

31  
24

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



**LEUCOPLASIA PILOSA Y SIDA**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**CIRUJANO DENTISTA**  
P R E S E N T A :  
PABLO AVILA TINOCO



**TESIS CON  
FOLIA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE, 1990

20  
1990



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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 está 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.

## INDICE

## I.- INTRODUCCION

## II.- DEFINICION DE SIDA

## III.- GENERALIDADES DE VIH (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA)

- a) Epidemiología
- b) Grupos de Riesgo
- c) Formas de Transmisión del VIH.
- d) Características clínicas.
- e) Métodos de diagnóstico
- f) Tratamiento y pronóstico.

## IV.- LEUCOPLASIA PILOSA ORAL

- a) Definición de etiología
- b) Características clínicas.
- c) Características histopatológicas.
- d) Diagnóstico diferencial
- e) Tratamiento y pronóstico

## V.- PREVENION DEL SIDA EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

## VI.- CONCLUSIONES

## VII.- GLOSARIO

## VIII.- BIBLIOGRAFIA.

## I. INTRODUCCION

Todo empezó cuando en 1979 investigadores de los Estados Unidos diagnosticaron 12 casos de infecciones por gérmenes "oportunitas" en homosexuales.

Observaron que virus, bacterias, hongos y protozoos, que normalmente no son patógenos al ser humano, provocan graves infecciones como neumonías, meningitis y gastroenteritis, que pueden llevar a la muerte al paciente. A la vez, se detecta en esta clase de pacientes la aparición de tumores en la piel, como el sarcoma de Kaposi, poco frecuente en las poblaciones Occidentales.

Tanto las infecciones como los tumores son la manifestación de un estado de deficiencia inmunitaria, es decir de falta de defensas. Se se -  
signó a este fenómeno con el nombre de SIDA (Síndrome de Inmunodeficien -  
cia Adquirida), en el idioma español. En inglés se le llamó "AIDS" - -  
(Acquired Immunodeficiency Syndrome).

Poco después, en 1982, aparecen síntomas similares en drogadictos que usaban la vía intravenosa, y en hemofílicos a los que se les admi -  
nistraba a menudo derivados de plasma para suplir su carencia de facto -  
res de la coagulación.

También la enfermedad se ha detectado en mujeres y niños, aunque -  
en una proporción mucho menor.

En 1983 se descubrió que el agente transmisor de esta enfermedad -  
era, precisamente un virus, que se encuentra sobre todo en la sangre y -

en el semen.

### Retrovirus VIH.

El VIH (virus de inmunodeficiencia humana), pertenece a la familia - de los retrovirus, los cuales presentan un código genético que es llevado por una molécula de ARN (ácido ribonucleico).

En condiciones normales la formación de ARN a partir de ADN (ácido desoxirribonucleico) es una reacción en sentido único, pero el retrovirus - VIH tiene la capacidad de formar ADN a partir de ARN, debido a una enzima llamada transcriptasa inversa.

Esta ADN formado por el virus copia el material genético de la célula huésped y de esta forma el VIH puede vivir indefinidamente (período - de latencia) en el interior de la célula huésped y cada vez que ésta se - reproduce, también el código genético del VIH se transmite a las células-hijas; posteriormente, por factores aun no determinados, el VIH es activado dentro de las células afectadas y comienza a replicarse de manera autónoma e intensa provocando la lisis de la célula huésped liberando a los retrovirus, que producen así el ataque a las células sanas, principalmente a células de la inmunidad como las "T" y a otros tipos de células, - creando con esto, una mayor infección y la subsecuente inmunodeficiencia del paciente.

En este trabajo que presento estoy tratando de transmitir la información básica y elemental sobre todo lo que concierne a este problema de salud, que en la actualidad se considera como una epidemia en varias partes del mundo incluyendo México.

Es por demás decir que nosotros como cirujanos dentistas no podemos quedar a la deriva en lo que respecta a la prevención de esta infección; por lo tanto debemos conocer y aprender más sobre este tema. Por lo anterior mencionado es seleccionado este tema porque es muy posible que en nuestra práctica profesional nos sea de vital importancia.

## II. DEFINICION DE SIDA

El SIDA es una enfermedad infectocontagiosa de la defensa inmunitaria del organismo. Es una condición severa que afecta al organismo caracterizado por el debilitamiento de la inmunidad o defensas contra las enfermedades.

Es causado por un retrovirus llamado HTLV-III (Human T-Lymphotropic Virus, Type III), en los Estados Unidos, en Francia se le llamó LAV (Lymphadenopathy - AIDS Virus). Este virus infecta a un subgrupo de linfocitos de sangre periférica, las células "T" colaboradoras, que tienen a su cargo muchas de las funciones del sistema inmunológico celular. Las células infectadas pierden su capacidad funcional y mueren prematuramente.

Este defecto de la inmunidad celular produce sensibilidad a infección

En este trabajo que presento estoy tratando de transmitir la información básica y elemental sobre todo lo que concierne a este problema de salud, que en la actualidad se considera como una epidemia en varias partes del mundo incluyendo México.

Es por demás decir que nosotros como cirujanos dentistas no podemos quedar a la deriva en lo que respecta a la prevención de esta infección; por lo tanto debemos conocer y aprender más sobre este tema. Por lo anterior mencionado es seleccionado este tema porque es muy posible que en nuestra práctica profesional nos sea de vital importancia.

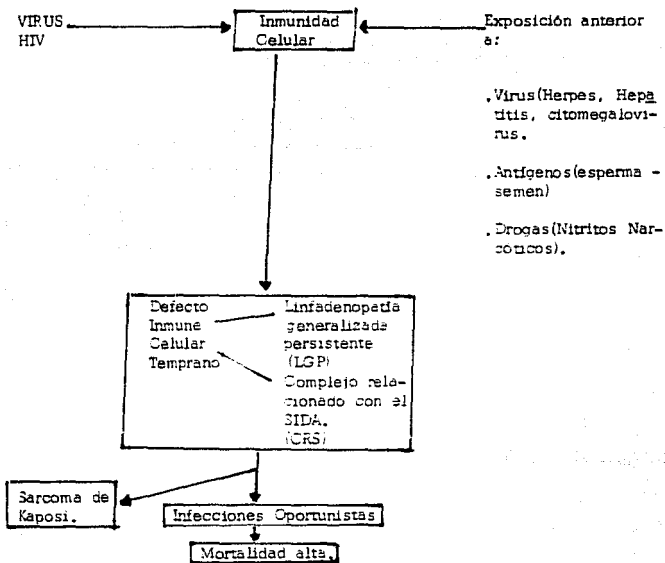
## II. DEFINICION DE SIDA

El SIDA es una enfermedad infectocontagiosa de la defensa inmunitaria del organismo. Es una condición severa que afecta al organismo caracterizado por el debilitamiento de la inmunidad o defensas contra las enfermedades.

Es causado por un retrovirus llamado HTLV-III (Human T-Lymphotropic Virus, Type III), en los Estados Unidos, en Francia se le llamó LAV (Lymphadenopathy - AIDS Virus). Este virus infecta a un subgrupo de linfocitos de sangre periférica, las células "T" colaboradores, que tienen a su cargo muchas de las funciones del sistema inmunológico celular. Las células infectadas pierden su capacidad funcional y mueren prematuramente.

Este defecto de la inmunidad celular produce sensibilidad a infección

nes por agentes oportunistas, con frecuencia de naturaleza viral, micó - tica o protozoaria.



Hipotesis para el Desarrollo del SIDA.

Daniels Victor. SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida  
Manuel Moderno 1986.



dos con exposición sexual en Africa Central han sido raros en E.U.A. Aunque este grupo constituye hasta un tercio del total de pacientes de SIDA ocurre comunmente en Zaire, Zambia, Uganda, Rwanda y otros países de Africa Ecuatorial, en la actualidad debe considerarse que estos países representan áreas de frecuencia alta para infección HIV; en estas zonas la transmisión es al parecer por relaciones heterosexuales, con un número igual de casos en varones y mujeres.

Un estudio realizado por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta Estados Unidos muestra que el promedio de compañeros sexuales de los enfermos de SIDA a lo largo de un año, varía, entre 90 y 100. Cada portador del virus de SIDA puede contagiar a más de 100 compañeros sexuales durante un año.

En un principio se pensó que el SIDA era exclusivo de homosexuales.

Pero ya a finales de 1981 apareció el primer caso en una mujer. A partir de entonces se han registrado más de 400 casos de SIDA en mujeres en los Estados Unidos. lo que representa el 2.3 por ciento del total de afectados. De todas estas mujeres, más de la mitad son drogadictas intravenosas, lo que hace suponer que contrajeron el SIDA por esa vía. La otra mitad restante fue contagiada de diversas formas, incluyendo el coito anal.

Es interesante destacar que, según los informes del citado Centro -

de Control de Enfermedades, únicamente el 1% de todos los casos de SIDA se ha transmitido por relaciones heterosexuales normales.

No deja de ser un hecho curioso el que sean precisamente la sangre y el semen los vehículos de transmisión más importantes del virus del SIDA.

También se ha encontrado este virus en saliva, orina, excrementos, sudor y hasta en las lágrimas de los enfermos.

Afortunadamente para que se produzca el contagio debe de haber una puerta de entrada para que el virus penetre en la sangre del receptor, Una pequeña herida pueda ser suficiente.

#### b) Grupos de Riesgo.

Actualmente se sabe que cualquier tipo de persona puede contraer el SIDA. Sin embargo, existen grupos de personas que tienen un alto riesgo de contaminarse con el virus HIV debido a su estilo de vida o bien por el tratamiento de otro tipo de enfermedades como en los pacientes hemofílicos. Estos grupos son:

- 1.- Toxicómanos o personas que se administran drogas por vía endovenosa con agujas y jeringas no estériles.
- 2.- Pacientes hemofílicos que se encuentran bajo tratamientos constantes de transfusiones sanguíneas o elementos hemáticos.
- 3.- Personas promiscuas ya sean homosexuales, bisexuales o heterosexuales, que tengan una vida sexual activa con varios indivi-

duos .

4.- Los conyuges o compañeros sexuales fijos de los grupos anteriores.

5.- Los hijos nacidos de madres portadoras del VIH.

c) Formas de Transmisión del VIH.

El virus ha sido aislado en diversas secreciones corporales, entre ellas la saliva, pero esto no significa que el virus pueda ser transmitido por estas secreciones, ya que los únicos líquidos corporales comprobados que transmiten el VIH son el semen y la sangre, por lo tanto las principales rutas de transmisión son:

- 1) Transfusión de sangre o productos sanguíneos contaminados por VIH.
- 2) Inoculación percutánea del VIH con agujas u objetos contaminados.
- 3) Promiscuidad y contactos sexuales repetidos con personas infectadas.
- 4) El contacto directo del virus VIH en las heridas de la piel o mucosas.

Las manifestaciones propias del sida ocurren entre 6 meses y 5 años o posiblemente más todavía entre la infección con el virus.

Esta enfermedad no se adquiere por contacto casual. Sin embargo, dado que los virus son general altamente infecciosos, hay que tomar todas las precauciones posibles al manipular muestras de sangre, y de te -

fillos de pacientes que potencialmente pudieran estar infectados de enfermedades transmisibles incluyendo el SIDA.

#### d) Características Clínicas.

##### Signos y Síntomas.

Algunos individuos infectados con el virus del SIDA no presentan ningún síntoma y se sienten bien, a estos se les llama portadores sanos. Otros desarrollan un síndrome que puede incluir cansancio, fiebre, pérdida del apetito y peso, diarrea, transpiración nocturna e inflamación de los ganglios del cuello, axilas o de la región inguinal.

Una vez que el virus del SIDA ha pasado a la sangre del receptor la enfermedad se presenta de forma progresiva y lenta. Sus primeros síntomas se atribuyen a otras infecciones sin mayor importancia, fuertes diarreas intratables y la aparición de las más variadas infecciones hacen que el enfermo vea al médico que poco puede hacer para tratar la enfermedad.

##### Evolución de la Enfermedad.

###### Primera Fase:

No hay repercusiones sobre el sistema inmunitario por lo que el paciente permanece asintomático durante periodos que van desde 6 meses hasta 6 años.

###### Segunda Fase:

El VIH afecta las células ganglionares del cuerpo lo que produce la llamada "linfopenia generalizada persistente" (LGP) en la cual el

paciente desarrolla un crecimiento ganglionar de más de un centímetro de diámetro con una evolución y permanencia de más de tres meses. Los ganglios se presentan tumefactos en varios sitios del cuerpo, simétricos, bilaterales y dolorosos a la palpación. Los síntomas generales de este estado son: febrículas, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso corporal y diarreas intermitentes.

#### Tercera fase:

En esta fase se presenta el llamado complejo relacionado con el SIDA (CRS), en este estado la (LGP) puede estar o no presente, los síntomas y signos principales son:

1. Fiebre de más de 38° C, que se prolonga durante varias semanas.
2. Pérdida de peso corporal superior a la décima parte del peso total.
3. Malestar y Letargo intenso.
4. Diarrea con más de un mes de evolución
5. Sudoraciones nocturnas (hasta mojar las sábanas)
6. Infecciones oportunistas menores como:

Micosis de piel, uñas y boca, infecciones víricas como herpes bucal y faríngeo, leucoplasias bucales (leucoplasia pilosa de lengua), exantemas y foliculitis, y

7. Anormalidades de Laboratorio

Trombocitopenia, linfopenia, Anemia, Leucopenia, Disminución de células T4 en relación a las T8.

#### Cuarta Fase.

Más adelante cuando la enfermedad evoluciona se presenta el estado llamado SIDA pleno; en esta fase, además de los signos y síntomas de la IGP y el CRS), aparecen un conjunto de infecciones oportunistas mayores y neoplasias malignas que dan origen a los síntomas más severos de la enfermedad causales de la muerte del paciente.

#### e) Métodos de Diagnóstico.

En el programa actual de pruebas se utilizan dos:

Una de ellas, ELISA, reacciona a la presencia de anticuerpos en la sangre del enfermo, mostrando un color más intenso cuanto mayores sean las cantidades de anticuerpos en el suero. Si es positiva, suelen practicarse dos pruebas ELISA más. Si ambas son positivas, la sangre se clasifica como repetidamente reactiva. Para confirmación final y descartar cualquier posible error, se aplica una segunda prueba llamada "Western blot" (mancha occidental). También descubre anticuerpo, pero da una información más específica sobre los anticuerpos en particular producidos contra los múltiples antígenos HIV. Es más cara, pero menos probable que de resultados positivos o negativos falsos.

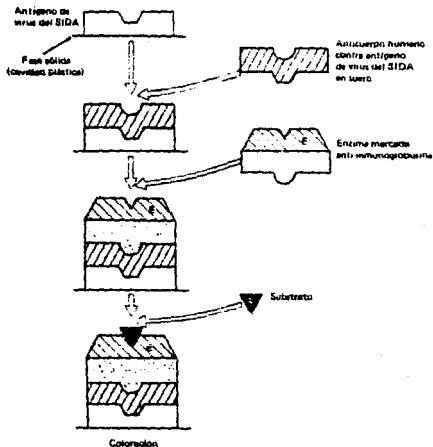
Si la muestra es positiva para las pruebas anteriores, el paciente se considera infectado con HIV y se le notifica.

En febrero de 1985 la "Food and Drugs Administration (FDA) del go-

bierno de E. U. A. aprobó una prueba comercial para identificar sangre - contaminada con anticuerpos contra el virus del SIDA.

La prueba ELISA (Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay; Valoración - de inmunoadsorbencia ligada a enzima) sólo descubre los anticuerpos que ha producido el donador en respuesta a una infección con virus de SIDA. La prueba ELISA se practica en tres etapas. En la primera se rompe el - virus y las partículas (antígenos) se unen a una cubierta plástica. En la - segunda se añade suero humano. Si la persona se ha infectado previamente - te con el virus, el suero contiene anticuerpos que se unen a los antígenos - fijados a la cubierta de plástico. El anticuerpo sérico no unido se e - limina y en la tercera etapa se añade anticuerpo, que suele elaborarse in - yectando en una cabra anticuerpo humano (inmunoglobulina). El anticuerpo - antihumano de cabra se marca en seguida con una enzima que produce una - reacción de color cuando reacciona con una sustancia química específica.

En esta etapa final se añade el anticuerpo. Si el suero humano con - tiene anticuerpo contra el virus del SIDA se une al virus del SIDA en la - cubierta plástica, que a su vez da unión al anticuerpo de cabra marcado. - Si aparece un color cuando se añade el sustrato significa que la persona - ha sido infectada en alguna época con virus de SIDA.



Prueba ELISA para anticuerpos contra HIV.

#### f) Tratamiento y Pronóstico.

El objetivo principal en el tratamiento del SIDA es suprimir simultáneamente el virus y formar el sistema inmunológico en el paciente.

Los pacientes con SIDA suelen necesitar investigación médica y cuidados intensivos de enfermería. Pueden ingresar y salir del hospital a intervalos regulares durante un período de dos a tres años. En consecuencia, la atención de enfermos con SIDA es muy cara.

Hasta la fecha, no se dispone de una vacuna o de algún fármaco que pueda evitar el desarrollo de SIDA. Es muy difícil elaborar una vacu

Daniel Victor, SIDA  
 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida"  
 Manual Moderno 1986.



na contra un virus específico - un buen ejemplo de ello son las disponibles para la influenza. Suelen ser muy específicas de virus y un pequeño cambio en la naturaleza del mismo las hace ineficaces. Se piensa que hay una situación similar con el virus del SIDA y quizá sea muy difícil producir una vacuna eficaz.

La atención de pacientes con SIDA puede dividirse de manera conveniente de la siguiente manera:

1. Tratamiento de infecciones oportunistas.
2. Tratamiento de Sarcoma de Kaposi
3. Tratamiento de síndrome de inmunodeficiencia subyacente.
4. Agentes anti-HIV.
5. Atención general y precauciones al tratar pacientes con SIDA.
6. Asesoría a pacientes con SIDA.
7. Guías para las relaciones sexuales con seguridad.

Un adelanto reciente es el descubrimiento de modificadores de la respuesta biológica que pueden alterar el sistema inmune. Se han utilizado muchos de estos agentes tratando de restablecer un equilibrio en el sistema inmune. Estas sustancias incluyen:

- Interferon: Alfa y Gamma.
- Interleucina II
- Hormonas tímicas (timocina, Timopoyetina)
- Vacuna bacteriana mixta.
- Anticuerpos monoclonales.

De estos modificadores de la respuesta biológica, hasta la fecha sólo de interferones han mostrado una actividad importante en el SIDA.

Agentes anti-HIV : inhibidores de la replicación viral.

Un enfoque para el tratamiento antiviral es inhibir la enzima viral - transcriptasa reversa que permite la replicación viral en células humanas. La transcriptasa reversa permite que el virus del SIDA convierta RNA en - DNA dentro de la célula y comience a reproducirse. La enzima debe inhibirse sin interferir con las funciones vitales de las células T colaboradoras.

Se investigan muchos compuestos, pero el único que parece más prometedor en la actualidad es la azidotimidina (AZT) . Se ha comprobado que este inhibidor de la transcriptasa reversa impide la replicación de HIV en líneas celulares in vitro y muestra resultados prometedores en estudios para aclarar su potencial en infecciones HIV en pacientes. AZT también es el primero de los fármacos experimentales que puede penetrar en el cerebro, en donde HIV encuentra refugio con frecuencia.

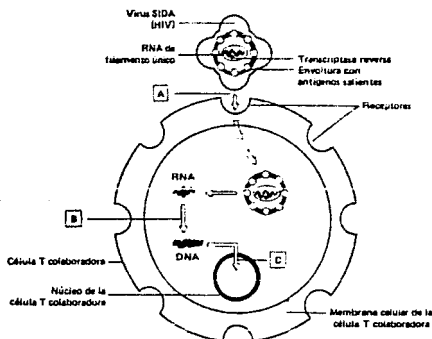
Un estudio reciente en Nueva York señala que el tratamiento con inosina pranobex por 28 días podía reparar el sistema inmune dañado y en consecuencia ayudar a prevenir el desarrollo de SIDA. En la actualidad se encuentran en curso más estudios en E.U.A., Londres y Países Europeos para confirmar los resultados del estudio de Nueva York.

Una dificultad importante que ha ocurrido hasta ahora con todos los antivirales, es que HIV regresa invariablemente después de interrumpir el tratamiento.

El medicamento ideal para combatir el SIDA debe:

- Detener la replicación de HIV.
- Permitir la regeneración del sistema inmunológico.
- Administrarse de manera conveniente.
- No ser tóxico en períodos prolongados.
- Ser activo en las células periféricas del sistema inmunológico - y en todas las otras células infectadas por HIV, incluyendo las del sistema nervioso central.

Hasta la fecha ningún fármaco o sustancia ha demostrado cumplir con todos estos criterios.



Estrategias para combatir el virus del SIDA (A) En el plasma: anticuerpos neutralizadores; (B) dentro de la célula T: inhibidores de la transcriptasa inversa; (C) dentro del núcleo de la célula T: inhibidores de la replicación viral.

#### IV. LEUCOPLASIA PILOSA ORAL

##### a) Definición y etiología.

Se ha descrito que una lesión blanca poco usual se presenta a lo largo de los márgenes laterales de la lengua, predominantemente en homosexuales. Se ha sugerido que esta particular forma de leucoplasia, conocida como leucoplasia pilosa representa una infección oportunista relacionada con la presencia del virus Epstein-Barr, un virus herpes. De importancia es el hecho de que esta lesión ha sido asociada con el desarrollo subsecuente o concomitante de los rasgos clínicos y de laboratorio del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en más del 80% de los casos.

Algunas otras condiciones orales han sido también descritas como presentes con una mayor frecuencia esperada en los pacientes con SIDA.

La presencia de virus en esta lesión ha sido confirmada, y el virus específico de herpes ha sido identificado como el virus Epstein-Barr (EBV). Las partículas virales han sido localizadas dentro del núcleo y el citoplasma de las células epiteliales orales de leucoplasia pilosa, con estudios de hibridación meridional teñida de DNA confirman la presencia del EBV. Estudios posteriores indican que este virus particularmente se reproduce dentro de la lesión de leucoplasia pilosa oral.

Los antígenos EBV pueden también ser encontrados en malignancias epiteliales, tales como el carcinoma nasofaríngeo, estableciendo a este virus como capaz de alterar los tejidos epiteliales.

Es importante hacer notar que la reproducción del EBV dentro de las células epiteliales de la lengua ha sido únicamente reportada en individuos que reflejan profunda inmunosupresión. Investigaciones indican también que ambos virus el EBV y el papilomavirus humano (HPV) pueden infectar simultáneamente o coexistir dentro de la misma célula. Se ha pensado incluso que el HPV puede facilitar la entrada, la reproducción y la persistencia del EBV en la célula epitelial.

#### b) Características Clínicas.

La apariencia clínica de la leucoplasia pilosa puede ser completamente variable con una presentación unilateral o bilateral. Un contorno irregular de la superficie que está con frecuencia corrugada, es característico. Otras lesiones pueden ser Placas Lisas. La inmensa mayoría de los casos reportados han sido localizados a lo largo de los márgenes laterales de la lengua.

Es menos común que las lesiones se extiendan sobre la superficie dorsal de la lengua y raramente en la mucosa bucal o el paladar.

En general, no hay síntomas asociados, aunque una suprainfección con cándida albicans podría llamar la atención hacia la presencia de esta condición.

En los casos más severos, cuando el dorso completo de la lengua está incluido por el proceso, el paciente puede llegar a enterarse de la lesión y puede solicitar la consulta dental.

La leucoplasia pilosa es una lesión que fue descrita por primera vez en 1984. Esta lesión se dice que predomina en homosexuales quienes padecen al síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Muchos de los pacientes que no tenían SIDA cuando les diagnosticaron leucoplasia pilosa posteriormente lo desarrollaron.

Ya se mencionó que por lo general un gran porcentaje de pacientes la lesión es asintomática. Es importante decir que las lesiones pueden verse rugosas y en otras ocasiones no se observa esta característica.

#### c) Características Histopatológicas.

Como con otros virus que inducen hiperplasias de tejidos epiteliales, hay diversos rasgos dentro de la leucoplasia pilosa que reflejan esta etiología. La superficie con capas marcadamente hiperparaqueratóticas y acanaladas. Las hifas de candida albicans son con frecuencia observadas extendiéndose sobre las capas de las células epiteliales superficiales. Bajo la superficie, dentro de la capa celular espinosa, las células mostraron degeneración en forma de inflamación y aclaramiento perinuclear (Kallocitosis). Adicionalmente, las alteraciones de la cromatina nuclear pueden ser observadas en forma de desplazamiento periférico de cromatina, con un ligero matizado basofílico central. Hay una insuficiencia general de las células inflamatorias subepiteliales.

La confirmación de la presencia del HPV ha sido hecha utilizando an

ticuerpos antivirales específicos en un sistema de tefido inmunohistoquímico. Investigaciones inmunohistoquímicas in vitro han demostrado la presencia de EBV dentro de estas células. Confirmaciones adicionales han sido efectuadas por la demostración ultraestructural de viriones intranucleares de EBV. Finalmente, pruebas específicas para EBV utilizando el procedimiento de hibridación de tefido meridional han identificado los patrones EBV, confirmando los estudios morfológicos hechos previamente.

Se confirmó la presencia de virus Epstein-Barr. De muestras biopsias observadas en el microscopio electrónico se encontraron partículas intranucleares de virus de herpes en las células epiteliales.

En epitelio escamoso encontramos acantosis y zonas rugosas irregulares paraqueratinizadas. En una porción del estrato espinoso de la epidermis encontramos bordes paraqueratinizados. En el tejido conectivo subepitelial encontramos una mínima inflamación y hay evidentemente una pequeña cantidad de candida en la mayoría de los casos.

Varios autores están de acuerdo en que una de las características histomorfológicas de la leucoplasia pilosa es la presencia de células "quailocíticas" atípicas.

El término quailocítico se refiere a la presencia de células con citoplasma claro y un núcleo irregular hipercromático, pero esta situación no está muy clara todavía.

#### d) Diagnóstico Diferencial.

El diagnóstico clínico diferencial de la leucoplasia pilosa incluye - la más común leucoplasia idiopática y leucoplasia asociada al uso del - tabaco. Otras lesiones que pueden considerarse son el líquen plano, can - didiasis hiperplásicas crónicas, y la posibilidad de reacción queratótica - asociada con interacciones electroquímicas.

#### e) Tratamiento y Pronóstico.

No hay tratamiento específico para la leucoplasia pilosa, no obstante, es importante para su diagnóstico sea confirmado subsecuentemente a su identificación clínica. Estudios recientes indican que aproximadamente el 10% de los individuos con leucoplasia pilosa diagnosticada tienen SIDA al momento del diagnóstico, y un 18% desarrollarán esta enfermedad dentro de los 8 meses siguientes. La probabilidad del desarrollo del SIDA en individuos con leucoplasia pilosa es cercana al 50% en los 16 meses siguientes y más del 80% en los treinta meses posteriores al establecimiento del diagnóstico de leucoplasia pilosa.

Por lo general la leucoplasia pilosa es asintomática.

Cuando por estudio histológico se encuentra que en la lesión se anexa una infección por candida albicans se instituye un tratamiento antimicótico, este consiste en aplicar tópicamente o sistemáticamente medicamentos.

Dentro de los agentes tópicos encontramos Nistatin vaginal Clotri -



mazole Oral de 10 mg. usado 5 veces al día.

Nistatin oral pastillas de "200 mil unidades 1 o 2 pastillas 5 veces al día.

Ketoconazole antimicótico sistémico, 1 o 2 tabletas de 200 mg. días con la comida.

De los agentes antivirales que son investigados en la actualidad para tratamiento de la leucoplasia pilosa, está el Aciclovir.

En estudio piloto el aciclovir es muy bien absorbido y produce buenos resultados temporales porque la lesión recurre algunas semanas o meses después de interrumpir el tratamiento.

Aciclovir 200 mg. tabletas 1 2 por día durante 3 semanas.

#### V. PREVENCIÓN DE SIDA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

Es muy importante que el cirujano dentista, al igual que todos los trabajadores que de alguna manera estén relacionados con la conservación de la salud estén actualizados conscientes sobre el peligro que representa la infección por VIH, tanto para los pacientes como para nosotros mismos además de que debemos de aprender a reconocer los signos y síntomas de este tipo de pacientes.

Los cirujanos dentistas, debemos tener mucho cuidado, debido a que  
(Oral Surg Oral Med Oral Pathol . 1989; 67: 396-403)

nos encontramos frecuentemente en contacto con los fluidos corporales - como sangre y saliva, ya que como se dijo en la sangre se ha encontrado la más alta concentración VIH; también el uso de agujas y objetos punzocortantes que pueden servir de vía para la transmisión del VIH, por este motivo nuestros consultorios pueden ser un factor para que se origine una cadena infecciosa.

#### Barreras de Protección:

a).- Como medida preventiva principal siempre deberemos usar - guantes ya que por lo general estaremos en contacto con saliva, sangre o las membranas mucosas.

Al terminar la atención del paciente se deben de lavar las manos - y poner guantes nuevamente antes de realizar cualquier procedimiento en otro paciente. No se recomienda el uso repetido de un solo par de guantes debido a que tal acción puede producir defectos en los mismos, lo que disminuirá su valor como barrera de protección efectiva.

b) Se debe usar cubrebocas, lentes o anteojos de protección cuando exista el riesgo de salpicaduras de líquidos corporales como sucede comúnmente en los tratamientos odontológicos.

c) Se pueden utilizar batas quirúrgicas reutilizables, batas de laboratorio u otro tipo de uniformes apropiados, desechables. Cuando las batas son reusables se deberán lavar utilizando el ciclo normal de lavado.

Todas las manipulaciones de material potencialmente infectado deberán

realizarse cuidadosamente para minimizar la formación de gotas y salpicaduras hasta donde sea posible. El uso de dique de hule, eyector de alta velocidad y la adecuada colocación del paciente facilitará este proceso.

#### Lavado y Cuidado de las Manos.

Las manos deberán lavarse entre los diferentes pacientes (después de la remoción de los guantes), después de tocar objetos presumiblemente contaminados con sangre o saliva de otro paciente, y antes de alejarse del cuarto operatorio.

La lógica de lavarse las manos después de usar guantes es que durante los procedimientos pudieran perforarse y permitir la entrada y rápida multiplicación de bacterias. Para muchos de los procedimientos dentales como exámenes y técnicas no quirúrgicas, lavarse con agua y jabón será suficiente, ya que el jabón remueve microorganismos transitorios adquiridos directamente o indirectamente por contacto con el paciente.

#### Uso y cuidado de Instrumentos Cortantes y Agujas.

a) Los instrumentos punzocortantes (bisturís, agujas y otros instrumentos filosos) deberán considerarse potencialmente infectados y deben ser manejados con mucho cuidado para prevención.

b) Para prevenir las punsiones deberán desecharse después de su uso.

c) Se debe de utilizar una jeringa y una solución para cada pacien

te que atendamos.

#### Indicaciones para esterilización de Instrumentos.

Los instrumentos quirúrgicos y otros instrumentos que normalmente penetran en los tejidos blandos o hueso, ejemplo, los forceps, elevadores, limas para hueso, curetas y fresas quirúrgicas, deberán esterilizarse entre cada uso.

Los instrumentos que no están diseñados para penetrar a tejidos blandos o hueso (condensadores de amalgama, instrumentos de plástico y fresas), pero que entran en contacto con tejidos orales deben después de cada uso esterilizarse.

La esterilización rutinaria de las piezas de mano entre cada paciente es muy deseable.

Sin embargo, no todas las piezas de mano pueden esterilizarse, la actual configuración de la mayoría de la piezas de mano no facilita la desinfección interna ni externa, por lo tanto, cuando se utilizan las que no se pueden esterilizar, los siguientes procedimientos de limpieza y desinfección deben de realizarse entre cada paciente.

Después de utilizar la pieza de mano, ésta debe de ser lavada en el chorro de agua y cepillada a conciencia con detergente y agua para remover el material adherido, después limpiarse con un paño impregnado con germicida químico como los desinfectantes hospitalarios. La solución desinfectante debe permanecer en contacto con la pieza de mano el tiempo es -

pecificado por el fabricante.

Los aditamentos ultrasonicos y la jeringa triple deben manejarse de manera similar entre cada paciente.

Inmediatamente después de la desingección los residuos químicos deben removerse rociándolos con agua esteril.

## VI. CONCLUSIONES.

El SIDA se ha convertido en un grave problema de salud pública y el cirujano dentista es uno de los profesionales de la salud que se relaciona con los pacientes infectados, algunas veces ignorándolo.

El SIDA es una epidemia mortal que ataca principalmente al sector más vital y productivo de la sociedad, desgasta al individuo, a la familia y comunidad, y le impone cargas extraordinarias económicas, psicológicas y sociales.

Resulta entonces de vital importancia ubicar y reconocer a los pacientes incluidos dentro de los grupos de alto riesgo, mediante la observación y la elaboración de una historia clínica completa que incluya información sobre los hábitos sexuales, el reconocimiento de lesiones en cavidad oral relacionadas con dicha información, es indudablemente otro aspecto que debe considerarse seriamente.

Pueblos y gobiernos deben coordinarse para realizar programas epidemiológicos, sociales, económicos y políticos que encaren este reto a la

supervivencia. Mientras la ciencia y la técnica descubren las estrategias y recursos capaces de prevenir y tratar esta infección viral.

La educación para la salud es nuestra principal arma para prevenir - el SIDA, y la prevención siempre ha rendido los más altos intereses en materia de salud.

Orientar y apoyar a los individuos infectados por el VIH, eliminando - las actitudes irracionales y de intolerancia. El enfermo del SIDA tiene el derecho de ser atendido con todos los recursos médicos y terapéuticos con que cuenta la sociedad y el derecho a morir.

La actitud que adopte la sociedad con estas personas reflejará no solo sus valores fundamentales, sino que determinará también el éxito o fracaso de las estrategias de lucha contra el SIDA en cada país.

## VII. GLOSARIO

Acido nucleico. Hay dos tipos de ácido nucleico en la naturaleza: ácido - desoxirribonucleico (DNA) y ácido ribonucleico (RNA) .

El ácido nucleico está formado por cadenas largas de bloques de construcción llamados nucleótidos. de los cuales cuatro tipos de ellos caracterizan al DNA y el RNA.

Alergeno: Un antígeno que causa una reacción alérgica.

Anticuerpo: Proteína secretada por células plasmáticas (células B activadas) que interactúa con un antígeno específico para neutralizarlo, formando un -

plejo antigeno - anticuerpo.

Anticuerpo neutralizante: Anticuerpo que, cuando se combina con el antigeno especifico, reduce la cantidad de antigeno y lo toma neutral.

Antigeno: Un tipo de substancia que estimula la produccion de anticuerpos - Antigenos especificos que salen de la membrana celular, los llamados "marcadores" de la superficie celular, ayudan al organismo a identificar la célula.

Antiviral: Substancia que previene o trata una infeccion viral.

Biopsia: Extirpacion quirurgica de una pieza de tejido para examen al microscopio.

Cancer: Tumor maligno, una masa o tumefaccion que resulta de la division no controlada de las células.

Cancer localizado: Un cancer limitado al sitio de origen.

Célula asesina (K): Una célula del sistema inmunológico (linfocito) que destruye células infectadas por virus una vez que se recubren con anticuerpo.

Célula natural (KN): Un linfocito que ataca en forma especifica células de cancer o infectadas con virus y libera interferon cuando es activada.

Célula madre: Una célula inmadura, que a través de repeticiones repetidas da lugar a células maduras con una función especifica.

Memoria de células: Linfocitos especificos preparados (cebados) por contacto con antigeno que lesionan con mayor rapidez durante un segundo contacto con el mismo antigeno. Las células de memoria pueden persistir muchos años.

Célula plasmática: Un derivado, de vida breve, de un linfocito B que ha sido activado por un antígeno y secreta anticuerpos.

Célula T: Un linfocito derivado del timo que participa en diversas reacciones inmunológicas medidas por células. Subgrupos de células T tienen una variedad de funciones especializadas por el sistema inmunológico.

Célula colaboradora: Un tipo de linfocitos T que ayuda a controlar las respuestas de las células T citotóxicas y de las células B productoras de anticuerpo durante una respuesta inmune específica.

Célula supresora: Un tipo de linfocitos T que liberan sustancias especiales llamadas linfocinas que detienen la producción de anticuerpo por células plasmáticas y células B.

Célula transformada: Una célula de cáncer.

Citotóxico: En oncología un agente que inhibe o evita la función de la célula, interfiriendo así con la división celular.

Complejo inmune: Combinación de anticuerpo y antígeno.

Cromosoma: Consiste de DNA y llevan los genes o factores hereditarios.

DNA (ácido desoxirribonucleico): El material hereditario de la célula - ácido nucleico que se encuentra en el núcleo y lleva información genética a todas las células vivas, transmitiéndola de una generación a la siguiente.

Endémico: Se dice de una enfermedad que se presenta continuamente en una región o comunidad en particular.

Enfermedad autoinmune: Afección en la que el cuerpo produce una respuesta inmunológica contra su propio organismo.



Epidemia: Una enfermedad que ataca simultáneamente a un gran número de personas en una comunidad.

Epidemiología: Estudio de la frecuencia y diseminación de una enfermedad en una comunidad.

Etiología: Estudio de la causa de una enfermedad.

Ganlio linfático: Cuerpos pequeños ovales, o en forma de habichuelas - de diversos tamaños que se encuentran a lo largo de un vaso linfático - Están compuestos principalmente de linfocitos y tejido conjuntivo.

Granulocito: Leucocito (glóbulos blancos) cuyo citoplasma contiene granulos (pequeñas motitas de enzimas encerradas por una membrana). Los granulocitos se producen en la médula ósea y constituyen la primera línea de defensas del cuerpo.

Hemofilia: Trastornos hematológicos hereditarios por carencia de un factor de coagulación de la sangre.

Inflamación: Reacción de los tejidos caracterizada por enrojecimiento, tumefacción y dolor. Es una consecuencia de muchas reacciones inmunes - locales.

Inmunocompetencia: Capacidad para responder inmunológicamente a antígenos.

Inmunodeficiencia: Un estado, hereditario o adquirido, en el sistema inmune es deficiente.

Inmunoglobulina: Un anticuerpo una clase de proteínas que interactúan en-

forma específica con antígenos. Es producida por células B y células plasmáticas.

Inmunomodulación: Proceso que altera la actividad de uno o más de los componentes del sistema inmune

Inmunomoduladores: Tipo de agentes que estimulan la acción celular.

Inmunosupresión: Supresión de los sistemas normales de defensa inmune del cuerpo.

Inmunoterapia: Método experimental de tratamiento que intenta aumentar los mecanismos de defensa (inmunes) del cuerpo.

Interferones: Familia de proteínas naturales producidas en forma local por algunas células nucleadas de vertebrados (hombres, monos, pollos, etc.) Cuando son atacadas por un virus, Ejercen una defensa temprana no específica, contra infecciones virales.

Los interferones poseen actividades antiviral, antiproliferativa e inmunomoduladora. Hay tres clases de interferones que son, alfa, beta, y gamma.

Leucocito. Glóbulo blanco. Los leucocitos se dividen en dos grupos principales : (1) granulocitos, que se originan en la médula ósea y participan en la defensa corporal no específica; (2) linfocitos, que se originan en la médula ósea (células B) o tejidos linfáticos (células T) y participan en la defensa inmunológica del cuerpo.

Linfa: Líquido incoloro, transparente, que fluye por el sistema linfático

Linfadenopatía. Tumefacción de los ganglios linfáticos en una parte del cuerpo o en su totalidad.

Linfocito: Una célula del sistema inmune que origina células T y B, asesinas (K) y asesinas naturales (KN) que participan en la respuesta inmune específica.

Linfocito B: Glóbulo blanco derivado de la célula madre de la médula ósea que, al ser estimulado por un antígeno específico, se transforma en una célula plasmática y secreta anticuerpos contra el antígeno.

Linfoma: Término aplicado a una enfermedad maligna del tejido linfóide que incluye el linfoma Burkitt y el linfoma de Hodgkin.

Lisis: Disolución o destrucción de las células.

Metastasis: Diseminación de un cáncer de una parte del cuerpo a otra.

Prevalencia: Número de casos de una enfermedad presentes en una población específica en un momento determinado.

Profiláctico: Tratamiento diseñado para evitar una enfermedad.

Pronóstico: Previsión de la posible evolución de una enfermedad.

Prueba de anticuerpo: La medición en el laboratorio de anticuerpos específicos para infección con HIV descubre pruebas de HIV en sangre.

Radioterapia: Administración de radiación ionizante.

Replicación: El proceso de reproducir, como la replicación de una copia exacta de un filamento de DNA o RNA viral, proceso por el cual un cromosoma forma una copia de sí mismo.

Retrovirus: Virus RNA que tiene una enzima (transcriptasa reversa) que puede causar la elaboración de una copia de DNA del RNA viral. Los retrovi -

rus causan sarcomas y leucemias en animales. Y Leucemias y SIDA en el hombre.

Sarcoma de Kaposi: Tumor maligno formado por células que semejan tejido conjuntivo embrionario. Afecta principalmente la piel, aunque también puede incluir otros órganos, como los intestinos. Se caracteriza por nódulos cutáneos de color azul rojizo o pardo.

Serología Estudio científico del suero.

Seronegativa: Un estado en el que no se descubren anticuerpos a un microorganismo particular.

Seropositiva, Estado en el que se encuentra en la sangre anticuerpos a un microorganismo particular. Indica que el individuo se ha expuesto al microorganismo.

Sistema Inmunológico : El sistema de defensa del cuerpo que lucha contra la invasión por bacterias, virus, hongos, parásitos células malignas y otras sustancias que el cuerpo reconoce como propias. Incluye globulos blancos llamados fagocitos (granulocitos, monocitos). Que engloban a los invasores, linfocitos (célula B y plasmática) que producen anticuerpos para neutralizar a los invasores y linfocitos (células T) que matan a los invasores por contacto directo.

Sistema linfático Red circulatoria de vasos que transportan linfa, ganglios linfáticos vaso y timo que funciona como un sitio para la producción, almacenamiento y actividades inmunológicas de los linfocitos.

Sistémico: Se refiere a todo el organismo. En consecuencia en la terapéutica sistémica se trata a todo el cuerpo.

Suero: Líquido claro que se separa de la sangre cuando se deja coagular.

Suprclaveicular: El área arriba de la clavícula. Puede referirse a los ganglios linfáticos en este sitio.

Tejido conjuntivo: Tejido general de apoyo o conexión del cuerpo formado por células aplanadas, alargadas que se conservan juntas por una red laxa de fibras no celulares.

Transfusión: Introducción de sangre o sus productos directamente en el torrente sanguíneo.

Viremia: Presencia de virus en el torrente sanguíneo. Causa síntomas como escalofrío, fiebre etc.

Virus: Grupo de agentes infecciosos que no se pueden distinguir con el microscopio de luz. Es una de las partículas infecciosas más pequeñas conocidas carece de metabolismo independiente así que solo puede replicarse dentro de una célula viva del huésped. En consecuencia se denomina en ocasiones parásito intracelular.

#### BIBLIOGRAFIA

1.-SIDA. Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida.

Victor G. Daniels. El manual moderno, México, D.F. 1985.

- 2.-SIDA, Atención de pacientes de SIDA  
David Miller, Jonathan Weber, JOHN Green, Manual Moderno 1989.
- 3.-Oral Pathology, Clinical, Pathologic Correlations,  
Regesi y Sciubba, Interamericana factura 5993,  
W.B, Saunders Company 1989
- 4.-Oral hairy leucoplakia, A light microscopic and immunohistochemical study  
Robert J. Kanas, Alber M., Abrams, Louis Recher,  
ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL , 1988; 66: 334-40
- 5.-Oral hairy leucoplakia, A light microscopic and immunohistochemical study  
Robert J. Kanas, Albert M., Abrams Louis Recher,  
ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL , 1988, 66,334-40
- 6.-Oral Hairy leukoplakia, Diagnosis and management,  
John S. Greenspan  
ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL ,1989; 67: 396-403
- 7.- Hairy leukoplakia; And AIDS Associated opoortunistic infection,  
James Sciubba Janes Brandsma,  
ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL , 1989; 67 : 404-10
- 8.- Oral hairy leukoplakia, With extensive oral mucosal involvement, Sadru  
Kabani Deborah Greenspan,  
Oral SURG ORAL MED ORAL PATHOL 1989; 67: 411-5

9.- Hairy leukoplakia: Epstein Barr virus receptor on oral Keratinocyte plasma membranes.

B. Corso, L. R. Eversole

ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL . 1989; 67: 416-21

10.-Oral lesions mimicking hairy leukoplakia: a diagnostic dilemma.

T.L. Green, J. S. Greenspan.

ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL. 1989, 67: 442-6

11.-Resolution of oral hairy leukoplakia during treatment with azidothymidine

Joan A. Phelan and Robert S. Klein.

ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL 1988; 65-717-20

12.-Clinical and histologic spectrum of oral hairy leukoplakia.

Morten Schiodt, Deborah Greenspan.

ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL . 1987; 64:716-20

13.-Oral hairy leukoplakia among HIV - positive intravenous drug - abusers:

A clinicopathologic and ultrastructural study.

Giuseppe Ficarra, Roberto Barone

ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL. 1988 ; 65: 421-6

14.-Incidencia de cancer oral en pacientes con SIDA en el Hospital Regional

20 de Noviembre ISSSTE.

Solis Moran, Carlos Enrique, Molina Moquel, José Luis.

Práctica Odontológica II (9) 1990, pp.43-54.