



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

MANIFESTACIONES PATOLÓGICAS EN LA MUCOSA ORAL DE PACIENTES  
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS.  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA -2016.

Tesis presentado por:  
VANESA MARIBEL, VARGAS ESCOBAR  
Para optar el Título Profesional de  
Cirujano Dentista

AREQUIPA – PERÚ  
2016

## DEDICATORIA

A Dios, por ser parte de su creación y de su infinita bondad, por su ayuda espiritual en momentos difíciles y por fortalecer mi fe a ti mi creador, por guiarme

A mi madre María Aurelia Escobar Rodríguez y a mis hermanos a mis sobrinos por todo el apoyo brindado a lo largo de mis estudios, son mi gran fuerza a seguir adelante a lograr cada una de mis metas, gracias por ser mi gran familia los quiero.

A mis Abuelitos Lauro y margarita por su amor tolerancia, siempre los recordare con mucho cariño.

A Rodolfo Gorveña siempre estuviste a mi lado en cada paso importante de mi vida, gracias por tu gran apoyo y comprensión.

## ADRADECIMIENTO

Al mi Asesor el Dr. Xavier Sacca Urday, docente del área de investigación de la escuela de Estomatología de la universidad Alas Peruanas , por su valioso tiempo que dedico a mi proyecto de investigación aportando ideas y motivación ..

A la Dra. Luz Nieto Muriel, Coordinadora de la escuela de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, por su gran apoyo y paciencia en la revisión de mi proyecto de investigación y por sus enseñanzas.

Al Director del Hospital Regional Honorio Delgado Espinosa - Minsa - Unidad de Hemodiálisis .Arequipa. A todo el personal médico que labora en dicha institución, a los pacientes por su colaboración su tiempo y paciencia.

## INDICE

Resumen	1
Abstract	2
CAPITULO I: INTRODUCCION	3
1. Titulo	4
2. Justificación e importancia	
3. Problema de la investigación	
4. Área del conocimiento	5
5. Objetivos	
CAPITULO II: MARCO TEORICO	6
1. Mucosa Oral	7
1.1 Concepto	
1.2 Clasificación histopográfica y funcional de la mucosa	
a) Mucosa de Revestimiento	
b) Mucosa Masticatoria	
c) Mucosa Especializada	
1.3 Características clínicas en relación con la estructura histológica	
1.4 Histofisiología general de la mucosa bucal	
a) Movilidad	
b) Sensibilidad	
c) Protección	
d) Digestión	
e) Absorción	
f) Excreción	
1.5 Órganos que constituyen en la cavidad oral	
1. Labios	
2. Carillo o mejilla	
3. Lengua	10
4. Piso de Boca	12

5. Paladar Duro	13
6. Paladar Blando o Velo del Paladar	14
2. Encía	15
2.2 Concepto	
2.3 Características Clínicas	
a) Encía Marginal	
b) Encía Insertada	16
c) Encía Interdental	
2.4 Correlación entre Características Clínicas y microscópicas	
1. Color	17
2. Tamaño	
3. Contorno	
4. Forma	
5. Consistencia	
6. Textura Superficial	
7. Posición	
3. Patologías Orales	21
3.1 Úlcera Aftosa	
3.1.1 Concepto	
a) Aftas mayores	
b) Aftas Menores	
3.1.2 Tratamiento	
3.2 Estomatitis Urémica	22
3.2.1 Concepto	
3.3 Hiperplasia Gingival	
3.3.1 Concepto	
3.3.2 Manifestaciones Clínicas	
3.3.3 Tratamiento	
3.4 Petequias	24
3.4.1 Concepto	
3.5 Equimosis	
3.5.1 Concepto	

3.6	Queilitis Angular	
3.6.1	Concepto	
3.6.2	Tratamiento	
3.7	Sangrado Gingival	
3.7.1	Concepto	
3.8	Estomatitis Aftosa Recidivante	
3.8.1	Concepto	
3.8.2	Manifestaciones Clínicas	
3.8.3	Tratamiento	
3.8.4	Clasificación	
1.	Estomatitis Aftosa Menor	
1.1	Concepto	
1.2	Manifestaciones Clínicas	
1.3	Tratamiento	
2.	Estomatitis Aftosa Mayor	29
2.1	Concepto	
2.2	Manifestaciones Clínicas	
2.3	Tratamiento	
3.	Úlcera Herpetiforme	30
3.1	Concepto	
3.2	Manifestaciones Clínicas	
3.3	Tratamiento	
3.9	Eritema Multiforme	32
3.9.1	Concepto	
3.9.2	Manifestaciones Clínicas	
3.10	Liquen Plano	35
3.10.1	Concepto	
3.10.2	Clasificación	
a)	Reticular	
b)	Atrófico	
c)	Placas	
3.11	Candidiasis	39

3.11.1	Concepto	
3.11.2	Manifestaciones Clínicas	
3.11.3	Clasificación	
	1 Candidiasis Seudomenbranosa Aguda ( Muget)	40
	2. Candidiasis (Eritematosa)	41
	3. Crónica (Leucoplasica Candidiasica)	42
4	Insuficiencia Renal Crónica	43
4.1	Concepto	
	4.1.1 Anatomía y Fisiología del Riñón	
4.2	Clasificación	46
4.3	Etiología	
4.4	Fisiopatología	
4.5	Manifestaciones Clínicas	
4.6	Diagnostico	
4.7	Tratamiento	49
4.8	Actividad y atención odontológica	51
5	Hemodiálisis	53
5.1	Concepto	
5.2	Principios Físico – Químico de la Hemodiálisis	
	a) Difusión	
	b) Convención	
5.3	Componentes de la Hemodiálisis	54
	a) Dializador	
	b) Monitor de la Hemodiálisis	
	c) Liquido de la Hemodiálisis	
	d) Anticoagulación	
5.4	Indicaciones y Contraindicaciones de la Hemodiálisis	55
5.5	Control Clínico en el paciente de Hemodiálisis	56
5.6	Complicaciones de la Hemodiálisis	
2.	Antecedentes Investigativos	57
3.	Hipótesis	59

CAPITULO III: METODOLOGIA	60
1. Ámbito de Estudio	61
2. Tipo y Diseño de Investigación	
3. Unidades de Estudio	62
4. Población y Muestra	
5. Técnicas y Procedimientos	63
6. Producción y Registro de Datos	
7. Técnicas de Análisis Estadísticos	67
8. Recursos	
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION	69
1. Presentación de Resultados	70
2. Discusión	98
CONCLUSIONES	100
RECOMENDACIONES	101
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	102
ANEXOS	104



## RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado Manifestaciones Patológicas en la mucosa oral de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis. Hospital General Honorio Delgado Espinoza. Arequipa -2016. Pretendió establecer algunas patologías evidentes en mucosa oral.

La presente investigación es de tipo no experimental, con un diseño transversal, de campo, prospectivo y descriptivo. El tamaño de la población fue de 100 pacientes, en la que se evaluó clínicamente a 56 pacientes, para este fin se utilizó una ficha clínica y un consentimiento informado.

La Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad progresiva y e irreversible que afecta a la población.

El presente trabajo de investigación estudio a pacientes diagnosticados con IRC y que presentaron manifestaciones patológicas.

En los resultados de los pacientes examinados se determinó que las petequias se encontraron en un 21,4 % seguido el sangrado gingival en un 17.9% y la hiperplasia gingival en un 12.5% y la equimosis en un 10.7%

Palabras claves: Manifestaciones patológicas, Insuficiencia Renal Crónica

## ABSTRACT

This research paper entitled Pathological manifestations in the oral mucosa of patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. General Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa -2016. He tried to establish some obvious pathologies in oral mucosa.

This research is no experimental , with a retrospective and prospective cross-sectional design field , The size of the population were 100 patients , in which 56 patients clinically for which a clinical record and informed consent was used was evaluated.

Chronic renal failure is a progressive and irreversible disease that affects the population.

This research study patients diagnosed with chronic renal failure and who had pathological manifestations.

The results of the patients examined was determined that petechiae was found in 21.4 % gingival bleeding followed by 17.9 % and gingival hyperplasia in 12.5% and 10.7% ecchymosis.

Keywords: pathological manifestations, Chronic Renal Failure

# **CAPITULO I: INTRODUCCION**

## 1. Título

Manifestaciones Patológicas en la mucosa oral de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa -2016.

## 2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El sistema renal juega un papel importante en nuestro organismo, eliminando sustancias nocivas y productos de desecho. Cuando el sistema deja de realizar sus funciones, va a provocar Insuficiencia Renal Crónica; enfermedad, de etiología múltiple, progresiva y e irreversible que conlleva a la hemodiálisis, es la etapa final, que va empeorando su calidad de vida; puede estar asociada a diferentes patologías sistémicas crónicas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial entre otras. En la actualidad afectando al 10 % de la población siendo la incidencia mayor en hombres que mujeres.

Con el presente estudio se pretende dar a conocer a la comunidad odontológica mejor conocimiento sobre las condiciones en que se encuentran los pacientes sometidos a hemodiálisis enfatizando en la cavidad oral, con el fin de poder planificar y efectuar tratamientos necesarios incluso antes del procedimiento renal, además, no solo informar sobre los cuidados que necesitan, ya que las piezas dentarias, tejidos blandos y duros también son afectadas durante el tiempo de enfermedad; sino también aplicar medidas de prevención que permitirán una atención con mayor calidad y mejorar la función, estética, y confort de esta manera elevar el autoestima y la calidad de vida de los pacientes .

## 3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las Manifestaciones Patológicas en la mucosa oral de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis .Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza .Arequipa- 2016?

#### 4. ÁREA DEL CONOCIMIENTO

- A. Área : Ciencias de la salud
- B. Campo : Odontología
- C. Especialidad : Odontología Preventiva y Medicina Oral
- D. Línea : Patología Renal - Insuficiencia Renal Crónica
- E. Tópico : Manifestaciones Patológicas en la mucosa oral

#### 5. OBJETIVO(S) DE INVESTIGACIÓN

- Identificar las Manifestaciones Patológicas en la mucosa oral de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis.
- Evaluar la localización de las manifestaciones patológicas en la mucosa oral en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis.

## CAPITULO II: MARCO TEORICO

## 1. MARCO REFERENCIAL TEÓRICO – CONCEPTUAL

### A .MARCO TEÓRICO

#### 1. Mucosa Oral

##### 1.1 Concepto

Está integrada por dos capas de tejido estructural y embriológicamente diferente: el epitelio o capa superficial constituida por un epitelio, de origen ectodérmico, y el corion o capa subyacente de tejido conectivo, de origen ectomesenquimatoso (derivado de las células de la cresta neutral), denominada también lámina propia. Ambas capas están conectadas por la membrana basal. Ésta relación no es lisa, sino que suele ser ondulada, ya que el tejido conectivo emite prolongaciones, hacia el epitelio, denominadas papilas coréales o conectivas, a su vez, el epitelio se proyecta hacia la lámina propia en forma de evaginaciones que se interdigitan con las papilas coriales y reciben el nombre de crestas epiteliales. Esta disposición estructural en papilas y crestas facilita la nutrición del epitelio de la mucosa bucal, al permitir una mayor proximidad entre el epitelio conjuntivo vascular y el tejido epitelial avascular.

##### 1.2 Clasificación histopográfica y funcional de la mucosa

La estructura morfológica de la mucosa varía por la adaptación funcional a la influencia mecánica que actúa sobre ella en las diferentes regiones de la cavidad bucal. Sobre la base de estos criterios histopográficos y funcionales podemos dividir la mucosa bucal en tres tipos principales (5).

###### a) Mucosa de revestimiento

Cumple una función de protección. El epitelio es de tipo no queratinizado, con un corion laxo o semilaxo y presenta una submucosa bien definida. Es distensible y se adapta a la contracción y relajación de las mejillas, labios y lengua, y a los movimientos del maxilar inferior, producidos durante la masticación. Este tipo de mucosa se encuentra en la cara interna

del labio, paladar blando, cara ventral de la lengua, mejillas y piso o suelo de la boca (7).

**b) Mucosa masticatoria**

Está sometida directamente a las fuerzas intensas de fricción y presión originadas por el impacto masticatorio. Suele estar fijada al hueso y no experimenta estiramiento. A este tipo de mucosa corresponden la encía y el paladar duro. El epitelio es queratinizado o paraqueratinizado, con numerosas crestas epiteliales (en especial, en las encías) y corion semidenso o denso, Carece de submucosa en la encía, pero está presente en la parte lateral del paladar duro donde encontramos tejido adiposo y glandular (7).

**c) Mucosa especializada**

Recibe este nombre porque aloja a los botones gustativos intraepiteliales, que tienen una función sensitiva destinada a la recepción de los estímulos gustativos, Los botones gustativos se localizan en el epitelio de las papilas linguales fungiformes, foliadas y caliciformes. Esta variedad de mucosa se observa en la cara dorsal de la lengua (7).



### **1.3 Histofisiología general de la mucosa bucal**

La cavidad bucal cumple múltiples funciones de:

- a) Movilidad
- b) Sensibilidad
- c) Protección
- d) Digestión
- e) Absorción
- f) Excreción

### **1.4 Órganos que constituyen la Cavidad Bucal**

#### **1. Labios**

La región labial está limitada por arriba, por el tabique nasal, el borde de los orificios nasales y la extremidad posterior del ala de la nariz, por abajo, por el surco nasolabial, y a los lados, por los surcos naso y labio genianos.

La superficie externa del labio está recubierta por una piel fina, que contiene folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas más abundantes en el hombre que en la mujer. (7)

La mucosa del labio está constituida por un epitelio plano estratificado no queratinizado, cuyas células superficiales presentan algunos núcleos picnóticos y se descaman.

#### **2. Carrillo o Mejilla**

Constituyen las paredes laterales de la cavidad oral. Hacia adelante están limitadas por los labios. En su cara cutánea, el surco nasogeniano y el labio geniano que lo continua forman el límite anterior (7).

La superficie externa de las mejillas está cubierta de piel fina. La superficie interna esta revestida por una mucosa (mucosa yugal) lisa, rosa y húmeda (7).

El epitelio es plano estratificado no queratinizado, característico de las superficies epiteliales húmedas sometidas a considerable rose y desgaste. (7).

A la altura de los molares suele presentar una línea de oclusión, de color blanquecino, con epitelio paraqueratinizado, que está determinada por el trauma masticatorio (7).

### 3. Lengua

Es un órgano muscular tapizado por mucosa. Fisiológicamente, por sus movimientos, favorece la trituración de los alimentos, realizada por los elementos dentarios durante la masticación, y la formación del bolo alimenticio, su función principal es participar en la percepción gustativa al recibir estímulos de distintos tipos de sabores (7).

Desde el punto de vista histológico está constituido por:

- Mucosa La lengua presenta una cara dorsal y una ventral. La mucosa que recubre a cada una de ellas es diferente (7).
  - **Cara o superficie ventral:** se observa un epitelio de revestimiento plano estratificado no queratinizado delgado liso. La lámina propia también es delgada y está formada por tejido conjuntivo laxo con papilas cortas y numerosas. Es una lámina elástica que permite cambios rápidos en forma y diámetro de la lengua durante el movimiento. Presenta números cúmulos de células adiposas, glándulas salivales menores, y vasos sanguíneos y linfáticos. No existe submucosa. El corion esta adherido al perimio de las haces musculares (7).
  - **Cara o superficie dorsal:** Esta mucosa está dividida en dos partes por una línea en forma de V. la que cubre los dos tercios anteriores o cuerpo (zona bucal de la lengua) y la que cubre el tercio posterior o raíz (zona faríngea de la lengua) (7).

Constituye es de tipo plano estratificado parcialmente queratinizado; la lámina propia está formada por tejido conectivo laxo con células adiposas (7).

Existe una separación neta de la mucosa con la submucosa, que está formada por tejido conectivo y firme, sobre todo, en la punta de la lengua, donde forma la fascia lingual (7).

En la superficie, esta porción de la lengua evidencia un aspecto aterciopelado debido a la presencia de pequeñas proyecciones llamadas papilas linguales (7).

Son 4 tipos de papilas que se encuentran sobre la superficie de la lengua:

- ❖ **Filiforme:** Constituyen el tipo más numeroso. Tienen forma cónica y son proyecciones epiteliales cornificadas o no (según el tipo de alimentación) que se descaman con regularidad. En el organismo humano suelen ser paraqueratinizadas .presentan un eje escaso de lámina propia. A diferencia de otras papilas carecen de papilas conectivas secundarias y botones gustativos (7).

Se distinguen en hileras más o menos paralelas a la V lingual, que atraviesan toda la superficie dorsal de la lengua y le otorgan el aspecto aterciopelado típico. Por la escasez de corion, clínicamente, están sujetas a cambios nutricionales (7).

- ❖ **Fungiformes:** reciben este nombre porque se proyectan como pequeños hongos, más delgados en la base y más dilatados en el extremo proximal. Son menos numerosas que las filiformes y se encuentran en mayor proporción en la punta y en los bordes laterales de la lengua. Presentan un núcleo central de lámina propia con fibras colágenas que constituyen la papila primaria; de ella surge la papila secundaria que penetran en el epitelio de revestimiento. La superficie

epitelial no sigue los contornos de la papila secundaria, y por lo tanto, los capilares llegan muy cerca de la superficie; este último, sumado a la poca carnificación del epitelio, hace que estas papilas se visualicen como pequeños puntos de un intenso color rojizo. Presentan corpúsculos gustativos intraepiteliales localizados preferentemente en la superficie libre y no lateral de la papila. Por lo general, hay entre 3 a 5 botones gustativos en cada una de las papilas. Estas papilas por su localización y por contener mayor cantidad de corion, son las más afectadas por procesos inflamatorios provocados por irritaciones (7)

- ❖ **Caliciformes o Circunvaladas:** Son las más grandes de la lengua. Hay de 7 a 12 distribuidas a lo largo de la v lingual (7).
- ❖ **Foliadas:** Se encuentran en número de tres u ocho, a cada lado de la lengua (región lateral posterior). son pliegues perpendiculares al borde de la lengua, tienen lámina propia y contienen corpúsculo gustativo. Están separadas unas de otras por el surco interpapilar (7). Presentan una papila primaria y, por lo general, tres secundarias. Son muy abundantes en el recién nacido y escasas en el adulto (7).

#### 4. Piso o suelo de la boca

La membrana mucosa de esta parte de la cavidad oral es muy delgada y está adherida laxamente a las estructuras subyacentes, para permitir la libre movilidad de la lengua. Tiene un epitelio no queratinizado y las papilas de la lámina propia son cortas. El tejido conectivo laxo está muy vascularizado y es rico en fibras elásticas. La submucosa contiene tejido adiposo. Las glándulas sublinguales se encuentran próximas a la mucosa de revestimiento en el pliegue sublingual (7).

## 5. Paladar Duro

Es necesario que la boca tenga un techo resistente que permita a la parte anterior de la lengua (que es más móvil) apoyarse contra el para mezclar y tragar los alimentos (7).

También es preciso que la mucosa a ese nivel este fuertemente adherida al techo, de tal modo que no se desplace con los movimientos de la lengua y que resista la intensa fricción a que está sometida. Esto se logra con un techo de tejido óseo, revestido en su parte inferior por epitelio plano estratificado queratinizado y con un corion de tejido conectivo denso, con abundantes fibras colágenas, más denso en la porción anterior que en la posterior.

En la línea media existe un reborde óseo al cual el epitelio queda fijado mediante un tejido conectivo de espesor mínimo. Esta región se denomina rafe medio (7).

En el paladar duro existen diferentes regiones debido a la estructura variable a la submucosa. Las regiones marginal y del rafe medio están íntimamente unidas al hueso, lo que dificulta determinar donde comienza el periostio y termina la submucosa. En las zonas antero y posterolateral, la submucosa presenta fibras colágenas en haces que se insertan perpendiculares al hueso. En la anterolateral hay gran cantidad de células adiposas; por eso, se llama zona grasa o adiposa. En la posterolateral hay acinos con glándulas salivales mucosa que constituye la zona glandular. La papila palatina o incisiva, ubicada en el tercio anterior del rafe, está formada por un cumulo de fibras colágenas (tejido conectivo denso), que en su origen central contiene las parte bucales de los conductos nasopalatinos vestigiales. Estos conductos están tapizados por un epitelio cilíndrico simple o por un epitelio seudoestratificado rico en células caliciformes. A veces, estos conductos se transforman en quistes (7).

- **Rugas palatinas:** son elevaciones de la mucosa en número de dos a seis que se extienden en sentido transversal donde la papila palatina hacia la periferia. Consisten en pliegues de epitelio dispuesto sobre ejes de tejido conectivo denso. Su número, disposición, forma y longitud son particulares de cada individuo, y sirven a fines de identificación, al igual que la huella digital. La mucosa palatina es más pálida que el resto de la mucosa (7).

## **6. Paladar Blando o Velo del Paladar**

Es la continuación posterior del paladar duro .sus funciones son diferentes de las de este, ya que no tiene q resistir el empuje de la lengua , sino que debe ser móvil ,de manera que al deglutir puede elevarse u cerrar la nasofaringe , evitando que el alimento pase a la nariz. Presenta un epitelio plano estratificado no queratinizado con botones gustativos, que se continua, tras rebasar en un corto trayecto el borde posterior del paladar, con el epitelio de la superficie faríngea. El corion es liso, sin papilas, pero muy vascularizado y con fibras elásticas que lo separan de la submucosa (7).

La submucosa es de tejido conectivo laxo y posee una capa continua de glándulas mucosas.

La mucosa es de color rojizo intenso que contrasta con el color rosa pálido de la bóveda palatina (7).

## 2. ENCÍA

### 2.1 Concepto

Es la parte de la mucosa bucal que reviste la apófisis alveolar de los dos maxilares y rodea el cuello de los dientes (9).

### 2.2 Características Clínicas

Desde el punto de vista anatómico, la encía se divide: marginal, insertada e interdental (9).

#### a) Encía marginal

También se conoce como no insertada y corresponde al margen terminal o borde de la encía que rodea a los dientes a modo de collar. En casi el 50% de los casos, una depresión lineal superficial, el surco gingival libre, la separa de la encía insertada. Por lo general, con casi 1 mm de ancho, la encía marginal forma la pared de tejido blando del surco gingival. Puede separarse de la superficie dental mediante una sonda periodontal (9).

- **Surco Gingival:** Es el surco poco profundo o espacio circundante del diente que forman la superficie dental, por un lado, y el revestimiento epitelial del margen libre de la encía, por el otro. Tiene forma de V y apenas permite la entrada de una sonda periodontal. La determinación clínica de la profundidad del surco gingival es un parámetro diagnóstico importante. En circunstancias ideales o de normalidad absoluta, la profundidad del surco gingival es 0 o casi 0, o Dichas circunstancias estrictas de normalidad sólo se producen experimentalmente en animales libres de gérmenes o luego de llevar a cabo un control intenso y prolongado de la placa (9).

En la encía del ser humano, sana desde el punto de vista clínico, es posible encontrar un surco de cierta profundidad. Tal profundidad, en la forma establecida para cortes histológicos, mide 1.8 mm, con variaciones de 0 a 6 mm; o otros investigadores registran 1.5 y 0.69mm,

respectivamente. La maniobra clínica usada para determinar la profundidad del surco consiste en introducir un instrumento metálico la sonda periodontal y estimar la distancia que penetra. La profundidad histológica del surco no tiene que ser, y no es, exactamente igual a la profundidad a la cual penetra una sonda. En el ser humano, la llamada profundidad de sondeo de un surco gingival clínicamente normal es de 2 a 3 mm (9).

#### **b) Encía Insertada**

Este tipo de encía se continúa con la encía marginal. Es firme y resiliente y está fijada con firmeza al periostio subyacente del hueso alveolar. La superficie vestibular de la encía insertada se extiende hasta la mucosa alveolar relativamente laxa y móvil, de la cual está separada por la unión mucogingival (9).

Otro parámetro clínico importante es el ancho de la encía insertada. Corresponde a la distancia entre la unión mucogingival y la proyección sobre la superficie externa del fondo del surco gingival o bolsa periodontal. No debe confundirse con el ancho de la encía queratinizada, ya que ésta abarca también la encía marginal (9).

El ancho de la encía insertada de modo vestibular varía en distintas zonas de la boca. Por lo regular es mayor en la región de los incisivos (3.5 a 4.5 mm en el maxilar y 3.3 a 3.9 mm en la mandíbula) y menor en los segmentos posteriores. El ancho mínimo aparece en el área del primer premolar (1.9 mm en el maxilar y 1.8 mm en la mandíbula) (9).

#### **c) Encía Interdental**

Ocupa el nicho gingival, que es el espacio interproximal por debajo del área de contacto. La encía interdental puede ser piramidal o tener forma de "col". En el primer caso, la punta de una papila se halla inmediatamente por debajo del punto de contacto. La segunda forma presenta una depresión a modo de



valle que conecta una papila vestibular y otra lingual y se adapta a la morfología del contacto interproximal (9).

La forma de la encía en un espacio interdental determinado depende del punto de contacto entre los dos dientes contiguos y de la presencia o ausencia de cierto grado de recesión (9).

Las superficies vestibular y lingual convergen hacia el área de contacto interproximal, y las mesiales y distales son algo cóncavas. Los márgenes laterales y el extremo de las papilas interdentes están formados por una continuación de la encía marginal de los dientes adyacentes. La porción intermedia se compone de encía insertada (9).

Si hay un diastema, la encía se inserta con firmeza en el hueso interdental y forma una superficie uniforme, redondeada y sin papilas interdentes.

## **2.3 Correlación entre Características clínicas y Microscópicas**

### **1. Color**

El color de la encía insertada y la marginal se describen como rosa coral y se debe al aporte vascular, grosor y grado de queratinización del epitelio, así como a la presencia de las células que contienen pigmentos. El color varía entre las personas y parece relacionarse con la pigmentación de la piel. Es más claro en personas rubias de tez clara que en trigueñas de tez oscura (9).

La encía insertada está delimitada desde la mucosa alveolar contigua, en la región vestibular, por una línea mucogingival definida con claridad. La mucosa alveolar es roja, uniforme y brillante, en vez de rosa y graneada. La comparación de la estructura microscópica de la encía insertada con la de la mucosa alveolar provee una explicación de sus diferencias fisonómicas. El epitelio de la mucosa alveolar es más delgado, no está queratinizado y carece de proyecciones epiteliales interpapilares.

El tejido conectivo de la mucosa alveolar es laxo y los vasos sanguíneos son más numerosos (9).

Pigmentación fisiológica (melanina). A la melanina, pigmento de color pardo que no deriva de la hemoglobina, se debe la tonalidad normal de la piel, la encía y el resto de las mucosas bucales. Todos los individuos normales la tienen, si bien no siempre en cantidades suficientes para poder identificarla clínicamente; en los albinos es escasa o nula. La pigmentación melánica de la boca es notable en personas de raza negra (9).

Según Dummett, la distribución de la pigmentación bucal en la gente de raza negra es la siguiente: encía, 60%; paladar duro, 61%, membranas mucosas, 22%; lengua, 15%. La pigmentación gingival se observa como un cambio de color difuso, púrpura oscuro, o en la forma de placas pardas de aspecto irregular. Puede aparecer en la encía en tan sólo tres horas después del nacimiento y con frecuencia es la única manifestación de pigmentación (9).

## **2. Tamaño**

Corresponde a la suma total de la masa de elementos celulares e intercelulares de la encía y su irrigación. La alteración del tamaño es un rasgo común de la enfermedad gingival (9).

## **3. Contorno**

El contorno (o forma) de la encía varía de modo considerable y depende de la morfología de los dientes y su alineación en el arco dental, ubicación y tamaño del área de contacto proximal, así como de las dimensiones de los espacios interproximales gingivales vestibulares y linguales. La encía marginal envuelve a los dientes a manera de un collar y sigue un contorno festoneado en las caras vestibulares y linguales. Forma una línea recta a lo largo de los dientes con superficies relativamente planas. En otros con convexidad mesiodistal pronunciada (p.ej, caninos superiores) o en la vestibuloversión, el contorno normal arqueado se acentúa

y la encía aparece más apical. La encía de los dientes en linguoversión es horizontal y se encuentra engrosada (9).

#### **4. Forma**

El contorno de las superficies dentales proximales, tanto como la localización y forma de los espacios interproximales gingivales, rigen la morfología de la encía interdental. Cuando las superficies proximales de las coronas son relativamente planas en sentido vestibulolingual, las raíces se hallan más próximas entre sí, en sentido mesiodistal, el hueso interdental es delgado y los espacios interproximales gingivales y la encía interdental son estrechos. A la inversa, cuando las superficies proximales divergen desde el área de contacto, el diámetro mesiodistal de la encía interdental es amplio. La altura de la encía interdental varía según sea la ubicación del contacto proximal (9).

#### **5. Consistencia**

La encía es firme y resilente y, con excepción del margen libre móvil, se fija con firmeza al hueso subyacente. La naturaleza colágena de la lámina propia y su proximidad al mucoperiostio del hueso alveolar determinan la consistencia firme de la encía insertada. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza del margen de la encía (9).

#### **6. Textura Superficial**

La superficie de la encía posee una textura similar a la cáscara de naranja y se alude a ella como graneada. El graneado se visualiza mejor cuando se seca la encía.

La encía insertada es graneada, no la marginal. La porción central de las papilas interdentes suele ser graneada, aunque los bordes marginales son lisos. La distribución y extensión del graneado varían de acuerdo con las personas y las diferentes zonas de una misma boca. Es menos prominente en las superficies linguales que en las vestibulares y falta en algunos

sujetos los cinco años de edad, aumenta hasta la edad adulta y suele desaparecer en el anciano (9).

Desde el punto de vista microscópico, el graneado es producto de protuberancias redondeadas que se alternan con depresiones en la superficie gingival. La capa papilar de tejido conectivo se proyecta en las elevaciones y tanto las regiones elevadas como las hundidas están cubiertas por epitelio escamoso estratificado. Existe un nexo entre el grado de queratinización y la prominencia del graneado (9).

El graneado es una forma de especialización adaptativa o de refuerzo para la función. Es una característica de la encía sana y la reducción o pérdida de graneado un signo frecuente de enfermedad gingival. Cuando el tratamiento restaura la salud de la encía, el aspecto graneado reaparece (9).

La textura superficial de la encía es consecuencia de la presencia y grado de queratinización del epitelio. Se estima que la queratinización es una adaptación protectora para la función. Se incrementa cuando el cepillado dental estimula la encía (9)

## **7. Posición**

La posición de la encía se refiere al nivel donde el margen gingival se fija al diente. Cuando éste erupciona hacia la cavidad bucal, el margen y el surco se localizan en el vértice de la corona y a medida que la erupción avanza se observan más cerca de la raíz. Durante el proceso de erupción, como ya se describió, los epitelios de unión, bucal y reducido del esmalte sufren alteraciones y remodelación extensas, en tanto que se conserva al mismo tiempo la baja profundidad fisiológica del surco, Sin esta remodelación de los epitelios podría haber una relación anatómica anormal entre encía y diente (9).

### 3. PATOLOGÍAS ORALES

Es la alteración de la mucosa oral originada por diferentes factores inmunológicos y fisiopatológicos.

La patología oral supone un verdadero reto diagnóstico para diferentes especialidades, e incluye una amplia variedad de patologías con manifestaciones, tanto cutáneas como mucosas en la cavidad oral.

Las patologías orales que se consideran en pacientes con IRC son:

#### 3.1 Úlcera Aftosa

##### 3.1.1 Concepto

Son pérdidas de sustancia de la mucosa oral, frecuentes en la población general; afectan al 60 % de los individuos en algún momento de su vida. Clínicamente se denomina como afta bucal a toda lesión de aspecto ulceroso, del tamaño de la cabeza de un alfiler, con un halo enrojecido y sumamente doloroso (4).

- a) **Aftas mayores:** son lesiones aisladas o en pequeño número, de tamaño superior a 2 cm de diámetro. Tienen forma redondeada, son más dolorosas y de mayor profundidad, con un fondo blanco-amarillento por los exudados de fibrina (4).
- b) **Aftas menores:** Este tipo es el más común, estas suelen aparecer como pequeñas úlceras y se curan en 7 días sin dejar cicatriz (4).

##### 3.1.2 Tratamiento

- **Local:** con antisépticos (clorhexidina), antibióticos (tetraciclina) y corticosteroides tópicos. Estos últimos son los más útiles en el control de los brotes (4).
- **General:** corticosteroides orales, en caso de fracaso de la medicación tópica. Otros fármacos como la Talidomida, la Colchicina, y otros inmunosupresores, han sido utilizados

en algunos casos de fracaso de las terapias convencionales y en pacientes VIH positivos (4).

### **3.2 Estomatitis urémica**

#### **3.2.1 Concepto**

La estomatitis es la inflamación de la boca, a menudo como síntoma de una enfermedad sistémica, un aliento fétido y una saliva con tinte hemorrágico pueden acompañar cualquier lesión ulcerativa de la mucosa oral (16).

La estomatitis urémica puede considerarse una quemadura química o una pérdida general de la resistencia tisular e incapacidad de los tejidos para soportar influencias normales y traumáticas (16).

En la insuficiencia renal crónica un aumento agudo de niveles de nitrógeno en sangre (BUN) puede ocasionar una estomatitis urémica, que consiste en eritema localizado o generalizado ardoroso de la mucosa bucal, cubierto por una capa de exudado grisáceo de aspecto pseudomembranoso, que al eliminarse deja una mucosa intacta denominada Estomatitis urémica tipo I, o una forma ulcerada conocida como Estomatitis tipo II (16).

### **3.3 Hiperplasia Gingival**

#### **3.3.1 Concepto**

Aumento generalizado del componente fibroso de las encías en pacientes que han consumido durante largo tiempo fenitoina, ciclosporina o nifedipina (6).

Los tres agentes farmacológicos que con mayor frecuencia influyen sobre la proliferación de los fibroblastos gingivales son fenitoina, ciclosporina y nifedipina, un bloqueante de los canales de calcio. La existencia de placa dental crónica e irritación gingival parecen aumentar la gravedad de la hiperplasia (6).

### **3.3.2 Manifestaciones Clínicas**

Las proliferaciones gingivales observadas con fenitoina y nifedipina son clínicamente similares. Tienden a comenzar en la zona interdental, afectando a la papila, y aumentan progresivamente hasta tapar la corona clínicamente, el crecimiento es difuso y firme. Los cambios inflamatorios son variables y la proliferación parece más grave en pacientes que no mantienen una buena higiene oral. La ciclosporina se administra con frecuencia como inmunosupresor en pacientes trasplantados. La hiperplasia inducida por este fármaco suele ser menos grave que la observada con fenitoina y nifedipina. Las encías pueden adquirir un aspecto multinodular o papilar. En la mayoría de los casos la hiperplasia gingival inducida por fármacos se hace evidente durante el primer año de administración del fármaco. Al progresar el crecimiento gingival, se forman pseudobolsillos periodontales alrededor de las coronas dentales. Fenitoina y nifedipina afecta solo a las encías.

En el caso de la ciclosporina se ha observado fibrosis en otros sistemas y órganos, como el retroperitoneo y los riñones (17-6).

### **3.3.3 Tratamiento**

La mayoría de los pacientes no pueden suspender su medicación, por lo que debe realizarse tratamiento focal. A menudo son necesarias la gingivectomía y gingivoplastia, por motivos funcionales y estéticos. Los cambios fibroticos reaparecerán lentamente. Dado que la tasa de recurrencia se acelera si se acumulan placa y concreciones, son imprescindibles una profilaxis dental regular y estrictos cuidados diarios (17).

### **3.4 Petequias**

#### **3.4.1 Concepto**

Son pequeñas manchas en forma de puntos, de color rojo violáceo, visibles en la piel que aparecen tras una micro-hemorragia secundario a la salida de sangre de pequeños vasos subcutáneos llamados capilares (11).

### **3.5 Equimosis**

#### **3.5.1 Concepto**

Es la extravasación e infiltración de sangre en el tejido celular subcutáneo; comúnmente se le conoce como moretón. La equimosis se considera como un tipo de hemorragia interna. La equimosis es el cambio de coloración que se aprecia a la vista por la hemorragia (11).

### **3.6 Queilitis Angular**

#### **3.6.1 Concepto**

Es una inflamación bilateral crónica de las comisuras (ángulos) de la boca, caracterizado por atrofia y fisuras lineales. Aunque las lesiones pueden presentarse aisladamente, a menudo están asociadas con lesiones intra orales pseudomenbranas agudas o lesiones atróficas. La queilitis angular es frecuente en pacientes con disminución de la dimensión vertical debido a pérdida de dientes. El desgaste de estos o uso muy prolongado de una misma prótesis dental (17).

A veces se presentan infecciones bacterianas secundarias que complican el tratamiento. Esta lesión se consideraba antiguamente como el signo de la vitamina B, con frecuencia los intentos de tratamiento se orientaron erróneamente hacia la corrección de dicho estado carencial. Aunque la sobre oclusión intermaxilar puede intensificar mecánicamente la queilitis angular y proporcionar un entorno favorable para su desarrollo, no es su única causa (17).



### **3.6.2 Tratamiento**

Identificar los factores predisponentes y erradicar la infección local. Las pomadas antifúngicas solas o en combinación con antibióticos, si existe infección bacteriana, suelen ser eficaces para tratar la queilitis angular (17).

## **3.7 Sangrado Gingival**

### **3.7.1 Concepto**

Las hemorragias también pueden ser un problema para odontólogos que tratan a pacientes en diálisis. El profesional atiende a un paciente con plaquetopenia, aumento de la fragilidad capilar, disminución de la adherencia plaquetaria, tiempos de sangría y coagulación prolongados todos ellos pueden aumentar la pérdida de sangre. (6)

En la insuficiencia renal grave, la intoxicación urémica tiene especial efecto sobre plaquetas y linfocitos lo que conduce a propensión hemorrágica, estas alteraciones pueden incrementarse en los pacientes bajo hemodiálisis tanto por la heparina aplicada, como por el daño mecánico que sufren las plaquetas al golpearse contra las paredes de los ductos del aparato para hemodiálisis (6).

## **3.8 Estomatitis Aftosa Recidivante**

### **3.8.1 Concepto**

Es una enfermedad frecuente dentro de la cavidad oral, EAR es la infección más frecuente de los tejidos blandos de las mucosas. Afecta, aproximadamente del 15 al 20 % de la población mundial. Parece más frecuente en Norteamérica, donde ciertos grupos socioeconómicos y de edad presentan incidencias de casi un 40 %. El pico de edad de aparición es entre los 10 y los 19 años. En algunos pacientes, tras la infancia y la adolescencia. Las lesiones continúan durante toda la vida. En los países angloparlantes sus lesiones se conocen vulgarmente como "cankersores" y se confunden a

menudo con infecciones recidivantes por herpes simples. La EAR resulta un enigma para los investigadores, ya que lesiones clínicas asociadas con gran número de procesos locales y sistémicos muy dispares muestran los mismos rasgos histológicos. Esto ha hecho que muchos investigadores consideren las lesiones de la EAR como una manifestación mucosa común de múltiples procesos patológicos diferentes, mediados todos ellos por el sistema inmunitario. En algunos trastornos se observan lesiones similares en las superficies mucosas anogenitales. En la cavidad oral, La EAR presenta tres formas clínicas distintas:

- 1) estomatitis aftosa menor
- 2) estomatitis aftosa mayor
- 3) úlceras herpetiforme.

La EAR se asocia también con trastornos gastrointestinales crónicos y otros trastornos sistémicos, entre los que destaca el síndrome de Behcet (17).

Las úlceras aftosas suelen diagnosticar a partir de signos y síntomas clínicos, puesto que no existen pruebas de laboratorio fiables. Durante una breve fase preulcerosa se observa un útil. Una vez producida la ulceración, los cambios tisulares son inespecíficos y similares a los de úlceras secundaria (17).

### **3.8.2 Clasificación**

#### **1 Estomatitis aftosa menor**

##### **1.1 Concepto**

Es la forma clínica de casi todas las lesiones de la EAR. Las otras formas, estomatitis aftosa mayor y herpetiforme, se manifiestan en conjunto en menos del 5 % de las ocasiones (17).

## 1.2 Manifestaciones Clínicas

Aparecen en episodios, con presencia de menos de cinco úlceras a la vez. Durante un periodo de 3 a 4 semanas, durando cada una de ellas entre 10 y 14 días. Las úlceras se localizan en la mucosa glandular, respetando habitualmente las encías, el paladar duro y el dorso de la lengua. Las lesiones son redondas, pero pueden ser elípticas si se localizan en una cresta o pliegue lingual. Son pequeñas, con un diámetro de 0,5mm a 1cm, superficiales, con bordes marcados y crateriformes, presentan una base blanco-amarillenta con un halo eritematoso en la mucosa circundante. Los pacientes se quejan de dolor desproporcionadamente intenso para el tamaño de la lesión. Las localizaciones más frecuentes de las lesiones son las superficies mucosas de los labios, paladar blando posterior y pilares anteriores. Otras localizaciones menos frecuentes son los bordes ventral y lateral de la lengua y el suelo anterior de la boca (17).

Cuando las lesiones afectan a la mucosa labial suelen existir antecedentes de pequeños traumatismos banales. En algunos pacientes existen alineación incorrecta de múltiples dientes de bordes incisivos afilados y, sobre todo cúspides desplazadas hacia el labio, en la zona donde suelen aparecer las lesiones. Aunque la irritación mecánica no es una causa conocida de las úlceras aftosas, a menudo parece precipitar la aparición de algunas úlceras aftosas, durante un episodio. Las lesiones sobre el paladar blando y la superficie ventral de la lengua suelen aparecer espontáneamente sin traumatismos precipitantes evidentes (17).

El curso clínico de las úlceras aftosas menores difiere significativamente de las laceraciones leves de la mucosa en individuos sin tendencia a las aftas.

Las roturas traumáticas de la mucosa en individuos no propensos a las aftas producen algunas molestias durante 1 ó 2 días y cicatrizan sin complicaciones en 5 ó 6 días. cuando se produce una leve laceración superficial en un paciente con predisposición a úlceras aftosas, la molestia se convierte en dolor a los pocos días y continua intensificándose durante 7 a 10 días más, antes de cicatrizar finalmente en 10 a 14 días. Entre dos episodios, los pacientes con EAR presentan reacciones y tiempos de cicatrización normales ante laceraciones leves (17).

### **1.3 Tratamiento**

No existe tratamiento alguno para prevenir la predisposición a futuros ataques, los tratamientos se dirigen a reducir la intensidad y duración de cada episodio. El tratamiento más eficaz es la aplicación de corticoides tópicos, especialmente los de mayor potencia, en forma de gel o crema.

En los casos graves y persistentes es eficaz la administración de esteroides sistémicos durante 1 semana cuando existen pocas lesiones y en zonas de la boca accesibles para el paciente, se ha empleado la administración de agentes químicos cauterizantes o astringentes, como polvo de aluminio o ácido bórico en polvo, para reducir la duración de las lesiones. Además de esterilizar la herida, estos agentes producen una capa de tejido desvitalizado del propio paciente, que actúa como "apósito" oclusivo sobre la lesión, separando el medio oral de la respuesta

inmunitaria tisular. Aunque esto no impide que aparezcan nuevas lesiones, la reducción de su duración es muy útil para el paciente.

Los enjuagues orales con antimicrobiano como clorhexidina y tetraciclinas alivian temporalmente a algunos pacientes y, empleados diariamente durante un brote, permiten alargar el intervalo entre los episodios. Si se halla alguna deficiencia de ácido fólico, vitamina B12 o hierro, los suplementos dietéticos pueden resultar útiles. Los pacientes sensibles al gluten requieren modificación dietética a largo plazo. La disminución de las lesiones orales suele coincidir con mejoría en el tracto gastrointestinal (17).

## **2 Estomatitis Aftosa Mayor**

### **2.1 Concepto**

Es rara aunque representa la segunda forma más frecuente de EAR antiguamente se conocía como “Periadenitis mucosa necrótica recidivante”, lo que refleja la propensión de las lesiones a aparecer sobre las áreas de la mucosa con gran cantidad de glándulas salivales menores (17).

### **2.2 Manifestaciones Clínicas**

Las lesiones son grandes, en comparación con las aftas menores oscilando entre 5 y 20 mm o más de tamaño. Su número es escaso generalmente solo una o dos veces a la vez y fundamentalmente en dos localizaciones: mucosa labial y área del paladar blando posteriormente pilares anteriores. Las lesiones son crateriformes, más profundas que la de la EA Menor y duran mucho más, hasta 6 semanas.

El dolor es importante y dificulta la alimentación, especialmente cuando se localizan en la cara posterior

de la boca. Las úlceras aftosas mayores no suelen aparecer hasta después de la pubertad y en algunos pacientes aparecen hasta después de la pubertad y en algunos pacientes pueden dar problema durante 20 años. Las lesiones profundas y persistentes pueden infectarse secundariamente con organismos bacterianos y hongos. Cuando se produce su reparación suele aparecer una cicatriz con retracción tisular. Esto es raro en la superficie mucosa de la boca, ya que la mayoría de las lesiones leves cicatrizan sin formación evidente de cicatriz (17).

### **2.3 Tratamiento**

Suele existir el uso combinado de corticoides tópicos y sistémicos a corto plazo. Pueden añadirse colutorios antimicrobianos para reducir o prevenir la infección secundaria. A veces es necesario emplear anestésicos tópicos para permitir la ingesta suficiente de alimentos. Si las lesiones se sitúan en la zona posterior de la boca los anestésicos tópicos han de emplearse con precaución, ya que la extensión del efecto anestésico a la epiglotis podría tener consecuencias graves para el paciente al deglutir (17).

## **3 Úlcera Herpetiforme**

### **3.1 Concepto**

Es la forma menos frecuente de EAR y la peor diagnosticada. A menudo se confunden con infecciones primarias por el virus del herpes simple, a las que de ahí su nombre clínicamente se parece mucho (17).

### **3.2 Manifestaciones Clínicas**

Los pacientes con úlceras herpetiforme sufren episodios prolongados de lesiones intraorales, ampliamente diseminadas, en forma de úlcera

crateriformes superficiales y pequeñas (3 a 6 mm de diámetro) cada episodio puede durar semanas o meses y algunos pacientes pueden presentar lesiones casi continuamente a lo largo de varios años. Durante ataques prolongados unas lesiones se reparan mientras aparecen continuamente otras nuevas raramente afectan a pacientes en los últimos años de la adolescencia , como es frecuente en la estomatitis aftosa menor ,o en la infancia , como es frecuente en la estomatitis herpética primaria ,entidad a la que se parecen clínicamente las úlceras . Aunque la mayoría de las lesiones afectan casi exclusivamente a la mucosa glandular, también pueden aparecer en algunas superficies queratinizadas .Dado que la presencia de lesiones en las superficies mucosas queratinizantes es frecuente en la infección primaria por herpes, no es raro que las úlceras herpetiformes sean diagnosticadas como herpes por error. Un rasgo típico de esta entidad es que el dolor es más intenso de lo que correspondería al tamaño de las lesiones (17). Dada la facilidad con que se confunden las lesiones aftosas herpetiformes con la estomatitis herpética primaria, a menudo son necesarias pruebas de laboratorio para descartar etiología vírica (17).

### **3.3 Tratamiento**

El empleo de corticoides sistémicos suele ser el único método eficaz para tratar las úlceras herpetiformes. Puede ser necesario el uso prolongado de corticoides a dosis bajas para prevenir la recidiva rápida de lesiones durante un ataque prolongado. Dado el gran número y la dispersión de las lesiones, el tratamiento con corticoides tópicos o cauterización química no es

práctico ni eficaz. Algunos pacientes han obtenido alivio transitorio con enjuagues orales con tetraciclina. En otros pacientes este tipo de tratamientos tiene poca eficacia (17).

### **3.9 Eritema Multiforme**

#### **3.9.1 Concepto**

Es una enfermedad inflamatoria de origen inmunitario que afecta a la piel y las mucosas, con un amplio espectro de manifestaciones y diversos grados de intensidad. Los factores precipitantes más frecuentes son:

- 1) Infecciones como herpes simple, neumonía por micoplasma e histoplasmosis.
- 2) Fármacos, especialmente sulfamidas, penicilinas, fenitoina, barbitúricos, yoduros y salicilatos.
- 3) Algunos trastornos gastrointestinales, especialmente Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.
- 4) Otros procesos, como neoplasias malignas, radioterapia y Vacunaciones recientes.

Existen además en los que no se puede identificar ningún factor precipitante (17).

La patogenia del EM es, en gran parte desconocida. Los investigadores han identificado complejos inmunitarios circulantes que aparecen tras sufrir el paciente algunas infecciones, sobre todo por herpes y micoplasmas, y tras reacciones alérgicas medicamentosas. Su diana parecen ser el epitelio de superficie y las paredes de los vasos sanguíneos de la lámina propia. En algunos pacientes se forman anticuerpos exógeno. Este complejo circula por la sangre y se filtra a través de los vasos sanguíneos, dando lugar a una vasculitis, con la aparición de pequeñas zonas de trombosis e isquemia. Las reacciones cutáneas y mucosa van desde un leve eritema hasta una necrosis diseminada con esfacelo de



la cobertura epitelial, dependiendo de la intensidad de la respuesta inmune al antígeno (17).

### **3.9.2 Manifestaciones Clínicas**

El EM se manifiesta en tres formas clínicas:

a) EM menor

b) EM menor crónico

c) EM mayor .Esta última tiene forma rara de presentación aguda en pacientes jóvenes que recibe el nombre de Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ). Otro trastorno, la necrolisis epidérmica tóxica (NET), es considerada por los investigadores como una forma grave de EM mayor, asociado con una elevada mortalidad. Estas dos manifestaciones de la enfermedad se caracterizan por la formación de grandes ampollas y la esfacelación de la epidermis .En el SSJ, La separación del epitelio afecta, como máximo, al 10% de la superficie cutánea total. La transición entre el SSJ y la NET viene marcada por una separación epitelial del 10 % al 30%. Por último, en la NET las aéreas de separación o ampollas superan el 30 % de toda la superficie (17).

El EM menor, afecta fundamentalmente a la piel; la mucosa oral resulta afectada en el 25 % de los casos. Antes de aparecer las lesiones existe un periodo prodrómico de 3 a 7 días durante el cual los pacientes sufren cefaleas, fiebres y malestar general. El periodo prodrómico es seguido por la aparición de la clásica lesión cutánea ,descrita como “diana ” , “ojo de toro “ o “iris “ todas estas descripciones se refieren a su aspecto habitual concéntrico de mancha eritematosa , con una fina zona periférica pálida , rodeada por uno o más anillos eritematosos finos adicionales . En fases precoces el centro del anillo presenta una pápula sobrelevada o una pequeña ampolla que se rompe, lo que produce una erosión central transitoria que se repara con rapidez y se normaliza, dando

lugar entonces al centro del “ojo de toro”. Cada lesión en “diana” oscila entre unos pocos milímetros y varios centímetros, y se distribuyen sobre todo por la superficie flexoras de las extremidades; el tronco y el rostro se ven afectados con menor frecuencia. Aunque puede afectar a individuos de cualquier edad, generalmente aparece en adultos jóvenes. Es una enfermedad autolimitada y cede habitualmente en 2 a 3 semanas. El tratamiento ayuda a veces a acortar este periodo. No es raro que se produzcan episodios recidivantes de la enfermedad (17).

El EM, menor crónico es la forma leve. Las lesiones cutáneas son de menor tamaño, duración y distribución que las de otras formas. El paciente puede presentar lesiones continuamente durante 1 ó más años, el aspecto de las lesiones es similar a una erupción vírica diseminada. Las lesiones aparecen sin llegar a formar grandes lesiones “diana” (17).

Las lesiones orales son similares en ambos tipos de EM, oscilando entre erosivas focales que recuerdan úlceras aftosas y áreas más difusas de eritema o erosiones dolorosas para el paciente. En general las lesiones son muy inespecíficas y requieren la presencia de lesiones cutáneas asociadas y una historia compatible para realizar el diagnóstico. El estudio tisular es de poca ayuda, aunque puede resultar útil para descartar otras enfermedades con histología más específica (17).

El EM mayor es una forma aguda de la enfermedad con afectación grave de la piel y las mucosas. Aunque aparecen las típicas lesiones en “diana” observadas en otros tipos de EM, lo más común de esta forma grave de la enfermedad es la aparición de grandes ampollas en las mucosas y en piel (17). Las ampollas se rompen rápidamente, produciendo pseudomembranas blanquecinas en las mucosas y lesiones

rojizas oscuras con costras en las superficies cutáneas secas. Estas son especialmente llamativas en los labios y en los ojos (17).

### **3.10 Liquen plano**

#### **3.10.1 Concepto**

Es una enfermedad inflamatoria cutánea, relativamente frecuente, que afecta del 0,5 al 2,2 % de la población.

Las lesiones pueden afectar a la superficie cutánea y oral (40%), exclusivamente a la superficie cutánea (35 %) o tan solo a la mucosa (25%). Si se compara con el liquen plano cutáneo en el que la sintomatología clínica es suave y se resuelve en 2 años, el LPO tiende a seguir un curso más crónico, con frecuentes exacerbaciones. Además, a pesar de que se distinguen varios subtipos clínicos (reticular, atrófico, hipertrófico y erosivo) puede presentar más de uno a la vez (17).

Otras consideraciones al evaluar los casos de LP transformado consiste en que las publicaciones indican que muchas lesiones se localizan en los bordes laterales de la lengua, áreas altamente susceptibles al desarrollo de carcinomas sea cual sea el proceso patológico previo. Algunos investigadores creen que la mucosa afectada durante largo tiempo por un LP se hace más susceptible ante un carcinógeno iniciador secundario que las áreas adyacentes de cualquier forma, existen casos bien documentados de lesiones malignas en localizaciones donde los carcinomas son poco frecuentes y donde ha habido un LP de larga evolución. Hasta la fecha no se ha establecido una relación causa - efecto directo (17).

#### **3.10.2 Clasificación**

##### **a) Reticular**

Es fácil de diagnosticar gracias a su patrón único y diferenciado. Consiste en líneas blanquecinas elevadas y

finas, conectadas formando arcos, que dan lugar a un patrón reticular o en encaje sobre un fondo eritematoso. Las líneas blanquecinas se denominan estrías de Wickham. Los pacientes raramente tienen síntomas y no suelen ser conscientes de su afectación a menos que se lo indique su dentista o higienista dental. Las lesiones pueden hacerse dolorosas si una zona se hace atrófica o erosiva por agravarse el trastorno. Este es más frecuente en la mucosa bucal y el vestíbulo oral, y en segundo lugar en la lengua y las encías.

Es raro que aparezcan lesiones en el paladar duro o blando sin afectación de las otras superficies mucosas orales. Una característica del LP reticular es que suele ser bilateral (17).

#### **b) Erosivo**

Aparece como una mezcla de áreas pseudomenbranas eritematosas y blanquecinas. Con frecuencia, la unión entre las áreas erosivas y la mucosa normal muestra un tenue tinte blanquecino que simula estrías radicales.

La zona periférica blanquecina es más frecuente en la mucosa bucal y en el vestíbulo (17).

Los pacientes se quejan de irritación oral y molestias al tomar alimentos fríos o calientes, picantes y bebidas alcohólicas si el LP erosivo es intenso, la mayoría de los pacientes realizan una dieta blanca (17).

Durante la exploración, si se tocan las zonas afectadas se produce dolor y hemorragia. En la mayoría de los casos no es posible establecer el diagnóstico correcto sin biopsiar el tejido perilesional (17).

El aspecto clínico del LP erosivo es difícil de diferenciar de la candidiasis, el penfigoide de mucosas, el pénfigo vulgar y el lupus eritematoso discoide. Tras una afectación

prolongada por LP erosivo, aparecen a veces áreas de hiperpigmentación (melanosis) en la mucosa de las zonas cicatrizadas (17).

### **c) En Placas**

Se manifiesta por una zona blanquecina Aplanada o sobreelevada en la mucosa oral y es indistinguible de otras leucoplasias focales.

Su localización más frecuente es sobre la lengua, donde da lugar a áreas lisas blanquecinas irregulares y placas sobre elevadas. A menudo existe más de una zona afectada, especialmente en la superficie dorsal de la lengua (17).

Las lesiones del LP cutáneo tienen un aspecto muy diferente de las lesiones mucosas. Se considera que el LP cutáneo afecta entre un 35 y un 44 % de los pacientes que solicitan atención médica por lesiones orales. En la piel, las lesiones se manifiestan por grupos o áreas difusas de pápulas amoratadas sobreelevadas con un capuchón blanco queratósico.

Dado que las lesiones suelen ser pruriginosas, los pacientes suelen producirse excoriaciones lineales que provocan la formación de un patrón lineal de lesiones adicionales a lo largo de las zonas de rascado. Esta característica del LP puede explicar el mayor tamaño e intensidad de las lesiones orales en áreas propensas a sufrir irritación crónica por dientes y cepillos dentales. Estas áreas suelen ser la mucosa bucal a lo largo de la línea de oclusión y las comisuras, los bordes laterales de la lengua y los bordes gingivales. Las lesiones cutáneas pueden aparecer casi en cualquier parte del cuerpo, incluido el cuero cabelludo y los lechos ungueales, pero son

más frecuentes en el tronco superior, las superficies flexoras de los brazos y las piernas y los genitales (17).

- Se diagnostica a menudo a partir de información exclusivamente clínica, especialmente en casos de LP reticular con las características estrías de Wickham formando un patrón en encaje o anular sobre un fondo eritematoso. Las variantes erosivas y en placas del LP requieren siempre estudios de laboratorio, ya que pueden remedar clínicamente numerosas lesiones mucosas, incluidas neoplasias malignas. Es necesario una biopsia incisional para estudios histológicos e inmunofluorescencia directa (17).
- **Tratamiento:** Tras el diagnóstico, la mayoría de los clínicos no creen necesario tratar las pequeñas áreas de LP de tipo reticular o en placas, a no ser que se hagan sintomáticas, persistentes o diseminadas. El LP erosivo, la forma más grave, suele tratarse y responde bien a corticoides tópicos, sistémicos o ambos. El tipo específico de medicación depende de cada caso. En los casos más graves y difusos suele aplicarse una dosis inicial alta de prednisona, que va rebajando a lo largo de 1 semana, o aplicando el tratamiento en días alternos. Estos dos tratamientos no producen ningún daño suprarrenal, pero no deben utilizarse si el paciente es diabético o hipertenso, si tiene una osteoporosis grave y si sufre de úlceras gastrointestinales o glaucoma (17).

### **3.11 Candidiasis**

#### **3.11.1 Concepto**

C.Albicans puede presentarse en forma de levadura (espora), levadura con pseudo hifas o en forma de largas hifas tabicadas ramificadas.

La forma de hifas suele estar presente cuando se aíslan los microorganismos a partir de un proceso infeccioso. Otros sinónimos utilizados son candidiasis y moniliasis .Todos los miembros del genero están presentes como comensales que se vuelven patógenos cuando tiene lugar una alteración de la inmunidad del huésped.

Entre los agentes infecciosos oportunistas, los miembros del género cándida suelen ser los primeros en sacar partido de cualquier reducción del sistema defensivo de las células huésped (3).

#### **3.11.2 Manifestaciones clínicas**

C.albicans tienen lugar en la superficie de la mucosa, donde adoptan varias formas clínicas. Algunas son blancas y se pueden eliminar fácilmente mediante raspado, mientras que otras no. Algunas tienen un aspecto rojo brillante, lo cual se debe a atrofia y erosión del epitelio y a una intensa inflamación del tejido conjuntivo subyacente (17).

La candidiasis es el prototipo clásico de una infección oportunista. Se trata de un microorganismo comensal de la cavidad oral que se convierte en patógeno cuando existen los factores pueden predisponer al tejido oral al desarrollo de candidiasis (17).

### 3.11.3 Clasificación

#### 1. Candidiasis Seudomenbranosa Aguda (Muguet)

Se caracteriza por la presencia de placas blancas de "requesón" o placas blancas y cremosas en varios puntos del interior de la boca. Las placas pueden desprenderse fácilmente con un depresor lingual o una gasa. La mucosa subyacente está eritematosa y puede sangrar ligeramente. La pseudomembrana está constituida por células epiteliales descamativas y necróticas, así como numerosos micelos (hifas) enmarañadas y enredados de *C. albicans*.

Las lesiones se encuentran comúnmente en recién nacidos, antes de que adquieran un sistema inmunitario competente. Algunas causas frecuentes de esta forma de candidiasis son el uso prolongado de antibióticos, que trastorna el equilibrio de la flora oral; uso de corticoides sistémicos, que induce inmunodepresión; infección por el VIH; xerostomía crónica debida a radioterapia, quimioterapia o medicación; Síndrome de Sjogren y diabetes mellitus (17).

El diagnóstico de candidiasis puede confirmarse mediante frotis citológico de la pseudomembrana teñidos con PAS. Las hifas enmarañadas se tiñen selectivamente facilitando lo que el diagnóstico sea rápido y preciso. Para diferenciar entre diversas cepas de *Candida* se requiere el empleo de técnicas inmunohistoquímicas (17).

El tratamiento con medicación anti fúngica es capaz de aliviar los síntomas y la mayoría de las infecciones, el paciente en 1 ó 2 semanas. Si las lesiones no experimentan una remisión inmediata, el paciente puede estar gravemente inmunodeprimido y/o albergar otras especies de *Candida*.



Estos pacientes pueden necesitar medicamentos más potentes que los derivados azólicos habituales como por ejemplo anfotericina B, que suele administrarse por vía intravenosa y requiere hospitalización (17).

## **2. Candidiasis Atrófica (Eritematosa)**

En pacientes no inmunodeprimidos, la candidiasis atrófica es más frecuente en portadores de prótesis removibles mal ajustadas o en quienes llevan dicha dentadura puesta continuamente (17).

Se ha denominado también estomatitis protésica y se presenta en forma de una zona roja generalizada de tejido atrófico, por lo común en el paladar. Se encuentra principalmente debajo de las prótesis superiores en pacientes mayores. Y con más frecuencia en los pacientes que no limpian suficientemente las prótesis ni se las quitan por la noche. En las etapas iniciales existen áreas de erosión superficial y petequias (17).

La principal molestia es una sensación de quemazón continua en el área afectada. La candidiasis puede afectar también a la lengua, cuyo caso está presenta un aspecto liso y rojo carnosos (17).

Este aspecto se debe a la ausencia de papilas filiformes, a un adelgazamiento generalizado del epitelio y a inflamación excesiva del tejido conjuntivo.

Los pacientes se quejan de sensibilidad intensa y dolor ante la exposición de líquidos calientes y fríos, alimentos picantes y bebidas alcohólicas.

### **3. Crónica Hiperplásica crónica (Leucoplasia Candidiásica)**

Se presenta en forma de placa blanca. Se encuentra con mayor frecuencia en la mucosa yugal, a lo largo de la línea oclusal, ensanchándose en forma de V al acercarse a la comisura labial, y también en las superficies latero dorsales de la lengua y los rebordes alveolares. Dado que se presenta como una mancha o placa en la mucosa, se denomina frecuentemente "leucoplasia candidiasica". La lesión suele descubrirse durante la evaluación microscópica de una biopsia rutinaria de alguna lesión de leucoplasia, al observar las formas de micelas del microorganismo. A veces la candidiasis hiperplásica crónica se presenta en forma de pápulas blancas sobre un fondo eritematoso y se asemeja a una leucoplasia moteada o eritoplasia moteada (17).

## **4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

### **4.1 Concepto**

Es un síndrome caracterizado por una lesión renal, irreversible y progresiva, que reduce la filtración glomerular, como resultado de este proceso se producen alteraciones en la homeostasis, retención de productos nitrogenados, problemas en las funciones endocrinas del riñón, etc (15).

La IRC es el camino final de la nefropatías difusas crónicas, de manera que la mayoría de las enfermedades del riñón y las obstrucciones prolongadas al flujo de orina conducen a este síndrome. El cuadro es lento progresivo y durante su desarrollo se ponen en marcha mecanismos de adaptación con el fin de compensar la pérdida de función y mantener al paciente en un estado compensado. Este estado llega a su fin cuando el grado de deterioro es tal que los mecanismos compensadores claudican (15).

#### **4.1.1 Anatomía y fisiología del riñón**

El riñón es un órgano par en forma de judía, ubicado en la zona lumbar a cada lado de la columna vertebral.

Cada uno de ellos mide aproximadamente 12cm de longitud y pesa aproximadamente 150 gr. En su borde interno se encuentra el hilio por donde penetra el paquete vascular. En la parte anterior se localiza la vena renal, que recoge la sangre filtrada por el riñón y en la posterior la arteria renal, que suministra la sangre para ser depurada. Los riñones realizan dos funciones fundamentales:

En primer lugar eliminan gran parte de los productos metabólicos terminales del organismo.

En segundo lugar controlan las concentraciones de la mayor parte de los componentes de los líquidos corporales.

Los dos riñones, en conjunto, tienen aproximadamente dos millones de nefronas, y cada una de ellas es capaz de formar orina por separado. Así pues, en la mayor parte de los casos

no es necesario discutir el riñón entero, sino simplemente la función de una sola nefrona, para explicar la función renal (8).

La nefrona es la unidad funcional en cada riñón hay cerca de un millón está compuesta básicamente de: 1) un glomérulo, a través de cual se filtra el líquido desde la sangre y 2) un túbulo largo, en el que el líquido filtrado es convertido en orina, en su camino hacia la pelvis renal. El glomérulo es una red de hasta 50 capilares paralelos que se ramifican y anastomosan, recubiertos por células epiteliales y encerradas en la cápsula de Bowman.

La presión de la sangre en el glomérulo, determina que el líquido se filtre hacia la cápsula de Bowman, pasando posteriormente hacia el túbulo proximal, que se sitúa en la corteza renal junto con los glomérulos (8).

Desde el túbulo proximal, el líquido pasa hacia el asa de Henle, que penetra profundamente en el riñón, llegando algunas de ellas hasta la parte más interna de la médula renal. Cada rama tiene a su vez una rama descendente y otra ascendente. La pared de la rama descendente y la parte inferior de la ascendente es muy fina, recibiendo el nombre de porción fina del asa de Henle. Sin embargo a medida que la rama ascendente va dirigiéndose hacia la corteza, su pared se vuelve otra vez más gruesa, conociéndose como porción ascendente gruesa del asa de Henle. Tras pasar a través de esa estructura, el líquido entra en el túbulo distal, el cual, como el proximal se encuentra en la corteza renal. Después todavía en la corteza se unan varios túbulos distales, incluso hasta 8 para formar el túbulo colector cortical, cuyo extremo se aleja de nuevo de la corteza y penetra en la médula, convirtiéndose en el túbulo colector medular. Los túbulos colectores se van

uniendo para formar unidades cada vez más grandes que penetran hacia la médula, en paralelo con las asas de Henle. En cada riñón hay aproximadamente 250 túbulos colectores grandes, transportando cada uno de ellos la orina de unas 4.000 nefronas (8).

A medida que el filtrado glomerular fluye por los túbulos, hasta un 99% de agua y cantidades variables de solutos se reabsorben habitualmente hacia el sistema vascular, secretándose asimismo algunas sustancias desde el propio sistema vascular hacia la luz tubular. El agua restante y las sustancias disueltas en ella constituyen la orina.

La nefrona su función es limpiar o “aclarar” el plasma sanguíneo de sustancias de desecho a medida que pasa por los riñones. Dentro de estas sustancias que deben estar eliminadas se encuentran determinados productos terminales del metabolismo, como la urea, creatinina, ácido úrico y ureatos. Además otras sustancias como sodio, potasio, cloruro e hidrogeno tienden a acumularse en el organismo en cantidades excesivas, es también función de la nefrona evitar la acumulación de estos iones. (8)

Los principales mecanismos mediante los cuales la nefrona depura el plasma de sustancias de desecho son los siguientes:

- a) Filtra una gran proporción de plasma a partir de la sangre que fluye por los glomérulos, habitualmente la quinta parte de la misma, determinando el paso de un ultrafiltrado hacia el sistema tubular.
- b) A continuación, a medida que el filtrado fluye a través de los túbulos, las sustancias de desecho permanecen en la luz tubular, mientras que el resto, especialmente el agua y muchos electrolitos, son reabsorbidos de nuevo hacia el plasma a nivel de los capilares peritubulares. En otras palabras, los componentes del líquido tubular que no deben

ser eliminados pasan de nuevo a la sangre, mientras que los productos de desecho se eliminan en la orina. (4)

Un segundo mecanismo mediante el cual la nefrona depura el plasma de otros productos de desecho es la secreción tubular. Este mecanismo consiste en que determinadas sustancias son secretadas desde el plasma hacia el espacio tubular, directamente, a través de las células epiteliales tubulares. La orina formada está compuesta especialmente por sustancias filtradas, pero también por pequeñas cantidades de sustancias secretadas. (8)

#### **4.2 Clasificación de la IRC**

Se divide en cinco estadios según la tasa de filtrado glomerular (FG) (14).

- a) Estadio 1  $FG \geq 90$  ml/min, en presencia de un marcador de lesión Renal.
- b) Estadio 2  $FG$  60-89 ml/min y marcador de daño renal.
- c) Estadio 3  $FG$  30-59 ml/min
- d) Estadio 4  $FG$  15-29 ml/min
- e) Estadio 5  $FG < 15$  ml/min (14)

#### **4.3 Etiología**

##### **❖ Primarias**

- Renales
  - Glomerulonefritis
  - Pielonefritis crónica
  - Riñón poliquístico
  - Amiloidosis renal
- Extrarrenales
  - Litiasis urinaria
  - Adenoma de próstata

##### **❖ Secundarias**

- Procesos sistémicos
  - Diabetes

- Colagenopatías
- Gota
- Mieloma Múltiple
- Hipertensión arterial
- Tuberculosis renal (15)

#### **4.4 Fisiopatología**

El deterioro y la destrucción de las nefronas funcionales son los procesos patológicos que subyacen en el fracaso renal. La nefrona incluye el glomérulo, los túbulos y la red vascular. Son varias las enfermedades que afectan a segmentos diferentes de la nefrona al comienzo, pero después se afecta la nefrona entera. (8)

Una vez perdidas las nefronas no son reemplazadas, sin embargo gracias a la hipertrofia compensadora de las nefronas restantes, se mantiene la función renal normal durante un tiempo. Este es un periodo de insuficiencia renal relativa durante el cual se preserva la homeostasis. El paciente se presenta asintomático y solo muestra anomalías de laboratorio que reflejan una disminución de la tasa de filtración glomerular. (8)

La filtración normal se mantiene hasta que se destruye el 50% de las nefronas. En este momento se superan los mecanismos compensatorios y aparecen los signos y síntomas de uremia. A nivel morfológico, el riñón en estado terminal está muy reducido de tamaño y es cicatricial y nodular. (8)

#### **4.5 Manifestaciones Clínicas**

- Poliuria
- Polidipsia
- Anemia
- Hemorragias
- Hipertensión arterial
- Edemas
- Alteraciones cutáneas (piel seca y áspera de color amarillo)
- alteraciones digestivas (anorexia, náuseas, vómito)

- alteraciones neurológicas (cefaleas, astenia delirio, obnubilación, coma).(15)

#### **4.6 Manifestaciones Bucales**

- Aliento amoniacal
- Palidez de piel y mucosas
- Estomatitis urémica
- Tumefacción parotídea y submaxilar
- Hemorragias
- Osteodistrofia renal
- Procesos infecciosos bucodentales (15)

#### **4.7 Diagnóstico**

Se lleva a cabo mediante la demostración de marcadores de lesión renal o disminución persistente (más de tres meses) e irreversible de la tasa de FG (Filtrado Glomerular) (14).

- Pruebas de Laboratorio
  - Estudio de la función renal: creatinina sérica y calculo (Formulas a Partir de creatinina sérica como MDRD) o Medida de filtrado Glomerular (aclaramiento de creatinina). Medida de proteinuria.
- Presencia de complicaciones:
  - Anemia por déficit de eritropoyetina y ferropenia.
  - Equilibrio hidroelectrolítico y acido-base (hiperpotasemia): Sodio, cloro, potasio, bicarbonato
  - Metabolismo mineral y óseo: calcio, fosforo, parathormona (PTH), 25(OH)-vitamina D.
- Pruebas de imagen
  - Ecografía renal: en la IRC los riñones son de tamaño Pequeño con desdiferenciación cortico-medular
  - Rx de tórax (calcificaciones vasculares), manos y columna Lumbar (signos de osteodistrofia renal).



## 4.8 Tratamiento

### 1. Dieta y balance hidroelectrolítico

En la actualidad, la dieta en la IRC tiene tres objetivos:

- a) Evitar un aumento excesivo de productos catabólicos de las proteínas.
- b) Disminuir la ingesta de fosforo.
- c) Un posible efecto ralentizador de la evolución de la IRC .La reducción del contenido de proteínas en la dieta disminuye la anorexia, los vómitos y, si se inicia precozmente , puede enlentecer la progresión de la enfermedad renal .Por todo ello, es aconsejable iniciar dietas con restricción proteica moderada ,desde estadios tempranos de la IRC ( filtrado glomerular entre 40-50ml/min ) .En fases más avanzadas de la enfermedad renal , también es útil la restricción , que se ha de complementar con el resto de medidas de control , especialmente el control ,de la HTA .El mínimo proteico diario debe ser de 0,6g proteínas /kg/día . El mínimo energético es de 35-40 Kcal /kg /día: 50 -60 %de carbohidratos y 40 -50 % de grasa.(18)

### 2. Sodio y agua

Hay que reducir el aporte en fases avanzadas de la IRC.

### 3. Potasio

En fases avanzadas hay que disminuir el aporte

### 4. Calcio

Hay que dar carbonato de calcio cuando las cifras son inferiores a 7,5 mg%. Las cifras de aporte de calcio oscilan entre 6 y 12 g/día. La administración de suplementos de calcio, vitamina D y quelantes de fosfato permite suprimir los niveles de PHT y prevenir la osteítis fibrosa quística y la al osteomalacia.

### 5. Fósforo

En la actualidad, se está dando carbonato cálcico por vía oral. Hay que disminuir el aporte de fosforo en la dieta con aclaramiento entre 30 y 40 ml/minuto.

#### **6. Equilibrio ácido base**

Existe una acidosis metabólica con anión gap elevado. Hay que mantener el bicarbonato en cifras de 17 a 20 mEq/l, dando para ello bicarbonato sódico oral.

#### **7. Control de la anemia**

Se trata con eritropoyetina recombinante humana en dosis de 80-120 U/kg / semana vía subcutánea o 120 -180 U/ kg /semana vía IV, repartida en 1, 2 ó 3 dosis semanales, para mantener el hematocrito entre 33 y 36 (Hgb 11 -12 g/dl).

#### **8. Control de la HTA**

Juega un papel muy importante para evitar la progresión de la IRC.(18)

#### **9. Diálisis o Trasplante**

a) Diálisis es un tratamiento que permite de manera artificial la remoción de nitrógeno y otros productos tóxicos del metabolismo, desde la sangre. Se dispone de dos tipos de diálisis:

- **Hemodiálisis** Es la remoción de solutos de bajo peso molecular, como productos tóxicos y nitrogenados del metabolismo, a través de una membrana semipermeable. El líquido se extrae por ultrafiltración. En general se efectúan tres sesiones de diálisis por semana, cuya duración se ajusta para lograr una reducción mínima del 65% de la urea durante el tratamiento. La mayoría de las sesiones dura 3-4 horas (18).
- **Diálisis peritoneal** Consiste en la ubicación de un catéter a través del abdomen dentro de la cavidad peritoneal, con el objeto de utilizar el peritoneo como membrana, los solutos se eliminan por difusión en el dializado(19)

- b) El Trasplante renal ofrece una calidad de vida cercana a lo normal y mejora la supervivencia en aquellos pacientes con falla renal irreversible, y donde la diálisis ya no es efectiva. Las tasas de supervivencia alcanzan el 80% al año del trasplante en el caso de un donante no consanguíneo y de un 90% cuando el donante es consanguíneo. Al cabo de 5 años existe una expectativa de vida de aproximadamente un 60-70% de los pacientes trasplantados. (18)

#### **10. Tratamiento Médico**

- Ralentizamiento de la progresión de la insuficiencia renal:
- Restricción proteica moderada
- Tratamiento antiproteínurico con IECAs o ARA II.
- Reducción de la ingesta hídrica y disminución del aporte de Potasio y fosforo en fases avanzadas (14)

#### **4.9 Actitud y atención odontológica**

Los pacientes en hemodiálisis deben ser informados de la necesidad imperiosa de conservar una salud bucal óptima.

La conducta del odontólogo en la IRC incluye los siguientes lineamientos y procedimientos (15).

1. Interconsulta médica
2. Solicitar un coagulograma básico y hemograma
3. Controlar la presión arterial al inicio y final de la sesión
4. Evitar fármacos nefrotóxicos o de elevado metabolismo renal (Fenacetina, paracetamol, tetraciclina)
5. Tratar en forma agresiva las infecciones bucodentales. Es importante identificar en antibiótico mediante cultivos y antibiograma.
6. En pacientes sometidos a hemodiálisis, aplicar los ítem 1 a 4 y, además:
  - a) Instaurar la profilaxis antibiótica recomendada para endocarditis infecciosa

- b) Tratar de brindar la atención un día después de la hemodiálisis; el estado metabólico del paciente será más estable y habrá menor riesgo de hemorragia
- c) Evaluar con el medico la hospitalización si hay infecciones severa o requerimientos odontológicos mayores.
- d) Continuar o iniciar un minucioso programa bucal(15)

## 5. HEMODIÁLISIS

### 5.1 Concepto

Los primeros intentos de tratamiento de la insuficiencia renal mediante la utilización de un riñón artificial datan de la década de 1940, no fue hasta dos décadas después cuando se instituyó la hemodiálisis (HD) como tratamiento de la insuficiencia renal crónica. En la actualidad, más de un millón de personas en todo el mundo reciben esta modalidad de tratamiento (14).

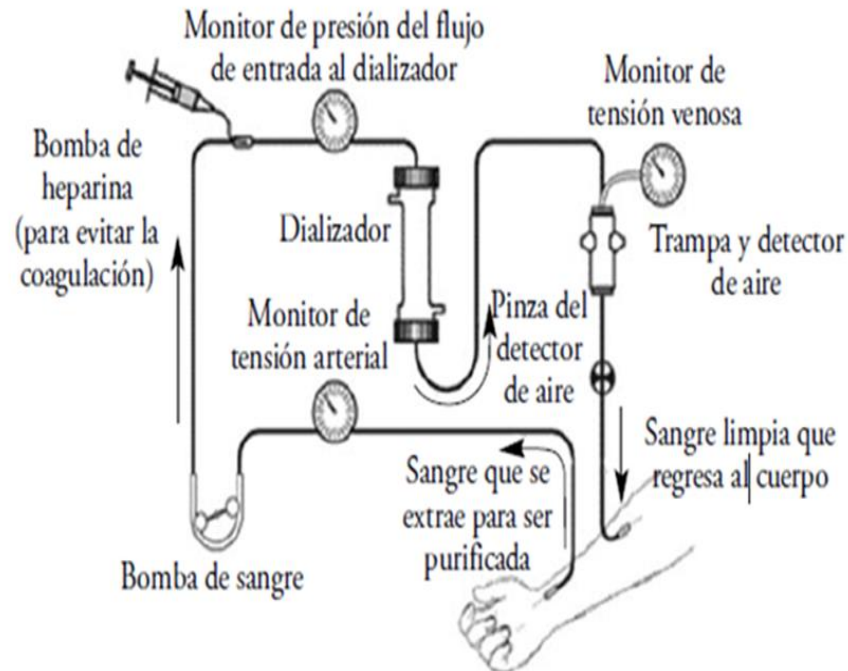
La hemodiálisis es un procedimiento de sustitución renal extracorpóreo, consiste en extraer la sangre del organismo y pasarla a un dializador de doble compartimiento, uno por el cual pasa la sangre y otro el líquido de diálisis, separados por una membrana semipermeable. Método para eliminar de la sangre residuos como potasio y urea, así como agua en exceso cuando los riñones son incapaces de esto (14).

### 5.2 Principios físico-químicos de la hemodiálisis

La hemodiálisis se basa en los principios físicos de la difusión y la convección, con los cuales se consigue el paso de solutos y agua a través de una membrana semipermeable (14).

- a) **Difusión:** Constituye el principal mecanismo de depuración de toxinas en el proceso de HD y consiste en el transporte pasivo de solutos a través de la membrana semipermeable. La difusión de una molécula depende de la diferencia de concentración a ambos lados de la membrana, del peso molecular (menor difusión cuanto más elevado) y de las características de la membrana (espesor, superficie, tamaño y número de poros) (14).
- b) **Convección:** Permite el desplazamiento de la solución en su totalidad (solvente y solutos) del compartimento de mayor al de menor presión, hasta que las diferencias de presión hidrostática u osmótica se igualan a ambos lados de la membrana. Permite el movimiento neto de agua a través de la membrana (ultrafiltración) (14).

### 5.3 Componentes de la Hemodiálisis



- a) El dializador
- b) Monitor de hemodiálisis
- c) Líquido de hemodiálisis
- d) Anticoagulación
- e) Acceso vascular (14)

### 5.4 Modalidades de hemodiálisis

Las diferentes variantes de hemodiálisis se basan en modificaciones del tipo de membrana o en aportar un mayor o menor grado de convección (14).

- a) Hemodiálisis convencional Tres sesiones semanales de 4 horas con dializadores de baja permeabilidad, superficie media, flujos de sangre de 250-300 ml/min y flujos de líquido de diálisis de 500 ml/min. La depuración se basa, fundamentalmente, en la difusión y ofrece buena depuración de pequeñas moléculas pero no de las de tamaño mediano o grande (14).

- b) Hemodiálisis de alta eficacia mejora el rendimiento del transporte por difusión al emplear membranas de mayor superficie y flujos de sangre y del líquido de diálisis más elevados (14).
- c) Hemodiálisis de alto flujo Utiliza membranas de alta permeabilidad y flujos de sangre superiores a 350 ml/min, por lo cual proporciona transporte conectivo con una mejor depuración de moléculas de peso molecular mediano y elevado. Esta modalidad es la más utilizada, actualmente, en España, en sesiones de 4 horas, tres veces por semana (14) Hemodiafiltración / HDF on line Es la técnica teóricamente ideal, ya que emplea de forma simultánea la convección y la difusión. Utiliza membranas de alta permeabilidad para realizar una ultrafiltración de 20-30 L por sesión con reposición del volumen eliminado. Actualmente, la reposición se realiza a partir del líquido de diálisis (HDF on line), lo cual ha abaratado los costes y ha facilitado su mayor utilización (14).

## **5.5 Indicaciones y Contraindicaciones de la Hemodiálisis**

### **Indicaciones:**

- Síntomas urémicos mayores-serositis, encefalopatías urémicas, polineuropatías urémicas malnutrición / anorexia severa.
- Hiperpotasemia persistente refractaria a tratamiento médico
- Edema agudo de pulmón refractario.
- Hipertensión arterial refractaria.

### **Contraindicaciones**

- Absolutas
  - Estado vegetativo comatoso irreversible
  - Dolor sufrimiento intratable(14)
- Relativas
  - Evento cardio vascular con secuelas graves
  - Enfermedades malignas con metástasis
  - Cirrosis hepática con encefalopatías
  - Demencia
  - Arteriosclerosis grave sintomática(14)

## **5.6 Controles clínicos en el paciente en hemodiálisis**

El médico nefrólogo se encarga de conseguir una dosis de diálisis adecuada, controlar la ganancia de líquido entre diálisis y la presión arterial, vigilar el acceso vascular, controlar el estado nutricional (es decir, seguir una dieta adecuada con restricción en la ingesta de líquidos, sodio, potasio y fosforo), así como tratar la anemia (eritropoyetina, hierro parenteral, vitaminas) y el hiperparatiroidismo secundario (análogos de la vitamina D, calciomiméticos, captadores de fosforo) (14).

## **5.7 Complicaciones de la Hemodiálisis**

- **Agudas**

- Síndrome de desequilibrio - convulsiones
- Hipotensión arterial – calambres
- Náuseas, vómitos – cefaleas
- Dolor precordial – arritmias
- Embolia gaseosa
- Reacción de pirógenos - fiebre

- **Crónicas**

- Infecciones bacterianas
- Hepatitis vírica
- Pericarditis
- Enfermedad cardiovascular
- Cáncer



## B. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### INTERNACIONALES

Calderón Cuaspu, María Victoria. “ PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS , ATENDIDOS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS “NEFROLOGY”, CIUDAD DE QUITO, PROVINCIA DE PICHINCHA, DICIEMBRE - ENERO 2013”. El universo de estudio está conformado por 87 pacientes que corresponde al 100%, de los cuales 33 son de sexo masculino, con el 38%, y 54 pertenecen al sexo femenino con el 62%. Las manifestaciones bucales que más se destacan son: xerostomía con el 74.4%, sabor y olor urémico con el 68.3% la manifestación más prevalente en este estudio fue la palidez de la mucosa que corresponde al 86.6%. se encontró la presencia de petequias en 56.1%, equimosis en 19.5%

Curto Aguilera A. MANIFESTACIONES ORALES EN INSUFICIENCIA RENAL. En España un estudio de Simal F y cols., en 2004, cifra la prevalencia de insuficiencia renal en la población general adulta en un 8%<sup>1</sup>. En niños y adolescentes se observa un aumento en el aclaramiento de creatinina proporcional a la edad según Argüelles R y cols., 1994<sup>2</sup>. Los pacientes con insuficiencia renal crónica presentan mayor prevalencia de xerostomía, hiperplasia gingival, placa supra gingival, gingivitis y mayor número de dientes con pérdida de inserción. Los niños con insuficiencia renal presentan un retraso en la erupción dental y alteraciones en el esmalte. Sin embargo, estos pacientes presentan una baja prevalencia de caries. (4)

Acosta de Camargo María Gabriela. MANEJO ODONTOLÓGICO DE NIÑOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. En el paciente urémico, es factible observar también pérdida del límite de la unión mucogingival. Uno de los primeros síntomas que suele presentarse es el aliento amoniacal y halitosis, debido a una mayor concentración de urea en la saliva y su posterior metabolismo a amonio. Por la misma razón, los pacientes perciben un gusto

salado o metálico y pueden desarrollar estomatitis urémica, lesión ahora infrecuente debido al inicio más temprano de tratamiento dialítico al paciente con IRC .Es además de gran importancia, considerar la tendencia al sangramiento, el riesgo de infección y el uso de medicamentos antes de tratar a estos pacientes. Esta enfermedad sistémica tiene consecuencias que afectan la cavidad bucal de muchas formas y que llevan a una pérdida de la función, estética y confort (1)

Rebolledo Cobos, M; Carmona Lorduy, M, Carbonell Muñoz, Z; Díaz Caballero, A. SALUD ORAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS DESPUES DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO ESTOMATOLOGICO. Con respecto a las características socio demográficas los 112 pacientes que participaron en el estudio tenían en promedio 52,7 años (D.E: 15,6 años), 53,6% eran hombres y un 46.4% mujeres, el 67,9% procedía de zona urbana y en un 32,1% de zona rural. En cuanto a nivel educativo un 41,1% cursaron solo hasta bachillerato. La población de pacientes que poseía información sobre la asociación de IRC con lesiones orales, correspondió a un 87,5%, el 38,3 % respondió que la resequedad bucal es lesión propia de IRC y un 24,1% que el sabor metálico en cavidad oral es ocasionado por la IRC. (5)

## NACIONALES

Lecca Rojas, María Pía; Meza Mauricio, Jonathan; Ríos Villasis, Katty. MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN HEMODIALISIS. Se examinaron 119 pacientes de ambos sexos. Los pacientes examinados presentaron: lengua saburral 88,2%, agrandamiento gingival 63%, sangrado gingival 55,5%, caries dental 85,7%, cálculo dental 80,7%, perdida de inserción dental 72,3%, xerostomía 84%, halitosis 66,4% y disgeusia 55,5%.Las manifestaciones bucales en pacientes con IRC en hemodiálisis, con mayor prevalencia en tejidos blandos fueron: lengua saburral, agrandamiento gingival, sangrado gingival, queilitis angular,

Palidez de la mucosa; en los tejidos duros: caries dental cálculo dental, pérdida de inserción dental, movilidad dental; y en las glándulas salivales xerostomía, halitosis y disgeusia. (4)

#### LOCALES

No se encontraron

### 7. HIPOTESIS Y VARIABLES : OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### A. Hipótesis

Dado que la Insuficiencia Renal Crónica altera sistémicamente los procesos fisiológicos e inmunológicos del organismo, lo que a su vez, podría también tener repercusión en la cavidad oral, además que, en los protocolos de tratamiento se prescribe fármacos que puedan provocar xerostomía y otras alteraciones.

Es probable que los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis, puedan presentar manifestaciones de patologías de mucosa oral.

# CAPITULO III: METODOLOGÍA

## 1. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 1. **Ámbito de Estudio**

El Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza - Minsa - Arequipa, está ubicado en el distrito de José Luis Bustamante y Rivero, en la Av. Daniel Alcides Carrión.

Límites

Norte : Gerencia Regional de Salud (GERESA) e Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN SUR)

Sur : Urbanización Pablo VI, Cercado

Este : Urbanización Bancarios, José Luis Bustamante y Rivero.

Oeste : Instituto Médico Legal, Facultad de Enfermería de la UNSA

### 2. **Tipo y Diseño de la Investigación**

- **De acuerdo a la temporalidad**

La presente investigación es transversal, puesto que se realizó una medición de las variables sobre las unidades de estudio.

- **De acuerdo al lugar donde se obtendrán los datos**

La presente investigación es de campo, porque la información fue obtenida directamente de los pacientes con insuficiencia renal crónica.

- **De acuerdo al momento de la recolección de datos**

La presente investigación es prospectiva porque la información fue obtenida conforme se desarrolló el trabajo de investigación y fue obtenida del Hospital General Honorio Delgado Espinoza.

- **De acuerdo a la finalidad investigativa**

La presente investigación es de tipo descriptivo, porque su único interés fue estudiar como son o cómo estuvieron los hechos o fenómenos, sin considerar sus causas ni sus efectos, ni su relación.

### 3. Unidades de Estudio

El estudio de investigación se realizó a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que asistieron al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

### 4. Población y Muestra

La población de estudio fueron los pacientes con insuficiencia renal crónica que asistieron al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Para la presente investigación se trabajó, con los pacientes cuyo diagnóstico es Insuficiencia Renal Crónica. Estos fueron un total de 100, fueron evaluados aquellos pacientes que reunieron los criterios.

#### a) Criterio de Inclusión

- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes con IRC diagnosticada y en tratamiento
- Pacientes mayores de edad
- Pacientes que firmen el consentimiento informado
- Pacientes que tengan 1 año de tratamiento con Hemodiálisis.

#### b) Criterio de Exclusión

- Pacientes con enfermedades sistémicas agregadas
- Pacientes poco colaboradores
- Pacientes que presentan catéter y sonda gástrica
- Pacientes que presentan mala higiene dental

### 5. Técnicas y Procedimientos

#### a) Definición Operacional de Variables

##### VARIABLE PRIMARIA

- Manifestaciones Patológicas en la mucosa oral

##### VARIABLE SECUNDARIA :

- Edad
- Sexo
- Grado de instrucción
- Tiempo de enfermedad

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

### VARIABLES PRIMARIAS

Variable	Indicador	Subindicador	naturaleza	Escala de medición	Tipo de variable
Manifestaciones Patológicas en la Mucosa Oral	Coloración de la mucosa	-Rosado -Palidez -Cianosis -Rubicundez	Cualitativa	Nominal	Individual
	Aftas	-Mayores -Menores	Cualitativa	Nominal	Individual
	Estomatitis Urémica	-Tipo I -Tipo II	Cualitativa	Nominal	Individual
	Hiperplasia gingival	-Localizada -Generalizada -Papilar	Cualitativa	Nominal	Individual
	Petequias	-Roja -Violáceo -Negruzco	cualitativa	nominal	Individual
	Equimosis	-Superficiales -Profundas	Cualitativa	Nominal	Individual
	Queilitis angular	-Unilateral -Bilateral	Cualitativa	Nominal	Individual
	Sangrado Gingival	-Leve -Moderado -severo	Cualitativa	Ordinal	Individual
	Estomatitis Aftosa Recidivante	-Menor -Mayor -Ulcera Herpetifme	Cualitativa	Nominal	Individual

Manifestaciones Patológicas en la Mucosa Oral	Eritema multiforme	-Menor -Menor crónico -Mayor	Cualitativa	Nominal	Individual
	Liquen plano	-Reticular -Atrófico -Hipertrofico -placas	Cualitativa	Nominal	Individual
	Candidiasis	-Aguda Seudomembranosa (muguet ) -Atrofica (eritematosa) -Crónica (leucoplasia candidiasica)	Cualitativa	Nominal	Individual



### Variables Secundarias

<i>Variables</i>	indicadores	Subindicadores	Naturaleza	Escala de medición	Tipo de variable
Edad	Años		Cuantitativo	Razón	Secundaria
Sexo	Femenino Masculino		Cualitativo	Nominal	Secundaria
Lugar de procedencia	Arequipa Puno Juliaca Tacna		Cualitativo	Ordinal	Secundaria
Grado de instrucción	-Analfabeto -Primaria -Secundaria -Técnico -Superior		Cualitativo	Ordinal	Secundaria
Tiempo de enfermedad	Años		Cuantitativo	Razón	Secundaria

b) Técnicas e Instrumentos de Recolección

-TÉCNICAS:

Observación

-INSTRUMENTOS:

Ficha de observación clínica. (Anexo 01)

6. Producción y Registro de Datos

La tabulación de los datos se llevó a cabo a través de la elaboración de una matriz de sistematización en una hoja de cálculo Excel versión 2013 .esta matriz nos permitirá realizar el procesamiento de la información.

La presentación de los resultados se hizo a partir de la confección de tablas de simple y doble entrada, se elaboraron gráficos de barras y/o circulares según sea el caso.

Procedimiento:

1. Se solicitó permiso al director del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, para la realización del presente estudio.
2. Se les brindó previa información a los pacientes, motivo de estudio, a través del consentimiento Informado (Anexo N° 2).
3. Los pacientes fueron evaluados en el momento en que se les realizó la hemodiálisis.
4. Previo registro de datos anamnesicos, se procede al examen físico local con ayuda de una luz frontal, espejos bucales y baja lengua, se examinó la cavidad bucal.
5. Se tomaron fotografías de la evaluación y hallazgos clínicos.
6. Se realizó el registro correspondiente en la ficha de recolección de datos, de todas las manifestaciones bucales que se observaron y se encontraron en cada paciente.

## 7. Técnicas de Análisis Estadístico

El análisis de los datos se realizó en dos etapas. En la primera, de carácter descriptivo, se hallaron frecuencias absoluta (N°) y frecuencias relativas (%). En esta segunda etapa, para establecer si existe relación entre las variables secundarias y la primaria, se calculó la prueba estadística de Chi Cuadrado a un nivel de confianza al 95%. La totalidad del procesamiento estadístico se llevó a cabo con la ayuda del software, EPI – INFO versión 6.0

## 8. Recursos

### a. HUMANOS

Investigador : Vanesa Maribel Vargas Escobar

Asesores Técnico : Mg. Brenda Beltrán Garate

Asesor Metodológico : Dr. Xavier Sacca Urday

Asesor de Redacción : Dra. María Luz Nieto Muriel

### b. FINANCIEROS

El presente trabajo de investigación fue financiado en su totalidad por la investigadora.

### c. MATERIALES

Materiales de Escritorio

- Papel Bond
- Lapiceros
- Borrador
- Impresora
- Regla
- Lápiz
- Formatos de fichas clínicas
- Folder
- Porta lapiceros
- Cámara fotográfica

- Grapas
- Engrapador

Material clínico:

- Baja lenguas
- Espejo bucales
- Guantes
- Algodón
- Barbijos
- Gorro
- Gasa
- Luz frontal
- Campos
- Explorador
- Pinzas dentales
- Bandeja
- Baberos
- Lentes
- Bombonera
- Caja metálica

d. INSTITUCIONALES

Universidad Alas Peruanas –Filial Arequipa

Hospital General Honorio Delgado Espinoza - Unidad de Hemodiálisis

# CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

## 1. Presentación de Resultados

Tabla N° 1

### Distribución de la muestra según edad

Edad	N°	%
26 a 40 años	6	10.7
41 a 50 años	5	8.9
51 a 60 años	17	30.4
61 a 70 años	17	30.4
71 a más	11	19.6
Total	56	100.0

Fuente: Matriz de datos

#### INTERPRETACIÓN:

La presente tabla podemos apreciar la distribución de la muestra considerando la edad. Podemos observar que el (30.4 %) corresponde al grupo etario entre 51 a 60 años y para el grupo del 61 a 70 por otro lado el (8.9 %) corresponde al grupo etario entre 41 - 50 años.

Gráfico N° 1

Distribución de la muestra según edad

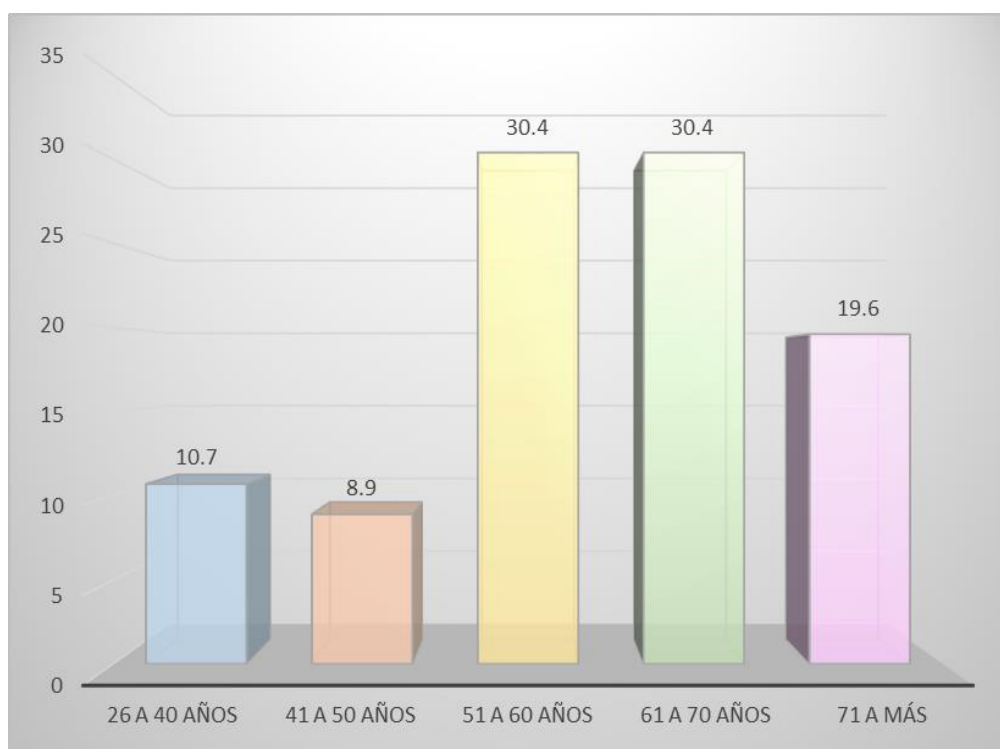


Tabla N° 2  
Distribución de la muestra según sexo

Sexo	N°	%
Masculino	30	53.6
Femenino	26	46.4
Total	56	100.0

Fuente: Matriz de datos

#### INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se puede apreciar la distribución de los pacientes considerando el sexo podemos apreciar que el (53.6 %) corresponde al sexo masculino; en tanto que el (46.4 %) corresponde al sexo femenino.



Gráfico N° 2

Distribución de la muestra según sexo

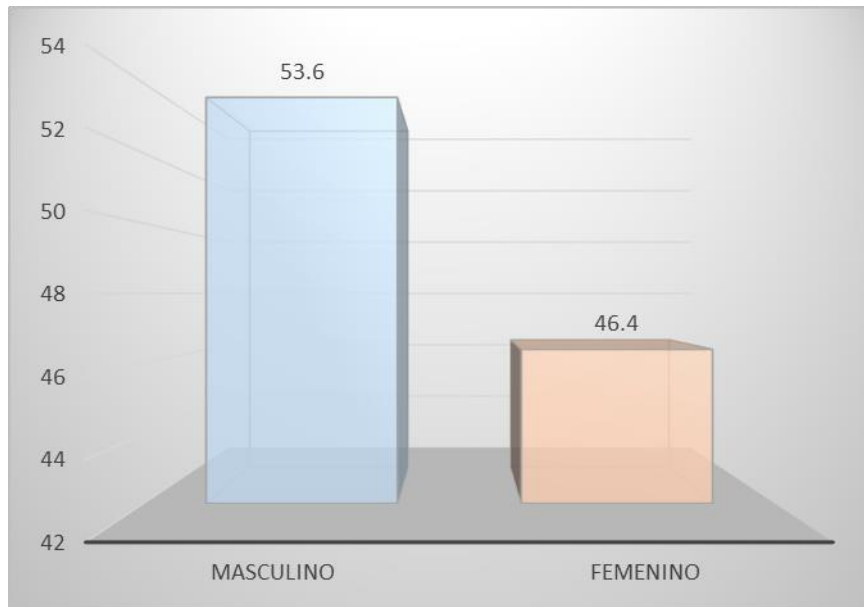


Tabla N° 3

Lugar de Procedencia de las unidades de estudio

Lugar de Procedencia	N°	%
Arequipa	14	25.0
Puno	24	42.9
Cusco	9	16.1
Otros	9	16.1
Total	56	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos indica el Lugar de procedencia de las unidades de estudio. podemos apreciar que (42.9 %) son de Puno; en tanto el (16.1 %) son de cusco y otros lugares, como Juliaca o Tacna.

Gráfico N° 3

Lugar de Procedencia de las unidades de estudio

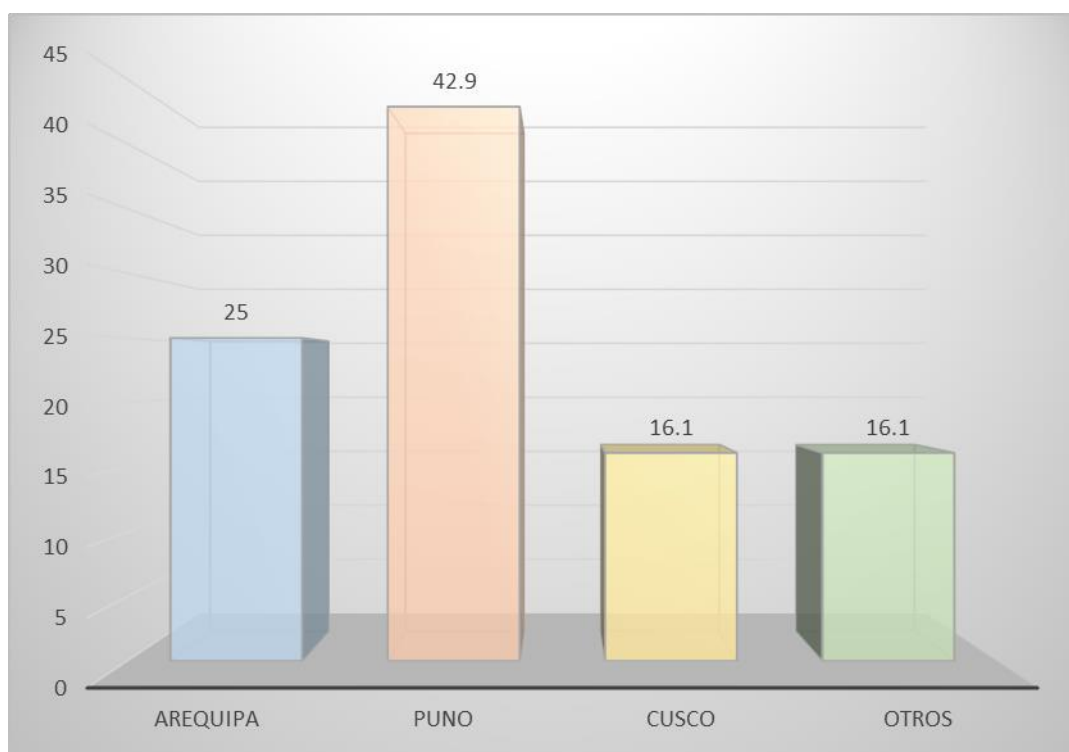


Tabla N° 4

Distribución de la muestra según el Grado de instrucción

<b>Grado de Instrucción</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Analfabeto	9	16.1
Primaria	26	46.4
Secundaria	16	28.6
Técnico	2	3.6
Superior	3	5.4
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Matriz de datos

#### INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar la Distribución de la muestra según el Grado de instrucción, observándose que el (46.4 %) tienen instrucción primaria; en tanto el (3.6 %) son de nivel técnico.

Gráfico N° 4

Distribución de la muestra según el Grado de instrucción

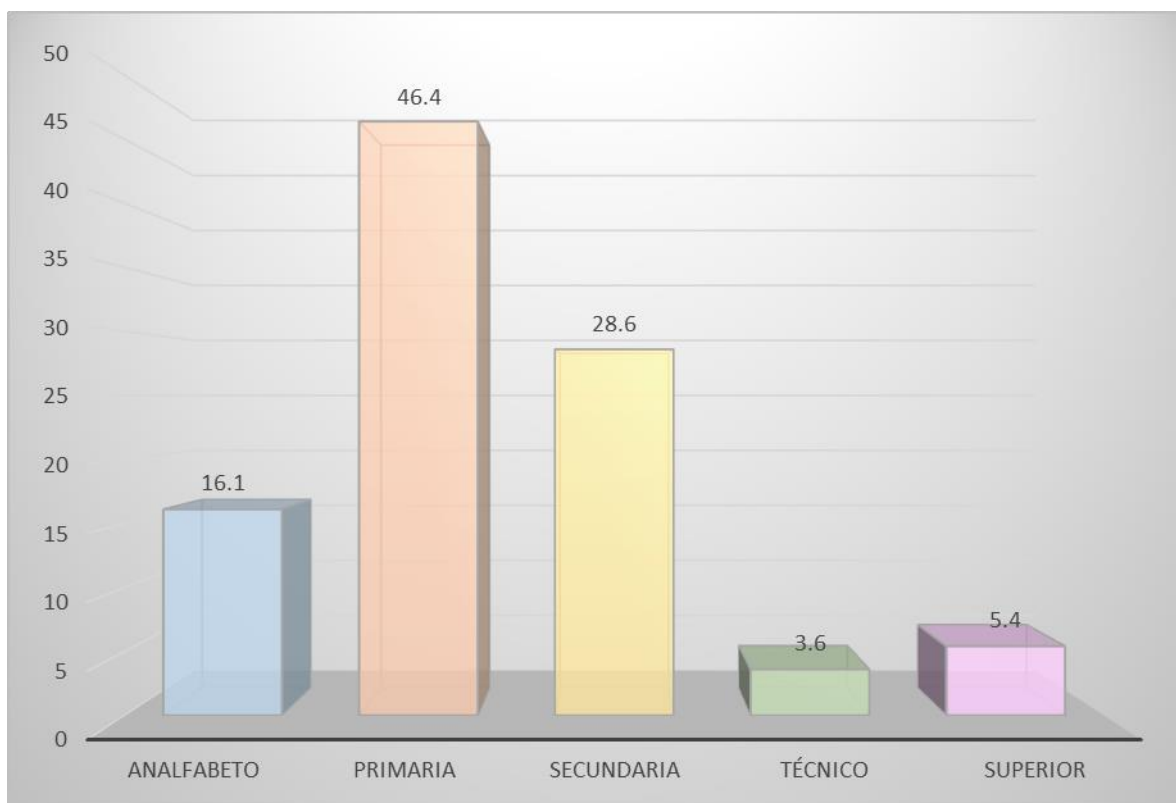


Tabla N° 5

Tiempo de Enfermedad de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

<b>Tiempo de Enfermedad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Hasta 1 año	20	35.7
De 2 a 3 años	24	42.8
4 años a más	12	21.6
Total	56	100.0

Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

En la presente tabla podemos apreciar el Tiempo de enfermedad de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, observándose que el (42.8 %) tienen la enfermedad entre 2 y 3 años; en tanto el (21.6 %) presentan de 4 años a más.

Gráfico N° 5

Tiempo de Enfermedad de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

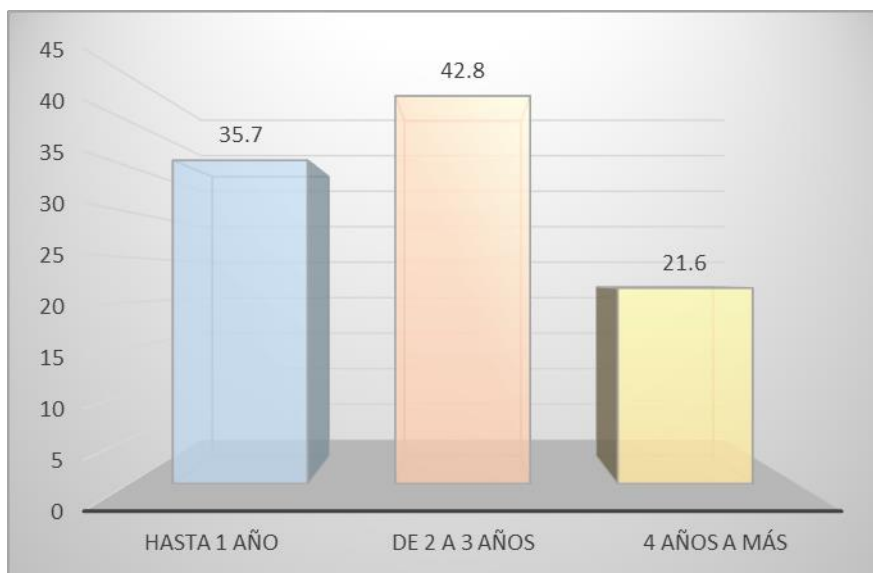


Tabla N° 6

Frecuencia de Diálisis en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

Frecuencia de Diálisis	N°	%
Una	1	1.8
Dos	9	16.1
Tres	46	82.1
Total	56	100.0

Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

En la presente tabla podemos apreciar la Frecuencia de Diálisis en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, se puede observándose que el (82.1%) reciben tratamiento de diálisis tres veces a la semana, mientras que el (1.8%) recibe solo una vez.

La frecuencia de diálisis de tres veces por semana es la frecuente.



Gráfico N° 6

Frecuencia de Diálisis en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

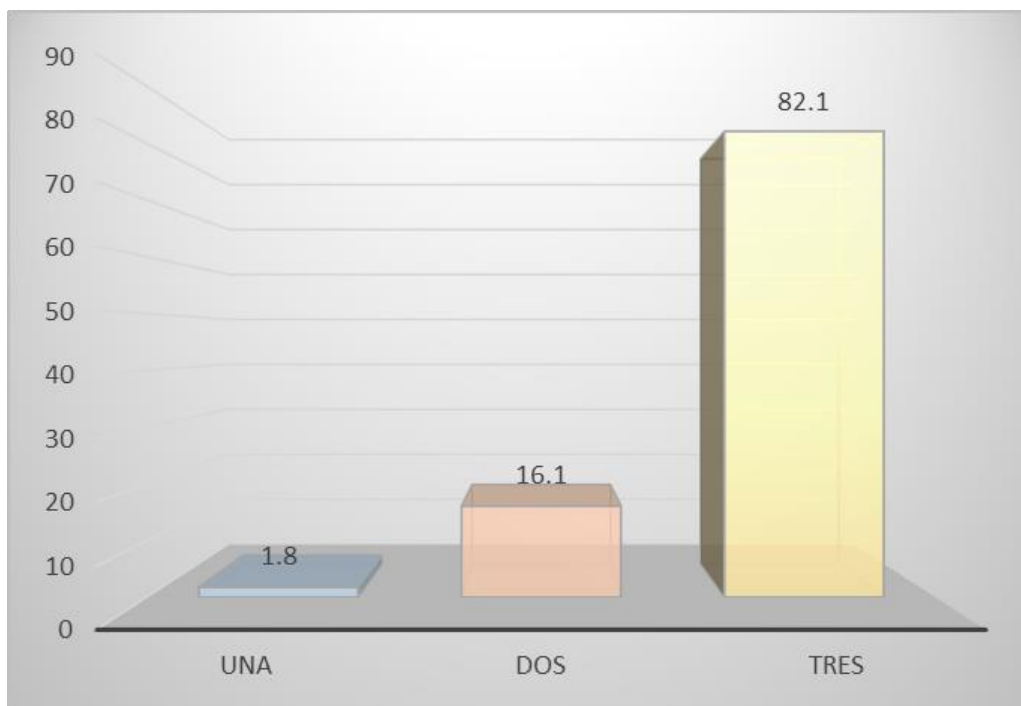


Tabla N° 7

Coloración de la mucosa oral en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

Coloración de Mucosa	N°	%
Rosado	55	98.2
Palidez	1	1.8
Total	56	100.0

Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

En la presente tabla podemos apreciar Coloración de la mucosa oral en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, observándose que el (98.2 %) tienen un color Rosado; en tanto el (1.8 %) tenían palidez.

Gráfico N° 7

Coloración de la mucosa oral en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

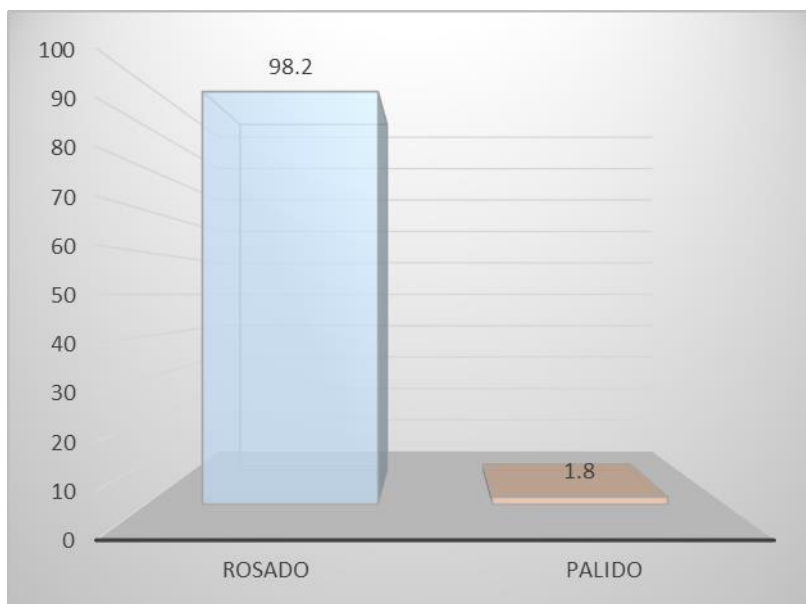


Tabla N° 8

Presencia de úlceras Aftosas en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

<b>Aftas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	54	96.4
Mayores	1	1.8
Menores	1	1.8
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>
<b>Localización</b>		
Fondo de surco	1	50.0
Lengua	1	50.0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

En la presente tabla podemos apreciar la presencia de úlceras Aftosas en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, observándose que el (96.4%) no las presentaron; mientras que el (1.8 %) y (1.8 %) presentaron Aftas mayores y menores.

Respecto a la localización de las Aftas, se puede evidenciar que el 50% de estas estuvieron en fondo de surco y el otro 50% en lengua.

Gráfico N° 8

Presencia de ulcera Aftosas en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

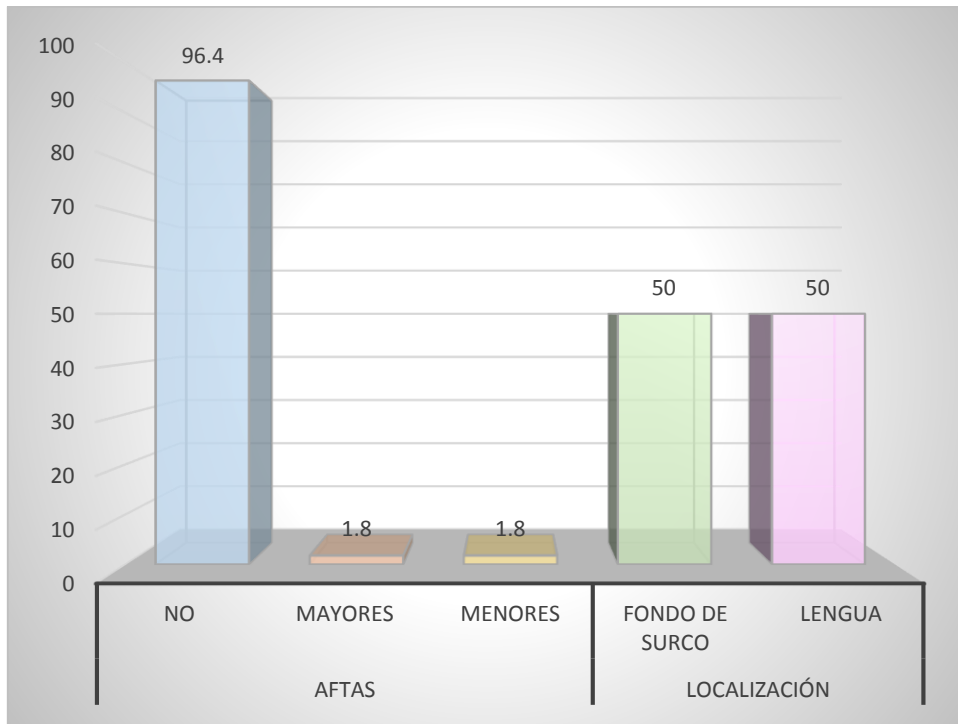


Tabla N° 9

Hiperplasia Gingival en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

Hiperplasia Gingival	N°	%
No	49	87.5
Localizada	6	10.7
Generalizada	1	1.8
Total	56	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar la Hiperplasia Gingival en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, observándose que el (87.5 %) no presentaron este problema; mientras que el (1.8 %) fue generalizada.

Gráfico N° 9

Hiperplasia Gingival en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

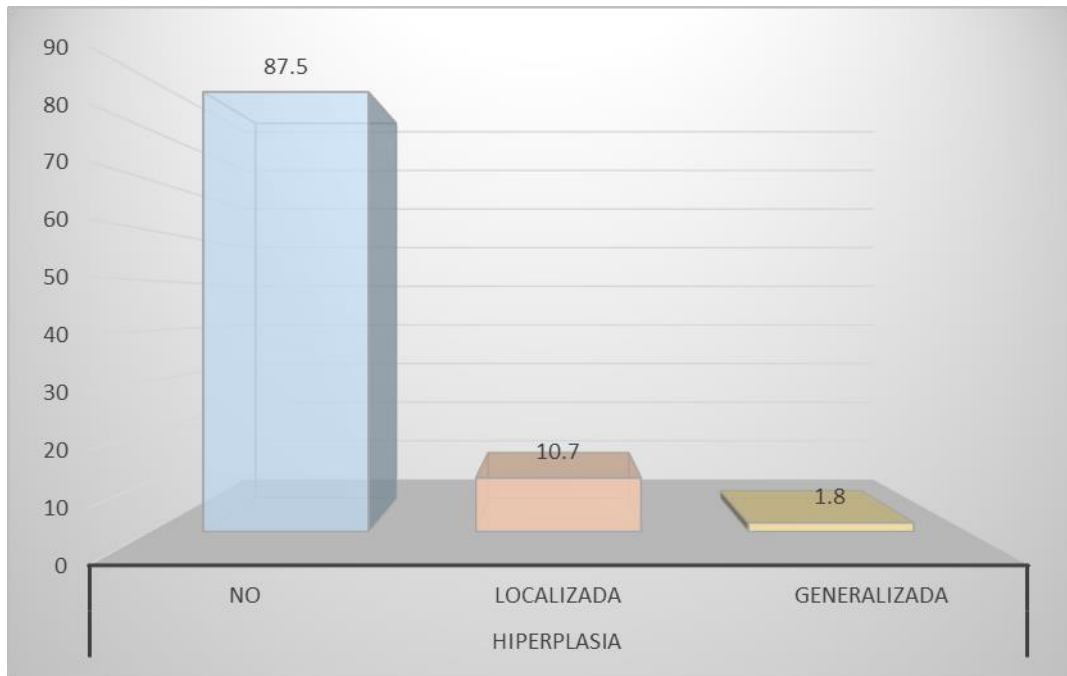


Tabla N° 10

Presencia de Petequias en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

<b>Petequias</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	44	78.6
Violácea	9	16.1
Negruzco	3	5.4
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>
<b>Localización</b>		
Encías	1	8.3
Carrillo	5	41.7
Piso boca	4	33.4
Lengua	1	8.3
Paladar blando	1	8.3
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

En la presente tabla nos indica la presencia de las Petequias en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, observándose que el (78.6 %) no las presentan; en tanto el (5.4 %) presentan petequias negruzcas.

Respecto a la localización de las Petequias, se puede evidenciar que el (41.7 %) estuvo en carrillo, el (33.4%) estaban en piso de boca, y el (8.3%) se observó en encía o lengua o paladar blando.



Gráfico N° 10

Presencia de Petequias en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

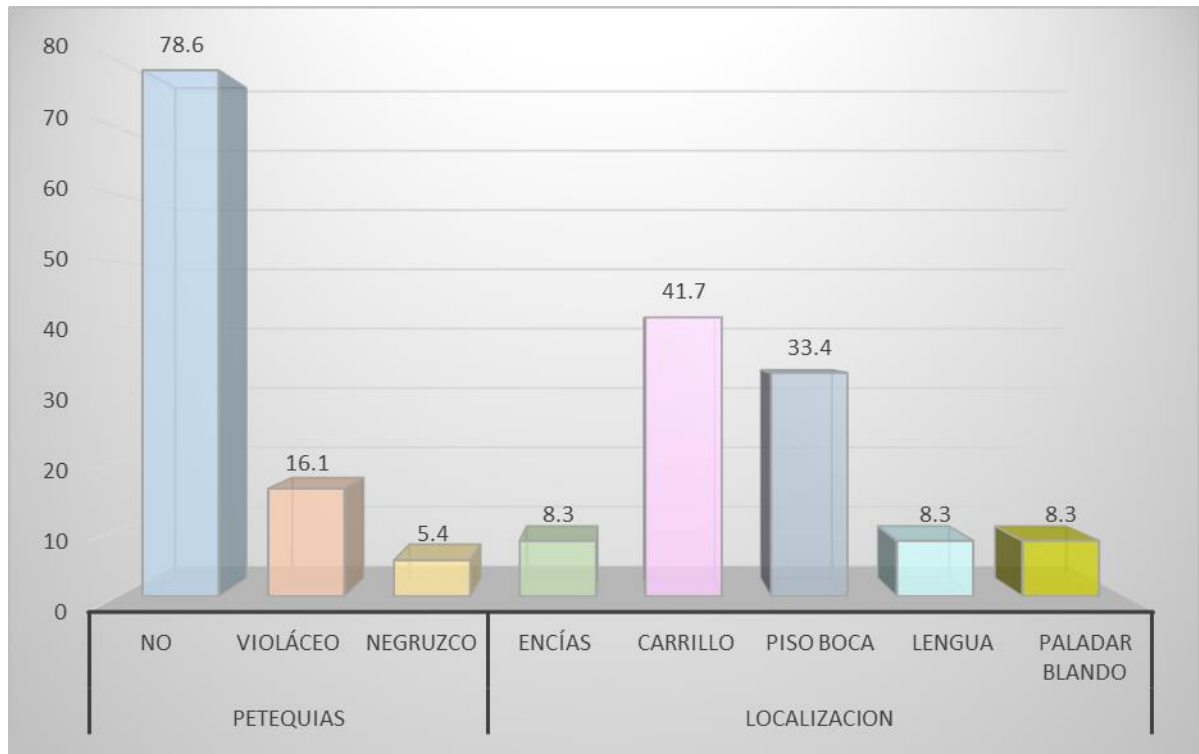


Tabla N° 11

Presencia de Equimosis en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

<b>Equimosis</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	50	89.3
Superficiales	6	10.7
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>
<b>Localización</b>		
Fondo de surco	1	16.7
Carrillo	4	66.6
Lengua	1	16.7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

En la presente tabla podemos apreciar la presencia de Equimosis en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, observándose que el (89.3 %) no presentan; mientras que el (10 .7 %) fueron superficiales.

Respecto a la localización de la Equimosis, se puede evidenciar que el (66 .6 %) fue en carrillo y el (16.7 %) fue en fondo de surco o lengua.

Gráfico N° 11

Equimosis en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

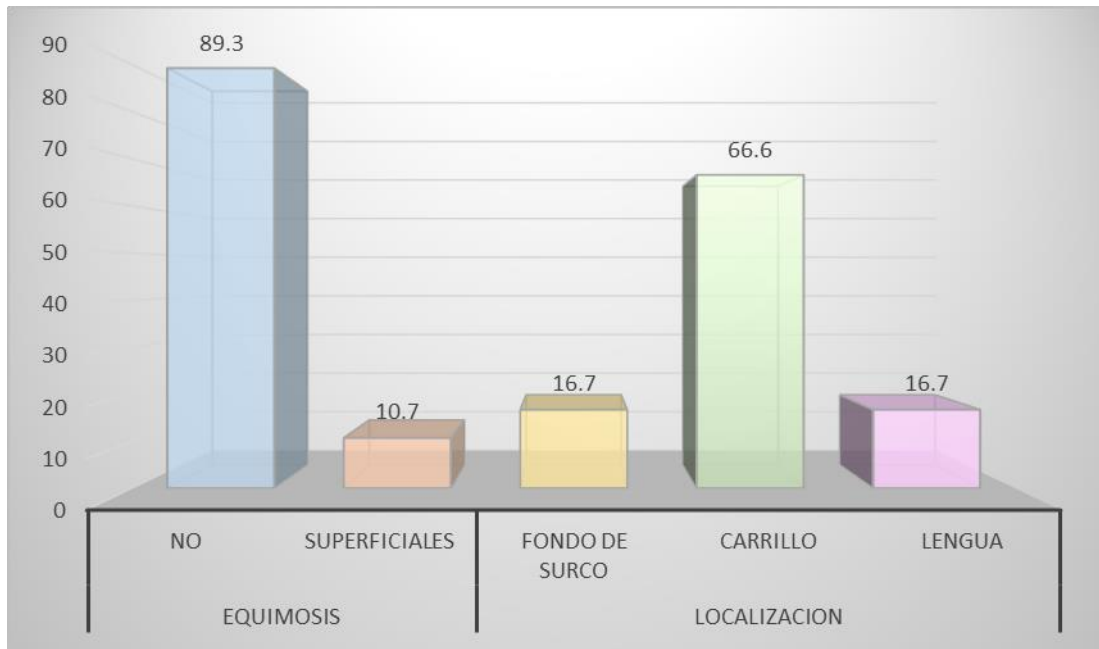


Tabla N° 12

Queilitis Angular en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

Queilitis Angular	N°	%
No	55	98.2
Bilateral	1	1.8
Total	56	100.0

Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

En la presente tabla podemos apreciar la Queilitis Angular en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, observándose que el (98.2%) no presentan; mientras que el (1.8 %) fue bilateral.

Gráfico N° 12

Queilitis Angular en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

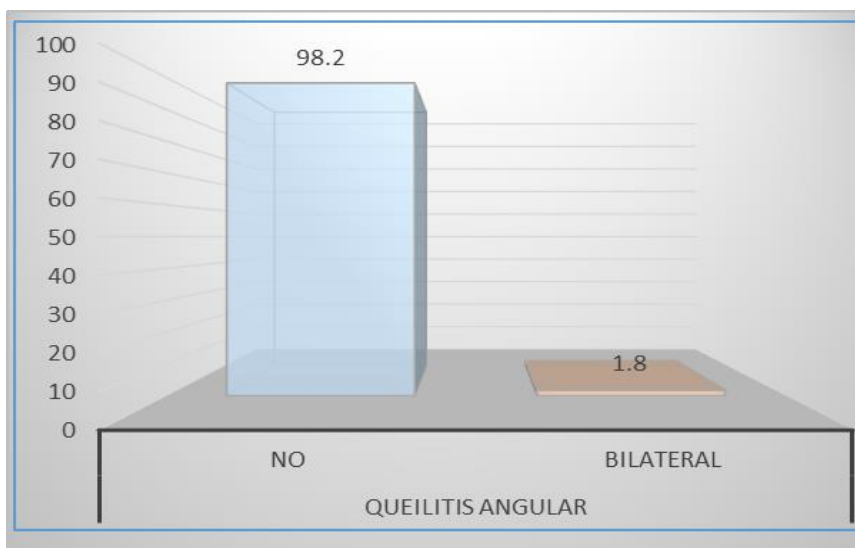


Tabla N° 13

Evidencia de Sangrado Gingival en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

<b>Sangrado Gingival</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	46	82.1
Leve	7	12.5
Moderado	2	3.6
Severo	1	1.8
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>

**INTERPRETACIÓN:**

En la presente tabla podemos apreciar la evidencia de Sangrado Gingival en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, observándose que el (82.1%) no presentan; mientras que el (1.8 %) fue severo.

Gráfico N° 13

Evidencia de Sangrado Gingival en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

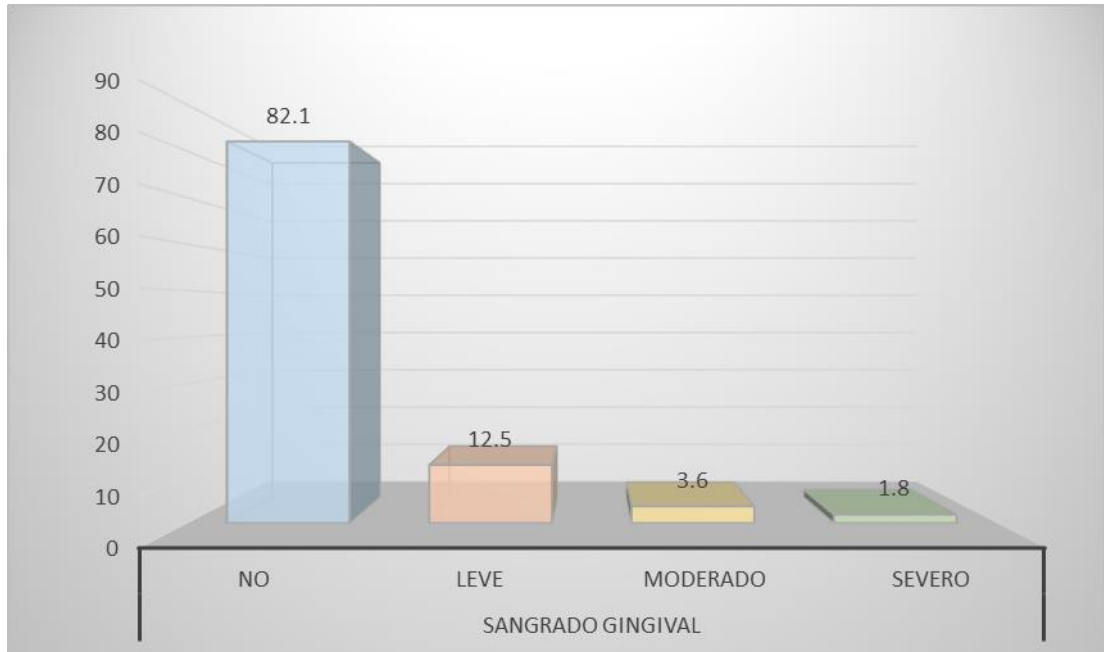


Tabla N° 14

Candidiasis en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

<b>Candidiasis</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	55	98.2
Candidiasis Seudomenbranosa aguda (muguet)	1	1.8
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>
<b>Localización</b>		
Paladar Duro	1	100.0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Matriz de datos

**INTERPRETACIÓN:**

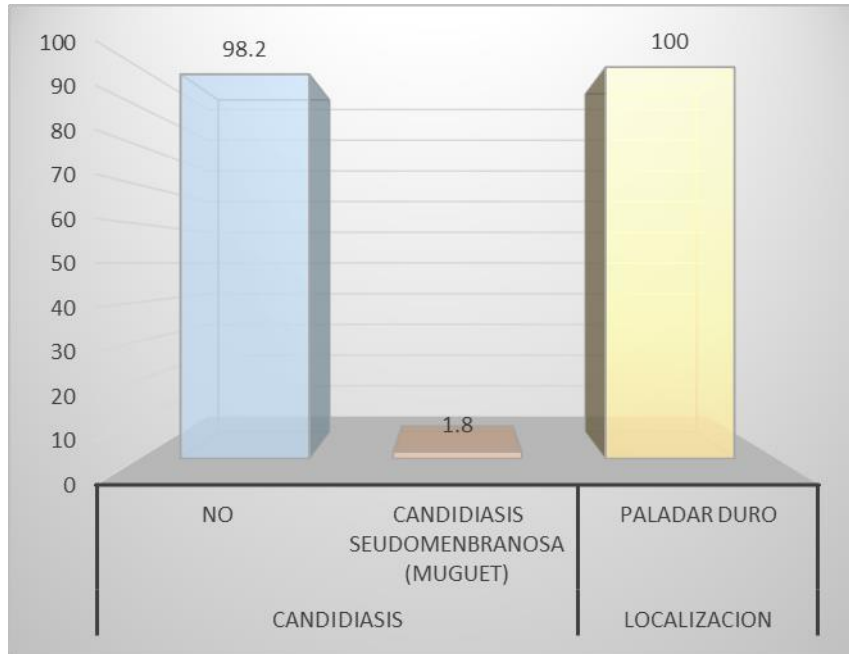
En la presente tabla podemos apreciar la Candidiasis en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, observándose que el (98.2 %) no presentan; mientras que el (1.8 %) fue una Candidiasis Seudomenbranosa aguda (muguet).

Respecto a la localización de la candidiasis, se puede evidenciar que se encontró en el paladar duro.



Gráfico N° 14

Candidiasis en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica



## 2. DISCUSIÓN

Obtenidos los resultados de esta investigación se procede a establecer coincidencias y discrepancias que darán un aporte científico a la sociedad. A través de los resultados obtenidos se demostró que los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis, presentaron alguna manifestación bucal debido a su estado sistémico o como consecuencia del tratamiento.

En la presente investigación hemos encontrado que solamente el 1.8% presentó palidez en su mucosa oral mientras que (98.2%) fue rosado, lo cual no coincide con el estudio presentado por Calderón Cuspad María Victoria. “Prevalencia de manifestaciones bucales en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Hemodiálisis, atendidos en el Centro de Diálisis “NEFROLOGY”, Ubicado en el sector norte de la ciudad de Quito, Provincia de Pichincha, en el periodo Diciembre 2012- Enero 2013”.Facultad de Odontología. Universidad Central del Ecuador. Marzo 2013 donde indica que las manifestaciones bucales más frecuentes son: palidez de mucosas con (86.6 %) y su ubicación es en mucosa yugal (32.9%).Tampoco coincide con el estudio de María Pía Lecca Rojas, Jonathan Meza Mauricio, Katty Ríos Villasis, manifestaciones bucales en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, donde indican que La palidez de la mucosa que presentaron los pacientes con IRC en hemodiálisis, se debe probablemente al sangrado debido a la anemia que presenta la mayoría de ellos.

Respecto a los resultados del sangrado gingival, es leve en 12.5%, moderado en 3.6% y severo en 1.8 %. Lo cual no coincide con el estudio realizado por Calderón Cuaspud María Victoria donde indica que el sangrado gingival es 11%.Tampoco con el estudio de María Pía Lecca Rojas, Jonathan Meza Mauricio, Katty Ríos Villasis, La prevalencia de sangrado gingival encontrada es 55,5%.

Respecto a la hiperplasia gingival hemos encontrado de tipo localizado (10.7%) más que generalizado (1.8%); lo cual coincide con los datos encontrados (85.7 %) dado que lo no coincide con el estudio presentado por Calderón Cuaspud María Victoria. Donde encontró hiperplasia gingival en 1.2%.

Las petequias Violácea se encontraron en un 16.1% y su mayor ubicación fue en carrillo 41.7% .Calderón Cuaspud María Victoria. Indico que la prevalencia de las petequias en 56.1%, lo cual es un porcentaje mayor a nuestros resultados. En el estudio de María Pía Lecca Rojas, Jonathan Meza Mauricio, Katty Ríos Villasis, se encontró en mayor porcentaje (23,5%) no coincidiendo tampoco con nuestro estudio.

En la presente investigación hemos encontrado que el (10.7%) presenta equimosis superficiales y su localización mayor fue en carrillo (66.6%) por tanto no coincide con el estudio de Calderón Cuaspud María Victoria donde indica que se encontraron equimosis en 19.5 %.

Los resultados de la queilitis angular en nuestro estudio es 1.8% y su ubicación es bilateral, lo cual no coincide con el estudio de María Pía Lecca Rojas, Jonathan Meza Mauricio, Katty Ríos Villasis, donde encontraron queilitis angular en 55,5%.

Respecto a la Candidiasis Seudomenbranosa (Muget) los resultados encontrados es 1.8 % y su ubicación es paladar duro, lo cual no coincide con el estudio de María Pía Lecca Rojas, Jonathan Meza Mauricio , Katty Ríos Villasis,La candidiasis bucal se encontró en un 19.3% de los pacientes evaluados producido probablemente al estado de inmunosupresión en que se encuentra el paciente dializado.

## CONCLUSIONES

### Primera:

Las manifestaciones patológicas de la mucosa oral en pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis que se observaron fueron palidez en mucosa oral (1.8%), aftas (3.6%), hiperplasia gingival (12.5%), petequias (21.4%), equimosis (10.7%), queilitis angular (1.8%), sangrado gingival (17.9%) y candidiasis (1.8%).

### Segunda:

Respecto a la localización de mucosa; las Aftas tienen predilección por fondo de surco y lengua, las Petequias por carrillo y piso de boca, Equimosis por carillo, Sangrado Gingival y finalmente la Candidiasis por el paladar duro.

## RECOMENDACIONES

### Primera

Se sugiere al grupo profesional médico odontológico considerar la importancia de la elaboración de una buena historia clínica a ún más en pacientes con IRC en los cuales es de suma importancia conocer el tiempo y la frecuencia de diálisis, ya que este antecedente es determinante para realizar un correcto diagnóstico y un posterior tratamiento.

### Segunda

Se sugiere a los profesionales odontólogos que laboran en centros hospitalarios promover programas de prevención y debe concientizar y mantener una adecuada salud bucal en pacientes con diagnóstico de IRC.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS

1. Acosta de Camargo María Gabriela. Manejo odontológico de niños con enfermedad renal crónica. *Odous Científica* Vol. 14 No. 2, Julio – Diciembre 2013.
2. Ambrosio Bernejo Fenoll. *Medicina Bucal Enfermedades Mucocutáneas y de las Glándulas salivales*. Editorial Síntesis; S.A. 2000
3. Calderón Cuaspud María Victoria .“ Prevalencia de manifestaciones bucales en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Hemodiálisis ,atendidos en el Centro de Diálisis “NEFROLOGY”, Ubicado en el sector norte de la ciudad de Quito, Provincia de Pichincha, en el periodo Diciembre 2012- Enero 2013”.Facultad de Odontología .Universidad Central del Ecuador .Marzo 2013
4. Ceccotti, Sforza, Carzoglio, Lubert, Flechan . *El diagnóstico en clínica estomatológica* .Harcourt .quinta edición.2013.
5. Curto Aguilera A. Manifestaciones orales en insuficiencia renal .*científica dental*. Volumen 9. Página 1.abril 2012
6. Fermín A. Carranza, Dorothy A., *Manual de Periodontología Clínica*. Interamericana. Mc Grau –Hill.
7. Gómez de Ferraris María Elsa, Campos Muñoz Antonio. *Histología Embriología e ingeniería tisular Bucodental*. Medica Panamericana. 3ª Edición. 2009
8. GUYTON. (1992). Arthur; “*Tratado de Fisiología Humana*” Octava Edición; Editorial Interamericana; México; Pág.: 296-301
9. Jan Lindhe; Niklaus P. Lang; Thorkild Karring. *Periodontología Clínica e Implantología* .Medica Panamericana 5ª Edición. 2008
10. J. García Conde, J. Merino Sánchez, J. González Macías. *Patología General Semiología Clínica y Fisiológica*. segunda edición . Mc Grau-Hill. Interamericana .2005
11. José Javier Echeverría García, Josep Pumarola Suñé. *El Manual de Odontología*. Segunda edición .Sivier Masson
12. L. Hernando Avendaño. *Nefrología Clínica*. Medica Panamericana. Segunda edición .2003

13. Lecca Rojas María Pía, Meza Mauricio Jonathan, Ríos Villasis Katty. Manifestaciones bucales en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Estomatol Heredia*. 24. 147-154. julio 2014.
14. M. Teresa Gonzales Alvarez, Josep M. Mallafe i Anduig. *Nefrología conceptos básicos en atención primaria*. Marge Médica Books. 2009.
15. Maximo J. Giglio, Liliana N. Nicolosi, *semiología en la práctica de la odontología*. McGraw-Hill/Interamericana de Chile. Ltda. 2000.
16. Philip Sapp; Lewis R, Eversole; George P, Wysocki. *Patología Oral y Maxilar Facial contemporánea*. El Sevier. 2ª edición. 2005
17. Rebolledo Cobos M; Carmona Lorduy M, Carbonell Muñoz Z, Díaz Caballero A. Salud oral en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados después de la aplicación de un protocolo estomatológico. *Avances en Odontoestomatología*. Vol. 28. N° 2. 2012
  
18. Rossi S y Glick M. Dental Considerations For The Patient With Renal Disease: receiving hemodialysis. *JADA*. 1996, 127:211-219.
19. Ziccardi V. B. y col. Management of the Oral and Maxillofacial Surgery Patient With End-Stage Renal Disease. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 1992, 50:1207-1212

# ANEXOS



ANEXO N° 1  
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos Personales

Nombres y Apellidos:

\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento:

\_\_\_\_\_

Lugar de Procedencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Grado de Instrucción \_\_\_\_\_

Tiempo de Enfermedad

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Historia Clínica # \_\_\_\_\_

Frecuencia de Diálisis: \_\_\_\_\_

Tiempo de hemodiálisis: \_\_\_\_\_

LOCALIZACIÓN

1. Comisuras
2. Labios
3. Encías
4. Fondo de surco
5. Carrillo
6. Piso de boca
7. Lengua
8. Paladar duro
9. Paladar blando

MANIFESTACIONES	SI	NO	LOCALIZACION
Coloración de la mucosa	-Rosado ( ) -Palidez ( ) -Cianosis ( ) -Rubicundez ( )		

Aftas	-Mayores -Menores		
Estomatitis urémica	-Tipo I ( ) -Tipo II ( )		
Hiperplasia gingival	-Localizada ( ) -Generalizada ( ) -Papilar ( )		
Petequias	-Roja ( ) -Violáceo ( ) -Negruzco ( )		
Equimosis	-Superficiales ( ) -Profundas ( )		
Queilitis angular	-Unilateral ( ) -Bilateral ( )		
Sangrado gingival	-Leve ( ) -Moderado ( ) -severo ( )		
Estomatitis aftosa recidivante	-Menor ( ) -Mayor ( ) -Ulcera Herpetiforme ( )		
Eritema multiforme	-Menor ( ) -Menor crónico ( ) -Mayor ( )		
Liquen plano	-Reticular ( ) -Atrófico ( ) -Hipertrofico ( ) -Placas ( )		

Candidiasis	-Aguda Seudomen- branosa (muguet) ( ) -Atrofica (eritematosa) ( ) -Crónica (leucoplasia candidiasica) ( )		
-------------	--	--	--

**Observaciones** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



1568	N	1	3	2	3	1	0	0	1	3	0	0	2	1	1	3	0	0	0	0
1770	F	1	3	5	3	1	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1784	N	1	2	3	3	1	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1597	F	4	3	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2400	F	3	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0
2510	N	1	2	5	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2420	N	2	5	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2735	F	2	1	3	3	1	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0
2543	F	3	2	1	3	1	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0
2652	F	4	2	1	3	1	0	0	0	0	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0
2660	N	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2276	F	1	2	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2684	F	2	2	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2790	F	2	1	7	3	1	0	0	0	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3604	F	2	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3611	N	3	3	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3523	F	2	3	5	3	1	0	0	0	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3537	N	2	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3747	N	2	2	5	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3355	N	3	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3664	F	3	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3572	N	2	4	1	3	1	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0
3587	N	1	5	1	3	1	0	0	0	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3692	F	2	2	1	3	1	0	0	0	2	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0



C I M I E N T O	S T R U C C I Ó N	e l a m u c o s	O N	O N	O N	O N	O N	O N	O N	O N	O N	O N	O N	O N											
1 - A R E Q U I P A	1 - A N A L F A B E T O	1 - R O S A D O	1 - C O M I S U R A S	1 - C O M I S U R A S	1 - C O M I S U R A S	1 - C O M I S U R A S	1 - C O M I S U R A S	1 - C O M I S U R A S	1 - C O M I S U R A S	1 - C O M I S U R A S	1 - C O M I S U R A S	1 - C O M I S U R A S	1 - C O M I S U R A S	1 - C O M I S U R A S											
2 - P U N O	2 - P R I M A R I A	2 - P A L I D E S	1 - M A Y O R E S	2 - L A B I O	1 - T I P O	2 - L A B I O	1 - L O C A L I Z A D A	2 - L A B I O	1 - R O J A	2 - L A B I O	1 - S U P E R F I C I A L E S	2 - L A B I O	1 - U N I L A T E R A L	2 - L A B I O	1 - L E V E	2 - L A B I O	1 - M E N O R	2 - L A B I O	1 - M E N O R	2 - L A B I O	1 - R E T I C U L A R	2 - L A B I O	1 - A G U D A	2 - L A B I O	
3 - C U S C O	3 - S E C U N D A R I A	3 - C I A N O S I S	3 - E N C I A S	2 - M E N O R E S	3 - E N C I A S	2 - T I P O	3 - E N C I A S	2 - G E N E R A L I Z A D A	3 - E N C I A S	2 - V I O L A C E A	3 - E N C I A S	2 - P R O F U N D A	3 - E N C I A S	2 - B I L A T E R A L	3 - E N C I A S	2 - M O D E R A D O	3 - E N C I A S	2 - M A Y O R	3 - E N C I A S	2 - M E N O R C R O N I C O	3 - E N C I A S	2 - E R O S I V O	3 - E N C I A S	2 - A T R O F I C A ( E R I T E M A T O S A )	3 - E N C I A S
4 -	4 -	4 -	4 - F	4 - F	4 - F	4 - F	3 - P	4 - F	3 -	4 - F	4 - F	4 - F	4 - F	3 -	4 - F	3 - U	4 - F	4 - F	3 -	4 - F	3 -	4 - F	3 - C R	4 - F	





R D U R O	R D U R O	R D U R O	R D U R O	R D U R O	R D U R O	R D U R O	R D U R O	R D U R O	R D U R O	R D U R O	R D U R O
9- P A L L A D A R B L A N D O	9- P A L L A D A R B L A N D O	9- P A L L A D A R B L A N D O	9- P A L L A D A R B L A N D O	9- P A L L A D A R B L A N D O	9- P A L L A D A R B L A N D O	9- P A L L A D A R B L A N D O	9- P A L L A D A R B L A N D O	9- P A L L A D A R B L A N D O	9- P A L L A D A R B L A N D O	9- P A L L A D A R B L A N D O	9- P A L L A D A R B L A N D O

ANEXO N°3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificado con DNI N°.....He sido informado por el Bachiller Vanesa M. Vargas Escobar acerca del estudio que está realizando ,donde se me solita permiso para realizar un examen clínico .

El investigador me ha informado de las ventajas y beneficios del procedimiento, este no causará ningún efecto adverso ni ira en contra de su integridad ni de su tratamiento. La información obtenida será de gran utilidad para mejorar la atención en su salud bucal y la de muchos pacientes que padecen de esta enfermedad.

La información será guardada de manera confidencial.

Por lo tanto en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para ser parte del presente estudio.

.....  
Firma de la investigadora  
DNI

.....  
Firma del paciente  
DNI

Arequipa.....de..... del 20

## ANEXO N°4

Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa  
Dirección General

"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"

Arequipa 21 de abril del 2016

Oficio N° 1471 2016 GRA/GRS/GR-HRHD/DG/ODCI

Señora  
VANESA MARIBEL VARGAS ESCOBAR

Presente.-

Asunto: Autorización Proyecto de Tesis

Oficio N° 1471 2016 GRA/GRS/GR-HRHD/DG/ODCI

Es grato dirigirme a usted para saludarla muy cordalmente y visto el documento de la referencia, luego de su conocimiento que el Departamento de Medicina y el Presidente del Comité de Ética y la Dirección del nuestro Hospital, accede a su solicitud para la realización del Proyecto de Tesis "MANIFESTACIONES PATOLOGICAS EN LA MUCOSA ORAL DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA SOMETIDOS A HEMODEALIS", HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO ESPEINOZA - AREQUIPA- 2016

Asimismo, debo comunicarle que deberán presentarse en la Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación para la continuación de los trámites y pago correspondiente, además que deberán entregar un ejemplar del informe final de Trabajo de Investigación a la Oficina de Capacitación en forma impresa y magnética, así como al Departamento respectivo.

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
SERVICIO REGIONAL DE SALUD  
Hospital Regional Honorio Delgado  
Dirección General  
*[Firma]*  
DR. JOHANNES PEREZ LUCICHIANI  
DIRECTOR GENERAL  
C.I.R. 20000

*[Firma]*

Av. De la Medicina 17 305 - Cercado  
Teléfono: 054 230119 Dirección General  
054 23 0816 - 054 230700

Hiperplasia Gingival

ANEXO N° 5





Petequias





Afta





Sangrado Gingival



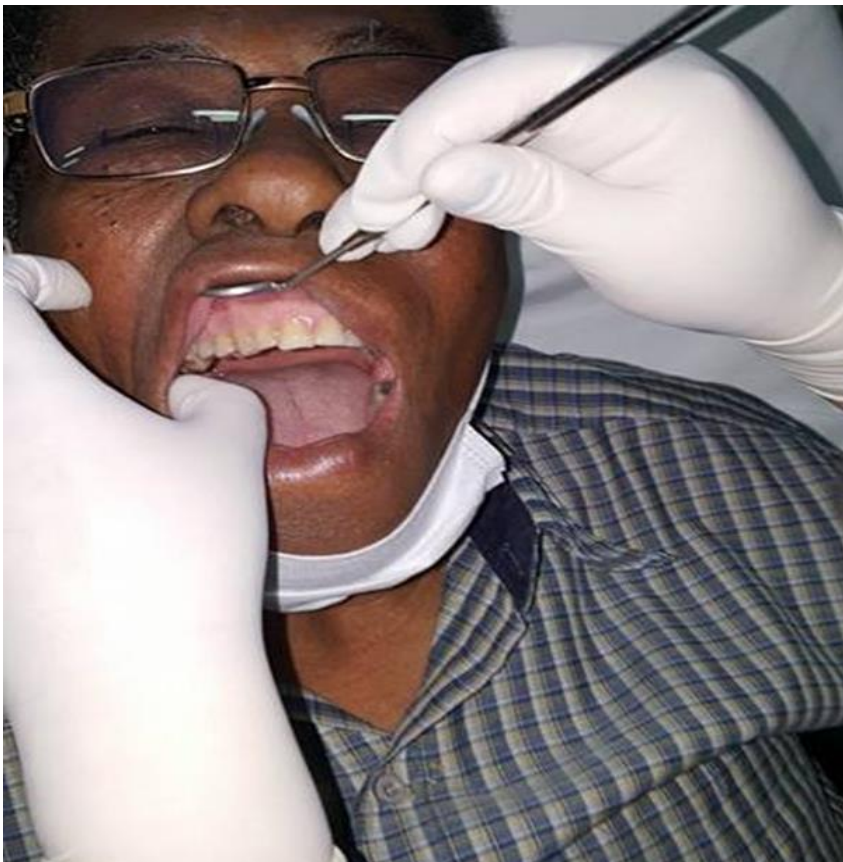
Equimosis



Candidiasis



Examen oral







## Sala de unidad de Hemodiálisis



