



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
DPTO. DE FORMACION INTEGRAL DEL HOMBRE  
INFORME DE INVESTIGACION**

**CONDICIONES CLINICAS Y BUCALES EN PACIENTES AGRICULTORES  
PORTADORES DE PARACOCCIDIOIDOMICOSIS CRONICA MULTIFOCAL.  
MUNICIPIO CARLOS ARVELO. PERIODO 2003-2004**

**Autores: Figuera M, Ma. Alejandra  
Goattache G, Alexandra A.**

**Tutor Metodológico:  
Lic. Maria Elena Labrador**

**Tutor Académico:  
Dr. Jorge Oliveros**

**VALENCIA, MARZO 2004**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
DPTO. DE FORMACION INTEGRAL DEL HOMBRE  
INFORME DE INVESTIGACION

### CARTA DE APROBACIÓN

*En carácter de tutores del trabajo final de Investigación Titulado “CONDICIONES CLINICAS Y BUCALES EN PACIENTES AGRICULTORES PORTADORES DE PARACOCCIDIOIDOMICOSIS CRONICA MULTIFOCAL. MUNICIPIO CARLOS ARVELO. PERIODO 2003-2004” presentado por las Bachilleres: Figuera M. Maria Alejandra y Goattache G. Alexandra A, considero que dicho trabajo de Investigación reúne los requisitos y méritos suficiente para ser aprobado y sometido a presentación publica y evaluación.*

*En la ciudad de Valencia, a los 11 días del mes de Marzo de 2005.*

---

**TUTOR DE CONTENIDO**

---

**TUTOR METODOLGICO**

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar damos Gracias a Dios por darnos salud y bendecirnos en cada momento de nuestras vidas.

A nuestros Padres quienes con todo su amor y comprensión nos han guiado y nos han dado todo el apoyo en nuestras vidas, y a su vez han compartido momentos difíciles y felices teniendo siempre una palabra de aliento en el momento preciso.

A todos nuestros familiares quienes nos han dado muchísimo amor y cariño y que en estos momentos nos llena de felicidad compartir con ellos en esta etapa de nuestra vida que hoy culmina.

Al Doctor Diego Di-liberti por habernos servido de guía para la realización de este proyecto y acompañarnos en nuestros primeros viajes a estos poblados donde desarrollamos nuestra investigación así como también a la Doctora Rosa Olivero de Briceño.

Al Doctor Jorge Oliveros GRAN AMIGO que no solo nos sembró la inspiración para realizar esta hermosa investigación sino que también nos ha servido de guía durante muchos años de nuestra carrera .

A la Licenciada Maria Elena Labrador por su tiempo, paciencia y dedicación a lo largo de la realización de este trabajo de investigación.

A todos mil gracias...

**MALE Y ALEX**

## DEDICATORIA

A Dios y a Los Ángeles por ser mis guías en cada momento de mi vida y nunca abandonarme.

Muy especialmente a mi Madre quien con mucho esfuerzo y dedicación me ha llevado a donde me encuentro hoy "TE QUIERO MUCHISIMO" Gracias por que sin ti no se que seria de mi vida.

A mi Abuelo Domingo que aunque no este en cuerpo presente se que su espíritu me acompaña muy feliz de ver que lo logre.

A mi amiga Male por que a compartido conmigo durante estos 5 años muchos tropiezos y juntas nos hemos podido levantar para así luego disfrutar de muchísimos momentos FELICES, (Amiga lo Logramos)...

Y a todas esas personas especiales que siempre han estado presente como Ángeles que iluminan mi camino.

**ALEXANDRA GOATTACHE**

En primer lugar doy gracias a dios por haberme dado salud, a mi ángel de la guarda quien me ha protegido durante estos 6 años viviendo lejos de mis padres.

Dedico especialmente mi trabajo a mis padres Maria Soledad y Porfirio quienes me han apoyado y se han esforzado durante toda mi carrera que hoy culmina y se que soy un gran orgullo para ellos, los amo sin limites, mil besos mami.

A mis hermanos Carlos Alberto y Maria Andreina quienes me han apoyado y aconsejado muchísimo durante toda mi vida. Hermanos son el mejor ejemplo de mi vida.

A mis primas Carolina, Adrianita y Thamara quienes han compartido y ayudado en todos mis momentos difíciles y felices, las amo porque son mis hermanas, al igual que mis tías y tíos, todos son mis grandes amigos.

A todos mis amigos quienes han estado durante toda mi carrera compartiendo, luchando, aprendiendo, y viviendo todos los bellos momentos de la universidad, en especial a mi compañera de tesis y gran amiga Alex por soportar mi carácter y estar siempre cuando la necesito, a todos mil besos...

**MA. ALEJANDRA FIGUERA**

## INDICE

|                                     | Pág.        |
|-------------------------------------|-------------|
| <b>AGRADECIMIENTOS</b>              | <b>iii</b>  |
| <b>DEDICATORIA</b>                  | <b>iv</b>   |
| <b>LISTA DE CUADROS Y GRAFICOS</b>  | <b>vii</b>  |
| <b>RESUMEN</b>                      | <b>viii</b> |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>                 | <b>1</b>    |
| <br>                                |             |
| <b>CAPITULO I: EL PROBLEMA</b>      |             |
| Planteamiento del problema          | 2           |
| Formulación del problema            | 4           |
| Objetivo general                    | 5           |
| Objetivos específicos               | 5           |
| Justificación de la investigación   | 5           |
| <br>                                |             |
| <b>CAPITULO II: MARCO TEORICO</b>   |             |
| Antecedentes                        | 7           |
| Bases teóricas                      | 12          |
| Agente etiológico                   | 13          |
| Fuente de infección                 | 15          |
| Vía de penetración                  | 15          |
| Periodo de incubación               | 16          |
| Sexo y edad                         | 16          |
| Patogenia                           | 17          |
| Sintomatología                      | 18          |
| Diagnostico                         | 18          |
| Alteraciones radiológicas           | 21          |
| Inmunidad                           | 21          |
| Formas clínicas                     | 22          |
| Paracoccidioidomicosis Bucal        | 23          |
| Paracoccidioidomicosis en Venezuela | 24          |

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| Profilaxis y tratamiento       | 25 |
| Definición de términos básicos | 26 |
| Variables                      | 31 |

**Pág.**

**CAPITULO III: METODOLOGIA**

|   |    |
|---|----|
| Tipo y diseño de la investigación             | 33 |
| Población y muestra                           | 33 |
| Técnica e instrumento de recolección de datos | 34 |
| Validez y Confiabilidad                       | 34 |
| Procesamiento y análisis de datos             | 35 |
| Procedimiento                                 | 35 |

**CAPITULO IV: RESULTADOS**

|   |    |
|---|----|
| Presentación y Análisis de los resultados | 36 |
| Conclusión y recomendaciones              | 46 |
| Bibliografía                              | 48 |
| Anexos                                    | 49 |

## LISTA DE CUADROS Y GRAFICOS

| CONTENIDO   | Pág. |
|---|------|
| <b>CUADRO Y GRAFICO #1</b><br>Distribución de frecuencia de Paracoccidioidomicosis<br>Crónica Unifocal y Multifocal según formas clínicas del<br>total de pacientes agricultores portadores de Paracoccidioidomicosis<br>Crónica Multifocal en el periodo 2003-2004 | 37   |
| <b>CUADRO Y GRAFICO #2</b><br>Distribución de frecuencia de según la edad en los pacientes<br>agricultores portadores de Paracoccidioidomicosis Crónica<br>Multifocal en el periodo 2003-2004   | 38   |
| <b>CUADRO Y GRAFICO #3</b><br>Distribución de frecuencia relacionada con medidas de<br>protección usadas por los pacientes agricultores portadores<br>de Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal<br>en el periodo 2003-2004                                       | 39   |
| <b>CUADRO Y GRAFICO #4</b><br>Distribución de Frecuencia según antecedentes<br>Epidemiológicos de los pacientes agricultores portadores<br>de Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal en el<br>periodo 2003-2004  | 40   |
| <b>CUADRO Y GRAFICO #5</b><br>Distribución de frecuencia de alteraciones en tejidos<br>duros según examen clínico en pacientes<br>agricultores portadores de Paracoccidioidomicosis<br>Crónica Multifocal en el periodo 2003-2004                                   | 41   |
| <b>CUADRO Y GRAFICO #6</b><br>Distribución de frecuencia de localizaciones<br>orales en pacientes agricultores portadores<br>de Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal<br>en el periodo 2003-2004  | 42   |
| <b>CUADRO Y GRAFICO #7</b><br>Distribución de frecuencia según hábitos negativos<br>en pacientes agricultores portadores de Paracoccidioidomicosis<br>Crónica Multifocal en el periodo 2003-2004.   | 43   |
| <b>CUADRO Y GRAFICO #8</b><br>Distribución de frecuencia según serología por<br>inmunodifusion DDA en pacientes agricultores portadores<br>de Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal   | 44   |
| <b>CUADRO Y GRAFICO #9</b><br>Distribución de frecuencia por sexo en pacientes<br>agricultores portadores de Paracoccidioidomicosis<br>Crónica Multifocal   | 45   |

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
DPTO. DE FORMACION INTEGRAL DEL HOMBRE  
INFORME DE INVESTIGACION**

**CONDICIONES CLINICAS Y BUCALES EN PACIENTES AGRICULTORES  
PORTADORES DE PARACOCCIDIOIDOMICOSIS CRONICA MULTIFOCAL.  
MUNICIPIO CARLOS ARVELO. PERIODO 2003-2004**

**Autores:** Figuera M, M<sup>a</sup>. Alejandra  
Goattache G, Alexandra A.

**Tutor Metodológico:**  
Lic. Maria Elena Labrador

**Tutor Académico:**  
Dr. Jorge Oliveros

**Fecha:** Marzo 2005

**RESUMEN**

La paracoccidioidomicosis, es una micosis profunda sistémica de curso sub.-agudo o crónico causada por el paracoccidioides brasiliensis, que afecta principalmente a hombres adultos que tienen contacto frecuente con la tierra, este hongo se encuentra en zonas tropicales, subtropicales y templadas, por ello Venezuela se encuentra entre los primeros países que poseen este hongo en sus tierras, siendo los estados mas afectados Carabobo, Lara, Monagas, Miranda y Aragua. El propósito de esta investigación fue colocar en evidencia la importancia de las lesiones bucales de esta enfermedad, porque así como Odontólogos podemos diagnosticar la presencia de la misma, ya que es en la boca donde conseguimos los signos más evidentes, llevando así el cambio de nombre de paracoccidioidomicosis crónica unifocal a paracoccidioidomicosis crónica multifocal. Esta investigación esta enmarcada en una modalidad descriptiva de campo. En esta caso realizamos una guía de observación la cual aplicamos a los pacientes atendido en el Municipio "Carlos Arvelo" del Estado Carabobo en el periodo 2003-2004, y de 42 pacientes atendidos, 21 resultaron padecer esta patología y 12 con esta forma Multifocal llevándonos así a la conclusión de que a pesar que en la bibliografía se habla que la infección inicial ocurre en los pulmones ( forma Unifocal) se evidencio con este estudio que la mucosa bucal es generalmente el sitio de lesiones primarias iniciándose una pequeña pápula o vesícula que pronto se ulcera, presentando característicos puntos hemorrágicos en el piso de la lesión; además de conseguir en estos pacientes gran índice de caries, ausencias dentarias, movilidad y alteraciones de posición, siendo la encía la zona mas afectada por esta lesión. También se pudo demostrar con esta investigación que es el sexo masculino de edades adultas (40-49 años) los mas afectados por esta enfermedad, aunado a esto se encontró la presencia de malos hábitos como el consumo de licor, chimo y tabaco.

**Descriptoros:** PARACOCCIDIOIDOMICOSIS, MULTIFOCAL, ENFERMEDAD ENDÉMICA, ENFERMEDAD MICOTICA, CENTRAL TACARIGUA.

## **CAPITULO I:**

### **EL PROBLEMA**

#### **Planteamiento del Problema.**

Las zonas rurales desde hace muchos años han sido desatendidas de diversas formas, en lo que respecta a vivienda, educación, servicios públicos, y entre ellos lo más importante han sido olvidados hasta a nivel de salud, dentro de lo que cuenta al mismo tiempo, su salud bucal.

Al parecer hasta el momento los gobiernos solo se preocupan por atender, "o tratar de atender" a las zonas urbanas, sin tomar en cuenta que esta parte de la población tiene el mismo nivel de importancia que los otros, y analizando un poco más la situación se podría decir que el campesino tiene mas necesidades que las personas que viven en las zonas urbanas, ya que ellos no cuentan con la educación necesaria para saber el tipo de alimentos que deben consumir relacionado con el gasto de energía que tienen, ya que ellos se dedican mayormente a la agricultura que es el sustento para sus necesidades, estas personas tampoco tienen los conocimientos de las enfermedades que actualmente prevalecen en la sociedad, siendo ellos mayormente expuestos ya que no utilizan ningún tipo de protección para prevenir algunas enfermedad.

Ahora bien, ubicándonos hacia la parte que nos corresponde, que es la salud bucal, gracias a este problema de desasistencia social que sufre esta parte de la sociedad, se decide tomar las riendas investigación enfocada directamente

en analizar las necesidades de salud bucal de estas personas y tomando en cuenta el aumento importante de las enfermedades infecciosas, un gran número producidas por los hongos, entre las cuales se encuentra la Paracoccidioidomycosis que es de gran interés ya que esta es una micosis profunda de naturaleza exógena, endémica, comprobándose su existencia en todo el territorio nacional. En Venezuela las áreas de mayor prevalencia, respecto a esta micosis se encuentra en los estados montañosos como los andinos, Lara, Yaracuy Carabobo, Aragua, Miranda, Distrito Federal, Zulia y Monagas. Esta micosis es de tipo granulomatosa que puede dar formas sintomáticas como una infección nicótica o formas de enfermedad con compromiso pulmonar primario y diseminación, especialmente en la mucosa bucal, nasal y en ocasiones en la mucosa gastrointestinal (Negróni, M 1999). El agente etiológico es Paracoccidioides Brasiliensis, un hongo dimorfo que todavía no se sabe si posee estado sexuado; su hábitat es en la naturaleza, especialmente en áreas boscosas de climas tropicales. El número de individuos infectados es mucho más elevado que el número de enfermos, la mayoría del sexo masculino, adultos y trabajadores rurales; actualmente también se encontró alta prevalencia de mujeres infectadas debido a que ellas por la situación del país han tenido que ayudar al hombre en el trabajo de las tierras.

Por esta gran problemática anexando las críticas condiciones bucales que presentan estas personas como caries, periodontopatías, traumas oclusales, enfermedades sistémicas y debido a que estas personas no se trasladan a las zonas urbanas donde pueden ser atendidos, por falta de tiempo, dinero e ignorancia, se ha decidido llegar hasta ellos, con la colaboración de personas profesionales de la salud se ha podido llegar directamente a su comunidad que es exactamente el estado Carabobo Municipio Carlos Arvelo en la zona sur del Lago de

Valencia el cual limita: al norte con el Municipio Valencia y el Lago de Valencia, el sur con el Distrito Valencia y el Estado Guarico, al este con el Estado Aragua y al oeste con el Municipio Valencia; teniendo como principales poblaciones Guigüe, Belén, Tacarigua, el Trompillo y Manzanillo, para poder analizar desde su nivel de vida hasta cualquier tipo de manifestación bucal que puedan presentar.

Los profesionales de la salud bucal deben ahora tomar en cuenta la posibilidad de la presencia de una enfermedad micótica sistémica al observar ulceraciones crónica, infección crónica de los senos maxilares, o lesiones bucales idiopáticas e inusuales, sobre todo en paciente inmunosuprimidos, con desordenes linfoproliferativos o diabéticos, o también en aquellos que viven en áreas endémicas. El diagnóstico y manejo clínico de los pacientes con lesiones micóticas sistémicas deben ser hecho multidisciplinariamente ya que pueden estar involucrados los pulmones y otros órganos importantes además de la cavidad bucal.

### **Formulación del Problema**

¿Cuáles son las características y condiciones clínicas bucales de los pacientes agricultores del municipio Carlos Arvelo que padecen de Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal?

### **Objetivos de la Investigación**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

Diagnosticar las condiciones clínicas y bucales en pacientes agricultores del Municipio Carlos Arvelo que padezcan de Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal periodo 2003 -2004

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Describir las patologías bucales presentes en la muestra seleccionada.
- Evaluar la conducta de los agricultores en su sitio de trabajo en cuanto a medidas de protección para evitar el contacto con el hongo.
- Evaluar la frecuencia de Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal según la edad de los pacientes.
- Evaluar la frecuencia de Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal según los hábitos negativos de los pacientes.
- Evaluar la frecuencia de Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal según serología por inmunodifusión DDA en los pacientes.
- Evaluar la frecuencia de Paracoccidioidomicosis Unifocal y Multifocal según formas clínicas del total de pacientes enfermos estudiados.
- Evaluar la frecuencia de localizaciones orales en pacientes con Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal.

### **Justificación**

Se decidió realizar esta investigación sobre la Paracoccidioidomicosis Multifocal, al ver las diversas necesidades que presentan estas poblaciones rurales ya que no cuentan con el conocimiento de las afecciones que pueden presentarse a nivel bucal y general, al ignorar el tipo de zona donde viven y laboran ya que es un lugar de alto riesgo por poseer este hongo en sus tierras por ser zona endémicas, aunado a esto el hecho de que trabajan sin ningún tipo de protección.

Y también, es alarmante la gran desasistencia Médico-Odontológica que ayuda a la proliferación y evolución de distintas patologías bucales y generales que coadyuvan con esta enfermedad al no ser tratadas a tiempo.

Con esto se obtendrán datos estadísticos reales de la gran problemática que presentan estas zonas endémicas, que forman parte de nuestro país, para así poder generar un plan de acción donde se les pueda brindar asistencia Médico – Odontológica, y educación para la prevención de esta patología (Paracoccidiodomicosis Multifocal) que cada día va tomando más dimensión, a demás de poder solventar algunos otros problemas que no por ser de menor magnitud son menos importantes, como caries, periodontopatias, problemas de ATM entre otros, y de esta manera mejorar las condiciones físicas y bucales de estos pacientes.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **Antecedentes de la investigación:**

A continuación se procede a presentar un conjunto de investigaciones ya desarrolladas las cuales guardan relación con el presente objeto de estudio.

Un trabajo realizado por Di-Liberti, D; Olivero, R; Sánchez, C; Lugo, Rl. (2002), titulado; Características Clínicas y Radiológicas de “Manifestaciones Orales

en 15 casos de Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal 2000 – 2002”. Tiene como Objetivo General Presentar las características Clínicas-Radiológicas orales de 15 casos con diagnóstico de Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal (PCM) de un total de 18 pacientes con (P), diagnosticados en el laboratorio de micología del CIMBUC, para ser desarrollado a través de una investigación de tipo descriptiva.

Una vez desarrollada la investigación se llegó a las conclusiones siguientes:

La Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal (PCM) es una micosis profunda sistémica que entre sus manifestaciones resaltantes produce en su forma (PCM) alteraciones importantes de la cavidad bucal que pueden llevar al paciente a la consulta odontológica, por lo que este profesional debe estar actualizado en esta patología para que realice un diagnóstico precoz de esta forma clínica evitando graves consecuencias a estos pacientes.

Otro estudio realizado por la Prof. Falotico, G, Profesor Asociado; Prof. Tirado, M; Profesor Asociado (2000) y “Conocimiento que poseen los odontólogos de las zonas endémicas del Estado Carabobo sobre Paracoccidioidomicosis”. En dicho trabajo tiene como Objetivo General; Determinar el conocimiento que poseen los odontólogos de las zonas endémicas del Estado Carabobo en relación con la Paracoccidioidomicosis, para ser desarrollado a través de una investigación de tipo descriptiva.

Una vez desarrollada la investigación se llegó a las conclusiones siguientes:

1. Los Odontólogos encuestados, conocen parcialmente la etiología de la enfermedad, ya que pocos recuerdan que no es transmisible de persona a persona, ni por animales u objetos y secreciones contaminadas.

2. En relación a los aspectos demográficos, existe conocimiento en cuanto al sexo, ocupación y grupo etario mas afectado, pero pocos conocen el hábitat del hongo.
3. Respecto al diagnostico existe deficiencia en los métodos mas eficaces para diagnosticar la enfermedad.
4. Sobre las lesiones bucales de la enfermedad solo algunos encuestados, conocen que el raspaje y observación microscópica de lesiones, es importante para el diagnostico.
5. Pocos encuestados conocen las características de tales lesiones, aunque identifican las ulceraciones granulomatosas bucales como las lesiones típicas de la Paracoccidioidomicosis Multifocal.
6. La mayoría de los encuestados piensa más en una periodontitis que en Paracoccidioidomicosis Multifocal, pese a estar en zona endémica de la infección.
7. La mayoría encuestada, consideran necesario remitir al medico internista aquel paciente del cual se sospeche de Paracoccidioidomicosis Multifocal.
8. Pocos informantes saben que el tratamiento es a base de antimicóticos.
9. Finalmente, casi la mitad de los encuestados, desconocen la fatalidad a que puede llevar la enfermedad si esta no es tratada oportunamente.

También Maldonado, B(2001), en un estudio titulado “Respuesta inmune en Paracoccidioidomicosis”. Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología, v.21 n.2 Caracas jul.

Una vez desarrollada la investigación se llegó a las conclusiones siguientes:

Se han revisado trabajos relacionados con la respuesta inmune, utilizando como modelo animal el ratón. Ratones nude, B10.A , A/Sn, sensibles y resistentes a la infección con Pb respectivamente, ratones silvestres, knockout y otros han sido empleados para estudiar la respuesta inmune en la Paracoccidioidomicosis. Está bien establecido que, en los ratones, la resistencia o la susceptibilidad a la enfermedad está bajo estricto control genético.

Como ha sido conocido desde hace mucho tiempo, la ruta de inoculación influye en el resultado de la respuesta inmune; los mecanismos básicos que determinan esta diferencia son pobremente entendidos. Basados en esta premisa, la investigación de la infección del Pb por diferentes rutas de inoculación puede proveer información que podría clarificar los mecanismos que refuerzan las condiciones de adaptación, los cuales pueden o no resultar en el estado de parasitismo. He aquí el porqué los investigadores han empleado diversas vías de inoculación: intratraqueal, subcutánea, intraperitoneal, nasal y otras. Como en otras micosis profundas, la inmunidad mediada por células ha sido descrita como el mecanismo de defensa más importante contra Paracoccidioides Brasiliensis; sin embargo; las formas agudas de la enfermedad están asociadas con una depresión de la respuesta inmune celular, altos niveles de anticuerpos específicos y disfunción de las células asesinas naturales (NKC).

Como fue mencionado anteriormente, la inmunidad a Pb parece ser estrictamente un fenómeno mediado por células. Las células fagocíticas son importantes, pero

parecen no ser capaces de eliminar el Pb, a menos que sean activados por el INF-g. La típica formación del granuloma, con células T formando un manto periférico alrededor de agregados de macrófagos, como es observado en otras enfermedades donde la protección conocida es mediada por células, es vista en secciones patológicas de paciente inmunocompetentes. Los macrófagos centrales son rápidamente transformados en células epitelioides. Citoquinas, TNF y enzima convertidora de angiotensina han sido detectadas en altos niveles en la sangre de pacientes con PCM. Lípidos u otros componentes citoplasmáticos de Pb pueden ser responsables de iniciar los granulomas.

Es claro que la inmunidad mediada por células (IMC) es una parte integral del proceso de la enfermedad durante las infecciones crónicas en humanos o en modelos animales. Una serie de anomalías, no todas directamente relacionadas con la IMC, han sido descritas en pacientes con esta enfermedad.

Éstas incluyen: incremento del número de células CD8+ y células naturales asesinas (NKC); activación de células policlonales B, permitiendo un incremento de los niveles de IgG, IgE e IgA; reducción del número total de linfocitos T; energía cutánea a los antígenos de Pb; y, finalmente, deterioro de la habilidad de los linfocitos de responder a ensayos in Vitro .

Si se conocen los mecanismos de comunicación y regulación del sistema inmune, y se toman en consideración la respuesta inmune positiva y negativa, podrían desarrollarse útiles modificaciones de la respuesta inmune biológica. Estos

modificadores podrían alterar la respuesta del huésped durante la infección (inmunoterapia) o inducir una respuesta protectora (inmunoprofilaxis).

Otro estudio realizado por Zuño, A (2002), titulado “Aspectos clínicos de la Blastomicosis sudamericana (Paracoccidioidomicosis) en el Perú”.

Una vez desarrollada la investigación se llegó a las conclusiones siguientes:

En esta revisión se presentan las características más notorias del cuadro clínico de la Blastomicosis sudamericana en el Perú, tomando como fuente informativa el trabajo del año 1971 (VII Congreso Ibero Latinoamericano de Dermatología, realizado en Caracas, Venezuela) que presentó la mayor casuística publicada hasta la actualidad en nuestro medio totalizando 111 casos al recopilar la información de Pesce H., desde el año 1937 hasta 1965, con 71 casos, y la nuestra con 40 casos nuevos del Servicio Académico Asistencial de Dermatología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el hospital Dos de Mayo de Lima, estudiados hasta el año 1971. Con esta casuística se analizan la distribución geográfica, edad, sexo, ocupación, evolución clínica, aspectos y formas clínicas de esta enfermedad.

### **Bases Teóricas**

La Paracoccidioidomicosis es una micosis granulomatosa profunda de origen exógeno, endémica en varios países de América del Sur y Central. Igual que la histoplasmosis, se manifiesta en el ser humano y es rara en animales silvestres.

Como en otras micosis profundas no existe el contagio; el hecho de que varias personas de la misma familia o que trabajan juntos padezcan la enfermedad, no quiere decir transmisión interhumana, sino que todos adquieren la enfermedad de la misma fuente de infección. ( NEGRONI, M 1999).

Las micosis profundas representan un grupo de enfermedades producidas por determinado grupo de hongos que tienen la capacidad de afectar órganos internos y piel, teniendo como vía de entrada la inhalatoria y por esta vía diseminarse a otros órganos internos; de acuerdo a esto se clasifican en micosis profundas sistémicas, entre las cuales se encuentran la Paracoccidioidomicosis, histoplasmosis, coccidioidomicosis, y la criptococosis, las cuales tienen como puerta de entrada la vía inhalatoria, pudiendo llegar el hongo hasta el pulmón y de allí diseminarse a cerebro, piel, ganglio linfáticos y huesos. (RAMOS Y SIERRA, 1998).

## **AGENTE ETIOLOGICO**

El agente etiológico es *Paracoccidioides Brasiliensis*, un hongo dimorfo que todavía no se sabe si posee estado sexuado.

Ha sido muy difícil obtener el cultivo de la fase saprofitica. No obstante, por la distribución de los casos de individuos infectados y enfermos se tenía la certeza de su hábitat en la naturaleza, especialmente en áreas boscosas, de climas tropicales y subtropicales con abundante régimen de lluvias. (NEGRONI, M 1999)

Este hongo se caracteriza por un desarrollo micelial y levaduriforme que microscópicamente puede ser difícil de diferenciar del descrito para *H. Capsulatum*. El aspecto macroscópico del cultivo micelial de *P. Brasiliensis* se caracteriza únicamente por presentar un menor desarrollo filamentosos y colonias más coriáceas.

Desde el punto de vista microscópico, las diferencias son más notables. Por una parte, en el cultivo micelial solo se observan hifas tabicadas con raros conidios aislados y no aparecen las clamidosporas señaladas previamente. El cultivo levaduriforme permite observar las levaduras poligemantes con base de implantación estrecha, que han sido denominadas por esta razón como en < rueda de timón >. Estas mismas levaduras son las que se observan en las lesiones producidas durante la infección. (LIEVANA, J 1997)

Por su parte, NEGRONI MARTA (1999) expresa que el hongo en su fase parasitaria se ve un talo unicelular grande (de 10 a 40 Mm) con pared celular de doble contorno y con brotación múltiple. No siempre es posible ver el aspecto típico, comparable con una rueda de timón, es más común visualizar cadenas de tres elementos, célula madre y dos brotes.

En los cultivos a 37 °C, en medios enriquecidos como agar sangre o agar infusión de cerebro corazón (agar BHE), después de 14 días a un mes de incubación se observa un desarrollo de tipo plegado ( de aspecto cerebriforme) de consistencia pastosa y color blanco amarillento.

La fase saprofítica es filamentososa y carece de elementos particulares que permitan su identificación. Solo es posible ver un micelio hialino, ramificado y tabicado con clamidosporas y conidios indistinguibles de los de otros hongos.

En los cultivos en agar miel e incubados a 28 °C crecen colonias muy pequeñas que con el tiempo se presentan vellosas y de color blanco grisáceo.

### **FUENTE DE INFECCION**

Se supone que la fuente de infección es la tierra vecina a los cursos de agua dulce. Los elementos infectantes son los conidios que se vehiculizan por el aire en las zonas endémicas. (NEGRONI, MARTA 1999)

Tocino y Cols (1999), expresan que el desarrollo del hongo se favorece en zonas donde la temperatura media anual oscilan entre 20 y 24 °C, de promedio pluviométrico anual entre 800 y 1500 mm y que se encuentran situadas entre el nivel del mar y los 2000 metros de altitud, considerando que los suelos donde se encuentra el hongo en su fase filamentososa son, casi siempre, ricos en sustancias orgánicas, de ph ácido y aptos para la agricultura o las explotaciones forestales. Debido a estas condiciones donde se desarrolla el hongo se observa que la Paracoccidioidomicosis ocurre principalmente en trabajadores y profesionales del medio rural. (Brooks y Cols 1996)

Otro punto importante desde el punto de vista de epidemiología es el hospedero ya que además del hombre se conoce la invasión tisular en el armadillo. (Di-Liberti, D 2000-2002)

### **VIA DE PENETRACION**

Es sin lugar a dudas la inhalatoria, pese a que en un tiempo se creía que el microorganismo podía penetrar por medio de un traumatismo. La infección a través de la piel o las mucosas ha sido descartada. (Negroni, M 1999)

### **PERIODO DE INCUBACION**

Cuando la persona ha nacido en el área endémica y no se ha trasladado muchas veces es imposible establecer el periodo de incubación.

Sin embargo, dado el prolongado periodo de generación que tiene el hongo, se supone que dura entre un mes y varios años. Hay enfermos en los que la dolencia se ha hecho evidente luego de 30 años de haber abandonado el área endémica. (Negroni, M 1999)

### **SEXO Y EDAD**

Brooks y Cols (1996), expresan que las manifestaciones de enfermedad son mas frecuentes en varones pero que la infección ocurre del mismo modo en ambos sexos, sin embargo señalan Tocino y Cols (1999) que el hecho de que ocurra mas en los varones (proporción 15:1) parece deberse a que los estrógenos de la mujer ejercen cierto grado de protección ante la acción del hongo.

Igualmente expresan estos autores que la Paracoccidioidomicosis se presenta en cualquier edad, pero que es más común entre los 30 y 50 años.

## **PATOGENIA**

Dado que hay un gran número de individuos infectados y los casos de enfermedad no son tantos es necesario que haya algún quebrantamiento del estado de las defensas del hospedero. El etilismo es una causa bastante importante de predisposición a esta enfermedad. (Negróni, M 1999)

Igual que en la histoplasmosis los conidios llegan a pulmón y allí se produce la primera infección que puede pasar inadvertida. Solo se la detecta por medio de intradermoreacción positiva con la paracoccidioidina. Si la infección evoluciona hacia la enfermedad esta puede adquirir diversas formas y seguir distintas evoluciones, según el estado del hospedero. (Negróni, M 1999)

Según Liébana, José (1997), El esquema patogénico es similar al descrito para *H. Capsulatum*, con un complejo primario pulmonar tras la inhalación respiratoria del hongo, seguido de una extensión posterior, fundamentalmente al área oral, donde provocan lesiones ulcerosas crónicas en la mucosa, lesiones ulceradas en la lengua y, a veces, lesiones ulceradas periorales. Otras extensiones pueden aparecer a nivel subcutáneo, preferentemente en la región cervical.

Las lesiones de la región naso-orofaríngea son la regla, siendo estas manifestaciones las que suelen llevar al paciente a la consulta por tratarse de lesiones visibles y molestosas para deglutir o masticar. El aspecto estético de las

lesiones de la piel nasolabial es otro motivo de consulta, así como pensar que padecen de una enfermedad maligna. (Negroni, M 1999)

## **SINTOMATOLOGIA**

Usualmente es asintomático, sobre todo en los periodos iniciales y en las formas pulmonares, pero puede existir diseminación del hongo y hacerse notable (Brooks y Cols 1996)

La sintomatología frecuente es la insuficiencia respiratoria, con disnea, tos con sangre o no (hemoptisis), y dolor en el pecho, aunque estos síntomas son muy variables de acuerdo al o a los órganos afectados. Algunos pacientes pueden presentar pérdida de peso, fiebre y debilidad general (Tocino y Cols 1999)

## **DIAGNOSTICO**

No difiere del que se debe practicar para diagnosticar una histoplasmosis. Se pueden obtener muestras por medio de biopsias, raspado y punción ganglionar, esputo lavado bronquial.

El método más rápido y al mismo tiempo eficaz para diagnosticar una Paracoccidioidomicosis es el examen microscópico en fresco. Si el material se obtuvo por biopsia, los cortes se pueden teñir con la técnica de PAS o con algún método argéntico, especialmente la técnica de Grocott con metenamina plata. (Liébana, J 1998)

**Serología:** Se realiza extracción de una muestra de sangre para el estudio serológico utilizando inyectadoras desechables, obteniéndose 12 cc de sangre por

punción venosa en el pliegue del antebrazo, previa limpieza con alcohol y secado, la sangre se coloca en tubos de ensayo rotulados y se transportan en condiciones adecuadas al laboratorio donde los tubos de la sangre el mismo día de su toma de muestra son sometidos a centrifugación para obtener los sueros con el fin de detectar en los mismos los anticuerpos específicos de la enfermedad. ( Di-liberti, D 2000-2002)

**De Hipersensibilidad Retardada:** Se realiza la prueba con Paracoccidioidina que consiste en inyectar 0.1 CC del extracto de la levadura en la cara ventral del antebrazo del paciente. Si la persona ha estado expuesta al hongo, hecho frecuente en las zonas endémicas, habrá reacción granulomatosa en la zona después de 72 horas de la inyección. Esto indica que el paciente esta hipersensibilizado al antígeno en cuestión.

La paracoccidioidina es un antígeno fabricado a partir de la fase levaduriforme o parasitaria del hongo y es la prueba mas importante que se ha utilizado para estudiar la epidemiología de esta enfermedad. (Albornoz, 1996) y (Negróni, 1999)

Por otro lado, Carmona y Cols (1997), afirman que esta prueba es de poca utilidad practica, salvo para el diagnóstico diferencial con ciertas formas clínicas cutáneas. Brooks y Cols (1996), Tocino y Cols (1999), exponen que este antígeno produce reacciones cruzadas con Histoplasmosis y Coccidioidomicosis y que es positiva solo en un 40-60% de los pacientes con diagnostico micologico.

A este respecto, Albornoz (1996), señala que en las áreas donde las condiciones ambientales son propicias para el desarrollo del hongo, los porcentajes de positividad a la paracoccidioidina son de hasta 60% en comparación al 6% de otras áreas.

**Estudio Micológico:** Examen directo y cultivo de esputos, se toma a los pacientes muestra de esputo y se procede de la siguiente manera:

- ✓ Examen Directo: Con solución salina fisiológica, KOH al 20% y azul de lactofenol, con el fin de visualizar el hongo al microscopio.
- ✓ Cultivo: En medio de Sabourad a temperatura ambiente y en agar sangre más Mycosel a 37°C en forma seriada durante 5 días.
- ✓ Estudio Radiológico: Se realiza estudio radiológico Rx de Tórax y Panorámica Bucal.
- ✓ Estudio Histopatológico: La forma de levadura del Paracoccidioides Brasiliensis, el hongo causal, es de gran tamaño 10-60 micras y muestra características de gemación múltiple en torno a una célula madre, dando lugar a la formación de una roseta fúngica o imagen de timón de barco. En cultivos, Paracoccidioides Brasiliensis se ve como crecimiento de esporas grandes de doble contorno que muestra múltiples brotes.

**Alteraciones Radiológicas:**

- ✓ Rx de Tórax: Nódulos solitarios debidos al Paracoccidioides Brasiliensis, cavidades múltiples redondas que respetan los vértices de hasta 2 centímetros de diámetro.

Rx Panorámica: Se puede observar la pérdida y la reabsorción ósea a nivel de las crestas alveolares en el sector antero superior y antero inferior de los maxilares, reducción de la altura ósea, aumento del ensanchamiento del ligamento periodontal. Zonas radiolucidas a procesos crónicos peri apicales, hiper cementosis a nivel de premolares mas en superiores que en inferiores, desviaciones de los ápices dentarios a consecuencia del problema periodontal ya instalado. Zonas de ausencia dentaria a consecuencia de las extracciones seriadas realizadas a estos pacientes. (Diego Di-liberti 2000-2002)

## **INMUNIDAD**

Se desconoce el grado de susceptibilidad del ser humano a la infección. En el curso de la enfermedad se aprecian anticuerpos fijadores del complemento, los cuales se elevan en las etapas de diseminación y desaparecen durante la fase de recuperación después del tratamiento. Se establece un estado alérgico en pacientes con resistencia a la afección, y uno alérgico en los estadios finales de ella. (Divo, 1997)

## **FORMAS CLINICAS**

- ✓ Paracoccidioidomicosis Infección: Afecta a individuos de ambos sexos, aparentemente sanos con residencia anterior o actual en zona endémica, con reacción intradérmica positiva.
- ✓ Paracoccidioidomicosis Enfermedad: Es una forma progresiva caracterizada por la presencia de signos y síntomas, relacionada con el compromiso de

uno o más órganos. De acuerdo a la forma clínica, edad del paciente, alteraciones pulmonares, presencia de enfermedades asociadas o contributorias, respuesta cutánea o títulos de anticuerpos, se divide en : A) Forma aguda o sub-aguda, (tipo juvenil), que afecta a niños, adolescentes y adultos jóvenes, de un corto periodo de incubación. Las lesiones mucocutáneas y pulmonares, son raras la sintomatología mas importante es la presencia de adenopatías superficiales cervicales, submaxilares, axilares, trastornos gastrointestinales, adenopatías abdominales y lesiones óseas. Su presencia en personas jóvenes sugiere fallas de las defensas orgánicas, por lo cual esta forma clínica no es considerada como débil y B) Forma crónica que afecta a los adultos después de los 30 años. Se han descrito periodos de incubación de más de 20 años. Puede invadir un órgano o varios y se divide por esto en Unifocal y Multifocal. En la primera el pulmón es el órgano mas afectado y donde en la mayoría de los casos permanece localizada por un periodo de tiempo bastante largo, como lo evidencia las extensas lesiones pulmonares, las cuales, al ser casi asintomáticas, no son diagnosticadas, permitiendo la diseminación de la enfermedad. La forma Multifocal se caracteriza por la presencia del hongo en distintos órganos y tejidos del hospedero, siendo una de las mas frecuentes, la localización en piel y mucosas, la cual en la mayoría de los casos permite hacer un diagnostico de la enfermedad.

Según el ataque al estado general, grado de invasión, estado de la inmunidad celular, titulo de anticuerpo, estas formas clínicas, se pueden clasificar en leves, moderadas y graves.

Todo esto fue obtenido de una investigación realizada en Colombia en el año 1986 por un grupo de expertos. (Albornoz 1996)

## **PARACOCCIDIOIDOMICOSIS BUCAL**

Más del 50% de las localizaciones extrapulmonares de esta enfermedad se manifiestan en la mucosa bucal. Puede haber distintas presentaciones. Se han visto casos de granulomas apicales y de periodontitis brusca con aflojamiento brusco de piezas dentaria. Las lesiones más llamativas son las ulcerosas, en las que se comprueba un fondo duro en el que se destaca un gran número de micro abscesos que alternan con puntos hemorrágicos. Esto le confiere un parecido con una mora, lo que hace que se la designe estomatitis moriforme.

El compromiso de los linfáticos provoca una forma clínica a nivel de los labios que recibe el nombre de labio trombiforme o boca de tapir. La cadena ganglionar del cuello esta afectada; en ocasiones los ganglios se ulceran o fistulizan y semejan una escrófula.

Como a demás de localizarse en los pulmones este hongo disemina a distintos órganos, entre ellos las glándulas suprarrenales, es posible observar manchas de color pizarra en la mucosa bucal.

Siempre que se este en presencia de lesiones como las que se han descrito deben indicarse radiografías dado que en gran número de casos la enfermedad afecta a los huesos, entre ellos los maxilares. (Negróni, M 1999)

## **PARACOCCIDIOIDOMICOSIS EN VENEZUELA**

El hongo tiene una distribución de Venezuela, las zonas propias para su desarrollo se encuentran en las Tropicales, Subtropicales y Templadas, abarcando el área endémica de los estados atravesados por la Cordillera de los Andes, Cordillera de la Costa, Macizo Guayanés y la Sierra de San Luis del Estado Falcón. La temperatura esta directamente ligada a la altura y otros factores como la pluviométrica. Si se relacionan estos elementos podemos establecer que la gran extensión del Territorio Nacional se encuentra comprendida entre los pisos térmicos siguientes: piso térmico tropical (más de 24°C), piso intertropical (18-24°C ), piso templado (15-18°C) y una pequeña extensión distribuida en piso frío (15-10°C) y piso gélido. En Venezuela, la Paracoccidioidomycosis es una de las micosis profundas más diagnosticadas, siendo el mayor número de casos autóctonos de los estados Carabobo, Lara, Monagas, Miranda y Aragua.

En la agenda de Desarrollo Rural CONICID Carabobo, Ministerio de Ciencia y Tecnología, se plantea que el tema de lo rural ha aumentado su importancia desde el año 1994 a raíz de los acuerdos de Marrakech mediante los cuales los países se comprometieron a disminuir progresivamente las ayudas a la agricultura para permitir mas transparencia a los mercados agroalimentarios y disminuir la carga fiscal que ocasiona los subsidios. (Di-liberti, D 2000-2002)

Campins y Colaboradores, en 1984, publicaron estudios sobre micosis profundas en tres de las seis regiones administrativas de Venezuela y 66% de los diagnósticos fueron paracoccidioidosis.

En cuanto a las formas clínicas, la pulmonar es la mas común; la primaria se acompaña o va precedida de lesiones mucocutaneas; estas suelen observarse

como úlceras en labios, encías (con aflojamiento de los dientes) y en la lengua. Es poco frecuente la manifestación ganglionar pura, y mucho más la pseudo tumoral del sistema nervioso central y las lesiones óseas. Los estudios histopatológicos revelan afección de las glándulas suprarrenales en 95% a 100% de las formas diseminadas; en algunas se observan pequeños focos neuróticos, y en otras, necrosis profusas. (Divo, 1997)

## **PROFILAXIS Y TRATAMIENTO**

No hay medidas preventivas especiales. Hoy en día, el agente terapéutico de elección parece ser el Itraconazol, a razón de 100 mg diarios durante 6 meses; otros Imidazólicos, Ketaconazol y Fluconazol, también han resultado eficaces. La Anfotericina B debe reservarse para los casos raros con grave déficit inmunitario.

### **Definición de términos básicos:**

**Antígeno:** “Termino general para toda sustancia que, introducida en el organismo animal provoca la formación de anticuerpos”. **Diccionario terminológico de ciencias medicas (1968)**

**Blastomicosis:** “Enfermedad causada por hongos del género *Blastomyces*, dimórficos, que varían de morfología según las condiciones del medio de crecimiento. La lesión que provocan suele consistir en una inflamación granulomatosa. Las blastomicosis más habituales son la brasileña (paracoccidiomicosis), la europea (criptococosis) y la americana”. **Enciclopedia medica en español (2004)**

**Clamidosporas:** “Espora cubierta; órgano reproductor de ciertos hongos”.

**Diccionario terminológico de ciencias medicas (1968)**

**Coccidioidomicosis:** “Micosis producida por coccidios”. **Diccionario terminológico de ciencias medicas (1968)**

**Coccidios:** “Parásitos, generalmente unicelulares, se alojan en las células epiteliales del tubo digestivo y conductos biliares. Son elementos de forma esférica u oval, que aparecen en el citoplasma de las células que parasitan” **Diccionario terminológico de ciencias medicas (1968)**

**Conidios:** “Espora asexual en el extremo de un filamento micélico”. **Diccionario terminológico de ciencias medicas (1968)**

**Criptococosis:** “ Estado morbosos producido por organismos del genero *criptococcus*”. **Diccionario terminológico de ciencias medicas (1968)**

**Granulomatosis:** “Formación de granulomas múltiples”. **Diccionario terminológico de ciencias medicas (1968)**

**Histoplasma capsulatum:** “Agente de la histoplasmosis humana y animal”. **Diccionario terminológico de ciencias medicas (1968)**

**Histoplasmosis:** “ Enfermedad producida por el hongo *histoplasma capsulatum*, semejante al Kala-Azar y caracterizada por esplenomegalia,

emaciación, fiebre y leucopenia”. **Diccionario terminológico de ciencias medicas (1968)**

**Idiopatía:** “Enfermedad de origen primitivo o desconocido”. **Diccionario terminológico de ciencias medicas (1968)**

**Inmunosupresión:** “Supresión o disminución de las reacciones inmunitarias. Puede ser debida a la administración deliberada de fármacos inmunosupresores, empleados en el tratamiento de enfermedades autoinmunes, o en receptores de órganos trasplantados para evitar el rechazo. También puede ser secundaria a procesos patológicos como inmunodeficiencias (v.), tumores o malnutrición”. **Enciclopedia medica en español (2004)**

**Intraperitoneal:** “Adj. Que está localizado en el interior de la cavidad peritoneal. Se dice de la vía de administración de fármacos por la cual estos son introducidos directamente dentro de la cavidad peritoneal”. **Enciclopedia medica en español (2004)**

**Micelio:** “Parte vegetativa y fundamental de los hongos, compuesta de una masa de filamentos, llamados hifas, dispuestos variadamente”. **Diccionario terminológico de ciencias medicas (1968)**

**Paracoccidioides Brasiliensis:** “ Es un hongo dimorfo que todavía no se sabe si posee estado sexuado. Ha sido muy difícil obtener el cultivo de la fase saprofitica. No obstante, por la distribución de los casos de individuos infectados y

enfermos se tenía la certeza de su hábitat en la naturaleza, especialmente en áreas boscosas, de climas tropicales y subtropicales con abundante régimen de lluvias”.

**Enciclopedia medica en español (2004)**

**Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal:** “La Paracoccidioidomicosis es una infección micótica sistémica endémica de América Central y Sur América; está asociada con un amplio espectro de manifestaciones clínicas. La forma crónica comienza típicamente en el pulmón produciendo varios grados de afectación, en un número significativo de casos el hongo se propaga vía broncogenica, linfática o hematogena involucrando uno o más órganos. La infección ósea severa es relativamente infrecuente y se han publicado pocos casos en la literatura”.

**Enciclopedia medica en español (2004)**

**Patología:** “Rama de la medicina que estudia las enfermedades y los trastornos que se producen en el organismo”. **Enciclopedia medica en español (2004)**

**Periodontitis:** “Inflamación alrededor de la raíz dentaria”. **Diccionario terminológico de ciencias medicas (1968)**

**Sabouraud:** “Medio de cultivo”. **Diccionario terminológico de ciencias medicas (1968)**

**Saprophyto:** “Microorganismo vegetal, especialmente bacteria, que vive a expensas de la materia orgánica descompuesta y no en el organismo vivo. El

termino se emplea también como sinónimo de parásito no patógeno”. **Diccionario terminológico de ciencias medicas (1968)**

**Serologia:** “Es un examen de sangre que se utiliza para detectar la presencia de anticuerpos contra un microorganismo”. **Enciclopedia medica en español (2004)**

| OBJETIVOS ESPECIFICOS  | VARIABLES  | DEFINICION CONCEPTUAL   | DIMENSIONES  | INDICADORES  |
|--|--|---|--|--|
| 1.- Describir la condición bucal de un individuo sano con el propósito de compararla con una muestra con la patología                      | - Condición bucal de un individuo con paracoccidiodomycosis crónica multifocal | - Es cuando un individuo presenta la mucosa bucal que consta de tres zonas, encía, el revestimiento del paladar duro, el dorso de la lengua, y el resto de la boca sin ningún tipo de lesión o patología  | - Encía<br>- Unidades Dentarias<br>- Paladar duro<br>- Paladar blando<br>- Piso de la boca<br>- Carrillo | - Color<br>- Consistencia<br>- Textura<br>- Posición<br>- Contornos<br>- Caries<br>- Ausencias<br>- Rugas palatina<br>- Frenillo lingual   |
| 2.- Describir las patologías presentes en la muestra seleccionada  | Patologías Bucales   | Ruptura o alteración del estado normal de la cavidad bucal de un individuo  | -Mucosa bucal<br>-Posición de los dientes<br>-Movilidad dentaria   | - Ulceraciones<br>- Puntillado hemorrágico<br>- Labio trombofórmico o leucoplatia<br>- Tapir<br>- Dientes en forma de concha<br>- Aumento de la movilidad dentaria<br>- Manchas de color pizarra |
| 3.- Evaluar la conducta de los agricultores en su sitio de trabajo en cuanto a medidas de protección para evitar el contacto del hongo     | Medidas de protección  | Son todas aquellas medidas que se deben tomar en cuenta al momento de trabajar las tierras para brindar protección a los agricultores previniendo el contacto con agentes infecciosos y el posterior desarrollo de cualquier patología  | Prevención   | Uso de:<br>- Guantes<br>- Botas<br>- Caretas<br>- Gorros   |
| 4.- Evaluar la frecuencia de paracoccidiodomycosis Crónica Multifocal según la edad, hábitos negativos del paciente                        | 4.1.- Frecuencia de la patología<br>4.2.- Hábitos del paciente                 | 4.1.- Son todas aquellas evaluaciones que se realizan en los pacientes para el diagnóstico de Paracoccidiodomycosis Crónica multifocal, tomando en cuenta la edad y hábitos negativos de los pacientes y de esta manera determinar la frecuencia con que se presenta la patología<br><br>4.2.- Son todos aquellos hábitos que se presentan en estos pacientes y que influyen de forma negativa en el progreso de esta patología | 4.1.- Prueba de la paracoccidiodina (+)<br><br>4.2.- Tabaco<br>Chimo<br>Mala alimentación<br>Licor       | 4.1 Mediante los exámenes realizados<br><br>4.2 Mediante el número de respuestas de los agricultores.  |
| 5.- Evaluar la frecuencia de localizaciones orales en pacientes con paracoccidiodomycosis crónica multifocal                               | Frecuencia de localizaciones orales  | Son todas aquellas evaluaciones que se realizan para determinar la presencia de la patología en las distintas partes de la boca y la frecuencia con que estas se presentan  | Localización en mucosa bucal   | Lengua<br>Paladar<br>Carrillo<br>Labios<br>Nariz<br>Encía  |
| 6.- Evaluar la frecuencia de Paracoccidiodomycosis Unifocal y Multifocal según formas clínicas del total de pacientes enfermos estudiados. | Frecuencia de Paracoccidiodomycosis Unifocal y Multifocal                      | Paracoccidiodomycosis Unifocal: Es una micosis profunda sistémica que afecta principalmente a nivel pulmonar.<br>Paracoccidiodomycosis Multifocal: Es una micosis profunda sistémica que no   | - Pulmón<br>- Cavidad Bucal  | - Radiografía de Tórax<br>- Examen Clínico   |

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **Tipo de Investigación**

Esta investigación esta enmarcada en una modalidad descriptiva: ya que según Danhke (citado por Hernandez Sampieri y otros 2000), los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido en análisis, miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En este caso se estudio a un grupo de agricultores pertenecientes al municipio Carlos Arvelo.

#### **Diseño de la Investigación**

Según Tamayo y Tamayo (1999), el diseño de la investigación es la estructura a seguir en una investigación, ejerciendo el control de la misma a fin de encontrar resultados confiables y su relación con los interrogantes surgidos de los supuestos hipótesis-problema. Constituye la mejor estrategia a seguir por el investigador para la adecuada solución del problema planteado.

De acuerdo con los datos recogidos para llevar a cabo una investigación, es posible categorizar los diseños en dos tipos básicos: Bibliográficos y de campo.

Dentro de este orden de ideas según el nivel de investigación del presente estudio se puede clasificar dentro del rango de investigación de campo según Arias (1999), consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna.

#### **Población y Muestra**

La población o universo se refiere al conjunto para el cual serán validas las conclusiones que se obtengan: a los elementos o unidades (personas, instituciones o cosas), involucrados en la investigación ( Morales 1994).

Así Tamayo y Tamayo (1996) manifiesta que la población es la totalidad del fenómeno a estudiar en donde las unidades de población poseen una característica común, la cual se estudia y da origen a los datos de una investigación

En este estudio la población fueron los agricultores del municipio Carlos Arvelo donde se encontraron 21 pacientes con la patología Paracoccidioidomicosis, de los cuales 9 con la forma de Paracoccidioidomicosis Crónica Unifocal y 12 con la forma de Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal.

Seguidamente Brito (1992) expresa que la muestra es una porción o parte que representa una población. En este caso la muestrea fueron los 12 agricultores de la población estudiada con la patología Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal los cuales resultaron positivos antes las pruebas realizadas.

### **Técnica e Instrumento de Recolección de Datos**

Los instrumentos de recolección de datos, son aquellos de los que se vale el investigador, para la recopilación que se necesita, concerniente a un tema específico

En ese sentido, Sabino (1992), señala que un instrumento de recolección de datos es “cualquier recurso del que pueda valer el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información”.

En este caso para la obtención de la información se utilizo una guía de observación que es apropiada para la recolección de la información.

### **Validez y Confiabilidad**

Según Puertas (1998) la validez es el criterio que denota el grado con el cual una muestra, instrumento o procedimiento representa la medición de la variable con la cual se esta trabajando. Para ello se debe garantizar sensibilidad y especificidad. La validez fue de contenido y la misma se realizo mediante el juicio de (3) expertos: Un (1) experto de Metodología de la investigación y Dos (2), en el tema estudio (sierra 2004).

Por otra parte la confiabilidad es el criterio que se refiere al grado con el cual los individuos de una muestra, un instrumento o procedimiento; garantizan repetidas oportunidades de participación o aplicación, generándose así iguales resultados, en la misma unidad de observación y medición. (Puertas, 1998)

Dentro de este orden de ideas canales y otros señala que el término de confiabilidad se refiere a la capacidad del Instrumento para arrojar datos o mediciones que correspondan a la realidad que se pretende conocer, o sea, la exactitud de la medición, así como la consistencia o estabilidad de la medición en diferentes momentos. Para este estudio se realizo una guía de observación por lo que no se necesito la confiabilidad.

## **Procesamiento y Análisis de Datos**

En virtud de que la investigación es de tipo descriptivo, se aplicó un tratamiento estadístico descriptivo.

Se realizó una tabla de frecuencia para los ítems.

Con el propósito de mostrar en forma grafica la información recogida se elaboraron cuadros resúmenes y gráficos de sectores.

Se organizo la información a través de cuadros comparativos y gráficos que permiten conglomerar una serie completa de datos.

## **Procedimiento**

- Se realizo la revisión del material bibliográfico y otras fuentes relacionadas con el problema estudio.
- Se elaboro el instrumento.
- Fue validado por los expertos.
- Se procedió a aplicar el instrumento a los pacientes.
- Se analizaron los datos.

## **CAPITULO IV**

### **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Para realizar el presente estudio se tomaron en cuenta diversas fuentes, al igual que todos aquellos trabajos que estuvieron vinculados con Paracoccidiodomicosis.

De igual forma se tomaron en cuenta las teorías que sustentan la investigación, las cuales permitieron realizar la parte metodológica y con esto alcanzar los objetivos de la investigación.

En base a esto para determinar las condiciones clínicas y bucales en pacientes agricultores portadores de Paracoccidiodomicosis Crónica Multifocal, se procedió a realizar una guía de observación para tomar toda la información sobre estos pacientes. Toda la información obtenida se organizó de acuerdo a los objetivos planteados en dicha investigación, la misma estuvo apoyada por las teorías que sustentan y vinculan a cada aspecto en particular.

Los resultados obtenidos a través de esta guía de observación fueron organizados en cuadros de frecuencia y analizados mediante un estudio descriptivo, simultáneamente se muestran los gráficos de torta que comparan los datos obtenidos del instrumento.

En relación con el objetivo general de esta investigación que estuvo dirigido en Diagnosticar las condiciones clínicas y bucales en pacientes agricultores del Municipio Carlos Arvelo que padezcan de Paracoccidiodomicosis Crónica Multifocal en un periodo entre 2003-2004; los resultados fueron los siguientes:

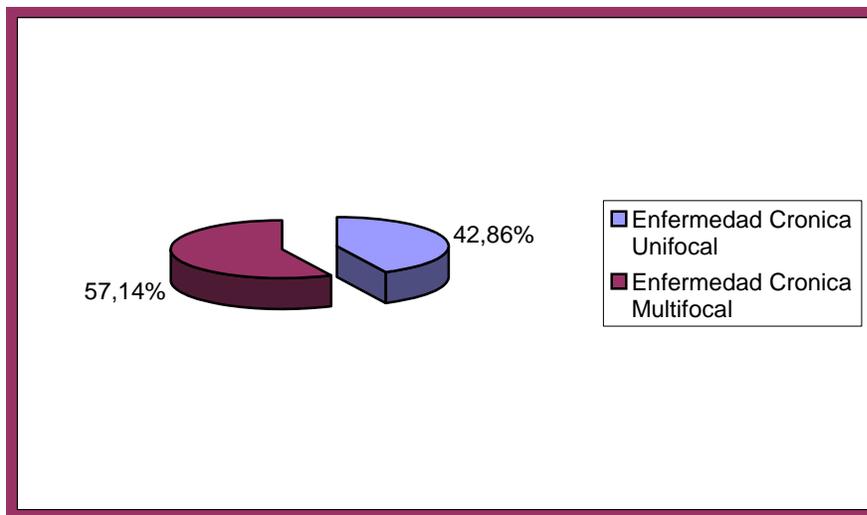
### Cuadro # 1

Distribución de frecuencia de Paracoccidioidomicosis Crónica Unifocal y Multifocal según formas clínicas del total de pacientes agricultores portadores de Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal en el periodo 2003-2004

| Formas Clínicas               | Frecuencia | %      |
|-------------------------------|------------|--------|
| Enfermedad Crónica Unifocal   | 9          | 42,86% |
| Enfermedad Crónica Multifocal | 12         | 57,14% |
| Total                         | 21         | 100%   |

Fuente: Instrumento de recolección de datos (Guía de Observación)

### Grafico #1



### Análisis é Interpretación:

Se evidencia según la frecuencia y el porcentaje que hay mayor incidencia de paracoccidioidomicosis crónica multifocal reflejando un 57.14%, encontrándose en contraposición la paracoccidioidomicosis crónica unifocal con un 42.86%, en el cual coincidimos con un estudio realizado por el Dr. Diego Diliberti en el periodo 2000-2002; en el cual se evidencia que hay mayor incidencia de paracoccidioidomicosis

crónica multifocal relaciona do con la unifocal; a pesar que en los libros Negróni Y Ureña reflejan que la mas común es la paracoccidioidomicosis crónica unifocal.

**Cuadro #2**

Distribución de frecuencia de según la edad en los pacientes agricultores portadores de Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal en el periodo 2003-2004

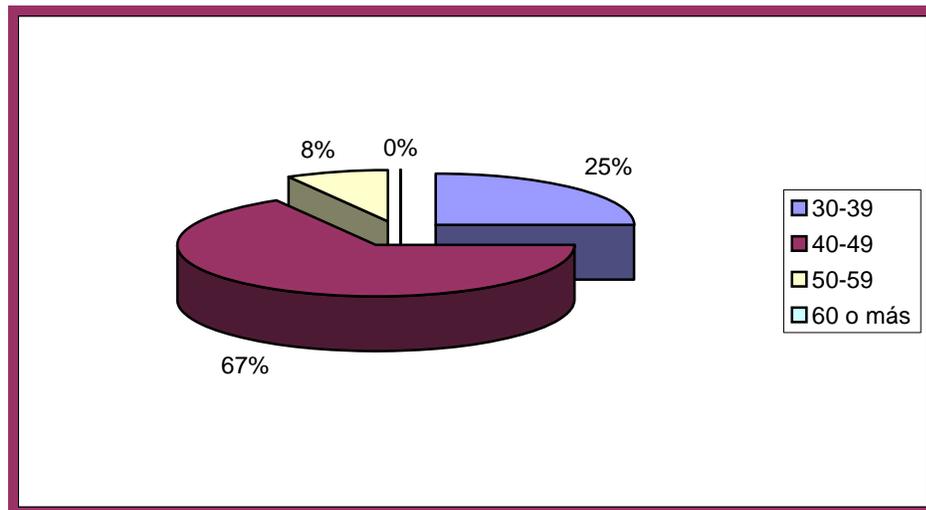
| Edad     | Frecuencia | %      |
|----------|------------|--------|
| 30-39    | 3          | 25%    |
| 40-49    | 8          | 66,67% |
| 50-59    | 1          | 8,33%  |
| 60 o más | 0          | 0      |
| Total    | 12         | 100%   |

Fuente:

recolección de datos (Guía de Observación)

Instrumento de

**Grafico #2**



**Análisis é Interpretación:**

Se evidencia según la frecuencia y el porcentaje que la paracoccidioidomicosis crónica Multifocal ocurre con mayor frecuencia en personas entre 40 y 49 años de edad reflejando un 66.67%, notando la diferencia entre las edades de 60 años en

adelante donde fue de 0%; en este estudio coincidimos con Tocino y Cols (1999) donde expresan que la paracoccidioidomycosis se presenta a cualquier edad pero es mas común entre los 30 y 50 años

**Cuadro # 3**

Distribución de frecuencia relacionada con medidas de protección usadas por los pacientes agricultores portadores de Paracoccidioidomycosis Crónica Multifocal en el periodo 2003-2004

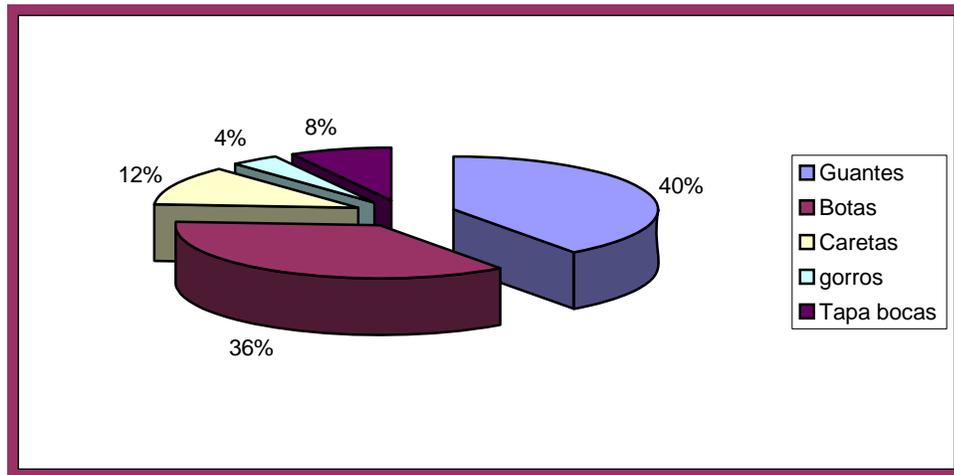
| Medidas de Protección | Frecuencia | %      |
|-----------------------|------------|--------|
| Guantes               | 10         | 40,00% |
| Botas                 | 9          | 36,00% |
| Caretas               | 3          | 12,00% |
| Gorros                | 1          | 4,00%  |
| Tapa bocas            | 2          | 8,00%  |
| Total                 | 25         | 100%   |

Fuente:  
recolección de

Observación)

Instrumento de  
datos (Guía de

**Grafico #3**



**Análisis é Interpretación:**

Se evidencia según la frecuencia y el porcentaje que la mayoría de los pacientes estudiados utilizan Guantes en un 40%; presentándose con poca diferencia el uso

de Botas 36%, Caretas 12%, Tapa Bocas, y Gorros en un 4%, donde se evidencia que los agricultores toman pocas medidas de protección al momento de trabajar las tierras exponiéndose al contacto con el hongo y a su posterior contagio; este estudio coincide con un estudio realizado por el Dr. Diego Diliberti en el periodo 2000-2002; donde expresa que el no protegerse al momento de trabajar las tierras puede ocasionar el contacto con el hongo.

**Cuadro # 4**

Distribución de Frecuencia según antecedentes Epidemiológicos de los pacientes agricultores portadores de Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal en el periodo 2003-2004

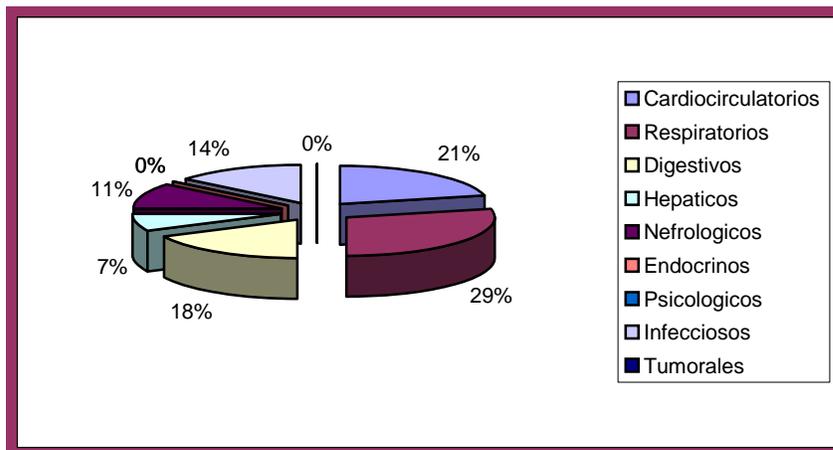
| Antecedentes Epidemiológicos | Frecuencia | %      |
|------------------------------|------------|--------|
| Cardiocirculatorios          | 6          | 21,43% |
| Respiratorios                | 8          | 28,57% |
| Digestivos                   | 5          | 17,86% |
| Hepáticos                    | 2          | 7,14%  |
| Neurológicos                 | 3          | 10,71% |
| Endocrinos                   | 0          | 0,00%  |
| Psicológicos                 | 0          | 0,00%  |
| Infecciosos                  | 4          | 14,29% |
| Tumorales                    | 0          | 0,00%  |
| Total                        | 28         | 100%   |

Fuente:

de recolección de datos (Guía de Multifocal)

Instrumento

**Grafico #4**



**Análisis é Interpretación:**

Se evidencia según la frecuencia y el porcentaje que hay un mayor índice de pacientes con antecedentes epidemiológicos respiratorios reflejando 28.57%, presentándose con poca diferencia de porcentaje los antecedentes Cardiocirculatorios 21.43%, digestivos 17.86%, infecciosos 14,29%, nefrologicos 10.71%, hepáticos 7.14%; y con 0% los antecedentes endocrinos, psicológicos y tumorales; en este estudio coincidimos con Brooks y Cols (1996) donde expresan que la enfermedad cursa con afecciones a nivel pulmonar.

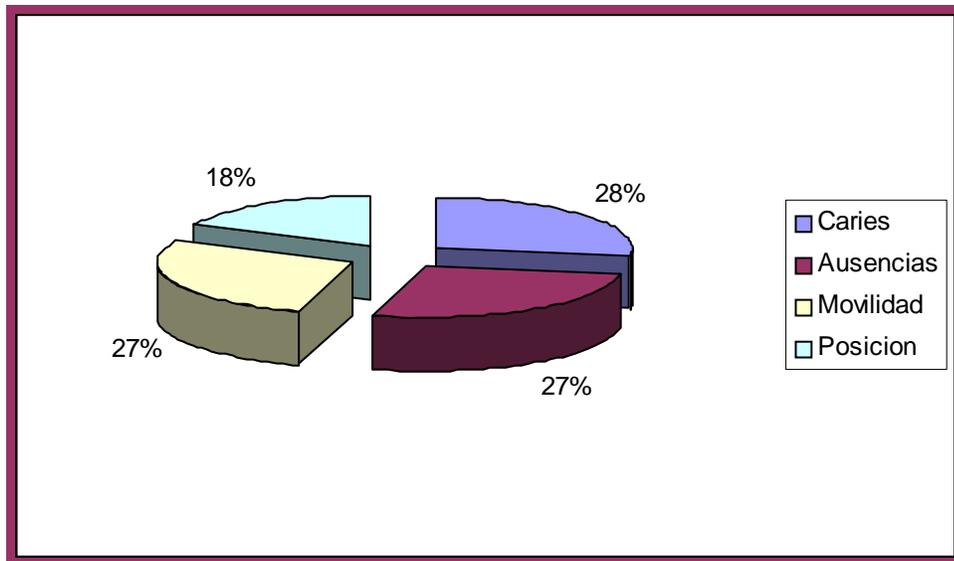
**Cuadro #5**

Distribución de frecuencia de alteraciones en tejidos duros según examen clínico en pacientes agricultores portadores de Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal en el periodo 2003-2004

| Examen Clínico/ Tejidos Duros | Frecuencia | %      |
|-------------------------------|------------|--------|
| Caries                        | 12         | 27,27% |
| Ausencias                     | 12         | 27,27% |
| Movilidad                     | 12         | 27,27% |
| Posición                      | 8          | 18,18% |
| Total                         | 44         | 100%   |

Fuente: Instrumento de recolección de datos (Guía de Multifocal)

**Grafico # 5**



**Análisis é Interpretación:**

Se evidencia según la frecuencia y el porcentaje que hay mayor incidencia de de pacientes con alteraciones en los tejidos duros como caries, ausencias dentarias y movilidad reflejando un 27.27%; y un porcentaje menor 18.18% en cuanto a la posición; esto da a entender que los pacientes tienen una mala higiene bucal, y esto puede ser debido a que estas personas que habitan en el medio rural tienen escasos recursos económicos y una educación deficiente, teniendo ellos poco conocimiento de la importancia que tiene una buena higiene bucal, aquí no coincidimos con ningún estudio.

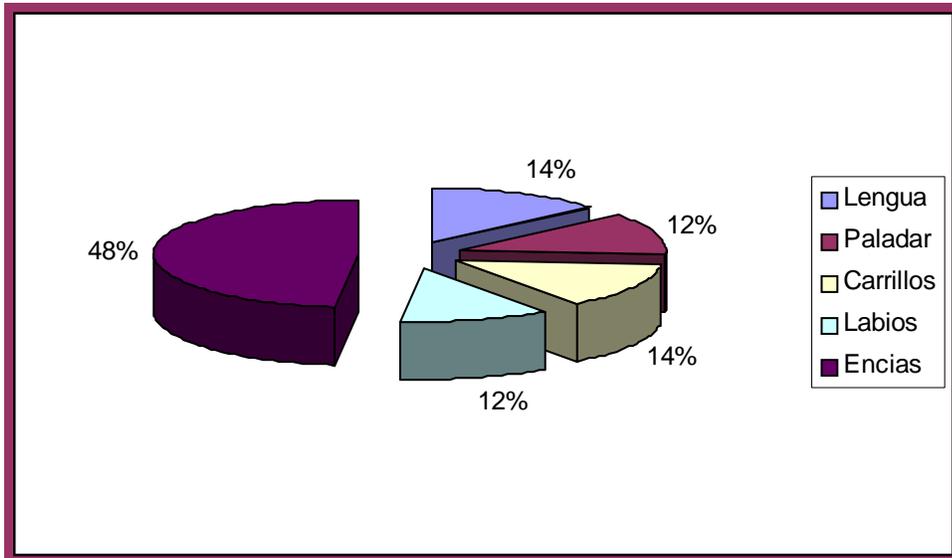
**Cuadro # 6**

Distribución de frecuencia de localizaciones orales en pacientes agricultores portadores de Paracoccidioidomycosis Crónica Multifocal en el periodo 2003-2004.

| Localizaciones Orales | Frecuencia | %      |
|-----------------------|------------|--------|
| Lengua                | 7          | 14,00% |
| Paladar               | 6          | 12,00% |
| Carrillos             | 7          | 14,00% |
| Labios                | 6          | 12,00% |
| Encías                | 24         | 48,00% |
| Total                 | 50         | 100%   |

Fuente: Instrumento de recolección de datos (Guía de Multifocal)

**Grafico #6**



**Análisis é Interpretación:**

Se evidencia según la frecuencia y el porcentaje, que las localizaciones orales donde hubo mayor incidencia es en la encía 48%, y con poca diferencia de porcentaje lengua 14%, carrillos 14%, paladar 12% y labios 12%; este estudio coincide con M. Negróni 1999 donde expresa que hay un 50% de localización de este tipo de lesiones en boca, sobre todo en la encía, generando un aflojamiento de dientes y múltiples úlceras.

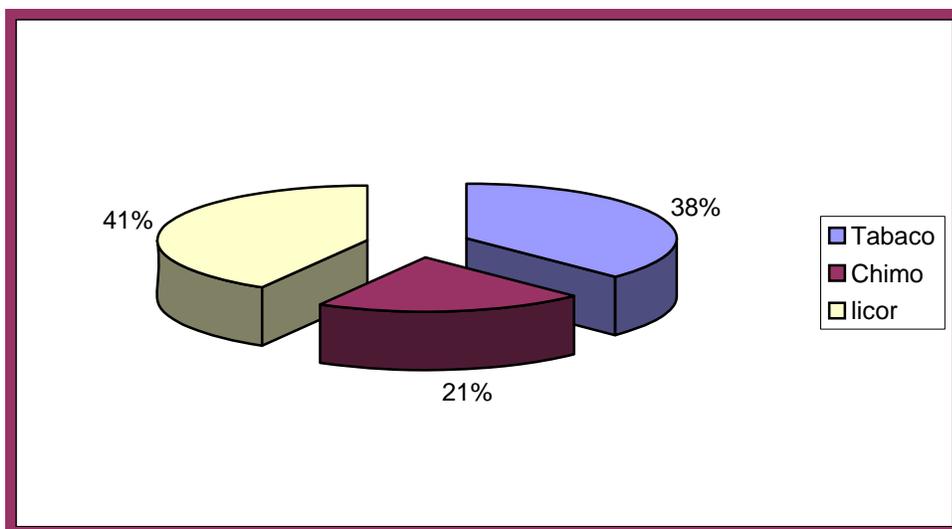
**Cuadro # 7**

Distribución de frecuencia según hábitos negativos en pacientes agricultores portadores de Paracoccidioidomycosis Crónica Multifocal en el periodo 2003-2004.

| Hábitos | Frecuencia | %      |
|---------|------------|--------|
| Tabaco  | 9          | 37,50% |
| Chimo   | 5          | 20,83% |
| licor   | 10         | 41,67% |
| Total   | 24         | 100%   |

Fuente: Instrumento de recolección de datos (Guía de Multifocal)

**Grafico #7**



**Análisis é Interpretación:**

Se evidencia según la frecuencia y el porcentaje que el habito negativo que se presenta con mayor frecuencia es el licor 41.67%, siguiendo con menores porcentajes de tabaco 37.50%, esto es debido a que se tienen en donde los hábitos negativos conocimiento del ocasionan en su estudio no ninguna

| Serologia DDA | Frecuencia | %      |
|---------------|------------|--------|
| Negativa      | 10         | 83,33% |
| Positiva      | 2          | 16,67% |
| Total         | 12         | 100%   |

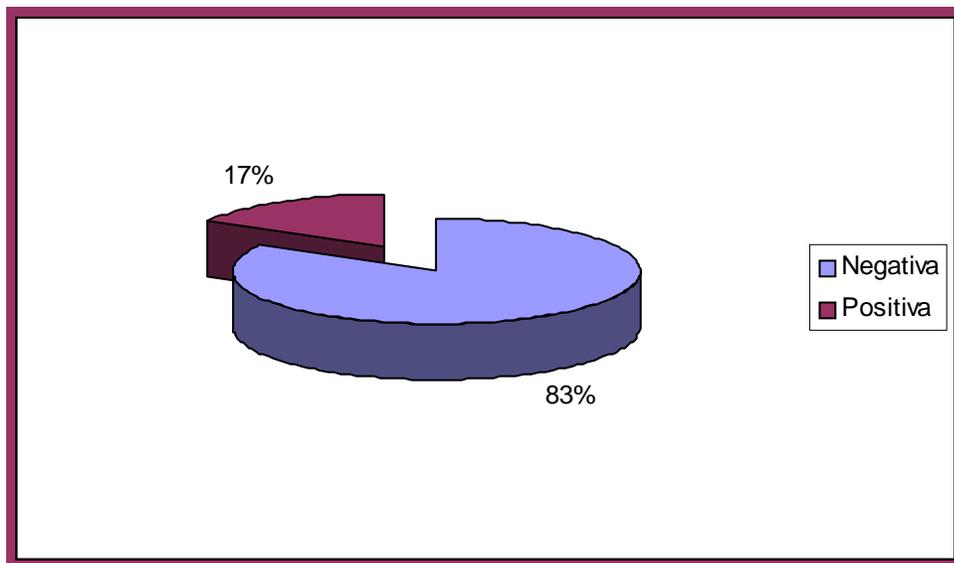
diferencias, el chimo 20.83%, las costumbres estos pueblos habitantes crean sin tener gran daño que organismo; este coincide con investigación.

**Cuadro # 8**

Distribución de frecuencia según serologia por inmunodifusion DDA en pacientes agricultores portadores de Paracoccidioidomycosis Crónica Multifocal

Fuente: Instrumento de recolección de datos (Guía de Multifocal)

**Grafico #8**



**Análisis é Interpretación:**

Se evidencia según la frecuencia y el porcentaje que la serología por inmunodifusión DDA en un mayor porcentaje es negativa 83.33%, en contraposición con la positiva en un 16.67%.

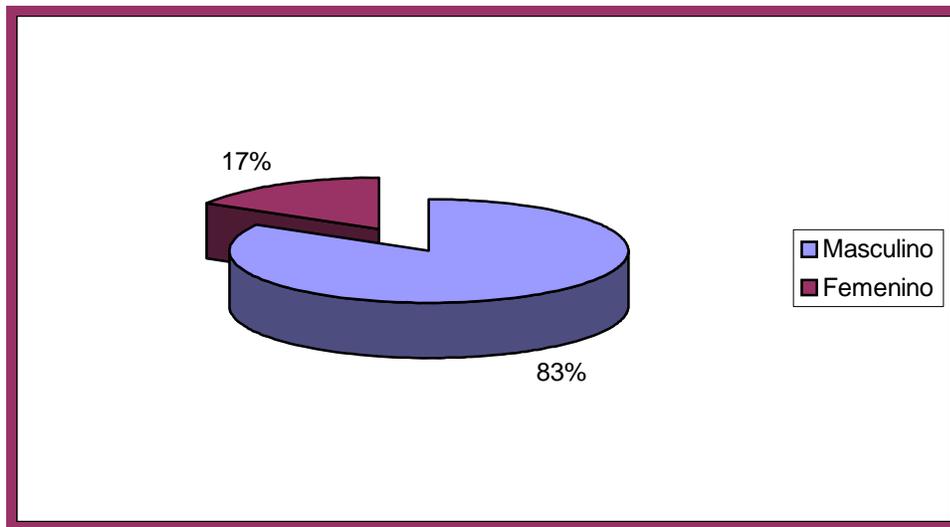
**Cuadro # 9**

Distribución de frecuencia por sexo en pacientes agricultores portadores de Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal

| Sexo      | Frecuencia | %      |
|-----------|------------|--------|
| Masculino | 10         | 83,33% |
| Femenino  | 2          | 16,67% |
| Total     | 12         | 100%   |

Fuente: Instrumento de recolección de datos (Guía de Multifocal)

**Grafico #9**



#### **Análisis é Interpretación:**

Se evidencia según la frecuencia y el porcentaje que la paracoccidioidomycosis crónica Multifocal se presenta con mayor incidencia en el sexo masculino 83.33%, y en sexo femenino 16.67%; este estudio coincide con Tocino y Cols (1999) donde expresan que la enfermedad ocurre frecuentemente en varones pero que la infección ocurre del mismo modo en ambos sexos, y el hecho que ocurre menos en varones; parece deberse a que los estrógenos de la mujer ejercen cierto grado de protección ante la acción del hongo.

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Los resultados obtenidos en esta investigación sobre la Paracoccidioidomycosis Crónica Multifocal permiten establecer un conjunto de conclusiones que se especifican a continuación:

Existe actualmente una marcada diferencia entre paracoccidioidomycosis crónica multifocal de paracoccidioidomycosis crónica unifocal, reflejando la multifocal 57.14% , y la Unifocal 42.86%, lo que demuestra la diseminación de esta enfermedad a otros órganos siendo el lugar mas frecuente la cavidad bucal, lo cual evidencia la importancia del conocimiento de este tipo de enfermedad micótica por el odontólogo para identificar cualquier indicio de Paracoccidioidomycosis al momento de la consulta odontológica; coincidiendo esta investigación con un estudio realizado por el Dr. Diego Di Liberti donde se evidencia la mayor incidencia de paracoccidioidomycosis crónica multifocal sobre paracoccidioidomycosis crónica unifocal.

La Paracoccidioidomycosis afecta mas que todo en la edad adulta de 40 años en adelante demostrando en este sentido que la población mas afectada fue entre 40 y 49 años de edad, coincidiendo con Tocino y Cols (1999) donde expresan que la

paracoccidioidomicosis se presenta en cualquier edad pero es mas común entre los 30 y 50 años de edad.

Entre las medidas de protección la mas utilizada por los agricultores estudiados son los guantes en un 40% lo que evidencia que tienen pocas medidas de protección lo que los hace mas propensos a tener contacto con el hongo y al posterior contagio; coincidiendo en este estudio con el Dr. Diego Di Liberti 2000-2002 donde expresa que esta es una de las causas del contagio, por ello es importante reforzar los conocimientos sobre medidas de protección para evitar el contacto con el hongo y así evitar la propagación de la enfermedad en estas poblaciones endémicas.

La mayoría de los pacientes estudiados tienen antecedentes epidemiológicos respiratorio, coincidiendo con Brooks y Cols (1996) donde expresan que la enfermedad cursa con afecciones a nivel pulmonar.

Existe un elevado numero de pacientes que cursan con alteraciones en los tejidos duros como caries, ausencias y movilidad, lo que evidencia que la enfermedad esta íntimamente relacionada con la cavidad bucal y que la educación sobre la importancia de la higiene bucal es muy reducida lo que genera dichas alteraciones, esto se presenta también por los pocos recursos económicos que tiene estas personas.

La localización oral donde se presenta con mayor frecuencia la enfermedad es en la encía, en este estudio coincidimos con Negroni (1999) donde expresa que hay un 50% de localización de lesiones en boca sobre todo en la encías lo que genera un aflojamiento de dientes y múltiples úlceras.

Los agricultores estudiados presentan hábitos negativos prevaleciendo entre estos el licor lo cual ayuda al progreso de la enfermedad porque esto conlleva a la supresión de las defensas del organismo.

La serología por inmunodifusion DDA en mayor porcentaje es negativa en un 83.33% y positiva 16.67%.

Esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, en la cual coincidimos con Tocino y Cols (1999), donde expresa que la mayor incidencia de la enfermedad es en los varones pero la infección ocurre en ambos sexos, y el hecho que prevalezca en los varones parece deberse a que los estrógenos de la mujer ejercen cierto grado de protección en la acción del hongo.

Se recomienda crear un plan de acción en esa zona para prestar atención odontológica a estas personas ya que son evidentes las necesidades que presentan.

Se deben implementar estrategias como charlas, dramatizaciones, interactuar con la comunidad para crear conciencia sobre las enfermedades que prevalecen en estas zonas endémicas, la importancia de utilizar medidas de protección como guantes, gorros, tapabocas, entre otros, así como también impartir información acerca higiene bucal, técnica del cepillado, enfermedad periodontal para

así crear hábitos positivos en estas personas y disminuir el alto índice de patologías bucales.

Se recomienda solicitar un financiamiento a cualquier instituto de investigación o entes gubernamentales para poder hacer este estudio mas completo e incluir a otros poblados de esta zona.

Al igual se debe instruir a los profesionales de la salud acerca de esta enfermedad y de las formas clínicas que esta presenta ya que ellos pueden ser los primeros en diagnosticar esta patología porque las alteraciones más evidentes se presentan en la cavidad bucal para realizar un diagnostico precoz y así evitar graves consecuencias.

## **BIBLIOGRAFIA**

Negrón, Marta. (1999) Microbiología Estomatológica fundamentos y guía práctica. 1era impresión. Buenos Aires, Argentina. Editorial Panamericana.

Mario Tamayo y Tamayo. El Proceso de la investigación científica. 3era edición. México. Editorial Imusa

Liébana Ureña (1997). Microbiología Oral. 2da edición. España. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.

Roberto H, Sampieri, Carlos F. Collado, Pilar Lucio. Metodología de la Investigación. 3era edición. México. Mc Graw Hill Interamericana.

Oswaldo Carmona, María J. Gómez, Tibaire Montes, Carmen Marcano, Franklin Marino. (1997) Microbiología Médica de Divo. 5ta edición. Venezuela. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.

Geo Brooks, Janet S. Butel, Stephen A. Mors. (1996) Microbiología Médica de Jawetz, Melnick y Adelberg. 17a edición. México. 2da editorial. Manual moderno.

Albornoz, M.B. (1996) "Epidemiología de las Micosis" y "Paracoccidioidomicos". En Temas de Micología Médica. Caracas. E.ditorial Maria C.B. De Albornoz.

Albornoz, M.B. (1996) "Micología Médica en Venezuela" Bol. Inf. Las Micosis en Venezuela.

Di-Liberti, Diego, Olivero Rosa, Sanchez Carolina, Lugo Rosval. (2003). "Características Clínicas – Radiológicas de Manifestaciones Orales en 15 Casos de Paracoccidioidomicosis Crónica Multifocal. 2000 – 2002" Informe de Investigación.

# ANEXOS

**Instrumento de Recolección de Datos**

**Guía de Observación**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_

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

Población: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Vivienda: \_\_\_\_\_

- 1.- Medidas de Protección:
- Guantes
  - Botas
  - Caretas
  - Gorros
  - Tapa boca

- 2.- Antecedentes Epidemiológicos:
- Cardiocirculatorios
  - Respiratorios
  - Digestivos \_\_\_\_\_
  - Hepáticos \_\_\_\_\_
  - Nefrologicos \_\_\_\_\_
  - Endocrinos \_\_\_\_\_

Psicológicos  \_\_\_\_\_  
Infecciosos  \_\_\_\_\_  
Tumorales  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3.- Examen Clínico:

❖ Tejidos Duros: (Dientes) Caries: \_\_\_\_\_  
Ausencias: \_\_\_\_\_  
Movilidad: \_\_\_\_\_  
Posición: \_\_\_\_\_

❖ Tejidos Blandos:

✓ Lengua: Ulceración:   
Puntillado Hemorrágico:   
Otros: \_\_\_\_\_

✓ Paladar: Ulceración   
Puntillado Hemorrágico:   
Otros: \_\_\_\_\_

✓ Carrillos: Ulceración:   
Puntillado Hemorrágico:   
Otros: \_\_\_\_\_

✓ Labios: Ulceración:   
Puntillado Hemorrágico:   
Forma de Tapir:   
Otros: \_\_\_\_\_

✓ Encía: Ulceración:   
Puntillado Hemorrágico:   
Problemas Periodontales:   
Otros: \_\_\_\_\_

4.- Hábitos: Tabaco:   
Chimo:   
Licor:

Observaciones:

---

---

---

---

**Anexo 1**

Universidad de Carabobo  
Facultad de Odontología  
Dpto. Formación Integral del Hombre  
Asignatura: Informe de Investigación

**Formato para validar instrumentos a través de juicios de expertos.**

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los items que conforman este instrumento, en cuanto a críticas, pertinencia y claridad. Para ello se presenta una escala de cuatro alternativas para que usted seleccione la que considere correcta.

Experto:

Especialidad:

Escala: A (Muy Bueno) B (Bueno) C (Regular) D (Deficiente)

| Items/<br>Indicadores | Criterio | Pertinencia | Coherencia | Claridad |
|-----------------------|----------|-------------|------------|----------|
| 1                     |          |             |            |          |
| 2                     |          |             |            |          |
| 3                     |          |             |            |          |
| 4                     |          |             |            |          |

❖ **Juicio del experto:**

✓ El instrumento es pertinente según los objetivos planteados:

---

---

---

✓ Los indicadores están claramente definidos según las variables descritas en el estudio

---

---

---

✓ Observaciones Generales:

---

---

---

---

✓ Según su criterio el instrumento se considera:

---

---

---

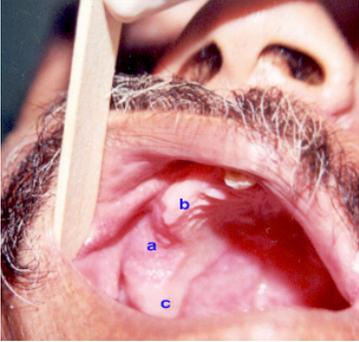
**Anexo 2**



Lesión en todo el labio interno

Tubos de ensayo (PCM)

del borde (PCM)



Sembradío de Caña de Azúcar  
PCM  
2004

Reabsorción ósea por



Rayos "X"

Puntillado hemorrágico en paladar PCM



Puntillado Hemorrágico y Lesiones Erosivas en Borde interno del Labio y Retracción Gingival en sector antero inferior (PCM)

Lesiones nodulares en punta de lengua

Lesiones erosivas y retracción gingival (PCM)



Lesiones en punta de lengua



Lesiones en cuello



Lesiones elevadas en mentón

