

29
1/2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ASPECTOS GENERALES DEL SINDROME DE
INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA Y SU
PREVENCION DENTRO DE LA PRACTICA
ODONTOLOGICA

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
YOLANDA MARICELA DIAZ HERNANDEZ



México, D. F.

1989

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAGINA
PROLOGO	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1 EPIDEMIOLOGÍA DEL SIDA	14
CAPÍTULO 2 MEDIO DE TRANSMISIÓN DEL VIH	36
CAPÍTULO 3 SINTOMATOLOGÍA	41
CAPÍTULO 4 DIAGNÓSTICO CLÍNICO	48
CAPÍTULO 5 PATOLOGÍA BUCAL	58
CAPÍTULO 6 MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR EL CONTAGIO DEL VIH DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL	77
CONCLUSIONES	86
BIBLIOGRAFIA	89

P R O L O G O

AL IDENTIFICARSE LOS PRIMEROS CASOS DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN 1981, SE PENSÓ QUE SERÍA UNA EPIDEMIA RELATIVAMENTE LIMITADA Y CONCENTRADA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEMOGRÁFICO, SIN EMBARGO, A PARTIR DE ENTONCES LA ENFERMEDAD HA CRUZADO LAS FRONTERAS NACIONALES, ASÍ COMO LAS LINEAS DE DEMARCACIÓN ENTRE SEXOS, RAZAS, EDADES Y CLASES SOCIALES, CONVIRTIÉNDOSE ASÍ EN UNA PANDEMIA DE PROPORCIONES IMPORTANTES.

ESTE SINDROME ES CAUSADO POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), Y AL IRSE PROPAGANDO, SE HA VISTO CADA VEZ MEJOR, QUE EN MUCHOS SENTIDOS EL SIDA NO ES SOLO UNA ENFERMEDAD, SINO UN FENÓMENO PSICOSOCIAL, PORQUE PROPICIA LA SEGREGACIÓN Y EL ABANDONO DE LOS INDIVIDUOS ENFERMOS CON EFECTOS ADVERSOS EN FAMILIAS Y GRUPOS ENTEROS, ADEMÁS EL SIDA, PUEDE TENER UNA REPERCUSIÓN GRAVE EN EL DESARROLLO SOCIOECONÓMICO, PUES PRIVA A LA SOCIEDAD DE LAS PERSONAS QUE ESTÁN EN EDAD PRODUCTIVA.

PASARÁN MUCHOS AÑOS ANTES DE QUE SE DISPONGA DE TRATAMIENTOS Y VACUNAS EFICACES. ENTRE TANTO, EL ÚNICO MEDIO DE DETENER LA PROPAGACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y ATENUAR SUS EFECTOS, CONSISTE EN PROPORCIONAR ASESORAMIENTO A LA POBLACIÓN EN GENERAL, INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN SOBRE LA FORMA DE EVITAR LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

LA PREVENCIÓN Y LA LUCHA CONTRA EL SIDA DEBEN ACTUAR COMO REFUERZO EN LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD. POR TANTO, LA ODONTOLOGÍA

NO PUEDE QUEDAR AL MARGEN DEL ESFUERZO POR AISLAR, IDENTIFICAR Y ERRADICAR ESTE MAL, SOBRE TODO DESPUÉS DEL ANUNCIO DE QUE ALGUNAS MANIFESTACIONES PRECOCES DEL PADECIMIENTO PODRÍAN APARECER EN LA CAVIDAD BUCAL.

AÚN NO HA PODIDO ESTABLECERSE A CIENCIA CIERTA SI DICHAS MANIFESTACIONES ORALES PUEDEN CLASIFICARSE DENTRO DE UNA ETAPA PRODRÓMICA DE LA ENFERMEDAD, O SI SE TRATA SIMPLEMENTE DE INFECCIONES OPORTUNISTAS QUE JUSTAMENTE, CAPACTERIZAN EL DESARROLLO DEL SIDA. SI ES CIERTO QUE EXISTE UNA ETAPA PRODRÓMICA DEL SINDROME, Y QUE ES POSIBLE DETECTAR ALGUNOS DE SUS SIGNOS PPECISAMENTE EN BOCA, - LE ESTÁ RESERVADO AL ODONTÓLOGO UN PAPEL PROTAGÓNICO EN LA LUCHA CONTRA ESTE MAL QUE SE ESTÁ TRANSFORMANDO RÁPIDAMENTE EN UNO DE - LOS MAYORES DESAFÍOS CIENTÍFICOS DEL SIGLO XX.

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

EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), ES UN COMPLEJO DE ENFERMEDADES Y SÍNTOMAS QUE SE ORIGINA A PARTIR DE UNA DEFICIENCIA INMUNOLÓGICA INDUCIDA POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. (1,2,3)

LA ENFERMEDAD OBJETO DE MI ESTUDIO, MANTIENE UNA RELACIÓN DIRECTA CON LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA, DEBIDO A QUE EXISTE EL RIESGO PERMANENTE, DE QUE ALGUNO DE NUESTROS PACIENTES SEA PORTADOR DEL VIRUS Y QUE POR LO CONSIGUIENTE, DE NO TENER CUIDADO DE APLICAR LAS ME-
DIDAS PREVENTIVAS NECESARIAS, ESTARÍAMOS EN LA PROBABILIDAD DE --
CONTAGIARNOS Y CONTAGIAR A OTROS PACIENTES NO PORTADORES DEL VIRUS. (4,5)

LA CAUSA DE ESTE SÍNDROME, ES UN VIRUS QUE PERTENECE A LA FAMILIA DE LOS RETROVIRUS, (FIGURA 1) PRESENTA COMO PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS: 1) UN LARGO PERIODO DE INCUBACIÓN 2) LA SUPRESIÓN DE LA RESPUESTA INMUNE EN EL CUERPO HUMANO. FUÉ DESCUBIERTO SEPARADAMENTE EN 1983 Y 1984 POR GRUPOS DE INVESTIGADORES DE FRANCIA Y ESTADOS UNIDOS. (7,4.6) LOS INVESTIGADORES FRANCESES LO DENOMINARON VIRUS RELACIONADO CON LA LINFADENOPATÍA (LAV), Y VARIOS INVESTIGADORES ESTADOUNIDENCES LO LLAMARON VIRUS III LINFOTRÓPICO DE CÉLULAS T HUMANAS (HTLV-III) Y RETROVIRUS RELACIONADO CON EL SIDA. (9 10,11)

EN MAYO DE 1986, EL COMITÉ INTERNACIONAL SOBRE TAXONOMÍA DEL VIRUS RECOMENDÓ UN NUEVO TÉRMINO; VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

LOS ONCORNAVIRUS, ATACAN A LOS LINFOCITOS T, POSEEN ACCIÓN TRANSFORMANTE CELULAR A COPTO PLAZO Y SUS PRINCIPALES INTEGRANTES SON EL HTLV-I Y EL HTLV-II, RESPONSABLES DE LA LEUCEMIA DE CÉLULAS T Y DE LA RETICULOENDOTELIOSIS LEUCÉMICA DE CÉLULAS T RESPECTIVAMENTE. LOS LENTIVIRUS ATACAN FUNDAMENTALMENTE A LAS CÉLULAS INMUNOLÓGICAS (LINFOCITOS T-COOPERADORES Y CÉLULAS DEL SISTEMA FAGOCÍTICO - MONONUCLEAR) A LAS CUALES DESTRUYEN, CONDUCIENDO CON ELLO A UN ESTADO DE INMUNODEFICIENCIA; PERTENECEN A ESTE GRUPO EL VIH-1 Y EL VIH-2. (5)

LOS RETROVIRUS, UNA VEZ QUE CONVIERTEN SU INFORMACIÓN GENÉTICA -- ARN EN ADN, SE INTEGRAN AL GENOMA DE LA CÉLULA A LA QUE INFECTAN, DENOMINÁNDOSE ENTONCES PROVIRUS.

EL PROVIRUS DEL VIH INTEGRADO A LOS CROMOSOMAS DE LA CÉLULA INFECTADA POSEE 3 GRUPOS DE GENES; ESTRUCTURALES, REGULADORES Y DE ACCIÓN DESCONOCIDA. LOS GENES ESTRUCTURALES SON: "GAG" "POL" Y ---- "ENV"; LOS GENES REGULADORES SON: "TAT", "ART", "SOR" Y "3ORF" Y LOS GENES CON FUNCIÓN DESCONOCIDA SON: "R" Y "X", VER CUADRO 1

EL "GAG" SINTETIZA UNA POLIPROTEINA P55 QUE DA LUGAR A TRES PRO-- TEINAS MADURAS QUE FORMAN LA NUCLEOCÁPSIDE. ESTAS PROTEINAS SON - LA P17, P24 Y P15 QUE SON LAS QUE ENVUELVEN AL ARN.

LA PROTEINA P24 ES LA PROTEINA PRINCIPAL DE LA NUCLEOCÁPSIDE, ES ALTAMENTE INMUNOGÉNICA Y HASTA EL 50% DE LOS PACIENTES TIENEN --- ANTICUERPOS CONTRA ELLA.

EL GEN "POL" CODIFICA LAS ENZIMAS: TRANSCRIPTASA DE ACCIÓN A LA -

INVERSA, RIBONUCLEASA, ENDONUCLEASA Y PROTEASAS.

EL GENE "ENV" CODIFICA LA SINTESIS DE LAS GLICOPROTEINAS DE LA -- MEMBRANA DE LA ENVOLTURA DEL VIRUS: GP41, QUE OCUPA TODO EL ESPE-- SOR DE LA MEMBRANA DE LA ENVOLTURA Y GP120, QUE SE LOCALIZA EN EL EXTERIOR DE LA MISMA. ESTE GENE SE UNE AL RECEPTOR CD4.

LA GP120 ES LA GLICOPROTEINA RESPONSABLE DE QUE EL VIH RECONOZCA Y SE ADHIERA EXCLUSIVAMENTE A CÉLULAS PORTADORES DEL MARCADOR BIOLÓGICO T4 PRESENTE EN LOS LINFOCITOS T COOPERADORES/EFFECTORES Y EN LAS CÉLULAS DEL SFM. (SISTEMA FAGOCÍTICO MONONUCLEAR). (5,77, 78) FIG. 1 Y CUADRO 1

CUANDO UN GERME ATACA AL ORGANISMO PROVOCA COMO RESPUESTA DEL -- SISTEMA DE DEFENSA INMUNITARIO LA ESTIMULACIÓN DE LINFOCITOS, UN TIPO DE GLÓBULOS BLANCOS QUE DESTRUYEN LOS VIRUS, HONGOS, PARÁSITOS O BACTERIAS AGRESORAS, HAY LINFOCITOS B Y T QUE SE ESPECIALIZAN EN LA DEFENSA DEL ORGANISMO FRENTE A DIFERENTES INFECCIONES MICROBIANAS.

EN EL SIDA, LOS LINFOCITOS AFECTADOS SON LOS T, CUYA PRESENCIA -- DISMINUYE CONSIDERABLEMENTE CUANDO EL VIRUS SE PRESENTA, EN PARTICULAR, LA DE AQUELLOS QUE CONTIENEN LA GLICOPROTEINA T4 Ó CD4. (8 78,79)

LA PARTICULARIDAD DE LOS VIH EN EL CUERPO HUMANO, ES LA DE PROVOCAR UNA ALTERACIÓN DE LA MEMBRANA DE CIERTOS GLÓBULOS BLANCOS, -- LOS MACRÓFAGOS Y LOS LINFOCITOS T4, QUE SE ENCARGAN DE LA ORGANIZACIÓN DE LA LUCHA CONTRA LAS INFECCIONES Y LAS CÉLULAS EXTRAÑAS, ESTA ALTERACIÓN DE LOS T4 PROVOCA UNA GRAN VULNERABILIDAD DEL OR--

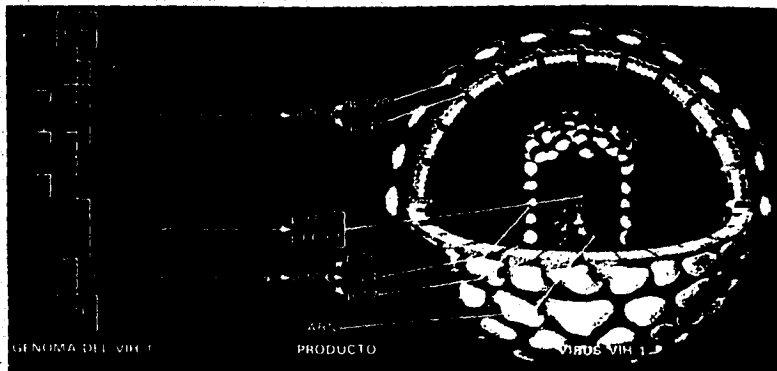


Figura 1. Representación esquemática del genoma del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH 1) con sus proteínas principales expresadas (en Kilodaltons) y su ubicación estructural en el virus.

DE: ILADIBA
 "ETIOLOGIA Y ETIOPATOGENIA
 DEL SIDA"
 VOL. II (6)
 AGOSTO 1988.

denominación ACTUAL	REGION GENOMICA	PREVIA	PRODUCTO	FUNCION
LTR (long terminal repeat sequence)				Repetitiva, genera promotor y controla la expresi6n de las genes flanking de la regi6n de integraci6n.
gag			p55, p17, p24, p15	Proteasas, integrasa, glicoproteinas de envoltura y nucleocapsid.
pol (reverse transcriptase)			p51, gp, p31	Enzimas para la inversi6n de transcriptasi6n y integraci6n.
env (envelope)			gp72, gp120, gp41	Glicoproteinas de envoltura y proteasas de envoltura.
tat (transactivating factor)		tat	p23	Factor de transactivaci6n.
rev (reverse transcriptase inhibitor)		rev	p19	Inhibidor de la transcriptasi6n inversa.
vif (viral infectivity factor)		vif	p9	Factor de infectividad viral.
vpr (viral protein R)		vpr	p13	Proteina de envoltura.
vif		vif		
vpr		vpr		

DE: ILADIBA
"ETIOLOGIA Y ETIOPATOGENIA
DEL SIDA"
VOL. II (6)
AGOSTO 1988.

GANISMO A LAS INFECCIONES BACTERIANAS Y VIRALES, LLAMADAS INFECCIONES OPORTUNISTAS Y ADEMÁS FACILITA EL DESARROLLO DE CIERTOS -- CÁNCERES. (1,3,7,8)

LAS CÉLULAS SUSCEPTIBLES DE INFECCIÓN POR VIH SE LOCALIZAN EN EL SISTEMA LINFOCÍTICO (EL BAZO, LOS GANGLIOS Y CIERTAS CÉLULAS NERVIOSAS PRESENTES EN EL CEREBRO). 2,4,6,8)

Capítulo 1
Epidemiología del Sida

LA EPIDEMIOLOGÍA, ESTUDIA LOS PATRONES DE APARICIÓN Y DISTRIBU---
CIÓN DE LAS ENFERMEDADES. SUMA DE TODOS LOS FACTORES QUE CONTRO--
LAN LA PRESENCIA Ó AUSENCIA DE UNA ENFERMEDAD.

AL PARECER LA TRANSMISIÓN DEL VIH SE INICIÓ DESDE LOS AÑOS CIN---
CUENTAS EN UNA PEQUEÑA REGIÓN DE AFRICA CENTRAL (ZAIRE), SEGÚN EL
RESULTADO DEL ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE SUEROS. (3.9.10.11)

DURANTE VARIOS AÑOS LA TRANSMISIÓN ESTUVO MUY LIMITADA Y HASTA --
PRINCIPIOS DE LOS SETENTAS EMPEZÓ A DISEMINARSE LA INFECCIÓN EN -
ESTA REGIÓN DE AFRICA CENTRAL. SE PIENSA QUE DE AFRICA PASÓ A HAJ
TI, EUROPA Y ESTADOS UNIDOS (FIG. 1). EN DONDE EL PRIMER INFORME
DE SIDA PROVINO DE LOS CENTROS PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES --
(CDC) EN ATLANTA, GEORGIA (UN ORGANIZMO DE SALUD PÚBLICA RESPONSA
BLE DE LA INVESTIGACIÓN DE EPIDEMIAS E INFORMES DE ENFERMEDADES -
NUEVAS Ó RARAS) Y DESCRIBIÓ LOS CASOS DE CINCO HOMOSEXUALES JÓVE-
NES PREVIAMENTE SANOS QUE SE HABÍAN TRATADO EN HOSPITALES DE LOS
ANGELES CALIFORNIA, DE UNA INFECCIÓN PULMONAR RARA: NEUMONÍA POR
PNEUMOCYSTIS CARINII; UN PROTOZOARIO QUE PARASITA LOS PULMONES Y
COMO RESULTADO DIFICULTA LA RESPIRACIÓN. (3.13)

CON ANTERIORIDAD, ESTA INFECCIÓN OPORTUNISTA SE HABÍA RELACIONADO
CASI DE MANERA EXCLUSIVA CON PACIENTES CUYO SISTEMA INMUNOLÓGICO
ESTABA MUY DETERIORADO COMO RESULTADO DE UNA ENFERMEDAD Ó DE FAR-
MACOTERAPIA (POR EJEMPLO, PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIA CELULAR
CONGÉNITA GRAVE, LEUCEMIAS O INMUNOSUPRESIÓN).

EN 1981, SE OBTUVIERON INFORMES DE 26 HOMOSEXUALES PREVIAMENTE SA
NOS, EN NUEVA YORK Y CALIFORNIA, QUE HABÍAN DESARROLLADO UNA FOR-

MA DE CÁNCER MALIGNO RARO LLAMADO SARCOMA DE KAPOSI; OCHO DE ----
ELLOS MURIERON EN EL TRANCURSO DE 24 MESES DEL DIAGNÓSTICO.

EL SARCOMA DE KAPOSI ES RELATIVAMENTE COMÚN EN AFRICA ECUATORIAL
SIN EMBARGO, EN EUROPA Y ESTADOS UNIDOS SE RESTRINGE A VARONES DE
EDAD AVANZADA DE ASCENDENCIA MEDITERRÁNEA O JUDIA. EN CONSECUEN--
CIA, LA OCURRENCIA DE ESTE TUMOR RARO EN VARONES ENTRE 20 Y 40 --
AÑOS ERA MUY EXTRAÑO.

LA APARICIÓN DE ÉSTOS DOS TRASTORNOS, NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS -
CARINII Y SARCOMA DE KAPOSI, QUE CON ANTERIORIDAD SE RESTINGÍAN --
A GRUPOS BIEN DEFINIDOS DE INDIVIDUOS, PERO QUE AHORA AFECTABAN A
VARONES JÓVENES PREVIAMENTE SANOS, SUGIRIÓ LA OCURRENCIA DE UNA -
NUEVA ENTIDAD PATOLÓGICA.

EL FACTOR COMÚN DE LOS NUEVOS CASOS, ERAN LAS PRACTICAS SEXUALES,
YA QUE TODOS ERAN HOMOSEXUALES. UNA CARACTERÍSTICA ADICIONAL ERA
QUE LA RESPUESTA DEL HUESPED A ESTAS INFECCIONES PARECÍA ESTAR DE
TERIORADA. AL PARECER, LA NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS CARINII Y EL
SARCOMA DE KAPOSI ERAN EN REALIDAD "MARCADORES" DE UN GRAN DEFEC--
TO SUBYACENTE EN EL SISTEMA INMUNOLÓGICO. COMO ESTA INMUNODEFI--
CIENCIA ERA UN DEFECTO ADQUIRIDO, SE DENOMINÓ SÍNDROME DE INMUNO-
DEFICIENCIA ADQUIRIDO, SIDA. (3)

DESPUES DE LOS INFORMES INICIALES DE SIDA, LOS CENTROS PARA CON--
TROL DE ENFERMEDADES EN ESTADOS UNIDOS, ESTABLECIERON UN GRUPO DE
TRABAJO, PARA DESCUBRIR EL SÍNDROME EN LA POBLACIÓN E IDENTIFICAR
A QUIENES ESTABAN EN RIESGO.

A SU VEZ SE ESTABLECIERON CRITERIOS PARA LA DEFINICIÓN DEL SIDA -
BASADOS PRINCIPALMENTE EN EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES OPORTUNIS-
TAS Y TUMORES RAROS EN INDIVIDUOS SIN PRUEBAS DE INMUNOSUPRESIÓN.
(FIG. 2)

A MEDIDA QUE CONTINUARON LAS INVESTIGACIONES, SE IDENTIFICÓ LA NA-
TURALEZA EPIDÉMICA DEL BROTE CON CASOS PUBLICADOS NO SÓLO EN ----
HOMBRES HOMOSEXUALES, SINO TAMBIÉN, EN MENOR GRADO, EN TOXICÓMA--
NOS QUE UTILIZAN DROGAS INTRAVENOSAS, HEMOFÍLICOS Y HAITIANOS.

HOY EN DÍA LOS GRUPOS QUE SE CONSIDERAN CON ALTO RIESGO DE DESA--
ROLLAR SIDA SON:

- 1) HOMBRES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES.
- 2) HEMOFÍLICOS.
- 3) HOMBRES Y MUJERES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN.
- 4) PACIENTES DE CLÍNICAS EN LAS QUE SE TRATAN ENFERMEDADES SEXUAL-
MENTE TRASMITIDAS.
- 5) PERSONAS CON NUMEROSOS COMPAÑEROS SEXUALES.
- 6) DROGADICTOS QUE SE INYECTAN POR VIA INTRAVENOSA.
- 7) LOS COMPAÑEROS SEXUALES DE TODOS LOS QUE FORMAN CUALQUIERA DE
LOS GRUPOS ANTERIORES. (11)

EN LA ACTUALIDAD SE HAN DESCRITO DOS PATRONES DE TRANSMISIÓN PAR-
TICULARMENTE DIFERENTES; EL PATRÓN DENOMINADO OCCIDENTAL, QUE SE -
PRESENTA EN ESTADOS UNIDOS Y PAISES DE EUROPA OCCIDENTAL Y EL PA-
TRÓN DE AFRICA.

EN EL OCCIDENTAL LOS CASOS DE TRANSMISIÓN OCURREN PRINCIPALMENTE

EN HOMOSEXUALES, DROGADICTOS INTRAVENOSOS Y EN FORMA SECUNDARIA -
MEDIANTE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y HEMODERIVADOS, TRANSMISIÓN POR -
ACTIVIDAD HETEROSEXUAL Y PERINATAL; EN LA RELACIÓN HOMBRE-MUJER -
INDICA UN GRAN NÚMERO DE CASOS EN HOMBRES (10 A 20 VECES MAYOR --
QUE EN MUJERES).

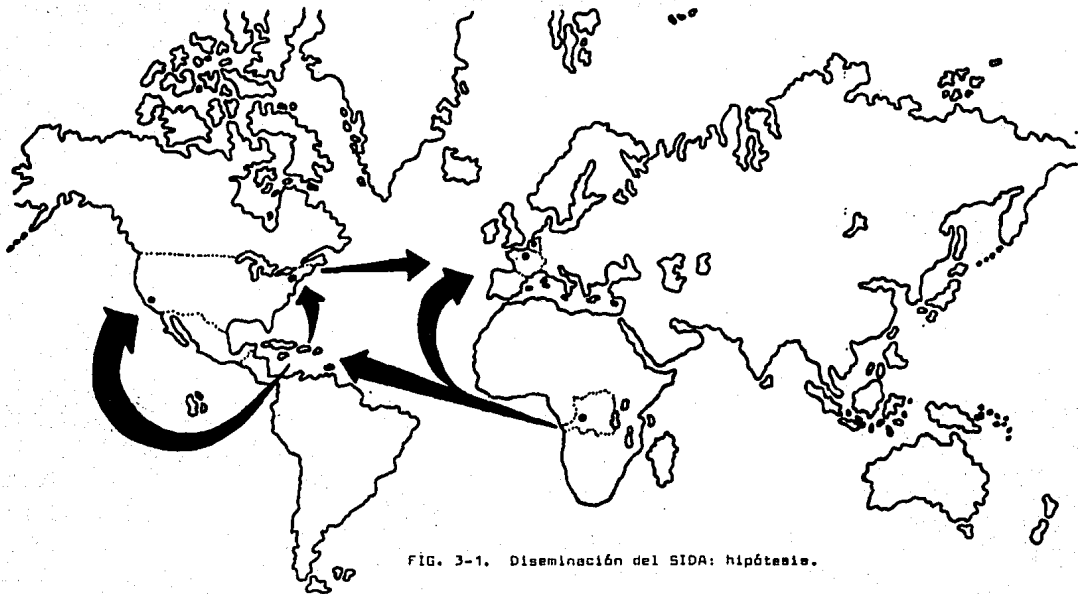
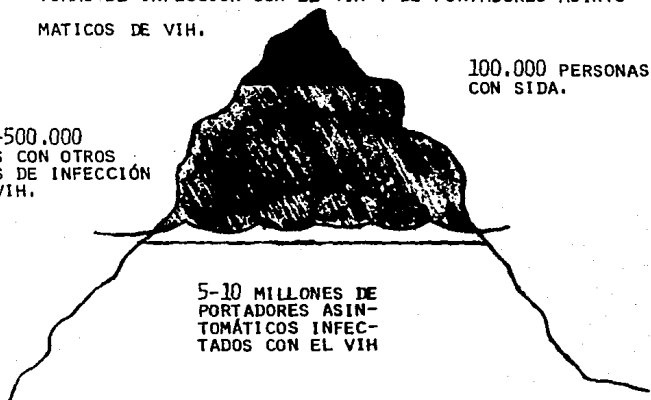


FIG. 3-1. Diseminación del SIDA: hipótesis.

FIGURA 2. CIFRAS MUNDIALES ESTIMADAS A COMIENZOS DE 1986 DE PERSONAS CON SIDA, DE PERSONAS QUE MANIFIESTAN OTROS SÍNTOMAS DE INFECCIÓN CON EL VIH Y DE PORTADORES ASINTOMÁTICOS DE VIH.

300.000-500.000
PERSONAS CON OTROS
SÍNTOMAS DE INFECCIÓN
CON EL VIH.

100.000 PERSONAS
CON SIDA.



EL NÚMERO DE PERSONAS CON SIDA REPRESENTA LA PUNTA DEL ICEBERG. - DE TRES A CINCO VECES ESTE NÚMERO DE PERSONAS PRESENTAN OTROS SÍNTOMAS DE INFECCIÓN CON EL VIH, (EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA). DE CINCO A DIEZ MILLONES SON PORTADORES DEL VIRUS Y PUEDEN TRANSMITIRLO AUNQUE NO HAYAN DESARROLLADO SÍNTOMAS.

DE OMS
EL SIDA: UNA CRISIS
DE SALUD PÚBLICA.
SERIE L (6)
1987

EN EL PATRÓN DE TRANSMISIÓN DE AFRICA, LAS PRINCIPALES TRANSMISIONES SON, POR ACTIVIDAD HETEROSEXUAL, TRANSFUSIÓN DE SANGRE, HEMODERIVADOS Y PERINATAL; EN ESTAS AREAS ES POCO FRECUENTE LA TRANSMISIÓN ENTRE HOMOSEXUALES Y DROGADICTOS INTRAVENOSOS.

LA RELACIÓN HOMBRE-MUJER ES DE UNO A UNO,

MÉXICO PRESENTA UN PATRÓN DE TRANSMISIÓN INTERMEDIO, MÁS SEMEJANTE AL DE ESTADOS UNIDOS. (13) (15)

EN NUESTRO PAÍS SE REPORTARON HASTA EL 10. DE JUNIO DE 1988 1502 CASOS DE SIDA, EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. (CUADRO 1) LA TENDENCIA DE LOS CASOS ES ASCENDENTE EN TODAS LAS ENTIDADES -- DEL PAÍS, AUNQUE EL DISTRITO FEDERAL CONCENTRA 518 CASOS DE SIDA CON UNA TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA DE 52.3 CASOS POR MILLÓN DE HABITANTES, EL PORCENTAJE DE CASOS DE SIDA EN ESTA CIUDAD ES AHORA DE 34.8%. EL 65% DE LOS CASOS DE ESTA ENFERMEDAD SE PRESENTAN EN PROVINCIA Y ESTE PORCENTAJE MUESTRA UNA TENDENCIA MÁS ACELERADA QUE EN EL DISTRITO FEDERAL. (CUADRO 2) LOS ESTADOS DE LA REGIÓN NORTE DEL PAÍS CONCENTRAN EL 16% DE LOS CASOS, CON TAZAS QUE VARIAN DE 36.9 CASOS POR MILLÓN DE HABITANTES EN BAJA CALIFORNIA SUR HASTA 7.0 EN SONORA. EN CONJUNTO EN ESTA REGIÓN SE HAN REPORTADO 239 CASOS CON UNA TASA DE 19.2. EN LA REGIÓN CENTRO OCCIDENTE SE HAN REPORTADO 289 CASOS, DE LOS CUALES JALISCO CONCENTRA -- 211 CON UNA TASA DE 42.4. LA REGIÓN CENTRO ORIENTE HA NOTIFICADO 258 CASOS (17.3%) CON UNA TASA DE 9.2. (CUADRO 3) EL ESTADO DE MÉXICO CONCENTRA 115 CON UNA TASA DE 11.1. LOS ESTADOS DE LA REGIÓN SUR HAN REPORTADO 89 CASOS (6%) CON UNA TASA DE 10.7.

LAS ENTIDADES CON MAYOR RIESGO DE SIDA EXPRESADO EN TAZAS SON EL D.F., JALISCO, BAJA CALIFORNIA NORTE, COAHUILA, MORELOS Y YUCA---TÁN. (CUADRO 4)

DEL TOTAL DE LOS CASOS DE SIDA, 1377 (91.7%) CORRESPONDEN A HOM---BRES Y 125 (8.3%) A MUJERES, CON UNA RAZÓN DE 11/1. (CUADRO 5) EN ESTE MES SE NOTIFICARON 28 CASOS NUEVOS EN MUJERES, LA MAYORÍA EN EL GRUPO DE EDAD DE 25 A 44 AÑOS, LA MAYOR PROPORCIÓN DE CASOS EN HOMBRES SE PRESENTA EN EL GRUPO DE 25 A 44 AÑOS Y LAS MENORES 2 A 1 Y 5 A 1, EN LOS MAYORES DE 65 Y MENORES DE 15 AÑOS RESPECTIVA---MENTE. SE HAN REPORTADO 50 CASOS EN MENORES DE 15 AÑOS, QUE REPRESENTAN 3.7% DE LOS CASOS. (CUADRO 6)

DEL TOTAL DE CASOS, EL 67.2% SE NOTIFICARON EN EL GRUPO DE 25 A - 44 AÑOS Y EL 13.4% EN ADULTOS JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS). PORCENTAJE SIMILAR AL CORRESPONDIENTE AL GRUPO DE 45 A 64 AÑOS. (CUADRO 7) EN TERMINOS DE TAZAS SE HA REPORTADO UN CASO DE SIDA POR CADA ---10,000 HOMBRES EN EL GRUPO DE 25 A 44 AÑOS, EN CAMBIO SÓLO 7 CA---SOS POR CADA MILLÓN DE MUJERES EN ESTE MISMO GRUPO DE EDAD. (CUADRO 8) EL RIESGO DE TENER SIDA SIGUE SIENDO TRES VECES MAYOR EN HOMBRES DE 25 A 44 AÑOS, Y 1.3 VECES EN VARONES DE 45 A 64 AÑOS -- EN RELACIÓN AL TOTAL DE LA POBLACIÓN MASCULINA, EL GRUPO DE VARONES CON MENOR RIESGO, ES EL DE MAYORES DE 65 AÑOS; EN LAS MUJERES SON LAS MENORES DE 15 AÑOS. PARA AMBOS GRUPOS EL RIESGO REPRESENTA UNA VIGÉSIMA PARTE EN RELACIÓN AL TOTAL DE LA POBLACIÓN.

LA DISTRIBUCIÓN EN 783 CASOS DE SIDA, EN LOS QUE SE TIENE INFORMA---CIÓN DE LA OCUPACIÓN, AFECTA PRINCIPALMENTE A TRABAJADORES DE SER

VICIOS PÚBLICOS O PERSONALES CON 17.8%, EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS 14.7%, PROFESIONALES 8.6%, TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN 7.4% Y ESTUDIANTES 6.6%. EN RELACIÓN AL MES ANTERIOR SE NOTIFICARON 20 CASOS EN AMAS DE CASA QUE PASARON DEL 3.1% AL 5.2%. EL SIDA AFECTA PRINCIPALMENTE EN LA ACTUALIDAD LA POBLACIÓN URBANA DE ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS MEDIO Y ALTO. SOLO EL 2.3% DE LOS CASOS SE HAN REPORTADO EN CAMPESINOS. (CUADRO 9)

EL ANÁLISIS DE LOS CASOS DE SIDA POR FACTOR DE RIESGO EN MUJERES ADULTAS INDICA QUE DOS TERCERAS PARTES ADQUIEREN LA INFECCIÓN POR TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y UNA TERCERA PARTE POR CONTACTOS HETEROSEXUALES.

LOS HOMBRES ADULTOS, EL 58.6% DE LOS CASOS CORRESPONDE A HOMOSEXUALES, EL 20.3% A BISEXUALES Y EL 7.8% POR CONTACTOS HETEROSEXUALES.

EN CONJUNTO EL 92.7% DE LOS CASOS ADQUIRIERON LA INFECCIÓN POR VÍA SEXUAL. EN ESTE MISMO GRUPO EL 5.7% (68 CASOS), CORRESPONDE A TRANSMISIÓN SANGUÍNEA, DE LOS CUALES 4.2% FUERON TRANSFUNDIDOS, 1.1% HEMOFÍLICOS Y 0.3% DROGADICTOS INTRAVENOSOS. (CUADRO 10)

DE LOS 56 CASOS PEDIÁTRICOS EL 37.5% CORRESPONDE A HEMOFÍLICOS, EL 30.4% A TRANSFUNDIDOS, EL 19.6% ADQUIRIERON LA INFECCIÓN POR VÍA PERINATAL Y EL 5.4% POR VÍA SEXUAL.

EN CUANTO A LAS INSTITUCIONES NOTIFICANTES, EL 44.1% (663 CASOS) HAN SIDO NOTIFICADOS POR EL IMSS; 34.3% (515 CASOS) POR LA SSA; 10.1% (151 CASOS) POR EL ISSSTE; Y 11.5% (173 CASOS) POR OTRAS INSTITUCIONES.

EN LO QUE SE REFIERE AL ESTADO ACTUAL DE LOS PACIENTES, EL 64.9% (882 CASOS) CONTINÚAN VIVOS Y EL 35.1% (476 CASOS) HAN FALLECIDO. SE DESCONOCE EL ESTADO ACTUAL DE 144 PACIENTES. (14)

NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR FECHA DE INICIO DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1980-1988		
AÑO/SEMESTRE	Nº DE CASOS POR FECHA DE INICIO	Nº DE CASOS ACUMULADOS
1981		
1er. semestre	1	1
2do. semestre	1	2
1982		
1er. semestre	3	5
2do. semestre	8	13
1983		
1er. semestre	18	31
2do. semestre	18	49
1984		
1er. semestre	18	67
2do. semestre	54	121
1985		
1er. semestre	79	200
2do. semestre	141	341
1986		
1er. semestre	156	497
2do. semestre	296	793
1987		
1er. semestre	369	1162
2do. semestre	253	1415
1988		
1er. semestre	87	1502
TOTAL:	1502	

CUADRO 1

DE: SSA Y CONASIDA
 SITUACIÓN DEL SIDA EN MÉXICO
 HASTA EL 10. DE JUNIO DE 1988
 BOLETÍN MENSUAL DEL SIDA
 AÑO 2 (6): 322-330
 1988

**TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA POR ENTIDAD FEDERATIVA
MEXICO 1982-1988 (HASTA EL 1° DE JUNIO)**

ENTIDAD	CASOS ACUMULADOS	TASA*	PORCENTAJE
REGION CENTRO			
Distrito Federal	518	52.3	34.8
REGION NORTE			
Nuevo León	69	23.2	4.6
Coahuila	63	34.6	4.2
Baja California Norte	49	36.9	3.3
Tamaulipas	22	10.1	1.5
Chihuahua	21	9.5	1.4
Sonora	12	7.0	0.8
Baja California Sur	3	10.7	0.2
Subtotal	239	19.2	16.0
REGION CENTRO OCCIDENTE			
Jalisco	211	42.4	14.1
Guerrero	37	15.3	2.5
Michoacán	30	9.3	2.0
Sinaloa	22	10.0	1.5
San Luis Potosí	18	9.4	1.2
Nayarit	17	20.9	1.1
Durango	12	9.0	0.8
Colima	10	25.1	0.7
Aguascalientes	6	9.5	0.4
Zacatecas	4	3.2	0.3
Subtotal	289	19.2	24.6
* Tasa x 1 000 000 habitantes			

CUADRO 2

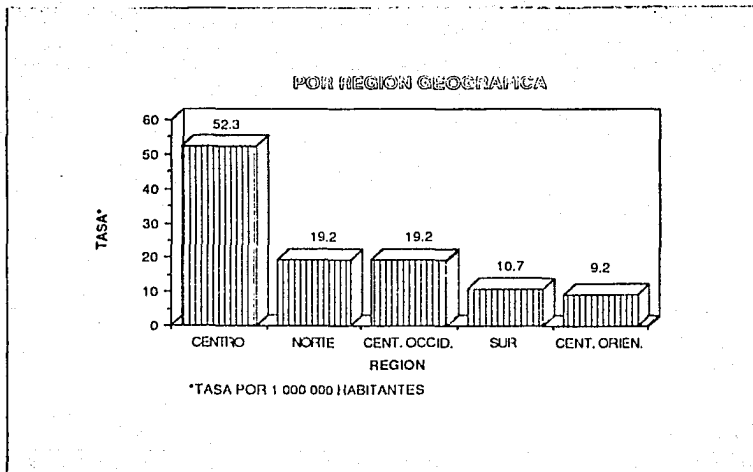
DE: SSA Y CONASIDA
"SITUACIÓN DEL SIDA EN MÉXICO
HASTA EL 1° DE JUNIO DE 1988"
BOLETÍN MENSUAL DEL SIDA
AÑO 2 (6): 322-330
1988

**TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA POR ENTIDAD FEDERATIVA
MEXICO 1982-1988 (HASTA EL 1º DE JUNIO)**

ENTIDAD	CASOS ACUMULADOS	TASA*	PORCENTAJE
REGION CENTRO ORIENTE			
México	113	11.1	7.6
Veracruz	46	7.3	3.1
Morelos	40	34.5	2.7
Puebla	34	8.8	2.3
Hidalgo	12	6.9	0.8
Guanajuato	8	2.4	0.5
Querétaro	3	3.4	0.2
Tlaxcala	2	3.1	0.1
Subtotal	258	9.2	17.3
REGION SUR			
Yucatán	41	33.3	2.7
Oaxaca	19	7.3	1.3
Chiapas	9	3.8	0.6
Tobasco	6	6.5	0.6
Campeche	7	13.1	0.5
Quintana Roo	5	15.1	0.3
Subtotal	89	10.7	6.0
EXTRANJERO			
	20		1.3
SUBTOTAL			
	1492		100.0
SE IGNORA			
	10		
TOTAL			
	1567	19.3	100.0
* Tasa X 1 000 000 habitantes.			

CUADRO 2

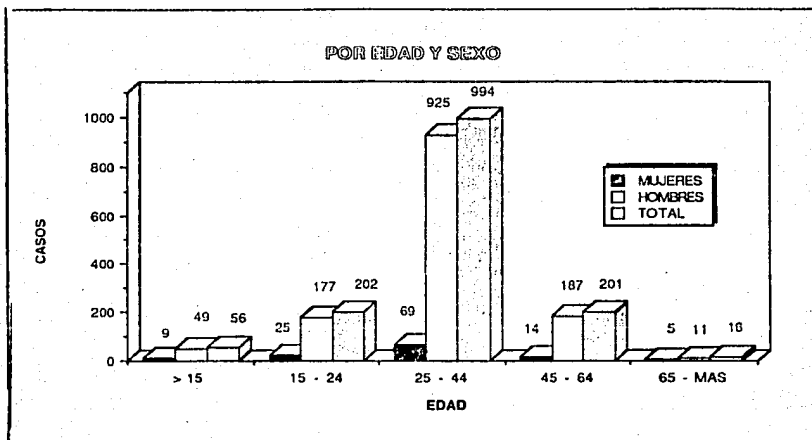
DE: SSA Y CONASIDA
"SITUACIÓN DEL SIDA EN MÉXICO
HASTA EL 1º DE JUNIO DE 1988"
BOLETÍN MENSUAL DEL SIDA
AÑO 2 (6): 322-330
1988



CUADRO 4

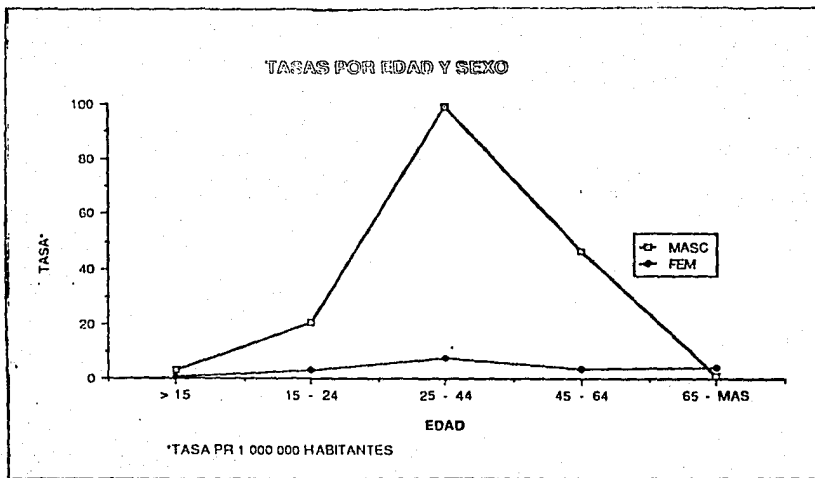
DE: SSA Y CONASIDA
 "SITUACIÓN DEL SIDA EN MÉXICO
 HASTA EL 1° DE JUNIO DE 1988"
 BOLETÍN MENSUAL DEL SIDA
 AÑO 2 (6): 322-330
 1988

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE JUNIO DE 1988



CUADRO 5

DE: SSA Y CONASIDA
 "SITUACIÓN DEL SIDA EN MÉXICO
 HASTA EL 1º DE JUNIO DE 1988"
 BOLETÍN MENSUAL DEL SIDA
 AÑO 2 (6): 322-330
 1988



CUADRO 6

DE: SSA Y CONASIDA
 "SITUACIÓN DEL SIDA EN MÉXICO
 HASTA EL 1° DE JUNIO DE 1988"
 BOLETÍN MENSUAL DEL SIDA
 AÑO 2 (6): 322-330
 1988

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE JUNIO DE 1988

EDAD Y SEXO							
GRUPO DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	%	RAZON HOM/MUJ
	NO.	%	NO.	%			
<15	49	3.4	9	7.2	56	3.7	5/1
15-24	177	12.9	25	20.0	202	13.4	7/1
25-44	925	67.2	69	55.2	994	66.2	13/1
45-64	187	13.6	14	11.2	201	13.4	13/1
65 y +	11	0.8	5	4.0	16	1.1	2/1
Se ignora	30	2.2	3	2.4	33	2.2	10/1
TOTAL	1377	100.0	125	100.0	1502	100.0	11/1

CUADRO 7

DE: SSA Y CONASIDA
 "SITUACIÓN DEL SIDA EN MEXICO
 HASTA EL 1º DE JUNIO DE 1988"
 BOLETÍN MENSUAL DEL SIDA
 AÑO 2 (6): 322-330
 1988

**TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA DE SIDA POR EDAD Y SEXO
E.U. MEXICANOS
1982-1988 (HASTA EL 1° DE JUNIO)**

GRUPO DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	TASA*
	NO.	TASA*	NO.	TASA*		
<15	49	3.1	9	0.6	56	1.8
15-24	177	20.6	25	3.0	202	11.9
25-44	925	98.8	69	7.4	994	53.3
45-64	187	46.5	14	3.4	201	24.6
65 y +	11	0.8	5	4.0	16	5.9
Se ignora	30	--	3	--	33	--
TOTAL	1377	35.2	125	3.2	1502	19.3

*Tasa X 1 000 000 habitantes

CUADRO 8

DE: SSA Y CONASIDA
"SITUACIÓN DEL SIDA EN MÉXICO
HASTA EL 1° DE JUNIO DE 1988"
BOLETÍN MENSUAL DEL SIDA
AÑO 2 (6): 322-330
1988

**DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE SIDA POR OCUPACION
MEXICO. HASTA EL 1° DE JUNIO DE 1988.**

OCUPACION	N°	%
1. TRABAJADOR EN SERVICIOS PUBLICOS O PERSONALES	139	17.8
2. EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	117	14.7
3. PROFESIONISTAS	67	8.6
4. TRABAJADOR DE LA EDUCACION	58	7.4
5. ESTUDIANTE	52	6.6
6. COMERCIANTE O VENDEDOR	46	5.9
7. TRABAJADOR DE LA SALUD	43	5.5
8. OBRERO INDUSTRIAL	42	5.4
9. AMA DE CASA	41	5.2
10. TRABAJADOR DEL ARTE Y ESPECTACULOS	34	4.3
11. CHOFER	28	3.6
12. TECNICO Y PERSONAL ESPECIALIZADO	25	3.2
13. EMPLEADO DOMESTICO	20	2.5
14. CAMPESINO O TRABAJADOR AGRICOLA	18	2.3
15. DESEMPLEADO	18	2.3
16. VENDEDOR AMBULANTE	13	1.7
17. TRABAJADOR DE VIGILANCIA	13	1.7
18. PROSTITUTA, O.	7	0.9
19. RECLUSO	2	0.2
T O T A L	783	100.0

CUADRO 9

DE: SSA Y CONASIDA
"SITUACION DEL SIDA EN MEXICO
HASTA EL 1°, DE JUNIO DE 1988"
BOLETIN MENSUAL DEL SIDA
AÑO 2 (6): 322-330
1988

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE JUNIO DE 1988

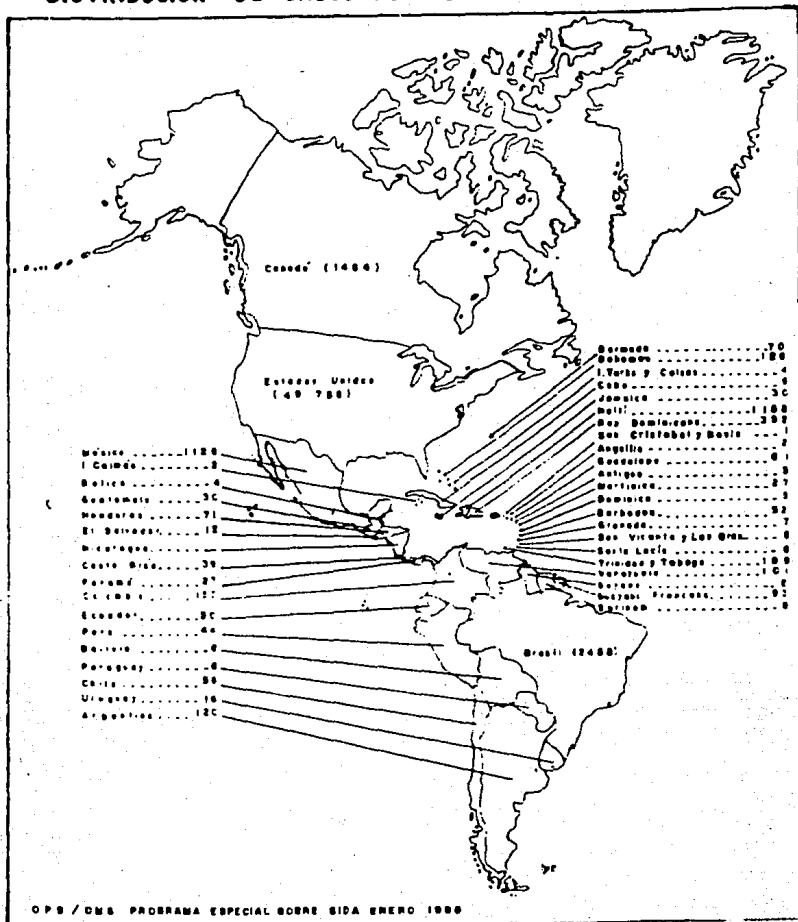
FACTOR DE RIESGO EN ADULTOS POR SEXO

FACTOR DE RIESGO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	%
	NO.	%	NO.	%		
HOMOSEXUALES MASC.	600	50.6			600	53.7
BISSEXUALES MASC.	310	26.3			310	24.1
CONTACTOS HETEROSEXUALES	92	7.0	34	31.8	126	9.0
TRANSMISION SEXUAL	1092	92.7	31	31.0	1123	87.8
TRANSFUSION	50	4.2	73	69.2	123	0.6
HEMORRUIDOS	14	1.1			14	1.2
DROGADICTOS (I.V.)	4	0.3			4	0.3
TRANFUSION SANGUINEA	68	5.7	73	69.2	141	11.0
HOMOSEXUALES DROGADICTOS (I.V.)	17	1.4			17	1.3
SUBTOTAL	1127	100.0 (80.5)	107	100.0 (102.2)	1234	100.0 (80.8)
NO DOCUMENTADO	153	(11.5)	9	(10.5)	162	(11.2)
TOTAL	1330	100.0	116	100.0	1446	100.0

CUADRO 1.0

DE: SSA Y CONASIDA
 "SITUACION DEL SIDA EN MEXICO
 HASTA EL 1º DE JUNIO DE 1988"
 BOLETIN MENSUAL DEL SIDA
 AÑO 2 (6): 322-330
 1988

DISTRIBUCION DE CASOS DE SIDA EN AMERICA 1987



Capítulo 2

Medios de transmisión del VIH.

CUANDO EL VIRUS YA SE LOCALIZA EN EL TORRENTE SANGUÍNEO, PARA QUE SE TRASMITA ES NECESARIO EL CONTACTO DIRECTO DE SANGRE O SEMEN DE UN INDIVIDUO, CON SANGRE O CON CUALQUIER MUCOSA DEL CUERPO DE --- OTRO INDIVIDUO. (21,70,71)

POR TANTO LA ENFERMEDAD PUEDE TRANSMITIRSE, SEGÚN SE SABE HASTA - EL MOMENTO, A TRAVÉS DE:

A).- RELACIÓN SEXUAL COMPLETA:

NO BASTA EL CONTACTO DE LOS CUEPPOS PARA QUE SE PRODUZCA EL CONTAGIO, ES NECESARIO QUE HAYA PENETRACIÓN, SEA POR VAGINA O POR EL RECTO. LA MUCOSA RECTAL ES DELICADA Y SE DESGARRA CON FACILIDAD DURANTE EL COITO RECTAL. ELLO PERMITE QUE LOS LINFOCITOS INFECTADOS Y EL VIRUS EN EL SEMEN PENETREN LOS TEJIDOS Y EL TORRENTE SANGUÍNEO DEL COMPAÑERO RECEPTOR, TAMBIÉN SE PUEDE TRANSMITIR A TRAVÉS DEL SEXO ORAL.

MIENTRAS MAYOR SEA EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE UN INDIVIDUO, MAYOR SERÁ EL RIESGO DE CONTAGIO Y DE PROPAGACIÓN, NO IMPORTA QUE AQUELLOS SEAN HOMOSEXUALES, BISEXUALES O HETEROSEXUALES. (3,8,17,22)

B).- ADMINISTRACIÓN DE SANGRE O SUS DERIVADOS:

LA TRANSMISIÓN PUEDE EFECTUARSE MEDIANTE LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE INFECTADA EN DONDE LOS INDIVIDUOS DE MAYOR RIESGO PARECEN SER LOS LACTANTES, DEBIDO A LA INMADUREZ DEL SISTEMA -

INMUNOLÓGICO DE ESTOS, A QUE RECIBEN UNA DOSIS MAYOR DEL VIRUS EN RELACIÓN CON SU PESO CORPORAL, O A UN PERIODO DE INCUBACIÓN MÁS CORTO. (5)

HOY EN DÍA, EN LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES SE ANALIZA LA SANGRE DONADA POR LO QUE, LAS INFECCIONES DEBIDAS A TRANSFUSIONES SERÁN CADA VEZ MÁS RARAS. (3.18,19,20)

c).- USO DE AGUJAS, INSTRUMENTOS CORTANTES, CEPILLOS DENTALES Y OTROS OBJETOS QUE PUEDAN CONTAMINARSE CON SANGRE:

HAY ABUNDANTES PRUEBAS QUE INDICAN QUE LA SANGRE Y OTROS PRODUCTOS HEMATOLÓGICOS OBTENIDOS DE PACIENTES CON SIDA LLEVAN EL AGENTE CAUSAL. SIN EMBARGO, PARA QUE SE TRANSMITA, ES NECESARIO QUE LA SANGRE INFECTADA SE INTRODUZCA DIRECTAMENTE EN EL TORRENTE SANGUÍNEO DEL RECEPTOR.

EL VIH SE PUEDE TRANSMITIR TAMBIÉN ENTRE DROGADICTOS AL INYECTARSE POR VÍA INTRAVENOSA SI COMPARTEN AGUJAS Y JERINGAS LAS CUALES PASAN PEQUEÑAS CANTIDADES DE SANGRE CONTAMINADA. ESTA VÍA DE TRANSMISIÓN ES POCO FRECUENTE EN PAÍSES EN DESARROLLO COMO MÉXICO, NO OBSTANTE A ESTO, MUCHA GENTE SE INYECTA ANTIBIÓTICOS Y OTROS MEDICAMENTOS Y LAS AGUJAS NO SIEMPRE ESTÁN DEBIDAMENTE ESTERILIZADAS. SI LAS AGUJAS EMPLEADAS PARA INYECTAR MEDICAMENTOS O ANESTÉSICOS ESTÁN CONTAMINADAS AL IGUAL QUE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LABORATORIOS, HOSPITALES Y CONSULTORIOS DENTALES PUEDEN PROPAGAR

TAMBIÉN LA INFECCIÓN, ASÍ COMO EL USO COMÚN DE RASURADORAS Y CEPILLOS DENTALES. (ESTO, ES SÓLO UNA HIPÓTESIS YA QUE AÚN NO HAY CASOS REGISTRADOS EN BIBLIOGRAFÍAS SERIAS). (3,8,20,23)

D).- PLACENTA DE MADRES INFECTADAS:

LA TRANSMISIÓN DEL VIH DURANTE EL PERIODO PERINATAL ESTÁ --- BIEN DOCUMENTADA, SE MENCIONA QUE RECIÉN NACIDOS DE MADRES - INFECTADAS PUEDEN ADQUIRIR EL VIRUS A TRAVÉS DE LA PLACENTA EN EL MOMENTO DE SU PASO POR EL CANAL DEL PARTO O POR ALIMENTACIÓN DEL SENO MATERNO.

DE LOS NIÑOS QUE ADQUIEREN LA INFECCIÓN DURANTE EL PERIODO - PERINATAL SE IGNORA EL PORCENTAJE QUE DESARROLLARÁ LA ENFERMEDAD, ALGUNOS AUTORES CALCULAN UN 50% A TRES AÑOS; ASIMISMO, SE HA DESCRITO CASOS DE FETOS ABORTADOS A LAS 20 SEMANAS EN LOS CUALES FUÉ POSIBLE AISLAR DE CEREBRO Y OTROS ÓRGANOS EL VIH.

LA SINTOMATOLOGÍA DE NEONATOS CON SIDA ES MUY VARIABLE TANTO EN SU PERIODO DE INICIO COMO EN LA VARIEDAD Y GRAVEDAD DE -- LOS MISMOS.

EN PROMEDIO EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD ES A LOS 8 MESES -- CON DISTERMIAS, DIARREA CRÓNICA; DETENCIÓN EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO, NEUMONITIS INTERSTICIAL, HEPATOSPLENOMEGALIA, LINFADENOPATÍAS E INFECCIONES BACTERIANAS RECURRENTES GRAVES

COMO SEPTICEMIA Y MENINGITIS.

EN FORMA RECIENTE SE HA SEÑALADO UN SÍNDROME COMO CARACTERÍSTICA DE SIDA FETAL. LAS MANIFESTACIONES DE ESTE SÍNDROME SON: PESO Y TALLA BAJA AL NACIMIENTO, MICROCEFALIA, FRENTE PROMINENTE, ESCLERÓTICAS AZULES, HIPERTELORISMO, OJOS OBLIQUOS Y LABIOS ANCHOS Y SOBRESALIENTES.

EN EL CASO DE INFECCIÓN Y RIESGO PERINATAL ESTO NO SOLO ATAÑE AL BINOMIO MADRE-HIJO, YA QUE COMPROMETE TAMBIÉN AL PERSONAL EN CONTACTO CON ELLOS DURANTE EL PARTO. (3,8,18,19,20)

Capítulo 3
Sintomatología

LA INFECCION POR VIH, SE MANIFIESTA DE MUY DIVERSAS FORMAS. LA GAMA DE MANIFESTACIONES CON QUE SE PRESENTA LA INFECCIÓN ES MUY --- AMPLIA: EXISTEN LOS INDIVIDUOS INFECTADOS PERO ASINTOMÁTICOS, QUE NO PRESENTAN NINGUNA MOLESTIA, CUYA ÚNICA EVIDENCIA ES LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS EN SU ORGANISMO, HASTA LOS MÁS GRAVES CON INFECCIONES RESPIRATORIAS, EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, INTESTINALES O GENERALIZADOS. (24,25,3,27)

EN BASE A ESTA DIVERSIDAD, LOS CENTROS PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES, EN ATLANTA HAN ESTABLECIDO UNA CLASIFICACIÓN DE LAS FORMAS CLINICAS, LA CUAL ESTÁ COMPUESTA POR CUATRO GRUPOS DESIGNADOS POR NÚMEROS ROMANOS. (CUADRO 1) EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN ES APLICABLE SÓLO A PACIENTES DIAGNOSTICADOS COMO PORTADORES DE LA INFECCIÓN POR VIH. (26)

GRUPO I. INFECCIÓN AGUDA

DEFINIDA COMO UNA MONONUCLEOSIS- PARECIDA AL SÍNDROME, CON Ó SIN MENINGITIS ASEPTICA, ASOCIADA CON LA SEROCONVERSIÓN POR ANTICUERPOS DE VIH. ESTA SEROCONVERSIÓN ES REQUERIDA COMO EVIDENCIA DE LA INFECCIÓN INICIAL.

GRUPO II. INFECCIÓN ASINTOMÁTICA

DEFINIDA COMO LA AUSENCIA DE SIGNOS Ó SÍNTOMAS DE LA INFECCIÓN -- POR VIH. LOS PACIENTES DE ESTE GRUPO PODRÁN SER SUBCLASIFICADOS -- SOBRE LAS BASES DE UNA EVALUACIÓN DE LABORATORIO.

ESPECÍFICAMENTE ALTERACIONES DEMOSTRADAS EN UN ESTUDIO DE SUBPOBLACIONES LINFOCITARIAS (DEPLECIÓN DE LOS LINFOCITOS T4 Ó FACILITADORES Y PRESERVACIÓN DE LOS LINFOCITOS T8 Ó SUPRESORES.

GRUPO III. LINFADENOPATÍA PERSISTENTE GENERALIZADA

DEFINIDA COMO LINFADENOPATÍA PALPABLE (SE APRECIAN GANGLIOS CRECIDOS, CON UN AUMENTO DE TAMAÑO QUE VA DESDE 1 CM. A MÁS) EN DOS Ó MÁS SITIOS EXTRAINGUINALES, (FIG.1) PERSISTENTES POR MÁS DE 3 MESES EN AUSENCIA DE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD COMÚN.

LOS PACIENTES DE ESTE GRUPO PODRÁN SER SUBCLASIFICADOS SOBRE BASES DE UNA EVALUACIÓN DE LABORATORIO.

EN ESTOS PACIENTES, DE ACUERDO A LOS DESCUBRIMIENTOS CLÍNICOS SERÁN CLASIFICADOS EN EL GRUPO IV PERO NO PODRÁN SER CLASIFICADOS EN EL GRUPO III.

GRUPO IV. OTRAS ENFERMEDADES

PACIENTES CON PATOLOGIA ADICIONAL AL SÍNDROME ADENOMEGÁLICO, Y -- CLASIFICADOS EN CINCO SUBGRUPOS (A-E).

DENTRO DEL GRUPO IV LA CLASIFICACIÓN DE LOS SUBGRUPOS ES INDEPENDIENTE A LA PRESENCIA O AUSENCIA DE LINFADENOPATÍA, CADA SUBGRUPO PUEDE INCLUIR PACIENTES MÍNIMAMENTE SINTOMÁTICOS, ASÍ COMO PACIENTES SEVERAMENTE ENFERMOS.

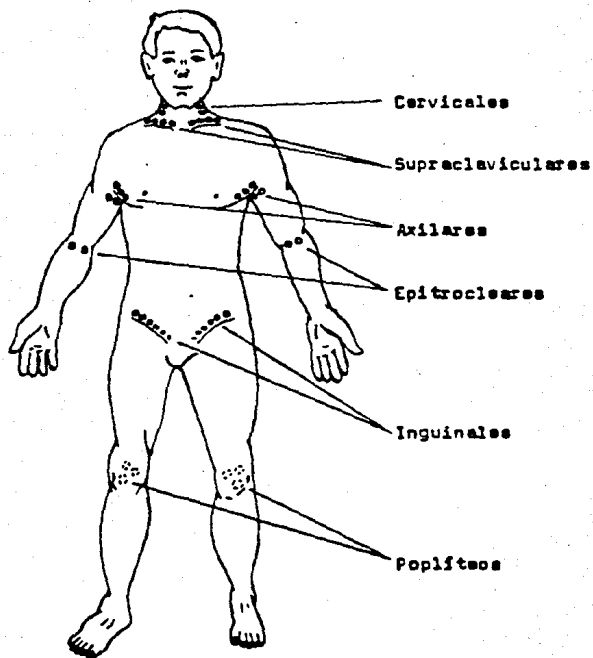


FIG. 7-1. GANGLIOS LINFATICOS.

DE: DANIELS G.V.
"SIDA (SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA)"
EL MANUAL MODERNO
P.P. 1-137
1985

SUBGRUPO A. ENFERMEDADES CONSTITUCIONALES (SÍNDROME DE DESGASTE),

DEFINIDA COMO UNA Ó MÁS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- FIEBRE PERSISTENTE, USUALMENTE MAS DE UN MES DE DURACIÓN,
- PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE PESO, MÁS DEL 10% DEL PESO NORMAL.
- DIARREA PERSISTENTE INEXPLICADA POR MÁS DE UN MES, Y LA AUSENCIA DE UNA ENFERMEDAD COMÚN.

SUBGRUPO B. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS (SÍNDROME DEMENCIAL) (26,27)

PACIENTES CON LOS ANTECEDENTES ANTES MENCIONADOS QUE PRESENTAN:

- DEMENCIA.
- MIELOPATÍA.
- NEUROPATÍA PERIFÉRICA. (67)

SUBGRUPO C. ENFERMEDADES INFECCIOSAS SECUNDARIAS.

DEFINIDA COMO EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA ASOCIADA CON EL VIH, Y/O UN DEFECTO EN LA CÉLULA MEDIANTE INMUNIDAD. LOS PACIENTES EN ESTE SUBGRUPO ESTÁN DIVIDIDOS EN DOS CATEGORÍAS.

CATEGORIA C-1. INCLUYE PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA O ENFERMEDAD INVACIVA DEBIDO A LA CAUSA DE DOCE ENFERMEDADES INFECCIOSAS ESPECÍFICAS LISTADAS EN LA DEFINICIÓN DE SIDA; PNEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII, CRYPTOSPORIDIOSYS CRÓNICA, TOXOPLASMOSIS, ESTRONGILOIDOSIS EXTRAINTestinal, ISOSPORIASIS, CANDIDIASIS (ESOFÁGICA, BRONQUEAL O PULMONAR), CRYPTOCOCCOSIS, HISTOPLASMOSIS, INFECCIÓN MICOBACTERIAL CON MYCOBACTERIUM AVIUM COMPLEJO O M. KANSASII, INFECC---

CIÓN CON CYTOMEGALOVIRUS, MUCOCUTÁNEOS CRÓNICO O INFECCIÓN POR --
HERPES SIMPLE Y LEUKOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA.

CATEGORIA C-2. INCLUYE PACIENTES CON ENFERMEDAD INVASIVA A CAUSA
DE SEIS ENFERMEDADES SECUNDARIAS INFECCIOSAS ESPECÍFICAS: LEUKO--
PLAKIA BELLUDA ORAL, HERPES ZOSTER MULTIDERMATOMAL, SALLMONELLÁ -
BACTERIANA, NOCARDOSIS, TUBERCULOSIS, CANDIDIASIS ORAL.

SUBGRUPO D. CANCERES SECUNDARIOS.

DEFINIDOS COMO EL DIAGNÓSTICO DE UNO Ó MÁS TIPOS DE CÁNCER QUE SE
SABE, ESTAN ASOCIADOS CON INFECCIÓN POR VIH COMO: SARCOMA DE KAPO
SI, LINFOMA NO-HODÉKIN, O SARCOMA INMUNOBLASTICO.

SUBGRUPO E. OTRAS MANIFESTACIONES EN INFECCIÓN POR VIH.

DEFINIDA COMO LA PRESENCIA DE OTROS DESCUBRIMIENTOS CLÍNICOS O EN
FERMEDADES ATRIBUIDAS A LA INFECCIÓN POR VIH Y PUEDEN SER INDICA
TIVOS DE UN DEFECTO EN CÉLULAS MEDIADO POR INMUNIDAD. ESTÁN IN---
CLUIDOS PACIENTES CUYOS SIGNOS DE SÍNTOMAS PUEDEN SER OTRAS ENFER
MEDADES CLÍNICAS, COMO LA NEUMONITIS LINFOIDE INTERSTITIAL.
LOS EJEMPLOS INCLUYEN: PACIENTES CON SINTOMAS CONSTITUCIONALES NO
REUNIDOS EN EL CRITERIO POR SUBGRUPO IV-A; PACIENTES CON ENFERME
DADES INFECCIOSAS NO LISTADAS EN EL SUBGRUPO IV-C; Y PACIENTES --
CON NEOPLACIAS NO LISTADAS EN EL SUBGRUPO IV-D.

Capítulo 4
Diagnóstico Clínico

EL DIAGNÓSTICO DEL SIDA, EN UN PRINCIPIO SE REALIZÓ EN BASE AL -- CUADRO CLÍNICO DEL PACIENTE, SIN EMBARGO, ESTE SOLO PODÍA OBSER-- VARSE CLARAMENTE EN EL ESTADO MÁS AVANZADO DE LA ENFERMEDAD, A ME-- DIDA QUE SE HA IDO INCREMENTANDO EL NÚMERO DE CASOS, SE HA HECHO NECESARIO ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO EN UN ESTADO TEMPRANO DE LA -- INFECCIÓN PARA UN POSIBLE TRATAMIENTO, E INCLUSO PARA ESTUDIOS -- EPIDEMIOLÓGICOS Y, CONSECUENTEMENTE, PARA LA PREVENCIÓN DE LA IN-- FECCIÓN (36)

LA INFECCIÓN VIRAL, GENERALMENTE SE VE CONTRARRESTADA POR LA RES-- PUESTA INMUNE, TANTO HUMORAL COMO CELULAR, LOS NIVELES DE ANTI--- CUERPOS FRENTE A DISTINTAS PROTEÍNAS ESTRUCTURALES DEL VIRUS SUE-- LEN MEDIRSE CON DIFERENTES MÉTODOS, (32) ENTRE ELLOS, EL MÉTODO -- ANALÍTICO MÁS SENSIBLE Y CONFIABLE HALLADO HASTA EL MOMENTO ES LA PRUEBA DENOMINADA "WESTERN - BLOT", (33) ESTA PRUEBA PERMITE RECQ-- NOCER A LOS ANTÍGENOS VÍRICOS Y ADEMÁS HACE POSIBLE LA MEDICIÓN -- DE LA RESPUESTA DE CADA PROTEINA POR SEPARADO, ADEMÁS SIRVE PARA IDENTIFICAR DISTINTOS GRUPOS DE ANTICUERPOS FRENTE A PROTEÍNAS -- VÍRICAS CONCRETAS. (34)

OTRO MÉTODO QUE SE HA UTILIZADO PARA DETECTAR PACIENTES INFECTA-- DOS CON EL VIH, ES EL ANÁLISIS INMUNOENZIMÁTICO (ELISA), ESTA PRUE-- BA DETECTA LOS ANTICUERPOS QUE HA PRODUCIDO EL DONADOR EN RESPUES-- TA A UNA INFECCIÓN CON EL VIH. (3) HASTA LA FECHA ESTE, PARECE -- SER EL MÉTODO DE ELECCIÓN PARA ANALIZAR LA SANGRE DE DONANTES,

ADEMÁS DE ESTOS DOS MÉTODOS DE DETECCIÓN, EXISTEN ALGUNOS OTROS -- QUE NO SON LO SUFICIENTEMENTE FIABLES COMO; EL RADIOINMUNOANÁLI--

SIS Y LA INMUNOFLUORESCENCIA, QUE FUÉ LA PRIMER PRUEBA DEFINITIVA QUE RELACIONÓ LA REACTIVIDAD SÉRICA HUMANA CON CÉLULAS INFECTADAS POR VIH. (34,37,38)

CON EL FIN DE DEMOSTRAR QUE UN PACIENTE EFECTIVAMENTE ES SEROPOSITIVO, SE LE REALIZAN PRUEBAS HEMATOLÓGICAS DE CONFIRMACIÓN. (34,39) EN NUESTRO PAÍS EXISTEN VARIOS LABORATORIOS DE DETECCIÓN DEL VIH, LAS LISTAS DE LOS MISMOS APARECEN A CONTINUACIÓN. CUADRO 1 Y 2

CUADRO 2
LABORATORIOS EN EL DISTRITO FEDERAL PARA LA DETECCIÓN DE
ANTICUERPOS CONTRA VIH.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEDIA
HOSPITAL DE LA MUJER
HOSPITAL GENERAL TICOMAN
HOSPITAL JUAREZ
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIURGIA
INSTITUTO DE SALUBRIDAD Y ENFERMEDADES TROPICALES*
CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA*

***EN ESTOS LABORATORIOS ADEMAS DE EFECTUAR PRUEBAS DE DETECCION PRIMARIA, SON CENTROS DE REFERENCIA PARA LA CONFIRMACION DE PRUEBAS POSITIVAS.**

DE: EPIDEMIOLOGIA Y SSA
"LABORATORIOS DE DETECCION
DE ANTICUERPOS DE LA SSA"
BOLETIN MENSUAL DEL SIDA
AÑO 1 (10): 206-210
1987

CUADRO 1
LABORATORIOS EN LOS ESTADOS PARA LA DETECCION DE
ANTICUERPOS CONTRA VIH

ESTADO	CIUDAD	INSTITUCION
AGUASCALIENTES	AGUASCALIENTES	HOSPITAL MIGUEL HIDALGO
BAJA CALIFORNIA	MEXICALI	HOSPITAL GENERAL
BAJA CALIFORNIA	TUJANA	HOSPITAL GENERAL
BAJA CALIFORNIA SUR	LA PAZ	HOSPITAL GENERAL
CAMPECHE	CAMPECHE	HOSPITAL GENERAL
COAHUILA	TORREON	HOSPITAL GENERAL
COAHUILA	SALTILLO	CENTRO DE SALUD
COLUMA	COLUMA	HOSPITAL CIVIL
CHIAPAS	TUXTLA GUTIERREZ	CENTRO DE SALUD
CHIAPAS	TAPACHULA	HOSPITAL GENERAL
CHIHUAHUA	CHIHUAHUA	CENTRO DE SALUD
CHIHUAHUA	C.D. JUAREZ	CENTRO DE SALUD
DURANGO	DURANGO	HOSPITAL GENERAL
GUANAJUATO	GUANAJUATO	HOSPITAL GENERAL
GUANAJUATO	LEON	LABORATORIO REGIONAL
GUANAJUATO	RAPUATO	HOSPITAL REGIONAL
GUANAJUATO	CELAYA	HOSPITAL GENERAL
GUERRERO	ACAPULCO	HOSPITAL GENERAL
GUERRERO	ACAPULCO	LABORATORIO ESTATAL
HICALGO	PACHUCA	HOSPITAL GENERAL
JALISCO	GUADALAJARA	HOSPITAL GENERAL
MEXICO	TOLUCA	LABORATORIO REGIONAL
MEXICO	C.D. NETZAHUALCOYOTL	HOSPITAL GENERAL
MEXICO	TLANEPANTLA	HOSPITAL GENERAL
MICHOACAN	MORELIA	HOSPITAL GENERAL
MORELOS	CUERNAVACA	HOSPITAL CIVIL
NAYARIT	TEPIC	HOSPITAL GENERAL
NUEVO LEON	MONTERREY	HOSPITAL GENERAL
NUEVO LEON	MONTERREY	HOSPITAL INFANTIL
OAXACA	OAXACA	HOSPITAL GENERAL
PUEBLA	PUEBLA	LABORATORIO REGIONAL
QUERETARO	QUERETARO	HOSPITAL GENERAL
QUINTANA ROO	CHETUMAL	HOSPITAL GENERAL
QUINTANA ROO	CANCUN	HOSPITAL GENERAL
SAN LUIS POTOSI	SAN LUIS POTOSI	HOSPITAL GENERAL
SINALOA	CUJACAN	CENTRO DE SALUD
SONORA	HERNANDEZ	HOSPITAL SIMESON
SONORA	C.D. OREGON	HOSPITAL GENERAL
TABASCO	VILLA HERMOSA	BANCO DE SANGRE ESTATAL
TABASCO	VILLA HERMOSA	CENTRO DE SALUD
TAMAULIPAS	C.D. VICTORIA	HOSPITAL GENERAL
TAMAULIPAS	MATAMOROS	HOSPITAL GENERAL
TAMAULIPAS	TAMPOCO	HOSPITAL GENERAL
TLAXCALA	TLAXCALA	HOSPITAL GENERAL
VERACRUZ	VERACRUZ	HOSPITAL GENERAL
VERACRUZ	JALAPA	HOSPITAL CIVIL
VERACRUZ	RIO BLANCO	HOSPITAL REGIONAL
YUCATAN	MERIDA	HOSPITAL GENERAL
ZACATECAS	ZACATECAS	CENTRO DE SALUD

DE: EPIDEMIOLOGIA Y SSA
 "LABORATORIOS DE DETECCION
 DE ANTICUERPOS DE LA SSA"
 BOLETIN MENSUAL DEL SIDA
 AÑO 1(10):206-210
 1987

SEGÚN LOS CRITERIOS DE LOS CDC PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DE SIDA EN PACIENTES, ESTÁN CARACTERIZADOS POR UNA Ó MÁS DE LAS ENFERMEDADES INDICADORES Y DE LA EVIDENCIA DEL LABORATORIO. (76)

EN EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO APARECEN LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES INDICADORAS:

1. CANDIDIASIS EN EL ESÓFAGO, TRAQUEA, BRONQUIOS O PULMONES.
2. CRIPTOCOCOSIS EXTRAPULMONAR.
3. CRIPTOSPORIDIOSIS, CON DIARREA PERSISTENTE POR MÁS DE UN MES.
4. CITOMEGALOVIRUS EN ALGÚN ORGANO, COMO HÍGADO, BAZO O NUDOS LINFÁTICOS EN EL PACIENTE POR MAS DE UN MES.
5. INFECCIÓN DE VIRUS HERPES SIMPLE, CAUSANDO UNA ÚLCERA MUCOCUTÁNEA, QUE PERSISTE MÁS DE UN MES; BRONQUITIS, NEUMONITIS, O ESOGAGITIS CON DIFERENTE DURACIÓN, AFECTANDO AL PACIENTE POR MAS DE UN MES.
6. SARCOMA DE KAPOSI, AFECTANDO AL PACIENTE DE MENOS DE 60 AÑOS - DE EDAD.
7. LINFOMA (PRIMARIO) DEL CEREBRO, AFECTANDO A UN PACIENTE DE MENOS DE 60 AÑOS DE EDAD.
8. NEUMONÍA LINFOMA INTERSTICIAL Y/O HIPERPLASIA LINFOIDEA PULMONAR AFECTANDO A NIÑOS MENORES DE 13 AÑOS DE EDAD.
9. MICOBACTERIUM AVIUM COMPLEJO O ENFERMEDAD M. KANSASII, DISEMINADA Y/O EN ADICIÓN A PULMONES, PIEL Ó NUDOS LINFÁTICOS CERVICALES Ó HILIARES.
10. NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS CARINII.

11. LEUKOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA.
12. TOXOPLASMOSIS DEL CEREBRO AFECTANDO AL PACIENTE POR MÁS DE UN MES. (31)

CANDIDIASIS DE ESOFAGO:

- A) SE PRESENTA COMO DOLOR RETROESTERNAL AL TRAGAR: Y
- B) CANDIDIASIS ORAL, DIAGNOSTICADA POR LA APARIENCIA TOSCA DE LUNARES BLANCOS O PLACAS BLANCAS SOBRE LA BASE DE LA LENGUA Y -- APARIENCIA EN EL MICROSCOPIO DE FILAMENTOS, EN UN ESPECIMEN NO CULTIVADO, RECOGIDO DE LA MUCOSA ORAL.

MICOBACTERIOSIS:

SE OBSERVA EN UNA MICROSCOPIA DE UN ESPECIMEN DE EXCREMENTO O --- FLUIDOS CORPORALES, O DE TEJIDOS DE UN LUGAR COMO PULMONES, PIEL O NUDOS LINFÁTICOS CERVICALES O HILIARES, MOSTRANDO ACIDO ESTABLE BACILLI DE ESPECIES NO IDENTIFICADAS.

SARCOMA DE KAPOSI:

APARECE COMO UNA PLACA ERITEMATOSA, VIOLÁCEA EN PIEL Y MUCOSAS Y TIENE UNA APARIENCIA TOSCA.

NEUMONIA LINFOMA INTERSTISIAL:

INFILTRADOS PULMONARES BILATERALES, SE PRESENTAN EN RX DE PECHO - POR DOS MESES SIN LA IDENTIFICACIÓN PATÓGENA Y SIN RESPUESTA AL -

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO.

- A) UNA HISTORIA DE DÍPNEA O TOS INPRODUCTIVA DE RECIENTE ATAQUE - (HASTA PASADOS 3 MESES), Y
- B) EN RX DE PECHO HAY EVIDENCIA DE INFILTRADOS INTERSTICIALES DIFUSOS QUE DAN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD BILATERAL DIFUSA; Y
- C) ANÁLISIS EN SANGRE ARTERIAL, MOSTRANDO UN PUS, O UNA BAJA CAPA CIDAD DE DIFUSIÓN RESPIRATORIA Ó UN INCREMENTO EN EL GRADIENTE DE TENSIÓN ALVEOLAR - ARTERIAL DE OXÍGENO; Y
- D) NO EVIDENCIA DE UNA NEUMONÍA BACTERIAL.

TOXOPLASMOSIS DEL CEREBRO:

- A) ATAQUE DE UNA ANORMALIDAD FOCAL NEUROLÓGICA, QUE CONSISTE EN - UNA ENFERMEDAD INTRACRANEAL O UN REDUCIDO NIVEL DE CONCIENCIA; Y
- B) EVIDENCIA DE UNA LESIÓN EN LA IMAGEN CEREBRAL, TENIENDO UN --- EFECTO MASIVO (EN TOMOGRAFÍA COMPARADA O RESONANCIA MAGNÉTICO-NUCLEAR); Y
- C) SUERO DE ANTICUERPOS PARA TOXOPLASMOSIS O UNA LOGRADA RESPUESTA A LA TERAPIA POR TOXOPLASMOSIS. (31)

SECTOR SALUD:

NOTIFICACION INMEDIATA DE CASOS DE SIDA.

EMVIAR A:
DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA
AMATEO ORTEGA 1321-5º PISO.
MEXICO D.F. C.P. 03100

DATOS DE LA INSTITUCION NOTIFICANTE:

NOMBRE LOCALIDAD ENT. FEDERATIVA
FECHA DE NOTIFICACION DOMICILIO RESPONSABLE: NOMBRE FIRMA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

R.F.C.
NOMBRE APELLIDO PATERNO GEBERNE SUAREZ
SEXO MASCULINO (1) FEMENINO (2)
FECHA DE NACIMIENTO
OCUPACION: _____
RESIDENCIA ACTUAL DOMICILIO

LOCALIDAD ENT. FEDERATIVA
LUGARES DE RESIDENCIA EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

ESTADO CIVIL: _____
¿TIENE HIJOS NACIDOS DESPUES DE 1981? SI (1) - ¿CUANTOS?

PADECIMIENTO:

FECHA DE INICIO
LUGAR DE RESIDENCIA AL INICIO LOCALIDAD ENT. FEDERATIVA
LUGAR DE RESIDENCIA A LA FECHA DEL DIAGNOSTICO LOCALIDAD ENT. FEDERATIVA
EDAD A LA FECHA DEL DIAGNOSTICO
FECHA DE DIAGNOSTICO CLINICO
INSTITUCION DONDE SE REALIZO EL DIAGNOSTICO NOMBRE DIRECCION

ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS:

¿PERTENECE O HA PERTENECIDO EL PACIENTE A ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES GRUPOS?
1- ¿HOMOSEXUAL? SI (1) NO (2) NO SABE (3)
2- ¿BISSEXUAL? (1) (2) (3)
3- ¿HA TENIDO CONTACTO SEXUAL CON PERSONAS SEROPOSITIVAS O CON SIDA? (1) (2) (3)
4- ¿ES USUARIO DE DROGAS INTRAVENOSAS? (1) (2) (3)
5- ¿ES HEMOFILICO? (1) (2) (3)
6- ¿HA SIDO TRANSFUNDIDO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS? (1) (2) (3)
¿ES HETEROSEXUAL P. CUANTAS VECES? SI (1) NO SABE (2) NI (3)
¿SUS PARTENARIOS PERTENECEN AL GRUPO DE LOS GRUPOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS? SI (1) - ¿CUANTOS? NO SABE (2)
¿HA TENIDO RELACION SEXUAL CON PROSTITUTAS(AS)? SI (1) NO SABE (2)

HA DONADO SANGRE EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

SI (1) NO (2) NO SABE (3)
REMUNERADO (1) (2)

¿EN QUE INSTITUCIONES PUBLICA O PRIVADA HA DONADO SANGRE O ALGUNOS DE SUS DERIVADOS DESDE 1981?

SOLO PARA PACIENTE PEDIATRICO (MENOR DE 15 AÑOS)

¿ALGUNO DE SUS PADRES PADECE SIDA O ES SEROPOSITIVO PARA VIH? SI (1) NO (2)

¿ALGUNO DE SUS PADRES PERTENECE A ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES GRUPOS?

GRUPOS SI NO NO SABE
1- HOMOSEXUALS? (1) (2) (3)
2- BISEXUALS? (1) (2) (3)
3- SEROPOSITIVO(A) O CON SIDA? (1) (2) (3)
4- USUARIO(A) DE DROGAS INTRAVENOSAS? (1) (2) (3)
5- HEMOFILICO(A)? (1) (2) (3)
6- TRANSFUNDIDO(A) EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS (1) (2) (3)

DEFINICION DE CASO UTILIZADA CDC (1) C.M.S. (2)

¿SE LE HA DIAGNOSTICADO NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII? SI (1) NO (2)

¿SE LE HA DIAGNOSTICADO SARCOMA DE KAPOSI? SI (1) NO (2)

¿SE LE HA DIAGNOSTICADO OTRAS INFECCIONES O PORNUNISTAS? (ESPECIFIQUE) _____

¿SE LE HA DIAGNOSTICADO OTRAS MEDIASIASIS? (ESPECIFIQUE) _____

¿AL MOMENTO DE LA NOTIFICACION EL PACIENTE SE ENCUENTRA VIVO? (1) ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA

MUERTO? (2) FECHA DE DEFUNCION

SE DESCONOCE (3)

SEROLOGIA:

LUGAR DE REALIZACION FECHA
PRUEBA DE DETECCION INICIAL
PRUEBA DE DETECCION REPETIDA

OBSERVACIONES: _____

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO:

- ANTE DE TINTA SOBRE LA LINEA CON LETRA CLARA Y DE BOLDE LA INFORMACION QUE SE LE PIDE.
- ESCRIBA CON BOMBOS ARABIGOS EN LA CABELLA CORRESPONDIENTE C/M (1) (2) (3).
- MARQUE CON UNA EQUIS "X" SOBRE EL CIRCULO QUE CORRESPONDA A SU RESPUESTA.
- CADA PREGUNTA ADMITE SOLO UNA RESPUESTA.

NOTA:

EL SIDA SE HA ADICIONADO A LA LISTA DE ENFERMEDADES SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y LA NOTIFICACION INMEDIATA DE - LOS CASOS ES OBLIGATORIA (ARTICULOS 134 Y 136 DE LA LEY GENERAL DE SALUD). (29)

LA NOTIFICACION DEBERA HACERSE UTILIZANDO LOS FORMATOS ELABORADOS EXCLUSIVAMENTE PARA SIDA Y ENVIARSE A:

DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA
ANICETO ORTEGA 1321-5^o PISO, COL. DEL VALLE
DELEG. BENITO JUAREZ, 03100 MEXICO, D.F.
TELEX 1764586 SSDFME
TELS. 534-78-91 524-87-23

Capitulo 5
Patología Bucal

LAS LESIONES ORALES EN PACIENTES CON SIDA ESTÁN BIEN DOCUMENTADAS, ESTAS APARECEN DESDE ETAPAS PRIMARIAS DE LA ENFERMEDAD EN MENOR O MAYOR GRADO. (40.41.45.46) LAS LESIONES ORALES QUE SE HAN REPORTADO, SON ENTRE OTRAS :

1. CANDIDIASIS
 - A) PSEUDOMEMBRANOSA
 - B) HIPERPLÁSICA
2. ENFERMEDAD PARODONTAL
3. PAPILOMAS
4. CONDILOMA ACUMINADO
5. LEUCOPLASIA
6. SARCOMA DE KAPOSÍ
7. CARCINOMA EPIDERMÓIDE
8. XEROSTOMÍA
9. HERPES SIMPLE
10. HERPES ZOSTER
11. VARICELA ZOSTER
12. ULCERAS E INFECCIONES POR OTROS MICROORGANISMOS (MYCOBACTERIUM, AVIUM-INTRACELULARE, KLEBSIELLA PNEUMONIAE, ENTEROBACTER CLOACAE, LESIONELLA E HISTOPLASMOISIS).

CANDIDIASIS

FRECUENTEMENTE OCURRE EN PACIENTES SEROPositIVOS. ES UNA ENFERME-

DAD CAUSADA POR UN HONGO PARECIDO A UNA LEVADURA, LA CANDIDA ---- (MONILIA) ALBICANS. ESTA ESPECIE ADEMÁS DE AFECTAR LA CAVIDAD BUCAL, CON FRECUENCIA LESIONA LA PIEL, ASÍ COMO EL APARATO DIGESTIVO, CONDUCTO VAGINAL, APARATO URINARIO Y PULMONES. (69,72)

LA CANDIDIASIS BUCAL, O ALGODONCILLO, POR LO REGULAR APARECE COMO UNA ENFERMEDAD LOCALIZADA, PERO EN OCASIONES PUEDE EXTENDERSE HACIA LA FARINGE, ESOFAGO O INCLUSO HACIA LOS PULMONES.

LA CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA, ES UNA DE LAS CATEGORÍAS MÁS COMUNES DE LA ENFERMEDAD. LAS LESIONES BUCALES SE CARACTERIZAN POR LA APARICIÓN DE PLACAS LIGERAMENTE ELEVADAS, DE COLOR BLANCO, --- BLANDAS, QUE CON FRECUENCIA SE PRESENTAN EN LA MUCOSA BUCAL Y LA LENGUA, PERO TAMBIÉN SE OBSERVAN EN PALADAR Y ENCÍA.

EN LA CANDIDIASIS HIPERPLASICA, LAS LESIONES BUCALES CONSISTEN EN PLACAS FIRMES, DE COLOR BLANCO, PERSISTENTES, QUE SE LOCALIZAN EN LABIOS, LENGUA Y CARRILLOS.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

LOS CORTES HISTOLÓGICOS QUE PROVIENEN DE UNA LESIÓN DE CANDIDIASIS BUCAL MUESTRAN CÉLULAS DE LEVADURA Y DE HIFAS O DE MICELIOS EN LAS CAPAS SUPERFICIALES Y EN LAS MÁS PROFUNDAS DEL EPITELIO -- AFECTADO. RARA VEZ SE OBSERVAN CLAMIDOSPORAS EN LOS FROTIS BUCALES O EN LOS CORTES HISTOLÓGICOS. (42,45,46,47,48)

ENFERMEDAD PARODONTAL

EXISTEN PRUEBAS CONSIDERABLES QUE INDICAN QUE LOS MECANISMOS EFEC

TORES INDUCIDOS POR LA PLACA DENTOBACTERIANA JUEGAN UN PAPEL IMPORTANTE EN LA PATOGÉNESIS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL INFLAMATORIA. LAS VÍAS INMUNITARIAS HAN SIDO IMPLICADAS EN LA DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES, ALGUNOS AUTORES HAN DEMOSTRADO LA CORRELACIÓN DE DIVERSAS MAGNITUDES ENTRE LA INTENSIDAD CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y LA BLASTOGÉNESIS PERIFÉRICA DE LOS LINFOCITOS DE LA SANGRE INDUCIDOS POR EL ANTÍGENO DE LA SANGRE INDUCIDOS POR EL ANTÍGENO DE LA PLACA.

ASÍ PUES, ES FRECUENTE ENCONTRAR EN PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIAS, DESDE UNA GINGIVITIS MARGINAL HASTA UNA PERIODONTITIS CRÓNICA DESTRUCTIVA. LA GINGIVITIS PUEDE PRECEDER Y DESARROLLARSE EN LA PERIODONTITIS MÁS GRAVE QUE AFECTA NO SOLO A LA ENCÍA, SINO TAMBIÉN AL HUESO ALVEOLAR, CEMENTO Y AL LIGAMENTO PERIODONTAL.

LA PERIODONTITIS POR LO REGULAR EMPIEZA CON UNA SIMPLE GINGIVITIS MARGINAL COMO REACCIÓN A LA PLACA O A CUALQUIER OTRO FACTOR ETIOLÓGICO. UN HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO TEMPRANO, ES UNA ULCERACIÓN MUY PEQUEÑA DEL EPITELIO DEL SURCO. A MENOS QUE NO SE ELIMINEN LOS FACTORES ETIOLÓGICOS, LA ENCÍA SE INFLAMA MAS Y SE HINCHA, Y CON LA IRRITACIÓN DEL EPITELIO DEL SURCO (BOLSA) SUFRE UNA ULCERACIÓN MÁS FRECUENTE. PROLIFERA COMO RESULTADO DE LA INFLAMACIÓN, DE TAL MANERA QUE EN ESTA ETAPA EXISTE UNA TENDENCIA PARA QUE LA UNIÓN EPITELIAL SE EXTIENDA O DESPLACE EN SENTIDO APICAL AL DIENTE, SI HACE ESTO, FACILMENTE SE SEPARA EN SU PORCIÓN CORONAL. A TRAVÉZ DE ESTE PROCESO Y DEBIDO AL AUMENTO EN LA HINCHAZÓN DE LA ENCÍA MARGINAL, EL SURCO GINGIVAL POCO A POCO SE HACE MÁS PROFUNDO Y SE CLASIFICA

COMO UNA "BOLSA PERIODONTAL TEMPRANA".

CLÍNICAMENTE, EN ESTA ETAPA SE PUEDE DESCUBRIR LA PRESENCIA DE SARRÓ; EL SUBGINGIVAL SE PUEDE VER CON MAS FACILIDAD SI SE SEPARA - LA ENCÍA MARGINAL LIBRE DEL DIENTE MEDIANTE AIRE A PRESIÓN. JUNTO CON LA HIPEREMIA Y LA HINCHAZÓN MODERADAS DE LA ENCÍA, TAMBIÉN -- EXISTE UNA TENDENCIA A SANGRAR CON FACILIDAD; SI EL EXAMINADOR -- SIMPLEMENTE FROTA LA ENCÍA, APARECERÁN DIMINUTAS HEMORRAGIAS ---- "EXPONTANEAS" EN LA REGIÓN DE LA PAPILA INTERDENTAL. TAMBIÉN PUEDE HABER HALITOSIS CASI FÉTIDA DESAGRADABLE.

CUANDO LA PERIODONTITIS SE VUELVE MÁS INTENSA EL DIENTE SE EMPIEZA A MOVER Y DA UN SONIDO MAS BIEN SECO CUANDO SE GOLPEA CON UN INSTRUMENTO METÁLICO. EN OCACIONES AL HACER LIGERA PRESIÓN SOBRE LA ENCÍA PUEDE HABER SALIDA DE MATERIAL SUPURATIVO Y OTROS RESTOS DE LA BOLSA PATOLÓGICA VECINA AL DIENTE. EL AIRE A PRESIÓN Y EL INSTRUMENTO DE EXPLORACIÓN REVELARÁN QUE LA SEPARACIÓN DEL TEJIDO PUEDE SER INTENSA, SE VE EL FESTONEADO NORMAL, Y LA ENCÍA APARECE "PANTANOSA" DEBIDO A LA HIPEREMIA Y AL EDEMA, NO SE NOTA PUNTEADO, Y LOS TEJIDOS GINGIVALES ESTÁN LISOS, BRILLANTES Y TAL VEZ MÁS ROJOS O AZULES QUE LO NORMAL. EL PACIENTE PUEDE NO TENER SÍNTOMAS - SUBJETIVOS O QUEJARSE DE MAL SABOR, ENCÍAS SANGRANTES, Y DE HIPEER SENSIBILIDAD EN EL CUELLO DE LOS DIENTES DEBIDO A LA EXPOSICIÓN - DEL CEMENTO CUANDO LOS TEJIDOS BLANDOS RETROCEDEN. O SEA, EL PACIENTE TIENE UNA GINGIVITIS CRÓNICA GRAVE Y ESTÁN AFECTADAS LAS - PORCIONES MÁS PROFUNDAS DEL PERIODONTO. ESTA ES LA ETAPA DE PERIODONTITIS GRAVE.

LA RETRACCIÓN GINGIVAL ES UN FENÓMENO, EN EL CUAL EL TEJIDO GINGIVAL SE RETRAE HACIA EL ÁPICE, EXPONE EL CEMENTO, A VECES EN GRADO ALARMANTE. LA RETRACCIÓN GINGIVAL PUEDE OCURRIR CON MAS RAPIDEZ, - SI HA HABIDO PÉRDIDA DE HUESO ALVEOLAR, DEBIDO A CUALQUIER CAUSA - YA QUE EL TEJIDO GINGIVAL SALUDABLE MANTENDRÁ UNA RELACIÓN UNIFORME CON LA CRESTA OSEA ALVEOLAR. EL RETROCESO GINGIVAL A MENUDO --- EMPIEZA CON UNA FISURA DELGADA EN LA ENCÍA LIBRE ADYACENTE AL CENTRO DEL DIENTE.

LA FRECUENCIA Y DIRECCIÓN ANORMALES DEL CEPILLADO DENTAL, LAS FUERZAS OCLUSALES O UNA INSERCIÓN MUSCULAR ALTA MUCHAS VECES CONDUCE A UNA RETRACCIÓN GINGIVAL; ESTÁ PRECEDIDA POR UNA PÉRDIDA DE HUESO ALVEOLAR.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

EN LA GINGIVITIS MARGINAL QUE APENAS EMPIEZA A SUFRIR LA TRANSI--- CIÓN EN PERIODONTITIS TEMPRANA, LA ENCÍA MARGINAL LIBRE AGRANDADA ESTÁ DENSAMENTE INFILTRADA CON LINFOCITOS Y CÉLULAS PLASMÁTICAS, Y EL BORDE APICAL DEL ÁREA INFLAMADA SE APROXIMA A LA CRESTA DEL HUESO ALVEOLAR Y LAS FIBRAS CRESTALES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL. EL - EPITELIO DEL SURCO MUESTRA VARIOS GRADOS DE PROLIFERACIÓN, Y A MENUDO ULCERACIONES MUY PEQUEÑAS. UNO DE LOS SIGNOS MICROSCÓPICOS -- TEMPRANO DE LA INTRUSIÓN GRADUAL DEL PROCESO INFLAMATORIO EN EL -- PERIODONTO ES LA APARICIÓN DE CÉLULAS GIGANTES, OSTEOCLASTOS, EN - LA SUPERFICIE DE LA CRESTA ÓSEA. PRONTO PARECE QUE DESCANSAN EN -- LAS PEQUEÑAS SECCIONES DE RESORCIÓN ÓSEA CONOCIDAS COMO LAGUNAS DE

HOWSHIP. LOS TEJIDOS SUBYACENTES DEL PERIODONTO NO MUESTRAN CAMBIOS EN ESTA ETAPA. EL PROCESO PATOLÓGICO AFECTA AL HUESO ALVEOLAR ANTES QUE AL LIGAMENTO PERIODONTAL.

LA SIGUIENTE ETAPA DEL PROCESO DE LA ENFERMEDAD ES UNA CONTINUACIÓN DE LOS FACTORES QUE SE ACABAN DE DESCRIBIR: 1) SE DEPOSITA MÁS PLACA EN UNA DIRECCIÓN APICAL AL DIENTE; 2) SE PRESENTA MAYOR IRRITACIÓN EN LA ENCÍA LIBRE; 3) LA UNIÓN EPITELIAL PROLIFERA EN SENTIDO APICAL SOBRE EL CEMENTO DEL DIENTE Y MUESTRA MÁS ULCERACIÓN; 4) LA CRESTA ALVEOLAR DEL HUESO SE REABSORBE MÁS HACIA EL ÁPICE; 5) LAS PRINCIPALES FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL, SE DESORGANIZAN Y SE SEPARAN DEL DIENTE; 6) EXISTE UNA BOLSA PERIODONTAL ENTRE LA ENCÍA LIBRE Y EL DIENTE, A UNA PROFUNDIDAD DE 2 MM, HASTA QUE FINALMENTE SE APROXIMA A LA PUNTA DEL DIENTE. LA BOLSA PROFUNDA QUE ENTONCES EXISTE ENTRE EL SARRO Y LA PLACA QUE CUBRE LA SUPERFICIE DEL DIENTE Y EL REVESTIMIENTO EPITELIAL DE LOS TEJIDOS GINGIVALES, FORMA UNA TRAMPA PROTECTORA PARA QUE SE MULTIPLIQUEN LOS MICROORGANISMOS Y PARA EL EXUDADO LEUCOCÍTICO CELULAR QUE PROVIENE DEL TEJIDO DEL BLANDO INFLAMADO DE LA PARED DE LA BOLSA, EXISTE, UN CÍRCULO VICIOSO DE IRRITACIÓN, INFLAMACIÓN Y SEPARACIÓN CONTÍNUA, JUNTO CON LA RESORCIÓN ÓSEA PERIODONTAL EN UNA DIRECCIÓN APICAL.

PAPILOMAS

LOS PAPILOMAS SUELEN PRESENTARSE EN ADULTOS INMUNODEPRIMIDOS. EL PAPILOMA ES UNA NEOPLASIA BENIGNA COMÚN QUE SE ORIGINA DEL EPITELIO SUPERFICIAL. CON FRECUENCIA CLÍNICAMENTE SE CONFUNDE CON

OTRAS NEOPLASIAS BENIGNAS INTRABUCALES, EN PARTICULAR CON FIBROMA.

EL PAPILOMA ES UN CRECIMIENTO EXOFÍTICO FORMADO DE NUMEROSAS PROYECCIONES PEQUEÑAS SEMEJANTES A LOS DEDOS, QUE CAUSA UNA LESIÓN CON SUPERFICIE RUGOSA, VERROSCOSA O PARECIDA A LA "COLIFLOR", CASI SIEMPRE ES UN TUMOR PEDUNCULADO BIEN CIRCUNSCRITO, QUE A VECES ES SÉSIL Y QUE INTRABUCALMENTE ES MÁS FRECUENTE EN LENGUA, LABIOS, MUCOSA, ENCÍA Y PALADAR, EN PARTICULAR EN EL ÁREA ADYACENTE A LA ÚVULA.

CASITODOS LOS PAPILOMAS MIDEN ALGUNOS MILÍMETROS DE DIÁMETRO PERO PUEDEN ENCONTRARSE LESIONES QUE MIDAN VARIOS CENTÍMETROS.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

EL ASPECTO MICROSCÓPICO DEL PAPILOMA ES CARACTERÍSTICO, Y CONSISTE EN MUCHAS PROYECCIONES LARGAS, DELGADAS, SEMEJANTES A DEDOS QUE SE EXTIENDEN POR ENCIMA DE LA SUPERFICIE DE LA MUCOSA, CADA UNA FORMADA POR UNA CAPA CONTINUA DE EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO, CON UN NÚCLEO DELGADO DE TEJIDO COHECTIVO CENTRAL, QUE CONTIENE A LOS VASOS SANGUÍNEOS NUTRIENTES. ALGUNOS PAPILOMAS MUESTRAN HIPERQUERATOSIS, AUNQUE PROBABLEMENTE ESTE DATO ES SECUNDARIO AL SITIO DE LA LESIÓN Y AL TAMAÑO DEL TRAUMATISMO O DE LA IRRITACIÓN POR FRICCIÓN A LA QUE HA ESTADO SUJETA. (42,44,46)

CONDILOMA ACUMINADO

LAS VERRUGAS APARECEN COMUNMENTE EN PACIENTES INFECTADOS POR EL

VIH. EL CONDILOMA ACUMINADO ES UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA, CAUSADA POR UN VIRUS QUE PERTENECE AL MISMO GRUPO DE LOS PAPILOMAVIRUS HUMANOS COMO LOS ASOCIADOS CON LAS VERRUGAS COMUNES Y PLANTARES, VERRUGAS PLANAS, VERRUGAS (PLANTARES) PLANAS CERVICALES.

EL VIRUS DEL CONDILOMA ACUMINADO ANAL, GENITAL Y POSIBLEMENTE BUCAL SE CONOCE COMO HPV-6.

ESTA ENFERMEDAD VIRAL SE PRESENTA COMO NÓDULOS BLÁNDOS DE COLOR ROSA, QUE PROLIFERAN Y SE UNEN CON GRAN RAPIDEZ PARA FORMAR RACIMOS PAPILOMATOSOS DIFUSOS DE TAMAÑO VARIABLE.

LAS LESIONES ORALES DEL CONDILOMA ACUMINADO, APARECEN COMO NÓDULOS PEQUEÑOS, MÚLTIPLES, DE COLOR BLANCO O ROSA, QUE SE AGRANDAN, PROLIFERAN Y SE UNEN, O COMO MASAS BULBOSAS, PAPILOMATOSAS DISEMINADAS SOBRE, O EN FORMA DIFUSA, AFECTANDO LA LENGUA, EN ESPECIAL EL DORSO, MUCOSA BUCAL, PALADAR, ENCÍA O REBORDE ALVEOLAR.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

LAS PROYECCIONES PAPILOMATOSAS QUE FORMAN LA LESIÓN VERRUCOSA POR LO GENERAL MUESTRAN UNA SUPERFICIE PARAKERATÓICA CON UNA MARCADA ACANTOSIS SUBYACENTE. SON COMUNES LAS CÉLULAS VACUOLADAS EN LA CAPA ESPINOSA, ASÍ COMO NUMEROSAS CANTIDADES MITÓTICAS. EN OCASIONES, LOS CAMBIOS EPITELIALES ESTÁN BASTANTE ALTERADOS PARA CONSIDERARSE COMO CARCINOMA. EL TEJIDO CONECTIVO DE SOSTÉN POR LO REGULAR ESTÁ EDEMATOSO, CON CAPILARES DILATADOS E INFILTRADO CRÓNICO DE CÉLULAS INFLAMATORIAS. RECIENTEMENTE SE HAN ENCONTRADO INCLUSIONES VIRALES INTRANUCLEARES DENTRO DE LAS CÉLULAS EPITELIALES -

LESIONALES. (45,46)

LEUCOPLASIA

LA LEUCOPLASIA ES UN TÉRMINO QUE SE HA UTILIZADO DURANTE AÑOS PARA INDICAR UN PARCHO O PLACA BLANCA QUE SE PRESENTA EN LA SUPERFICIE DE UNA MEMBRANA MUCOSA, NO SÓLO EN LA CAVIDAD BUCAL, SINO TAMBIÉN EN LA VULVA, CUELLO UTERINO, VEJIGA, Y VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES.

POR OTRA PARTE, EL DIAGNÓSTICO DE LEUCOPLASIA SE BASA EN CRITERIOS Estrictamente HISTOLÓGICOS Y CON FRECUENCIA SE HA HECHO ESTE DIAGNOSTICO, AUNQUE LA LESIÓN CLÍNICAMENTE NO APAREZCA COMO PARCHO BLANCO.

DE ESTE MODO, LA LITERATURA CIENTÍFICA INCLUYE UNA VARIEDAD DE TERMINOLOGÍA HISTOLÓGICA QUE SE USÓ PARA DESIGNAR A LA LEUCOPLASIA CLÍNICA. ESTA INCLUYE QUERATOSIS, LEUCOQUERATOSIS, HIPERQUERATOSIS SIMPLE O COMPLEJA, QUERATOSIS FOCAL ESPECÍFICA, PAQUIDERMA ORALIS, LEUCOPLASIA Y CARCINOMA INTRAEPITELIAL. NUMEROSOS AUTORES HAN REQUERIDO LA PRESENCIA DE DISPLASIA DIESQUERATOSIS EPITELIAL PARA PODER ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO DE LEUCOPLASIA. LA MAYORÍA DE LOS INVESTIGADORES COINCIDEN EN QUE LA ETIOLOGÍA DE LA LEUCOPLASIA ES VARIADA. ALGUNOS CREEN QUE LA APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD SOLO DEPENDE DE FACTORES LOCALES EXTRÍNSECOS, PERO TAMBIÉN DE FACTORES INTRÍNSECOS PREDISPONENTES. LOS FACTORES CAUSALES MÁS FRECUENTES HAN SIDO: TABACO, ALCOHOL, SEPSIS BUCAL, IRRITACIÓN LOCAL, SÍFILIS, DEFICIENCIA VITAMÍNICA, ALTERACIONES

ENDÓCRINAS, GALVANISMO, RADIACIÓN ACTÍNICA EN CASO DE LEUCOPLASIA DE LABIOS CANDIDOSIS, Y ÚLTIMAMENTE SE HA ENCONTRADO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

LAS LESIONES DE LEUCOPLASIA BUCAL MUESTRAN UNA CONSIDERABLE VARIACIÓN EN TAMAÑO, LOCALIZACIÓN Y APARIENCIA CLÍNICA. AUNQUE SE ENCUENTRAN PARCHES LEUCOPLÁSICOS EN CUALQUIER PARTE DE LA CAVIDAD BUCAL, SE HA OBSERVADO QUE HAY PREFERENCIA POR CIERTOS SITIOS, ALGUNOS INVESTIGADORES HAN DEMOSTRADO QUE GRAN PORCENTAJE DE PACIENTES AFECTADOS POR LEUCOPLASIA, MUESTRAN MAYOR INCIDENCIA EN LENGUA, PISO DE BOCA, SEGUIDOS EN ORDEN DECRECIENTE POR LABIO INFERIOR, MUCOSA BUCAL, PALADAR Y ENCÍA. LA DISEMINACIÓN PUEDE VARIAR DESDE PARCHES IRREGULARES, PEQUEÑOS, BIEN LOCALIZADOS, HASTA LESIONES DIFUSAS QUE CUBREN UNA PORCIÓN CONSIDERABLE DE LA MUCOSA BUCAL.

EN EL EXÁMEN CLÍNICO LAS PLACAS DE LEUCOPLASIA PUEDEN VARIAR DESDE UN ÁREA BLANCA, NO PALPABLE, BASTANTE TRANLÚCIDA, HASTA LESIONES INDURADAS, GRUESAS, FISURADAS, PAPILOMATOSAS. CON FRECUENCIA LA SUPERFICIE DE LA LESIÓN ESTÁ FINAMENTE ARRUGADA O DOBLADA Y SE SIENTE ÁSPERA AL PALPARLA. LAS LESIONES SON DE COLOR BLANCO, GRIS O BLANCO AMARILLENTO.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

CASI TODAS LAS AUTORIDADES, SIN IMPORTAR SUS CRITERIOS ACERCA DEL DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO DE LA LEUCOPLASIA, ESTÁN DE ACUERDO EN QUE ESTA LESIÓN REPRESENTA UNA DISPLASIA DEL EPITELIO SUPERFICIAL. (44,45.46)

SARCOMA DE KAPOSI

EL (S.K.), TAMBIÉN LLAMADO SARCOMA HEMORRÁGICO IDEOPÁTICO MÚLTIPLE DE KAPOSI, ERA UN CÁNCER BASTANTE RARO ANTES DE 1981. ESTE TUMOR DE VASOS SANGUÍNEOS SE PRESENTA COMO LESIONES MÚLTIPLES EN LA PIEL, ÓRGANOS INTERNOS Y CAVIDAD ORAL. ESTA AFECCIÓN ES UNA DE LAS PRIMERAS MANIFESTACIONES ADMITIDAS DEL SIDA, CONSTITUYE UNA DE LAS "MARCAS" COMUNES Y VISIBLES DEL TRANSTORNO.

EL ESPECTRO CLÍNICO DEL (S.K.) EN EL SIDA, ES AMPLIO Y POSIBLEMENTE REFLEJA UNA INMUNODEFICIENCIA BÁSICA DE DIVERSA GRAVEDAD. EN TÉRMINOS GENERALES, LOS PACIENTES SUFREN LESIONES MUCOCUTÁNEAS O ATAQUE LIFÁTICO, A PESAR DE QUE LAS LESIONES DEL SARCOMA PUEDEN COMENZAR EN CUALQUIER SITIO, LAS PRIMERAS SURGEN EN CARA O EN LA CAVIDAD ORAL Y SON PARTICULARMENTE COMUNES. ATACA TAMBIÉN CARA, PLANTAS DE PIES Y RARA VEZ ATACA PALMAS DE MANOS.

LAS LESIONES APARECEN EN CUALQUIER PARTE DE LA CAVIDAD BUCAL, Y SE TRATA DE NÓDULOS DE COLOR ROJIZO O CAFÉ ROJIZO QUE VARÍAN EN TAMAÑO DESDE UNOS POCOS MILÍMETROS HASTA UN CENTÍMETRO Ó MÁS DE DIÁMETRO, POR LO REGULAR SON SENSIBLES AL TACTO Ó DOLOROSOS.

SE DESCONOCE SU ETIOLOGÍA, PERO LA MAYORÍA DE LOS INVESTIGADORES CONSIDERAN QUE LA ENFERMEDAD ES DE NATURALEZA NEOPLÁSICA.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

EL PATRÓN MICROSCÓPICO DEL SARCOMA DE KAPOSI ES MUY VARIABLE, LA LESIÓN ESTÁ COMPUESTA DE VARIOS VASOS SANGUÍNEOS PEQUEÑOS DE TIPO CAPILAR, LOS CUALES PUEDEN O NO CONTENER SANGRE. CUANDO PREDOMINA

ESTE ASPECTO SE PUEDE CONFUNDIR LA LESIÓN CON UN HEMANGIOMA. EN CUALQUIER SITIO LA LESIÓN DE ESTA ENFERMEDAD PUEDE SER EXTREMADAMENTE CELULAR, CONSTAR DE MASAS PROLIFERANTES DE CÉLULAS FUSIFORMES DE ASPECTO EMBRIONARIO, DE TAMAÑO, FORMA Y APARIENCIA VARIABLE, Y MOSTRAR MITOSIS OCACIONALES, CON ENDIDURAS VASCULARES HIPERÉMICAS. ES COMÚN LA INFILTRACIÓN DE CÉLULAS INFLAMATORIAS. OTROS AUTORES HAN ENCONTRADO LA PRESENCIA DE CAMBIOS EN LAS PAREDES DE VASOS SANGUÍNEOS SIMILARES A LOS OBSERVADOS EN LA POLIARTERITIS NODOSA. (40,41,43,44,48)

XEROSTOMIA

LA XEROSTOMIA O SEQUEDAD DE LA BOCA, ES UNA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE LA DISFUNCIÓN DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES, PERO EN SI NO REPRESENTA UNA ENTIDAD PATOLÓGICA.

CLÍNICAMENTE EXISTEN TODOS LOS GRADOS DE XEROSTOMÍA. EN ALGUNOS CASOS EL PACIENTE SE QUEJA DE SENSACIÓN DE SEQUEDAD O QUEMAZÓN, PERO LA MUCOSA APARECE NORMAL. EN OTROS CASOS EXISTE CARENCIA COMPLETA DE SALIVA.

CUANDO LA DEFICIENCIA DE SALIVA ES MUY INTENSA, PUEDEN PRESENTARSE GRAVES ALTERACIONES EN LAS MUCOSAS Y EL PACIENTE SUFRIR GRAN MALESTAR. LA MUCOSA APARECERÁ SECA Y ATRÓFICA. ALGUNAS VECES INFLAMADA O, CON MAS FRECUENCIA, PÁLIDA Y TRANLÚCIDA. LA LENGUA PUEDE MANIFESTAR LA DEFICIENCIA POR ATROFIA DE LAS PÁPILAS, INFLAMACIÓN FISURACIÓN Y AGRIETAMIENTO, Y EN LOS CASOS GRAVES POR AREAS DE DENUDACIÓN. LAS ÚLCERAS DOLOROSAS, LA SENSACIÓN DE QUEMAZÓN Y

EL DOLOR DE LA MUCOSA SON SÍNTOMAS COMUNES. ADEMÁS DE LA MOLESTIA QUE CAUSA AL PACIENTE, LA XEROSTOMÍA CRÓNICA PREDISPONE A LA CARIES RAMPANTE Y A LA SUBSECUENTE PÉRDIDA DE DIENTES; LOS PACIENTES CON XEROSTOMÍA TIENEN PROBLEMAS CON LAS PRÓTESIS TOTALES. LOS APARATOS DENTALES SON BASTANTE DESAGRADABLES CUANDO ENTRAN EN CONTACTO CON LA MUCOSA SECA Y ALGUNOS PACIENTES NO LAS PUEDEN TOLERAR.

LA ETIOLOGÍA DE LA XEROSTOMÍA, ESTÁ ASOCIADA CON LA REACCIÓN EMOCIONAL, BLOQUEO DE CONDUCTO MEDIANTE CÁLCULO, INFECCIÓN AGUDA O CRÓNICA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES, O ADMINISTRACIÓN DE DIVERSOS MEDICAMENTOS.

LA PÉRDIDA DE LÍQUIDOS CORPORAL POR HEMORRAGIA, SUDORACIÓN EXCESIVA, DIARREA O VÓMITO PUEDE CONDUCIR A DISMINUCIÓN DE LA SECRECIÓN SALIVAL Y XEROSTOMÍA. LA POLIURIA, QUE CONCOMITANTE DE DIABETES SACARINA Y DIABETES INSÍPIDA, PROBABLEMENTE INFLUYE EN LA DISMINUCIÓN DE LA SECRECIÓN SALIVAL Y POR TANTO EN LA PRODUCCIÓN DE SED EN QUIENES PADECEN ESTAS ENFERMEDADES. (44,46)

CARCINOMA EPIDERMÓIDE (CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS)

EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE ES LA NEOPLASIA MAS COMÚN Y MALIGNA DE LA CAVIDAD BUCAL. AUNQUE SE PUEDE PRESENTAR EN CUALQUIER SITIO DENTRO DE LA BOCA, CIERTOS LUGARES SON AFECTADOS CON MÁS FRECUENCIA QUE OTROS.

SE SOSPECHA QUE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS EXTERNOS MÁS FRECUENTES EN EL DESARROLLO DEL CARCINOMA BUCAL SON:

- 1) TABACO
- 2) ALCOHOL
- 3) SÍFILIS
- 4) DEFICIENCIAS NUTRICIONALES
- 5) LUZ SOLAR (EN CASO DE CÁNCER LABIAL)
- 6) DIVERSOS FACTORES QUE INCLUYEN CALOR (EN PARTICULAR EL PROVENIENTE DE LA BOQUILLA DE LA PIPA EN EL CASO DE CÁNCER DE LABIO)
- 7) TRAUMATISMO
- 8) SEPSIS E IRRITACIÓN POR BORDES AFILADOS DE LOS DIENTES O DE LAS PRÓTESIS.

GENERALMENTE, EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE EN LA CAVIDAD BUCAL APARECE EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS DE LA VIDA. SIN EMBARGO SE HA ENCONTRADO EN TODAS LAS EDADES, INCLUSO EN NIÑOS. RECIENTEMENTE SE HA ENCONTRADO QUE EN PERSONAS CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, ESTE CÁNCER SE DESARROLLA CON MAYOR FRECUENCIA QUE EN POBLACIÓN GENERAL.

ASPECTOS HISTOLÓGICOS

EN LOS CARCINOMAS EPIDERMÓIDES INTRABUCALES SE PRESENTA UNA CONSIDERABLE VARIACIÓN HISTOLÓGICA, AUNQUE EN GENERAL TIENDEN A SER -- NEOPLASIAS MODERADAMENTE BIEN DIFERENCIADAS QUE PRESENTAN ALGUNA QUERATINIZACIÓN. APARECEN LESIONES MUY ANAPLÁSICAS, PERO SON POCO FRECUENTES; ADEMÁS, TIENDEN A FORMAR METÁSTASIS TEMPRANA Y EN FORMA EXTENSA QUE CAUSA LA MUERTE CON RAPIDEZ. EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE BIEN DIFERENCIADO ESTÁ COMPUESTO DE LÁMINAS Y NIDOS DE CÉLULAS

LAS CON ORIGEN EN EL EPITELIO ESCAMOSO. POR LO GENERAL, ESTAS CÉLULAS SON GRANDES Y MUESTRAN UNA MEMBRANA CELULAR DISTINTA, AUNQUE CON FRECUENCIA NO SE PUEDE DEMOSTRAR LA PRESENCIA DE PUENTES INTRACELULARES O TONOFIBRILLAS, LOS NÚCLEOS DE LAS CÉLULAS NEOPLÁSICAS SON GRANDES Y DEMUESTRAN UNA GRAN CAPACIDAD DE VARIABILIDAD EN LA INTENSIDAD DE LA REACCIÓN DE COLORACIÓN.

EN LAS LESIONES BIEN DIFERENCIADAS SE ENCUENTRAN MITOSIS, PERO NO MUY NUMEROSAS.

UNO DE LOS ASPECTOS MÁS CARACTERÍSTICOS DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE BIEN DIFERENCIADO ES LA PRESENCIA DE QUERATINIZACIÓN INDIVIDUAL DE LA CÉLULA Y LA FORMACIÓN DE NUMEROSAS PERLAS DE TAMAÑO VARIABLE DE QUERATINA O EPITELIALES. EN UNA LESIÓN TÍPICA SE ENCUENTRAN GRUPOS DE CÉLULAS MALIGNAS QUE INVADEN ACTIVAMENTE EL TEJIDO CONECTIVO EN UN PATRÓN CAPRICHOSO.

LOS CARCINOMAS EPIDERMÓIDES MENOS DIFERENCIADOS PIERDEN CIERTAS CARACTERÍSTICAS, DE MANERA QUE SU SEMEJANZA CON EL EPITELIO ESCAMOSO MENOS NOTABLE. LA FORMA CARACTERÍSTICA DE LAS CÉLULAS PUEDE ESTAR ALTERADA, ASÍ COMO SU ORDENAMIENTO RESPECTO UNA DE OTRA. EL GRADO DE CRECIMIENTO DE LAS CÉLULAS INDIVIDUALES ES MÁS RÁPIDO, Y ESTO SE REFLEJA EN MAYOR NÚMERO DE MITOSIS, EN LA GRAN VARIEDAD DE TAMAÑO, FORMA Y REACCIÓN A LA COLORACIÓN, Y EN EL FRACASO PARA LLEVAR A CABO LA FUNCIÓN DE UNA CÉLULA ESCAMOSA DIFERENCIADA: LA FORMACIÓN DE QUERATINA.

LOS CARCINOMAS MAL DIFERENCIADOS GUARDAN POCAS DIFERENCIAS CON SUS

CÉLULAS DE ORIGEN Y A MENUDO PRESENTAN DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO POR SU ASPECTO HISTOLÓGICO PRIMITIVO Y NO CARACTERÍSTICO DE LAS CÉLULAS MALIGNAS QUE SE DIVIDEN CON RAPIDEZ. ESTAS CÉLULAS -- MUESTRAN UNA CARENCIA AÚN MAYOR DE COHESIVIDAD Y SON EN EXTREMO -- CAPRICIOSAS.

LAS METÁSTASIS PROVENIENTES DEL CARCINOMA INTRABUCAL EN DIFERENTES SITIOS AFECTA PRINCIPALMENTE LOS GÁNGLIOS LINFÁTICOS SUBMAXILARES Y CERVICALES SUPERFICIALES Y PROFUNDOS. EN OCACIONES PUEDEN AFECTARSE OTROS GÁNGLIOS, COMO EL SUBMENTAL, EL PREAURICULAR Y EL POSAURICULAR, ADEMÁS DEL SUPRACLAVICULAR. (44,46)

HERPES SIMPLE

DE LAS INFECCIONES VIRALES LA MÁS COMÚN ES EL HERPES SIMPLE GENITAL, PERIANAL Y ORAL. (54) LOS EPISODIOS RECURRENTES SON FRECUENTES, DE LARGA DURACIÓN, DEJANDO ULCERACIONES SUPERFICIALES QUE SE EXTIENDEN HACIA LA PERIFERIA DE LA LESIÓN.

HABITUALMENTE HAY DISEMINACIÓN VIRAL, CUTÁNEA, ARTRITIS Y TROMBOCITOPENIA. EN LOS CASOS DE SIDA, LAS LESIONES SON MÁS SEVERAS Y -- SE REPITEN MÁS A MENUDO. EL PRONÓSTICO ES GRAVE. (50,51,52,55,8)

HERPES ZOSTER

ES UNA ENFERMEDAD VIRAL GRAVE, HA SIDO CONSIDERADO COMO UN MARCADOR DE MAL PRONÓSTICO EN EL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH. (54) SU EVOLUCIÓN CLÍNICA ES PROLONGADA Y EN OCACIONES CON DISEMINACIÓN DE LAS LESIONES.

ESTA LESIÓN ES COMÚN ENCONTRARLA EN PACIENTES QUE RECIBEN TRATA--

MIENTO PARA LINFOMA O LEUCEMIA, TAMBIÉN LO PADECEN PACIENTES TRATADOS CON MEDICAMENTOS INMUNOSUPRESORES Y ÚLTIMAMENTE SE HA OBSERVADO EN PACIENTES INMUNODEFICIENTES. (50,53,55)

VARICELA ZOSTER

LA VARICELA ES UNA ENFERMEDAD VIRAL AGUDA, QUE POR LO REGULAR SE PRESENTA EN LOS NIÑOS, CON UN PERIODO DE INCUBACIÓN DE APROXIMADAMENTE DOS SEMANAS, EL VIRUS ES EL MISMO QUE CAUSA EL HERPES ZOSTER, Y LAS LESIONES DE LAS DOS ENFERMEDADES TIENEN MUCHOS ASPECTOS EN COMÚN. LA RELACIÓN ENTRE AMBAS SE ESTUDIA BAJO EL TÍTULO DE HERPES ZOSTER.

LA ENFERMEDAD SE CARACTERIZA POR LA PRESENCIA PRODROMAL DE DOLOR DE CABEZA, NASOFARINGITIS Y ANOREXIA, SEGUIDOS POR ERUPCIONES CUTÁNEAS MACULOPAPULARES O VESICULARES Y FEBRÍCULA. ESTAS ERUPCIONES EMPIEZAN EN EL TRONCO Y SE EXTIENDEN HASTA AFECTAR LA CARA Y LAS EXTREMIDADES.

LAS LESIONES CUTANEAS SE ROMPEN, FORMAN UNA COSTRA SUPERFICIAL Y SANAN POR DESCAMACIÓN. EN OCACIONES, LA INFECCIÓN SECUNDARIA DE LAS VESÍCULAS DA COMO RESULTADO LA FORMACIÓN DE PÚSTULAS QUE PUEDEN DEJAR DE SANAR PEQUEÑAS CICATRICES EN FORMA DE ROSETAS.

LAS PEQUEÑAS LESIONES PARECIDAS A ASTAS EN OCACIONES AFECTAN LA MUCOSA BUCAL, PRINCIPALMENTE LA VESTIBULAR, LENGUA, ENCÍA Y PALADAR, ASÍ COMO A LA MUCOSA DE LA FARINGE. LAS LESIONES MUCOSALES, QUE INICIALMENTE SON VESÍCULAS LIGERAMENTE ELEVADAS CON UN ERITEMA QUE LAS RODEA, SE ROMPEN DESPUÉS DE FORMARSE Y PRESENTAN PEQUE

ÑAS ULCERAS EROSIONADAS CON UN MARGEN ROJIZO, QUE SE ASEMEJAN MUCHO A LESIONES AFTOSAS.

LA VÁRICELA ZOSTER SUELEN MANIFESTARLA ALGUNOS PACIENTES CON SIDA. EN ESTOS, EL PADECIMIENTO TIENE UN CURSO GRAVE, SEMEJANTE AL --- OBSERVADO EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS, ENCONTRÁNDOSE LESIONES - EN TODOS LOS ESTADIOS DE EVOLUCIÓN (PÁPULAS, VESÍCULAS, CICATRICES) ADEMÁS LA PRESENCIA DE ÚLCERAS SUPERFICIALES, CUBIERTAS POR COSTRAS HEMÁTICAS, DE VARIOS CENTÍMETROS DE DIÁMETRO QUE SE EX-- TIENDEN SUPERFICIALMENTE, SEMEJANTES A LAS VISTAS EN EL HERPES -- SIMPLE PERIANAL. (52,54,55,44)

Capítulo 6

Medidas preventivas para evitar el contagio del VIH dentro del consultorio dental.

EN ESTE CAPÍTULO SE ENUMERAN VARIOS MÉTODOS CON LOS CUALES PODE--
MOS PREVENIRNOS Y PREVENIR A NUESTROS PACIENTES DE CONTRAER EL --
VIH, DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL.

EL RIESGO DE QUE NOSOTROS PODAMOS CONTAGIARNOS CON EL VIH POR ---
ATENDER A UN PACIENTE INFECTADO ES MUY BAJO, SIN EMBARGO EXISTE;
PUEDE SER NULO SI SE TOMAN LAS DEBIDAS PRECAUCIONES. (73)

CON OBJETO DE MINIMIZAR ESTE LIGERO RIESGO, DEBEMOS EVITAR QUE --
PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS ENTREN EN CONTACTO CON SANGRE U OTRO HU--
MOR ORGÁNICO DE PERSONAS INFECTADAS CON EL VIRUS. (56,57)

PARA EVITAR QUE ALGUNO DE NUESTROS PACIENTES ADQUIERA EL VIRUS DE
BEMOS TENER CUIDADO DE ESTERILIZAR EL INSTRUMENTAL CORRECTAMENTE,
ESPECIALMENTE AQUEL QUE HA TENIDO CONTACTO DIRECTO CON SANGRE. --
HAY QUE RECORDAR QUE LA ÚNICA ARMA QUE SE TIENE HASTA LA FECHA -
CONTRA EL VIH, ES LA PREVENCIÓN. (74,75)

A CONTINUACIÓN SE ENUMERAN LAS MEDIDAS PARA PREVENIR LA TRANSMI--
SIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA ESTABLECIDAS POR LA --
OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD) Y US CDC (CENTROS PARA EL
CONTROL DE ENFERMEDADES DE E.E.U.U.).

1. SE RECOMIENDA AL CIRUJANO DENTISTA USAR GUAOTES DE LATEX AL --
EXAMINAR LESIONES ORALES Y DURANTE LA PRÁCTICA CON UN PACIENTE
SEROPOSITIVO, YA QUE LA PIEL ES UNA SUPERFICIE SUMAMENTE COM--
PLEJA Y SU ESTERILIZACIÓN NO ES FÁCIL. UN GUAOTE DE HULE, EN -
CAMBIO SE ELIMINA FÁCILMENTE. (60.61.62)

EL CRITERIO CENTRAL PARA SELECCIONAR UN GUANTE DEBERA SER, PORSU-
PUESTO LA COMODIDAD A LA HORA DE TRABAJAR, YA QUE HAY PÉRDIDA DE
SENSIBILIDAD TÁCTIL QUE PUEDE ERIGIRSE EN UNA RAZÓN DE PESO PARA
MUCHOS PROFESIONISTAS.

IGUALMENTE, ES POSIBLE QUE ALGUNOS INSTRUMENTOS SE ENGANCHEN EN -
LA SUPERFICIE DEL GUANTE (SI HAY PERFORACIÓN, HAY QUE CAMBIARLO -
DE INMEDIATO), O DE QUE FORMEN PLIEGUES Y ARRUGAS QUE IMPIDAN ---
ASIR CON SEGURIDAD LOS MANGOS. CUANDO SE EMPLEAN OTROS INSTRUMEN-
TOS DE HULE, COMO EL DIGUE, LA PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD SE ACENTÚA
Y AVECES EL GUANTE QUEDA ENGANCHADO EN EL SOPORTE EN LUGAR DEL DI
QUE.

ESTOS ASPECTOS PUEDEN AMINORARSE UN POCO EMPLEANDO TALCO EN LA SU-
PERFICIE INTERNA DE LOS GUANTES. DICHO PRODUCTO TAMBIÉN SIRVE PA-
RA ABSORBER UN POCO LA SUDORACIÓN DE LA MANO QUE ES UNO DE LOS --
PRINCIPALES FACTORES DE INCOMODIDAD.

NO OBSTANTE EXISTEN FACTORES COMPENSATORIOS: YA NO SON NECESARIOS
LOS LAVADOS ESCRUPULOSOS DE MANOS PARA QUITAR LA SANGRE DE LAS --
ANFRACTUOSIDADES DE LA PIEL.

LAS VENTAJAS SON, PUES, CONSIDERABLES Y LAS DESVENTAJAS NO PARE--
CEN SER INSALVABLES, ESPECIALMENTE DESPUÉS DE UN CIERTO TIEMPO DE
ADAPTACIÓN A LA NUEVA SUPERFICIE.

LA SUPERFICIE DE LA PIEL ES TAN DIFÍCIL DE ESTERILIZAR QUE, SIN -
GUANTES, SE ESTARÁ CREANDO UN AUTÉNTICO RESERVORIO DE FUENTES DE
CONTAGIO. (63)

2. UTILIZAR GAFAS PROTECTORAS, PARA EVITAR EL CONTACTO CON MUCOSAS DE OJOS. (48,56-57)
3. USAR CUBREBOCAS SOBRE NARÍZ Y BOCA, PARA EVITAR EL CONTACTO -- CON MEMBRANAS MUCOSAS. (48,56,57,60,61,62)
4. CUBRIR CON PLÁSTICO LAS SUPERFICIES QUE SON DIFÍCILES E IMPOSIBLES DE DESINFECTAR COMO LOS RX Y LAS UNIDADES DENTALES, REEMPLAZÁNDOLO CON MATERIAL LIMPIO ENTRE PACIENTE Y PACIENTE. (61)
5. USAR DIQUE DE HULE Y TRATAR DE PRODUCIR EL MÍNIMO SPRAY CUANDO SE UTILIZAN TÉCNICAS CON ALTA VELOCIDAD. (48,61)
6. LOS INSTRUMENTOS QUE CONTENGAN AGUA, COMO PIEZA DE MANO, JERINGAS DE AGUA O APARATOS ULTRASÓNICOS, SE LIMPIARÁN DE LA SIGUIENTE FORMA: LABARSE CON AGUA Y JABÓN PARA RETIRAR TODO EL MATERIAL ADHERIDO; POSTERIORMENTE, SE LIMPIARÁN CON MATERIAL ABSORBENTE EMPAPADO CON LÍQUIDO MICOBACTERICIDA SIGUIENDO LAS INDICACIONES DE DILUCIÓN Y TIEMPO DE CONTACTO ACONSEJADOS POR EL FABRICANTE. FINALMENTE LOS RESIDUOS QUÍMICOS DEBERÁN REMOVERSE CON AGUA ESTÉRIL. (66)

DEBIDO A QUE LAS VÁLVULAS DE AGUA DE LAS UNIDADES DENTALES, PUEDEN ASPIRAR MATERIAL INFECTANTE HACIA EL MANGO Y LA LÍNEA DE AGUA, DEBERÁN INSTALARSE VÁLVULAS DE SEGURIDAD PARA REDUCIR ESTE RIESGO.

A PESAR DE QUE SE DESCONOCE EL RIESGO DE TRANSMISIÓN POR ESTA VÍA, SE RECOMIENDA QUE EN ESTE INSTRUMENTAL SE DEJE CORRER EL AGUA POR 20-30 SEGUNDOS, DESPUÉS DE CADA PACIENTE CON EL FIN DE DESECHAR -

EL MATERIAL QUE PUDIERA HABERSE ASPIRADO.

7. DEBE PROCURARSE UTILIZAR INSTRUMENTOS DESECHABLES ADECUADOS -- SIEMPRE QUE SEA CONVENIENTE, COMO AGUJAS HIPODÉRMICAS, BISTURIES, ABATELENGUAS, SERVILLETAS, EYECTORES, VASOS, CUBIERTAS -- PARA LA CABEZA, CUBREBOCAS, ETC. ESTE MATERIAL DEBE INCINERARSE Y TIRARLO A LA BASURA MARCÁNDOLO CON UN LETRERO QUE DIGA -- "ESPECIAL PRECAUCION" O "POTENCIALMENTE INFECTANTE".
8. TENER CUIDADO EN EL TRANSOPERATORIO, PARA EVITAR HERIDAS ACCIDENTALES CON EL INSTRUMENTAL QUE SE ESTÁ UTILIZANDO. (68)
9. UTILIZAR AGUJAS ESTÉRILES DESECHABLES. ESTAS DEBEN SER CONSIDERADAS COMO INFECCIOSOS POTENCIALES, POR TANTO DEBERÁN SER MANEJADOS CON EXTRAORDINARIO CUIDADO, ESPECIALMENTE EN EL MOMENTO DE REENCAPUCHAR LA AGUJA, PUES ES ENTONCES CUANDO HAY MAYOR -- RIESGO DE SUFRIR UN PINCHAZO.

PARA EFECTOS DE REDUCIR LAS LESIONES PROVOCADAS POR PINCHAZOS DE AGUJAS, SE RECOMIENDA NO REENCAPUCHARLAS DESPUÉS DE SU USO, Y DISPONER DE ELLAS EN RECIPIENTES ESPECIALES.

10. LAS AGUJAS E INSTRUMENTOS FILOSOS DEBEN DEPOSITARSE EN UN RECIPIENTE RÍGIDO E IRROMPIBLE DE PLÁSTICO DURO Ó VIDRIO PARA SU -- DESTRUCCIÓN, QUE PODRÍA CONTENER UNA SOLUCIÓN DE HIPOCLORITO -- DE SODIO AL 1%. (48,56,60,61,62)
11. UNA VEZ TERMINADA LA SESIÓN, CON LOS GUANTES PUESTOS EL CIRUJA NO DEBERÁ LAVARSE LAS MANOS CON AGUA Y JABÓN Y DESINFECTARSE --

CON ALCOHOL ETÍLICO AL 70% Y ENSEGUIDA REPETIR EL LAVADO Y ---
DESINFECCIÓN SIN GUANTES. (48,59,62,60,61)

11. EL PERSONAL CON HERIDAS O ENFERMEDADES DE LA PIEL, INMUNODEPRE-
SIÓN O EMBARAZO DEBEN EVITAR EL CONTACTO CON PACIENTES SEROPO-
SITIVOS. (59)

12. EL INSTRUMENTAL UTILIZADO QUE ESTUVO EN CONTACTO CON CAVIDAD -
ORAL Y SANGRE DEL PACIENTE DEBERÁ CONSIDERARSE CONTAMINADO Y -
POR LO TANTO HAY QUE MANIPULARLOS CON CUIDADO.

HAY QUE SUMERGIRLOS DURANTE UN MÍNIMO DE 30 MINUTOS EN UNA SO-
LUCIÓN DE HIPOCLORITO DE SODIO AL 1% ANTES DE LAVARLOS CON JA-
BÓN O DETERGENTE Y AGUA.

NOTA: PERIODOS MAS PROLONGADOS DE DESCONTAMINACIÓN CON HIPOCLQ
RITO DE SODIO PUEDEN DAR LUGAR A CORROSIÓN DE LOS INSTRU
MENTOS.
ESTA SOLUCIÓN DEBERÁ RENOVARSE CADA 24 HRS. (57,61)

13. LAS PERSONAS ENCARGASAS DE LA LIMPIEZA Y DESCONTAMINACIÓN DE -
INSTRUMENTOS DEBERÁN USAR GUANTES Y BATAS GRUESAS.

14. EN CUANTO A ESTERILIZACIÓN, DEBERÁ UTILIZARSE UNA TÉCNICA ADE-
CUADA PARA ESTERILIZAR INSTRUMENTOS, MATERIALES Y EQUIPO QUE -
NO SEA DESECHABLE (63) (VER CUADRO 1), A CONTINUACIÓN SE DES--
GRIBEN LOS DIVERSOS MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN PARA EL INSTRU--
MENTAL DENTAL:

- A) ESTERILIZACIÓN POR CALOR SECO. LOS INSTRUMENTOS LIMPIOS SE MANTIENEN EN UN HORNO CERRADO A 160°C , DURANTE UNA HORA - POR LO MENOS, O A 180°C , MEDIA HORA COMO MÍNIMO.
- B) ESTERILIZACIÓN POR CALOR HÚMEDO (VAPOR). EL INSTRUMENTAL - DEBE SOMETERSE A VAPOR A 121°C BAJO PRESIÓN DE UN BAR, -- POR 20 MINUTOS O A 134°C A 2 BAR, DURANTE 10 MINUTOS.
- C) ESTERILIZACIÓN QUÍMICA. CONSISTE EN SUMERGIR LOS INSTRUMENTOS 1 LIMPIO Y SECOS EN SOLUCIONES QUÍMICAS ESTERILIZANTES POR UN TIEMPO PREDETERMINADO.
- D) LA DESINFECCIÓN DEL INSTRUMENTAL PUEDE HACERSE POR INMERSIÓN EN AGUA HIRVIENTE (93°C - 100°C), DE 15 A 30 MINUTOS. (64)
15. UNA VEZ ESTERILIZADO EL INSTRUMENTAL, DEBE SEPARARSE POR JUEGOS SEGÚN SU USO (EQUIPO BÁSICO, DE OBTURACIÓN, DE PROFILAXIS, ETC) Y ALMACENARSE EN CAJAS CERRADAS O BOLSAS DE PLÁSTICO, PARA MANTENERLO ESTÉRIL. (59,64)
16. DE PREFERENCIA TRATAR A ÉSTE TIPO DE PACIENTES AL FINAL DE LA JORNADA, PARA EVITAR INTERRUPCIONES EN LA RUTINA DEL CONSULTORIO Y PARA TENER UN POSOPERATORIO EN EL QUE PUEDA DESINFECTAR SE APROPIADAMENTE. (60.61)
17. EN EL CASO DE MANDAR TRABAJOS AL LABORATORIO, DEBERÁN DESINFECTARSE ANTES DE ENVIARLOS. (65)

MÉTODOS PARA ESTERILIZAR EL INSTRUMENTAL Y EQUIPO DENTAL

CUADRO 1

Materiales	Auto-clava	Esterilizador	Soluciones	Oxido de Etileno
-Instrumentos generales de mano acero inoxidable acero al carbón	1 3	1 1	1 1	2 2
-Espejos	2	1	1	2
-Fresas acero inoxidable acero al carbón carburo de tungsteno	2 3 2	1 1 1	1 1 2	2 2 2
-Piedras diamante para pulir para afilar	2 1 2	1 2 1	1 1 2	2 2 2
-Copas y discos para pulir de hule granate y corte trapo y manta	2 4 1	4 3 2	3 3 2	2 2 2
-Equipos con hule grapas carburo de acero grapas acero inoxidable sobrebocas arco de plástico arco de metal	3 1 3 3 1	1 1 1 4 1	1 1 1 4 1	2 2 2 2 2
-Cucharillas para impresiones aluminio, plata-cromo uso en resinas acrílicas plástico (descártense)	1 4 4	1 4 4	1 4 4	2 2 2
-Cucharillas para aplicar fluor plástico para calor plástico común	1 4	4 4	3 4	2 2
-Pinzas y alicatas para ortodoncia acero inoxidable a.c. acero inoxidable b.c. con plástico	1 4 4	1 1 4	1 1 3	2 2 1
-Instrumentos de endodoncia ensanchadores, limas, grapas, en general de acero inoxidable no de acero inoxidable acero inoxidable y plástico	1 4 3	1 1 3	1 1 3	1 1 1
-Condensadores-empacador	1	1	1	2
-Losetas de vidrio	1	2	1	2
-Charolas de instrumental	1	2	1	2
-Piezas de mano alta velocidad baja velocidad contraángulo brazo de violín	3 3 4 2	3 3 4 2	3 3 4 2	2 2 2 2
-Equipo de rayos X portapeliculas de plástico y auxiliares	3	4	4	2
-Instrumental quirúrgico	1	1	2	2
-Equipo de ultrasonido	2	4	4	2
-Electrocirugía	4	4	4	4
-Agujas (desechables)	4	4	4	4

1. Método indicado de preferencia con un riesgo mínimo de daño

2. Indica que los materiales sufrieron un riesgo mínimo de daño

3. El tratamiento usualmente no es el adecuado, puede causar daño a los materiales, la calidad del material debe ser evaluada

TODAS LAS PRECAUCIONES ANTERIORES SON BASICAS, Y MUCHAS DE ELLAS DEBERÁN LLEVARSE A CABO RUTINARIAMENTE, NO SOLO CUANDO SE ATIENDAN PACIENTES SOSPECHOSOS O CON SIDA, YA QUE NO ES POSIBLE SABER SI UN PACIENTE AL QUE SE ATIENDE PADECE SIDA SIN QUE EL LO SEPA, PUDIENDO CONTAMINAR AL ODONTOLOGO Y ESTE A SU VEZ CONTAMINAR A OTROS PACIENTES.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE.

EN CASO DE CONTACTO ACCIDENTAL CON SANGRE DE UN PACIENTE INFECTADO EN PIEL CON LACERACIONES MUCOSAS O A TRAVÉS DE UN PINCHAZO O CORTADURA, DEBERÁ EXPRESARSE RÁPIDAMENTE LA HERIDA Y LAVARSE BIEN CON AGUA Y JABÓN, APLICANDO DESPUÉS ALCOHOL ETÍCO AL 70%, A TEMPERATURA AMBIENTE. ES CONVENIENTE QUE SE REALICEN ANÁLISIS HEMATOLÓGICOS PERIÓDICOS, CON EL FIN DE VERIFICAR SI HA CONTRAÍDO LA INFECCIÓN. (56,58)

Conclusiones

EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA), NO SE CONOCÍA --- PRÁCTICAMENTE SINO HASTA FINES DE LA DÉCADA DE LOS SETENTAS, QUE FUÉ CUANDO SE REGISTRARON LOS PRIMEROS CASOS CLÍNICOS. HOY EN DÍA HA ADQUIRIDO PROPORCIONES EPIDÉMICAS.

ESTA ENFERMEDAD PARECE TRANSMITIRSE LA MAYOR PARTE DE LAS VECES - POR CONTACTO SEXUAL, AGUJAS HIPODÉRMICAS, TRANSFUSIONES DE SANGRE O SUS DERIVADOS; NO PARECE HACERLO POR VÍA AEREA NI POR CONTACTO OCASIONAL CON ENFERMOS DE SIDA.

ESTA EPIDEMIA HA OCASIONADO UNA CONSIDERABLE PREOCUPACIÓN POR SU PROGRESIÓN QUE HA REBASADO YA A GRUPOS ESPECÍFICOS DE LA POBLA--- CIÓN, COMO LOS HOMOSEXUALES. ESTO, COMO DEBE RESULTAR COMPRESI--- BLE, LE PLANTEA AL ODONTÓLOGO UNA INQUIETUD CONSIDERABLE PORQUE, - POR LA NATURALEZA MISMA DE SU TRABAJO, SE EXPONE AL CONTAGIO EN - MAYOR MEDIDA QUE LA DEMÁS POBLACIÓN. ES POR ESTO QUE LOS ODONTÓ--- LOGOS DEBEN ESMERARSE EN AMPLIAR SUS PRECAUCIONES AL ATENDER A -- SUS PACIENTES Y ASÍ EVITAR TODA POSIBLE CONTAMINACIÓN, NO SÓLO DE SIDA SINO DE CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA. HAY QUE RECONRDAR QUE HASTA QUE NO SE ENCUENTRE UNA VACUNA O FÁRMACO EFI--- CÁZ CONTRA EL SIDA, ESTA ENFERMEDAD SEGUIRÁ SIENDO UN PELIGRO LA--- TENTE.

DE MODO QUE LA RESPONSABILIDAD DEL ODONTÓLOGO ANTE EL PACIENTE -- CON SIDA, O ANTE TODOS AQUELLOS QUE PRESENTAN ALCUNA SEÑAL DE LA ENFERMEDAD, ES DOBLE; POR UNA PARTE, ESTOS ENFERMOS REQUIEREN A--- TENCIÓN ODONTOLÓGICA, COMO CUALQUIER OTRO SER HUMANO, Y ÉSTA NO -

PUEDE SER NEGADA EN NOMBRE DE LA SEGURIDAD PERSONAL DEL PROFESIONISTA; SEGUNDO, EL ODONTOLOGO TIENE UNA FUNCIÓN CLARA EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL MAL, QUE PODRÍA REDUNDAR EN VENTAJAS IMPORTANTES PARA SU TRATAMIENTO, SOBRE TODO SI SE DESARROLLAN FAVORABLEMENTE ALGUNAS INVESTIGACIONES QUE SE HALLAN EN CURSO Y QUE PROMETEN HALLAZGOS FAVORABLES EN UN CORTO PLAZO.

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

- 1) SSA; EPIDEMIOLOGIA
100 PREGUNTAS DEL AIDS.
ALGUNAS DE LAS ENFERMEDADES OPORTUNISTAS QUE ATACAN A LOS EN--
FERMOS DE SIDA: P. 10
- 2) GOTTLIEB, M.S.
"ASPECTOS INMUNITARIOS DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUI-
RIDA Y RELACION CON LA HOMOSEXUALIDAD DEL VARON":
EN CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA (SIDA Y OTROS PROBLEMAS ME-
DICOS EN EL VARON HOMOSEXUAL).
VOL. 3; P.P. 691-702
(1986)
- 3) DANIELS, G.V., "SIDA (SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA)"
EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
P.P. 1-137
1985
- 4) INTERFACE 24
SIDA: GRAN PUNTO DE INTERROGACION.
CIENCIA Y TECNOLOGIA DE FRANCIA.
VOL. P.P. 5-11
NOV. 1987
- 5) SSA Y CONASIDA
CARACTERISTICAS DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.
"SIDA; SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (BOLETIN MEN---
SUAL)".
AÑO 1 (7): 128-133
1987
- 6) MARCEL, B
"EL OTRO VIRUS DEL SIDA"
MUNDO CIENTÍFICO
(63); 1122-1124
1986

- 7) OMS
 "INFECCIONES OPORTUNISTAS RELACIONADAS CON EL SIDA"
 POPULATION REPORTS
 SERIE L. (6); L-9
 1987
- 8) CABALLERO M. A.
 SIDA: PROBLEMA DE TODOS
 REVISTA DEL CONSUMIDOR
 VOL. 123; 11-16
 1987
- 9) O.S.P., "PARTICIPACIÓN DE LA FEDERACIÓN DENTAL INTERNACIONAL -
 EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA", BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA -
 PANAMERICANA.
 VOL. 103 (4): P.P. 387-388
 (1987)
- 10) PONCE L.R.S.; SIERRA M.J. Y RUIZ P.G.
 "EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN MÉXICO; BASES -
 PARA SU PREVENCIÓN Y CONTROL", SALUD PÚBLICA DE MÉXICO.
 VOL. 28 (4): P.P. 380- 383
- 11) O.M.S., "EPIDEMIOLOGÍA", POPULATION REPORTS.
 SERIE L (6): P.P. 2-6
 (1987)
- 12) SSA Y CONASIDA, "DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE SIDA EN AMÉRICA 1987",
 BOLETÍN MENSUAL SIDA,
 AÑO 2 (1-2): P. 219
 (1988)
- 13) SSA Y CONASIDA, "SITUACIÓN DEL SIDA EN MÉXICO".
 BOLETÍN MENSUAL SIDA
 AÑO 1 (3): P. 55
 (1987)
- 14) SSA Y CONASIDA, "SITUACIÓN DEL SIDA EN MÉXICO HASTA EL 10. DE
 JUNIO DE 1988", BOLETÍN MENSUAL DEL SIDA,
 AÑO 2 (6): 322-330
 1988

- 15) JOSÉ M. MARCO Y GARCÍA S.F.C.
ASPECTOS ÉTICOS EN LA TRANSMISIÓN DEL SIDA.
ARTÍCULO EN REVISIÓN PARA EDICIÓN.
- 16) GARIBALDI, A.F.
"TRANSMISIÓN DE HEPATITIS B Y SIDA".
MUNDO CIENTIFICO,
VOL. 14 (159) : 35-8
1987.
- 17) KENNET, G.C; HARDY, M.A. Y CURRAN, W.J.
"SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA:
SIDA EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO".
CLÍNICAS MÉDICAS DE NORTEAMÉRICA
1986 (3): 675-690.
- 18) ORRANTIA, G.R.D.
"INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SU
RIESGO PERINATAL".
INFECTOLOGÍA
Año 7 (5); 199-300
1987.
- 19) EL SIDA: TRANSMISIÓN Y RIESGO PERINATAL
INFECTOLOGÍA
AÑO 7 (11): 511-512
1987.
- 20) OMS.
"EL SIDA: UNA CRISIS DE SALUD PÚBLICA; TRANSMISIÓN".
POPULATION REPORTS.
SERIE L (6): L11-15
1987
- 21) NAJERA F; HERRERA M. I.
"BIOLOGÍA DEL VIRUS DEL SIDA".
SALUD MUNDIAL.
MARZO 1988: P.P. 10-11

- 22) OPS
 "TRANSMISIÓN HETEROSEXUAL DEL SIDA",
 BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA,
 VOL. 104 (1): P. 63
 1988.
- 23) MORAN S.C.; MOGUEL M.J.L.; III ESCAS R.R. Y MAGAÑA G.F.
 "MANIFESTACIONES ORALES DEL SIDA: INFORME DE UN CASO",
 PRÁCTICA ODONTOLÓGICA,
 VOL. 8 (8); 19-28
 1987
- 24) AGUILAR, RUBIO MA.
 "ENFERMEDAD SIN PASADO: ¿ASESINO DEL FUTURO?"
 INFORMACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA,
 VOL. 9 (128): 5-7
 1987.
- 25) ASOCIACIÓN MEXICANA DE ESTUDIOS PARA LA DEFENSA DEL CONSUMI---
 DOR A-C
 "TODO LO QUE USTED DEBE SABER ACERCA DEL SIDA"
 GUIA DEL CONSUMIDOR
 VOL. 16 (178): 3-19
 1987.
- 26) CENTERS FOR DIASEASE CONTROL.
 "CLASSIFICATION SYSTEM FOR HUMAN T-LYMPHOTROPIC VIRUS TYPE III
 LÍMPHADENOPATHY- ASSOCIATED VIRUS INFECTIONS"
 MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT
 VOL. 35 (20); 335-339
 MAY 23 1986.
- 27) PRICE R.W; BRUCE B, J. S; ROSENBLUM, A.C.; SCHEK, P.C.
 "THE BRAIN IN AIDS; CENTRAL NERVOUS SYSTEM
 HIV-1 INFECTION AND AIDS DEMENTIA COMPLEX"
 SCIENCE
 VOL. 239 (5 FEB.)
 1988

- 28) GARCIA- TSAS G.
"MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES EN EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)".
VOL. MENSUAL SIDA
AÑO 2 (7); 366-369
1988
- 29) EPIDEMIOLOGÍA Y CONASIDA
MEDIDAS DE INTERVENCIÓN ADOPTADOS EN EL SECTOR SALUD
(NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE CASOS DE SIDA)
BOL. MENSUAL DE SIDA.
AÑO 1 (1):
1987.
- 30) EPIDEMIOLOGÍA Y CONASIDA
LABORATORIO DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS DE LA S.S.A.
BOL. MENSUAL DE SIDA.
AÑO 1 (10) · 209-210
1987.
- 31) CENTERS FOR DISEASE CONTROL
"1987 REVISION OF CASE DEFINITION FOR AIDS FOR SURVEILLANCE PURPOSES".
MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT.
VOL. 36 (1 "s"); 4 "s" - 5 "s"
AGOSTO 14, 1987
- 32) GALLO, R.C.; SHEARER, G.M.; KAPLAN, M.; HAYNES B.F.; REDFIELD R.; CLESKED; SAFAI B; WHITE G Y MARKHAN P.D.
"FRAQUENT DETECTION AND ISOLATION, OF CYTOPATHIC, RETROVIRUSES (H1LV-III) FROM PATIENTS WITH AIDS AND AT RISK FOR AIDS".
SCIENCE
VOL. 224; 500-502
1984.
- 33) GROOPMAN, J.E.; SALAHUDDIN S2; MULLINS J.I.; SULLIVAN J.; MULLER C; HAVERKOS H; RIEDEL N; ESSEX M. Y GALLO R.C.
"VIROLOGÍA STUDIES IN A CASE OF TRANSFUSION-ASSOCIATED AIDS"
THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE
VOL. 311 (22); 1419-1422
1984.

- 34) DE VITA V.T; HELLMANS Y ROSEBERG S.A.
"SIDA (ETIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN)"
SALVAT EDITORES S.A.
1-327
1985.
- 35) SCHUPBACH J; GILDEN R.V; SARNAADHARAN MC; Y GALLO R.C.
"SEROLOGICAL ANALISIS DE SUBGRUPO OF HUMAN T-HYMPHOTROPIC ----
RETROVIRUSES (HILV-III) ASSOCIATED WITH AIDS"
SCIENCE
VOL. 224 PAG. 503-505
1984.
- 36) GUISCAFRÉ G.J.P; LIZANOMS; GARCIA P.G; MENDEZ E.S; SANCHEZ V.I;
RUIZ O HB; PEDRAZA G; SAAVEDRA P; ESPEJO R. Y RAMOS C.
"ETIOPATOGENIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA"
REVISTA FACULTAD DE MEDICINA UNAM
VOL. 30 (1); 23-29
1987.
- 37) KALYNARANAM V.S.; SARNGADHARAN M.C.; MIYSHI I; BLAYNEY D.; GOL
DE D. Y GALLO R.C.
"A NEW SUBTYPE OF HUMAN T - CELL LEUKEMIA VIRUS (HTLV-II) ----
ASSOCIATED WITH A T-CELL VARIANT OF HAIRY CELL LEUKEMIA".
SCIENCE
VOL. 218: 571-573
1982
- 38) POPOVIC M.; KALYNARAMAN V.S.; MANN D.; MINOWADA J. Y GALLO R.C.
"INSOLATION AND TRANSMISSION OF HUMAN RETROVIRUS".
SCIENCE
VOL. 219: 856-859
1983
- 39) MONTAGNIER L.; BAPTISTE J.B. Y KLATZMAN D.
"EL SIDA Y SU VIRUS"
MUNDO CIENTÍFICO
VOL. 50: 856-871
1985

- 40) VOLBERDING PAUL.A.
SARCOMA DE KAPOSI Y SIDA. EN CLÍNICAS MÉDICAS DE NORTEAMÉRICA.
SIDA Y OTROS PROBLEMAS MÉDICOS DEL VARÓN HOMOSEXUAL.
EDIT. INTERAMERICANA. P.P. 705-716
1988
- 41) MACHER M. ABE.
THE PATHOLOGY OF AIDS.
PUBLIC HEALTH REPORTS..
VOL. 103 (3): 246-254
1988
- 42) BRASKAR S.N.
DIAGNÓSTICO DE LAS AFECCIONES DE LA CAVIDAD BUCAL. EN PATOLOGÍA BUCAL.
EDIT. EL ATENEO P.P. 1-77
1979
- 43) BRASKAR S.N.
PATOLOGÍA DE LA MUCOSA BUCAL, LENGUA Y GLÁNDULAS SALIVALES
EN PATOLOGÍA BUCAL.
EDIT. EL ATENEO P.P. 271-410
1979
- 44) SHAFER LEVY
TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO. EN TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL.
EDIT. INTERAMERICANA P.P. 3-323
1987
- 45) SHAFER LEVY
ENFERMEDADES DE SISTEMAS ESPECÍFICOS. EN TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL.
EDIT. INTERAMERICANA 1987
1987
- 46) BANDERAS TARABAY J.A.
SIDA: MANIFESTACIONES ORALES Y SU PREVENCIÓN EN LA PRÁCTICA DENTAL.

- PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.
VOL. 9 (1): 26-34
1988
- 47) POJICE DE LEON Y RUIZ P.G.
GUÍA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.
LA REVISTA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.
VOL. 40 (); 49-63
1988
- 48) SOL SILVERMAN
INFECTIONS AND SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES: IMPLICATIONS FOR DENTAL PUBLIC HEALTH.
JOURNAL OF THE PUBLIC HEALTH DENTISTRY
VOL. 46 (1): 7-21
1986
- 49) WOFFORD D.T. Y MILLER R.T.
ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS): DISEASE CHARACTERISTICS AND ORAL MANIFESTATIONS.
JADA
VOL. 111 : 258-261
1985
- 50) STEIN W.A. Y CAWLEY J.F.
DERMATOLÓGICOS: ERITEMA Y DESCAMACIÓN, SARCOMA DE KAPOSÍ, INFECCIONES MICÓTICAS DE PIEL Y UÑAS, LESIONES CUTÁNEAS POR HERPES SIMPLE Y HERPES ZOSTER.
INFECTIOLOGÍA
AÑO 7 (5): 225-239
1987
- 51) MALDONADO, RAMON RUIZ
HERPES SIMPLE GENITAL. ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICOS.
GACETA MÉDICA DE MÉXICO
VOL. 122 (3-4)
1986

- 52) GOLDMAN R; LANG W & LYMAN D.
SIDA: INFORME DE UN CASO
INFECTOLOGÍA
AÑO 7 (6): 301-303
1987
- 53) PADIERNA O.L.; GODINEZ C.S.; DIAZ M.J.C.; GARCIA E; ARGAEZ ---
M.A.; VELASCO C.O.; PADIERNA O.J.; Y ESTRADA P.S.
"FACTOR DE TRANSFERENCIA EN PACIENTES CON HERPES ZOSTER".
INFECTOLOGÍA
AÑO V (11): 293
1985
- 54) OROZCO T.R.; GARCIA H.L. Y PONCE DE LEÓN S.
"MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIEN
CIA ADQUIRIDA".
LA REVISTA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA (MEX.)
(SUPLEMENTO)
VOL. 39: 59-66
1987
- 55) OROZCO TOPETE GARCIA
"MANIFESTACIONES CUTANEAS DEL SIDA"
VOL. MENSUAL SIDA
AÑO 2 (6): 346-349
1988
- 56) OMS.
"MEDIDAS PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN DE VIH Y OTRAS INFECCIO-
NES TRANSMITIDAS POR SANGRE EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDI-
CA".
POPULATION REPORTS.
SERIE L (6): L 26-30.
- 57) INSTITUTO DE SALUBRIDAD Y ENFERMEDADES TROPICALES
"INSTRUCTIVO PARA TOMAR, ALMACENAR Y ENVIAR MUESTRAS DE SUERO
PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIH".
(S.P.I.): 1-4

- 58) BURG, ANDREA.
"ENTREVISTA CON EL DR, LUC MONTAGNIER SIDA:
CIENCIA Y TECNOLOGÍA DE FRANCIA",
NOV: 7-10
1987
- 59) ARREDONDO, GARCÍA J.L.
"SIDA; MAGNITUD DEL PROBLEMA",
INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA BUCALES.
VOL. 8 (6): 42-44
- 60) CENTERS FOR DISEASE CONTROL
"RECOMMENDATIONS FOR PREVENTING TRANSMISSION OF INFECTION WITH
HUMAN T- LYMPHOTROPIC VIRUS TYPE III/LYMPHADENOPATHY ASSOCIA--
TED VIRUS DURING INVASIVE PROCEDURES",
MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT,
VOL. 35 (14); 221-23
1986
- 61) CENTERS FOR DISEASE CONTROL
"RECOMMENDED INFECTION - CONTROL PRACTICES FOR DENTISTRY",
MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT,
VOL. 35 (15); 237-41
1986.
- 62) PONCE DE LEON, S. Y RUIZ, P.G.
"GUÍA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS -
DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA",
REVISTA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA,
40; 49-63
1988
- 63) WILLIAM ALLARD F.
"PROFILAXIS: EN FAVOR DE LOS CUANTES DE HULE",
INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA BUCALES
PRÁCTICA ODONTOLÓGICA,
VOL. 8 (12); 12-13
1986

- 64) BANDERAS TARABAY J.A.
"SIDA: MANIFESTACIONES ORALES Y SU PREVENCIÓN EN LA PRÁCTICA DENTAL".
(LISTA ACEPTADA POR LA ADM PARA LA ESTERILIZACIÓN EFECTIVA - CONTRA EL VIRUS DEL SIDA Y OTROS AGENTES COMO EL VIRUS DE - H.B. Y HERPES SIMPLE)".
PRACTICA ODONTOLÓGICA
VOL. 9 (1); 26-34
1988
- 65) FEDERACIÓN DENTAL INTERNACIONAL
"MEDIDAS HIGIÉNICAS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN EL CONSULTORIO DENTAL".
PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.
VOL. 8 (5); 32-35
1988
- 66) DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA, SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD Y SECRETARÍA DE SALUD.
"MEDIDAS A TOMAR PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES INFECTADOS -- POR VIH EN HOSPITALES Y CONSULTORIOS EXTERNOS".
SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. MEDIDAS PREVENTIVAS. (S.P.I.); 24-33
1987
- 67) MAGIS R. CARLOS
"COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS DEL SIDA"
BOL. MENSUAL DEL SIDA
AÑO 2 (10); 467-473
1988.
- 68) EPIDEMIOLOGÍA Y COMASIDA
"GUÍA DE MÉTODOS EFICACES DE ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN - INTENSIVA CONTRA EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA".
AÑO 2 (9); 442-450
1988

- 69) GARCÍA G.M.L.; BRAVO G.E.; PALACIOS M.M.; MORA G.J.L. Y VALDES PINO G.J.L.
 "MANIFESTACIONES CLÍNICAS INICIALES EN PACIENTES CON SIDA".
 -SALUD PÚBLICA DE MÉXICO-
 VOL. 30 (4); 526-
 1988
- 70) IZAZOLA L.J.A.; VALDESPINO G.J.L. Y SEPULVEDA A.J.
 "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INFECCIÓN POR VIH EN HOMBRES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES".
 -SALUD PÚBLICA DE MÉXICO-
 VOL. 30 (4); 555-565
 1988
- 71) ROMERO G. Y MORALES V.C.
 "CÓMO SE TRANSMITE EL VIRUS Y CÓMO NO SE TRANSMITE"
 INFORMACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA.
 VOL. 9 (132);
 1987.
- 72) BENITEZ BRIBIESCA LUIS
 "LAS FORMAS PRECLÍNICAS DEL SIDA".
 REV. MEDICA DEL IMSS
 VOL. 26 (3-4); 175-187
 1988
- 73) 'PROFESIONALES ANTE EL SIDA - NECESIDAD DE PROTEGERSE -'.
 ILADIBA
 VOL. II (6); 36-37
 1988
- 74) "ASPECTOS ETICOS, LEGALES, EDUCATIVOS Y ECONÓMICOS DEL SIDA".
 ILADIBA
 VOL. II (6); 39-41
 1988
- 75) INSTANTÁNEAS
 "EL SIDA Y LA ÉTICA PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS".
 BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA.
 VOL. 104 (2); 182
 1988

- 76) CENTERS FOR DISEASE CONTROL
"UPDATE: SEROLOGIC TESTING FOR ANTIBODY TO HUMAN
IMMUNODEFICIENCY VIRUS",
MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT
VOL. 36 (52); 833-845
ENERO 8 1988
- 77) GALLO C.R. Y MONTAGNIER L.
"AIDS IN 1988"
SCIENTIFIC AMERICAN
VOL. 259 (4); 25-32
OCTUBRE 1988
- 78) HASELTINE A. W. Y WONG F.S.
"THE MOLECULAR BIOLOGY OF THE AIDS VIRUS"
SCIENTIFIC AMERICAN
VOL. 259 (4); 34-42
OCTUBRE 1988