



UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISION CBS
LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGIA

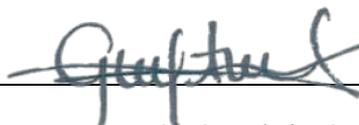
Prevalencia de lesiones bucales en pacientes con VIH de la Clínica Especializada Condesa.

Febrero 2019 – Febrero 2020

JESSICA ALEJANDRA ROBLES RODRIGUEZ
MATRICULA 2132032656

ASESORAS:
DRA. IRMA GABRIELA ANAYA SAAVEDRA
DRA. VELIA AYDEE RAMIREZ AMADOR

DRA. I. GABRIELA ANAYA SAAVEDRA



Asesora de Servicio Social
Posgrado de Medicina y Patología Bucal

DRA. VELIA A. RAMÍREZ AMADOR



Asesora de Servicio Social
Posgrado de Medicina y Patología Bucal



Maria Soledad Corpeán Dávila (Feb 3, 2021 18:47 PST)

Coordinación de servicio social de Estomatología

INDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 5 |
| INTRODUCCION | 6 |
| Marco teórico..... | 6 |
| SIDA en México | 6 |
| Epidemiología del SIDA/VIH en México y el mundo | 7 |
| Información de Vigilancia Epidemiológica para Tabla de Resumen Día Mundial 2019* | 8 |
| Etiología y patogenia de la infección por VIH/SIDA | 9 |
| Estructura del virus | 9 |
| Etapas de la infección..... | 10 |
| Transmisión viral | 10 |
| Infección aguda (primaria) del VIH..... | 10 |
| Seroconversión..... | 10 |
| Infección asintomática de VIH..... | 10 |
| Infección sintomática temprana de VIH..... | 10 |
| Expresión del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) | 10 |
| Enfermedad del VIH avanzada | 11 |
| Clasificación clínica de la infección por VIH | 11 |
| Manifestaciones bucales asociadas a VIH/SIDA..... | 12 |
| Clasificación de lesiones bucales en pacientes con VIH/SIDA..... | 13 |
| Lesiones bucales..... | 15 |
| Candidiasis Oral | 15 |
| Leucoplasia vellosa..... | 17 |
| Sarcoma de Kaposi | 18 |
| Enfermedad periodontal | 18 |
| Virus del papiloma humano | 20 |
| Úlceras inespecíficas (úlceras orales recurrentes)..... | 21 |
| Planteamiento del problema | 22 |
| Justificación | 22 |
| Objetivo general..... | 22 |
| Objetivos específicos..... | 23 |
| Materiales y métodos | 23 |

| | |
|--------------------------------|----|
| Tipo de estudio..... | 23 |
| Criterios de inclusión..... | 23 |
| Criterios de exclusión | 23 |
| Procedimientos Clínicos: | 23 |
| Resultados..... | 24 |
| Conclusiones | 26 |
| Bibliografía | 27 |
| Anexo | 30 |
| Servicio social..... | 31 |

RESUMEN

Las manifestaciones bucales y peribucales son comunes en pacientes infectados por VIH/SIDA, estas lesiones son de gran relevancia, además de representar un valor diagnóstico importante en el monitoreo del estado inmune del paciente.

El presente estudio es descriptivo, transversal, y observacional. Se realizó una búsqueda electrónica de artículos académicos y literatura científica relacionada con los temas de lesiones bucales en pacientes VIH/SIDA.

Se examinaron 113 pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que acudieron a consulta de seguimiento a la Clínica Especializada Condesa, en el período comprendido entre Febrero 2019 y Febrero 2020, los datos recogidos fueron vaciados en hojas de seguimiento, notas de evolución y en la bitácora.

La información fue capturada en el Programa de computo IBM SPSS statistics 25, donde se hará el análisis estadístico de los resultados.

Se incluyeron un total de 113 pacientes VIH positivos de la Clínica Especializada Condesa, 88.50% (100) hombres y 11.50% (13) mujeres, con respecto a la edad promedio es de 39 años en un parámetro de edad de 19 a 74 años. El número de pacientes con lesión bucal fue de 92 (81.4%) y 21 (18.6%) pacientes sin lesión bucal. La prevalencia de lesiones bucales fue la siguiente 25 (22.1%) del total de la muestra presentaron candidosis, seguido de 22 (19.5%) pacientes que presentaron úlceras inespecíficas, 20 (17.7%) pacientes con gingivitis, 9 (8.0%) pacientes con q. friccional, 6 (5.3%) pacientes con lesión por VPH, 6 (5.3%) pacientes con leucoplasia vellosa, 4 (3.5%) pacientes con sífilis y a 12 (10.6%) pacientes con lesión bucal se les realizó biopsia.

Es indispensable tener el conocimiento de las distintas formas clínicas, síntomas y comportamiento de las lesiones bucales para poder realizar un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno a los pacientes con infección por VIH/SIDA. Y también para pacientes que no tienen conocimiento de que portan alguna enfermedad inmunosupresora.

Nos sirve para poder tener una idea del éxito o fracaso de la TARAA corroborando esto con estudios de laboratorio.

INTRODUCCION

La presente investigación se realizó como proyecto del servicio social realizado en el Posgrado de Medicina y Patología Bucal de la UAM-X, y lleva por título "Prevalencia de lesiones bucales en pacientes VIH de la Clínica Especializada Condesa". Actualmente no existen muchos estudios disponibles sobre la prevalencia de este tipo de lesiones en pacientes con VIH en México. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es aportar información actualizada sobre este tipo de lesiones.

Se realizó examen bucal a los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que acudían a la consulta de Patología Bucal en la CEC en busca de lesiones bucales asociadas a VIH/SIDA, estas fueron registradas en una hoja de recolección de datos y en una nota de evolución que se integra al expediente clínico del paciente. Se tomaron biopsias de lesiones bucales para confirmar el diagnóstico mediante un estudio histopatológico, a los pacientes en los que fuera necesario.

Marco teórico

Infección por VIH/SIDA en México

Los primeros casos en México se identificaron en 1983 y por dos años el crecimiento fue rápido, pero no de gran magnitud, hablábamos de decenas de casos y, en su mayoría, esos primeros enfermos habían sido contagiados fuera de nuestro país de acuerdo con sus antecedentes. En poco tiempo, se encontraron pacientes que parecían haberse infectado de manera autóctona y se iniciaron los primeros estudios de prevalencia en varones homosexuales mexicanos.⁴

A finales de los años ochenta, en pocas instituciones de México se utilizó AZT por primera vez, como parte de los ensayos clínicos con el fármaco. Al principio, los casos de anemia eran frecuentes por las altas dosis que se empleaban en los primeros estudios clínicos. En 1991, el AZT estaba abiertamente disponible en México. Su eficacia clínica era temporal, prácticamente insignificante. En 1993 comenzó a distribuirse por las instituciones de seguridad social y en 1995 se utilizó en combinación con otros fármacos: ddl o ddc.⁵

La mortalidad inexorable del SIDA fue sorprendida por los extraordinarios resultados de la eficacia del TAR presentados en el congreso internacional de Vancouver, Canadá, en 1996. La combinación de tres fármacos mostraba sus efectos. Y la historia natural de la infección por VIH cambió por primera vez de manera notable.⁵

Fue el activismo unido y solidario, integrado en su mayoría por personas con VIH, el que literalmente dejó sin salidas a las autoridades mexicanas para que entre 1997 y 1998 se aprobara la compra de los fármacos antirretrovirales. A partir de entonces, y hasta 2003, el TAR se ofreció solamente a quienes tenían seguridad social (IMSS o ISSSTE). Los resultados sobre la calidad de vida y el control de la evolución de la infección fueron inmediatamente evidentes pero solamente para la mitad de las personas detectadas con VIH en ese tiempo.⁵

Epidemiología del SIDA/VIH en México y el mundo

Hasta el cierre de 2018 se habían reportado según la ONUSIDA:

- 37,9 millones [32,7 millones–44,0 millones] de personas que vivían con el VIH en todo el mundo.
- 1,7 millones [1,4 millones–2,3 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH.
- 770.000 [570.000–1,1 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida.
- 74,9 millones [58,3 millones–98,1 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia.
- 32,0 millones [23,6 millones–43,8 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia.
- Al cierre de junio de 2019, 24,5 millones [21,6 millones - 25,5 millones] de personas tenían acceso a la terapia antirretrovírica.⁶

En México hay una prevalencia de VIH en la población de 15-49 años del 0.3 %, lo que significa que 3 de cada mil personas vive con VIH en ese grupo de edad, la cual muestra una tendencia estable.

De acuerdo con la tipología de ONUSIDA, México tiene una epidemia concentrada, en la que existen poblaciones que son clave en la respuesta a la epidemia. Las prevalencias de VIH en estas poblaciones clave son: hombres que tienen sexo con hombres (17.3%), personas que se inyectan de drogas (5.8%), mujeres trabajadoras sexuales (0.7%) y hombres trabajadores sexuales (24.1%), así como mujeres trans (15-20%).⁷

Información de Vigilancia Epidemiológica

| | |
|---|---|
| Casos de Sida notificados (1983-2019*) | 210,104 |
| Casos notificados de VIH y de Sida que se encuentran vivos según estado de evolución registrado | Total: 178,310 Sida: 87,232 VIH: 91,078 |
| Casos nuevos diagnosticados de VIH y de Sida notificados en 2018. | Total: 17,183 Sida: 6,396 VIH: 10,787 |
| Casos nuevos diagnosticados de VIH y de Sida notificados en 2019 | Total: 13,876 Sida: 5,119 VIH: 8,757 |
| Estados con la mayor tasa de casos nuevos diagnosticados de VIH y de Sida en 2019. Tasa por 100,000 habitantes. | Sida: Campeche: 17.2 Quintana Roo: 15.3 Yucatán: 12.9 Morelos: 9.2 Baja California: 8.6 VIH: Quintana Roo: 31.9 Campeche: 16.1 Colima: 13.2 Veracruz: 12.9 Tabasco: 12.7 |
| Proporción de casos VIH y de Sida en hombres, según casos diagnosticados en 2019. | Sida: 85.0 VIH: 84.4 |
| Defunciones por Sida 2017** | 4,720 |
| Tasa de mortalidad 2017 por 100 mil habitantes | 3.82 |

*Información al 31 de Noviembre de 2019

** Información oficial INEGL

Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA.

Etiología y patogenia de la infección por VIH/SIDA

Estructura del virus

El VIH es un virus perteneciente a la familia Retroviridae, subfamilia Lentivirinae. Se han identificado dos formas genéticamente diferentes: VIH-1 y VIH-2, pero compartiendo algunos antígenos que son diferenciados por técnicas específicas. Desde el punto de vista morfológico es un virión esférico de 100 – 200 nm de diámetro, con una nucleocápside electrondensa en forma de cono, rodeada de una bicapa lipídica que proviene de la membrana de la célula huésped, donde se insertan proteínas virales constituidas por moléculas de glicoproteína 120 (gp 120) unida no covalentemente a una proteína que integra la membrana, la glicoproteína 41 (gp 41).⁸

La nucleocápside encierra dos copias de ARN y tres enzimas virales (proteasa, transcriptasa reversa e integrasa) fundamentales para el ciclo biológico del virus. Este ARN está constituido por 3 genes estructurales (gag, pol y env) y por otros genes (tat, rev, vif, nef, vpr y vpu) encargados de la regulación de la síntesis y replicación viral. Los genes gag, pol y env codifican proteínas precursoras que serán divididas por la acción de la proteasa formando proteínas estructurales. Sobre esta proteasa actúan fármacos muy efectivos, que inhiben la acción de esta enzima impidiendo formar las proteínas estructurales virales (inhibidores de proteasa). La infección se inicia cuando una partícula viral completa toma contacto con una célula con receptor CD4, uniéndose fuertemente a éste a través de la gp 120. Actualmente se sabe que es necesaria la presencia de otros correceptores, receptores para quemoquinas (CXCR-4, CCR-5), para mediar la fusión del virus a las células. Dentro de los nuevos fármacos antirretrovirales, se encuentran los inhibidores de fusión y los inhibidores de unión a los receptores de quemoquinas. Durante el ciclo viral, en el citoplasma celular, la enzima transcriptasa reversa convierte el ARN viral en ADN copia para que luego se pueda integrar al genoma de la célula huésped. También sobre esta enzima actúan varios fármacos inhibiendo la función de retrotranscripción (inhibidores de la transcriptasa reversa).⁸

Etapas de la infección

Transmisión viral: la infección por el VIH se adquiere al tener una entrada al organismo, como una lesión o alguna mucosa, y estar en contacto con fluidos potencialmente infecciosos, como el líquido vaginal, el líquido preeyaculatorio, el semen, en las relaciones sexuales de tipo anal, vaginal u oral; exposición a sangre contaminada, a través del intercambio de agujas y objetos punzocortantes o, inusualmente, por transfusión de productos sanguíneos contaminados, y por transmisión vertical.⁹

Infección aguda (primaria) del VIH: Esta ocurre de 1 a 4 semanas posteriores a la transmisión y es acompañada por una replicación viral masiva que provoca una disminución en el recuento de células CD4.

En esta etapa se manifiesta un síndrome caracterizado por fiebre, cefalea, cansancio, inflamación de las amígdalas o nariz tapada, que a menudo pasa por alto y se confunde con mononucleosis infecciosas.

Seroconversión: El desarrollo de una prueba positiva de anticuerpos contra el VIH ocurre dentro de las 4 semanas de infección aguda e invariablemente a los 6 meses.

Infección asintomática de VIH: Dura un periodo de tiempo variable que va de 8 a 10 años y se da una disminución gradual del recuento de células CD4 y un nivel relativamente estable de ARN del VIH.

Infección sintomática temprana de VIH: Se caracteriza por candidiasis (persistente, frecuente o poco sensible al tratamiento), herpes zoster (episodios recurrentes o que implican dermatomas múltiples), leucoplasia oral, neuropatía periférica, diarrea o síntomas constitucionales (pérdida de peso).

Expresión del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida): Se define por un recuento de células CD4 menor a 200/mm³, lo que equivale a un porcentaje menor al 14% de las células CD4 totales. Independientemente de la cuantificación de células CD4 se presentan una o más enfermedades definitorias de SIDA como: neumonía por pneumocystis jirovecii (carinii), meningitis criptocócica, neumonía bacteriana recurrente, esofagitis por cándida, toxoplasmosis, tuberculosis y linfoma no hodgkiniano. Otros indicadores del Sida incluyen: candidiasis en los

bronquios, tráquea o pulmones; Sarcoma de Kaposi; neumonía intersticial linfoide/hiperplasia linfoide pulmonar; infección microbacteriana (no tuberculosa) diseminada/extra pulmonar; leucoencefalopatía multifocal progresiva; septicemia recurrente de salmonella; y síndrome de desgaste.

Enfermedad del VIH avanzada: Corresponde a un recuento de células CD4 menor que 50/mm³. La mayoría de las muertes relacionadas con el Sida ocurren en esta etapa.⁹

Clasificación clínica de la infección por VIH

Categorías clínicas para la codificación del VIH en mayores de 13 años.¹⁰

TABLA 4. Clasificación de los CDC de 1993

| Categorías de Linfocitos CD4+ | Categorías clínicas | | |
|------------------------------------|--|--|---|
| | A | B | C |
| (1) ≥ 500 cel/mm ³ | Infección aguda Infección asintomática o LGP A1 | Infección sintomática no A o C B1 | Condiciones indicadoras de SIDA C1 |
| (2) 200-499/mm ³ | A2 | B2 | C2 |
| (3) $< 200/\mu\text{L}$ | A3 | B3 | C3 |

Categoría 1. Linfocitos CD4 mayor o igual a 500/mm³ en número absoluto o bien CD4 mayor o igual al 29%.

Categoría 2. Linfocitos CD4 entre 200 y 499/mm³ o bien entre 14-28%.

Categoría 3. Linfocitos CD4 menor de 200/mm³ o bien CD4 menor del 14%.

Todas las categorías son excluyentes y el paciente debe clasificarse en la más avanzada posible.

Categoría A Infección aguda asintomática o linfadenopatía persistente generalizada (LPG): Se aplica a la infección primaria y a pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente (LGP).

Categoría B Infección sintomática no A no C: Se aplica a los pacientes que presentan o han presentado síntomas o enfermedades relacionadas con la infección por el VIH (no pertenecientes a la categoría C) o cuyo manejo o tratamiento puedan verse complicados debido a la presencia de la infección por VIH.

Categoría C Procesos incluidos en la definición de caso de SIDA de los CDC: Se aplica a pacientes que presenten o hayan presentado alguna de las complicaciones ya incluidas en la definición de SIDA cuando el paciente tiene una infección por el VIH bien demostrada y no existen otras causas de inmunodeficiencia que puedan explicarlas. Son procesos oportunistas, infecciosos o neoplásicos, cuya presencia define SIDA en el paciente VIH positivo.¹⁰

Manifestaciones bucales asociadas a VIH/SIDA

Las manifestaciones bucales y peribucales son comunes en pacientes infectados por VIH/SIDA, estas lesiones son de gran relevancia, además de representar un valor diagnóstico importante en el monitoreo del estado inmune del paciente.^{11, 12}

La aparición de estas lesiones indica una mayor susceptibilidad de padecer otras infecciones oportunistas y una alta probabilidad de rápida progresión a SIDA.¹² Estudios realizados indican que estas lesiones pueden estar presentes hasta en 50% de las personas con infección por VIH y en 80% de las personas con un diagnóstico de SIDA. Estas lesiones orales son provocadas en pacientes con VIH/SIDA, estén o no bajo TARV. Algunas lesiones clásicamente asociadas a infección por VIH como el sarcoma de Kaposi, leucoplasia pilosa, enfermedad periodontal y ulceraciones de la mucosa, han disminuido con la introducción de TARV, otras condiciones como la candidiasis oro-faríngea, se han mantenido constantes, mientras que las lesiones papilomatosas y la patología de glándulas salivales han aumentado.¹¹

La presencia de las lesiones orales continúa siendo significativa ya que podría ser indicativa de un deterioro del sistema inmunológico del paciente, consideradas como marcadores tempranos de la enfermedad. También pueden asociarse a una disminución del recuento de linfocitos T CD4 y aumento en la carga viral.¹¹

Existe una correlación entre las lesiones bucales, la disminución del conteo de células CD4+ y los altos niveles de carga viral, concluyendo que estos parámetros podrían ser de gran utilidad en el monitoreo y la progresión de la enfermedad así como también en la evaluación de las terapias antirretrovirales. ¹²

Clasificación de lesiones bucales en pacientes con VIH/SIDA

En la década de los ochenta, se propuso una clasificación de las manifestaciones orales asociadas a la infección por VIH/SIDA en pacientes adultos basándose en el grado de asociación o frecuencia de dichas condiciones patológicas con la presencia del virus. Sigue teniendo vigencia y considera tres grupos.

- Lesiones fuertemente asociadas a infección por VIH.
- Lesión menos comúnmente asociadas a infección por VIH.
- Lesiones vistas en infección por VIH.

En el año 2009, esta clasificación fue revisada y actualizada en OHARA (*Oral HIV/AIDS Research Alliance*) con el objetivo de facilitar el diagnóstico de estas lesiones para realizar estudios clínicos y epidemiológicos. Se agregaron síntomas reportados por los pacientes y tiempo de duración de las lesiones. ¹¹

El objetivo de esta revisión fue presentar una actualización de las manifestaciones orales asociadas al VIH/SIDA más frecuentes y que tienen mayor relevancia clínica, considerando las características fundamentales para su diagnóstico. ¹¹

Tabla 1. Descripción clínica de los síntomas y la duración de las lesiones comunes de la mucosa oral relacionadas con VIH.²⁴

Table 1 Case definition algorithm summarizing clinical descriptors, symptoms, and duration for common HIV-related oral mucosal lesions

| Etiology | Oral Lesion/Condition | Color | Character | Extent | Location | Symptoms | Duration | Biopsy Required |
|-----------------------|--|---------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------|--|-----------------|
| Fungal Infections | Pseudomembranous candidiasis | White Yellow Creamy | Plaques (usually removable) | Localized or Generalized | Anywhere | None to mild | Intermittent | No |
| | Erythematous candidiasis | Red | Flat Patchy | Localized or Generalized | Palate Dorsum of tongue Buccal mucosa | None to mild | Intermittent | No |
| Viral Infections | Angular cheilitis | Red | Fissured | Unilateral or Bilateral | Lip commissures | None to mild | Intermittent | No |
| | Hairy leukoplakia | White | Ulcerated Corrugated | Unilateral or Bilateral | Lateral tongue | None | Longstanding | No |
| | Oral wart | White Mucosal | Raised Smooth Spiky | Solitary or Multiple Clustered | Anywhere | None | Longstanding | Yes |
| | Herpes labialis | Red Mucosal | Vesicular (vesicles) Ulcerated | Solitary or Clustered | Vermillion border (lip) | Mild to moderate | Intermittent 7-10 days/episode | No |
| | Recurrent intraoral herpes simplex | Red Mucosal | Vesicular (vesicles) Ulcerated | Clustered | Gingiva Hard palate | Mild to moderate | Intermittent 7-10 days/episode | No |
| Idiopathic Conditions | Recurrent aphthous stomatitis | White Yellow | Ulcerated | Solitary or Multiple | Labial mucosa Buccal mucosa Ventral tongue Floor of mouth Soft palate | Moderate to severe | Intermittent Minor: 7-10 days Major: weeks History of recurrence | No |
| | Ulceration NOS/necrotizing ulcerative stomatitis | White Yellow | Ulcerated Necrotic | Solitary (> 1 ulcer may be present) | Anywhere | Severe | Longstanding | Yes |
| Bacterial Infections | Necrotizing ulcerative gingivitis or periodontitis | Red White Yellow | Necrotic Fetid odor | Localized or generalized | Gingiva and underlying bone | Severe | Sudden onset | No |
| Neoplasms | Oral Kaposi sarcoma | Red Purple | Flat/macular Raised Nodular | Solitary | Anywhere Predilection for palate and gingiva | None to moderate | Longstanding | Yes |
| | Oral non-Hodgkin's lymphoma | Red White | Ulcerated Raised Indurated | Solitary | Anywhere Predilection for fauces, palate, gingiva | None to moderate | Longstanding | Yes |
| | Oral squamous cell carcinoma | Red White | Raised Ulcerated Indurated | Solitary | Anywhere Predilection for tongue | None to severe | Longstanding | Yes |

HIV-related oral disease case definitions
Bosker et al.

En un estudio realizado en México, por Ramírez-Amador, et al, 2002, en el Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA e ITS (CONASIDA). La prevalencia de las lesiones bucales asociadas con el VIH (LB) fue de (44/68) 64.7% en las personas VIH positivas, mientras que en el grupo de personas VIH negativas fue del (14/444) 3.1 %. En 42 (95.4%) de las 44 personas con el VIH y lesiones bucales, se presentaron lesiones altamente asociadas con el VIH; en 34.1% (15/44) de los sujetos, las lesiones se observaron de manera concurrente.¹⁴

En este estudio, dos terceras partes (65%) de los individuos con resultado positivo para el VIH mostraron una o más de una LB habiendo en 95% de los casos lesiones altamente asociadas con el VIH. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas, que han sugerido que la candidosis eritematosa, la candidosis pseudomembranosa y la LV, sean consideradas como marcadoras de la infección por el VIH en la población adulta.¹⁴

En otro estudio de Vega-Navarro, Angelina et al, en México 2013, se consideraron 130 pacientes VIH- positivos adultos de ambos sexos que acudían a atención dental a consultorios privados en el Estado de México y Distrito Federal. A los pacientes se les realizó una evaluación completa del estado bucal, obteniendo 177 diagnósticos, con los siguientes resultados: el 100% de los pacientes VIH-positivos presentan al menos una enfermedad bucal, las más frecuentes fueron la gingivitis (49.72%), la periodontitis (17.51%), siguiéndole la candidiasis (15.25%), la úlcera tipo afta (4.51%), el Sarcoma de Kaposi (3.38%), la leucoplasia vellosa (2.26%), el Herpes simple (1.69%), la gingivitis necrosante (GUN) (1.69%), el Eritema gingival lineal (EGL) (1.13%), el papiloma (VPH) (1.13%), la Periodontitis necrosante (PUN) (0.56%), el Linfoma no Hodgkin (0.56%) y la Queilitis angular (0.56%).¹⁵

Lesiones bucales

Candidiasis Oral: Es la infección oportunista de mayor prevalencia en los pacientes infectados por VIH/SIDA, que consiste en la inflamación de la mucosa orofaríngea, es causada por el género fúngico llamado *Candida* spp, que constituye parte del microbiota que coloniza la cavidad oral. *Candida albicans* es la especie más común que se aísla y su variante pseudomembranosa es la más diagnosticada seguida de la eritematosa y queilitis angular. No obstante, se han recuperado otras especies en pacientes infectados por VIH como *Candida glabrata*, *Candida tropicalis*, *Candida krusei*, *Candida parapsilosis*, *Candida guilliermondii* o *Candida dubliniensis*, especialmente en aquellos pacientes refractarios a los tratamientos con azoles.¹¹⁻¹⁷

Es una infección generalmente leve y con frecuencia asintomática en otros casos ocasiona incomodidad, dolor y pérdida del gusto, afectando la calidad de vida. Se presenta en varias formas clínicas, pero puede dividirse en dos tipos principales: pseudomembranosa, y eritematosa.

Su aparición, particularmente en adultos jóvenes sin condiciones predisponentes como diabetes mellitus, desnutrición, xerostomía, prótesis dentales acrílicas removibles o tratamiento con antimicrobianos, corticosteroides u otros agentes inmunosupresores, podría ser sugerente de infección por VIH y se ha utilizado también como marcador de su gravedad. En etapas tempranas de la infección por VIH, la candidiasis afecta principalmente a la mucosa oral. Sin embargo, en etapas más avanzadas, puede progresar a la mucosa esofágica causando una candidiasis esofágica invasora, que es categorizada como una patología definitoria de SIDA.¹¹

La **candidiasis pseudomembranosa**, también denominada estomatitis aftosa o muguet, se presenta como una candidiasis crónica hiperplásica, caracterizada por típicas manchas o placas blanquecinas o de color crema, a veces cubiertas por una capa marrón o negra, que se asientan sobre la lengua, mejillas, paladar y otras superficies de la mucosa oral, con tendencia a confluir y tapizar gran parte de la boca y faringe, que se eliminan por raspadura dejando una superficie sangrante y dolorosa.¹⁷

El diagnóstico usualmente se basa en los hallazgos clínicos, siendo más sencillo de realizar cuando las lesiones se encuentran en la cara interna de las mejillas, labios o paladar, ya sea duro o blando. Cuando las lesiones se localizan en el dorso lingual, muchas veces puede confundirse con saburra o restos de alimentos, sobre todo en pacientes con una higiene oral deficiente.¹¹

Cuando se ha efectuado un diagnóstico en base a los hallazgos clínicos y la terapia antimicótica no da los resultados esperados, es recomendable realizar un diagnóstico más minucioso a través de cultivo. El cultivo, por sí solo, únicamente nos informa de la existencia de levaduras, pero no diferencia la colonización de la infección. Por tanto, la observación de levaduras en el examen directo es imprescindible para establecer el diagnóstico de certeza. La toma de muestras se lleva a cabo de diferentes maneras: frotis directo con torunda estéril, enjuague bucal con solución salina (para cuantificación), impregnación con un cuadrado de espuma estéril (para cuantificación), biopsia (en candidiasis hiperplásica y esofagitis).¹¹⁻¹⁷

La **Candidiasis eritematosa o atrófica** se presenta como una lesión sutil, de color rojo, por lo general plana, ubicada principalmente en la cara dorsal de una lengua que se presenta depapilada o en el paladar duro. Puede darse en combinación con la modalidad pseudomembranosa. Generalmente es sintomática: El paciente refiere sensación urente al consumir alimentos salados o ácidos.¹¹

El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos. En casos de estomatitis subprotésica o candidiasis eritematosa en pacientes portadores de prótesis, debe determinarse si la aparición de esta condición es producto de la colonización excesiva de hongos en el aparato protésico u obedece a la inmunosupresión del enfermo. En caso de no mejorar con medidas locales de higiene o uso de anti fúngicos, se recomienda la toma de cultivo y eventual biopsia para hacer diagnóstico diferencial, por ejemplo, con un liquen plano atrófico erosivo o una eritroplasia. ¹¹

Existe otra entidad clínica que por lo general es causada por *Candida* spp, que se denomina **queilitis angular**; sin embargo, al no ser este tipo de hongo el único agente etiológico, algunos autores la consideran como una lesión asociada. Se caracteriza por un enrojecimiento intenso de las comisuras labiales (habitualmente bilateral), con aparición de grietas o fisuras y formación de costras. Esta condición no es exclusiva de pacientes con inmunosupresión ya que puede asociarse al envejecimiento, a la disminución de la dimensión vertical, hiposialia, déficits vitamínicos y de hierro, diabetes mellitus, etc.

Leucoplasia vellosa: Es una infección oportunista producida por la reactivación desde el estado latente del virus de Epstein-Barr (VEB). Frecuentemente es detectada en pacientes infectados por VIH, pero también en aquellos que presentan cuadros de inmunodepresión por otras causas.¹¹

Es una lesión hiperplásica benigna, de color blanquecino, que no se desprende al raspado y que se ubica usualmente en los bordes laterales de la lengua, de forma bilateral o unilateral, aunque también puede encontrarse en sus superficies dorsal y ventral. Se describe con un patrón hiperplásico vertical o corrugado. Normalmente se presenta de forma asintomática, no tiene un potencial maligno y no requiere terapia, a menos que existan alteraciones cosméticas relevantes, ya que, por lo general, remite espontáneamente. Su diagnóstico es esencialmente clínico.¹¹

Sarcoma de Kaposi: Es un trastorno angioproliferativo del virus herpes humano tipo 8 (HHV-8) que se caracteriza por la formación de pequeños vasos atípicos y hendiduras vasculares, la extravasación de eritrocitos y la presencia de células fusiformes consideradas neoplásicas.¹⁹

Comienza como una reacción anti-inflamatoria hiperplásica reactiva y un proceso angiogénico que evoluciona a un sarcoma. La apariencia clínica puede variar dependiendo del tiempo de evolución de la lesión. Las lesiones tienden a ser planas y asintomáticas, donde el color transita desde el rojo hasta llegar al morado. También pueden presentarse como aumentos de volumen irregulares, de color rojo vinoso, que cuando alcanzan un tamaño considerable pueden provocar deformidad facial y alteraciones en la masticación, deglución y fono-articulación.¹¹

Con mayor frecuencia se localiza en el paladar, encía y dorso lingual y es reconocido como una neoplasia definitoria de SIDA en individuos infectados por VIH.¹¹

Es la neoplasia maligna más frecuente en los pacientes con infección por VIH/SIDA, su incidencia ha disminuido drásticamente desde la introducción de TARV. El sarcoma de Kaposi oral o cráneo-facial ocurre en 40 a 60% de los pacientes con SIDA y es la primera presentación de inmunosupresión por VIH de los pacientes que lo presentan. Las lesiones son clínicamente características, el diagnóstico definitivo está dado por la biopsia y su posterior estudio histopatológico.¹¹

Enfermedad periodontal: En el 2018 Papapanou, Sanz, Budunelli y cols. Debatieron la clasificación y las definiciones de periodontitis, trastornos periodontales agudos (enfermedades periodontales necrosantes, abscesos periodontales) y lesiones endodóntico-periodontales. Aunque el cambio más relevante estaba asociado a la clasificación de la periodontitis.²³

La nueva clasificación identificó tres formas diferentes de periodontitis, basándose en su fisiopatología:

- Periodontitis necrosante, explicada conjuntamente con las EPN.
- Periodontitis como manifestación directa de enfermedades sistémicas, explicada en otra sección.
- Periodontitis, que debe ser caracterizada adicionalmente aplicando un abordaje de clasificación mediante estadios y grados (Tonetti y cols. 2018).

El estadio describe la gravedad de la enfermedad en su presentación inicial y la complejidad prevista del manejo de la enfermedad. El grado describe la velocidad y el riesgo de progresión, las probabilidades de obtener un mal resultado tras el tratamiento y su impacto sobre la salud general.²³

Se aceptó que la periodontitis se define, como característica principal, por una pérdida de soporte de los tejidos periodontales debida a inflamación: habitualmente se utiliza como umbral una pérdida de inserción clínica interproximal de ≥ 2 mm o ≥ 3 mm en dos o más dientes no adyacentes. Se ha propuesto que en el contexto de tratamiento clínico, un "caso de periodontitis" debería presentar:

Enfermedades necrotizantes: Gingivitis necrotizante (GN) y Periodontitis necrotizante (PN). GN y PN forman parte del mismo proceso aunque son clínicamente diferentes, en función o no de la pérdida de soporte periodontal. La PN se ha demostrado que no tiene asociación significativa con una carga viral elevada o con recuento de linfocitos TCD4+ bajo. Así se denominaba GN sólo cuando la encía marginal estaba afectada, y PN cuando ya existe pérdida de inserción periodontal, y estomatitis necrotizante (EN), cuando la afectación supera la línea mucogingival.²⁰

En los países desarrollados, una parte muy significativa de los pacientes que desarrollaban EPNs se observó que eran portadores del VIH. No se conocen características que diferencien la clínica de la EPN en pacientes VIH positivos y VIH negativos. La notable reducción de los recuentos de linfocitos TCD4+ periféricos se correlaciona estrechamente con la aparición de GN. Por su parte, la PN se mostró como marcador del deterioro inmunitario, con un 95% de valor predictivo positivo de que los recuentos de TCD4+ eran inferiores a 200 cels/mm³.²⁰

Se han descrito definiciones de las diferentes EPN:

- La gingivitis necrosante es un proceso inflamatorio agudo que afecta a los tejidos gingivales. Los signos primarios son la presencia de necrosis/úlceras en las papilas interdentes, sangrado gingival y dolor. Otros signos y síntomas incluyen halitosis, pseudomembranas, linfadenopatías regionales, fiebre y sialorrea (en niños).²³

- La periodontitis necrosante es un proceso inflamatorio que afecta al periodonto. Los signos primarios son la presencia de necrosis/úlceras en las papilas interdentes, sangrado gingival, halitosis, dolor y pérdida ósea rápida. Otros signos y síntomas incluyen formación de pseudomembranas, linfadenopatías y fiebre. ²³
- La estomatitis necrosante es un trastorno inflamatorio grave del periodonto y la cavidad oral, con necrosis de los tejidos blandos más allá del tejido gingival y denudación ósea a través de la mucosa alveolar, con osteítis y sequestrados óseos, en pacientes con compromisos sistémicos graves.²³

Tabla 6. Clasificación de las enfermedades periodontales necrosantes (EPN); GN, gingivitis necrosante; PN, periodontitis necrosante; SN, estomatitis necrosante. Adaptado de Herrera y cols. (2018).

| Categoría | Pacientes | Condiciones predisponentes | Cuadro clínico |
|--|--------------------------------|---|--|
| Enfermedades periodontales necrosantes en pacientes con compromiso crónico y grave | En adultos | VIH+/SIDA con recuentos de CD4 < 200 y carga viral detectable | GN, PN, SN, noma. Posible progresión |
| | | Otras alteraciones sistémicas graves (inmunosupresión) | |
| | En niños | Malnutrición severa | |
| | | Condiciones de vida extremas | |
| Enfermedades periodontales necrosantes en pacientes con compromiso temporal y/o moderado | En pacientes con gingivitis | Factores no controlados: estrés, nutrición, tabaquismo, hábitos | GN generalizada. Posible progresión a PN |
| | | EPN previa: cráteres residuales | |
| | | Factores locales: proximidad radicular, malposición dentaria | |
| | En pacientes con periodontitis | Factores predisponentes comunes para EPN | GN. Progresión infrecuente |
| | | | PN. Progresión infrecuente |

Virus del papiloma humano: La infección en la cavidad oral por el VPH en pacientes VIH+ es relativamente frecuente. Aunque generalmente esta infección suele ser asintomática, la infección por el VPH está relacionada con los condilomas acuminados y los cánceres escamosos de la cavidad oral (amígdala palatina, lengua). ²¹

La infección por VPH en la mucosa oral está asociada a distintas entidades clínicas cuyo aspecto puede variar desde lesiones de tipo benigno, con características hiperplásicas, papilomatosas o verrucosas, hasta lesiones de aspecto carcinomatoso. Se ha demostrado que el papiloma escamoso, el condiloma acuminado, la verruga vulgar y la hiperplasia epitelial focal están fuertemente vinculados a la presencia de VPH. ¹¹

Las siguientes lesiones se definen como las más relevantes dentro de las manifestaciones orales provocadas por el VPH en pacientes con infección por VIH/SIDA:

Papiloma de células escamosas. Es un tumor relativamente común del epitelio oral, considerada una lesión benigna. Clínicamente, los papilomas orales, se caracterizan por presentar una superficie irregular con proyecciones digitiformes que se asemejan a la superficie de una coliflor. ¹¹

Condiloma acuminado. También se le conoce como verruga venérea y es una enfermedad de transmisión sexual que afecta la piel y las membranas mucosas del tracto ano-genital. Se conoce que los condilomas orales pueden aparecer, no solamente por sexo oral, sino que también por auto-inoculación o como resultado de transmisión vertical, de la madre al hijo. Se presenta como múltiples nódulos pequeños de color blanco o rosado, que proliferan y coleasen. La superficie es más irregular que en los papilomas orales, y son menos frecuentes. ¹¹

Verruga oral. Lesión prevalente provocada por VPH en la piel, pero también se encuentra en la mucosa oral. Su localización más frecuente es en las áreas mucosas donde la queratinización del epitelio se asemeja a la de la piel, por ejemplo, paladar duro y encía. ¹¹

Clínicamente aparecen como lesiones exofíticas firmes, blanquecinas, de límites definidos, sésiles, que muchas veces muestran queratinización de su superficie. Las tres entidades descritas comparten muchas características clínicas, la biopsia y su posterior estudio histopatológico podrá determinar si se trata de una lesión de tipo papilomatosa o no. ¹¹

Úlceras inespecíficas (úlceras orales recurrentes): Las úlceras orales recurrentes inespecíficas asociadas a la infección por VIH suelen ser generalmente mayores de 0,5 cm, pudiendo alcanzar diámetros de 2-3 cm en algunos pacientes. Se pueden localizar en mucosa epitelial no queratinizada pero también en mucosa queratinizada y oro-faringe, en pacientes con mayor inmunosupresión. Pueden persistir durante mucho tiempo, a veces incluso semanas o meses, dejando una cicatriz. ²²

Pueden presentarse como lesiones únicas o múltiples y son extremadamente dolorosas. Están bien delimitadas, aunque es común que a estas úlceras les falte el característico halo eritematoso, debido a la inmunosupresión que padecen los pacientes. Son consideradas idiopáticas por lo que su diagnóstico se hace al excluir otras lesiones que cursan con úlceras de origen conocido. Su etiología es desconocida, estando implicados factores genéticos, infecciosos, inmunológicos y locales. El diagnóstico es clínico, una vez descartadas otras entidades. ¹¹

Planteamiento del problema

Las manifestaciones bucales y peribucales son comunes en pacientes infectados por VIH, a menudo representan un rasgo que puede predecir el deterioro general de la salud, un mal pronóstico de la misma, además de representar un valor diagnóstico importante en el monitoreo del estado inmune del paciente. ¹²

Existen diversos estudios que describen la prevalencia y las características clínicas de las lesiones bucales asociadas con el VIH/SIDA en México. El presente trabajo pretende actualizar la información que se tiene sobre la prevalencia de lesiones bucales más frecuentes en un grupo de pacientes con VIH.

Justificación

El propósito del siguiente trabajo es ofrecer información acerca de las lesiones bucales más frecuentes en pacientes con VIH/SIDA, para así poder identificarlas y ayudar al paciente con un indicador oportuno acerca de su estado de inmunosupresión o la eficacia del tratamiento antirretroviral con el que se encuentra como lo marca la literatura.

Objetivo general

Determinar la prevalencia de lesiones bucales en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA, y realizar una revisión bibliográfica de dichas lesiones para tener más conocimientos acerca de ellas.

Objetivos específicos

*Identificar las lesiones bucales más frecuentes en pacientes con VIH de la CEC que acuden al servicio de patología bucal de la UAM-X.

*Determinar la asociación de las lesiones bucales y los niveles de linfocitos CD4, carga viral.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

El presente estudio es descriptivo, transversal, y observacional. Se realizó una búsqueda electrónica de artículos académicos y literatura científica relacionada con los temas de lesiones bucales en pacientes VIH/SIDA.

Se estudiaron 113 pacientes que acuden al servicio de patología bucal en la clínica especializada condesa con alguna lesión bucal en el periodo de febrero de 2019 a febrero de 2020. Se incluyeron datos demográficos como sexo, género y edad. Las lesiones bucales fueron diagnosticadas clínicamente y registradas en las hojas de seguimiento y notas de evolución. La información fue capturada en el Programa de Cómputo IBM SPSS statistics 25 donde se realizó el análisis estadístico de los resultados.

Criterios de inclusión

*Pacientes con VIH/SIDA.

*Pacientes de la clínica especializada condesa.

*Pacientes que acuden al servicio de patología bucal en CEC.

Criterios de exclusión

*Pacientes sin infección confirmada por VIH/SIDA

Procedimientos Clínicos:

Los datos demográficos de los pacientes se obtuvieron de sus expedientes clínicos y la anamnesis realizada en su primera consulta, se utilizó una hoja de seguimiento donde también aparecían datos como: hábitos, categoría de transmisión, estado clínico, conteo de linfocitos CD4, carga viral, tx antirretroviral. Se realizó una inspección clínica de mucosa, lengua, carrillos, paladar y labios para identificar la presencia de alguna patología como aftas, cándida y enfermedades periodontales necrotizantes, el examen

bucal se realizó con ayuda de luz artificial y abatelenguas siguiendo las normativas de bioseguridad correspondientes (uso de bata, cubrebocas, guantes) y fue realizado por los alumnos de la maestría de patología bucal de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-X).

Resultados

Como se describe en el Cuadro 1, se incluyeron un total de 113 pacientes VIH positivos de un centro de referencia de la Ciudad de México (CEC), 100 (88.5%) hombres y 13 (11.50%) mujeres; edad promedio de 39 años en un parámetro de edad de 19 a 74 años. El número de pacientes con lesión bucal fue de 92 (81.4%) y 21 (18.6%) pacientes sin lesión bucal. La prevalencia de lesiones bucales fue la siguiente 25 (22.1%) del total de la muestra presentaron candidiasis bucal, seguido de 6 (5.3%) pacientes que presentaron lesiones por VPH, 6 (5.3%) pacientes con leucoplasia vellosa, 4 (3.5%) pacientes con sífilis; en el parámetro de otras 51 (45.13%) en esta categoría entra (gingivitis, úlceras inespecíficas, queratosis friccional, HEMF, mucocele, máculas y granuloma piógeno) que no están clasificadas como lesiones bucales.

Cuadro 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con VIH/SIDA de la CEC.

| VARIABLES | CEC | | TOTAL | |
|------------------------|-----|-----------|-------|-----------|
| | n | (%) | n | (%) |
| Género | | | | |
| Masculino | 100 | 88.5 | 100 | 88.5 |
| Femenino | 13 | 11.5 | 13 | 11.5 |
| Mediana de años | | | | |
| (min - max) | 39 | (19 - 74) | 39 | (19 - 74) |
| SLB | 21 | 18.6 | 21 | 18.6 |
| Lesión bucal | 92 | 81.4 | 92 | 81.4 |
| Candidosis | 25 | 27.1 | 25 | 27.1 |
| Sifilis | 4 | 4.3 | 4 | 4.3 |
| VPH | 6 | 6.5 | 6 | 6.5 |
| LV | 6 | 6.5 | 6 | 6.5 |
| Otras | 51 | 55.4 | 51 | 55.4 |

Fuente: (CEC) Clínica Especializada Condesa

Conclusiones

Se puede concluir que el sexo más prevalente en el estudio fue el sexo masculino con 88.5 %, similar a otras investigaciones donde los pacientes con lesiones bucales son del sexo masculino principalmente. Respecto a la prevalencia de lesiones bucales la más común fue candidosis con un 27.1%, seguido de leucoplasia vellosa similar a otras investigaciones donde se ubicaba en primer lugar. Aunque lesiones por VPH o sífilis tuvieron bajo porcentaje son lesiones asociadas a VIH/SIDA, por lo que es de suma importancia su diagnóstico correcto y oportuno ya que esto puede ayudar al paciente a tener un buen pronóstico.

Es indispensable tener el conocimiento de las distintas formas clínicas, síntomas y comportamiento de las lesiones bucales para poder realizar un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno a los pacientes con infección por VIH/SIDA y para pacientes que no tienen conocimiento de que portan alguna enfermedad inmunosupresora.

Bibliografía

1. Miranda Gómez, Osvaldo, & Nápoles Pérez, Maily. (2009). Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38(3-4) Recuperado en 23 de abril de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000300007&lng=es&tlng=es.
2. Boza Cordero, Ricardo. (2016). Orígenes del VIH/SIDA. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD, Vol.6 No.IV* Recuperado en 23 de abril de 2020, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr164g.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. (2003). VIH/SIDA Recuperado en 23 de abril de 2020, de <https://www.who.int/whr/2003/en/Chapter3-es.pdf?ua=1>
4. Ponce de León R., Samuel. (2004). El principio de la epidemia en México. *Revista de investigación clínica*, 56(2), 124-125. Recuperado en 23 de abril de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200002&lng=es&tlng=es.
5. CENSIDA. (2012). 30 años del VIH/SIDA Recuperado en 23 de abril de 2020, de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/30aniosdelvihsida.pdf>
6. ONUSIDA. (2019). Hoja informativa- últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Recuperado en 27 de abril de 2020, de <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
7. CENSIDA. (2018). Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al sida. Recuperado en 27 de abril de 2020, de https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/MEX_2018_countryreport.pdf
8. Organización Panamericana de la Salud. (2006). INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH-SIDA) – GUÍAS PARA DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL Y MONITORIZACIÓN ADULTOS Y EMBARAZADAS. Recuperado en 27 de abril de 2020, de https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/uruguay_art.pdf

9. CENSIDA. (2018). Guía para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Recuperado en 28 de abril de 2020, de <https://www.gob.mx/censida/es/articulos/guia-para-la-deteccion-del-virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih-143342?idiom=es>
10. WHO. (2010) GUÍA CLÍNICA SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA. Recuperado en 28 de abril de 2020, de https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/chile_art.pdf
11. Donoso-Hofer, Francisca. (2016). Lesiones orales asociadas con la enfermedad del virus de inmunodeficiencia humana en pacientes adultos, una perspectiva clínica. *Revista chilena de infectología*, 33(Supl. 1), 27-35. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182016000700004>
12. Bravo, Inés María, Correnti, María, Escalona, Laura, Perrone, Marianella, Brito, Aubert, Tovar, Vilma, & Rivera, Helen. (2006). Prevalencia de lesiones bucales en pacientes VIH +, relación con conteo de células CD4+ y carga viral en una población Venezolana. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal (Internet)*, 11(1), 33-39. Recuperado en 05 de mayo de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000100008&lng=es&tlng=es.
13. Ceballos SA, Gaitán CLA, Ceballos GL. Influencia del tiempo bajo terapia antirretroviral altamente activa sobre la prevalencia de lesiones orales asociadas a infección por VIH. *Rev ADM*. 2001;58(4):123-129.
14. Ramírez-Amador, Velia, Esquivel-Pedraza, Lilly, Irigoyen-Camacho, Esther, Anaya-Saavedra, Gabriela, & González-Ramírez, Imelda. (2002). Asociación de lesiones bucales con el estado serológico para el VIH. *Salud Pública de México*, 44(2), 87-91. Recuperado en 04 de mayo de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000200001&lng=es&tlng=es.
15. Vega NAC, Rosas VCG, Pacheco CMM, et al. Las enfermedades bucales más frecuentes en pacientes VIH-positivos en la consulta privada. *Oral*. 2013;14(45):997-1002.
16. Gallardo-Rosales R, Castillo-Torres K, Alegría-Conejeros P, Blackburn-Tapia E. Manifestaciones Orales en pacientes VIH/SIDA del Hospital Base de Valdivia en Chile. *Rev. CES Odont* 2016; 29(2): 12-19.

17. Puerto, J.L., García-Martos, P., Márquez, A., García-Agudo, L., & Mira, J.. (2001). Candidiasis orofaríngea. *Revista de Diagnóstico Biológico*, 50(4), 177-181. Recuperado en 09 de mayo de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-79732001000400001&lng=es&tlng=es.
18. MJ. García-Pola Vallejo, JM. García Martín. (2002). Leucoplasia oral. *Revista atención primaria*, 29(1) Elsevier, 39-49. Recuperado en 09 de mayo de 2020 de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-leucoplasia-oral-13025586>
19. Andrade BA, Ramírez-Amador V, Anaya-Saavedra G, Martínez-Mata G, Fonseca F, Graner E, et al (2014). Expression of PROX-1 in oral Kaposi's sarcoma spindle cells. *J Oral Pathol Med*; 43(2):132-136.
20. Perea, M.A., Campo, J., Charlén, L., & Bascones, A.. (2006). Enfermedad periodontal e infección por VIH: estado actual. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*, 18(3), 135-147. Recuperado en 09 de mayo de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852006000300003&lng=es&tlng=es.
21. Guillem Sirera, Sebastià Videla, Pedro Herranz, Juan E Corzo-Delgado. (2006). Virus del papiloma humano y virus de la inmunodeficiencia humana/sida. *Revista enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 24 (S2) Elsevier, 40-46. Recuperado en 09 de mayo de 2020 de <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-virus-del-papiloma-humano-virus-13096049>
22. Patton L. Oral lesions associated with human immunodeficiency virus disease. *Dent Clin North Am* 2013; 57: 673-98.
23. Herrera David, Figuero Elena, Shapira Lior, Sanz Mariano. (2018). Periodoncia clínica diagnóstico y tratamiento periodontal. *Revista científica de la sociedad española de periodoncia*. no. 11. Recuperado en 13 de julio de 2020 de http://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/10/p11ok.pdf
24. Shiboski CH, Patton LL, Webster-Cyriaque JY, Greenspan D, Traboulsi RS, Ghannoum M, Jurevic R, Phelan JA, Reznik D, Greenspan JS; Oral HIV/AIDS Research Alliance, Subcommittee of the AIDS Clinical Trial Group. The Oral HIV/AIDS Research Alliance: updated case definitions of oral disease endpoints. *J Oral Pathol Med*. 2009 Jul;38(6):481-8. doi: 10.1111/j.1600-0714.2009.00749.x. PMID: 19594839.

Servicio social

El Servicio Social es el conjunto de actividades realizadas por los alumnos o egresados de la Universidad en beneficio de la Sociedad y el Estado. El cumplimiento del Servicio Social es obligatorio y deberá ser realizado como requerimiento previo para obtener el título de Licenciatura.

Esta actividad sustantiva, permite al egresado complementar su formación profesional, vinculando los conocimientos adquiridos durante su formación académica, con las necesidades prioritarias del país. Mediante esta práctica, se logra fomentar un aspecto más humano en el universitario, ya que durante el servicio social se brinda la posibilidad de desarrollar valores, capacidades, virtudes y actitudes para formarse como seres humanos integrales.

El cumplimiento del servicio social es obligatorio y debe ser realizado como requisito previo para obtener el título de licenciatura.

Objetivos:

- Fomentar la participación de los prestadores de servicio social en la solución de los problemas prioritarios nacionales.
- Propiciar en los alumnos o egresados el desarrollo de una conciencia de responsabilidad social.
- Promover en el Servicio Social actitudes reflexivas, críticas y constructivas ante la problemática social.
- Contribuir a la formación integral y a la capacitación profesional de los Servicio Social
- Promover y estimular la participación activa del Servicio Social, de manera que tengan oportunidad de aplicar, verificar y evaluar los conocimientos acumulados.
- Enriquecer a los distintos sectores con los que éste se vincula, por medio de la difusión de las experiencias y conocimientos acumulados.

El servicio social se realizó en el Área de Proyectos Universitarios de Investigación de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, en el Posgrado de Medicina y Patología Bucal, con el estudio de manifestaciones bucales en individuos infectados por VIH/SIDA.

El presente informe de servicio social, comprende el periodo del 01 de febrero de 2019 al 31 de enero de 2020.

Antecedentes

ZONA DE INFLUENCIA

El proyecto de investigación que se eligió durante el año de servicio social fue:

Prevalencia de lesiones bucales en pacientes con VIH de la Clínica Especializada Condesa, esta investigación se desarrolló en el Posgrado de Medicina y Patología Bucal de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco; en colaboración con la Clínica Especializada Condesa (CEC), Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa (CECI), el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) y la clínica estomatológica de Tepepan.

1. Clínica Especializada Condesa (CEC)



Fotografía 1. Clínica Especializada Condesa

HISTORIA

La Clínica Especializada Condesa fundada hace 60 años, fue inaugurada por el Dr. Enrique Hernández Álvarez, Secretario de la Beneficencia Pública. Denominado entonces como consultorio de especialidades, el 10 de Diciembre de 1938 con el objeto primordial de impartir asistencia médica a la población mexicana de estratos socioeconómicos bajos, política prioritaria del régimen del General Lázaro Cárdenas del Río.

Durante esta etapa la Clínica funcionaba como clínica de especialidades No 1 otorgando los principales servicios a la población como Ginecología, Medicina Interna y subespecialidades, Cirugía y Pediatría, hasta el año de 1999.

La CEC se inauguró el 20 de enero del año 2000, aquí se brinda atención especializada y gratuita a personas en situación de calle, usuarios de drogas y sobre todo a la comunidad homosexual de bajos recursos y sin seguridad social a través de la detección, seguimiento y entrega de medicamentos gratuitos para el tratamiento de la infección, por otra parte también cuenta con grupos de apoyo e información general sobre el tema.

Luego de que el Foro DF-Capital de la Prevención le hizo a Cuauhtémoc Cárdenas la propuesta de crear un centro de salud especializado en la atención de VIH y sida, para apoyar a la población más desprotegida y marginada. En 2008, aprovechando que se realizaría la Conferencia Internacional de Sida en la Ciudad de México, los activistas le propusieron a Ebrard la reconstrucción y ampliación de la CEC.

UBICACIÓN

Está ubicada en la Calle de Benjamín Hill # 24 col. Condesa en la Delegación Cuauhtémoc en el Distrito federal.

SERVICIOS

Brinda los servicios de:

- medicina general
- psicología
- patología y medicina bucal
- odontología
- nutrición

- psiquiatría
- infectología
- ginecología
- dermatología
- laboratorio de análisis clínicos

Es la clínica que atiende a un mayor número de pacientes con VIH en el país y es la más grande en toda América Latina.

En cuanto su infraestructura dentro de las instalaciones, cuenta con dos oficinas de gobierno, un área de epidemiología, 22 consultorios de atención médica general, un área de odontología con tres unidades dentales, dentro del área de odontología se imparte la consulta de Patología Bucal, cuatro consultorios de psicología, tres oficinas administrativas, así como diversas áreas de Rayos X, enfermería, trabajo social, curaciones, archivo clínico, farmacia, almacén y área de mantenimiento.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

En la Clínica Especializada Condesa, acudía los días lunes y miércoles de 10:00 am a 12:00 pm, y se realizan las siguientes actividades: historia clínica del paciente para conocer datos demográficos y generales de salud, signos y síntomas iniciales y actuales y fecha de diagnóstico de VIH, antecedentes de lesiones bucales, hábitos de alcohol y tabaco; esta información se obtiene con el expediente clínico y con la anamnesis del paciente, se revisan sus resultados del laboratorio, TARAA, recuento de linfocitos CD4+ y carga viral. A continuación se realiza un examen de la mucosa bucal en el que se revisan los tejidos blandos en caso de que haya alguna patología se determina si es necesario hacer algún procedimiento auxiliar de diagnóstico como frotis citológico, biopsia; se da tratamiento farmacológico en caso de ser necesario y se le da cita de seguimiento. Los pacientes que presentan gingivitis, sarro, se les realiza el tratamiento de eliminación de sarro, se refuerza la técnica de cepillado y uso de hilo dental.

2. Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa (CECI)



Fotografía 2. Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa

HISTORIA

Debido a la alta demanda que tenía la Clínica Especializada Condesa, nace la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa Dr. Jaime Sepúlveda Amor el 1° de Noviembre de 2015, un espacio destinado al tratamiento y atención a personas con VIH/sida, así como prevención de enfermedades de transmisión sexual de la Ciudad de México pero con énfasis en Iztapalapa.

UBICACIÓN

Se ubica en calle Combate de Celaya s/n, entre Campaña de Ébano y Genaro Estrada, Unidad Habitacional Vicente Guerrero, a un costado del Centro de Bachillerato Tecnológico, Industrial de Servicios (CETIS) No. 53.

SERVICIOS

- Pruebas de detección de VIH y otras infecciones de transmisión sexual
- Laboratorio
- Farmacia
- Servicios complementarios (auditorio y sala de usos múltiples)
- Biblioteca
- Medicina general
- Medicina interna
- Infectología
- Salud mental
- Ginecología
- Odontología
- Patología Bucal
- Dermatología
- Nutrición
- Psicología
- Trabajo social

Cuenta con el mismo modelo de operación y servicios de la Clínica Especializada Condesa. Tiene 5,650 metros cuadrados de construcción, distribuidos en tres niveles.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

En la Clínica Especializada Condesa, acudía los días lunes y miércoles de 10:00 am a 12:00 pm, y se realizan las siguientes actividades: historia clínica del paciente para conocer datos demográficos y generales de salud, signos y síntomas iniciales y actuales y fecha de diagnóstico de VIH, antecedentes de lesiones bucales, hábitos de alcohol y tabaco; esta información se obtiene con el expediente clínico y con la anamnesis del paciente, se revisan sus resultados del laboratorio, TARAA, recuento de linfocitos CD4+ y carga viral. A continuación se realiza un examen de la mucosa bucal en el que se revisan los tejidos blandos en caso de que haya alguna patología se determina si es necesario hacer algún procedimiento auxiliar de diagnóstico como frotis citológico, biopsia; se da tratamiento farmacológico en caso de ser necesario y se le da cita de seguimiento. Los pacientes que presentan gingivitis, sarro, se les realiza el tratamiento de eliminación de sarro, se refuerza la técnica de cepillado y uso de hilo dental.

3. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ)



HISTORIA

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, INCMNSZ.

Es uno de los Institutos Nacionales de Salud de la Secretaría de Salud de México que brinda atención médica de tercer nivel a adultos.

El 12 de octubre de 1946 fue inaugurado bajo el nombre de Hospital de Enfermedades de la Nutrición. En 1978, al extender sus funciones en otros campos y como homenaje a su fundador, cambió su nombre a Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, la denominación que utilizó hasta junio de 2000, fecha en la que incorporó a su nombre los términos de Ciencias Médicas, para subrayar su carácter de centro de conocimiento y desarrollo de la medicina con un enfoque integral.

El INCMNSZ fue concebido desde sus orígenes como una instancia de respuesta especializada a las necesidades de salud de la población en materia de nutrición y medicina interna. Está orientado a promover asistencia médica de calidad, tanto en su dimensión científico-técnica como en la interpersonal, y tiene como eje primario la atención centrada en el paciente, en un marco de calidad, seguridad y excelencia.

En el INCMNSZ se desarrolla conocimiento de alta especialidad a través de la investigación, la cual, a su vez, se traduce en la formación de recursos humanos en salud y se aplica en la asistencia médica.

La visión es ser líderes en la generación y aplicación del conocimiento innovador. El propósito, que la calidad y seguridad en la atención médica que se ofrece, sea un estándar de referencia nacional e internacional.

UBICACION

Avenida Vasco de Quiroga No.15, Colonia Belisario Domínguez Sección XVI, Delegación Tlalpan C.P.14080, Ciudad de México.

SERVICIOS

- Central de equipos y esterilización
- Toma de muestras C. Gonzalo Rio Arronte
- Cirugía plástica y reconstructiva
- Estomatología
- Estancia corta
- Fisioterapia
- Geriatria
- Ginecología
- Inhaloterapia
- Laboratorio de motilidad gastrointestinal
- Laboratorio de Neurofisiología clínica
- Laboratorio de Microbiología clínica “Dr. José Ruiloba Benítez”
- Medicina transfusional
- Neumología
- Nutriología clínica
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Proctología
- Quirófanos

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán, asistía los días viernes de 09:00 am a 12:00pm en el servicio de Infectología, donde se revisa el expediente de cada uno de los pacientes citados y se obtienen datos como el nombre del paciente, expediente, condición socioeconómica, escolaridad, ocupación, tratamiento antirretroviral y su fecha de inicio, asimismo, se revisan los resultados de laboratorio (química sanguínea, biometría hemática, conteo de linfocitos CD4+ y carga viral) y se buscan los resultados más bajos de linfocitos CD4+ y se toma como un resultado Nadir (cifra más baja de linfocitos CD4+). Con estos datos, se pasa a cada paciente, y se le realiza el examen de mucosa bucal, en caso necesario, se toman frotis citológicos para identificación de hifas de candida sp, se programa la toma de biopsia y anotan todos los datos y lesiones en la ficha de recolección de datos.

Y los días martes se asiste en un horario de 8:00am a 11:00 am, se da consulta la Dra Lilly Esquivel en la especialidad de Derma boca, aquí se realiza una exploración bucal al paciente, se realizan biopsias y toma de fotografías de seguimiento del paciente.

4. LABORATORIO DE PATOLOGIA Y MEDICINA BUCAL DE LA UAM-X

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

En el Laboratorio de Histopatología de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, se registran las laminillas de frotis citológicos para ser procesadas procedentes de los otros centros de atención, se realizan mediante Tinción de PAS (Acido Peryodico de Shiff), proceso realizado por los técnicos en Histopatología. Una vez terminada la tinción, se realiza la identificación de hifas de candida sp. en el microscopio, se elabora un reporte por escrito con el resultado obtenido, anotando los datos del paciente, lugar de procedencia, lugar anatómico de la toma del frotis citológico y el resultado de la muestra.

Todos los datos obtenidos de la consulta en los centros donde se realiza la investigación, se capturan en la base de datos en programa SPSS versión 12.0 para su análisis estadístico; las fotografías tomadas de lesiones bucales, se rotulan con datos de identificación del paciente y la lesión que se observa en las mismas.

Bibliografía

1. Pagina web oficial de Clínica Especializada Condesa (CEC):
<http://www.condesadf.mx/>
2. Pagina web oficial de Clinica Especializada Condesa-Iztapalapa (CECI): <http://condesadf.mx/rokstories/quieres-recibir-atencion-en-la-clinica-condesa-iztapalapa.htm>
3. Pagina web oficial del Instituto Nacional de Ciencias Medicas y de Nutricion Salvador Zubiran (INCMNSZ):
<http://www.innsz.mx/opencms/contenido/serviciosclinicos/inhaloterapia/objetivo.html>

INFORME NUMERICO

| FEBRERO 2019 | | | | | | | | |
|------------------------|-----|-------|------|---|---------|-----|-------|-------|
| ACTIVIDADES REALIZADAS | CEC | % | CECI | % | INCMNSZ | % | TOTAL | % |
| EXPEDIENTES REVISADOS | 18 | 48.64 | 0 | 0 | 18 | 50 | 36 | 49.31 |
| PACIENTES EXAMINADOS | 17 | 45.94 | 0 | 0 | 18 | 50 | 35 | 47.94 |
| BIOPSIAS | 2 | 5.4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2.73 |
| FROTIS CITOLÓGICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| GUARDAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 37 | 100 | 0 | 0 | 36 | 100 | 73 | 100 |

Cuadro 1. Actividades correspondientes al mes de Febrero de 2019.

| MARZO 2019 | | | | | | | | |
|------------------------|-----|-------|------|---|---------|-----|-------|-------|
| ACTIVIDADES REALIZADAS | CEC | % | CECI | % | INCMNSZ | % | TOTAL | % |
| EXPEDIENTES REVISADOS | 27 | 55.10 | 0 | 0 | 16 | 50 | 43 | 53.08 |
| PACIENTES EXAMINADOS | 20 | 40.8 | 0 | 0 | 16 | 50 | 36 | 44.44 |
| BIOPSIAS | 2 | 4.08 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2.46 |
| FROTIS CITOLÓGICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| GUARDAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 49 | 100 | 0 | 0 | 32 | 100 | 81 | 100 |

Cuadro 2. Actividades correspondientes al mes de Marzo de 2019.

| ABRIL 2019 | | | | | | | | |
|------------------------|-----|-------|------|---|---------|-----|-------|-------|
| ACTIVIDADES REALIZADAS | CEC | % | CECI | % | INCMNSZ | % | TOTAL | % |
| EXPEDIENTES REVISADOS | 18 | 48.64 | 0 | 0 | 9 | 50 | 27 | 49.09 |
| EXPEDIENTES REVISADOS | 18 | 48.64 | 0 | 0 | 9 | 50 | 27 | 49.09 |
| BIOPSIAS | 1 | 2.7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.81 |
| FROTIS CITOLÓGICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| GUARDAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 37 | 100 | 0 | 0 | 18 | 100 | 55 | 100 |

Cuadro 3. Actividades correspondientes al mes de Abril de 2019.

| MAYO 2019 | | | | | | | | |
|------------------------|-----|-------|------|---|---------|-----|-------|-------|
| ACTIVIDADES REALIZADAS | CEC | % | CECI | % | INCMNSZ | % | TOTAL | % |
| EXPEDIENTES REVISADOS | 22 | 53.65 | 0 | 0 | 12 | 48 | 34 | 51.51 |
| PACIENTES EXAMINADOS | 19 | 46.34 | 0 | 0 | 12 | 48 | 31 | 46.96 |
| BIOPSIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FROTIS CITOLÓGICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 1 | 1.51 |
| GUARDAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 41 | 100 | 0 | 0 | 25 | 100 | 66 | 100 |

Cuadro 4. Actividades correspondientes al mes de Mayo de 2019.

| JUNIO 2019 | | | | | | | | |
|------------------------|-----|-----|------|---|---------|-------|-------|-------|
| ACTIVIDADES REALIZADAS | CEC | % | CECI | % | INCMNSZ | % | TOTAL | % |
| EXPEDIENTES REVISADOS | 14 | 56 | 0 | 0 | 20 | 48.78 | 34 | 51.51 |
| PACIENTES EXAMINADOS | 11 | 44 | 0 | 0 | 20 | 48.78 | 31 | 46.96 |
| BIOPSIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FROTIS CITOLÓGICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2.43 | 1 | 1.51 |
| GUARDAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 25 | 100 | 0 | 0 | 41 | 100 | 66 | 100 |

Cuadro 5. Actividades correspondientes al mes de Junio de 2019.

| JULIO 2019 | | | | | | | | |
|------------------------|-----|-------|------|---|---------|-----|-------|-------|
| ACTIVIDADES REALIZADAS | CEC | % | CECI | % | INCMNSZ | % | TOTAL | % |
| EXPEDIENTES REVISADOS | 20 | 51.28 | 0 | 0 | 14 | 50 | 34 | 50.74 |
| PACIENTES EXAMINADOS | 17 | 43.58 | 0 | 0 | 14 | 50 | 31 | 46.26 |
| BIOPSIAS | 2 | 5.12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2.98 |
| FROTIS CITOLÓGICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| GUARDAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 39 | 100 | 0 | 0 | 28 | 100 | 67 | 100 |

Cuadro 6. Actividades correspondientes al mes de Julio de 2019.

SEPTIEMBRE 2019

| ACTIVIDADES REALIZADAS | CEC | % | CECI | % | INCMNSZ | % | TOTAL | % |
|------------------------|-----------|------------|----------|----------|-----------|------------|-----------|------------|
| EXPEDIENTES REVISADOS | 25 | 51.02 | 0 | 0 | 14 | 48.27 | 39 | 50 |
| PACIENTES EXAMINADOS | 23 | 46.93 | 0 | 0 | 14 | 48.27 | 37 | 47.43 |
| BIOPSIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FROTIS CITOLÓGICOS | 1 | 2.04 | 0 | 0 | 1 | 3.44 | 2 | 2.58 |
| GUARDAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 49 | 100 | 0 | 0 | 29 | 100 | 78 | 100 |

Cuadro 7. Actividades correspondientes al mes de Septiembre de 2019.

OCTUBRE 2019

| ACTIVIDADES REALIZADAS | CEC | % | CECI | % | INCMNSZ | % | TOTAL | % |
|------------------------|-----------|------------|----------|----------|-----------|------------|-----------|------------|
| EXPEDIENTES REVISADOS | 16 | 51.61 | 0 | 0 | 11 | 50 | 27 | 50.94 |
| PACIENTES EXAMINADOS | 14 | 45.16 | 0 | 0 | 11 | 50 | 25 | 47.16 |
| BIOPSIAS | 1 | 3.22 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.88 |
| FROTIS CITOLÓGICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| GUARDAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 31 | 100 | 0 | 0 | 22 | 100 | 53 | 100 |

Cuadro 8. Actividades correspondientes al mes de Octubre de 2019.

NOVIEMBRE 2019

| ACTIVIDADES REALIZADAS | CEC | % | CECI | % | INCMNSZ | % | TOTAL | % |
|------------------------|-----------|------------|----------|----------|-----------|------------|-----------|------------|
| EXPEDIENTES REVISADOS | 27 | 56.25 | 0 | 0 | 17 | 50 | 44 | 53.65 |
| PACIENTES EXAMINADOS | 21 | 43.75 | 0 | 0 | 17 | 50 | 38 | 46.34 |
| BIOPSIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FROTIS CITOLÓGICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| GUARDAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 48 | 100 | 0 | 0 | 34 | 100 | 82 | 100 |

Cuadro 9. Actividades correspondientes al mes de Noviembre de 2019.

| DICIEMBRE 2019 | | | | | | | | |
|------------------------|-----|-------|------|---|---------|-----|-------|-------|
| ACTIVIDADES REALIZADAS | CEC | % | CECI | % | INCMNSZ | % | TOTAL | % |
| EXPEDIENTES REVISADOS | 20 | 52.63 | 0 | 0 | 16 | 50 | 36 | 52.17 |
| PACIENTES EXAMINADOS | 16 | 42.10 | 0 | 0 | 16 | 50 | 32 | 46.37 |
| BIOPSIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FROTIS CITOLÓGICOS | 1 | 2.63 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.44 |
| GUARDAS | 1 | 2.63 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.44 |
| TOTAL | 38 | 100 | 0 | 0 | 32 | 100 | 69 | 100 |

Cuadro 10. Actividades correspondientes al mes de Diciembre de 2019.

| ENERO 2020 | | | | | | | | |
|------------------------|-----|-------|------|---|---------|-----|-------|-------|
| ACTIVIDADES REALIZADAS | CEC | % | CECI | % | INCMNSZ | % | TOTAL | % |
| EXPEDIENTES REVISADOS | 26 | 50.98 | 0 | 0 | 17 | 50 | 43 | 50.58 |
| PACIENTES EXAMINADOS | 22 | 43.13 | 0 | 0 | 17 | 50 | 39 | 45.88 |
| BIOPSIAS | 3 | 5.88 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3.52 |
| FROTIS CITOLÓGICOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| GUARDAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 51 | 100 | 0 | 0 | 34 | 100 | 85 | 100 |

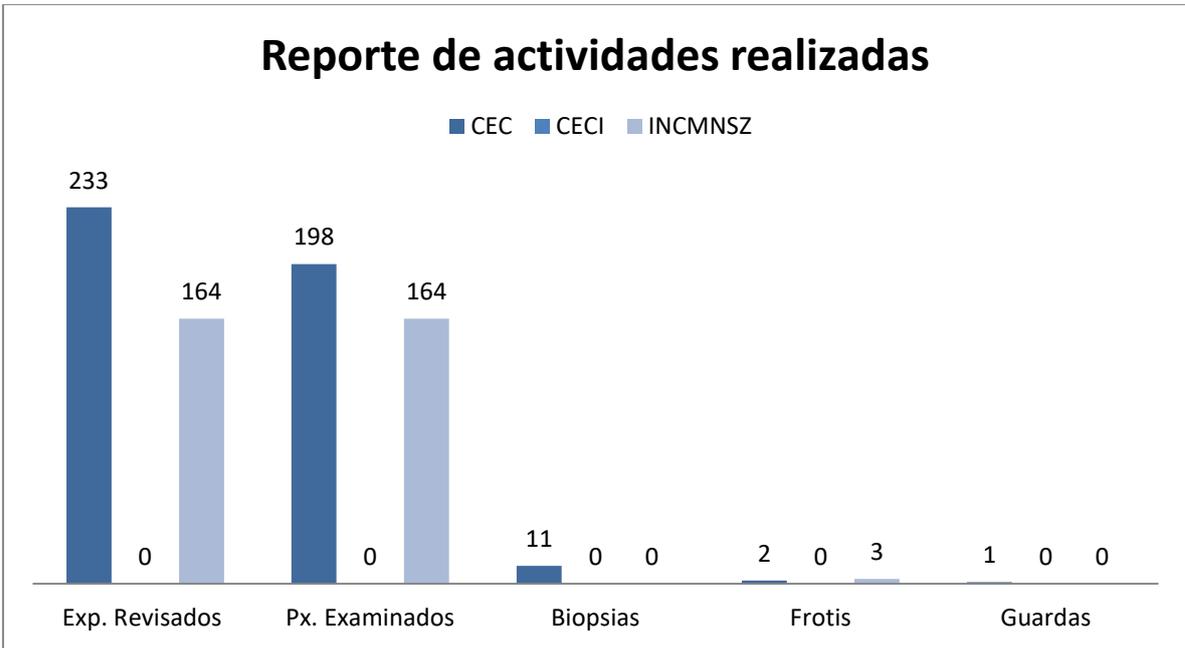
Cuadro 11. Actividades correspondientes al mes de Enero de 2020.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO FEBRERO 2019 – ENERO 2020

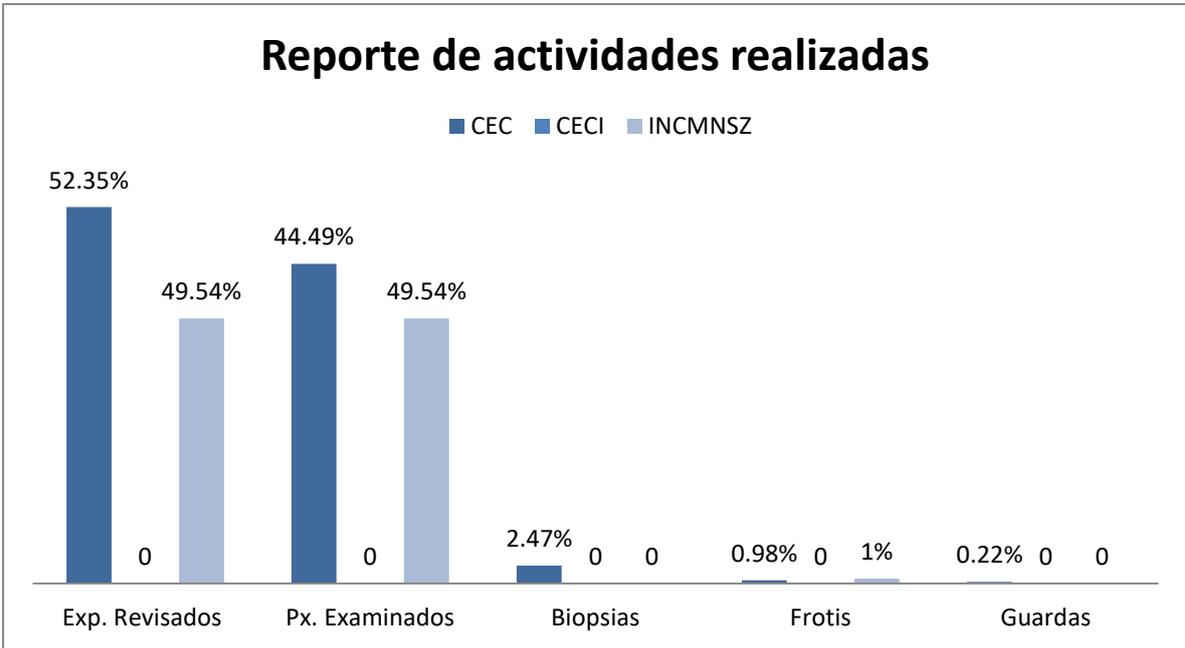
| ACTIVIDADES REALIZADAS | CEC | % | CECI | % | INCMNSZ | % | TOTAL | % |
|------------------------|-----|-------|------|---|---------|-------|-------|-------|
| EXPEDIENTES REVISADOS | 233 | 52.35 | 0 | 0 | 164 | 49.54 | 397 | 51.15 |
| PACIENTES EXAMINADOS | 198 | 44.49 | 0 | 0 | 164 | 49.54 | 362 | 46.64 |
| BIOPSIAS | 11 | 2.47 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 1.41 |
| FROTIS CITOLÓGICOS | 2 | 0.44 | 0 | 0 | 3 | 0.90 | 5 | 0.64 |
| GUARDAS | 1 | 0.22 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| TOTAL | 445 | 100 | 0 | 0 | 331 | 100 | 776 | 100 |

Cuadro 13. Actividades realizadas durante el periodo Febrero 2019 – Enero 2020.

Fuente: Bitácora del registro de biopsias y citologías del laboratorio de histopatología de la Maestría en Patología y Medicina Bucal de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco y base de datos de pacientes atendidos en el estudio de manifestaciones bucales en individuos infectados por VIH/SIDA.



Grafica1. Reporte anual de actividades realizadas durante el periodo de Feb 2019- Ene 2020.



Grafica2. Reporte anual de porcentajes de actividades realizadas durante el periodo de Feb 2019 - Enero 2020.

Análisis informativo

En los dos centros de investigación, durante el periodo de servicio social se realizó la revisión de 397 (51.15%) expedientes de pacientes VIH positivos, se hizo examen de la cavidad bucal a 362 (46.64%) pacientes, se tomaron 11 (1.41%) biopsias, y se realizaron 5 (0.64%) frotis citológicos como auxiliares de diagnóstico. Se elaboraron 1 (0%) guarda para pacientes que presentaron lesiones bucales asociadas a traumatismos.

Fotografía

