

4/  
203



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"

CARRERA:  
CIRUJANO DENTISTA

TESIS

*CANDIDIASIS ORAL  
EN PACIENTES CON  
SINDROME DE INMUNO  
DEFICIENCIA ADQUIRIDA*

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:  
ISABEL NARDO FERNANDEZ

ASESOR:  
C.D. ROSA DIANA  
HERNANDEZ PALACIOS

MEXICO, D.F.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1993



## **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

## RESUMEN PAGINAS.

I.	INTRODUCCION .....	1
II.	OBJETIVOS.	
	a) GENERALES .....	3
	b) PARTICULARES .....	3
III.	ANTECEDENTES .....	4
	a) SINDROME INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA.....	6
	b) CANDIDIASIS ORAL .....	19
	ETIOLOGIA Y CLASIFICACION .....	22
	TIPOS DE CANDIDA .....	25
	HISTOPATOLOGIA .....	26
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	28
V.	HIPOTESIS .....	29
VI.	METODOLOGIA .....	30
VII.	RESULTADOS .....	32
VIII.	DESCRIPCION DE RESULTADOS.....	73
IX.	ANALISIS DE RESULTADOS .....	75
X.	CONCLUSIONES .....	77
XI.	REFERENCIAS .....	79

## RESUMEN

La presente tesis se realizó con el fin de analizar la repercusión que tiene la *Cándida Albicans*, en personas infectadas por el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia humana), partiendo de la hipótesis de que la inmunodeficiencia inducida por el VIH, sobre la inmunidad celular en los linfocitos T, propicia un estado óptimo para el desarrollo de microorganismos "oportunistas", tales como la *Cándida Albicans*.

En la realización de esta investigación se visitó el Instituto Nacional de la Nutrición, Hospital General de la Raza y el Hospital Juárez de México, solicitando su colaboración para contactarnos con enfermos de VIH/SIDA, ya que en estos hospitales ingresa el mayor número de enfermos que viven con el VIH/SIDA. Desafortunadamente sólo contamos con el hospital de la Raza donde se proporcionó información al respecto. No permitieron el acceso al hospital argumentando que los pacientes deben ser protegidos.

La Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA dio acceso a información de pacientes infectados VIH/SIDA y al mismo tiempo se les proporcionó la atención dental; esta fundación trabaja en coordinación con el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE), Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (C.N.T.S). Contándose con material didáctico como datos estadísticos, diapositivas, material audiovisual, artículos científicos, y folletos para la realización de esta tesis.

La muestra del estudio se realizó por un método aleatorio simple, y consistió en veinte pacientes seropositivos al VIH/SIDA de los cuáles 10 eran del sexo masculino y 10 del sexo femenino; Todos presentaron candidiasis oral, el 40% tenía otro tipo de infecciones oportunistas y el 50% presenta xerostomía.

La información se obtuvo por medio del registro de la historia clínica realizada en la Fundación Mexicana para la lucha contra el Sida se efectuó una Nueva Historia clínica de la cavidad bucal para tener un conocimiento más específico de las enfermedades que presentan los paciente con el VIH/ SIDA, se observó: Placa bacteriana, Periodontitis, Cálculo Dentario, Caries, Sarcoma de Kaposi y Candidiasis bucal.

En este estudio realizado se observó que entre los pacientes con VIH/SIDA, una gran mayoría padecen Candidiasis Oral, algunos de ellos al administrarles medicamentos para el tratamiento de esta infección, la cándida llega a desaparecer pero en algunos otros casos, las recurrencias son frecuentes y en otros tiende a la cronicidad porque los antimicoticos que se les suministra propicia una resistencia generando nuevamente la aparición de la Candida albicans.

# INTRODUCCION

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un gran problema que actualmente aqueja al mundo, la ciencia médica se encuentra preocupada por dicha enfermedad y ha realizado todos los esfuerzos necesarios para buscar la curación de la enfermedad, que hasta ahora es mortal.

EL SIDA, realmente tiene poco tiempo de conocerse y los estragos humanos, tanto biológicos, psicológicos, y sociales son significativos.

Ante este problema humano y como futura profesionalista tome la decisión de investigar, sobre la relación que existe entre la *Cándida Albicans* como infección oportunista en cavidad oral, con los pacientes con SIDA. En el campo de la Odontología, la información es fundamental pues en esta pandemia, llegaremos a tener pacientes infectados sin saberlo, retomemos entonces este sentido de servicio al paciente sin dejar de ser humanos.

Es muy importante conocer las limitaciones propias, porque en nuestro campo, existen, colegas especializados que en un momento dado pueden resolver o ayudar casos que requieren intervención quirúrgica, de esa manera se trabajará en equipo.

La revisión dental, incluirá radiografías, limpieza dental inicial y un examen completo de los tejidos duros y blandos.

En ocasiones los pacientes que acuden a consultorios odontológicos particulares pidiendo atención, son rechazados, sobre todos los homosexuales, pues ellos están catalogados como personas con VIH/SIDA aun cuando no lo estén, a los bisexuales o heterosexuales con VIH/SIDA se les niega la atención, argumentando que pueden infectar a los médicos o a otros pacientes.

En algunas Instituciones Públicas, estos pacientes son rechazados y no se les brinda el servicio adecuado, además de que se les niega el medicamento para el tratamiento de su enfermedad. El propósito de este trabajo es contribuir al conocimiento, esperando que sea útil para aquellas personas o profesionistas interesados en la enfermedad.

## **OBJETIVOS**

### **a) Generales.**

- **Determinar la frecuencia de la infección por Cándida Albicans en pacientes con SIDA, que acuden al servicio en la Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA.**

### **b) Particulares.**

- 1.- Describir las manifestaciones clínicas de la Candidiasis Oral en pacientes con SIDA.**
- 2.- Describir los antimicóticos que con mayor frecuencia se utilizan para el tratamiento de candidiasis oral.**

## ANTECEDENTES

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) llamado "enfermedad del siglo XX" es causado por el Virus Inmuno deficiencia Humana (VIH) que ataca al sistema inmunológico, dejando sin defensas al organismo, a merced de cualquier infección o enfermedad. Este virus en un tiempo variable causa la muerte de la persona.

Desde que el virus fue descubierto, se ha trabajado para encontrar el medicamento que lo cure o la vacuna que prevenga esta enfermedad, sin embargo, estamos llegando al final del siglo y aun no se cuenta con información que nos pueda proporcionar datos certeros, para conocer a ciencia cierta su origen y su posible tratamiento.

El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida se reconoce por primera vez en el año de 1979, cuando en la ciudad de San Francisco California se encontró que cinco pacientes homosexuales padecían neumonía por un parásito llamado *Pneumocystis carinii*, poco común en pacientes jóvenes, así como la aparición de un tipo de cáncer que es el Sarcoma de Kaposi: la única similitud entre los cinco pacientes era su preferencia homosexual.

La investigación de esta enfermedad llevó al descubrimiento de nuevos casos ocurridos en Estados Unidos en los setentas, y en 1975 en Africa Central.

El virus causal del SIDA fue descubierto en 1983 en Francia por el doctor Luc Montagnier y Cols, en el Instituto Pauster.

El virus fue descrito como Linfotrópico Tipo II de las células T Humanas (HTLV-III) en Mayo de 1984, por el Doctor Robert Gallo y Cols, en el Instituto Nacional del Cáncer en Estados Unidos de Norteamérica; y el virus relacionado al SIDA (VRA) por el Doctor Jay Levy y Cols, en la Escuela de Medicina de la Universidad de California en San Francisco, en Agosto de 1984. El nombre definitivo del virus fue establecido por el Comité Internacional de Taxónomos como "Virus de la Inmunodeficiencia Humana" (VIH).

## **SINDROME INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA**

El SIDA es el estadio final de la infección por VIH con el consecuente daño al sistema inmunológico. Los enfermos con SIDA son vulnerables a enfermedades que no serían una amenaza para individuos cuyo sistema inmunológico funciona normalmente; estas enfermedades son denominadas enfermedades o infecciones oportunistas.

El virus del SIDA pertenece a la familia denominada retrovirus, casi todas ellas difieren en su envoltura viral externa; su morfología es primeramente reconocido por el sistema inmunológico.

Sin embargo el virus causal del SIDA es capaz de alterar rápidamente la estructura de sus proteínas externas y librarse así de ser reconocido por el sistema inmunológico. Este punto parece ser crucial en los esfuerzos por desarrollar una vacuna.

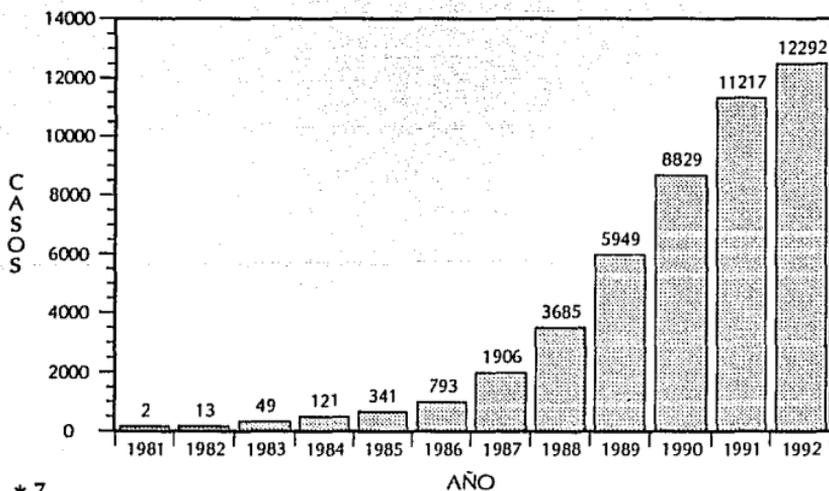
## EPIDEMIOLOGIA

El síndrome inmuno deficiencia adquirida SIDA es una pandemia mundial que está desanimándose rápidamente. La Organización Mundial de Salud (OMS) estima que la cifra real de casos es mayor al reportado. A nivel Nacional el número de enfermos asciende a 12292 hasta el 31 de diciembre de 1992.

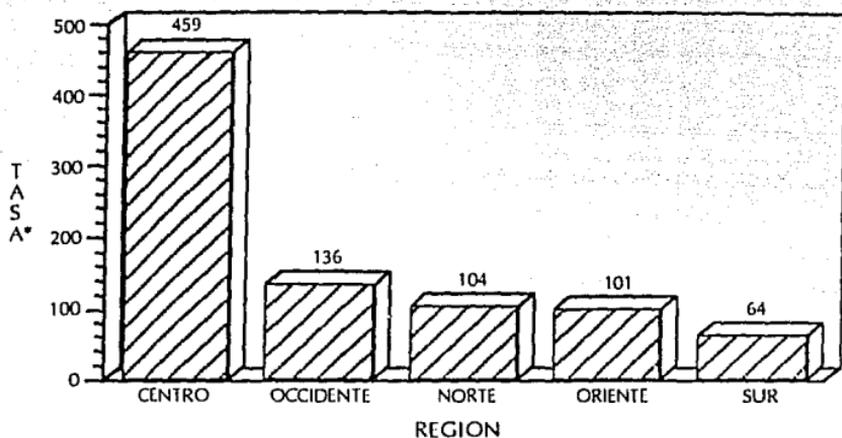
Esta cifra representa quizás solo una parte del problema pues se desconoce el número de casos no declarados.

Hasta la fecha tenemos estas encuestas y estadísticas en la República Mexicana de pacientes con VIH/ SIDA.

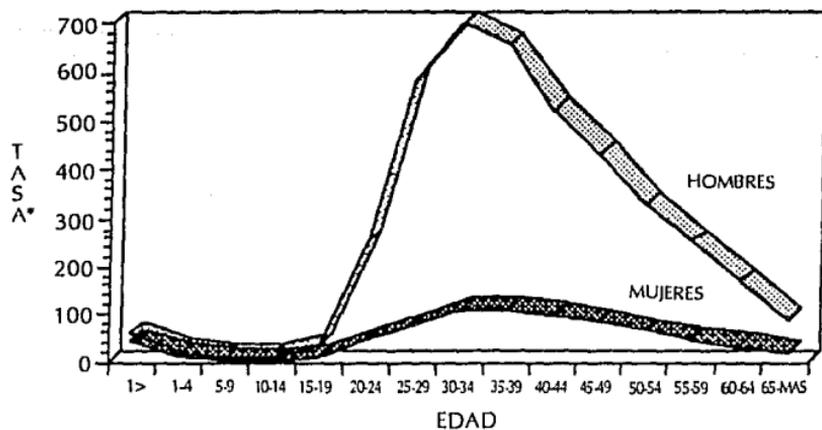
### INCIDENCIA ACUMULADA POR FECHA DE INICIO



## REGION GEOGRAFICA EN EL D.F.



\* 7



\* 7

TASA POR 1000 000 HABITANTES

CASOS DE ENFERMEDAD POR INSTITUTO Y FUENTES DE NOTIFICACION 1993

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y AISTENCIA PUBLICA.	85.03
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.	2.86
INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL PARA TRABAJADORES DEL ESTADO	4.60

CASOS NUEVOS POR ENFERMEDAD EN ESTADOS DE LA REPUBLICA MEXICANA ENCUESTA DE 1993.

	<i><b>TOTAL</b></i>	<i><b>TASA</b></i>
AGUASCALIENTES	927	129.09
BAJA CALIFORNIA NORTE	1312	93.13
BAJA CALIFORNIA SUR	409	124.93
CAMPECHE	141	23.08
COAHUILA	752	38.82
COLIMA	840	197.09
CHIAPAS	1383	54.04
CHIHUAHUA	1715	76.09
DISTRITO FEDERAL	4268	21.90
DURANGO	655	46.69
GUANAJUATO	3184	88.61
GUERRERO	3629	139.32
JALISCO	2660	50.48
ESTADO DE MEXICO	356	2.96

AUMENTA CADA BIMESTRE.

DATOS OBTENIDOS EN EL ARCHIVO DE LA FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA.

## MECANISMOS DE TRASMISION

El contacto casual con pacientes portadores de VIH/ SIDA, pone en riesgo la salud de otras personas. No se han encontrado casos en los que el SIDA haya sido transmitido por contacto con los objetos de uso cotidiano y aunque el virus del SIDA se puede encontrar en la saliva y las lágrimas, en ningún caso el contacto casual con estas secreciones ha sido la causa de transmisión.

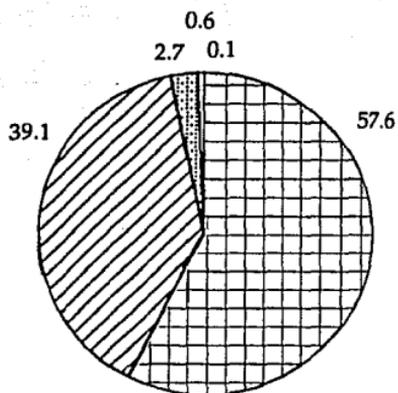
Sin embargo el personal que trabaja en contacto con los pacientes infectados o portadores, así como los trabajadores de los laboratorios clínicos deben extremar las precauciones al manejar sangre y muestras tisulares de pacientes con enfermedades potencialmente transmisibles.

La mayoría de los casos notificados del SIDA se han transmitido por contacto sexual y es el contacto íntimo que presupone el intercambio de semen o sangre de una persona a otra el que puede transmitir el virus.

En la actualidad está bien establecido que el VIH es transmitido a través de la transfusión de sangre y derivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma, sangre total y concentrados de factores de coagulación).

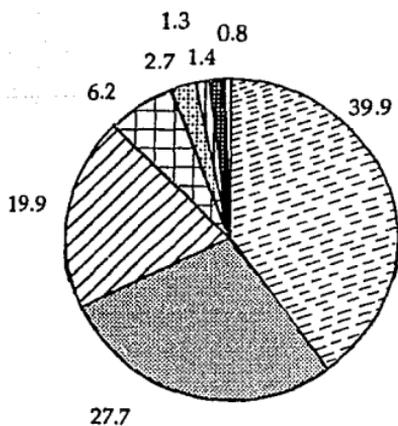
En mecanismo de transmisión perinatal tiene importancia particular debido al tipo de pacientes que afecta. Además constituye un indicador indirecto de la transmisión heterosexual, que ha llegado a constituir un verdadero problema de salud maternal infantil.

## CATEGORIA DE TRANSMISION EN ADULTOS.



MUJERES

- HOMOSEXUAL
- BISEXUAL
- HETEROSEXUAL
- TRANSFUSION
- EX-DONADOR REMUNERADO
- HEMOFILICO
- HOMO. DROG. I.V.
- DROG. I.V.



HOMBRES

\* 7

## FACTORES DE RIESGO

Son las prácticas de riesgo, las cuales proporcionan la adquisición de la infección por el VIH por ejemplo:

- Las personas que han sido transfundidas con sangre y o sus derivados, corren el riesgo de infectarse sobre todo si la sangre no es procesada para buscar anticuerpos contra el VIH.
- Hombres homosexuales y bisexuales con vida sexual activa, con antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual, múltiples parejas y sin medidas de protección (condón, sexo seguro etc.) están en mayor riesgo de adquirir el VIH.
- Heterosexuales con múltiples parejas que tienen contacto sexual con personas infectadas de VIH/SIDA.
- Drogadictos intravenosos.
- Personas con hemofilia u otras anomalías de la coagulación sanguínea que requieren continuamente de transfusiones sanguíneas donde el paquete globular no haya sido analizado.

### PERIODO DE INCUBACION

El periodo de incubación del VIH ó SIDA parece oscilar entre 6 meses y 5 años y posiblemente más, cuando es un contacto sexual. El período de incubación calculado como el intervalo entre la transfusión y el diagnóstico de SIDA, es de 31 meses en promedio en los adultos, siendo más corto en los niños de 14 meses.

# DIAGNOSTICO DEL SIDA

El diagnóstico del SIDA se puede efectuar a través de la presencia de infecciones oportunistas. El daño al sistema inmune, en particular a tipos específicos de Linfocitos T (CD4), apoyan el diagnóstico.

La presencia de pruebas positivas en la detección de anticuerpos contra el VIH/SIDA significa que la persona ha sido infectada y puede encontrarse asintomática o presentar un amplio espectro de problemas clínicos.

## AUXILIARES DE DIAGNOSTICO.

Pruebas de Elisa.- Es la prueba inicial de detección de anticuerpos positivos contra el VIH.

Pruebas de Western Blot o Inmunofluorescencia. Es la prueba confirmatoria.

En 23 de mayo de 1986, los CDC (Centers for Disease Control), propusieron un sistema de clasificación para la infección VIH, aplicable principalmente con fines de salud pública, que incluía informes y encuestas sobre la enfermedad, estudios epidemiológicos, actividades de prevención, control, política y planeación de salud pública.

El sistema clasifica las manifestaciones de la infección VIH en cuatro grupos mutuamente exclusivos, designados con números romanos del I al IV; sólo se aplica a enfermos con diagnóstico de infección VIH:

**GRUPO I:** Incluye pacientes con signos y síntomas pasajeros, que aparecen al momento o poco después de la infección inicial con VIH, identificada por estudios de laboratorio. Se define como enfermedad de tipo fiebre glandular.

**GRUPO II:** Corresponde a pacientes infectados por VIH pero que se encuentran asintomáticos.

**GRUPO III:** Son los pacientes con linfadenopatía generalizada persistente, pero sin datos que lleven a su clasificación.

**GRUPO IV:** Se trata de enfermos con síntomas y signos clínicos de infección VIH o además de las linfadenopatías.

Incluye a los enfermos cuya presentación clínica satisface la definición del SIDA utilizada por CDC, para informe nacional.

## TRATAMIENTO DEL SIDA

No se ha encontrado ningún tratamiento eficaz contra el VIH/ SIDA, ni se ha logrado que algún medicamento erradique el virus del organismo.

El tratamiento consiste principalmente en combatir las infecciones específicas secundarias a la inmunodeficiencia.

A pesar de que no existen tratamientos capaces de restaurar el sistema inmunológico de los pacientes con SIDA, se ha tenido relativamente éxito al utilizar fármacos, radiaciones y cirugía para tratar las diversas enfermedades de los afectados. Sin embargo hasta ahora, la enfermedad sigue siendo mortal.

### MEDIDAS GENERALES PREVENTIVAS.

No existe vacuna contra el VIH/ SIDA, sin embargo, se puede reducir el riesgo de contagio al seguir las siguientes recomendaciones:

- Evitar relaciones sexuales con personas que se sabe o se sospecha que padecen VIH/SIDA.
- No tener diversas parejas sexuales, ni tener relaciones con gente que las tenga sin protección específica ( condón, sexo seguro).

- Los médicos deberán ordenar transfusiones, sólo en los casos que sean indispensables, control de calidad de la sangre, control de medicamentos.
- El personal que tiene contacto con pacientes enfermos de VIH/ SIDA deberán de observar las medidas universales de protección.
- Uso de material desechable para cualquier aplicación parenteral.
- Evitar relaciones sexuales con adictos a drogas del tipo intravenoso.

## CANDIDIASIS ORAL

La candidiasis es una enfermedad infecciosa causada por una levadura perteneciente al género *Cándida*. En cavidad oral la lesión es localizada, pero puede extenderse a la faringe, laringe, aparato digestivo, y urinario, a los pulmones con un resultado frecuentemente fatal. Es una micosis oportunista por excelencia. Presenta un espectro amplio de cuadros clínicos: puede ser superficial o atacar órganos profundos, así como cursar en forma crónica o aguda. También puede producir infecciones en otras áreas cutáneas húmedas del cuerpo como vagina, vías urinarias, uñas y pliegues cutáneos, en estas regiones la infección se presenta en forma de placas blancas, confluentes.

Actualmente puede encontrarse Candidiasis en niños prematuros, debilitados y desnutridos, siendo frecuente en las instituciones donde existe sobrepoblación. En la era preantibiótica las vulvovaginitis predominaban en relación sobre las candidiasis.

Más de un 60 % de la población tiene *Cándida Albicans* como parte de la flora oral sin tener evidencia de candidiasis. Se estima que organismos endógenos son los responsables de la candidiasis oral.

(Cándida Albicans es un organismo de la flora normal en los humanos y es encontrado en la cavidad oral, intestino grueso y vagina). El hongo se desarrolla tanto en cultivo, como en formas de capullo de células de levadura (esporas) y como semejando hifas (pseudohifas).

En un estudio de pacientes ambulatorios con candidiasis, Cawson encontró que 80% de ellos presentaban un transtorno general o habían recibido recientemente antibióticos o esteroides corticosteroides.

La Candidiasis Oral es considerada como un hallazgo anormal en infecciones sistémicas serias, excepto cuando se establece durante el embarazo o temprana infancia.

A menudo, una infección aparentemente trivial en la cavidad oral por Cándida Albicans, es el primer signo de un desorden sistémico fundamental.

En el transcurso de veinte años, muchos investigadores reportaron tener candidiasis oral como resultado de irritantes locales en pacientes sanos. En la mayoría de los pacientes, la candidiasis era de la variedad crónica y asociada con el desgaste de la dentadura parcial, removible, o completa, ocasionaba una úlcera en la boca por la dentadura.

En la actualidad no se comprende claramente el mecanismo por el cual el hongo invade las capas superficiales del epitelio de la boca en la candidiasis, pero la observación clínica puso de manifiesto una serie de factores predisponentes, como diabetes o enfermedades crónicas, degenerativas, los medicamentos, prótesis mal adaptadas que son tan importantes en la etiología de la infección que es raro el caso de candidiasis bucal en el cual no puedan encontrarse varios de ellos.

## ETIOLOGIA Y CLASIFICACION

### Candida Albicans

Es clasificada como un hongo verdadero, perteneciente a la subfamilia Cryptococoidiae. que habita muy frecuentemente en la cavidad bucal y la piel de sujetos normales. Hay otras especies conocidas por ser patogénicas como parte de la flora normal, estas incluyen: *Cándida tropicalis*, *Cándida stellattoidea*, *Cándida pseudotropicalis*, *Cándida viswanathi*, *Cándida parapsilosis*, *Cándida guilliermondi*, *Cándida rugosa*.

La Candidiasis Oral en la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, es la más prevalente, de las micosis y se puede presentar como eritematosa (atrófica aguda, atrófica crónica), pseudomembranosa, hiperplásica ó papilar, ó como quelitis angular.

La nomenclatura clásica, donde el término "atrófica" se usa para describir una superficie mucosa roja, ha recibido muchas críticas recientemente, porque el enrojecimiento de la mucosa podría ser causa de una vascularidad aumentada con ó sin esperar espesor reducido del epitelio. De aquí que el término "candidiasis eritematosa" es más conocido que "candidiasis atrófica" y ha sido adoptado por esta condición y ahora es ampliamente utilizado.

Los sitios afectados con mayor frecuencia son el paladar y en el dorso de la lengua, con depapilación asociada.

Las placas de candidiasis pseudomembranosa aguda pueden desprenderse de la mucosa mediante un frotamiento con gasa blanda, la cual deja una superficie roja y ligeramente sangrando. Esta enfermedad es normalmente aguda, pero en pacientes infectados por el Virus de la Inmuno deficiencia Humana que no han sido tratados, esto podría persistir por varios meses durante los cuales el curso de la infección parecería más crónica que aguda. Las lesiones pseudomembranosas podrían involucrar cualquier área de la mucosa oral, con mayor frecuencia la lengua, el paladar duro y blando y la mucosa bucal.

La candidiasis pseudomembranosa se presenta clásicamente como semiadherente de color amarillo blanquecino, suave, cremoso.

La Candidiasis hiperplásica en pacientes infectados por el VIH/ SIDA, se ha visto con mayor frecuencia bilateralmente en la mucosa bucal en el área retrocomisural. Las lesiones están caracterizadas por placas amarillo blanquecinas que no desprenden al rasparse.

Las variantes de candida hiperplásica crónica en pacientes VIH/ SIDA, deben ser distinguidas claramente de las lesiones de leucoplasia vellosa. Esta variante de candida no es muy frecuente en los pacientes con infección por VIH, SIDA.

La quelitis angular (estomatitis angular) es una enfermedad de etiología multifactorial y podría ser de origen infeccioso. Las lesiones se manifiestan como área rojas con o sin úlceras, fisuras y son acompañadas de dolor, y ardor.

## TIPOS DE CANDIDA

Hay tres formas de cándida: células con levadura, hifas y clamidosporas. Es muy probable, aunque no es seguro que el micelio es la forma patogénica.

Winner y Hurley son de la opinión de que la fase de levadura es la forma penetrante, al mismo tiempo que la fase de micelio está implicada en el establecimiento del proceso infeccioso y estimula la reacción inflamatoria.

La cándida albicans, tanto como las otras especies mencionadas, son de baja patogenicidad y la infección no aparecerá a menos que haya factores predisponentes locales o sistémicos por sobrecrecimiento de la levadura.

Este hongo se reproduce normalmente por gemación: las yemas se originan de células sencillas o de hifas micelianas que el organismo forma en ciertas condiciones. Cuando se cultiva *Cándida Albicans* sobre agar harina de maíz, se produce un micelio muy ramificado del cual geman células levaduriformes (blastóporas) en profusión y también se producen clamidosporas.

Para la identificación de los diferentes tipos de candida se requiere realizar frotis y cultivos.

## HISTOPATOLOGIA

El examen histopatológico de las lesiones de la candidiasis muestra una reacción inflamatoria superficial localizada, con úlceras superficiales también, cubiertas de una gruesa capa de restos celulares, fibrina y exudado inflamatorio, con gran número de hongos y micelios cortos con ramificación rudimentaria. La pseudomembrana da el aspecto característico de costra blanca a las lesiones mucosas:

Cuando se levanta por raspado o durante la masticación, la mucosa subyacente inflamada, y se presenta como área o zona roja atrofica, dispuesta del modo puntiforme o difusa. En el dorso de la lengua se observan área despapiladas.

Con poco aumento se puede ver que la *Cándida Albicans* se encuentra copiosamente en la superficie de las bocas infectadas. Las pseudohifas crecen en diferentes direcciones en medio de células queratinizadas que son la forma preponderante del hongo.

Con una amplificación las tres formas clásicas de *Cándida Albicans* (pseudohifas, blastopóras y clamidosporas) se pueden diferenciar claramente. Las pseudohifas crecen en la superficie de las células queratinizadas y las pueden penetrar. Altamente muestran la unión de *Cándida Albicans* y los hongos se multiplican en la superficie oral. Predomina el hongo pero no puede penetrar en las células queratinizadas.

En muestras correctamente orientadas, las pseudohifas pueden ser vistas dentro de las células queratinizadas, donde un espacio las separa del resto del citoplasmas. Cada hongo se extiende a lo largo del interior de la vacuola formando muchas de las pseudohifas.

El agujero se presenta en las células queratinizadas y parece facilitar la penetración del hongo.

La *Cándida Albicans* presenta habilidad para penetrar en células queratinizadas y tornarse en parásitos intracelulares.

Tal propiedad invasiva de estos hongos se demuestra con microscopio electrónico en candidiasis de piel, uñas, vagina y riñón.

Puede ser una meta de futuros estudios para determinar si el orificio en las células queratinizadas está relacionado con los bajos niveles de vitamina A.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe una serie de manifestaciones clínicas que pueden alertar al odontólogo para detectar que un paciente tiene la infección por VIH/SIDA. Una de ellas es la Cándidiasis oral manifestación que servirá como punto de referencia para el desarrollo de este trabajo, de tesis.

Actualmente observamos en los pacientes con VIH/SIDA manifestaciones de candidiasis oral. Sin embargo el problema es saber sobre todo porque en cada uno de los pacientes se presenta en forma distinta como, localizada, generalizada, difusa, reincidente.

## **HIPOTESIS**

La inmunodeficiencia inducida por el VIH, particularmente en inmunidad celular sobre los linfocitos T propicia un estado óptimo para el desarrollo de infecciones "Oportunistas". Por lo tanto los pacientes con VIH/SIDA están propensos a desarrollar cualquier infección.

Es la Candidiasis oral una de las primeras manifestaciones de inmunodepresión celular, presentando recurrencia y dificultad de tratar.

## METODOLOGIA

Es un estudio epidemiológico, transversal en donde se observaron 20 pacientes con SIDA, 10 de sexo masculino, y 10 del sexo femenino, atendidos en la Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA y quienes presentan a la revisión clínica candidiasis oral, fueron captados entre los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo de 1992.

Se les realizo otra historia clínica odontologica donde se obteniendo los siguientes datos relevantes, edad, sexo, ocupación, lugar de origen, lugar de residencia, tiempo de evolución de la candidiasis oral, presencia de síntomas acompañantes más frecuentes (ejemplo, ardor, dolor, ulceración etc).

Para poder revisar al paciente con Sida se utilizaron medidas universales que no exigen más precauciones que los que rigen en general para las enfermedades transmisibles que son destinadas a brindar mayor seguridad, al evitar inoculaciones accidentales y contaminación de mucosas o piel lacerada.

Lavarse las manos con jabón con una solución antiséptica antes y después de atender al paciente, usar guantes, cubrebocas, bata y anteojos de protección.

Se utilizaron los siguientes materiales para la revisión del paciente como: espejo, explorador, pinzas de curación y en algunos se utilizó batelenguas, algodón.

La Historia Clínica Odontológica que se utilizó con los Pacientes de Sida.

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

OCUPACION:

LUGAR DE ORIGEN:

LUGAR DE RESIDENCIA:

MOTIVO DE LA CONSULTA:

ANTECEDENTES PERSONALES:

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO:

DIAGNOSTICO:

TRATAMIENTO:

PREVENTIVO:

EDUCATIVO:

CURATIVO:

En algunos casos los pacientes no colaboraron para obtener la historia clínica que se pretendía.

## **RESULTADOS**

### **CASOS CLINICOS DE PACIENTES CON SIDA**

En los casos clínicos no se pondrá ni nombre ni dirección ya que la información es confidencial por lo que se debe guardar el anonimato del paciente.

**NOMBRE:** Paciente 1.

**EDAD:** 24 años.

**SEXO:** Masculino (Homosexual).

**OCUPACION:** Obrero.

**LUGAR DE ORIGEN:** Toluca.

**LUGAR DE RESIDENCIA:** D.F.

**MOTIVO DE CONSULTA:**

Refiere el paciente ardor en la boca, resequedad, dificultad para comer.

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

Sin importancia para el padecimiento actual.

**SIGNOS VITALES:** Peso 54 kilos. Estatura 1.66. Presión Arterial 100/60. Temperatura 37 °C.

**EXAMEN BUCAL:**

Presenta caries de 3er. grado en los dientes 16,34,35,46.

Ausencia de diente 26. Gingivitis Generalizada. Pericoronitis en el diente 48.

Candidiasis bucal. Se encuentra localizada en el paladar duro, se encuentran placas blancas que se desprende al raspado de un batelenguas.

#### AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADOS:

Pruebas VIH. Elisa y Western Blot 1986.	Resultados Positivos.
Tele de torax 1992.	Normal.
Examen de transmisión sexual. 1991	Negativos.
Rx. Periapical del diente 48.	Diente Retenido
Cultivo Oral.	Positivo Candida Albicans
Exudado Faringeo.	Gonoco

#### DIAGNOSTICO:

Candidiasis Pseudomembranosa aguda.  
Sida.

#### TRATAMIENTO:

Ketoconazol de 200 mgs. cada 5 hrs. por dos semanas.  
Retrovil 1000 mgs. cada 6 hrs.

PREVENTIVO: Profilaxis.

EDUCATIVO: Técnicas de cepillado.

CURATIVO: Obturación de cavidades con amalgama y extracción del diente 48.

NOMBRE: Paciente 2.

EDAD: 25 años.

SEXO: Masculino (heterosexual)

OCUPACION: Profesor de Danza.

LUGAR DE ORIGEN: D.F.

LUGAR DE RESIDENCIA: D.F.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

El paciente refiere dolor en los dientes 13, 12 al comer, al chocar los dientes.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sin importancia para el padecimiento actual

SIGNOS VITALES: Peso 65 kilos. Estatura 1.56. Presión Arterial 90/70.

EXAMEN BUCAL:

Presenta caries de 3er grado en los dientes 13, 23. Ausencia de dientes 11, 12, 14, 15, 16, 21, 22, 24, 25, 33, 34, 35, 43, 44, 45. Pericoronitis en los dientes 38, 48.

Periodontitis simple en los dientes 13, 17, 23, 26, 27, 31, 32, 36, 37. Candidiasis bucal. Placas blancas adherentes localizada en la lengua.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADOS:

Pruebas de Elisa y Western Blot 1987.

Positivos.

Examen de transmisión sexual 1987.

Negativo.

Rx. Periapical de los dientes 38, 48.

Dientes Retenidos.

Cultivo Oral.

Positivo Candida Albicans.

Exudado Faringeo.

Estafilococo Beta-  
-Dorado.

**DIAGNOSTICO:**

Candidiasis Pseudomembranosa Aguda.  
Sida.

**TRATAMIENTO:**

Azidotimidina (AZT) de 300 mgs. tres cápsulas después de cada alimento Ketoconazol de 200 mgs. cada 8 hrs durante un mes. Se la tomo durante siete días. Se le suspendió el medicamento estaba provocando vómito y diarreas.

**PREVENTIVO:** Profilaxis.

**EDUCATIVO:** Técnicas de cepillado.

**CURATIVO:** Obturación con resina en los dientes 13, 23. extracción de los dientes 38, 48.

NOMBRE: Paciente 3.

EDAD: 27 años.

SEXO: Masculino (Homosexual).

OCUPACION: Ingeniero Industrial.

LUGAR DE ORIGEN: Michoacán.

LUGAR DE RESIDENCIA: D.F.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

El paciente refiere resequeidad, mal sabor y pérdida del gusto, dolor.

SIGNOS VITALES: Peso 55. Estatura 1.77. Presión Arterial 100/70

EXAMEN BUCAL:

Las encías se encuentran pálidas. Extracciones Ninguna. Caries. Ninguna.

Cándidiasis bucal. presenta áreas dolorosas erosionadas y lesiones típicas en placas de color blanco perla.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADOS:

Pruebas Elisa y Western Blot 1987 Resultados Positivos.

Examen de Transmisión Sexual. 1987. Negativo.

Cultivo Oral. 1992. Positivo a Candida-Albicans

Exudado Faringeo. 1992. Positivo a Estafilococo-Albus

DIAGNOSTICO:

Candidiasis Pseudomembranosa Aguda.

Sida.

## TRATAMIENTO:

**Retrovil. 300 mgs. dos cápsulas después de cada alimento.**

**Ketoconazol. 500 mgs. cuatro cápsulas cada 4 horas. durante un mes.**

**NOMBRE:** Paciente 4.

**EDAD:** 28 años.

**SEXO:** Masculino (HOMOSEXUAL)

**OCUPACION:** Contador Público.

**LUGAR DE ORIGEN:** D.F.

**LUGAR DE RESIDENCIA:** D.F.

**MOTIVO DE CONSULTA:**

Refiere dolor en el diente 11, con lo frío.

**SIGNOS VITALES:** Peso 65.500. Estatura 1.63 Presión Arterial 120/80.

**EXAMEN BUCAL:**

Boca: Simétrica, se realizó un tratamiento dental en 1986, en los cual le obturaron todos los dientes, se cepilla los dientes cinco veces al día.

Candidiasis bucal. Se encuentra placas en forma blanquecina localizada en la parte vestibular del maxilar superior derecho.

**AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADOS:**

Pruebas Elisa y Western Blot 1990

Positivo.

Rx. Periapical del diente 11.

Sin datos patológicos

Cultivo Oral. 1990.

Positivo a Candida-  
-Albicans.

Exudado Faríngeo 1990.

Positivo. estafilococo-  
-Beta.

**DIAGNOSTICO:**

Candidiasis Pseudomembranosa Aguda.  
Sida.

**TRATAMIENTO:** Azidotimidina (AZT) 300 mgs. Una cápsula después de cada alimento. Ketoconazol. 250 mgs. Una pastilla cada seis horas, durante 10 días. Estreptomicina 250 mgs una cada 24 hrs. por 5 semanas

**CURATIVO:** Obturación del diente 11 con resina.

NOMBRE: Paciente 5

EDAD: 31 años.

SEXO: Masculino (Heterosexual)

OCUPACION: Militar.

LUGAR DE ORIGEN: D.F.

LUGAR DE RESIDENCIA: Cuernavaca.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

El paciente refiere acumulación de alimento por los aparatos de ortodoncia.

SIGNOS VITALES: Peso. 58.500. Estatura 1.70. Pulso 69. Temperatura 36. Presión Arterial 110/70 mg Hg

EXAMEN BUCAL:

Boca: Simétrica. Gingivitis Generalizada. Ausencia de dientes. 14,24,16,26.

Caries: Ninguna. Candidiasis Bucal. Se encuentran manchas en la lengua en forma blanquecina cremosa.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADOS:

Pruebas de Elisa y Western Blot 1985. Positivo.

Cultivo Oral. 1992. Positivo a Candida-  
-Albicans

Exudado Faringeo. 1992. Positivo a Estafilococo

**DIAGNOSTICO:**

**Candidiasis Pseudomembranosa Aguda  
Sida.**

**TRATAMIENTO:**

**Ketoconazol. de 200 mgs. una cápsula cada 8 horas.**

**PREVENTIVO: Profilaxis.**

**CURATIVO: Protesis removible.**

NOMBRE: Paciente 6.

EDAD: 31 años.

SEXO: Masculino (Homosexual).

OCUPACION: Licenciado en Derecho.

LUGAR DE ORIGEN: D.F.

LUGAR DE RESIDENCIA: D.F.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

El paciente refiere dolor a nivel del diente 38.

SIGNOS VITALES: Peso 57 Kilos, Temperatura 36. Presión Arterial 120/80.

Boca: Simétrica. Gingivitis Marginal Generalizada. Ausencia de dientes Ninguna. Caries de primer grado en los dientes 14, 15. Cándidiasis bucal. Se encuentran parches aislados en el dorso de la lengua de color blanco cremoso.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADO:

EXAMEN DE LABORATORIO:

Pruebas de Elisa y Western Blot 1987

Positivo.

Un Estudio Faríngeo. 1992

Negativo.

Rx. Posición de Wather frontal. 1992

Sin datos Patológicos

Cultivo Oral. 1992.

Positivo a Candida-  
-Albicans.

**DIAGNOSTICO:**

Candidiasis Pseudomembranosa Aguda.

Sida.

**TRATAMIENTO:**

Azidotimidina (AZT) de 300 mgs cinco cápsulas cada tercer día. Ketoconazol. 250 mgs. una cada seis horas, hasta eliminar la candida.

**PREVENTIVO:** Profilaxis.

**CURATIVO:** Obturación con amalgama en los dientes 14, 15.

NOMBRE: Paciente 7.

EDAD: 31 años.

SEXO: Masculino (Bisexual).

OCUPACION: Contador Público.

LUGAR DE ORIGEN: Mérida.

LUGAR DE RESIDENCIA: D.F.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

El paciente requiere de una limpieza bucal.

SIGNOS VITALES: Peso 65. Estatura 1.50 Presión Arterial 100/80

EXAMEN BUCAL:

Gingivitis Localizada. En los dientes 31, 32, 33, 41, 42, 43. placa bacteriana, y cálculo dental. Ausencia de dientes 18, 28, 38, 48.

Caries: En los dientes 16, 26, 36, 46 de primer grado.

Candidiasis Bucal: Se encuentra adherida en forma blanquecina en la lengua y paladar, en una extensión amplia y abundante.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADOS:

Prueba de Elisa y Western Blot 1988.

Positivo

Examen de transmisión sexual 1992.

Negativa

Cultivo Oral. 1992.

Positivo a estreptococo

**DIAGNOSTICO:**

Candidiasis Pseudomembranosa Aguda.  
Sida.

**TRATAMIENTO:**

Azidotimidina (AZT) de 300 mgs una cápsula al día.  
Ketoconazol, de 500 mgs una pastilla cada ocho horas, por  
cuatro semanas.

**PREVENTIVO:** Profilaxis.

**CURATIVO:** Obturación de los dientes con amalgama 16, 26, 36, 46.

**NOMBRE:** Paciente 8.

**EDAD:** 32 años.

**SEXO:** Masculino (Homosexual).

**OCUPACION:** Transvestista.

**LUGAR DE ORIGEN:** D.F.

**LUGAR DE RESIDENCIA:** D.F.

**MOTIVO DE LA CONSULTA:**

Refiere dolor en los dientes 11,21, por unas coronas de tres cuartos.

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

Sífilis 1986, Condilomas 1988, Gonorrea 1992,

**SIGNOS VITALES:** Peso 60 Kilos, Estatura 175, Presión Arterial 90/70

**EXAMEN BUCAL:**

Gingivitis Papilar Localizada. En los dientes 11,21 por una corona de tres cuartos mal ajustada. Ausencia de dientes 18, 28.

Caries: En los dientes 36, 37, 46, 47. de segundo grado.

Candidiasis bucal: Presenta manchas blancas en el carrillo izquierdo.

Genitales: Escoriación total con secreción purulenta en el pene.

#### AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADOS:

Prueba de Elisa y Western Blot 1986.	Positivo.
Estudio de transmisión sexual 1992.	Gonorrea

#### DIAGNOSTICO:

Candidiasis Pseudomembranosa Aguda.

Gonorrea.

Sida.

#### TRATAMIENTO:

Ketoconazol de 200 mgs una tabletas cada ocho horas, por dos semanas.

Azidotimidina (AZT) 500 mgs una cápsulas después de cada alimento.

Benzetacil 1,200 000 U. una diaria durante 10 días.

PREVENTIVO: Profilaxis.

CURATIVO: Obturación con amalgama, protesis fijo de los dientes 11, 12, 21, 22.

NOMBRE: Paciente 9

EDAD: 40 años

SEXO: Masculino (Heterosexual).

OCUPACION: Arquitecto.

LUGAR DE ORIGEN: Veracruz.

LUGAR DE RESIDENCIA: D.F.

MOTIVO DE CONSULTA:

El paciente refiere dificultad para tragar, y presenta candida en toda la cavidad bucal.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Su alimentación es mala en calidad y en cantidad, baño diario, cambio de ropa dos veces al día, su situación económica es buena, se cepilla una vez al día, o realiza solo enjuagues.

SIGNOS VITALES: Peso 51 kilos. Estatura 1.59 Presión Arterial 100/90.

EXAMEN BUCAL: Periodontitis Generalizada. Ausencia de dientes.

11, 21, 16, 26, 33, 43, 34, 35, 44, 45.

Caries: De segundo grado en los dientes 12,22.

Cándidiasis bucal: Se encuentra generalizada en toda la boca.

Además presenta herpes simple en labio inferior.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADOS.

Pruebas de Elisa y Western Blot 1985.

Positivos.

Exudado faríngeo. 1992.

Negativo.

Cultivo Oral. 1992.

Positivo a Candida-  
-Albicans

Examen de transmisión sexual 1992.

Negativo.

**DIAGNOSTICO:**

Candidiasis Pseudomembranosa Aguda.

Sida.

**TRATAMIENTO:**

Ketoconazol. De 500 mgs una tableta cada ocho horas por tres meses. Azidotimidina (AZT) 500 mgs cinco cápsulas, todos los días. Bactrim F una tableta cada 8 hrs por 3 semanas.

**PREVENTIVO:** Profilaxis.

**CURATIVO:** Obturación con amalgama en los dientes 12, 22, prótesis removible superior y removible inferior en los dientes 11, 21, 16, 26, 33, 43, 34, 35, 44, 45.

NOMBRE: Paciente 10

EDAD: 51 años.

SEXO: Masculino (Homosexual).

OCUPACION: Agente de ventas.

LUGAR DE ORIGEN: D.F.

LUGAR DE RESIDENCIA: D.F.

MOTIVO DE CONSULTA:

El paciente refiere hemorragia espontánea constantemente en la boca, con olor fétido, no se cepilla los dientes.

ANTECEDENTES PERSONALES:

El paciente es diabético 1983.

SIGNOS VITALES: Peso 40 kilos, Estatura 1.54 Presión Arterial 70/60

EXAMEN BUCAL: Boca: Simétrica. Parodontitis Generalizada, olor fétido, la encía está azul rojiza y ensanchada. Area eritematosa en el paladar blando.

Caries: En los dientes 17, 26, 36, 37, 46 de 3er. grado.

Ausencia de dientes: 11, 16, 27, 47.

Candidiasis bucal: En forma blanquecina adherente a la lengua.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADOS:

Prueba de Elisa y Wesrtn Blot 1987. Positivo.

Copro parasitológico seriado tres muestras. Positivo.

**DIAGNOSTICO:**

Candidiasis Pseudomembranosa Aguda.

Anemia

Sida.

**TRATAMIENTO:**

Metronidazol de 500 mgs una cápsulas con alimento durante 2 semanas. Azidotimidina (AZT) 250 mgs. cinco tabletas todos los días. Bactrim F una tableta cada 8 hrs. por tres semanas. Electrolitos preparado tomar como agua del día.

**EDUCATIVO:** Técnica de cepillado.

**CURATIVO:** Raspado y Curetaje y obturación de amalgamas.

NOMBRE: Paciente 11.

EDAD: 23 años.

SEXO: Femenino.

OCUPACION: Hogar.

LUGAR DE ORIGEN: Tlaxcala.

LUGAR DE RESIDENCIA: D.F.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

La paciente refiere dolor en el diente 48. con fiebres.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Presenta gonorrea en región anal.

SIGNOS VITALES:

Peso 51.300 kg. Estatura 1.50 Presión Arterial 100/90.

Boca: Simétrica, Paradontitis Generalizada. Ausencia de dientes, 14,38. Caries: 16, al empezar a realizarle la cavidad el diente empezó a desmoronarse.

Cándidiasis bucal. Placas Blancas en la lengua, en el paladar duro, carillos. Saliva: Resequedad de boca.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADOS :

Pruebas Elisa y Western Blot 1986	POSITIVO.
Prueba de embarazo. 1992.	NEGATIVO.
Pruebas uncionales de hepáticas 1992	NEGATIVO.
Cultivo Oral 1992.	POSITIVO a Candida- -Albicans.
Estudio de transmisión sexual 1992.	Gonorrea.

## **DIAGNOSTICO:**

**Candidiasis Pseudomembranosa Aguda.**

**Gonorrea.**

**Sida.**

## **TRATAMIENTO:**

**Retrovil de 100 mgs, cápsulas 1 cada 8 hrs entre comidas.**

**Ketoconazol de 200 mgs, una tableta cada 12 hrs, durante cuatro semanas. Pemprocilina Benzatica de un millón doscientas mil unidades una ampolleta cada 24 hrs. durante 3 días y después c/ 15 días.**

**EDUCATIVO: Técnica de cepillado.**

**PREVENTIVO: Profilaxis.**

**CURATIVO: Exodoncia en el diente 16, prótesis removibles.**

**NOMBRE:** Paciente 12

**EDAD:** 24 años.

**SEXO:** Femenino.

**OCUPACION:** Profa. de Educación Física.

**LUGAR DE ORIGEN:** Oaxaca.

**LUGAR DE RESIDENCIA:** D.F.

**MOTIVO DE CONSULTA:**

La paciente refiere sangrado por el ano, evacuaciones de seis a ocho veces al día, mareos, vómito, fiebre, herpes en la piel.

**SIGNOS VITALES:**

Peso 49.800 Estatura 1.66 Presión Arterial 80/70.

**EXAMEN BUCAL:**

**Boca:** Simétrica. Gingivitis Generalizada. Ausencia de dientes 25, 16, 28, 38, 48.

**Caries:** 27, de primer grado.

**Cándidiasis bucal:** En el paladar duro, paladar blando, lengua, carrillos.

**Genitales:** Secreción purulenta verdosa endocervical, presencia de úlcera en labios menores, gonorrea, chancro, y sangra por el ano.

#### AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADOS:

Prueba de Elisa y Western Blot 1987.	POSITIVO.
Exudado Oral. 1992.	POSITIVO a Candida- -Albicans
Exudado Vaginal. 1992.	POSITIVO Gonorrea

#### DIAGNOSTICO:

Candidiasis Pseudomembranosa Aguda.

Gonorrea.

Sida.

#### TRATAMIENTO:

Ketoconazol. Una tableta de 200 mgs. cada 24 horas por tres semanas. Bensestasil. Una ampolleta 2400.000 millones de unidades una cada 8 días. Electrolitos preparados. Tomar como agua de uso.

Azidotimidina (AZT) una tableta de 300 mgs, tres veces al día.

EDUCATIVO: Técnicas de cepillado.

PREVENTIVO: Profilaxis.

CURATIVO: Obturación con amalgamas al diente 27. protesis removable superior e inferior en los dientes 25, 16, 28. extracción de los dientes 38, 48.

NOMBRE: Paciente 13.

EDAD: 25 años.

SEXO: Femenino.

OCUPACION: Policía Particular.

LUGAR DE ORIGEN: D.F.

LUGAR DE RESIDENCIA: D.F.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

La paciente en 1991 presentó sintomatología, empezó con una hipertensión constante, que apareció espontáneamente sin causa aparente de algún proceso infeccioso, diarreas frecuentes habiendo perdido 20 kilos de peso, manifestando pérdida de razonamiento durante dos meses.

SIGNOS VITALES:

Peso. 42 kilos. Estatura. 1.54 Presión Arterial 140/100.

EXAMEN BUCAL:

Boca: Simétrica. Gingivitis Generalizada. Ausencia de dientes 18, 28, 38, 48, 17.

Caries: En los dientes 14, 25, 24, 26 de segundo grado.

Candidiasis bucal: Placas blancas adheridas en los Carrillos, derechos e izquierdos y lengua.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADOS:

Pruebas de Elisa y Western Blot. 1991. POSITIVO.

Cultivo Oral. 1992. POSITIVO a Candida-Albicans.

**DIAGNOSTICO:**

Candidiasis Pseudomembranosa Aguda.

Sida.

**TRATAMIENTO:**

Nisoral. una tableta 250 mgs, una cada ocho horas durante dos semanas. Azidotimidina (AZT) 300 mgs. una tableta después de cada alimento. Vitamina C y Complejo B. 10 mgs una tableta cada tercer día.

**PREVENTIVO:** Profilaxis.

**CURATIVO:** Obturación con amalgamas en los dientes 14, 24, 25, 26

**NOMBRE:** Paciente 14.

**EDAD:** 28 años.

**SEXO:** Femenino.

**OCUPACION:** Capturista de datos.

**LUGAR DE ORIGEN:** D.F.

**LUGAR DE RESIDENCIA:** D.F.

**MOTIVO DE CONSULTA:**

La paciente se presenta por una parálisis facial, se le detectó Herpes Zoster en cuello, diseminado hacia mamas, ganglios linfáticos cervicales inflamados, diarreas hasta quince evacuaciones al día, cada cuatro meses reincide la parálisis facial, dolor intenso en el oído.

**SIGNOS VITALES:**

Peso 44 kilos, Estatura 1.50 Presión Arterial 100/80.

**EXAMEN BUCAL:**

Boca: Simétrica. Ausencia de dientes 14, 15, 18, 24, 26, 36.

Caries: 16,17,27,37,46,47.

La candidiasis bucal: Se presenta en la lengua y carrillo en forma blanquecina.

Abdomen: Blando con movimientos peristálticos normales, se encuentran en la piel manchas violáceas grandes, con probabilidad de Sarcoma de Kaposi.

#### AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADOS:

Pruebas de Elisa y Wester Blot 1988	POSITIVO.
Raspado para Herpes. 1992.	POSITIVO.
Biopsia de piel. 1992.	POSITIVO. Sarcoma de Kaposi.
Cultivo oral.	Positivo a Candida-Albicans.

#### DIAGNOSTICO:

Candidiasis Pseudomembranosa Aguda.

Herpes Zoster.

Sarcoma de Kaposi Sida.

#### TRATAMIENTO:

Azidotimidina (AZT)D de 100 mgs. una cápsula cada ocho horas durante un mes. Bactrim F de 200 mgs. una tableta una cada 8 hrs.

PREVENTIVO: Profilaxis.

CURATIVO: Obturación con amalgama a los dientes 16, 17, 27, 37, 46, 47. Prótesis removible.

NOMBRE: Paciente 15.

EDAD: 32 años.

SEXO: Femenino.

OCUPACION: Hogar.

LUGAR DE ORIGEN: D.F.

LUGAR DE RESIDENCIA: D.F.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

La paciente refiere, inflamación de ganglios linfáticos cervicales, herpes alrededor de boca, parálisis facial, candida albicans desde 1986 a la fecha.

SIGNOS VITALES:

Peso 40 kilos. Estatura 1.50 Presión Arterial 80/70.

EXAMEN BUCAL:

Boca. Simétrica. Parodontitis Generalizada, con gran movilidad de los dientes. 12, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 25, 33, 34, 36, 37, 42, 43, 45, 46.

Ausencia de dientes 11, 13, 16, 17, 18, 26, 27, 28, 31, 32, 35, 41, 44, 47. los perdió en sus embarazos.

Candidiasis bucal: Se encuentra placas blancas en el paladar duro, paladar blando, carrillos, encías.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADOS:

Pruebas Elisa y Western Blot. 1987

POSITIVO.

Cultivo Oral. 1992.

POSITIVO a Candida-  
-Albicans.

Exudado local para Herpes. 1992.

POSITIVO

**DIAGNOSTICO:**

Candidiasis Pseudomembranosa Aguda.

Herpes.

Sida.

**TRATAMIENTO:** Bactrim. de 200 mgs. una tableta cada 12 hrs.

Dideoxinosina. (D.D.I.) dos tabletas al día. Zovirax de 200 mgs. una tableta cada 6 hrs. Aspirinas una tableta cada ocho hrs. Ketoconazol una tableta de 200 mgs cada 6 hrs, durante 15 días.

**CURATIVO:** Extracciones, placa total.

NOMBRE: Paciente 16.

EDAD: 35 años.

SEXO: Femenino.

OCUPACION: Empleada de Tortillería.

LUGAR DE ORIGEN: Puebla.

LUGAR DE RESIDENCIA: D.F.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

La paciente fue por resultado de la prueba de Western Blot, al saber sus resultados que fueron positivos, no quiso que le administraran ningún medicamento, ni que la revisaran.

SIGNOS VITALES:

Peso. 35 kilos, Estatura 1.54

EXAMEN BUCAL:

Boca. Simétrica Periodontitis Localizada. En los dientes 13, 23, 32, 35, 42.

Candidiasis bucal. En la lengua en forma blanquecina.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADO:

Prueba Elisa y Western Blot 1992. POSITIVO.

DIAGNOSTICO:

Candidiasis Pseudomembranosa Aguda.

Sida.

**TRATAMIENTO:**

La depresión que actualmente presenta, hace imposible la administración de medicamento.

**EDUCATIVO:** Se canalizo a terapia Psicológica.

NOMBRE: Paciente 17.

EDAD: 40 años.

SEXO: Femenino.

OCUPACION: Prostituta.

LUGAR DE ORIGEN: Monterrey.

LUGAR DE RESIDENCIA: D.F.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

Ganglios inguinales inflamados, diarreas, constantes, y candidiasis cada tres meses, comezón en la vulva.

SIGNOS VITALES:

Peso 47 kilos, Estatura 1.68. Presión arterial 90/80

EXAMEN BUCAL:

Boca. Simétrica Este paciente no presenta caries en ninguno de sus dientes y sus encías no presentan ninguna patología.

Cándidiasis bucal. Se encuentra placas blanquecinas principalmente en el paladar duro.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADOS:

Prueba de Elisa y Western Blot 1989. POSITIVO.

Exudado Oral. 1992. POSITIVO a Candida-Albicans.

Exudado Vaginal para Gonorrea. 1989 POSITIVO.

## DIAGNOSTICO:

Candidiasis Pseudomembranosa Aguda.

Gonorrea.

Sida.

## TRATAMIENTO:

Pemprocilina un ampollita de un millón cada 12 hrs. durante 10 días. Azidotimidina (AZT) de 100 mgs. una cápsula cada 6 hrs. Ketoconazol una tableta de 200 mgs. cada 12 hrs, durante tres meses.

**NOMBRE:** Paciente 18.

**EDAD:** 42 años.

**SEXO:** Femenino.

**OCUPACION:** Profesora en Idiomas.

**LUGAR DE ORIGEN:** D.F.

**LUGAR DE RESIDENCIA:** D.F.

**MOTIVO DE LA CONSULTA:**

A su esposo le detectaron el Sida en la última etapa, ella empezó con fuertes diarreas, ganglios linfáticos cervicales inflamados, y una depresión muy marcada.

**EXAMEN BUCAL:**

Boca. Simétrica, La cavidad bucal se encuentra en buen estado sin ninguna caries, la encías se encuentran en buenas condiciones.

Cándidiasis bucal. En la lengua en forma blanquecina cremosa.  
Saliva. Normal.

**AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADOS:**

Prueba de Elisa y Western Blot. 1992.                      Positivo.

## DIAGNOSTICO:

Candidiasis Pseudomembranosa Aguda.  
Sida.

## TRATAMIENTO:

La paciente por su depresión no quiere que la examinen ni que le prescriban ningún medicamento el diagnostico le ha provocado depresión emocional esto ha permitido que este en una etapa de negación se canaliza a terapia emocional.

**NOMBRE:** Paciente 19.

**EDAD:** 46 años.

**SEXO:** Femenino.

**OCUPACION:** Hogar.

**LUGAR DE ORIGEN:** D.F.

**LUGAR DE RESIDENCIA:** D.F.

**MOTIVO DE CONSULTA:**

La paciente refiere dolor y ardor en la boca, resequedad y dificultad para comer.

**EXAMEN BUCAL:**

Boca. La paciente no tiene ningún diente, usaba placas totales, pero se las tuvo que quitar, por dolor y ardor.

Cándidiasis bucal. Se encuentra en toda la boca con dolor y ardor.

**AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADOS:**

Pruebas de Elisa y Western Blot 1992      Positivo.

**DIAGNOSTICO:**

Candidiasis Pseudomembranosa Aguda.

Sida.

**TRATAMIENTO:**

Ninguno, se encuentra en la etapa terminal del sida, se recomienda su atención en casa.

**NOMBRE:** Paciente 20.

**EDAD:** 52 años.

**SEXO:** Femenino.

**OCUPACION:** Hogar.

**LUGAR DE ORIGEN:** D.F.

**LUGAR DE RESIDENCIA:** D.F.

**EXAMEN BUCAL:**

Esta paciente inició en 1992 pero no quiere que la atiendan.  
Boca. No tiene ninguna pieza dental, ni nunca ha usado  
placas.

Candida Albicans. Se encuentra en forma de placas blancas  
en toda la boca.

**AUXILIARES DE DIAGNOSTICO REALIZADOS:**

Pruebas de Elisa, Pruebas de Western Blot 1992. POSITIVO.

**DIAGNOSTICO:**

Candidiasis Pseudomembranosa Aguda.

Sida.

**TRATAMIENTO:** Ninguno.

TABLA 1

PAC.	EDAD	SEXO	TIEMPO DIAG.	DIAG. PRINC.
1	24	M	6 años	SIDA
2	25	M	5 años	SIDA
3	27	M	5 años	SIDA
4	28	M	2 años	SIDA
5	31	M	7 años	SIDA
6	31	M	5 años	SIDA
7	31	M	4 años	SIDA
8	32	M	6 años	SIDA
9	40	M	7 años	SIDA
10	51	M	5 años	SIDA
11	23	F	3 años	SIDA
12	24	F	5 años	SIDA
13	25	F	2 años	SIDA
14	28	F	4 años	SIDA
15	32	F	5 años	SIDA
16	35	F	1 mes	SIDA
17	40	F	3 años	SIDA
18	42	F	4 meses	SIDA
19	46	F	1 semana	SIDA
20	52	F	1 semana	SIDA

INFECCION OPORTUNISTA: CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA AGUDA ORAL EN TODOS LOS PACIENTES.

TABLA 2

LOCALIZACION DE LAS LESIONES POR CANDIDA ALBICANS.

PAC.	EDAD	SEXO	DISTRIB.	INICIO	ESTADO ACTUAL
1	24	M	Localizada Paladar duro	18 días	Remitió
2	25	M	Localizada Lengua	12 días	Recidivó
3	27	M	Generalizada	7 días	Remitió
4	28	M	Localizada Vestibular	20 días	Remitió
5	31	M	Localizada Lengua	16 días	Remitió
6	31	M	Localizada Lengua	30 días	Remitió
7	31	M	Localizada Paladar Duro Lengua	12 días	Recidivó
8	32	M	Localizada en el Carrillo	8 días	Remitió
9	40	M	Generalizada	2 meses	Recidivó
10	51	M	Localizada Lengua	1 mes	Recidivó
11	23	F	Generalizada	1 mes	Recidivó
12	24	F	Generalizada	2 mes	Recidivó
13	25	F	Localizada Carrillo Derecho e Izquierdo	5 días	Remitió
14	28	F	Localizada o Generalizada	2 mes	Recidivó
15	32	F	Generalizada	1 mes	Recidivó
16	35	F	Localizada Lengua	1 año	Recidivó
17	40	F	Localizada Paladar Duro	1 semana	Remitió
18	42	F	Localizada Lengua	1 semana	Remitió
19	46	F	Generalizada	1 mes	Recidivó
20	52	F	Generalizada	1 mes	Recidivó

TABLA 3

PACIENTES ENFERMOS CON SIDA Y LA PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS.

PAC.	EDAD	SEXO	MEDICAMENTOS
1	24 años	M	Ketoconazol, Retrovil.
2	25 años	M	Ketoconazol, Azidotimidina.
3	27 años	M	Ketoconazol, Retrovil.
4	28 años	M	Ketoconazol, Azidotimidina, Estreptomicina.
5	31 años	M	Ketoconazol.
6	31 años	M	Ketoconazol, Tetraciclina, Azidotimidina.
7	31 años	M	Ketoconazol, Azidotimidina.
8	32 años	M	Ketoconazol, Azidotimidina.
9	40 años	M	Ketoconazol, Azidotimidina, Bactrin F.
10	51 años	M	Ketoconazol, Azidotimidina, Bactrin F.
11	23 años	F	Retrovil, Pemprocilina, Benzatica, Nizoral.
12	24 años	F	Benzetasil, Ketoconazol, Azidotimidina.
13	25 años	F	Ketoconazol, Vitamina C, Complejo B, AZT.
14	28 años	F	Bactrin F, Azidotimidina, Zovirax.
15	32 años	F	Bactril, D.D.I. Aspirina, Zovirax.
16	35 años	F	Ninguno.
17	40 años	F	Pemprocilina, Azidotimidina, Ketoconazol, Prodoлина Local.
18	42 años	F	Ninguno.
19	46 años	F	Ninguno.
20	52 años	F	Ninguno.

## DESCRIPCION DE RESULTADOS

De acuerdo a la exploración física y bucal de 20 pacientes con SIDA, tomados como muestras para esta tesis, diez del sexo masculino y diez del sexo femenino cuyas edades fluctúan entre los 23 y 52 años, se encontraron los siguientes resultados:

Son pacientes cuyo diagnóstico de SIDA va desde una semana hasta siete años, todos ellos presentan Candidiasis oral amplia siendo del tipo Pseudomembranoso Aguda, que en algunos casos se elimina y en otros casos presenta recidiva constante, los hábitos higiénicos dentales en estos pacientes se presentan como malo, regular y bueno.

La Candidiasis se encuentra generalizada en ocho pacientes y localizada en 12 pacientes, su duración va desde los cinco días hasta los dos meses.

Utilizando el Ketoconazol como medicamento, la candida desaparece.

El período transcurrido para la desaparición de la Candidiasis oral está determinado por diversos factores entre los que tenemos, la respuesta del organismo, el tipo de medicamentos que están utilizando las enfermedades oportunistas que presentan.

La tabla 3 muestra la descripción de los fármacos utilizados por cada paciente para tratar las manifestaciones del SIDA entre ellos la Candidiasis oral, en el sexo masculino podemos observar que el medicamento es Ketoconazol, no así para el femenino, esto no se debe a diferenciación de medicamentos por sexo sino a que las mujeres no acuden a ninguna clínica para su tratamiento, por lo que no se les administra el medicamento adecuado.

La candidiasis pseudomembranosa se presenta como placa blanquecina en todos los pacientes, después del tratamiento las lesiones remitieron en la mayoría de los pacientes; sin embargo en algunos casos se presentó recurrencia.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con base en los estudios realizados a los enfermos de SIDA se presentaron las siguientes observaciones importantes considerándose de suma importancia porque afecta directa o indirectamente a los pacientes que presentan Candidiasis Oral.

Las personas afectadas con SIDA que padecen Candidiasis Oral deben llevar un tratamiento a base de antimicóticos para erradicar el hongo, se observó que en algunos pacientes la candida desaparece, pero transcurrido algún tiempo este hongo reincide debido a la Inmuno supresión del paciente.

Sin embargo deben continuar con ellos, se observó además que en la última etapa los enfermos con SIDA se encuentra sumamente sensibles y por lo tanto no quieren que se les realice ningún tratamiento ni quieren tomar sus medicamentos provocando una reincidencia de la infección.

Se observo una gran mejoría con medicamentos alternos como él (AZT) que estuvieron estimulando al Sistema Inmune disminuyendo la acción viral del VIH, así como también los profilácticos para prevención de Neumonías.

La mejoría en cavidad bucal, se observó en el 45 % de los pacientes tratados, comprobando que la Candida puede ser tratada y hasta desaparecer en fases primarias.

Los veinte pacientes con SIDA presentan Candidiasis Pseudomembranosa Aguda , en trece de ellos esta localizada ya sea en el paladar duro o blando, la lengua, encías, carrillos, y en ocho casos se encuentra en toda la boca en forma generalizada.

El estado actual de los pacientes con SIDA la Candidiasis Pseudomembranosa Aguda se presenta favorable en la mayoría de los pacientes.

## CONCLUSIONES

Es necesario realizar una historia clínica odontológica antes de tratar a un paciente, con lo que se podrá precisar si la persona forma parte de un grupo de riesgo.

Todos los profesionales al cuidado de la salud dental, deben informarse y tomar conciencia de las fuentes y formas de transmisión de las enfermedades infecciosas, conocer las recomendaciones para el control de la infección en la práctica odontológica e incorporar procedimientos que deberán ser efectivos para prevenir la transmisión de agentes infecciosos como la hepatitis, la tuberculosis, herpes etc, de los profesionales de la salud a los pacientes o viceversa.

Es importante para los médicos o cirujanos dentistas lavar todos los instrumentos que se utilicen con cloro, acetona, eter, etanol (concentraciones superiores al 20 % ), además el virus se inactiva fácilmente en autoclave, esto se debe realizar cada vez que se utilicen instrumentos en pacientes.

Existen la posibilidad de que diversas enfermedades infecciosas pueden ser transmitidas si el odontólogo no realiza medidas de prevención.

El SIDA puede tener un efecto directo en la salud bucal, dado que algunos de los síntomas de la infección por el VIH pueden ser detectados de manera inicial en la boca.

Una revisión, por lo menos cada seis meses, puede conducir a un diagnóstico y tratamiento temprano de infecciones oportunistas asociadas al VIH/SIDA.

Independientemente de la serología del paciente es necesario tomar las precauciones universales en todos los pacientes para evitar la transmisión del VIH/SIDA durante los procedimientos dentales.

Los pacientes con *Candida Albicans* utilizan antimicóticos para erradicar el hongo, en algunos casos llega a desaparecer, pero en otros al poco tiempo este hongo aparece dado la deficiencia inmunológica del paciente.

El tratamiento de elección que mejores resultados se ha obtenido en el tratamiento de la *Candida Albicans* en pacientes con SIDA es el ketoconazol porque es un antimicótico eficaz.

La evaluación de los riesgos cuantificables para el personal dental en enfermedades específicas requiere de una investigación para una mejor optimización en el trabajo dental.

## REFERENCIAS

- 1.- Sidney M Finegold and Ellen Jo Baron "Bailey scott"  
"Diagnóstico Microbiológico"  
Edición Médica Panamericana Argentina 1989.  
Pag. 682-751.
- 2.- Jawtx Ernest, Lynch and Joseph  
"Microbiología Médica"  
deseaba edición Manual moderno México, D.F. 1987.  
Pag. 533-539 y 555-560.
- 3.- Stittes Daniel P. and Stobo y J. Wells Vivian.  
"Inmunología Básica y Clínica"  
6a. edición, Manuel Moderno, México, D.F. 1988  
Pag. 346-356-698-672.
- 4.- Borcich Antony and P. Kotler Donal  
"Contra la diarrea Crónica en Pacientes con SIDA"  
Infectología año II, número 6 junio 1991.  
Pag. 317-323.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 5.- Leyva José Angel  
"El Sida, su impacto social y demográfico".  
Gaceta conasida, año I, número I mayo-junio 1988.  
Pag.5-8
  
- 6.- ESI/ CONASIDA  
"Situación del SIDA en México, hasta el 31 de mayo de 1991"  
Boletín mensual SIDA/ETS. año 5, número 6. Junio de 1991.  
Pag. 1140-1148.
  
- 7.- ESI/ CONASIDA  
"Situación del SIDA en México, hasta el 31  
de diciembre de 1992"  
Boletín mensual SIDA/ETS. año 7, número I, enero de 1993.  
Pag. 2337-2341.
  
- 8.- Segura Benedicto A. y Najera Morondo R.  
"Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida"  
tratado de medicina, práctica medicine 37 1989.  
Pags. 2466-2467.

- 9.- Raza Aly, Howard I. Maibach  
"Infecciones Cutáneas Fúngicas y Bacterianas"  
Edición Española.  
Editorial MCR,S.A.  
Pag. 52,53,54.
- 10.- Laksman P. Samaranayake, BDS,DDS, MI Biol.  
"Oral Mycoses in HIV"  
Infection. 1992 73: 171-80.  
Pag. 171-176.
- 11.- Mosqueda Taylor Adalberto, Rivera Trujillo Leticia,  
Rebollo Vargas J, Velázquez Cecilia.  
"Prevalencia de Alteraciones estomatológicas en pacientes  
infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana Revista  
ADM.Volumen XLVIII/4 julio-agosto 1991.  
Pag.207.

12.- Ramírez Amador Velia, De la Rosa García Estela, González Guevara Martha, Hernandez Carlos, Ponce de León Samuel.

"Manifestaciones Bucales en Pacientes VIH- Positivos en la Ciudad de México, Informe preliminar."

PO. Vol.12 No. 9. 1992.

Pag. 35-42.

13.- Cossio Pedro Infante, Hernandez Guisado Jose Ma., Olivares Moreno Jose Ma.

"La Leucoplasia Velloso Oral como Manifestación Clínica Asociada a Infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana"  
Revista Europea de Odonto-Estomatología.

Pag. 19-24.

14.- Lynch Malcolm A, Brightman Vernon, Greenberg Martin.

"Manual Práctico de Medicina Bucal"

Traducción Folch Pi alberto, Orizaga Samperio Jorge.

Edición 8a.

Editorial Interoamericana,S.A.

Pag. 213, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229.

- 15.- Rozembaum W. Chermann J.C. Barré Sinoussi F.  
"El Sida en Preguntas"  
Edición 1989.  
Editorial Diana.  
Pag. 7-195
- 16.- Sepulveda Amor Jaime, García García Ma. de Lourdes, Morales Betanzo Rosa Arminda, Valdespino Jose Luis, Mora Galindo Jose Luis, Martínez Estevez Juan.  
"SIDA Información Básica para Personal de Salud"  
Secretaria de Salud Dirección General de Epidemiología.  
Febrero 1990.  
Pag. 3, 11, 17, 27, 39.
- 17.- Alanis Carsi Leticia, Uribe Zuñiga Patricia, García García Ma. de Lourdes, Morales Betanzo Rosa Arminda, Palacios Martínez Manuel, Mora Galindo Jose luis, Sepulveda Amor Jaime.  
"SIDA Manual de trabajo para Capacitadores"  
Secretaría de salud dirección general de Epidemiología.  
México, 1990.  
Pag. 1, 11, 17, 27, 32, 43.

18.- González Saldaña Napoleón, Torales torales, Andres, Gómez Barrera Demostenes.

"Infectología Clínica"

Edición 3a. Trillas octubre 1990.

Pag. 570, 575.

19.- ESI/ CONASIDA

"Situación del SIDA en México, hasta mayo de 1991"

Boletín mensual SIDA/ETS año 4, número 5

Pag. 1140,1148.

20.- ESI/ SIDA

"Situación del Sida en México"

hasta junio de 1991.

Boletín mensual SIDA/ETS. año 5, número 1.

Pag. 2150, 2153.

21.- Kumate Rodríguez Jesús, Sepulveda Amor Jaime, Chávez Peon Federico.

"Informar es Proteger"

Enero 1990.

Numero Especial.

Pag. 3, 6, 9, 12, 13.

22.- Maibach,H.I. Aly R.  
Microbiology "Relevance to Clinical Infection"  
New York 1981.  
Pag. 265-274.

23.- Zaias N.  
"Onychomycosis"  
Arch. Dermatol 105, 125.