el VIH 40.3 millones de personas y las cifras siguen aumentando, por lo que resulta importante que todos los trabajadores de la salud dominen a su nivel de profesionalidad la patogenia, la evolución, las manifestaciones tempranas y las medidas de control y prevención del SIDA. Motivados por lo antes expuesto realizamos una revisión bibliográfica actualizada sobre las manifestaciones bucales más frecuentes de la infección por el VIH/SIDA con el objetivo de apertrearnos de los conocimientos necesarios para detectar tempranamente estas lesiones durante el ejercicio de nuestra profesión. Resultó de nuestra investigación que las enfermedades más frecuentemente asociadas al SIDA y que involucran a la cavidad bucal son: la Candidiasis Bucal, la Leucoplasia Pilosa y la Enfermedad periodontal, entre otras. El Sarcoma de Kaposi y el Linfoma no Hodgkin, aunque son frecuentes en enfermos de otras latitudes, no se comporta así en Cuba³¹.

Harris Jhonatan, Antonio Díaz, y Natalia Fortich (2013) reporto en su investigación que logró determinar la asociación entre las manifestaciones bucales de pacientes VIH/SIDA con la terapia antirretroviral y carga viral. Que fue prácticamente un estudio de corte transversal, en una población de 166 pacientes en Cartagena, Colombia, para la recolección de la información se tuvo en cuenta los conceptos del Centro de intercambio de criterios sobre problemas bucales relacionados con la infección por el VIH y los parámetros para el diagnóstico clínico de las manifestaciones bucales asociadas a VIH establecidos por el Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la realización del examen estomatológico, los niveles de carga viral y terapia antirretroviral se obtuvieron de la historia clínica médica. Cuyos

resultaros fuero que el 66,7 % de afectados fueron hombres, mientras que el 33,3 % fueron mujeres. La edad promedio fue de 36,1 años, la prevalencia de manifestaciones bucales asociadas al VIH fue del 59,5 %, la candidiasis fue la más frecuente 35,5 %, los pacientes tratados con monoterapia presentaron menos manifestaciones bucales, OR: 0,20; IC: 0,00-0,96 (P<0,02). Concluyéndose que los pacientes tratados con monoterapia farmacológica antirretroviral presentaron menos lesiones bucales que aquellos tratados con biterapia³².

Medina NE, Brett MM, Betancourt F, Patiño JC. (2012) en su investigación “Frecuencia de lesiones en cavidad oral de pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, Colombia (2005-2010)”. Logro determinar la frecuencia de las lesiones orales que se presentaron en los pacientes con VIH/SIDA que asistieron a la Unidad de Infectología del Hospital Universitario San Ignacio en Bogotá, Colombia, en el periodo 2005-2010. Métodos: se realizó un estudio observacional descriptivo con una muestra de 180 de un total de 1600 historias clínicas. Los criterios de inclusión fueron historias clínicas de pacientes con VIH/SIDA mayores de 18 años de edad. Se excluyeron las historias clínicas de pacientes que no presentaban los resultados del conteo de linfocitos T CD4+. Los hallazgos se analizaron descriptivamente por medio de distribuciones de frecuencia y promedios. Resultados: la frecuencia general de lesiones orales fue del 47,8%. La lesión oral más frecuente fue la candidiasis seudomembranosa (12,8%), seguida por leucoplasia vellosa (5%) y herpes simple (4,4%). En el análisis la presencia de lesiones orales se asoció un conteo promedio de linfocitos T CD4+ de 135 células/mm³. Concluyéndose que las lesiones orales más frecuentes fueron candidiasis oral seudomembranosa, leucoplasia vellosa y herpes simple. La disminución de células T CD4+ se asocia con la aparición de lesiones orales³³.

Aguirre-Urizar JM, Echebarría-Goicouría MÁ, Eguía-del Valle A. (2004) en su investigación “Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: manifestaciones en la cavidad bucal” informan que la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una pandemia caracterizada por una alteración del sistema

inmunológico cuyo principal dato es una progresiva disminución de los linfocitos CD4. Esta circunstancia facilita la aparición de infecciones oportunistas y el desarrollo de procesos neoplásicos, que pueden llevar al paciente a un estado conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y a la muerte. La incorporación terapéutica de la combinación de diferentes fármacos activos (terapia antirretroviral altamente activa) ha permitido cambiar drásticamente el panorama de la enfermedad en los países desarrollados, mejorando la calidad de vida del paciente y retrasando la evolución de la enfermedad. Las manifestaciones orales de la infección por el VIH forman una parte importante de la enfermedad desde las primeras descripciones y son componentes indicativos de su progresión. En algún momento del proceso, en nueve de cada diez pacientes, van a aparecer manifestaciones orales, y en algunas ocasiones estas manifestaciones van a ser el primer signo de la enfermedad. Es fundamental que los profesionales de la salud oral conozcan sus características. En los países desarrollados, el advenimiento de las nuevas terapias, ha propiciado una disminución significativa de las manifestaciones orales asociadas a la inmunodeficiencia, tanto en su frecuencia como en su gravedad. En este trabajo de revisión se analizan las principales lesiones orales asociadas a la infección por VIH y su situación actual³⁴.

Urdaneta, Benito y colaboradores (2005) en su investigación "Manifestaciones bucales en pacientes VIH positivos y su relación con valores de linfocitos CD4" plantearon una investigación cuyo objetivo fue el de identificar las manifestaciones bucales en pacientes VIH + y establecer la asociación con el conteo de linfocitos T CD4. Donde se estudiaron 96 pacientes VIH +, atendidos en la consulta del Servicio de Odontología del Hospital Universitario de Maracaibo, en el Occidente de Venezuela. En cada paciente se realizó examen clínico bucal y se investigaron los valores de CD4. El 87,5% fueron varones; la edad promedio fue de $33,97 \pm 8,82$ años. Las lesiones bucales se presentaron en el 65,62% de los pacientes, de los cuales el 60,42% estaban bajo tratamiento antirretroviral. Se observó que los pacientes con manifestaciones bucales tenían valores de CD4 más bajos que los que no la presentaron; además al comparar los CD4 de los pacientes con y sin manifestación bucal

que recibían tratamiento, se encontraron que los primeros mostraron valores más bajos que los segundos.

Asimismo es necesario aclarar que no existen tesis para obtener el grado o título en la especialidad que investigue el presente tema en estudio, y a nivel regional y nacional es la primera que asocia estas variables.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Manifestaciones orales asociadas a la infección por VIH - SIDA.

La primera clasificación propuesta⁴ de las manifestaciones orales asociadas a la infección por el VIH fue etiológica, categorizándolas en tres grupos: las causadas por microorganismos (bacterias, virus y hongos), las lesiones de origen neoplásico y otras alteraciones. En 1991, se propuso una nueva clasificación separando las lesiones en adultos y en niños, que fue modificada en 1993 por el Instituto de Problemas Orales relacionados con la infección por el VIH de la Comunidad Económica Europea (CEE) y el Centro de Colaboración en Manifestaciones Orales del VIH de la OMS. Estas clasificaciones siguen teniendo cierta vigencia y permiten agrupar las manifestaciones orales de la infección por el VIH según su etiología y tratamiento, tanto para adultos como para niños. Se consideran siete lesiones cardinales de la cavidad oral: candidiasis oral, leucoplasia vellosa oral (LVO), sarcoma de Kaposi, linfoma de Hodgkin, eritema gingival lineal, gingivitis ulcerativa necrotizante y periodontitis ulcerativa necrotizante. Todas ellas se encuentran fuertemente asociadas con la infección por el VIH y han sido identificadas y aceptadas internacionalmente, puesto que están presentes en más del 50% de los pacientes VIH positivos y en más del 80% de los diagnosticados de SIDA.

2.2.2. Principales neoplasias evidentes en laboratorio histopatológico.

SARCOMA DE KAPOSI

El sarcoma de Kaposi (SK) es la neoplasia más frecuente en pacientes con SIDA. Fue descrito por primera vez en 1872 por el dermatólogo húngaro Moritz Kaposi. En sus inicios y hasta la reciente aparición de la enfermedad epidémica del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el SK era un tumor muy poco frecuente. La mayoría de los casos descritos inicialmente, tanto en Europa como en América del Norte, aparecieron en varones ancianos de ascendencia italiana o judía de Europa oriental. Más adelante se confirmó la presencia de esta neoplasia en otros grupos específicos de la población, a saber: varones jóvenes, adultos de raza negra de origen africano, niños preadolescentes, receptores de un trasplante, y otros pacientes en tratamiento inmunosupresor.

Existen diversas formas de presentación de dicha neoplasia, dependiendo de la situación basal del paciente: la forma clásica, la africana, la relacionada con trasplantes y el denominado sarcoma de Kaposi epidémico asociado a la enfermedad del VIH (diseminado y fulminante). Además, el SK ha sido identificado en varones homosexuales no infectados por el VIH²¹. Pese a que la histopatología de los diferentes tipos de tumor es esencialmente idéntica en todos los grupos, sus manifestaciones clínicas y el curso de la enfermedad difieren de manera espectacular²². El trastorno adquirido de la inmunidad celular que caracteriza la enfermedad del VIH y la mala inmunorregulación subyacente predisponen al huésped a una variedad de infecciones oportunistas y neoplasias inusuales, y especialmente al SK. El mismo VIH desempeña una función indirecta en el desarrollo del SK²³.

Para el desarrollo del SK se requiere una compleja interacción de citoquinas y factores de crecimiento celular en los tejidos afectados. Los

pacientes seropositivos, en respuesta a la infección por VIH, producen una gran variedad de citoquinas inmunoestimuladoras que favorecen la proliferación del tumor. También se cree que la proteína “Tat” (de transactivación) del mismo VIH, es otro factor promotor del SK. Todo ello explica por qué esta enfermedad es particularmente agresiva cuando está asociada a la infección por VIH. Sin embargo, no es suficiente explicación para su comportamiento epidemiológico, ya que si el SK estuviera causado sólo por disregulaciones celulares, lo sufriría un porcentaje mucho mayor de pacientes seropositivos.

Una clave importante para descifrar el enigma de la patogénesis del sarcoma de Kaposi fue el descubrimiento en 1994 del virus herpes humano tipo 8 (VHH-8), conocido también como virus herpes del sarcoma de Kaposi o virus herpes gamma²⁴. El VHH-8 fue identificado tanto en la saliva como en las biopsias de los tejidos afectados de SK clásico, africano, relacionado con un trasplante o asociado con el SIDA. Sin embargo, no fue hallado en tejidos no afectados por dicha neoplasia.

En 1981, se observó por primera vez una forma fulminante y diseminada de SK en varones jóvenes homosexuales o bisexuales formando parte de la epidemia que ahora se conoce como SIDA¹². Aproximadamente 95% de todos los casos de SK epidémico en los Estados Unidos se han diagnosticado en varones homosexuales o bisexuales, con una edad media de 39 años. En el pasado, aproximadamente 26% de todos los varones homosexuales con la enfermedad del VIH presentaron SK o desarrollaron SK a lo largo del curso de su enfermedad. Sin embargo, menos del 3% de los heterosexuales usuarios de drogas intravenosas con enfermedad del VIH lo desarrollaron. La proporción de pacientes con enfermedad por VIH afectados de SK ha disminuido constantemente desde que se identificó por primera vez.

En 1981 cerca del 48% de los pacientes de SIDA tenían SK como forma de presentación. En agosto de 1987, la proporción acumulada de

pacientes de SIDA con SK había disminuido a menos del 20%. Diversos autores, en 1995, consideraron la forma oral del SK como la manifestación inicial en casi un 60% de los pacientes con SIDA¹³. La introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA, o HAART por sus siglas en inglés), además de retrasar o evitar la aparición de cepas de VIH resistentes a los fármacos y disminuir enormemente la carga viral, conduce a una supervivencia más larga y reduce el riesgo de aparición de infecciones oportunistas¹². El empleo del TARGA está claramente relacionado con la tendencia descendente (12%) de la incidencia del SK como enfermedad que define el SIDA.

El SK epidémico, al inicio de la enfermedad, se caracteriza generalmente por lesiones multifocales diseminadas¹⁴ que pueden afectar a la piel, la mucosa oral, los ganglios linfáticos, y a órganos viscerales como el sistema gastrointestinal, el pulmón, el hígado y el bazo. Por lo que se refiere a las lesiones cutáneas, se localizan especialmente en la zona del escote y la punta de la nariz. Los lugares de presentación del SK epidémico son mucho más variados que los que se ven en los otros tipos de esta neoplasia. En un informe inicial sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad en el que se describió a 49 pacientes, ocho por ciento de ellos no presentó afección de la piel, 27% tenía lesiones localizadas o menos de cinco lesiones cutáneas y 65% tenía innumerables lesiones cutáneas ampliamente distribuidas sobre la superficie de la piel¹⁴.

En el primer examen, 61% de los pacientes presentaron linfadenopatías generalizadas. Cuatro de estos pacientes con linfadenopatías generalizadas no tenían lesiones cutáneas ni afección detectable de órganos viscerales en el momento de presentación. En ellos, mediante una biopsia, se encontró SK localizado en los ganglios linfáticos. En el 45% de los pacientes estudiados, se encontró lesiones en uno o más sitios a lo largo del sistema gastrointestinal. El 29% de los pacientes, cuando se les vio por primera vez, tenía fiebre inexplicable o pérdida de peso.

Por lo tanto, mientras que la mayoría de los pacientes presenta enfermedad cutánea, la complicación de SK en los ganglios linfáticos o en el tracto gastrointestinal ocasionalmente puede preceder a la aparición de lesiones cutáneas. Las lesiones orales pueden ocurrir en cualquier superficie mucosa pero tienen especial predilección por la mucosa palatina y la gingival, seguidas en frecuencia por los labios y la lengua¹⁵.

Inicialmente, los sarcomas de la mucosa oral son planos y de color levemente azulado, rojizo o amoratado. Con el tiempo, las lesiones se decoloran y desarrollan pápulas superficiales y nódulos blandos, generalmente menores de 2 cm, que se ulceran con facilidad. Las lesiones individuales pueden coalescer, formando placas. Simultáneamente pueden palparse adenopatías cervicales y las glándulas salivares aumentadas de tamaño. En el contexto de la inmunodepresión que padecen, estos pacientes suelen asociar candidiasis oral y/o gingivitis relacionada con el VIH, así como leucoplasia vellosa oral. La variedad hiperplásica (nodular) del SK suele localizarse, sobretodo, en las encías y la lengua provocando, en ocasiones, el sangrado de la mucosa. En los pacientes infectados por VIH, el SK oral también puede desarrollarse sobre lesiones o enfermedades periodontales preexistentes¹⁷.

El diagnóstico del SK tras la observación clínica, se confirma de manera definitiva a través de la biopsia del tejido afecto, necesaria para un diagnóstico definitivo. En las lesiones iniciales (estadio parcheado), el SK se caracteriza por la proliferación de pequeñas venas y capilares alrededor de uno o más vasos dilatados. A menudo se observa un infiltrado inflamatorio mononuclear, que incluye mastocitos, con eritrocitos dispersos y depósitos de hemosiderina. Puede haber una discreta proliferación perivascular de células fusiformes, pero la atipia celular es mínima. En fases más avanzadas, las lesiones son nodulares y muestran un aumento del número de pequeños capilares o dilataciones vasculares intercaladas con capas proliferantes de células sarcomatosas o células

fusiformes atípicas, a menudo con abundante extravasación de hematíes y depósitos de hemosiderina.

Típicamente, los canales vasculares, con forma de hendidura, no presentan una capa endotelial visible y están intercalados con las células fusiformes. Las células aumentan de tamaño y tienen núcleos hipercromáticos con un pleomorfismo moderado. La actividad mitótica es variable pero generalmente es mínima. La infiltración por células inflamatorias crónicas es también variable. Los globos hialinos intra- y extracelulares aparecen con cierta frecuencia en los estadios iniciales de este tumor, mostrándose como agrupaciones de esferas eosinofílicas menores que los eritrocitos. Son PAS positivos y resistentes a la diastasa, representando, probablemente, hematíes destruidos o parcialmente digeridos (eritrocitos fantasmas).

LINFOMAS

El Linfoma es la segunda neoplasia más frecuentemente encontrada en pacientes VIH positivo. Esta condición definitoria de SIDA que, ocasionalmente se presenta en la cavidad oral, suele localizarse más frecuentemente en el sistema nervioso central. La lesión oral tiende a presentarse como una masa exofítica, que rápidamente se ulcera, siendo grande y dolorosa cuando se sitúa en el paladar o el tejido gingival.

El aspecto de esta masa puede ser eritematoso o amoratado con una consistencia gomosa. Las glándulas salivales y los ganglios linfáticos regionales pueden ser las estructuras más afectadas, siendo en ocasiones la primera manifestación. En algunos casos se desarrolla sobre una enfermedad periodontal pre-existente como la periodontitis ulcerativa necrosante. Por ello, en caso de que la periodontitis no responda al tratamiento es importante realizar una biopsia de la lesión para descartar la existencia de un LNH asociado. La mayoría de linfomas son de tipo no Hodgkin de alto grado de malignidad y de localización predominante extraganglionar.

Suelen ser de células B, con subtipos histológicos muy poco diferenciados y de comportamiento agresivo y pobre respuesta al tratamiento. En pacientes con SIDA, alrededor de un 5% de los LNH extraganglionares son intraorales. Se ha estimado que casi el 100% de los LNH asociados al VIH contienen virus Epstein-Barr. El riesgo de linfomas en pacientes con SIDA es 10 a 15 veces superior al que presenta la población sana de la misma edad y 1000 veces más alta para linfomas específicos, como el de Burkitt, que constituye el 25% de los casos de linfomas asociados al SIDA²³.

Se ha calculado que entre un 4-10% de los pacientes con SIDA desarrollarán un linfoma durante el curso de la enfermedad. Sin embargo, dicha cifra es cuestionable actualmente ya que la eficacia de la TARGA permite una disminución de la incidencia del proceso, así como una mejoría en la supervivencia si aparece el linfoma¹⁶. Las clasificaciones de este proceso son muy complejas, puesto que deben referirse el tipo histológico, que no suele ser puro sino una mezcla de varios tipos.

LINFOMAS DE BAJO GRADO DE MALIGNIDAD

1. Linfocítico (Leucemia crónica linfocítica, leucemia prolinfocítica, tricoleucemia)
2. Linfoplasmablastico
3. Plasmablastico
4. Centroblastico- centrocitico
5. Monolitico

LINFOMAS DE ALTO GRADO DE MALIGNIDAD

1. Centroblastico (monomorfico, polimorfico, multilobulado, centrociticoide)
2. Inmunoblastico
3. Linfoma de Burkitt

4. Anaplásico de células grandes
5. Linfoblástico
6. Otros tipos.

De todas las formas descritas en la clasificación de Kiel tienen especial preponderancia por su frecuencia, los linfomas plasmablastos. Esta entidad, que se notificó por primera vez en pacientes con VIH, en 1997¹⁸, ha incrementado su prevalencia desde entonces, llegándose a diagnosticar como lesión primaria en la cavidad oral. Este caso requiere un diagnóstico diferencial histopatológico con el SK, ya que tiene una predilección especial por el paladar y la encía adherida. La rápida progresión y diseminación a las cadenas ganglionares loco-regionales y la ausencia de VHH-8 como factor implicado en su génesis pueden orientar el proceso¹⁶.

En el linfoma de Burkitt, se ha implicado el virus de Epstein-Barr como posible cofactor en la génesis de este tumor. Se postula que la inmunosupresión provocada por el VIH puede producir una expresión de los clones en las células B, transformadas por el VEB, seguido de traslocaciones de genes. Ello degeneraría hasta la formación de un tumor, gracias a la inmunosupresión concomitante y especialmente a la disfunción linfocitaria¹⁸. En general, los lugares más frecuentes de asentamiento de linfomas en la cavidad oral son la mucosa gingival, vestibular y palatina, con afectación frecuente del hueso maxilar inferior. Las lesiones en boca consisten en una tumefacción, con cierta tendencia a la ulceración. Debe realizarse diagnóstico diferencial con abscesos dentarios, sarcoma de Kaposi, o úlceras de otro origen. Tienen tendencia a la diseminación, tanto local como a distancia, lo que supone muy mal pronóstico.

La supervivencia corta desde el momento del diagnóstico, de modo que en la mayoría de casos no supera los 3 meses. Se requiere una biopsia para el diagnóstico definitivo. El tratamiento es complicado, debido a la

inmunodeficiencia subyacente y a la frecuente aparición de infecciones oportunistas concomitantes. Estos pacientes deben ser remitidos a un Especialista en Oncología para su tratamiento. Se suele recurrir a la radioterapia, quimioterapia o la combinación de ambas. Actualmente se propone la utilización de dosis hiperfraccionadas de ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina y dexametasona en los pacientes que están recibiendo TARGA. Este protocolo es mejor tolerado e induce una respuesta positiva del proceso, con un aumento de la supervivencia y una mejoría en la calidad de vida¹². Con él la tasa de supervivencia en los pacientes con LNH oral se ha estimado en una media de unos 8 meses.

CARCINOMA ESPINOCELULAR

El carcinoma espinocelular es la neoplasia intraoral más frecuente en la población general, representando un 96% de todos los cánceres orales y un 5% del total de neoplasias de EEUU¹³. Este tumor tiene un pico de incidencia en personas de más de 65 años, seguido de los que tienen entre 55 y 64 años. El carcinoma escamoso intraoral en los pacientes VIH positivo se presenta con relativa virulencia en la tercera década de la vida¹³. Esta neoplasia crece rápidamente metastatizando de manera temprana en el curso de su desarrollo en los ganglios linfáticos regionales. Estas dos características se acentúan en los pacientes VIH positivo.

El carcinoma escamoso en pacientes con SIDA se desarrolla sin la existencia previa de condiciones pre-malignas como pueda ser la leucoplasia o eritroplasia y no parece tener una relación con la leucoplasia vellosa oral. En este tipo de tumores, la localización intraoral es la menos frecuente, primando la localización anal. Cuando asienta en la boca, el lugar más frecuentemente afectado tanto en los VIH negativos y como en los positivos, es la lengua, aunque se han descrito localizaciones en la encía e intramandibular. Este tumor oral puede presentarse de diferentes

formas clínicas, tanto como ulceración o como un gran crecimiento exofítico.

Es frecuente que produzca dolor, sobretodo en la lengua. Pueden asociarse linfadenopatías regionales desde los estadios iniciales. Se han publicado manifestaciones intraóseas del carcinoma escamoso de la cabeza y cuello. Como en otros tumores hay una asociación con factores co-carcinógenos como el tabaco, alcohol, alteración inmunológica y tratamientos previos con radioterapia. Otros cofactores presentes en estos pacientes son la mala higiene oral, infecciones víricas como hepatitis B y C, papilomavirus, herpes simple, sífilis y candidiasis¹⁷.

La coinfección con virus del papiloma humano, en concreto con el tipo¹⁶, parece un factor predisponente a este tipo de tumor, aunque hay estudios que también implican otros virus. Una vez diagnosticada la lesión, que siempre requiere una biopsia y el consiguiente análisis histopatológico, se procederá a decidir qué tratamiento es el más idóneo. El tratamiento consiste en cirugía y/o radioterapia, pero el éxito de estas modalidades terapéuticas depende del estado de desarrollo de la neoplasia, su localización y tamaño, el grado de diferenciación histológica, la presencia de adenopatías y/o metástasis a distancia, así como de la salud general del paciente, su estado inmunológico y la respuesta al tratamiento antirretroviral.

Si las lesiones son de labio y muy localizadas, puede plantearse la braquiterapia. En las lesiones intraorales, la cirugía en combinación con radioterapia o esta última utilizada de forma aislada son los tratamientos de elección. La quimioterapia ha demostrado poca efectividad en este tipo de tumores y, además la evolución tras el tratamiento en el caso de pacientes VIH positivo es peor que en aquellos VIH negativo.

2.3. Definición de términos básicos

Características histopatológicas: Son las características observables de las células neoplásicas que configuran su malignidad en cuanto a hiperplasia, metaplasia, hipertrofia, inflamación y neoplasia propiamente dicha.

Cronicidad: Es el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH en laboratorio con expresión de SIDA hasta el momento actual de la evaluación hecha por el patólogo o el investigador

Linfoma: El linfoma no Hodgkin indiferenciado difuso es una enfermedad maligna asociada con VIH. La mayoría es de origen en las células B y el virus de Epstein Barr se halla en las células de varios casos. El linfoma puede localizarse en cualquier lugar de la cavidad oral y puede ser un tejido suave que puede comprometer o no tejido óseo. La lesión puede presentarse como una inflamación firme, dolorosa que puede ulcerarse. Se puede confundir con úlceras aftosas.

Sarcoma de Kaposi: Se presenta intraoralmente puede ir solo o en asociación con lesiones dérmicas y diseminadas. Puede ser la primera manifestación de estadio tardío de infección VIH (SIDA). El lugar más común es en paladar duro, pero puede localizarse en cualquier parte de la mucosa oral, incluyendo la gingiva, paladar blando y la orofaringe. El diagnóstico diferencial se hará con hematomas, hemangiomas, otros tumores vasculares, granulomas piógenos, angiomas bacilar, y lesiones pigmentadas.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACION

3.1. Formulación de hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

- Las neoplasias orales se relacionan significativamente con el grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA del Hospital Regional Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017

3.1.2. Hipótesis específicos

- Las neoplasias orales en pacientes con VIH – SIDA del Hospital Regional docente Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017 son: Sarcoma de Kaposi, Linfoma NO Hodking, Carcinoma Espino Celular y Linfoma Linfocitico.
- El grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA, hospital Regional docente Las Mercedes-Chiclayo, 2016 - 2017 es mayor en el Sarcoma de Kaposi.
- Existe relación estadística de las neoplasias orales con el grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA del Hospital Regional docente Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017

3.2. Variables: definición conceptual y operacional

Variable independiente

Las neoplasias orales en pacientes con VIH – SIDA

- Definición conceptual: Son las características observables de las células neoplásicas que configuran su malignidad en cuanto a hiperplasia, metaplasia, hipertrofia, inflamación y neoplasia

propriadamente dicha, y que se denominan comúnmente tumor o neoplasia.

- Definición operacional: Son las características observables de las células neoplásicas que configuran a nivel epidemiológico una tasa de prevalencia y a nivel histopatológico una neoplasia asociada como el carcinoma espinocelular, los linfomas de bajo grado de malignidad, los linfomas de alto grado de malignidad y el sarcoma de Kaposi.

Variable dependiente

El grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA.

- Definición conceptual: Es el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH en laboratorio con expresión de SIDA hasta el momento actual de la evaluación hecha por el patólogo o el investigador.
- Definición operacional: Es el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH en laboratorio con expresión de SIDA hasta el momento actual de la evaluación hecha por el patólogo cuya única dimensión es la de temporalidad donde el investigador computa en meses y cataloga los indicadores: No crónico (menor a 1 año), Crónico (mayor a 1 año), además de la resistencia al tratamiento.

Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Neoplasias orales en pacientes con VIH – SIDA	Epidemiológica	Tasa de prevalencia	Ficha de recolección de información.
	Histopatológica	Carcinoma espinocelular Linfomas de bajo grado de malignidad Linfomas de alto grado de malignidad Sarcoma de Kaposi	
El grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA	Temporalidad	Resistencia al tratamiento Categoría no crónico Categoría crónico	

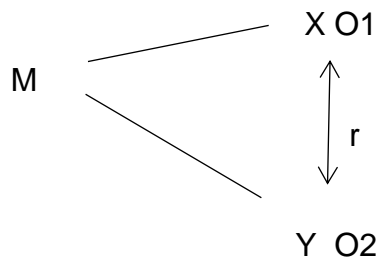
CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1. Diseño metodológico

El presente estudio es de carácter retrospectivo observacional, explicativo y correlacional.

Es correlacional porque se ejecutara bajo el contexto de las Ciencias de la Salud específicamente la epidemiología estomatológica. Siendo la presente investigación de nivel “Estudio de comprobación de hipótesis causales” porque es un estudio orientado a buscar un nivel de explicación científica que a su vez permita la predicción de las dos variables en cuestión, solamente relacionando variables observacional sin intervención en estas.

4.2. Diseño muestral



Donde:

M es la muestra

X es la variable independiente

Y es la variable dependiente

O1 es la medición de la variable independiente

O2 es la medición de la variable dependiente

r es la relación de variables.

La población estará constituida en este estudio por los casos a valorar es decir por los pacientes con SIDA que estén en tratamiento dentro y fuera del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo objeto de estudio; cuyas características son:

- Internados en el hospital o categoría A
 - Con VIH – SIDA en estado crónico que usualmente se internan, pero son ambulatorios o categoría C
 - Grupo etario variable
 - Externados o ambulatorios con la patología evidente o categoría B.
- Cuadro 01: Población de sujetos para la valoración histopatológica de las lesiones bucodentales y en cabeza y cuello.

TIPO DE GRUPO	SUJETOS
Pacientes A	13
Pacientes B	45
Pacientes C	22
TOTAL	80

Fuente: Registro de pacientes del hospital objeto de estudio al 31 de diciembre del 2016 - 2017.

Elaboración: el investigador

- La muestra estará constituida por el total de la población, 80 pacientes, por lo tanto, el muestreo no será necesario, es decir será directo. Siendo $P = n$.

4.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos

Para la presente investigación se utilizarán las técnicas de gabinete tales como: el fichaje que permitirá componer la estructura del marco teórico, este fichaje se desarrollará teniendo como modelo la ficha textual para fortalecer la teoría, para formular el aspecto de antecedentes y los elementos del marco conceptual. Asimismo se hará un análisis documental que es una aplicación hermenéutica (interpretativa) sobre los contenidos detallados en el marco teórico. También se utilizarán las técnicas de campo como: la recolección de información que tendrá en cuenta: colocar el tiempo que está durando en tratamiento el paciente desde el diagnóstico hasta la fecha de los exámenes que se le toman de rutina. Y considerar el tipo de neoplasia que se le ha diagnosticado. Bajo ningún concepto se aplicará ningún procedimiento experimental, o farmacológico ni terapéutico fuera de los que en el hospital se están diseñando; siendo este proceso por lo tanto observacional.

El instrumento será una ficha de recolección de datos histopatológica para codificación de muestras.

4.4. Técnicas para el procesamiento de la información

Se utilizará el método descriptivo - correlacional donde a través de un proceso de valoración estadística se definirá la relación de la variable dependiente en base al estímulo de la variable independiente. Los datos serán analizados por métodos estadísticos de corte descriptivo que intentaran en primer lugar catalogar el tipo de lesión presente en un paciente con SIDA: tipos de neoplasias generando una matriz de frecuencias para posteriormente determinar los tiempos de duración es decir la cronicidad.

4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Se realizará un análisis de correlación utilizando inferencialmente una prueba de tipo chi – cuadrada de contingencia

CAPITULO V: ANALISIS Y DISCUSION

5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas

Tabla 01: Tipos de lesiones histopatológicas bucodentales sucedáneas a infección SIDA.

LESION HISTOPATOLOGICA	PACIENTES
Sarcoma de Kaposi	42
Linfoma no Hodking	23
Carcinoma espinocelular	10
Linfoma linfocitico	5
TOTAL	80

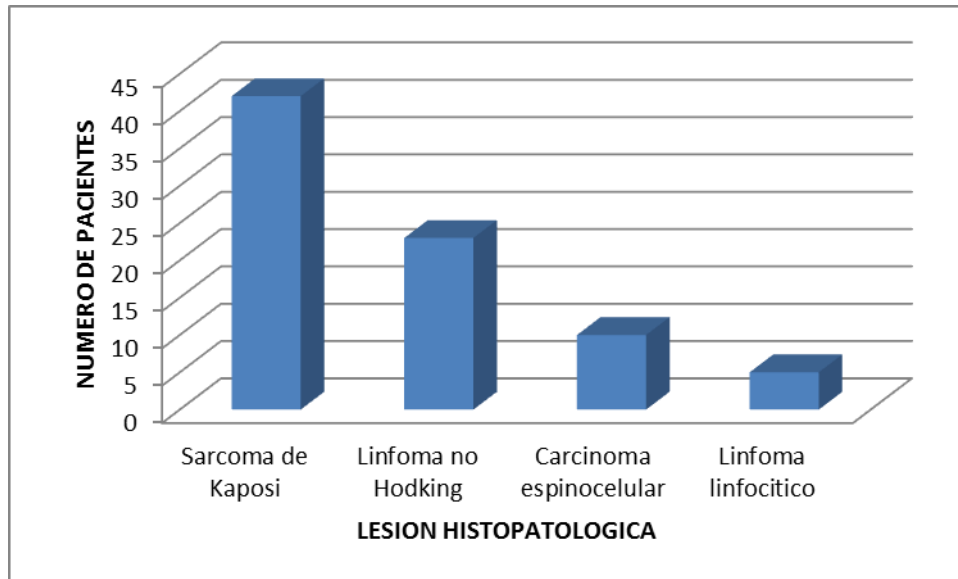
*Fuente: Datos obtenidos en el hospital del 05 de febrero al 05 de noviembre del 2016 - 2017
Elaboración: Br. Oscar Alfaro.*

Tabla 02: Resultados del diagnóstico histológico preparado en función de categorías evidenciadas en la muestra.

CATEGORIA HISTOLOGICA	INDICADOR	MUESTRAS DE PACIENTES
INFLAMACION	AUSENTE	5
	PRESENTE	75
HIPERPLASIA	AUSENTE	00
	PRESENTE	80
HIPERTROFIA	AUSENTE	00
	PRESENTE	80
METAPLASIA	AUSENTE	52
	PRESENTE	28
NEOPLASIA	AUSENTE	00
	PRESENTE	80
TOTAL DE PACIENTES		80

*Fuente: Datos obtenidos en el hospital del 05 de febrero al 05 de noviembre del 2016 - 2017
Elaboración: Br. Oscar Alfaro.*

Grafico 01: Tipos de lesiones histopatológicas bucodentales sucedáneas a infección SIDA.



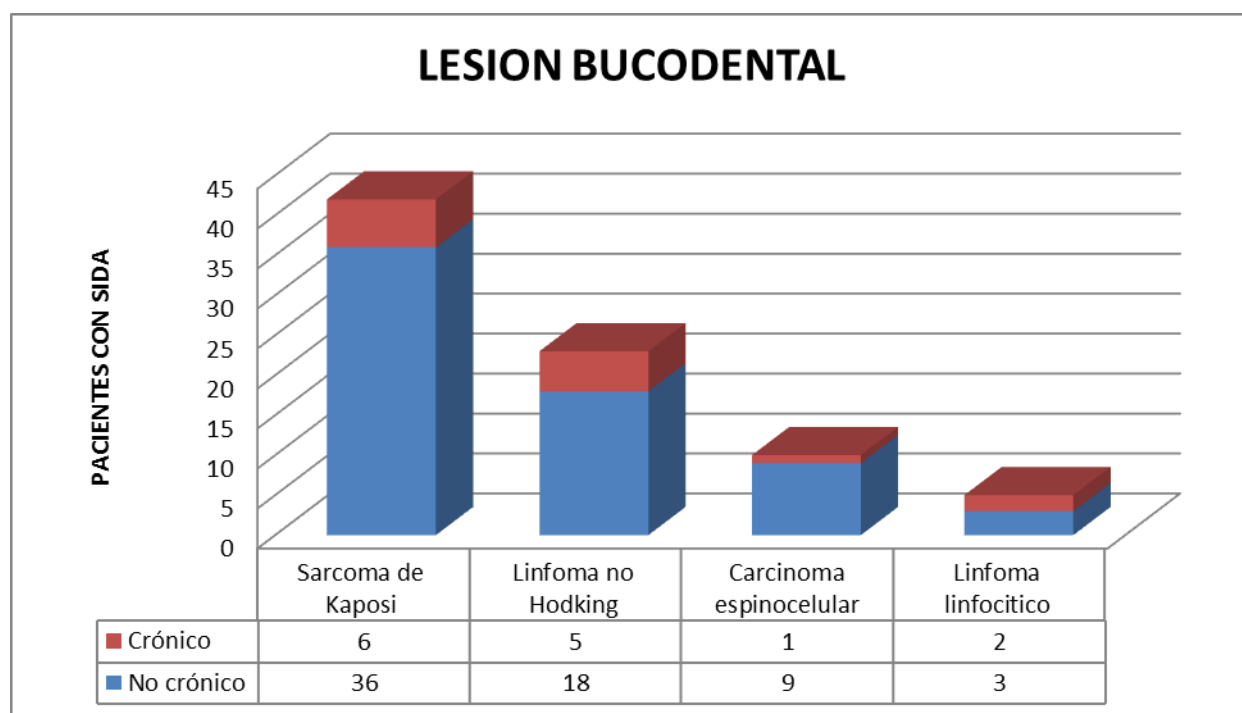
*Fuente: Datos obtenidos en el hospital del 05 de febrero al 05 de noviembre del 2016 - 2017
Elaboración: Br. Oscar Alfaro.*

Tabla Nº 03: Lesión Bucodental asociada con el estado de cronicidad de pacientes tratados de SIDA en el hospital objeto de estudio.

Lesión bucodental	Estado de cronicidad		TOTAL
	No crónico	Crónico	
Sarcoma de Kaposi	36	6	42
Linfoma no Hodking	18	5	23
Carcinoma espinocelular	9	1	10
Linfoma linfocitico	3	2	5
TOTAL	66	14	80

*Fuente: Datos obtenidos en el hospital del 05 de febrero al 05 de noviembre del 2016 - 2017
Elaboración: Br. Oscar Alfaro.*

Gráfico N° 02: Lesión Bucodental asociada con el estado de cronicidad de pacientes tratados de SIDA en el hospital objeto de estudio



Fuente: Datos obtenidos en el hospital del 05 de febrero al 05 de noviembre del 2016 - 2017
Elaboración: Br. Oscar Alfaro.

5.2. Análisis contextual o sistémico

Para el caso de la Tabla 01: Tipos de lesiones histopatológicas bucodentales sucedáneas a infección SIDA, se puede apreciar que la TARGA es administrada a todos los pacientes involucrados en el estudio, y que por cierto presentan lesiones bucodentales, se observó significancia estadística al comparar las patologías asociadas quedando a nivel de frecuencia en primer lugar el Sarcoma de Kaposi, seguido del Linfoma no Hodking, luego el carcinoma espinocelular y por último la variante de linfoma denominada linfoma linfocítico. Hay que señalar que en Tabla 02: Resultados del diagnóstico histológico preparado en función de categorías evidenciadas en la muestra, se evidencia alteraciones a nivel en los cortes histológicos de las lesiones en cuestión donde en orden creciente se apreció en dichas muestras los patrones siguientes: inflamación, hiperplasia. Hipertrofia, metaplasia, neoplasia;

evidentemente la totalidad de casos presentaba una neoplasia de carácter agresivo por contemplar estructuras metaplasicas en el tejido.

En el caso de la Tabla N° 03: Lesión Bucodental asociada con el estado de cronicidad de pacientes tratados de SIDA en el hospital objeto de estudio, se evidencio un incremento notable de casos con cronicidad reciente es decir agudos o “explosivos” mientras que las progresiones crónicas fueron muy pocas en cuanto a los casos de las muestras predeterminadas. Para hallar la relación entre los grados de cronicidad con la lesión bucodental se aplicó la prueba de hipótesis tipo Chi - cuadrado para muestras relacionadas, que es una prueba estadística de carácter no paramétrico para evaluar al mismo grupo en el estado de cronicidad se relaciona con la lesión bucodental. La hipótesis científica fue:

Las características histopatológicas de las neoplasias orales presentan relación significativa con el grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA, hospital regional docente las mercedes-Chiclayo, 2016 - 2017

$$H_0 = \chi^2 = \chi^2 ; \quad H_a = \chi^2 < \chi^2$$

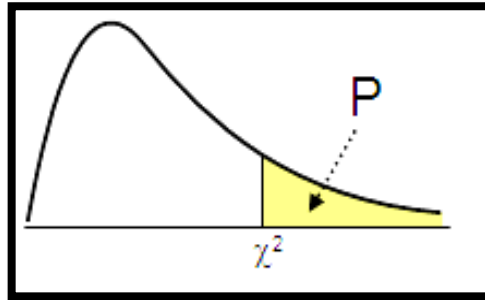
Bajo la siguiente configuración:

$$\chi^2 = \sum \frac{(Obs - Esp)^2}{Esp}$$

Donde a un valor de 3 grados de libertad para tipo de lesión bucodental y 1 grado de libertad para la cronicidad se evidencio una relación significativa entre ambas variables.

5.3. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas

Gráfico 03: Función de distribución de la Chi - cuadrado, para evaluar Prueba de Hipótesis.



Nivel de significación: El Gráfico N° 03; nos muestra la distribución de frecuencias de la prueba Chi – cuadrado para muestras relacionadas, se determina para cola derecha, pero se asume el valor absoluto por simetría con un alfa de 0,05 (nivel de significación $1 - 0,05 = 0,95\%$), las diferencias entre las proporciones de casos relacionados de cronicidad versus tipo de lesión bucodental es de 0,234 en chi calculada mientras que en chi tabular es 0,492 puntos. Luego de realizar el análisis de bondad de ajuste. Por tanto el Chi-tabulado $<$ Chi-calculado. Dado que el valor de $(CH_{lc} = 0,492) > (CH_{lt} = 0,234)$: R. C. y la significación lateral menor a 0,05, se debe rechazar H_0 y concluir que ambas variables están relacionadas significativamente lo que se traduce que a menor nivel de cronicidad la lesión es más agresiva expresada como neoplasia.

Regla de decisión: Se concluye que “Las neoplasias orales se relacionan significativamente con el grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA del Hospital Regional Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017”.

5.4. DISCUSION

Las enfermedades bucodentales se constituyen en un importante problema de salud, por la alta frecuencia y los efectos de dolor, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida. Todas estas enfermedades pueden complicar la masticación, fonación y deglución, por lo que requieren su inmediata atención. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es el estadio avanzado de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedad emergente, compleja, de mal pronóstico y con manifestaciones en la cavidad bucal en el 90 % de las personas con esta condición. El VIH es un retrovirus que infecta principalmente los linfocitos T CD-4, esenciales en la respuesta inmunitaria, cuya disminución del número absoluto, causa una inmunodepresión profunda que predispone al desarrollo de lesiones bucales. Es de gran importancia clínica el estudio de dichas lesiones bucales, por la alta frecuencia, el valor pronóstico en cuanto al progreso de la enfermedad y el monitoreo del estado inmune del paciente, además puede cambiar la clasificación del estado de infección²². Las manifestaciones bucales no son producidas directamente por el virus y pueden aparecer en cualquier estadio evolutivo de la enfermedad. La terapia antirretroviral retrasa la replicación del VIH y disminuye la aparición de enfermedades oportunistas y la enfermedad aguda, pasa a ser crónica transmisible. Este tratamiento ha mejorado notablemente el pronóstico de la enfermedad y ha modificado las manifestaciones en la cavidad bucal, aunque presenta reacciones adversas que pueden afectar los tejidos de esta, lo cual es importante para el manejo clínico del paciente con VIH/SIDA²³. El número de personas que viven con el VIH ha aumentado de manera uniforme. La inmunosupresión favorece a los procesos infecciosos oportunistas bucales y enfermedades estomatológicas de difícil control o curación. La terapia antirretroviral ha logrado que el tiempo de evolución de la infección se haya alargado, por lo que cada vez será más frecuente la atención estomatológica de personas con VIH/SIDA. El hecho de conocer las particulares de los pacientes con VIH/SIDA, que presentan

urgencias estomatológicas, podría llegar a ser valioso para futuros profesionales y pacientes²⁴.

La prevalencia global de las manifestaciones orales de la enfermedad por el VIH ha cambiado desde que se utiliza el TARGA. Con este tratamiento se ha observado una reducción significativa de algunas lesiones como la leucoplasia vellosa oral y la periodontitis ulcerosa necrotizante o gingivitis ulcerosa necrotizante aguda, entre otras, sin observarse una reducción de la incidencia de candidiasis oral, de úlceras orales o del sarcoma de Kaposi, e incluso hubo un incremento de las enfermedades de las glándulas salivales.

Se puede apreciar cierto grado de congruencia entre la presente investigación y un reporte de la provincia de Matanzas – Cuba³¹ donde se encontró pobre prevalencia del sarcoma de Kaposi y el linfoma no Hodking, pero si la leucoplasia pilosa que tiene cierto grado de afinidad con el carcinoma espinocelular; esto debido a factores epigenéticos que condicionan variantes en el comportamiento y respuesta celular a la agresión neoplásica en un contexto de inmunosupresión. También en este contexto de las américas antillanas (Cuba) se presenta un reporte que evidencia la proporción de casos de neoplasia bucodental asociada con VIH – SIDA³² donde se demuestra que un 59,5% de pacientes presenta afecciones bucodentales de este orden, siendo una prevalencia alta, coincidente con la base de datos del hospital objeto de estudio; lo cual se relaciona con un trabajo de Colombia³³ donde un 47,8% de pacientes con VIH – SIDA presentan lesiones orales con la típica frecuencia de leucoplasia vellosa que es también afín histológico del carcinoma espinocelular.

En España se presentó un reporte³⁴ que refuerza los datos obtenidos afirmando que la disminución de linfocitos CD4 relacionada con una marcada inmunosupresión favorece el desarrollo de neoplasias orales y su progresión crónica, la cual es evidente en la presente investigación que se relaciona además con un artículo de Venezuela³⁵ que afirma que en 96 pacientes con VIH – SIDA todos presentaron afecciones bucodentales de orden crónico a pesar de tener tratamiento TARGA, lo cual evidencia un comportamiento oncogénico desencadenado por el virus y que no puede ser regulado por la terapia TARGA, ni por antineoplásicos. Otros estudios muestran un acusado

incremento de la incidencia de verrugas orales (papilomas) en pacientes tratados con inhibidores de las proteasas y de papilomas, condilomas e hiperplasia epitelial focal por virus del papiloma humano en pacientes tratados con TARGA. En los niños con VIH que han recibido TARGA no se han observado cambios relevantes en el número de lesiones orales²⁰

CONCLUSIONES

Se logró determinar la relación entre las neoplasias orales con el grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA del Hospital Regional Docente Las Mercedes periodo 2016 - 2017, la cual es inversamente proporcional.

Se logró identificar los casos de neoplasias orales presentes en pacientes con infección VIH – SIDA en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, 2016 - 2017; donde de 80 casos se revisó las historias clínicas y los reportes estadísticos en la Unidad de Estadística e Informática del Hospital Regional Docente las Mercedes (Sistema HIS) que evidenciaron dicha afección considerando la siguiente frecuencia: Sarcoma de Kaposi con 42 casos, Linfoma no Hodking con 23 casos, Carcinoma espinocelular con 10 casos y linfoma linfocítico con 5 casos.

Se logró conocer el grado de cronicidad en los casos de neoplasias orales presentes en pacientes con infección VIH – SIDA en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, 2016 - 2017; donde de 80 casos, 14 de ellos presentaron cronicidad evidente, mientras que 66 casos fueron agudos, en la revisión de las historias clínicas y los reportes estadísticos en la Unidad de Estadística e Informática del Hospital Regional Docente las Mercedes (Sistema HIS)

Se asoció estadísticamente la lesión bucodental de tipo neoplásico con el estado de cronicidad de pacientes tratados de SIDA en el Hospital Regional Docente Las Mercedes-Chiclayo, 2016 - 2017; demostrándose que los niveles de cronicidad se relacionan inversamente con la malignidad de la lesión bucodental de tal manera que un estadio no crónico es prácticamente agudo o fulminante, y un estado crónico presenta la neoplasia con una mayor tasa de sobrevida.

RECOMENDACIONES

1. Se debe estimular la continuación de los estudios sobre la relación entre las neoplasias orales y el grado de cronicidad de las mismas en las diversas regiones del país a fin de poner en práctica diversos procesos que permitan a todos los odontólogos, estudiantes y tesistas atender este problema y así poder darles calidad de vida a los pacientes.
2. Tener un protocolo reglamentario dirigido a los profesionales de salud donde se considere la anotación correcta de cualquier enfermedad crónica bucodental que tenga relación con el HIV a fin de poder dar seguimiento de los casos.
3. Se sugiere a los futuros profesionales odontólogos ampliar los conocimientos sobre las enfermedades crónicas bucodentales relacionadas con el HIV – SIDA y su tratamiento.
4. Se sugiere a las diferentes universidades organicen y promuevan estudios similares que evalúen la condición de sus estudiantes de odontología en lo que respecta al conocimiento y tratamiento de enfermedades crónicas bucodentales asociadas con el HIV – SIDA.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Isabel Febrer Bosch. Lesiones cutáneo–mucosas en la infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida. Estudio clínico–patológico. Tesis Doctoral. Valencia. 1989.
2. Barone R, Ficarra G, Gaglioi D, Orsi A, Mazzotta F. Prevalence of oral lesions among HIV-infected intravenous drug abusers and other risk groups. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, 1990; 69: 169-173.
3. Lifson AR, Hilton JF, Westenhouse JL, Canchola AJ, Samuel MC, Katz MH et al. Time from HIV seroconversion to oral candidiasis or hairy leucoplakia among homosexual and bisexual men enrolled in three prospective cohorts. *AIDS.*, 1994;8:73-79.
4. Greenspan JS, Greenspan D. The epidemiology of the oral lesions of HIV infection in the developed world. *Oral Dis .*, 2002; 8: suppl 2: 34-39.
5. Shiboski CH, Hilton JF, Greenspan D, Westenhous JL, Derish P, Vranizan K et al. HIV-related oral manifestations in two cohorts of women in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1994;7:964-971.
6. Shiboski CH, Hilton JF, Neuhaus JM, Canchota A, Greenspan D. Human immunodeficiency virus – related oral manifestations and gender. A longitudinal analisis. The University of California, San Francisco Oral AIDS Center Epidemiology Collaborative Group. *Arch Inter Med.*, 1996; 156: 2249- 2254.
7. Arendorf TM, Bredekamp B, Cloete CA, Saurer G. Oral manifestactions of HIV infection in 600 South African patients. *J Oral Pahol Med.*, 1998; 27: 176-179.
8. Patton LL, McKaig R, Straauss R, Rogers D, Eron JJ Jr. Changing prevalence of oral manifestations of human immunodeficiency virus in the era of protease inhibitor therapy. *Oral Surg Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*, 2000; 90: 299- 304.

9. Greenspan D, Canchola AJ, MacPhail LA, Cheikh B, Greenspan JS. Effect of highly active antiretroviral therapy on frequency of oral warts. *Lancet.*, 2001; 357: 1411-1412.
10. Cauda R, Tacconelli E, Tumbarello M, Morace G et al. Role of protease inhibitors in preventing recurrent oral candidosis in patients with HIV infection : a prospective case control study. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, 1999; 21:20-5.
11. Arendorf TM, Bredekamp B, Cloete C, Word R, O'Keefe E. Intergroup comparisons of oral lesions in HIV-positive South Africans. *Oral Dis* 1997 Suppl 1: S 54-57.
12. Gileva OS, Sazhina MV, Gileva ES, Efimov AV, Scully C. Spectrum of oral manifestations of HIV/AIDS in the Perm region (Russia) and identification of self-induced ulceronecrotic lingual lesions. *Med Oral.*, 2004; 9: 212- 215.
13. Sondergaard J, Weismann K, Vithayasai P, Srisuwan S, Manela-Azulay M. Ethnic and geographic differences and similarities of HIV-AIDS-related mucocutaneous disease. Danish study groups. *Int J Dermatol.*, 1995; 34: 416- 419.
14. Klein RS, Harris CA, Small CB, Moll B, Lesser M, Friedland GH. Oral candidiasis in high risk patients as the initial manifestations of the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med.*, 1984; 311: 354–358.
15. McCarthy G. Host factor associated with HIV- positive related oral candidiasis. A review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, 1992; 73: 181-186.
16. Kirby AJ, Muñoz A, Detels R, Armstrong JA, Saah A, Phair JP. Trush and fever as measures of immunocompetence in HIV-1 infected men. *J Acquired Immun Defic Syndr* 1994; 7: 1242- 1249.
17. Ficarra G, Berson AM, Silverman S Jr, Quivey JM, Lozada-Nur F et al. Kaposi's sarcoma of the oral cavity: a study of 134 patients with review of the pathogenesis, epidemiology, clinical aspects and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, 1988; 66: 543-550.

18. Regezi JA, MacPhail La, Daniels TS, Greenspan JS, Greenspan D, Dodd CL et al. Oral Kaposi's sarcoma: a 10 year retrospective histopathologic study. *J Oral Pathol Med* ., 1993; 22: 292-297.
19. Coogan MM, Greenspan J, Challacombe SJ. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bull World Health Organ.*, 2005; 83: 700-706.
20. Kabbas A, Lightman HA, Pober SJ. *Inmunología celular y molecular*. 2da. Edición. Interamericana Mac Graw-Hill. 1995. 472-486
21. Greenwood I, Zakrzewska JM, Robinson PG. Changes in the prevalence of HIV-associated mucosal disease at a dedicated clinic over 7 years. *Oral Dis* 2002;8:90-4.
22. Cherry-Peppers G, Daniels CO, Meeks V, Sanders CF, Reznik D. Oral manifestations in the era of HAART. *J Natl Med Assoc* 2003;95:21-32.
23. Shiboski CH. HIV-related oral disease epidemiology among women: year 2000 update. *Oral Dis* 2002;8:44-8.
24. Aguirre JM, Echebarria MA, Ocina E, Ribacoba L, Montejo M. Reduction of HIV associated oral lesions with infection in patients after highly active antiretroviral therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;88:114-5.
25. Eyeson JD, Tenant-Flowers M, Cooper DJ, Johnson NW, Warnakulasuriya KA. Oral manifestations of an HIV positive cohort in the era of highly active anti-retroviral therapy (HAART) in South London. *J Oral Pathol Med* 2002;31:169-74.
26. Challacombe SJ, Coogan MM, Williams DM. Overview of the Fourth International Workshop on the Oral Manifestations of HIV Infection. *Oral Dis* 2002;8:9-14.
27. Grando LJ, Yurgel LS, Machado DC, Nachman S, Ferguson F, Berentsen B, et al. The association between oral manifestations and the socioeconomic and cultural characteristics of HIV-infected children in Brazil and in the United States of America. *Rev Panam Salud Publica* 2003;14:112-8

28. Sánchez C. Reyes H. Diseños y métodos de la investigación científica. 2 edición. Editorial Amaru. Lima. Perú. 1999.
29. Cerezal. J. Fiallio. C. Huaranga R. Los métodos científicos en las investigaciones pedagógicas. 2. Edición. Editorial San Marcos. Lima. Perú. 2004.
30. Daniel W. Bioestadística: base para la investigación en ciencias de la salud. 4 Edición. Editorial H.B. México. México. 2012.
31. García, Ileana. “Manifestaciones bucales de la infección por VIH-SIDA” para la Revista Médica Electrónica 2006. Facultad de Ciencias Médicas “Juan Guiteras Gener”. Matanzas
32. Harris Jhonatan, Antonio Díaz, y Natalia Fortich Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. Versión impresa ISSN 0864-0300. Rev Cubana Invest Bioméd vol.32 no.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2013
33. Medina NE, Brett MM, Betancourt F, Patiño JC. “Frecuencia de lesiones en cavidad oral de pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, Colombia (2005-2010)”. Para Univ Odontol. 2012 Ene-Jun; 31(66): 51-58
34. Aguirre-Urizar JM, Echebarría-Goicouría MÁ, Eguía-del Valle A. “Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: manifestaciones en la cavidad bucal” para Med Oral Patol Oral Cir Bucal;9 Suppl:S148-57. © Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1137 – 2834
35. Urdaneta, Benito y colaboradores “Manifestaciones bucales en pacientes VIH positivos y su relación con valores de linfocitos CD4” para Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 45 Nº 2 / 2007 ISSN: 0001-6365 – www.actaodontologica.com

Anexo N° 01: Matriz de Consistencia

“NEOPLASIAS ORALES Y GRADO DE CRONICIDAD EN PACIENTES CON VIH – SIDA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - CHICLAYO, 2016 - 2017”

Problema	Objetivo	Tipo de Investigación	Hipótesis
¿Qué relación presentan las neoplasias orales con el grado de cronicidad en pacientes con VIH – sida del Hospital Regional Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017?	Determinar la relación entre las neoplasias orales con el grado de cronicidad en pacientes con VIH – sida del Hospital Regional Las Mercedes - Chiclayo, 2016 - 2017	El presente estudio es de carácter explicativo, comparativo y prospectivo in – vivo.	Las neoplasias orales se relacionan significativamente con el grado de cronicidad en pacientes con VIH – sida del Hospital Regional Las Mercedes - Chiclayo, 2016 – 2017
Diseño de investigación	Población y muestra	Variables	Técnicas de recolección de datos
El diseño de investigación corresponde al de un diseño correlacional	Muestra 80 pacientes con SIDA que presentan lesiones bucodentales de tipo neoplásico.	Las neoplasias orales en pacientes con VIH – sida El grado de cronicidad en pacientes con VIH – SIDA	Para la presente investigación se emplearon las técnicas de gabinete tales como: el fichaje el cual prácticamente permitirá componer la estructura del marco teórico, El análisis documental es una aplicación hermenéutica sobre los contenidos detallados en el marco teórico. También se empleó las técnicas de campo como la observación y su respectiva Ficha técnica de histopatología

Anexo Nº 02: Instrumento de Recolección de Datos

(Diseñado por Br.oscar alfaro Chávez y validado por EXPERTOS)

Nº:

DATOS DEL PACIENTE:

EDAD:

SEXO:

PESO:

ANALISIS HISTOPATOLOGICO:

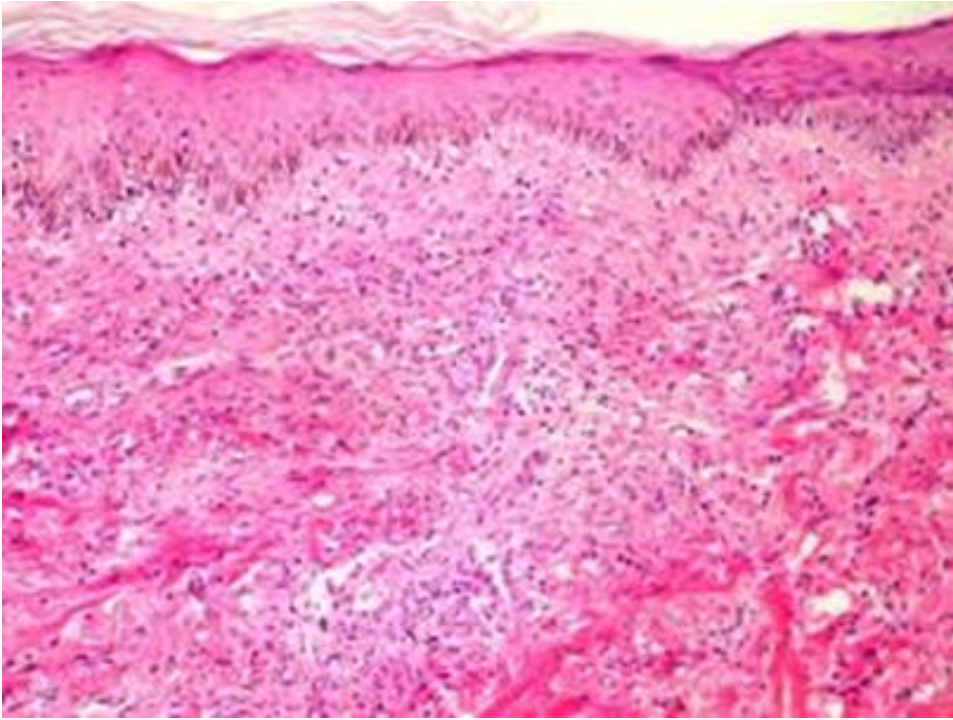
LAMINA Nº:

TIEMPO DE DESARROLLO:

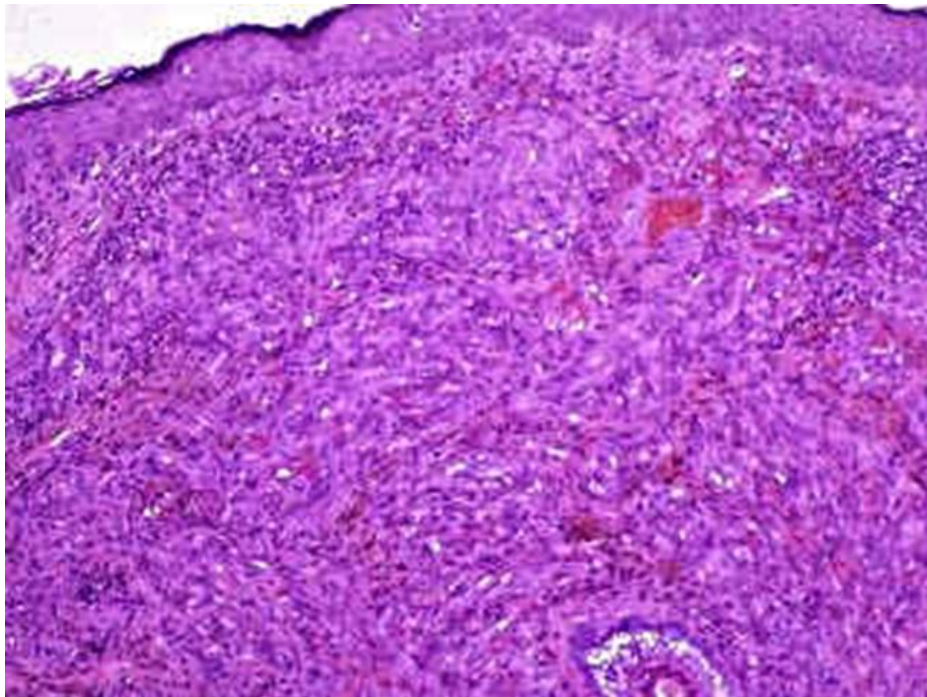
PIEZA ANATOMOPATOLOGICA:

CATEGORIA HISTOLOGICA	INDICADOR	VALOR DETECTADO
INFLAMACION	AUSENTE	
	PRESENTE	
HIPERPLASIA	AUSENTE	
	PRESENTE	
HIPERTROFIA	AUSENTE	
	PRESENTE	
METAPLASIA	AUSENTE	
	PRESENTE	
NEOPLASIA	AUSENTE	
	PRESENTE	

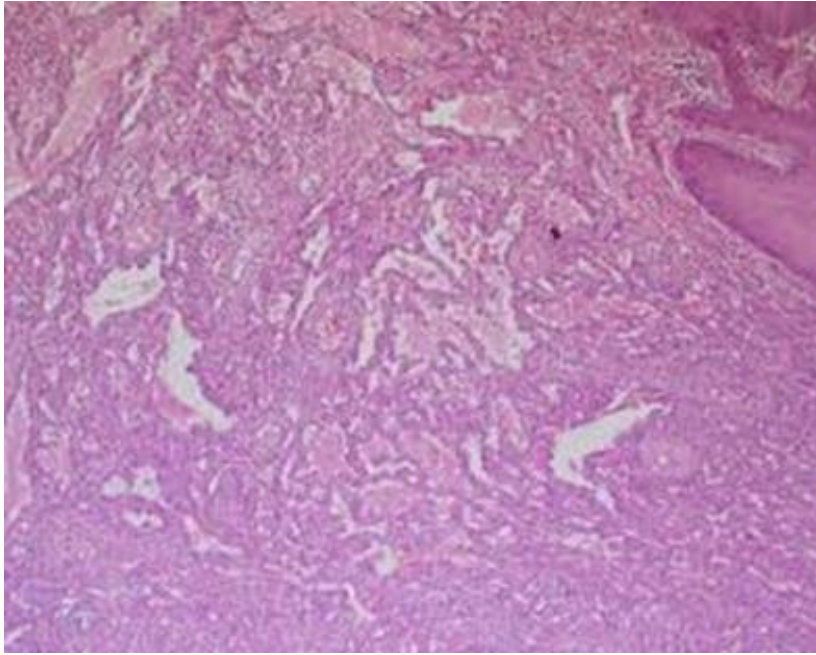
Anexo N° 03: Panel Fotográfico



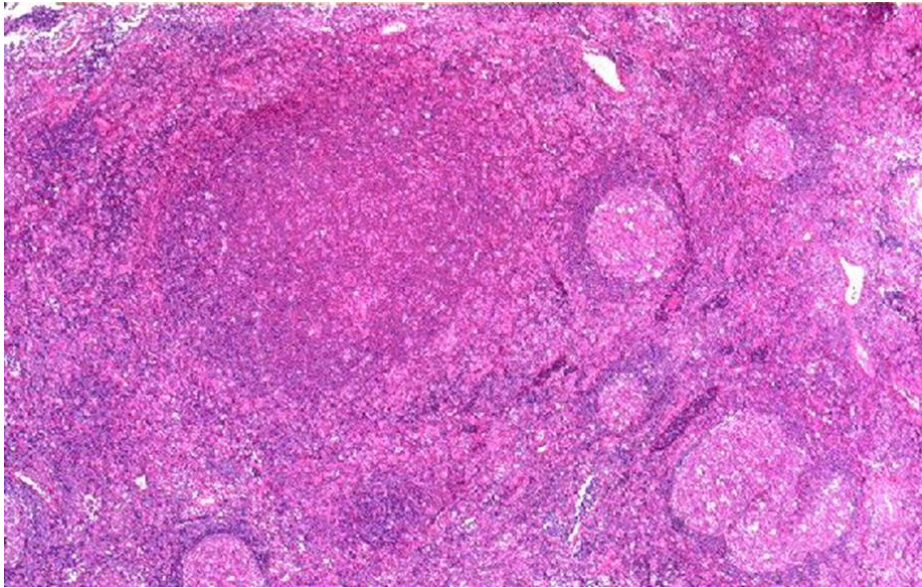
Sarcoma de Kaposi – Lesión bucal – HE x400 – Paciente 01



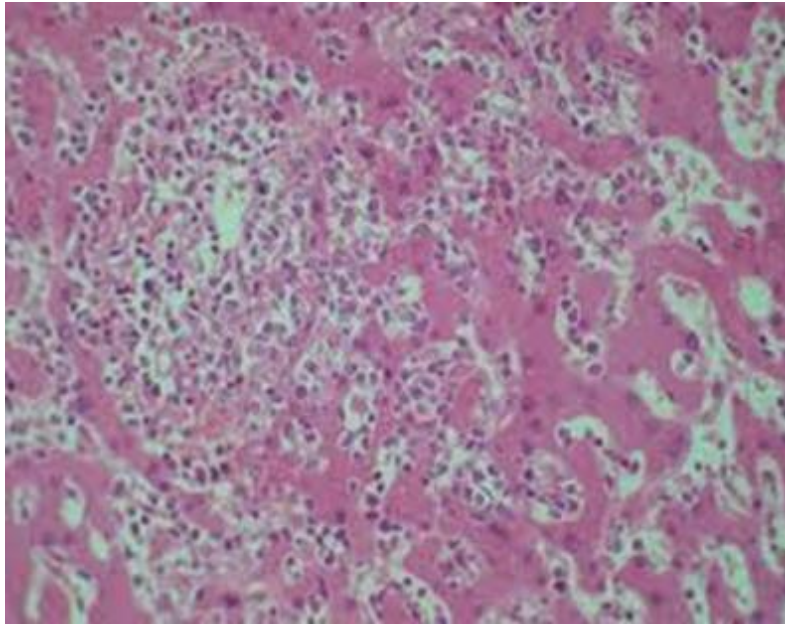
Sarcoma de Kaposi – Lesión bucal – HE x400 – Paciente 02



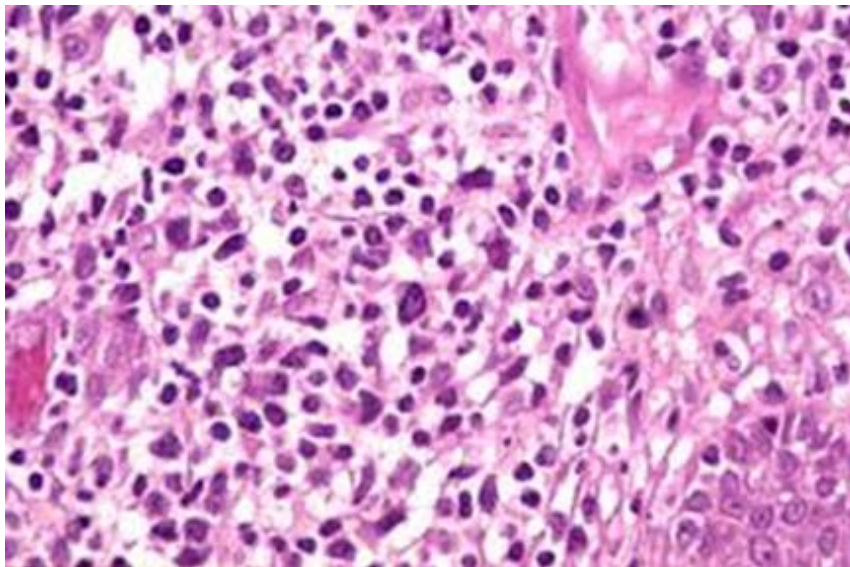
Sarcoma de Kaposi – Lesión bucal – HE x400 – Paciente 03



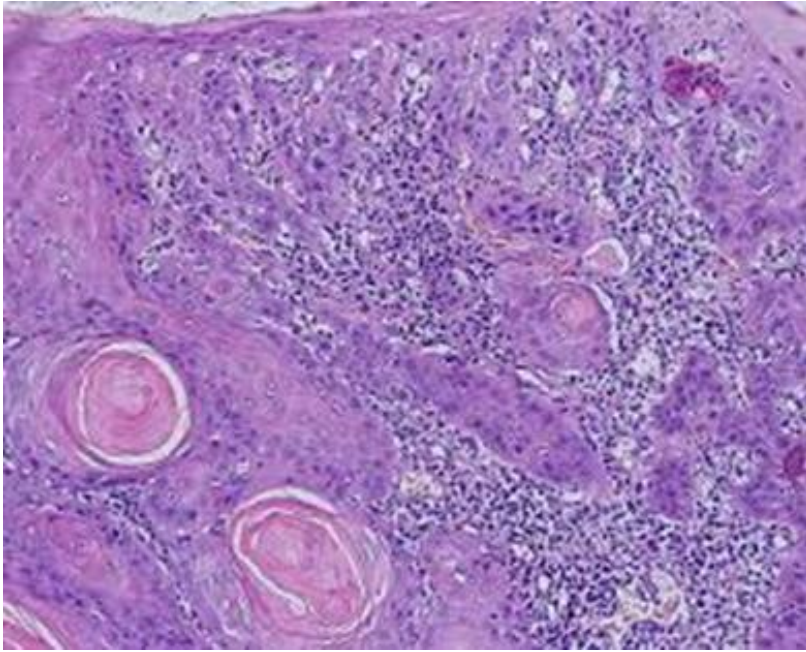
Linfoma no Hodking – Lesión bucal – HE x400 – Paciente 34



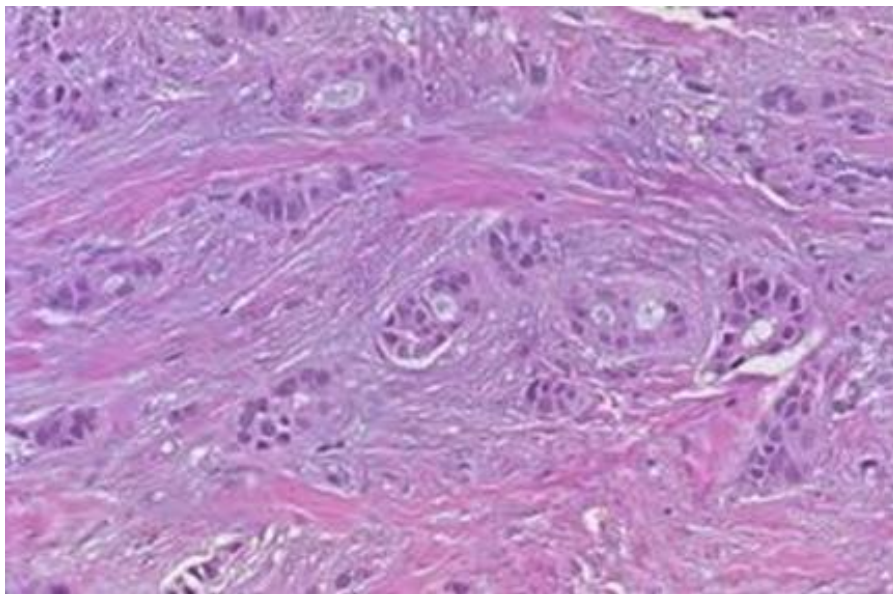
Linfoma no Hodking – Lesión bucal – HE x400 – Paciente 35



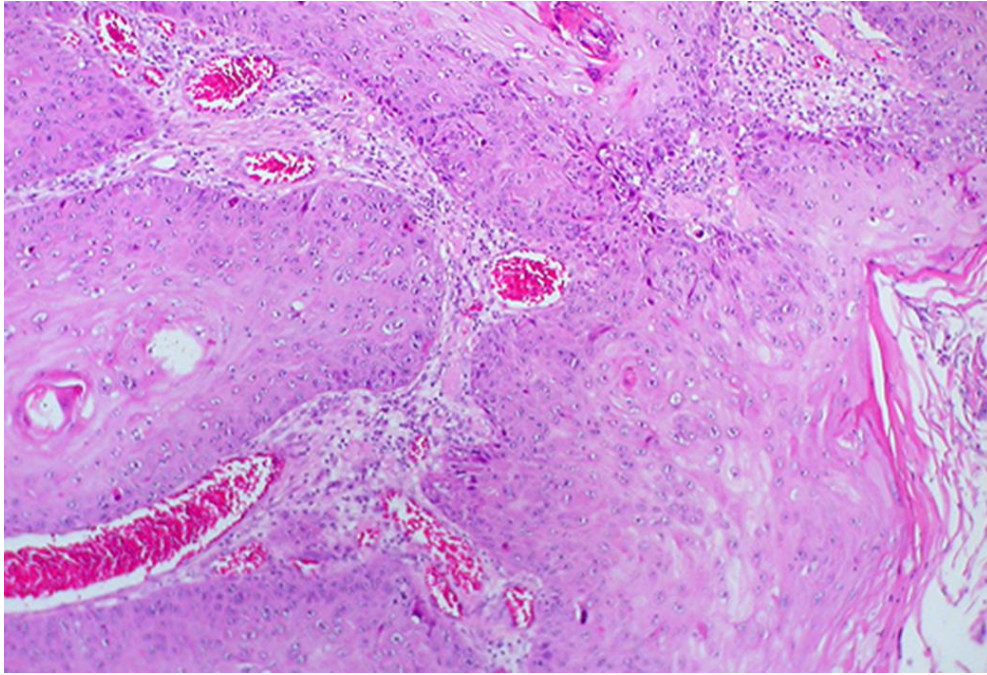
Linfoma no Hodking – Lesión bucal – HE x400 – Paciente 36



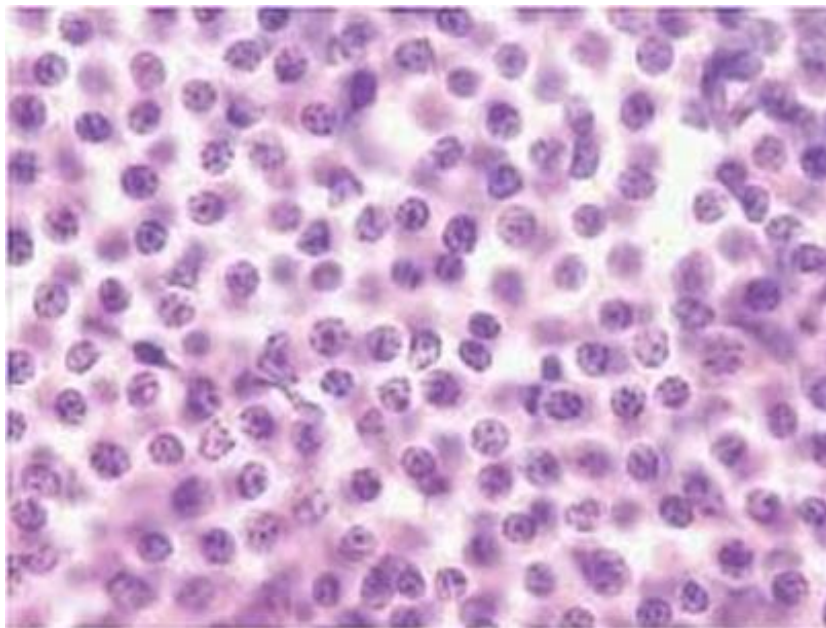
Carcinoma espinoceluloso – Lesión bucal – HE x400 – Paciente 56



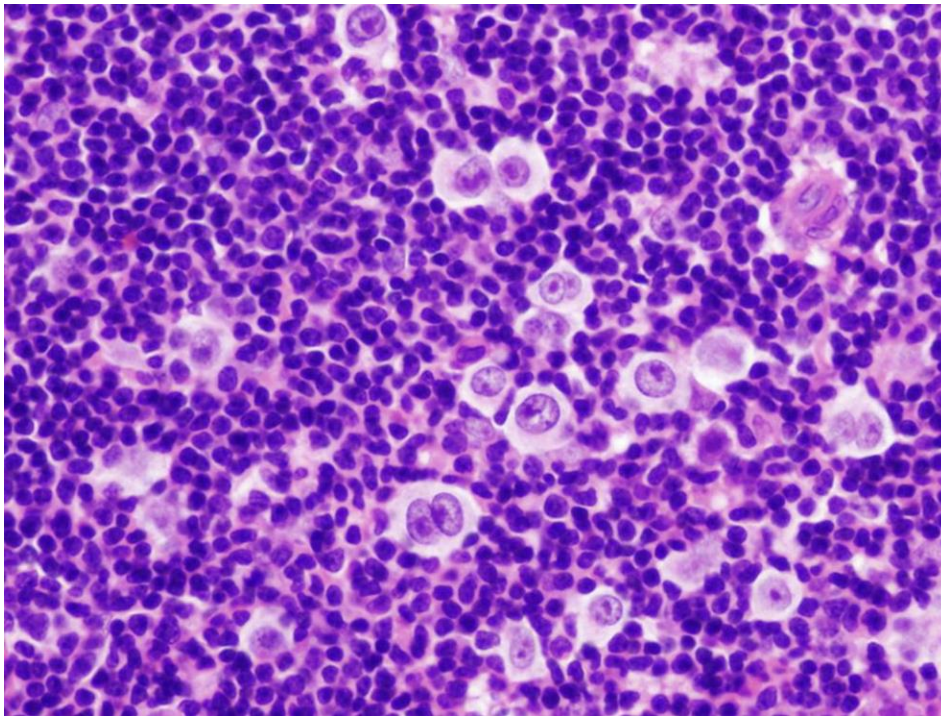
Carcinoma espinoceluloso – Lesión bucal – HE x400 – Paciente 57



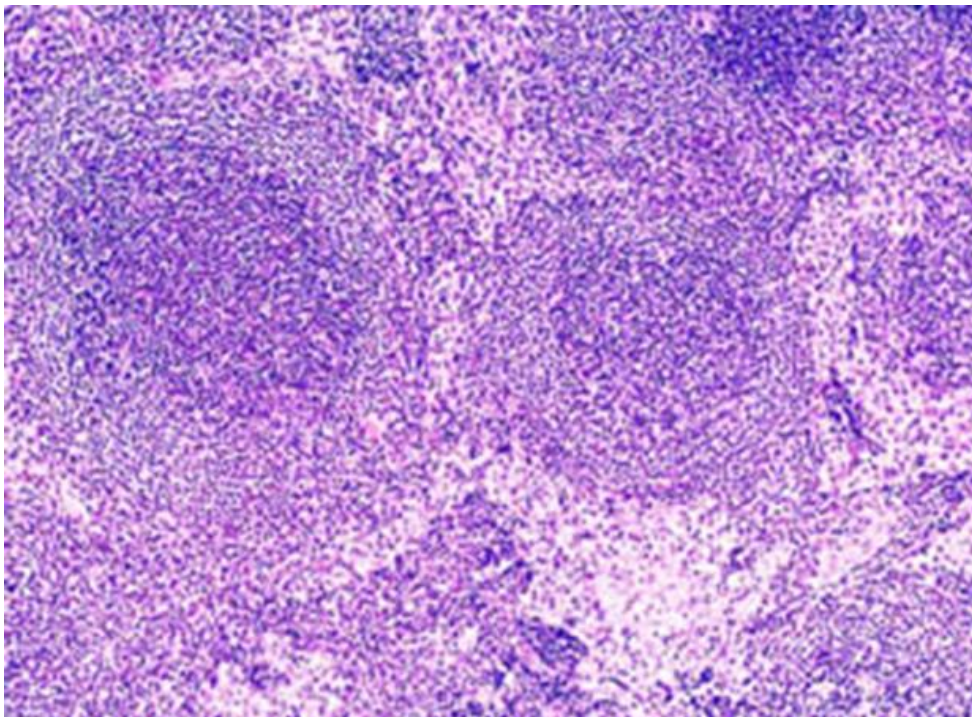
Carcinoma espinoceluloso – Lesión bucal – HE x400 – Paciente 58



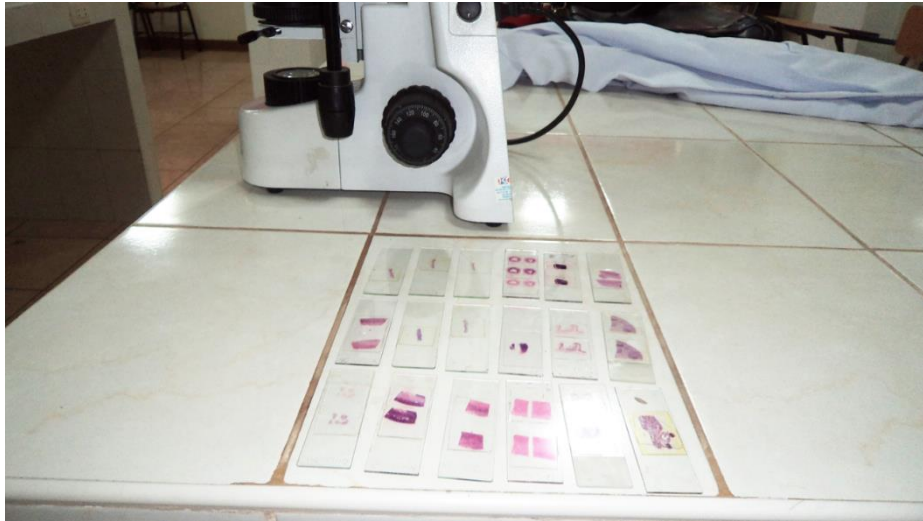
Linfoma linfocítico – Lesión bucal – HE x400 – Paciente 77



Linfoma linfocítico – Lesión bucal – HE x400 – Paciente78



Linfoma linfocítico – Lesión bucal – HE x400 – Paciente 79



Muestras del lote C de la muestra 14 sujetos con lesiones bucodentales Crónicas en contexto de VIH



Investigador: Br. Oscar Alfaro evaluando las muestras respectivas.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
DIRECCION REGIONAL DE SALUD- LAMBAYEQUE
HOSP. REG. DOC. "LAS MERCEDES"
08 JUN 2017
TRAMITE DOCUMENTARIO
HORA: 12:00 PM

CARTA DE PRESENTACION

Estimado Director General del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, el que suscribe Coordinador de Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo presenta a

Br. Oscar Alberto Alfaro Chávez

Egresado – bachiller en estomatología de nuestra universidad que ha presentado su proyecto titulado: **CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS DE LAS NEOPLASIAS ORALES Y GRADO DE CRONICIDAD EN PACIENTES CON VIH – SIDA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - CHICLAYO, 2016** que presentamos a nivel de perfil adjuntado a la presente; el cual será llevado a cabo en vuestra institución y cuya información será retornada bajo la forma de Artículo Científico.

A espera de la generosa atención brindada por vuestra persona a nuestro egresado. Agradecemos de antemano su valioso servicio reitero mi alta estima personal.

Atentamente,-



M.Sc. C.D. Antonio Victor DURAND PICO
Coordinador de la EAP de ESTOMATOLOGIA – UAP



N° 269/18

AUTORIZACIÓN

El Director y el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional Docente "Las Mercedes", autoriza a:

ALFARO CHAVEZ, OSCAR ALBERTO

Para ejecutar su proyecto titulado "Neoplasias orales y grado de cronicidad en pacientes con VIH-SIDA, Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo 2016-2017"; en la

UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA

Durante los meses de junio - julio 2018.

Chiclayo, junio del 2018.

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSP REG "LAS MERCEDES" - CHICLAYO
Mg. Brindley F. Medina Saldaña
C.P. 21773
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



El Jefe de la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Regional Docente Las Mercedes otorga la presente :

CONSTANCIA

Por intermedio de la Presente se hace constar que el Señor **ALFARO CHAVEZ, OSCAR ALBERTO**, Ha realizado su Trabajo de investigación y recolección de Datos para su Proyecto de Tesis Titulado "Neoplasias orales y grado de cronicidad en pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, del periodo 2016 – 2017" trabajando con los datos de Consultorios Externos ingresados al sistema HIS en Línea; de esta Unidad, dándosele todas facilidades para realizar dicho trabajo.

Para su recolección de datos el Mencionado Señor ha demostrado preocupación para recabar toda la información requerida para dicho fin.

Se le Expide la presente a solicitud de los interesados para los fines pertinentes.

Chiclayo, 02 de Julio del 2,018.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD-LAMBAYEQUE
HOSP. REG. DOC. "LAS MERCEDES" CH.
Arturo Trigos Ordoñez
Jefe de la Unidad de Estadística e Informática



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA

(Nº Registro 363 - 2018)

El Director y Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, otorgan la presente constancia a:

ALFARO CHÁVEZ, OSCAR ALBERTO

Quienes han realizado la Ejecución de datos pertinente para su proyecto de tesis titulado: **“NEOPLASIAS ORALES Y GRADO DE CRONICIDAD EN PACIENTES CON VIH-SIDA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO, 2016-2017”** durante el mes de Junio – Julio del 2018 en la Unidad de Estadística e Informática de este Nosocomio.

Chiclayo, Julio 2018.



[Firma]
Dña. PATRICIA RAQUEL CHIRINOS GUEVARA
Directora Ejecutiva HRDLMCH



[Firma]
D. ALFREDO LLENQUE TEQUE
Jefe Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION
 1.4. AÑO DEL INSTRUMENTO

DURÁN PÍCHA ANTONIO VÍCTOR
 UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 FICHA

II. PUNTAJE DE VALORACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE		MINIMAMENTE ACEPTABLE				ACEPTABLE						
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado													✓
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos													✓
3. ACTUALIZACION	Esta adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la Investigacion.													✓
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización logica.													✓
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													✓
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis.													✓
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													✓
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los sítems.													✓
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.													✓
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relacion entre los componentes de la Investigacion y su adecuacion													✓

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
 b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

95%

FECHA: 16-Ago-2018 DNI: 20425261

FIRMA DEL EXPERTO: *[Firma manuscrita]*

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO
- 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA
- 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION
- 1.4. AUTOS DEL INSTRUMENTO

Tacilla Ramirez, Rosa Marisol
 UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 FICHA


II. ASPECTOS DE VALORACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado													✓
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios cientificos													✓
3. ACTUALIZACION	Esta adecuadoo los objetivos y las necesidades reales de la investigacion.													✓
4. ORGANIZACION	Existe una organizacion logica.													✓
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													✓
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipotesis.													✓
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos tecnicos y/o cientificos.													✓
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipotesis, variables, dimensiones, indicadores con los sitem.													✓
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodologia y disenio aplicados para lograr las hipotesis.													✓
10. PERTINENCIA	El insteumento muestra la relacion entre los componentes de la investigacion y su adecuacion													✓

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

- a. El Instrumento cumple con los requisitos para su aplicacion
- b. El Instrumento no cumple con los requisitos para su aplicacion

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: 15/08/18 DNI: 10830927 FIRMA DEL EXPERTO: 

Mg.C.D. Marisol Tacilla Ramirez
 COP 13969

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO

DURAND VASQUEZ ANTONIO

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado										/			
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos										/			
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.										/			
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.										/			
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.										/			
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis.										/			
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.										/			
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los sistemas.										/			
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.										/			
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la Investigación y su adecuación										/			

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA:

DNI:

0488204

FIRMA DEL EXPERTO:

Antonio A. Durand Vasquez
 CIRUJANO DENTISTA
 C. O. P. 9706

