

249
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SIDA EN LA ODONTOLOGIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :
MARTHA SALDAÑA MENDOZA
GONZALO HERNANDEZ VIVEROS



MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1991



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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
ASPECTOS GENERALES DEL SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA)	2
I.1 Definición del SIDA	3
I.2 Antecedentes del Virus del SIDA y Etiología del SIDA	5
I.3 Posibles Causas del SIDA	
a) Virus Hepatitis B	11
b) Citomegalovirus	12
c) Virus Epstein Barr	13
d) Retrovirus	14
e) Retrovirus VIH - 2	15

I.4	Población de Riesgo	
	a) Promiscuidad	16
	b) Varones Homosexuales o Bisexuales	18
	c) Toxicómanos que Utilizan Drogas Intravenosas	21
	d) Mujeres que Ejercen la Prostitución	21
	e) Odontólogos	22
I.5	Efectos del Virus VIH en el Organismo	
	a) Fisiopatología	24
	b) Signos y Síntomas	29
I.6	Vías de Transmisión para el Virus del SIDA	
	a) Hematología	33
	b) Contacto Sexual	35
	c) Fluidos Corporales	36
	d) Agujas Contaminadas	38
	e) Perinatal	38

I.7 Métodos de Diagnóstico

1) Detección	42
2) Técnicas de Detección	42
a) Elisa	42
b) Métodos de Referencia o Técnicas de - - Confirmación	47
c) Método de Detección de Acidos Nucleicos Virales: La hibridación Molecular	49

CAPITULO II

REPERCUSIONES BUCALES DEL SIDA	53
II.1 Introducción	54
II.2 Moniliasis Esofágica	55
II.3 Candidiasis	57
a) Seudomembranosa Aguda	58
b) Hiperplásica Crónica	58
II.4 Enfermedad Periodontal	59

II.5	Lengua Velloso o Descamada	62
II.6	Herpes Simple	63
	a) Tipo I	63
	b) Tipo II	65
II.7	Varicela Zoster	67
II.8	Papiloma	69
II.9	Condiloma Acuminado	70
II.10	Leucoplasia	71
II.11	Sarcoma de Kaposi	72
II.12	Carcinoma	74
II.13	Xerostomía	78
II.14	Ulceras e Infecciones por otros Microorganismos (Mycobacterium Avium Intracelulare, Lengionella e Histoplasmosis)	79

CAPITULO III

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR LA INFECCIÓN DEL VI-- VIRUS VIH EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA	80
III.1 Medidas de Prevención para el Odontólogo	81
III.2 Medidas de Prevención para el Paciente Infecta- do por el virus VIH	84
III.3 Medidas de Prevención para el Material e Ins- - trumental Dental	85

CAPITULO IV

MITOS Y REALIDADES	87
IV.1 Cómo Vivir con un Paciente Portador de SIDA	88
a) Alimentación	88
b) Trabajo	89
c) Vida Social	90
d) Vida Familiar	91
e) Medidas Higiénicas	92

f)	Alcohol, Tabaquismo, otras Dependencias	93
g)	Aspecto Psicológico	94
h)	Vida Sexual	96
IV.2	Alternativas Terapéuticas	99
IV.3	Testimonio de un Paciente con SIDA	104
CONCLUSIONES		106
VOCABULARIO		108
BIBLIOGRAFIA		121

INTRODUCCION

A manera de exordio diremos que lo que nos empujó a investigar esta nueva enfermedad, es todo el amarillismo que existe alrededor de ella.

Las reacciones sociales han sido múltiples y diversas, dependen en parte de cada sociedad ante lo que es la "Sexualidad"

Todo parece indicar que la transmisión del virus de la Inmunodeficiencia Humana (SIDA), no es simplemente una enfermedad de homosexuales, sino que existen otras vías de contagio como cuando se comparte una aguja hipodérmica, o se efectúa una transfusión de sangre con productos contaminados por el virus del SIDA.

La aparición de dos transtornos:

- a) Neumonía Carinni
- b) Sarcoma de Kaposi

que con anterioridad se restringía a grupos bien definidos, ahora afectaba a varones jóvenes previamente sanos, surgió la ocurrencia de una nueva patología conocida como: "SIDA".

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA)

I.1. Definición del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana

El SIDA es una enfermedad infecciosa producida por el virus VIH, el cual destruye las células T4 (linfocitos cooperadores) produciendo pérdida de la inmunidad, principalmente celular de presentación súbita asociada a una elevada mortalidad debida a infecciones oportunistas por gérmenes y/o Sarcoma de Kaposi.

El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, corresponde a un déficit inmunitario crónico inducido por un virus, cuyo agente etiológico es un retrovirus denominado VIH.

El déficit de inmunidad celular es responsable de un determinado número de manifestaciones clínicas.

La sigla SIDA es la contracción, según las referencias de:

" Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida "

" Síndrome de Inmunosupresión Adquirida "

Ambas tienen el mismo significado, se trata de una adaptación del vocablo anglosajón AIDS, que ha suplantado a su predecesor GRID (Gay Relate Immune Deficiency), puesto que vinculaba la deficiencia inmunitaria con la homosexualidad masculina.

AIDS, es la abreviatura de la expresión inglesa Acquired Immunodeficiency Syndrome, que equivale a Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Síndrome, se refiere al conjunto de signos y síntomas que podemos encontrar en una persona enferma.

Inmuno-Deficiencia, al factor común de todos los casos - una incapacidad del cuerpo u organismo de defenderse contra ciertos tumores e infecciones.

Ob. Cit (L3 - L5 - 2L).

I.2 Antecedentes del virus del SIDA (VIH) y etiología del virus VIH.

Parece que el virus VIH infecta endémicamente al cercopiteco verde, un mono que habita en los países de Africa Central, especialmente en el Zaire. Este mono pudo haber contagiado con el virus VIH, ya que en esta parte se realizan actos sexuales en relación Hombre - Animal (Zoofilia).

Entre los años de 1960 y 1970, se registra, según el Dr. Luc Montagnier, del Instituto Pasteur de Paris, una importante emigración de Haitianos al Zaire, que al regresar a su país, quizá llevaron el virus a las hermosas islas del caribe.

Estos portadores del virus habrían contagiado a los Gays (homosexuales), de New York, que suelen ir a Haití como uno de los mejores lugares para vacacionar.

En la década de los 70, se desarrolló en el hombre una infección causada, a la que posteriormente se le denominó HTLV - III / LAV.

El HTLV-III (virus linfotrópico de células T humano), es un retrovirus que pertenece a la familia de los virus herpes, tiene como característica biológica su tropismo por el linfocito T inductor (helper o cooperador) al que destruye.

En 1981, el Centro de Control de Enfermedades, publica en Morbidity y Mortality Weekly Report, un artículo que muestra que el consumo de pentamidina, está ligada a la aparición de Neumocistosis pulmonar en varones homosexuales jóvenes, meses más tarde decenas de casos de Sarcoma de Kaposi, siempre en homosexuales.

Pronto se descubre como características frecuentes en los enfermos, la promiscuidad sexual y determinadas costumbres en este ámbito.

La reciente y temible enfermedad de transmisión sexual que ha conmocionado a la opinión pública, fue detectada en este año por primera vez.

En 1982, se describe la enfermedad en Haitianos y en hemofílicos, se definen los grupos de riesgo, se demuestra la transmisión por vía sexual y sanguínea.

En 1983, el equipo de L. Montagnier, aisla el virus del SIDA bautizado LAV (Lymphadenopathy Associated Virus), y es seguido por el equipo de R.C. Gallo, que denomina al virus HTLV-III, más tarde el virus es designado con la sigla VIH, a fines de 1983, se descubrió que el agente transmisor de esta enfermedad es precisamente un virus que se encuentra en la sangre y el semen.

Según los Centros de Control Epidemiológico, hasta el 10. de marzo de 1984, se habían comunicado en los Estados Unidos 3.646 casos de SIDA, más otros cientos de casos en más de 30 países.

En 1985, se sospecha del papel que desempeña el mono verde a partir del cual el virus mutante, sería transmitido al hombre.

Los linfomas y los signos de infección por el VIH se incorporan a los criterios de diagnóstico.

Parece ser que la inmunodeficiencia que conlleva el SIDA, deriva de la disminución de los leucocitos denominados linfocitos "cooperadores" T, que asisten a los anticuerpos en la contención de la infección. Por otro lado, las células inhibitoras que obstaculizan la formación de anticuerpos.

Diversos virus se han considerado posibles agentes casuales del SIDA:

1. Virus de la hepatitis B
2. Citomegalovirus (CMV)
3. Virus Epstein - Barr (EBV)
4. Retrovirus

Un retrovirus es un virus cuyo código genético esta constituido por moléculas de ARN, que normalmente se pueden insertar dentro de los cromosomas de la célula constituidos por ADN. Para que esto ocurra el virus posee una enzima específica que permite la transcriptasa inversa de ARN en ADN, de esta manera se pueden integrar los cromosomas de la célula que posee el código genético.

Así mismo el virus permanece indefinidamente en el interior de la célula, pudiéndose transmitir como un carácter hereditario.

Cada vez que la célula se divide, produce una copia de dos cromosomas celulares, así como una copia del código genético del virus que se trasmite a las células hijas. Explica por lo tanto, cómo un retrovirus puede vivir dentro de las células del organismo infectado hasta el fin de la vida.

También explica que el virus del SIDA pueda permanecer silencioso, adormecido por tanto tiempo dentro de los cromosomas de las células infectadas, o que explica el prolongado período de incubación (LATENCIA), entre el inicio de la infección hasta la aparición de los síntomas.

El virus VIH, no puede vivir ni reproducirse fuera de la célula, o sea; es un parásito que se hospeda en la célula y posee la capacidad de integrarse a la estructura genética del huésped y reproducirse a través de ella.

La primera propiedad es que el virus sólo puede reproducirse en linfocitos T; cuando estos linfocitos se infectan, la activación in vitro puede obtenerse por una estimulación antigénica sobre una clona que produce la transformación linfoblástica. Allí empieza la activación in vitro.

Una segunda característica, consiste que el virus no afecta a todos los tipos de linfocitos T, sino solamente a las subpoblaciones T-3 y T-4.

Ob. Cit. (15 - 16 - 20 - 21 - 24 - 27).

I.3 Posibles Causas del SIDA

a) Hepatitis B

Los virus de la hepatitis (A, B, no A, no B), se denominan así porque primero causan una infección hepática que suele presentarse con ictericia y malestar general.

La hepatitis B, o sérica, es causada por el virus de la hepatitis B, suele transmitirse por inyección de sangre o derivados hematológicos infectados, o por el uso de agujas, lancetas u otros instrumentos contaminados.

Como el SIDA apareció en receptores de sangre y productos hematológicos y en quienes utilizan droga intravenosa, se propuso que era causada por la hepatitis B. Una sugerencia alternativa es que el virus puede alojar al agente causal, porque se conoce la capacidad de una partícula de superficie en el virus, un antígeno, para contener una porción de material genético totalmente separada y químicamente diferente del que se encuentra dentro del virus.

Las pruebas apoyan más que el virus de la hepatitis B, actúa como un pasajero en el SIDA, más que como agente causal.

b) Citomegalovirus

El CMV, es un virus DNA grande, de la familia de los virus herpes y endémico, aunque la infección por este virus es asintomática o produce una enfermedad leve, puede causar infecciones oculares y hepatitis. En diferentes etapas durante la infección, el virus puede presentarse en saliva, sangre, semen, secreciones cervicales, orina y linfocitos, una vez que se adquiere, el virus permanece inactivo, periódicamente resurge el período de latencia se sabe que esta reactivación ocurre cuando el estado inmunológico de la persona afectada se deprime en forma crónica.

El CMV, es común en varones homosexuales, es bicatenario y de estructura icosaédrica.

El CMV, es responsable de infecciones de diversos grados, que van desde la fiebre inexplicable hasta la neumopatía gravísima, la neumopatía por el CMV, es a menudo terminal de la enfermedad, la infección gastrointestinal es frecuente; ya sea en forma latente o en forma de ulceraciones múltiples.

En las infecciones diseminadas se observan diversamente asociadas la hepatitis, esofagitis, adenitis, encefalitis, afección surarenal y de la médula ósea, coriorrenitis con pérdida de la visión y enterocolitis.

c) Virus Epstein - Barr

Este virus produce fiebre, astenia y adenopatías en los pacientes deprimidos o no, es miembro de la familia de los virus del herpes y tienen afinidad por células linfoides. Es la causa más común de la fiebre glandular (Mononucleosis infecciosa), en personas jóvenes, este virus se relaciona con algunas afecciones malignas.

d) Retrovirus

El retrovirus es un virus que tiene una enzima específica llamada "transcriptasa inversa", que puede transformar el ácido ribonucleico (RNA), del virus en ácido desoxirribonucleico (DNA); este DNA se integra a la célula y puede persistir durante toda la vida y propagarse al mismo tiempo que se multiplican las células, el virus no puede ser detectado en linfocitos frescos de un paciente, pero aparece dos o tres semanas después en el cultivo, cuando se emplea un factor de crecimiento específico el de las células T.

e) Retrovirus VIH - 2

El retrovirus VIH-2, al parecer es menos devastador que el otro, pero se sigue investigando, el período de incubación es de casi 10 años; presenta el mismo cuadro sintomatológico que el SIDA VIH - I.

En 1986 se aisló un virus muy parecido, pero con diferencias genéticas bien definidas, actualmente se conoce como VIH-2, para diferenciarlo del primero.

Actualmente se conoce un nuevo retrovirus VIH-2 (transitoriamente denominado LAV-II), probablemente idéntico al VIH-I (antigenicidad cruzada en el nivel del core y por lo tanto para la proteína p25), con el cual comparte el poder patógeno y las modalidades de transmisión. El VIH-2 (oeste del continente Africano), es más semejante al VIS del mono verde Africano que al VIH-I (Africa Ecuatorial), y parece ser un eslabón entre los virus de simios y el VIH-I.

Ob. Cit. (8 - 15 - 16 - 17 - 24).

I.4 Población de Riesgo

a) Promiscuidad

Se determina así al conjunto de relaciones sexuales entre los miembros de un grupo. Si se trata de parejas o matrimonios, no excluye las relaciones sexuales con otros miembros del grupo.

En muchas sociedades la promiscuidad es considerada como un "tabú" cultural. Sin embargo, algunas razas occidentales permiten relaciones sexuales extramatrimoniales con ciertas personas, y en el período entre la madurez sexual y el matrimonio formal hay una época de experimentación que puede ser calificado de promiscuidad.

Promiscuidad + Falta de Higiene = Enfermedades Venéreas y SIDA

Este problema también se debe a la falta de higiene y a la multiplicidad de las relaciones entre los jóvenes, en condiciones de promiscuidad o de intercambio sin freno, de esta manera no son sólo ellos los que se arriesgan, sino también sus parejas, sean o no ocasionales.

La promiscuidad sexual, la irresponsabilidad, el abuso de drogas, la violencia son, en el fondo, los deseos inconcientes de los adultos, expuestos en discursos e ideas sobre la "perversidad".

b) Varones Homosexuales o Bisexuales

Numerosas mujeres han sido contagiadas por el virus VIH, por hombres que mantienen relaciones tanto con compañeros del mismo sexo, con sus amigas, novias e inclusive con sus esposas, muchos de estos hombres llamados Closets Gays (homosexuales disfrazados), prefieren mantener sus relaciones en el anonimato a causa de la discriminación social.

La alta incidencia entre los homosexuales, nos obliga a pensar que debe haber algo en su comportamiento que los hace especialmente propicios para la propagación de la enfermedad.

La práctica de la penetración anal, supone una fuerte agresión al organismo, el ano y el recto no están preparados para recibir el pene.

La función principal del ano es la de ejercer un control sobre la emisión de gases y heces, para ello está dotado de un potente anillo muscular el esfínter anal, que actúa como una válvula.

El recto tiene la misión de contraerse y expulsar las heces al exterior, para la cual dispone de una potente capa muscular.

Ambos músculos del ano y del recto, se contraen vigorosamente por un mecanismo reflejo cuando son atravesados por el ano, por otro lado tanto el ano como el recto carecen de la secreción mucosa necesaria para lubricar y suavisar el paso del pene al interior, todo ésto produce desgarres y heridas.

Tanto el líquido preyaclatorio (la llamada gota del deseo) como semen del que padece la enfermedad; contienen virus activos que pasan a la sangre del receptor a través de los pequeños desgarrros.

Otros factores que explican en parte por que determinados homosexuales contraen la enfermedad son:

1. Indices relativamente altos de abuso de drogas ilegales capaces de deteriorar el aparato inmunológico.

2. La práctica frecuente del coito anal y de la manosodomía (inserción de la mano en el recto del compañero).
3. Índices elevados de la enfermedad sexual contraídas con anterioridad, como la sífilis o hepatitis B.

El riesgo de contraer SIDA varía dentro del grupo homosexual y bisexual, existen un determinado número de situaciones que la favorecerían:

- Parejas múltiples
- Parejas afectadas de SIDA o con sero diagnóstico positivo
- Rol sexual pasivo (sodomía)
- Práctica de Fisting (introducción del puño en el recto)
- Barrera mucovascular infectada o debilitada; anitis, hemorroides, rectitis.
- Promiscuidad particular (saunas, back rooms)
- Antecedentes de infecciones; sífilis, gonococia, hepatitis B
- Heroínomanía asociada

c) Toxicómanos que utilizan drogas por vía intravenosa

Al contrario de las inyecciones accidentales donde el riesgo es bajo, en el caso de los drogadictos se modifica la vía de administración y el número de contactos, por ello el riesgo aumenta.

La transmisión del SIDA en los toxicómanos se explica por el uso compartido de jeringas y agujas, el cual alcanza suparoxismo en algún local desafectado.

- Una elevada frecuencia de inyecciones intravenosas
- El uso compartido de agujas y jeringas
- La antigüedad de la toxicomanía
- Los tatuajes
- Las perforaciones de la oreja

d) Prostitutas

A fines de 1981 apareció el primer caso de SIDA en una mujer, cualquier nuevo amante representa una posibilidad de contagio, el riesgo no es

mayor el de tener relaciones casuales con una mujer que se conoce en un bar o que con alguna que no se sabe con quién estuvo previamente involucrada, el SIDA ha afectado el negocio de la prostitución marcadamente pese a que su clientela ha disminuído, exigen el uso del condón a sus clientes y han suprimido en su totalidad el sexo anal, debido a que ésto aumenta la posibilidad de contraer el virus.

Al hablar de prostitución, la mayoría de las veces se asocia a mujeres, pero se debe constatar que también hay hombres que se dedican a la prostitución.

e) Odontólogos

El Cirujano Dentista, debe considerarse perteneciente a los grupos de alto riesgo, ya que éste pueda infectarse al tratar a un paciente con SIDA; o bien sirva como vía de diseminación de la infección.

Las normas de control y prevención que se deben tomar en la práctica diaria, no sólo limitándose a los pacientes sospechosos de padecer la enfermedad:

1. Elaboración de una historia clínica adecuada, investigando sus hábitos sexuales, enfermedades venéreas y toxicomanías.
2. Mantener una higiene cuidadosa de todo el material, equipo e instrumental.
3. Se deben observar técnicas semejantes al manejo de casos con hepatitis B.

Ob. Cit. (7 - 10 - 11 - 15 - 18 - 20 - 27).

I.5 Efectos del Virus VIH en el Organismo

a) Fisiopatología

Reside una diferencia entre LAV y los virus HTLV, pues aquel no inmortaliza los linfocitos, sino que los destruye, se asemeja a otros dos retrovirus animales (el VISNA de la oveja y el EIAV del caballo), y los tres forman parte de la sub-familia de los lentivirus.

El árbol filogenético de los retrovirus se establece como muestra la Fig. I.

Este tipo de árbol se calcula por computadora comparando los genes virales, nucleótido por nucleótido, y deduciendo la filación en función de las semejanzas y las diferencias observadas, cuanto más diferentes son las proteínas más alejan a los virus del plano evolutivo. La destrucción de la inmunidad por el VIH se produce debido a la presencia VIH en los linfocitos T4.

La médula CD4 le sirve en parte de receptor para infectar esta categoría de linfocitos. A la infección sucede la lisis de los linfocitos T4,

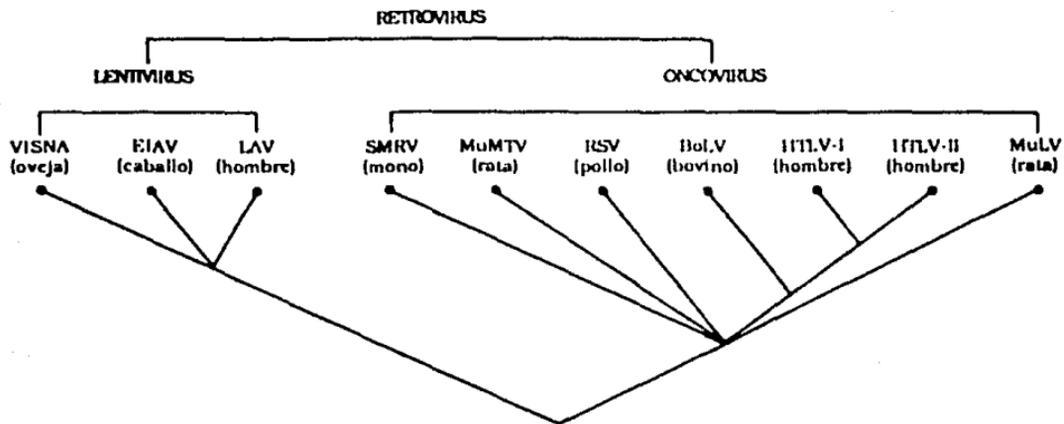


Figura 1. Arbol Pilogenético de los Retrovirus (de M. Alizon y col.)

son más sensibles a la infección cuando son estimuladas y se encuentran en el momento de multiplicación.

Por otra parte; segregan dos factores: La interleuquina 2, que refuerza la acción de las células destructoras, y el interferon gamma, que estimula a los macrófagos. Los linfocitos T4 son indispensables para la producción de anticuerpos por los linfocitos B.

1. Morfología del virus VIH

Su estructura es parecida a la de un lentivirus, de un diámetro de 90 a 120 nm e irrumpen en la superficie de la célula infectada dentro un envoltorio proteico se encuentra un nucleoide o core, que es una formación densa, relativamente pequeña, asimétrica.

El nucleoide contiene dos copias idénticas de material genético constituido por ARN, es muy resistente a los rayos gamma y ultravioleta.

El Genoma

El genoma VIH, representado por su ARN (contiene la información genética necesaria para la síntesis de las proteínas virales), está compuesto por dos sub-unidades idénticas de 9193 nucleótidos (son eslabones elementales de las cadenas de los ácidos nucleicos).

El clonaje del ADN (inserción del ADN en un vector bacteria o levadura-, lo cual permite obtener la proteína deseada: Ese ADN, que transporta la información para esta proteína, es clonado en el vector intermedio de replicación para los retrovirus. La transcriptasa inversa es activada cuando el LAV infecta un linfocito T4 y transforma el ARN viral en ADN, de esta manera, el material genético del virus puede integrarse a los cromosomas de la célula huésped). El virus es de tipo exógeno, que se transmite de humano a humano.

La patología fundamental del SIDA, es la aparición de enfermedades oportunistas de tipo viral, de tipo bacteriano, producidas por protozoarios y por hongos además la presentación de formas especiales de tumores malignos muy agresivos.

La disminución resultante de estas células cooperadoras produce defectos en la función de macrófagos (quimiotaxis y capacidad parastícida, disminución de la respuesta de anticuerpos a antígenos específicos, de la actividad de linfocitos citotóxicos naturales (NK) de la actividad citotóxica específica y de la producción de linfocitos. Las propiedades biológicas del virus se han investigado en las células cultivadas.

Ob. Cit. (6 - 15 - 16).

b) Signos y Síntomas

Se denomina incubación de una enfermedad infecciosa, el tiempo que transcurre entre el momento en que el agente morboso (patógeno), penetra al organismo y la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad. Se diferencia de la infección, que es el momento de penetración de un microorganismo en un individuo; aparentemente la incubación dura entre 6 meses y 5 años y medio con una mediana de 26 meses.

Uno de los rastros más inquietantes del SIDA, es el período de incubación desde la exposición al virus hasta el desarrollo de la enfermedad o aparición de los síntomas, lo más probable es que el individuo que incuba al virus pueda ya contagiar a otros.

El SIDA prodrómico o presida, caracterizado por fiebre vespertina y linfadenopatía, hipersensibilidad retardada cutánea. Las infecciones observadas en estos enfermos suelen ser diferentes dependiendo probablemente de los gérmenes predominantes o endémicos de la zona

geográfica, y distintos síndromes infecciosos que sobresalen los respiratorios con compromiso cardio pulmonar grave por Pneumocystis o tuberculosis.

Después de la infección con VIH, suelen aparecer anticuerpos a este virus en unas ocho semanas, este proceso llamado seroconversión puede originar una enfermedad tipo fiebre glandular inespecífica pasajera; pero por lo general no hay síntomas. La fase aguda durante la cual se desarrollan anticuerpos, va seguida de una crónica que también pueda ser asintomática o acompañarse de afección.

No hay un cuadro sintomático válido para todos los casos de SIDA, los principales síntomas apreciados son:

1. Pérdida progresiva de peso sin razón aparente.
2. Fiebre persistente (acompañada a veces por sudores nocturnos).
3. Hinchazón de los nódulos linfáticos.

4. Manchas color púrpura del tamaño de una moneda en la piel (dentro de la boca y ano), a menudo estas lesiones en la piel resultan ser una forma de cáncer conocido como Sarcoma de Kaposi.
5. Extremo cansancio, algunas veces combinado con dolores de cabeza.
6. Ganglios linfáticos persistentemente crecidos (ganglios infartados).
7. Tos seca, fuerte continua demasiado persistente, parecida a un resfriado o gripe.
8. Diarrea continua.
9. Hemorragias inexplicables en cualquier cavidad corporal.
10. Disminución del apetito.
11. Alergia a las pruebas de sensibilidad cutánea

12. Disminución de la reacción linfocitaria a
mitógenos usuales y a los antígenos
solubles.

Estos síntomas no son específicos del SIDA, pueden ocurrir otras manifestaciones y patologías, cuando aparecen los síntomas inalterables por espacio de meses o dan lugar rápidamente a una o más infecciones oportunistas. Entre dichas infecciones figuran una forma inusual de neumonía causada por *Pneumocystis carinni*, infecciones fúngicas y diversas clases de herpes.

Ob. Cit. (6 - 15 - 18 - 24 - 27 - 21).4

I.6 Vias de Transmisión para el Virus del SIDA

a) Hematológica

En las transfusiones de sangre tanto el donador con SIDA como el receptor desarrollan la enfermedad, en estudios realizados sobre infecciones por esta vía se ha encontrado que las personas infectadas pasan por un período asintomático prolongado, durante el cual son capaces de contagiar.

Existe transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana por sangre completa, por componentes celulares de la sangre, por plasma y por algunos factores de la coagulación (como los utilizados en pacientes hemofílicos); sin embargo, otros productos preparados a partir de la sangre como inmunoglobulinas, albúmina fracciones proteicas del plasma y vacunas, no transmite la infección aún cuando la sangre usada para su obtención estuviera contaminada.

Esta diferencia se debe a que este segundo grupo mencionado hay pasos en la preparación de los productos, que inactivan al virus si es que esta presente. La transmisión implica un gran volumen de sangre administrado intravenosamente a un individuo.

En el caso de transfusiones, las medidas preventivas no pueden depender de los individuos, sino de las instituciones. La sangre utilizada para las transfusiones debe someterse a pruebas de laboratorio que demuestren que está libre del virus VIH.

La comprobación de SIDA en individuos sometidos a transfusiones por diversas razones y en hemofílicos.

El SIDA postranfusalional ha permitido delimitar la incubación al apreciar el intervalo de tiempo transcurrido entre una transfusión y la aparición del SIDA, esta incubación oscila entre 12 y 48 meses, con una media de 25 meses.

Actualmente, los productos sustitutivos administrados a los hemofílicos son calentados a 60 grados centígrados, lo cual inactiva el VIH.

La seropositividad surgida luego de una transfusión impone las mismas precauciones en lo que respecta a las relaciones sexuales, que una seropositividad posterior a una infección venérea.

b) Contacto Sexual

En homosexuales, lo que implica el riesgo más alto de infección con el virus del SIDA, es la relación sexual anal receptiva, la exposición a las heces fecales del compañero durante la actividad sexual, cuando existe intercambio de líquidos corporales principalmente semen, secreciones vaginales y sangre, entre una persona sana y otra infectada por el virus VIH, ya sea en relaciones homosexuales o heterosexuales, más aún si éstas son parejas múltiples y frecuentes.

c) Fluidos Corporales

El virus es vulnerable, lábil o susceptible a las condiciones del medio ambiente como son:

- Los cambios de temperatura
- La humedad
- El grado de acidez (PH)
- Los desinfectantes caseros como el cloro y el alcohol

Los fluidos corporales en donde se han encontrado el VIH son:

- Sangre
- Semen
- Secreciones vaginales
- Fluidos corporales en donde se han encontrado el VIH en menor cantidad son:

- o Heces fecales
- o Orina
- o Lágrimas

o Saliva.- Hasta ahora, las cantidades halladas en éstos son mínimas; por ello se cree que son inoperantes para la transmisión.

El contagio depende de la concentración del virus en los fluidos corporales, de su volumen y del tipo de práctica sexual, hasta ahora no se ha comprobado la transmisión del VIH a través de la saliva, lágrimas, sudor, contacto íntimo con la piel, en virtud de su escasa viabilidad fuera del organismo humano.

Si bien se ha detectado el VIH, en la saliva y las lágrimas la posibilidad de contaminación por estas vías es aún hipotética el virus observado en estos fluidos provocó inquietudes debido a la forma en que fue divulgado, por lo tanto, la simple presencia del virus en la saliva o en las lágrimas no significa que tal líquido se torne potencialmente contaminador.

Para que la infección se generalice es imprescindible que el líquido orgánico entre en contacto con el torrente sanguíneo del posible receptor. En este sentido, así como las lágrimas y la saliva serían medios de transmisión.

d) Agujas Contaminadas

Existen estudios hechos en personal de salud que accidentalmente se han picado con agujas contaminadas, cuyos resultados muestran que la probabilidad de adquirir la infección por esta vía es menor al 0.5%.

Un agente infeccioso puede transmitirse con facilidad utilizando agujas contaminadas con sangre para inyectar drogas.

e) Infección Perinatal

El aumento del número de mujeres infectadas con el virus VIH trae como consecuencia el incremento de casos en niños infectados por el virus, ya que una madre infectada puede contagiar a su hijo durante el embarazo, el parto o a través de la leche materna a esta serie de mecanismos por los

cuales se produce el contagio del VIH, se le denomina transmisión perinatal.

La transmisión perinatal, es tan eficaz como una transfusión de sangre infectada, ya que el virus llega al niño a través de la placenta, una mujer infectada por el virus puede transmitirlo a su hijo por:

1. Durante el embarazo a través de la placenta, ya que la sangre de la madre y la del bebe circulan a través de esta estructura.
2. En el momento del parto, pues al pasar el bebé por la vagina entra en contacto con secreciones vaginales o sangre infectada de la madre.
3. El virus VIH, se excreta en la leche materna.

Las alteraciones que más a menudo se desarrollan en los niños afectados por la transmisión perinatal son:

- Infecciones repetidas y graves en las vías respiratorias y en los huesos.
- Infecciones generalizadas.

- Retraso o ausencia en el desarrollo psicomotor.
- Falta de crecimiento cerebral.
- Aumento de volumen del hígado, de los ganglios en todo el cuerpo.
- Diarrea.
- Dificultad para aumentar de peso.

La incidencia exacta de la transmisión materno - fetal del VIH, así como la dinámica de la historia natural de la infección en niños se desconoce, las tasas de transmisión de la infección del hombre influenciarán la tasa de transmisión de la madre al niño.

El niño infectado con SIDA no contribuye a mantener la infección en la población.

El SIDA en niños presenta diferencias importantes para interpretar las pruebas inmunoserológicas, toda vez que es imperativo diferenciar, si la positividad neonatal se debe a paso transplacentario (pasivo), o si realmente se trata de anticuerpos formados por el niño, el período de incubación en los niños varía de acuerdo a la fuente de infección, variando de un mes a 7 años.

Ob. Cit. (2 - 7 - 8 - 9 - 13 - 15 - 21 - 24).

I.7 Métodos de Diagnóstico

1. Detección

Actualmente es posible detectar la presencia del VIH en los linfocitos circulantes de un paciente afectado de SIDA o de un síndrome emparentado. Pero esta búsqueda del virus es técnicamente difícil y sólo unos pocos laboratorios especializados están en condiciones de llevarla a cabo, además es muy costosa y no es aplicable a la detección masiva.

2. Técnicas de Detección

A) Elisa

- a) Es la mas usual y se aplica siempre en primera instancia, es el Elisa (enzyme-linked immunosorbent assay). Este método de detección es de utilización corriente en virología.

Los antígenos (Ag) virales, constituidos por proteínas virales purificadas (aquí las proteínas del VIH0, se fijan en el fondo de recipientes adecuados.

Los sueros por examinar y los controles negativos y positivos se colocan en los recipientes.

Los anticuerpos (Ac) anti-VIH, eventualmente presentes se fijan sobre antígenos virales. Después de varios lavados de los recipientes, para eliminar todo lo que no esté fijado, se agrega un anticuerpo antiinmunoglobulina (anti-Ig) o inmunoconjugado, este anticuerpo anti-Ig, que reconoce al anticuerpo anti-VIH y se fija sobre él, ha sido previamente marcado por una enzima, la peroxidasa.

Los complejos Ag-Ac, formados se detectan agregando el sustrato de la enzima (o cromógeno), que dará origen a una reacción coloreada. La coloración traducida en densidad óptica por lectura con espectro fotómetro es directamente proporcional a la cantidad de anticuerpos anti-VIH presentes en el suero examinado.

El principio de Elisa se esquematiza en el cuadro I.

Esta técnica ofrece numerosas ventajas:

- Es rápida (tres horas como promedio), porque puede ser semiautomática.
- Es aplicable a la detección en masa (dadores de sangre).
- Su sensibilidad es muy grande y su especificidad es buena.

Sin embargo, el Elisa presenta falsos positivos debido a la presencia de contaminantes de origen celular en la preparación de proteínas del VIH, contaminantes que son detectados por algunos sueros.

La existencia de esos falsos positivos explica la necesidad de "confirmar" la positividad de un test de Elisa, primero con un segundo Elisa y luego con un test de referencia (paragrafo B).

Por otra parte el Elisa no permite en la actualidad conocer la clase de anticuerpos detectados (IgM, característica de una infección reciente, o IgG, indicadora de una infección antigua).

El Elisa, tampoco puede determinar el tipo de proteína contra la cual se dirige el anticuerpo anti - VIH.

b) La Inmunofluorescencia Indirecta

Esta técnica se aplica sobre células infectadas por el VIH y fijadas. Los anticuerpos anti-VIH son relevados por un conjugado anti-Ig marcado por una sustancia fluorescente, es utilizable como prueba de confirmación, presenta el inconveniente de que se producen fijaciones no específicas, por lo cual es necesario introducir un testigo interno realizado con células no infectadas que deben mantenerse no fluorescentes.

c) El Test Radioinmunológico por Competición

Este test descansa sobre el principio del desplazamiento, por el suero a examinar, de la fijación de IgG marcadas con iodo 125 de un suero positivo de referencia, después de haber fijado el antígeno (obtenido a partir de células infectadas), sobre un soporte plástico.

B) Los Métodos de Referencia o Técnicas de Confirmación

Sirven para confirmar la positividad de un test Elisa, son de dos tipos:

a) La Radioinmunoprecipitación (RIPA)

El virus es marcado por un isótopo radioactivo (habitualmente la cisteína 35), el suero por examinar es incubado con el antígeno viral en estado nativo (lisado viral). Si el suero contiene anticuerpos anti-VIH, se forman complejos inmunes Ag-Ac, éstos son luego desnaturalizados y analizados por electroforesis en gel de poliacrilamida.

El gel secado es puesto en contacto con una emulsión fotográfica (principio e la autoradiografía); de esta manera se identifican las proteínas virales radioactivas, fijadas por las IgG anti-VIH del suero examinado.

b) La Inmunotransferencia O "Western Blot" o Inmuno - Blot

En esta técnica, la primera etapa consiste en una desnaturalización de las proteínas virales. Luego, esas proteínas son separadas por electroforesis y transferidas a un papel especial (el blotting). Son incubadas con el suero a examinar, si el suero contiene anti-IgG marcado con peroxidasa o yodo 125. La lectura se realiza por modificación o autorradiografía.

c) Interes de las Técnicas de Confirmación

Los principios de RIPA y del Western Blot, se resumen en el cuadro I. El interes de estas técnicas reside en su sensibilidad y su especificidad, ya que permiten identificar las proteínas virales reconocidas por los anti-VIH.

Estas técnicas utilizadas como test, de referencia, son difíciles de poner en práctica en un laboratorio común y no pueden ser utilizadas para la detección en gran escala:

- El Western Blot, no es actualmente una técnica estandarizada si bien los kits listos para su empleo pueden obtenerse en el comercio.
- El RIPA es, para algunos la técnica más confiable, pero su costo es muy elevado.

C) Método de Detección de Acidos Nucleicos Virales: La hibridación Molecular

Las técnicas de ingeniería genética pueden aportar respuestas a las interrogantes precedentes, ellos permiten analizar el material clonado y, en caso dentro de poco, se podrán elucidar los mecanismos moleculares de la infección del linfocito T por el VIH, también hacen posible la fabricación de

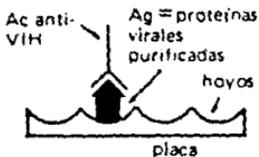
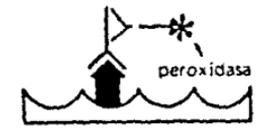
proteínas virales de gran pureza y a menor costo. Las consecuencias serán:

- Disponibilidad de test Elisa de segunda generación, que mejoran la especificidad y podrían tener un valor más preciso en el plano clínico, e incluso ser útiles para el pronóstico.
- Posibilidad de fabricación de una vacuna sistética.

La ingeniería genética está en el origen de la técnica de hibridación molecular que permite rastrear los ácidos nucleicos del VIH. Esta técnica, muy refinada, consiste en utilizar el ADN viral clonado como "sonda" molecular. La detección de ácidos nucleicos pueden realizarse en una preparación celular fijada sobre una membrana (el southern blot, permite la detección del ADN y el northern blot, la del RNA), o directamente sobre una preparación histológica (hibridación in situ).

Ob. Cit. (15)

Cuadro 1. Técnicas de detección de los anticuerpos anti-VIH (A, B, C) y de los ácidos nucleicos virales (D)

A) ELISA	B) RIPA (= radioinmuno- precipitación)
<p>1) Incubación del suero diluido</p>  <p>Ac anti-VIH Ag = proteínas virales purificadas hoyos placa</p> <p>2) Reconocimiento de los complejos Ag-Ac por el conjugado (- anti-Ig) marcado con peroxidasa</p>  <p>peroxidasa</p> <p>3) Revelación de la reacción por adición del sustrato de la peroxidasa (= cromógeno)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Modificación de la coloración</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lectura de la densidad óptica por espectrofotómetro</p>  <p>cromógeno</p>	<p>1) Cultivo de células infectadas por el VIH con precursores radioactivos (aminoácido)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>2) Etapa de purificación de las proteínas virales marcadas por el aminoácido radioactivo</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>3) Incubación de las proteínas virales con el suero por examinar</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>4) Precipitación de los complejos Ag-Ac</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>5) Separación por electroforesis sobre gel de acrilamida (lo cual permite determinar la talla de las proteínas virales detectadas por los anticuerpos)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>6) Detección por autorradiografía</p> <p>Ag = antígeno Ac = anticuerpo</p>

(cont. cuadro 1)

C) WESTERN BLOT (=Inmuno-blot)	D) HIBRIDACION MOLECULAR sobre membrana (= <i>Southern blot</i> para el ADN y <i>Northern blot</i> para el ARN)
1) Cultivo de células infectadas por el VIH	1) Extracción del ADN o del ARN viral a partir de un cultivo de células infectadas
↓	↓
2) Purificación de las proteínas virales	2) Fraccionamiento por electroforesis sobre gel de agar con migración de los fragmentos proporcional a su talla
↓	↓
3) Transferencia de las proteínas separadas por electroforesis sobre una membrana (se conoce el tamaño de las proteínas)	3) Transferencia sobre una membrana
↓	↓
4) Incubación del suero por examinar con esta membrana	4) Hibridación del ADN o del ARN viral con un ADN marcado radioactivo. Este ADN marcado actúa como una "sonda" específica del virus
↓	↓
5) Reconocimiento de los complejos Ag-Ac fijados sobre la membrana por un conjugado (= anti-Ig) marcado por un isótopo radioactivo (1) o una enzima (2)	5) Detección por autorradiografía. Esta técnica puede aplicarse <i>in situ</i> sobre preparados histológicos
↓	↓
6) Revelación de la reacción por: - autorradiografía (1) - reacción coloreada (2)	
Ig = inmunoglobulina (= anticuerpos)	

CAPITULO II

REPERCUSIONES BUCALES DEL SIDA

II.1 Introducción

Los problemas en la cavidad bucal son extremadamente comunes en las etapas tardías de la enfermedad del SIDA.

Úlceras orales y leucoplasias pilosas son claves importantes en el diagnóstico del VIH, e indican que la enfermedad ha avanzado a la etapa en la que el desarrollo del SIDA, si no ha ocurrido aún, es casi seguro que lo hará en unos dos años.

Del 60-80% de los pacientes con VIH que presentan úlceras o leucoplasia pilosa desarrollan el SIDA en 2 años.

El Sarcoma de Kaposi, se presenta frecuentemente en el paladar duro, la gingivitis es común en presencia de VIH y puede ocasionar una marcada erosión de la encía. Las úlceras aftosas son menos comunes pero pueden producir molestias considerables, con grandes úlceras dolorosas en el paladar blando y pueden persistir por meses, los abscesos dentales y papilomas parecen ocurrir con mayor frecuencia en pacientes con VIH, que en la población en general. A esto también se complementa la predisposición a enfermedades virales.

II.2 Moniliasis Esofágica

Enfermedad por un hongo o una levadura, la *Candida albicans* (monilia) se ha demostrado que este microorganismo habita comunmente en la cavidad bucal, aparato digestivo y vagina de personas que clínicamente no están afectadas. De esta manera, parece que la sólo presencia del hongo no es suficiente para producir la enfermedad, de hecho debe existir una penetración en los tejidos, se dice que esta enfermedad es la infección más oportunista del mundo. Su frecuencia ha aumentado por el empleo continuo de antibióticos, los cuales destruyen la flora bacteriana normal inhibidora y el uso de medicamentos inmunosupresivos, en particular los corticoesteroides y citotóxicos.

A menudo la candidiasis se clasifica en dos categorías principales:

1. Candidiasis Mucocutánea

Incluye candidiasis bucal orofaríngea (algodoncillo), esofagitis, candidiasis intestinal, vulvovaginitis y balanitis.

2. Candidiasis Sistémica

Afecta principalmente ojos, riñones y piel a través de una diseminación hematológica, aunque pueden estar afectados otros órganos vitales.

II.3 Candidiasis

Son levaduras que forman una gran familia compuesta por más de 80 tipos, la *Candida albicans*, es una levadura saprófita del hombre, su habitat exclusivo es el tubo digestivo.

- La candidiasis orofaríngea, no es específica de los tejidos afectados de SIDA. Provoca muguet (placas blanquecinas), lengua negra vellosa, glositis eritematosa y faringitis asociada, la candidiasis oral es considerada un signo precursor del SIDA salvo en los que toman antibióticos o corticoides.
- La candidiasis esofágica, puede producir dolores o ardores retroesternales, disfagia y adelgazamiento, también puede ser asintomática.
- Las candidiasis septicémicas, responsables de una fiebre resistente a los antibióticos, están a menudo asociadas a signos cutáneos (foliculitis).

Tx. Anfotericina B intravenosa, eventualmente asociada a la flucitosina.

a) **Candidiasis Seudomembranosa Aguda**

Se origina a cualquier edad, pero por lo regular ocurre en personas débiles o crónicamente enfermas, las lesiones bucales se caracterizan por la aparición de placas ligeramente elevadas de color blanco, blandas, que con frecuencia se presentan en la mucosa bucal y lengua, pero también se observan en paladar, encía y piso de boca.

La candidiasis atrófica cutánea, se presenta ya sea como una secuela de la candidiasis pseudomembranosa aguda, o se origina de novo. Las lesiones son más rojas o eritematosas que blancas, causa dolor.

c) **Candidiasis Hiperplásica Crónica**

Es del tipo leucoplásico de la candidiasis, las lesiones bucales consisten en placas firmes, de color blanco, persistentes que se localizan en los labios, lengua y carrillos, estas lesiones pueden durar años.

II.4 Enfermedad Parodontal

La enfermedad parodontal, comprende un grupo de transtornos diferentes, los cuales afectan las estructuras de sostén de los dientes y pueden dar por resultado la pérdida de los dientes, clínicamente, la enfermedad periodontal se caracteriza por las alteraciones inflamatorias de la encía, tales como tumefacción y enrojecimiento del margen gingival y hemorragia en el área del surco gingival.

Los leucocitos fagocitantes y el sistema inmunitario neutralizan el efecto biológico de esas sustancias de la placa. Factores sistemáticos predisponentes, factores que por sí mismos no desencadenan enfermedad periodontal, pero contribuyen a ella.

Factores Sistemáticos

- Diabetes
- Alteraciones hormonales
- Deficiencias nutricionales

El color de la encía es rojo y brillante porque el tejido conjuntivo es más delgado, hay emigración del epitelio de unión sangrado al menor estímulo, movilidad dentaria por pérdida del ligamento, pérdida de hueso, migración de la encía (resección gingival), aumento o disminución del puntilleo.

Una bolsa periodontal es la migración apical y lateral del epitelio de unión (patológicamente), desplazamiento hacia vestibular de los dientes (periodontitis).

Las enfermedades parodontales se dividen en:

Aguadas

Absceso periodontal

Es un aumento de volumen en la parte apical y cuando drena, drena por fístula.

Gingivitis úlcero necrosante

Necrosis en papilas es repetitiva, dolor intenso.

Crónicas

Gingivitis

Gingivitis inflamatoria crónica asociada directamente con placa bacteriana.

Periodotitis juvenil

Tejidos poco alterados, hueso destruido.

Periodontitis rápidamente destructiva

Consecuencia de una periodontitis juvenil.

II.5 Lengua Velloso o Descamada

La lengua vellosa es un trastorno que no es específicamente una alteración del desarrollo, esta enfermedad se caracteriza por hipertofia de las papilas filiformes de la lengua, sin que haya descamación normal que puede ser extensa y formar una capa gruesa afelpada sobre la superficie dorsal de la lengua, el color de las papilas puede variar desde el blanco amarillento hasta el café o incluso negro, según su tinción por factores extrínsecos como el tabaco, algunas comidas, medicinas o microorganismos cromógenos de la cavidad bucal.

Las papilas que pueden tener una longitud considerable, ocasionalmente rozarán el paladar del paciente causándole náuseas. Aunque se desconoce su etiología, se ha sugerido que los hongos pueden ser un factor estimulante.

Tx. Cepillarse con un cepillo dental, a fin de extimar la descamación y quitar los restos.

II.6 Herpes Simple

Producen afecciones cutáneas y mucosas en las regiones rectal y oral, las lesiones perirectales son las más frecuentes y se manifiestan por dolores y hemorragias, se observan más a menudo úlceras en cavidad bucal e incluso en el esófago.

Tx. Acicloguanosina en forma de dosis de 5 a 10 mg / kg, c/8 hrs. en forma intravenosa.

a) Herpes Simple Tipo I.

Se le conoce como gingivostomatitis herpética aguda, herpes febril de los labios; aftos fébriles; herpes labial. Es una enfermedad infecciosa, probablemente la enfermedad viral mas común los tejidos más afectados por el virus son los que derivan del ectodermo y comprenden principalmente piel, mucosas, ojos y sistema nervioso central, por lo regular afectará cara, labios, cavidad bucal y piel de la parte superior del cuerpo.

Se caracteriza por el desarrollo de fiebre, irritabilidad, dolor de cabeza, dolor en la hinchazón y linfadenopatía regional, en pocos días la boca está adolorida y la encía se inflama intensamente, se desarrollan vesículas cortas de color amarillento llenas de líquido, éstas se rompen y forman úlceras superficiales, desiguales, dolorosas, cubiertas por una membrana grisácea y rodeadas por un halo eritematoso, son de tamaño variable.

Sanan de manera espontánea en un lapso de 7 a 14 días y no dejan cicatriz. El virus herpes simple, no permanece latente en el sitio de la infección original en la piel o mucosa bucal, en vez de eso alcanza los ganglios nerviosos, los más afectados son:

1. Trigémino
2. Lumbrosacro

Tx. Antibióticos para la prevención de la infección secundaria.

b) Herpes Simple Tipo II

Se le conoce como estomatitis herpética labial recurrente o secundaria, afecta por lo regular genitales y la parte inferior del cuerpo (piel), es el más virulento, no es raro encontrar el tipo II en los labios o en las mucosas bucales y el tipo I en los genitales.

La recurrencia de la enfermedad a menudo se asocia con un traumatismo, fatiga, menstruación, embarazo, infección de las vías respiratorias, problemas emocionales, alergias, exposición a la luz solar o alteraciones gastrointestinales. La infección recurrente por herpes simple se puede presentar por intervalos variables, desde casi cada mes, en algunos pacientes hasta una sola vez por año, las lesiones se desarrollan en los labios o intrabucalmente, en cualquier sitio, las lesiones a menudo son precedidas por una sensación de quemazón o de picazón y se siente rigidez, hinchazón, o una ligera ulceración en el sitio donde las vesículas se desarrollan subsecuentemente.

Estas vesículas por lo general son pequeñas, tienden a presentarse en racimos localizados y se unen para formar lesiones algo más grandes, son de color gris o blanco, se rompen rápidamente y dejan una pequeña ulceración roja, algunas veces con un ligero halo eritematoso.

Cuando se localiza en labios, las vesículas rotas son cubiertas por una costra de color café, es variable la intensidad del dolor, se localizan también en paladar duro y la encía adherida, las lesiones sanan en un lapso de 7 a 10 días, no dejan cicatriz.

- Tx. 1. Aciclovir
2. Vidaraloina
3. Idoxuridina

No son medicamentos curativos, son placebos.

II.7 Varicela Zoster

Enfermedad viral infecciosa aguda, de naturaleza dolorosa e incapacitante que se caracteriza por la inflamación de las raíces ganglionares dorsales, o de los ganglios nerviosos craneales extramedulares, asociado con erupciones vesiculares de la piel o de las mucosas en las áreas que están abastecidas por nervios sensoriales afectados. El virus que causa esta enfermedad es el mismo que causa la varicela (V/Z).

Se presenta en adultos, muestra fiebre, indisposición general y sensibilidad a la presión a lo largo del curso de los nervios sensoriales afectados, por lo regular unilateralmente, a menudo también esta afectado el tronco.

En pocos días el paciente tiene una erupción cutánea o de la mucosa en forma papular o vesicular lineal, es típicamente unilateral y dermatómica en su distribución. Después de la ruptura de las vesículas comienza el sanado, aunque puede intervenir una infección oportunista.

Los factores predisponentes son los traumatismos, desarrollo de malignidades, la terapéutica inmunosupresiva.

El herpes zoster, puede afectar la cara por la infección del nevio trigémino, las manifestaciones clínicas incluyen parálisis facial, así como dolor del meato auditivo externo y del pabellón de la oreja, además se presentan erupciones vesiculares en la cavidad bucal y en la laringe con ronquera, zumbidos y vértigo.

Tx. Fármacos antivirales más nuevos que aún están en estudio.

II.8 Papiloma

El papiloma es una neoplasia benigna que se origina del epitelio superficial, es un crecimiento exofítico formado por numerosas proyecciones pequeñas semejan-do dedos, que causa una lesión con superficie rugosa, verrucosa parecida a una coliflor, casi siempre es un tumor pedunculado bien circunscrito que a veces es sésil y que intrabucalmente es más frecuente en lengua, labios mucosa, encía y paladar en particular el área adyacente a la úvula.

Tx. Extirpación, incluyendo la base de la mucosa dentro de la cual se inserta el pedículo o tronco, nunca se debe realizar mediante una incisión a través del pedículo, siempre se debe sospechar la fijación de la base o la induración de los tejidos más profundos.

II.9 Papiloma Acuminatum

Se le conoce también como verruga acuminada, verruga venérea, es una enfermedad infecciosa causada por un virus que pertenece al mismo grupo de los papilomavirus humanos, como los asociados con las verrugas comunes plantares, verrugas planas, verrugas planas cervicales y papilomas laríngeos juveniles.

El virus del condiloma acuminata anal, genital y posiblemente bucal se conoce como HPV-6. Es una enfermedad transmitible autoinoculable, se presenta como nódulos blandos de color de rosa que proliferan y se unen con gran rapidez para formar racimos papilomatosos difusos de tamaño variable. Se presentan con más frecuencia en la piel anogenital o en otras áreas calidas, húmedas e intertriginosas.

Las lesiones bucales del condiloma, han aparecido como nódulos pequeños, múltiples, de color rosa o blanco, que se agrandan, afectando la lengua, en especial el dorso, mucosa bucal, paladar encía.

Tx. Extirpación quirúrgica, aunque también se ha empleado la podofilina tópica.

II.10 Leucoplasia

Leucoplasia es un término que se ha utilizado para indicar un parche o placa blanca que se presenta en la superficie de una membrana mucosa, no sólo de la cavidad bucal, sino también de la vulva, cuello uterino, vejiga, pelvis renal y vías respiratorias superiores. Los factores más frecuentes para atribuir la etiología han sido tabaco, alcohol, sepsis bucal, sífilis, deficiencia vitamínica, galvanismo, candidiasis.

Las lesiones de la leucoplasia bucal, muestran una variación en el tamaño, localización y apariencia clínica.

Tx. Administración de la vitamina A, vitamina de complejo B y estrógenos, radiación, extirpación quirúrgica y quimioterapia tópica, eliminar cualquier factor irritante.

II.11 Sarcoma de Kaposi

Descrita a fines del siglo XIX, que clásicamente ocurre en sujetos de origen mediterráneo y de más de 60 años de edad, se presentaba en sujetos jóvenes de cualquier grupo étnico y afectando áreas anatómicas poco comunes (cara). Los afectados del Sarcoma de Kaposi clásico, presentan lesiones cutáneas localizadas al comienzo de los miembros inferiores, sobre todo en los pies; éstos muestran lesiones papulares, maculares o nodulares, rosadas, azuladas o moradas, indoloras, la piel circundante esta acortonada y edematosa.

La enfermedad adopta una forma diseminada, tumoral con lesiones ulceradas, una afección ganglionar y visceral, sobre todo digestiva.

El Sarcoma de Kaposi del SIDA se caracteriza por su comienzo explosivo, por la rapidez de su extensión cutánea, que no respeta la cara, por la frecuente afección de las mucosas, los ganglios, el bazo, el tubo digestivo y los pulmones. Las lesiones son a veces muy atípicas y resulta indispensable recurrir a la biopsia.

También se le conoce como Sarcoma Idiopático Hemorrágico de Kaposi y Angioreticuloendotelioma, las lesiones varían de tamaño y por lo regular son sensibles al tacto o dolorosas; se sabe de un caso en el cual apareció una lesión bucal antes de que aparecieran las manifestaciones en la piel.

Tx. Es difícil realizar la erradicación quirúrgica, debido a la multiplicidad de las lesiones.

La causa de la enfermedad es desconocida, parece que presenta una deficiencia inmune, en relación con el SIDA, los pacientes desarrollan una fiebre inexplicable, pérdida de peso y linfadenopatía. El examen médico revela:

1. Candidiasis bucal
2. Neumonía neumocistis
3. Viruria por citomegalovirus
4. Depresión de linfocitos T
5. Sarcoma de Kaposi de tipo fulminante, similar al que se presenta en África.

II.12 Carcinoma Epidermoide

El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más común de la cavidad bucal, aunque se puede presentar en cualquier sitio dentro de la boca, se sospecha de factores etiológicos externos más frecuentes en el desarrollo del carcinoma bucal son:

1. Tabaco
2. Alcohol
3. Sífilis
4. Deficiencias nutricionales
5. Luz solar
6. Diversos factores que incluyen calor
7. Traumatismo y la irritación dental
8. Virus: Epstein Barr, citomegalovirus, herpes simple, varicela zoster

Carcinoma de Labio

Lesiona con más frecuencia el labio inferior que el superior, se presenta principalmente en ancianos, el tumor usualmente empieza en el borde del bermellón del labio hasta un lado de la línea media, con frecuencia comienza con un área pequeña de engrosamiento, induración y ulceración o irregularidad

de la superficie. Conforme se hace más grande la lesión se crea un defecto pequeño parecido a un cráter o se produce un crecimiento exofiticoproliferativo del tejido tumoral, el carcinoma de labio es lento para producir metástasis, y puede desarrollarse una lesión masiva antes de que haya signos de afección de los ganglios linfáticos regionales.

Tx. Excisión quirúrgica con radiación con Rx, se debe tomar en cuenta el tamaño de la lesión.

Carcinoma de Lengua

El signo más comun del carcicoma de la lengua es una masa o úlcera no dolorosa, aunque en la mayoría de los pacientes la lesión finalmente se hace dolorosa, en especial cuando se infecta de manera secundaria. El tumor puede empezar como una úlcera indurada en forma superficial con bordes ligeramente elevados y proceder ya sea a desarrollar una masa exofítica fungosa o infiltrarse a capas más profundas de la lengua y producir fijación e induración sin mucho cambio superficial.

La lesión típica se desarrolla en el borde lateral o en la superficie ventral de la lengua.

Tx. Es difícil, no se pueden hacer declaraciones específicas acerca de la eficacia de la cirugía en comparación con la radiación.

Carcinoma del Piso de Boca

El típico carcinoma del piso de boca, es una ulceración indurada de tamaño variable, situado a un lado de la línea media, puede ser o no dolorosa, se presenta con frecuencia en la porción anterior del piso que en el área posterior, por su posición ocurre extensión temprana de la mucosa lingual de la mandíbula y dentro de la propia mandíbula, así como dentro de la lengua.

El carcinoma del piso de boca, puede invadir tejidos más profundos e incluso extenderse dentro de las glándulas submaxilares y sublinguales.

Tx. Es difícil y con frecuencia no tiene éxito, puede ser quirúrgico o por radiación.

Carcinoma de la Mucosa Bucal

La leucoplasia es un antecedente común del carcinoma de la mucosa bucal, las lesiones se desarrollan con frecuencia a lo largo o inferiores a la línea opuesta del plano de oclusión, algunos casos aparecen cerca del área del tercer molar, otros adelante hacia la comisura.

A menudo la lesión es ulcerativa y dolorosa, y son comunes la induración e infiltración de los tejidos más profundos, algunos casos son superficiales y parece que crece hacia afuera, los tumores de este último tipo son llamados exofíticos o verrugosos.

Tx. El pronóstico de esta neoplasia, depende de la presencia o ausencia de metástasis, se hace la extirpación quirúrgica o por radiación.

II.13. Xerostomía

La xerostomía, o sequedad de la boca es una manifestación de la disfunción de las glándulas salivales, pero en si no representa una entidad patológica, existen todos los grados de xerostomía, el paciente se queja de sensación de sequedad o quemazón, pero la mucosa aparece normal, en otros casos existe la carencia de saliva.

Cuando la deficiencia de la saliva es muy intensa, la mucosa aparecerá seca y atrófica, algunas veces inflamada, pálida y translúcida. La lengua puede manifestar deficiencia por atrofia de las papilas, inflamación, fisuración y agrietamiento, ésto se puede deber por una aplasia de las glándulas salivales, radiación o por otros factores diversos.

**Tx. Dependerá de la naturaleza de la enfermedad,
alivio asintomático.**

II34 **Úlceras e Infecciones por otros Microorganismos**
(**Mycobacterium Aviam Intracelulare, Legionella e Histoplasmosis**)

Lesiones nodulares, ulcerosas o vegetativas en mucosa bucal encía, lengua, paladar o en labios, las áreas ulceradas por lo regular se encuentran cubiertas por una membrana no especificada de color gris y están induradas.

Mycobacterium aviam intracelulare - provoca una infección diseminada fuera de los pulmones y ganglios linfáticos, existe fiebre, pérdida de peso, astenia severa y diarrea con mala absorción.

Histoplasmosis - no se observan signos clínicos característicos, sólo infección pulmonar y la hepato esplenomegalia.

Tx. Anfotericina B y mantenimiento ulterior con petoconazol.

Ob. Cit. (4 - 5 - 6 - 14 - 15 - 23 - 26).

ESTA TESIS NO ESTÁ
CUBIERTA DE LA BIBLIOTECA

CAPITULO III

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR LA INFECCIÓN DEL VIRUS VIH EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

III.1 Medidas de Prevención para el Odontólogo

La historia clínica debe obtenerse de cada paciente,, enfocar el interrogatorio hacia la búsqueda de datos que permita determinar si el paciente pertenece a los grupos de alto riesgo. Explorar tejidos extraorales-cabeza y cuello especialmente, e intraorales poniendo atención a los cambios de coloración en las mucosas.

Protección del C.D.

Explicar al paciente el uso de los aditamentos de protección para la prevención de infecciones:

- Usar un par de guantes por paciente, especialmente cuando se toque sangre, al terminar su trabajo se desecharan los guantes y se lavarán las manos.
- En técnicas quirúrgicas, en pacientes infectados o de alto riesgo se recomienda usar doble guante.
- Usar cubrebocas y anteojos de protección.
- Uso de eyectores, dique de hule y la correcta colocación del paciente.

- Usar bata cerrada hasta el cuello, con mangas largas.
- Evitar portar anillos, aretes, relojes, pulseras, collares y otros objetos de adorno mientras se trabaja.
- Debe recordarse que el gabinete dental, debe funcionar como quirófano, en el cual se apliquen todas las medidas de asepsia y antisepsia.
- Depositar en una bolsa de plástico, todo el material desechado, deberá cerrarse al final de cada trabajo.
- Las torundas, gasas, compresas, vasos, eyectores, agujas utilizadas, así como las piezas extraídas (dentarias), tejidos y material de obturación se deposita en la bolsa de plástico, para su eliminación, es preferente la incineración.
- El instrumental utilizado (espejos, excavadores, exploradores, elevadores, fórceps, fresas, etc.), en cada enfermo deberá ser colocado al final de la atención en un recipiente con hipoclorito de sodio al 10% (10 cc. de cloro y 90 cc. de agua).

Al término de la atención dental de los enfermos se recogerá el instrumental para lavarlo y esterilizarlo.

- Las superficies contaminadas de cada cubículo dental, debe ser limpiado con agua y con jabón, solución de hipoclorito de sodio: Charolas, lavabos y escupidera.

III.2 Medidas de Prevención para el Paciente Infectado por el Virus VIH

Los derrames de sangre y otros líquidos corporales deben limpiarse rápidamente con una solución desinfectante (1:10 de hipoclorito de sodio). Al efectuar procedimientos que impliquen contacto con sangre y líquidos corporales, como operaciones odontológicas y necropsias, es necesario utilizar una toalla o protector para evitar manchar al paciente, se debe limitar al mínimo la formación de aerosoles y evitar la contaminación de las superficies de trabajo.

III.3 Medidas de Prevención para el Material e Instrumental Dental

El virus VIH, con ciclos normales de esterilización es termolábil a temperaturas de 60 grados centígrados, además de ser destruído fácilmente con jabones desinfectantes, detergentes, alcohol y el blanqueador casero de hipoclorito.

- Usar agujas y jeringas desechables.
- Los objetos manchados de sangre deben colocarse en una bolsa de plástico, o en un recipiente con hipoclorito de sodio por una hora mínimo, después deberá ser hervido y correctamente esterilizado.

El alcohol al 25%, el glutaraldehído al 0.2% o el formol al 0.5% para la desinfección de instrumentos.

El calentamiento a un mínimo de 56 grados centígrados, durante 30 minutos para los líquidos contaminados y en autoclave para los instrumentos reutilizables.

Las piezas de mano, deben ser esterilizadas entre paciente y paciente, muchas pueden ponerse en el autoclave después de lubricarlas con el aceite adecuado, si no pueden ponerse en el autoclave, deben ser enjuagados con agua jabonosa, envuelta en papel absorbente empapado en glutaraldehido, colocado en una bolsa de plástico sellada y se deja por 10 minutos, antes de usarse se enjuaga otra vez con agua.

Ob. Cit. (3 - 4 - 13 - 18 - 19).

CAPITULO IV

MITOS Y REALIDADES

IV.1 Cómo Convivir con una Paciente Portador de SIDA

a) Alimentación

La buena alimentación ayuda a resistir las infecciones, contribuyendo a obtener en cantidad y calidad adecuada de linfocitos, las proteínas son esenciales para reparar los tejidos dañados y mantener el cuerpo en buenas condiciones.

Una buena alimentación consiste en una dieta balanceada, que proporcione aproximadamente 30 calorías / Kg. y de 1 a 1.5 proteínas / Kg. La dieta debe incluir los cuatro grupos básicos de alimentos:

- Carnes
- Frutas y verduras
- Cereales y pan
- Leche y sus derivados

Es frecuente que disminuya la ingesta y se presente falta de apetito en las personas infectadas por el VIH, generalmente debido a la depresión. Por ello se recomienda lo siguiente:

1. Tratar de consumir la mayor cantidad de calorías y proteínas a la hora de mayor apetito, que generalmente es por la mañana.
2. Comer en compañía, en una mesa atractiva y una situación agradable para aumentar el placer de comer.
3. Usar condimentos que le den buen sabor a la comida.
4. Evitar las comidas grasosas o fritas, ya que pueden aumentar las náuseas.
5. Si se siente lleno rápidamente tratar de comer porciones pequeñas varias al día, e ingerir menos líquidos en ese momento y masticar lentamente.

b) Trabajo

Es importante mantener al individuo portador del VIH, en actividad física e intelectual, no existe restricción médica que impida a una persona infectada pueda continuar con su trabajo

excepto cuando presente manifestaciones de la enfermedad con menos cabo físico importante.

No hay ninguna posibilidad de contagiar a los compañeros por la convivencia diaria en el área de trabajo, ya que el VIH no se transmite por compartir las mismas instalaciones, por saludar de mano, por estornudos, etc. Se recomienda en caso de accidente que provoque alguna herida o sangrado, limpiar la sangre derramada inmediatamente con una solución de cloro casero diluido en 1:10.

Es decisión personal de cada individuo el informar o no de su condición de infectado.

c) Vida Social

Los enfermos de SIDA padecen de temores, y, en el caso de los homosexuales, uno de éstos es el de encontrarse solos en el diagnóstico. Cuando la homosexualidad no es conocida, se agrega el temor de que se descubra, con el consecuente alejamiento e incluso los reproches de la familia.

Los homosexuales y los toxicómanos pueden ser rechazados por la sociedad aún si no padecen de SIDA, con consecuencias para su empleo y estilo de vida.

Cada individuo tiene un estilo de vida que es difícil cambiar de un día para otro.

1. Dormir lo suficiente, en promedio 8 horas.
2. No desvelarse.
3. Mantener hábitos higiénicos.
4. Permitir la salida de las emociones, reconocerlas y aprender a controlarlas.
5. Aprender técnicas de relajación.
6. Cuidar el aspecto personal.
7. Evitar el aislamiento y mantener relaciones interpersonales con la pareja, familia, amigos, vecinos, etc.
8. Favorecer las actividades recreativas.
9. Aumentar la actividad física.

d) Vida familiar

Es muy importante contar con una familia o con relaciones afectivas cercanas con individuos que sean fuente de apoyo constante. Algunas de las

personas portadoras del VIH, o con SIDA, son rechazadas por quienes los rodean, esta problemática se agrava al agregarse la estigmatización y marginación.

Hay centros o instituciones donde la familia puede ser informada y orientada ante el que hacer con un familiar portador de SIDA.

e) Medidas higiénicas

Las medidas higiénicas son las mismas que se recomiendan para evitar infecciones y fomentar la salud en cualquier individuo como:

1. Baño diario.
2. Cepillado de los dientes después de cada comida, debe ser suave para no provocar sangrado de las encías. No compartir el cepillo dental, hilo dental.
3. Al rasurarse, es recomendable usar máquina eléctrica, no compartir las navajas de afeitar.

4. La ropa o sábanas que se hayan manchado con heces, secreciones sexuales o sangre, deberán lavarse a parte de la ropa con agua caliente y cloro.
5. Evitar los alimentos que no estén bien cocidos o lavados, o que se encuentren en mal estado, para evitar adquirir infecciones intestinales.
6. Los animales domésticos son portadores de microorganismos oportunistas en los excrementos, orina o vómitos y pueden causar infecciones en las personas infectadas por el VIH. Se recomienda no tener animales en casa o vigilar que reciban todas las vacunas necesarias y que se mantengan en la mayor limpieza posible.

f) Alcohol, tabaquismo y otras dependencias

Son muy diversas las repercusiones que tiene el abuso del alcohol, tabaco y otros fármacos, tales repercusiones dependen de:

1. La naturaleza misma de la sustancia, la cantidad, la frecuencia y duración de su uso.
2. También es importante la actitud de la sociedad ante las diferentes adicciones.
3. Los problemas asociados con el abuso de cualquier sustancia, como pueden ser una deficiente nutrición, hábitos higiénicos insuficientes, existencia de mayor stress, alteraciones orgánicas secundarias como el daño hepático producido por el alcohol, afecciones pulmonares y cardiovasculares por el tabaco, la baja de defensas y alteraciones neurológicas.

g) Aspecto Psicológico

Las reacciones de ansiedad secundarias a la noción de que se tiene una enfermedad incurable y mortal, angustia que puede llegar a ser intolerable y de requerir de apoyo farmacológico. Las reacciones de tipo depresivo se manifiestan en tristeza sentimientos de

minusvalía y fantasías suicidas, o insomnio, anorexia, apatía e irritabilidad.

Los individuos afectados, niegan su enfermedad y aparentemente quieren "vivir plenamente lo que les queda de vida", alteran sus hábitos de sueño y de alimentación.

El equilibrio mental de los seres cercanos al individuo infectado, también se ve amenazado y es frecuente la presencia de sentimientos ambivalentes que se pueden manifestar bajo la forma de sobreprotección, rechazo, o una fluctuación entre ambas actitudes. Los procedimientos tendientes a brindar apoyo psicológico son muy diversos y deben aplicarse tanto a los individuos infectados por VIH, como a sus seres queridos.

La participación en sesiones de psicoterapia de grupo, donde el enfermo o sus familiares pueden ventilar sus emociones, temores, fantasías.

h) Vida Sexual

Cada individuo decide como ejercer su sexualidad de acuerdo con sus características personales, cultura, valores, miedos, pero es importante tener una actitud responsable ante sí mismo y ante el (o la) compañero (a) sexual.

El número de parejas sexuales y el coito anal receptivo son las prácticas que se asocian en mayor medida a la posibilidad de adquirir la infección por VIH. Los objetivos de las siguientes recomendaciones son:

1. Evitar que una persona infectada por VIH sea infectada y aumenten las posibilidades de progresión de la enfermedad.
2. Evitar contraer otras enfermedades sexualmente transmitibles, ya que pueden actuar como factores que favorezcan el desarrollo del SIDA.
3. Evitar contagiar al compañero sexual.

Recomendaciones que se deben tomar en cuenta:

1. La persona infectada por el VIH, deberá informar a su pareja sexual sobre esta situación y lo que significa.
2. Sugerir a la pareja sexual que se realice la prueba de detección del VIH.
3. Decidir con su pareja el tipo de prácticas sexuales de menor riesgo para ambos.
4. Evitar tener contacto sexual con personas desconocidas.
5. Evadir relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol o de otras drogas.
6. Evitar tener contacto íntimo con múltiples parejas.
7. Rehúir prácticas sexuales con intercambio de secreciones.
8. Usar condón siempre y cuando se realice el coito anal, vaginal u oral.

9. Evitar el contacto sexual con personas que presenten sangrado o lesiones en la piel de genitales y región perianal.

10. La selección del método anticonceptivo más adecuado, debe ser consultado con el médico considerando su estado de infección por VIH.

Ob. Cit. (10 - 15).

IV.2 Alternativas Terapéuticas

Una vez reconocido el VIH, se inició la búsqueda de medicamentos antivirales, que inhibieran su replicación sin afectar las células del individuo infectado, simultáneamente, de otros intentos terapéuticos para restaurar el daño causado en el sistema inmunológico, así como una combinación de ambos.

Empezaron a utilizarse medicamentos ya conocidos, cuya acción fundamental era inhibir la actividad de la transcriptasa reversa, enzima que permite al virus incorporar su material genético en la célula que esta infectando. En la actualidad, lo más sobresaliente para el tratamiento del SIDA, es un medicamento conocido con el nombre de Azidotimidina (AZT), mucho tiempo se guardó en los archivos, hasta que iniciaron algunas pruebas que dieron resultado alentadores, la AZT, prolongó significativamente la vida de los pacientes.

La alta toxicidad del fármaco es otro problema, ya que algunos casos presentaron depresión en las funciones de la médula ósea, desarrollaron anemia, requieren de transfusiones continuas hasta que las complicaciones obligan a disminuir la dosis o suspender el tratamiento.

**LISTA DE MEDICAMENTOS (ACTUALMENTE EN ESTUDIO) PARA EL
TRATAMIENTO DEL SIDA**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	VIA DE ADMINISTRACION	EPECTOS SECUNDARIOS
Suramina	Parenteral	Neurol ógicas , cutáneas
Ribávirina	Parenteral y oral	Anemia, náuseas dolores de cabeza
Alfa interferon	Subcutánea	Fibre y náuseas
Fosfonoformato	Infusión intra- venosa	Problemas rena- les y retención ósea
Antimoniotungstato	Parenteral	Pr o b le m a s sanguíneos
Ansamicina	Oral	Pr o b le m a s hepáticos
Azidotimidina	Oral y parente- ral	En estudio

+ Tomado de Anti - HIV Chemotherapy, MHGrieco, St. Luke Hospital Center, New York, Estados Unidos

El interferón, ha resultado de ayuda en algunos casos de Sarcoma de Kaposi, el interleukin - 2, una sustancia química que en forma natural se produce en el organismo y ofrece cierta esperanza en las pruebas de laboratorio.

La cirugía y los tratamientos así como las radiaciones, también han ayudado a vencer otras condiciones, pero ningún tratamiento, incluyendo los trasplantes y el uso experimental de drogas ha podido tener éxito en la restauración del sistema inmunológico. El virus del SIDA es mutable y tiene varias cepas, una vacuna podría atacar una cepa pero no a las otras.

Con el fin de inhibir el mecanismo que reproduce dentro del cuerpo el VIH, se ha pensado en la posibilidad de utilizar proteínas falsas como base de un tratamiento para este problema de salud pública. El experimento sólo se ha realizado en probetas, podría tardar años o décadas en llegar a tener una aplicación práctica.

Se han manipulado los genes del VIH, conocidos en genética como "tat" y "rev", los cuales producen las proteínas esenciales para que el virus haga copias de sí mismo y se reproduzca dentro del cuerpo.

Manipulado levemente los genes pueden producirse proteínas que no funcionan como tales, pero debido a que estas se parecen a las reales, el virus del SIDA es engañado y las utiliza en lugar de propias y como consecuencia cesa la reproducción del virus. Otra forma sería la de implantar los genes virales que fabrican esas proteínas mutantes en los cuerpos de las víctimas para que reproduzcan sus anticuerpos virales.

La preparación de una vacuna contra el SIDA, a partir de proteínas virales resulta difícil a causa de la variabilidad genómica del VIH, por otra parte pareciera que existen regiones invariables de la envoltura viral que podían inducir la producción de anticuerpos idénticos cualquiera que sea el grado de variabilidad del virus; pero queda por establecer si tales anticuerpos serían capaces de neutralizar el poder infectante del VIH.

Ob. Cit (6 - 8 - 11 - 20).

IV.3. Testimonio de una Víctima del SIDA

Perspectivas personales

La carta que transcribimos a continuación fue escrita por un hombre de 31 años, al que tres meses antes se le había diagnosticado SIDA. Dice así:

Como puedes imaginar, mi primer reacción al serme comunicado el hecho fue de absoluto aturdimiento e incredulidad. Por desgracia, estaba muy al corriente de los estragos de la misteriosa plaga que se cernía sobre todos nosotros, pero nunca llegue a pensar que entre tanta gente pudiese afectarme a mi.

A fin de cuentas era bastante exigente en cuanto a la elección de mis compañeros sexuales. Pasé semanas enteras tratando de dilucidar quien me había traicionado, llegué a figurarme tres probables candidatos, pero comprendí la inutilidad de estas especulaciones, y entonces empecé a preocuparme por cuestiones mas prácticas. Hice testamento y hable con mis mejores amigos.

Quiero ser sincero contigo y confesarte que me paso por la cabeza suicidarme. Dije a mis padres que padecía un tipo raro de leucemia, pues de haber sabido cual era el verdadero diagnóstico, el disgusto hubiese acabado con ellos.

Ya en el hospital empecé a notar que la gente me evitaba de distintas maneras. No sólo las enfermeras, los auxiliares sanitarios y los que repartían la comida (entraban y salían a toda prisa, como si de detenerse a intercambiar algunas palabras pudiese contagiarles), si no que incluso el médico que me atendía mantenía cierta distancia. Esta distancia que ahora he aprendido a aceptar.

El autor de esta carta murió a finales de 1983, menos de un año después de diagnosticarle la enfermedad.

Ob. Cit. (27).

CONCLUSIONES

El SIDA, fue originalmente descrito en individuos homosexuales pero posteriormente se ha reconocido a otros huéspedes susceptibles que incluyen a: Pacientes hemofílicos que requieren concentrados del factor VIII, haitianos, receptores de transfusiones de sangre, drogadictos, compañeros sexuales, etc.; debe tenerse en cuenta la forma como se concibe la sexualidad, ésta difiere de un individuo a otro, por consiguiente la manera como se difunde en los distintos grupos sociales.

Se ha demostrado que el virus VIH, es un parásito que se hospeda en la célula y posee la capacidad de integrarse a la estructura genética del huésped y reproducirse a través de ella, a nivel celular el VIH no se puede reproducir ni vivir fuera de la célula.

Al parecer la hepatitis B, el CMV y el virus EB, son patógenos oportunistas que se establecen una vez ocurrido la inmunosupresión, la patología fundamental del SIDA, es la aparición de enfermedades oportunistas de tipo viral y bacteriana, producidas por protozoarios y por hongos, además de la presentación de formas especiales de tumores malignos.

No existe un cuadro asintomático válido para las manifestaciones clínicas, las lesiones en boca son de la mayoría oportunistas, y además son repercusiones del SIDA, la única que se relaciona es el Sarcoma de Kaposi.

Los fluidos corporales como: El sudor, las lágrimas y la saliva y la posibilidad de contaminación del VIH, por estas vías es aún hipotética, los fluidos corporales que contienen mayor cantidad de virus son aquellos que están densamente poblados por células como: sangre y semen.

La concientización del C.D. en su protección y la del paciente que son la población de riesgo de esta enfermedad.

AIDS, SIDA, GRID o enfermedad de los gays es la enfermedad actual y mayor comentada en el mundo por su origen, contagio y grado de evolución, los datos mas recientes del tratamiento inespecífico y no muy efectivo, nos hacen concluir en una gran limitante e incapacidad de la medicina mundial.

El tratamiento con drogas y transplantes, no han tenido éxito y algunas están aún en estudio, lo que resulta como una limitación más para la medicina.

GLOSARIO

ADENOPATIA	Indica cualquier enfermedad de los ganglios linfáticos en general.
AIDS	Abreviatura de la expresión inglesa Acquired, Immunodeficiency Síndrome.
ANTICUERPO	Molécula sintetizada por un tipo especial de células (células plasmáticas) en el caso necesario defender al organismo contra una enfermedad o infección.
ASINTOMÁTICO	Presencia de la enfermedad pero sin síntomas definidos.
ASTENIA	Quiere decir etimológicamente "sin fuerza" es sinónimo de debilidad, flaqueza, postración, en casos extremos se denomina adinamia.
BALANITIS	Inflamación de la mucosa del glande, que es la porción terminal del miembro viril.

GLOSARIO

ADENOPATIA	Indica cualquier enfermedad de los ganglios linfáticos en general.
AIDS	Abreviatura de la expresión inglesa Acquired, Immunodeficiency Syndrome.
ANTICUERPO	Molécula sintetizada por un tipo especial de células (células plasmáticas) en el caso necesario defender al organismo contra una enfermedad o infección.
ASINTOMATICO	Precencia de la enfermedad pero sin síntomas definidos.
ASTENIA	Quiere decir etimológicamente "sin fuerza" es sinónimo de debilidad, flaqueza, postración, en casos extremos se denomina adinamia.
BALANITIS	Inflamación de la mucosa del glande, que es la porción terminal del miembro viril.

CERAPITECO	Mono verde que habita en los países de Africa Central (Zaire).
CMV	Citomegalovirus.
CLORETS GAYS	Se le denomina así a los homosexuales disfrazados.
COITO	Acoplamiento sexual cuyo fin natural es la perpetuación de la especie, acompañado de un placer más intenso.
DIAGNOSTICO	Identificación de una enfermedad y su naturaleza, basándose en uno o más síntomas.
DIARREA	Desarrollo intestinal, que consiste en evacuaciones frecuentes y muy fluídas.
DISPAGIA	Dificultad en el paso de los alimentos.
D.N.A.	Acido dexoxirribonucleico.
E.B.V.	Virus llamado Epstein Barr.

ELISA	Del inglés Enzyme - Linked Immunosorbent Assay; prueba de diagnóstico.
ENCEFALITIS	Inflamación del encéfalo.
ENCEFALO	Parte interior del S.N.C. contenido en la cavidad craneal.
ENFERMEDAD	Modificación de duración variable, de el estado normal de la salud, caracterizada por varias disfunciones orgánicas, y por una sensación de malestar más o menos acentuada.
ENZIMA	Catalizador biológico.
EPIDEMIA	Se presenta cuando una enfermedad infecciosa contagiosa brota bruscamente en el población de cierta región o nación.
ETIOLOGIA	Estudio de las causas de una enfermedad.
FOLICULITIS	Inflamación del folículo piloso.

FOLICULO

Minúscula cavidad en cuyo fondo surge pelo.

GALVANISMO

Intercambio de iones de sodio y potasio.

GENETICA

Rama biológica que estudia las modalidades, causas y bases morfológicas y químicas de la transición de los caracteres hereditarios.

GERMENES

Organismos minúsculos, por lo general, sólo visibles al microscopio (de hecho también se denominan microbios) normalmente se denominan gérmenes a las bacterias virus, a las ricketzias y los protozoos. Los gérmenes que producen enfermedades se consideran patógenos.

GRID

Gay Related Inmune Deficiency.

HEMOFILIA

Enfermedad hereditaria por trastorno de la coagulación de la sangre, de forma que las heridas y traumatismos causan hemorragias prolongadas.

HOMOSEXUAL

Perversión sexual que consiste en la inversión del sentido erótico, en virtud del cual el individuo que la padece presenta una excitación sexual con personas del mismo sexo.

H.T.L.V.

Virus de leucemias de células T humanas.

H.T.L.V.

Virus linfotrópico de células T humano.

ICTERICIA

Zona blanquesina en mucosa y piel.

INCUBACION

Tiempo en que transcurre entre el momento en el que el agente morboso patógeno penetra en el organismo y la aparición de los primeros síntomas.

INFECCION

Penetración de gérmenes patógenos en el organismo. Cualquier infección presupone la existencia de dos componentes el germen (agente infeccioso) y el (terreno) el objetivo de la infección y el resultado de un complejo conjunto de influencias recíprocas entre las CX del germen (su mayor y menor virulencia y su resistencia a las defensas naturales del organismo invadido y el estado de salud del terreno.

INMUNIDAD

Propiedad en virtud de la cual éste no desarrolla una enfermedad cuando entra en contacto con una bacteria, virus o toxina. La inmunidad puede ser natural o adquirida, esta última puede ser activa o pasiva.

INMUNODEFICIENCIA

Es un factor común de todos los casos de incapacidad del cuerpo u organismo contra ciertos tumores o infecciones.

INTERPRETACION GAMMA

Factor que estimula a los macrófagos.

INTERLEUQUINA

Factor segregante que refuerza la acción de las células destructoras.

LINFOCITOS

Tipo de leucocito (globo blanco) que se forma en los ganglios linfáticos y en los tejidos linfáticos (bazo, timo y amígdalas) además de la médula ósea. Tiene gran importancia en la formación de anticuerpos. En el adulto aproximadamente un cuarto de los glóbulos blancos está constituido por linfocitos mientras que en el niño el porcentaje es mayor.

LINPOPENIA

Disminución de linfocitos en la sangre.

LEUCOPLASIA

Placa blanca que se presenta en una membrana mucosa.

LISIS

Ruptura de las membranas celulares por medio de la actividad enigmática, los efectos de ósmosis y otras causas físicas y químicas.

MANOSODOMIA

Inserción de la mano en el recto del compañero.

MUTACION

Aparición repentina en una célula o de una alteración de su patrimonio cromosómico, es decir de la parte de la propia célula que asegura a las células hijas la presencia de las mismas en algunos casos la célula (mutada) no puede reproducirse y muere pero muy a menudo vive y da origen a la célula hija idénticas entre sí, pero distintas a la célula progenitora que ha sufrido la mutación.

NEOPLASIAS

Formación de un nuevo tejido en la práctica o sinónimo de tumor.

NEUMOPATIA

Término genético que sirve para indicar cualquier infección.

NUCLEOLIDO	Unidad del ácido nucleico que consiste de un fosfato de azúcar de 5 carbonos y una base nitrogenada como la adenina o la guanina.
OSMOSIS	Tendencia de los fluidos a pasar a través de una membrana que separa dos porciones de diferentes concentraciones.
PARASITICIDA	Se denomina así a cualquier sustancia capaz de matar parásitos.
PARASITO	Es cualquier ser (animal o vegetal) que vive a expensas de otro ser al que daña o perjudica.
PRACTICA DE PISTING	Introducción del puño en el recto.
PROTEINAS	Peptidos muy largos que se asocian en varios largos, la longitud promedio es de 150 unidades de aminoácidos.
PROTOZOARIOS	Organismos unicelulares que carecen de clorofila y presentan un núcleo eucariótico.

R.N.A.

Acido Ribonucleico. Un tipo de ácidos nucleicos que contiene desoxirribosa y que funciona como material genético en los cromosomas.

SECRECION

Proceso en el que determinados líquidos orgánicos son producidos por glándulas que secretan la bilis.

SEMEN

Otro nombre del esperma, líquido de reacción alcalina eyaculado por el pene durante el orgasmo. Esta formado por espermatozoides, células reproductoras originadas en los testículos, a la que acompañan las secreciones de las glándulas anexas: Vesículas seminales, próstata y otras.

SENELIDAD

Sinónimo de vejez. Como el período senil se caracteriza por procesos regresivos de carácter físico y psíquico; capacidades piquicofísicas normales, están notablemente y en algunos casos patológicamente disminuídas.

SEPTICEMIA

Este término que procede de la época prebacteriana un estado de infección generalizada provocado por la penetración y multiplicación en la sangre de microbios patógenos introducidos en la circulación a través de una puerta de entrada llamada foco séptico o de infección.

SEROCONVERSION

Es después que la infección con HIV aparecen anticuerpos en 8 semanas formando fiebre glandular.

SEROPOSITIVO

La presencia de anticuerpos específicos dirigidos contra el VIH en la sangre de un individuo define sero positivo.

SIDA

Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

SINDROME

Conjunto de signos y síntomas que podemos encontrar en una persona enferma.

SODOMIA

Es la homosexualidad masculina.

TRANFUSION

Introducción de la sangre de un individuo denominado "donante" en el sistema circulatorio de otro: Se realiza para restituir la cantidad normal de la sangre (5 litros en adulto) para mejorar su composición.

ULCERA

Lesión inflamatoria abierta, situada en la piel o mucosa que revisten las cavidades internas del organismo no causado por un traumatismo (como una herida) sino por enfermedad.

VIRUS

Agentes responsables de numerosas enfermedades antaño se decía que eran ultrafiltrables porque a diferencia de las bacterias pasan a través de pequeños orificios de los filtros de laboratorio.

BIBLIOGRAFIA

1. Atención Médica, Vol. 1, Núm. 1, Febrero 1899
pp 8-9
2. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, Vol.
45, Núm. 1, Enero 1988
p 55
3. Charles E. Barr, D.D.S.
Michael z Marder, D.D.S.
AIDS: A Guide for Dental Practice
Edit quintesence books, Chicago Illinois 1987
pp 128
4. Charles F. Farthing - Simone E. Brown
Richard C.D. Staughton
A Colors Atlas of AIDS and VIH D, sease
Edit. Roche, Basle, Special Edition
1989 Switzerland
5. Friedman - Kien, Alvin E
Atlas of AIDS Color
Philadelphia, W.B. Sounder Company, 1989 XVI
pp 155

6. **Gaceta Médica de México**, Vol. 121, Núm. 1-2, Enero/Febrero, 1985
pp (1-17)
7. **Gaceta Conasida**, Año 1, Núm. 1 Mayo/Junio 1988
pp (3-15)
8. **Gaceta Conasida**, Año 1, Núm. 2, Julio/Agosto 1988
pp (3-4)
9. **Gaceta Conasida**, Año 1, Núm. 3, Septiembre/Octubre 1988
pp (3-4)
10. **Gaceta Conasida**, Año 3, Núm. 2, Febrero 1989
pp (1-30)
11. **Gaceta Conasida**, Año 2, Núm. 1, Mayo/junio 1989
pp (3-16)
12. **Infectología**, Vol. 9, Núm. 2, Febrero 1989
pp (91-110-113-118)
13. **Instituto Mexicano del Seguro Social**
Lineamientos Generales para la Atención y Control de
Personas con Infección del Virus VIH
pp (1-22)

14. Jan Lindhe
Periodontología Clínica
Edit. Panamericana, Buenos Aires 1987
2a. ed.
pp 67, 140-199

15. Jill Patrice Cassuto, Alain Pesce
Jean-fancois Quaranta
Le SIDA
Edit. Paidos, Preses Universitaires de Francia 1986
Traducción Susana Bauer
pp 141

16. Luc Montagnier
Avances Recientes sobre el SIDA (artículo)
pp 1-6

17. Ovaciones, 2a. ed. México 29 de Marzo 1990
Núm. 8541 año XXVII
pp 1-4

18. **Práctica Odontológica**

19. Dr. Roberto Unda Gómez
Dr. Estanislao Stanislawski Mileanat
Manual de Información para Médicos y Estudiantes de
Medicina
Preparado por el Comité Técnico Conasida
pp 1-5
20. Suplemento Viva Mejor, AIDS (espanto y realidad) Núm.
1, Antillas Holandesas: Box 300 Curazao
pp 1-30
21. Tema Año V, Octubre 1987
Radis, Portugal
22. The Lancet, Vol. 1, Núm. 8594, Mayo 1988
p 1111
23. The Lancet, Vol. II, Núm. 8622, November 1988
p 1248
24. Víctor G. Daniels
SIDA
Edit. Manual Moderno, México, D.F. 1988
2a. ed.
Traducción por Jorge Orizaga
pp 181

25. William G. Walter, Richard H. McBEE
Kenneth L. Temple
Introducción a la Microbiología
Edit. Contiental, S.A. de C.V., México, D.F. 1984
3a. ed.
pp 409
26. Dr. William G. Shafer
Tratado de Patología Bucal
Edit. Interamericana, México, D.F. 1987
4a. ed.
pp 940
27. William H. Masters, Virginia E. Johnson
Robert C. Kolodny
La Sexualidad Humana
Edit. Grijalbo, Barcelona 1987
Traducción Rafael Andreu
Tomo III
pp 632-637