



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

TESIS

Conducta odontológica a seguir ante
pacientes con VIH/SIDA. Presentación de
dos casos clínicos.

Que para obtener el título de Cirujano Dentista
presenta:

Paredes Rodríguez Fernando Junnan

Directora de tesis:

CD. EOPB. María del Carmen Salazar Vera

México D.F. Diciembre 2014



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.

AGRADECIMIENTOS

Antes que nada, quiero agradecer a mis padres, Faustino Paredes Morán y Norma Rodríguez Urbina, por todo su amor, apoyo, sacrificio y fortaleza a lo largo de éste camino, porque con su ejemplo y su guía me dieron las herramientas necesarias para salir adelante.

A mi hermano Erik Fabián Paredes Rodríguez, por el amor, respeto y respaldo que me ha dado, no tengo palabras para agradecerle todo el cariño y enseñanzas que me ha y seguirá brindando en mi vida. Sin duda, pieza fundamental en este logro y la mejor persona que he conocido. Muchas Gracias.

A toda mi familia, sin excepción alguna, todos ellos me han brindado toda su confianza y siempre me apoyaron, incluso como pacientes. Gracias por estar conmigo en las buenas y en las malas, por sus muestras de afecto y aliento.

A la doctora María del Carmen Salazar Vera, por el aprendizaje, apoyo y guía, no sólo para la realización de ésta tesis, si no a lo largo de la carrera. Siempre le estaré agradecido por permitirme compartir la dicha de realizar ésta tesis con usted.

Al doctor Sergio Zamorano y a la doctora Roxana Bautista, por brindarme su sabiduría y permitirme laborar con ustedes; por compartir sus experiencias y enseñanzas a lo largo de la carrera, enseñanzas que fueron no sólo académicas o laborales, si no también, de vida. Gracias por todo.

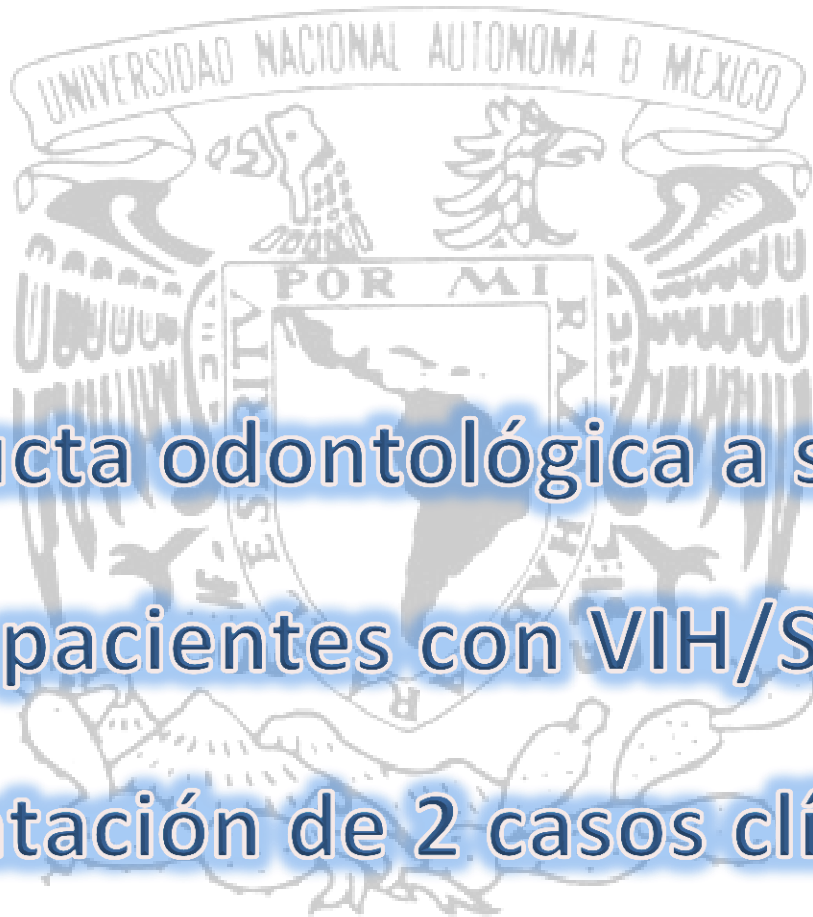
A mis compañeros y amigos que he tenido la fortuna de conocer a lo largo de mi vida; gracias a todos y cada uno de ellos por las vivencias, aventuras y cariño.

Pero sobre todo, han contribuido en hacer de mí la persona que soy.

A todos los profesores, doctores y maestros, de quienes he tenido la dicha de adquirir sus conocimientos y que esto ayude en mi preparación. Además, agradezco a aquellos que me han brindado, por encima de sus conocimientos, todo su apoyo e inclusive su amistad.

Por último y no por menos importante, gracias a mi querida Universidad Nacional Autónoma de México, y en especial a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por permitirme realizar éste sueño de terminar una carrera profesional y consolidarme con un título. Con admiración y respeto, siempre estaré agradecido.

"Por mi raza hablará el espíritu"



Conducta odontológica a seguir
ante pacientes con VIH/SIDA.
Presentación de 2 casos clínicos.

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO



INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	3
CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL VIRUS	3
MECANISMOS INMUNOLÓGICOS INVOLUCRADOS	4
FISIOPATOLOGÍA DEL VIH/SIDA	5
FASE AGUDA DE LA ENFERMEDAD	6
FASE CRÓNICA DE LA ENFERMEDAD	7
SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)	7
MORBILIDAD Y MORTALIDAD	8
EPIDEMIOLOGÍA	9
MANIFESTACIONES CLÍNICAS SISTÉMICAS ASOCIADAS A VIH/SIDA	10
MANIFESTACIONES CLÍNICAS BUCALES ASOCIADAS A VIH/SIDA	12
MANEJO DE LAS LESIONES ORALES RELACIONADAS CON VIH	16
TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA A EMPLEAR EN PACIENTES VIH.	22
AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	36
DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES VIH/SIDA	39
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE VIH	40
CONDUCTA ODONTOLÓGICA ANTE PACIENTES CON VIH/SIDA	41
MATERIAL Y MÉTODOS	54
PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS	55
CASO NO. 1	55
CASO NO. 2	60
DISCUSIÓN	65
CONCLUSIONES	67
PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	92
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO BRINDADO A LOS PACIENTES	92



INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta tesis es mostrar la conducta odontológica, las precauciones y limitaciones que podemos tener para la atención de pacientes con VIH/SIDA, por tal motivo presento dos casos clínicos que tuve oportunidad de atender durante mi servicio social en el “Centro Comunitario Santos Fundadores” perteneciente al Club Rotario Coyoacán con el propósito de sensibilizar a los estudiantes y profesionistas de odontología sobre los mitos y temor que aún prevalecen para atender a las personas con VIH ya que, por ejemplo, en palabras propias de un paciente con VIH que solicitó consulta con un odontólogo de práctica privada y le fue negada, comentó: “existe mucho rechazo por parte de la comunidad médica, a tal grado que niegan los servicios de salud con el argumento de falta de conocimiento sobre la enfermedad”.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un lentivirus de la familia Retroviridae, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Su principal característica clínica consiste en un periodo prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años. Ha sido aislado en saliva, lágrimas, orina, semen, líquido preseminal, fluidos vaginales, líquido amniótico, leche materna, líquido cefalorraquídeo y sangre.

El SIDA constituye la etapa crítica de la infección por VIH. En esta fase de la infección, el portador del VIH posee un sistema inmunológico que probablemente sea incapaz de reponer los linfocitos T CD4 que pierde bajo el ataque del VIH. De esta manera, el portador del virus es presa potencial de numerosas infecciones oportunistas que le pueden conducir a la muerte. La neumonía por *P. jiroveci*, el sarcoma de Kaposi, la tuberculosis, la candidiasis y la infección por citomegalovirus son algunas de las infecciones más frecuentes que atacan a los seropositivos que han desarrollado SIDA.

En el último estudio realizado en el 2012 por la Organización de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (ONUSIDA), se estimó que existen alrededor de 35.4

millones de personas portadoras del virus en todo el mundo, de los cuales, 32.1 millones son adultos y 3.3 millones son niños menores de 15 años.

En México, los últimos datos (septiembre 2013), reportan que actualmente hay alrededor de 170,000 personas portadoras del virus del VIH. De los cuales, la gran mayoría de los portadores habitan en la “zona de influencia” de la FES Zaragoza, es decir, el **Distrito Federal (25,750 portadores)** y el **Estado de México (17,639 portadores)**. Por lo tanto sí comparamos dichas cifras con el último censo (2010) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el Distrito Federal cuenta con 8, 851,080 de habitantes, mientras que el Estado de México cuenta con 15, 175,862 de habitantes, lo que significa que en el Distrito Federal tenemos un 15.5% de probabilidad de encontrarnos con un portador del virus del VIH, mientras que en el Estado de México existe un 10.6%.

El Cirujano Dentista es un elemento importante en el equipo de salud para la atención de éstos pacientes, ya que muchos de los signos y síntomas típicos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) aparecen por primera vez en la boca y, a menudo, es el higienista dental el primero en notar estos cambios en el paciente, por lo que es preciso señalar que siguiendo o tomando de ejemplo las precauciones y limitaciones mostradas en ésta tesis, podemos atender a éstos pacientes sin ningún problema.

Asimismo, las manifestaciones orales son comunes en las personas con infección por VIH. Según algunos estudios, más del 90% de los pacientes infectados, tienen por lo menos una manifestación oral relacionada con el VIH en el curso de su enfermedad, por lo que también, se muestra el como diagnosticar el virus y la enfermedad en los pacientes, como diagnosticar y tratar sus posibles manifestaciones y por último, como y donde referir a los pacientes en caso de ser necesario.



MARCO TEÓRICO

La epidemia producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha ocasionado en los últimos años, diversos cambios en la atención odontológica, principalmente debido a la percepción de un riesgo ocupacional adicional de contagio dentro del consultorio dental.¹

El estigma y la discriminación relacionados hacia el virus del VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), sigue siendo una enorme barrera para la lucha eficaz contra esta epidemia. Además, estos factores se incrementan por una información errónea acerca del VIH/SIDA y la creación de un comportamiento irracional hacia estas personas, provocando así un rechazo por parte de la comunidad y hasta por su propia familia.^{2,3}

Éste carácter estigmatizante de la enfermedad y el miedo al contagio durante la práctica odontológica, es la principal razón que aluden los profesionales de la odontología, para rechazar la atención a estas personas. Por otra parte, el temor de la población en general de infectarse por el VIH dentro de los establecimientos dispensadores de salud y específicamente dentro del consultorio dental podría estar influyendo en la negativa de atender dichos pacientes.⁴

Características generales del virus

El VIH es un virus perteneciente a la familia Retroviridae, dentro de esta se ubica en la subfamilia Lentiviridae. Existen dos tipos del VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental.⁵

Es un virión esférico de 100-200 nanómetros (nm) de diámetro, contiene una nucleocápside electro densa en forma de cono, rodeado de una bicapa lipídica que proviene de la membrana de la célula huésped, donde se insertan 80 espículas (proteínas virales) constituidas cada una por varias moléculas de gp120

(glicoproteína externa) unida no covalentemente a una proteína integral de la membrana. Estas dos glicoproteínas virales son esenciales para que el virus infecte las células.⁶

El virus ha sido aislado en la saliva, las lágrimas, la orina, el semen, el líquido preseminal, los fluidos vaginales, el líquido amniótico, la leche materna, el líquido cefalorraquídeo y sangre.⁷

Puede transmitirse por relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada (acto sexual sin protección); a través de la sangre y los hemoderivados en individuos que comparten agujas y jeringas contaminadas para inyectarse drogas y en quienes reciben transfusiones de sangre o derivados igualmente contaminados. Existe un riesgo laboral entre los profesionales sanitarios, el personal de laboratorio y posiblemente otras personas que manipulan muestras sanguíneas o fluidos de personas con VIH, estudios realizados indican que el riesgo de transmisión después de una punción cutánea con una aguja o un instrumento cortante contaminados con la sangre de una persona con VIH es de aproximadamente 0.3%. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Actualmente en países desarrollados la transmisión vertical del VIH está totalmente controlada (siempre que la madre sepa que es portadora del virus).⁸

Mecanismos inmunológicos involucrados

El sistema inmunitario está constituido por células y moléculas responsables de la respuesta global y coordinada tras la introducción de sustancias extrañas en nuestro organismo (antígenos). Este sistema se puede resumir en 2 principales funciones: Reconocer los antígenos y, reaccionar en contra de ellos.

Podemos encontrar diversos tipos de células linfoides; algunos como los linfocitos que se originan de la médula ósea, cuyo órgano sinónimo en las aves se denomina Bursa de Fabricio y por esta razón se nombran linfocitos B, los que se originan del Timo, los linfocitos T y las células asesinas naturales o comúnmente denominadas NK (del inglés Natural Killer).⁹

Cuando la persona esta infectada con el virus del VIH/SIDA, las células más afectadas y las cuales producen el mayor daño en los individuos son los linfocitos, principalmente linfocitos T-CD4.¹⁰

Linfocitos T: Son los responsables de coordinar la respuesta inmune celular constituyendo el 70% del total de los linfocitos que segregan proteínas o citoquinas. Hay diferentes tipos de linfocitos T, dependiendo de su función, en este caso trataremos a los linfocitos T-CD4 y linfocitos T-CD8.¹¹

Linfocitos T-CD4: una subpoblación de los linfocitos también conocidas como células T cooperadoras, son coordinadores de la respuesta inmune del cuerpo, por ejemplo, proporcionar ayuda a las células B en la producción de anticuerpos, así como en el aumento de la respuesta inmune celular a los antígenos. El "CD" o grupo de diferenciación es una proteína expresada en la superficie de las células del sistema hematopoyético que las identifica.¹²

Linfocitos T-CD8 o citotóxicos: Reconocen las células infectadas por el patógeno para células tumorales, y las destruyen segregando una serie de moléculas que activan la apoptosis de la célula diana.¹³

Fisiopatología del VIH/SIDA

El principal efecto de la infección por el VIH en el organismo es una progresiva pérdida del número de células T-CD4 en sangre periférica y en tejido linfoide. Se observan defectos funcionales en las células, que incluyen fallos en la proliferación y en la producción de citocinas en respuesta a antígenos comúnmente encontrados y anergia para hipersensibilidad retardada en piel. Además de la profunda deficiencia inmune, el VIH también induce un estado de activación inmune crónica en las células T CD4, T CD8 y monocitos. Este hecho limita la capacidad del huésped para proveer defensas contra patógenos oportunistas, potenciando la propagación del VIH ya que las células T CD4 activadas son más permisivas a la replicación del virus.¹⁴

Otro elemento importante son las fases de la replicación viral, las cuales varían de acuerdo a la fase clínica. Durante el cuadro agudo retroviral aumenta inicialmente la viremia; luego, en la medida en que se desarrolla la lenta e insuficiente respuesta inmunológica (producción de anticuerpos), esa viremia disminuye, con un desarrollo máximo de la producción de anticuerpos: fase que corresponde a la de la infección asintomática o de portador asintomático.

Según progresa la enfermedad, comienzan a descender los títulos de anticuerpos y a incrementarse progresivamente la replicación viral, lo que se reconcilia con las fases clínicas de complejo relacionado con el SIDA. En este último estadio, la replicación viral es mayor que en los comienzos del proceso y hay prácticamente un agotamiento o ausencia de anticuerpos.¹⁵

Fase aguda de la enfermedad

Un porcentaje importante de personas que contraen el virus no presenta síntomas de la infección en su fase aguda, es decir, son pacientes asintomáticos. Sin embargo, se calcula que entre el 40 y 90% de los casos con infección por VIH-1 presentan manifestaciones clínicas. El cuadro de la infección aguda es similar al de una mononucleosis infecciosa: fiebre, malestares musculares, inflamación de los ganglios, sudoración nocturna, diarrea, náuseas y vómito. La gran mayoría de los seropositivos no reciben diagnóstico del cuadro agudo de la infección por VIH, pues son síntomas compartidos por varias enfermedades. El cuadro de la infección aguda por VIH aparece entre dos y seis semanas después de la exposición al virus, y desaparece unos pocos días después.

Durante la fase aguda de la infección, las pruebas tradicionales siempre darán negativo porque no detectan directamente el VIH, sino los anticuerpos producidos como respuesta por el sistema inmune, lo que ocurre alrededor de la 12va semana después de la exposición. En contraste, las pruebas de carga viral, que contabilizan el número de copias del ARN del virus en la sangre, arrojarán como resultado una elevada cantidad de copias del VIH durante la fase aguda de la infección.¹⁶

Fase crónica de la enfermedad

La fase crónica de la infección por VIH se suele llamar también de latencia clínica porque el portador es asintomático, es decir, no presenta síntomas que puedan asociarse con la infección. Esto no quiere decir que el virus se encuentre inactivo. Por el contrario, durante la fase crónica el VIH se multiplica incesantemente. Se calcula que, en un sujeto infectado, diariamente se producen entre mil y diez mil millones de nuevas partículas virales y son destruidos alrededor de cien millones de linfocitos T CD4. Los pacientes son asintomáticos gracias a que el sistema inmune tiene una gran capacidad para regenerar las células destruidas por el virus, pero pueden presentar adenopatías y la disminución del conteo de plaquetas en la sangre.

La reacción ante la presencia del virus termina por desgastar al sistema inmunológico. En ausencia de tratamiento, la mayoría de los portadores del virus desarrollan la enfermedad SIDA en un plazo de 5 a 10 años.¹⁷

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

El SIDA constituye la etapa crítica de la infección por VIH. En esta fase de la infección, el portador del VIH posee un sistema inmunológico que probablemente sea incapaz de reponer los linfocitos T CD4 que pierde bajo el ataque del VIH. De esta manera, el portador del virus es presa potencial de numerosas infecciones oportunistas que le pueden conducir a la muerte. La neumonía por P. Jiroveci, el sarcoma de Kaposi, la tuberculosis, la candidiasis y la infección por citomegalovirus son algunas de las infecciones más frecuentes que atacan a los seropositivos que han desarrollado SIDA.¹⁸

Morbilidad y Mortalidad

Los primeros casos SIDA se diagnosticaron en 1981 en Estados Unidos. En pocos meses se diagnosticaron en otros países, incluyendo a México. En los primeros 27 años transcurridos desde entonces, se han infectado con el virus del VIH más de 65 millones de personas en todo el mundo y han fallecido por esa causa más de 25 millones. En el momento actual el VIH/SIDA provoca 3.1 millones de muertes anuales.

En México la tasa de incidencia de casos registrados de SIDA del año 2000 fue de 8.6 casos por cada 100,000 habitantes, para el año 2005 de 8.3 y en el año 2010 de 5.3 casos por cada 100,000 habitantes. Los estados que concentran el mayor número de casos registrados de SIDA son: Distrito Federal 25,750 (15.5%), Estado de México 17,639 (10.6%), Veracruz 15,231 (9.2%), Jalisco 12,350 (7.4%), Puebla 7,378 (4.4%), Baja California 7,323 (4.4%), Guerrero 7,627 (4.6%), Chiapas 7,700 (4.6%), Oaxaca 5,751 (3.5%) y Nuevo León 5,019 (3.0%).

Los estados que tienen la mayor prevalencia de casos registrados de VIH/SIDA son: Distrito Federal con 1.6 casos por 1,000 habitantes, Quintana Roo 1.5, Yucatán 1.5, Veracruz 1.4, Campeche 1.3, Guerrero 1.2, Tabasco 1.1, Morelos 1.0, Baja California 1.0 y Chiapas 0.9 casos por 1,000 habitantes. El grupo de edad de 25 a 44 años concentra el 65.7% de los casos registrados.¹⁹

En el grupo de 15 a 24 años se observa un incremento del número de casos, en 1990 la incidencia registrada de SIDA fue de 2.3 por 100,000 habitantes del grupo de edad, en el año 2000 de 5.0 y en el 2010 de 4.0, lo anterior refleja un incremento del 117.4% entre el año 1990 y el 2000 y del 74% entre 1990 y el 2010.

De los casos registrados de SIDA en que se conoce la vía de transmisión, 93.8% de los casos corresponden a la vía sexual, 4% a la vía sanguínea (incluye transfusionales, usuarios de drogas intravenosas y exposición ocupacional) y 2.2% a la vía de transmisión perinatal.²⁰

En lo referente a mortalidad, en el 2010 se registraron 4,860 defunciones, con una tasa de mortalidad de 4.5 por 100,000 habitantes. En el grupo de edad de 25 a 44 años, se registraron 3,024 defunciones, con una tasa de mortalidad de 9.2 por 100,000 habitantes del grupo de edad.

En cuanto a sexo, 3,990 defunciones ocurrieron en hombres, con una tasa de mortalidad de 7.5 por cada 100,000 hombres y en mujeres ocurrieron 870 defunciones, con una tasa de mortalidad de 1.6 por cada 100,000 mujeres. La razón hombre/mujer fue de 4 defunciones en hombres por cada mujer.

Los estados que presentaron las mayores tasas de mortalidad son: Tabasco con una tasa de 12.3 defunciones por 100,000 habitantes, seguido por Quintana Roo con una tasa de 9.8, Veracruz 9.4, Baja California 8.1, Nayarit 6.6, Guerrero 6.4, Baja California Sur 6.2, Yucatán 6.2, Tamaulipas 5.7 y Campeche 5.6 defunciones.²¹

La epidemia de SIDA en México afecta sobre todo a grupos que mantienen prácticas de riesgo: la prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres es de 23%, en trabajadoras del sexo es de 2% y en usuarios de drogas inyectables de 6%, contra sólo 0.3% en la población general adulta.²²

Epidemiología

En el último estudio realizado en el 2012 por la Organización de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (ONUSIDA), se estimó que existen alrededor de 35.4 millones de personas portadoras del virus en todo el mundo, de los cuales, 32.1 millones son adultos y 3.3 millones son niños menores de 15 años.²³

En el continente americano, se estima que hay alrededor de 1.3 millones de personas portadoras del virus del VIH en Norteamérica, 250,000 en los países de Centroamérica y el Caribe y 1.5 millones de personas en Sudamérica.²⁴

En México, los últimos datos (septiembre 2013), reportan que actualmente hay alrededor de 170,000 personas portadoras del virus del VIH. De los cuales, la gran mayoría de los portadores habitan en nuestra “zona de influencia” de la FES

Zaragoza, es decir, el Distrito Federal (25,750 portadores) y el Estado de México (17,639 portadores).^{25, 26}

Asimismo, desde el 2006 en Nezahualcóyotl (municipio en el Estado de México que forma la mayor parte de nuestra zona de influencia) se han presentado 2 mil 400 casos de personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), lo que sitúa al municipio en el primer lugar de incidencia en el Estado de México y segundo a nivel nacional. Además, el 70 % de las personas infectadas de VIH tienen entre 20 y 30 años, de los cuales el 80% son hombres y el resto mujeres.²⁷

Manifestaciones clínicas sistémicas asociadas a VIH/SIDA

En una etapa temprana de infección por el virus del VIH podemos encontrar: Fiebre, ganglios inflamados, dolor de garganta, rash, fatiga, dolores musculares, articulares y de cabeza.²⁸

Una vez avanzada la infección por el virus se comienzan a observar los siguientes síntomas: Pérdida rápida de peso, fiebre o sudoración nocturna profusa recurrente, cansancio extremo e inexplicable, inflamación prolongada de los ganglios linfáticos en las axilas, ingle o cuello, diarrea que dura más de una semana, úlceras en boca, ano o genitales, neumonía, maculas marrones, rosadas o de color púrpura en la piel o dentro de la boca, la nariz o los párpados, pérdida de memoria, depresión, y otros trastornos neurológicos.²⁹

Por otro lado, muchas personas que están infectadas con el VIH no tienen ningún síntoma en absoluto durante 10 años o más. No se puede confiar en los síntomas para saber si se tiene el VIH. La única manera de saber con seguridad si una persona está infectada con el virus es realizándose las pruebas pertinentes para la detección del VIH/SIDA.³⁰

Existen algunas otras enfermedades que se consideran como indicadores de VIH/SIDA (ver tabla 1. Enfermedades indicadoras de VIH/SIDA).

Tabla 1. Enfermedades indicadoras de VIH/SIDA	
ENFERMEDAD	INDICADOR
Candidiasis	Localización: Esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar.
Criptococosis	Extrapulmonar
Carcinoma de cuello uterino*	Invasivo
Criptosporidiosis con diarrea	Más de un mes
Citomegalovirus	Localización: Retina, cerebro, médula espinal y/o tracto gastrointestinal
Herpes simplex (úlceras mucocutáneas)	Con duración mayor a un mes
Demencia asociada al VIH	Acompañado de una desactivación de la disfunción motora ± cognitiva
Emaciación asociada al VIH	Más diarrea, debilidad y fiebre mayor de 30 días
Isosporiasis con diarrea*	Mayor a un mes
Linfoma de cerebro o no Hodgkin	De células B o inmunoblástico
Sarcoma de Kaposi	Presentación de nódulos
Mycobacterium avium o kansasii	Diseminada
Mycobacterium tuberculosis*	Diseminada o pulmonar
Neumonía por Pneumocystis carinii	Invasivo
Neumonía*	Recurrente bacteriana: 2 o más episodios en 12 meses
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	Exámenes de laboratorio alterados
Septicemia por Salmonella*	No tifoidea, recurrente
Toxoplasmosis	Localización: Cerebro
*Requiere diagnóstico de VIH	

Fuente: Adaptado y tomado de HIV in Europe, Grupo HIDES. Enfermedades indicadoras de VIH: Guía para la realización de pruebas de VIH en adultos en el marco sanitario. 2013

Manifestaciones clínicas bucales asociadas a VIH/SIDA

- Parotiditis

Inflamación difusa unilateral o bilateral de los tejidos blandos que resulta en desfiguración facial. Puede estar acompañado por dolor, y, puede estar asociada con neumonitis intersticial linfoide.³¹

- Úlcera aftosa menor

Se caracterizan por un halo de inflamación y una cubierta pseudomembranosa de color amarillo grisáceo, de diámetro menor a 5mm. El dolor se incrementa notablemente al comer o tomar alimentos salados, picantes o ácidos; y también debido a trauma cuando se consumen alimentos duros o ásperos.³²

- Úlcera aftosa mayor

Se caracterizan por un halo de inflamación y una cubierta pseudomembranosa de color amarillo grisáceo, las lesiones son de hasta 1 a 2cm de diámetro y pueden persistir durante semanas.

Al igual que la úlcera aftosa menor, el dolor se incrementa notablemente al comer o tomar alimentos salados, picantes o ácidos; y también debido a trauma cuando se consumen alimentos duros o ásperos.³³

- Candidiasis eritematosa

Se presenta como una lesión sutil roja y plana, bien sea en la cara dorsal de la lengua y/o en el paladar blando o duro. Dicha lesión tiende a ser sintomática en pacientes que se quejan de sensación de ardor o quemazón en la cavidad oral, y más frecuentemente cuando ingieren comidas saladas o picantes o cuando toman bebidas ácidas. El diagnóstico clínico se basa en la apariencia de la lesión, tomando en cuenta el historial médico y el estatus viral del paciente.³⁴

- Candidiasis pseudomembranosa

Se presenta como placas blancas con apariencia de “requesón” en la mucosa bucal, lengua y otras superficies mucosas; cuando se remueven dejan una superficie roja o sangrante.³⁵

- Línea gingival eritematosa

Se presenta como una banda roja a lo largo del margen gingival, puede estar o no acompañada por sangrado ocasional e incomodidad.

Se puede presentar también en la encía adherida y no adherida como lesiones parecidas a petequias.³⁶

- Gingivitis necrotizante

La lesión característica es una papila interdental eritematosa y ulcerada cubierta por una escara necrótica gris. Se presenta con dolor y sangrado gingival. La lesión no implica el hueso alveolar.³⁷

- Periodontitis necrotizante

Se caracteriza por dolor severo, pérdida de dientes, hemorragia, olor fétido, papilas gingivales ulceradas y pérdida rápida de hueso y tejido blando.³⁸

- Estomatitis necrotizante (NOMA)

Extensa área de ulceración, necrosis tisular y eritema que se extiende desde la encía hacia la mucosa adyacente y puede implicar el hueso hasta conducir a una osteonecrosis y secuestro óseo.³⁹

- Virus del papiloma humano (VPH)

Las verrugas orales pueden tener apariencia de coliflor, pediculadas o levantadas con superficie plana.⁴⁰

- Virus del herpes simple

El herpes intraoral recurrente simple comienza como una pequeña aglomeración de vesículas que se rompen para producir pequeñas y dolorosas ulceraciones que pueden unirse. Se pueden ubicar en las encías, paladar duro, el borde bermellón de los labios y la piel adyacente.⁴¹

Las principales manifestaciones de este virus son las siguientes:

1) *Gingivoestomatitis herpética*. La estomatitis herpética es una enfermedad viral contagiosa, causada por el virus del herpes simple (VHS) y se observa principalmente en niños pequeños. Esta afección es probablemente la primera exposición de un niño al virus del herpes, pero puede estar presente en pacientes con VIH/SIDA.⁴²

2) *Herpes labial*. Es una infección de los labios, la boca o las encías debido al VHS. Esta infección lleva al desarrollo de vesículas pequeñas y dolorosas, comúnmente llamada herpes febril.⁴³

3) *Panadizo*. Lesión en un dedo o el pulgar causada por el virus del herpes simple. Normalmente afecta a los dedos o los pulgares. Los síntomas incluyen inflamación, enrojecimiento y sensibilidad de la piel del dedo infectado.⁴⁴

- Sarcoma de Kaposi (VHS 8)

Es una enfermedad sistémica que puede presentarse con lesiones cutáneas con o sin involucro interno. Se han descrito cuatro subtipos: Sarcoma de Kaposi (SK) clásico, SK africano endémico, SK iatrogénico en pacientes inmunosuprimidos y SK relacionado con el virus del VIH. Este último, tiene predilección por la región cefálica, afecta principalmente mucosas a nivel oral y el 15% de las veces es la primera manifestación de la enfermedad.

En cualquier tipo de sarcoma, las lesiones inician en forma de máculas eritematovioláceas que evolucionan a placas y nódulos. Éstos últimos se pueden ulcerar y sangrar. Las lesiones tempranas tienden a ser planas, rojas y asintomáticas; y el color se va volviendo más oscuro con el paso del tiempo.⁴⁵

- Virus del herpes zoster

Puede presentarse a lo largo de toda la zona de inervación del nervio trigémino.

Las lesiones externas comienzan con vesículas que rápidamente se rompen y se convierten en costras. Las lesiones intraorales comienzan con vesículas que se rompen y se convierten en ulceraciones orales, pudiendo tardar cuatro semanas en resolverse.⁴⁶

- Leucoplasia pilosa

Se presenta como una lesión corrugada, no removible, generalmente en los bordes laterales de la lengua, normalmente asintomática.⁴⁷

- Condiloma acuminado

También conocida como la verruga venérea, se encuentra característicamente en la mucosa anogenital, sin embargo también se pueden observar en la mucosa oral. Las verrugas pueden presentarse como grandes, deformantes y múltiples lesiones en asociación con la infección por el VIH.⁴⁸

- Molusco contagioso

Condición benigna que se presenta como pequeñas perlas blancas con forma de cúpula. Lesión viralmente inducida de la piel, membranas mucosas y raramente en cavidad oral.⁴⁹

- Xerostomía

Se ha especulado que las personas con VIH positivo presentan diferentes patrones de caries, alteraciones del gusto, labios, lengua y mucosas secas, reacciones liquenoides, y periodontitis, los cuales, pueden encontrarse relacionados con la disminución del flujo salival y el uso de medicamentos y suplementos nutricionales.⁵⁰

- Queilitis angular

Fisura, eritema y/o línea ulcerada en las comisuras de la boca.⁵¹

- Linfoma no Hodgkin

Esta lesión tiende a presentarse como una masa ulcerada, grande y dolorosa en el paladar o el tejido gingival. Se requiere una biopsia para el diagnóstico definitivo.⁵²

Manejo de las lesiones orales relacionadas con VIH

- Parotiditis

La mayoría de los episodios de parotiditis son tratados sintomáticamente, es decir, con el uso de sialagogos, calor local, masaje de la glándula de posterior a anterior, y la hidratación, proporcionan alivio sintomático variable. Si existe exudado purulento, éste se localiza a partir del conducto de Stenon. El tratamiento de la enfermedad primaria del VIH es todo lo que se requiere. Aunque algunos autores recomiendan realizar riego intermitente del sistema ductal con solución salina, solución de corticoides (dexametasona), y/o un antibiótico para la infección (amoxicilina con ácido clavulánico).

Si la parótida se nota demasiado grande y no hay reacción favorable luego de tratamiento sintomático o con el uso de antibióticos, es necesario realizar cirugía con un tratamiento a nivel intrahospitalario.⁵³

- Ulcera aftosa (menor y mayor)

El dolor producido por las ulceraciones, puede ser bien manejado mediante la aplicación tópica de anestésicos locales (solución filadelfia).

Su manejo generalmente es sintomático. La aplicación local de cremas, aerosoles y enjuagues bucales con corticoides (cortisona, dexametasona) también pueden ayudar para el tratamiento de las mismas.⁵⁴

- Candidiasis oral (eritematosa y pseudomembraosa)

Al ser un hongo, la base de los fármacos a utilizar será con antimicóticos, y como primera línea de acción, el tratamiento deberá basarse en tratar la infección mediante terapia tópica:

- Anfotericina B: Inhibe la adhesión de candida a las células epiteliales. Aplicar de 3 a 4 veces al día. Su efecto secundario es la nefrotoxicidad.
- Clotrimazol: Disminuye el crecimiento de hongos mediante la inhibición de la síntesis de ergosterol. No está indicado para la infección sistémica. Los principales efectos secundarios de esta droga es la sensación desagradable en la boca, aumenta los niveles de enzimas hepáticas, náuseas y vómitos.
- Nistatina: En las últimas revisiones sistemáticas, no ha demostrado tener mayor efecto que el placebo en los pacientes inmunosuprimidos, por lo cual no es recomendada para el tratamiento en estos pacientes.

Como segunda línea de acción, se encuentran medicamentos para pacientes con candidiasis localizadas graves y los pacientes que responden mal a la primera línea de tratamiento. Los fármacos utilizados principalmente en segunda línea de tratamiento son:

- Ketoconazol: Bloquea la síntesis de ergosterol en la membrana celular del hongo, se absorbe en el tracto gastrointestinal y se metaboliza en el hígado. Los efectos secundarios son náuseas, vómitos, daños en el hígado y también interactúan con los anticoagulantes.
- Fluconazol: Esta droga inhibe los hongos del citocromo P450 de la C-14 alfa-desmetilación. Sus efectos secundarios principales son náuseas, vómitos y dolor de cabeza. También está relacionada con anticoagulantes y este fármaco está contraindicado en el embarazo y la enfermedad renal.

- Itraconazol: Prohibido durante el embarazo y la enfermedad hepática. Los principales efectos secundarios son náuseas, neuropatía y erupciones cutáneas.⁵⁵

- Lesiones gingivales y periodontales (línea gingival eritematosa, gingivitis necrotizante, periodontitis necrotizante, estomatitis necrotizante)

El tratamiento en su fase inicial es realizar una buena higiene oral (retirar la placa y el tejido necrótico), rehabilitación nutricional y la administración de antibióticos como metronidazol, amoxicilina con ácido clavulánico ó clindamicina, pero siempre durante un tiempo de 5 a 7 días.

Además de esto, se recomienda realizar colutorios con clorhexidina al 0,2% o de peróxido de hidrógeno al 3%, realizándolos 2 veces al día por 2 semanas aproximadamente. Por otro lado, si no se puede realizar el aseo oral con un buen cepillado por motivos de dolor, se recomienda sustituir el cepillado por dichos enjuagues.^{56, 57}

- Virus del papiloma humano (VPH)

Las verrugas orales pueden quitarse de igual manera a las verrugas en otras áreas donde existe mucosa de por medio. La crioterapia, la escisión quirúrgica, el tratamiento láser y el tratamiento tópico mediante podofilina e imiquimod son los más comunes. La elección del tratamiento varía según el tamaño de la lesión, el tipo de paciente, etc. Además éste manejo deberá ser realizado por un experto en éste tipo de procedimientos.⁵⁸

- Virus del herpes simple

- *Gingivoestomatitis herpética y herpes labial.*

Se recomienda para el tratamiento de herpes labial y gingivoestomatitis herpética, el uso de medicamentos antivirales para detener la replicación viral y procurar una mejoría del área afectada. Para éste tipo de lesiones, se puede administrar un antiviral por vía oral, tópica o combinada. Ésta decisión la tomará el médico tratante dependiendo la gravedad de la

lesión. Como medicamentos de elección podemos administrar aciclovir tópico u oral, valaciclovir oral, famciclovir oral y crema de penciclovir.⁵⁹

- *Panadizo.*

En pacientes inmunocomprometidos, el tratamiento incluye detener la replicación viral mediante aciclovir, valaciclovir, o famciclovir de forma sistémica; quitar el dolor sintomático con analgésicos; y el tratamiento de alguna infección bacteriana con antibióticos. Es importante mantener la lesión cubierta con algún apósito seco, ya que, la replicación viral sigue ocurriendo hasta que sane la lesión. La incisión y drenaje deben evitarse porque pueden agravar los síntomas y conducir a una viremia o a una infección bacteriana severa.⁶⁰

- Sarcoma de Kaposi (VHS 8)

El tratamiento dependerá de la etapa clínica de la enfermedad, y puede abarcar desde el tratamiento antiretroviral, radioterapia local y fármacos antineoplásicos (paclitaxel). Es por ello que se recomienda que el tratamiento se lleve a cabo a nivel hospitalario, o en su defecto, en clínicas especializadas en la enfermedad.⁶¹

- Virus herpes zoster

Al igual que el herpes simple, el virus del herpes zoster puede ser tratado con aciclovir, valaciclovir ó famciclovir. Por otro lado, si el paciente tiene la enfermedad diseminada se recomienda administrar aciclovir intravenoso 10 mg/kg tres veces al día.⁶²

- Leucoplasia pilosa

Al ser una lesión benigna con baja morbilidad, la leucoplasia pilosa no requiere tratamiento específico en cada caso. El tratamiento va desde eliminar los síntomas atribuibles a la lesión, o el deseo de un paciente para eliminar la lesión por razones estéticas. Existen varias opciones de tratamiento, entre las cuales podemos encontrar: Terapia antiviral con

aciclovir para evitar la replicación del virus de Epstein Barr, terapia tópica con podofilina al 25% ó en su defecto, la eliminación de la lesión por medio de crioterapia o por escisión quirúrgica. Se recomienda que el uso de podofilina sea hecho por el médico o especialista de la enfermedad.⁶³

- Condiloma acuminado

El tratamiento varía según el tiempo de evolución, el tamaño de la lesión y el estado de salud del paciente, ya que, en algunos casos se puede tratar tópicamente con cremas de imiquimod al 5%, podofilina al 10 o 25% según sea el caso, cidofovir al 1% y por último, solución de podofilotoxina al 0.5%. Como alternativas quirúrgicas podemos encontrar: crioterapia, electrodesecación, ablación con láser de dióxido de carbono y la escisión quirúrgica. El tratamiento debe ser señalado por el especialista en éstas lesiones.⁶⁴

- Molusco contagioso

Existen diferentes opciones para el tratamiento de estas lesiones, ente las más usadas encontramos: terapias destructivas o quirúrgicas (curetaje, crioterapia, uso de cantaridina, uso de queratolíticos, entre otros), terapia por inmunomoduladores (imiquimod) y los antivirales para el virus del molusco contagioso (cidofovir).⁶⁵

- Xerostomía

Entre las opciones para ayudar a ésta lesión, encontramos los siguientes tratamientos:

- 1) Reemplazos de saliva. Son sustitutos de saliva artificial que ayudan al paciente con su malestar.
- 2) Estrategias de restricción. Donde se evitarán alimentos cariogénicos, uso de tabaco y consumo excesivo de alcohol.

- 3) Prevención de enfermedades orales. Aquí se dará instrucción a los pacientes de como mantener una higiene oral adecuada.
- 4) Estimulación de la capacidad secretora residual. Donde se hará uso de medicamentos sialogogos (estimulan el flujo salival), pilocarpina (alcaloide que estimula farmacológicamente las glándulas exocrinas), cevimelina (estimula al tejido glandular remanente), y por último, la neuroelectroestimulación salival.⁶⁶

- Queilitis angular

Como la queilitis obedece a causas múltiples, el tratamiento es en ocasiones complejo, pero con mayor frecuencia se utiliza el tratamiento local. En el caso de los pacientes con VIH, se recomienda que el tratamiento consista en antisépticos alcalinizantes (nistatina), y si hay candidiasis deberán utilizarse antifúngicos locales (ketoconazol) y en dependencia de la etiología se puede administrar hierro, vitaminas, según al caso, previa comprobación e indicación médica.⁶⁷

- Linfoma no Hodgkin

Se recomienda que estos pacientes sean tratados hospitalariamente ya que en general, la quimioterapia y la radioterapia son las dos formas principales de tratamiento para el linfoma no Hodgkin.

La terapia y la intensidad del tratamiento indicado para un paciente inicial se basan en el subtipo y etapa de la enfermedad. En general, el objetivo del tratamiento es destruir el mayor número de células de linfoma y de inducir una "remisión completa"; es decir, eliminar toda evidencia de enfermedad. El tratamiento también puede mantener al linfoma en chequeo por muchos años, a pesar de formación de imágenes u otros estudios donde se muestran restantes de la enfermedad.⁶⁸

Terapéutica farmacológica a emplear en pacientes VIH.

Corticoides

- Dexametasona
 - *Indicaciones.* Actúa reduciendo la inflamación y sus signos (dolor, enrojecimiento y calor). Además es utilizado para el tratamiento de ciertos trastornos glandulares, trastornos reumáticos, dermatopatías, condiciones alérgicas, oftalmopatías, trastornos gastrointestinales, enfermedades respiratorias, alteraciones hematológicas, enfermedades neoplásicas y esclerosis múltiple.
 - *Contraindicaciones.* En infecciones por herpes simple ocular, psicosis aguda, tuberculosis activa, cuadros infecciosos crónicos, úlcera gastroduodenal activa o latente, insuficiencia renal e hipertensión. Hipersensibilidad a cualquier componente de la fórmula, incluyendo sulfitos. No se recomienda su uso en embarazo y lactancia.
 - *Interacciones medicamentosas.* La efedrina, el fenobarbital y la rifampicina disminuyen la actividad terapéutica de los glucocorticoides; por lo que requiere optimizar la dosificación.
 - *Dosis y vías de administración.* La dosis usual de fosfato sódico de dexametasona inyectable, por vía intramuscular o intravenosa, es de 1 a 5ml (4 a 20 mg), dependiendo de la severidad del caso. En caso necesario puede repetirse.⁶⁹

- Cortisona o hidrocortisona
 - *Indicaciones.* Al igual que la dexametasona actúa reduciendo la inflamación y sus signos. Además es utilizado para el tratamiento de ciertos trastornos glandulares, trastornos reumáticos, dermatopatías, condiciones alérgicas, oftalmopatías, trastornos gastrointestinales, enfermedades respiratorias, alteraciones hematológicas, enfermedades neoplásicas y esclerosis múltiple.

- *Contraindicaciones.* Micosis sistémicas, estados convulsivos, psicosis grave, úlcera péptica activa, hipersensibilidad a cualquier componente de la fórmula. No se recomienda en embarazo y lactancia.
- *Interacciones medicamentosas.* Anticonceptivos orales, anticonvulsivos, (fenitoína, fenobarbital), antimicóticos, rifampicina, aspirina, warfarina.
- *Dosis y vías de administración.* La crema debe aplicarse de una a dos veces por día; en niños, generalmente es una aplicación por día. Puede ser administrado I.M, I.V o en infusión en casos de urgencia. La dosis inicial es de 100 a 500 mg, dependiendo de la gravedad del caso, esta dosis puede ser repetida a intervalos de 2, 4 o 6 horas, lo cual se basará en la respuesta clínica y condiciones del paciente. En niños, la cantidad administrada se basa más en la severidad de las condiciones del paciente y su respuesta, que en la edad y peso corporal.^{70, 71}

Antibióticos

- Amoxicilina con ácido clavulánico
 - *Indicaciones.* Tratamiento de infecciones agudas y crónicas causadas tanto por microorganismos grampositivos como gramnegativos, aerobios y anaerobios, productores y no productores de betalactamasas y en algunos resistentes a penicilina, ampicilina y amoxicilina sola, en infecciones de las vías respiratorias superiores e inferiores, en meningitis, en infecciones genitourinarias, de piel y tejidos blandos, gastrointestinales, biliares y en general para el tratamiento de infecciones causadas por gérmenes sensibles.
 - *Contraindicaciones.* Personas con antecedentes de hipersensibilidad a las penicilinas o al clavulanato. Pacientes alérgicos a las cefalosporinas también pueden serlo a las penicilinas. Embarazo y lactancia valorar con el médico pertinente para evitar daños al feto o recién nacido.
 - *Interacciones medicamentosas.* Warfarina u otros medicamentos utilizados para prevenir coágulos sanguíneos, probenecid o alopurinol, pastillas anticonceptivas.

- *Dosis y vías de administración.* Adultos: 500mg/125mg cada 8 horas u 875mg/125mg cada 12 horas por 7 días. Niños: 20-60mg/kg por día.^{72, 73}

- **Metronidazol**
 - *Indicaciones.* Infecciones de bacterias, particularmente bacteroides fragilis y otras especies de bacteroides y otras especies tales como fusobacterias, eubacterias, clostridia y estreptococos anaerobios. Se ha utilizado con éxito en la septicemia; bacteriemia; absceso cerebral; neumonía necrotizante; osteomielitis; sepsis puerperal; absceso pélvico; celulitis pélvica; infecciones de heridas postoperatorias.
 - *Contraindicaciones.* Hipersensibilidad al metronidazol. No deberá asociarse con alcohol, anticoagulantes cumarínicos, ni disulfiram. No debe administrarse en pacientes con enfermedad orgánica del SNC, antecedentes de discrasias sanguíneas o insuficiencia hepática grave. Así mismo, no se recomienda usarse durante el embarazo o lactancia.
 - *Interacciones medicamentosas.* Warfarina u otros medicamentos utilizados para prevenir los coágulos sanguíneos. Disulfiram, ciclofosfamida, fluorouracilo, fenitoína, fenobarbital, cimetidina, litio y ciclosporina.
 - *Dosis y vías de administración.* Existe presentación en tabletas, suspensión, solución inyectable y supositorios. La dosis depende de la infección que se quiera tratar, adultos: 500mg cada 8/12horas de 5 a 10 días. Niños: dependiendo la infección y la edad de 250 a 500mg por día de 5 a 10 días.⁷⁴

- **Clindamicina**
 - *Indicaciones.* Infecciones respiratorias superiores, incluyendo amigdalitis, faringitis, sinusitis, otitis media y la escarlatina. Infecciones respiratorias inferiores como bronquitis, neumonía y absceso pulmonar. Infecciones de piel y tejidos blandos incluyendo el acné, forúnculos, celulitis, impétigo, abscesos e infecciones de heridas. Para la piel específica y las

infecciones de los tejidos blandos, como la erisipela y paroniquia (panadizo). Infecciones óseas y articulares incluyendo osteomielitis y artritis séptica. Septicemia y endocarditis. Además de abscesos periodontales y periodontitis.

- *Contraindicaciones.* Hipersensibilidad a clindamicina o lincomisina. En pacientes con insuficiencia hepática, renal o personas con historial de padecimiento gastrointestinal como colitis se requiere ajustar la dosis. No se recomienda en embarazo y lactancia.
- *Interacciones medicamentosas.* Puede potenciar la acción de agentes bloqueadores neuromusculares. Por lo tanto, debe utilizarse con precaución en pacientes que reciben este tipo de agentes. Se ha demostrado antagonismo entre clindamicina y la eritromicina.
- *Dosis y vías de administración.* V.O y solución inyectable. Adultos: 150mg-300mg cada seis horas. Infecciones más severas: 300mg-450mg cada seis horas.
Niños: 8-16mg/kg/día, divididos en tres o cuatro dosis. Infecciones más graves: 16-25mg/kg/día, divididos en tres o cuatro dosis.⁷⁵

Solución Filadelfia

- *Indicaciones.* Aliviar dolor provocado por estomatitis, mucositis, aftas bucales, síndrome de boca ardorosa, entre otros.
- *Contraindicaciones.* Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la fórmula. Comer y beber después de 30 minutos de su colocación.
- *Interacciones medicamentosas.* No han sido descritas.
- *Dosis, composición y vías de administración.* No existe una fórmula exacta de ésta solución, pero la “solución filadelfia original”, se compone de 30ml de solución de difenhidramina, 30ml de aluminio y magnesio (Melox) y por último 3ml de lidocaína al 2%. Todo esto almacenarlo en un frasco color ámbar para su administración en forma de colutorios, o bien, en forma de ligeros “toques” sobre la lesión. Esta solución conserva sus propiedades por 6 meses. Para su administración, agitarlo

bien y realizar los enjuagues cada 4-6hrs manteniendo el líquido en la boca de 1-2 minutos y escupirlo.^{76, 77}

Antimicóticos

- Anfotericina B
 - *Indicaciones.* Aspergilosis, blastomicosis, coccidioidomicosis, criptococosis, candidiasis sistémica, histoplasmosis, mucormicosis, esporotricosis.
 - *Contraindicaciones.* Hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes. Precaución en embarazo, no usar en periodo de lactancia.
 - *Interacciones medicamentosas.* Precaución en pacientes que reciban terapia concomitante con otros medicamentos nefrotóxicos (aminoglucósidos, ciclosporinas, cisplatino y pentamidina), los corticosteroides y la hormona corticotropina pueden potenciar hipocaliemia y los glucósidos digitálicos. Relajantes musculares y agentes antiarrítmicos, pueden potenciar en la presencia de hipocaliemia.
 - *Dosis y vías de administración.* 1 a 2mg/kg/hora V.I. Si el paciente presenta reacciones agudas o no puede tolerar el volumen de infusión administrado en 90 minutos es posible prolongar el tiempo de infusión. Se han tratado pacientes pediátricos con anfotericina B, en dosis diarias (mg/kg) similares a las que se utilizan en adultos y no se han reportado reacciones adversas inusuales.⁷⁸

- Nistatina
 - *Indicaciones.* Tópicamente se usa en profilaxis y tratamiento de la candidiasis cutánea y mucocutánea crónicas. V.O. Se emplea en la candidiasis intestinal y orofaríngea. También es útil en la criptococosis meníngea. Por vía vaginal se emplea en la terapia de la candidiasis vulvovaginal

- *Contraindicaciones.* Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la fórmula.
 - *Interacciones medicamentosas.* No se han descrito.
 - *Dosis y vías de administración.* V.O, 500.000 - 1.000.000 UI, 3 - 4 veces al día. En lactantes y niños, de 100.000 U.I o más, 4 veces al día. Vía tópica 100.000 - 200.000 U.I, 2 - 4 veces al día.⁷⁹
- Ketoconazol
 - *Indicaciones.* Blastomycosis, candidiasis diseminada o localizada, cromomycosis, coccidioidomycosis, histoplasmosis, tineas, paracoccidioidomycosis.
 - *Contraindicaciones.* Hipersensibilidad al ketoconazol. Enfermedad hepática. Embarazo. Lactancia. Evitar la ingestión de bebidas alcohólicas. Evaluar la relación riesgo-beneficio en casos de: aclorhidria, alcoholismo activo o tratado o en la disfunción hepática.
 - *Interacciones medicamentosas.* La administración simultánea con medicación que disminuye la secreción gástrica o su acidez (anticolinérgicos, antiácidos, bloqueantes H2) disminuye su absorción. Existe posibilidad de riesgo de potenciación de los efectos de los anticoagulantes orales del tipo de la antivitamina K. Puede potenciar fármacos hepatotóxicos (griseofulvina). Aumenta las concentraciones plasmáticas de ciclosporina y el riesgo de nefrotoxicidad. El uso concomitante de antagonistas del receptor H2 de la histamina (cimetidina, famotidina, ranitidina) produce una reducción de la absorción de ketoconazol. El uso concomitante de la rifampicina o la isoniazida producen un descenso significativo de las concentraciones séricas de ketoconazol o de rifampicina. Junto con fenitoína puede dar lugar a la alteración del metabolismo de uno o ambos medicamentos.
 - *Dosis y vías de administración.* Debe administrarse con alimentos para reducir las náuseas y vómitos y facilitar su absorción. Forma oral: 200mg una vez al día durante 3 a 5 días o 200 a 400mg una vez al día. Dosis

máxima: hasta 1g diario. Lactantes y niños hasta los 2 años no se ha establecido dosificación; niños mayores de 2 años: oral: de 3,3 a 6,6mg/kg una vez al día. Crema: en la zona de la piel afectada y zonas adyacentes dos veces al día.^{80, 81}

- Fluconazol

- *Indicaciones.* Para el tratamiento de la criptococosis, incluyendo la meningitis criptocócica en pacientes con o sin inmunosupresión. También para el tratamiento de la candidiasis orofaríngea, esofágica y otras formas invasivas de *Candida albicans*, como infecciones en endocardio, pulmones, peritoneo, vías urinarias, vagina y candidemia.
- *Contraindicaciones.* No deberá administrarse a pacientes con hipersensibilidad al fluconazol o a otros azoles. Durante el embarazo utilizarlo únicamente cuando el beneficio supere los riesgos potenciales. Se recomienda evitar su uso durante la lactancia debido a que se ha encontrado que se excreta en la leche materna.
- *Interacciones medicamentosas.* Puede presentar interacciones con los siguientes medicamentos: hipoglucemiantes orales tipo sulfonilurea (tolbutamida, clorpropamida, gliburida y glipizida) pudiendo presentarse hipoglicemia, con la ciclosporina pueden elevarse las concentraciones plasmáticas de ésta. El uso simultáneo de fenitoína y fluconazol puede disminuir el metabolismo de la fenitoína, ocasionando que ésta se eleve en plasma. La rifampicina puede incrementar el metabolismo del fluconazol. La warfarina, cuando se usa en forma simultánea con fluconazol, puede presentar una disminución de su metabolismo y con esto aumentar el tiempo de protrombina.
- *Dosis y vías de administración.* Las dosis en adultos se realizan según la enfermedad de que se trate:
Para candidemia, candidiasis diseminada y otras infecciones invasoras por *Candida*, la dosis habitual es de 400 mg el primer día, seguida por 200 mg diarios.

Para candidiasis orofaríngea la dosis habitual es de 50 a 100 mg una vez al día por 7-14 días.

Para infecciones dérmicas, incluyendo Tiña pedis, corporis, cruris e infecciones por cándida, la dosis recomendada es de 150 mg en una sola dosis semanal durante 2 a 4 semanas.

En la población pediátrica las dosis son las siguientes:

Para candidiasis de las mucosas, la dosis recomendada es de 3 mg/kg/día.

Puede utilizarse una dosis de impregnación de 6 mg/kg el primer día para alcanzar más rápidamente los niveles de estado estable. Para el tratamiento de candidiasis sistémica y las infecciones por criptococo, la dosis recomendada es de 6-12 mg/kg/día, dependiendo de la severidad del padecimiento. En la prevención de infecciones micóticas en pacientes inmunocomprometidos la dosis será de 3-12 mg/kg/día.⁸²

- Itraconazol
 - *Indicaciones.* Gran efectividad que puede emplearse como tratamiento de apoyo para enfermos con SIDA o padecimientos oncológicos cuyos sistemas inmunes están comprometidos. Tanto en personas inmunodeficientes como en personas sin este problema, es efectivo para el tratamiento de infecciones micóticas como blastomicosis e histoplasmosis. También es efectivo contra otras infecciones micóticas de la piel que no responden a otros medicamentos y contra infecciones micóticas sistémicas.
 - *Contraindicaciones.* No debe emplearse en personas hipersensibles al medicamento. La concentración plasmática aumenta al administrarse simultáneamente con ciclosporina. Cuando se administra fenitoína, rifampicina o antagonistas H₂ se reduce la concentración de plasma del fármaco. Se excreta en la leche materna, por lo que no debe administrarse durante embarazo y lactancia.

- *Interacciones medicamentosas.* Debe evitarse la combinación con terfenadina y/o astemizol porque pueden presentarse severos efectos cardiacos. Incrementa el efecto de la ciclosporina, digoxina, hipoglucemianes orales, excepto metformina, warfarina. Las dosis de estos medicamentos deben ajustarse para evitar efectos indeseables. Las concentraciones plasmáticas del fármaco, pueden verse reducidas con la administración simultánea de cimetidina, ranitidina, famotidina, isoniazida, fenitoína y rifampicina.
- *Dosis y vías de administración.* Se recomiendan de 200 y hasta 600 mg en micosis refractarias como dosis única por día en los adultos. En niños de 3 a 16 años se han empleado 100 mg/día.⁸³

Antivirales

- Aciclovir
 - *Indicaciones.* Altamente efectivo in vitro en contra de los virus del herpes simple tipos 1 y 2 y el virus de la varicela zoster. Se ha utilizado en infecciones por herpes simple en piel y mucosas, en el tratamiento del herpes genital recurrente, en la profilaxis y tratamiento de las infecciones por virus del herpes en pacientes inmunocomprometidos, para el tratamiento de las infecciones neonatales por virus del herpes, en el tratamiento del herpes zoster y en pacientes con inmunodepresión severa como los estadios avanzados de la infección por VIH y en el tratamiento de las infecciones por citomegalovirus en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea. Se utiliza por sí solo o como adyuvante en el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y en el complejo relacionado con SIDA, eccema herpético y hepatitis crónica.
 - *Contraindicaciones.* Hipersensibilidad o intolerancia a los componentes de la fórmula. No debe utilizarse durante el embarazo a menos que el beneficio potencial justifique el riesgo potencial al feto. Se debe tener precaución cuando se administra durante la lactancia.

- *Interacciones medicamentosas.* La administración simultánea de probenecid con aciclovir intravenoso aumenta la vida media promedio y el área bajo la curva de concentración-tiempo. Esta combinación reduce la excreción urinaria y la depuración renal. Además, no debe administrarse de manera concomitante con sangre, soluciones que contengan proteínas o parabenos.
- *Dosis y vías de administración.* 200mg V.O cada 4 horas. 5mg/kg o 10mg/kg V.I cada 8 horas, ambos por 7 días.

En niños entre 3 meses y 12 años, 250 o 500mg/m² de superficie corporal cada 8 horas.

La superficie corporal (sc) se puede calcular mediante la fórmula:

$$sc = \frac{4 \times \text{peso en kg} + 7}{\text{Peso en kg} + 90}$$

Crema de Aciclovir se debe aplicar cinco veces al día, cada cuatro horas con una duración de cinco días, el cual puede extenderse cinco días más si el cuadro persiste.^{84, 85}

- Valaciclovir

- *Indicaciones.* Infecciones por virus del herpes, incluidos el virus de la varicela-zóster, que causa el herpes zóster, y el virus del herpes simple (VHS), que puede producir herpes labial y herpes genital. Se utiliza además para prevenir las infecciones por citomegalovirus.
- *Contraindicaciones.* Personas hipersensibles al valaciclovir, al aciclovir o a alguno de los excipientes. Sólo durante el embarazo si los posibles beneficios del tratamiento son mayores que los riesgos. Precaución durante la lactancia.
- *Interacciones medicamentosas.* Micofenolato, ciclosporina, tacrolimus, cimetidina y probenecid.
- *Dosis y vías de administración.* Usualmente V.O. 1000 mg cada 12 horas por 5 días por día o 2000 mg cada 6 horas.
En niños mayores de 2 años, dosis de 20 mg/kg/8 horas (máximo 3 gramos/día) durante 5 días.^{86, 87}

- Famciclovir
 - *Indicaciones.* Herpes zoster, causada por el virus de la varicela zoster, zoster oftálmico y herpes genital.
 - *Contraindicaciones.* Hipersensibilidad a famciclovir o cualquiera de sus componentes. No se recomienda su uso en niños y adolescentes. En embarazo y lactancia no debe utilizarse a menos que sea claramente necesario.
 - *Interacciones medicamentosas.* Raloxifeno, para prevenir y tratar la osteoporosis. Probenecid, para niveles altos de ácido úrico asociados a gota y para aumentar los niveles en sangre de antibióticos del tipo penicilina u otros medicamentos que puedan afectar los riñones.
 - *Dosis y vías de administración.* Se recomienda 500 mg dos o tres veces por día dependiendo el caso, durante 7 días V.O.^{88, 89}

- Penciclovir
 - *Indicaciones.* Herpes Labial
 - *Contraindicaciones.* Hipersensibilidad a la fórmula. No se recomienda su aplicación en mucosas y ojos. No administrar a menores de 16 años. No se recomienda su uso durante el embarazo y la lactancia. Estudios in vivo e in vitro han demostrado que no posee efectos mutagénicos.
 - *Interacciones medicamentosas.* No se han descrito.
 - *Dosis y vías de administración.* Aplicar una fina capa de una formulación que contenga penciclovir al 1% a intervalos de 2 horas durante el día, continuándose durante 4 días.⁹⁰

- Cidofovir
 - *Indicaciones.* Retinitis por citomegalovirus en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida y sin alteración renal.
 - *Contraindicaciones.* Hipersensibilidad a la droga, tratamiento concomitante con drogas potencialmente nefrotóxicas e insuficiencia renal determinada por creatinina sérica > 133mmol/l (> 1,5mg/dl),

clearance de creatinina $\leq 0,92$ ml/seg (≤ 55 ml/min) o proteinuria ≥ 100 mg/dl. No administrar a mujeres durante el embarazo y la lactancia.

- *Interacciones medicamentosas.* Si se usa junto con probenecid interactúa con el metabolismo o la secreción tubular renal de muchas drogas tales como paracetamol, aciclovir, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, ácido aminosalicílico, barbitúricos, benzodiazepinas, bumetanida, clofibrato, metotrexato, famotidina, furosemida, agentes antiinflamatorios no esteroides, teofilina y zidovudina. Los pacientes tratados con zidovudina deben suspenderla temporalmente o reducir su dosis en un 50% en los días en que se les administre cidofovir, ya que el probenecid reduce el metabolismo de la zidovudina.
- *Dosis y vías de administración.* 5mg/kg de peso corporal, administrados VI, una vez por semana durante dos semanas consecutivas. Dosis de mantenimiento: 5mg/kg de peso corporal, administrados VI, una vez cada dos semanas.^{91, 92}

Sialogogos

- Pilocarpina
 - *Indicaciones.* Para boca seca y/o ojos secos causados por radioterapia y síndrome de Sjögren.
 - *Contraindicaciones.* Asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades coronarias, hipertiroidismo, iritis, glaucoma de ángulo cerrado, embarazo, lactancia y pacientes pediátricos.
 - *Interacciones medicamentosas.* Cuidado con betabloqueadores, fármacos parasimpaticomiméticos y anticolinérgicos.
 - *Dosis y vías de administración.* Solución de 500ml administrando 5ml cada 6 horas, gotas oftálmicas por vía oral al 2% aplicando 4 gotas cada 8 horas y tabletas de 5mg cada 8 horas.^{93, 94}

Complejo Vitamínico

Las vitaminas y los minerales son llamados micronutrientes porque son necesarios en cantidades muy pequeñas. Ellos no pueden adecuadamente ser producidos por el cuerpo y deben obtenerse de la dieta y/o suplementos. Las vitaminas y los minerales no aportan energía, pero realizan funciones vitales que regulan las muchas actividades y las reacciones químicas que tienen lugar dentro del cuerpo. Sin una ingesta adecuada de estos micronutrientes, los síntomas de una inmunodeficiencia se pueden desarrollar. Entre los más sobresalientes e importantes para el tratamiento del VIH/SIDA encontramos:

- Vitamina C. En personas con VIH, existe alguna evidencia de que la vitamina C puede inhibir la replicación del virus en experimentos en tubos de ensayo, pero no está claro lo que esto significa en el cuerpo humano. El beneficio más importante para las personas con VIH es la acción antioxidante generalizada de vitamina C.
- Calcio. En los últimos años, la osteopenia u osteoporosis, se ha convertido en un problema generalizado entre las personas con VIH, por lo que se recomienda que éstas personas mantengan niveles de calcio adecuados.
- Vitamina D. Necesario para que el cuerpo metabolice adecuadamente el calcio. La vitamina D3 es la forma activa de ésta vitamina.
- Vitamina E. Antioxidante que se asocia con una progresión más rápida de la enfermedad del VIH. Las personas con mala absorción de grasa o desnutrición están en mayor riesgo de ser deficientes en vitamina E.
- Zinc. Mineral esencial para el sistema inmune; una deficiencia puede causar una inmunosupresión severa.
- Selenio ayuda a regenerar el glutatión, principal antioxidante en las células. Los estudios han demostrado que los bajos niveles de selenio en la sangre están asociados con un mayor riesgo de progresión de la enfermedad y la muerte. La deficiencia se asocia con linfocitos T CD4 bajos. Un pequeño estudio encontró que un suplemento diario de 200 microgramos podría tener un efecto positivo en algunas personas con VIH.

- Vitaminas del complejo B pueden ayudar a la progresión lenta de la enfermedad en personas con VIH. También son importantes para la mitocondria sana, las estructuras productoras de energía en las células, y pueden ayudar a disminuir el impacto de la toxicidad mitocondrial. Además, estas vitaminas se agotan rápidamente en tiempos de estrés, fiebre o infección, así como con alto consumo de alcohol.⁹⁵

Las vitaminas del complejo B, además de su importancia en la nutrición, transporte axonal, excitabilidad neuronal y síntesis de neurotransmisores, han demostrado su utilidad clínica en algunos padecimientos dolorosos, como: neuritis, lumbago, ciática, síndromes vertebrales lumbares, cefalea crónica, neuralgia del trigémino, dolor crónico relacionado con polineuropatía diabética y artritis reumatoide. Las vitaminas B1, B6 y B12, tiamina, piridoxina y cianocobalamina, respectivamente, pueden reducir significativamente la gravedad y duración del dolor neuropático. Se ha observado clínicamente la ausencia de efectos tóxicos de la administración de vitaminas B solas o combinadas, en dosis orales incluso de 5,000 mg/kg de peso.

Independientemente del dolor resultado de la deficiencia vitamínica, las vitaminas B1, B6 y B12, tienen efecto analgésico, sobre todo cuando se administran las tres en combinación. Este efecto se atribuye, entre otros mecanismos, a la elevación de la disponibilidad o de la efectividad de noradrenalina o serotonina, que actúan como inhibidores de la transmisión del sistema nociceptivo.

Los datos clínicos, en la mayoría de los casos, no cubren los estándares actuales de evaluación (aleatorización y doble cegamiento). Sin embargo, parece que las altas dosis de vitaminas B1, B6 y B12, administradas separadamente o combinadas, pueden aliviar el dolor agudo y potenciar la analgesia causada por no opioides, como antiinflamatorios no esteroideos y metamizol (dipirona). Se observan efectos terapéuticos en dolor neuropático y en el de origen músculo-esquelético.⁹⁶

Auxiliares de diagnóstico

El diagnóstico de la infección por VIH generalmente se realiza por métodos indirectos, demostrando la presencia de anticuerpos contra el VIH-1 y VIH-2. La presencia de anticuerpos es consecuencia de la respuesta inmunológica de la persona contra el virus y se presenta en el 100% de los casos. Sin embargo, a diferencia de otras enfermedades, estos anticuerpos no tienen un efecto protector, pero estarán presentes durante toda la vida de la persona.

También puede utilizarse métodos directos para el diagnóstico, es decir aquellos que detectan al virus, sus antígenos o su material genético, entre ellos tenemos el cultivo viral, que es costoso, requiere mucho tiempo e instalaciones especiales, la detección de antígenos virales, (antígeno p24), que son métodos poco sensibles y la detección del genoma viral por RT-PCR, PCR tiempo real o la detección de ADN proviral.⁹⁷

La detección y el diagnóstico de la infección por VIH y caso de SIDA se lleva a cabo a través de los siguientes procedimientos:

- Antecedentes de exposición por alguno de los mecanismos de transmisión antes enunciados.
- Satisfacer los criterios de infección por VIH o caso de SIDA.
- Estudios de laboratorio:
 - Pruebas de tamizaje: Presencia de anticuerpos contra el VIH en el suero, plasma, sangre total, líquido crevicular-saliva demostrada por alguno de los siguientes métodos: Ensayos Inmunoenzimáticos EIA (antes ELISA) convencionales y/o pruebas rápidas, inmunocromatográficas u otras.
 - Pruebas confirmatorias: Presencia de anticuerpos contra el VIH en el suero o plasma demostrada por alguna de las pruebas siguientes:
 - 1) Inmunoelctrotransferencia (Prueba de Western Blot).
 - 2) Inmunofluorescencia.

- Pruebas específicas: Determinan la presencia del virus o algún componente del mismo, como son:
 - 1) Cultivo de virus.
 - 2) Determinación de antígeno viral.
 - 3) Detección de ácidos nucleicos mediante reacción en cadena de la polimerasa.⁹⁸

La calidad de los métodos utilizados se encuentra en función de la sensibilidad, especificidad y los valores predictivos positivo y negativo. La sensibilidad de un método, es la capacidad para identificar concentraciones pequeñas de anticuerpos, en tanto que la especificidad corresponde a la capacidad del método para identificar correctamente los anticuerpos contra el VIH. Con estos parámetros se determina la exactitud de una prueba para distinguir un individuo infectado de otro no infectado y ambos dependen de las características propias de la prueba que se emplee. Con un reactivo de sensibilidad y especificidad conocidas, la probabilidad de que el resultado determine con precisión si una persona está o no infectada (valor predictivo), variará según la prevalencia de la infección por el VIH en la población en estudio. A mayor prevalencia disminuye la proporción de falsos positivos, mientras que aumenta la proporción de falsos negativos. Los valores predictivos indicarán la posibilidad de que una muestra determinada como positiva o negativa corresponda verdaderamente a que el sujeto en estudio esté infectado o no.

Será fundamental que las pruebas que se utilicen en los algoritmos tengan una sensibilidad y especificidad de por lo menos el 99%. La mayoría de las que existen en el mercado, tanto pruebas inmunoenzimáticas como pruebas rápidas de diagnóstico del VIH, satisfacen estos criterios.⁹⁹

El diagnóstico de infección por VIH se rige por los siguientes criterios:

- 1) Se considera una persona seropositiva a VIH, aquella que presente dos resultados de pruebas de tamizaje, de anticuerpos positivos y prueba

suplementaria positiva, incluyendo personas asintomáticas que nieguen prácticas de riesgo.

- 2) En el caso de presentar dos resultados de pruebas de tamizaje reactiva pero prueba suplementaria indeterminada, se considera como posiblemente infectado, se recomienda repetir la prueba de laboratorio tres meses después.
- 3) En caso de niños menores de 18 meses no se considerarán infectados por el VIH sólo por presentar las pruebas de EIA y Western Blot reactivas. En estos casos el diagnóstico deberá corroborarse a través del cultivo viral o pruebas de amplificación por métodos moleculares.¹⁰⁰

En la consulta odontológica un elemento importante es integrar adecuadamente la historia clínica para establecer los diagnósticos adecuados y en caso necesario hacer uso de los auxiliares diagnósticos usados en nuestra área como:

- *Citología exfoliativa*. Estudio de las células obtenidas por un ligero raspado de los órganos comunicados con el exterior.¹⁰¹
- *Biopsia*. La biopsia es un procedimiento de elucidación diagnóstica a través de la remoción de tejido vivo para el estudio macro y microscópico, que se puede realizar en el consultorio dental cuando se quiera hacer el diagnóstico definitivo de alguna patología bucal.¹⁰²
- *Sialometría*. Procedimiento que tiene como objetivo cuantificar el flujo de saliva.¹⁰³

Diagnósticos diferenciales VIH/SIDA

El VIH en su fase aguda puede ser confundida con ciertas enfermedades al presentar signos y síntomas parecidos, aunado a una alteración de Linfocitos T CD4. Es por ello, que se deben tener presentes las siguientes enfermedades (ver tabla 2. Diagnósticos diferenciales VIH/SIDA según su cuenta de linfocitos T CD4), ya que presentan signos y síntomas parecidos al VIH en su fase aguda y una alteración según su cuenta de Linfocitos T CD4:¹⁰⁴

Tabla 2. Diagnósticos diferenciales VIH/SIDA según su cuenta de linfocitos T CD4

Enfermedades con cuenta de linfocitos T CD4 mayor a 200cels/ μ l	Enfermedades con linfocitos T CD4 menor a 200cels/ μ l
Diseminación de Mycobacterium avium complex.	Infecciones bacterianas, por ejemplo, neumonía, septicemia.
Neumonía por Pneumocystis jirovecii	Alergia a drogas
Infección por criptococosis	Tuberculosis
Infección por citomegalovirus	Diseminación de salmonella, infección por campylobacter
Toxoplasmosis	Fiebre asociada a malignidad, por ejemplo, linfoma.
Infecciones menos comunes, por ejemplo, histoplasma, cartonella	

Fuente: adaptado y tomado de: Australasian Society for HIV Medicine (ASHM). HIV, viral hepatitis and STIs. A guide for primary care. 2008

Diagnóstico y tratamiento del paciente VIH

Como a cualquier paciente el inicio del tratamiento incluye un completo examen clínico del mismo. Se debe recordar que las personas que viven con VIH pueden desarrollar manifestaciones en la piel y adenopatías cervical, por lo cual es necesario realizar un examen extraoral de la piel de la cabeza y cuello en cada consulta. Los hallazgos deben ser conversados con el paciente y con el médico tratante.

No existe evidencia que soporte modificaciones en los tratamientos odontológicos basados sólo por la presencia de VIH. Sin embargo, tales modificaciones pueden surgir, siempre y cuando sean basadas en ciertas patologías médicas que se producen como resultado de la infección con VIH. Los pacientes severamente afectados o en sus estadios terminales, por ejemplo, pueden requerir cuidados especiales similares a otras enfermedades que causan debilitamiento general, tales como el cáncer.¹⁰⁵

Las complicaciones asociadas con el tratamiento de personas con VIH/SIDA son similares a los pacientes que no tienen infección por VIH. Los esfuerzos extra deben realizarse en la promoción y prevención de la salud oral debido a la alta carga de enfermedades orales en estos pacientes. Por lo cual el tratamiento integral debe incluir medidas preventivas y rehabilitadoras, el cual debe ser desarrollado y discutido con el paciente.

Además, se debe tener presente que las medicaciones de las personas con VIH pueden causar efectos adversos, los odontólogos tratantes deben revisar todos los medicamentos que están siendo usados por el paciente especialmente los antiretrovirales y deben conocer las potenciales interacciones con los medicamentos prescritos por los odontólogos.¹⁰⁶

Conducta odontológica ante pacientes con VIH/SIDA

La conducta odontológica debe incluir:

I. Exploración física adecuada.

Comenzará con el llenado de la historia clínica médica, en donde se recogerán todos los datos relacionados con el estado de salud o enfermedad.

Aquí se hará uso de las técnicas básicas de la exploración clínica:

- Inspección. Apreciación de las características del cuerpo.
- Palpación. Apreciación manual del tamaño, forma, movimientos, etc.
- Percusión. Apreciación de los fenómenos acústicos que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo.
- Auscultación. Apreciación de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo (actividad del corazón, entrada y salida del aire, etc.).¹⁰⁷

II. Exploración sistemática de la cavidad bucal.

Se divide en regiones anatómicas, lo cual sistematiza la exploración y evita la omisión de alguna zona en particular. La exploración se realizará visual, y digitalmente con ayuda de los dedos índice y pulgar tratando de palpar todas las zonas para descartar alguna lesión. Se iniciará con las estructuras bucales externas (bermellón de los labios) para continuar con la cavidad bucal propiamente dicha (mucosa bucal, encías, lengua, paladar, orofaringe y por último los dientes).¹⁰⁸

III. Diagnóstico de VIH/SIDA, enfermedades sistémicas o bucales secundarias a la infección de VIH.

Para el correcto diagnóstico deberá utilizarse toda evidencia clínica recabada en la historia clínica (manifestaciones sistémicas, manifestaciones orales, antecedentes de contacto con el virus, etc.)

IV. Uso de auxiliares de diagnóstico en caso de ser necesario.

(Pruebas directas o indirectas para VIH, biopsias, sialometrías, etc.)

V. Tratamiento farmacológico o sintomático dependiendo de los diagnósticos establecidos.

Un buen diagnóstico nos llevará a un excelente tratamiento dependiendo de la enfermedad o manifestación que se trate.

VI. Precauciones universales.

Según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades en Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés), para la atención odontológica de cualquier paciente se deben usar una serie de “precauciones universales”. Este término se refiere a un paquete de precauciones diseñadas para prevenir la transmisión del VIH, del virus de la hepatitis B (VHB), y otros patógenos transmitidos por sangre en sitios de atención a la salud.¹⁰⁹

Bajo las precauciones universales, la sangre y la saliva de todos los pacientes es considerada potencialmente infecciosa con VIH, VHB y otros patógenos transmitidos por sangre. Es por ello que aplicar precauciones universales significa que los mismos procedimientos para el control de infecciones deben ser empleados con todos los pacientes, para cualquier procedimiento dental. De esa manera, las precauciones universales son específicas a los procedimientos y no a los pacientes, por lo que no se justifica el negar la atención a pacientes con VIH/SIDA.¹¹⁰

Dentro de éstas precauciones universales encontramos:

1) Lavado de manos

La higiene de manos es un término general que se refiere a cualquier acción de limpieza de las manos.

Se refiere a la eliminación de la suciedad visible y eliminación o destrucción de microorganismos transitorios de las manos, así como el mantenimiento de la buena integridad de la piel como resultado de un programa de cuidado de las manos. La higiene de manos incluye el lavado quirúrgico de las mismas.

Se recomienda lavarse las manos:

- a) Antes de tocar a un paciente, incluso si se usarán guantes.
- b) Antes de salir del área clínica, después de tocar el paciente o el entorno inmediato del paciente.
- c) Después del contacto con sangre, fluidos corporales, excreciones, o vendajes de heridas. Incluso si se usaron guantes.
- d) Antes de realizar una tarea aséptica (por ejemplo, la colocación de una vía intravenosa, la preparación de una inyección).
- e) Si las manos se mueven de un sitio del cuerpo contaminado a otra limpia durante la atención al paciente.
- f) Después de quitarse los guantes.¹¹¹

2) *Uso de Equipo de Protección Personal (PPE)*

Se refiere a una serie de obstáculos, utilizados solos o en combinación, para proteger las membranas mucosas, las vías respiratorias, la piel y la ropa del contacto con agentes infecciosos.

La Selección de PPE se basa en el tipo de interacción con el paciente, los posibles agentes infecciosos, y / o el modo probable de transmisión.¹¹²

Dentro de las PPE podemos encontrar:

a) Ropa protectora (bata, uniforme y calzado clínico).

Se define como toda la ropa que se debe usar durante el tratamiento de los pacientes, mayormente cuando los aerosoles o las salpicaduras son probables que se generen o cuando la contaminación con sangre o saliva es posible.

El tipo adecuado de ropa de protección varía en función de la naturaleza del procedimiento y el equipo utilizado es una cuestión de juicio profesional.

Las prendas de protección desechables se deben colocar en la basura después de su uso, o si están visiblemente contaminados con sangre estos deben ser eliminados de acuerdo con la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.

La ropa de protección debe ser cambiada tan pronto como sea posible cuando se vuelven visiblemente sucias o después de repetidas exposiciones a aerosoles contaminados.

El vestido protector usado en el área clínica se debe retirar antes de comer, beber, tomar un descanso, salir de las instalaciones de práctica, o bien, al final del día.

Por último, los odontólogos y personal de apoyo clínico deben llevar calzado cerrado que los proteja de lesiones, de contacto con objetos punzantes o de algún derrame de productos químicos.¹¹³

b) Guantes.

Constituyen una medida de prevención primaria frente al riesgo biológico. Aunque de por sí no evitan el pinchazo, se ha demostrado que reducen el volumen de sangre transferida en al menos un 50%. De este modo se reduce significativamente el riesgo de los odontólogos ante la posibilidad de infección con agentes biológicos.

La utilización de guantes es el método de protección de barrera más importante para prevenir la contaminación de las manos cuando existe contacto con material biológico potencialmente infeccioso (como sangre, fluidos corporales, secreciones, membranas mucosas y piel no intacta de los pacientes).

Asimismo, el uso de guantes reduce la probabilidad de transmisión de los microorganismos presentes en las manos, ya se trate de evitar el contagio del personal sanitario a los pacientes (durante los procedimientos sanitarios), o de impedir que se produzca contaminación entre los mismos pacientes.

Es importante mencionar que los guantes nunca son un sustituto del lavado de manos.¹¹⁴

c) Mascarilla quirúrgica (cubre bocas)

Se usa durante procedimientos que pueden generar salpicaduras, debe ser de material impermeable frente a aerosoles o salpicaduras, por lo que debe ser amplio cubriendo nariz y toda la boca.

Puede ser utilizado por el estomatólogo durante el tiempo en que se mantenga limpio y no deformado. Esto dependerá del tiempo de uso y cuidados que reciba.¹¹⁵

d) Protección ocular

Los lentes con revestimiento anti-empañante proporcionan, protección para los ojos, fiable de las salpicaduras, aerosoles y gotitas respiratorias de múltiples ángulos.

Aunque son eficaces como protección para los ojos, las gafas no proporcionan protección contra salpicaduras o rociado a otras partes de la cara.

Anteojos y lentes de contacto personales no se consideran una protección adecuada para los ojos.

Protectores para la cara (careta)

Proporcionan protección a otras partes de la cara, así como los ojos. Los protectores faciales que se extienden desde la barbilla hasta la frente proporcionan una mejor protección de cara y ojos de las salpicaduras y aerosoles.¹¹⁶

3) Manipulación del instrumental y/o material contaminado

a) Prelavado

El instrumental no puede ser lavado inmediatamente después de ser utilizado, se debe sumergir en un detergente o desinfectante por 10 minutos para prevenir que la sangre y saliva se seque sobre el instrumento dificultando su posterior limpieza.

b) Lavado

Deberá realizarse portando guantes gruesos y de uso exclusivo para el instrumental, además de utilizar cepillo con mango largo.

Se cepillará y enjuagará con abundante agua potable, para garantizar el retiro de posibles restos de materia orgánica, además de eliminar todo residuo de la solución del detergente.

El cepillado se debe realizar con el instrumental sumergido en el agua para evitar la salpicadura.

El material debe ser secado y de acuerdo con su categorización debe ser empacado para su posterior esterilización.

Impresiones, modelos, mordida en cera, pruebas de prótesis, entre otras, deberán ser enjuagadas al chorro de agua y posteriormente tendrán que ser desinfectadas con alguna sustancia desinfectante.

c) Manejo de líquidos, antisépticos y desinfectantes

Todo instrumental y equipo destinado a la atención de pacientes, requiere de limpieza previa, desinfección y esterilización, con el fin de prevenir el desarrollo de procesos infecciosos.

Los desinfectantes son agentes antimicrobianos que se aplican a los objetos no vivos para destruir los microorganismos. Los desinfectantes reducen el número de microorganismos a un nivel seguro.

Las turbinas, micromotores y todo aquel equipo que pueda desprenderse de la unidad odontológica deben ser desinfectado y esterilizado entre cada paciente, siguiendo las especificaciones del fabricante. Una vez culminado el proceso de esterilización y el equipo vaya a ser utilizado nuevamente, siga las instrucciones del fabricante en cuanto a lubricación se refiere.

Dentro de los antisépticos y desinfectantes de uso odontológico y fáciles de encontrar tenemos:

- *Glutaraldehído*

Solución acuosa al 2%, la cual debe activarse con el diluyente indicado. El glutaraldehído inactiva virus y bacterias en menos de 30 minutos y las esporas de hongos en 10 horas. La base desinfectante de glutaraldehído tiene un amplio espectro antimicrobiano: esporicida, virucida (lipofílicos e hidrofílicos), tuberculicida y fungicida. Es recomendado particularmente para la desinfección de instrumental que no puede exponerse a altas temperaturas. (Espejos, elementos de caucho y de plástico).

La vida útil de esta solución activada es de 28 días.

- *Hipoclorito de Sodio al 13%*

El hipoclorito de sodio es un desinfectante universal, activo contra todos los microorganismos.

Excelente bactericida, dilucida; es inestable y disminuye su eficiencia en presencia de luz, calor y largo tiempo de preparación. Ideal para remojar el material usado antes de ser lavado, e inactivar secreciones corporales. Es altamente corrosivo.¹¹⁷

4) *Desinfección de superficies o equipo de trabajo*

El utilizar cubiertas desechables o limpiar y desinfectar con sustancias con actividad tuberculocida entre cada paciente las áreas, expuestas a los aerosoles y salpicaduras, tocadas con guantes, material e instrumentos contaminados, tales como: lámpara de la unidad y de fotocurado, escupidera, aparato de rayos X, cabezal y brecera.

Limpiar las superficies potencialmente contaminadas con hipoclorito de sodio al 0.5%, con alcohol al 70% o con agua oxigenada.¹¹⁸

5) *Esterilización del instrumental*

Eliminación o destrucción total de todas las formas de vida microbiana a través de procesos físicos o químicos.

Se pueden utilizar distintos métodos, dentro de los más aceptados encontramos: (ver tabla 3. Métodos de esterilización) ¹¹⁹

Tabla 3. Métodos de esterilización		
Método de esterilización	Indicaciones	Características del proceso de esterilizado
Calor húmedo bajo presión (Autoclave)	121°C (250°F), 15 libras de presión por 20 minutos.	<ul style="list-style-type: none"> - Ciclos cortos. - Buena penetración. - Acepta ciertos plásticos, papeles y cauchos. - Acepta algunas turbinas y micro motores.
	134°C (273°F), 30 libras de presión por 3 – 5 minutos.	<ul style="list-style-type: none"> - Acepta monitoreo biológico. - Puede ocasionar corrosión a ciertos instrumentos. - Puede ocasiona desgastes de instrumentos filosos.
Vapor químico insaturado	131°C (270°F), 20 a 40 libras de presión, por 20 – 30 minutos.	<ul style="list-style-type: none"> - Ciclo corto. - No produce corrosión. - No desgasta material filoso. - Puede ser monitoreado. - Puede deteriorar ciertos plásticos y cauchos. - Se necesitan soluciones especiales. - Se necesita tratamiento previo de los instrumentos.
Calor seco	160°C (320°F) por 2 horas.	<ul style="list-style-type: none"> - No produce corrosión de instrumental. - No desgasta instrumental filoso. - Económico.
	170°C (340°F) por 1 hora.	<ul style="list-style-type: none"> - Ciclos más prolongados. - No permite esterilizar líquidos, plásticos o caucho. - Los instrumentos deben ser introducidos bien secos.
	188°C (375°F) por 6 - 12 minutos.	
Agentes químicos	No se logra la esterilización; sólo deben ser utilizados para desinfección.	
Óxido de etileno	25°C (75°F) por 10 – 16 horas.	<ul style="list-style-type: none"> - Alta penetración en empaques e instrumental. - Puede usarse para materiales vulnerables a calor. - No deja residuos. - Se puede usar con instrumental que no debe mojarse o humedecerse. - Acepta monitoreo biológico. - Ciclos largos. - Puede causar irritación de piel y mucosas. - Es explosivo. - No permite usarse en contenedores cerrados.
Esterilización de cuentas o perla	450°C por 15 segundos	<ul style="list-style-type: none"> - No permite monitoreo. - Sólo se recomienda para instrumentos pequeños como fresas o piedras. - Puede dañar artículos vulnerables al calor.

Fuente: tomado y adaptado del manual de recomendaciones en bioseguridad para la práctica ortodóncica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2011.

6) Manejo de desechos clínicos

Los desechos generales deben disponerse de acuerdo con las regulaciones y recomendaciones locales aplicables. Generalmente, los artículos manchados con sangre o saliva no son desechos regulados. Se considera como desechos regulados los tejidos blandos y duros, así como los artículos impregnados, es decir, aquellos de los que se pueda exprimir sangre o saliva, o que la sangre seca pueda desprenderse del artículo.

Manejo de desechos con riesgo biológico y punzocortante.

Se deberán separar y envasar todos los residuos peligrosos biológico-infecciosos, de acuerdo con sus características físicas y biológicas infecciosas (ver tabla 4. Desechos biológicos y envasado). Durante el envasado, los residuos peligrosos biológico-infecciosos no deberán mezclarse con ningún otro tipo de residuos municipales o peligrosos.¹²⁰

TIPO DE RESIDUOS	ESTADO FISICO	ENVASADO	COLOR
Sangre	Líquidos	Recipientes herméticos	Rojo
Cultivos y cepas de agentes infecciosos	Sólidos	Bolsas de polietileno	Rojo
Patológicos	Sólidos	Bolsas de polietileno	Amarillo
	Líquidos	Recipientes herméticos	Amarillo
Residuos no anatómicos	Sólidos	Bolsas de polietileno	Rojo
	Líquidos	Recipientes herméticos	Rojo
Objetos punzocortantes	Sólidos	Recipientes rígidos polipropileno	Rojo

Fuente: tomado y adaptado de la NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

7) Manejo de muestras (biopsias)

Se debe de tener cuidado con el material retirado, evitar el contacto directo, siempre usar guantes para su manipulación además de no comprimir, ni dilacerar el tejido, remover sangre y otros materiales usando suero fisiológico; introducir el material retirado en un frasco de vidrio conteniendo solución fijadora (formalina o formol al 10%). La proporción de la solución

fijadora o formalina con la muestra es de 10 a 1. El frasco con la solución de formol y el material retirado debe ser de amplia abertura, el material biopsico debe conservar su morfología después de su extracción; por lo tanto, no debe ser traumatizado, ni comprimido con pinzas, ni secado con gasas.¹²¹

VII. **Referencia de pacientes.**

El Manual de referencia y contrarreferencia de pacientes es un instrumento elaborado por la Secretaría de Salud, con la participación de las instituciones del sector que atienden a población abierta, con el propósito de que en sus tres niveles de atención se cuente con un documento normativo que facilite la atención de los pacientes que acuden a solicitar servicios.¹²²

Citando éste mismo manual, en su capítulo número 10 “Lista de Padecimientos por Nivel de Atención”, ubican al VIH/SIDA como un padecimiento para ser tratado en el 3er nivel de atención (atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología), por lo que nuestra referencia debería ser dirigida para instituciones con dicho nivel de atención.

Los datos mínimos que debe contener una referencia son:

- Del que refiere: Nombre de la institución, así como nombre, cédula y firma del doctor que realiza la referencia.
- Del paciente: Edad, sexo, peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura. Además deberá citarse su padecimiento actual, evolución, y el diagnóstico presuntivo.
- De la unidad a la que refiere: Nombre de la unidad, domicilio, fecha de referencia, motivo y la especialidad a la que refiere.

Todo ello adjuntando estudios previos de laboratorio y/o medicamentos que se encuentra tomando.¹²³

Instituciones de referencia de pacientes VIH

a) Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS).

- *Ubicación:* Calle Benjamín Gil #24 Colonia Condesa. Del. Cuauhtémoc, C.P. 06140, México D.F. Informes: 52 07 40 77
- *Servicios:* Prevención y atención especializada de pacientes con VIH e infecciones de transmisión sexual, de forma ambulatoria. Apoyo psicológico y de trabajo social tanto a las personas afectadas como a sus familiares. Acceso al tratamiento antirretroviral de forma gratuita. Enfermería. Estudios de laboratorio. Talleres de adherencia.
- *Requisitos:* No se necesitan requisitos específicos para la atención, en éste centro, se evalúa al paciente y en caso de ser necesario ellos hacen la referencia al 3er nivel de atención dependiendo de la situación de cada paciente.¹²⁴

b) Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

- *Ubicación:* Dr. Balmis No. 148, Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06726, México D.F. Informes: 52 69 50 54.
- *Servicios:* Atención general especializada para pacientes VIH. En caso de urgencias acudir directamente al hospital en departamento de urgencias.
- *Requisitos:* Agendar cita al número 52 69 50 54, pagar cuota de recuperación, asistir al hospital el día y hora de su cita con el número de referencia que se le dio el día que hizo su cita. No necesita pase de referencia para su consulta externa.¹²⁵

c) Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

- *Ubicación:* Calzada de Tlalpan No. 4800, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, C.P. 14080, México D.F. Informes 40 00 30 00.
- *Servicios:* Atención general para pacientes VIH. En caso de urgencias acudir directamente al hospital en departamento de urgencias y se atenderá según la disponibilidad de camas.
- *Requisitos:* Agendar cita al 40 00 57 00, pagar cuota de recuperación, asistir al hospital el día y hora de su cita con el número de referencia y consultorio asignado. Necesario llevar hoja de referencia de Centro de Salud, Instituto Nacional de Salud, Hospital Regional u otra Institución de Salud.¹²⁶

d) Hospital Juárez de México

- *Ubicación:* Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas, Del. Gustavo A. Madero, C.P. 07760, México D. F. Informes 29 73 22 29.
- *Servicios:* Atención general para pacientes VIH. En caso de urgencias acudir directamente al hospital en departamento de urgencias y se atenderá según la disponibilidad de camas.
- *Requisitos:* Tener pase de Referencia o pase interno, pasar al módulo de la especialidad a solicitar su cita, realizar el pago de los servicios.¹²⁷

e) Hospital Juárez del Centro

- *Ubicación:* Plaza San Pablo número 13, Col Centro, C.P. 06090, Del. Cuauhtémoc, México D.F. Informes:55 42 22 24.
- *Servicios:* Atención general para pacientes VIH. En caso de urgencias acudir directamente al hospital en departamento de urgencias y se atenderá según la disponibilidad de camas.
- *Requisitos:* Agendar cita al teléfono 55 42 30 31 con previo pase de Referencia de Centro de Salud, Instituto Nacional de Salud, Hospital Regional u otra Institución de Salud.¹²⁸

f) Hospital Homeopático

- Ubicación: Chimalpopoca No. 135, Col. Obrera, CP.06800. Del. Cuauhtémoc, México D.F. Informes: 56-62-16-00.
- Servicios: Brindar atención médica homeopática y convencional, utilizando tecnología de vanguardia, con profesionales altamente calificados, y otorgando servicios a costos accesibles.
- Requisitos: Los servicios de consulta general homeopática, obstetricia, psicología y estomatología deben agendar previa cita por teléfono o personalmente en el hospital. Servicios de otra especialidad requieren hoja de referencia de otra unidad de salud o del propio hospital.¹²⁹



MATERIAL Y MÉTODOS

Objetivo:

- Proporcionar información necesaria para la adecuada atención odontológica ante pacientes con VIH/SIDA.

Tipo de Estudio:

- Descriptivo, presentación de 2 casos clínicos.

Recursos:

Materiales

- Consumo: Papelería, computadora, literatura, fotocopias, impresiones, cámara fotográfica.
- Financieros: Serán proporcionados por el Club Rotario Coyoacán, dichos insumos abarcan desde: guantes, cubrebocas, campos, así como instrumental y material para la atención integral de los pacientes.

Físicos

- Centro Comunitario Santos Fundadores, lugar donde se atenderán a los pacientes de la investigación.
- Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, aquí se dialogará y revisarán los avances de la investigación.

Humanos

- 1 Pasante de servicio social de la carrera de Cirujano Dentista.
- 1 Directora de tesis.
- 2 Pacientes de la investigación.



PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Caso No. 1

Ficha de identificación

Nombre: D.M.T.C

Escolaridad: Preparatoria

Edad: 41 años

Lugar de residencia: México D.F.

Sexo: Femenino

Lugar de nacimiento: México D.F.

Ocupación: Empleada

Motivo de la consulta

Acude al Centro Comunitario “Santos Fundadores” como opción para valoración y cotización sobre su tratamiento odontológico integral, ya que refiere haber visitado 3 consultorios particulares los cuales, le negaron el servicio odontológico debido a su enfermedad.

Antecedentes heredofamiliares

Abuela materna falleció por hemorragia cerebral. Padre finado por cáncer en esófago. Hermana menor padeció hepatitis A en su infancia. Hermana mayor de 46 años padece enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) desde hace 4 años.

Antecedentes personales no patológicos

Vivienda con todos los servicios intradomiciliarios, vive con su madre y sus 2 hijos. Baño y cambio de ropa diario, realizando cepillado dental 2 veces al día, esquema de inmunización completo.

Antecedentes personales patológicos

Refiere ser VIH +, siendo contagiada hace 7 años por vía sexual. Comenzó a dudar sobre su estado sistémico cuando notó que presentaba gripes frecuentes, disminución abrupta de peso corporal (aproximadamente 30kg en 3 meses),

anemia e hipotensión sin causa aparente. Estomatológicamente, presentó ardor en boca, dificultad para comer, hiposalivación y por último aparición de candidiasis; fue entonces que acudió al médico, el cual ordenó que se realizara la prueba de (EIA). Con ello, su médico le informó que era portadora del virus del VIH, además de ya presentar SIDA, por lo que inmediatamente fue sometida a tratamiento antiretroviral.

Padecimiento actual

Actualmente mantiene su tratamiento antiretroviral tomando Truvada (combinación de emtricitabina y tenofovir) y Efavirenz una cápsula al día y no ha tenido recaídas desde entonces.

Interrogatorio por aparatos y sistemas

- Cardiovascular: Calambres espontáneos en pies y manos.
- Los demás aparatos y sistemas sin alteraciones.

Exploración física

Paciente con edad cronológica igual a la aparente, consciente, tranquila, orientada en sus tres esferas. Mesocefálica sin alteraciones. Cuello cilíndrico, simétrico sin alteraciones cutáneas (ver figura 1). Resto del cuerpo sin alteraciones.

Exploración intrabucal

Retracción gingival generalizada, (ver figura No. 2, 3 y 4). Lengua fisurada (ver figura No. 5). Ambas arcadas presentan pérdida dental, siendo clasificadas como clase III de Kennedy (ver figura No. 6 y 7). Se observa cálculo dental en los cuellos gingivales de los dientes. Los dientes 16, 17, 45, 44, 34, 35, 36 y 38 presentan obturación con amalgama en buen estado. Caries de primer y segundo grado en los dientes 18, 14, 24, 25, 26, 27 y 28 (ver figura 6 y 7).

Diagnóstico sistémico y bucal

Paciente femenino de 41 años de edad consciente, tranquila, orientada en sus tres esferas. VIH positivo. Mesocefálica sin alteraciones. Cuello cilíndrico, simétrico sin alteraciones cutáneas. Intraoralmente en tejidos blandos presenta lengua fisurada y periodontitis leve. En tejidos duros presenta: mordida borde a borde, así como pérdida dental (clase III de Kennedy). Se observa cálculo dental en los cuellos gingivales de la mayoría de los dientes. Caries de primer y segundo grado en los dientes 18, 14, 24, 25, 26, 27 y 28.

Pronóstico

Favorable

Plan de tratamiento

1. Higienización	2. Curativo	3. Rehabilitatorio
a) Profilaxis Dental.	Obturación de los órganos dentarios con caries.	Rehabilitación de ambas arcadas con la utilización de prótesis removibles.
b) Técnica de Cepillado.		
c) Uso de Colutorios.		
d) Control de PDB.		

El tratamiento antes descrito no pudo ser concluido por falta de tiempo de la paciente, lo único que se pudo concluir fue la etapa de higienización, utilizando las precauciones universales señaladas en esta tesis.

Como colutorio, se le recomendó utilizar enjuagues orales con solución de clorhexidina al 0.12%, ya que según la literatura se ha demostrado que un enjuague de 60 segundos dos veces al día con una solución de gluconato de clorhexidina al 0,2% en ausencia de cepillado normal, inhibe la formación de placa y consecuentemente el desarrollo de gingivitis.^{130, 131}

Actualmente se mantiene contacto con la paciente para su futura rehabilitación.

Para el uso de la información de la paciente para ésta tesis, se hizo uso de un consentimiento informado con base en la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.ⁱ (Ver anexo No. 1)

Evidencia Clínica:



Figura 1. Frontal.
Sin alteraciones extraorales.
Fuente Directa.



Figura 2. Intraoral. Retracción gingival generalizada.
Fuente Directa.



Figura 3. Intraoral Lateral Derecha.
Pérdida dental y retracción gingival generalizada.
Fuente Directa.



Figura 4. Intraoral Lateral Izquierda. Pérdida dental y retracción gingival generalizada.
Fuente Directa.

ⁱ Anexo 1. Consentimiento informado brindado a los pacientes.

Figura 5. Lengua Fisurada.
Fuente Directa.

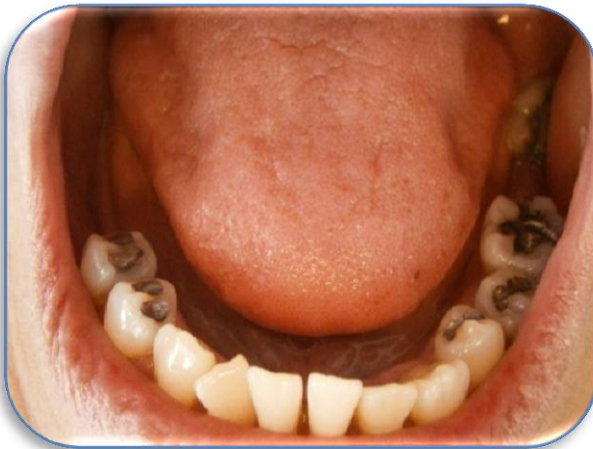


Figura 6. Intraoral Arcada Inferior. Clase III de Kennedy y obturaciones con amalgama en 45, 44, 34, 35, 36, 38.
Fuente Directa.

Figura 7. Intraoral Arcada Superior. Clase III de Kennedy, caries en 18, 14, 24, 25, 26, 27 y 28, amalgamas en 16 y 17.
Fuente Directa.



Caso No. 2

Ficha de identificación

Nombre: H.V.L.

Escolaridad: 2do de secundaria

Edad: 14 años

Lugar de Residencia: Estado de México

Sexo: Masculino

Lugar de Nacimiento: México D.F.

Ocupación: Estudiante

Motivo de la consulta

Acude al Centro Comunitario “Santos Fundadores” para realizarse extracciones dentales por motivo de tratamiento de ortodoncia. El paciente llegó al centro por recomendación de un conocido suyo.

Antecedentes heredofamiliares

Abuelo paterno con diabetes mellitus. Abuela materna falleció por cardiopatía. Padre con diabetes mellitus y VIH diagnosticado hace 14 años. Madre con VIH diagnosticado hace 14 años.

Antecedentes personales no patológicos

Vivienda con todos los servicios intradomiciliarios, vive con su madre. Baño y cambio de ropa diario, realizando cepillado dental deficiente 3 veces al día, esquema de inmunización completo.

Antecedentes personales patológicos

Refiere ser VIH+, siendo contagiado al momento de nacer por vía parenteral. Nunca ha tenido cuadro o esquemas de enfermedad, ya que desde niño se encuentra bajo terapia antiretroviral.

Padecimiento actual

Actualmente mantiene su tratamiento antiretroviral tomando Efavirenz 1 al día y Combivir (combinación de lamivudina y zidovudina) 2 veces al día, así como chequeos médicos completos mínimo 2 veces al año.

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Fue preguntado y negado.

Exploración física

Paciente con edad cronológica igual a la aparente, consciente, tranquilo, orientado en sus tres esferas. Mesocefálico sin alteraciones. Cuello cilíndrico, simétrico sin alteraciones cutáneas (ver figura 1). Resto del cuerpo sin alteraciones.

Exploración intrabucal

Labios Resecos y sangrantes (ver figura No. 2). Encías presentan pigmentación melánica, además de notarse inflamadas y ser sangrantes al sondeo (ver figura No. 2). Se observa Clase I de Angle en molares (ver figura No. 3 y 4), aunque presenta ligero apiñamiento en centrales superiores e inferiores. Caries de primer grado en los dientes 16, 26, 36 y 46 (ver figura 5 y 6).

Exámenes de gabinete:

Ortopantomografía: Se observan gérmenes dentarios de los dientes 18, 28, 38 y 48, los gérmenes 38 y 48 se observan impactados sobre el segundo molar correspondiente. Dilaceración mesial en las raíces de los dientes 15 y 25.

Diagnóstico sistémico y bucal

Paciente masculino de 14 años de edad consciente, tranquilo, orientado en sus tres esferas. VIH positivo. Mesocefálico sin alteraciones. Cuello cilíndrico, simétrico sin alteraciones cutáneas. En tejidos blandos presenta extraoralmente labios resecos y sangrantes. Intraoralmente presenta encías con pigmentación melánica, además de notarse inflamadas y sangrantes al sondeo.

En tejidos duros presenta ligero apiñamiento en centrales superiores e inferiores, caries de primer grado en los dientes 16, 26, 36 y 46. Radiográficamente, presenta los gérmenes de los terceros molares 38 y 48 (clasificación Pell y Gregory: clase III, posición B) impactados en los segundos molares correspondientes, por lo que se indica su extracción. Dilaceración mesial en las raíces de los dientes 15 y 25.

Pronóstico

Favorable

Plan de Tratamiento

1. Higienización	2. Curativo	3. Quirúrgico
a) Profilaxis	Obturación de los órganos dentarios con caries.	Extracción de los premolares 15, 25, 34 y 44.
b) Técnica de Cepillado.		
c) Uso de Colutorios.		Extracción quirúrgica de los gérmenes dentarios 38 y 48.
d) Control de PDB.		

El plan de tratamiento antes descrito fue concluido satisfactoriamente, utilizando todas las barreras universales correspondientes, actualmente se mantiene contacto con el paciente para monitorear sus avances con su tratamiento ortodóntico así como su tratamiento hacia la enfermedad sistémica que cursa.

Al igual que el paciente del caso clínico no. 1, se le recomendó utilizar enjuagues orales con solución de clorhexidina al 0.12%, por presentar gingivitis generalizada y placa dentobacteriana.

Para el uso de la información del paciente para ésta tesis, se utilizó el mismo formato de consentimiento informado con base en la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, usado con la primer paciente.

Evidencia Clínica:



Figura 1. Extraoral frontal. Labios Resecos y sangrantes. *Fuente Directa.*



Figura 2. Intraoral Frontal. Encías con pigmentación melánica, además de notarse inflamadas. *Fuente Directa.*



Figura 3. Intraoral Lateral Derecha. Clase I de Angle en molares. *Fuente Directa.*



Figura 4. Intraoral Lateral Izquierda. Clase I de Angle en molares. *Fuente Directa.*



Figura 5. Intraoral Arcada Superior. Apiñamiento en centrales, caries de primer grado en 16 y 26.
Fuente Directa.



Figura 6. Intraoral Arcada Inferior. Ligeramente apiñamiento en centrales, caries de primer grado en 36 y 46.
Fuente Directa.



Figura 7. Ortopantomografía. Gérmenes de 38 y 48 (clasificación Pell y Gregory: clase III, posición B) impactados en los segundos molares correspondientes. Dilaceración mesial en las raíces de los dientes 15 y 25.
Fuente Directa.



DISCUSIÓN

A pesar del avance tecnológico en la medicina y la facilidad al acceso de la información, resulta preocupante la poca información que existe y que brinda nuestro país ante el virus y la enfermedad del VIH/SIDA. A diferencia de nuestro país, en Canadá, Estados Unidos y Australia se actualizan, expanden y realizan difusión sobre nueva información acerca del VIH, tanto para el personal de la salud como para el público en general. Por ejemplo, dentro de la bibliografía consultada, se encontraron manuales realizados en Australia sobre VIH y su relevancia para los prestadores de la salud ⁽⁹⁸⁾. En Canadá existen publicaciones sobre VIH en general, sobre terapia antiretroviral, nutrición y VIH, terapias alternativas para VIH, entre otras ⁽⁹⁵⁾. Por último, en Estados Unidos se encuentra ubicado el Centro para el Control de Enfermedades (CDC), en donde cada año realizan colaboraciones para las, investigaciones mundiales sobre VIH ⁽¹⁰⁹⁾.

Es por ello que esta investigación se realizó para abrir el panorama que se tiene actualmente en el país sobre el virus del VIH/SIDA, brindar información actual y detallada para contribuir a suprimir el miedo y rechazo que existe hacia los pacientes que portan el virus, tal y como lo describen Pedraza EL, Cuevas FL y Rodríguez MC en su artículo: “*Actitudes de rechazo hacia el paciente infectado por el VIH, en la práctica odontológica*”. ⁽¹⁾

Por otro lado, se realizó una búsqueda de información internacional sobre el virus para aportar los conocimientos que tienen otros países como Canadá ⁽¹⁰⁵⁾ y culturas como la de Australia ⁽⁸⁴⁾ para contrarrestar los efectos de la enfermedad, y así poder ofrecer a los pacientes, más alternativas de tratamiento y/o mayores técnicas para sobrellevar la enfermedad.

Asimismo, la investigación además de estar enfocada a la conducta odontológica para los pacientes con VIH/SIDA, también pretendió informar al equipo de salud sobre los cuidados y precauciones que debemos tener en la atención de cualquier paciente para evitar infecciones cruzadas, esto con base a la Norma Oficial

Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales⁽⁸⁶⁾.

Por otro lado, la literatura consultada, menciona que la terapia antiretroviral puede presentar efectos secundarios como cefaleas, dolores de estómago, prurito, entre otros⁽¹⁰⁶⁾. Ante esto, los pacientes de la investigación, no reportaron algún efecto secundario.

En cuanto a diagnóstico del virus y enfermedad se refiere, la literatura es bastante clara y actualmente se realizan en México las pruebas diagnósticas directas e indirectas mencionadas anteriormente, las cuales son las mejores opciones para realizar un diagnóstico definitivo⁽⁹⁷⁾.

Por último, acerca de como atender a pacientes con VIH/SIDA, coincido con el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades en Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés), acerca del uso de precauciones universales⁽¹¹⁰⁾, ya que al realizar el tratamiento pertinente a los pacientes de ésta tesis, siempre se mantuvo cautela y seguimiento de dichas precauciones, por lo que no hubo ningún problema para su tratamiento.



CONCLUSIONES

Todos los pacientes son diferentes, y cada caso debe ser manejado según las condiciones y características que se nos presenten, por lo que ésta tesis, no pretende ser una “guía”, más bien complementa la información para la atención y manejo de los pacientes con VIH/SIDA. Es por ello que el atender a los pacientes que presenté, no tuvo mayor problema, ya que se aplicó el uso de las precauciones universales descritas, además, se tuvo la cautela de realizar una buena historia clínica detallando los medicamentos que se encontraban tomando para evitar efectos no deseados, como parte de la conducta odontológica.

Un buen diagnóstico ayudará a controlar y/o tratar adecuadamente los signos y síntomas que pueden llegar a presentar los pacientes, esto se hace a través de la exploración extra e intrabucal.

Tomando en cuenta la cantidad de fármacos que pueden llegar a tomar éstas personas, se recomienda que la mayoría de los tratamientos para lesiones orales, si es posible, se realicen por medios tópicos, alternativos o con el uso de colutorios descritos en ésta tesis.

Cabe destacar, que los medicamentos mayormente usados en odontología no causan reacciones intermedicamentosas y no están contraindicados para los fármacos antiretrovirales de hoy en día, a pesar de ello, no hay que descartar el revisar adecuadamente las leyendas de protección de cada fármaco.

La exploración bucal es un elemento importante en el diagnóstico, el cual permitirá identificar lesiones en tejidos duros y blandos de boca, sin embargo, en México no existe información específica sobre la frecuencia de dichas lesiones, lo que hace pensar que tal vez no se hace la exploración de manera adecuada, o bien, porque se desconoce la enfermedad y sus complicaciones.

A pesar de la información proporcionada sobre el manejo de lesiones orales involucradas con VIH en esta tesis, es importante considerar y realizar la referencia de los pacientes a las clínicas especializadas para VIH, ya que cuando

existe la aparición de éstas lesiones y el paciente se encuentra bajo tratamiento antiretroviral, existen varios factores que pudieron provocar la aparición de dichas lesiones, tales como: fallo del medicamento, resistencia al medicamento, la dosis no es adecuada, etc. Por tal motivo, cuando nuestros pacientes con VIH vuelvan a tener recaídas de la enfermedad, hay que referirlos lo más pronto posible para que retomen su ajustado tratamiento.

Ante una sospecha de VIH en un paciente no diagnosticado, debemos de estar seguros de los datos clínicos encontrados y tener tacto, ética y empatía necesaria para solicitarle al paciente una prueba, ya sea de tamizaje, confirmatoria o específica del virus para descartar la probable infección. En caso de ser positivo, tener los conocimientos para informar y referir al paciente para que sea tratado lo antes posible.

Actualmente se mantiene contacto con los pacientes atendidos para ésta investigación. El caso clínico número 1 no terminó su tratamiento, por lo que se mantiene contacto telefónico para una futura rehabilitación bucal. El caso clínico número 2, se encuentra bajo tratamiento de ortodoncia, por lo que de igual forma se mantiene contacto telefónico para monitorear sus avances.



PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

Actualmente el virus del VIH sigue siendo visto por la sociedad como una enfermedad “maligna” y por lo mismo, la sociedad rechaza en demasía a los portadores del virus, es por ello que se recomienda que los pacientes portadores asistan a terapias psicológicas o también llamados “talleres de adherencia”, lugares donde la persona recibirá apoyo emocional, pláticas informativas para evitar que el/ella contagien a alguien más, pláticas sobre terapia antiretroviral y sus posibles efectos secundarios, etc.

Además de estas terapias, se recomienda que los pacientes portadores del virus lleven una dieta balanceada para evitar la recurrencia de enfermedades oportunistas por la deficiencia de vitaminas y minerales requeridas diariamente.

La terapia antiretroviral, suele causar en varios pacientes efectos secundarios como náuseas, diarrea, vómitos, dolores de cabeza, prurito, toxicidad en hígado, entre otras. Según algunos estudios, las personas manifiestan aburrimiento con las terapias convencionales que perciben han tenido una pobre eficacia o intermedia, o a las que se les ha sumado efectos secundarios o riesgos significativos. Además de percibir que dichas terapias convencionales adolecen de apoyo emocional o espiritual.

De acuerdo con la literatura, la medicina alternativa es bastante eficaz para aliviar dichos efectos secundarios, y sin necesidad de tomar más fármacos que dañen al organismo, entre las cuales encontramos:

- *Sistemas médicos completos.* En estos sistemas se hace uso de un conjunto de terapias para rehabilitación como el uso de dietas, masajes, medicina herbal, meditación y ejercicio. Entre éstos sistemas se encuentran: Terapia de Ayurveda (Medicina Hindú), Homeopatía, Naturopatía, Medicina Tradicional China y Acupuntura,

- *Terapias de Bienestar.* Son terapias individuales, cuyo objetivo principal es mejorar la salud del practicante. Aromaterapia, Terapias de esencias, Terapias herbales, Iridología, Jugoterapia.
- *Terapias de Masaje y Manipulación.* Se basan en los movimientos y estimulación de los tejidos del cuerpo, su objetivo es aliviar el estrés y disminuir la ansiedad. Masaje Sueco, Shiatsu, Reflexología, Enfoque Trager, Reiki.
- *Medicina Cuerpo – Mente.* La medicina mente-cuerpo utiliza el poder de la mente para promover la curación en el cuerpo. Meditación. Control del stress, Tai-chi, Yoga.
- *Terapia psicológica o psicoterapéutica.* En donde los pacientes serán orientados para sobrellevar los estigmas, discriminación y demás problemas que pueda acarrear su enfermedad.

Asimismo, me gustaría enfatizar en que los Cirujanos Dentistas realicen con todos los pacientes una exploración sistemática de cavidad bucal para identificar cualquier anomalía posible, y en caso de encontrar algo anormal, realizar un diagnóstico oportuno y de ser necesario referir a un centro especializado.

Por último, es necesario hacer énfasis en el plan de estudios sobre la información de VIH/SIDA, ya que se aborda desde el segundo año de la carrera en el módulo de Mecanismos de Control de Infecciones, pero de manera superficial. Después en tercer año en el módulo de Alteraciones Bucales se aborda pero no se da continuidad con el segundo año, y, en el cuarto año de la carrera en el módulo de Estomatología III, también está contemplada pero en ocasiones ya no se aborda, por lo que el conocimiento de los alumnos al respecto es insuficiente.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1)** Pedraza EL, Cuevas FL, Rodríguez MC. Actitudes de rechazo hacia el paciente infectado por el VIH, en la práctica odontológica. Revista ADM [Revista Online]. 2000. [Consultado el 11 de febrero de 2014]; 57(6); 214-217. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2000/od006c.pdf>
- 2)** Seacat DJ, Litt DM, Daniels SA. Dental Students Treating Patients Living with HIV/AIDS: The Influence of Attitudes and HIV Knowledge. Journal of Dental Education [Revista Online]. 2009. [Consultado el 11 de febrero de 2014]; 73(4); 437-444. Disponible en: <http://www.jdentaled.org/content/73/4/437.long>
- 3)** Ragavendra TR, Mhaske S, Mandora D, Gouraha A. Awareness toward AIDS: A Dental Perspective. J Orofac Res [Revista Online]. 2013. [Consultado el 11 de febrero de 2014]; 3(2); 81-85. Disponible en: http://www.jaypeejournals.com/eJournals/ShowText.aspx?ID=4805&Type=FREE&TYP=TOP&IN=_eJournals/images/JPLOGO.gif&IID=371&isPDF=YES
- 4)** Dávila ME, Gil M. Actitud de los odontólogos hacia las personas que viven con VIH/SIDA. Odontol. Prev. [Revista Online]. 2008. [Consultado el 11 de febrero de 2014]; 1(2); 90-6. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/preventiva/volumenes/v1i2/90.pdf>
- 5)** Sharp PM, Hahn BH. Origins of HIV and the AIDS Pandemic. Cold Spring Harb Perspect Med [Revista Online]. 2011. [Consultado el 11 de febrero de 2014]; 1; 1-22. Disponible en: <http://perspectivesinmedicine.cshlp.org/content/1/1/a006841.full.pdf+html>
- 6)** Protein Data Bank. The Structural Biology of HIV [Monografía en Internet]. USA: RCSB; 2011. [Consultado el 11 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.rcsb.org/pdb/education_discussion/educational_resources/struct_bio_hiv_lores.pdf

- 7)** Public Health Agency of Canada. HIV TRANSMISSION RISK: A SUMMARY OF THE EVIDENCE [Monografía en Internet]. Canada; 2012. [Consultado el 11 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.catie.ca/sites/default/files/HIV-TRANSMISSION-RISK-EN.pdf>
- 8)** McLay D. Scientific research on the risk of the sexual transmission of HIV infection and on HIV as a chronic manageable infection. [Monografía en Internet]. Toronto. 2011. [Consultado el 11 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.aidslaw.ca/EN/lawyers-kit/documents/2a.McLay2010_s.3update-Dec2011.pdf
- 9)** Lymphoma Association. The lymphatic system and the immune system. [Monografía en Internet]. Aylesbury. 2012. [Consultado el 11 de febrero de 2014]. Disponible en: <https://www.lymphomas.org.uk/sites/default/files/pdfs/The-lymphatic-system-and-the-immune-system.pdf>
- 10)** Davoodi P, Hamian M, Nourbaksh R, Motamayel FA. Oral Manifestations Related To CD4 Lymphocyte Count in HIV-Positive Patients. J Dent Res Dent Clin Dent Prospect [Revista Online]. 2010 [Consultado el 11 de febrero de 2014]; 4(4):115-119. Disponible en: <http://dentistry.tbzmed.ac.ir/joddd/index.php/joddd/article/viewFile/220/166>
- 11)** Wiesendanger M. Cytotoxic T lymphocytes and natural killer cells [Monografía en Internet]. Division of General Medicine: CUMC; 2009. [Consultado el 11 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.columbia.edu/itc/hs/medical/pathophys/immunology/2009/lecture11.pdf>
- 12)** MacLeod MKL, Kappler JW, Marrack P. Memory CD4 T cells: generation, reactivation and re-assignment. Immunology [Revista Online]. 2010 [Consultado el 11 de febrero de 2014]; 130(1):10-15. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2855788/>

13) Streeck H, Nixon FD. T Cell Immunity in Acute HIV-1 Infection. The Journal of Infectious Diseases [Revista Online]. 2010 [Consultado el 13 de febrero de 2014]; 202(S2): S302-S308. Disponible en: http://jid.oxfordjournals.org/content/202/Supplement_2/S302.full.pdf+html

14) Rodríguez JO, Prieto SE, Correa C, Pérez CE, Mora JT, Bravo J, Soracipa Y, Álvarez LF. Predictions of CD4 lymphocytes' count in HIVpatients from complete blood count. BMC Medical Physics [Revista Online]. 2013 [Consultado el 13 de febrero de 2014]; 13:3. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1756-6649-13-3.pdf>

15) Fanales-Belasio E, Raimondo M, Suligoi B, Buttó S. HIV virology and pathogenetic mechanisms of infection: a brief overview. Ann Ist Super Sanità [Revista Online]. 2010 [Consultado el 13 de febrero de 2014]; 46(1):5-14. Disponible en: http://www.hiv1tatvaccines.info/publications/HIV_virology_and_pathogenetic__Ann_Ist_Sup_Sanita.pdf

16) Cohen MS, Gay CL, Busch MP, Hecht FM. The Detection of Acute HIV Infection. The Journal of Infectious Diseases [Revista Online]. 2010 [Consultado el 13 de febrero de 2014]; 202(s2):270-277. Disponible en: http://jid.oxfordjournals.org/content/202/Supplement_2/S270.full.pdf+html

17) Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. The Lancet [Revista Online]. 2013 [Consultado el 13 de febrero de 2014]; (13):1-9. Disponible en: <http://www.eatg.org/gallery/169160/The%20end%20of%20AIDSHIV%20infection%20as%20a%20chronic%20disease.pdf>

18) Pinsky L, Douglas HP. The Columbia University. Handbook on VIH and AIDS. [Monografía en Internet] New York: Universidad de Columbia. 2009. [Consultado el 13 de febrero de 2014]. Disponible en: http://health.columbia.edu/files/healthservices/pdf/GHAP_HIV_Aids_Handbook.pdf

19) Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica [Monografía en Internet]. México; 2012. [Consultado el 13 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/30_2012_Manual_VIH-SIDA_vFinal_1nov12.pdf

20) Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI), Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). 30 años del VIH-SIDA. Perspectivas desde México [Monografía en Internet]. México; 2011. [Consultado el 13 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://mexicovivo.org/pdf/FundacionMexicoVivo.pdf>

21) Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). VIH/SIDA en México 2012 [Monografía en Internet]. México; 2012. [Consultado el 13 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2012.pdf

22) Instituto Nacional de Salud Pública. 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. Segunda edición [Monografía en Internet]. México; 2009. [Consultado el 13 de febrero del 2014]. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/SIDA25axos-26mar.pdf>

23) OMS, CONASIDA. Core Epidemiology Slides [Monografía en Internet]. Suiza; 2013. [Consultado el 13 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/201309_epi_core_en.pdf

24) CONASIDA. HIV estimates with uncertainty bounds [Monografía en Internet]. Suiza; 2013. [Consultado el 13 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/GR2013_HIV_Estimates_AnnexTable.xls

- 25)** CENSIDA. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de septiembre de 2013 (CENSIDA) [Monografía en Internet]. México; 2013. [Consultado el 13 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_3er_trim_2013_v3.pdf
- 26)** CENSIDA. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de junio de 2013. (CENSIDA) [Monografía en Internet]. México; 2013. [Consultado el 13 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2o_trim_2013.pdf
- 27)** Fernández E. Neza, segundo municipio con más casos de VIH en el país. El Universal. Domingo 21 de septiembre de 2014. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/ciudad-metropoli/2014/neza-segundo-con-mas-casos-vih-en-pais-1039967.html>
- 28)** Fisher M. Primary HIV Infection: knowledge amongst gay men. [Monografía en Internet]. England: National AIDS Trust; 2011. [Consultado el 13 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.nat.org.uk/media/Files/Publications/July-2011-Primary-HIV-Infection-knowledge-amongst-gay-men.pdf>
- 29)** Jennifer L. Weinberg and Carrie L. Kovarik. The WHO Clinical Staging System for HIV/AIDS. American Medical Association Journal of Ethics [Revista Online]. 2010. [Consultado el 15 de febrero de 2014]; 12(3): 202-206. Disponible en: <http://virtualmentor.ama-assn.org/2010/03/pdf/cprl1-1003.pdf>
- 30)** The British Association of Sexual Health and HIV (BASHH). HIV: Looking after your sexual health. [Monografía en Internet]. England: National AIDS Trust; 2014. [Consultado el 15 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.fpa.org.uk/sites/default/files/hiv-information-and-advice.pdf>

- 31)** Saarinen R. Juvenile Parotitis [dissertation]. Helsinki: University of Helsinki. Faculty of Medicine; 2012. Disponible en: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/36427/Juvenile.pdf?sequence=1>
- 32)** Sudeshni Naidoo. Oral Health & HIV, Oral Health Care - Prosthodontics, Periodontology, Biology, Research and Systemic Conditions [Libro electrónico]. InTech; 2012 [Consultado el 18 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.intechopen.com/books/oral-health-care-prosthodontics-periodontology-biology-research-and-systemic-conditions/oral-health-and-hiv>
- 33)** CaputoVieira B, Filho Noro GA, dos Santos Correia C, Okida Y, Giovani EM. Laser Therapy of Recurrent Aphthous Ulcer in Patient with HIV Infection. Case Reports in Medicine [Revista Online]. 2012 [Consultado el 18 de febrero de 2014]; 2012: 3 pages. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/695642>
- 34)** Dang SY, Soni ML, Namdeo KP. Oral Candidiasis: A Review. International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences [Revista Online]. 2010 [Consultado el 18 de febrero de 2014]; 2(4): 36-41. Disponible en: <http://www.ijppsjournal.com/Vol2Issue4/860.pdf>
- 35)** Okonkwo EC, Alo MN, Nworie O, Orji JO, Agah MV. Prevalence of Oral Candida Albicans Infection in HIV Sero-Positive Patients in Abakaliki. American Journal of Life Sciences [Revista Online]. 2013 [Consultado el 18 de febrero de 2014]; 1(2): 72-76. Disponible en: <http://article.sciencepublishinggroup.com/pdf/10.11648.j.ajls.20130102.18.pdf>
- 36)** Portela MB, Cerqueira DF, Soares RMA, Castro GF. Candida spp. in linear gingival erythema lesions in hiv- infected children: Reports of six cases. Revista Fluminense de Odontología [Revista Online]. 2012 [Consultado el 18 de febrero de 2014]; 1(37): 51-55. Disponible en: <http://www.ijosd.uff.br/index.php/n37/article/viewFile/117/83>

- 37)** Lira Porras D, Zerón A. Gingivitis ulcerativa necrotizante. Revisión y reporte de dos casos. *Revista Mexicana de Periodontología* [Revista Online]. 2013 [Consultado el 18 de febrero de 2014]; IV(1): 7-14. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2013/mp131c.pdf>
- 38)** Mataftsi M, Skoura L, Sakellari D. HIV infection and periodontal diseases: an overview of the post-HAART era. *Oral Diseases* [Revista Online]. 2010 [Consultado el 18 de febrero de 2014]; 1-13. Disponible en: <http://www.cumc.columbia.edu/dept/aetc/documents/PeriodontalDisease.pdf>
- 39)** Agbelusi GA, Olutola ME. Necrotising stomatitis as a presenting symptom of HIV. *Open Journal of Stomatology* [Revista Online]. 2011 [Consultado el 18 de febrero de 2014]; 1: 168-171. Disponible en: <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?paperID=9010#.U355bvI5MQA>
- 40)** Clark R, Hagensee M. Human Papilloma virus infections and disease in HIV. *HIV Clinician* [Revista Online]. 2009 [Consultado el 18 de febrero de 2014]; 21(4): 3-5. Disponible en: <http://www.deltaaetc.org/hcarticles/articles%20as%20pdf/fall%2009%20articles%20as%20pdf/hpv%20and%20hiv.pdf>
- 41)** Barnabas RV, Celum C. Infectious Co-factors in HIV-1 transmission Herpes Simplex Virus type-2 and HIV-1: New Insights and interventions. *Curr HIV Res* [Revista Online]. 2012 [Consultado el 18 de febrero de 2014]; 10(3): 228-237. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3563330/>
- 42)** Tovar S; Parlatescu I; Tovar M; Cionca L. Primary herpetic gingivostomatitis in children and adults. *Quintessence International* [Revista Online]. 2009 [Consultado el 25 de abril de 2014]; 40(2): 119-124. Disponible en: http://www.quintpub.com/userhome/qi/qi_40_2_Tovar_4.pdf

43) Bascones-Martínez A, Pousa-Castro X. Herpesvirus. AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA [Revista Online]. 2011 [Consultado el 25 de abril de 2014]; 27(1): 11-24. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n1/original1.pdf>

44) Sankar V, Terézhalmy GT. Herpetic Infections: Etiology, Epidemiology, Clinical Manifestations, Diagnosis, and Treatment. En: ADA CERP. USA; Crest® Oral-B® at dentalcare.com Continuing Education Course; 2010. p. 1-18. Disponible en: <http://dental.case.edu/students/grad/550/Herpes.pdf>

45) Enríquez Rojo A. Sarcoma de Kaposi: Revisión de la literatura e ilustración de un caso. Acta Médica Grupo Ángeles [Revista Online]. 2013 [Consultado el 18 de febrero de 2014]; 11(1): 23-31. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2013/am131d.pdf>

46) Blank LJ, Polydefkis MJ, Moore RD, Gebo KA. Herpes Zoster among Persons Living with HIV in the Current ART Era. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2010. [Epub ahead of print]. Disponible en: http://www.natap.org/2012/HIV/Herpes_Zoster_among_Persons_Living_with_HIV_in_the.98461.pdf

47) Reginald A, Sivapathasundharam B. Oral hairy leukoplakia: An exfoliative cytology study. Contemporary Clinical Dentistry [Revista Online]. 2010 [Consultado el 18 de febrero de 2014]; 1 (1): 10-13. Disponible en: <http://medind.nic.in/cab/t10/i1/cabt10i1p10.pdf>

48) Chatterjee R, Bhattacharyya S, Biswas R, Das S. Giant Condyloma Acuminata in Pediatric HIV. Indian Pediatrics [Revista Online]. 2011 [Consultado el 18 de febrero de 2014]; 48: 62-63. Disponible en: <http://medind.nic.in/ibv/t11/i1/ibvt11i1p62.pdf>

49) Sisneros SC. Recalcitrant Giant Molluscum Contagiosum in a Patient With Advanced HIV Disease: Eradication of Disease With Paclitaxel. Top HIV Med. [Revista Online]. 2010 [Consultado el 18 de febrero de 2014]; 18(5): 169-172. Disponible en: <https://www.iasusa.org/sites/default/files/tam/18-5-169.pdf>

50) Soares Marques MS, Macena Azevedo MS, Gonçalves Fernandes LF, Barroso Amorim KM, Küstner Chimenos E. Flujo Salival y Lesión Bucal en Pacientes VIH +. Acta Odontológica Venezolana [Revista Online]. 2011 [Consultado el 15 de febrero de 2014]; 49(1). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art9.asp>

51) Park KK, Brodell RT, Helms SE. Angular Cheilitis, Part 1: Local Etiologies. Cutis [Revista Online]. 2011 [Consultado el 18 de febrero de 2014]; 87: 289-295. Disponible en: http://www.cutis.com/fileadmin/qhi_archive/ArticlePDF/CT/088010027.pdf

52) Inchingolo F, Tatullo M, Abenavoli FM, Marrelli M, D Inchingolo A, M Inchingolo A, Dipalma G. Non-Hodgkin lymphoma affecting the tongue: unusual intra-oral location. Head & Neck Oncology [Revista Online]. 2011 [Consultado el 18 de febrero de 2014]; 3:1. Disponible en: <http://www.headandneckoncology.org/content/3/1/1>

53) Templer JW. Parotitis Treatment & Management. Medscape [Revista Online]. 2013 [Consultado el 23 de julio de 2014]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/882461-treatment>

54) Department of Oral Medicine. The Eastman Dental Hospital. Aphthous ulcers. [Monografía en Internet]. Londres: University College London Hospitals; 2014 [Consultado el 23 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.uclh.nhs.uk/PandV/PIL/Patient%20information%20leaflets/Aphthous%20Ulcers.pdf>

55) Rao PK. Oral Candidiasis – A Review. Scholarly Journal of Medicine [Revista Online]. 2012 [Consultado el 24 de julio de 2014]; 2(2): 26-30. Disponible en: <http://scholarly-journals.com/sjm/archive/2012/February/pdf/Rao.pdf>

56) Salinas MYJ, Millán IRE. Enfermedad periodontal necrosante. Conducta odontológica. Acta odontol. Venez [Revista Online]. 2009 [Consultado el 24 de julio de 2014]; 47(4): 234-248. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000163652009000400021&script=sci_arttext

57) Bort GP, Motilla SJM, Archelós AP. Enfermedad periodontal necrosante. Med Cutan Iber Lat Am [Revista Online]. 2009 [Consultado el 24 de julio de 2014]; 37(2): 108-110. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2009/mc092j.pdf>

58) Dietz CA, Nyberg CR. Genital, Oral, and Anal Human Papillomavirus Infection in Men Who Have Sex With Men. J Am Osteopath Assoc. [Revista Online]. 2011 [Consultado el 24 de julio de 2014]; 111(3): s19-s25. Disponible en: http://www.jaoa.org/content/111/3_suppl_2/S19.full.pdf

59) Cernik C, Gallina K, Brodell RT. The Treatment of Herpes Simplex Infections. An Evidence-Based Review. [Revista Online]. 2008 [Consultado el 24 de julio de 2014]; 168(11): 1137-1144. Disponible en: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=414294>

60) Wu IB, Schwartz RA. Herpetic Whitlow. Pediatric dermatology. Cutis. [Revista Online]. 2007 [Consultado el 24 de julio de 2014]; 79:193-196. Disponible en: http://www.ecardiologynews.com/fileadmin/qhi_archive/ArticlePDF/CT/079030193.pdf

- 61)** Sarcoma de Kaposi asociado a Virus de la Inmunodeficiencia Humana. [Monografía en Internet]. México: Secretaría de Salud; 2010 [Consultado el 25 de julio de 2014]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/462-11_Sarcoma_de_Kaposi/IMSS-462-11_GER_SARCOMA_DE_KAPOS1.pdf
- 62)** Wehrhahn MC, Dwyer DE. Herpes zoster: epidemiology, clinical features, treatment and prevention. Aust Prescr [Revista Online]. 2012 [Consultado el 25 de julio de 2014]; 35:143-147. Disponible en: <http://www.australianprescriber.com/magazine/35/5/article/1330.pdf>
- 63)** Walling DM. Oral Hairy Leukoplakia: An Epstein-Barr Virus-Associated Disease of Patients with HIV. The Body, The Complete HIV/AIDS Resource [Revista Online]. 2000 [Consultado el 25 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.thebody.com/content/art16898.html>
- 64)** Culton AD, Morrel SD, Burkhart NC. The Management of Condyloma Acuminata in the Pediatric Population. Pediatric Annals. [Revista Online]. 2009 [Consultado el 25 de julio de 2014]; 38(7): 368-372. Disponible en: http://www.childrensdayton.org/cms/resource_library/files/58f1429ade81f487/management_of_condyloma_acuminata.pdf
- 65)** Mathes DEF, Frieden IJ. Treatment of Molluscum Contagiosum with Cantharidin: A Practical Approach. Pediatric Annals [Revista Online]. 2010 [Consultado el 25 de julio de 2014]; 39(3): 124-130. Disponible en: http://www.childrensmercy.org/Content/uploadedFiles/Departments/Contact_Center/Referral_Forms/Dermatology/Mulluscum%20Contagiosum%20Cantharone%20Article.pdf
- 66)** Chapa AG, Garza SB, Garza EM, Martínez SG. Hiposalivación y xerostomía; diagnóstico, modalidades de tratamiento en la actualidad. Revista Mexicana de Periodontología [Revista Online]. 2012 [Consultado el 25 de julio de 2014]; 3(1): 38-46. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2012/mp121h.pdf>

67) Park KK, Brodell RT, Helms SE. Angular Cheilitis, Part 2: Nutritional, Systemic, and Drug-Related Causes and Treatment. *Cutis* [Revista Online]. 2011 [Consultado el 18 de febrero de 2014]; 88: 27-32. Disponible en: http://www.cutis.com/fileadmin/qhi_archive/ArticlePDF/CT/088010027.pdf

68) Leukemia and Lymphoma society. Non-Hodgkin Lymphoma. [Monografía en Internet]. New York; 2013. [Consultado el 11 de febrero de 2014]. Disponible en: <https://www.lls.org/content/nationalcontent/resourcecenter/freeeducationmaterials/lymphoma/pdf/nhl.pdf>

69) Dexametasona [homepage en Internet]. México: Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general; [actualizada 03 de agosto de 2007; consultado 31 octubre 2014]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Dexametasona%20Iny.htm

70) Hidrocortisona [homepage en Internet]. México: Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general; [actualizada 03 de agosto de 2007; consultado 31 octubre 2014]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Hidrocortisona.htm

71) SOLU-CORTEF: Hydrocortisone sodium succinate. Pfizer Australia Pty Ltd [Monografía en Internet]. West Ryde, Australia; 2013. [Consultado el 31 de octubre de 2014]. Disponible en: [http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcmed.nsf/pages/pfcsoluv/\\$File/pfcsoluv.pdf](http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcmed.nsf/pages/pfcsoluv/$File/pfcsoluv.pdf)

72) AUGMENTIN: Amoxicillin trihydrate/potassium clavulanate (syrups and tablets). GlaxoSmithKline NZ Limited [Monografía en Internet]. Auckland, New Zealand; 2013. [Consultado el 31 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.medsafe.govt.nz/profs/datasheet/a/augmentintabsusp.pdf>

73) GenRx Amoxicillin and Clavulanic Acid 875mg/125mg. Apotex Pty Ltd [Monografía en Internet]. Macquarie Park, Australia; 2013. [Consultado el 31 de octubre de 2014]. Disponible en: [http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcmed.nsf/pages/gxcamox/\\$File/gxcamox.pdf](http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcmed.nsf/pages/gxcamox/$File/gxcamox.pdf)

74) Flagyl: Metronidazole. Sanofi-Aventis Australia Pty. Ltd [Monografía en Internet]. Macquarie Park, Australia; 2013. [Consultado el 31 de octubre de 2014]. Disponible en: [http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcmed.nsf/pages/swcflagyl/\\$File/swcflagyl.pdf](http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcmed.nsf/pages/swcflagyl/$File/swcflagyl.pdf)

75) Dalacin C; Clindamycin hydrochloride. Pfizer New Zealand Ltd [Monografía en Internet]. Auckland, New Zealand; 2013. [Consultado el 31 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.medsafe.govt.nz/profs/datasheet/d/DalacinCcap.pdf>

76) Therapeutic Research Center. Magic Mouthwash. Pharmacist's letter / prescriber's letter [Revista Online]. 2007 [Consultado el 31 octubre de 2014]; 23(230703): 1-5. Disponible en: <http://mercypharmacy.wikispaces.com/file/view/MAGIC+MOUTHWASH.pdf>

77) Morales BME y col. Vesículas en mucosa oral. Rev Cent Dermatol Pascua [Revista Online]. 2012 [Consultado el 31 octubre de 2014]; 21(1): 27-29. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2012/cd121g.pdf>

78) Amfotericina B [homepage en Internet]. México: Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general; [actualizada 03 de agosto de 2007; consultado 04 septiembre 2014]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Amfotericina%20B.htm

79) Acofarma. Fichas de Información Técnica. Nistatina. [Monografía en Internet]. Madrid, España; 2013. [Consultado el 04 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.acofarma.com/admin/uploads/download/4095-bab7ba996dcff9643a54c3983413a792068a2dd8/main/files/Nistatina.pdf>

- 80)** Janssen Pharmaceuticals, Inc. Nizoral: Ketoconazole [Monografía en Internet]. Titusville, New Jersey; 2013. [Consultado el 04 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2013/018533s040lbl.pdf
- 81)** Ketoconazol [homepage en Internet]. México: Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general; [actualizada 03 de agosto de 2007; consultado 04 septiembre 2014]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Ketoconazol.htm
- 82)** Fluconazol [homepage en Internet]. México: Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general; [actualizada 03 de agosto de 2007; consultado 04 septiembre 2014]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Fluconazol.htm
- 83)** Itraconazol [homepage en Internet]. México: Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general; [actualizada 03 de agosto de 2007; consultado 04 septiembre 2014]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Itraconazol.htm
- 84)** Aciclovir [homepage en Internet]. México: Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general; [actualizada 03 de agosto de 2007; consultado 04 septiembre 2014]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Aciclovir.htm
- 85)** Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Aciclovir. [Monografía en Internet]. España; 2012. [Consultado el 04 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://pediamecum.es/wp-content/farmacos/Aciclovir.pdf>
- 86)** Sandoz Pyrtmont. Valaciclovir Sandoz. [Monografía en Internet]. Australia; 2012. [Consultado el 04 de septiembre de 2014]. Disponible en: [http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcmed.nsf/pages/szcvalac/\\$File/szcvalac.pdf](http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcmed.nsf/pages/szcvalac/$File/szcvalac.pdf)

87) Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Valaciclovir. [Monografía en Internet]. España; 2012. [Consultado el 04 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://pediamecum.es/wp-content/farmacos/Valaciclovir.pdf>

88) Agencia Española de Medicamentos y Productos Españoles. Famvir, Prospecto: Información para el usuario. [Monografía en Internet]. España; 2011. [Consultado el 04 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/p/65027/P_65027.pdf

89) NOVARTIS Pharmaceuticals Australia Pty Limited. Famvir / Famciclovir. [Monografía en Internet]. Australia; 2014. [Consultado el 04 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.novartis.com.au/pi_pdf/fam.pdf

90) Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Penciclovir. [Monografía en Internet]. España; 2012. [Consultado el 04 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://pediamecum.es/wp-content/farmacos/Penciclovir.pdf>

91) Gilead Sciences, Inc. Vistide (Cidofovir Injection). [Monografía en Internet]. Foster City, California; 2010. [Consultado el 04 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.gilead.com/~media/Files/pdfs/medicines/other/vistide/vistide.pdf>

92) Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Cidofovir. [Monografía en Internet]. España; 2012. [Consultado el 04 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://pediamecum.es/wp-content/farmacos/Cidofovir.pdf>

93) Sánchez Jiménez J, Ramos Herrera CA, Acebal Blanco F, Arévalo Arévalo RE, Molina Martínez M. Manejo terapéutico de la xerostomía en Atención Primaria. Medicina de Familia [Revista Online]. 2004 [Consultado el 31 de octubre de 2014]; 1: 42-49. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v5n1/08.pdf>

94) SALAGEN Product Monograph. Pfizer Canada Inc. [Monografía en Internet]. Quebec, Canadá; 2014. [Consultado el 31 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.pfizer.ca/en/our_products/products/monograph/204

95) Canadian AIDS Treatment Information Exchange (CATIE); A Practical Guide to Nutrition for People Living with HIV. Second Edition [Monografía en Internet]. Toronto, Canada; 2007. [Consultado el 05 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://img.thebody.com/catie/pdfs/nutrition.pdf>

96) Torres A, Gutiérrez R. Artículo de revisión. Efecto analgésico de las vitaminas del complejo B, a 50 años de la primera combinación fija de tiamina, piridoxina y cianocobalamina. Med Int Mex [Revista Online]. 2012 [Consultado el 05 de septiembre de 2014]; 28(5): 473-482. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim125j.pdf>

97) Topics in Antiviral Medicine. HIV Diagnostic Testing: Evolving Technology and Testing Strategies. IAS–USA [Revista Online]. 2011 [Consultado el 25 de febrero de 2014]; 19(1): 18-22. Disponible en: <https://www.iasusa.org/sites/default/files/tam/19-1-18.pdf>

98) Treat Asia, ASHM. Is it HIV? A handbook for health care providers [Libro electrónico]. Darlinghurst NSW: Australasian Society for HIV Medicine; 2009 [Consultado el 25 de febrero de 2014]. Disponible en: http://ashm.org.au/images/publications/booklets/isithiv/is_it_hiv_full.pdf

99) Secretaría de Salud. Guía de Detección y Diagnóstico Integral de VIH/SIDA [Monografía en Internet]. Ciudad de México: 2011. [Consultado el 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/productos/inventario/guias/guia11.pdf>

100) Norma Oficial Mexicana NOM-010-ssa2-2010 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. [Consultado el 25 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/drhumanos/NOM-010-SSA2-2010.pdf>

- 101)** Cojanu LMF, Dumitriu TH, Constantinescu I, Zurac S. Exfoliative cytology; Case report. Revista Romana de Stomatologie [Revista Online]. 2013 [Consultado el 10 de noviembre de 2014]; 59(1): 53-57. Disponible en: http://stomatologie.medica.ro/reviste_med/download/stoma/2013.1/Stoma_Nr-1_2013_Art-13.pdf
- 102)** Avon Sylvie-Louise, Klieb BE. Oral Soft-Tissue Biopsy: An Overview. J Can Dent Assoc [Revista Online]. 2012 [Consultado el 10 de noviembre de 2014]; 78(75): 1-9. Disponible en: <http://www.jcda.ca/uploads/c75/c75.pdf>
- 103)** Kalk WWI, Vissink A, Stegenga B, Bootsma H, Amerongen N, Kallenberg CGM. Sialometry and sialochemistry: a non-invasive approach for diagnosing Sjögren's syndrome. Ann Rheum Dis [Revista Online]. 2002 [Consultado el 10 de noviembre de 2014]; 61: 137-144. Disponible en: <http://ard.bmj.com/content/61/2/137.full.pdf>
- 104)** ASHM. HIV, viral hepatitis and STIs. A guide for primary care [Libro electrónico]. Darlinghurst, NSW: Australasian Society for HIV Medicine; 2008 [Consultado el 25 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.ashm.org.au/images/publications/monographs/hiv_viral_hepatitis_and_stis_a_guide_for_primary_care/hiv_viral_hepatitis_and_stis_whole.pdf
- 105)** Canadian AIDS Treatment Information Exchange (CATIE); A Practical Guide to HAART. First Edition [Monografía en Internet]. Toronto, Canada; 2006. [Consultado el 05 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://chodarr.org/sites/default/files/chodarr0851.pdf>
- 106)** División de Control y Prevención de Enfermedades. Recomendaciones para la Atención Odontológica de Personas que viven con VIH. [Monografía en Internet]. Gobierno de Chile: Ministerio de Salud; 2007 [Consultado el 25 de julio de 2014]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/85381414c5b811a9e04001011e015920.pdf>

107) Navarro LR, González PG. Propedéutica clínica y semiología médica. Tomo 1. La Habana; Cuba: Ciencias Médicas; 2003.

108) García de la Rosa E, Saavedra AG, Rivera GLM. Manual para la Detección de Alteraciones de la Mucosa Bucal Potencialmente Malignas [Monografía en Internet]. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades; México, D.F. 2009 [Consultado el 25 de julio de 2014]. Disponible en:<http://salud.edomexico.gob.mx/html/descarga.php?archivo=Medica/MUCOSA%20BUCAL%20Y%20LESIONES%20PREMALIGNAS.%20MANUAL%20PARA%20LA%20DETECCION%20DE%20ALTERACIONES%20DE%20LA.PDF>

109) Centers for Disease Control and Prevention [homepage en Internet]. Estados Unidos: Secretaria de Salud; [actualizada 11 de septiembre de 2014; consultado 20 septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/>

110) Universal Precautions for Prevention of Transmission of HIV and Other Bloodborne Infections [Homepage on the Internet]. Centers for Disease Control and Prevention [Actualizada 1996; consultada 20 de Julio de 2014]. Disponible en: http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/bp_universal_precautions.html.

111) Best Practices for Hand Hygiene in All Healthcare Settings and Programs [Libro electrónico]. Victoria, Canada: British Columbia Ministry of Health Published; 2012 [Consultado el 20 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/best-practice-guidelines-handhygiene.pdf>

112) A Guide to Personal Protective Equipment [Libro electrónico]. North Carolina, USA: N.C. Department of Labor, Occupational Safety and Health Division; 2013 [Consultado el 20 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.nclabor.com/osha/etta/indguide/ig25.pdf>

113) ADA Guidelines for Infection Control. Second Edition [Libro electrónico]. St. Leonards, Australia: Australian Dental Association Inc; 2012 [Consultado el 20 de julio de 2014]. Disponible en: http://www.ada.org.au/app_cmslib/media/lib/1203/m356702_v1_infection%20control%20guidelines%202012.pdf

114) Kohn GK, Collins SA, Cleveland JL, Harte JA, Eklund KJ, Malvitz DM. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings. CDC [Revista Online]. 2003 [Consultado el 18 de febrero de 2014]; 52 (RR17): 1-61. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm>

115) Manual de Bioseguridad. [Libro electrónico]. Medellín, Colombia: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional; 2013 [Consultado el 20 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.metrosalud.gov.co/intra-joomla/images/planeacion/Estructura%20Documental/Manuales/MANUAL%20DE%20BIOSEGURIDAD%202013.pdf>

116) Australian Guidelines for the Prevention and Control of Infection in Healthcare. [Libro electrónico]. Australia: Australian Government; 2010 [Consultado el 20 de julio de 2014]. Disponible en: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cd33_infection_control_healthcare_typo_fix_4.2.4_140616.pdf

117) Protocolo de limpieza, Desinfección y Esterilización en el Servicio de Odontología. [Monografía en Internet]. Colombia: Universidad Industrial de Santander; 2008 [Consultado el 20 de julio de 2014]. Disponible en: https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/protocolos/TBE.34.pdf

118) Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales. [Consultado el 20 de julio de 2014]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5063213&fecha=08/10/2008

119) Souchon MA, Quirós O. Manual de recomendaciones en bioseguridad para la práctica ortodóncica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Revista Online]. 2011 [Consultado el 23 de julio de 2014]; 1-27. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/pdf/art2.pdf>

120) NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. [Consultado el 23 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/087ecolssa.html>

121) Dueñas CH, Otazu LL. Biopsia en Odontología. SITUA [Revista Online]. 2006 [Consultado el 23 de julio de 2014]; 15 (1,2): 37-41. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2006_n1-2/pdf/a07.pdf

122) Instituto Nacional de Pediatría (INP); Manual para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes del Instituto Nacional de Pediatría. [Monografía en Internet]. México, DF; 2011. [Consultado el 05 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.pediatria.gob.mx/manu_refcont.pdf

123) Instituto de Salud del Estado de México; Procedimiento: Referencia y Contrarreferencia de Pacientes entre Unidades Médicas y Servicios de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y de Especialidad. [Monografía en Internet]. Toluca, Estado de México; 2011. [Consultado el 05 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://salud.edomexico.gob.mx/html/transparencia/informacion/manualprocedimientos/mprocedimientos/MP_Referencia_y_Contrarreferencia_sep_2012.pdf

124) Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. [homepage en Internet]. México: Secretaría de Salud; [actualizado 20 Ago 2013; consultado 05 Sep 2014]. CAPASITS: [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/capasits.html>

125) Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” [homepage en Internet]. México: Secretaria de Salud; [actualizada 15 de mayo de 2014; consultado 05 septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/index.html>

126) Hospital General “Dr. Manuel Gea González” [homepage en Internet]. México: Secretaria de Salud; [actualizada 27 de junio de 2014; consultado 05 septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.hospitalgea.salud.gob.mx/index.html>

127) Hospital Juárez de México [homepage en Internet]. México: Secretaria de Salud; [actualizada 28 de noviembre de 2014; consultado 05 septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/index.html>

128) Hospital Juárez del Centro [homepage en Internet]. México: Secretaria de Salud; [actualizada 06 de junio de 2012; consultado 05 septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.hjc.salud.gob.mx/>

129) Hospital Nacional Homeopático [homepage en Internet]. México: Secretaria de Salud; [actualizada 09 de mayo de 2014; consultado 05 septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.hnh.salud.gob.mx/>

130) López TMC, Álvarez DM, Morales AA. Revisión bibliográfica: La clorhexidina, bases estructurales y aplicaciones en la estomatología. Gaceta Médica Espirituana [Revista Online]. 2009 [Consultado el 10 de noviembre de 2014]; 11(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.\(1\)_08/vol.11.1.08.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.(1)_08/vol.11.1.08.pdf)

131) Balagopal S, Arjunkumar R. Chlorhexidine: The Gold Standard Antiplatelet Agent. Shrutli Balagopal et al /J. Pharm. Sci. & Res. [Revista Online]. 2013 [Consultado el 10 de noviembre de 2014]; 5(12): 270-274. Disponible en: <http://www.jpssr.pharmainfo.in/Documents/Volumes/vol5issue12/jpsr05121306.pdf>



Anexo 1. Consentimiento informado brindado a los pacientes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(En cumplimiento de la "Carta de los Derechos Generales de los Pacientes" emitida en diciembre del año 2001 por la Comisión de Arbitraje Médico CONAMED)

Yo: _____

En calidad de paciente y en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud; en cumplimiento con la Ley N° 26.529 – Ley de Derechos del Paciente:

ACEPTO

Que el pasante de Cirujano Dentista Fernando Junnan Paredes Rodríguez, ocupe mi información personal (historia clínica) y fotografías como caso clínico, con motivo de la realización de su tesis para titulación. Asimismo, se me ah explicado lo siguiente:

- 1) Estoy en mi derecho de no continuar o terminar con el tratamiento recomendado y explicado con anterioridad para la realización de la tesis antes mencionada.
- 2) Mi información personal (nombre, domicilio, teléfono), no saldrá publicada en la tesis y/u otro proyecto que al interesado convengan.
- 3) La información recabada en la historia clínica y fotografías, serán utilizadas de manera confidencial y respetuosa.
- 4) En caso de no aceptar el tratamiento y/o el uso de mi información personal, puedo seguir recibiendo atención odontológica en esta institución.
- 5) En cualquier caso deseo que me respeten las siguientes condiciones:

Firma del paciente _____ Fecha _____