



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS BUCALES EN PACIENTES  
INMUNODEFICIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD REGIONAL DE  
INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y REUMATOLOGÍA DE LA CIUDAD  
HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. MARZO –JULIO 2017.**

**Autor:**

Douglas Javier Silva Salas

C.I: 19.567.000

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego

Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



República Bolivariana de Venezuela

Universidad José Antonio Páez

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Odontología

Carrera de Odontología

**PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS BUCALES EN PACIENTES  
INMUNODEFICIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD REGIONAL DE  
INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y REUMATOLOGÍA DE LA CIUDAD  
HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. MARZO –JULIO 2017.**

**Tutor:**

Rodrigo Pino

**Autor:**

Douglas Javier Silva Salas

C.I: 19.567.000

San Diego, Abril de 2017



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Silva Salas	Douglas Javier	19.567.000
Direccion: Urbanización El Fotin Calle 3 Casa 14		Teléfono: 0242/3615502
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela Odontología	Indice Académico	13.51
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Douglas Silva	Teléfono: 0424/4008899
<b>Título Del Trabajo:</b> Prevalencia de Patologías Bucales en pacientes inmunodeficientes que Asisten a la Unidad Regional de Inmunología clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Marzo- Julio 2017.		
<b>Breve Explicación:</b> Trabajo no experimental con diseño de campo transeccional, con una población y muestra de 103 pacientes. Los resultados fueron ordenados mediante el método estadístico mediante tablas, grafios, diagramas, entre otros. Obteniendo que el sexo femenino fue el más afectado, la lesión de mayor prevalencia fue la placa y la macula, el sitio de la lesión de mayor prevalencia fue la lengua (cara dorsal).		
<b>Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto:</b> Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera.		
<b>Tiempo De Desarrollo:</b> 20 semanas.		
<b>Tutor Académico Propuesto:</b> Rodrigo Pino.		

APROBADO:  NO APROBADO:   
COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE

 NOMBRE	 FIRMA	29/10/17 FECHA
 NOMBRE	 FIRMA	11/11/17 FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA  
CARRERA ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS BUCALES EN PACIENTES  
INMUNODEFICIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD REGIONAL DE  
INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y REUMATOLOGÍA DE LA CIUDAD  
HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. MARZO -JULIO 2017.

ESTUDIANTE

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. 19.567.000

Douglas Javier Silva Salas

Tutor Propuesto: Rodrigo Pino

Firma:

Cédula de Identidad N° 17.399.341

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

  
Firma



19/10/11  
Fecha



### ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Rodrigo Pino, portador (a) de la Cedula de Identidad N°17.399.341, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadano(a) Douglas Javier Silva Salas, portador(a) de la Cedula de Identidad N° 19.567.000, titulado PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS BUCALES EN PACIENTES INMUNODEFICIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD REGIONAL DE INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y REUMATOLOGÍA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. MARZO -JULIO 2017. Presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los Seis días del mes de Noviembre del año dos mil diecisiete.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rodrigo Pino', written over a horizontal line.

(Firma autógrafa)

**Rodrigo Pino**

C.I. 17.399.341

## DEDICATORIA

A **Dios**, por permitirme llegar hasta aquí y darme toda la sabiduría, inteligencia y haberme guiado, iluminado y bendecido siempre.

A **mis padres** por haberme formado en valores y principios, en especial a mi madre mujer luchadora, guerrera utilizada por Dios a quien amo inmensamente y es a quien le debo todo lo que hoy soy.

A **Mi abuela** por siempre apoyarme, ayudarme y guiarme cuando más lo he necesitado que espero que Dios me de la dicha de tenerte muchos años mas junto a mí.

A **mi hermanita**, mi todo... Cada paso que doy es para guiarte a ti y poder verte crecer feliz.

A **mi hermano**, a quien amo, quien es mi amigo y quien ha compartido todo esto años a mi lado.

A **Mis segundos padres**, por estar para mí y haberme dado la dicha de pertenecer a su familia.

A **mis tíos y tías** por aportar su grano para yo poder lograr mi sueño.

A la **familia Reyes** por ser incondicional conmigo y darme su amor y cariño.

A **mi amiga** por acompañarme desde el primer semestre, estando conmigo en la buenas y no tan buenas, apoyándome y brindándome su apoyo y amor incondicional, más que amigos hoy puedo decir somos hermanos.

**Douglas J. Silva S**

## RECONOCIMIENTO

A **Dios** por permitirme esta maravillosa experiencia.

A **mi madre** por su lucha incansable para que yo lograra mi sueño que un día convertí en meta

A **Mis hermanos Reyes Mendoza** por compartir conmigo esta agradable historia.

A **mi team Gabriela y Rita** por su apoyo y acompañarme en mis logros.

A **mis amigos** de la universidad por siempre estar conmigo apoyándome y compartiendo en cada momento.

A **mis amigos** porque se convirtieron en mi otra familia que me regalo la odontología y la vida.

A **mi tutor Rodrigo Pino**, por ser mi profesor, maestro, amigo y un ejemplo a seguir.

A la **profesora alba flete** por su apoyo para la realización de esta investigación.

A mi **profesora Ervy Weffer**, a quien quiero con el alma por ser más que mi profesora, una amiga, consejera cuando lo he necesitado, que es hoy mi madrina de promo ¡Ervy Te amo!

A **Erika Mota** quien más que mi maestra en odontopediatria, fue mi madre, amiga y quien siempre velo por mí dentro y fuera de la universidad, no me alcanzara la vida para agradecerte todo lo que me distes.

A **la profesora Isabel Tibisay** por ser esa mujer que Dios utilizo para que continuara en mi lucha por ser odontólogo y que hoy le doy gracias a Dios por ponerla en mi camino, es una bendición para mi tenerte.

A **la Ujap** por brindarme la oportunidad de conocer gente maravillosa y poder alcanzar no anhelada meta.

**Douglas J. Silva S**



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA  
CARRERA ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS BUCALES EN PACIENTES  
INMUNODEFICIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD REGIONAL DE  
INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y REUMATOLOGÍA DE LA CIUDAD  
HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. MARZO –JULIO 2017.**

**Resumen:**

Este trabajo tiene como finalidad determinar la prevalencia de patología bucales de los pacientes que asisten a la unidad regional de inmunología clínica y reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Para ello se apoyo en un trabajo no experimental de tipo descriptivo con diseño de campo transeccional mediante una historia clínica. Los sujetos fueron 103 pacientes con enfermedades inmunológicas. Para recoger la información se utilizo la entrevista y la observación directa. Obteniendo como resultados que la mujeres son las más afectada entre 41-60 años, que los pacientes con mayor número afectados son pertenecen a la zona urbana, que las patología mas frecuenten fueron la placa, macula, la fisura de mucosa, la ampollas y las ulcera, mientras que el lugar de ubicación de la lesión es la cara dorsal de la lengua.

**Descriptor:** inmunología, inmunodeficiencia, sistema inmune, placa, y lengua cara dorsal.

## INDICE

	pp.
<b>RESUMEN INFORMATIVO</b> .....	<b>viii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO</b>	
<b>I EL PROBLEMA</b>	
1.1 Planteamiento del Problema.....	<b>18</b>
1.1.1 Formulación del Problema.....	<b>18</b>
1.2 Objetivos de la Investigación.....	<b>21</b>
1.2.1 Objetivo General.....	<b>21</b>
1.2.2 Objetivos Específicos.....	<b>21</b>
1.3 Justificación de la Investigación.....	<b>21</b>
<b>II MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	<b>24</b>
2.2 Bases Teóricas.....	<b>29</b>
2.3 Definición de términos básicos.....	<b>47</b>
<b>III MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1 Tipo de Investigación.....	<b>50</b>
3.2 Diseño de Investigación.....	<b>50</b>
3.3 Población .....	<b>50</b>
3.4 Muestra.....	<b>51</b>
3.5 Técnicas de Recolección de Datos.....	<b>53</b>
3.6 Técnicas de Análisis de Datos.....	<b>54</b>
3.7 Procedimiento.....	<b>54</b>
<b>IV ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>	
4.1 Presentación de Resultados.....	<b>57</b>
4.2 Interpretación de Resultados.....	<b>57</b>
<b>V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	

5.1 Conclusiones.....	88
5.2 Recomendaciones.....	89
<b>REERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>96</b>

## LISTA DE TABLAS

pp.

<b>TABLA N°1</b> Operacionalización de la variable.....	<b>55</b>
<b>TABLA N°2</b> Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto a la sexo que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>57</b>
<b>TABLA N°3</b> Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto a la edad que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>58</b>
<b>TABLA N°4</b> Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto área de procedencia que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>60</b>
<b>TABLA N°5</b> Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto al grupo racial que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>61</b>
<b>TABLA N°6</b> Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto a la ocupación que asisten a la unidad Regional de	

Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>62</b>
<b>TABLA N°7</b> Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto a la enfermedad base del porque que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>64</b>
<b>TABLA N°8</b> Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto a la enfermedad base del porque que asisten a la unidad Regional de Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>65</b>
<b>TABLA N°9</b> Características clínicas de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>67</b>
<b>TABLA N°10</b> Características clínicas de los pacientes con Esclerodermia o Esclerosis Sistémica que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>69</b>
<b>TABLA N°11</b> Características clínicas de los pacientes con Artritis Reumatoide que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>71</b>
<b>TABLA N°12</b> Características clínicas de los pacientes con VIH+ que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>73</b>

**TABLA N°13** Ubicación de la lesión de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....**75**

**TABLA N°14** Ubicación de la lesión de los pacientes con esclerodermia o esclerosis sistémica que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....**77**

**TABLA N°15** Ubicación de la lesión de los pacientes con Artritis Reumatoide que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....**79**

**TABLA N°16** Ubicación de la lesión de los pacientes con VIH+ que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....**81**

**TABLA N°17** Características clínicas total de los pacientes que asistieron a la unidad Regional de Inmunología Clínica de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....**84**

**TABLA N°18** Ubicación de la lesión total de los pacientes que asistieron a la unidad Regional de Inmunología Clínica de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....**87**

## LISTA DE GRÁFICOS

pp.

- GRÁFICO N°1** Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto a la sexo que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....**58**
- GRÁFICO N°2** Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto a la edad que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....**59**
- GRÁFICO N°3** Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto área de procedencia que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....**60**
- GRÁFICO N°4** Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto al grupo racial que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....**62**
- GRÁFICO N°5** Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto a la ocupación que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....**63**
- GRÁFICO N°6** Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto a la enfermedad base del porque que asisten a la

unidad Regional de Inmunología Clínica de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>65</b>
<b>GRÁFICO N°7</b> Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto a la enfermedad base del porque que asisten a la unidad Regional de Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>66</b>
<b>GRÁFICO N°8</b> Características clínicas de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>68</b>
<b>GRÁFICO N°9</b> Características clínicas de los pacientes con Esclerodermia o Esclerosis Sistémica que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>70</b>
<b>GRÁFICO N°10</b> Características clínicas de los pacientes con Artritis Reumatoide que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>72</b>
<b>GRÁFICO N°11</b> Características clínicas de los pacientes con VIH+ que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>74</b>
<b>GRÁFICO N°12</b> Ubicación de la lesión de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>76</b>

<b>GRÁFICO N°13</b> Ubicación de la lesión de los pacientes con esclerodermia o esclerosis sistémica que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>78</b>
<b>GRÁFICO N°14</b> Ubicación de la lesión de los pacientes con Artritis Reumatoide que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>80</b>
<b>GRÁFICO N°15</b> Ubicación de la lesión de los pacientes con VIH+ que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>82</b>
<b>GRÁFICO N°16</b> Características clínicas total de los pacientes que asistieron a la unidad Regional de Inmunología Clínica de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>84</b>
<b>GRÁFICO N°17</b> Ubicación de la lesión total de los pacientes que asistieron a la unidad Regional de Inmunología Clínica de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.....	<b>87</b>

## **Introducción**

Según las Organización Mundial de la Salud “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (constitución OMS, 2006), por vivir en un mundo cambiante donde la evolución conceptual es parte de nuestro día, se erradica la conceptualización de que la salud se basa solo en la ausencia de enfermedad biológica para incluir la salud mental, ya que es la que permite las capacidades óptimas que posee un individuo para lograr un rendimiento correcto con el medio que nos rodea, sin dejar a un lado la salud social porque es la que nos permite convivir con un desarrollo psicodinámico correcto.

Para gozar de salud se necesita un equilibrio fisiológico de nuestro organismo y por ende de nuestro sistema inmune, ya que es el que permite mantener la homeostasis o equilibrio interno, contra las agresiones internas o externas para protegernos de enfermedades e infecciones. Nuestro sistema inmune está compuesto de células que se encuentran en diversos tejidos, fluidos y órganos, principalmente: piel, médula ósea, sangre, timo, sistema linfático, bazo, mucosas. Los órganos primarios son: la médula ósea y el timo, que son los que proporcionan el microambiente para la maduración de los linfocitos. Es de suma importancia destacar que la médula ósea se generan las células especializadas en la función inmune: neutrófilos, eosinófilos, basófilos, mastocitos, monocitos, células dendríticas y macrófagos. Todos se movilizan por la sangre hacia los diferentes tejidos. Los órganos secundarios son los ganglios linfáticos y el bazo, en donde las células inmunitarias pueden madurar para capturar el microorganismo o antígeno, suministrando el entorno adecuado para que los linfocitos interactúen con él. Y por último resaltar destacar el desempeño de los tejidos linfoides asociados a las mucosas (MALT) que está compuesto por un grupo de tejidos linfoides organizados en folículos que se encuentran presentes en las superficies mucosas respiratorias,

digestivas y genitourinarias. Pueden presentarse en forma de folículos agregados como en las amígdalas palatinas, amígdalas linguales y las adenoides. La superficie mucosa del cuerpo humano incluye las mucosas de la cavidad oral, las vías respiratorias, y tracto genitourinario y el gastrointestinal.

A medida en que el ser humano ha evolucionado lo ha hecho con ello el sistema inmunitario, y gracias a ello ha podido sobrevivir en este mundo cambiante donde nos desarrollamos, protegiéndonos así de los agentes patógenos u oportunistas para lograr la capacidad de adaptación con el medio que nos rodea.

Cuando se pierde el equilibrio del sistema inmunológico, aparecen las llamadas enfermedades autoinmunes que son patologías que disminuyen la respuesta del sistema inmunitario, ya que el mismo comienza a atacar las células sanas, desmejorando la calidad de vida del ser humano, y puede atacar cualquier lugar de nuestro organismo.

En la actualidad existe un gran número de personas con inmunodeficiencias y cada día son diagnosticadas más pacientes con alguna alteración del sistema inmunitario, por ser muchas de ellas de etiología desconocida, cada abordaje de estas patologías tiene un protocolo específico de atención primaria, ya que dichas patologías pueden presentarse en cualquier tejido u órganos.

Las Células Inmunocompetentes interactúan entre sí para combatir cualquier agente extraño de nuestro organismo. Pero cuando existe una deficiencia de algún componente del Sistema inmunológico, aparecen las enfermedades llamadas Inmunodeprimidas, son patologías del organismo que disminuye la respuesta de las defensas del sistema inmunológico. Esta respuesta del sistema inmunológico se altera con la aparición de patologías como: Cáncer, enfermedades metabólicas, malnutrición, diabetes, hipertensión, síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) etc. o a la administración de drogas (Drogas Inmunosupresoras), hablamos entonces de una enfermedad Inmunosuprimida. (Gabriela Liseth Aguabi Cejido, 2014.

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA

#### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La calidad de vida hace alusión sobre el bienestar social de individuos y sociedades. Específicamente en salud pública y en medicina, el concepto de calidad de vida se refiere a como una persona o grupo de persona percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo. Al pasar de los años los médicos han utilizado el concepto de calidad de vida para medir los efectos de las enfermedades crónicas en sus pacientes con el fin de comprender mejor de qué manera una patología interfiere en la calidad de vida de una persona. (Barroeta C, 2012)

Asimismo, dichos profesionales aplican este concepto para medir los efectos de discapacidades de poca o larga duración, numerosos trastornos y enfermedades en diferentes comunidades y/o poblaciones.

La inmunología es la ciencia que estudia los procesos moleculares y celulares propios del *sistema inmune* en su acción defensiva. Ella proviene del latín inmune, que significa “estar libre de enfermedad” y –logía “estudio de”. (Gabriela Liseth Aguabi Cejido, 2014).

En la actualidad, es una ciencia fundamental de investigación donde según su necesidad se ha complementado con la odontología, ahora conocida como inmunología oral que tiene importancia en la sociedad científica, por ende es necesario saber y entender su evolución y desarrollo a través del tiempo. Es necesario destacar que cada día son diagnosticados más pacientes con alguna alteración autoinmune que puede afectar a múltiples sistemas, piel, hormonas, sangre y vasos sanguíneos, nervios, sistema gastrointestinal entre otros.

En este orden de ideas, es un consenso general podemos afirmar que las alteraciones inmunitarias, bien sea enfermedades congénitas y síndromes autoinmunes pueden afectar la región bucomaxilofacial, entre las que tienen afección bucal directamente podemos mencionar las siguientes: Lupus eritematoso sistémico, liquen plano, pénfigo, penfigoide, síndrome de Reiter, Síndrome de Stevens Johnson, Síndrome Sjögren, Síndrome de Behçet, Sarcoma de Kaposi, entre otros. Así también como alteraciones por inmunodeficiencias secundarias en las que podemos mencionar: el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedades metabólicas, Etc. La cuales pueden tener repercusión en la cavidad bucal.

Lo anterior planteado es un indicador de que las alteraciones del sistema inmunológico pueden presentarse a cualquiera edad, raza o sexo y que dependiendo de su clasificación va tener o no, repercusiones a nivel de cavidad bucal.

Para la atención de estos pacientes, el odontólogo debe tener un profundo conocimiento, biológico, psicológico y técnicos, entre otros. Para ofrecer así un servicio de calidad y que sea menos traumático al realizar el estudio clínico de las manifestaciones bucales presentes en pacientes con inmunodeficiencias de la Unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera (CHET), donde se podrá determinar las lesiones más frecuentes en cavidad bucal en pacientes con enfermedades del sistema inmunológico, entre las variables en estudio contribuir a establecer las estadísticas para la toma de decisiones que sea necesaria por parte del odontólogo tratante.

En base lo planteado se presenta las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los aspectos clínicos-epidemiológicos que presentan los pacientes con inmunodeficiencias en la Unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera (CHET)?

## **1.2 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL.**

Determinar la prevalencia de manifestaciones bucales en pacientes con inmunodeficiencias que asisten a la Unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera (CHET). Marzo-julio 2017.

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Determinar la frecuencia epidemiológica de acuerdo al género y grupo etario de los pacientes con inmunodeficiencias que asisten de la Unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad hospitalaria Enrique Tejera.
2. Identificar las manifestaciones bucales en los pacientes con inmunodeficiencias de la Unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera.
3. Establecer la frecuencia del tipo de enfermedad con mayor prevalencia de manifestaciones bucales en la Unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera.
4. Determinar la frecuencia de localización de las manifestaciones bucales presentes en los pacientes con inmunodeficiencias que asisten a la Unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad hospitalaria Enrique Tejera.

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación se justifica desde un punto de vista teórico, porque permite identificar y describir con más detalles las enfermedades inmunológicas,

su repercusión en la cavidad bucal y sus tejidos adyacentes, así como el impacto que tienen sus complicaciones en la calidad de vida de dichas personas.

En este mismo orden de ideas para poder lograr un estado óptimo de salud general y bucal, se necesita la cooperación del paciente, del médico de cabecera y de la atención del odontólogo, que favorezca esta condición en beneficio propio del individuo.

Es importante resaltar que este estudio al determinar los índices y establecer las causas epidemiológicas y clínicas de los pacientes con enfermedades del sistema inmunológico de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera (CHET). Se logra contribuir al diseño de estrategias por parte del odontólogo tratante en el manejo de estos pacientes.

Igualmente, permite conocer la importancia de la salud bucal y métodos preventivos para lograr una mejor atención odontológica de estos pacientes, ya que algunas manifestaciones producen dolor y ardor la cual limitan al perfecto funcionamiento de la deglución y el habla, provocando disconformidad y pérdida de peso originando un deterioro en su estilo y calidad de vida. Se puede enfatizar que el producto de dicha investigación, ofrecerá al gremio médico odontológico un estudio que propicie la correcta difusión y concientización de los factores que afectan la salud bucal en los pacientes inmunocomprometidos. Así mismo brindar a los pacientes la atención óptima utilizando las herramientas correctas para mejorar la sintomatología clínica aplicando el conocimiento necesario para que garantice mejoras en la funcionabilidad del aparato masticatorio y así mejorar la calidad de vida del paciente inmunodeprimido.

Desde una óptica personal, la presente investigación ofrece una revisión con carácter científico y metodológico, brindando al autor la capacidad y la

posibilidad de avanzar a nivel educativo, intelectual y profesional, permitiendo además ampliar en los referentes a los factores que influyen en las afecciones buco maxilofaciales en los pacientes con inmunodeficiencias, brindando así herramientas de investigación y revisión documental referidas a la ciencias de la salud, pretendiendo además, poder aportar soluciones a un problema de salud pública.

También contribuirá de igual modo al conocimiento específico de las estadísticas por parte de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera. Para establecer un banco de datos que coadyuven en los estudios que requieran de estas.

De acuerdo a la información arriba mencionada, el determinar con exactitud los índices estadísticos en el estudio clínico epidemiológicos de los pacientes de la Unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad hospitalaria Enrique Tejera., será de suma importancia para la toma de decisiones que crea conveniente para la mejoría del tratado de estos pacientes.

Este estudio es un aporte importante tanto a los odontólogos tratantes de estos pacientes como a los estudiantes de la Universidad José Antonio Páez, ya que llevándose a cabo esta investigación, se lograra establecer un marco epidemiológico de la población que padece inmunodeficiencias, logrando así modificar la conducta y manejo odontológico hacia estos pacientes.

Una vez establecidas las estadísticas se determinaran las patologías bucales más frecuentes en pacientes inmunodeficientes para así poder saber diagnosticar estas enfermedades en primera instancia.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES

Las investigaciones a nivel mundial evidencian grandes avances en el estudio de las enfermedades autoinmunes como manifestaciones que causa una serie de inconvenientes en la cavidad oral.

La junta de patología de la universidad de Manizales (2015), en su estudio, ***PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES CON ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO VISTAS EN EL SERVICIO DE PATOLOGÍA ORAL DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES EN UN PERIODO DE 10 AÑOS***. Manizales, Colombia. En su estudio de tipo descriptiva con diseño de campo transversal plantea:

En este estudio los procesos reactivos fueron las patologías más frecuentes (39,3%), lo que muestra la capacidad de respuesta de los tejidos orales a las diversas agresiones... Los procesos reactivos se presentan con mayor frecuencia en la primera década de la vida y son importantes en la segunda, disminuyen en la tercera década y vuelven a aumentar en forma progresiva hasta la sexta década. (p.12)

Es por ello que se destaca la importancia de los exámenes complementarios como lo es el estudio histopatológico para manejar un buen diagnóstico y definir la terapéutica correspondiente, ya que se queda demostrado que las manifestaciones bucales puede presentar etapas de remisión y exacerbación a través del tiempo.

Moret de González, Y (2014), en su publicación titulada ***PREVALENCIA DE LESIONES BENIGNAS Y DESORDENES POTENCIALMENTE MALIGNOS***

***QUE AFECTAN LA MUCOSA BUCAL EN PACIENTES ADULTOS.***  
***FACULTAD DE ODONTOLOGIA UCV.*** Caracas, Venezuela en su trabajo de tipo descriptiva con diseño de campo transversal, publico:

Los datos de esta investigación demuestran que la prevalencia de Lesiones Benignas y Desórdenes Potencialmente Malignos que afectan la Mucosa Bucal es alta (46,2%) con respecto a la muestra total estudiada (9000 casos) si se compara con estudios similares realizados en poblaciones de adultos y ancianos como Bouquot en 1986, Ikeda en 1995, Zain en 1997, Quintana y cols en 2004 y Janh y cols en 2007 quienes reportan en sus estudios una prevalencia de lesiones de la mucosa por debajo del 10%. (p.3)

De esta investigación resaltamos que relación a la edad la mayor frecuencia fue en el grupo de 46 a 60 años, el Género con más prevalencia de lesiones de la mucosa bucal fue el sexo femenino, se diagnosticaron 77 lesiones diferentes tanto Benignas como Desórdenes Potencialmente Malignos, desde el punto de vista clínico fueron más prevalentes las lesiones que pertenecen al Grupo de Lesiones Reactivas. Por ende es de vital importancia realizar el hallazgo a tiempo y realizar un correcto diagnóstico para evitar la malignización de las patologías presentes.

Escalante, Jaimes, Ramírez, Rangel y Yáñez (2016) en su publicación, ***MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON LUPUS ERITOMATOSO SISTÉMICO.*** Mérida, Venezuela en su investigación de tipo descriptiva con diseño de campo transversal, publico: “Se debe considerar que las manifestaciones bucales pueden ser el primer indicio de dicha enfermedad, siendo las zonas más afectadas la mucosa bucal, el paladar duro y el borde del bermellón” (p.90). Es importante esta investigación ya que el autor y los colaboradores enfatizan que el lupus eritematoso sistémico (LES) afecta más a mujeres que a hombres y esto se debe principalmente a que se consideran los estrógenos un factor predisponente en el desarrollo del LES. Debido a que el estrógeno y el estradiol se unen a los receptores de los linfocitos T y

B amplificando su activación y supervivencia, lo cual favorece una respuesta autoinmunitaria prolongada y enfatizan que se debe realizar un buen diagnóstico diferencial entre dicha enfermedad y otros tipos de patologías como el Liquen Plano, La Leucoplasia, El Carcinoma de células escamosas y Enfermedades Ampollosas.

Silvestre Rangil. J. (2016) en su trabajo de tesis doctoral que lleva por título, **MANIFESTACIONES ORALES DEL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE**. Valencia- España, en su investigación de tipo descriptiva con diseño de campo transversal, señala: “la cavidad oral no está exenta de estas manifestaciones de la Artritis Reumatoide (AR). En ella podemos encontrar desde alteraciones de la articulación temporomandibular, Xerostomía, que podría formar parte de un Síndrome de Sjögren secundario y periodontitis entre otras” (p.115). Cabe destacar que esta investigación abre paso a otras y da a conocer las características clínicas y manifestaciones bucales que presentan los pacientes AR que ayudaran al odontólogo tratante de estos pacientes a mejorar su atención clínica y le permite enfocarse en aliviar los síntomas bucales para ayudar a que goce una mejor calidad de vida.

Chaar, et al (2015) en su artículo titulado, **MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS: UNA REVISION DE LOS CONOCIMIENTOS**. Belèm, Brasil, en su investigación de tipo documental, señalo:

Alteraciones como el lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, esclerosis sistémica, dermatomiositis, enfermedad de Behcet y artritis reumatoide, son las enfermedades reumatológicas que comúnmente presentan manifestaciones en la cavidad oral. Entre los signos más frecuentes se destacan: ulceraciones orales, xerostomía, procesos cariosos en locales raros y lesiones mucosas con características peculiares; y aun se citan la microstomía, reabsorción alveolar y edema glandular. (p.413)

Esta investigación tiene como objetivo describir las patologías bucales asociadas a desordenes reumáticos y otras alteraciones de la cavidad bucal, por ende

es de suma importancia conocer las enfermedades más frecuentes para así tener un protocolo de atención primaria para estos pacientes.

López-Pintor, Fernández y Hernández (2015), publicó, ***AFECCION ORAL EN PACIENTES CON SINDROME DE SJOGREN PRIMARIO. MANEJO MULTIDISCIPLINARIO ENTRE ODONTOLOGO Y REUMATOLOGO*** Madrid, España, cito:

Es una enfermedad autoinmune sistémica crónica, que cursa con destrucción del tejido glandular lagrimal y salival. Sus síntomas más frecuentes y tempranos son la sequedad oral y ocular. La sequedad oral dificulta que el paciente hable, deguste y mastique correctamente, lo que disminuye la calidad de vida del enfermo. Por ello, es de especial importancia establecer una relación cercana entre el dentista y el reumatólogo que permita hacer un diagnóstico temprano y correcto, fomentar las medidas dietéticas e higiénicas adecuadas, tratar y prevenir las posibles complicaciones orales. (p.3)

Es de vital importancia esta investigación ya que plantea que los pacientes inmunocomprometido deben ser atendidos en conjunto con odontólogo ya que es el más capacitado para ayudar al paciente con las afecciones bucales.

Bravo, et al (2006) en su publicación, ***PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES EN PACIENTES HIV, RELACION CON CONTAJE DE CELULAS CD4 Y CARGA VIRAL EN UNA POBLACION VENEZOLANA***. Caracas-Venezuela, en su investigación de tipo descriptiva con diseño de campo transversal, señaló: “La lesión oral más frecuente fue la Candidiasis bucal, seguida por la Leucoplasia vellosa, Leucoplasia bucal, e Hiperpigmentación melánica. Una alta carga viral estuvo fuertemente asociada a la presencia de lesiones, independientemente del conteo de células CD4+” (p.1). Esta investigación es de suma importancia ya que nos permite ampliar en conocimiento de que las lesiones a nivel bucal son causa de una alteración de sistema inmunológico asociado al HIV+ y no al nivel de carga de células CD4+.

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

Nuestro sistema inmunológico (SI) es el mecanismo de defensa natural de nuestro cuerpo, el cual nos protege contra las infecciones, bacterias y los virus. A través de procesos internos que da como resultado una reacción bien organizada donde ataca y destruye los organismos infecciosos que lo invaden, estos son llamados antígenos. Nuestro sistema inmune se compone de los órganos linfoides primarios y secundarios, todos los cúmulos de tejido linfoide en órganos no linfoides, los linfocitos de la sangre y la linfa, y todos los linfocitos dispersos en el tejido conectivo y los tejidos epiteliales del organismo. Las células del SI incluyen a los linfocitos y las células madres linfocitarias, células plasmáticas, macrófagos, células dendríticas, leucocitos granulares y mastocitos.

Es importante destacar que el organismo es constantemente amenazado por la invasiones de microorganismo lesivos. Para defenderse de esta agresión o amenaza ha desarrollado varios mecanismos de defensa que, en conjunto, confiere al individuo cierta insensibilidad frente a las infecciones debidas a los respectivos microorganismos y toxinas que tienden a lesionar los tejidos y órganos. A esta capacidad se le denomina *inmunidad* que proviene del latín *immunis*, que significa “libre de”. Algunos de los mecanismos de defensivos que podemos mencionar con denominados inmunidad congénita o innata y la inmunidad adquirida (específica o adaptiva).

### **2.2.1 INMUNIDAD INNATA O CONGÉNITA.**

Representa la primera línea de defensa del nuestro organismo contra las infecciones e incluyen a fenómenos más generales. Es decir que las células del sistema innato no reconocen, y responden a patógenos de forma genérica y proporciona defensa inmediata contra la infección u agresión, esta inmunidad comprende las siguientes funciones:

- Fagocitosis de bacterias y otros invasores por los leucocitos y las células del sistema macrofágico tisular.
- Destrucción de microorganismos ingeridos por las secreciones acidas del estómago y las enzimas digestivas.
- Resistencia de la piel a la invasión por microorganismos.
- Presencia en la sangre de ciertos compuestos químicos que se unen a microorganismos o toxinas extrañas y los destruyen.

### **2.2.2 INMUNIDAD ADQUIRIDA O ADAPTIVA.**

Se debe a un sistema especial por linfocitos, que incluye la formación de anticuerpos y linfocitos activados que atacan y destruyen a un agresor específico. La propiedad más importante del de la inmunidad específica es, entonces, su capacidad para reconocer y reaccionar específicamente contra macromoléculas extrañas al organismo. Esta capacidad tiene una relación directa con el componente más importante del sistema inmunitario, el linfocito. Cuando dicha célula registra la presencia de macromoléculas extrañas, es decir, con una composición diferente de la que se encuentra el linfocito del individuo, esta tiene la capacidad de iniciar una respuesta inmunológica y es así es como nuestro sistema sabe diferenciar lo propio y lo no propio.

Es importante resaltar que la inmunidad innata y adquirida no son independientes, sino complementarias, dado que la respuesta inmunológica específica actúa como complemento de mecanismos defensivos innatos específicos y refuerzan sus efectos. En el cuerpo existen dos tipos de inmunidad adquirida, diferentes en principios, pero muy relacionadas, ellas son:

#### **2.2.2.1 Inmunidad celular o del linfocito T.**

Aquí se producen grandes cantidades de células T efectoras, las cuales son capaces de eliminar específicamente la sustancia extrañas por la activación de

fagocitosis o por eliminación directa de las células que contienen células que no tiene la misma configuración en su macromoléculas.

#### **2.2.2.2 Inmunidad humoral o del linfocito B.**

Es donde el organismo sintetiza anticuerpos circulantes producidos por las células plasmáticas formadas a partir de los linfocitos B en la respuesta inmunológica humoral. Los anticuerpos son globulinas capaces de unirse específicamente con el correspondiente antígeno para neutralizarlo o eliminarlo.

En este sentido es importante enfatizar que el sistema inmunológico para poder funcionar correctamente necesita los antígenos y los anticuerpos para así poder desencadenar una respuesta inmunológica primaria o secundaria.

#### **2.2.3 ANTÍGENO.**

Son una sustancia capaz de generar una respuesta inmunológica, la mayoría de ellos desencadenan una respuesta inmunológica celular y la producción de anticuerpos, ya que son moléculas extrañas para el organismo de gran peso molecular, lo cual hace que su capacidad inmunológica aumente.

#### **2.2.4 ANTICUERPO.**

Son moléculas de globulina de alto peso molecular pertenecientes a la fracción de inmunoglobulinas (Ig) dentro de las proteínas plasmáticas. Ellas se encuentran disueltas en la sangre y los líquidos tisulares son secretadas por las células plasmáticas. La superficie de los linfocitos B presentan Ig ligadas a ella por lo cual existen 5 tipos que son las: IgG, IgE, IgM, IgA e IgD. Siendo las IgG la más abundante del plasma sanguíneo.

#### **2.2.5 TIPOS DE LINFOCITOS.**

En las inmunidades celular y humoral son mediadas por linfocitos y se clasifican en dos poblaciones principales los linfocitos T y los B, responsables de mediar las respuestas inmunológicas.

#### **2.2.5.1 LINFOCITO T.**

Son un tipo de célula blanca de la sangre presente en el cuerpo humano que se generan a partir de la célula madre linfocitaria común en la medula ósea, que da origen a las células madres de linfocitos T. estas comienzan abandonar la medula a partir de octava semana y por el torrente sanguíneo llegan al timo, donde son atraídas por un factor quimiotactico secretado por las células epiteliales del timo. Permanecen allí cierto tiempo el cual atraviesan un periodo de maduración para adquirir la capacidad de reaccionar en forma específica frente a un antígeno determinado mediante un receptor de superficie fijadores de antígenos. Estas células son importantes en el mantenimiento del cuerpo del sistema inmunológico y son fundamentales en la lucha contra las sustancias invasoras dañinas.

El receptor de la célula T, TCR es un heterodimero que es incapaz de reconocer un antígeno solo, el cual requiere que el antígeno este unido a una molécula CMH (complejo mayor de histocompatibilidad) que es un complejo de genes acoplados en el cromosoma 6 para los humanos. Durante la maduración en el timo, se diferencia en dos líneas formación de linfocitos T helper (TH), que se reconocen al expresar las molécula accesoria de membrana de cumulo de diferenciación 4 (CD4) y los linfocitos citotóxico (TC), que se reconocen por expresarla molécula accesoria de membrana CD8. Las moléculas de CMH clase I, se encuentran en las superficies de casi todas las células nucleadas y las moléculas CMH clase II en la superficie de las células presentadoras de antígenos, es decir, macrófagos, células dendríticas y linfocitos B.

### **2.2.5.2 LINFOCITO B.**

Se originan a partir de la célula madre linfocitaria común, da origen a las células madres linfocitarias B, estas permanecen en la médula donde tiene lugar su maduración donde se comprometen, dado que adquieren receptores con capacidad específica para unirse a determinado antígeno. El receptor del linfocito B está formado por moléculas de anticuerpo y pueden reaccionar sin requerir celular presentadora relacionada con una molécula CMH.

### **2.2.6 TEJIDO LINFOIDE ASOCIADO A MUCOSAS (MALT).**

Es una parte notable del sistema inmune, la cual está relacionada con las mucosas del tracto digestivo, las vías aéreas y el sistema urogenital, bajo la formación de linfocitos. La superficie de las mucosas, muy fáciles de lesionar y en constante contacto con antígenos extraños, presenta notable variaciones, desde linfocitos ubicados entre células de los epitelios, pasando por cúmulos foliculares y difusos en la lámina propia de las mucosas, que se encuentran presentes en las superficies mucosas respiratoria, digestiva y genitourinaria. La IgA secretoria constituye más del 80 % de todos los anticuerpos producidos por el tejido linfoide asociado a las mucosas. Los anticuerpos de la IgA secretoria representan la clase de inmunoglobulina predominante en las secreciones externas, las cuales brindan protección inmunológica específica para todas las superficies mucosas al bloquear a este nivel la penetración de agentes patógenos.

Se conoce que la IgA, IgM y la IgE son producidas y secretadas por inmunocitos que se encuentran presentes en las secreciones de la nasofaringe. Los linfocitos T y B, que se encuentran en las secreciones de las superficies mucosas de las vías aéreas, son derivados desde la amígdala nasofaríngea en un proceso activo. MALT forma parte del sistema inmune, es el encargado de proteger las mucosas del ataque de los agentes patógenos, tanto en una respuesta primaria como secundaria.

### **2.2.7 INMUNOLOGÍA BUCAL.**

Se puede decir que es la parte de la inmunología que estudia la respuesta inmune a nivel de cavidad bucal, así como el mantenimiento de la homeostasis de la mucosa, ya que está en contacto permanente con una cantidad de microorganismos y antígenos como los alimentos. Su principal función es proteger los dientes, maxilares, y mucosa contra las infecciones. El sistema inmunológico bucal es parte de un especializado MALT.

Es importante destacar, que la mucosa bucal presenta el epitelio escamoso estratificado intacto apoyado por la lámina propia representa una barrera contra microorganismo. Los gránulos de la membrana de recubrimiento liberan una capa extracelular, la trasudación de anticuerpos a través de la mucosa y la barrera presentada por la membrana basal contribuyen con la defensa de la mucosa, donde las células epiteliales bucales producen un rango de citoquinas, las cuales son secretadas por: macrófagos, células fibroblásticas dendríticas, linfocitos intraepiteliales de la mucosa bucal, donde el flujo salival tiene un efecto mecánico de lavado de microorganismo de las superficies dentales y mucosas, también tienen agentes antimicrobianos. Siendo la inmunoglobulina A secretora la principal anticuerpo de la saliva, esta inhibe la adherencia de los microorganismos a los dientes y mucosas.

### **2.2.8 INMUNODEFICIENCIA**

Es un estado patológico consecuente de una ausencia o deficiencia funcional del uno o más elementos del sistema inmunológico, donde no cumple con su mecanismo de defensa correspondiente dejando al organismo vulnerable a infecciones. Las personas que lo padecen tienen una mayor prevalencia de cáncer. Las inmunodeficiencias específicas se caracterizan por anomalías de las células T o B, los principales componentes del sistema inmunitario adaptativo. Las inmunodeficiencias inespecíficas afectan a elementos como el de las proteínas

complemento o los fagocitos, que desempeñan un papel inespecífico en las respuestas inmunitarias.

#### **2.2.8.1 INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA. (IDP)**

Las inmunodeficiencias primarias son debidas a defectos intrínsecos de las que integran el sistema inmunitario, y en la mayoría de los casos aparecen como consecuencia de anomalías genéticas. En la actualidad se han descrito más de 250 IDP, de las cuales en más de 120 se conoce el defecto genético.

La clasificación actual fue realizada por un comité internacional de expertos, International Union of Immunology Societies (IUIS), que en su última reunión bienal (2014) agrupó las IDP en los siguientes 9 grupos:

1. Inmunodeficiencias combinadas de células T y B
2. Deficiencias predominantemente de anticuerpos
3. Otros síndromes de inmunodeficiencias bien definidos
4. Enfermedades de disregulación inmune
5. Defectos del número y/o función fagocítica
6. Defectos en la inmunidad innata
7. Deficiencias del complemento
8. Desórdenes autoinflamatorios
9. Fenocopias de IDP

#### **2.2.8.2 INMUNODEFICIENCIA SECUNDARIA O ADQUIRIDA.**

Son causadas por diversos factores que afectan al sistema inmunitario o a la respuesta inmunitaria, estos tienen múltiples orígenes y repercusión clínica, entre ellas podemos mencionar las asociadas a patología sistémicas entre ellas destacan las

metabólicas, las infecciones donde una de las más conocidas es por el virus de inmunodeficiencia humana, las enfermedades neoplásicas, entre las secundarias de acción terapéutica, es decir fármacos, podemos encontrar las causadas por inmunosupresores, corticoides, aines y otras drogas, en las que presentan factores combinados podemos mencionar los traumas, cirugías, estrés psíquico, depresión y malnutrición.

En este mismo orden de ideas se puede afirmar que existen diversos factores que influyen directamente sobre los pacientes con inmunodeficiencias, uno de ellos es el estrés crónico (EC), donde se evidencia que los pacientes que se encuentran sometidos a un nivel alto del mismo tienden a ser más propensos a desarrollar enfermedades autoinmunes, unos investigadores israelíes en su investigación localizaron por primera vez los mecanismos que causan daño a las funciones reguladoras del sistema inmunológico en ratones sometidos a EC y determinaron que los altos niveles de glucocorticoides en aquellos roedores sometidos a estrés crónico dañaron su sistema inmune y su habilidad para hacer frente a retos inmunológicos esenciales para lograr el equilibrio interno. Alón Monsonego, Idán Harpaz y Hagit Cohen (2013).

Como resultado final se puede concluir que mientras más elevado es el nivel de glucocorticoides generalmente nos protege de las enfermedades autoinmunes, pero cuando la exposición a estrés es muy prolongada se puede perder el equilibrio y elevar de manera exabrupta los niveles de glucocorticoides que pueden ser dañinos para nuestro sistema inmune.

En el mismo sentido se puede decir que existen diversas enfermedades autoinmunes presentes que pueden afectar de manera directa la cavidad bucal, así como también enfermedades infectocontagiosas y metabólicas pueden afectar la misma, donde a continuación desarrollaremos en primer lugar la inmunodeficiencia primaria y posteriormente las secundarias de mayor interés en nuestra investigación.

### **2.2.9 LUPUS ERITOMATOSO SISTÉMICO.**

Es un trastorno inflamatorio crónico de la piel, el tejido conjuntivo y órganos internos. Generalmente esta asociados con anticuerpos circulante frente ADN y otras proteínas nucleadas, causantes de lesiones blancas en la mucosa bucal y erupciones eritematosas tanto en piel y mucosa.´

#### **2.2.9.1 características clínicas.**

Las lesiones en piel y mucosas son relativamente leves, principalmente las quejas de los pacientes son causadas por la afección de múltiples sistemas. Dolor torácico al respirar profundamente, fatiga, fiebre sin ninguna otra causa, malestar general, inquietud, pérdida del cabello, úlceras bucales, Sensibilidad a la luz solar, erupción cutánea. Aparecen lesiones bucales en el 21% de los pacientes con LES. (Philip. S, Lewis. R, George. P. 2005)

López-Labady, Moret, Villarroel y Mata (2006) en su artículo concluyen “El LES es una enfermedad autoinmune con repercusión en la cavidad bucal, que se presenta más frecuentemente en el sexo femenino, entre la tercera, cuarta y quinta década de la vida. Las lesiones bucales del LE pueden presentarse como primera manifestación de suelen ser asintomáticas y su presencia es un criterio importante para el diagnóstico”. (p. 4)

#### **2.2.9.2. Tratamiento.**

Se trata con esteroides tópicos, se puede administrar prednisona dependiendo en general la gravedad del paciente, cremas de alta potencia en la cavidad bucal y pueden combinarse con agentes inmunosupresores para aprovechar sus efectos terapéuticos y ahorrar así esteroides.

### **2.2.10 LIQUEN PLANO.**

Es una enfermedad mucocutánea inflamatoria crónica, de etología desconocida y frecuentemente común en la mucosa bucal, se considera un proceso inmunológico similar a otros trastornos de las mucosas que posee la capacidad de presentar dolor y posible malignidad.

### **2.10.1 Características clínicas.**

Es una enfermedad de edad mediana que afecta tanto a mujeres como hombres en proporción casi igual. El Liquen plano clásico se caracteriza por la aparición de pápulas y de color violáceo, poligonales y aplanadas, que pueden agruparse formando lesiones de tamaño más grande (placas). En su superficie pueden observarse unas líneas blanquecinas conocidas como estrías de Wickham. Las lesiones frecuentemente se distribuyen de forma simétrica. Liquen plano verrugoso se localiza en las piernas. Se caracteriza por lesiones sobreelevadas con una costra en superficie.

Liquen plano pilar afecta los folículos pilosos, puede ocasionar una pérdida parcial o total de los mismos. Liquen plano ungueal puede afectar a la matriz ungueal, ocasionando diferentes tipos de lesiones en la uña y por último el Liquen plano oral donde se han descrito varios tipos siendo el más frecuente el tipo reticular que se presenta en líneas blanquecinas o estrías querotósicas entrelazadas, los sitios primarios son la lengua, mucosa bucal, encías y labios. El tipo atrófico se manifiesta con placas rojas con estrías muy finas, el tipo placa se manifiesta por una zona blanquecina que se asemeja a una leucoplaquia y se ubican generalmente en el dorso de la lengua y la mucosa bucal, la forma erosiva es una mezcla pseudomenbranosa donde la región central se encuentra ulcerada.

Lapiedra. R (1991) afirma en su tesis doctoral, “los pacientes que presentaban Liquen Plano Oral eran asintomáticos, sin embargo algunos pacientes presentaban ciertas molestias o sensación de ardor pero solo un 21.8% presentaba dolor”. (p.146).

### **2.2.10.2. Tratamiento.**

Los fármacos son los corticosteroides tópicos, sistémicos o ambos, antifúngicos, retinoides q son análogos sistémicos y tópicos de la vitamina a.

### **2.2.11 PENFIGOIDE BENIGNO DE LAS MUCOSAS.**

Es una enfermedad vesicubulosa crónica que no es más que un trastorno descamativa de las mucosas y se produce por una separación epitelial a nivel de membrana basal, la destrucción afecta a los hemidesmosomas, otros termino utilizado para esta enfermedad es penfigoide cicatrizal, penfigoide ampolloso o penfigoide mucoso.

#### **2.2.11.1 Característica clínicas.**

Las lesiones en la mucosa bucal varían de erosión o descamación gingival en las encías, mucosa alveolar, mucosa bucal, paladar, lengua y piso de boca, si no se diagnostica y tratan a tiempo pueden extenderse a tejidos adyacentes de mucosa como la laringe, nasofaringe y el esófago. Las lesiones pueden sanar con cicatriz sobre todo las lesiones de piel, ojos y genitales.

Villarroel, et al (1997) “El Penfigoide Benigno de las Mucosas es una entidad que debe ser diagnosticada por el Odontólogo, pues aparece con mayor frecuencia en la mucosa bucal, más que en otras mucosas”. (p.7)

#### **2.2.11.2. Tratamiento.**

Se trata con una combinación corticosteroides tópico y sistémicos, en especial cuando las lesiones se encuentran en boca, se utilizan corticoides tópicos de alta potencia como el clobetazol, dipropionato de betametasona, fluocinonida, desoximetasona. La higiene bucal es un factor importante para que los esteroides puedan tener un mayor efecto y la clorhexidina son un coadyuvante útil.

### **2.2.12 PÉNFIGO VULGAR.**

Es una enfermedad mucocutánea por formar vesicales intraepiteliales debido a una separación epitelial por encima de la capa de células basales. Por ende es un trastorno descamativo de mucosa bucal y piel en el cual los anticuerpos reaccionan contra componentes antigénicos de los desmosomas.

Estevam, Prado, Dos santos, Pires y Miyajara (2007) afirman:

“El pénfigo vulgar representa 75% de los casos de los pénfigo, siendo el tipo más común. Las lesiones en mucosa bucal son las primeras y se manifiestan por varios meses antes del desenvolvimiento de las lesiones cutáneas en cerca del 25 al 90% de los casos (4-6, 9-15), siendo muchas veces la única manifestación de la enfermedad, en algunos casos presenta una evolución potencialmente fatal” (p. 6)

#### **2.2.12.1 característica clínicas.**

Las lesiones cutáneas aparecen como úlceras precedida por vesícula, es importante destacar el pénfigo vulgar evidencia sus primeros signos en la mucosa bucal en un 60%. Estas lesiones pueden anteceder el inicio de las lesiones cutáneas, al principio pueden presentarse como una vesícula o como una úlcera superficiales, dichas lesiones en la cavidad son más frecuentes en paladar blando, borde libre de la encía, mucosa bucal. Otras mucosas que pueden ser afectadas son la nasofaringe, esófago, la vagina y cuello uterino. Las vesículas se rompen casi de inmediato dejando una membrana grisácea que se puede desprender con facilidad al raspado dejando una base roja y dolorosa. Tanto en piel como en los tejidos mucosos presentan desprendimiento de tiras del epitelio, un signo de Nikolsky positivo.

Estevam, Prado, Dos santos, Pires y Miyajara (2007) describen “. En el examen clínico fue constatado la presencia de úlceras en semi mucosa labial inferior y superior, también áreas úlceradas envolviendo las mejillas derecha e izquierda, piso

de la boca y lengua siendo relatado un tiempo de evolución de cuatro meses por el paciente”. (p. 6)

#### **2.2.12.2. Tratamiento.**

La enfermedad se controla con dosis altas y prolongadas de esteroide llamado prednisona, en pacientes más comprometidos con una combinación de corticoides y agentes inmunosupresores como la azotioprina, metotrexato o ciclofosfamida.

#### **2.2.13 SÍNDROME DE SJOGREN (SS).**

Es una enfermedad autoinmunitaria en la que un tipo de células llamadas linfocitos T invaden varias glándulas del cuerpo y pérdida del parénquima glandular, lo cual ocasiona que estas funciones de manera deficiente. Este síndrome puede presentarse de forma primaria donde solo afecta la función exocrina, mientras que la forma secundaria se encuentra asociada a anomalías de tejido conectivo y a otras enfermedades inmunitarias como enfermedad mixta del colágeno, artritis reumatoide, la esclerodermia y el LES.

##### **2.2.13.1 Característica clínicas.**

Se puede observar que el 80% de pacientes con SS son mujeres, donde el más manifestaciones del SS primario solo presenta queratoconjuntivitis seca (Xerostalmia) y xerostomía, mientras que en el SS secundario se evidencian otros síntomas debido a la patología asociada, siendo la más frecuente la Artritis Reumatoide, sin embargo pueden darse relacionadas con otras enfermedades como la Dermatomiositis, Esclerosis Sistémica, LES, Púrpura, enfermedad de Reynaud, Nefritis, entre otros.

##### **2.2.13.2. Tratamiento.**

No existe un tratamiento eficaz, sin embargo se trata de aliviar los padecimientos para así evitar complicaciones futuras, mediante el uso de saliva y lágrimas artificiales, así como el consumo de líquidos para mantener la cavidad oral

hidratada, se indica mantener una buena higiene oral, se realizan modificaciones dietéticas, como también terapia con fluoruros y soluciones remineralizantes.

Rivera, Valero, Escalona , F Roja-Sánchez y Ríos (2008), recomiendan:

la evaluación del riesgo individualizado, el diseño y manejo de protocolos preventivos que incluya enjuagues de clorhexidina al 0,12% por 15 días al inicio del protocolo preventivo, cepillado con cremas dentales fluoruradas después de cada comida (1100-1500 ppmF), enjuagues fluorurados NaF (260 ppmF) antes de acostarse y reevaluaciones mensuales mientras el paciente presente alto riesgo de caries dental. (p.17).

#### **2.2.14 ESCLEROSIS SISTÉMICA O ESCLERODERMIA.**

Es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por ser un trastorno generalizado, Puede afectar zonas grandes de la piel y órganos como el corazón, los pulmones o los riñones.

##### **2.2.14.1 característica clínicas.**

Las manifestaciones son las siguientes: Dedos de las manos y de los pies que se tornan azulados o blancos en respuesta a las temperaturas frías (fenómeno de Raynaud), rigidez y tensión de la piel de los dedos de las manos, las manos, los antebrazos y la cara, pérdida del cabello, piel más clara o más oscura de lo normal, tumoraciones blancas y pequeñas por debajo de la piel, algunas veces exudando una sustancia blanca que luce como pasta dental, ulceraciones en las puntas de los dedos de las manos o de los pies, piel facial tensa y con aspecto de máscara, dolor articular, Entumecimiento y dolor en los pies, dolor, rigidez e inflamación de los dedos y articulaciones, dolor de muñeca, tos seca, dificultad respiratoria, sibilancias, dificultad para tragar, reflujo esofágico o acidez gástrica, distensión después de las comidas, estreñimiento, diarrea, problemas para controlar las heces. El principal

problema bucal es la restricción de la apertura de la boca y xerostomía, con sus complicaciones asociadas, disfagia producida estenosis esofágica.

Ugarte (1996) en su artículo público “En cavidad oral se manifiesta desde los labios con un adelgazamiento, disminución de la apertura oral, rigidez en los labios, aparecen pliegues radiados que recuerdan a una bolsa de tabaco. También la lengua puede endurecerse y ponerse rígida, dificultando el habla y la deglución”. (p.7).

#### **2.2.14.2. Tratamiento.**

Empleo de corticoides sistémicos, inmunodepresores como metotrexato y micofenolato, antiinflamatorios no esteroides (AINE) por períodos cortos de tiempo, hidroxiclороquina para tratar la artritis. En algunos pacientes se han producido remisiones espontáneas.

#### **2.2.15 SÍNDROME DE BEHÇET.**

Es una enfermedad multisistémica de origen desconocido que afecta sistema digestivo, cardiovascular, ocular, sistema nervioso central, articular, pulmonar y dermatológica. En el 50% de los pacientes se han encontrado anticuerpo circulantes específicos para la mucosa bucal. (Philip. S, Lewis. R, George. P. 2005)

##### **2.2.15.1 Característica clínicas.**

Presencia de úlceras bucales idénticas a la estomatitis aftosa, también pueden aparecer úlceras oculares y anogenitales. Otros sistemas son atacados a menor frecuencia. Otras manifestaciones más frecuente del síndrome son artralgia sobre tobillos, muñeca, rodillas, cefaleas. Uveítis, conjuntivitis y retinitis, las lesiones ulcerativa y pueden causar dolor y malestar significativo. Además de Artritis, afecciones gastrointestinal y del sistema nervioso central.

Sociedad española de Reumatología (2007) afirma “todos los pacientes presentan úlceras orales. Pueden aparecer en cualquier parte de la boca, tanto en la lengua como en las encías o el resto de la mucosa oral y faríngea. Tardan días o semanas en curar y suelen ser muy dolorosas y de tamaño variable. Son similares a las aftas y el dolor suele ser quemante” (p.3).

Pozo, Barbán, Rodríguez y Betancourt (2010) plantean “La característica principal para establecer el diagnóstico es la presencia de úlceras aftosas recurrentes. Se trata de úlceras dolorosas, poco profundas o profundas con una base necrótica central amarillenta, que aparecen en forma aislada o en brotes y se ubican en cualquier sitio de la cavidad bucal”. (p.7)

#### **2.2.15.2. Tratamiento.**

Corticoides tópicos son antimicóticos pueden controlar la enfermedad, los corticoides sistémico aun sido de gran ayuda para aliviar los síntomas y prevenir lesiones oculares, el Aciclovir puede ser eficaz para prevenir recurrencias a nivel bucal, así como la ingestión adecuada de líquidos y administración de antipiréticos, pueden proporcionar al pacientes beneficios.

#### **2.2.16 DERMATOMIOSITIS O POLIOMIOSITIS.**

Es una enfermedad inflamatoria que afecta a la piel y el músculo. Se incluye dentro de las miopatías inflamatorias idiopáticas o miositis idiopáticas, que son un grupo heterogéneo de enfermedades musculares de etiología desconocida que se caracterizan por la aparición progresiva de debilidad muscular e inflamación.

##### **2.2.16.1 Característica clínicas.**

Dolor, rigidez y debilidad muscular, problemas para deglutir, párpados superiores de color púrpura, erupción cutánea de color rojo púrpura, dificultad respiratoria. En la cavidad bucal se observan placas hiperqueratósicas similares en la mucosa bucal, presencia de eritemas en lengua, paladar, mucosa bucal y ulceraciones labial, telangiectasia gingival.

Ugarte (1996) en su artículo público “Las lesiones que se presentan en la mucosa oral no son típicas ni de ayuda para el diagnóstico, se han descrito úlceras superficiales, placas eritematosas, telangiectasias y nódulos por calcinosis especialmente en los niños”. (P.6).

#### **2.2.16.1. Tratamiento.**

Se trata con medicamentos antiinflamatorios, llamados corticosteroides. También puede recibir otros fármacos para inhibir el sistema inmunitario como metotrexato, azatioprina, e hidroxicloroquina para tratar la erupción cutánea.

#### **2.2.17 ARTRITIS REUMATOIDE.**

Es una enfermedad articular de etiología desconocida, puede afectar codos, hombro, caderas, rodillas, articulación temporomandibular, pies, entre otros.

##### **2.2.17.1 característica clínicas.**

Los síntomas iniciales pueden incluir dolor articular leve, rigidez y fatiga, dolor torácico al respirar (pleuresía), resequedad en ojos y boca (síndrome de Sjogren), ardor, prurito y secreción del ojo, nódulos bajo la piel, entumecimiento, hormigueo o ardor en las manos y los pies, dificultades para dormir, enfermedad periodontal.

##### **2.2.17.2. Tratamiento.**

El tratamiento incluye medicinas, fisioterapia, ejercicio, educación y posiblemente cirugía. El metotrexato es el más comúnmente utilizado para la artritis reumatoide. La leflunomida y la hidroxicloroquina, la sulfasalazina es un antiinflamatorio que a menudo se combina con metotrexato e hidroxicloroquina (terapia triple), ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroides como ibuprofeno y naproxeno.

Los diferentes fármacos usados en el tratamiento de la AR pueden producir úlceras orales queilitis, estomatitis así como los AINEs, sales de oro, metotrexate. Petequias, hemorragia en encías como consecuencia de una trombocitopenia debida a penicilamina, sales de oro, azatioprina, sulfasalazina, por el uso de AINEs que favorecen la disminución de la adhesividad plaquetaria o por competencia con la warfarina por las proteínas plasmáticas. Con el uso de penicilamina se encuentra trastornos en el gusto que puede llegar a la ageusia que motiva la interrupción del tratamiento con penicilamina. El uso de corticoides en dosis altas y/o inmunosupresores predispone a infecciones por gérmenes oportunistas como la Cándida Albicans. (Ugarte, 1996, p.2)

## **2.2.18 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.**

Este virus daña el sistema inmunitario, presenta tropismo hacia linfocitos T, macrófagos y ciertas células nerviosas. Suele contagiarse a través de relaciones sexuales sin protección con una persona infectada. También puede propagarse por intercambio de agujas para inyectarse drogas o por contacto con la sangre de una persona infectada. Las mujeres pueden infectar a sus bebés durante el embarazo o el parto.

### **2.2.18.1 Característica clínicas.**

Los pacientes presentan malestar evidente, letargia, elevación de la temperatura, cefalea, artralgia, mialgias, tos crónicas, sudor nocturno, pérdida de peso, pérdida de memoria, demencia leve, infecciones crónicas, linfadenopatías generalizada, diarrea, entre otras., las manifestaciones orales son múltiples y variadas y a veces constituyen el primer síntoma de la enfermedad, entre las lesiones en cavidad oral encontramos, candidiasis pseudomembranosa aguda, Leucoplasia vellosa, Gingivostomatitis difusa por herpes simple, lesiones difusas por varicela zóster, Sarcoma de Kaposi, gingivitis y periodontitis ulceronecrosante, úlceras aguda, crónicas, infección por herpes simple, histoplasmosis, úlceras por citomegalovirus.

Lopez, Borges, Salazar y Salazar (2003), en su artículo afirman “patología bucales, enfermedad periodontal, alteración por bacterias, hongos y virus. Así como

también el Sarcoma de Kaposi y el Linfoma de no Hogking, también pueden afectar la cavidad bucal” (p. 17)

### **2.2.18. Tratamiento.**

Existen cinco clases principales de medicamentos, los Inhibidores de la transcriptasa reversa que Interfieren con un paso importante del ciclo de vida del VIH e impiden que el virus multiplique copias de sí mismo, los inhibidores de la proteasa que interfieren con una proteína que usa el VIH para producir partículas virales infecciosas. Los inhibidores de fusión que bloquean la entrada del virus a las células del cuerpo, inhibidores de integrasa que Bloquean la integrasa, una enzima que necesita el VIH para multiplicarse y combinaciones de varios medicamentos que contienen dos o más medicamentos pertenecientes a una o más clases.

## **2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS.**

**Alteraciones:** Cambio de las características o la forma.

**Autoinmune:** enfermedad causada por el sistema inmunitario, que ataca las células del propio organismo.

**Clínico:** es un proceso indagatorio mediante signos y síntomas orientado al diagnóstico de una situación patológica, bien sea una enfermedad, un Síndrome, un Trastorno, etc.

**Consenso:** acuerdo producido por consentimiento de ideas planteadas.

**Conocimiento Técnico:** es el que se obtiene por empirismo, campo y práctica, traducido en maniobras clínicas.

**Discapacidad:** es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, o sensorial en un lapso de tiempo que le dificulta integrarse a la sociedad correctamente.

**Epidemiología:** estudia la distribución, frecuencia, factores determinantes, predicciones, incidencias y control de las enfermedades que afectan a la población.

**Etiología:** parte de la medicina que estudia el origen o causa de la enfermedad.

**Estadística:** Estudio que reúne, clasifica y recuenta todos los hechos que tienen una determinada característica en común, para poder llegar a conclusiones a partir de los datos numéricos extraídos.

**Enfermedad Congénita:** es aquella que se manifiesta desde el nacimiento, ya sea producida por un trastorno ocurrido durante el desarrollo embrionario, durante el parto, o como consecuencia de un defecto hereditario.

**Enfermedad crónica:** son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.

**Enfermedad metabólica:** ocurre cuando hay reacciones químicas anormales en el cuerpo que interrumpen este proceso. Cuando esto pasa, es posible que tenga demasiadas o muy pocas sustancias que su cuerpo necesita para mantenerse saludable.

**Lesiones:** Alteración o daño que se produce en alguna parte del cuerpo.

**Manifestaciones:** presencia de signos o síntomas.

**Patología:** Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen.

**Procesos moleculares:** es el estudio que se desarrollan en los seres vivos desde un punto de vista molecular.

**Síndrome:** Conjunto de fenómenos que concurren unos con otros y que caracterizan una determinada situación.

**Trastorno:** Alteración en el funcionamiento de un organismo de una persona.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Es una investigación no experimental, la define como los “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente para después analizarlos” (Hernández, et, 2003).

De acuerdo a esto la investigación será no experimental de tipo descriptiva con diseño de campo transeccional.

Conforme a la modalidad de acceso a los datos, el estudio es de campo ya que todos estos serán tomados de la realidad. Directamente de los pacientes que padecen algunas enfermedades del sistema inmunológico en pacientes de la Unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad hospitalaria Enrique Tejera (CHET).

#### **3.2 POBLACIÓN**

Se define “como el conjunto de elementos, seres o eventos concordantes entre sí en cuanto a una serie de características, de la cuales se desea obtener alguna información”. (Hurtado 2000), en este mismo orden de ideas Según Selltiz, en Sampieri (2003), “una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”.

La población está constituida por 103 pacientes de la Unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad hospitalaria Enrique Tejera. Periodo marzo-julio 2017.

### **3.3 MUESTRA**

Sabino (1992), la define como la “parte del todo que llamamos universo y que sirve para representarlo”. Su característica más importante es la representatividad, es decir, que sea una parte típica de la población que es relevante para la investigación.

De esta manera la muestra de esta investigación será no probabilística, en esta técnica no se utiliza el muestreo al azar, sino que la muestra se obtiene obteniendo al criterio del investigador (kerlinger 1975).

En esta investigación se evaluarán los 103 pacientes con lesiones bucales que deseen y acepten participar en el estudio procedente de la Unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad hospitalaria Enrique Tejera. Periodo marzo-julio 2017. Sin exclusión de sexo.

### **3.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Arias (2006) plantea que la técnica de recolección de datos es “el procedimiento o forma particular de obtener datos o información” (p. 67).

En este mismo sentido Arias (2006) afirma que el instrumento “es cualquier recurso, dispositivo, o formato (en papel o digital), que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información” (p. 69).

Como instrumento para la recolección de datos se utilizara una guía de observación (ver anexo nº 1), tomando las variables necesarias para el estudio, así como también el consentimiento informado donde cada paciente autoriza de forma voluntaria la participación en la investigación (ver anexo nº 2) y las historias médicas encontradas en la Unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad hospitalaria Enrique Tejera. Periodo marzo-julio 2017. Así como la inspección directa que consiste en la observación de la cavidad bucal del paciente que padecen manifestaciones bucales en pacientes con enfermedades del sistema

inmunológico con la finalidad de observar si existe o no alguna alteración asociada al mismo.

### **3.5 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos serán organizados, se utilizó análisis estadístico, y los resultados fueron representados cuadros, barras, gráficos entre otros.

Sabino (2002) plantea que el procesamiento de los mismos debe comprender la selección, ordenación y clasificación de los datos obtenidos, para luego permitirse su posterior análisis.

### **3.6 PROCEDIMIENTO.**

#### **Inspección clínica.**

Se llevó a cabo el examen extrabucal e intrabucal mediante el método de inspección directa, a través de la ayuda de baja lengua plásticos y de madera, así como también gasas estériles y la inspección indirecta a través de fotografía clínica. Logrando evidenciar clínicamente las manifestaciones bucales en pacientes inmunodeficientes.

#### **Variable.**

Hernández, et al., (2003), la definen como la “propiedad que tiene una variación que puede medirse u observarse”, (p.144). Briones (1987). La define como una propiedad, característica o atributo que puede darse en ciertos sujetos, que puede darse en grados o modalidades diferentes. Son conceptos que nos permiten clasificar al sujeto o individuo en clase o categorías y son susceptibles de identificación y medición.

#### **Variable independiente**

Es aquella característica o propiedad que se supone ser la causa del fenómeno estudiado. (Sabino1980). En esta investigación la variable independiente son las inmunodeficiencias primarias y/o secundarias, ya que es la cauda de dicho fenómeno o estudio.

**Variable dependiente.**

Es la propiedad o característica que se trata de cambiar mediante la manipulación de la variable independiente (Hayman 1974). En este caso la variable dependiente son los pacientes de la unidad regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique tejera en el periodo marzo – julio 2017.

**TABLA N°1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE**

Objetivo general	Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Items	Instrumento
Determinar la prevalencia de manifestaciones bucales en pacientes con inmunodeficiencias que asisten a la Unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera (CHET). Marzo-julio 2017.	Prevalencia	Son aquellas características demográficas y sociales que pudieran influenciar en pacientes con inmunodeficiencias.	Características epidemiológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad.</li> <li>• Sexo</li> <li>• Procedencia</li> <li>• Raza</li> <li>• Enfermedad base</li> <li>• ocupación</li> </ul>	1	Historia clínica
	Manifestaciones bucales	Son todas las características de lesiones bucales que pudieran presentarse en el paciente que presenta alguna inmunodeficiencia.	Características clínicas de paciente con inmunodeficiencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caries</li> <li>• Ulceraciones</li> <li>• Fisura de mucosa.</li> <li>• Disminución salival</li> <li>• Macula</li> <li>• Pápula</li> <li>• Nódulo</li> <li>• Placa</li> <li>• Costra</li> <li>• Ampolla</li> <li>• verrugosidad</li> <li>• Disfunción articular (ATM)</li> <li>• Inflamación gingival</li> </ul>	2	
		Es el sitio anatómico donde se encuentran presentes las manifestaciones en la cavidad bucal asociadas alguna inmunodeficiencia.	Ubicación de la lesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Labios (semi-mucosa)</li> <li>• Labios (mucosa)</li> <li>• Mucosa yugal anterior</li> <li>• Mucosa yugal posterior</li> <li>• Fondo del surco</li> <li>• Encía adherida</li> <li>• Encía papilar</li> <li>• Encía libre</li> <li>• Reborde alveolar</li> <li>• Paladar duro</li> <li>• Paladar blando</li> <li>• Piso de boca</li> <li>• Lengua (cara ventral)</li> <li>• Lengua (cara dorsal)</li> <li>• Lengua cara lateral)</li> <li>• Lengua (base)</li> <li>• Glándulas salivales menores.</li> <li>• Glándulas salivales mayores.</li> </ul>	3	

FUENTE: SILVA. D, (2017)

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El abordaje de esta etapa, fue un momento de significativa relevancia, ya que se presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos del instrumento aplicado a la muestra seleccionada, porque fue donde se obtuvieron las repuestas a las diferentes interrogantes en cuanto a la problemática planteada.

Hurtado (2000) “el propósito del análisis es aplicar un conjunto de estrategias y técnicas que le permitan al investigador obtener el conocimiento que estaba buscando, a partir del adecuado tratamiento de los datos recogidos” (p. 181). Luego de haber obtenidos los datos producto de la aplicación del instrumento, se procedió a tabularlos, codificarlos y se utilizó la estadística descriptiva que permitió la elaboración y presentación de tablas y gráficos estadísticos que reflejan los resultados obtenidos.

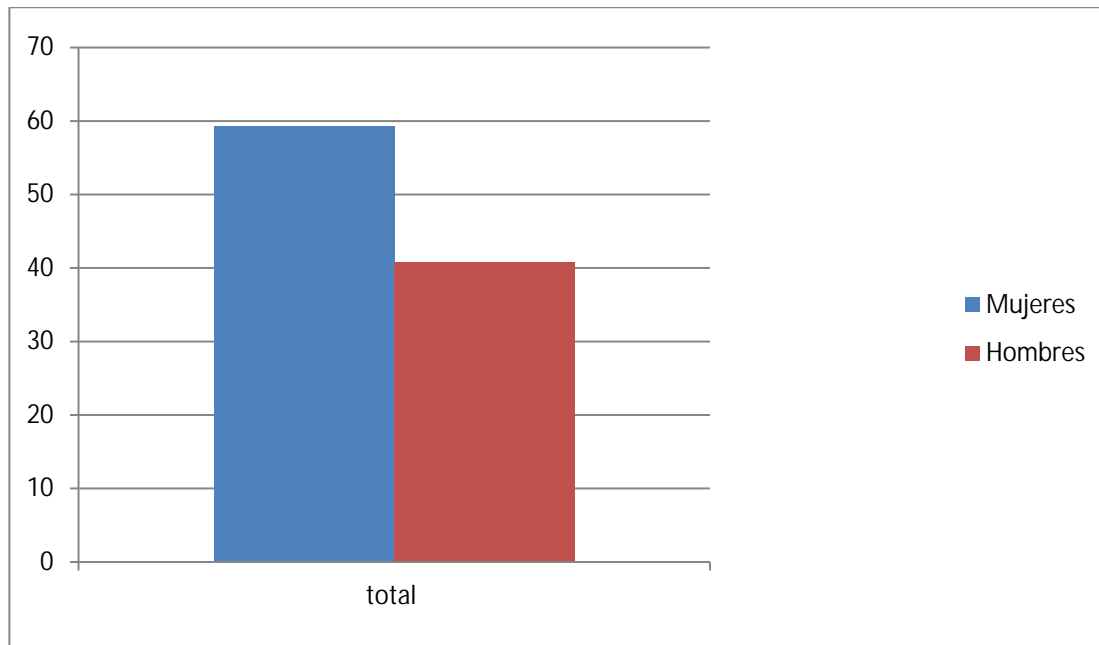
#### 4.1 Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias.

**Tabla N°2 Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto a la sexo que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.**

UNIDAD	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Unidad Regional de Inmunología Clínica	16	15.53	45	43.68	61	59.22
Unidad Regional de Reumatología	10	9.70	32	31.06	42	40.77
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>25.24%</b>	<b>78</b>	<b>75.72%</b>	<b>103</b>	<b>99.99%</b>

**FUENTE:** SILVA. D, (2017)

**Gráfico N°1**



**Análisis:** el resultados obtenidos en el siguiente indicador es que las mujeres resultan más afectada con un índice de 59.22% en comparación con los hombres que solo representan 40.77%. (Riera y Pérez, 2012) indican que las mujeres son más afectadas que los hombres y lo atribuyen a que las mujeres a lo largo de toda su vida pasan por múltiples cambios hormonales fuertes y complejos que hace que sea más susceptible a desarrollar alguna inmunodeficiencia.

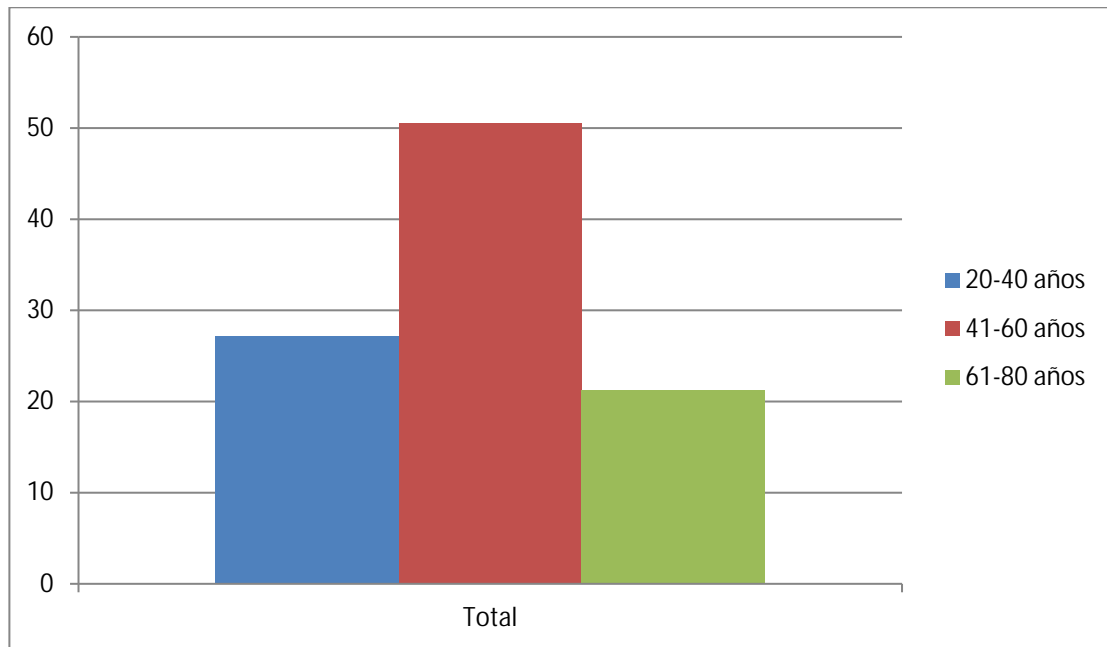
**Tabla N°3 Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto a la edad que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.**

EDAD	
	Unidad Regional de Inmunología
	Unidad Regional de Reumatología

GRUPO ETARIO	Clínica				TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
20 - 40 AÑOS	22	21.35	6	5.82	28	27.18
41 - 60 AÑOS	30	29.12	22	21.35	52	50.48
61 - 80 AÑOS	9	8.73	14	13.53	23	22.33
TOTAL	61	59.22%	42	40.77%	103	99.99%

FUENTE: SILVA. D, (2017)

Gráfico N°2



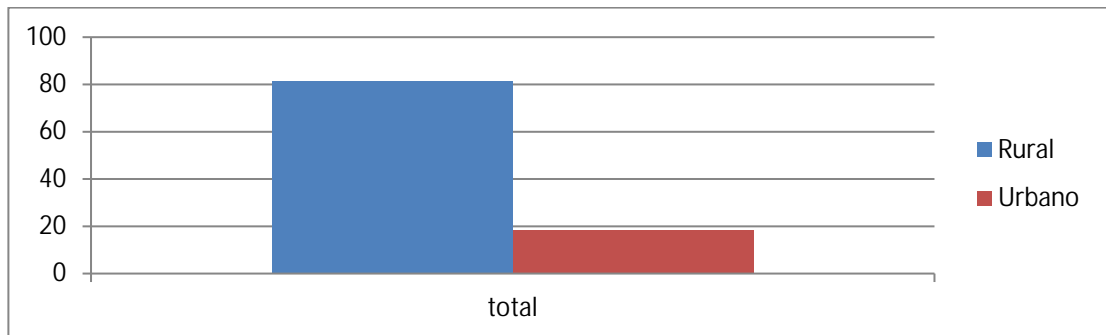
**Análisis:** En este indicador se evidenció que el grupo etario predominante es el de 41-60 años con un 50.48%, seguidamente por el grupo de 20-40 años con un 27.18% y por último y no menos importante el de 61-80 años con 22.18%. Según Riera y Pérez (2012) en su investigación afirman que el grupo etario con mayor incidencia fue el de 41-60 y describen que esto ocurre 9 veces más en mujeres que en hombres.

**Tabla N°4 Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto área de procedencia que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.**

ÁREA DE PROCEDENCIA						
LUGAR	RURAL		URBANA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Unidad Regional de Inmunología Clínica	12	11.65	49	47.57	61	59.22%
Unidad Regional de Reumatología	7	6.79	35	33.98	42	40.77
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>18.44%</b>	<b>84</b>	<b>81.55</b>	<b>103</b>	<b>99.99%</b>

FUENTE: SILVA. D, (2017)

**Gráfico N°3**



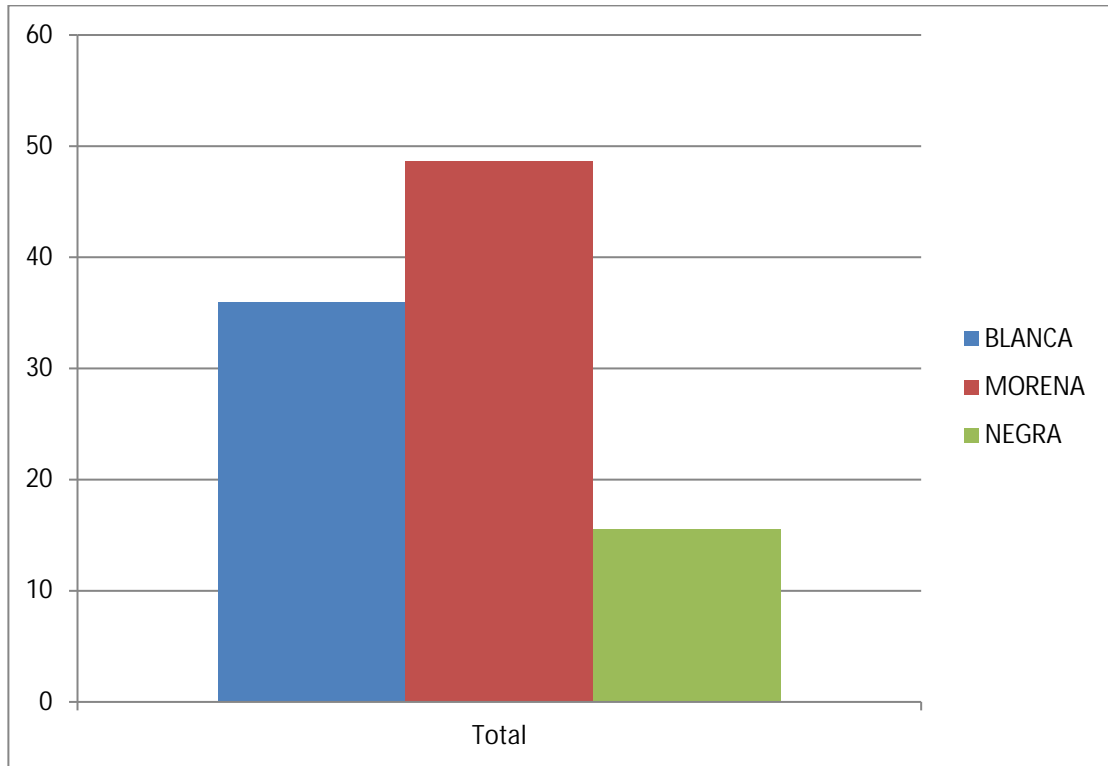
**Análisis:** Los resultados obtenidos demuestran que el indicador de procedencia con mayor afluencia fue el urbano con un 81.55% seguidamente del grupo rural con un 18.44%. Riera y Pérez (2012) en su trabajo coinciden que las personas más afectadas son de las zonas urbanas debido a que se encuentran con un mayor número de población que las zonas rurales.

**Tabla N°5 Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto al grupo racial que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017**

GRUPO RACIAL						
RAZA	Unidad Regional de Inmunología Clínica		Unidad Regional de Reumatología		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
BLANCA	21	20.38	16	15.53	37	35.92
MORENA	30	29.12	20	19.41	50	48.54
NEGRA	10	9.70	6	5.82	16	15.53
TOTAL	61	59.20%	42	40.76%	103	99.99%

**FUENTE:** SILVA. D, (2017)

**Gráfico N°4**



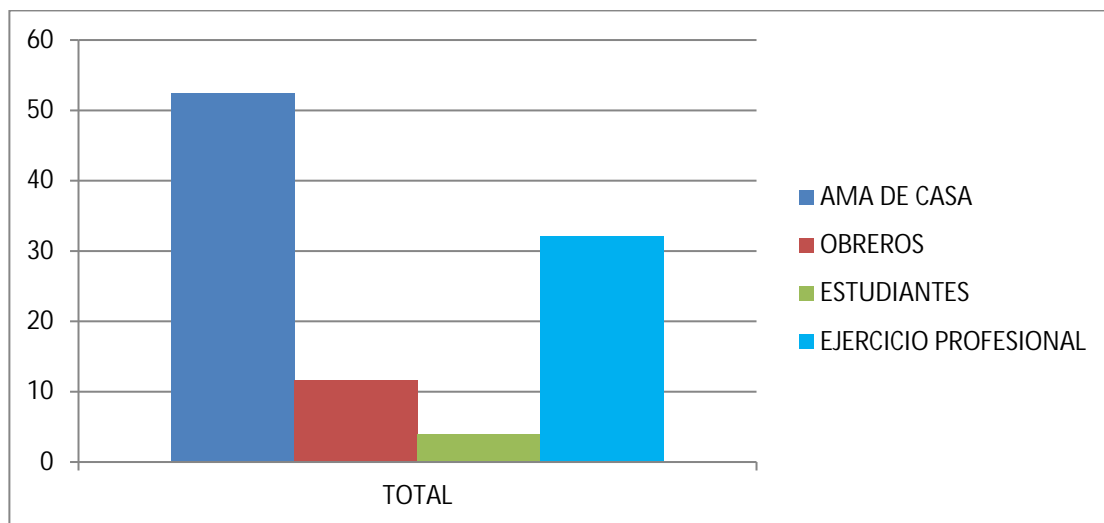
**Análisis:** Estos resultados muestran que la raza más afectada son las morenas con un 48.54%, seguidamente por las personas de color blanca con 35.92% y por último la raza negra con un 15.53%. Riera y Pérez (2012) dice que no existen exclusión de raza para ninguna de las patología, sin embargo la raza morena es la de mayor predominio, por lo cual fue la muestra que estuvo mayormente representada ya que las inmunodeficiencias pueden afectar a todos por igual.

**Tabla N°6 Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto a la ocupación que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.**

OCUPACIÓN						
TIPO	Unidad Regional de Inmunología Clínica		Unidad Regional de Reumatología		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
AMA DE CASA	28	27.18	26	25.24	54	52.42
OBREROS	8	7.76	4	3.88	12	11.65
ESTUDIANTES	4	3.88	0	0	4	3.88
EJERCICIO PROFESIONAL	21	20.28	12	11.65	33	32.03
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>59.22%</b>	<b>42</b>	<b>40.77%</b>	<b>103</b>	<b>99.99%</b>

FUENTE: SILVA. D, (2017)

Gráfico N°5



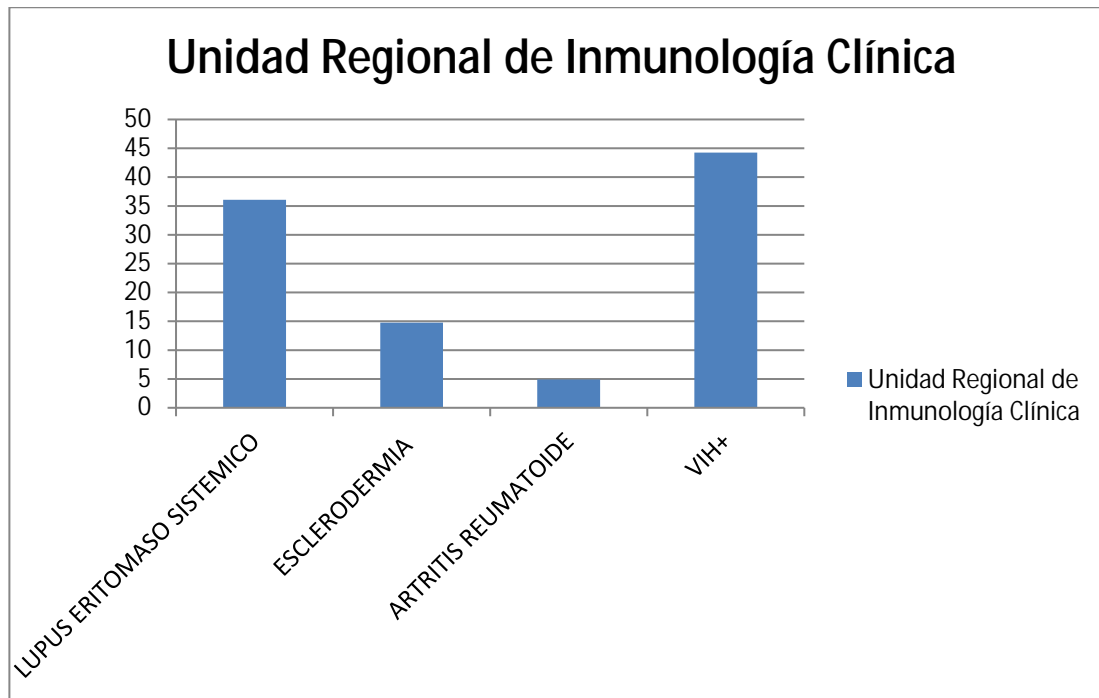
**Análisis:** Los resultados obtenidos demuestran que las ama de casa son las más afectadas representado un 52.42% de la muestra, seguidamente por personas que se encuentra en ejercicio profesional con un 32.03%, seguido por el grupo de obreros con una representación de tan solo 11,65% y por ultimo lo estudiantes con tan solo una muestra minina de 3.88%. De allí se demuestra que las personas que están sometidas a un estrés constante sin someterse a alguna actividad física son más predispuestas a sufrir o padecer alguna inmunodeficiencia.

**Tabla N°7 Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto a la enfermedad base del porque que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.**

ENFERMEDAD BASE		
ENFERMEDAD	FRECUENCIA	%
LUPUS ERITOMASO SISTEMICO	22	36.06
ESCLERODERMIA O ESCLEROSIS SISTÉMICA	9	14.75
ARTRITIS REUMATOIDE	3	4.91
VIIH+	27	44.26
TOTAL	61	99.99%

**FUENTE:** SILVA. D, (2017)

**Gráfico N°6**



**Análisis:** La muestra en estudio de la unidad regional de Inmunología clínica determino que la enfermedad de mayor frecuencia fue VIH+ con 44.26%, seguido por los pacientes que presentan Lupus Eritomatoso Sistémico con un 36.06%, luego los pacientes con Esclerodermia con una muestra de 14.75% y con una menor escala los pacientes con Artritis reumatoide con un 4.91%. Los pacientes con inmunodeficiencias adquiridas fueron los más afectados en comparación con los pacientes que presentan inmunodeficiencia primaria.

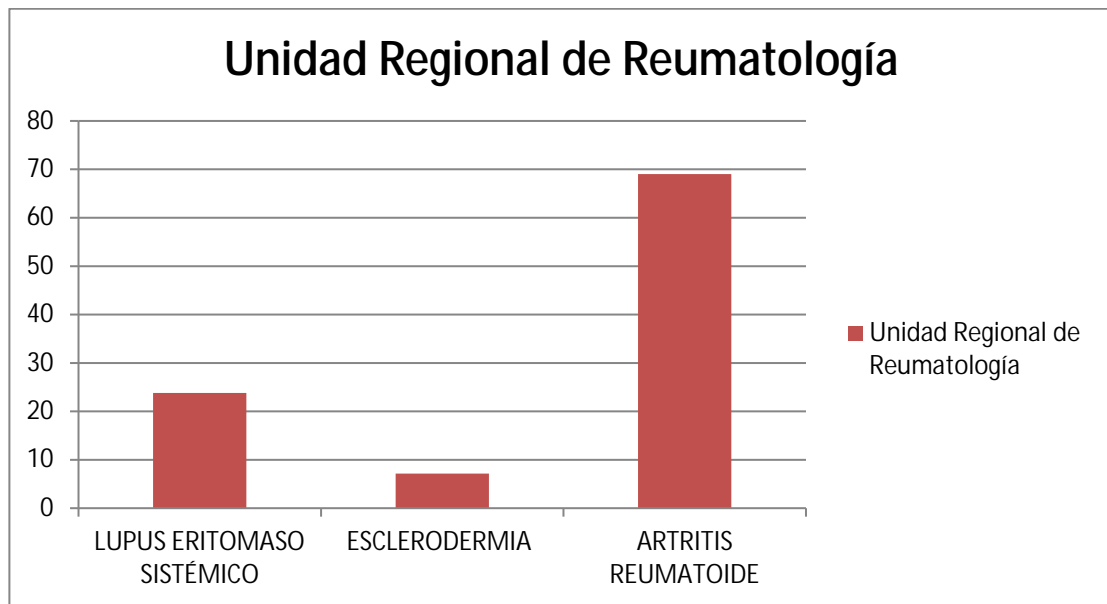
**Tabla N°8 Características epidemiológicas de los pacientes con inmunodeficiencias con respecto a la enfermedad base de mayor del porque que asisten a la unidad Regional de Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.**

**ENFERMEDAD BASE**

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	%
LUPUS ERITOMASO SISTÉMICO	10	23.80
ESCLERODERMIA O ESCLEROSIS SISTÉMICA	3	7.14
ARTRITIS REUMATOIDE	29	69.04
TOTAL	42	99.99%

**FUENTE:** SILVA. D, (2017)

**Gráfico N°7**



**Análisis:** Los resultados del estudio determinaron que la muestra en estudio de la unidad regional de Reumatología la enfermedad de mayor frecuencia fue la Artritis reumatoide con un 69.04%. Seguido por el Lupus Eritomatoso sistémico con un

23.80% y por último la escleroderma con 7.14%. Todas las anteriores representan inmunodeficiencias primarias representando así enfermedades autoinmunes.

#### 4.2 Características clínicas de los pacientes con inmunodeficiencias según su enfermedad.

**Tabla N°9 Características clínicas de los pacientes con Lupus Eritomatoso Sistémico que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.**

<b>CARACTERISTICAS CLÍNICAS</b>		
<b>MANIFESTACIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
<b>BUCALES</b>		
<b>CARIES</b>	<b>16</b>	<b>11.26</b>
<b>PLACA</b>	<b>30</b>	<b>21.12</b>
<b>FISURA DE MUCOSA</b>	<b>7</b>	<b>4.92</b>
<b>ULCERACIONES</b>	<b>8</b>	<b>5.63</b>
<b>XEROSTOMIA</b>	<b>25</b>	<b>17.60</b>
<b>MÁCULA</b>	<b>31</b>	<b>21.83</b>
<b>AMPOLLA</b>	<b>5</b>	<b>3.52</b>
<b>COSTRA</b>	<b>15</b>	<b>10.56</b>
<b>INFLAMACIÓN GINGIVAL</b>	<b>3</b>	<b>2.11</b>
<b>DISFUNCIÓN ARTICULAR (ATM)</b>	<b>2</b>	<b>1.40</b>
<b>TOTAL</b>	<b>142</b>	<b>99.99%</b>

**FUENTE:** SILVA. D, (2017)

**Gráfico N°8**



**Análisis:** Los resultados demuestran que las características clínicas con mayor prevalencia en los pacientes con lupus Eritomatoso sistémico es la mácula con 21.83%, en segundo lugar la placa con un 21.12%, seguido de xerostomía un 17.60%, en cuarto lugar la caries dental con un 11.26%, en quinto lugar se encuentra la costra con 10.56%, en sexto lugar las ulceraciones con un 5.63%, en séptimo lugar la fisura de mucosa con un 4.92%, en octavo lugar el ampolla con un 3.52%, en noveno lugar la inflamación gingival con 2.11% y en último lugar la disfunción temporomandibular (ATM) con un 1.40%. Ceccotti (2007) afirma que las manifestaciones bucales son muy frecuentes tanto en el LES como en las formas discoides, se pueden presentar con un área atrófica Eritomatoso rodeada por estrías radiales blanquecinas, con estrías crónicas blanquecinas sin atrofia central, con lesiones vesiculoampollares, el cual puede desarrollar síndrome de Sjögren secundario y presentar labio lúpico. En este sentido, esta investigación es de vital importancia ya que demuestra que los pacientes con esta enfermedad desarrollan múltiples patologías bucales que son de vital importancia mantenerlas en

observación para brindarles una mejor terapéutica que le brinde un alivio a estas lesiones y mejoren su calidad de vida de estos pacientes.

**Tabla N°10 Características clínicas de los pacientes con Esclerodermia o Esclerosis Sistémica que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.**

<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b>		
<b>MANIFESTACIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
<b>BUCALES</b>		
<b>CARIES</b>	<b>8</b>	<b>12.12</b>
<b>PLACA</b>	<b>6</b>	<b>9.09</b>
<b>FISURA DE MUCOSA</b>	<b>9</b>	<b>13.63</b>
<b>ULCERACIONES</b>	<b>7</b>	<b>10.60</b>
<b>XEROSTOMIA</b>	<b>7</b>	<b>10.60</b>
<b>MÁCULA</b>	<b>11</b>	<b>16.66</b>
<b>AMPOLLA</b>	<b>9</b>	<b>13.63</b>
<b>COSTRA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>INFLAMACIÓN GINGIVAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>DISFUNCIÓN ARTICULAR (ATM)</b>	<b>9</b>	<b>13.63</b>
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>99.99%</b>

**FUENTE:** SILVA. D, (2017)

**Gráfico N°9**



**Análisis:** Los resultados demuestran que las características clínicas con mayor prevalencia en los pacientes con esclerodermia es la mácula con 19.29%, en segundo lugar la fisura de mucosa y la ampolla con un 15.78%, seguido de caries con un 14.03%, en cuarto lugar la xerostomía y las ulceraciones con un 15.28%, en quinto lugar se encuentra la placa con 10.52%, en sexto lugar la costra, la inflamación gingival y la disfunción temporomandibular (ATM) con un 0%. Ceccotti (2007), afirma que las manifestaciones clínicas en la cavidad bucal pueden dificultar la higiene y el mantenimiento del paciente, así como el tratamiento profesional donde la lesiones pueden ser atróficas, endurecimiento lingual, producir ensanchamiento del ligamento periodontal, recesiones gingivales, caries debido a la xerostomía, así como también puede producir resorción del Angulo de la mandíbula, el cóndilo, la apófisis coronoides y el borde posterior de la rama mandibular. Esta investigación es de vital importancia ya que demuestra que los resultados obtenidos son similares a los

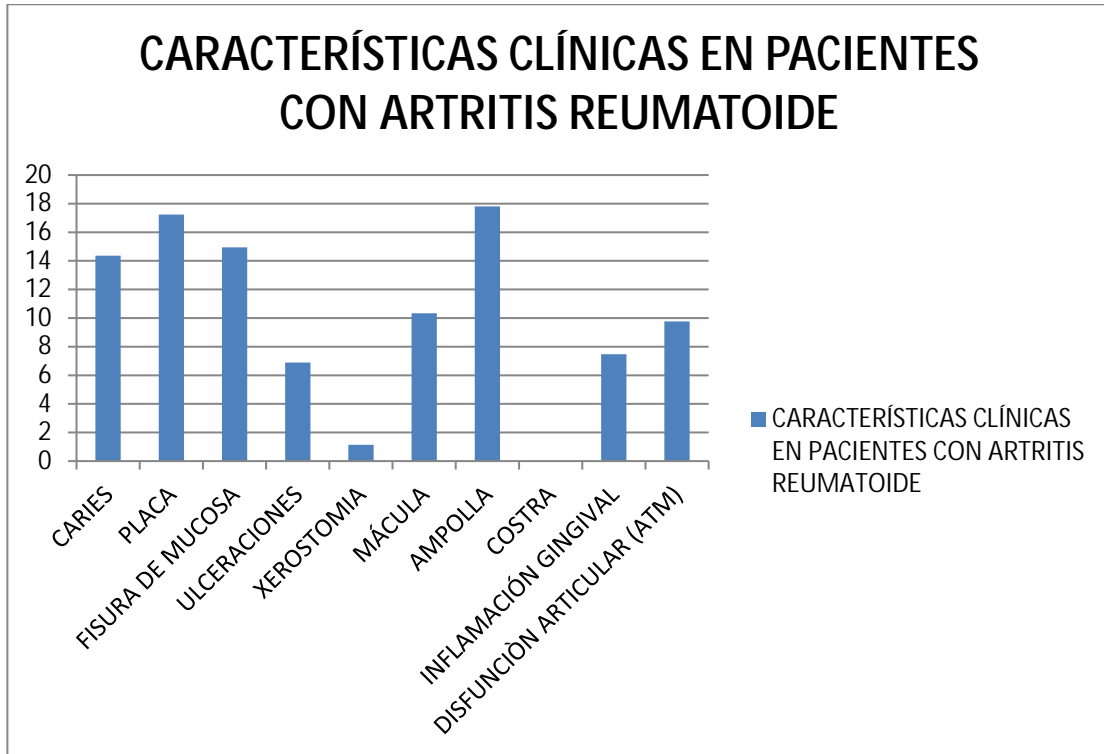
obtenidos, por ende la importancia del manejo interdisciplinario médico – odontólogo, ya que a mayor prevención mejor es la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad.

**Tabla N°11 Características clínicas de los pacientes con Artritis Reumatoide que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		
MANIFESTACIONES	FRECUENCIA	%
BUCALES		
CARIES	25	14.36
PLACA	30	17.24
FISURA DE MUCOSA	26	14.94
ULCERACIONES	12	6.89
XEROSTOMIA	2	1.14
MÁCULA	18	10.34
AMPOLLA	31	17.81
COSTRA	0	0
INFLAMACIÓN GINGIVAL	13	7.47
DISFUNCIÓN ARTICULAR (ATM)	17	9.77
TOTAL	174	99.99%

**FUENTE:** SILVA. D, (2017)

**Gráfico N°10**



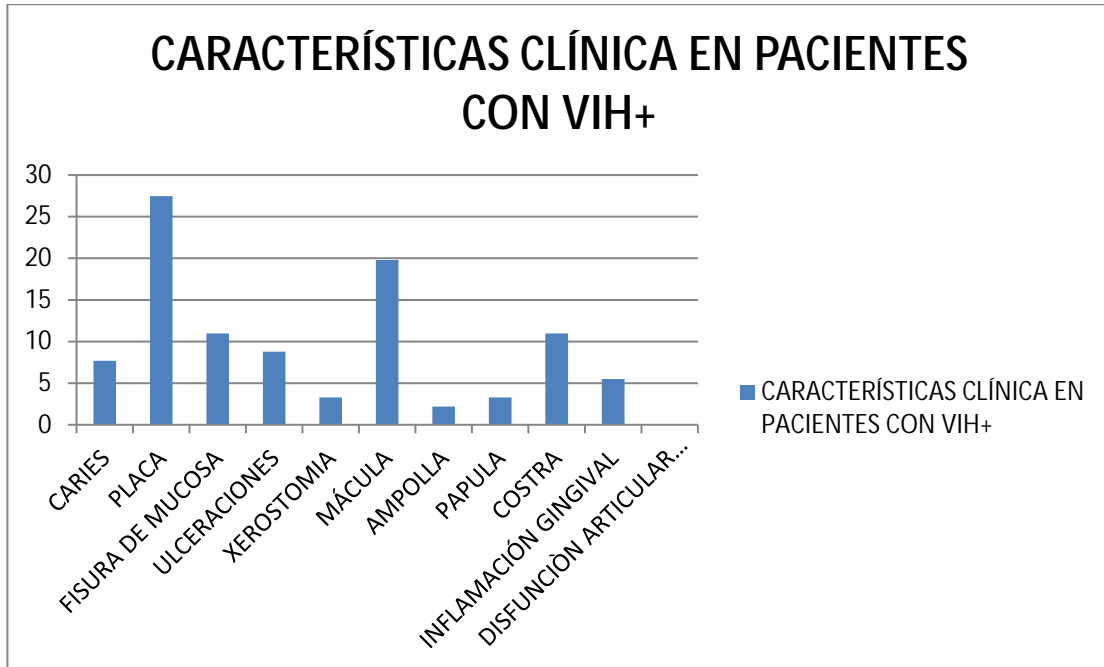
**Análisis:** Los resultados demuestran que las características clínicas con mayor prevalencia en los pacientes con artritis reumatoide es la ampolla con 17.81%, en segundo lugar la placa con un 17.24%, seguido de fisura de mucosa con un 14.94%, en cuarto lugar la caries dental con un 14.36%, en quinto lugar se encuentra la macula con 10.34%, en sexto lugar con un 9.77% la disfunción temporomandibular (ATM), en séptimo lugar la inflamación gingival con un 7.47%, en octavo lugar las ulceraciones con un 6.89%, en noveno lugar con 1.14% la xerostomía y en último lugar con un 0% la costra. García G (2014), en su tesis doctoral menciona que la enfermedad periodontal se asocia con la artritis reumatoide, siendo el principal agente etiológico la *porphyromonas gingivalis* lo que es muy importante ya que un buen número de pacientes de la muestra presentó problemas gingivales.

**Tabla N°12 Características clínicas de los pacientes con VIH+ que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		
MANIFESTACIONES	FRECUENCIA	%
BUCALES		
CARIES	7	7.69
PLACA	25	27.47
FISURA DE MUCOSA	10	10.98
ULCERACIONES	8	8.79
XEROSTOMIA	3	3.29
MÁCULA	18	19.79
AMPOLLA	2	2.19
PAPULA	3	3.29
COSTRA	10	10.98
INFLAMACIÓN GINGIVAL	5	5.49
DISFUNCIÓN ARTICULAR (ATM)	0	0
TOTAL	91	99.99%

**FUENTE:** SILVA. D, (2017)

**Gráfico N°11**



**Análisis:** Los resultados demuestran que las características clínicas con mayor prevalencia en los pacientes con VIH+ es la mácula con 19.79%, en segundo lugar la placa con un 21.12%, seguido de xerostomía un 17.60%, en cuarto lugar la caries dental con un 11.26%, en quinto lugar se encuentra la costra con 10.56%, en sexto lugar las ulceraciones con un 5.63%, en séptimo lugar la fisura de mucosa con un 4.92%, en octavo lugar el ampolla con un 3.52%, en noveno lugar la inflamación gingival con 2.11% y en último lugar la disfunción temporomandibular (ATM) con un 1.40%. Ceccoti (2005) en su literatura que las manifestaciones orales más frecuentes son la candidiasis oral en sus diversas presentaciones, herpes simple y zoster, leucoplasia, ulceraciones bucales y xerostomía. Esta afirmación es súper importante ya que permite afirmar que los pacientes con VIH+ presentar a nivel de cavidad bucal múltiples patologías que son de interés odontológico y que odontólogo deben tener la el conocimiento pertinente para tratar este tipo de patología para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

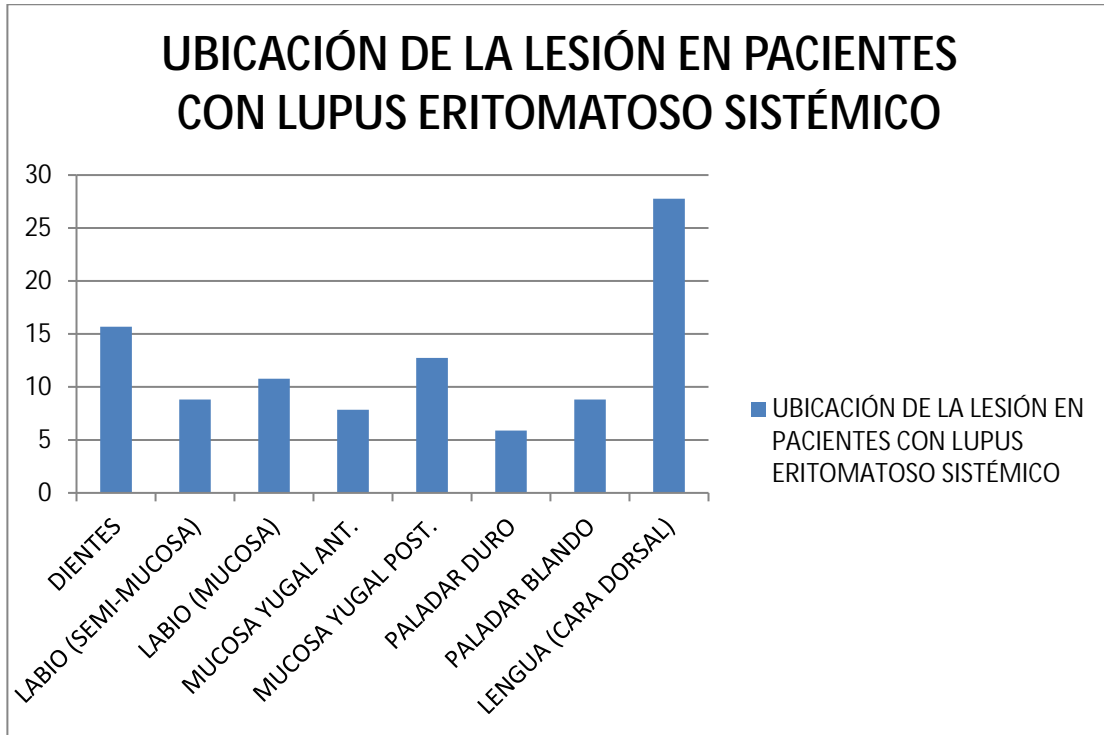
#### 4.3 Ubicación de la lesión de los pacientes con inmunodeficiencias.

**Tabla N° 13 Ubicación de la lesión de los pacientes con Lupus Eritomatoso Sistémico que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.**

UBICACIÓN DE LA LESIÓN		
ZONA	FRECUENCIA	%
DIENTES	16	15.68
LABIO (SEMI-MUCOSA)	9	8.82
LABIO (MUCOSA)	11	10.78
MUCOSA YUGAL ANT.	8	7.84
MUCOSA YUGAL POST.	13	12.74
ENCIA ADHERIDA	0	0
ENCIA PAPILAR	0	0
ENCIA LIBRE	0	0
PALADAR DURO	6	5.88
PALADAR BLANDO	9	8.82
LENGUA (CARA VENTRAL)	0	0
LENGUA (CARA DORSAL)	30	27.77
LENGUA (CARA LATERAL)	0	0
PISO DE BOCA	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>99.99%</b>

**FUENTE:** SILVA. D, (2017)

**Gráfico N°12**



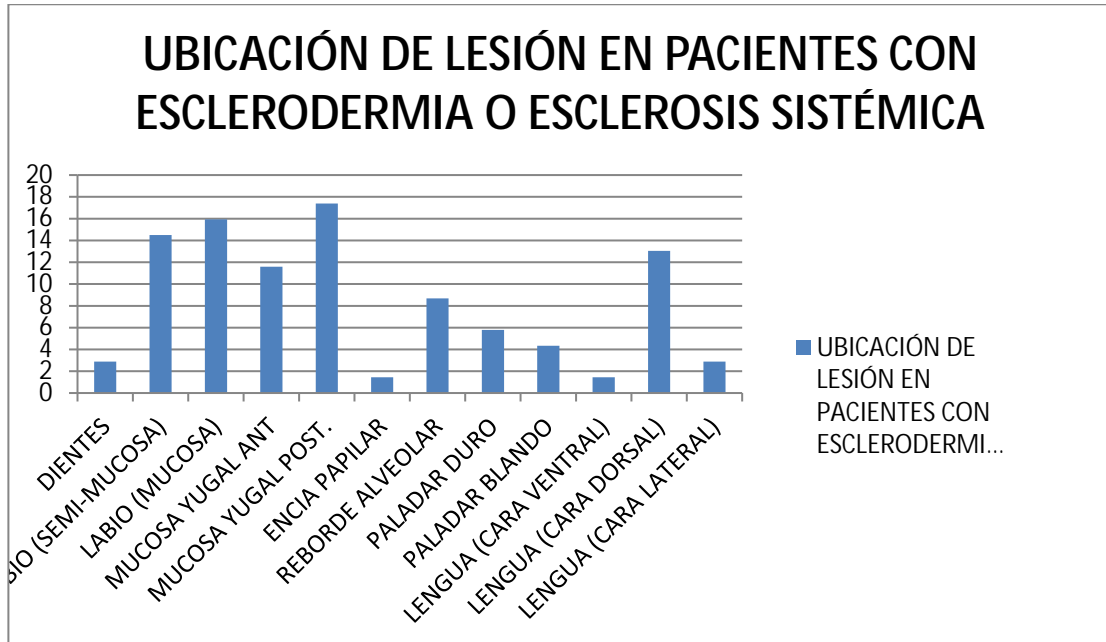
**Análisis:** Los resultados demuestran que la ubicación de la lesión con mayor prevalencia en los pacientes con Lupus Eritomatoso sistémico es la lengua (cara dorsal) con un 27.77%, seguido de los dientes con un 15.68%, en tercer lugar con un 12.74% la mucosa yugal posterior, en cuarto lugar encontramos labio (mucosa) con un 10.74%, en quinto lugar encontramos el labio (semi-mucosa) y el paladar blando con un 8.82% y por último el paladar duro con un 5.88%. Ceccotti (2007), menciona que se localizan con preferencia en la parte posterior de la mucosa yugal, el paladar, el área gingival y el bermellón labial. Esta investigación es de mucha importancia porque se comprueba los sitios de interés de las lesiones, además adicionando otros sitios de anatómicos de la cavidad bucal que presentan lesiones bucales en estos pacientes inmunodeficientes.

**Tabla N° 14 Ubicación de la lesión de los pacientes con esclerodermia o esclerosis sistémica que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.**

UBICACIÓN DE LA LESIÓN		
ZONA	FRECUENCIA	%
DIENTES	2	2.89
LABIO (SEMI-MUCOSA)	10	14.49
LABIO (MUCOSA)	11	15.94
MUCOSA YUGAL ANT.	8	11.59
MUCOSA YUGAL POST.	12	17.39
ENCIA ADHERIDA	0	0
ENCIA PAPILAR	1	1.44
ENCIA LIBRE	0	0
REBORDE ALVEOLAR	6	8.69
PALADAR DURO	4	5.79
PALADAR BLANDO	3	4.34
LENGUA (CARA VENTRAL)	1	1.44
LENGUA (CARA DORSAL)	9	13.04
LENGUA (CARA LATERAL)	2	2.89
PISO DE BOCA	0	0
TOTAL	69	99.99%

**FUENTE:** SILVA. D, (2017)

**Gráfico N°13**



**Análisis:** Los resultados demuestran que la ubicación de la lesión con mayor prevalencia en los pacientes con esclerodermia se encuentra en el mucosa yugal posterior con un 17.39%, luego el labio (mucosa) con un 15.94%, seguido del labio (semi- mucosa) con un 14.49%, en cuarto lugar la lengua (cara dorsal) con un 13.04%, en quinto lugar la mucosa yugal anterior con un 11.59%, el reborde alveolar con un 8.69% en el sexto lugar, el paladar duro representado por el 5.79%, en séptimo lugar con un 4.34% se encuentra en paladar blando, con un 2.89 se encuentran la lengua (cara lateral) y los dientes en octavo lugar, y en último lugar encontramos la lengua (cara ventral) y la encía papilar con un 1.44%. Ceccotti (2007), afirma que la esclerodermia puede afectar la cavidad bucal y dificultar su higiene. Las afecciones más frecuentes se encuentran labios, lengua, mucosa, tejidos periodontales, caries, xerostomía y reabsorción ósea. Esta investigación es de suma importancia porque el autor plantea que existen diversas áreas donde se pueden presentar las patologías sin ningún de predilección en específico, por ende queda demostrado que estos pacientes

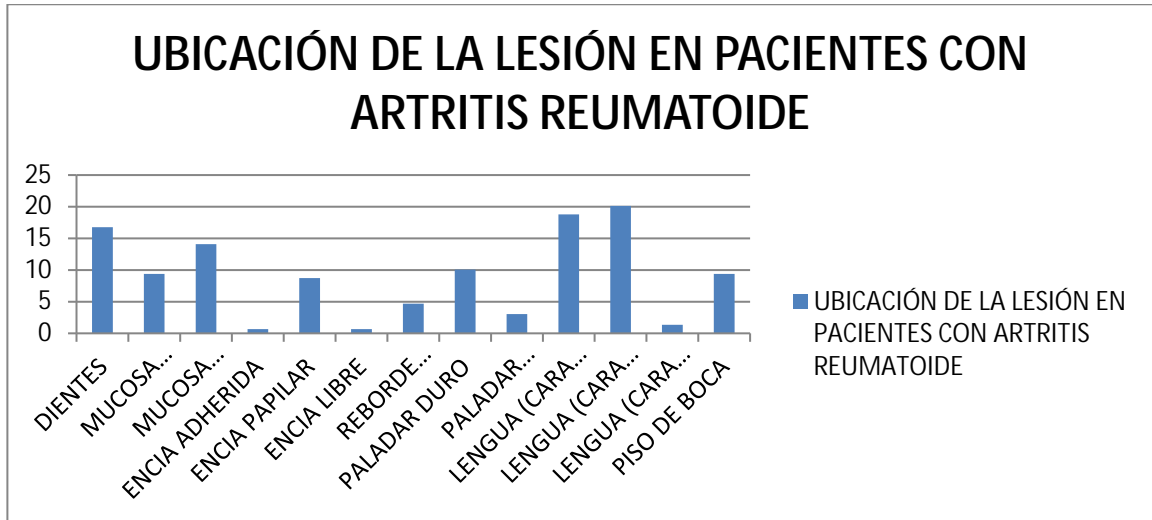
deben ser tratados de manera interdisciplinaria para poder indicarle una terapéutica correcta que ayude a mejorar la sintomatología.

**Tabla N° 15 Ubicación de la lesión de los pacientes con Artritis Reumatoide que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.**

UBICACIÓN DE LA LESIÓN		
ZONA	FRECUENCIA	%
DIENTES	25	16.77
LABIO (SEMI-MUCOSA)	0	0
LABIO (MUCOSA)	0	0
MUCOSA YUGAL ANT.	14	9.39
MUCOSA YUGAL POST.	21	14.09
ENCIA ADHERIDA	1	0.67
ENCIA PAPILAR	13	8.72
ENCIA LIBRE	1	0.67
REBORDE ALVEOLAR	7	4.69
PALADAR DURO	15	10.06
PALADAR BLANDO	5	3.04
LENGUA (CARA VENTRAL)	28	18.79
LENGUA (CARA DORSAL)	30	20.13
LENGUA (CARA LATERAL)	2	1.34
PISO DE BOCA	14	9.39
TOTAL	149	99.99%

**FUENTE:** SILVA. D, (2017)

**Gráfico N°14**



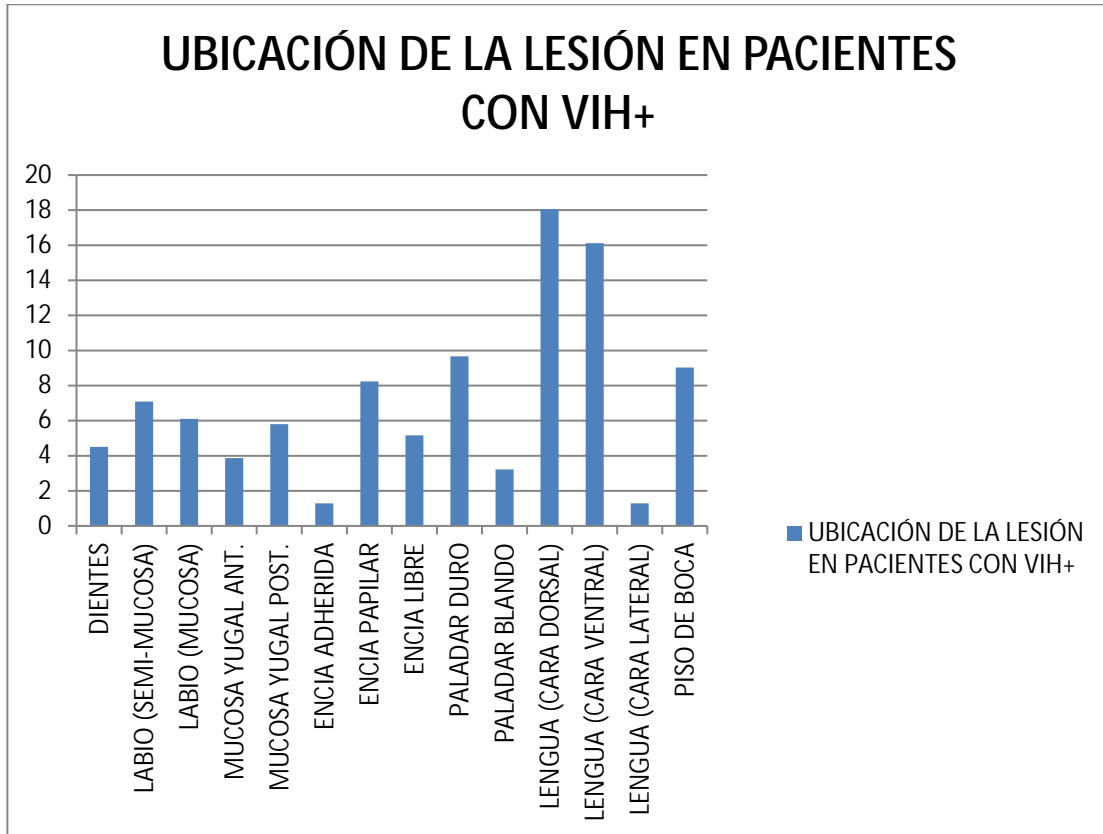
**Análisis:** Los resultados demuestran que la ubicación de la lesión con mayor prevalencia en los pacientes con artritis reumatoide se encuentra la lengua (cara dorsal) con un 20.13%, luego encuentra la lengua (cara ventral) con un 18.79%, seguido de los dientes con un 16.77%, en cuarto lugar la mucosa yugal posterior con un 14.09%, en quinto lugar el paladar duro con un 10.06%, en sexto lugar el piso de boca y la mucosa yugal anterior con un 9.39%, en séptimo lugar la encía papilar con un 8.72%, en octavo lugar el reborde alveolar con un 4.69%, en el noveno lugar representado por el 3.04% el paladar blando, en el décimo lugar encontramos a la lengua (cara lateral) con un 1.34% y en el último lugar se encuentra a la encía adherida y libre con un 0.67%. Ceccotti (2005) menciona que las manifestaciones bucales son muy escasas sin embargo pueden encontrarse en la mucosa, piso de boca, la lengua, los labios, el paladar y los maxilares. Esta publicación es de relevancia porque muestra que los resultados obtenidos guardan relación demostrando la importancia del examen intrabucal en los pacientes con esta enfermedad.

**Tabla N° 16 Ubicación de la lesión de los pacientes con VIH+ que asisten a la unidad Regional de Inmunología Clínica y Reumatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.**

<b>UBICACIÓN DE LA LESIÓN</b>		
<b>ZONA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
DIENTES	7	4.51
LABIO (SEMI-MUCOSA)	11	7.09
LABIO (MUCOSA)	10	6.1
MUCOSA YUGAL ANT.	6	3.87
MUCOSA YUGAL POST.	9	5.80
ENCIA ADHERIDA	2	1.29
ENCIA PAPILAR	13	8.24
ENCIA LIBRE	8	5.16
PALADAR DURO	15	9.67
PALADAR BLANDO	5	3.22
LENGUA (CARA DORSAL)	28	18.06
LENGUA (CARA VENTRAL)	25	16.12
LENGUA (CARA LATERAL)	2	1.29
PISO DE BOCA	14	9.03
<b>TOTAL</b>	<b>155</b>	<b>99.99%</b>

**FUENTE:** SILVA. D, (2017)

**Gráfico N°15**



**Análisis:** Los resultados demuestran que la ubicación de la lesión con mayor prevalencia en los pacientes con VIH+ se encuentra la lengua (cara dorsal) con un 18.06%, luego encuentra la lengua (cara ventral) con un 16.12%, seguido por el paladar duro con un 9.67%, en cuarto lugar el piso de boca 9.03%, con un 8.24% la encía papilar, en quinto lugar el labio (semi- mucosa) con un 7.09%, en sexto lugar el labio (mucosa) con un 6.1%, en séptimo lugar la mucosa yugal posterior con un 5.80%, en octavo lugar el encía libre con un 5.16%, en el noveno lugar representado por el 4.51% lo dientes, en el décimo lugar encontramos a la mucosa yugal anterior con un 3.87%, en el décimo primer lugar con un 3.22% se encuentra el paladar blando y en el último lugar se encuentra a la encía adherida y la lengua (cara lateral) con un 1.29%.ceccoti (2005), menciona que los lugares en cavidad bucal con la

mucosa yugal, la lengua, los labios y paladar blando es importante mencionar que los paciente con esta enfermedad son más propenso a desarrollar cualquier patología bucal ya que presentan una inmunodeficiencia secundaria que afecta su sistema inmune .

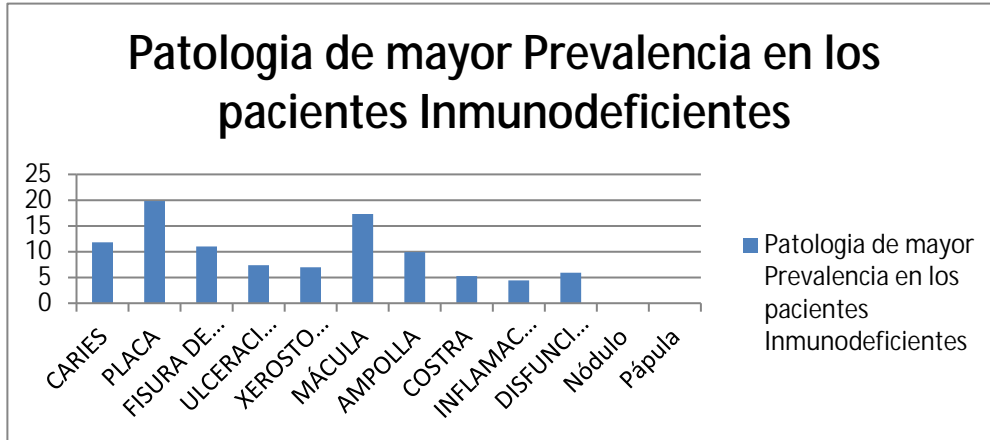
**Tabla N°17 Características clínicas total de los pacientes que asistieron a la unidad Regional de Inmunología Clínica de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET). Marzo – julio 2017.**

Enfermedad base con mayor índice de Patologías Bucales y características clínicas																											
	Ca	%	Pla	%	Ulc	%	F.M	%	Xer	%	Mac	%	Amp	%	Nod	%	Cos	%	I.G	%	D.A	%	Pap	%	total	%	
LES	16	3.38	30	6.34	8	1.69	7	1.47	21	4.43	35	7.39	5	1.05	0	0	15	3.17	3	0.63	2	0.42	0	0	142	30.0	
ESC.	8	1.69	9	1.90	7	1.47	9	1.90	7	1.47	11	2.32	9	1.90	0	0	0	0	0	0	9	1.90	0	0	66	13.9	
ART.	25	5.28	30	6.34	12	2.53	26	5.49	2	0.42	18	3.80	31	6.55	0	0	0	0	13	2.74	17	3.59	0	0	174	36.7	
VIH +	7	1.47	25	5.28	8	1.69	10	2.11	3	0.63	18	3.80	2	0.42	0	0	10	2.11	5	1.05	0	0	2	0.42	91	19.2	
Total	56	11.83	94	19.87	35	7.39	52	11.01	33	6.99	82	17.33	47	9.93	0	0	25	5.28	21	4.43	28	5.91	2	0.42	473	99.9	

FUENTE: SILVA. D, (2017)

**Leyenda:** LES: lupus Eritomatoso Sistémico. ESC: Esclerodermia ART: Artritis Reumatoide. Ca: caries Pla: Placa. Ulc: Ulcera. F.M: Fisura de mucosa. Xer: Xerostomía. Mac: Macula. Amp: Ampolla. Nod: Nódulo. Cos: Costra I.G: inflamación gingival. D.A: Disfunción Articular. Pap: Pápula.

**GRÁFICO N°16**



**Análisis::** Los resultados demuestran que las características clínicas con mayor prevalencia en los pacientes inmunodeficientes es la placa con 19.89%, en segundo lugar la macula con un 17.33%, seguido de caries un 11.83%, en cuarto lugar la Fisura de mucosa con un 11.01%, en quinto lugar se encuentra la ampolla con 9.93%, en sexto lugar las ulceraciones con un 7.39%, en séptimo lugar xerostomía con un 6.99%, en octavo lugar la disfunción articular con un 5.91%, en noveno lugar la costra con 5.28% y en último lugar la pápula con un 0.42%. Ceccotti (2007) afirma que las manifestaciones bucales son muy frecuentes en los pacientes inmunodeficientes, se pueden presentar con un área atrófica Eritomatoso, lesiones blanquecinas, lesiones vesiculoampollares, así como múltiples manifestaciones en cavidad bucal. En este sentido, esta investigación es de vital importancia ya que demuestra que los pacientes con patologías del sistema inmunitario desarrollan patologías bucales que son de vital importancia mantenerlas en observación para brindarles una mejor terapéutica que le brinde un alivio a estas lesiones y mejoren su calidad de vida de estos pacientes.

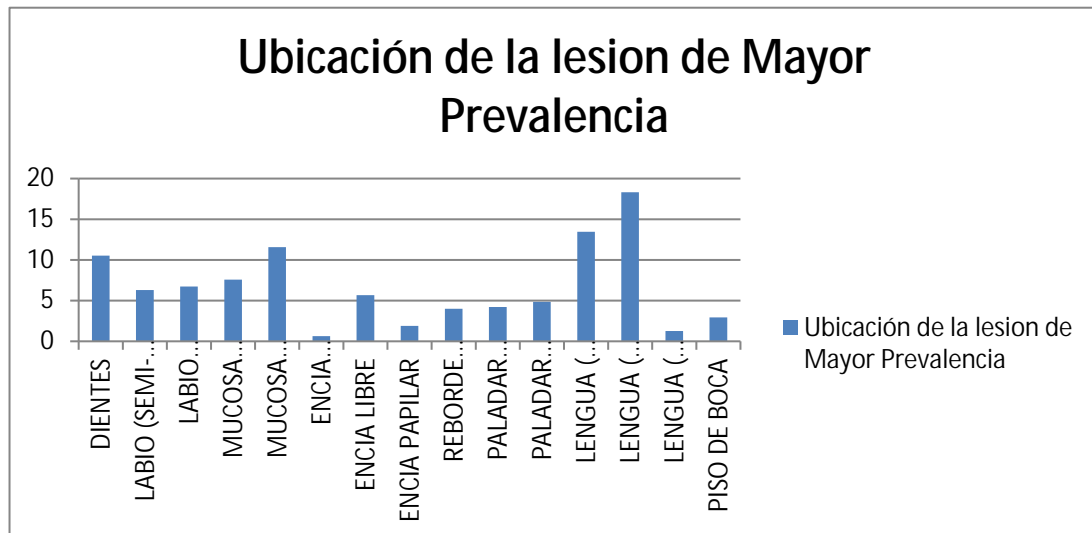
**Tabla N°18 Ubicación de la lesión total de los pacientes que asistieron a la unidad Regional de Inmunología Clínica de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET).  
Marzo – julio 2017.**

Ubicación de la lesión de mayor Prevalencia																																
	D	%	L.S	%	L.M	%	M.A	%	M.P	%	E.A	%	E.M	%	E.P	%	RE	%	P.D	%	P.B	%	L.D	%	L.V	%	L.L	%	PI	%	TTL	%
LES	16	3.36	9	1.89	11	2.31	8	1.68	13	2.73	0	0	0	0	0	0	6	1.26	9	1.89	0	0	30	6.31	0	0	0	0	0	0	102	21.47
ESC.	2	0.42	10	2.1	11	2.31	8	1.68	12	2.52	0	0	1	0.21	0	0	6	1.26	4	0.84	3	0.63	1	0.21	9	1.89	2	0.42	0	0	69	14.52
ART.	25	5.26	0	0	0	0	14	2.94	21	4.42	1	0.21	13	2.73	1	0.21	7	1.47	15	3.15	5	1.05	28	5.89	30	6.31	2	0.42	14	2.94	149	31.36
VIH+	7	1.47	11	2.31	10	2.1	6	1.26	9	1.89	2	0.42	13	2.73	8	1.68	0	0	5	1.05	15	3.15	28	5.89	25	5.24	2	0.42	14	2.94	155	32.63
total	50	10.52	30	6.31	32	6.73	36	7.57	55	11.57	3	0.63	27	5.68	9	1.89	19	4	20	4.21	23	4.84	87	18.31	64	13.47	6	1.26	28	2.94	475	100

FUENTE: SILVA. D, (2017)

**Leyenda:** LES: lupus Eritomatoso Sistémico. ESC: Esclerodermia ART: Artritis Reumatoide. D: Dientes. L.S: Labio (Semi- mucosa). L.M: Labio (mucosa). M.A: Mucosa yugal anterior. M.P: Mucosa yugal posterior. E.A: Encía adherida. E.M: Encía Marginal. E.P: Encía papilar. RE: Reborde alveolar P.D: Paladar duro P.B: Paladar blando. L.D: Lengua (cara Dorsal) L.V: Lengua (cara Ventral). L.L: Lengua (cara lateral). PI: Piso de boca. TTL: Total.

**GRÁFICO N°17**



**Análisis:** Los resultados demuestran que la ubicación de la lesión con mayor prevalencia en los pacientes con inmunodeficiencias se encuentra la lengua (cara dorsal) con un 18.31%, luego encuentra la lengua (cara ventral) con un 13.47%, seguido de la mucosa yugal posterior con un 11.57%, en cuarto lugar los dientes con un 10.52%, en quinto lugar la mucosa yugal anterior con un 7.57%, en sexto lugar labio (mucosa) con un 6.73%, en séptimo lugar labio (semi- mucosa) con un 6.31%, en octavo lugar la encía marginal con un 5.88%, en el noveno lugar representado por el 4.84% el paladar blando, en el décimo lugar encontramos el paladar duro con un 4.21% y en el decimo primer lugar el reborde alveolar con un 4%, en el decimo segundo lugar encontramos con 2.94%, el en decimo tercer lugar encontramos a la encía papilar con un 1.89%, en el decimo cuarto lugar encontramos a la lengua (cara lateral) con 1.26% y en el último lugar se encuentra a la encía adherida con un 0.63%. Ceccotti (2005) menciona que las manifestaciones bucales pueden encontrarse en la mucosa, piso de boca, la lengua, los labios, el paladar y los maxilares. Esta publicación es de relevancia porque muestra que los resultados obtenidos guardan relación demostrando la importancia del examen intrabucal en los pacientes con esta enfermedad.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Conclusiones

Posteriormente a la interpretación y análisis de los resultados arrojados por la historia clínica aplicados a los 103 pacientes de la muestra del objeto de estudio podemos concluir:

- El grupo de pacientes con mayor predominio de inmunodeficiencias es el comprendido entre 41-60 años de edad, preferiblemente del sexo femenino, debido a que a lo largo de la vida enfrentan diversos y bruscos cambios hormonales, haciéndolas más susceptibles a desarrollar enfermedades que comprometen al sistema inmunológico.
- El área de procedencia más destacado fue el urbano ya que el existe mayor población, siendo la raza morena la más afectada y esto es debido a que se dice que no existe ningún tipo de exclusión de patologías debido a la raza, ya que una inmunodeficiencia puede afectar a todos por igual.
- La muestra más representativa de acuerdo a la ocupación estuvo dominando por las amas de casa y los pacientes que ejercían una profesión específica, quedando demostrado que mientras más estrés está sometida una persona es mucho más fácil que el sistema inmune pueda fallar desencadenando así enfermedades de tipo inmunológicas.
- La enfermedad que predominó en la muestra fue la artritis reumatoide y el VIH+, siendo la primera de origen auto inmune y la segunda de tipo adquirida.

- Las patologías más frecuentes fueron la placa debido a que los pacientes son tratados bajo terapia farmacológicas con esteroides disminuyendo el mecanismo de defensa del sistema inmunológicos siendo más susceptibles a la candidiasis bucal, desarrollando así maculas debido a q los melanocitos ante las cepas de cándidas o bacterias actúa como agente anti fúngico y antimicrobiano, extravasando la melanina tiñendo la mucosa bucal, otra consecuencias serian la fisura de mucosa y la ulceraciones, es importante destacar que las ampollas son tipo no patológica, ya que se tratan de varices en la cavidad bucal y debido a su anatomía se clasifico de esa manera.
- La ubicación de la lesión de mayor predominio de la muestra de estudio fue la cara dorsal de la lengua, ya que esta mucosa especializada es la que está en íntimo contacto con los alimentos y que al estar sometido a terapia esteroidea su sistema defensa se encuentra con sus funciones disminuida.
- Tener en cuenta que los pacientes que presentan alguna enfermedad que afecte su sistema inmune debe de tratarse de manera interdisciplinaria entre el Odontólogo, Inmunólogo, Reumatólogo, Médico internista, Bionalista y psicólogo, a desarrollar una terapéutica psicodinamica que sea coadyuvante a mejorar los signos y síntomas y ayúdeme a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

## **5.2 Recomendaciones**

Dentro de este marco tras haber analizado los resultado se podría recomendar lo siguiente:

- La inducción de charlas que le permitan a los estudiantes reforzar los conocimientos en el área de medicina y patología bucal y como estas patologías afectan al paciente.
- Se recomienda hacer un buen llenado de historia clínica ya que esto va garantizar que el tratamiento sea efectivo tanto funcional como psicoemocional.
- Tratar en lo posible de explicarle al paciente los distintos cambios o no que puede sufrir tras la aplicación de la terapéutica.
- Promocionar más investigaciones de medicina y patología bucal, que permitan al gremio Médico- odontológico actualizarse de forma continua.

## **Bibliografía**

- Arias, F. (2006). El proyecto de investigación: introducción a la metodología científica. Sexta edición. Caracas-Venezuela: editorial Episteme.
- Arias, F. (2006). El proyecto de investigación: guía para su elaboración: Tercera edición. Carcas –Venezuela: editorial Espíteme.
- Bascones- Ilundai et al (2006). Liquen plano oral (I). Aspectos clínicos, etiopatogenios y epidemiológicos. Madrid –España. [Revista en línea]. Avances en ondotoestomatología. Consultada el 26 de Marzo de 2017 en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v22n1/original1.pdf>
- Borak, S. (2004). Diagnóstico Bucal. Sao paulo- Brasil: editorial Artes Médicas Ltda.
- Bueno, M. et al (2006), Penfigoide de la mucosa oral. Barcelona- España [Revista en línea]. Scielo. Consultada el 20 de Marzo de 2017 en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-05582006000500006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582006000500006)
- Canasti, B (2010). Penfigoide de membranas mucosas: a propósito de dos casos clínicos. Montevideo- Uruguay [Revista en línea]. Scielo. Consultada el 20 de Marzo de 2017 en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-93392010000200003](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392010000200003)
- Carrión (2000). Liquen Plano Oral. Primera edición. Madrid –España: editorial Trigo Ediciones.

- Ceccotti, Sforza (2005). El Diagnóstico en Clínica Estomatológica. Primera edición. Buenos Aires-Argentina: editorial Médica panamericana.
- Ferrer, A. (1999). Linfomas de tejido linfoide asociado a las mucosas (MALT) de localización extragástrica: análisis de 14 casos. Barcelona- España [Revista en línea]. Elsevier. Consultada el 23 de Marzo de 2017 en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-linfomas-del-tejido-linfoide-asociado-2978>
- Finn, H. (2008). Histología. Tercera edición. Buenos Aires-Argentina: editorial Médica Panamericana.
- Haya, M. (2001). Prevalencia de líquen plano oral y leucoplasia oral en 112 pacientes con carcinoma oral de células escamosas. Barcelona- España [Revista en línea]. Acta otorrinolaringológica española Consultada el 25 de Marzo de 2017 en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001651901782039>
- Hernández, Fernández y Baptista (2003). Metodología de la investigación. Distrito Federal- México. Editorial McGraw-Hill.
- Herrera, I. (2009). Pénfigo vulgar, criterios actuales. La Habana – Cuba. [Revista en línea]. Scielo. Consultada el 20 de Marzo de 2017 en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000500008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000500008)
- Hurtado, J. (2000). Metodología de la investigación holística. Caracas- Venezuela Editorial Sypal.
- Lazarde, J. (2004). Pénfigo vulgar bucal precedido por lesiones cutáneas. Reporte un caso. Caracas- Venezuela [Revista en línea]. Acta odontológica venezolana. Consultada el 20 de Marzo de 2017 en:

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652004000100010](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652004000100010)

Lemus. J. (2015). Prevalencia de lesiones bucales con estudio histopatológico vistas en el servicio de patología oral de la Universidad Autónoma de Manizales en un periodo de 10 años. Bogotá –Colombia. [Artículo en línea]. Consultada el 20 de abril de 2017 en: <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/850/2/PREVALENCIA%20DE%20LESIONES%20BUCALES%20CON%20ESTUDIO%20HISTOPATOL%C3%93GICO.pdf>

López, A. et al (2003). Manifestaciones periodontales en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)- primera parte. . Caracas- Venezuela [Revista en línea]. Acta odontológica venezolana. Consultada el 20 de Marzo de 2017 en: [https://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/3/periodontales\\_virus\\_vih\\_sida\\_1.asp](https://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/3/periodontales_virus_vih_sida_1.asp)

López-Labbady. J. et al (2006), Manifestaciones Bucales del Lupus Eritematoso. Revisión Literaria. Caracas- Venezuela [Revista en línea]. Acta odontológica venezolana. Consultada el 20 de Marzo de 2017 en: [https://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/manifestaciones\\_bucales\\_lupus\\_eritematoso.asp](https://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/manifestaciones_bucales_lupus_eritematoso.asp)

López-Pintor. M, Fernández. M. y Hernández. G (2015), Afectación oral en el paciente con síndrome de Sjögren primario. Manejo multidisciplinar entre odontólogos y reumatólogos. Barcelona- España [Revista en línea]. Reumatología Clínica. Consultada el 20 de Marzo de 2017 en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/afectacion-oral-el-paciente-con/articulo/S1699258X15000571/>

- Moret, Y. (2014). Prevalencia de lesiones benignas y desórdenes potencialmente malignos que afectan la mucosa bucal en pacientes adultos. Facultad de Odontología UCV. Caracas- Venezuela [Revista en línea]. Acta odontológica venezolana. Consultada el 21 de Marzo de 2017 en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art-15/>
- Moret, Y, Rivera. H y Cartaya. M (2006). Prevalencia de lesiones en la mucosa bucal de pacientes diagnosticados en el laboratorio central de histopatología bucal "Dr. Pedro Tinoco" de la facultad de odontología de la universidad central de Venezuela durante el periodo de 1968-1987. Caracas- Venezuela [Revista en línea]. Acta odontológica –venezolana. Consultada el 21 de Marzo de 2017 en: [https://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/prevalencia\\_lesiones\\_mucosa\\_bucal.asp](https://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/prevalencia_lesiones_mucosa_bucal.asp)
- Nunes, L. (2004), síndrome de behcet. Madrid –España. [Revista en línea]. Avances en odontostomatología. Consultada el 26 de Marzo de 2017 en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v21n4/original1.pdf>
- Sabino, C. (1992). El proceso de investigación. [Libro en línea]. Disponible en: <http://paginas.ufm.edu/Sabino/PI.html>
- Stephen, Hamburger, Sculy (2012). Guía Médica para la consulta Dental. Caracas- Venezuela: editorial Amolca.
- Ugarte. C. (1996). Manifestaciones orales en las enfermedades en las enfermedades difusas del tejido conectivo. Lima – Perú. [Revista en línea]. Revista Peruana de Reumatología. Consultada el 22 de marzo del 2017 en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/reuma/v02\\_n2/maniforal.htm#](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/reuma/v02_n2/maniforal.htm#)

Villarroel. M. et al (1997). Penfigoide benigno de las mucosas, reporte de caso con lesiones gingivales y expresión palmar. Caracas- Venezuela [Revista en línea]. Acta odontológica venezolana. Consultada el 21 de Marzo de 2017 en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/1997/3/art-8/>

# **Anexos**



**Anexo nº 1**

INSTRUMENTO

Nº \_\_\_\_\_

**RASGO A OBSERVAR**

**1. Características epidemiológicas**

Ocupación: \_\_\_\_\_

Edad del paciente:


Area de procedencia: \_\_\_\_\_

Sexo del paciente:

Grupo racial: \_\_\_\_\_

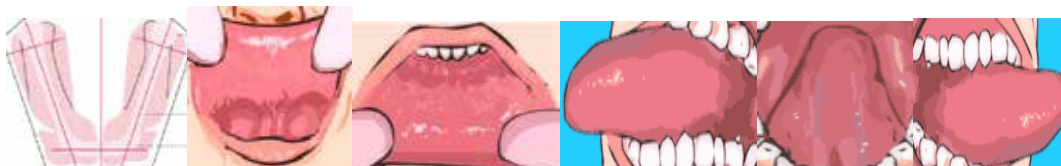
**2. Características clínicas.**

enfermedad base: \_\_\_\_\_

PRESENTES	SI	NO	DESCRIPCIÓN CLÍNICA
CARIES			
PLACA			
ULCERACIONES			
FISURA DE MUCOSA			
XEROSTOMIA			
MÁCULA			
PAPULA			
NODULO			
COSTRA			
AMPOLLA			
EROSIONES			
DISFUNCION ARTICULAR (ATM)			
INLAMACION GINGIVAL			
VERRUGOSIDAD			

**3. Ubicación de la lesión.**

EXTRA BUCAL	
INTRA BUCAL	



**NONBRE Y APELLIDO DEL OBSERVADOR:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL OBSERVADOR:** \_\_\_\_\_

**Anexo N° 2      CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio de la presente yo, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años, portador de la cedula de identidad \_\_\_\_\_; hoy \_\_\_\_\_ certifico que he sido informado(a), con claridad y veracidad respecto al ejercicio académico que los estudiantes **Douglas Javier Silva Salas**; portador de la cedula de identidad **V-19.567.000**; me ha invitado a participar como objeto de estudio en su proyecto de investigación titulado: **PREVALENCIA DE PATOLOGIAS BUCALES EN PACIENTES INMUNODEFICIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD REGIONAL DE INMUNOLOGIA CLINICA Y REUMATOLOGIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. MARZO –JULIO 2017.** Que actuó de forma consciente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico y clínico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita, así como también se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, lo mismo de mi seguridad física y psicológica.

Representante legal:

**Nombre:**

\_\_\_\_\_

(En caso de ser menor edad)

**Cedula:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma y cedula.**