

870122

86
2ej

Universidad Autónoma de Guadalajara

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela de Odontología



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL TRATAMIENTO DENTAL EN
PACIENTES CON SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA. (SIDA).

Tesis

Que para obtener el Título de:

Cirujano Dentista

Presenta:

LINA PATRICIA SANCHEZ MATTUS

ASESOR: DRA. CELIA MARGARITA GOMAR FRANCO

Guadalajara, Jal., 1986.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Introducción	1
CAPITULO I	Generalidades sobre SIDA	2
CAPITULO II	Cuadro Clínico	16
CAPITULO III	Medidas preventivas en el tratamiento dental en pacientes que presentan SIDA	30
	Casuística	44
	Caso Clínico No. 1	45
	Caso Clínico No. 2	47
	Caso Clínico No. 3	50
	Conclusiones	53
	Bibliografía.	

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

Ante los acontecimientos recientes y el descubrimiento de la enfermedad; "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida" (SIDA); el objetivo de revisar éste tema de tesis es el de demostrar los riesgos que tiene el odontólogo al tratar pacientes ambulantes que no han sido diagnosticados, ni tratados por el médico; ya que ésta enfermedad sumamente contagiosa - que se le ha comparado con la hepatitis "B", el odontólogo corre el peligro de contagiarse.

Es conveniente que la práctica odontológica conozca; tanto los signos como síntomas de dicha enfermedad, para así poder detectar y remitir al médico general a estos pacientes y así formar un criterio preventivo - en caso de contacto con este tipo de enfermedad.

En el desarrollo de éste tema de tesis, presentaré algunos casos en los que odontólogos estuvieron en contacto con pacientes que presentaban SIDA y medidas preventivas que tomaron para evitar contagio.

Esperando que éste tema; completamente nuevo e interesante le sea de utilidad y provecho al odontólogo en general.

CAPITULO I

GENERALIDADES SOBRE SIDA

GENERALIDADES SOBRE SIDA.-

El Síndrome de Inmuno-deficiencia Adquirida, (SIDA ó AIDS en inglés) es una nueva entidad nosológica identificada por primera vez en el año de 1979 y en el territorio americano en 1981; levantó en 1983 un viento de pánico que recordó por momentos los grandes miedos de la Edad Media - por la peste y el cólera.

Los partidarios de la moral tradicional interpretaron enseguida como un "castigo de Dios", éste mal, que se manifiesta por la pérdida de las defensas naturales del organismo y no tardaron en blandir éste signo de la "Justicia Divina" contra las primeras víctimas: Los homosexuales masculinos. Es por eso que la llamaron al principio la moderna peste de las "mariposas", conocida también como la "plaga gay" desde su aparición ésta enfermedad es tan temible como misteriosa

Conviene sin embargo, no exagerar. En 1983, pese a la propagación de la enfermedad (se han registrado hasta ahora más de tres mil casos) y la mortalidad que ocasiona el SIDA está lejos de haber diezariado poblaciones enteras como las grandes epidemias del pasado, no es por consiguiente - tan contagioso como se temió en un principio.

Es incluso "poco contagioso", al decir de los especialistas y no supone una amenaza para gran masa de la población.

El dentista que atiende a estos enfermos debe tomar, sin embargo, - precauciones comparables a las de los que están en contacto con enfer - mos de Hepatitis.

Con todo su real gravedad justifica la movilización de los científi - cos en busca de pistas que conduzcan a la comprensión del mal y a su me - jor tratamiento posible.

A partir de 1981, comenzó una investigación continua y a fondo: los científicos conocían las víctimas y ahora les faltaba conocer a los fac - tores culpables. La investigación produjo y combinó un número de piezas - del rompecabezas, aunque sin lograr un esquema completamente coherente - que pudiera ser establecido.

La idea de una causa tóxica fue rápidamente abandonada. Es decir los "poppers" considerados como un afrodisiaco de uso muy extendido entre - los homosexuales, fueron al principio considerados como sospechosos, pe - ro no resistieron un análisis epidemiológico. También se sospechó de va - rios tipos de virus, mismos que tampoco resultaron ser la causa del mal.

Gradualmente algunas observaciones epidemiológicas importantes produ - jeron un cambio en el cuadro inicial; SIDA no estaba limitado a los Esta - dos Unidos y no todas sus víctimas eran homosexuales. Muy pronto, las - víctimas del SIDA fueron localizadas también en Europa Occidental.

En Francia, fueron reportados tres casos a fines de 1981, al presente el número de víctimas se ha elevado en ese país.

El estudio de la ocurrencia del SIDA ha dejado claro, que existen -- tres importantes centros de su localización: los Estados Unidos, Haití y Africa, particularmente en Zaire y el Congo.

SITUACION EN MEXICO:

Parece evidente, con el breve análisis epidemiológico, que la etiología del SIDA es algún tipo de infección viral y por ello habría que preveer, dado el flujo migratorio entre el país del Norte, donde se concentra el mayor número de casos, y México; que pronto aparezca ésta enfermedad en México.

Apenas en Julio de este año, 1983; se supo la existencia de cuatro - casos estudiados en el Hospital de Neurología y Cardiología del IMSS, un caso de autopsia y de un probable de Pre-SIDA, actualmente en estudios - en la Unidad de investigación clínica de enfermedades Oncológicas del - IMSS, pero ninguno de ellos ha sido informado todavía en revistas científicas.

El Síndrome atenuado ó de resistencia (Pre-SIDA) es de curso benigno y que consiste en Adenomegalia generalizada, febrícula, sudores noctur -

nos y pérdida de peso. Estos enfermos tienen alteraciones inmunológicas semejantes aunque más leves, que los afectados por SIDA.

Es lógico presumir que existan muchos casos más sin descubrir, y que por nuestras graves deficiencias de atención médica será difícil diagnosticar a estos pacientes, particularmente a los del cuadro clínico atenuado ó Pre-SIDA.

Son estos los sujetos que a nuestro juicio, representan el mayor peligro epidemiológico dado que por su benignidad el paciente no consulta al médico, ó si lo hace, éste le prescribe tratamientos inespecíficos, generalmente sin establecer el diagnóstico.

La pobre cultura médica del pueblo mexicano y la gran estigmatización social a ciertas preferencias sexuales en nuestro medio serán factores que impidan el diagnóstico y el control oportuno de la mayoría de los casos.

Es de llamar la atención que el SIDA se encontró rápidamente en países europeos después de su aparición en Norte América y que, en cambio en México, donde el intercambio migratorio con el país del norte es también muy grande, no se han descubierto casos similares más que los señalados antes y si los hay no los han notificado públicamente.

Si en verdad es cierto que nuestra población no se ve afectada por el SIDA en la misma proporción que Norteamericanos y Haitianos, valdría la pena estudiar los factores biológicos ó sociales que limitan a la enfermedad; esto es, sin embargo, poco probable, recordemos que la falta de información científica oportuna y adecuada al médico general y al odontólogo en este caso; es un gran factor limitante que impide al profesionalista de primer contacto sospechar la existencia de un padecimiento nuevo y complejo como es el SIDA.

Pero todavía más aún en los mejores centros médicos mexicanos resulta casi imposible establecer un diagnóstico de certeza, ya que para ello se requieren pruebas de costos muy elevados, tan importantes para establecer el diagnóstico y aún no se hacen en México (excepto en un laboratorio de investigación).

Dada la posibilidad teórica de un impacto epidémico en nuestra población, sería pertinente establecer las medidas adecuadas para su diagnóstico y su control.

EPIDEMIOLOGIA.-

Los estudios epidemiológicos del Síndrome, desde junio de 1981 al 9 de febrero de 1983, la CDC; habían recibido notificaciones de 1,051 casos de SIDA en los Estados Unidos, provenientes de 34 estados.

Además los CDC, disponen de información sobre 70 casos más ocurridos en 15 países.

En los Estados Unidos la incidencia del síndrome se ha duplicado cada seis meses.

El análisis de los casos notificados, revela que el 50% de estos padecían neumonía por *P. Carinii*, una rara infección pulmonar por protozooario, que anteriormente sólo se registraba en personas con inmunosupresión grave; por ejemplo: pacientes sometidos a **trasplantes de médula ósea** ó que estaban recibiendo quimioterapia.

El 28% de los casos de SIDA presentaban sarcoma de Kaposi, una neoplasia maligna muy poco frecuente que antes se observaba solo en varones en edad avanzada ó en individuos que padecían inmunosupresión a causa de trasplantes de órganos ó tratamientos con esteroides.

Contrariamente al Sarcoma de Kaposi observado en éste último grupo, que se caracteriza por sensibilidad limitada a las radiaciones, el de las víctimas del SIDA es típicamente insensible a las radiaciones, y a la quimioterapia y su frecuente difusión a una forma linfadenopática, conduce a la muerte del paciente dentro de un período de 2 años.

Antes de la identificación del Síndrome, esa forma linfadenopática del sarcoma de Kaposi se observaba esporádicamente en Africa Ecuatorial, sobre todo en varones jóvenes.

Otro 8% de los 1.051 casos de SIDA presentaron a la vez sarcoma de Kaposi e infección por P. Carinii, combinación que nunca se había observado con anterioridad.

El restante 14% de los pacientes tenían otras infecciones oportunistas que igualmente se registran solo en casos de inmunosupresión.

El SIDA; afecta primordialmente, a sujetos homosexuales jóvenes -- (75%), pero también se encuentra en sujetos drogadictos, hemofílicos; oriundos de Haití, niños del grupo de alto riesgo (drogadictas y haitianas) y en sujetos sin características especiales.

Después de los homosexuales que cambian con frecuencia de pareja, en efecto, fueron surgiendo nuevas categorías de enfermos de SIDA:

Drogadictos por vía intravenosa, mujeres que tuvieron relaciones sexuales con hombres contaminados, hemofílicos, haitianos, africanos ecuatoriales y hasta personas que, simplemente habían pasado una temporada en países afectados por el mal.

Hasta el momento en México sólo se conoce la existencia de cuatro casos, pero se plantea la posibilidad de que haya numerosos pacientes y que puedan aumentar en el futuro.

ETIOLOGIA Y VIAS DE ACCESO AL ORGANISMO.-

La etiología parece ser viral, ya sea por citomegalovirus ó por el virus similar al de la Leucemia T Humana.

La causa de éste nuevo síndrome es muy compleja. Pero ahora ha quedado claro que tiene todos los aspectos de una enfermedad contagiosa.

Por el momento hay un virus que es altamente sospechoso; es el retrovirus, que ha sido identificado por el científico Robert Gallo, como una variedad de Leucemia que se caracteriza por atacar los linfocitos C; glóbulos blancos, cuya función es importantísima.

Dicho virus (Retrovirus) ha sido identificado en tumores de Kaposi, lo que es más, huellas de su paso han sido encontrados en el suero del 30% de los pacientes de SIDA.

Investigadores franceses han identificado un virus similar al virus de la leucemia T humana; (HTLV) en los ganglios de un paciente en las primeras etapas del SIDA.

No se trata, sin embargo, de argumentos decisivos, que hagan posible establecer un vínculo de causa a efecto entre la familia de virus HTLV y el SIDA.

No obstante la presunción es lo suficientemente fuerte como para intensificar la búsqueda en esa dirección.

El único punto en común con el SIDA es el colapso de los medios del organismo para combatir lo que le es extraño:

Un déficit inmunitario relativo a las reacciones que normalmente son garantizadas por los linfocitos cooperadores.

Si se llegara a confirmar la Hipótesis del virus HTLV, todavía sería necesario descubrir por que éste virus provoca en ciertos casos una proliferación anárquica de los linfocitos T ó leucemia y en otros casos provoca el SIDA, que consiste en el efecto contrario a la Leucemia.

Es cierto que la contaminación de la sangre por un virus hipotético explicaría los casos de SIDA después de una transfusión y aquellos observados entre los hemofílicos cuyo tratamiento es administración de factores de la sangre.

El hecho de que la enfermedad ataque a los hemofílicos a las personas que reciben sangre por transfusiones y a los heterosexuales que hacen abuso sobre el uso de drogas por vía intravenosa parece indicar que el síndrome o su agente etiológico se transmite por los productos sanguíneos, de manera análoga al virus de la hepatitis B ó de la hepatitis no-A y no-B.

Además la frecuencia entre varones homosexuales activos y entre contactos heterosexuales de casos del síndrome también indica la transmisión sexual.

La agrupación de casos y el análisis de contactos ha demostrado, por otra parte, que muchos pacientes pueden ser portadores asintomáticos del síndrome.

Dado que la frecuencia mayor del SIDA se encontró en homosexuales-masculinos que se administraban algún fármaco de los llamados recreativos, como el nitrito de amilo, se pensó en investigar inmunológicamente individuos sanos de éstas características para saber si en ellos era posible observar algún cambio inmunológico que pudiera marcar a las futuras víctimas de la enfermedad y averiguar así si el uso de nitritos era uno de los factores etiológicos tan afanosamente buscados.

Las investigaciones realizadas hasta ahora no han permitido iden -

tificar la causa de la enfermedad.

Los estudios epidemiológicos del síndrome corroboran la hipótesis de que es causado por agente infeccioso que se transmite por la sangre y los productos sanguíneos ó por contacto sexual.

Los casos registrados en hijos de madres que padecían el síndrome son indicativos de transmisión por la placenta o por transferencia de sangre de la madre al feto en el momento del nacimiento, recuerda el de la hepatitis B y hace pensar en que la enfermedad efectivamente sea infecciosa, probablemente viral.

Por lo menos es lo que creen los especialistas.

Se observó en algunos casos de SIDA; una depresión absoluta de los linfocitos T "Helper" resultante en una baja relación entre las células "Helper" y los linfocitos T supresores (generalmente inferior a 1.0; la normal es sup. a 1.0)

Además hay una merma de la respuesta proliferativa in-vitro a la mayor parte de los mitógenos.

Aparte de la fagocitosis natural disminuida, la función de las células B parece algo normal, con hipergamaglobulina policlonal y aumen-

to de los complejos inmunes.

Esto último se ha asociado con púrpura trombocitopénica autoinmune en los pacientes, también anemia hemolítica autoinmune.

Como consecuencia de la inmunosupresión de la respuesta mediada por células, los casos de SIDA típicamente contraen infecciones por hongos, virus y parásitos.

Como la función del neutrófilo permanece intacta, las infecciones bacterianas (excepto las microbacterias) no constituyen un problema importante.

ETIOPATOGENIA.-

Los estudios epidemiológicos apuntan hacia la posibilidad de que sea un agente viral.

Se supone que la infección viral repetida, por vía entérica y con inóculos muy abundante, pudiera ser el factor iniciador.

Se sabe que algunos virus pueden inhibir la inmunidad celular, como el del sarampión y el de la rubeola y el citomegalovirus; éste último es muy frecuente en homosexuales, con un índice de 94% de frecuen -

cia y es el principal agente etiológico sospechoso y que puede persistir en el semen por meses.

Por otra parte, el patrón de alteraciones linfocitarias en pacientes con mononucleosis pro-citomegalovirus es similar al encontrado por SIDA, y las infecciones por éste virus en pacientes con trasplantes renal causan leucopenia y predisponen a otras infecciones por agentes oportunistas, además se ha demostrado una estrecha relación entre el citomegalovirus y el sarcoma de Kaposi.

Sin embargo, según publicaciones de reciente aparición algunos autores han investigado la relación del virus productor de la leucemia humana de células T (HTLV) con éste síndrome. Las razones que orientaron hacia ésta investigación son la hipótesis epidemiológica de que el SIDA probablemente tuvo origen en Haití, proveniente del Africa Ecuatorial y de que el HTLV prepondera en esa zona geográfica.

El hecho de que éste virus leucemígeno afecte primordialmente las células T, como ocurre en el SIDA, y por último la coincidencia de que la forma de transmisión de ambas enfermedades requiere un contacto íntimo y prolongado.

El origen del SIDA, con todo, sigue sin estar claro. Mientras se prosigue ésta encuesta, se sigue ensayando diversas terapéuticas sin

que se pueda decir que, hasta la fecha, se hayan hecho progresos espectaculares.

Los resultados de numerosos estudios permiten ya asegurar que los afectados por ésta enfermedad sufren algún tipo de disfunción inmunológica no congénita por lo que se le ha dado el nombre.

Esto constituye un serio problema de salud pública, así como el riesgo, que ha causado gran alarma, pero que hasta ahora no se ha comprobado, de que el virus sea encontrado igualmente en otros productos-derivados de la sangre, tales como la vacuna de la hepatitis B.

Se trata en realidad, de una nueva enfermedad?

A medida que se avanza en la investigación del SIDA, más se pone en cuestión la posibilidad de que se trate de una enfermedad realmente nueva.

CAPITULO I I

CUADRO CLINICO

CUADRO CLINICO.-

Características de la enfermedad:

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, se caracteriza por; - disfunción inmunitaria caracterizada por anergia a las pruebas de sensibilidad cutánea, linfopenia, disminución de la reacción linfocitaria a mitógenos, inversión de la relación entre linfocitos cooperadores y linfocitos supresores (Tc/Ts) y adenopatía generalizada.

También por presencia de infecciones oportunistas múltiples en las que los agentes más frecuentes son: *Pneumocystis carinii*, *citomegalovirus*, virus del herpes Zoster, neumonía, meningitis, encefalitis por *aspergillus*, *candida*, *cryptococcus*, *nocardia*, *strongyloides*, *toxoplasma*, *Zygomycoses* ó *micobacterias atípicas*, la esofagitis por *cándida*, virus del herpes simple; la leucoencefalopatía multifocal progresiva; la enterocolitis crónica (más de cuatro semanas) por *cryptosporidia* y la infección mucocutánea por herpes simple; insólitamente extensa de más de 5 semanas de duración.

Los pacientes que presentan éstas infecciones oportunistas antes mencionadas, generalmente no tienen historia de tratamiento inmunosupresor; por ejemplo:

Con corticoesteroides.- Se acompaña en más de la mitad de los ca -

sos de alguna neoplasia del tipo de Sarcoma de Kaposi ó Linfoma de - - Hodgkin.

ALTERACIONES INMUNOLOGICAS.-

Dado que el curso clínico de éstos pacientes con infecciones oportunistas graves es parecido al que ocurre con frecuencia en los sujetos inmunodeprimidos, como se señaló antes se realizaron investigaciones acuciosas para probar la integridad funcional del aparato inmunitario en los enfermos de SIDA.

Pronto emergió un cuadro inmunológico característico y aparentemente constante en los sujetos que sufren SIDA, y que puede resumirse en los hallazgos antes mencionados.

En un estudio de 81 sujetos considerados de alto riesgo con las características señaladas, se encontró que en 80% había una alteración de las subpoblaciones de linfocitos T semejantes, pero menos pronunciada, a la que se había encontrado en sujetos con SIDA.

También se descubrió que la relación de células cooperadoras estaba invertida (OKT4) y células supresoras (OKT8) era más acentuada en sujetos con historial sexual de promiscuidad; sin embargo, no fue manifiesta ninguna relación con el uso de nitritos.

Este hallazgo revela la posibilidad de que existan numerosos sujetos que no manifiestan SIDA pero que ya tienen una alteración de inmunidad celular que pudiera ser el preludio de una enfermedad franca dada ciertas condiciones todavía no bien conocidas, pero que los nitritos no son los causantes directos de ésta anomalía, aunque se conocen numerosos efectos secundarios de tipo hematológico durante su inhalación y su posible acción mutágena.

"De un estudio diferente realizado en voluntarios homosexuales sanos parece emerger otro cuadro inmunológico. Estos sujetos presentan solamente elevación de los linfocitos T supresores, sin disminución de los linfocitos T cooperadores.

Los autores sugieren que ésta variación de las subpoblaciones linfoides es de mejor pronóstico que la clásica inversión de la relación Tc/Ts observada en enfermos de SIDA y en otros sujetos de poblaciones de alto riesgo.

En otra investigación se encontró, tanto en homosexuales asintomáticos como en los afectados, que existe una elevación marcada de la timosina alfa 1, hormona mediadora de la diferenciación terminal de las células T cooperadoras y estimuladora de la sección de linfocinas.

Quizás ésto revela una alteración del mecanismo de retroalimenta -

ción del sistema hormonal tímico a causa de la disminución de las células blanco, que en éste caso serían los propiolinfocitos T cooperadores.

También se sabe que en los pacientes que mueren por éste síndrome, existe atrofia y displasia tímicas, lo que podría explicar en parte las alteraciones antes descritas".

Aunque las globulinas séricas no experimentan alteraciones importantes, existen informes de elevación de la microglobulina beta 2, y se sugiere que puede ser ésta proteína un marcador confiable para su diagnóstico serológico.

Aunque la disfunción inmunológica es el rasgo común de todos los pacientes, el espectro clínico de la enfermedad resulta muy variable, según los estudios epidemiológicos el período de incubación es de 6 -- 12 meses ó de 18 a 24 meses. En general, hay un período sintomático de 3 - 6 meses, comúnmente denominado período prodrómico del SIDA, que se caracteriza por fiebre inexplicada, sudor nocturno, escalofríos, diarrea, fatiga, libido atenuada e impotencia, depresión, apatía y linfoadenopatía generalizada.

El síndrome se suele diagnosticar seguidamente con la aparición del sarcoma de Kaposi ó de infecciones oportunistas difusas. Por lo ge

neral, el paciente tiene malestar general y ligera pérdida de peso con infecciones respiratorias repetidas y en ocasiones el propio paciente-relata la aparición de linfadenopatías de predominio cervical.

En los antecedentes relata el hecho de haber padecido múltiples enfermedades venéreas, ser drogadicto o haber recibido trasfusiones sanguíneas múltiples.

Acude al médico generalmente por la presencia de algún cuadro infeccioso grave que no ha podido ser tratado por el médico general. Suelen ser infecciones por Pneumocystis, una candidiasis, herpes con grandes ulceraciones peribucales y perianales u otra infección por microorganismos gramnegativos.

En más de la mitad se encuentra una forma grave ganglionar de sarcoma de Kaposi o algún tipo de linfoma de Hodgkin.

La enfermedad es poco característica en sus comienzos (fiebre persistente, ganglios, fatiga...) será a menudo la aparición de una serie de infecciones graves, sin causa aparente que pueda explicar ésta inmunodepresión, lo que permitirá el diagnóstico del mal asociado o no a un Kaposi.

"Una vez que el enfermo llega a éste estadio su evolución clínica-

se hace cada vez más compleja con agregación de nuevas infecciones, - pérdida de peso y deterioro rápido; por causas aún no identificadas."

La neoplasia más frecuente en el síndrome es el sarcoma de Kaposi, que generalmente afecta los ganglios linfáticos (forma linfopática) ó las vísceras, (forma visceral), más grave que la forma cutánea.

La muerte ocurre en 35 a 75% de los casos, generalmente como consecuencia de las infecciones y rara vez por el padecimiento neoplásico - maligno.

La evolución de éste padecimiento es por lo regular de unos cuantos meses hasta un año ó más.

Si bien éste es el cuadro típico existe otro menos manifiesto y de evolución benigna que se ha considerado Pre-SIDA, que pudiera ser una forma atenuada ó de resistencia del mismo síndrome y relativamente frecuente en los grupos de alto riesgo.

En estos sujetos se encuentra linfadenomegalia generalizada de predominio cervical no dolorosa ni confluyente, febrícula esporádica, ligera pérdida de peso, diarrea e irritación laríngea y dolor de lengua.

Los antecedentes son similares a los que se encuentran en el SIDA-

y en la mayor parte de los casos (90%) se encuentran títulos altos de anticuerpos citomegalovirus, herpes y toxoplasma.

El estudio inmunológico es casi igual. De estos individuos solo 10 a 15% desarrollan el cuadro clínico del SIDA después de 2 años de observación.

PATOLOGIA.-

Los estudios de necropsia de individuos que fallecen por SIDA, revelan las lesiones características de las infecciones por agentes oportunistas que hayan padecido.

Es frecuente encontrar *Pneumocystis carinii*, en los pulmones y *Candida albicans* en las mucosas bucal y esofágica. Las lesiones herpéticas, perianales y peribucales generalmente son extensas y agresivas y la presencia frecuente de citomegalovirus, particularmente en glándulas suprarrenales. Los ganglios están aumentados de tamaño y presentan diversos patrones histológicos que pueden llegar a ser de linfomas de Hodgkin o de la variedad linfopática del sarcoma de Kaposi.

El sarcoma de Kaposi; es en Africa Ecuatorial una enfermedad endémica; de cualquier modo, representa el 10% de todos los tipos de cáncer en el este de Uganda y Zaire.

La forma de cáncer en Africa se presenta más frecuentemente en homosexuales masculinos jóvenes. Suele ocurrir en hombres de 40 a 50 - - años y puede presentarse en su forma crónica ó en la más invasiva y se vera.

El sarcoma de Kaposi es en particular mortal en el descubrimiento de la enfermedad en niños y generalmente causa la muerte por la invasión de órganos.

Puede presentar lesiones orales y de piel sobre todo en el área de cuello y cabeza.

Este por sus reconocimientos clínicos e histológicos, pueden ser - difíciles por la similaridad de las lesiones del granuloma pyógeno.

Los pacientes pueden presentar pérdida de peso ligera, linfadenopatía y fiebre. Presentan múltiples placas pequeñas y nódulos, de color- café rojizo en las extremidades superiores e inferiores.

Se les da tratamiento quirúrgico y radioactivo. En la mucosa oral- el sarcoma puede ocurrir como lesión solitaria ó en conjunción con lesiones viscerales y/o cutáneas.

Encontraron el paladar como el sitio involucrado más frecuentemen-

te, de 8 de los 57 casos publicados de Sarcoma de Kaposi como "primario" en la cavidad oral.

Tiene predilección por el sexo masculino de antecedentes Judío o Mediterráneo.

La causa de muerte es usualmente hemorragia de una lesión visceral, Septicemia dada la infección de lesiones ulceradas o linfoma.

Se sabe también que el timo presenta atrofia y displasia con ausencia de corpúsculos de Hassal.

Las biopsias de diversos órganos en sujetos de grupos de alto riesgo o en individuos con el cuadro clínico atenuado (pre-SIDA) han arrojado luz sobre los cambios que anteceden al cuadro clínico florido.

En las biopsias del colon en estos sujetos y en los enfermos del SIDA, es posible demostrar inclusiones citomegálicas, pero es quizá en los ganglios linfáticos donde se puede obtener mejor información sobre este padecimiento.

El análisis cuidadoso de la histología de los ganglios linfáticos de sujetos afectados de linfadenopatía generalizada, permiten clasificarlos en 4 patrones histológicos:

El primero y más frecuente, en individuos homosexuales con síntomas leves pero con alteraciones de la inmunidad celular, se caracteriza por folículos abundantes, grandes centros germinales en los cuales existen; destrucción celular y numerosas mitosis.

Se encuentran inmunoblastos y abundantes vasos sanguíneos en las áreas paracorticales y existen algunas células epiteloideas y escasas células plasmáticas.

El segundo patrón es el de hiperplasia paracortical con folículos hipoplásicos hialinizados carentes de reacción.

El tercer patrón, consiste en una combinación de hiperplasia foliular zonal con expansión para-cortical y algunos folículos hipoplásicos.

Por último el cuarto patrón es una alteración profunda del ganglio, que puede estar sustituido por linfoma tipo-B ó sarcoma de Kaposi.

Se han informado también casos de linfoma Burkitt y de sarcoma inmunoblástico que en ocasiones puede afectar el sistema nervioso cen-tral.

Un descubrimiento de gran interés por su aplicación diagnóstica po

tencial, es la presencia de un cuerpo intracitoplásmico especial observado en los linfocitos de ganglios de sujetos con la linfadenopatía crónica del pre-SIDA.

Esta estructura es una "roseta vesicular" que no se ha descrito anteriormente, y se observa generalmente en linfocito B, tanto en sujetos con linfadenopatía como también en pacientes de SIDA.

Si la Roseta vesicular, se pudiera demostrar, en la mayor parte su presencia podría tomarse como el elemento morfológico típico para el diagnóstico.

El diagnóstico del SIDA se complica cuando éste se produce en un país donde el tipo de enfermedades que predominan es de carácter infeccioso.

Cuando los medios de laboratorio son limitados, es todavía más difícil distinguir entre una infección oportunista y una infección de fondo, como la tuberculosis diseminada, la diarrea causada por criptosporidiosis, etc.

A continuación se resumen algunos de los resultados de pruebas clínicas y de laboratorio:

PRODRONO:

- Duración de 2-8 meses.
- Fiebre.
- Sudor nocturno y escalofríos.
- Linfadenopatía
- Diarrea y pérdida de peso 10% del peso corporal.
- Fatiga, apatía, depresión.

ENFERMEDAD CLINICA

- Los síntomas y signos están relacionados con la enfermedad final que se produce (sarcoma de Kaposi, enfermedad oportunista ó ambas).
- Inmunosupresión no específica asociada, determinada por:
 - 1.- Leucopenia con linfopenia absoluta.
 - 2.- Depleción de células OKT4 "helper".
 - 3.- Disminución de las células OKT4/OKT8 "helper" en relación con las supresoras.
 - 4.- Anergia in vitro e in vivo.
 - 5.- Aumento de los complejos inmunes en circulación.
 - 6.- Hipergammaglobulinemia policlonal.
 - 7.- Aumento de las concentraciones de Interferon.

Para que un caso sea clasificado como un complejo relacionado con-

el SIDA (CRS), el paciente debe presentar al menos dos de los síntomas clínicos y dos de los síntomas confirmados en laboratorio, que se indican seguidamente:

CLINICOS.-

- 1.- Fiebre (3 meses)
- 2.- Pérdida de peso 10% del peso corporal.
- 3.- Linfadenopatía (3 meses)
- 4.- Diarrea
- 5.- Fatiga
- 6.- Sudor nocturno.

CONFIRMADOS EN LABORATORIO.-

- 1.- Linfopenia, leucopenia, anemia - trombocitopenia.
- 2.- Hipergammaglobulinemia.
- 3.- Anergia
- 4.- Disminución de las células OKT4 "helper".
- 5.- Disminución de las células OKT4/OKT8 "helper" en relación con las supresoras.
- 6.- Disminución de la blastogénesis de linfocitos.

La definición de casos de SIDA se complica debido a la falta de un agente causante identificado y de una prueba de laboratorio específica para determinar la presencia o alguna característica afín del agente.

El síndrome se reconoce por sus complicaciones.

Ninguno de los criterios clínicos o de laboratorio es suficiente -
mente específico para identificar los casos.

No se dispone de medios para localizar casos subclínicos, portado-
res sanos o pacientes recuperados.

C A P I T U L O I I I

MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL TRATAMIENTO DENTAL EN PACIENTES
QUE PRESENTAN SIDA.

El SIDA es una enfermedad nueva, y puede interesar a la práctica dental y en cirugía bucal; que quizás sea la primera en sospechar, daño en la inmunidad en pacientes que presenten infecciones oportunistas orales.

Extraordinaria resistencia al tratamiento dental de infecciones, - tal como se encontraron en hombres de 27 años con posible SIDA, pudiera ser también un signo de inmunosupresión.

Se indican así mismo las medidas preventivas de propagación correspondiente y medidas apropiadas para la hepatitis B.

La transmisión del agente requiere el contacto íntimo de la mucosa, propagado como contacto sexual entre homosexuales masculinos ó parenteralmente.

También por los incidentes de candidiasis oral y herpes simple de- infección viral.

Hasta ahora no existe un reporte oral dental de infecciones atri- buibles al SIDA.

La precaución también está empleada para el cuidado dental en particular para cirugía bucal, sin embargo, debe ser un intermedio a las-

sugerencias, así muchas preguntas permanecen sin respuesta, así como la etiología y la epidemiología de éste síndrome.

Algunos autores han sugerido que puede ser transmitida por sangre o líquidos del cuerpo muy similar a la hepatitis B. Si eso es cierto, los dentistas deberán considerarse ellos mismos el ser un alto riesgo.

Reconociendo grupos de alto riesgo y sus situaciones, y la apropiada rutina en precauciones pueden ayudar a decrecer ese riesgo.

Puede presentarse el caso de que un ambulatorio, víctima del SIDA, sin diagnosticar, puede, sin lugar a dudas, aparecer en el consultorio dental, y al hacer un procedimiento dental rutinario, un dentista puede tener el riesgo si sangra y aún si no sangrara ya que líquidos corporales transmiten la enfermedad.

En la actualidad no existe ninguna medida profiláctica post-exposición para el SIDA, ni tampoco ningún marcador sanguíneo para la enfermedad.

Sin embargo una inversión de la relación Tc/Ts ordinariamente ocurre con el SIDA.

La primera lección que deberíamos tomar es la importancia de reco-

nocer los grupos de alto riesgo y las situaciones de alto riesgo.

El dentista debería estar familiarizado con ésto, al hacer rutina- la historia clínica inicial en cualquier tratamiento dental que se le presente, el dentista reconocería que el paciente se encuentra entre - los grupos de alto riesgo, tales como la hepatitis non-A y non-B y la hepatitis B.

Para determinar si un paciente específico encaja dentro de un gru- po de riesgo, puede presentar problemas, por ejem: Los dentistas no es factible que identifiquen ó pregunten a todos los pacientes si son ho- mosexuales ó drogadictos. Los dentistas no siempre pueden diagnosticar ó aún sospechar de aquellos pacientes que pudieran tener signos ó sín- tomas tempranos de SIDA. Estos síntomas incluyen: fiebre, pérdida de - peso, malestar general, lesiones cutáneas, linfadenopatía, úlceras bu- cales, lesiones herpéticas, síntomas digestivos altos y bajos y sínto- mas neurológicos.

La transmisión de la enfermedad parece tener un patrón epidemioló- gico similar a aquel de la hepatitis B, como ya se dijo anteriormente, y por ésta razón las apropiadas precauciones para la hepatitis debe - ser una guía en los procedimientos de control de infecciones.

Esto sugiere que la enfermedad puede ser transmitida por sangre, -

tejido y secreciones ó excreciones que pueden contener sangre como el semen, orina, heces y tales precauciones deben estar dirigidas a reducir la exposición del cuerpo a los fluídos.

El médico tratante tiene las siguientes responsabilidades:

IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

- 1.- Identificar al paciente que cae dentro de algunas de las categorías señaladas con el propósito de instaurar procedimientos adecuados.
- 2.- Reportar el diagnóstico al departamento de salud.
- 3.- Determinar consultando a la unidad de control de infecciones las medidas apropiadas ó precauciones de aislamiento.

La atención especial y recomendaciones específicas para la atención de pacientes hemofílicos, deben hacerse previas investigaciones para obtener productos sanguíneos más confiables para su administración a dichos pacientes.

La recomendación temporal de que las personas a alto riesgo se abstengan de donar plasma ó sangre.

Mientras no se conozca la causa del problema, será difícil tomar -

medidas preventivas, pero son medidas prudentes con las que se reducirá el riesgo de contraer y transmisión de la enfermedad.

Los guantes deben ser recomendados para aquellos que vayan a tener contacto directo con las secreciones del paciente, excreciones ó sangre también.

Las superficies ambientales contaminadas con sangre u otros fluidos corporales deben ser limpiadas inmediatamente con un desinfectante tal como una solución de hipoclorito de sodio en una dilución de 1 a 10 ó al 5.25%.

El uso de mascarillas está basada por estudios en animales que sugirieron que la neumonía por *P. carinii* es transmitida a través del aire. (Esto se aplica en Hospitales).

Los protectores para los ojos (goggles) deben ser usados en situaciones en que se puede salpicar de sangre, secreciones o fluidos corporales.

Esta guía es promovida por doctores, dentistas, técnicos, enfermeras y otros al servicio de la salud, que realizan procedimientos como: cirugía oral, que son susceptibles de producir aerosoles.

Esto se basa en salpicar a la córnea expuesta, como está descrito en la hepatitis B.

Debe tenerse especial cuidado en agujas y jeringas, de no volver a utilizarlas (después de utilizadas).

Los instrumentos de corte punzante, deben ser esterilizados cuidadosamente, lo mismo para los que están en contacto con líquidos, secreciones y sangre.

La CDC; han elaborado una definición basada en la combinación de hallazgos clínicos y de laboratorio teniendo en cuenta el propósito limitado de la vigilancia epidemiológica, según los CDC un caso de SIDA es una persona que ha tenido:

- 1.- Una enfermedad diagnosticada de manera fidedigna que sugiere la probabilidad de una deficiencia inmunitaria celular subyacente, pero que al mismo tiempo no presenta:
- 2.- Ninguna causa subyacente de deficiencia inmunitaria celular ni otra causa de resistencia reducida que se considera relacionada con esa enfermedad.

Esta definición general se podría hacer más explícita al especi-

car:

- a) Aquellas enfermedades que particularmente sugieren deficiencia inmunitaria celular; y
- b) Las causas conocidas de deficiencia inmunitaria celular u otras - causas de resistencia reducida, que ya hayan sido asociadas con de terminadas enfermedades.

SEGUIDAMENTE FIGURA ESA ESPECIFICACION:

1.- Enfermedades que indican una deficiencia inmunitaria celular subyacente:

- a) Infecciones por protozoarios y helmintos.
- b) Infecciones por hongos.
- c) Infecciones bacterianas.
- d) Infecciones víricas.
- e) Cáncer (sarcoma de Kaposi y linfoma circunscrito al cerebro.)

2.- Causas conocidas de resisten
cia reducida:

Enfermedades que se pueden atribuir
a las causas conocidas de resisten
cia reducida:

I.- Tratamiento con corticoeste-
roides sistémico u otra sus-
tancia inmunosupresora cito-
tóxica.

1) Toda infección que haya comenza-
do durante el primer mes de éste
tratamiento ó hasta un mes des -
pués. Si el tratamiento comenzó
antes de que se presentaran sig-
nos ó síntomas específicos de -
los sitios anatómicos infectados
(por ejem; disnea en el caso de
neumonía. Cefalea en el caso de
encefalitis, diarrea en caso de
colitis); ó cáncer diagnosticado,
durante el primer mes ó hasta un
mes después de más de 4 meses de
duración del tratamiento (comen-
zado antes de que presentara sig-
nos ó síntomas específicos de la
localización anatómica del cân -
cer).

II).- Cáncer generalizado del te
jido linfoide ó histiocitóc
ico, como el linfoma, la en -

II) Cualquier otro tipo de cáncer -
ó de infección. Diagnosticada an
tes ó después (porque el linfoma

2) Causas conocidas de resistencia reducida:

Enfermedad de Hodgkin, la leucemia linfocítica y el mieloma múltiple (se excluye el cáncer completamente localizado, como el linfoma primario del cerebro).

3) 60 años de edad o más en el momento del diagnóstico.

4) Menos de 28 días de edad (neonata) en el momento del diagnóstico.

5) Deficiencia inmunitaria atípica del SIDA como la hipogammaglobulinemia; o una deficiencia inmunitaria cuya causa al parecer es un defecto genético o del desarrollo (por ejemplo: displasia Tímica).

Enfermedades que se pueden atribuir a las causas conocidas de resistencia reducida:

puede haber existido antes, aunque se haya diagnosticado después).

3) Sarcoma de Kaposi.

4) Toxoplasmosis o infecciones por citomegalovirus o virus herpes simple.

5) Toda infección o tipo de cáncer diagnosticado antes del estado de deficiencia inmunitaria o durante el mismo.

Entre los principios básicos de vigilancia que se pueden aplicar - al SIDA se encuentran la definición cuidadosa de casos, su notificación y el análisis de datos.

Si no se efectúa ninguna intervención, la meta de la vigilancia debe ser la identificación de pacientes, a fin de proceder con los estudios epidemiológicos y biológicos.

Al definir los casos hay que considerar los medios con que cuentan los laboratorios.

POSIBILIDADES TERAPEUTICAS.-

El desconocimiento de la etiología y con ello, de gran parte de la etiopatogenia de ésta enfermedad, impide aplicar medidas terapéuticas-eficaces, pero aún en el caso de que se identificase el agente causal, si éste fuese un virus como se sospecha, habría poco que hacer.

Hasta el momento, las medidas que se aplican a los casos manifiestos de SIDA consisten en tratamiento de las infecciones oportunistas, medidas generales de sostén y quimioterapia de las neoplasias intercurrentes.

Algunos estudios preliminares señalan que el interferon, a recombi

nado de leucocitos en sujetos con SIDA y neoplasias pudo detener el crecimiento del sarcoma de Kaposi en 5 de 13 pacientes y producir mejoría notable en 3 más.

Es particularmente interesante que el estado inmunitario de estos sujetos mejora, tendiendo a normalizarse la relación Tc/Ts después de la aplicación de interferón.

Quizás la administración de linfocinas, sean por el momento, las armas terapéuticas más eficaces contra éste padecimiento.

En las comunidades de alto riesgo deben ponerse en práctica medidas preventivas, como el cambio de hábitos sexuales, disipados, evitar la administración intravenosa de fármacos con agujas contaminadas y seleccionar estrictamente y adecuadamente a los donadores de sangre.

El tratamiento de los casos de SIDA ha sido difícil a causa de la multiplicidad de infecciones oportunistas que suelen presentarse, aunque un tratamiento empiece a dar un buen resultado contra una de esas infecciones ó contra el sarcoma, el defecto inmunológico persiste y el paciente vuelve a presentar trastornos malignos ó infecciones.

Además del tratamiento específico para las infecciones identificadas, se han empleado Interleukin, timosín y transplante de médula - -

ósea.

En todos los casos se procura evitar el tratamiento con medicamentos inmunosupresores.

Las infecciones por *Mycobacterium avium-intracellulare* o por criptosporidiosis han resultado muy resistentes al tratamiento y, en la actualidad, se estudia la eficacia de algunas nuevas sustancias.

En el futuro los médicos tendrán sospechas de la enfermedad, sin embargo los dentistas deberían desarrollar un alto índice de sospecha también para SIDA.

Para tratar pacientes institucionalizados u hospitalizados, los dentistas deberían considerar como pacientes potenciales de alto riesgo cualquier paciente joven que haya tenido o se sospeche que tenga sarcoma de Kaposi o quienes no tienen historia de enfermedad inmunosupresora o terapia.

Los dentistas no siempre señalarán correctamente los grupos de alto riesgo.

Por ésta razón y debido a los daños que ésta enfermedad ocasiona, los dentistas deberían usar rutinariamente guantes, caretas y protecto

res para los ojos.

También en algún procedimiento dental de rutina, implican contacto con la sangre y fluidos bucales sobre las manos y el salpicado sobre la cara y la ropa.

Además un rasguño ó raspado inadvertido con un instrumento dental siempre es una posibilidad.

Los riesgos especiales involucrados deberían motivar a los dentistas a que tengan más precauciones, tienen que llegar a ser rutina.

No existe ninguna razón, sin embargo, para negarle el tratamiento a miembros del grupo de riesgo.

Sin embargo, si no se usan las precauciones, recomendadas rutinariamente, deberían hacerse para estos grupos.

Si un paciente en un grupo de riesgo tiene una enfermedad febril reciente y no diagnosticada considerese retrasar el trabajo dental de rutina ó practicar tratamiento temporal ó paliativo hasta que el médico establezca un diagnóstico.

Si el diagnóstico de SIDA se establece ó se sospecha fuertemente,-

el dentista debería utilizar una técnica de barrera estéril.

Similar a la que se usa para protegerse de Hepatitis B.

Aunque es necesario se hagan precauciones extraordinarias debido a la gravedad del pronóstico.

C A S U I S T I C A

En el desarrollo de la tesis presentaré tres casos clínicos reportados.

El primero es un contacto involuntario con víctima del SIDA, el segundo de un caso referido para evaluación de un pequeño crecimiento polipoide en la gíngiva y el tercero el reporte de un caso y sus complicaciones dentales en paciente no diagnosticado, que presentaba Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

CASO CLINICO No. 1

CONTACTO INVOLUNTARIO CON VICTIMA DEL SIDA.-

En diciembre de 1982; un hombre de 46 años de edad llegó para prepararse dos piezas dentales fracturadas.

El paciente era un conocido hemofílico, entonces el dentista obtuvo datos necesarios de su médico antes de la consulta dental.

El paciente había tenido distintos tipos de trabajos dentales en el pasado sin ninguna complicación. Sin embargo, había sido dado de alta de un hospital 2 semanas previamente y se estaba recuperando de una enfermedad aparentemente viral no diagnosticada que incluyó complicaciones neurológicas.

El estaba volviendo a recuperar el control de movimientos del brazo y su habla todavía era ligeramente balbuceante. Sus médicos aparentemente creían que la enfermedad no era contraindicación para el tratamiento dental. La mayor preocupación era la hemofilia del paciente.

El dentista empezó el tratamiento en las 2 restauraciones. Uno era restauración de 3 caras ó superficies con resina de incisivo central derecho superior y el otro era una restauración con amalgama MOD en el

segundo premolar derecho inferior. Ambas restauraciones requerían inyecciones de anestésico local.

La existencia de gingivitis indujo a hemorragia interproximal durante la preparación del diente.

También ocurrió sangrado durante el uso de matrices y cuñas.

El paciente tenía mucha salivación y como resultado daba un considerable salpicado de líquidos desde la boca.

Como medidas de precaución el dentista y su equipo, usaron guantes, anteojos y cubrebocas rutinarios.

Después de completadas las restauraciones el paciente expresó satisfacción y sin ninguna complicación oral post-operatoria.

El paciente falleció por complicaciones relacionadas con el SIDA 2 meses después del tratamiento dental.

El dentista estuvo sometido 6 meses a exámenes después de la exposición, obteniendo resultados normales. En el presente caso, una obturación temporal debería ser el tratamiento satisfactorio. El pronóstico lógicamente sería sumamente desfavorable debido a la gravedad del problema.

CASO CLINICO No. 2

SARCOMA DE KAPOSI VISCERAL PRESENTANDO LESIONES GINGIVALES.

Una mujer blanca de 58 años de edad, de extracción Rusa ó de Europa del Este, fue referida por su dentista para evaluación de un pequeño crecimiento polipoide en la gíngiva adherido en el área labial del incisivo central izquierdo del maxilar superior.

La lesión había aparecido repentinamente hacía unos pocos días.

La historia médica pasada no era excepcional excepto por la existencia de una extracción quirúrgica del lóbulo superior izquierdo del pulmón, por tuberculosis; se insertó una esponja Ivalon en el procedimiento quirúrgico, aproximadamente 18 años antes a ésta admisión.

La paciente afirmó que estaba tomando Tylenol con codeína como se lo había prescrito su médico un mes anterior.

Clínicamente la lesión se presentó como una suave masa hemorrágica asociada con la gíngiva labial adherida excesivamente al incisivo central superior izquierdo. No estaba ulcerado.

Un diagnóstico tentativo fue hecho: ya sea de granuloma pyógeno ó-

epulis de células gigantes. La paciente fue programada a regresar en una semana.

Cuando regresó la lesión se había incrementado de tamaño. Dos lesiones adicionales habían aparecido clínicamente en la gíngiva labial, a nivel del canino y premolares superior izquierdo.

Después de consultar con el médico de la paciente, las lesiones fueron extraídas quirúrgicamente, se notó que la lesión original se infiltró en el periostio.

Durante el período post-operatorio inmediato, un flujo considerable de sangre ocurrió en el sitio quirúrgico, acompañado por la formación resultante de un hematoma del labio superior. Fueron administrados; vitamina K y Ananase por el médico.

La observación en períodos de 1 y 2 semanas revelaron una mejoría notable y la resolución del hematoma.

Sin embargo, la paciente estaba experimentando dolor en el pecho y espalda, también un ronquido y dipnea.

La aparición de lesiones hemorrágicas adicionales de la gíngiva del maxilar superior y el desarrollo de deficiencia respiratoria terminó la hospitalización de la paciente.

Una cirugía oral le fue practicada para obtener una biopsia excisional; el sarcoma de Kaposi estuvo presente en dos especímenes.

La paciente estaba en estado hipóxico con estertor difuso del pulmón izquierdo.

Se le aplicó radioterapia, también recibió varios bloqueos nerviosos para el dolor.

Su condición parecía haber mejorado bastante cuatro semanas después de su ingreso.

En la quinta semana de hospitalización, la paciente desarrolló una falla respiratoria severa, un examen de pulmón mostró evidencia de neumonía en ambos lados.

La paciente falleció siete semanas después de su ingreso.

La causa final de la muerte fue neumonía, aunque algunos médicos lo atribuyen al sida, por presencia de sarcoma de Kaposi.

No se comprobó la causa satisfactoriamente.

Esto parece ser el primer caso de sarcoma visceral asociado con neumonía y más aún con lesiones orales y en el cual lesiones de piel estuvieron ausentes a través del curso de la enfermedad.

ESTA TESIS HA DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CASO CLINICO No. 3

COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO DENTAL EN PACIENTES CON SIDA.- (no diagnosticado).

Un hombre de 27 años de edad fue referido para evaluación.

Presentaba dolor y exacerbación después de un tratamiento de endodoncia de varios dientes.

El era un profesional, pero no contribuyó a la historia clínica-necesaria. No tenía queja sobre su estado de salud general. Sin embargo, el estaba preocupado por sus dientes. Más tarde el paciente decayó rápidamente; tenía experiencias de dolor intermitente e hinchazón durante y después del tratamiento de endodoncia. Su dentista le había -- hecho el tratamiento de endodoncia.

El paciente estaba completamente extrovertido, una persona muy -- franca al hablar y durante el tratamiento el se dedicó a hablar acerca de sus aventuras con un líder turista de varias ciudades incluyendo -- los Estados Unidos exhibiendo más bien, la vida sexual inmoral, él indirectamente tuvo contacto con homosexuales.

Pero de otra fuente fidedigna nos enteramos que fue homosexual y -- bisexual.

El paciente estaba extremadamente delgado, su cara tenía lesiones foli^{cu}lulares. Es por eso que se tomaron las medidas preventivas necesarias, para efectuar el tratamiento dental.

El examen extraoral fue negativo, sus dientes estaban en muy mala condición, con profundas caries y varias restauraciones y había perdido algunos dientes, incluyendo los recientemente tratados con endodoncia.

Sus dientes fueron sometidos a percusión, las radiografías presentaron radiolucidez periapical.

Como quiera que sea los canales radiculares aparecieron satisfactoriamente alargados y obturados.

Un diente fue sometido a resección radicular y eventualmente sanado. La revisión endodóntica de otros fue complicada por exacerbaciones repetidas.

En el curso del tratamiento, el paciente tuvo que buscar atención médica por sus síntomas generales.

El fue referido al hospital en el que le dieron el diagnóstico de SIDA.

Por los conocimientos pobres y aún en desorden de ésta enfermedad y el pronóstico incierto, el paciente quiso continuar el tratamiento restaurativo dental; porque "él prefiere morir con los dientes bonitos".

Como quiera que sea el tratamiento no siguió por el estado de salud del paciente.

El SIDA representa una catástrofe de salud para el hombre.

Desde luego cualquier problema dental local resulta abrumador. Durante el período latente que comprende los últimos meses a los dos años. El SIDA sin embargo, debe modificar el curso de las infecciones dentales y la complicación de esa curación.

El logrado tratamiento de la infección periapical dental y de la endodancia, requiere de un apoyo completo de un intacto sistema inmune.

Este soporte bien puede ser de menor importancia cuando el área infectada es quirúrgicamente clara, como en una ocasión en el presente caso. La resistencia al tratamiento convencional de la infección dental en pacientes asociados con SIDA. Los grupos peligrosos pueden ser un indicio temprano y de sospecha de daño inmunitario. De otra manera, infección fulminante, semejante a una candidiasis oral, en éstos pacientes tuvo ó pudo ser alarmante.

CONCLUSIONES

El SIDA y la linfadenopatía Pre-SIDA, parecen ser padecimientos relacionados entre sí y probablemente, solo diferentes fases del mismo proceso patológico.

Es evidente que se trata de una nueva entidad nosológica causada por un agente infeccioso no identificado aún o por una nueva forma patógena de algún agente viral ya conocido que afecta a individuos susceptibles por disfunción subclínica del sistema inmunitario, quizás inducida por agentes exógenos, biológicos o farmacológicos.

Dada la complejidad del problema, la dificultad del diagnóstico, la falta de conocimiento de su etiología y la gravedad del mismo, el clínico deberá estar alerta, particularmente en nuestro país, para descubrir los casos con oportunidad y poder ayudar a los pacientes y en especial a sus contactos o cónyuges.

Este experimento de la naturaleza ofrece al investigador enormes posibilidades de estudio.

Al epidemiólogo le permitirá estudiar su origen y distribución y así, predecir y quizás evitar su posible diseminación en grupos sociales o áreas geográficas hasta el momento vírgenes.

El inmunólogo tiene un modelo ideal de inmunodeficiencia adquirida celular para estudio de los complejos mecanismos de defensa inmunitaria del huésped ante numerosos agentes patógenos.

Obviamente la cuestión central radica en descubrir la causa de éste proceso patológico.

Todos los hechos e hipótesis analizados no explican porqué este síndrome apareció súbitamente hace apenas dos años y medio, ni menos porqué los varones homosexuales son las víctimas más frecuentes de la enfermedad.

¿ Que tienen en común los Haitianos jóvenes, los drogadictos y los homosexuales?

Aparentemente el denominador común es la inversión de la relación Tc/Ts, la infección de agentes oportunistas múltiples y la aparición de cáncer.

Quizás el virus HTLV III ó VAL o el citomegalovirus resulten en verdad el denominador común; sin embargo, la hipótesis del citomegalovirus ó del virus de la leucemia T encuentra un problema clarísimo: no explica por qué el síndrome es nuevo.

La homosexualidad es tan antigua como la humanidad y los virus pa-

tógenos sospechosos tampoco son nuevos.

¿ Habrían expuesto los homosexuales contemporáneos de Platón Adriano, Miguel Angel ó Wilde a estos grandes de la historia al riesgo de morir de múltiples infecciones por gérmenes oportunistas? - La salud y longevidad de estos personajes hablan de lo contrario.

Es evidente que estamos ante un nuevo síndrome y un gran acertijo- que la investigación biomédica debe resolver.

Las recomendaciones de tratamiento para los grupos de riesgo de SIDA, así como las mejores instalaciones para tales precauciones deberían estar en un hospital. La primordial razón para considerar instalaciones hospitalarias es que éstas eliminan la posible contaminación cruzada a otros pacientes en el consultorio dental. El hospital también ofrece extraprotección para el equipo de tratamiento.

Se entiende que tales precauciones pueden traspasar una víctima de SIDA que ya está bajo un stress grande. Sin embargo, la mera existencia de un equipo dental deseoso de señalar y si fuera necesario de tratar las necesidades del paciente, habla por sí mismo. En efecto las asociaciones dentales ó escuelas deberían crear equipos para tratar tales necesidades complicadas en la forma más humanitaria y óptima.

B I B L I O G R A F I A

- I.- BOLETIN EPIDEMIOLOGICO.
Organización Panamericana de la Salud.
Volúmen No. 4 núm. 5 de 1983.
Pág. 5 - 8
Volúmen No. 4 núm 2 de 1983
Pág. 7 - 11
- II.- REVISTA MEDICA DEL IMMS
Luis Benitez Bribiesca
No. 6 de 1983 Nov.- Dic.
Volúmen 21, Pág.- 527 a 534.
- III.- GENERAL DENTISTRY
No. 6 de 1983 Nov.- Dic.
Volúmen 31, Pág.- 449 a 451.
- IV.- INTERNATIONAL JOURNAL ORAL SURGERY
No. 13 de 1984
Pág. 148 - 150
- V.- CONTENTS
No. 2 de 1980 agosto
Volúmen 50, Pág.- 151 - 155
- VI.- THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Volumen Núm. 309

1) No. 3 Agosto de 1983

Pág.- 185 - 186.

2) No. 6 Octubre de 1983

Pág.- 856.

3) No. 8 Agosto de 1983

Pág.- 453 - 458, 492 - 493.

4) No. 10 Septiembre de 1983

Pág.- 609 - 610, 613 - 614.

5) No. 12 Septiembre 22 de 1983

Pág.- 740 - 744.

6) No. 15 Diciembre de 1983

Pág.- 923.

7) No. 22 Diciembre de 1983

Pág.- 1395.

8) No. 23 Diciembre de 1983

Pág.- 1454.

VII.- REVISTA IMPACTO

Núm. 1774 Marzo 1o. de 1984

Pág.- 30 - 32.

VIII.- REVISTA CONTENIDO

Núm. 244 Septiembre de 1983

Pág.- 113 - 115.

IX.- FACT SHEET

National Cancer Institute.

Enero de 1982 Pág. 1 - 6.

X.- NEWSWEEK

Medicina. Abril 18 de 1983

Pág.- 74 - 80.

XI.- SELECCIONES DEL READER'S DIGEST

Noticias del mundo de la medicina.

Noviembre de 1982

Pág.- 61 - 62.

XII.- SELECCIONES DEL READER'S DIGEST

Febrero de 1986 Pág.- 74 - 78.