

11236



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL DEL I.M.S.S.

MANIFESTACIONES Y COMPLICACIONES DEL SIDA EN OTORRINOLARINGOLOGIA.

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO EN:
LA ESPECIALIDAD DE
OTORRINOLARINGOLOGIA

P R E S E N T A :

DR. WILLIAM CABRERA SILVA

DIRECTOR DE TESIS.

DR. BERNARDINO RICARDO SANCHEZ S.



MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

MANIFESTACIONES Y COMPLICACIONES DEL SINDROME EN
OTORRINOLARINGOLOGIA

I N D I C E

INTRODUCCION-----	1
GENERALIDADES.	
Etiologia-factores de riesgo-----	3
Nomenclatura-clasificación-----	5
Fisiopatogenia-----	8
Patologia-----	10
Manifestaciones generales-----	12
Pruebas-exámenes-----	15
Tratamiento-----	16
MATERIAL Y METODOS-----	17
DESARROLLO - RESULTADOS-----	19
OIDO-----	21
NARIZ-SENOS PARANASALES-----	24
BOCA FARINGE-----	28
LARINGE-CUELLO-----	37
TRATAMIENTO-----	53
CONCLUSIONES-----	55
REGIONALES-----	58
BIBLIOGRAFIA-----	60

INTRODUCCION.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ha sido considerado como el mal del siglo.

No obstante, el ser humano y los que tenemos que ver con la prevención y manejo de la salud no le hemos dado aún la adecuada atención e importancia que amerita este gran problema. Es notable el poco interés en conocer de forma clara y completa todo lo que es el SIDA, lo que con él se relaciona; en ocasiones por considerarlo ajeno a nuestro medio de vida o por exceso de trabajo, o enfin por tener la idea preconcebida de que es algo tan ajeno y distante a nuestro cosmos, no creemos posible que llegue a ser parte de nuestro trabajo y menos aún que llegue a comprometer nuestra integridad personal.

Pero las evidencias, los estudios y la situación real es otra bien diferente; el SIDA va en aumento progresivo en todo el mundo sin respetar edades, sexos, ni clases socioeconómicas sus múltiples focos y vías de transmisión también se amplían y cada día se descubren más cosas sobre ello, que lo hacen más peligroso, en especial conociendo su letalidad y los pobres resultados de los tratamientos.

Fue así como meditando algo sobre todo esto, me di cuenta de la importancia de poder aportar algo en la lucha continua que se está llevando al cabo contra el SIDA. Más aún y sabiendo de los grandes compromisos de esta enfermedad en el campo de la otorrinolaringología inicié la tarea. Cada día notamos más la estrecha --

relación de las manifestaciones y complicaciones del SIDA con la otorrinolaringología, que cada día los descubrimientos y hallazgos relacionados con él van en aumento. La especialidad más frecuentemente comprometida en sus diferentes sistemas y órganos es la otorrinolaringología. Cerca de un 70% de los pacientes con SIDA tendrán complicaciones a ese nivel (1). Esto lo hace más interesante para adquirir un completo dominio de todas las manifestaciones y complicaciones posibles.

En razón de todo lo anterior, busco presentar la situación actual del SIDA en la otorrinolaringología, comparando los hallazgos encontrados hasta hoy en la literatura médica mundial con los hallazgos en todos los pacientes vistos en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional.

Trataremos de hacer de este estudio algo más de lo que eso implica; que sirva de alguna forma para que nuestro especialista vaya dándole el lugar que le corresponde al SIDA considerado como la enfermedad más agresiva en toda la historia de la humanidad y que no se encuentre inerme ante esto y peor que aún pasando por su consulta ni siquiera le diagnostique.

GENERALIDADES

En este capítulo abarcaremos todo lo relacionado al SIDA; su origen, factores de riesgo, manifestaciones, clasificación y otros parámetros hasta su tratamiento. Será necesariamente algo somero para poder dedicarnos a nuestro cometido, pero tratando, no obstante, de englobar en forma sencilla y clara toda la enfermedad.

Sea necesario aquí antes de dedicarnos a analizar la etiología--mencionar que la mayor parte de casos de SIDA se han dado dentro de grupos poblacionales que debido a costumbres, hábitos o formas de vida, ya sea necesarias para poder vivir, o bien como comportamiento social, se les considera dentro de los llamados grupos o poblaciones de alto riesgo, esto es, homosexuales, heterosexuales promiscuos, prostitutas, drogadictos, especialmente -- aquellos que utilizan la vía intravenosa, así como personas que están expuestas a sangre y sus derivados, como el caso de hemofílicos. En un concepto quizá más apropiado no es la población a la cual debiese catalogarse como de alto riesgo sino más bien a las prácticas, manifestando así que cualquier persona que ejerza estas prácticas en algún momento determinado puede quedar infectado por el agente causal del padecimiento.

ETIOLOGIA.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida se informó por primera vez al Centro de Control de Enfermedades (CDC) en 1981 en los Estados Unidos.

Se trata de una enfermedad infecciosa transmisible, poco conta-

giosa, común en poblaciones de alto riesgo y que en general suele relacionarse a una inmunodeficiencia subyacente, teniendo como agente causal a un virus linfotrópico tipo III de las células T humanas (HTLV-III). Esta sigla se originó posterior el descubrimiento del virus en Francia (1983) donde se le llamó LVA (virus de la linfadenopatía humana). Hoy se le llamó virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) (2).

Al momento de poder conjuntar el estudio de los primeros 15mil casos pocos variantes se habían dado en cuanto al tipo de población afectada, esto es, implícitamente de los grupos que portan en sus hábitos factores de elevado riesgo. La epidemiología básica se distribuye en más del 90% en pacientes homosexuales activos, bisexuales o personas con uso intravenoso de drogas, siendo también más del 90% de los pacientes individuos en edad productiva entre los 20 y los 40 años. Sin embargo, cada vez es más frecuente el reporte de varones o mujeres heterosexuales cuyo compañero (a) padece la enfermedad o porta el virus, así como de hijos nacidos de madres en las mismas circunstancias.

ADQUISICION DEL VIRUS.

Un individuo puede infectarse con el HIV varios años antes de que los síntomas ocurran. El desarrollo de las complicaciones que ponen en peligro la vida en el SIDA se debe a la destrucción por el virus de varias células esenciales para la función inmune natural (3). Los medios por los cuales está reconocida la transmisión del virus de manera INEQUIVOCA y que son los hasta ahora plena e indiscutiblemente reconocidos y comprobados son:

- POR CONTACTO SEXUAL
- POR TRANSFUSION DE SANGRE Y/O DERIVADOS
- POR ADMINISTRACION PARENTENAL DE DROGAS
- VERTICALMENTE, VIA TRANSPLACENTARIA O PERINATAL.

Desde luego estas prácticas se dan en mayor medida en las poblaciones de alto riesgo.

El SIDAP(síndrome de inmunodeficiencia adquirida-pediátrico) es muy complejo y no se profundizará en éste. Sin embargo, todas sus manifestaciones a nivel otorrinolaringológica serán revisados en sus respectivos capítulos.

La infección al momento no se conoce se transmite por contacto ca sero casual como compartir servicios, baños, cama, cocina, cu bier tos, vasos. Tampoco hay evidencia de que el virus se transmita -- por contacto personal como besos, abrazos. Muchos estudios han -- descubierto al virus en la saliva, no obstante, también se ha com probado que no es un medio de transmisión de la enfermedad (4).

El HIV es muy hábil, la higiene personal, lavado de manos con ja bón, lo eliminará. Además se conoce también que para el contagio se necesitan altas concentraciones de este o exposición prolongada. Sin embargo ya se conocen casos en que con una sola exposición se produce la transmisión de la enfermedad.

NOMENCLATURA - CLASIFICACION.

Como suele suceder con los logros científicos, inmediatamente que se descubre algo, se presentan diferentes controversias y tópicos

polémicos.

Han surgido con ello varias clasificaciones y tal vez en cuanto al aspecto clínico la más aplicable y aceptada sea la del Walter Reed Hospital (5).

De manera global esta clasificación toma en cuenta los siguientes parámetros; aislamiento del virus o presencia de anticuerpos contra el mismo en sangre, linfadenopatía crónica (LNP), número de linfocitos T cooperadores en sangre/mm³ (más o menos de 400/mm³), presencia o ausencia de hipersensibilidad retardada, "algodoncillo" y la presencia de infección oportunista. Así cada etapa va antecedida de las siglas WR.0 designa contactos de alto riesgo pero HTLVIII(-). Se reconocen 6 etapas siendo la 1 HTLVIII(+), la 2 esto más presencia del virus o anticuerpos contra el en sangre, la 3 incluye además la presencia de linfadenopatía crónica y menos de 400 linfocitos T cooperadores/mm³, la 4 excluye la LAP pero incluye anergia cutánea parcial, la 5 los puntos anteriores más ausencia total de hipersensibilidad retardada a por lo menos 4 antígenos y la 6 lo anterior sumándose a todos los puntos anteriores la presencia de infección oportunista.

Este esquema por etapas sólo se aplica a adultos debido a que los niños podrían requerir una clasificación diferentes debido a índices distintos de función basal de las células T. La clasificación se basa en 2 observaciones; el hecho de que las células T cooperadoras son el blanco principal de el HIV y la observa --

ción clínica de que la integridad funcional de las células T determina la presentación clínica. Así hay 6 etapas que requieren (a excepción de la 1) de documentar infección por HIV. Se hacen adiciones extras que incluyen la presencia o ausencia de afección neurológica o de sarcoma de Kaposi (5).

FISIOPATOGENIA

En una rápida revisión del esquema de inmunorregulación nos muestra una clara diferencia entre los linfocitos T (del timo) y los de tipo B (de la médula ósea), así como con los monocitos/macrófagos. Todos ellos están interrelacionados en la respuesta inmune gracias al complejo mayor de histocompatibilidad (CMH).

Los linfocitos T se clasifican en 2 tipos en general, los linfocitos T cooperadores (CD4) y los linfocitos T citotóxicos/supresores (CD8). El HIV tiene tropismo por las células que expresan en su membrana el receptor (D4) y por ello infecta a 2 tipos de células fundamentales en la respuesta inmune, los linfocitos CD4 (cooperadores) y a los macrófagos. Esta selectividad se debe a que parte de la molécula CD4 es el receptor del virus. Los macrófagos en comparación de los linfocitos CD4 son más susceptibles y producen mayor cantidad de virus por lo que es probable que al igual que en otras infecciones por retrovirus participan como reservorio viral.

Los linfocitos T CD4 una vez infectados por el virus tienden a la fusión celular a través de la molécula CD4 con la producción de células gigantes multinucleadas y finalmente muerte celular. En un individuo normal la mayoría de los linfocitos B están en reposo. Encambio en pacientes con SIDA la mayor parte de los linfocitos B están activados, es decir, secretan inmunoglobulinas en forma espontánea. La actividad policlonal de los linfocitos B es muy similar a la que se observa en infecciones crónicas por virus del grupo herpes como el virus Epstein-Barr (EBV) y el ci-

megalovirus (CMV). Los pacientes con SIDA en su mayoría son portadores de estos virus, por lo que esta alteración y la activación policlonal es probable que se deba a infección de los linfocitos B por alguno de estos virus.

El aumento en la incidencia de linfomas tipo Burkitt en los pacientes con SIDA puede obedecer a que al existir un aumento en el número de linfocitos B infectados por EBV, se incrementa la posibilidad de que algunas clonas desarrollen transformación maligna, o bien, a que sean superinfectadas por ~~el~~ HIV, integrándose ambos virus al material genético celular, contribuyendo al desarrollo de un proceso maligno.

También se ha demostrado disminución de la función citotóxica -- de los linfocitos. La actividad quimiotáctica, la capacidad de -- expresión de moléculas clase II, están disminuidos en el macrófago. La infección por HIV en los linfocitos puede permanecer latente o bien llevarlos a muerte tempranamente. al parecer lo que determina lo anterior es el estado de estimulación antigénica -- del linfocito. En estudios con cultivos celulares los linfocitos T pueden permanecer vivos a pesar de que estén infectados mientras no sean estimulados inmunológicamente. A mayor estimulación antigénica de los linfocitos infectados por HIV mayor es la posibilidad de muerte celular. Los pacientes infectados por HIV producen anticuerpos contra la cápside viral, los cuales sirven para el diagnóstico de estado de portador.

El agente causal es un retrovirus, esto es, virus que almacenan-

su información genética en RNA sintetizando a partir de este DNA por medio de una enzima llamada transcriptasa reversa, de manera diferente y contraria a como ocurre en células eucariontes, (6).- Con tropsimo para células que expresan en su membrana la molécula CD4 (macrófagos y linfocitos CD4). La primera célula en contacto con el virus es el macrófago que le sirve de reservorio. El linfocito T CD4 lo adquiere al tener contacto con el macrófago -- y podría permanecer latente (por poca estimulación inmunológica) o llegar a la muerte celular (por activación inmunológica) (7).

CUADRO CLINICO.

Los síntomas generales, no característicos, al inicio del padecimiento son : ataque al estado general, diarrea y fiebre, siendo con gran frecuencia, causa de muerte los problemas respiratorios o infecciones por gérmenes oportunistas, muchas veces simultáneos. Estos agentes infecciosos afectan casi siempre en el -- siguiente orden de frecuencia etiológicas 1.- Citomegalovirus -- 2.- *Pneumocystis carinii* 3.- Bacterias 4.- *Candida albicans* 5.- *Histoplasma capsulatum* 6.- Virus herpes 7.- Micobacterias, *Aspergillus*, *Criptococo*, *Toxoplasma*.

Los órganos afectados en orden de frecuencia son; 1.- pulmones - 2.- Riñones 3.- Ganglios 4.- Encéfalo 5.- Hígado y bazo 6.- Laringe 7.- Esófago 8.- Cualquier órgano del aparato digestivo -- 9.- Tráquea y Bronquios 10.- Boca, lengua, faringe. (8).

En cuanto a Neoplasias en más del 90% de los pacientes con SIDA, este corresponde al sarcoma de Kaposi, siendo su inicio en piel, pudiendo afectar también ganglios, esófago, colon, bazo, --

pulmones, tráquea, bronquios, boca, estómago. Otras patologías malignas son los linfomas no Hodgkin, carcinomas orales. Los cambios patológicos en los órganos nos muestran alteraciones en la mayoría de éstos, generalmente con hallazgo de gérmenes oportunistas o cáncer. En una serie de necropsias en el Instituto Nacional de la Nutrición en 1987 se hallaron las siguientes diferencias en cuanto a casos de SIDA en México y otros países (Eufundamentalmente).

- Mayor frecuencia de citomegalivirus
- Ligeramente menor número de casos con neumocistosis
- Elevado número de hisoplasmosis
- Ausencia de linfomas no Hodgkin
- Mayor incidencia de aspergilosis. (9).

El SIDA se caracteriza clínicamente por infecciones oportunistas fatales y/o malignidades. Las condiciones prodrómicas incluyen; el CRESI (complejo relacionado con el SIDA) y LAP (linfadenopatía generalizada), se cree que el SIDA generalmente evoluciona a partir de CRESI siendo más variable esto para los casos de LAP (10).

Es importante conocer de donde provienen los pacientes en estudio pues se ha comprobado la prevención de ciertas infecciones en especial fúngicas o parasitarias en ciertas comunidades con factores predisponentes a estas infecciones e infestaciones (11).

En términos generales ciertos signos y síntomas son casi siempre constantes para sospechar el diagnóstico de SIDA:

Gottlieb ha descrito 4 patrones básicos de SIDA :

- 1) Pródromo febril seguido de infección oportunista.
- 2) Inicio abrupto de infección oportunista.
- 3) Cuadro con sarcoma de Kaposi.
- 4) Evolución a partir del complejo relacionado al SIDA.

1) A la fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso, diarrea y linfadenopatía son los síntomas clínicos en estos caso. La fiebre es en general intermitente y clasificada como de origen no determinado; asimismo la pérdida de peso en relativamente rápida, de 5-15 Kg, en cuestión de meses. Las diarreas son intermitentes, -- la linfadenopatía mínima que puede o no resolverse. La sudoración es muy común, nocturna, aún sin fiebre, asimismo muchos casos cur san con fatiga, molestia no explicable.

2) A inicio abrupto de infección oportunista :

Un grupo de pacientes desarrollará alguna infección oportunista en forma aguda. En estos casos además de los síntomas agregados-- encontraremos tos productiva o no, disnea, molestias faríngeas,-- anorexia, náusea, vómito, cefalea, fotofobia, manifestaciones cutáneas diversas. Todo lo anterior con variaciones dependiendo de los gérmenes involucrados (12).

Más del 80% de los pacientes con SIDA adquirirán *Pneumocystis carinii* como porcentaje en la infección inicial. (11).

La infección pro CMV casi siempre se desarrollará en los pacientes con SIDA pero rara vez sola, acompañando frecuentemente a la

infección por Pneumocystis. El citomegalovirus da exudados hemorrágicos retinianos y en ocasiones diarrea. Las bacteremias están presentes en forma importante produciendo neumonías, infecciones urinarias, enterocolitis, abscesos subcutáneos, meningitis, así como numerosos síntomas en el tracto digestivo y respiratorio. Los gémenes presentes más frecuentemente son: Enterobacteria ceeae Staphylococcus, Pseudamona aeruginosa, Streptococcaa y en menor medida Haemophilus influenzae (13). La toxoplasmosis cursa en la mayoría de los casos como encefalitis focales y estudios recientes reportar una incidencia incrementada de tuberculosis entre pacientes con HIV, como es de suponerse en especial en poblaciones con alta prevalencia de la misma, teniendo como característica especial su diseminación extrapulmonar y presentación atípica. La histoplasmosis diseminada y la criptosporidiosis, así como la meningitis criptocócica suelen encontrarse especialmente donde estos organismos son endémicos.

Capítulo aparte son los casos de herpes simple y zoster así como la gran frecuencia de candidosis a diversos órganos, los cuales son vistos en más detalle adelante, junto con otras lesiones micóticas.

3) Cuadro con Sarcoma de Kaposi.

El diagnóstico de sarcoma de Kaposi (KS) en un paciente de alto riesgo y menor de 60 años es prácticamente diagnóstico de SIDA, siendo la mayoría pacientes asintomáticos sin signos de infección oportunista. El KS es la manifestación más común en piel del SIDA. Las lesiones en piel o mucosa oral son de tamaños variables, seme

jantes a picaduras de insectos, progresivas hasta desarrollar -- grandes tumores sin comezón ni dolor y que ocasionalmente involu cran ganglios, pulmones, órganos intestinales.

4) Evolución a partir de CRESI.

El CRESI está constituido por síntomas variables generalizados-- con linfadenopatía prolongada e inexplicable, pérdida de peso, - fiebre, sudoración nocturna y malestar general. Algunos pacien-- tes suelen tener herpes zoster, simple, micosis. Aún no hay por-- centajes para conocer que número de pacientes con CRESI desarrol-- larán SIDA típico. NO se deben confundir los síntomas prodrómi-- cos ya descritos del SIDA con el cuadro de CRESI puro (sin desa-- rrollo de SIDA). De hecho el CRESI puede llegar a ser considera-- do como pródromos de algunos casos del SIDA.(2)

Las infecciones repetidas por herpes simple son muy comunes en-- los pacientes con SIDA, además de ser fuente de presentaciones - digestivas y respiratorias superiores. El HSV se ve en los ojos, regiones oral y genital, así como anal, con ampúlas y úlceras.- El herpes zoster es debido a reactivación del mismo virus de la de la varicela en pacientes que la padecieron. Los signos y sín-- tomas son parecidos al del simple, más se encuentra gran dolor-- en el dermatoma lesionado. Otras lesiones halladas son por molus-- co contagioso; se presenta más en niños, es de origen viral, -- no doloroso y localizado a cualquier parte del cuerpo. Otras le-- siones dermatológicas que pueden presentarse con el SIDA son --

verrugas, dermatitis seborreica, psoriasis.

En el caso de lesiones fúngicas la presentación de lesiones micóticas es muy alta en especial por *Candida* que suele acompañar -- las infecciones oportunistas en más del 90% de los casos (14). -- Se han encontrado otros hongos como *Trichophyton* y *Tonsurans*. Se han descrito en otros estudios alta incidencia de aspergilosis (8).

Por último deben mencionarse las tumoraciones malignas que pueden presentarse, siendo las más frecuentes los linfomas no Hodgkin y carcinomas bucales y anogenitales.

PRUEBAS - EXAMENES

Existen pruebas desarrolladas a partir del descubrimiento del -- virus que causa el SIDA. Hay otra serie de exámenes que ayudan -- al diagnóstico y otro tipo de exámenes relacionados con patolo-- gías oportunistas o infecciones agregadas.

La prueba más conocida es la que determina la presencia de anti-- cuerpos contra el HIV reportados como seropositividad o serone-- gatividad. Es importante señalar que su positividad nos habla de-- haber estado en contacto con el virus pero no de que le sujeto-- tenga SIDA. Esta prueba usa el método de inmunoabsorción enzimá-- tica más conocida como ELISA, que emplea un antígeno del virus -- para identificación mediante métodos enzimáticos utilizando co--

mo sustrato dicho antígeno. Una ventaja de la extensión masiva de esta prueba, muy sensible y específica, radica en el rastreo epidemiológico de sujetos en riesgo de padecer la enfermedad. Una vez que se está ante un paciente en quien se sospecha sida y se demuestra seropositividad por esta prueba, debe buscarse el uso de un método prácticamente específicas del HIV en estos pacientes mediante el método de inmunotransferencia o Western blot que utiliza purificación de proteínas del virus y de geles de poliacrila mida los transfieren los químicos a tiras de nitrocelulosa para ser después teñidas y comparadas con otros patrones de bandeó. Otras pruebas que ayudan a discernir esta condición son: Linfopenia (mediante recuento de Leucocitos), establecer la relación entre células T CD4 y CD8, cuyo cociente disminuye debido a la caída de la primera población, y aumento de inmunoglobulinas, así como aquellas pruebas métodos de laboratorio, gabinete o histopatología que confirmen la presencia de gérmenes oportunistas o procesos malignos relacionados.

Es conveniente mencionar que en cultivos echos en diversas ocasiones sean detectado anticuerpos y el virus (VIH) en sangre, saliva, fluido de oído medio, cerumen, lagrimas y moco nasal. (Ver tab. 1) (15).

AISLAMIENTO DEL VIRUS DEL SIDA DE FLUIDOS Y SECRECIONES COMUNNEMENTE ENCONTRADOS EN OTORNASLARINGOLOGIA.

SECRECION	ANTICUERPO	VIRUS
Cerumen	+	-
Líquido de oído medio	+	+
Mucosa nasal	Na	Na
Saliva	+	+
Pus	Na	Na
Sangre	+	+

MATERIAL Y METODOS

Se desarrolló una revisión retrospectiva, de expedientes clínicos de 80 pacientes con el diagnóstico de probable síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que acudieron a consulta en el Hospital de de Especialidades de Centro Médico Nacional del Seguro Social, entre enero de 1986 a diciembre de 1988.

De estos expedientes se extractaron los siguientes datos:

Sexo, edad, factores de riesgo, signos y síntomas otorrinolaringológicos entidades específicas de O N G; diagnósticos definitivos y asociados evolución. También se siguieron lugar de origen, residencia, profesión, nivel de vida.

Requisito indispensable en la revisión fue el tener estudio serológico de SIDA.

En general, todos los pacientes tienen múltiples y variados exámenes pero no existe un patrón determinado en los estudios realizados, siendo estos exámenes dirigidos especialmente a patologías sobreagregadas y complicaciones varias. Unos pocos contaban con exámenes más específicos y sofisticados dirigidos a su evolución o a encontrar patologías específicas. De los 80 pacientes, 22 -- fueron descartados por tener exámenes seronegativos, falsos positivos y dudosos, así como aquellos que aún no tiene diagnósticos definitivos. El resto de pacientes seropositivos y sintomáticos -- fueron 58, todos los cuales tenían el DX. de SIDA. (Ver 1).

En base a los resultados se efectuó un estudio comparativo de -- los reportes hallados en la literatura médica con respecto a la otorinolaringología con los encontrados por nosotros en la revisión, para ellos se mostrarán los resultados generales y posteriormente la revisión y comparación de los diferentes órganos y sistemas de la especialidad y otros en estrecha relación con -- ella, como el aparato respiratorio en general.

RESULTADOS

Con relación al sexo se encontró un predominio importante del sexo masculino -82%, siendo la relación del 4 a 1 como se ha encontrado en otros trabajos. (ver. fig. 2).

El promedio de edad, fue de 37 años y el grupo de mayor incidencia el de 30 a 40 años (55%), seguido por el grupo de 20 a 30 años 17% (ver. fig. 3).

El 41% eran homosexuales o bisexuales confirmados; 33% no refieren sus hábitos sexuales y el 26% eran heterosexuales pero con factores de riesgo como prostitución transfusiones sanguíneas. (ver fig. 4).

De todos ellos el 60% eran solteros, 31% casados y el resto en otros estados. (ver fig. 5).

La gran mayoría, 86%, originarios y/o residentes en la capital lo que concuerda con lo reportado de la concentración de SIDA en las grandes urbes.

En cuanto a la ocupación llamó la atención de que 5 casos fueran de trabajadores de la salud (8.6%) los demás de variadas profesiones.

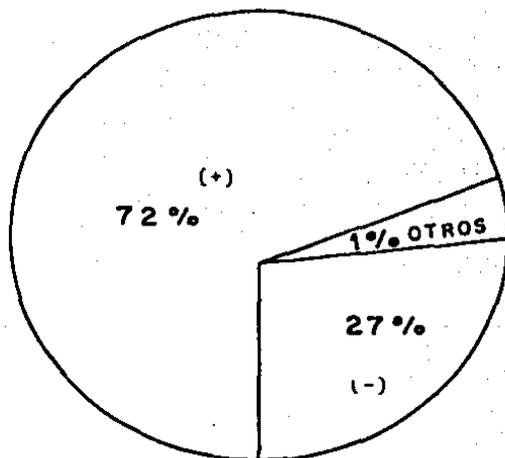


FIG. 1 RESULTADO DE HTVL

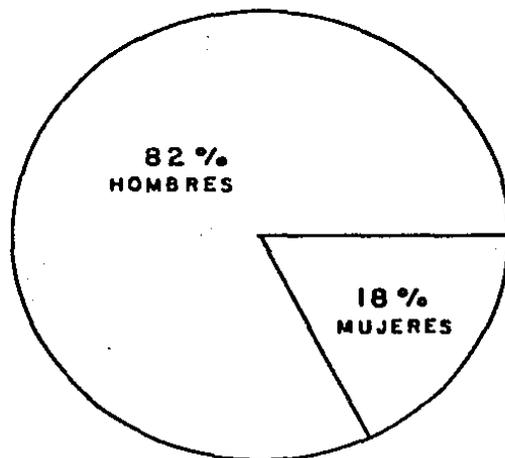


FIG. 2 SEXO -

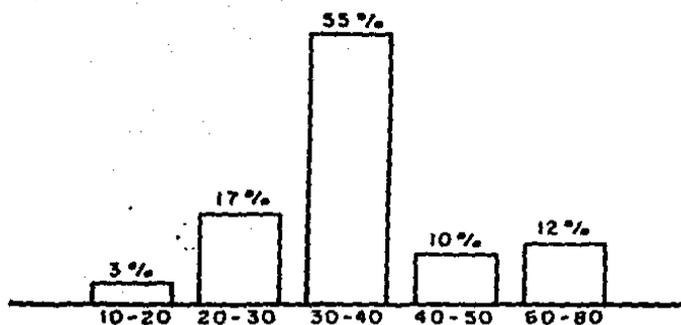


FIG. 3 RELACION POR EDADES

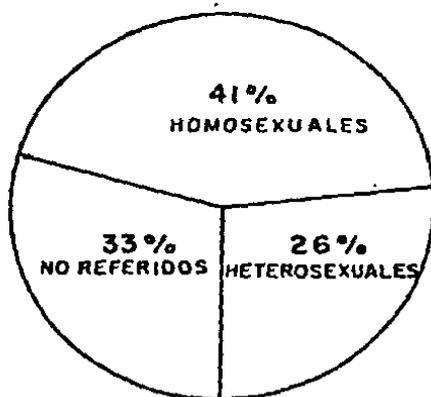


FIG. 4 HABITOS SEXUALES

El nivel social, como se ha escrito, no tiene un patrón específico llenando desde clases altas hasta bajas.

Las enfermedades asociadas están distribuidas entre discrasias sanguíneas, 20% patologías dérmicas, 20% intestinales, 20% genitourinarias, 10% y otras 10%. (ver fig. 6).

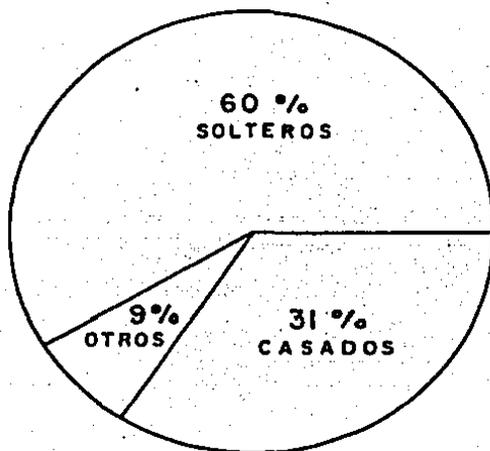


FIG. 5 ESTADO CIVIL

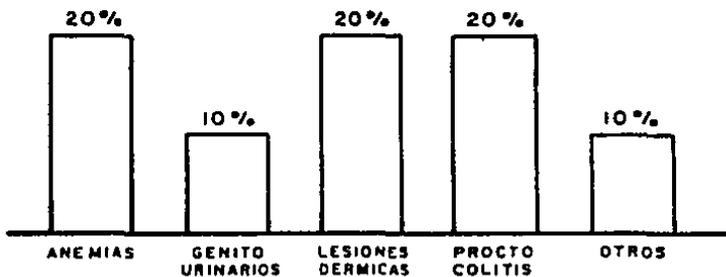


FIG. 6 ENFERMEDADES ASOCIADAS

OIDO

A pesar de ser de los sistemas menos afectados en los casos -- de SIDA, ya hay reportes en la literatura mundial que muestran patologías en estrecha relación con el padecimiento del SIDA; es el caso de un paciente de 36 años, latino, con antecedentes de - otitis medio agudo bilateral con miringotomías bilaterales múlti- - ples quien años antes había sido drogadicto vía I.V.

Las pruebas séricas confirmaron el diagnóstico de SIDA. Al exá- - men se le encontró: Linfadenopatía no dolorosa submandibular; en oído pólipo aural de 3 x 5mm en la unión de la pars flaccida y - el meato auditivo externo. Las radiografías mostraron pobre --- aereación mastoidea y esclerosis bilateral de predominio izquier- do.

El estudio audiológico reportó hipoacusia bilateral sensorineu- - rol de predominio izquierdo. La biopsia mostró material granular espumoso, todas las formas de pneumocitis carinii controfozoi- - tos, quistes. Los exámenes para descartar otras patologías, in- - cluyendo micosis, fueron negativos El organismo asociado al póli- po ótico se identificó como *P. carinii*, protozoario de clasifi- - cación poco clara y oportunista.

El paciente, HIV positivo, no mostró alteraciones neumónicas -- (16).

Se reporto otro caso de paciente negro de 39 años con otorrea -- e Hipoamsia, derecha de 3 semanas de evolución, negando otros -- síntomas o antecedentes de enfermedades otológicas. El paciente era drogadicto IV con tuberculosis diseminada a ganglios axilares bajo tratamiento. El CAE derecho estaba totalmente obstruido por un pólipo a través de membrana timpánica. Otros hallazgos -- fueron hipertrofia de amígdalas y adenopatías cervicales disfu-- sas. Un audiograma mostró hipoacuisa mixta derecha. Las radiogra-- fías mostraron aereación normal en oído medio y mastoides. Los -- resultados de las pruebas para el SIDA habían sido positivas. Es-- tudios específicos para detectar neumocitis fueron positivos. No-- hubo indicios de infección pulmonar. (17).

En el estudio realizado sólo vimos un caso con otorrea. Dicho pa-- ciente tenía antecedentes de otitis media bilateral en la infan-- cia. Le hicieron el diagnóstico de SIDA (HIV positivo). Poste -- riormente inicia nuevas episodios de otorrea derecha. Actualmente siguen en tratamiento.

Los hongos tan frecuentes en especial en ambientes húmedos y tro-- picales que han sido motivo de estudios a nivel otológico son ra-- ros o por lomenos no han sido reportados Sin embargo se conoce -- la gran incidencia de Candida y Aspergillus, este último por me-- dio de un estudio realizado en México. (8).

Es posible que lo que haga falta sea revisar dichos estudios para descontar o confirmar esta probable patología. Tal vez por lo mencionado es que en nuestro trabajo no se encontró ningún reporte de atomicosis.

Existe la posibilidad de presentarse casos de granulomatosis en oídos por *Cryptococcus neoformans*. Estudios experimentales en animales en animales a los que se les inoculó este hongo terminaron produciendo varias lesiones en diferentes partes del cuerpo entre ellos los oídos. (18).

Se describen también lesiones en piel del tipo dermatitis seborreica y psoriasis que pueden presentarse en el conducto auditivo externo. En la revisión efectuada no se reportó ningún signo o síntoma compatible con estas afecciones a nivel ótico.

NARIZ - SENOS PARANASALES.

Existen ya varios casos reportados de manifestaciones nasales por el SIDA. Los más frecuentemente reportado y por lo que tendremos posiblemente más consulta es la epistaxis, en especial en los casos de pacientes con anemias hemolíticas, leucémicos, hemofílicos que al ser transfundidos adquirieran el SIDA. En otros casos se presentaran en forma espontánea por alteraciones en las células sanguíneas.

En la revisión se encontraron 8 casos de epistaxis. De ellos, 3 en pacientes hemofílicos, uno con anemia de células falciformes y 4 sin causa precisa. Pueden presentarse epistaxis por las infecciones sobrecogadas que aumentan en los pacientes inmunodeprimidos.

La obstrucción que pudiera estar relacionada directamente con el SIDA es frecuente. Se reportó un caso de obstrucción nasal progresiva, epistaxis, dolor nasal y cafelea frontal. El paciente, un haitiano de 20 años con exámen positivo para el SIDA consultó por lo anterior al exámen se detectaron costras abundantes, obstructivas en cornetes. Se el realizó biopsia reportándose tejido inflamatorio con trofozoitos de amibas fue identificada como Acanto amoeba castellani, un tipo de amiba que puede encontrarse en naso faringe de personas sanas dentro de su flora normal. En biopsia de correte inferior también se aisló dicha amiba; probablemente las mismas fosas nasales hayan sido el portal de entrada. Esta --

afección puede ocurrir con alguna frecuencia. Su diagnóstico se logrará con biopsia y cultivos, por tal motivo será mejor tomarla en cuenta como patología en pacientes con SIDA o sospecha de ésta, con alguna varias de las manifestaciones ya mencionadas. (19).

Se reportó también un caso de absceso septal de un paciente con SIDA. Los abscesos en especial subcutáneos son frecuentes en estos pacientes como ya se había mencionado.

Es muy probable que esta complicación se venga presentando y no haya sido reportado y asimismo que siga en aumento o medida que se incrementen los casos del SIDA y sean detectados. En este informe se habla de que el cultivo fue positivo para S. aureus, -- potencialmente peligroso para el paciente por la posibilidad de diseminación sanguínea, más aún en estos pacientes inmunodeprimidos. (20).

Se ha detectado otr germen oportunista que afecta numerosos tejidos viscerales. Se trata de alternaria Alternata, bacteria -- gran negativa normalmente no patógena (oportunista). (21).

Se describe un caso de necrosis del septum nasal en el cual se aisló dicho germen manejándose con debridación y enfotericina. - B. El paciente se curó de dicha patología.

De las granulomatosis que podrían aprovechar el estado de inmuno deficiencia del paciente con SIDA la más factible a desarrollarse en el criptococcus neoformans. En un estudio ya mencionado, - en lo referente a oído; se produjeron granulomas en mucosa nasal (18).

En México se han reportado casos de compromiso cutáneo, incluso en nariz, producidos por *Cryptococcus*. (22).

De los casos mencionados anteriormente, en nuestro estudio no se informó de ninguna de estas patologías.

De gran interés resultan los casos de embriopatías por HIV y como se mencionó anteriormente el PSIDA es bastante complejo y nos limitamos a mencionar los hallazgos encontrados en niños y lactantes, siendo deformidad craneofacial, con frente en "cajón", puente nasal deprimido, fisuras palpebrales alteradas, escleras azules, nariz corta con columela plena y *filtrum* triangular bien formado (23).

Los senos paranasales en íntima relación con las fosas son afectados igualmente en los casos de pacientes con SIDA. Aquí también hace falta realizar estudios que ayuden a clasificar dichas patologías; no obstante el que no se han llevado a cabo estudios o protocolos en estos pacientes sí se describen 2 casos en que se tomaron radiografías. De senos paranasales los cuales mostraron engrosamiento importante de la mucosa de los dos senos maxilares. No se tomaron otros estudios para descartar micosis. Dichas pacientes aquejaban faringitis de repetición y cefalea frontal. A pesar de que es muy probable que el padecimiento se debía a algún germen de tipo estafilococo o estreptococo queda la duda de si no podría ser otra la causa de lo mencionado. Acerca de esto, en un paciente descrito -----

anteriormente presentaba obstrucción nasal continua, faringitis, cefalea frontal; se encontró en la biopsia Acantoamoeba. (Tipo de ameba de la flora nasofaríngea normal) (19).

Los hallazgos en dicho paciente. a nivel de senos paranasales, fueron, mucosa engrosada con áreas focales de hemorragias en cavidades antrales. Queda como en otros casos la duda y la inquietud para iniciar estudios en todos estos pacientes con sospecha de compromiso en senos paranasales.

El herpes simple virus puede llegar incluso a comprometer nariz externa, así mismo aparecen psoriasis y dermatitis seborrécica.

BOCA - FARINGE.

En el caso de la mucosa oral y faríngea podemos definir 3 patrones básicos de patología que frecuentemente acompañan al paciente con SIDA, estos pueden estar solas o sobregregadas. Además de estos patrones encontrados, otros casos esporádicos que ya mencionamos, y tumoraciones.

Dichos patrones patológicos son lesiones : virales, micóticas, bacterianas. En cuanto a tumoraciones, la más común es el sarcoma de Kaposi y tumores malignos orales.

Por ser lo anterior de sumo interés todo lo mencionado será descrito en forma completa.

Lesiones virales:

Los virus están íntimamente ligados a la enfermedad del SIDA en sí y además se presentan en diferentes entidades muchas veces -- sobregregadas o ligadas con otros tipos de virus o gérmenes, frecuentemente en asociaciones que son materia de estudio por múltiple interés de etiología, patogenia y otros factores a tener en cuenta. De ellos, el más frecuentemente encontrado es el citomegalovirus (CMV), en especial en secreciones, muy asociado a P. carinii y sarcoma de Kaposi (24). Otro virus igualmente frecuente es el Epstein Barr (EBV). Estos tipos de virus se están encontrando cada vez más en fiebre prolongada, astenia y linfadenopatía, así como la estrecha relación del EBV con linfoma de Burkitt y --

del CMV con sarcoma de Kaposi. (25).

Los papilomavirus y el EBV están presentes dentro de células epiteliales en la leucoplasia "peluda" oral (26).

Las limitaciones en exámenes sofisticados impide tener un conocimiento al respecto en el curso de esta revisión, por lo cual no se encontró ningún estudio de este tipo. Las manifestaciones más frecuentes de virus en boca y faringe son en su gran mayoría debidas al herpes simple, ya muy conocido por todos. En el caso del paciente infectado con HIV lo que se sabe es que dura mas tiempo, es más intenso, más doloroso y más resistente a cualquier tratamiento antiviral. Los signos y síntomas ya conocidos son: vesículas agrupadas, pequeñas, recurrentes, sobre base eritematosa, localizadas en boca o mucosa oral que producen dolor, mucho ardor y prurito.

La incidencia de este herpes es aproximadamente 10% (27).

En esta revisión se discuten 6 casos de herpes simple lo que coincide con hallazgos en otros estudios.

Herpes coster del tronco: en casos raros puede hallarse en cara. Nosotros encontramos un sólo caso y no comprometía la cara.

La leucoplasia "peluda" de la lengua está asociada a un papilomavirus y al EBV.

Presente en homosexuales inmunodeprimidos con SIDA y cuyo lesión-

es ligeramente elevada, mal demarcada, corrugada o "peluda", de pocos mm. a 3.5 x 2 cm de tamaño y que usualmente no produce síntomas y puede confundirse con candidosis oral. (26).

Aún no hay estadística exacta con respecto a su incidencia en pacientes con SIDA.

En nuestro caso se descubrieron 4 pacientes con placas blancas en lengua y 6 con lengua saburral. Todos ellos con diagnóstico de -- candidosis oral. Sólo uno es apoyado con estudio paraclínico positivo para *C. albicans*. Queda la posibilidad de que alguno de estos casos corresponda a leucoplaisa ya que al exámen no se describen claramente como lesiones fúngicas. El diagnóstico exacto sólo podremos realizarlo efectuando las biopsias pertinentes.

El molusco contagioso de origen viral suele verse en la piel pacientes con SIDA en algunos casos en cara. Nosotros encontramos -- un caso con compromiso facial.

La psoriasis, infección viral de la piel es muy común en pacientes con SIDA, puede encontrarse en mucosa oral y nasal ente otros.

Las verrugas causadas por papilomavirus se presentan en pacientes con HIV, son más grandes, numerosos y de difícil erradicación. Se pueden localizar en todo el cuerpo, la cara y peribucalmente. (3).

Las lesiones micóticas son de las más comúnmente encotradas en -- pacientes con SIDA.

La candidosis oral, en un alto porcentaje, tarde o temprano invade cualquier órgano en especial del sistema digestivo, orogenital

Diferentes estudios muestran que la incidencia de infección por candida puede llegar al 90% o más en el paciente con HIV (14).

Se debe tomar en cuenta que muchos diagnósticos no se corroboran con exámenes adecuados sino que su presunción diagnóstica, depende sólo de la clínica. Por ello pueden presentarse casos falsos positivos teniéndose en realidad lenguas soburrales, glositis u otras afecciones que pueden confundirla. Por el contrario casos no detectados o a los que no se les presta mayor atención son de vital importancia.

La presencia de candidosis oral está generalmente asociada a --- otros gérmenes oportunistas o en relación a otras enfermedades -- como la causada por CMV. Sin embargo, una buena proporción de pacientes han iniciado sus síntomas más concluyentes de SIDA cuando ya meses antes habían sido tratados por candidosis.(24).

Hecho de gran interés para nuestra práctica diaria por la frecuencia con que salenos ver este tipo de lesiones.

En nuestro estudio, la prevalencia de candidosis oral fue importante pero menor a los informes revisados. Quizá esto se deba a -- que no se han hecho estudios específicos sobre candidosis oral. -- Fueron diagnosticados 18 casos de los 58, como candidosis oral; -- con la revisión de los hallazgos clínicos ascendieron a 24 los ca

sos con lesiones de tipo candida. (41.3!).

El *Aspegillus* es otro hongo oportunista que está aún por estudiar se más en pacientes con SIDA. Se conoce su alta frecuencia pero - aún no se realizan trabajos específicos, por ejemplo a nivel oral. Además ni para este o para *Candida* se conocen informes de su presencia en oídos.

Nosotros no encontramos ningún caso en que se diagnosticara aspergilosis o se describieran signos compatibles con ésta. Lo que si es casi seguro es que su presencia no ha sido descartada o estudiada, pues en ningún caso se hace alusión a que no se encontrará.

Dobemos agregar a esta la preocupación que muchos médicos y pacientes tienen con respecto a la transmisión oral del SIDA, más aún - en pacientes con deplorable estado de su mucosa oral y con presencia de candidosis; en varios estudios realizados esto se ha descartado. Sólo un niño de madre con SIDA fue infectado, pero se concluyó que había sido transmisión perinatal. El niño tenía al realizarse el estudio 5 años. (28).

La criptococosis generalizado es poco común. Se han descrito casos, sin embargo, en que además de las localizaciones frecuentes como cerebro, vías respiratorias, se le halló en nariz y labios superiores (22).

Como en todo paciente inmunodeprimido la candidosis puede sistemati

zarse llegando incluso a afectar al corazón. asimismo al sistema digestivo. La faringe en pacientes con SIDA suele estar invadida por este hongo. Se pueden llegar a ver las placas blanquecinas y algunos casos con hiperemia y congestión faríngea.

En nuestro estudio de las 5° pacientes, 8 se reportaron candidiasis faríngea, 4 con cultivos faríngeos positivos para *C. albicans*.

La faringe está frecuentemente afectada en los casos de SIDA. Casi todos en uno y otro momento de la enfermedad padecieron infecciones faríngeas de diferente etiología. En general se describe como eritematosa, a veces con exudados purulentos. (29); suele haber casos de faringitis de repetición.

Excluyendo los casos de candidosis hemos de concluir que muchos de estos pacientes presentan infecciones bacterianas por el estado deplorable de las defensas de pacientes con SIDA.

Nosotros hallamos 19 pacientes con signos y síntomas faríngeos (33%). La odinogía, ardor bucal, faríngeo y disfagia fue lo más mencionado. (ver fig.7). En los hallazgos faríngeos hiperémicos y algunos casos con exudado. Muchos estaban asociados a hipertrofia e hiperemia de amígdalas. De estos 19 pacientes a 12 se les realizaron cultivos faríngeos, siendo el germen más frecuente *Neisseria* sp. (8 pacientes), junto a *S. viridans* (7 pacientes); en orden de frecuencia le siguieron *S. aureus* (4 pacientes); --

S. epidermidis (2 pacientes), *S. beta hemolítico* (1 paciente), -- *K. pneumoniae* (1 paciente). Los gérmenes patógenos encontrados -- son los descritos en diferentes estudios, aunque no necesariamente en este orden. (ver tab. fig. 8).

Debemos agregar que estas infecciones bacterianas también comprometieron la mucosa oral produciendo gingivitis, estomatitis, glositis. Se encontraron 11 casos con lesiones en carrillos, región gingival, lengua y otras partes de la mucosa oral. Dichas lesiones son ulceraciones y eritema. Sus síntomas más mencionados: ardor lingual, bucal. Los 11 pacientes (17%) tenían en muchas ocasiones otros compromisos como faringitis, candidosis oral, lesiones herpéticas, etc. (ver. fig. 9).

En 1986 en Denver, Colorado, se encontraron 3 niños con SIDA que desarrollaron nomas: una gingivoestomatitis muy rara y poco común (necrotizante). (30).

Se ha reportado un caso de lepra; se trata de un homosexual de 43 años, de Brasil con todos los signos y síntomas de esta enfermedad. Su estudio resultó HIV positivo; presentaba entre otras lesiones nódulos rojo púrpuras alrededor de boca y en cuello. En -- mucosa oral las biopsias mostraron sarcoma de Kaposi. (31).

La tuberculosis en pacientes con SIDA es más frecuentemente diseminada y de localización poco común; por ello pueden presentarse lesiones en boca o faringe, con mayor frecuencia que en pacientes

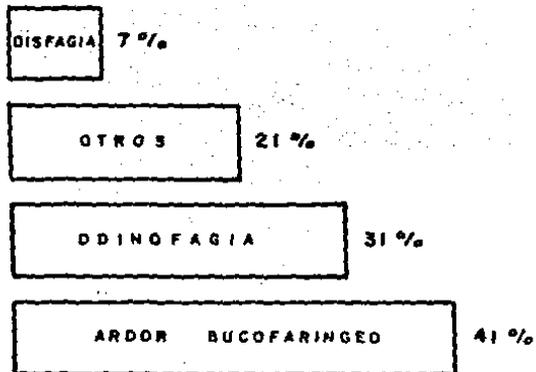


FIG. 7 SINTOMAS BUCOFARÍNGEOS

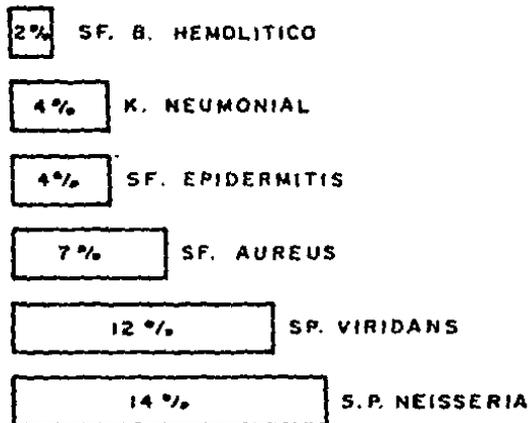


FIG. 8 PORCENTAJE DE BACTERIAS A NIVEL BUCOFARÍNGEO

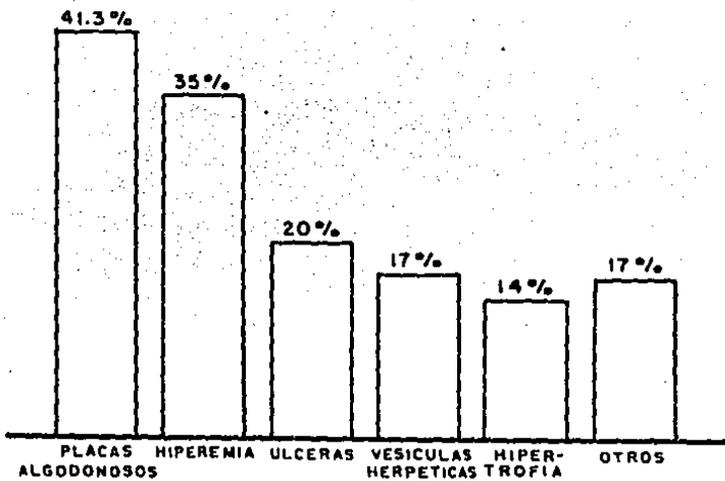


FIG. 9. SIGNOS BUCOFARINGEOS

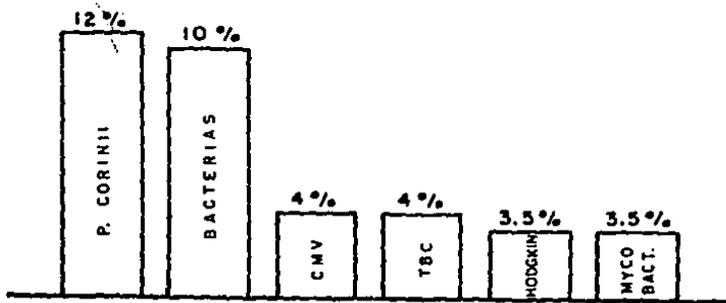


FIG. 10. INFECCIONES ASOCIADAS EN LARINGE Y CUELLO.

normales. Igual cosa sucede con la sífilis en que se ha reportado incremento de lesiones en cara y con mayor resistencia a los tratamientos.

El sarcoma de Kaposi ya tan mencionado anteriormente es una tumoración maligna siendo la manifestación cutánea más común en el -- SIDA. Suele presentar lesiones en el paladar duro y encías. Dicha lesión indolora, no pruriginosa, es en forma de placas rojo violá ceas de tamaño variable; cada vez se realiza con más frecuencia -- el diagnóstico. Las estadísticas varían desde el 20% al 90% en -- cuanto a que los nacientes con SIDA lo padecieron en algún momento de su enfermedad (8).

En la revisión realizada el diagnóstico definitivo de sarcoma de Kaposi se hizo en 2 pacientes, uno de ellos con pruebas para HIV negativas y de 73 años. El otro, de 45 años con SIDA. En los 2 -- casos se mencionaron lesiones cutáneas en miembros inferiores y al parecer sin lesiones en boca.

Por la alta frecuencia con que se está encontrando este tipo de -- cáncer, se hace necesario interrogar y examinar cuidadosamente -- estos pacientes en busca de las placas típicas en piel y paladar -- ya que la mayor parte de estos pacientes no hay síntomas y no -- presentan otros signos de infección oportunista. Su diagnóstico -- definitivo se hace con biopsia la cual puede hacerse en el consul -- torio.

Se han descrito casos de carcinomas orales asociados directamente con el SIDA sin embargo no tenemos en nuestra serie ninguna neoplasia excepción del sarcoma de Kaposi mencionado.

LARINGE - CUELLO.

En este capítulo veremos las patologías, complicaciones y manifestaciones que asociadas al SIDA comprometan cuello incluyendo el sistema ganglionar y glandular, laringe; también se revisarán tráquea, pulmones, bronquios y mediastino, en estrecha relación con la especialidad y en especial con procedimientos como la broncoscopia, broncoesofagoscopia, tranqueostomía en el caso de pacientes con insuficiencia respiratoria.

El sistema ganglionar del cuello es de primordial importancia -- ya que hace parte del SIDA como tal, siendo una de sus manifestaciones clásicas y más comunes aun en los casos de que no se encuentren infecciones oportunistas o sobre agregadas, esto se debe a la etiopatogenia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida la cual ya fué descrita. Pero aparte de esto que es un punto de gran importancia los ganglios a nivel de cuello por su función en la inmunidad del cuerpo humano, se vé frecuentemente comprometidos, ante la serie de agresiones que sufre el paciente sidoso entonces las adenopatías de cuello conforman un sistema complejo asociado a las más diferentes afecciones de tipo bacteriano, viral, neoplásico, etc., de allí a que se gane de las manifestaciones a tener más en cuenta en la revisión del paciente no solo con diagnóstico de SIDA, sino en todos los pacientes que acudan por ayuda con el especialista en Otorrinolaringología.

Unos estudios realizados por cuatro años y medio en cuarenta y --

dos pacientes bisexuales y homosexuales con linfaadenopatías - sin diagnóstico previo de SIDA, mostró 30 meses después que 12 - de ellos (20 %), terminaron con diagnóstico positivo para VIH -- (32); por otra parte muchos pacientes con diagnóstico de SIDA -- presentan adenomegalias generalizadas incluyendo las cadenas gan glionares del cuello.

También se conocen casos de pacientes que su motivo inicial de - consulta en la presencia de adenomegalias en cuello. Aunque esto como único signo es raro puede presentarse; en nuestro caso 3 -- pacientes tenían adenomegalias cervicales con lesiones en boca y sin otros diagnósticos, excepto por ser VIH positivos.

Siguiendo los 4 patrones básicos de Gottlieb - ya mencionados - encontraremos :

- Un grupo de pacientes con fiebres prolongadas de origen no co cidos que pueden no presentar adenomegalias en alguna región del cuello, pudiendo o no, resolverse el crecimiento ganglionar.
- Otro grupo pequeño tendrá inicios de abruptos de infecciones- los cuales generalmente se acompañan de linfaadenopatías.
- Algunos pacientes tienen el complejo relacionado con SIDA --- (CRESI). Estos pacientes tienen como una de sus manifestaciones- clásicas linfaadenopatías prolongadas no explicadas, siendo en 0 el cuello donde más comunmente son detectadas pro primera vez.

- Por último los que evolucionan con sarcoma de kaposi, en un alto porcentaje el órgano más afectado después de la piel es el ganglio linfático en especial los del cuello, axilas y región inguinal (8).

Detallando las afecciones en que más frecuentemente encontraremos crecimientos ganglionares en cualquier parte del cuerpo el citomegalovirus (CMV), en estrecha relación con el SIDA es la más frecuentemente asociada a adenomegalias en especial en el grupo de pacientes con fiebres prolongadas (25).

Las mycobacterias atípicas (Kansacii, avium y otras) con compromiso ganglionar cervical esta en aumento últimamente. (3).

Aunque no hay estadística de biopsia registrados, las bacterias están comprometidas y en forma numerosa en crecimiento ganglionar a nivel del cuello.

Los casos de nocardiosis suelen afectar los ganglios linfáticos incluyendo a los del cuello.

La Tuberculosis extrapulmonar puede producir linfaadenitis.

Al revisar los expedientes estudiados, se hallaron 23 pacientes con compromiso ganglionar en cuello o sea un 39.6% de todos los casos del SIDA, lo que correspondería a las estadísticas generales, pues se deben agregar los casos con afecciones ganglionares de otras regiones del cuerpo como son las inguinales y mesentéricos.

La gran mayoría de nuestros pacientes no se les realizó, en el -- caso de los fallecidos o aún no se les realiza estudios específicos para encontrar citomegalovirus, estudios que de todas maneras acarrea dificultad por lo difícil de ser observado este virus en las biopsias y la baja frecuencia del mismo intracelularmente en los estudios citológicos. Se hallaron dos casos con citomegalovirus comprobados; ambos con diagnóstico de tuberculosis ganglionar y linfaadenitis tuberculosa, además del SIDA.

No se reportan estudios de mycobacterias (exceptuando los dos casos de mycobacteria tuberculosa). En dos pacientes se mostraron - microgranulomas epitelioides sin precisar bien su etiología.

Seis pacientes presentaban adenomegalias en cuello con manifestaciones orofaríngeas y cultivo positivo por las diversas bacterias.

Siete pacientes tenían diagnóstico de neumonitis interstisial pulmonar pero tenían infecciones en boca y faringe.

Hubo dos casos con cultivos positivos con Histoplasma Capsulatum (ver fig. 10).

El resto de pacientes con compromiso ganglionar en región de cuello o no se mencionan sus estudios o no tienen resultados aún al respecto.

En cuento a neoplásia se refiere descartado en sarcoma de Kaposi- las tumoraciones de tipo linfoide están muy relacionadas con las linfadenopatías.

Los linfomas se consideran causa conocida de inmunosupresión. --

El linfoma no Hodgkin, se han incrementado en los pacientes con SIDA mostrando una asociación etiológica entre el SIDA y dichas tumoraciones linfoides, muchos casos de pacientes con LAP, el -- síndrome de inmunodeficiencia se desarrolló después del diagnóstico de linfoma no Hodgkin. (34).

El linfoma no Hodgkin tiene como manifestación inicial el crecimiento ganglionar unilateral en cuello, en otras ocasiones se -- descubre la afección inicial en nasofaringe.

Su diagnóstico y diferenciación se hace con biopsia ganglionar.

El linfoma de Hodgkin según se ha descrito ha aumentado de frecuencia en pacientes con SIDA pero en menos proporciones que el linfoma de no Hodgkin.

Siendo el Hodgkin, a diferencia del anterior casi siempre de inicio unifocal y con mejor reacción a la radioterapia, pero también con adenomegalias en cuello como signo fundamental.

El linfoma de Burkitt, linfoma maligno de la categoría no diferenciada o de blastos, desempeña posiblemente un papel importante en el SIDA asociado a su vez el virus Epstein Baar. (EBV) (25), virus que se encuentra frecuentemente en ganglios en especial -- cervicales posteriores junto con síntomas como ardor faríngeo y reacción periamigdalina. Un estudio reciente realizó lavados fa-

ríngeos de pacientes con SIDA en busca de EBV siendo todos los --
cultivos positivos para éste. (25).

En la revisión realizada encontramos 2 casos que aparecen reporta--
dos como linfomas de Hodgkin uno de ellos clasificado como varie--
dad celular mixta.

Revisando las frecuencias con que se encontraban comprometidos --
los ganglios se vió pues en 10 casos habían compromiso de gan --
glios subaxilares, 11 cervicales, 2 en cadena yugular y 2 en oc--
cipitales-cervicales posteriores.

En relación con las glándulas del cuello o anexas a él, revisare--
mos las salivales en primer lugar.

Ya se mencionaron los múltiples trabajos que describen la posibili--
dad de transmisión del SIDA por las secreciones de dichas glán--
dulas, aún cuando se han detectado cambios importantes en las com--
posiciones de éstas en pacientes con VIH positivo, ya que las par--
ticulas infecciosas de este se han logrado aislar de algunos pa--
cientes con SIDA, pero al mismo tiempo se ha detectado un aumento
de IGA protectora contra ciertas enfermedades virales lo que nos--
estaría demostrando la protección por estos anticuerpos contra la
infección, vía salival, del VIH. (35).

Referente a las patologías no se conocen aún suficiente informes--
al respecto. Un estudio postmortem observó infección por CMV en --
glándula salival, no especificada. (8). Otro estudio , de un pa--

ciente que padece SIDA, informó de un carcinoma adenoideo (quistico), de parótida. Aunque no existe ninguna asociación aparente entre el VIH y el carcinoma de este tipo es razonable creer que el estado de inmunosupresión haya permitido el crecimiento de dicha neoplasia.

El autor sin embargo admite que todos los datos no tienen apoyo por lo que la asociación por ahora permanece sin aclararse. (36).

Con respecto a la glándula tiroides no hay estudios en que se reporten cambios de interes, lo que no descarta el que se presenten y que falten investigaciones a ese nivel. En un estudio post mortem se halló un caso de presencia de citomegalovirus en el tejido tiroideo en 21 autopsias. (8).

La paratiroides parece presentar más frecuentemente alteraciones, en 5 casos revisados en el mismo estudio se halló celuricidad aumentada pero no se estableció alteración paratiroidea. También un caso de sarcoma de kaposi de paratiroides y otro de citomegalovirus.

En nuestro estudio no se reportan casos de compromisos glandulares.

Existe un reporte de compromiso ganglionar de cuello en un paciente con enfermedad de Kala-Azar enfermedad que es producida por un tipo de leish mania visceral. (37).

La criptococosis puede afectar la piel del cuello, esta enfermedad es producida por el hongo criptococo neoformans y puede ser diseminada a todo el cuerpo incluyendo sistema nervioso central. (22).

Por otra parte se conoce un caso en que se presentó una tumoración que se extendía hasta la fosa supraclavicular derecha y triángulo cervical anterior, siendo de origen mediastinal, se hizo el diagnóstico inicial de linfoma. La biopsia reportó un tejido inflamatorio granulamatoso y con innumerables criptococos. (38).

La lepra también ha sido asociada en pacientes con SIDA el reportes que se menciona a continuación encontró que, además de otras lesiones del cuerpo habían unos nódulos rojo púrpuras en el cuello.

El estudio de estos concluyó la presencia de mycobacterium leprae. (31).

Los niños afectados con SIDA han mostrado cambios a nivel de cuello.

Así William M.A. en 1987 encontró en una serie de niños con PSIDA: que el 60% tenían adenopatía cervical con crecimiento parotídeo en un 50%. (39).

Pasando a revisar la laringe encontramos que como suele suceder--

en todo paciente con inmunosupresión severa como en el caso del que padece SIDA, se presentan gérmenes oportunistas de los ya mencionados. Entonces encontramos al exámen condidiosis, aspergilo--sis e inclusive herpes simple en la mucosa laríngea, así mismo en mayor incremento en infecciones bacterianas, lo mismo que diferen--tes tipos de infecciones como: tuberculosis, nocardiosis y otros. De allí la importancia de estudios cuidadosos endolaríngeos, to--mas de biopsias y lavdos, en algunos casos, para estudios citoló--gicos.

Se ha descrito una alta incidencia de carcinomas en región oral - en pacientes infectados con VIH. Al Hashini en 1983 reportó un -- caso de carcinoma de células escamosas en epiglotis. La laringos--copia mostró una lesión en el cartilago anteriores izquierdo y -- que sobrepasaba la línea media derecha también se acompañaba de - la presencia de 2 ganglios submandibulares. (40).

En nuestra revisión no se reportaron casos en que hubiese compro--miso a nivel de la laringe, pero revisando los expedientes nota--mos que no hay reportes de haberse realizado exámenes, como la--ringoscopias, toma de biopsias; por lo que se puede suponer que--algunos pacientes tenían lesiones que no fueron detectadas.

A nivel de tráquea y bronquios las patologías por gérmenes oportunistas en pacientes con SIDA son semejantes a las de laringe,--encontrándose infecciones por bacterias, hongos y en ocasiones -

nocardia e histoplasmosis. En estos órganos lo que más nos interesa desde el punto de vista de nuestra especialidad son los procedimientos que frecuentemente se deben llevar a cabo para hacer diagnósticos ya sea por medio de biopsias y lavados traqueobronquiales. Esto se realizará con los estudios broncoscópicos.

De nuevo en nuestros casos no se reportan hallazgos en estos órganos aunque algunos de los pacientes se les hicieron estudios broncopulmonares como veremos más adelante.

Se debe insistir en la necesidad de que todos los pacientes con infecciones oportunistas en especial de vías respiratorias y digestivas superiores se les debe realizar un completo examen que incluya broncoesofagoscopia, ante las posibilidades de presencia de patologías que puedan pasar desapercibidas y nos lleve a errores diagnósticos como sucedió en el caso de un paciente de 25 años de edad, con diarrea, pérdida de peso y tos de larga duración, con antecedentes de relaciones homosexuales, al cual se le realizaron una grna cantidad de exámenes como: cotrocultivos, urocultivos, V.D.R.L., reacciones febriles, entre otros, pero dejando a un lado sus estudios endoscópicos.

El paciente falleció sin un diagnóstico preciso y al estudios postmortem se le encontró candidiasis en esófago y en las preparaciones histológicas se observaron inclusiones virales intranucleares (citomegalovirus) hallazgos que de haberse realizado una

broncoesofagoscopia se hubiesen detectado llegando al diagnóstico definitivo como fue el SIDA. (41).

A nivel de esófago otro de los órganos a tener en cuenta, por su asociación con la otorrinolaringología, ya se han detectado diferentes patologías típicas del inmunosuprimido y en general de --- gérmenes oportunistas como son el citomegalovirus muy frecuente - siempre que se busca en el tejido esofágico, histoplasma, herpes- y en forma muy frecuente candida albicans, qu produce la llamada esofagitis por candida, produciendo uno de los sintomas mas comunes del paciente con SIDA, como es la disfagia, así como dolor- retroesternal quemante.

En la revisión de pacientes se encontraron 4 casos en que se re-- feria, disfagia, ninguno de ellos tenía estudios de vias digesti vas superiores para descartar o confirmar candidas.

Otro paciente presento dolor retroesternal, tenía además Diagnós- tico de candidiasis orofaríngea, no se reportaron estudios de -- biopsia en ninguno de los pacientes.

Los pulmones estan asociados en forma importante a el SIDA siendo su compromiso uno de los más frecuentes, ademas de que en muchos- casos hace parte de la causa de muerte de éstos pacientes.

Mencionaremos las causas importantes de sus patologias y hallaz-- gos en forma rápida, ya que no nos pertenece a nosotros el manejo

de dicho organo, pero si algunos estudios con la endoscopia fibrooptica, tomas de biopsias, lavados.

Conocido el sindrome de inmunodeficiencia adquirida, las infecciones del tipo de citomegalovirus y Pneumocistis carinii fueron aumentando en su incidencia y como causa de mortalidad; muchas veces estan asociadas, otras veces estan agregadas a padecimientos en otras partes del cuerpo, comportandose como oportunistas; mas del 80% de los pacientes sidosos tendran Pneumonia por Pneumocistis carinii. (11).

El sarcoma de Kaposi tambien afectara en menor grado los pulmones y suele verse en compania con Pneumocistis carinii.(24).

Las bacteria en general ocupan un lugar importante en las afeciones pulmonares de infectados con VIII.

En forma menos frecuentes pero de gran importancia encontraremos infecciones como histoplasmosis, nocardiosis, criptococosis, candidiasis asperigilosis, mycobacterias atipicas.

Se han reportado casos con neumonia por Legionella Miodadei, bacteria gram (-), oportunista de relativa reciente aparicion (1976). (42).

La tuberculosis en el paciente con SIDA es predisponente o esta aumentada en sus frecuencias globales de paciente infectados con

VIIH, tiene como característica el que frecuentemente es extrapulmonar, como ya se ha mencionado, no obstante la tuberculosis pulmonar sigue siendo frecuente con sus lesiones típicas de cavernas y focal; la forma difusa, menos frecuente, puede confundirse con la producida por PCarinii. (43).

Un paciente con lepra se le encontró además en estudios de esputo, Mycobacteria Tuberculosis. (31).

En todos estos pacientes con manifestaciones pulmonares, encontraremos síntomas semejantes; tos seca, disnea desde leve a severa y algunos con estentores y ronquidos.

Con relación a tumoraciones ya mencionamos los casos de S. de Kaposi.

Pueden presentarse casos de linfomas.

Nusbaum, reporta dos casos de carcinoma de células pequeñas metastásicos en 2 paciente homosexuales y con SIDA. (44).

Estos pacientes y todos los mencionados anteriormente deben llevar como estudio de primordia importancia, la endoscopia, tomas de biopsis y lavados para estudio citologicos.

Los 2 germenés más frecuentemente comprometidos son el Citomegalovirus, que en las preparaciones histologicas se identifica por las inclusiones virales intranucleares, dando a la célula el aspecto de "ojo de pájaro".

La neumonía por neumocistis Carinii puede tener variaciones en su aspecto histológico en especial al estar combinadas con otras patologías, pero los hallazgos son los de neumonía intersticial de células plasmáticas y linfocitos intersticiales existiendo un típico material espumoso interalveolar con presencia de los quistes típicos de P. Carinii.

En los niños con SIDA las afecciones son muy parecidas e inclusive más común que ellos la padezcan, ya en 1930 se detectó esta neumonía en lactantes debilitados. (24).

Otro estudio a tener en cuenta es la mediastinoscopia, en especial en casos de sospecha de tumoraciones asociadas comunes en los pacientes con SIDA, este procedimiento nos dará diagnósticos, sirve para seguir la evolución y estudio de ganglios.

En 1987 se le realizó una mediastinoscopia a un paciente con SIDA con DX. previo de linfoma; realizada la mediastinoscopia, se tomaron biopsias que fueron reportadas con tejidos de granulación con la presencia de innumerables criptococos. (38).

En los casos presentados en este estudio 16 pacientes presentaron tos, en 9 de ellos especificada como seca, todos los pacientes con tos fueron el 27%.

Siete pacientes presentaron disnea (12%) y 5 tuvieron expectoración mucopurulenta (9%). (ver fig. 11).

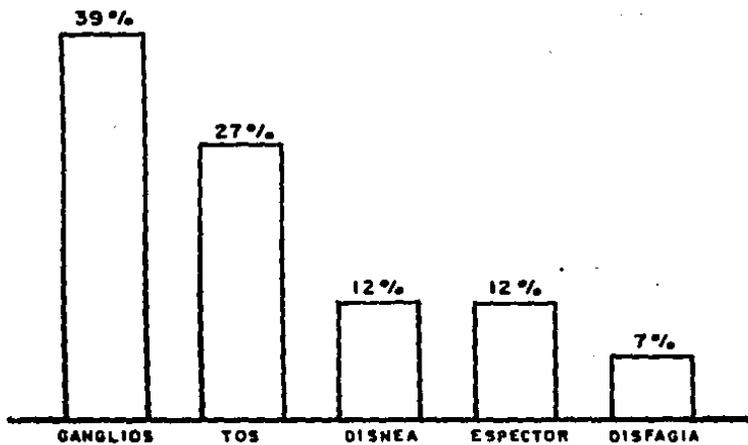


FIG. 11. SIGNOS SINTOMAS DE CUELLO - APARATO RESPIRATORIO.

Solo a 2 pacientes se les realizó broncoscopia, en los dos se encontro P. carinii.

No ha información de esofagoscopias o mediastinoscopias.

A 9 se les diagnóstico neumonia (15%), 7 de ellos por P. Carinii los otros no explicados. Se reportó 1 caso de nocardiosis pulmonar.

Lo analizado que en general no concuerda con lo reportado por la literatura.

Se debe a la falta de estudios, ya comentados, pero también es necesario agregar el hecho de que algunos pacientes apenas inician su enfermedad y que otros solo estan siendo captados y no se le completan sus estudios ademas de que una parte importante de éstos pacientes han sido remitidos a otros centros hospitalarios o sencillamente no regresaron a sus controles.

Muchos pacientes con compromiso respiratorio presentaran disnea severa de una serie de pacientes, 21, fallecieron 11 por insuficiencia respiratoria (9), siendo la causa mas alta de muerte.

En nuestro estudio aparecen de los 58 casos 2 fallecidos, los 2 con insuficiencia respiratoria; los fallecimientos no son con toda seguridad todos ya muchos de éstos pacientes fueron enviados a centro de infectología y otros se fueron en forma voluntaria para sus casa y no se conoció su evolución final.

Teniendo en cuenta la alta frecuencia de insuficiencia respiratoria algunas de ellas con serio peligro de fallecimientos, se hace necesario conocer y dominar todo lo referente a éstas urgencias respiratorias esto incluye intubaciones endotraqueales, traqueostomías.

Ultimamente se ha insistido en el manejo de la insuficiencia respiratoria con corticoides debido a la efectividad de éstos en especial la metil prednisona. (45); aún así habra muchos pacientes que finalmente terminaran con intubación o traqueostomía.

Nosotros tuvimos 3 reportes de intubación a uno de los cuales se hizo traqueostomía por intubación prolongada.

TRATAMIENTO

No existe aún una vacuna o medicamento que prevenga o cure el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Existen diversos medicamentos que fueron o siguen siendo utilizados en el control de la enfermedad como son la suramina, azidotimidina (AZT), la ribovirina y se encuentra en estudio lo posible utilización de una vacuna.

Con relación a los tratamientos de infecciones asociadas, oportunistas y en especial las relacionadas con la otorrinolaringología se deben de tener en cuenta ciertos principios básicos.

Las infecciones fungicas, parasitarias y virales, son rara vez curables.

Los pobres resultados a los tratamientos, puede deberse a reinfecciones u otras asociaciones.

Las infecciones en el paciente con SIDA son severas con alta densidad de microorganismos y en consecuencia los tratamientos deben ser mas largos o más intensos en el caso específico de infección por P. Carinii el tratamiento a usarse será el de Trimetropin-Sulfametoxazol a dosis dobles de lo normal y por 2 semanas.

En la Candidiasis las preparaciones tópicas y tomas orales de nistatina, pueden controlar temporalmente la infección frecuentemente al término del tratamiento reaparece la infección.

Para el Aspergillus la anfotericina B es la que da resultados más favorables.

Para el Herpes, el uso de antivirales orales específicos son de ayuda; los medicamentos tóxicos sirven para secar las lesiones -- y aliviar las molestias.

En el caso de úlceras y eritemas Bucofaríngeos, los medicamentos tóxicos cumplen igual función positiva.

Las infecciones bacterianas serán tratadas según resultados de cultivos.

Para los virus en estrecha relación con la enfermedad como el citomegalovirus (CMV) y Ebstein Baas no hay tratamientos específicos solo se utilizarán sintomáticos según sea necesario.

La nocondiosis reaccionan relativamente bien a los sulfonamidas triples o el co-trimoxazol.

Para la histoplasmosis y la criptococosis la anfotericina B sigue siendo de elección.

Para las mycobacterias atípicas (*Kansasii avium*) el uso de medicamentos antituberculosos es aceptable en especial con Rifampicina. Suelen utilizarse combinaciones con otros fármacos como cicloserina, etionamida y piracinamida.

Para la tuberculosis los medicamentos de rutina son de ayuda aun que posiblemente tenga que ajustar dosis y tiempo de uso de éstos.

CONCLUSIONES

REGIONALES

OIDO

En el caso de las afecciones por pneumocistis carinii se encontro que:

- Los pacientes provenian de paises subdesarrollados.
- Reaccionando notablemente con el uso de trimetropin-sulfametoxa col a dosis dobles de lo normal.
- La presencia de este germen extrapulmonarmente, es rara, de inmunosuprimidos y afecta al sistema reticuloendotelial.
- La infección por P. Carinii en oído sugieren otra vía de entrada de este germen.
- Para lograr diagnosticos como el anterior y otros más se deben realizar biopsias en oído y mastoides.
- A nivel otológico las infecciones, reinfecciones y aparición de germen oportunistas en oído externo y medio han aumentado.

NARIZ

SENOS PARANASALES.

- Hay un incremento es la obstrucción nasal.
- Presencia de germen oportunistas variables
- Mayor tendencia a la sinusitis

- En los compromisos de laringe, traquea, bronquio y pulmones, el paciente tendrá tos, secreciones mucopurulentas, disnea.
- Más del 80% de los pacientes con SIDA. presentarán neumonitis -- intersticial por *P. Carinii*, muchas veces asociada a citomegalovirus; otros tendrán neumonías o infecciones por nocardia, histoplasma, criptococcus.
- La tuberculosis en el VIH positivo es más que todo extra pulmonar pudiendo comprometer, faringe, laringe, ganglios en cuello.
- Pacientes con manifestaciones de compromiso respiratorio deberán realizarse biopsias, broncoesofagoscopias, lavados para estudios citológicos, además de sus respectivos estudios radiológicos.
- Una gran cantidad de pacientes tendrán insuficiencia respiratoria severa ameritando intubación, traqueostomía de urgencia, -- manejo con corticosteroides.

BOCA FARINGE:

- La región bucofaringea es asiento de numerosas manifestaciones del SIDA. La gran mayoría presentara odinofagia ardor lingual, y bucofaringeo con presencia de lesiones en placas blancos --- (candidiosis), ulceras, eirtemas, vesiculas herpéticas.
- Se incrementan los gingivitis, estomatitis, glositis, faringoamigdalitis.
- El sarcoma de Kaposi puede presentar lesiones en la paladar.
- Hay un incremento de los carcinomas orales.

LARINGE CUELLO

- La presencia de adenomegalias en cuello implica varias posibilidades: pacientes con el complejo relacionado con el SIDA -- (CRESI), infecciones agudas en especial de vias digestivas y respiratorias superiores o bien sarcoma de kaposi con afección ganglionar y tumoraciones linfoides malignas en especial del -- tipo no Hodgkin.
- Las glándulas del cuello pueden tener afecciones por cito megulovirus, sarcoma de kaposi y probable incremento de carcinomas.
- La esofagitis por candida es comun en muchos pacientes la disfagias sera el principal indicio de la presencia de ésta.

GENERALES:

- El Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA), producido por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se ha venido incrementando en forma alarmante en todo el mundo.
- A pesar de ser una enfermedad poco contagiosa, existe un grupo poblacional de alto riesgo: Homosexuales, Hemotransfundido --- drogadictos intravenosos.
- Se han aislado partículas infecciosas del VIH de saliva pero se demostró la presencia de IGA protectora contra enfermedades virales, lo que evita la transmisión por éste medio.
- No se ha descubierto aun ningún tipo de medicamentos u otros - agentes que prevengan o curen dicha enfermedad.
- Los microorganismos mas asociados al SIDA, son el citomegalovirus, pneumocistis carinii, mycobacterias atípicas, diferentes bacterias y diversas micosis.
- En otorrinolaringología, como en el resto de especialidades - que le competen esta enfermedad, no se le ha dado el interés-necesario al conocimiento, estudio, exámen y manejo del paciente con SIDA.
- Se debe hacer énfasis para que el especialista en otorrinolaringología se inicie en el conocimiento completo del SIDA con el fin de poder manejar todo lo relacionado con este síndrome y no dejarlo pasar desapercibido.

BIBLIOGRAFIA.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 1.- Hadderingh, R.J.; Otorhinolaryngological findings in AIDS patients: A study of 63 cases. ARCH. OTO-RHINO-LARYNGOL. 244/1 (11 - 14). 1987.
- 2.- Stein, A.W.; Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida: Infectología, año 7, núm. 5, Mayo 225, 1987.
- 3.- American Academy of Dermatology; Skin Conditions Related to AIDS. Copyght 2- 11, 1987.
- 4.- Schechter T.M., Boykoy William, J.B.; Can HTLV-III Be Transmitted Orally?. Vancouver Lymphadenopathy AIDS Study Group. The Lancet Febrero de 1987.
- 5.- R.; Redfield R.R., D.; The Walter Reed Staging Classification for HTLV-III/LAV Infection. Clinical Studies, Special Report. Enero 1986. 314:131-2.
- 6.- De Vita, Jr.; Vicent, T. y Cols; SIDA. Etiología, diagnóstico y prevención. Salvat Editores, S.A.; 3 arcelona, --- 1986.
- 7.- Gamba G.; Fisiopatogenia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. La Rev. Invest. Clín. (Méx.) 39: 13-17 -- 1987.

- 8.- Angeles A.A.; Patología Psmortem en SIDA Experiencia con-
21 autopsias realizadas en México. La Rev. Invest. Clín.-
(Méx.) 39: 123- 133 1987.
- 9.- Reyez G.E.; H.; Complicaciones Pulmonares en SIDA. Estu-
dio Anatomopatológico de 21 casos de autopsia. La Rv. --
Invest. Clín. Méx. Suplemento 39: 51 - 58 1987.
- 10.- Shirikka, L.V.; Diversity of Clinical Spectrum of HTLV-III
Infection. The Lancet. 301 - 304 1985.
- 11.- Glatt E.A. M.D.; Treatment of Infections Associated With-
Human Immunodeficiency Virus. The New England Journal of-
Medicine, Vol. 118 # 22 1985.
- 12.- Goldoman R. MD.; SIDA: Informe de un Caso. Infectologia,-
#6; año 7 301-303. Junio, 1987.
- 13.- Roof W.L.; M.D.; Bacterial Infections in Adult Patients--
With The Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDSS) and-
AIDS-RELATED Complex. The American Journal Medicine, Vol.
83. Septiembre, 1987.
- 14.- Pape W.J.M.D.; Characteristics of The Acquired Immunode--
ficiency Syndrome (AIDS) In Haiti. Med. 309:945 - 950.
Octubre, 1983.

- 15.- Sooy C.D M.D.; The Risk For Otolaryngologist Who Treat - Patients With AIDS and Virus Infection: Report of an -- in-process study. Laryngoscope 97: abril 1987.
- 16.- Schinella, A.R., M.D.; Otic Infection Due To Pneumocys-- tis carinii in an Apparently Healthy Man With Antibody - to the Human Immunodeficiency Virus. Annals of Internal- Medicine, Vol. 106 Number 3. March, 1987.
- 17.- Breda D.S.; M.D.; Pneumocystis Carinii in the Temporal - Bone as a Primary Manifestation of the Acquired Immundefi- ciency Syndrome. Annals of Internal Medicine. Vol. 106 - # 3, 399 - 400. 1988.
- 18.- Abruzzo G.K., MD.: Cryptococcus Neoformans and AIDS Myco- patologia 182 (2); 79-86 1988.
- 19.- Gonzalez M.M.; Acquired Immunodeficiency Syndrome AS -- sociated With Acanthamoeba Infection and Other Opportu- nistic Organisms. Arch. Pathol. Lab. Med. 110; 749-751. 1986.
- 20.- Sullivan, C.; Nasal Septal Abscess due to Staphylococcus Aureus in a Patients with AIDS. Rev. Infect. Dis. 15 -- (2): 428 - 36. 1988.

- 21.- Wiest, P.M.; Alternario Infection in a patient with acquired immunodeficiency Syndrome: Case report and Review of Invasive Alternario Infections. Rev. Infect. Dis. 9 (4); 799- 883. 1987.
- 22.- Nieto C.L.; Un caso de Criptococosis Generalizada: Asociación probable con el SIDA. Rev. Médica, I.M.S.S., -- Vol. 4 número 1. Méx. 1986.
- 23.- Marion, R.W.; Human T-cell lymphotropic virus type III (HTLV-III) embryopathy. Am. J. DIS CHILD 140 (7); 638 - 40. 1986.
- 24.- Gottlieb S.M.; and Pneumocystis Carinni Pneumonia and -- Mucosal Candidiasis in Previously Healthy Homosexual Men. Journal of Medicine. Vol. 305 número 24. Diciembre 1981.
- 25.- Quinan V.G. Jrmd; Herpesvirus Infections in the acquired Immune Deficiency Syndrome. Jama vol. 252, No. 1 Julio - 1984.
- 26.- Greenspan S.J. BDS, PHD; Replication of Epstein-Barr -- Virus Within the Epithelial Cells of Oral "Hairy" Leukoplakia, an AIDS-Associated lesion. Med. 313: 1564-71.-- Dic. 1985.

- 27.- Barr E.CH.; oral Manifestations in inpatients With AIDS or AIDS-Related Complex. The Lancet. Agosto 1986.
- 28.- Friedlana H. G.MD; Lack of transmission of HTLU-III/LAV Infection to Hdusehold Contacts of Patients With AIDS _ or AIDS- Related Complex With oral candidiasis NEJ. MED 314: 344-9 Febrero 1986.
- 29.- Denning W.D.; Oral and Cutaneous Features of acute Human Immunodeficiency Virus Infection. Reprint Request - to Department of Infectious Diseases, Vol. 40. 171-174. Agosto, 1987.
- 30.- Rotbart, H.A.; Noma in Children with severe combined -- immunodeficiency. J. Pediat. 109/4 596-600. section 11 Vol. 51.4. 1986.
- 31.- Lanfers J.E., MD; Leprosy ub the Acquired Immunodefi -- ciency Syndrome. Annals of Internal Medicine, Vol. 107- Num. 1 Jul. 1987.
- 32.- Mathur W.U.; MD.- UP at 4 1/2 years on Homosexual men - with Generalized Lumphadenopathy. The Lancet 313: 266. Julio 1985.
- 33.- Hirasuna Fid-MD; Disseminated Mycobacterium Kansasii -- Infection in the Acquired Immunodeficiency Syndroms

- (AIDS) *Annals of Internal Medicine*. Vol. 107, Num. 5 ---
Noviembre 1987.
- 34.- Ziegler L.J. MD; Non Hodgkin's Lymphoma in 90 Homosexual,
Men. *Engl. J. Med.* Vol. 311 Num. 9 Agosto 1981.
- 35.- D.V., Archibald; L. Antibodies to Human T-Lymphotropic --
Virus Type III (HTLV-III) in Saliva of Acquired Immunode-
ficiency Syndrome (AIDS) Patients and in Persons at Risk-
for AIDS. *Food*, Vol. 67, Num. 3 831 -834 1986.
- 36.- Meshare P.D.; AIDS, Otolaryngology and a case of Adenoid-
Cystic Carcinoma of the Parotid Arising in a Patient --
with the AIDS-related Complex. *The Journal of Otolaryngo-
logy* 16:1. 1987.
- 37.- Yebra Miguel MD.; *Annals of Internal Medicine*, Vol. 108,-
Num. 3. 1988.
- 38.- Shepreth S.K.; MB; Mediastinitis in the Acquired immunede-
ficiency syndrome. *The American Journal of Medicine*. Vol.
83. 1987.
- 39.- Williams M.A.; Head and Neck Findings in pediatric Acqui-
red Immune deficiency syndrome. *Laryngoscope* 97/6 ---
(713 - 716). 1987.

- 40.- Alhashimi M.M MD; Squamous Cell Carcinoma of the Epiglottic a Homex Man with. JAMA 253-2366. 1985.
- 41.- Gonzalez R.A.; Maculino de 25 años con diarrea, pérdida de peso y tos de larga duración. Rev. de Investigación Clínica, Vol. 37, 1985.
- 42.- Threlned G.M. MD.; Micdadei Pneumonia in the Acquired Immune Deficiency Syndrome. The American Journal of Medicine, Vol. 83. 1987.
- 43.- Cahisson ER; Tuberculosis in Patients with the Acquired Immunodeficiency Syndrome. AM. Rev. Respir. Dis. 136: 570-574. 1987.
- 44.- Nusbaum J'N., MD; Small-Cell Carcinoma of the Lung in a Patient with AIDS. The New England Journal of Medicine, Vol. 312, Nom. 26 1987.
- 45.- Rouan W.G.; Treatment of Respiratory Failure in AIDS. Rev. Infect. Dis, 9: 660-1. 1987.