

144  
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**Facultad de Odontología**



*Vo Bo  
García y Jara*

**SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA  
Y MEDIDAS PARA INTERVENIR QUIRURGICAMENTE  
AL PACIENTE SEROPOSITIVO**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A**

**Jorge Alvaro Jara Correa**

**México, D. F. 1992**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA  
Y MEDIDAS  
PARA INTERVENIR QUIRURGICAMENTE  
AL PACIENTE SEROPOSITIVO

INDICE	PAGINA
INTRODUCCION .....	1
CAPITULO 1.- GENERALIDADES	
a) Definiciones .....	3
b) Etiopatogénia .....	4
c) Epidemiologia .....	8
CAPITULO 2.- MECANISMOS DE TRANSMISION	
a) Sexual .....	11
b) Sanguinea .....	12
c) Perinatal .....	13
CAPITULO 3.- MANIFESTACIONES CLINICAS	
a) Infección aguda .....	14
b) Infección asintomática .....	14
c) Linfadenopatía generalizada .....	15
d) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida .....	15

#### CAPITULO 4.- MANIFESTACIONES ORALES

a) Infecciones micóticas .....	18
b) Infecciones virales .....	20
c) Infecciones bacterianas.....	25
d) Procesos malignos asociados al VIH .....	26

#### CAPITULO 5.- MANEJO DEL PACIENTE INFECTADO POR VIH

a) Tratamiento de la infección .....	29
b) Tratamiento de seropositivos asintomáticos y de pacientes con linfadenopatía .....	30

#### CAPITULO 6.- MEDIDAS PARA INTERVENIR QUIRURGICAMENTE AL PACIENTE SEROPOSITIVO

a) Medidas prequirúrgicas .....	32
b) Medidas transquirúrgicas .....	34
c) Medidas postquirúrgicas .....	35

#### CAPITULO 7.- RECOMENDACIONES AL PERSONAL ODONTOLÓGICO PARA LA INTERVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIH

a) Medidas generales .....	37
b) Uso de los elementos protectores .....	38
c) Métodos de desinfección y esterilización .....	40

CONCLUSIONES .....	41
--------------------	----

BIBLIOGRAFIA .....	42
--------------------	----

## I N T R O D U C C I O N

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad infecto-contagiosa descrita por los centros de control de enfermedades (CDE) de Estados Unidos en 1981.

La enfermedad presenta tres grandes problemas íntimamente relacionados entre sí. El primero es el agente causal mismo. El segundo, que sigue inexorablemente al primero, pero con un retardo de varios años, es la enfermedad del SIDA, ya que a diferencia de la mayoría de las enfermedades infecciosas en las cuales los síntomas aparecen días o semanas después del contagio, el SIDA puede presentarse años y probablemente decenios después de la infección inicial con el virus. Finalmente, el tercero de los problemas lo constituye la respuesta social, cultural, económica y política hacia el SIDA.

La enfermedad presenta una amplia gama de manifestaciones que van desde una infección asintomática hasta el síndrome completamente manifiesto.

Ante este problema de salud mundial, es necesario atacar en dos frentes: primero, estableciendo medidas de salud pública para prevenir y detener la propagación del SIDA y segundo, favoreciendo la investigación científica que permita avanzar en el conocimiento de su agente causal y de su mecanismo de acción con el objeto de lograr un tratamiento y alguna vacuna capaz de curar y prevenir la enfermedad.

Consciente e inconsciente, los odontólogos están tratando a pacientes que están infectados con el virus del SIDA, con un alto riesgo de contraer dicho virus. Por tal motivo este trabajo tiene como objetivos principales:

- a) Proporcionar al odontólogo y estudiante información sencilla, clara y actualizada sobre el comportamiento y epidemiología del VIH.
- b) Conocer las medidas a seguir para intervenir quirúrgicamente al paciente seropositivo en el consultorio dental.
- c) Evitar la infección del VIH en el personal odontológico durante el manejo de los enfermos y sus productos.

Debido al papel fundamental que desempeñan los odontólogos en las intervenciones bucales con pacientes seropositivos, su capacitación constituye una de las principales medidas para una atención más eficaz y con menor riesgo.

## CAPÍTULO I

### GENERALIDADES

#### DEFINICIONES

**SIDA:** Las letras S-I-D-A significan: Síndrome (conjunto de síntomas de más de una enfermedad) de Inmunodeficiencia (falta de defensas contra las enfermedades) Adquirida (que se contrae). El virus que causa el sida (VIH), ataca el sistema inmunológico de cuerpo (las defensas contra las infecciones), dejando a la persona afectada sin protección contra padecimientos graves.

**SEROPOSITIVO:** Se puede estar infectado por el virus de la inmunodeficiencia adquirida durante ocho años o más sin presentar síntomas ni desarrollar la enfermedad. Durante ese tiempo, las personas infectadas pueden transmitir el virus a otras sin saberlo, por lo tanto se les denomina pacientes seropositivos.

**RESERVORIO:** El único huésped del VIH es el humano.

**FUENTE DE INFECCION:** Las secreciones o tejidos contaminados con el VIH, provenientes de humanos infectados, son la fuente a partir de la cual se lleva a cabo la infección.

**VIA DE SALIDA:** Las vías de salida eficientes para la transmisión del VIH son: sangre, semen, secreciones vaginales, leche materna y tejidos (en injertos y trasplantes), de donde ha sido aislado.<sup>8</sup>

## ETIOPATOGENIA

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) pertenece a la familia de los retrovirus y a la subfamilia de los lentovirus que originan patologías degenerativas de evolución prolongada en hombres y animales.

Usualmente el flujo de información genética, va de ADN ARN y de ahí a proteínas. Por invertir este flujo de información el VIH recibe el nombre de retrovirus. Los retrovirus almacenan su información genética en el ARN y poseen una enzima, la transcriptasa reversa, que les permite sintetizar ADN viral, el cual se integra a los cromosomas de las células (provirus retroviral integrado). Para servir como base de replicación viral.

Los retrovirus se clasifican en endógenos y exógenos. Los endógenos se transmiten de padres a hijos a través de las células germinales, no provocan enfermedad alguna y parecen participar en las funciones normales de las células. Los retrovirus exógenos se transmiten de humano a humano por contacto sexual o por la sangre y sus derivados. Los lentovirus atacan fundamentalmente a las células inmunológicas (linfocitos T-cooperadores del sistema fagocítico mononuclear SFM) a las cuales destruyen conduciendo con ello al SIDA. Pertenecen a este grupo el VIH-1 y el VIH-2.

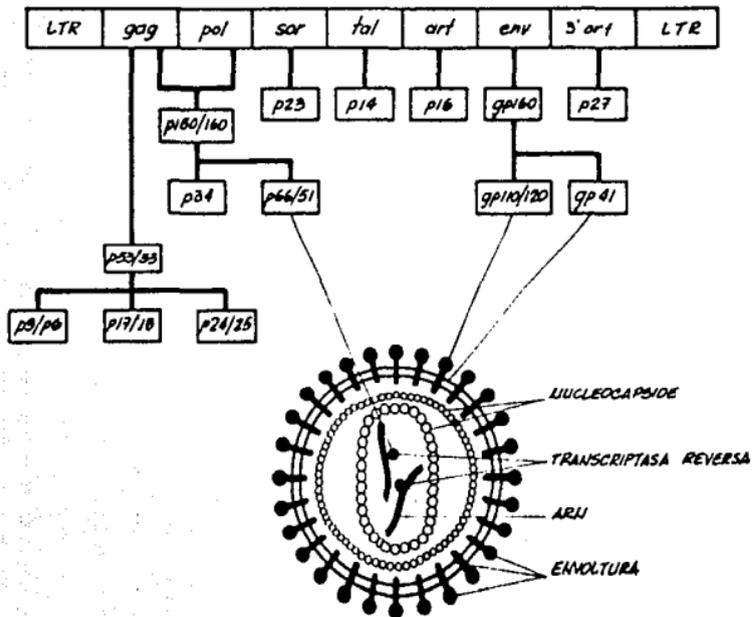
El VIH-1 ha sido detectado en sangre, semen, secreciones vaginales, orina, líquido cefalorraquídeo, lágrimas, saliva, heces, tejido cerebral y leche materna de pacientes, sin embargo, solo se ha comprobado su transmisión por sangre, semen, secreciones vaginales y probablemente por leche materna.

El virus tiene un tropismo específico hacia las células T4+ (linfocitos cooperadores) en los que produce destrucción celular, por lo tanto el SIDA es una enfermedad que afecta principalmente al sistema inmune. Por la afección de los linfocitos cooperadores el paciente con SIDA es incapaz de controlar las infecciones. Como consecuencia desarrolla infecciones mortales, ante las células el paciente no tiene una respuesta adecuada y se favorece el desarrollo de neoplasias principalmente sarcoma de Kaposi y linfomas.

Los retrovirus, una vez que convierten su información genética, ARN en ADN, se integran al genoma de la célula a la que infectan, denominándose entonces provirus.

El provirus del VIH integrado a los cromosomas de la célula infectada posee tres grupos de genes: Estructurales, reguladores y con acción desconocida. Los genes estructurales son: "gag" "pol" y "env", los genes reguladores son: "LTR", "tat" y "art", y los genes con función desconocida son: "sor" y "3'orf".

## ESTRUCTURA GENETICA



La estructura genética del VIH es completamente nueva y distinta a otros retrovirus, pues posee una región central "sor" que separa los genes "pol" y "env", además el "env", que codifica las proteínas de la envoltura, es mayor que el resto de los retrovirus.

La gp 110/120 es la glicoproteína responsable de que el VIH reconozca y se adhiera exclusivamente a células portadoras del marcado biológico T4 (CD4) presente en los linfocitos T cooperadores-efectores y en las células del SFM.

#### CARACTERISTICAS DE LA INTERACCION VIRUS-HUESPED

El VIH infecta al linfocito T4 o al macrófago mediante los siguientes fenómenos:

1) Reconocimiento: El virus reconoce a la molécula CD4 de la membrana de las células humanas, a través de la glicoproteína gp 110/120.

2) Adherencia: El virus se adhiere a la membrana de la célula en una unión de tipo receptor-ligado.

3) Entrada: Una vez adherido el virus penetra por un mecanismo de endocitosis mediada por receptores al interior la célula huesped.

4) Activación de la enzima transcriptasa reversa: La enzima se activa y transcribe la información de su ARN en ADN de doble cadena.

5) Integración del ADN viral: El ADN se integra al genoma de la célula huésped, quedando entonces como provirus. Este provirus puede permanecer latente por mucho tiempo.

6) Transcripción y traducción del ADN viral: El ADN viral es transcrito por la maquinaria celular formando ARN viral. Este ARN, mediante complejos mecanismos de regulación, será procesado para la traducción y síntesis de proteínas virales, o bien para nuevos viriones.

7) Ensamblaje: Las proteínas y el ARN viral se ensamblan utilizando la parte interna de la membrana celular.

8) Salida: La salida de nuevos viriones ocurre por gemación. La membrana celular envuelve a las proteínas y al ARN viral quedando libres los viriones en el exterior celular.

El VIH solo ataca aquellas células que poseen el marcador biológico CD4 en su superficie, que como ya se mencionó son principalmente los linfocitos T cooperadores-efectores y las células del SFM.<sup>5</sup>

## EPIDEMIOLOGIA

### SITUACION DEL SIDA EN MEXICO DATOS ACTUALIZADOS HASTA EL 29 DE FEBRERO DE 1992

En México el crecimiento de los casos continúa siendo acelerado. La tasa de casos nuevos en 1992 es de 3.6 casos la cual casi sería comprobable a la de la incidencia acumulada durante los tres primeros años de la epidemia. La razón hombre-mujer, es ahora menor a la observada en años anteriores, para 1992 la proporción reportada en mujeres es mayor al 20% debido al rápido crecimiento de epidemia en esta población (cuadro 1).

#### FECHA DE INICIO Y DE NOTIFICACION

Hasta el 29 de febrero de 1992 el número de casos de sida acumulados es de 9,356, de los cuales en el último mes se notificaron 117 casos nuevos, la razón diaria de casos fue de 4.0. Entre marzo de 1991 y febrero de 1992 se notificaron 3,031 casos en comparación con 2,565 que se registraron de marzo de 1991. Al comparar estos dos periodos se observa un crecimiento del 18.1% para los últimos 12 meses.<sup>1</sup>

# CUADRO 1

CASOS NUEVOS DE SIDA POR AÑO DE NOTIFICACION

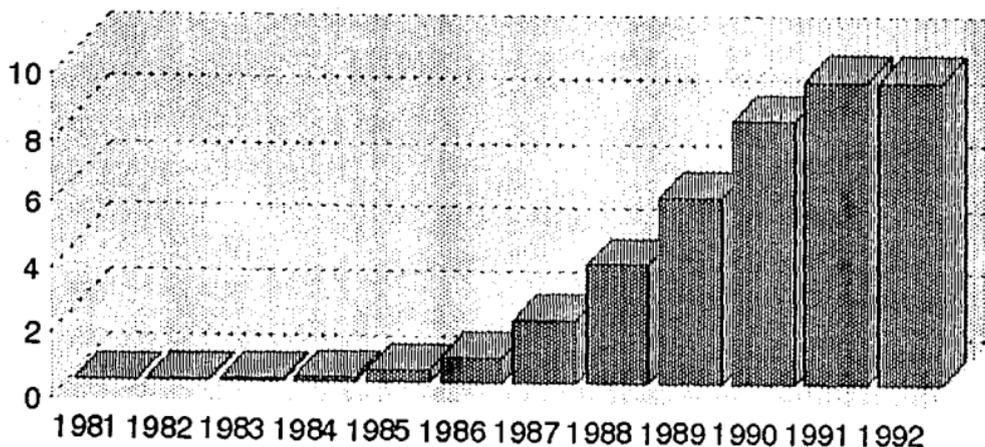
MEXICO 1983 - 1992

(HASTA EL 29 DE FEBRERO DE 1992)

ANO	CASOS	TASA DE INCIDENCIA (1 000 000 habitantes)	RAZON H / M
1983	17	0.1	17:0
1984	26	0.1	25:1
1985	69	0.2	16:1
1986	133	0.3	15:1
1987	798	10.1	14:1
1988	964	11.3	6:1
1989	1433	17.2	5:1
1990	2421	28.2	5:1
1991	3166	40.2	6:1
1992	263	3.2	3:1
1983-1992 ACUMULADO	9356	112.0	6:1

# INCIDENCIA ACUMULADA POR FECHA DE INICIO

CASOS



MILES	0,002	0,013	0,049	0,121	0,341	0,743	1,91	3,654	5,726	8,175	9,35	9,356
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------	-------	-------	-------	------	-------

AÑOS



## DISTRIBUCION GEOGRAFICA

De las notificaciones recibidas el mes de marzo de 1992 el 31.6% corresponden al Distrito Federal, 9.4% por el Estado de Jalisco, el 11.9 al Estado de Michoacán y el 11.1 al Estado de México.

Las entidades con mayor riesgo de infección son: El Distrito Federal con una tasa de 320 casos por cada millón de habitantes, Jalisco con una tasa de 232, Morelos con 212 casos y Yucatan con 170 casos por millón de habitantes. Sin embargo, el 58.3% de la epidemia (5,458 casos) se concentra solamente en tres entidades, Distrito Federal, Edo. de México y Jalisco.<sup>1</sup>

## EDAD Y SEXO

La proporción de casos acumulados de SIDA por sexo indica que el 85.2% se han presentado en hombres.

El análisis por tasa indica que el sexo masculino es seis veces más afectado que el femenino.<sup>1</sup>

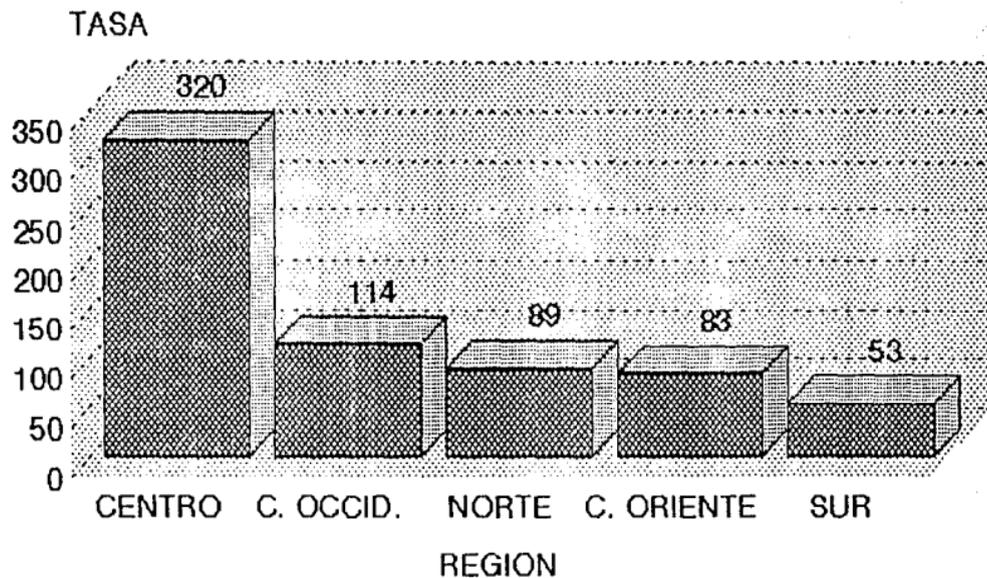
## OCUPACION

La ocupación que acumula la mayor parte de los casos de SIDA es la de los empleados administrativos en donde se han visto afectados por esta epidemia uno de cada 1,340.

Las tasas más bajas se siguen registrando en amas de casa, trabajadores agrícolas y estudiantes.<sup>1</sup>

# REGION GEOGRAFICA

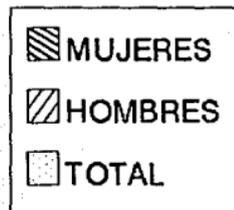
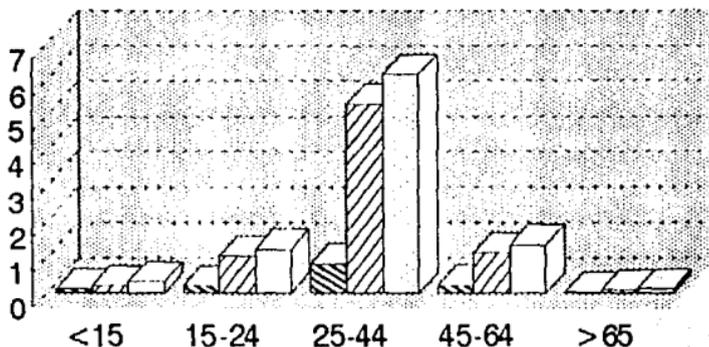
---



TASA POR 1,000,000 HABITANTES

# EDAD Y SEXO

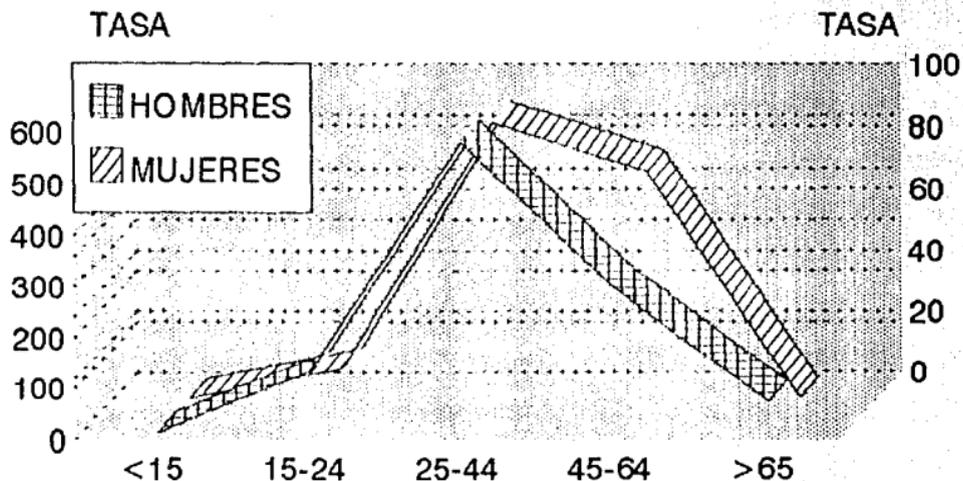
CASOS



MUJERES	0,105	0,19	0,825	0,214	0,031
HOMBRES	0,207	1,044	5,335	1,136	0,088
TOTAL	0,312	1,234	6,16	1,35	0,119

GRUPO DE EDAD

# TASA POR EDAD Y SEXO



HOMBRES	0	121	570	283	60
MUJERES	0	10	90	75	0

GRUPO DE EDAD

TASA POR 1 000 000 HABITANTES

## CATEGORIAS DE TRANSMISION EN ADULTOS

### HOMBRES

De los casos notificados el mes de marzo de 1992 el 87.2% son atribuibles a transmisión sexual.

Este mes de marzo se notificaron 4 casos por transmisión sanguínea para dar una cifra acumulada de 449 casos.<sup>1</sup>

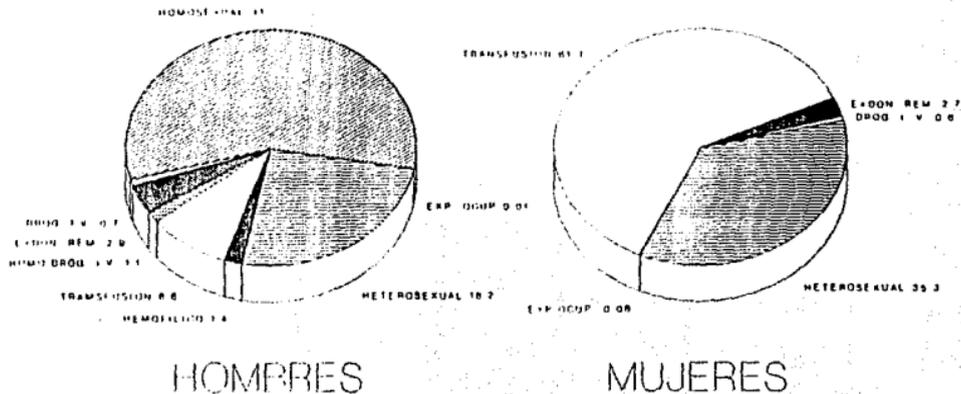
### MUJERES

Se han notificado 1,280 casos acumulados de SIDA en mujeres adultas, de las cuales el 61.3% corresponden a mujeres transfundidas, el 35.3% a transmisión heterosexual, el 2.7% en ex donadoras remuneradas y el 0.6% en usuarios de drogas intravenosas.

### SITUACION DE LOS PACIENTES

En lo que se refiere al estado actual de los pacientes el 47.5% (4,442) han fallecido, continúan vivos 44.1% (4,126) y no se tiene información de la evolución del 8.4% (788) casos.

# CATEGORIA DE TRANSMISION EN ADULTOS



## CAPITULO 2

### MECANISMOS DE TRANSMISION

Hasta el momento se aceptan cuatro mecanismos de transmisión para el VIH:

- 1) Transmisión sexual.
- 2) A través de la sangre y hemoderivados.
- 3) Transmisión perinatal y
- 4) Transplante de tejidos u órganos.

#### Via de entrada

##### 1) SEXUAL

Existen casos de transmisión sexual hombre a hombre, hombre a mujer, mujer a hombre y excepcionalmente mujer a mujer aunque se ha podido demostrar que la eficiencia de transmisión no es igual en todos los casos.

En las prácticas homosexuales (hombre a hombre), cuando existe penetración de pene por el recto, existe un mayor riesgo de transmisión. Lo que se explica por naturaleza del epitelio rectal, de tipo cilindrico de una sola capa, ricamente vascularizado y con abundante tejido linfóide no encapsulado, que con frecuencia sufre laceraciones durante el coito rectal, permitiendo de esta manera la entrada del VIH a las células con receptor de membrana específico CD4.

En las relaciones heterosexuales por coito vaginal, la transmisión parece ser menos efectiva que en los homosexuales, debido a que la mucosa vaginal es más resistente.

Al parecer existe mayor riesgo de transmisión por coito vaginal de hombre infectado a mujer expuesta al riesgo, que en sentido inverso, debido a que el semen posee una concentración de partículas virales mayor a la de las secreciones vaginales.

Las relaciones sexuales con participación de la boca (oral-peneana, oral-vaginal y oral-anal) tienen una menor participación en la transmisión del VIH.

## 2) SANGUINEA

En la actualidad está bien establecido que el VIH es transmitido a través de la transfusión de sangre y derivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma, sangre total y concentrado de factores de coagulación).

Cuando se transfunde una unidad de sangre contaminada la eficiencia de transmisión del VIH es aproximadamente del 70%. Los hemofílicos tienen mayor riesgo de adquirir el VIH ya que, en promedio, un hemofílico requiere entre 800 000 a 100 000 unidades de factor VIII al año, razón por la que forman parte del grupo de alto riesgo para adquirir la infección y desarrollar SIDA.

Las agujas contaminadas con sangre infectada por VIH constituyen un mecanismo de transmisión de infección, también pueden ocurrir transmisiones de la infección en el personal de salud que ha sufrido algún pinchazo accidental con agujas contaminadas con la sangre de un paciente con SIDA.

### 3) PERINATAL

Este mecanismo de transmisión se lleva a cabo de la madre al producto.

Se acepta que la transmisión del VIH de una madre a su producto puede ocurrir por los siguientes mecanismos:

- a) Transplacentario: Se ha demostrado la presencia del VIH en el líquido amniótico y en los tejidos de fetos abortados cuyas madres estaban infectadas por el virus.
- b) Durante el parto: Al existir contacto de la sangre materna con la del producto puede haber transmisión del VIH.
- c) Post-Parto: Existen casos de infección por VIH en niños cuyas madres fueron transfundidas e infectadas después del nacimiento de su hijo; asimismo, se ha aislado el VIH en la leche humana por lo que ésta puede ser una importante vía de transmisión.

No existe evidencia epidemiológica o biológica sobre la transmisión del agente causal del SIDA por insectos hematófagos (por ejemplo: mosquitos y chinches) y tampoco por vacunas producidas con plasmas humanos (por ejemplo: la de la hepatitis B).

El VIH es un retrovirus sumamente lábil a las condiciones del medio ambiente, lo que explica que solo por los cuatro mecanismos antes mencionados logra transmitirse. Se ha comprobado que sustancias de uso común (por ejemplo: hipoclorito de sodio, alcohol etílico al 70%, etc.) así como sustancias contenidas en los espermicidas, como el nonoxynol-9, son capaces de inactivar al VIH.<sup>8</sup>

### CAPITULO 3

#### MANIFESTACIONES CLINICAS

La infección por VIH puede cursar asintomática o presentar un amplio espectro de problemas clínicos. Los individuos mayores de 13 años de edad infectados por VIH pueden cursar asintomáticos o presentar diversos cuadros divididos en subclases:

1) INFECCION AGUDA. La mayoría de los individuos que contraen la infección por VIH desarrollan anticuerpos dentro de las primeras seis semanas de la infección, sin presentar manifestación alguna; sin embargo una minoría experimenta de 3 a 6 semanas después de la infección una enfermedad semejante a la mononucleosis infecciosa. No presenta casos inmunológicos detectables por laboratorio, aún cuando son positivos para la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH.

El cuadro desaparece en forma espontánea en un lapso menor a tres semanas y no existe tratamiento específico.

2) INFECCION ASINTOMATICA. Dentro de este grupo se incluye a aquellos individuos que se sabe están infectados por VIH y no muestran evidencia de enfermedad. Generalmente no presentan cambios inmunológicos detectables por laboratorio. Un 60 % de ellos puede continuar asintomático por un lapso de seis a ocho o más años.

3) LINFADENOPATIA GENERALIZADA. Pertencen a este grupo aquellos pacientes que como consecuencia de la infección por VIH presentan adenomegalias en dos o más sitios extraínguinales durante más de un mes. Este síndrome puede tomar de 3 meses a 10 años en aparecer, a partir de la infección. El síntoma más sobresaliente es la astenia, generalmente leve, aunque puede llegar a ser tan grave como para interferir con las actividades de rutina.

Los ganglios linfáticos más afectados son los cervicales, axilares y occipitales.

#### 4) SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

El paciente infectado eventualmente puede desarrollar manifestaciones clínicas diversas y que diagnostican el SIDA. No es raro que un mismo individuo presente dos o más problemas clínicos en forma simultánea. Entre estas manifestaciones se encuentran las siguientes:

- a) Síndrome de desgaste o enfermedad constitucional caracterizada por pérdida de peso involuntaria, mayor al 10% del peso corporal y diarrea crónica o debilidad crónica y fiebre.
- b) Encefalopatía por VIH caracterizada por disfunción cognocitiva o motora incapacitante que interfiera con la ocupación de las actividades cotidianas, que sea progresiva en ausencia de otras condiciones o enfermedades concurrentes que pudieran explicar estos hallazgos.

- C) Infecciones oportunistas: El tipo de infecciones que padecen los pacientes con SIDA es muy variado, habitualmente son producidas por microorganismos que no producen enfermedad en sujetos cuyo sistema inmune está indemne.
- D) Neoplasias: El tipo más frecuente es el sarcoma de Kaposi. Aproximadamente el 21.5% de los pacientes con SIDA notificados en nuestro país cursa con esta neoplasia.<sup>8</sup>

## CAPITULO 4

### MANIFESTACIONES ORALES

Los conocimientos sobre la infección del VIH se han convertido en una exigencia de máxima importancia para los odontólogos que son los responsables de curar la salud oral. Este papel y la necesidad de una educación y comprensión combinadas se basan en:

1) Los individuos infectados con VIH buscan activamente consulta y tratamiento oral. A menudo, los pacientes mismos no conocen su estado de infectividad, y sabiendo o no su situación con respecto al VIH se les esta dando tratamiento.

2) Muchas veces, las dolencias y hallazgos orales son los primeros signos y/o síntomas de la infección con VIH o incluso de SIDA. La anamnesis, la exploración, el diagnóstico diferencial y la remisión del paciente hacia otros centros han tomado ahora nuevas dimensiones.

3) A menudo, las lesiones orales asociadas a la infección con VIH interfieren lo suficiente con el bienestar para requerir un tratamiento, el cual, frecuentemente, es mejor llevar a cabo en servicios de patología oral especializados.

4) La persistencia o reaparición de enfermedades orales puede reflejar una resistencia a la terapéutica y una progresión de la enfermedad generalizada.<sup>3</sup>

## INFECCIONES MICOTICAS

### CANDIDIASIS

El hongo *Candida* se encuentra corrientemente como parte de la flora microbiana oral en las personas infectadas con VIH. Por lo tanto, no es sorprendente que, en los individuos VIH + la infección más corriente sea el sobrecrecimiento de *Candida*.

La candidiasis oral puede ser el primer signo y/o síntoma de una infección por VIH. Si un paciente VIH+ conocido tiene una candidiasis oral, el pronóstico por lo que respecta a una supervivencia prolongada puede estar disminuido; la candidiasis oral suele producir síntomas notables de dolencia, halitosis y disgeusia, todo lo cual requiere alguna forma de tratamiento. La candidiasis oral puede agravar un sistema inmune ya comprometido, suprimiendo aún más las funciones del linfocito T. También puede servir como foco para una colonización por *Candida* en otros lugares, tales como el esófago o las vías respiratorias; sin embargo, la candidiasis generalizada en los individuos infectados por el VIH es extremadamente rara.<sup>3</sup>

### ASPECTOS CLINICOS

La descripción clínica de la lesión y localización se consideran importantes, ya que los diferentes tipos pueden estar asociados con varias causas y/o cofactores.

- a) **Candidiasis pseudomembranosa:** se caracteriza por la presencia de placas blancas con apariencia de motas de algodón, sobre una mucosa roja o normal. Estas placas pueden ser removidas, revelando una base eritematosa, y se observan en mucosa bucal o labial, en lengua y paladar. En adultos presenta una evolución crónica debido a la infección con VIH.
  
- b) **Candidiasis atrófica o eritematosa:** aparece clínicamente como una lesión roja, generalmente en el paladar y dorso de la lengua. Se observa también en forma crónica y con ardor.
  
- c) **Candidiasis hiperplásica:** consiste en placas blancas fuertemente adheridas a la mucosa, así como también la queilitis angular que se presenta en el SIDA con gran intensidad y que consiste en lesiones ulcerosas y costrosas en los ángulos labiales de etiología de cándida.

#### **TRATAMIENTO**

El tratamiento de la candidiasis oral suele ser eficaz, por lo menos hasta que llegan las fases terminales de la infección por VIH. El método terapéutico entraña el uso de antimicóticos sistémicos y tópicos, y la incorporación de enjuagues antisépticos.

El Ketoconazol (Mizoral), a la dosis de 200 a 400 mg. junto con algún alimento una vez al día, es muy eficaz. En los casos graves se requieren 400 mg. dos veces al día.

La nistatina suele ser muy eficaz en forma de tabletas vaginales de Mycostatin de 100,000 U, disueltas en la boca hasta cinco veces al día.<sup>3</sup>

## INFECCIONES VIRALES

### HERPES SIMPLEX

El virus del herpes simplex 1 (VHS1) y algunas veces el VHS2 se observan frecuentemente en individuos infectados con VIH. La expresión principal parece estar en la forma de un VHS1 reactivado que afecta los labios. En los individuos con inmunosupresión, las lesiones suelen recidivar más frecuentemente y muchas veces aparecen en forma de lesiones múltiples y persisten durante más largo tiempo.

### ASPECTOS CLINICOS

El virus del herpes simple se manifiesta en la cavidad oral como enfermedad primaria y recurrente. La infección primaria puede o no ser asintomática, y es seguida por una latencia de por vida, del VHS en el ganglio trigémino. La gingivoestomatitis herpética primaria tiene manifestaciones locales y sistémicas; generalmente hay fiebre, linfadenopatía cervical. Luego de uno o dos días pueden ocurrir las lesiones en encía, paladar duro y en cualquier sitio de la mucosa y del borde bermellón de los labios. Las lesiones son vesículas que se rompen y se convierten en úlceras irregulares y dolorosas. En individuos sanos, la curación ocurre en diez días o dos semanas y los síntomas desaparecen no así en los infectados por VIH quienes pueden continuar con los síntomas y tener complicaciones. Una vez curada la enfermedad puede haber recurrencia que se manifiesta en los labios o piel peribucal.<sup>3</sup>

## HERPES ZOSTER

El virus del herpes zoster produce varicela, en su primera infección y zoster en infecciones posteriores. La varicela es una enfermedad predominantemente infantil, el zoster se observa en ancianos y en inmunodeprimidos.

### MANIFESTACIONES CLINICAS

Se presentan vesículas y úlceras dolorosas con hipersensibilidad en los trayectos de los nervios sensoriales afectados generalmente es unilateral. Una vez rotas las vesículas, comienza la cicatrización aunque puede establecerse una infección secundaria que retarda el proceso.

En cavidad oral también es unilateral se presentan vesículas muy dolorosas en mucosa vestibular, lengua, úvula, faringe y laringe, las cuales se rompen y dejan zonas erosionadas.

### TRATAMIENTO

No hay tratamiento efectivo, se han utilizado ungüentos y tabletas de Aciclovir en dosis altas.

## LESIONES DE VIRUS PAPILOMA

El papiloma es una proliferación exofítica compuesta de numerosas proyecciones dactiliformes pequeñas que producen una lesión cuya superficie es rugosa, verrucosa o en coliflor. Se encuentra más comúnmente en la lengua, labios, z mucosa bucal, encía y paladar adyacente a la úvula.<sup>3</sup>

## **VERRUGA VULGARIS**

Es un tumor benigno de origen epitelial frecuente de la piel, análoga al papiloma bucal, la verruga cutánea es causada por el virus VPH. Frecuentemente se encuentran en los labios y en ocasiones en cavidad oral.

Las verrugas anales son frecuentes en hombres homosexuales. Un número de verrugas orales han sido vistas en hombres homosexuales VIH positivos. La mayoría han sido papilomatosos, sesil o pediculado.

### **TRATAMIENTO**

El tratamiento consiste en la extirpación incluyendo la base de la mucosa dentro de la cual se inserta el pedículo o tronco. Si el tumor se extirpa adecuadamente es raro que haya recurrencia.<sup>6 y 7</sup>

## **CONDILOMA ACUMINATUM**

Son lesiones mucocutáneas verrugosas blandas, causadas por un papilovirus. En los enfermos de sida las lesiones pueden aparecer con un arreglo a una distribución perianal, genital o perioral.

Las lesiones aparecen como nodulos pequeños, múltiples, de color blanco o rosa que se agrandan, proliferan y se unen, o como masas bulbosas, papilomatosas diseminadas sobre o en forma difusa en el dorso de la lengua, mucosa bucal, paladar, encía o reborde alveolar.

### **TRATAMIENTO**

El tratamiento para estas lesiones es la excisión quirúrgica. Esta lesion puede tener transformación maligna.<sup>6 y 9</sup>

## VIRUS DE EPSTEIN-BAR Y LEUCOPLASIA VELLOSA

La infección con el virus de Epstein-Bar desempeña un papel importante en la presencia de leucoplasia vellosa oral. El término de leucoplasia vellosa oral se refiere a lesiones de aspecto blancuzco, que casi siempre aparecen en uno o ambos bordes laterales de la lengua. La leucoplasia vellosa aparece frecuentemente en forma de proyecciones y/o arrugas de aspecto vellosa pudiendo también mostrar el aspecto de una placa.

La leucoplasia vellosa puede aparecer en todos los grupos infectados por el VIH, aunque es muchísimo más frecuente en los hombres homosexuales y bisexuales.

### TRATAMIENTO

Estas lesiones suelen ser asintomáticas, pero crónicas. Se tratan solamente si producen molestias de alguna clase al paciente. La leucoplasia vellosa puede desaparecer con la administración de altas dosis de Aciclovir, Acidotimidina que interrumpe la replicación vírica.<sup>10</sup>

## HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL (ENFERMEDAD DE HECK)

La hiperplasia epitelial focal se presenta como lesiones nodulares múltiples, generalmente de base sésil, con mayor frecuencia en el labio inferior, pero también en la mucosa bucal, comisuras, labio superior y lengua. Estas lesiones nodulares miden por lo regular de 1 a 5 mm. de diámetro, son de aspecto liso y blandas a la palpación y tienen el mismo color que la mucosa adyacente.<sup>10</sup>

### TRATAMIENTO

Se recomienda la excisión quirúrgica.

## INFECCIONES BACTERIANAS

### GINGIVITIS NECROSANTE

Con la aparición de infección VIH la ocurrencia de gingivitis necrosante aumento considerablemente, con la nueva característica de cronicidad y recurrencia.

El inicio de esta gingivitis puede ser repentino o insidioso con sangramiento al cepillado, dolor y halitosis. Los síntomas pueden desaparecer gradualmente en tres o cuatro semanas, pero frecuentemente recurre. Las encías aparecen fuertemente rojas o inflamadas y tanto el margen de la encía como las puntas de las papilas interdentes son el asiento de una lesión necrótica amarilla-grisácea, que sangra fácilmente.<sup>3</sup>

### TRATAMIENTO

El tratamiento es generalmente con metronidazol, una tableta diaria de 500 mg. combinada con una cuidadosa profilaxis bucal.

### ENFERMEDAD PERIODONTAL AGRESIVA

En pacientes infectados con VIH se ha observado una forma agresiva de enfermedad periodontal, donde hay una destrucción irregular de la membrana periodontal y del hueso alveolar lo que conduce a movimiento y pérdida dental muy agresiva.

Característicamente la lesión se extiende rápidamente hacia la encía adherida, ocasionalmente aparecen secuestros óseos. El tratamiento es similar al de GN.<sup>3</sup>

## PROCESOS MALIGNOS ASOCIADOS AL VIH

### SARCOMA DE KAPOSI

El sarcoma de Kaposi es conocido como la manifestación inicial de la infección VIH, en aproximadamente 30% de los casos. Aunque ha sido reportado entre los grupos de riesgo de SIDA, es más frecuente entre los blancos homosexuales que entre los negros y drogadictos intravenosos.

#### MANIFESTACIONES CLINICAS

Se define como un proceso neoplásico multicéntrico que inicialmente empieza con máculas, pápulas o nódulos únicos o múltiples, rosados, rojos o violeta en la piel o en las superficies mucosas.

Las lesiones de piel están frecuentemente localizadas en el tronco, brazo y cuello. Las lesiones de piel generalmente se vuelven oscuras y alargadas.

Frecuentemente están involucrados el tracto gastrointestinal y los nódulos linfáticos, también pueden encontrarse lesiones en los pulmones hígado, páncreas, glándulas suprarrenales, bazo y testículos.<sup>10</sup>

#### MANIFESTACIONES ORALES

En algunos pacientes las lesiones se pueden iniciar en mucosa oral y presentan las lesiones en forma de máculas azuladas, negruzcas y rojizas, las cuales son usualmente planas en los estadios tempranos. En los estadios más avanzados las lesiones se pueden poner más oscuras, elevadas, frecuentemente lobuladas y ulceradas.<sup>10</sup>

## LINFOMA NO HODGKIN

Los linfomas de células B son una complicación bien conocida de la terapia con inmunosupresores a largo plazo. En la infección con VIH, la supresión de la inmunidad mediada por células es acompañada por evidencias de aumento de la actividad de células B.<sup>10</sup>

## CAPITULO 5

### MANEJO DEL PACIENTE INFECTADO POR EL VIH

El manejo del paciente infectado por el VIH incluye dos clases de medidas terapéuticas; las que están dirigidas contra el agente causal y la inmunodeficiencia, y las que tienen por objeto controlar las complicaciones secundarias (infecciones y neoplasias).

El tratamiento de las infecciones secundarias en el paciente con SIDA debe contemplar los requisitos siguientes:

1.- Urgencia, ya que con frecuencia estos pacientes cursan con problemas que ponen en peligro su vida, como son la insuficiencia respiratoria o el estado de coma.

2.- Especificidad, en vista de que la infección puede ser fulminante y requiere un tratamiento selectivo para el agente causal responsable del problema.

3.- Empleo de métodos de diagnóstico más complejos.

El manejo terapéutico de estas infecciones debe llevarse a cabo exclusivamente en hospitales especializados que dispongan de las técnicas de cuidados intensivos más eficaces.<sup>2</sup>

## TRATAMIENTO DE LA INFECCION POR VIH

El tratamiento de las infecciones oportunistas y de las neoplasias sólo permite suprimir o mejorar las manifestaciones del SIDA, pero no logra modificar el curso de la enfermedad erradicando al VIH o restaurando el sistema inmunológico. Los enfermos que logran vencer por un tiempo alguna de las complicaciones del SIDA son víctimas posteriormente de otra de las consecuencias de la deficiencia inmunológica.<sup>2</sup>

El tratamiento curativo del SIDA se enfrenta a un dilema; eliminar al virus del organismo o restaurar su inmunidad a pesar de la persistencia del virus. Hasta el momento actual no se cuenta con un fármaco antiviral eficaz contra el retrovirus, y el intento de restablecer el número de linfocitos CD4 sin eliminar al virus significa aumentar la cantidad de células disponibles para su replicación. Se han propuesto tratamientos diversos basados en su actividad antiviral o en sus propiedades inmunomoduladoras.

Los antivirales que se han experimentado son muy numerosos y cada uno de ellos con diferente mecanismo de acción.

El 3-azido-5-deoxitimidina (AZT)<sup>11</sup> (zidovudina) es el que ha despertado mayores esperanzas. Se trata de un análogo de la timina capaz de inhibir la actividad de la transcriptasa reversa y de inducir la terminación de la cadena.

Se administra por vía oral en una dosis de 600 a 800 mg. al día, atraviesa la barrera hematoencefálica y tiene efectos favorables tanto en el cuadro clínico como en la respuesta inmune.

Sin embargo, un 25% de los pacientes presenta considerable toxicidad hematológica, particularmente anemia macrocítica y agranulocitosis. Diversos estudios recientes señalan que el empleo de AZT asociado con dideoxicitidina mejora la respuesta y reduce la toxicidad de los dos fármacos.

#### TRATAMIENTO DE SEROPOSITIVOS ASINTOMÁTICOS Y DE PACIENTES CON LINFADENOPATIA

El problema principal a tratar en los pacientes que cursan con anticuerpos anti-VIH sin evidencia de enfermedad o con cursar. Se les deberá informar que, aún cuando no estén enfermos son transmisores potenciales de la infección. Deberán ser instruidos para que modifiquen su conducta sexual, empleen preservativo al tener relaciones sexuales, eviten que su pareja femenina se embarace, eviten donar sangre u órganos y acudan con su pareja a evaluación y consejo médico. El apoyo psicológico es vital para estos pacientes.

En la actualidad se han obtenido excelentes resultados con el tratamiento a base de AZT para prevenir el progreso de la infección por el VIH y el desarrollo de infecciones oportunistas, particularmente cuando la cifra de linfocitos CD4 desciende por debajo de 400/mm<sup>3</sup>.<sup>2</sup>

## CAPITULO 6

### MEDIDAS PARA INTERVENIR QUIRURGICAMENTE AL PACIENTE SEROPOSITIVO

El paciente seropositivo o infectado por VIH, presenta un riesgo potencial de contraer infecciones oportunistas, por lo cual será conveniente tanto para el odontólogo como para el mismo paciente realizar determinados estudios de laboratorio para valorar si se puede intervenir quirúrgicamente en el consultorio dental o se tendrá que remitir al centro adecuado para su manejo y atención.<sup>3</sup>

#### INTERROGATORIO

Durante el interrogatorio o anamnesis al paciente seropositivo, el odontólogo deberá actuar con profesionalismo y ética, con la finalidad de dar confianza al paciente, para que pueda manifestar que se encuentra infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Generalmente los pacientes infectados por VIH no confiesan ser seropositivos debido al rechazo por parte del odontólogo, dicho rechazo está fundamentado en la incapacidad y el temor para atender a este tipo de pacientes. Por lo cual es de suma importancia eliminar el miedo y estar bien capacitados para el manejo adecuado de estos pacientes.

## LABORATORIO

Generalmente el paciente seropositivo que está enterado de su problema se encuentra bajo vigilancia médica, pero cuando se presenta al consultorio dental para realizar cualquier intervención quirúrgica deberá existir comunicación estrecha entre su médico y el odontólogo, para llevar a cabo el tratamiento con el mínimo de complicaciones.

El odontólogo se basará en dos estudios de laboratorio importantes, el recuento linfocitario, para determinar la cantidad de CD4 del individuo infectado y la biometría hemática, para establecer la presencia o no presencia de anemia, además de contar con los estudios de laboratorio de rutina.

## MEDIDAS PREQUIRURGICAS

Una vez establecido el diagnóstico del laboratorio, se procederá a realizar el plan de tratamiento a seguir para cada paciente:

- a) Si hablamos de un paciente seropositivo asintomático que se encuentra en las fases II y III, el recuento linfocitario deberá encontrarse por arriba de 500 CD4/mm<sup>3</sup>. Si se encuentra por arriba de estos niveles el tratamiento será sin ninguna medida especial, excepto las técnicas de asepsia y antisepsia adecuadas y medidas para evitar el contagio, además de contar con la autorización del especialista.

- b) Si se trata de un paciente en el cual sus niveles linfocitarios de CD4 se encuentran entre 500 CD4/mm<sup>3</sup> y 200 CD4/mm<sup>3</sup>, se manejará con más cautela que en el que se encuentra por arriba de 500 CD4/mm<sup>3</sup> debido a que estos pacientes son más propensos a presentar una complicación infecciosa por su baja de defensas por un lado y la gran cantidad de microorganismos bucales por el otro.

Con frecuencia estos pacientes están controlados con diversos medicamentos como son:

- 1.- Bactrín F administrado tres veces a la semana.
- 2.- Itakonazol. 100 mg. al día.
- 3.- AZT. 600 mg. al día.

Estos medicamentos se administran con la finalidad de prevenir infecciones oportunistas como por ejemplo las micosis que se manifiestan con una evolución rápida y fulminante. Y el AZT que es un antiviral que actúa en contra del VIH, indicando en pacientes con infección temprana para alargar el tiempo de vida.

Si el paciente indica no estar controlado con estos medicamentos no se podrá intervenir por mínima que sea la intervención, porque se pueden presentar complicaciones gravísimas.

En caso de que si esté controlado con los medicamentos antes mencionados, se podrá realizar la intervención quirúrgica sin ningún problema, desde luego con autorización por escrito del médico especialista encargado.

- c) En el caso más avanzado de un paciente asintomático en el que sus niveles de CD4 se encuentren por debajo de  $200 \text{ CD4/mm}^3$  el odontólogo deberá estar bien consciente de lo que va a realizar, porque en este tipo de pacientes se pueden presentar infecciones severas en el mismo acto quirúrgico, además de que estos pacientes deberán estar tomando los medicamentos ya mencionados, acompañados de antifímicos como la rifanpicina y estambutol, para prevenir posibles infecciones de vías respiratorias que serían fatales.

En este tipo de pacientes es recomendable que la intervención no se lleve a cabo en el consultorio dental siendo preferible remitirlo al centro adecuado para su atención, y esperar a que los CD4 recuperen sus niveles adecuados por medio de un tratamiento específico, y así poderlo atender sin riesgos.

#### MEDIDAS TRANSQUIRURGICAS

En el transcurso de la intervención quirúrgica del paciente infectado por VIH se contará con los instrumentos y áreas de trabajo perfectamente esterilizados.

La zona por intervenir será hasta donde sea posible limpiada con antisépticos, para disminuir un poco la flora microbiana de la cavidad bucal y por ende evitar los riesgos de una posible infección.

El personal odontológico deberá contar con las medidas de rutina para prevenir el contagio, y al mismo tiempo prevenir infectar al paciente con microorganismos que pudieran existir en las manos del odontólogo, tales medidas son: uso de guantes, cubrebocas, gafas protectoras, etc. (ver capítulo 7).

Se deberá tener especial cuidado en el manejo de instrumentos punzocortantes durante el acto quirúrgico para evitar el contacto con sangre en una posible laceración.

El material quirúrgico que se encuentra contaminado con sangre (gasas, suturas, agujas, etc.) será depositado inmediatamente después de ser utilizado en un recipiente con hipoclorito de sodio (Cloro casero) en una concentración al 10% la cual no deberá tener más de 24 horas de haber sido preparada.

Este material se dejará en el recipiente por lo menos 20 minutos y después de este tiempo se podrá tirar a la basura o se incinerará.

Los instrumentos utilizados en la intervención se lavarán y se sumergirán también en una solución de hipoclorito de sodio, para que posteriormente se esterilicen en un horno de calor seco por una hora a 160 grados centígrados.

#### MEDIDAS POSTQUIRURGICAS

Dentro de las medidas que se realizan después de una intervención quirúrgica en pacientes seropositivos está la medicación, pero hay que tomar en cuenta los medicamentos a los que ya está sometido ese paciente. Los medicamentos que generalmente se usan son: AZT (zidovudina), antimicóticos<sup>5</sup> y los antifímicos, estos medicamentos causan irritación de la mucosa gástrica y diarreas frecuentes, por lo tanto será

recomendable recetarles antagonistas de la histamina como la cimetidina o la ranitidina<sup>5</sup> con la cual la respuesta del musculo liso se verá disminuida eliminando la diarrea momentáneamente.

En cuanto a los analgésicos, anteriormente se creía que el acetaminofén<sup>5</sup> y el naproxén<sup>5</sup> intervenian con la función de AZT, en la actualidad esto se descartó y por lo tanto sí se puede prescribir cualquier analgésico excepto el paracetamol porque aumenta la neutropenia y altera el metabolismo del AZT, en caso de tener que recetar un antibiótico extra, se contará con la opinión del médico especialista para su elección.

El paciente regresará en 8 días para retirarle los puntos de sutura y posteriormente continuará con su control médico de rutina.

## CAPITULO 7

### RECOMENDACIONES AL PERSONAL ODONTOLOGICO PARA LA PREVENION Y CONTROL DE LA INFECCION POR VIH

El contacto con pacientes con SIDA, con personas infectadas por el virus VIH o con productos biológicos de estos sujetos (sangre, hemoderivados, excreciones y tejidos), no exige mas precauciones que las rigen en general para las enfermedades transmisibles y que son destinadas a brindar mayor seguridad en el trabajo, al evitar inoculaciones accidentales y contaminación de mucosas o piel lacerada.

Las precauciones y medidas preventivas expuestas a continuación son universales, se deben adoptar con todos los pacientes y están dirigidas a evitar la transmisión del VIH.

#### 1.- MEDIDAS GENERALES

- a) Limpiar las superficies de trabajo del consultorio dental con un desinfectante.
- b) Lavar las manos jabon o desinfectante antes y después de atender al paciente.
- c) Utilizar jeringas y agujas preferentemente desechables.
- d) Evitar lastimarse con agujas y otros instrumentos punzocortantes.<sup>4</sup>

## 2.- USO DE ELEMENTOS PROTECTORES.

El uso de protectores produce el riesgo de transmisión a través de la piel, por materiales o líquidos potencialmente infectados. Estos elementos protectores son:

### a) Guantes.

Distinguimos tres tipos: Guantes quirúrgicos estériles, Guantes de examen no estériles (de vinilo o látex) y Guantes de todo uso (de goma y/o caucho). El uso de uno u otro, dependerá de la zona corporal a abordar, y de las actividades a realizar.

Recomendaciones:

- 1.- En presencia de rasguños o pequeños cortes en la mano el uso de guantes es obligatorio.
- 2.- Deberán utilizarse siempre en la realización de extracciones y cirugía maxilofacial.
- 3.- Los guantes deben cambiarse para cada paciente, y ante cualquier ruptura que presenten.

El uso de guantes no excluye el lavado de manos previo y posterior a su colocación, estos pueden reducir la contaminación de manos pero no pueden evitar la penetración en la piel de agujas y/o la punción de instrumentos cortantes contaminados. No se pueden lavar o desinfectar los guantes quirúrgicos o de examen con objeto de volverlos a utilizar, ya que esto puede provocar roturas no visibles del material. Además los desinfectantes pueden provocar un deterioro.

b) Bata.

La bata debe ser utilizada por todo el personal que labore en el consultorio dental, cambiándose siempre que lo exija cualquier situación, como salpicaduras de sangre o líquidos contaminados.

No es necesaria ropa especial de protección para la atención odontológica del paciente infectado por VIH.

c) Mascarillas y gafas protectoras.

Deben utilizarse en las siguientes situaciones:

- Patologías asociadas de transmisión respiratoria (TBC pulmonar).
- Graves alteraciones de la inmunidad del paciente.
- Extracciones dentarias e intervenciones bucodentales.
- Cualquier situación donde exista riesgo de salpicadura de sangre a boca o conjuntiva del operador.

d) Manipulación de agujas.

Usar material desechable siempre.

No romper, ni doblar jeringas ya utilizadas.

Tras el empleo de la aguja de la jeringa anestésica, se colocará en su capuchón y se desechará en una bolsa de basura preferentemente amarrada, y de ser posible rotulada con la siguiente leyenda: "Precaución, potencialmente infectante".

## METODOS DE DESINFECCION Y ESTERILIZACION

La esterilización de todo el instrumental no desechable es sumamente importante en la prevención de la transmisión del VIH en el medio odontológico. El VIH es muy sensible tanto al calor como a la mayoría de germicidas utilizados habitualmente.

Es importante e imprescindible la limpieza cuidadosa de todo el instrumental con un detergente habitual, previa inmersión en soluciones desinfectantes, antes de someterlo a esterilización.

La técnica a seguir es la siguiente:

- a) Sumergir el instrumental contaminado en un desinfectante químico (hipoclorito de sodio) durante 10 minutos.
- b) Desechar el desinfectante y lavar cuidadosamente el instrumental con agua caliente y detergente con el objeto de retirar las particular orgánicas.
- c) Sumergir nuevamente el instrumental en el desinfectante por 10 minutos.
- d) Se procede a la esterilización en autoclave o calor seco, durante una hora a 160 grados.
- e) Limpiar el area de trabajo con un trapo humedecido con una solución de hipoclorito de sodio al 10% y lavar con agua y jabón, utilizando para todo este proceso guantes gruesos.

## C O N C L U S I O N E S

Al realizar el análisis del presente trabajo podemos percatarnos de que estamos ante un gran reto, el virus del VIH el cual afecta a toda la población mundial y con una propagación verdaderamente alarmante.

El odontólogo como parte del personal de salud tiene la obligación de estar lo suficientemente capacitado y actualizado sobre el virus del VIH y así poder atender a los pacientes infectados sin ningún riesgo ni temor, basándose en las medidas adecuadas de control y prevención de la infección ya que con estas medidas protegemos al paciente de una reinfección y al mismo tiempo nos protegemos de un contagio.

Otro aspecto de vital importancia son las medidas que debemos tener en cuenta para intervenir quirúrgicamente al paciente infectado por VIH, sin las cuales no podemos atenderlo por ningún motivo, éstas son: recuento linfocitario de células CD4 y biometría hemática, las cuales nos dan la pauta del tratamiento a seguir en el consultorio dental.

Como recomendaciones para el odontólogo sugiero que primeramente se informe, se actualice y se capacite para la atención adecuada de estos pacientes, evitando así tabús que se han generado dentro de esta profesión. De lo contrario puede provocar problemas severos tanto para el mismo como para el paciente.

## BIBLIOGRAFIA

1. BOLETIN MENSUAL, SIDA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.  
Págs. 2141. Editorial Conasida.  
Vol. 6, Núm. 3. 1992
2. CONASIDA, EL ODONTOLOGO FRENTE AL SIDA  
Págs. 165. Editorial Conasida. 1989
3. DEBORAH GREESPAN, EL SIDA EN LA CAVIDAD BUCAL  
Págs. 116. Editorial Actualidades Medico Odontológicas Latinoamericana. 1990
4. GOMEZ LOPEZ LUIS I. RECOMENDACIONES AL PERSONAL SANITARIO PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LA INFECCION POR VIH Y VHB  
Págs. 27. Editorial Hospital Clínico Universitario Zaragoza. Febrero de 1990
5. GOODMAN Y GILMAN, LAS BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA  
Págs. 1725, Editorial Panamericana.  
Séptima Edición, 1988

6. PEREZ MEDELLIN NORMA, GENERALIDADES, MANIFESTACIONES ORALES, PREVENCIÓN Y CUIDADOS EN PACIENTES CON SIDA  
Págs. 124. Editorial UNAM, 1990
7. PORTILLA, AGUIRRE, GAITAN, TEXTO DE PATOLOGIA ORAL  
Págs. 198. Editorial El Ateneo, S. A. de C. V. 1989
8. SECRETARIA DE SALUD, INFORMACION BASICA PARA EL PERSONAL DE SALUD (SIDA)  
Págs. 71. Edita La Secretaría de Salud. Febrero 1990
9. SHAFER, HINE, LEVY, TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL  
Págs. 846. Editorial Interamericana. 1989
10. S. SILERMAN, Jr. LAS MANIFESTACIONES ORALES DEL SIDA  
Págs. 113. Editorial Salvat. 1990
11. REVISTA BIMESTRAL, AMIGOS CONTRA EL SIDA.  
EMPLEO DE LA ZIDOVUDINA EN EL TRATAMIENTO DE INFECCION POR VIH  
Págs. 63. Año 1, Núm. 2. Febrero de 1992