

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y  
Humanidades, Asunción, Paraguay.**

ISSN en línea: 2789-3855, 2025, Volumen VI

---

## **Complicaciones Postquirúrgicas en pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana**

Post-Surgical Complications in Patients with Human  
Immunodeficiency Virus

---

**Jean Carlos Martínez Villa**

jeanky0286@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-3066-5185>

Universidad Tecnológica Equinoccial

Santo Domingo – Ecuador

**DOI:** <https://doi.org/>

**Artículo recibido:** 13 de julio de 2025

**Aceptado para publicación:** 29 de julio de  
2025.

**Conflictos de Interés:** Ninguno que declarar.

  
**Redilat**  
Red de Investigadores  
Latinoamericanos

**NÚMERO**

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4259>

# Complicaciones Postquirúrgicas en pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana

Post-Surgical Complications in Patients with Human Immunodeficiency Virus

**Jean Carlos Martínez Villa**

jeanky0286@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-3066-5185>

Universidad Tecnológica Equinoccial

Santo Domingo – Ecuador

Artículo recibido: 13 de junio de 2025. Aceptado para publicación: 29 de julio de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

## Resumen

El presente estudio se planteó como objetivo determinar las complicaciones postquirúrgicas en pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana que son intervenidos en el postgrado de Cirugía Bucal de la UCV, con la finalidad de no solo prevenir sino influenciar en la recuperación del individuo. El estudio se caracterizó por ser de tipo descriptivo, con un corte transversal, prospectivo. Se consideraron como variables; la presencia de eritema, dolor, hemorragia, presencia de infección local, presencia de osteítis alveolar, en la zona intervenida en un postoperatorio mediato de pacientes VIH/SIDA intervenidos quirúrgicamente, los cuales fueron comparados con el conteo de CD4, CD8 y carga viral del paciente. La muestra correspondió al total de pacientes que acudieron al servicio de (CAPEI- UCV) y que fueron referidos posteriormente al postgrado de Cirugía Bucal UCV, durante los seis meses del estudio, y se aplicaron criterios de inclusión y exclusión. Los resultados arrojan que los pacientes que se encuentran bajo la infección por el VIH/SIDA, responden de igual forma al ser intervenidos quirúrgicamente, como un paciente que no presente la infección por el virus. Esto coincide con los reportes de la literatura por lo que se puede concluir que el paciente que se encuentra bajo la inmunosupresión por VIH/SIDA, es un paciente que puede responder de igual forma como uno inmunocompetente, y que su grado de afección sistémica será lo que determinará el riesgo de presentar o no alguna complicación desde el ámbito quirúrgico.

*Palabras clave:* complicaciones post-quirúrgicas, virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

## Abstract

The objective of this study was to determine the postoperative complications in patients with the Human Immunodeficiency Virus who are operated on in the postgraduate course of Oral Surgery of the UCV, in order not only to prevent but also to influence the recovery of the individual. The study was characterized by being descriptive, with a cross-sectional, prospective section. The following variables were considered; the presence of erythema, pain, hemorrhage, presence of local infection, presence of alveolar osteitis, in the area operated on in an immediate postoperative period of HIV/AIDS patients who underwent surgery, which were compared with the patient's CD4, CD8 and viral load counts. The sample corresponded to the total number of patients who attended the service of (CAPEI-UCV) and who were subsequently referred to the UCV Oral Surgery postgraduate course, during the six months of the study, and inclusion and exclusion criteria were applied. The results show that patients who are

under HIV/AIDS infection respond in the same way when they are operated on, as a patient who does not have the virus infection. This coincides with the reports in the literature, so it can be concluded that the patient who is under immunosuppression due to HIV/AIDS is a patient who can respond in the same way as an immunocompetent patient, and that his degree of systemic involvement will be what will determine the risk of presenting or not presenting any complication from the surgical field.

*Keywords:* post-surgical complications, human immunodeficiency virus (HIV)

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Martínez Villa, J. C. (2025). Complicaciones Postquirúrgicas en pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (4), 197 – 210. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4259>

## **INTRODUCCIÓN**

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se caracteriza por atacar el sistema inmunitario y por ende debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer (Cordeiro y Taroco, 2008; Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [INSHT], 2014). Esta progresiva depresión se debe al ataque y destrucción de las células inmunitarias, principalmente los linfocitos T CD4, alterando así su función; la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente, pasando por una infección aguda o síndrome retroviral agudo (SRA) que es con frecuencia, asintomática, aunque pueden manifestarse síntomas similares a los de la gripe o la mononucleosis, presentando características clínicas como: cefalea, fiebre, dolor de garganta, pérdida de peso, náuseas, problemas mialgias, adenopatías, hepatoesplenomegalia, etc. Tras esto tiene lugar un periodo de latencia clínica o fase crónica que puede durar incluso varias décadas y suele cursar de manera asintomática. Finalmente, el sistema inmunitario puede estar tan dañado que sea incapaz de reponerse, haciendo al individuo susceptible a una serie de infecciones; por ejemplo: tuberculosis, candidiasis, herpes zoster, neumonía por *Pneumocystis Jirovecii*, encefalopatías, toxoplasmosis y cánceres como lo son linfomas y sarcoma de Kaposi, que pueden resultar mortales. Esta es la etapa más grave y se denomina síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (Cordeiro y Taroco, 2008; INSHT, 2014; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Las manifestaciones bucales y peribucales son comunes en pacientes infectados por VIH, a menudo representan un rasgo que puede predecir el deterioro general de la salud, un mal pronóstico de la misma, además de representar un valor diagnóstico importante en el monitoreo del estado inmune del paciente (Bravo et al., 2006; Ranganathan et al., 2004)

La mayoría de los sujetos infectados por VIH, han presentado una manifestación en cabeza y cuello en algún estadio de la enfermedad (Grenspan et al., 1997; Rosenberg et al., 1985; Adeyemo et al., 2006) representando las lesiones bucales signos tempranos de la misma (Bravo et al., 2006; Schiodt et al., 1987; Pinzón et al., 2008); Además, la aparición de estas lesiones indica una mayor susceptibilidad de padecer otras infecciones oportunistas y una alta probabilidad de rápida progresión a SIDA (Bravo et al., 2006; Pinzón et al., 2008; Dávila & Gil, 2007).

Dentro de las manifestaciones más frecuentes en cavidad bucal se reportan: candidiasis oral, leucoplasia vellosa, sarcoma de Kaposi, eritema lineal gingival, gingivitis ulcerativa necrotizante, periodontitis ulcerativa necrotizante y linfoma no Hodgkin (Ranganathan et al., 2004; Adeyemo et al., 2006; Tovar et al., 2002).

La información sobre el VIH está evolucionando rápidamente, lo que lleva a una mayor comprensión de la enfermedad, su inmunología y manifestaciones clínicas. El tratamiento antirretroviral combinado (TARC) ha proporcionado un medio de controlar pero no curar la enfermedad y los pacientes viven ahora más tiempo, una vida más saludable con la enfermedad. Sin embargo, están surgiendo nuevos desafíos, incluidos sobre la terapia antirretroviral permanente y la prevención en la transmisión del virus (INSHT, 2014; OMS, 2015).

Dentro de la práctica en la cirugía bucal y maxilofacial, se ha observado que los pacientes que son inmunocomprometidos, están propensos a presentar mayores complicaciones post-quirúrgicas, esto variará dependiendo del estado inmunológico que se encuentre el mismo; sin embargo, la literatura ha demostrado, que a pesar de la inmunosupresión en portadores de VIH, los pacientes pueden responder tan satisfactoriamente al igual que un paciente inmunocompetente no demostrando diferencias significativas desde el punto de vista estadístico al momento de los resultados (Carey & Dodson, 2001; Hoekmman et al, 1991; Schmidt et al., 1995).

La cavidad bucal es por ende un escenario por el que desfilan durante la evolución de la infección por el VIH, desde su comienzo hasta la etapa final o SIDA, una variedad de lesiones, que pueden ser, en muchas ocasiones, las primeras manifestaciones clínicamente detectables pudiendo así llevar al

diagnóstico. En otros casos, la aparición de algunas de ellas en las distintas etapas de la enfermedad puede marcar una tendencia con respecto a la progresión del síndrome.

La mayoría de los Cirujanos Bucales concuerdan en que el tiempo quirúrgico, el trauma y la dificultad del procedimiento son factores importantes en la aparición de complicaciones postoperatorias, es importante sumarle a esto el compromiso sistémico y por ende el grado de inmunosupresión que puede presentar el paciente con indicación de cirugía bucal. En los reportes encontrados en la literatura revisada se señalan como principales complicaciones postoperatorias que pudieran presentar los pacientes VIH/SIDA están: retardo en la cicatrización, hemorragias prolongadas, osteítis alveolar, dolor postoperatorio prolongado, inflamación e infección en el área quirúrgica intervenida.

Basado en lo anteriormente descrito, y tomando en cuenta los pocos reportes encontrados se justifica este estudio, el cual tiene como finalidad estudiar, cuáles son las complicaciones postquirúrgicas que pueden presentar los pacientes VIH/SIDA una vez intervenidos quirúrgicamente, con el fin de prevenir cualquier complicación en los mismos y dar un aporte a futuros estudios en el área.

## **METODOLOGÍA**

### **Material y métodos**

Para determinar las complicaciones post-quirúrgicas en pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana que son intervenidos en el postgrado de Cirugía Bucal de la Universidad Central de Venezuela (UCV), se consideraron; la presencia de eritema, dolor, hemorragia, presencia de infección local, presencia de osteítis alveolar, en la zona intervenida en un postoperatorio mediano de pacientes VIH/SIDA intervenidos quirúrgicamente, los cuales fueron comparados con el conteo de CD4, CD8 y carga viral del paciente.

El estudio se caracterizó por ser de tipo descriptivo, con un corte transversal, prospectivo, ajustado a la línea de investigación: aspectos inmunológicos y moleculares del virus de inmunodeficiencia humana con las diferentes patologías de la cavidad bucal, dentro del área Biología bucal y Sub-área: inmunología bucal.

Previo autorización, el presente estudio se realizó en el Centro de Atención de Pacientes con Enfermedades infectocontagiosas (CAPEI), de la Facultad de Odontología de la UCV en conjunto con el postgrado de Cirugía Bucal de la casa de estudios mencionada.

La población estuvo conformada por todos aquellos pacientes, con diagnóstico de VIH/SIDA, mayores de edad, provenientes de la consulta de atención a personas con enfermedades infectocontagiosa de la Facultad de Odontología de la UCV y que los mismos son referidos al postgrado de Cirugía Bucal dicha institución educativa, requiriendo un procedimiento dentoalveolar.

La muestra correspondió al total de pacientes que acudieron al servicio de (CAPEI- UCV) y que fueron referidos posteriormente al postgrado de Cirugía Bucal UCV, durante los seis meses del estudio. Previo consentimiento informado y el aval de la comisión de bioética N ° CB-CIR 015-2016, los pacientes seleccionados para esta investigación fueron consultados y aceptaron participar de manera libre en el estudio, así como también, se les informó el objetivo de dicho estudio.

Se consideraron como criterios de inclusión; pacientes mayores de 18 años, diagnosticados con VIH/SIDA, que requirieron algún procedimiento quirúrgico dentoalveolar, dispuestos a someterse al estudio y firmen el consentimiento informado. Además, como criterios de exclusión; pacientes con alguna otra afección sistémica lo cual puedan influenciar en las variables a estudiar (Diabetes Mellitus, enfermedades hepáticas, discrasias sanguíneas, uso prolongado de esteroides, entre otras).

Una vez realizada la evaluación clínica mediante la realización de la historia clínica y evaluación intraoral y extraoral se procedió a la solicitud de exámenes preoperatorios: Hematología completa, PT, PTT, conteo de Linfocitos T CD4, Linfocitos T CD8 y Carga Viral, así como también examen radiográfico, mediante el uso de la ortopantomografía de buena calidad técnica.

Recabada la información, fue vaciada en el instrumento de recolección de datos y se planificó la intervención quirúrgica, la cual fue realizada por los residentes del Postgrado de Cirugía Bucal UCV, y todos bajo anestesia local infiltrativa con lidocaína 2% Epinefrina 1:80.000. Se realizaron un total de 40 procedimientos quirúrgicos dentoalveolares, en 12 pacientes, los mismos se ejecutaron como se explica a continuación:

**Día 1 (0 Horas):** Fue tomado como el día del procedimiento quirúrgico, en el cual, se revisa la historia clínica del paciente, se discute el caso, se toma la tensión arterial del mismo y se ejecuta el procedimiento quirúrgico dentoalveolar, se realizó levantamiento de colgajo, mucoperiostico y osteotomía y odontosección en el caso que fuese estrictamente necesario, de lo contrario se ejecutaron las cirugías mediante procedimientos simples, reposición del colgajo según el caso, se realizó la síntesis de los tejidos con sutura catgut crómico 3,0; en ambos procedimientos y colocación de gasa supraalveolar. Al finalizar el procedimiento les fueron explicadas con detalle las indicaciones post quirúrgicas a cada paciente y se le realizó la prescripción de Amoxicilina Cáps. 500mg (tomar 1 cápsula cada 8 horas durante 7 días) e Ibuprofeno Tab. 600mg (tomar 1 tableta cada 8 horas mientras persista dolor), a todos los pacientes atendidos en la investigación por igual se les suministró dicha medicación, con la finalidad de que no se alterarán las variables a ser estudiadas, de igual forma se le explicó el objetivo de la investigación con la finalidad de la asistencia al control post operatorio.

**Día 2 (24 horas):** Es citado el paciente, e interrogado para evaluar las variables a ser estudiadas en la investigación.

**Dolor:** a través de la escala análoga del dolor con valores numéricos en un rango de 0-10.

**Hemorragia:** se realizó la evaluación clínica mediante visualización directa donde se verifica la presencia de hemorragia activa o presencia de restos hemáticos.

**Infección local:** se evaluó mediante la presencia de exudado purulento, y en el caso de haberlo realizar el diagnóstico del mismo mediante exámenes de laboratorios, cultivos, etc.

**Osteítis alveolar:** se evaluó mediante la ausencia de coágulo sanguíneo y de un alveolo o tejido óseo expuesto y dolor intenso.

**Eritema alrededor de la zona intervenida:** se evaluó tras la visión directa de la zona intervenida y que la misma se encuentre con signos de enrojecimiento.

Todas estas variables fueron incluidas en el instrumento de recolección de datos.

**Día 3 (48 horas):** Se realiza la observación objetiva y registro en el instrumento de recolección de datos, con las características y variables anteriormente descritas.

**Día 4 (72 horas):** Observación objetiva y registró en el instrumento de recolección de datos, de cada una de las variables estudiadas.

**Día 5 (1 semana):** Observación objetiva y registró en el instrumento de recolección de datos, de cada una de las variables estudiadas y se procedió al retiro del material de síntesis.

**Día 6 (2 semanas):** Observación objetiva y registró en el instrumento de recolección de datos, de cada una de las variables estudiadas.

Teniendo en cuenta el tipo de variables del estudio, el nivel de medición en que vienen expresados los resultados de estas, la forma en que ocurren los resultados y el tamaño de la muestra, los datos se recolectaron y trataron desde los ámbitos de la estadística, es decir desde el punto de vista descriptivo e inferencial.

La información de las variables se recolectó durante el proceso experimental, mediante el instrumento de recolección de datos: dolor, hemorragia, infección local, osteítis alveolar, eritema, conteo de CD4, CD8, Carga Viral. Estos datos se clasificaron, ordenaron y se presentaron en forma tabular para su análisis y discusión, paralelamente se emplearon estadísticos descriptivos: media, desviación típica y porcentajes para medir los resultados de las diferentes variables de estudio, así como de algunos gráficos para visualizar, los comportamientos de los resultados obtenidos.

Al analizar las variables, sus valores y la medida en que se expresaron sus resultados y la forma como ocurrieron, se seleccionó la prueba estadística que mejor se adecuó a los factores antes mencionados, ya que una medida puede arrojar un valor bajo en una situación concreta, no porque las variables estudiadas no estén relacionadas, sino porque esta medida "prueba estadística" no sería sensible al tipo de relación presente entre los datos. Para seleccionar la prueba estadística correcta, además de las características particulares de cada medida, se tomó en cuenta el tamaño de la muestra, el número de procedimientos quirúrgicos, el tipo de variable estudiada y la hipótesis a contrarrestar.

Se realizó un contraste de hipótesis mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, midiendo el grado de independencia de las diferentes variables. Para todos los contrastes de hipótesis realizadas se empleó un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia  $\alpha = 0,05$ . Considerándose el rechazo de la hipótesis nula ( $H_0$ ), cuando el p-valor asociado al estadístico del contraste sea menor que el nivel de significancia fijado, es decir,  $\alpha < 0,05$  ( $p < 0,05$ ).

Descrita la prueba estadística empleada se procedió a comparar los valores de las células linfocitos CD4 y CD8 así como los parámetros hematológicos para comprobar si hay diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con VIH comparada con los valores de pacientes sin el virus, para poder realizar tratamientos quirúrgicos en el postgrado de Cirugía Bucal, Facultad de Odontología, UCV.

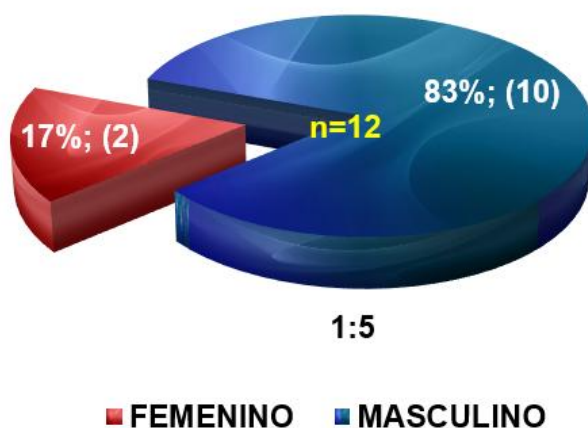
Para el procesamiento estadístico descriptivo e inferencial antes descrito se empleó el Software Estadístico SPSS para Macintosh, versión N°20, en Español.

## RESULTADOS

Del total de la muestra (12 pacientes) se observó un 83% (10) para el género masculino y 17% (2) para el femenino, arrojando una diferencia estadísticamente significativa, con una relación 5:1 y con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ , lo que quiere decir con un 95% de confiabilidad.

### Gráfico 1

Distribución por género

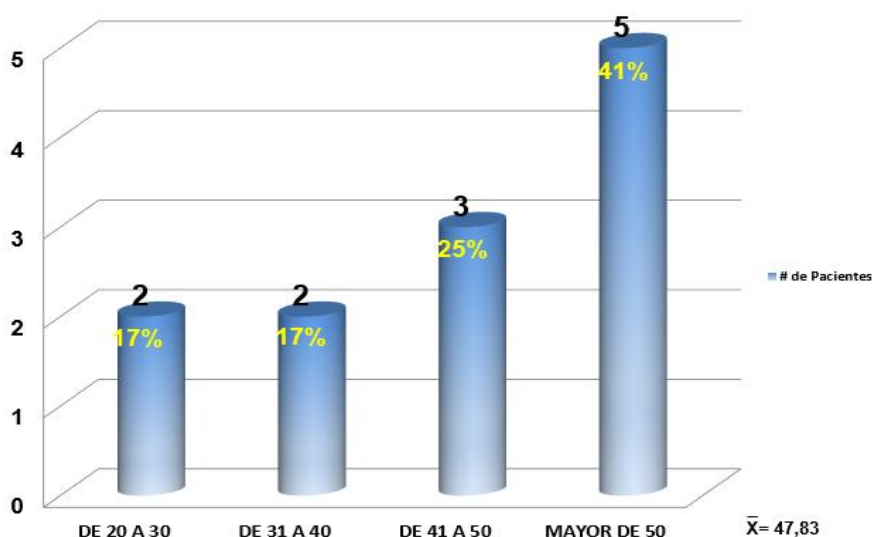


**Nota:** Distribución de acuerdo género, en pacientes VIH/SIDA que presentaron complicaciones postquirúrgicas CAPEI/UCV.

Las edades de los pacientes estuvieron comprendidas entre 25 y 75 años, con un promedio de 47,83 años. La mayor tendencia estuvo en el rango de edad mayor a 50 años, representado por el 41% (5); seguido por el grupo entre 41-50 años con un 25% (3); en lo que respecta al rango de edad comprendida entre 31-40 se observa un 17% (2), al igual que el grupo entre 20-30 años de edad. No se observa significancia estadística al realizar las pruebas en los rangos de edades por debajo de los 50 años.

### Gráfico 2

Distribución por edades



**Nota:** distribución de acuerdo a la edad en pacientes VIH que presentaron complicaciones postquirúrgicas Postgrado de Cirugía Bucal/UCV

En lo que respecta a la distribución de complicaciones post-quirúrgicas por lapso de tiempo donde fueron evaluadas cada una de las variables del estudio se obtuvo: Para la variable sangrado postoperatorio se observó un 17%(2) pacientes con signos clínicos de sangramiento activo, y restos hemáticos al cabo de 24 horas. Luego de 48,72 horas, 1 semana y 2 semanas no observó dicha complicación, lo que indica que no hubo significancia estadística al realizar las pruebas.

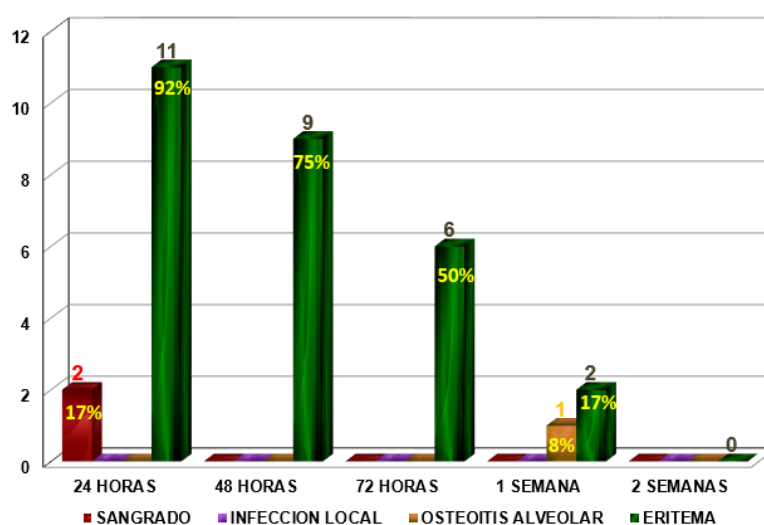
No se observaron manifestaciones clínicas de infección local durante los lapsos de tiempo establecidos, lo que sugiere resultados no significativos desde el punto de vista estadístico.

De acuerdo a la variable Osteítis Alveolar, se observó un 8% (1), en el lapso de 1 semana, que no es estadísticamente significativo.

Con respecto a la variable eritema alrededor de la zona intervenida, se observó luego de 24 horas post-quirúrgicas en un 92% (11). Luego de 48 horas se observó en un 75% (9). A las 72 horas se presentó en el 50% de los pacientes (6). A la semana únicamente un 17% (2) pacientes presentaron eritema, y luego de transcurrir 2 semanas no hubo signos clínicos de eritema alrededor de la zona, lo que nos indica que hubo resultados estadísticamente significativos para el lapso de 24 y 48 horas, y no significativos para el periodo de 72 horas, 1 semana y 2 semanas.

### Gráfico 3

*Distribución de complicaciones según lapso de tiempo*

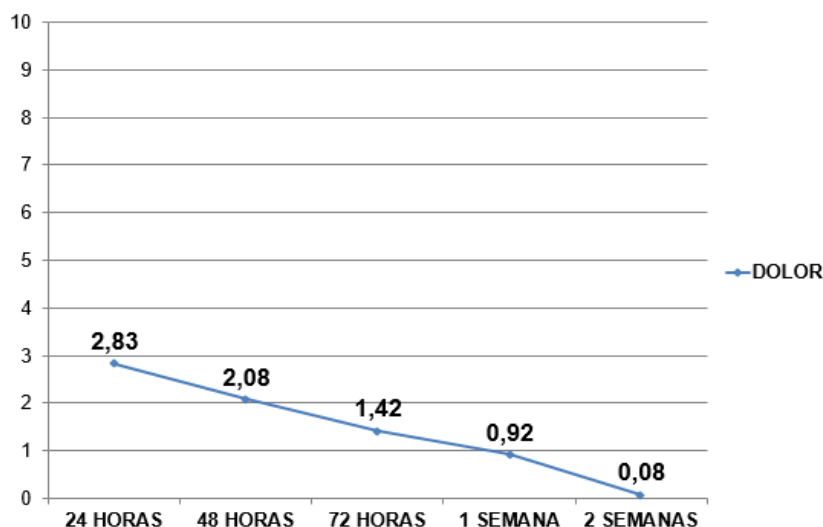


**Nota:** distribución de complicaciones según lapso de tiempo, en pacientes VIH que presentaron complicaciones postquirúrgicas Postgrado de Cirugía Bucal/UCV

De los 12 pacientes atendidos en el estudio se obtuvo por medio de la escala visual análoga con valores comprendidos entre (0-10), un promedio de 2,83, a las 24 horas, tomando como referencia un dolor de tipo leve, seguidamente a las 48 horas se arrojó un promedio de 2,08, a las 72 horas un promedio de 1,42; a la semana 0,92 y las 2 semanas de 0,08, lo que refleja una disminución del dolor al transcurrir los días arrojando resultados no significativos desde el punto de vista estadístico.

#### Gráfico 4

*Distribución del dolor por escala análoga*



**Nota:** distribución de dolor por escala análoga en pacientes VIH que presentaron complicaciones postquirúrgicas Postgrado de Cirugía Bucal/UCV.

De acuerdo a la distribución de Linfocitos T CD4 y rigiéndose por la clasificación del CDC de Atlanta 1993 (figura 6), se obtuvo que de la población de 12 pacientes, 7 se encontraban en la categoría (A1), con un valor promedio de Linfocitos T CD4 de 821,14 Células/ $\mu$ L, con una desviación estándar de  $\pm$  281,14. Por otra parte 4 pacientes presentaron un valor promedio de Linfocitos T CD4 de 355,25 Células/ $\mu$ L, con una desviación estándar de  $\pm$  68,99; estando en la categoría (A2), y 1 paciente con Linfocitos T CD4 de 180 células/ $\mu$ L, ubicándose en la categoría (A3), lo que sugiere que la tendencia estuvo dada por los pacientes que encontraban bajo la categoría (A1), en lo que respecta al conteo de linfocitos T CD8, para los pacientes con categoría (A1), presentaron un promedio de 1028,57 Células/ $\mu$ L, con una desviación estándar de  $\pm$  581,33; seguido con los pacientes categorizados como (A2) el cual reflejó un promedio de Linfocitos T CD8 de 919,00 Células/ $\mu$ L, con una desviación estándar de  $\pm$  642,40 y por último el paciente categorizado como (A3), presentando un conteo de Linfocitos T CD8 de 1082 Células/ $\mu$ L, finalmente en lo que respecta a la Carga Viral todos los grupos (A1, A2, A3) se encontraban con valores de carga viral comprendidos entre (<50 y <20) copias de ARN. Estos resultados se expresan en el (Tablas 1, 2, 3).

**Tabla 1**

*Distribución de CD4, CD8 y Carga viral (A1)*

| Carga Viral | Contaje CD4 | Contaje CD8 | Clasificación |
|-------------|-------------|-------------|---------------|
| <50         | 1052        | 365         | A1            |
| <20         | 910         | 1318        | A1            |
| <20         | 615         | 959         | A1            |
| <50         | 679         | 418         | A1            |
| 149353      | 500         | 2000        | A1            |
| <20         | 1301        | 1369        | A1            |
| <20         | 691         | 771         | A1            |
| Promedio    | 821,14      | 1028,57     |               |
| Desviación  | 281,14      | 581,33      |               |

**Nota:** distribución de CD4, CD8 Y CARGA VIRAL para categoría (A1), en pacientes VIH que presentaron complicaciones postquirúrgicas Postgrado de Cirugía Bucal/UCV.

**Tabla 2**

*Distribución de CD4, CD8 y Carga viral (A2)*

| Carga Viral | Contaje CD4 | Contaje CD8 | Clasificación |
|-------------|-------------|-------------|---------------|
| 63          | 255         | 1815        | A2            |
| <20         | 396         | 306         | A2            |
| <200        | 365         | 876         | A2            |
| <20         | 405         | 679         | A2            |
| Promedio    | 355,25      | 919,00      |               |
| Desviación  | 68,99       | 642,40      |               |

**Nota:** distribución de CD4, CD8 Y CARGA VIRAL para categoría (A2), en pacientes VIH que presentaron complicaciones postquirúrgicas Postgrado de Cirugía Bucal/UCV.

**Tabla 3**

*Distribución de CD4, CD8 y Carga viral (A3)*

| Carga Viral | Contaje CD4 | Contaje CD8 | Clasificación |
|-------------|-------------|-------------|---------------|
| <50         | 180         | 1082        | A3            |

**Nota:** distribución de CD4, CD8 Y CARGA VIRAL para categoría (A3), en pacientes VIH que presentaron complicaciones postquirúrgicas Postgrado de Cirugía Bucal/UCV.

De acuerdo al hemograma de los 12 pacientes atendidos con la finalidad de poder observar alguna alteración hematológica, se obtuvo un promedio de Hemoglobina de 14,46 Mg/dl, un promedio de Hematocrito de 43,05%, promedio de Volumen Corpuscular Medio de 93,36 fL, Hemoglobina Corpuscular Media 31,31 pg, Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media de 32,88 g/dl, y el valor promedio de las plaquetas estuvo en 259,25 x103/ul. Por último se evaluó el valor de los neutrófilos obteniendo un promedio de 54,08%. Estos resultados no expresan datos estadísticamente significativos.

**Tabla 4**

*Distribución según hemograma*

| Hemoglobina | HCT   | VCM   | HCM   | CHCM  | Plaquetas | Neutrófilo |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-----------|------------|
| 14,26       | 43,05 | 93,36 | 31,31 | 32,88 | 259,25    | 54,08      |

**Nota:** Distribución según Hemograma, en pacientes VIH que presentaron complicaciones postquirúrgicas Postgrado de Cirugía Bucal/UCV.

## DISCUSIÓN

Con de un total de 12 pacientes y de 40 procedimientos quirúrgicos, los resultados obtenidos en la presente investigación llevan a reflejar que los pacientes que se encuentran bajo la infección por el VIH/SIDA, responden de igual forma al ser intervenidos quirúrgicamente, como un paciente que no presente la infección por el virus.

De igual manera se permite observar en primer lugar, que la mayoría de los pacientes VIH/SIDA, son del género masculino representando un 83% con respecto al género femenino con un 17%, y con una relación de 5:1. Estos resultados coinciden con los hallazgos de la literatura consultada: Urdaneta et al. (2005), Bravo et al., (2006), ambos estudios realizados en Venezuela, entre otros consultados, donde concluyen que la distribución de la población estudiada por género, demostró que el 81% de los individuos VIH/SIDA corresponden al género masculino y el 18,7% al femenino, con una relación Hombre/Mujer de 4:1.

De acuerdo a los resultados obtenidos en cuanto a la distribución por edad, coinciden de igual manera con el estudio realizado por Adeyemo et al., (2006), donde en su investigación realizada en España en un estudio prospectivo y con una totalidad de 311 pacientes, observaron que el promedio de edad fue de 35 años, con un rango de 20-55 años. Resultados similares también se arrojaron en estudios como los realizados por VIH/SIDA en Venezuela (AVESA-ACCSI, 2015), en cuyo análisis epidemiológico se establece que el género masculino prevalece ante el femenino en una relación 4:1, y que la población más prevalente se encontraba entre la 4ta y 5ta década de vida, sin embargo, argumentan que existe un incremento de los casos del VIH en la población femenina durante los últimos años.

Como se destaca en la literatura el conteo de las células CD4+ y la carga viral han sido utilizados en los últimos años como los exámenes de laboratorio más importantes para evaluar la evolución de la enfermedad.

De igual manera la literatura reporta varios estudios cuyo propósito fundamental es establecer una correlación entre la prevalencia de manifestaciones bucales, complicaciones post-quirúrgicas, con los parámetros de laboratorio como lo son el conteo de las células CD4+ y la carga viral en plasma de pacientes con VIH/SIDA.

Aunque los resultados obtenidos en este estudio no fueron estadísticamente significativo, en lo que respecta a la distribución de acuerdo a las categorías (A1, A2, A3), las únicas complicaciones observadas fueron 2 hemorragias a las 24 horas, las cuales representaron el 17% y 1 osteítis alveolar a la semana post-quirúrgica, coincidiendo con estudios realizados por Dodson (1997), en su investigación realizada en Atlanta en su estudio titulado como factores predictores de complicaciones postextracción en pacientes VIH+, donde se observó de una población de 76 pacientes que participaron en la investigación, nueve pacientes se quejaron del dolor postoperatorio persistente; cinco pacientes tenían evidencia de la cicatrización de heridas retrasada; dos pacientes tenían infecciones locales de la herida; y dos pacientes fueron diagnosticados con alveolitis localizada. También concluye que hubo una relación inversa entre el recuento de Linfocitos T CD8 y las complicaciones postextracción; observando que cuanto mayor es el recuento de Linfocitos T CD8, menor el riesgo de complicaciones post-quirúrgicas. Basado en esta investigación se puede argumentar y por ende coincidir que el valor de los Linfocitos T CD8 en la población evaluada en este estudio se encontraba en una relación inversa con respecto a las complicaciones que se presentaron.

De igual manera estudios como el realizado por Robinson et al., (1992) en el resultado de su investigación realizada en Inglaterra, sugieren que la incidencia de osteítis alveolar en los hombres con infección por el VIH es comparable a la incidencia en la población general.

A pesar de no ser objetivo del presente estudio por otro lado fueron evaluados los exámenes preoperatorios de los pacientes con la finalidad de correlacionar el hemograma de la población estudiada con respecto a las posibles complicaciones que se pudieran presentar, y de acuerdo a esto se obtuvo que de los pacientes que presentaron dichas complicaciones los mismos se encontraban con valores hematológicos dentro de los parámetros normales en lo que respecta a hemoglobina, HCT, VCM, HCM, CHCM, plaquetas, neutrófilos, pt y ptt, no arrojándose una correlación directa entre los valores obtenidos con respecto a las complicaciones.

Sin embargo, estudios demuestran que la anemia es una alteración común en la infección por VIH y de su tratamiento, así como también la trombocitopenia y la neutropenia. De acuerdo a los valores obtenidos por el presente estudio (Tabla 4), los valores promedios expresados se encontraron dentro de los parámetros no presentando anemia, trombocitopenia o neutropenia en la población estudiada.

La mayoría de los estudios han evaluado a la Zidovudina, la cual posee la capacidad de generar toxicidad medular y pueden producir o empeorar las alteraciones hematológicas en estos pacientes, demostrando efecto que tiene en disminuir el conteo plaquetario, pudiendo generar así un conjunto de complicaciones pre y post-quirúrgicas, de acuerdo a esto se evaluó el tratamiento con antirretrovirales en la población estudiada, encontrando que sólo un paciente estaba bajo tratamiento con Zidovudina, Lamivudina y Combivir, resultando ser el paciente que presentó osteítis alveolar. Sin embargo, los valores hematológicos estaban dentro de los parámetros de normalidad.

De igual forma se coincide con los resultados obtenidos por Dodson (1998) y Glick et al., (1994), donde argumentan que los pacientes VIH/SIDA, responden de igual forma que un paciente inmunocompetente, y por ende el riesgo de padecer complicaciones postquirúrgicas es reducido, claro está que a medida que aumente el grado de inmunosupresión el paciente estará expuesto a presentar cualquier complicación.

En lo que respecta a la Carga Viral de los pacientes estudiados, todos se encontraban indetectables arrojando rangos entre <50 y <20 copias de ARN (Tabla 1,2,3), lo que puede sugerir que gracias a la TARGA, no solo se disminuye la replicación viral sino que también se reduce al mínimo las complicaciones que los pacientes VIH/SIDA pueden presentar. Estudios como el de Schmidt-Esthausen et al., (2000), en Philadelphia, en una población de 331 pacientes, observaron que un 63% de los pacientes bajo TARGA mostraron niveles bajos de replicación viral; mientras que en sujetos sin tratamiento esta se ubicó entre 10.000-49.000 copias/mm<sup>3</sup>, por ende esos pacientes eran menos susceptible a infecciones oportunistas, virales y otras.

## CONCLUSIONES

La infección por VIH/SIDA, representa indudablemente un problema de salud pública, por lo que el Estado debe diseñar e implementar políticas que permitan garantizar el derecho a la salud, y en consecuencia, el derecho a la vida de todas las personas que actualmente viven con dicha condición.

Los resultados coinciden con los reportes de la literatura por lo que se puede concluir que el paciente que se encuentra bajo la inmunosupresión por VIH/SIDA, es un paciente que puede responder de igual forma como uno inmunocompetente, y que su grado de afección sistémica será lo que determinará el riesgo de presentar o no alguna complicación desde el ámbito quirúrgico.

De igual manera, aunque los resultados arrojados en el hemograma de los pacientes y su relación con las complicaciones presentadas no fueron estadísticamente correlacionables se puede argumentar que gracias a la terapia antirretroviral de alta eficacia, es que el paciente podrá responder de manera satisfactoria pudiendo así controlar la enfermedad y por ende mejorar la calidad de vida.

Es importante acotar que un paciente VIH/SIDA requiere de las mismas atenciones que un paciente inmunocompetente es por ende que el profesional de la salud debe estar capacitado y de igual forma puede brindar la atención a los mismos, lo que se quiere es llevar a la reflexión de que no se debe discriminar a este tipo de pacientes y recordar que en muchas oportunidades los odontólogos son los primeros profesionales en hacer el diagnóstico de VIH/SIDA, en pacientes los cuales desconozcan de su condición.

## REFERENCIAS

- Adeyemo, W. L., Ladeinde, A. L., & Ogunlawe, M. O. (2006). Clinical evaluation of post-extraction site wound healing. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 7(3).
- Bravo, I. M., Correnti, M., Escalona, L., Perrone, M., Brito, A., Tovar, V., et al. (2006). Prevalencia de lesiones bucales en pacientes HIV+, relación con conteo de Células CD4 y carga viral en una población Venezolana. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 11(1).
- Carey, J. C., & Dodson, T. B. (2001). Hospital course of HIV-positive patients with odontogenic infection. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 91(1).
- Cordeiro, N., & Taroco, R. (2008). Retrovirus y VIH. En *Temas de Bacteriología y Virología Médica*, Departamento de Bacteriología y Virología (pp. 449-476). Montevideo.
- Dávila, M. E., & Gil, M. (2007). Nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de vih/sida. *Acta Odontológica Venezolana*, 45(2), 234-239.
- Dodson, T. B. (1997). Predictors of postextraction complications in HIV-positive patients. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 84(479).
- Dodson, T. B. (1998). The risk of serious odontogenic infections in HIV-positive patients: A study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 86(406-409).
- Glick, M., Abel, S. N., Muzyka, B. C., & DeLorenzo, M. (1994). Dental complications after treating patients with AIDS. *Journal of the American Dental Association*, 125(3).
- Greenspan, J. S. (1997). Sentinels and signposts: The epidemiology and significance of the oral manifestations of HIV disease. *Oral Diseases*, 3(1).
- Hoekmman, P., Van de Perre, P., Kanyamibwa, J., Kwisanga, B., Bogaerts, J., & Kanyamibwa, F. (1991). Increased frequency of infection after open reduction of fractures in patients who are seropositive for human immunodeficiency virus. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 73(5).
- Instituto Nacional de Seguridad y Higiene en el Trabajo. (2014, septiembre). Virus de inmunodeficiencia humana. Databio.
- Organización Mundial de la Salud. (2015, noviembre). VIH/SIDA. (Nota Descriptiva No. 360). Nota de Prensa.
- Pinzón, E., Bravo, S., Méndez, F., Clavijo, G., & León, M. (2008). Prevalencia y factores relacionados con la presencia de manifestaciones orales en pacientes con VIH/SIDA. *Colombia Médica*, 39(4).
- Ranganathan, K., Umadevi, M., & Saraswathi, T. R. (2004). Oral lesions and conditions associated with human immunodeficiency virus infection in 1000 South Indian patients. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 33(4).
- Robinson, P. G., Cooper, H., & Hatt, J. (1992). Healing after dental extractions in men with HIV infection. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 74(426-430).
- Rosenberg, R., Schneider, K. L., & Cohen, N. L. (1985). Head and neck presentations of acquired immunodeficiency syndrome. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, 93(6).

Schiodt, M., & Pindborg, J. J. (1987). AIDS and the oral cavity: Epidemiology and clinical oral manifestations of human immune deficiency virus infection: A review. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 16(1).

Schmidt, B. L., Kearns, G., Perrott, D. H., & Kaban, L. B. (1995). Infection following treatment of mandibular fractures in human immunodeficiency virus seropositive patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 53(10).

Schmidt-Esthausen, A., Priepke, F., Bergmann, F., & Reichart, P. A. (2000). Decline in rate of oral opportunistic infections following introduction of highly active antiretroviral therapy. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 29(7).

Tovar, V., Guerra, M., Albornoz, E., Lamberti, A., Ibarra, G., & Brito, A. (2002). Manifestaciones bucales e infecciones oportunistas más frecuentes encontradas en 208 pacientes con infección por VIH/SIDA. *Acta Odontológica Venezolana*, 40(3).

Urdaneta, B. M., Bernardoni, C., Arteaga, M., & Sotolongo, M. (2005). Manifestaciones bucales en pacientes VIH positivos y su relación con valores de linfocitos CD4. *Acta Odontológica Venezolana*, 45(2).

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) .