

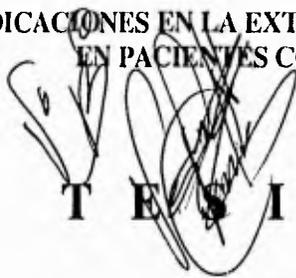
13
2 y



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

INDICACIONES EN LA EXTRACCION DENTAL
EN PACIENTES CON SIDA



T E S I S A

PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

ALEJANDRE VILLAR, AUGUSTO
RUEDA HERNANDEZ Ma DE LOS ANGELES

ASESOR:
DR VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA

México, D.F. 1996



FACULTAD DE
ODONTOLOGIA



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

JURADO

PRESIDENTE: Victor Manuel Barrios Estrada

SECRETARIO: Luis Humberto Ríos García

VOCAL: Beatriz Catalina Aldape Barrios

V. B

México D.F a 2 de Diciembre de 1996.

HORA: 3:00 p.m.

AGRADECIMIENTOS

*A la memoria de mi Madre
Martha Villar de Alejandre*

*Con gran cariño a mi Padre
Lic. Augusto Alejandre M.*

*A mis Hermanos
Julio y Martha.*

*Con gran cariño a mis tíos Oscar y Licha,
por apoyarme como a un hijo,
durante todos estos años.*

A mi novia Mónica

A toda mi familia

INDICE

I INTRODUCCIÓN

II. OBJETIVOS

III. ANTECEDENTES

IV DEFINICION

V. EPIDEMIOLOGIA

**OMS*

**DINAMICA DE LA TRANSMISION*

**PATRONES DE LA ENFERMEDA*

**FORMAS DE TRANSMISION*

- *Relaciones sexuales*
- *Transfusión de sangre contaminada y productos derivados de ella*
- *Uso de jeringas contaminadas*
- *Transmisión de Madre a Hijo*
- *Transplantes*

VI. MANIFESTACIONES ORALES DEL SIDA

I. Infecciones Oportunistas

- a) Candidiasis*
- b) Gingivitis y Problemas Parodontales*
- c) Herpes Simple*
- d) Herpes Zoster*
- e) Leucoplasia Velloso*
- f) Verrugas*

2.- Padecimientos Neoplásicos

- a) Sarcoma de Kaposi*
- b) Linfoma*
- c) Carcinoma*

VII. ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD

- I.- Infección retroviral aguda.*
- II- Estadio Asintomático*
- III.- Síntomas tempranos.*
- IV.- Síntomas tardíos.*
- V - Estadio avanzado.*

VIII. VALORACION Y MANEJO DEL PACIENTE CON SIDA

1. INDICACIONES DE LA EXTRACCION DENTAL

- 1 Precauciones preoperatorias*
 - 1.1 Profilaxis con antibiótico*
 - 1.2 Estudios de laboratorio preoperatorio*
- 2. Transoperatorio*
 - 2.1 Técnicas de la extracción por Fórceps*
 - 2.2 Técnica por medio de elevadores*
 - 2.3 Técnica por disección*
- 3. postoperatorio*

IX. PRECAUCIONES DEL C.D. Y DEL PERSONAL QUE LABORA, EN LA ATENCION DENTAL DE ESTOS PACIENTES

X. CASOS CLÍNICOS

XI. CONCLUSIONES

XII. BIBLIOGRAFIA Y HEMEROGRAFIA

INDICACIONES EN LA EXTRACCION DENTAL EN PACIENTES CON SIDA.

I.- INTRODUCCIÓN

Debido al crecimiento exponencial en el numero de pacientes cero positivos (pacientes infectados que no han desarrollado la enfermedad) y pacientes que desarrollaran la enfermedad o que en este momento ya la padecen, el C.D. debe estar familiarizado con los riesgos profesionales y obligaciones al atender a estos pacientes.

En los pacientes con SIDA debido a la inmunosupresión, su flora microbiana normal se ve alterada, ocasionado por el desarrollo de microorganismos oportunistas, que provocan lesiones características.

Estas lesiones deterioran paulatinamente todos los componentes funcionales de la cavidad oral mermando su salud. En razón a esto la cavidad oral puede ser un foco de infecciones para todo el organismo de estos pacientes, comprometiendo su vida.

Es por ello que debemos tomar medidas tratando que la cavidad oral de estos pacientes no sea un fuente de infecciones.

Es por ello que muchas veces sea necesario la extracción de piezas dentales en mal estado, pues estas constituyen un riesgo para nuestro paciente.

Pero no es tan sencillo hacer esta intervención, nosotros mismos por un mal manejo podemos causar muchas complicaciones y sobreinfecciones.

Es por eso que el C.D. conozca las indicaciones en el manejo de estos pacientes valore las ventajas y desventajas, riesgos de realizar la extracción dental.

II.OBJETIVOS

- *Conocer las medidas de protección del C.D. al atender pacientes VIH o con SIDA.*
- *Conocer nuestras obligaciones ante estos pacientes.*
- *Saber valorar si es conveniente hacer cualquier intervención en estos pacientes.*
- *Tomar medidas adecuadas para evitar cualquier complicación con estos pacientes.*

III.- ANTECEDENTES

En junio de 1981, los Centros para el Control de enfermedades (CCE) publicaron los casos de cinco varones homosexuales en California que habían adquirido neumonía por pneumocytis carinii (NPC). En julio se publicó un informe adicional de 26 casos en Nueva York de NPC y sarcoma de Kaposi en varones homosexuales.

Todos ellos mostraban un deterioro notable en su respuesta inmunológica celular, con gran disminución en el recuento de linfocitos "T" colaborador en la sangre periférica.

IV.- DEFINICION

EL SIDA es un estado de inmunosupresión causado por el retrovirus HTLV-III. Este virus infecta a un subgrupos de linfocitos de la sangre, llamado células T4 colaboradores, que tienen a su cargo muchas de las funciones del sistema inmunológico celular. Las células infectadas pierden su capacidad funcional y mueren prematuramente. Este defecto de la inmunidad celular produce sensibilidad a infecciones por agentes oportunistas, con frecuencia de naturaleza viral, micótica o protozoaria. El defecto inmunológico celular también origina el desarrollo de grupos particulares de tumores , especialmente sarcoma de Kaposi y linfoma no Hodgkin.

Esta enfermedad en la actualidad es un problema de salud mundial, ya que cualquier individuo puede ser susceptible al contagio, y una vez contagiado (cero +) ,de infectar a otros individuos sin saberlo.

Una vez que el paciente ha desarrollado la enfermedad, esta seriamente comprometido su organismo, ya que es susceptible de padecer una infección de cualquier índole.

Debido a que cualquier alteración en la cavidad oral, puede ser foco de infecciones, hay que tener un cuidado muy especial, previniendo cualquier anomalía para preservar su salud.

Por eso es importante saber cuando se debe extraer una pieza dental, conociendo que complicaciones se pueden presentar.

V.- EPIDEMIOLOGÍA

Actualmente existen 21.8 millones de personas infectadas, y se estima que este número de personas, aumenta a medida de seis mil a ocho mil casos al día, para el año 2000 habrá de 30 a 40 millones de personas infectadas en el mundo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la distribución geográfica del sida a mediados de 1995 era de 0.73 millones de personas infectadas en Europa, 0.25 millones en Oceanía, 3.55 millones en Asia y el Pacífico, 2.0 millones en América Latina y el Caribe, 1.1 millones en E.U., 0.15 millones en el norte de África y Oriente Medio y 11 millones en África subsahariana.

El SIDA infantil, 1995 contaba con 1,5 millones de niños y en los próximos cinco años ascenderá a cinco millones.

Por sexos, las mujeres son las más afectadas por el crecimiento de la enfermedad con tres mil nuevos casos cada día de la infección del virus. El contagio que hace años se daba principalmente entre la población homosexual, ha pasado a ser heterosexual en el 75 % de los nuevos casos, un porcentaje que llegará hasta el 90% a comienzos del siglo XXI.

Por zonas, el continente asiático será el más afectado en el año 2000 a un ritmo de 500 mil nuevos casos anuales. El VIH se concentra en India, Camboya, Myanmar y Tailandia, donde la tasa de crecimiento del SIDA puede sobrepasar la tasa experimentada por África durante el último decenio.

En Hispanoamérica y el Caribe, se estima que durante 1995 había entre 1.2 y 2 millones de personas infectadas por el VIH, con más de 300 mil casos cada año.

En México se han reportado más de 40,000 casos de pacientes con SIDA y diariamente se infectan 6 personas con el virus, y se calcula, que hay alrededor de 200,000 infectados.

*** DINAMICA DE TRANSMISION**

Sobre la base de la dinámica de transmisión de VIH se clasifica a la población en cuatro grupos :

1.-Grupo de susceptibles de adquirir la infección por VIH para fines prácticos debe incluirse dentro de este a los seres humanos.

2.-Grupo de expuestos por algún factor de transmisión. Se considera que las prácticas sexuales ocasionales sin protección , la drogadicción y otras circunstancias de alto riesgo, aumentan las posibilidades de contraer la enfermedad.

3.-Grupos de infectados por el VIH cuya frecuencia puede conocerse a través de las encuestas de seroprevalencia de la infección por VIH o mediante un estudio longitudinal prospectivo.

4.-Grupo de enfermos con SIDA son aquellos que cursan con manifestaciones clínicas de alguna de las enfermedades indicadoras de esta enfermedad.

***PATRONES DE LA ENFERMEDAD**

Los estudios epidemiológicos indican que, aunque las vías de transmisión son constantes, pueden reconocerse tres patrones diferentes.

PATRON I.- La mayoría de los casos ocurren en homosexuales, o bisexuales masculinos y en consumidores urbanos de drogas intravenosa. La transmisión

heterosexual es responsable de solo un pequeño porcentaje de casos, pero va en aumento.

Este patrón se observa prácticamente en los países industrializados incluyendo a USA, Europa Occidental y muchos países de Sudamérica.

PATRON II.- La mayoría de los casos ocurre entre los heterosexuales. La relación masculino a femenino es aproximadamente 1:1 y por lo tanto la transmisión perinatal es común. La transmisión de drogas intravenosas y por transmisión homosexual no existe, o puede ocurrir en muy bajo nivel. El patrón II se observa en Africa y en el Caribe.

PATRON III.- Se observa en regiones donde el virus de inmunodeficiencia humana ha sido introducido muy recientemente, al principio a mitad de los años 80. En este caso hay transmisión tanto homosexual como heterosexual, pero especialmente en personas que han tenido contacto sexual con prostitutas.

*** FORMAS DE TRANSMISIÓN.**

Puede transmitirse principalmente a través de:

- *Relaciones sexuales.*

La mayoría de los casos de SIDA, se han transmitido por vía sexual, intercambio de semen o sangre entre los participantes.

El SIDA se puede dar tanto en homosexuales como en personas heterosexuales, durante el coito vaginal el hombre o la mujer pueden quedar infectados.

- *Transfusiones de sangre contaminada o de productos derivados de ella.*

Las transfusiones de sangre o hemoderivados contaminados son una vía de entrada directa a la corriente sanguínea. Los glóbulos rojos, plaquetas,

plasma, sangre entera y el factor de coagulación concentrado pueden contener el virus. Productos preparados a partir de la sangre, como la albúmina, las inmunoglobulinas y la vacuna contra la hepatitis b no presentan principios de riesgo.

- *Por usar o compartir repetidamente agujas
Jeringas contaminadas.*

El VIH se transmite entre drogadictos que comparten jeringas contaminadas. Lo mismo puede suceder con las jeringas utilizadas para la inyección de medicamentos.

- *Transmisión de madre a hijo*

Una mujer infectada con el virus puede contagiar a su bebe durante el embarazo.

La vía perinatal o materno-infantil es una vía para transmitir el VIH.

Algunos casos por VIH en niños, y probablemente la mayoría se produce por el paso transplacentario del VIH en mujeres infectadas gestantes, en niños nacidos por cesárea, por sangre del cordón umbilical o suero del recién nacido.

- *Transplante.*

El VIH ha sido transmitido a receptores de riñón a partir de donantes infectados y también por inseminación artificial, es probable que se pueda transmitir a si mismo por la donación de otros órganos y tejidos. Por tanto se ha recomendado que todos los órganos y tejidos y semen donados sean analizados en busca de anticuerpos frente al VIH.

VI.- MANIFESTACIONES ORALES DEL SIDA

En los pacientes infectados con VIH, es característico el desarrollo de lesiones provocadas por infecciones oportunistas, neoplasias y varias lesiones.

*Las lesiones orales pueden ser los primeros datos o molestias que indiquen la posibilidad de infección por el virus del SIDA, siendo la infección por *Cándida* la lesión bucal más común, sin ser esta la única manifestación oral de la enfermedad.*

I.-Infecciones oportunistas

a)Candidiasis

La candidiasis pseudomembranosa es la lesión más característica del este síndrome en pacientes HIV+. esta lesión se presenta en cualquier superficie de la mucosa oral y tiene forma de placas blanquecinas que pueden ser muy pequeñas (de 1 a 2 mm) o extensas y diseminadas. Al desprenderlas dejan una mucosa eritematosa y sangrante.

*Ocasionalmente *Cándida* produce hiperqueratosis (Leucoplasia moniliásica), también puede asentarse en la lengua pudiendo confundirse con leucoplasia vellosa o con otras formas de leucoplasia.*

La candidiasis bucal asociada a VIH, es tratada con antimicóticos tópicos, como la nistatina vaginal en tabletas, a dosis de 100,000 U tres veces al día, disolviéndolas en la boca lentamente, o en tabletas orales de clotrimazol 10mg cada 5 horas.

b)Gingivitis y problemas parodontales.

En estos pacientes se detectan formas poco frecuentes de gingivitis y de enfermedad periodontal. Empieza con una superficie gingival que esta enrojecida y ardorosa con sangrado al cepillado.

La enfermedad paradontal se asemeja a una gingivitis ulcerativa necrosante aguda (GUNA) de comienzo y progreso súbito. Se presenta necrosis en la punta de las papilas interdentes, y la formación de úlceras crateriformes. A diferencia de GUNA, estos pacientes presentan hemorragia intensa y prolongada en forma espontánea, dolor ubicado en la capas profundas que no cede con los analgésicos. Puede continuar con una pérdida progresiva de tejidos blandos y de tejidos duros de apoyo.

c) Herpes simple

Las lesiones en boca de este tipo de infección son un hallazgo común en la infección por VIH. Estas lesiones se presentan en forma recurrente en forma de pequeñas vesículas dolorosas que se ulceran, estas lesiones pueden aparecer en los labios, en el paladar o en las encías. Las lesiones sanan en forma habitual, pero llegan a recurrir

d) Herpes Zoster.

Se presenta también en forma de vesículas que se ulceran y que siguen la distribución de una o más ramas del nervio trigémino en un lado de la cara. Los síntomas prodromáticos incluyen dolor referido a uno o más dientes, sanos y sin caries. Cuando se presenta el dolor puede ser persistente. El aciclovir de hasta 4 g diarios es útil en casos graves, pero muchas veces es necesario el tratamiento intravenoso hospitalizando al paciente.

e) Leucoplasia vellosa.

Es una lesión blanca distintiva, que se presenta en los bordes laterales de la lengua y diversas partes de la mucosa oral. Estas lesiones van desde unos cuantos mm hasta ocupar casi la totalidad de la superficie dorsal de la lengua.

El diagnóstico diferencial de esta lesión se hace con leucoplasia monilíásica, leucoplasia de los fumadores, displasia epitelial, nevus blanco esponjoso y con forma en placa de liquen plano.

Esta leucoplasia es una hiperplasia epitelial benigna inducida por el virus de Epstein- Barr.

La mayoría de estos pacientes son sero positivos, que desarrollaran SIDA entre los 12 y 21 meses después de esta lesión.

f) Verrugas

Estas lesiones son producidas por el papilomavirus humano (PVH) que se manifiestan en forma de elevaciones papilomatosas únicas o múltiples, con abundantes prolongaciones blancas, como una coliflor. Si estas lesiones trajeran problemas por extensión o tamaño, se extirpan con cirugía o rayos láser.

2.-Padecimientos Neoplásicos

a) Sarcoma de Kaposi

Esta lesión se caracteriza como máculas, pápulas o nódulos rojizos o púrpúreos, pero en ocasiones adoptan el color de la mucosa adyacente. Generalmente son asintomáticas, pero puede haber dolor debido a úlceras de origen traumático con inflamación e infección.

Estas lesiones se eliminan quirúrgicamente con láser, también se emplea radioterapia local para reducir de tamaño las lesiones o quimioterapia, si las lesiones de un sarcoma de Kaposi agresivo.

b) Linfoma

Es una característica común este tipo de lesiones en boca, debido al linfoma asociado con VIH. Un engrosamiento alveolar mal definido o masas bucales discretas en personas sero positivas, suele deberse a un linfoma no Hodgkin.

El tratamiento de estas lesiones es la quimioterapia sistémica, ya que no hay ninguna terapia específica para estas lesiones orales.

c)Carcinoma

Hay reportes de carcinoma bucal de células escamosas en la lengua, en varones jóvenes homosexuales, pero no es claro si guardan alguna relación con VIH.

VII.- ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD

Se desarrolló una clasificación de la infección VIH en la cuál a medida que la enfermedad progresa el paciente se mueve a través de 5 estadios, el último de los cuáles es el SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

En este sistema la presencia de infecciones oportunistas, es un criterio para el diagnóstico de SIDA no así el Sarcoma de Kaposi, que puede aparecer tempranamente en el curso de la infección de VIH.

La clasificación se basa en la declinación de las cifras de linfocitos T4, en la sangre del paciente como indicador de los estadios de la enfermedad.

Estadios de la enfermedad

Estados y características clínicas	Duración	Rango de células CD4 +
I. Infección retroviral aguda	1-2 semanas	1,000 -500 cel/mm ³
II Asintomático (linfadenopatía)	10 o más años	750 -500
III Síntomas tempranos (síntomas crónicos he intermitentes)	0-5 años	500 -100

IV Síntomas tardíos (aumentan los síntomas, tratamiento de infecciones, cáncer.)	0-3 años	200 - 50
V Avanzado (aumenta el riesgo de muerte, aumentan las infecciones oportunistas	1-2 años	50 - 0

Estadio I

Infección retroviral aguda

A pesar de que muchos pacientes no tienen síntomas cuando el VIH se diagnostica por primera vez, otros pacientes desarrollan una enfermedad parecida ala mononucleosis, cuyos síntomas incluyen fatiga, fiebre, y linfadenopatía en algunos casos erupción cutánea.

Pueden aparecer trastornos pasajeros del encefalitis debido a erupción del virus al tejido cerebral, llevado por los macrófagos.

Estos síntomas desaparecen en algunas semanas, no así el VIH que continúa replicandose, lenta, pero persistentemente para destruir a los linfocitos T4.

Estadio II

Asintomatico (linfadenopatía)

El agrandamiento de los ganglios denota la invasión del VIH a estos órganos linfoides. El estadio dos puede persistir 10 años o más, no prestando el paciente mayores molestias.

Estadio III

Síntomas tempranos(síntomas crónicos he intermitentes)

Esta definido por una caída persistente de contaje con la sangre del paciente, de linfocitos T4 entre 500 y 100 células/mm³, con lo cuál comienza a declinar la función inmune.

Estadio IV

Síntomas tardíos

Es cuando el conteo de células CD4+ disminuye por debajo de 200 células/mm³ con una sobre vida de 0 a 3 años.

*Esto se evidencia por falta de respuesta de al menos 3 o 4 pruebas dérmicas, lo cual es conocido como **TRASTORNO DE LA HIPERSENSIBILIDAD RETARDADA**. Aumentan las infecciones oportunistas, algunos tipos de cáncer, y se corre el riesgo de pulmonía por *Pneumocystis carinii*.*

Estadio V

Avanzado

Aumenta el riesgo de muerte, aumentan las infecciones oportunistas, con una sobre vida de 1 a 2 años. El número de células CD4+ disminuye de 50 a 0 células /mm³. En las pruebas de respuesta quimiotáctica, no existe respuesta. El paciente desarrolla infecciones micóticas y virales muy severas y persistentes en piel, membranas mucosas como por ejemplo la infección por VHS en forma de úlceras dolorosas en piel y mucosa de los labios.

Muchos pacientes desarrollan infecciones oportunistas diseminadas en órganos internos, es decir más allá de piel y mucosas al año o dos después de entrar al estadio.

*Una de las infecciones más frecuente en este estadio es la neumonía a *Pneumocystis Carinii* cuál es característica, pero también puede manifestarse la tuberculosis y otras dolencias.*

VIII. - VALORACIÓN Y MANEJO DENTAL DEL PACIENTE CON SIDA

Debido al aumento exponencial de personas infectadas con el virus, debemos de ser muy cuidadosos al realizar nuestra historia clínica, pues esta nos puede dar la pauta a seguir, en el tratamiento de esta persona. Todos nuestros pacientes adultos en edad reproductiva, debemos considerar que pueden ser portadores del virus.

Si el paciente presenta alguna lesión (úlceras) que aparezca en cavidad oral, que no sane en más de 15 días, o por la infección de algún microorganismo oportunista (Candidiasis oral), que recientemente haya tenido diarreas frecuentes, y pérdida de peso inexplicable, esto nos puede sugerir que el paciente puede estar comprometido inmunológicamente.

Al descartar que tenga alguna enfermedad sistémica, (diabetes, cáncer, lupus eritematoso, etc.) o que este recibiendo terapia con corticoesteroides, es muy probable que nuestro paciente sea portador del virus.

En este caso es importante comunicarle nuestras observaciones, para que se ponga en contacto con su médico, para que se realicen los exámenes pertinentes para corroborar esta hipótesis.

Es muy probable atender pacientes con estas características al consultorio, presentando alguna infección dental localizada, y quizá con algunos signos de la enfermedad. En estos casos es necesario facilitar la salida de el material purulento si es que existe, prescribiendo algún analgésico, y conjuntamente antibioterapia.

Esta infección puede ser el resultado de algún problema paradental, o periapical de algún órgano dentario.

En estos pacientes es importante saber si son portadores realmente del virus, y así tomar medidas adecuadas para prevenir alguna complicación operatoria o postoperatoria.

En la atención de pacientes en donde ya conocemos que son sero positivos, es importante saber el número de células CD4+, ya que si es inferior a 200 cel/mm³, al hacer cirugía dental, aumenta el riesgo de infección postoperatoria.

La susceptibilidad a cualquier infección, aumenta según avance o progrese el estadio.

IX.- INDICACIONES EN LA EXTRACCIÓN DENTAL

La extracción dental en estos pacientes esta indicada, siempre y cuando no este en riesgo su vida. Durante el estadio avanzado de la enfermedad, (donde es franca la manifestación de Sida) es muy riesgoso este tratamiento, debido a que la probabilidad de infección es segura. (por los problemas de cicatrización he inmunodeficiencia)

Es indispensable antes de cualquier intervención, realizar un estudio de los niveles de linfocitos CD4+ para predecir el riesgo que corre el paciente de presentar complicaciones.

El estado general de salud de estos pacientes puede estar muy deteriorado, esto hay que valorarlo muy bien, es por ello que es importante saber niveles de CD4+, para conocer su resistencia a infecciones.

1.-Precauciones Preoperatorias

El operador debe seguir ciertas las reglas quirúrgicas como un lavado adecuado de manos, el uso de guantes de hule estériles, gorra, goggles o careta, bata quirúrgica, y campos quirúrgicos estériles.

El instrumental que se va a utilizar debe ser el adecuado para la intervención, y estar completamente esterilizado. (libre de cualquier organismo vivo) Su manejo debe ser adecuado para evitar su contaminación, esto incluye también la desinfección de el sillón dental y su Charola.

Al paciente es conveniente pedirle que previamente a la intervención se cepille sus dientes, para después pedirle que haga enjuagues con alguna solución antiséptica.

También es importante desinfectar al rededor comisura labial con un antiséptico adecuado.

En el paciente que presente cualquier inflamación aguda, con acumulo de material purulento, es necesario el drenaje quirúrgico de la lesión, y la prescripción de antibioticoterapia. Mientras no seda la infección no se puede realizar la intervención, ya que al realizarla diseminariamos la infección.

1.1 Profilaxia con antibióticos

Esta recomendado cuando:

- *Cuando el riesgo de morbilidad por infección en la operación sobrepasa posibles problemas adversos de reacción al fármaco costo de este, y presencia de bacterias resistentes.*
- *Cuando la infección de la herida pone en peligro la vida.*

La selección del antibiótico depende del tipo de microorganismo contaminante que con más probabilidad se presentará en una operación dada. El fármaco debe ser eficaz contra la mayor parte de bacterias existentes, a fin de que el recuento bacteriano disminuya lo suficiente para que el huésped elimine los microorganismos restantes.

Es importante el tiempo de administración de antibióticos profilácticos, para lograr en el preoperatorio concentraciones adecuadas en tejidos y sangre en el momento de la operación.

1.2. Estudios de laboratorio preoperatorios.

Este deberá incluir sistemáticamente una hematimetría completa con valoración de los índices de hematócrito y de hemoglobina, fórmula blanca completa con cuenta diferencial y valoración de plaquetas circulantes, así como análisis de orina microscópico y general. Un interrogatorio y una exploración física registrados cuidadosamente dirigirán la atención a la presencia de cualquier trastorno hemorrágico lo suficientemente grave como para tener consecuencias. En caso de existir este trastorno puede requerirse una consulta hematológica. Antes de la operación, se usan la prueba parcial de tiempo de tromboplastina y una valoración del número de plaquetas circulantes.

2.- Transoperatorio

Es de vital importancia lesionar lo menos posible los tejidos de estos pacientes, esta recomendación es muy importante, ya que el proceso de cicatrización se alterado, es por ello que entre menor traumatismo en los tejidos, facilitaremos grandemente el proceso de cicatrización.

2.1 Técnica De Extracción (Fórceps).

1er tiempo es la separación que consiste en la separación de la encía en el diente. Esto es para evitar que el fórceps traumatice este tejido.

2do tiempo es la prehensión que consiste en la aplicación de los bocados del fórceps en el diente o raíz por extraer, sujetándolo firmemente.

3er tiempo es la luxación que consiste en separar los ligamentos que unen el diente con el hueso, así hasta aflojar el diente, esto se hace mediante movimientos de literalidad y en algunos casos rotatorios.

4to tiempo consiste en la tracción o extracción de la pieza o resto radicular retirándolo de su alvéolo.

2.2 Técnica Por Medio De Elevadores

Debemos tomarlo con toda la palma de la mano y dirigirla con el dedo índice, vamos a hacer movimientos rotatorios, en donde el dedo índice controla el movimiento. Debemos de ser extremadamente cuidadosos, evitando cualquier accidente, ya que esto puede traernos muchas complicaciones postoperatorias en estos pacientes.

Para hacer la extracción con el elevador se requieren de 3 tiempos .

El primero es la aplicación del instrumento buscando un punto de apoyo, el cual esta dado por el diente vecino de el diente por extraer, y el hueso que aloja este. Este punto de apoyo principalmente se encontrara en la extracción de todos los dientes, en el ángulo mesiovestibular colocando la parte cóncava en todo momento hacia el diente o raíz por extraer, esta aplicación del instrumento deberá en primer lugar el diente estar libre de mucosa o encía , una vez que se encontró el punto deseado se aplica la parte activa del instrumento.

El segundo tiempo es la luxación en la cual por medio de movimientos rotatorios hacia arriba y hacia atrás podemos, romper los ligamentos del diente o raíz, y de esta manera aflojarlo.

El tercer tiempo que es elevación (inf.) ó tracción (sup) que es solamente retirar el diente de su alvéolo.

2.3 Técnica por disección

Consiste básicamente en 4 tiempos :

Preparación del colgajo :

Se realiza el diseño del colgajo dependiendo la zona a intervenir, y después se separa del hueso con un elevador de periostio o una legra.

Osteotomía :

Es la eliminación de hueso que cubre o retiene al diente por extraer, se realiza con pieza de mano de baja velocidad y fresa quirúrgica, irrigando con solución fisiológica estéril al seccionar el hueso.

Odontosección :

Muchos autores utilizan discos de carborundo, aplicándolo verticalmente en la porción media de la corona, esta técnica ya no se utiliza. Actualmente nos valemos de la pieza de mano y una fresa quirúrgica donde seccionamos al diente a nivel de la furca de la corona (en caso de los molares) que coincide con el espacio interradicular, de ahí se separa por medio de un elevador. Para dientes uniradiculares muchas veces es necesario a través de su eje longitudinal para poder extraerlo.

Extracción :

Consiste en la eliminación de las partes del diente que han sido seccionadas, para después eliminar su saco pericoronario.

Después de este procedimiento se lava la cavidad alveolar de cualquier resto que haya quedado y se espera a que se llene de sangre, para después colocar firmemente el colgajo y fijarlo mediante puntos aislados de sutura.

En estos pacientes se puede observar, algunas alteraciones en el número de plaquetas, esto puede estar asociado a una trombocitopenia autoinmunitaria, o debido a alteraciones de origen medicamentoso. Es por ello que debemos de estar preparados con materia adecuada, para colibrir la hemorragia.

Es recomendable que al finalizar la extracción o la cirugía, se eliminen fragmentos o espículas óseas, para después suturar la herida esto con el fin de prevenir la infección, y favorecer la cicatrización.

3. Postoperatorio.

Básicamente son las mismas recomendaciones generales después de la intervención.

Es importante dar las instrucciones postoperatorias por escrito a nuestro paciente, debemos hacer más énfasis en los puntos más importantes.

- 1. Hacer presión en la herida con una compresa de gasa por lo menos durante 30 minutos, si prosigue la hemorragia se lava la herida, y se taponea la herida con gel foam u oxido de celulosa.*
- 2. Colocar una compresa fría en la cara, sobre el sitio de la operación, durante 5 ó 10 horas después de esta.*
- 3. Se recomienda un enjuague suave de la boca con un antiséptico adecuado disuelto previamente en agua.*
- 4. Se debe cepillar los dientes con suavidad, con un cepillo nuevo (previamente desinfectado en un antiséptico.) de cerdas blandas al día siguiente de la operación.*
- 5. Dieta blanda , sin grasa ni irritantes durante las primeras 24 horas. Beber líquidos abundantes en sorbos. No usar popotes*
- 6. Tomar los medicamentos prescritos según las instrucciones*
- 7. Elevar la cabeza con almohadas para dormir las primeras 24 horas.*

X. - PRECAUCIONES DEL C.D. Y DEL PERSONAL QUE LABORA EN LA ATENCIÓN DENTAL DE ESTOS PACIENTES

El miedo entre los odontólogos de tratar pacientes con SIDA se ha enfocado sobre los pacientes con el síndrome completo. El odontólogo no debe olvidar que es el responsable de la protección de todas las personas que trabajan en su gabinete privado, incluyendo si las hubiera, a las higienistas dentales y a las asistentes de cirugía.

Todo el personal deberá en consecuencia tomar las mismas precauciones que el profesional, durante la realización de su trabajo sobre pacientes portadores de anticuerpos.

Estos pacientes, vienen en la obligación de comunicar su situación a su odontólogo en orden a extremar las medidas preventivas a tomar en el gabinete. Se recomienda por otro lado, citar a estos pacientes al final de la sesión de trabajo, atendiéndolos cuando concluya la atención dental al resto de los pacientes citados previamente. No se han precisado, por innecesarias, las precauciones a tomar con portadores, en la sala de espera antes de ser atendidos.

Enumeramos a continuación la serie de precauciones que deberán de usarse en el curso del tratamiento dental a los pacientes portadores o seropositivos al virus VIH:

1.-Las heridas abiertas, así como las abrasiones y demás heridas de la piel de todo el personal dental, se deberán cubrir con vestidos o tejidos impermeables apropiados, mientras estén ocupados en la atención a los sujetos portadores.

2.-El personal dental involucrado en el tratamiento de estos sujetos seropositivos utilizará vestidos o tejidos impermeables, incluyendo batas largas y guantes: como el fresado, tanto de baja como de alta velocidad y las jeringas de aire o de agua, pueden generar aerosoles de sangre o de saliva, será esencial para la realización de tales maniobras el uso de lentes protectoras y mascarillas.

3.-El equipo y material utilizados, deberán ser, siempre que sea posible, desechables, incluyendo servilletas, superficies de mezclado (cementos y resinas) vasos para enjuagues, y también las agujas serán desechables, retirándose los carpules para anestesia local de un paciente para el siguiente.

4.-Todo el instrumental no desechable, será esterilizado de preferencia en el autoclave, siendo indispensable la esterilización de las piezas de mano.

5.-El material no desechable y ciertas partes del equipo que no puedan llevarse al autoclave pueden sumergirse durante 1 hora sobre una solución recién preparada de glutaraldehído al 2% y transcurrido ese tiempo eliminar la solución ya empleada, las partes en que hayan sido contaminadas se deben fregar con detergente y agua caliente para remover la materia orgánica.

6.-Las superficies externas del equipo y las contaminadas por el trabajo y que no puedan esterilizarse por el autoclave, se pueden tratar con un preparado reciente de hipoclorito sódico a 10.000 ppm, o clorina (lejía casera, diluida, una parte de lejía por 10 partes de agua) y sumergirlo si es posible durante 30 minutos y posteriormente aclararlo y secarlo. No se olvide nunca que el hipoclorito puede dañar las superficies de los tejidos y las metálicas.

Dichas superficies deberían fregarse con una solución de glutaraldehído al 2%, colocadas en contacto con ellas durante 3 horas antes de lavarlas y secarlas. Respecto a otras superficies externas de las que se tenga sospecha se hallen contaminadas pueden frotarse con un paño empapado en una concentración baja de hipoclorito (1.000ppm) o una preparación reciente de glutaraldehído al 2 %).

7.-Las escupideras, recipientes y los sistemas de evacuación de la saliva, deberán lavarse y limpiarse después de cada paciente, para ello se prepara al momento una solución de glutaraldehído al 2%. No olvidar, que al despedir el último paciente se agregará dicha solución 2% al sistema colector de evacuación durante un tiempo mínimo de 3 horas.

8.-El personal que manipule el equipamiento contaminado, deberá de llevar siempre bata larga y guantes, y si existiera cualquiera salpicadura, mascarilla y lentes protectoras.

Cuidado especial se pondrá en la manipulación de instrumentos dentales afilados o agujas, cuando no se cuente con la protección de los guantes. Los mismos cuidados se observarán al retirar las agujas de las jeringas carpules y estas, junto con el instrumental afilado desechable y los carpules utilizados se colocarán en un recipiente rígido adecuado para su eliminación.

9.-Las impresiones se tomarán con material siliconado. Dichas impresiones, junto con las prótesis y demás aparatos, se enviarán al laboratorio dental en donde serán descontaminadas con glutaraldehído al 2% durante 1 hora.

10.-Para la sujeción y realización de placas radiográficas intraorales orales ,podrá utilizarse, material desechable. el radiólogo deberá estar prevenido y utilizará para su trabajo guantes desechables.

11.-Todo el material desechable señalado hasta el momento, incluyendo vasos, servilletas, cánulas, deberán colocarse en recipientes dobles de plástico a ser posible, eliminándolos después por incineración preferentemente.

12.-Todo el personal dental, relacionado por su actividad profesional, con el gabinete privado, deberá utilizar una bata resistente a la temperatura del lavado (90 grados centígrados aprox), durante 10 minutos. Todos los objetos no desechables además de las batas, chaquetas blancas, toallas, servilletas de tela etc, podrán lavarse sin peligro dentro de un programa del lavado caliente de cualquier máquina de lavado convencional.

Las preocupaciones que deberían tomarse en todo consultorio dental y a la mayor brevedad posible serán las siguiente.

*Antes de comenzar ninguna maniobra o actividad dental, el profesional deberá proveerse de guantes, mascarilla y bata blanca sin descuidar la protección ocular.

*Manipulación cuidadosa, evitando el contacto con sangre, secreciones y las heridas abiertas en piel y mucosas.

*Evitar acciones traumatizantes o violentas, evitando el empleo de aire a presión excesiva o aerosoles debido a la velocidad

*Si se produce una herida accidentalmente, favorece en primer lugar la salida de sangre por la misma y después lavar con agua y jabón

*Mantener en lo que sea posible alejados de contaminación el equipo y área de trabajo ,siendo por tanto ideal el trabajo con módulos.

*Finalizado el trabajo de los pacientes, introducir en bolsas de plástico, el material no desechable ya citado y esterilizar.

*El lavado de manos, se puede realizar con jabón ácido, secándolas con alcohol al 70%..

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

**Siempre que sea posible, utilizar material desechable,, eliminándolo en doble bolsa de plástico y colocando las agujas y material punzo cortante en sus contenedores, para evitar pinchazos accidentales.*

**El material no desechable, esterilizar en autoclave, bien 10 minutos a 90 grados o,70 grados durante 30 minutos.*

**Las manchas en el equipo y en el suelo del gabinete podrán ser eliminadas con alcohol, lejía y otros desinfectantes.*

**Recomendar a todos los pacientes seropositivos utilizar maquinilla de afeitar personal, así como cepillo dental y peine para cabello.*

**Cuando se precise obtener biópsia de lesiones orales sospechosas de S.I.D.A, observar escrupulosamente las precauciones ya detalladas anteriormente*

XI. CASOS CLÍNICOS

Caso I

A mediados de 1996,estabamos ante un joven con una candidiasis oral aparentemente inexplicables. Con adenopatías generalizadas y que practicaba sexo promiscuo y además era drogadicto intravenoso. Se le explicó que ,como había tenido conductas de riesgo, deberíamos estudiar la presencia de alguna enfermedad infecto-contagiosa

¿SIDA? preguntó el paciente y le contestamos SIDA, Herpes, Sifilis.

Le explicamos que serían necesarios análisis de sangre y que en el caso específico del VIH, el debería saberlo y dar su consentimiento, estuvo de acuerdo y en nuestro recetario escribimos Serología para VIH fué derivado al Hospital y 15 días después concurrió al servicio con un análisis positivo para SIDA .

El paciente estaba enfermo y fue un grupo de odontólogos que le hicieron el diagnostico.

Actualmente recibe tratamiento en el hospital

¿Cuál es la lectura de este caso?

A)Los pacientes con infección por VIH o con SIDA, conscientes o ignorantes de su estado, son atendidos permanente en el consultorio odontológico.

El joven del caso presentado estaba en atención por caries y extracciones y el profesional que derivó también ignoraba que su paciente tenía SIDA.

B)El examen de la mucosa bucal, el correcto interrogatorio y el conocimiento de las lesiones mucosas más frecuentes, son cada vez más imprescindibles para el odontólogo.

C) El rol del odontólogo en el diagnóstico de SIDA ya ponderado, adquiere cada vez mayor relevancia, esto le permite convertirse en un agente más en la lucha contra esta pandemia.

D) Cuanto antes se haga el diagnóstico, menos posibilidades hay de contagiar a otros.

E) Las precauciones universales deben de practicarse con todos los pacientes. El odontólogo puede diagnosticar y convencer al paciente de que inicie cuanto antes su tratamiento.

Caso II

Es una señora de 48 años .paciente trabajadora sexual, no drogadicta, heterosexual, ignora si alguna de sus múltiples parejas estaban infectadas por el VIH. Su motivo de ingreso es la presencia de lesiones polimorfas cutáneas, que predominan en tronco, palmas y plantas .Durante su internación presentó una poliseroositis evidencia clínicamente y con exámenes complementarios que comprometió grandes articulaciones, pericardio, pleura, meninges.

Se confirma serología positiva para el VIH. y presencia en el líquido cefalorraquídeo de bacilos ácido alcohol resistentes confirmado por cultivo del mismo por hemocultivo el hallazgo de Mycobacterium tuberculosis . Inicia tratamiento con penicilina G sódica endovenosa a la dosis de 2,000,000 UI diarias.

Se observó buena tolerancia y respuesta al tratamiento. Durante su internación presenta lesiones orales cuyo examen estomatológico revela la presencia de 3 lesiones gingivales. Una en el maxilar superior, sobre la encía adherente y marginal que envuelve vestibularmente al primer premolar .Las otras dos en maxilar inferior también involucrando encía marginal y adherente, una por vestibular del central inferior derecho. Todas las lesiones son nodulares

Los elementos neoplásicos se disponen en bandas anastomóticas, advirtiéndose en el espesor de los mismos numerosa cantidad de vasos.

DIAGNOSTICO

Sarcoma de Kaposi. La lesión permaneció sin modificaciones, ni han aparecido otras nuevas hasta su seguimiento por consultorio externo en enero de 1996. No recibió tratamiento por esta última afección.

XII. - CONCLUSIONES

En México el SIDA es ya un grave problema de salud pública, nosotros como servidores de la salud, dentro de nuestra profesión, tenemos la obligación de brindar la mejor atención profesional a estos pacientes.

Debido al crecimiento exponencial de esta enfermedad, el C.D. debe estar actualizado en el manejo integral de estos pacientes, ya que pueden acudir a nuestra consulta pacientes con manifestaciones francas de SIDA, o bien portadores de la infección en diferentes estadios.

Por tal motivo se deben de tomar las precauciones necesarias al atender a este tipo de pacientes, ya que corremos el riesgo de contagiar a otros pacientes y al personal que colabora en nuestra labor, así como infectarnos nosotros mismos.

Esperamos que ésta tesina sea de ayuda en el conocimiento y el manejo dental de la enfermedad.

XIII.- BIBLIOGRAFÍA.

CASSUTO P. J. ; PESCE A. ;QUARANTA F. J.
"MANUAL DE SIDA HE INFECCIÓN POR VIH
PRIMERA EDICION
EDITORIAL MASSON 1991

CONASIDA
"EL ODONTOLOGO FRENTE AL SIDA"
PRIMERA EDICION
EDICION CONASIDA 1989

DEVITA. T. VINCENT ;HELLMAN SAMUEL ; ROSEMBERG A. STEVEN
"AIDS"
TERCERA EDICION (INGLES)
EDITORIAL J.B. LIPPINCOTT C/Phi 1992

FARTHING ; BROWN ; STAUGHTON.
"A COLOUR ATLAS OF AIDS AND HIV DISEASE"
SEGUNDA EDICION
EDITORIAL WOLFE MEDICAL PUB.

HOWARD ; SIMMONS.
"TRATADO DE INFECCIONES EN CIRUGIA"
SEGUNDA EDICION
EDITORIAL INTERAMERICANA 1991

SANDE ; VOLBERDING.
"MANEJO MEDICO DEL SIDA"
SEGUNDA EDICION
EDITORIAL INTERAMERICANA 1992

CORDERO ; RODRÍGUEZ ; VALENZANO
"SIDA Y PIEL"
2DA EDICION
EDITORIAL EDICIONES DOYMA 1989

NELSON LOBOS JAIMES ; FREYRE
"SIDA Y ODONTOLOGÍA"
1^{RA} EDICIÓN
EDICIONES AVANCES MÉDICO DENTALES 1992

DANIELS. VÍCTOR G.
"SIDA"
2DA EDICION
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO 1988.

SANDE MERLE A ; VOLBERDING PAUL A.
THE MEDICAL MANAGEMENT OF AIDS.
4TA EDICION
EDITORIAL W.B SAUNDERS COMPANY 1995

IIEMEROGRAFIA

SCHMIDT ; KEARNS ; PERROTT ; KABAN. : "*Infection Following Treatment Of Mandibulr Fractures In Human Immunodeficiency Virus Seropositive Patiens*" : J. Oral Maxillofa. Surg : 53 :1134-1139, 1995

GLICK ; ABEL ; MUZYKA ;DELORENZO. : "*Dental Complications After Treating Patients With Aids*" J.A.D.A. : 125, March 1994

MARCO. V ; SERRANO O. ; OLVERA J. : "*Proyecciones a Corto Plazo de La Incidencia Del Sida En México y Análisis de los Patrones de Sobrevida*" : Ciencia : 45 : 79-88,1994