

115



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME DE
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

LAURA PATRICIA GARCÍA RIVAS

DIRECTORA: C.D.M.O. ROSSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA



México

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por permitirme llegar hasta
este momento de mi vida
siendo tan feliz.

A MI PADRE

FÈLIX

Por tu gran ejemplo de responsabilidad
dedicación y constancia, así como tu apoyo
y amor incondicional en cada momento de mi vida.

A MI MADRE

INÉS

Por tu entrega y valentía, por impulsarme a ser mejor
cada día. Le doy gracias a la vida por haberme dado la
oportunidad de crecer a tu lado, por tus invaluable consejos,
tu compañía y por ser la madre más maravillosa que alguien pudiera
tener.

A MI FAMILIA

Quiero compartir con ustedes este
gran sueño que hoy se convierte
en realidad

A MIS AMIGOS

Gracias por acompañarme en todos los momentos a lo largo de mi carrera, por las risas y su alegría, mil gracias.

A LUIS RAZIEL

Por ser un excelente ser humano, porque me has apoyado en todo momento y por ser uno de los motivos para superarme cada día, gracias amor.

A MI UNIVERSIDAD

Por darme la oportunidad de formar parte de esta prestigiada casa de estudios

A LA C.D.M.O. ROSSINA PINEDA Y GÓMEZ

Por su paciencia y apoyo en la elaboración de este trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	2
1.2 DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA DEL SIDA	3
1.2.1 EL PACIENTE SEROPOSITIVO ASINTOMÁTICO Y EL QUE PRESENTA SIDA	4
1.2.2 SIDA PEDIÁTRICO	4
1.3. HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN	5
1.3.1 TRANSMISIÓN VIRAL	6
1.3.2 INFECCIÓN PRIMARIA	6
1.3.3 SEROCONVERSIÓN	6
1.3.4 PERIODO ESTABLE	7
1.3.5 INFECCIÓN SINTOMÁTICA	7
1.3.6 INFECCIÓN SINTOMÁTICA TEMPRANA	7
1.3.7 SIDA	8
1.3.8 INFECCIÓN AVANZADA	8
1.4. EPIDEMIOLOGÍA	8
1.4.1. VÍAS DE TRANSMISIÓN	9
1.4.2 VÍA VERTICAL (TRANSMISIÓN DEL VIH DE LA MADRE AL HIJO)	10
1.4.2.1 VÍA TRANSPLACENTARIA	10
1.4.2.2 VÍA PERINATAL	11
1.4.2.3 VÍA POSTNATAL	12
1.4.3. VÍA HORIZONTAL	12
CAPÍTULO 2	
2.1 DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN DE VIH EN NIÑOS	13
2.1.1 SERODIAGNÓSTICO	15
2.1.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	16
2.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	16
2.2.1 INFECCIONES BACTERIANAS	17
2.2.2 ENCEFALOPATÍA	17
2.2.3 NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOCITARIA (NIL)	18
2.2.4 INFECCIONES OPORTUNISTAS	19
2.2.5 OTRAS MANIFESTACIONES	19
2.3 MANIFESTACIONES ORALES	20
2.4 NEOPLASIAS MALIGNAS	22
2.5 ESTUDIO INMUNOLÓGICO	22

CAPÍTULO 3	
3.1 SEGUIMIENTO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN PEDIATRÍA	23
3.1.1 PARÁMETROS CLÍNICOS	23
3.1.2 PARÁMETRO INMUNOLÓGICO	23
3.1.3 PARÁMETRO VIROLÓGICO	24
3.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS	25
3.3 MEDIDAS GENERALES	27
3.4 VACUNACIÓN	28
3.5 NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS CARINII	29
3.6 TUBERCULOSIS	30
3.7 PRONÓSTICO	30
3.8 TRATAMIENTO	31
3.8.1 TRATAMIENTO ESPECÍFICO	32
3.8.2 TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN NIÑOS CON EL VIH/SIDA	32
CAPÍTULO 4	
4.1 PREVENCIÓN.	34
4.2 LOS CONSULTORIOS DENTALES Y LOS RIESGOS DE TRANSMISIÓN.	34
4.3 EL MANEJO DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL.	36
4.4 PROCEDIMIENTOS PARA CONTROLAR LA INFECCIÓN POR SIDA.	37
4.5 CONSIDERACIONES EN EL PLAN DE TRATAMIENTO.	38
CONCLUSIONES.	40
BIBLIOGRAFÍA	41

INTRODUCCIÓN:

La Odontología pediátrica tiene como compromiso formar especialistas de la salud bucal capaces de orientar y desarrollar su actividad dentro del marco que señala la estructura de atención.

A pesar de los avances que ha logrado la Odontología en lo que se refiere a prevención y control de enfermedades poco se ha tratado el tema de atención odontológica del paciente pediátrico con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Este trabajo de investigación tiene como objetivo dar a conocer los aspectos básicos del SIDA en los niños, desde vías de transmisión, diagnóstico y manifestaciones clínicas; hasta el manejo que se les debe dar a éstos pacientes en el consultorio dental, así como métodos de control de infecciones.

El SIDA se ha convertido en una epidemia que está creciendo desmesuradamente en todo el mundo, por lo que los profesionales de la salud tienen por obligación tener conocimientos precisos de cómo se va desarrollando ésta enfermedad.

En los niños con la infección por VIH, las manifestaciones orales son las primeras en aparecer, es por esto que el cirujano dentista desempeña un papel importante en lo que se refiere al diagnóstico oportuno.

CAPÍTULO 1

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Desde la descripción de los primeros casos a principios de la década de los ochenta, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida se ha convertido en un problema mayor desde el punto de vista médico, social y de salud pública.¹

La primera información de lo que posteriormente se conoció como SIDA apareció en 1981. Estas publicaciones fueron las descripciones de una epidemia que ha ganado importancia mundial por su alta letalidad, causada por un retrovirus que afecta al sistema inmunológico del individuo predisponiéndolo a adquirir infecciones por gérmenes oportunistas y neoplasias.²

Dos años después de haberse identificado el SIDA en pacientes adultos, en varones homosexuales y drogadictos por vía intravenosa se describieron casos de un síndrome similar en lactantes y niños. Desde los primeros informes, el número de casos de SIDA pediátrico ha seguido aumentando en el mundo con la misma tasa que la de las personas adultas. Desde 1983 hasta la fecha, los Centros de Control de Enfermedades (CDC) han indicado que la infección pediátrica constituye el 2% de todos los casos de SIDA registrados.

¹ Broder, Gallo. A Pathogenic retrovirus (HTLV-III) linked to AIDS. English Medical Journal 1995; 311. P. 1292.

² Saldaña, Torales, Infectología Clínica Pediátrica. Ed. Trillas. México. 1988. P. 598.

En el año de 1992, el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), enfatizó la importancia de manejar la infección por VIH/SIDA en la consulta externa y que solo se hospitalizara al paciente cuando hubiese indicaciones precisas.

1.2 DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA DEL SIDA.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana es un padecimiento causado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que se caracteriza por una grave inmunodeficiencia por disminución de los linfocitos T activadores (CD₄) y que se manifiesta por el desarrollo de diversas infecciones oportunistas y neoplasias de curso agresivo especialmente del sarcoma de kaposi. Este síndrome afecta principalmente a poblaciones consideradas de alto riesgo como son los homosexuales, promiscuos, drogadictos, receptores de sangre ó productos sanguíneos y hemofílicos.³ A pesar de ésto actualmente las mujeres heterosexuales están siendo afectadas de manera importante, debido a la promiscuidad de sus parejas.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es un retrovirus no oncógeno y es el agente etiológico primario del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y complejo acompañante del SIDA.⁴

En 1983 y 1984 se aislaron los virus denominados Virus Asociados a la Linfadenopatía (LAV) y Virus Humano Linfotrópico III (HTLV-III) hoy conocido como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El VIH esta formado por una partícula esférica de 80 a 100 nm, con una estructura en tres capas: interna ó nucleoide que contiene el RNA, una cápside icosaédrica

³ Ponce de León. Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH-SIDA en consulta externa y hospitales. México, D.F. CONASIDA, SSA, 2000. P. 11.

⁴ Jawetz. Microbiología Médica. Ed. El Manual Moderno. México 1992. P. 617.

y una envoltura derivada de la célula huésped donde se insertan las glucoproteínas y antígenos.⁵

1.2.1 EL PACIENTE SEROPOSITIVO ASINTOMÁTICO Y EL QUE PRESENTA SIDA.

Existe una diferencia entre los pacientes seropositivos asintomáticos y los que tienen SIDA, ya que los primeros son aquellos a los que se les ha detectado por diferentes métodos la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el organismo, pero no han desarrollado manifestaciones clínicas. Y los que además de presentar el virus en su organismo han desarrollado las manifestaciones clínicas e inmunológicas específicas de la enfermedad son los pacientes con SIDA.⁶

1.2.2 SIDA PEDIÁTRICO

El SIDA pediátrico fue descrito por primera vez en 1983. Desde entonces hasta la fecha los casos de SIDA en niños han aumentado considerablemente. En la definición original las infecciones y neoplasias utilizadas para identificar el SIDA en los adultos se utilizaban también para identificar la enfermedad en los niños. Además, cumplían los criterios de SIDA los niños con neumonitis intersticial linfocitaria (NIL) confirmada histológicamente. Se excluían específicamente los casos de inmunodeficiencias primarias o secundarias identificadas o de infecciones congénitas.⁷

Los CDC definen el SIDA pediátrico como el paciente que tiene:

⁵ Gatell Artigas, Guía Práctica del SIDA. Clínica, Diagnóstico y Tratamiento. P. 1-2.

⁶ Ponce de León. op. cit. P. 33.

⁷ De Vita, Hellman. SIDA, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención. Salvat. 2ª. Edición. 1990. España. P. 343.

- Una enfermedad diagnosticada de forma fiable, al menos moderadamente indicativa de inmunodeficiencia celular subyacente y
- Ninguna causa conocida de inmunodeficiencia celular subyacente ó ninguna otra disminución de la resistencia que se haya informado como asociada a la enfermedad.

Y lo clasifican en tres grupos:

- P (pediátrico) 0: infección en niños menores de 15 meses (indeterminada).
- P-1: Infección asintomática. Infectado sin signos clínicos.
- P-2: Infección sintomática. Diagnóstico de SIDA.
- P-3: Seroconversión negativa. Seronegativiza después de los 15 meses. Función inmune normal.⁸

1.3 HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN.

La infección por VIH es un proceso crónico que implica una producción elevada y constante de nuevos viriones, acompañada de la consecuente destrucción de linfocitos T de tipo CD₄. Esta destrucción celular es compensada por una producción aumentada de linfocitos CD₄ durante varios años, hasta que las reservas se agotan, desembocando finalmente una disminución de estos linfocitos, que origina una inmunodeficiencia adquirida, en vista que estas células coordinan la respuesta inmune del organismo.⁹ La

⁸ Greenspan. Oral Manifestations of HIV infection. P. 230.

⁹ Ponce de León. op. cit. P. 27

historia natural de la infección por este virus se divide diferentes estadios que son: transmisión viral, infección primaria, seroconversión, período estable inicial, infección sintomática, infección sintomática temprana, SIDA e infección avanzada.

1.3.1 TRANSMISIÓN VIRAL

El modo de transmisión o adquisición del virus se refleja en la velocidad de progresión de la enfermedad; así, el tiempo promedio desde la seroconversión hasta el desarrollo del SIDA es de cerca de 7 años para aquellos que adquirieron la infección por transfusión y de 8 a 12 años para quienes se infectaron por relación sexual de acuerdo a la definición de los CDC.

1.3.2 INFECCIÓN PRIMARIA.

Implica no solo la adquisición de la infección viral sino las manifestaciones asociadas al episodio de replicación viral inicial. La sintomatología generalmente se presenta de 2 a 4 semanas después de la adquisición de la infección, pero a veces el periodo de incubación puede ser hasta de 10 meses.¹⁰ Las principales manifestaciones son: fiebre, crecimiento ganglionar, faringitis, erupción máculo- papular en cara y tronco, ulceraciones mucosas, mialgias, artralgias, así como linfopenia, especialmente de linfocitos CD₄.

1.3.3 SEROCONVERSIÓN

Se refiere al desarrollo y detección de anticuerpos en contra del virus en suero o plasma (serología positiva). Ocurre generalmente de 3 a 12 semanas

¹⁰ Ponce de León. Op.cit. P. 29

después de la transmisión, aunque más del 95% de pacientes lo presentan dentro de los primeros 6 meses. Al periodo en que la serología es negativa en un paciente infectado se le conoce como periodo de ventana.

1.3.4 PERIODO ESTABLE

Ocurre generalmente 6 meses después de la transmisión del VIH, implica la estabilización de la carga viral y de la cuenta de linfocitos CD₄ como consecuencia de la respuesta inmune. Los niveles de carga viral principalmente y también los de las células cd4 en este periodo, correlacionan fuertemente con pronóstico de desarrollo del SIDA en los siguientes 6 años.

1.3.5 INFECCIÓN SINTOMÁTICA.

Es el periodo considerado antes de la latencia, en el cual se encuentra una constante actividad viral y un equilibrio entre destrucción y producción celular (10⁹ células CD₄ por día). Puede haber linfadenopatía persistente generalizada debido a que en los ganglios linfáticos es donde se establece el principal reservorio del virus.

1.3.6 INFECCIÓN SINTOMÁTICA TEMPRANA

Esta infección incluye manifestaciones clínicas que no sustentan la definición de SIDA, que se presentan como consecuencia de la destrucción de células CD₄ y el inicio de la inmunodeficiencia.

1.3.7 SIDA

Es la consecuencia de la destrucción de linfocitos CD₄ y la presencia de inmunodeficiencia adquirida manifestada por infecciones oportunistas y neoplasias secundarias.

1.3.8 INFECCIÓN AVANZADA

Se presenta en pacientes con menos de 50 células CD₄/ml, cuya expectativa de vida es de 12 a 18 meses y que generalmente fallecen como consecuencia de condiciones relacionadas al SIDA.¹¹

1.4 EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo con la tipología propuesta por ONUSIDA, México puede clasificarse como un país con una epidemia de SIDA concentrada, la cual se caracteriza por una prevalencia de infección por VIH que se ha difundido rápidamente en un subgrupo de la población, pero que aún no se establece en la población en general. En este tipo de epidemias, la prevalencia de infección por VIH se ha mantenido constante por encima del 5% en por lo menos un subgrupo de la población, y entre las mujeres embarazadas de zonas urbanas es menor al 1%. De este modo, en México se ha encontrado una prevalencia de VIH del 15% en hombres que tienen sexo con hombres, y 6% en usuarios de drogas inyectables, mientras que la prevalencia para

¹¹ Ponce de León. op.cit. P.30

mujeres embarazadas es del 0.09%. La prevalencia en población adulta de 15 a 49 años de edad es del 0.28%.¹²

El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983. Después de crecimiento inicial lento, a partir de la segunda mitad de la década de los ochenta, la epidemia registró un crecimiento exponencial; al inicio de la década de los noventa éste crecimiento se amortiguó, mostrándose una aparente tendencia hacia la estabilización de 1994 a la fecha, con alrededor de 4,100 casos nuevos al año.

Desde el inicio de la epidemia hasta el 30 de diciembre del año 2000, en México se han registrado de manera acumulada 47,617 casos de SIDA. Sin embargo, debido a los fenómenos de retraso en la notificación y el subregistro, se considera que en realidad pueden existir alrededor de 64,000 casos. Se calcula, asimismo, que existen entre 116 y 177 mil personas infectadas por el VIH, con una estimación media de 150 mil.¹³

1.4.1 VIAS DE TRANSMISIÓN

Algunos niños han adquirido la infección por VIH por vías similares a las comprobadas en los adultos, por vía sexual (incluso los abusos sexuales), por drogadicción intravenosa ó mediante transfusiones de sangre infectadas ó hemoderivados contaminados en el tratamiento de una hemofilia, éstos casos constituyen una minoría.¹⁴

¹² Ib. P.31

¹³ Ponce de León, op.cit. P. 33.

¹⁴ De Vita op.cit. P. 343.

La transmisión perinatal puede ocurrir por vía transplacentaria (antes del parto) ó durante el parto (por contacto con líquidos ó sangre materna), y después del parto (especialmente debido a la leche materna).¹⁵

1.4.2 VÍA VERTICAL (TRANSMISIÓN DEL VIH DE LA MADRE AL HIJO)

Casi todos los niños infectados por VIH tienen un progenitor con riesgo de padecer SIDA. La madre suele ser asintomática, pero pueden detectarse en ella defectos funcionales de las células T y anticuerpos anti VIH *in vitro*. Estas madres suelen tener antecedentes que sugieren la vía por la que se han infectado, lo más frecuente es una historia de drogadicción intravenosa ó contacto sexual con un drogadicto. Otras posibilidades son: múltiples compañeros sexuales, prostitución ó transfusiones con sangre contaminada.

1.4.2.1 VÍA TRANSPLACENTARIA

No se conoce el momento en que se produce la infección intrauterina, aunque se han detectado virus y antígenos víricos en fetos de 14-20 semanas. Se ha cultivado VIH procedente de la sangre del cordón umbilical y se han demostrado antígenos víricos en fetos de 14-20 semanas. Se ha cultivado VIH procedente de la sangre del cordón umbilical y se han demostrado antígenos del VIH en el timo de un recién nacido de 20 días de edad, nacido a las 28 semanas de gestación. Estos datos apoyan también una infección temprana durante la gestación, al menos en algunos casos. Algunos artículos revelan teorías que tratan de explicar la razón por la cual no todos los recién nacidos de madres infectadas adquieren la enfermedad,

¹⁵ Saldaña ,Torales. op.cit. P.597.

sino que son portadores transitorios de anticuerpos de la madre. En primer lugar la placenta, sistema de circulación materno- infantil, no se desarrolla por completo hasta el tercer mes después de la concepción, lo que deja al feto desprotegido durante ese periodo. A partir de ahí se convierte en la barrera más poderosa entre la madre y el niño. Sus células no expresan el receptor CD₄ y por ello no admite el paso del virus. La presencia de infecciones oportunistas en la madre puede provocar soluciones de continuidad que permitirán el paso del virus. Esto concuerda con que las mujeres que padecen el SIDA tienen mayor riesgo de infectar a sus hijos que las mujeres portadoras sintomáticas el virus.

La infección del feto también depende del momento en que se produce el contagio en relación con la etapa del embarazo. Si el embarazo se produce en el periodo inicial de la infección materna, cuando hay más viremia y la infección no se encuentra desarrollada, el contacto del feto es más fácil. Si durante el embarazo la madre pasa de ser portadora a tener SIDA o la gestación se produce en etapas avanzadas de la enfermedad, cuando el sistema inmune esta muy deteriorado, la abundancia de virus en sangre facilita el contagio fetal.¹⁶

1.4.2.2 VÍA PERINATAL

Es posible la transmisión durante el parto, ya que en él, el niño está expuesto a la sangre infectada y secreciones genitales de la madre que se encuentran en el canal de parto por lo tanto esto constituye un serio riesgo en el momento de nacer. Hay trabajos que muestran una reducción del contagio del 20 al 14% si se practica una cesárea. Si hay mellizos suele contagiarse el primero. Se supone que este ya limpia el canal de parto, lo que libera del peligro al segundo.¹⁷

¹⁶ Ramírez, Rico. Separata de la revista. SIDA- ETS. Vól 2, núm. 2. México 1996. P. 13.

¹⁷ Ib. P 14.

Se han detectado casos de niños infectados nacidos por cesárea y no hay datos que sugieran que esta intervención desempeñe un papel preventivo en la transmisión del VIH.

1.4.2.3 VÍA POSTNATAL

También existe la posibilidad de un contagio posparto a través de la leche. El amamantamiento es un factor de riesgo. Algunas madres sanas durante el embarazo que se infectaron por transfusiones, después del parto contagiaron a sus niños a través de la lactancia.

1.4.3 VÍA HORIZONTAL

La vía de transmisión horizontal se produce por diferentes formas, entre ellas se encuentran:

- Transmisión sexual con una persona infectada (abuso a menores).

- Transfusiones con sangre contaminada (especialmente en pacientes que requieren hospitalizaciones continuas).

CAPÍTULO 2

2.1 DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN DE VIH EN NIÑOS.

El diagnóstico temprano es un punto de gran interés para la prevención del SIDA en niños, ya que en México un 60.9% de casos pediátricos han sido infectados por vía perinatal.

Como la mayor parte han sido infectados dentro del útero o durante el parto, la infección por VIH es una enfermedad de niños pequeños. El 50% de los casos se diagnostican durante el primer año de vida y el 82% durante los 3 primeros años. Los síntomas suelen manifestarse a los 4-6 meses, de hecho determinadas anomalías, como las adenopatías y la hepatomegalia, pueden observarse ya al nacimiento y algunos lactantes presentan infecciones oportunistas en el primer mes de vida.¹⁸

Al momento del nacimiento y hasta los 18 meses de edad, aproximadamente, los hijos de madres infectadas podrán tener una prueba positiva para anticuerpos contra el VIH, sin que esto sea necesariamente indicativo de infección, ya que dichos anticuerpos pueden ser inmunoglobulinas de origen materno que cruzaron la placenta durante el embarazo. Debido a la importancia de saber lo antes posible si un recién nacido o lactante está o no infectado, existen diversas alternativas que permiten el diagnóstico de infección por el VIH antes de los 18 meses de edad.

¹⁸ De Vita. op.cit. P. 343.

Los parámetros con los que nos debemos de guiar para integrar el diagnóstico de infección por el VIH en niños son los siguientes :

1) Sospecha de la Infección

Basada en datos epidemiológicos o en el estado clínico del niño.

2) En Niños Menores de 18 Meses

Nacidos de madres infectadas y asintomáticos, no es posible establecer el diagnóstico por métodos convencionales. En estos casos se utilizan antígeno p24 (Agp24), PCR y el cultivo viral; las dos últimas son las pruebas con mayor sensibilidad y especificidad para detectar la infección por el VIH. Con estas pruebas el diagnóstico puede establecerse en la mayoría de los casos desde el primer mes de edad y en prácticamente todos los pacientes a la edad de seis meses.¹⁹

Una prueba virológica positiva (Agp24, PCR ó cultivo) indica sospecha de infección, la cual deberá de ser confirmada con una segunda determinación, que se sugiere realizar a los dos meses y entre los cuatro y seis meses de vida.

3) En Niños Mayores de 18 meses

Se utilizan las mismas pruebas que en el adulto para establecer el diagnóstico, análisis inmunoenzimático y Western Blot.

4) Puede ser Descartada

La infección por VIH puede ser descartada en niños si cumple los siguientes criterios:

- Cultivo, PCR ó Agp24 negativos realizados a los dos meses y entre los cuatro y seis meses de vida

¹⁹ Ponce de León. op.cit.. P. 19.

- Anticuerpos contra el VIH negativos (dos o más determinaciones de ensayo inmunoenzimático) entre los seis y 18 meses
- Una prueba inmunoenzimática negativa, en caso de tener más de 18 meses de edad
- Sin criterios clínicos que definan SIDA
- Sin evidencia de laboratorio de inmunodeficiencia.

Aunque las pruebas serológicas han sido muy útiles para definir el espectro de la enfermedad en los adultos, la situación es más complicada en los lactantes a causa del paso transplacentario de los anticuerpos maternos. En los niños pequeños, el cultivo de VIH a partir de la sangre ú otros líquidos orgánicos puede confirmar la infección. Los análisis de antígenos en la sangre, líquidos orgánicos ó tejidos no han sido evaluados por completo ni se hallan universalmente disponibles, pero pueden proporcionar un método más sencillo y barato para detectar el virus y establecer el diagnóstico de infección. Otros métodos potencialmente útiles son la detección del antígeno VIH en los linfocitos neonatales ó el uso de análisis Western Blot seriados para demostrar la aparición de bandas nuevas de anticuerpos frente a las proteínas del virus.

En niños mayores, ó en los que se han infectado por otras vías, la existencia de un ELISA repetidamente positivo con una prueba de confirmación positiva como el Western Blot son suficientes para definir la infección por VIH.²⁰

2.1.1 SERODIAGNÓSTICO

Una confianza excesiva en el serodiagnóstico puede dar lugar a errores. La serología ELISA ha probado su utilidad en los niños, pero ha mostrado

²⁰ De Vita op.cit. P. 343.

resultados positivos y negativos falsos, las muestras que den resultados positivos en el ELISA deben repetirse y confirmarse mediante una prueba más específica, como el Western Blot.²¹

2.1.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hay que diferenciar la infección por VIH de otras inmunodeficiencias conocidas, ya sean congénitas o adquiridas. Se debe sospechar una infección por VIH cuando se observan las clásicas manifestaciones clínicas, sobre todo en un niño que puede considerarse de riesgo epidemiológico. El hallazgo en estos niños de inmunoglobulinas séricas elevadas, junto con una inmunodeficiencia celular T, suele conducir al diagnóstico.²²

2.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Al igual que en el adulto, existe un espectro de manifestaciones clínicas de la infección pediátrica por VIH. Los niños infectados pueden ser asintomáticos o hallarse en estado crítico.

El intervalo entre infección y aparición de los síntomas o del SIDA declarado es más corto en los niños que en los adultos y menor en los niños que adquieren la infección en el periodo perinatal que en los infectados por transfusiones. Los niños con identificación perinatal tienen una edad media de 9 meses en el momento del diagnóstico, mientras que en los que se han contagiado mediante transfusión, el intervalo entre ésta y el diagnóstico es de 17 meses por término medio. En algunos niños transfundidos, la aparición del SIDA se ha retrasado sustancialmente (hasta 7 años y medio).²³

²¹ De Vita op.cit. P. 343.

²² Ib. P. 344

²³ Ib. P. 345.

2.2.1 INFECCIONES BACTERIANAS

Una de las manifestaciones iniciales frecuentes de la infección por VIH en los niños es la infección bacteriana como sepsis, neumonías, meningitis, abscesos y celulitis, antes de que surjan otras manifestaciones del SIDA.

Los microorganismos habituales son *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae* y salmonelas; los microorganismos gramnegativos como enterobacteriáceas y pseudomonas, son la causa de muerte en estos pacientes.

También son muy frecuentes la otitis media crónica, las infecciones dérmicas de los tejidos blandos y las de la vía urinaria. La fiebre es habitual por lo que la hospitalización para la administración de antibióticos puede ser un acontecimiento repetitivo en estos niños.²⁴

Para prevenir recurrencias de infecciones respiratorias bacterianas graves algunos autores recomiendan antibióticos profilácticos señalando el riesgo de que los gérmenes involucrados desarrollen resistencia.²⁵

2.2.2 ENCEFALOPATÍA

Una de las manifestaciones más trágicas de la infección por VIH en los niños es una encefalopatía que provoca un retraso en el desarrollo ó un deterioro de las funciones motoras e intelectuales ya adquiridas.

La encefalopatía puede ser la primera manifestación de la enfermedad. Suele acompañarse de anomalías neurológicas, como paresia, signos piramidales, ataxia, tono muscular alterado ó parálisis pseudobulbar. En los niños más pequeños es frecuente la microcefalia adquirida. Pueden aparecer

²⁴ De Vita op.cit. P. 343.

²⁵ Ponce de León. op.cit. P. 18

convulsiones. El líquido cefalorraquídeo puede ser normal ó mostrar una ligera pleocitosis ó elevación de las proteínas. Las tomografías computarizadas suelen mostrar atrofia cerebral. Los electroencefalogramas muestran un enlentecimiento difuso.²⁶

2.2.3 NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOCITARIA (NIL)

Uno de los aspectos más característicos de la infección pediátrica por VIH es la NIL que aparece en 51% de los niños con SIDA, pero que es rara en los adultos. En ésta enfermedad pulmonar intersticial progresiva, los niños desarrollan un infiltrado reticulonodular bilateral y difuso, a veces con adenopatías hiliares y mediastínicas. El diagnóstico definitivo del NIL se hace por biopsia, en la que se observan agregados linfoides perobronquiales. Las características clínicas y radiológicas parecen tan típicas que a veces puede hacerse un diagnóstico de presunción sin necesidad de confirmación histológica.

Los niños con NIL suelen tener adenopatías generalizadas y aumento del tamaño de las glándulas salivales. El pronóstico de estos niños, que tienen una sobrevivencia media de 91 meses, es mejor que para los que padecen infecciones oportunistas.

No se ha aclarado la etiología de la NIL. En el tejido pulmonar de estos niños se ha comprobado la presencia de DNA del virus de Epstein- Barr y RNA del VIH.

No existe un tratamiento establecido, aunque se ha defendido el uso de corticoides en los casos progresivos.²⁷

²⁶ De Vita op.cit. P. 343.

²⁷ Ib. P. 344.

2.2.4 INFECCIONES OPORTUNISTAS

Al igual que en los adultos, los niños infectados por VIH desarrollan infecciones oportunistas por los patógenos que suelen asociarse a los defectos de la inmunidad celular. En los niños la NPC (neumonía por *pneumocystis carinii*) es la infección más frecuente, habiéndose observado en 52% de los casos de niños con SIDA. Otras infecciones importantes son la enfermedad diseminada por citomegalovirus, la esofagitis por candida, criptosporidiosis y la infección crónica por herpes simple.²⁸

2.2.5 OTRAS MANIFESTACIONES

Otros síndromes relacionados con VIH son la hepatitis con elevación de transaminasas, las enfermedades renales y una carditis o miocardiopatía que puede conducir a la muerte. Las características craneofaciales consisten en microcefalia, frente prominente, hipertelorismo, puente nasal plano, ojos oblicuos y largas fisuras palpebrales con escleróticas azules. Otra característica observada en los niños y no en los adultos es el agrandamiento de las glándulas salivales ó la parotiditis. En la biopsia, la glándula afectada muestra un infiltrado linfocitario. La trombocitopenia es otra característica de la infección pediátrica por VIH. La anemia, leucopenia y neutropenia inmune son otras de las anomalías que se presentan.

La varicela primaria puede tener una gravedad inusitada, y también puede producirse un herpes zoster ulcerativo y recidivante atípico, así que el tratamiento con aciclovir representa un papel importante en, al menos, algunos de los niños portadores de VIH y con una infección añadida por el virus de varicela- zoster.²⁹

²⁸ De Vita Op.cit. P. 343.

²⁹ Ib. P. 343.

2.3 MANIFESTACIONES ORALES

Los profesionales del campo de la odontología son a menudo partícipes de ésto, debido a que los signos y síntomas orales pudieran ser los indicadores iniciales que conducen a la sospecha de una infección del VIH y periódicamente, podrían ser la fuente de manifestaciones importantes durante el curso de la infección del VIH; y un aumento en frecuencia y/o la gravedad o los síntomas y signos orales pudieran señalar una aceleración de la incompetencia inmune. Por lo tanto, surge la responsabilidad de un asesoramiento con tacto.

Muchas de las manifestaciones orales asociadas con el VIH ocurren con alguna frecuencia. Esto implica una comprensión y la existencia de habilidades en la creación de un diagnóstico diferencial para las presentes y diversas lesiones potenciales las cuales podrían incluir los cambios rojos y blancos, las úlceras y las inflamaciones. Las siguientes enfermedades son sólo ejemplos de la implicación oral.

La más común infección oportunista es la candidiasis oral. El diagnóstico de este crecimiento excesivo de micosis es a menudo un desafío debido a que las manifestaciones incluyen las lesiones rojas o blancas, las cuales podrían ocurrir sobre cualquier superficie de la mucosa así como también la queilitis angular. Generalmente, los medicamentos tópicos y sistémicos antimicóticos son efectivos pero la recurrencia es común. Por tanto, habitualmente el tratamiento requiere de una planificación a largo plazo.

Las lesiones orales virales también son de alguna forma comunes y representan un desafío para el diagnóstico. Las infecciones simples de herpes recurrentes de los labios y la mucosa pueden tener lugar tal y como suceden las lesiones de apariencias diversas. Es necesario un diagnóstico correcto debido a que el tratamiento efectivo necesita de un medicamento

antiviral. Además, algunas cadenas del virus de papiloma humano (HPV) son contagiosas y se asocian con el condiloma acuminado. Se manifiestan como pequeñas y múltiples protuberancias que podrían aparecer como papilomas, fibromas o verrugas. El tratamiento es quirúrgico debido a que no existe un medicamento antiviral efectivo para el HPV.

Las úlceras inflamatorias pueden presentar de alguna manera formas atípicas como son las lesiones no específicas de la mucosa que muchas veces están dentro de la categoría de úlceras del tipo aftosa. Una vez más, el diagnóstico es necesario para la utilización de los medicamentos apropiados, los cuales a menudo son los corticosteroides tópicos y sistémicos. Se podría indicar una biopsia para descartar determinadas malignidades o enfermedades del tipo de granulomas. Las enfermedades inmunológicas del liquen plano y el eritema multiforme, pudieran ocurrir y también representan un desafío para el diagnóstico y el uso adecuado de los corticosteroides.

La enfermedad periodontal y gingival asociada con el VIH es una frecuente complicación que requiere de una consulta intensiva y de una atención en casa para el control. Los resultados satisfactorios demandan de la obediencia y el apoyo por parte del paciente mediante el uso de enjuagues antisépticos de la cavidad bucal, tales como el gluconato de clorhexidina al 0.12 % y por momentos de antibióticos. La recesión gingival y la pérdida alveolar ósea puede ser rápida y conducir al dolor y a la pérdida de los dientes. Probablemente, esta condición se basa en la flora alterada subgingival, los cambios en las enzimas de la saliva, las funciones anormales polimorfonucleares y la incompetencia inmune.³⁰

³⁰ Sol Silverman. The Impact of HIV and AIDS on Dentistry in the Next Decade. CDA Journal 1996;24(1):53-57.

2.4 NEOPLASIAS MALIGNAS

El sarcoma de kaposi, una manifestación frecuente del SIDA en adultos, solo se encuentra en el 4% de los niños con esta enfermedad.³¹

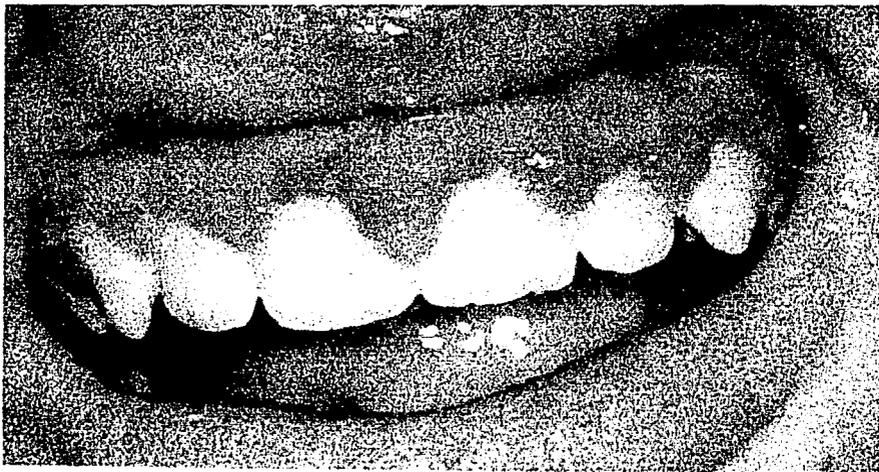
El linfoma de no-Hodgkin (NHL) es la más rápida y creciente malignidad asociada con el VIH. El NHL podría ser extranodal donde la primera prueba tiene lugar en la cavidad bucal, como un crecimiento exofítico o una ulceración. De nuevo se necesita de un diagnóstico extensivo diferencial para establecer un enfoque racional de éste para el paciente inmunocomprometido. Generalmente, el tratamiento implica la utilización de drogas citotóxicas y la radiación.³²

2.5 ESTUDIO INMUNOLÓGICO.

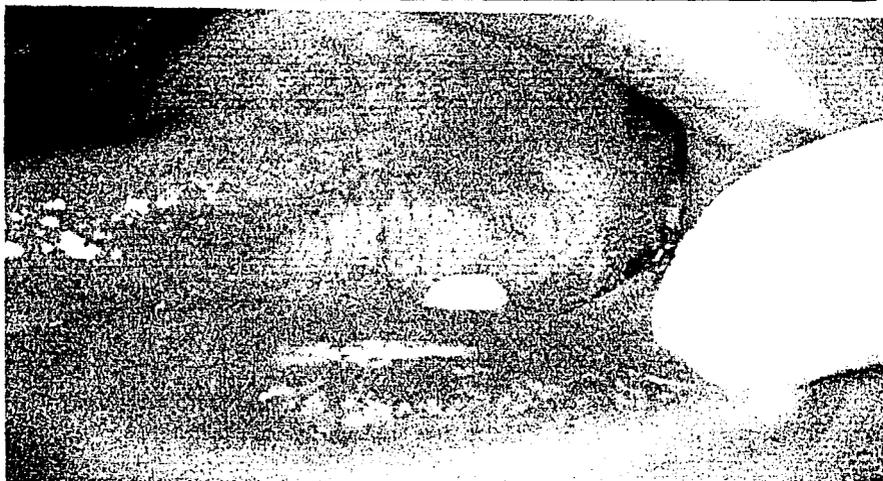
Estos niños suelen padecer de linfopenia y pueden no presentar un recuento normal entre los linfocitos T colaboradores y supresores, ni disminución de los linfocitos T. En estos casos también se suelen presentar alteraciones de la inmunidad humoral (células B) seguidas de trastornos en las células T (inmunidad celular). La producción de interferón y la actividad de las células natural killer pueden estar alteradas.

³¹ De Vita. op.cit. P. 343.

³² Sol Silverman. op.cit. P. 56



Gingivitis Herpética

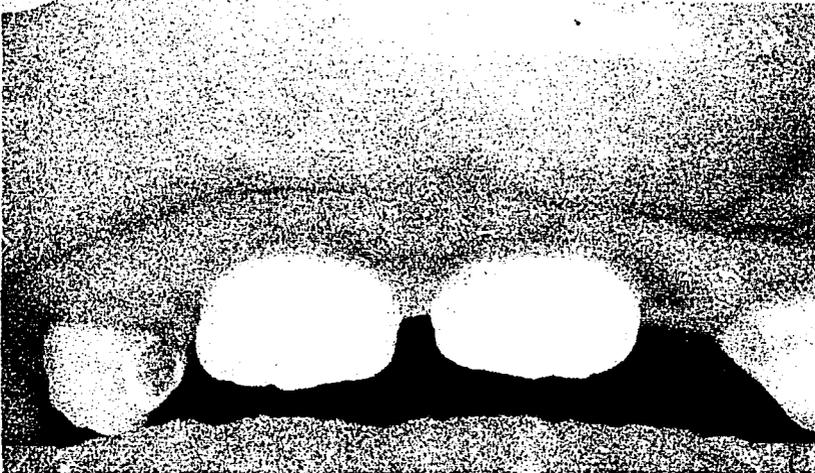


Leucoplasia Pilosa en borde lateral de lengua en niño de 9 años de edad

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



**Candidiasis pseudomembranosa
crónica en lengua**



Eritema gingival lineal

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Caries dental múltiples

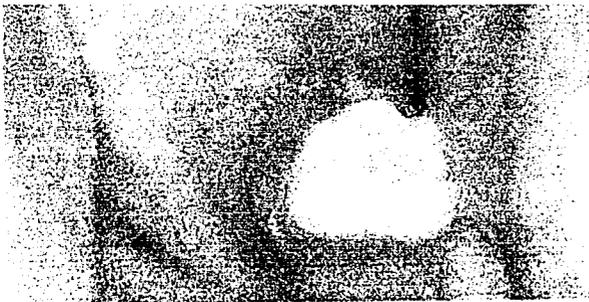
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Sarcoma de Kaposi en la pierna de un niño hemofílico



Sarcoma de Kaposi en paladar blando y úvula



Úlcera atípica de encía

CAPÍTULO 3

3.1 SEGUIMIENTO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN PEDIATRÍA

Para la valoración de la evolución de la infección por VIH, inicio y respuesta al tratamiento, así como la decisión del cambio de tratamiento se considera necesario el seguimiento de parámetros clínicos, inmunológicos y virológicos.

3.1.1 PARÁMETRO CLÍNICO

Existe un sistema de clasificación clínica con valor pronóstico para los niños con el VIH/SIDA que varía desde el paciente asintomático hasta el paciente con sintomatología grave. El incremento ascendente de la categoría se asocia a una menor supervivencia.³³

3.1.2 PARÁMETRO INMUNOLÓGICO

Se realizará con las cuentas totales y el porcentaje de CD₄, los cuales varían según la edad del paciente y el grado de inmunosupresión con el que curse. Los valores de CD₄ son semejantes a los del adulto cuando el niño tiene alrededor de seis años de edad. Un cambio en el porcentaje de CD₄, y no en el número total, se considera un mejor marcador de la progresión de la enfermedad. El pronóstico del paciente se ensombrece cuanto menor sea el

³³ Ponce de León, op.cit. P. 19.

número total y porcentaje de los CD₄, así como con el incremento de la categoría clínica.³⁴

Los valores de la subpoblación de linfocitos en conjunto con otras mediciones, se utilizan también para la toma de decisiones relacionadas al tratamiento antirretroviral y para el inicio de la profilaxis contra *Pneumocystis carinii* en mayores de un año de edad.

Se recomienda realizar la determinación de CD₄ tan pronto sea posible, al establecer el diagnóstico del VIH y posteriormente dar seguimiento cada tres a seis meses.

3.1.3 PARÁMETRO VIROLÓGICO

La carga viral (CV) en sangre periférica puede ser determinada usando ensayos cuantitativos de VIH-ARN. Este parámetro se utiliza para evaluar en algunos casos el inicio del tratamiento antirretroviral y valorar la evolución del manejo instituido.

Existen pocos trabajos publicados en el área de pediatría-VIH-CV y en alguno de ellos se están analizando todavía los resultados a largo plazo, sin embargo, debe de tenerse en consideración que los niveles de CV durante el primer año de vida son elevados, por lo tanto, son difíciles de interpretar, ya que la mayoría de las recomendaciones en pediatría están basadas en resultados obtenidos de adultos. A partir de los tres años de edad se considera que los valores de la CV son semejantes a los del adulto.

Un nivel elevado de CV (>100,000 copias/ml) se ha asociado a un mayor riesgo para la progresión de la enfermedad y mortalidad cuando la subpoblación de linfocitos es menor de 15%. Existen reportes que sugieren que los niveles de CV y CD₄ (%) en conjunto, definen en forma más precisa el pronóstico.

³⁴ Ib. P. 20.

No se deben de realizar cambios en el tratamiento como resultado de incremento en la CV en una sola determinación, a menos que sea confirmado por una segunda muestra.

La respuesta debe de ser observada cuatro semanas después del inicio del tratamiento, no obstante, el tiempo requerido para una máxima respuesta virológica puede variar dependiendo de los valores de la CV al inicio de la terapia y del tratamiento instituido. A diferencia del adulto, la disminución significativa de la CV se observa entre las ocho y 12 semanas del inicio del tratamiento en los niños.³⁵

3.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los primeros signos y síntomas de la infección por VIH transmitida en forma vertical suelen aparecer en la segunda mitad del primer año, aunque algunos lactantes desarrollan infecciones oportunistas ya desde el primer mes de vida. La mitad de los niños infectados tendrán los requisitos de un diagnóstico de SIDA para el año de edad y 80% hacia los tres años, algunos niños tienen un periodo de infección latente hasta por 7 años.

Los signos y síntomas principales del SIDA pediátrico se muestran en la siguiente tabla.

SIGNOS Y SÍNTOMAS EN EL SIDA PEDIÁTRICO	
➤	MAS FRECUENTES.
•	Falta de desarrollo
•	Otitis Media Frecuente
•	Retardo del crecimiento
•	Linfadenopatía, inflamación de los ganglios linfáticos
•	Hepatoesplenomegalia
•	Candidiasis oral persistente

³⁵ Ponce de León. op.cit. P. 21.

- Diarrea crónica o recurrente
- Microcefalia
- Infecciones Oportunistas
- Neumonía intersticial linfocítica
- Enfermedades de la piel (candidiasis y seborrea)
- Tumefacciones de la parótida
- Afección neurológica

Retardo en el desarrollo

Pérdida de los logros en el desarrollo

Demencia

Encefalopatía

SIGNOS Y SINTOMAS EN EL SIDA PEDIATRICO.

➤ MENOS FRECUENTES.

- Infecciones oportunistas
- Trombocitopenia
- Hepatitis
- Cardiomiopatía
- Nefropatía
- Parotiditis
- Dismorfología y Embriopatía por VIH
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma de células B
- Estómago inflamado
- Irritaciones de la piel con comezón

No aumenta de peso, no puede realizar actividades que pueden hacer los niños sanos de la misma edad (sentarse solos, gatear).

3.3. MEDIDAS GENERALES

El manejo de los pacientes con infección por VIH debe de ser multidisciplinario, con participación de diversos profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales y nutriólogos, entre otros.

El apoyo nutricional debe ser con los alimentos más adecuados, que estén al alcance de la familia y que sean del agrado del niño, así como educación familiar relacionada a la alimentación, desde el momento del diagnóstico de infección por VIH/SIDA.

Cuando la asesoría nutricional por sí sola deja de ser eficaz, deberá recurrirse a suplementos nutricionales, si aún así no se logra un peso adecuado deberá de valorarse la terapia nutricional enteral a través de sonda nasogástrica, gastrostomía o enterostomía. La alimentación parenteral será una opción cuando el intestino del niño se considere no funcional o ante la presencia de una infección grave que no permita la alimentación por vía enteral.³⁶

En cuanto a la educación, se sugiere que los niños infectados acudan a la escuela, a menos que no tengan control de sus secreciones corporales, presenten lesiones rezumantes descubiertas, ó desarrollen una conducta inaceptable, como morder a sus compañeros, o se piense que sufren un riesgo inaceptable de contraer enfermedades infecciosas. Los lactantes y niños muy pequeños suponen un problema especial, dada su falta de control sobre las secreciones corporales y su conducta oral, las recomendaciones actuales son que no acudan a guarderías. Todas las personas con probable exposición a los líquidos orgánicos de los niños infectados deben saber que el niño tiene la infección, para que tomen medidas y precauciones adecuadas.³⁷

³⁶ Ponce de León. op.cit.. P. 21

³⁷ De Vita op.cit. P 343.

3.4 VACUNACIÓN.

Los niños con infección por VIH/SIDA deben de recibir todas las vacunas que tendría un niño normal de la misma edad, como se señala en la Cartilla Nacional de Vacunación. Existen algunas recomendaciones especiales:

-No vacunar con BCG a los pacientes sintomáticos y/o con inmunosupresión grave.

-No aplicar la vacuna triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola) o la monovalente con anti-sarampión a los niños con inmunosupresión grave.

-No administrar la vacuna contra varicela a los niños infectados con el VIH/SIDA.

-La inmunización antipoliomielítica de virus vivos atenuados OPV (Sabin) se aconseja sustituir por una de virus muertos VPI (Salk), aunque no se ha descrito ningún caso de poliomiелitis asociada a vacuna cuando se ha administrado la OPV en niños infectados por el VIH. Se aconseja que el niño infectado con el VIH/SIDA no esté en contacto con otros niños que hayan recibido la vacuna Sabin en las últimas dos semanas; para los países en desarrollo la OMS recomienda vacunar con la OPV por su mayor facilidad de administración y por que la administración de VPI puede no ser factible por las dificultades en su disponibilidad. Recomendamos valorar el riesgo-beneficio de no vacunar contra la poliomiелitis y administrar la vacuna Sabin a los niños con el diagnóstico de exposición perinatal infectados por el VIH y no aplicarla en pacientes con inmunosupresión grave.

-Es indispensable la vacunación contra *Haemophilus influenzae* y neumococo, por la gran frecuencia de estos gérmenes en niños con SIDA.

-Dado que los niños infectados con VIH tienen un mayor riesgo de morbilidad secundaria a varicela y Herpes zoster comparado con niños sanos, el Comité Asesor sobre la Práctica de Inmunizaciones en los Estados Unidos amplió la recomendación de considerar la administración de la

vacuna contra varicela en niños con VIH asintomáticos o con sintomatología leve, clase N1 ó A1, con CD₄ de acuerdo a la edad igual o mayor a 25%. Se aconseja aplicar dos dosis de vacuna con un intervalo de tres meses (se debe valorar el riesgo contra el beneficio).³⁸

Es importante no diferir innecesariamente la vacunación, ya que el deterioro inmunológico progresivo que se produce a medida que van pasando los meses puede incrementar la pérdida de la eficacia vacunal; sin embargo, cuando un niño VIH positivo está expuesto a un contacto con una enfermedad prevenible, como sarampión o tétanos, debe de ser considerado susceptible y recibir inmunoprolifaxis pasiva, independientemente de que esté o no correctamente vacunado contra dicha enfermedad.

3.5. NEUMONÍA POR *PNEUMOCYSTIS CARINII*

A los niños que nacen de madre infectada con el VIH se les debe administrar Trimetropim/Sulfametoxazol (TMP/SMX o Co-trimoxazol), en la cuarta a sexta semana de vida.³⁹

- Se deberá suspender en los niños en quienes se descarte infección por VIH.
- En los niños infectados o en los que no se ha definido el diagnóstico deberá continuarse la profilaxis con TMP/SMX hasta el año de edad.
- Después de un año de edad se suspenderá o continuará la profilaxis en los niños infectados dependiendo de la cuenta de CD₄.

³⁸ Ponce de León. op.cit. P. 23.

³⁹ Ib. P. 23.

- Niños con antecedentes de neumonía por *Pneumocystis carinii* deben de recibir – profilaxis por el resto de la vida.

En México no se conoce con exactitud la prevalencia de neumonía por *Pneumocystis carinii* en pediatría, pero se sospecha que podría ser muy baja, por lo que la utilización de profilaxis con TMP/SMX en menores de un año de edad es discutible.⁴⁰

3.6. TUBERCULOSIS

- o A los hijos de madres infectadas por el VIH se les debe aplicar PPD antes de los 9-12 meses y se repetirá cada año.
- o Si el niño convive con una persona infectada con *Mycobacterium tuberculosis* se debe descartar que curse con tuberculosis.
- o Al niño expuesto a una persona con tuberculosis activa se le debe de administrar quimioprofilaxis, después de descartar la presencia de enfermedad en el niño.

3.7. PRONÓSTICO

Los niños diagnosticados antes del primer año de vida y los que tienen encefalopatía parecen presentar menor supervivencia. Parece que los que

⁴⁰ Ponce de León. op. cit. P. 24.

tienen NPC tienen síntomas a una edad mas temprana que los que sufren otras enfermedades oportunistas, y su supervivencia media es menor.⁴¹

El tiempo entre la infección y el desarrollo del SIDA suele variar ampliamente entre los niños. La mayoría de ellos son asintomáticos al nacer.

El pronóstico depende de las vías de transmisión, de la edad en que se produjo el contagio, de la presencia de síntomas y del momento en que aparecen esas manifestaciones.

La supervivencia es mayor si la infección es producida después de los dos años que si lo hace durante el embarazo ó en el momento del nacimiento. En estos casos la mortalidad es mas alta en el primer año de vida. Después del diagnóstico la supervivencia media no supera los 36 meses.⁴²

3.8 TRATAMIENTO.

La infección por VIH/SIDA es una enfermedad tratable, si se tiene como objetivo primordial incrementar la sobrevida y mejorar la calidad de vida de los enfermos. En estos pacientes se requieren los cuidados que se tienen con un niño normal, en lo que se refiere a las consultas para vigilar el crecimiento y desarrollo, así como el esquema de vacunación.

En el pasado, cuando se utilizaba la monoterapia con AZT, estando los pacientes en las mejores condiciones de atención, el promedio de sobrevida era de cinco años, dependiendo de la experiencia de cada grupo.

La sobrevida de los pacientes recibiendo terapia combinada no se conoce con exactitud, dado que existe poco tiempo de utilizar estos tratamientos y los pacientes están en seguimiento.

⁴¹ De Vita op.cit. P.343.

⁴² Sande, Volberding. Manejo Médico del SIDA. Ed. Interamericana. 2ª. Edición. México 1992. P. 394.

Los niños tratados a tiempo con agentes antirretrovirales están teniendo una vida más larga y sufren infecciones oportunistas que reflejan una enfermedad crónica (*Micobacterium avium*, herpes simple). Cada vez menos niños están padeciendo *Pneumocystis carinii*, debido a que la profilaxia se inicia desde el mes de edad, basada en la cuenta de los linfocitos CD₄ y los factores de riesgo.⁴³

3.8.1 TRATAMIENTO ESPECÍFICO

Las recomendaciones para el inicio del tratamiento antirretroviral son clínicas, inmunológicas y virológicas.

Un factor de suma importancia para la decisión del inicio del tratamiento antirretroviral es considerar el grado de participación de las personas que cuidan al niño y del mismo paciente, ya que son determinantes para un buen apego al tratamiento. La carencia de éste dará niveles subterapéuticos de los antirretrovirales y el consiguiente desarrollo de resistencias y fracaso terapéutico.

3.8.2 TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN NIÑOS CON VIH/SIDA

A todos los niños con el VIH/SIDA se les debe ofrecer tratamiento antirretroviral combinado, siendo la meta, obtener la máxima supresión de la replicación viral, preferencia a niveles indetectables lo más rápido y por el mayor tiempo posible, permitiendo que el paciente curse con una mejor calidad de vida, sobrevida, y retrasando el desarrollo de mutaciones relacionadas con la resistencia.

⁴³ De Vita. op.cit. P. 344.

Los regímenes dobles, aunque no son ideales, deben ser considerados para el tratamiento del paciente que no tiene la posibilidad de adherirse a esquemas complejos. Estos tratamientos han demostrado beneficio clínico en niños y adultos, aún cuando la supresión viral no es tan efectiva como con la terapia triple y por lo tanto tienen mayor riesgo de resistencia futura.⁴⁴

La Zidovulina sigue siendo la primera opción antirretroviral en niños y combinada con la Didanosina mejora su acción. Los pacientes infectados con el VIH/SIDA deben ser admitidos en un centro especializado para su atención.

⁴⁴ Ponce de León. op.cit. P. 29.

CAPÍTULO 4

4.1 PREVENCIÓN

La clave del control futuro de las infecciones por VIH radica en la prevención. Como la mayoría de los niños afectados se infectan por vía transplacentaria o de manera perinatal, es imprescindible el control de la infección en la población adulta, poner en marcha programas educativos dirigidos a modificar las conductas que favorecen la transmisión. Es esencial la identificación de las mujeres infectadas mediante programas de detección sistemática de anticuerpos.

Las mujeres infectadas deben recibir asesoría eficaz para evitar los embarazos. Las gestantes tiene que comprender el riesgo que corren sus hijos, incluido el de la alimentación al pecho.⁴⁵

4.2 LOS CONSULTORIOS DENTALES Y LOS RIESGOS DE TRANSMISIÓN

Los profesionales del campo de la odontología, ya sea conscientemente o inconscientemente, tratarán a pacientes infectados con el VIH durante la próxima década. Probablemente, los practicantes generales llevarán el mayor peso. El efecto ya es evidente. Los principios de los CDC, los cuales se añaden a los gastos y la complejidad de ejercer la profesión, podrían ser cada vez más restrictivos e incómodos según se incremente la epidemia. Las creencias y las actitudes que sostienen los pacientes, así como los clínicos, serán la base de interés en relación con los riesgos de transmisión y los procedimientos de las consultas. Con seguridad, la diversidad de actitudes entre los odontólogos y el personal del consultorio pueden crear tensiones las cuales pueden dictar las posiciones de la consulta, la atmósfera y las funciones. Además, las informaciones actuales relacionadas con la

⁴⁵ De Vita. op.cit. P. 344.

transmisión y la virulencia podrían incluso endurecer las limitaciones y agravar las emociones y las actitudes. Por ejemplo, los riesgos de transmisión podrían convertirse en una amenaza más grave si el VIH llega a alcanzar una virulencia semejante a la de la hepatitis B.

En relación con las pruebas para la transmisión clínico-paciente, los estudios de casos del CDC ahora incluyen a 143 personas. En los 46 casos comprobados, ninguno pertenece al campo de la odontología. En los otros 97, los cuales no están comprobados, 6 sí forman parte del personal odontológico. Está claro que los riesgos de transmisión son en extremo bajos y con el seguimiento de las directrices para el control de las enfermedades infecciosas los riesgos son en esencia no existentes, salvo la punción, la laceración y las heridas. Además, existen pruebas de que una proteína que se encuentra en la saliva, aún no muy bien caracterizada, podría inhibir la reproducción del VIH. A la proteína se le conoce como SLPI (Inhibidor de Proteasa Leucocitos de Secreción). Esto podría explicar la falta de pruebas para la transmisión oral.

Se deben tener en cuenta los riesgos de otras enfermedades infecciosas. De esta forma, la información y las directrices se examinarán y evaluarán en relación con los nuevos organismos y la transmisión mediante la sangre y los aerosoles, por ejemplo, la actividad de la tuberculosis bacteriana y la hepatitis viral.⁴⁶

Los encargados de brindar la atención a la salud oral, se verán cada vez más implicados, así se amplíe la epidemia. El peso de la educación continuada concerniente a la biología del VIH, al diagnóstico y al tratamiento de las manifestaciones orales y al control por medio de los principios de las enfermedades contagiosas, no sólo se mantendrán sino que podrían ser cada vez más intensas.

⁴⁶ Sol Silverman. op.cit. P. 55.

La sensibilidad del paciente y del equipo de trabajo seguramente será un tema de creciente importancia en las funciones del consultorio. Obviamente, las consideraciones que influyen sobre las decisiones se basarán en la letalidad del VIH en las actitudes emocionales, en los conceptos errados, en las implicaciones legales y políticas, en los factores económicos, en las presiones familiares, en la comprensión, en el conocimiento y en la compasión.

Dentro de su competencia y calificaciones, los odontólogos tienen la responsabilidad de tratar a los pacientes infectados con el VIH sin influencias o discriminación. La ley establece que el consultorio de odontología es un lugar de trabajo de acceso público para los pacientes con incapacidad (la definición legal de incapacidad incluye a la infección del VIH).

En la actualidad debemos conscientizar que el VIH no es altamente virulento, que no se transmite por contacto casual y que mediante el seguimiento de las directrices de los principios para las enfermedades infecciosas, respecto a los patógenos que nacen en la sangre, los pacientes y el equipo de trabajo estarán a salvo.⁴⁷

4.3 EL MANEJO DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL

La mayor preocupación de los cirujanos dentistas que proveen atención a pacientes con SIDA, es minimizar la posibilidad de transmisión de la infección hacia ellos mismos, a su equipo de trabajo, ó a otros pacientes.

En los procedimientos dentales regularmente existe una mezcla de saliva y sangre que representa un riesgo al operador si este presenta alguna herida en las manos, o no tiene protección en los ojos. Otra forma de riesgo que puede presentarse en el tratamiento dental es el uso sin precaución de agujas o instrumentos cortantes que estuvieron en contacto con sangre.

⁴⁷ Sol Silverman. Op.cit. P. 56.

4.4 PROCEDIMIENTOS PARA CONTROLAR LA INFECCIÓN POR SIDA.

1. Las batas deben de cambiarse diariamente o cuando estén salpicadas con sangre. Las batas que no sean desechables deberán lavarse.
2. Las superficies que puedan ser contaminadas con sangre o saliva deben ser cubiertas con plástico transparente (manijas de la lámpara, cabeza de las rayos X, etc.
3. Usar barreras de protección.
 - a) Guantes.- Deben ser usados por todos los profesionales de la salud que tengan en contacto con mucosas, fluidos corporales o secreciones. Las manos deben ser lavadas perfectamente antes de colocarse los guantes, así mismo, se deben de usar guantes nuevos con cada paciente.
 - b) Lentes de protección y caretas.- Deben ser usados ya que puede salpicar sangre o saliva.
 - c) Dique de hule.- Debe ser empleado cuando se utilice la pieza da alta velocidad.
4. Antes de la esterilización los instrumentos deben de ser lavados con detergente y agua, para esto para esto se tienen que usar guantes de goma gruesos.
5. Las piezas de mano se deben de esterilizar, de no ser posible deben lavarse con detergente con agua y sumergirlas en un agente germicida.
6. Siempre que sea posible deben de utilizarse artículos desechables.

7. Al emplear agujas se debe ser muy cuidadoso, no se debe reinsertar la aguja en su cubierta ya que si se van a aplicar varias inyecciones existe mas riesgo de que ocurra un accidente. Por eso se recomienda alejar la jeringa del área de trabajo.

8.- Colocar todas las agujas, hojas de bisturí e instrumentos cortantes en un contenedor de residuos infectocontagiosos.

4.5 CONSIDERACIONES EN EL PLAN DE TRATAMIENTO.

Los pacientes que han tenido contacto con el virus y son asintomáticos pueden recibir todo el tratamiento dental que necesiten así como los pacientes en las primeras etapas del SIDA. Los niños que tienen los síntomas mas severos del SIDA se les debe atender lo mas urgente para prevenir dolor e infección. Se debe presentar atención especial a la prevención de infecciones y sangrado excesivo en pacientes con inmunosupresión severa y trombocitopenia cuando se planeen procedimientos restauradores ó quirúrgicos. Esto involucra el empleo de antibioticoterapia profiláctica, ordenar un recuento de plaquetas y tiempo de sangrado previo a cualquier procedimiento quirúrgico.

Si hay trombocitopenia severa se puede considerar una transfusión ó recambio de plaquetas. Antes de cualquier procedimiento dental se debe consultar al pediatra.

Antes de iniciar cualquier procedimiento, es prudente dar al paciente un enjuague bucal, como gluconato de clorhexidina, ya que éste baja la carga bacteriana en la cavidad oral y puede reducir la incidencia de la diseminación bacteriana durante el tratamiento.

La anestesia local no se relaciona con la diseminación de las infecciones oportunistas, sin embargo, la anestesia regional se debe evitar en pacientes que hayan tenido problemas de hemorragias, se prefiere en estos casos realizar una infiltración local.

CONCLUSIONES:

La formación de profesionales que conozcan el proceso de interacción de las distintas enfermedades con el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida es una necesidad fundamental, debido al aumento de número de casos de pacientes pediátricos con SIDA. Crear una atención especializada, concretamente en Odontología ayudará a la detección y tratamiento temprano de los pacientes infectados; así, se les podrá brindar una mejor calidad de vida.

Este trabajo es una recopilación de los aspectos básicos y fundamentales del SIDA pediátrico. Se ha revisado el tratamiento odontológico a seguir con éste tipo de pacientes de acuerdo a la etapa de la enfermedad en la que se encuentren.

La decisión de atender o no a un niño con SIDA, se basa en el conocimiento pleno de la historia natural de la infección, sus signos, manifestaciones y etapas, ya que en la mayoría de los casos será preferible remitir al niño a un hospital donde le brinden una atención integral; ó siendo un caso muy avanzado, se podrían causar más complicaciones y correr riesgos previsibles si se evalúa al paciente previamente.

Los cirujanos dentistas debemos conocer las manifestaciones orales del SIDA, con el fin de diagnosticar verazmente mediante las pruebas de detección antes mencionadas. Esto no indica que el paciente que no presente manifestaciones orales de cualquier infección, no deba ser tratado con las barreras y medidas de protección necesarias, ya que en la práctica odontológica actualmente se dice que todos los pacientes deberán ser tratados como potencialmente infecciosos.

BIBLIOGRAFÍA

Broder, Gallo. A Pathogenic retrovirus (HTLV-III) linked to AIDS. English Medical Journal 1995; 311: P 1292-96.

De Vita, Hellman. SIDA, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención. Ed. Salvat. 2ª. Edición. España. 1990. P 343-353.

Gatell Artigas. Guía Practica del SIDA. Clínica, Diagnóstico y Tratamiento. P 1-2.

Glick, Michael. Dental Management of patients with HIV. Quintessence Books. USA. 1994. P 263-268.

Greenspan, John. Oral manifestations of HIV infection. Mosby comp. P 229-237.

Jawetz, M. Microbiología Médica. Ed. El Manual Moderno. México 1992. P 617.

Laskaris. Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica. 1ª. Edición. Venezuela. 2001. P 251- 257.

Little, James. Dental management of the medically compromised patient. Mosby Comp. 3ª. edición. USA. 1988. P 251- 258.

Ponce de León. Guía para la atención médica de pacientes con infección por HIV-SIDA en consulta externa y hospitales. México, D.F. CONASIDA, SSA, 2000.

Ramírez, Rico. Separata de la revista. SIDA- ETS. Vól 2, núm. 2. México 1996.

Ramos- Gómez Francisco et al. Classification, diagnostic criteria, and treatment recommendations for orofacial manifestations in HIV-infected patients. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry. Volúmen 23, número 2. USA. 1999.

Saldaña, Torales, Infectología Clínica Pediátrica. Ed. Trillas. México. 1988; P 594-609.

Sande, Volberding. Manejo Médico del SIDA. Interamericana Mc Graw Hill. 2ª. Edición. 1992. México. P 392-413.

Sol Silverman. The impact of HIV and AIDS on Dentistry in the next decade. CDA Journal 1996; 24 (1): 53-57.