



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**SIDA...EPIDEMIOLOGÍA Y LESIONES BUCALES MÁS
FRECUENTES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

MARIELA LÓPEZ HERNÁNDEZ

DIRECTORA: MTRA. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO

MÉXICO, D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A Dios: Por darme la Oportunidad de existir.

A mis Padres: Por brindarme su ayuda para lograr este sueño, ya que a pesar de que el camino fue difícil lo conseguimos.

A mis hermanos: A Diana por su apoyo incondicional, a Eduardo por motivarme a salir adelante, a José Hilario porque desde el cielo cuida y vigila mis pasos.

A mi sobrino: Por mostrarme que la felicidad se construye con pequeños momentos.

A la Dra. Arcelia: Por su paciencia, dedicación y apoyo a lo largo de este trabajo.

A todos aquellos que de alguna manera contribuyeron a mi formación académica:

GRACIAS

**1 millón de niños nacen al día en
el mundo con sida**



**ROTEGERSE Y PROTEGERLOS ES
NECESARIO**

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	5
2.. PROPÓSITO	6
3. OBJETIVOS	6
1.Sida . . . Aspectos epidemiológicos	7
1.1 Definición	7
1.2 Epidemiología a nivel mundial	9
1.3 Epidemiología a nivel nacional	11
1.4 Factores de riesgo y mecanismos de transmisión	14
1.5 Grupos de alto riesgo	17
1.6 Manifestaciones clínicas del VIH	20
1.6.1 Sistémico	20
1.6.2 Bucal	48
1.7 Paciente pediátrico	58
4. Conclusiones	64
5. Referencias bibliográficas	66

1. INTRODUCCIÓN

Una de las enfermedades infecciosas que con mayor agresividad ha atacado a la humanidad es el sida que a partir de los años 60's ha orientado todos los esfuerzos médicos, en primer lugar, a la construcción del perfil epidemiológico de la enfermedad y en segundo lugar, a la búsqueda de medicamentos capaces de eliminar o controlar al agente viral.

Inicialmente se identificó como casos aislados para ser aceptada como epidemia y el continente de origen fue África pero debido al desconocimiento de los factores de riesgo la epidemia tomó tintes de pandemia para finalmente ser considerada como enfermedad endémica en algunas regiones.

En este sentido, América Latina no escapa a esta realidad, se sabe que no solo los factores de riesgo deben ser considerados, sino también las prácticas de alto riesgo y por ende de grupos de alto riesgo. El sida cobra día a día más vidas sobre todo a causa del desconocimiento sobre prácticas saludables para conservar la salud o porque no se identifican las manifestaciones clínicas tempranas. Además de las manifestaciones sistémicas en la boca también aparecen lesiones que pueden orientar el diagnóstico de la presencia de esta enfermedad e instruir al paciente en el autocuidado de la salud bucal y una actuación con responsabilidad hacia otros individuos.

2. PROPÓSITO

El propósito de la presente monografía es presentar, de manera organizada y articulada, algunos aspectos clínicos de el SIDA, sustentada sobre una revisión exhaustiva de los últimos avances sobre el conocimiento, tanto del virus como de diferentes aspectos socio-epidemiológicos, para que se facilite la consulta por parte de los profesionales y de los alumnos que deseen conocer los últimos avances en investigación.

3. OBJETIVOS

1. Explicar el concepto de Sida, VIH y portador sano
2. Explicar los factores de riesgo para la adquisición de la enfermedad
3. Conocer la epidemiología de la enfermedad a nivel mundial y nacional
4. Identificar a los grupos más vulnerables para contraer esta infección
5. Conocer los factores de riesgo más importantes para contraer el virus
6. Explicar las manifestaciones sistémicas en los enfermos con SIDA
7. Conocer las lesiones orales de adultos y niños más significativas

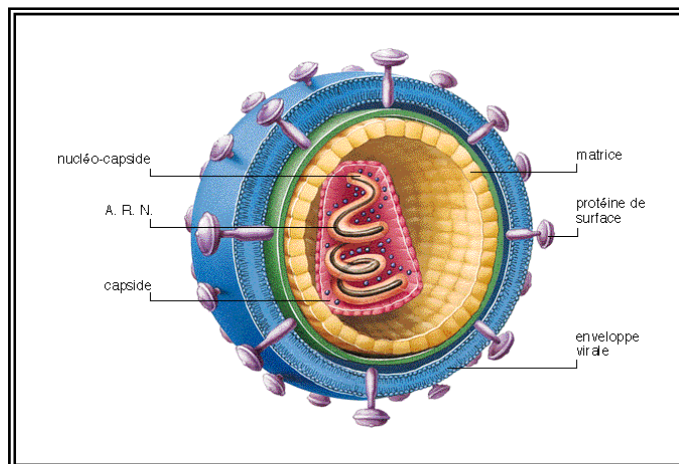
Sida . . . aspectos clínicos y perfil socioepidemiológico de la epidemia en la última década.

1. Sida . . . agente causal y definición

El VIH (Virus de Inmunodeficiencia humana) es un retrovirus el cual ataca principalmente al sistema inmunológico dejándolo sin defensas para combatir las enfermedades. En algunos individuos permanece durante mucho tiempo sin provocar ningún síntoma, pero cuando empiezan a aparecer manifestaciones y el sistema inmunológico se debilita y el organismo se vuelve más susceptible a toda clase de enfermedades. Cuando se habla de la etapa final, o sea de la fase clínica tardía, se está hablando de SIDA.¹

Los virus del SIDA pertenecen a una familia de virus animales llamados los retrovirus.

Una característica importante del VIH es su extrema variabilidad genética por lo que el VIH-1 forma parte de una población viral heterogénea que dificulta



la comprensión de algunos de los mecanismos de interacción entre el virus y su huésped. El VIH es una partícula esférica con un diámetro entre 80 y 110 nanómetros. Esta partícula presenta tres capas concéntricas: la capa interna contiene una especie de nucleoide con forma de cono truncado constituido por el ARN del virus y la nucleoproteína con las enzimas; la capa intermedia es la nucleocápside icosaédrica; la capa externa o envoltura es una bicapa lipídica derivada de la célula huésped; está constituida por la inserción de

glucoproteínas del virus constituidas por trímeros de gp120 (gp, abreviatura de glucoproteína) formando 72 proyecciones y por una alta concentración de proteínas celulares entre las que destacan antígenos de histocompatibilidad de clases I y II (HLA I y II).

El agente del VIH posee al menos 7 genes reguladores que entre otras funciones tienen la de expresar el material genético viral integrado en la célula, lo que los une de un modo importante con la latencia del virus en ella. Entre las proteínas reguladoras las más importantes son las Tat y Rev que son esenciales para la replicación del virus; la Tat actúa como transactivadora de todas las proteínas y la Rev como procesadora del ARNm y su transporte selectivo en el citoplasma. ²

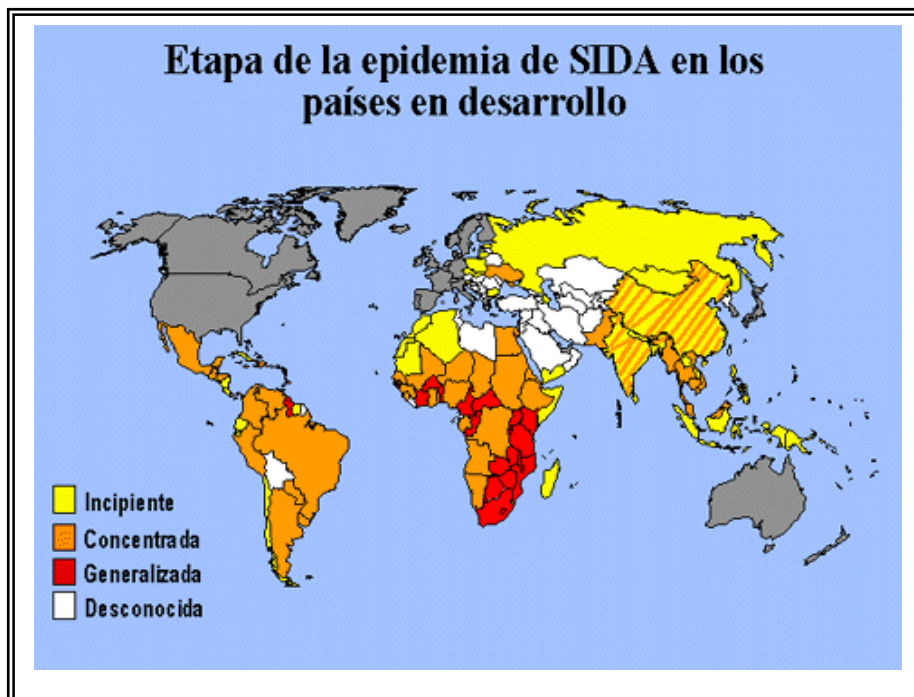
Lo que denominamos SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es una enfermedad infecto-contagiosa, resultado del desarrollo del VIH ,el cual se manifiesta de diversas maneras:

- -Diarrea
- -Dolor de cabeza
- -Fiebre
- -Palidez extrema
- -Pérdida de peso³

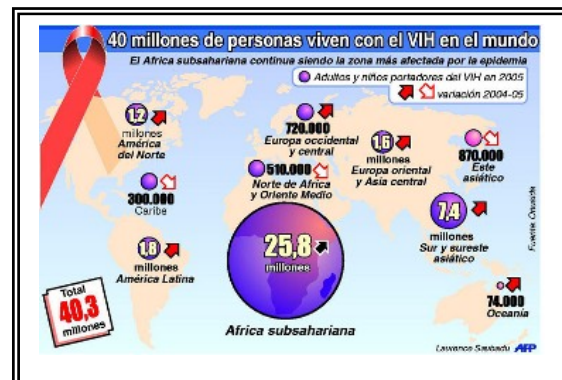
El nombre de síndrome hace referencia a un conjunto de síntomas y manifestaciones de la enfermedad y se caracterizan por fallas en el sistema inmunológico que es el encargado de defender a nuestro organismo de microorganismos dañinos para el ser humano.¹

1.1 . EPIDEMIOLOGÍA A NIVEL MUNDIAL

Son diversas las cifras que se manejan desde 1998 hasta la actualidad. El SIDA se ha incrementado en diversos países del mundo por lo que constituye en la actualidad una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. En 1998 se estimaban 2.5 millones de muertes al año. Mientras que en el año 2006 el Sida le quito la vida a 2.9 millones de personas.⁴



ONUSIDA menciona que a nivel mundial existen 39.5 millones de personas infectadas con el VIH de las cuales 37.2 millones son adultos, 17.7 millones son mujeres y 2.3 millones son menores de 15 años.⁵



África Subsahariana ha encabezado la lista y sigue a la cabeza hasta la actualidad la expectativa de vida de sus habitantes es de 48 años, seis años menos que si no existiera este virus.

En América Latina y el Caribe se ha registrado una epidemia más reciente en comparación con los demás continentes, pero a pesar de esto rebasa la cifra de 1.7 millones de infecciones en América Latina y 250 mil en el Caribe, alarmantemente, el Caribe que ya ocupa el segundo lugar.⁶



En América Latina es preocupante el aumento de las infecciones en el sexo femenino. Se estima que cada año aumentan en 5 millones el número de personas infectadas con VIH.⁷

A países pobres se les puede atribuir el problema de marginación, falta de conocimiento sobre las diferentes medidas de prevención, embarazos no deseados etc. En países desarrollados las principales causas son el consumo de drogas, enfermedades de transmisión sexual.⁸

Europa Oriental ocupa el sexto lugar a nivel mundial en prevalencia, el quinto en número de personas diagnosticadas de VIH. La prevalencia en Europa Oriental es mucho mayor que en Europa Occidental, esto puede deberse a la diferencia socioeconómica que presenta la primera.

En África y en Asia la prevalencia es mayor en el sexo femenino, mientras que en América Latina, Europa Occidental y Europa Oriental predomina el sexo masculino.⁹

Para el 2006 la ONU presenta un informe en el cual 39.5 millones de personas viven con el VIH, 4.3 millones acaban de contraer la enfermedad y 2.9 millones han muerto. El sida ocupa el cuarto lugar en enfermedades infecciosas que causan la muerte en el mundo.⁹

1.2 EPIDEMIOLOGÍA A NIVEL NACIONAL

En México la epidemia de Sida se concentra en los grupos que mantiene prácticas de riesgo: homosexualidad, prostitución y drogadicción por vía intravenosa.

La prevalencia de VIH en homosexuales (HSH) es de 13.5%, 15.0% ,3.9% en drogadictos. De acuerdo con las ultimas investigaciones de CENSIDA (Centro Nacional para la prevención y control de SIDA) en México 182 mil adultos están infectados por este virus.

El grupo de 15 a 44 años es el más prominente con un porcentaje del 78.7%, en segundo lugar se encuentra el grupo comprendido de 45 años en adelante con un porcentaje de 18.9% y en tercer lugar se encuentra el grupo de los menores de 15 años con un porcentaje del 2.4%, en el grupo que abarca un porcentaje de 10% se desconoce la edad. La prevalencia en el sexo masculino es sensiblemente más elevada.¹⁰

Cuadro 1. Distribución porcentual de casos por género.

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
Hombres	89,305	83.0%
Mujeres	18,320	17.0%
Total	107,625	100.0%

Fuente :Registro Nacional de casos de SIDA

En términos de instituciones que atienden a pacientes con Sida, la mayor demanda la concentra la Secretaría de Salud

Tabla 2. Distribución Porcentual de casos en las Diferentes Instituciones de Sector Salud. (México)

Institución	Número	Porcentaje
SSA	60,668	56.4%
IMSS	33,421	31.1%
ISSSTE	5,711	5.3%
OTRAS	7,042	6.5%
PRIVADO	733	0.7%
Total	107,625	100.0%

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA

El sida tiene diferentes vías de transmisión en México las más frecuentes son las que se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 3. Vías de transmisión del Sida en México.

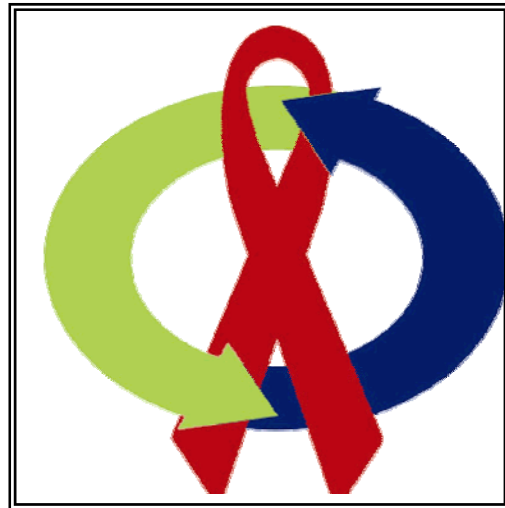
CATEGORÍAS	PORCENTAJE
Sexual	92.3%
HSC	46.7%
Heterosexual	45.6%
Sanguínea	5.1%
Transfusión sanguínea	3.3%
Hemofílico	0.4%
Donador	0.5%
Drogas I.V	0.9%
EX. Ocupacional	<0.1%
Perinatal	2.3%
Otras (Homo-Drogas)	0.3%
Se desconoce	(36.6%)

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA

Se observa que existen más casos de infección por transmisión sexual. De acuerdo a los últimos informes se han registrado 107,625 mil casos de sida notificados, 182,000 personas viven con VIH. En el 2006 se registraron 5,102 casos de SIDA. 3,503 (68.7%) fueron registrados oportunamente. Como se ve de acuerdo a las cifras el índice es muy alto.

De todos los Estados de la República el que sobresale con el índice de infectados es el Distrito Federal con un promedio de 20,398, el Segundo lugar lo ocupa el Edo. De México con un promedio de 11,319 casos, el tercer lugar corresponde a Veracruz con 9,680 casos, el ultimo lugar lo tiene Baja California Sur con 547

casos de infección, realmente es una diferencia considerable, si comparamos al DF con Baja California, y se han presentado casos en personas que se desconoce su procedencia, y en extranjeros.⁵



La cifra total de personas con Sida en todo México es de 107,625. Una cifra demasiado alta que pese a todos los esfuerzos no se logra disminuir.

1.4 FACTORES DE RIESGO Y MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Es sumamente importante conocer los factores de riesgo ya que el Sida no distingue sexo, ni raza, ni posición social, ataca a la persona que cometa el error de no informarse para prevenir la infección con este terrible virus.

El Virus fuera del organismo se destruye fácilmente, pero alcanza sus mayores concentraciones en fluidos vaginales y el semen. Por lo que realizar prácticas sexuales con una persona infectada sin protección es altamente riesgoso, ya que estas prácticas lo que ocasionan son heridas microscópicas en la mucosa de vagina, recto y pene las que facilitan la entrada al VIH ,contagiando así a la persona.³

Penetración anal: ésta es la práctica sexual de más alto riesgo, quizás por eso se atribuye mayor prevalencia a homosexuales. La mucosa del recto es muy delicada y si a esto se le aumenta que factores tales como prácticas sexuales agresivas e infecciones en genitales (sífilis, herpes genital) el riesgo es muy elevado. Cabe mencionar que en ésta práctica el miembro receptivo suele ser más vulnerable que el insertivo, aunque la infección se puede transmitir en ambos casos.

Penetración vaginal: en ésta práctica la mujer resulta la más afectada ya que es la receptora pero eso no impide que también el hombre se infecte en caso de que la mujer fuera la portadora del virus. Se habla de más vulnerabilidad en la mujer debido a que existen mayores lesiones en mucosas genitales femeninas como el útero o la vagina en comparación con el glande.¹¹

La presencia de enfermedades por transmisión sexual, Contactos sexuales sin protección sobre todo durante la menstruación favorecen demasiado la entrada del virus.¹

Sexo oral: aunque el virus no se transmite por vía digestiva y el índice es muy bajo, no está de más prestarle atención , ya que se pueden presentar lesiones como úlceras o heridas en la cavidad oral y esto facilitaría la transmisión del virus, por lo que es conveniente evitar la eyaculación o el contacto directo con fluidos vaginales. El riesgo solo existe si se presentan lesiones en boca.

Transmisión sanguínea: tiene lugar cuando la sangre infectada entra en el torrente sanguíneo. Las personas que comparten la jeringa están expuestas a contraer el virus , esto se da principalmente en personas que se inyectan drogas por vía intravenosa, y entre mayor número de personas se compartan la infección será el número de víctimas seguirá aumentando.

Tatuajes: si se realiza un tatuaje con utensilios que están infectados como las agujas, los tatuajes, piercing etc, se infectará a la persona.

Transfusión: hoy en día tiende a disminuir el riesgo debido a las medidas que se han implementado antes de realizar una transfusión sanguínea, sin embargo no se descarta el riesgo de contagio.

Otro caso en el que se presenta la infección es en las personas que recibe sangre u órganos de algún donante infectado, por esto mismo los bancos de sangre y programas de donación de órganos hacen exámenes minuciosos a los donantes, a la sangre y a los tejidos.

Transmisión Perinatal: aquí se habla de la transmisión de madre seropositiva a su hijo, la cual se puede dar cuando el hijo pasa a través de la placenta, a esto se le llama transmisión vertical. La transmisión depende del grado de carga viral que tenga la madre ya que no siempre se contagian los niños.¹¹

Si el niño se infecta durante el embarazo formará sus propios anticuerpos que persistirán. Si después de 18 meses el niño sigue teniendo estos anticuerpos se estará hablando de un niño con VIH.

Cabe mencionar que las mujeres infectadas por el VIH tienen el doble de abortos espontáneos que las mujeres no infectadas.

La infección también se puede dar cuando se amamanta al bebé ya que el calostro y la leche materna tienen concentraciones de VIH.¹

Factores de Riesgo falsos: infección por saliva, picaduras de mosquitos, contacto de la piel como caricias, donación de sangre (es muy distinto donar que recibir sangre).

Los mecanismos de transmisión se producen cuando una persona entra en contacto sexual con otra infectada ya sea homosexual o heterosexual sin protección, ya que el virus tiene acceso por la piel o las mucosas que contienen líquidos corporales como el semen, sangre.

Otro modo de transmisión es el uso de jeringas contaminadas por el virus, como ya vimos un ejemplo claro es la drogadicción por vía intravenosa.

Por transfusión de sangre infectada, u trasplante de órganos o tejidos dañados.

Y por último el que le transmite la madre al hijo.

El modo de transmisión más común del VIH es el sexual seguido del sanguíneo, y el perinatal, en menor grado aunque no menos importantes se encuentra el trasplante de órganos y donación de sangre.²

1.5 Grupos de Alto Riesgo

También se les puede llamar “Grupos de mayor vulnerabilidad”.

En el caso de infección por VIH, el riesgo se puede definir como “La probabilidad de que una persona contraiga la infección por el VIH”.¹²

Este riesgo surge por distintos motivos tales como: ignorancia, no llevar vida sexual segura, imposibilidad de percibir riesgos personales, no utilizar métodos de barrera como condones.

El Riesgo empieza a existir desde la manera de cómo piensa cada persona así como de la información que recibe y como la asimila, y de la sociedad que rodea a cada individuo.¹⁰

Desde lo Cultural: Las conductas sexuales, estilos de vida ,empleo de métodos de barrera(el uso del condón), la vida familiar y la vida en pareja.



Desde lo Psicológico: Aquí se observa el autoestima de cada persona, que se manifiesta en sus actitudes comportamientos, su identidad sexual, si se droga o no, si práctica su vida sexual con responsabilidad.¹³



Desde lo socioeconómico: En este plano ,se relacionan los riesgos con el nivel educativo, nivel de ingresos, tipo y lugar de residencia, tipo y condiciones de trabajo.¹³



Se sabe que el Virus no perdona clase social ni género, se propaga a aquellas con características identificables como los que a continuación se mencionan:

- Adolescentes
- Mujeres en edad reproductiva
- Homosexuales, heterosexuales, bisexuales con distintas parejas y que no usan protección.
- Infantes o Niños
- Usuarios de drogas intravenosas
- Población carcelaria
- Habitantes de la calle

Cuando Hablamos de Heterosexuales, el mayor riesgo de contraer el VIH es en personas que cambian de pareja sexual, Hombres que engañan a su pareja o viceversa, así como de trabajadoras o trabajadores sexuales, los cuáles están más expuestos sobre todo si no usan medidas de protección.⁸

En América Latina y el Caribe, Las tasas más altas de infección por el VIH se encuentran en grupos de población cuya actividad es muy vulnerable a contraer el virus: Homosexuales, Bisexuales, Drogadictos, presos, niños de la calle. En jóvenes cuya sexualidad a menudo se pasa por alto, no se les planifican programas de prevención, servicios de atención y al no tener fuentes de información, se hacen susceptibles a contraer el virus

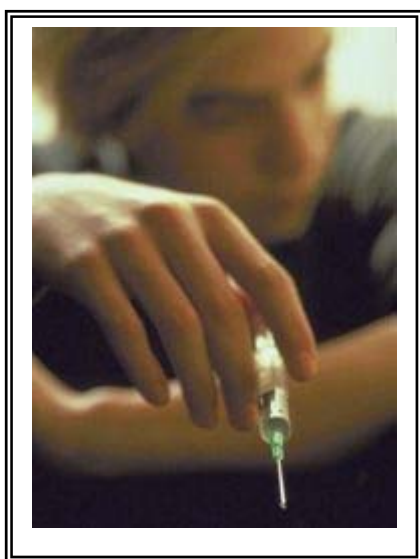
Todavía en algunas culturas, los padres aconsejan a sus hijos la idea de tener su primera relación sexual hasta el matrimonio y solamente tener una pareja sexual, impidiendo que tengan acceso a información. Es altísimo el número de jóvenes que tiene relaciones sexuales desde muy temprana edad, pero es realmente alarmante que un alto número lo haga sin cuidarse y con parejas múltiples.

A pesar de que la tasa de infección entre las mujeres está en aumento, las relaciones entre homosexuales sigue siendo la causa principal de las infecciones por VIH en distintos países, incluso Canadá, Estados Unidos y México.⁸

El mayor riesgo de contraer el virus en los hombres es mediante transmisión sexual. Cabe mencionar que el comportamiento es el que transmite el virus, no la identidad.

El VIH transmitido por inyección es un problema muy persistente, aunque las soluciones sean muy claras. El compartir agujas, es una manera de contraer el virus. En diversos países se ha detectado que la prevalencia de infección entre estos grupos puede crecer de manera fulminante en menos de un año. La demanda de las agujas limpias es igual de alta que los riesgos de contraer o transmitir el virus.⁷

Además es importante señalar que varios de estos usuarios de drogas aunque gran parte sean discriminados por la sociedad, llevan una vida aparentemente normal ya que tienen parejas sentimentales e hijos, los cuáles no siempre van a ser consumidores de droga pero se exponen al riesgo de infección por el comportamiento de sus parejas o progenitores.



En grupos marginados de distintos países tanto Hombres como mujeres de ciertos grupos étnicos tienen menos oportunidades de desarrollo educativo y laboral que la demás población,.

Esto se convierte en una desventaja que los lleva hacia los márgenes de la sociedad aumentando las probabilidades de que se conviertan en trabajadores (as) sexuales o usuarios de drogas.¹⁰

1.6. Manifestaciones clínicas del VIH

1.6.1.Sistémico

El VIH produce una gran caída significativa y sostenida en el número de linfocitos T CD₄ positivos, en la sangre y en los tejidos, por lo que compromete la función de los macrófagos, los cuales también se infectan.¹⁴

Existen dos fases importantes para que empiecen a aparecer las manifestaciones:

Fase de Latencia: Es el período que existe entre el contacto infectante y la aparición de anticuerpos y en promedio dura de 3 a 12 semanas, aunque existen casos de 12 meses e incluso superiores a 30 meses.

Fase de incubación: Es el período que comprende desde la infección por el virus de VIH hasta que empieza a manifestarse el estadio de SIDA, el promedio es de 8.5 años. Aunque pueden variar dependiendo si la persona se controla con algún tipo de medicamento, que pueda retardar la aparición de manifestaciones, existen diferentes etapas en el curso de la enfermedad del SIDA:¹⁴

INFECCIÓN PRIMARIA

Esta etapa existe semanas después de la transmisión del virus, y se reconoce solo mediante los exámenes de sangre.

Los individuos sólo presentan síntomas de una gripe común como: dolor de cabeza, garganta, ganglios inflamados, se presentan por pocos días y se resuelven espontáneamente.

LA ETAPA ASINTOMÁTICA O SILECIOSA

Aquí no se presenta ningún síntoma, la persona se siente saludable y también se ve saludable, pero su potencia para infectar es enorme, y el virus ya empieza a destruir el sistema inmune.

ENFERMEDAD SINTOMÁTICA TEMPRANA

Se presentan síntomas leves como son:

- Inflamación en los ganglios linfáticos
- Fiebres
- Candidiasis
- Enfermedades en el aparato digestivo
- Enfermedades en el aparato respiratorio²

ENFERMEDAD SINTOMÁTICA INTERMEDIA

En esta etapa las personas ya se empiezan a sentir enfermas, pero no han desarrollado por completo la enfermedad de SIDA, algunas de sus manifestaciones son:

- Tuberculosis
- Candidiasis
- Herpes en boca y genitales
- Fiebres continuas
- Diarrea
- Pérdida de peso, hasta el 10%

ENFERMEDAD AVANZADA: SIDA

En esta etapa ya existen infecciones oportunistas, cáncer , ya también empieza a dañar al cerebro, es cuando el SIDA ya está presente.

El individuo puede manifestar más de una enfermedad a la vez.

Sus manifestaciones son:

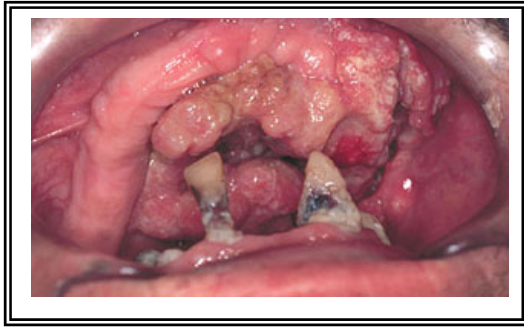
- Diarrea severa
- Pérdida de peso severa
- Neumonía severa
- Infecciones cerebrales
- Confusión y pérdida de la memoria
- Cáncer de piel
- Candidiasis ²

Cuadro II
ESPECIES DE CANDIDA ENCONTRADAS EN 35 PACIENTES
CON DIVERSAS ENFERMEDADES INMUNOSUPRESORAS.
México, 1999-2000

Especies	Tb P	SIDA	TR	Ca P	LES	Total
<i>Candida albicans</i>	14	7	1	1	1	24
<i>C. parapsilosis</i>	1	2	-	-	-	3
<i>C. krusei</i>	-	2	-	-	-	2
<i>C. glabrata</i>	1	-	-	-	-	1
<i>C. tropicalis</i>	1	-	-	-	-	1
<i>C. lipolytica</i>	1	-	-	-	-	1
<i>C. beecheii</i>	-	1	-	-	-	1
<i>C. intermedia</i>	1	-	-	-	-	1
<i>C. zeylanoides</i>	1	-	-	-	-	1
Total	20	12	1	1	1	35

SIDA= síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Tb P= tuberculosis pulmonar.
 TR= transplante renal. Ca P= carcinoma pulmonar. LES = lupus eritematoso sistémico

El VIH presenta gran variedad de trastornos, pero lo más grave que le puede suceder al individuo es desarrollar el SIDA, el cual viene acompañado de infecciones Agudas, Infecciones Oportunistas, Neoplasias malignas, Disfunciones neurológicas y una gran variedad de síndromes.



Neoplasias malignas



Disfunciones neurológicas

Las principales manifestaciones que ocurren en un paciente con SIDA son las digestivas donde las complicaciones gastrointestinales, por lo general, están presentes en un 50% y 90% de las personas con SIDA, siendo la diarrea la manifestación clínica más evidente, se presenta de un 60% a un 90% de los casos. Todas estas alteraciones son provocadas porque la mucosa intestinal se halla disminuida. Disminuye la acidez gástrica y esto produce un aumento en la colonización bacteriana, acompañado de una neuropatía del sistema nervioso autónomo y alteraciones de la motilidad intestinal.¹⁵

Su principal síntoma es la diarrea la que trae como consecuencias deficiencias nutricionales, pérdida de peso dolor abdominal. Las infecciones del intestino delgado y del grueso constituyen problemas gastrointestinales de gran importancia en los pacientes con SIDA generalmente se manifiestan con diarreas, dolor abdominal, fiebre ocasional y ya en casos muy graves adelgazamiento.¹⁶

A pesar de que se les da tratamiento, debido a su sistema inmune tan comprometido desarrollan nuevas lesiones resultado de la medicina con que se controlan un ejemplo son las lesiones en el recto, sobre todo úlceras y erosiones perirrectales.¹⁵

Infección Aguda

Es un conjunto de manifestaciones clínicas y biológicas características del VIH, que pueden ser transitorias o de gravedad variable, desaparecen espontáneamente y dan paso a una infección crónica que puede generar síntomas o no.

Signos Clínicos: Son muy variables e inespecíficos:

- Fiebre
- Sudación
- Astenia
- Adelgazamiento
- Agujetas
- Artralgias
- Mialgias
- Diarrea
- Rash cutáneo, erupción urticarial

Las adenopatías son frecuentes, y se localizan en todas las áreas, se desarrollan en forma de brote rápido, a veces son sensibles y pueden regresar por completo o persistir.

A veces se observa una esplenomegalia, que también contribuye a sugerir una mononucleosis.

Los signos neurológicos son menos corrientes, pero pueden aparecer de forma aislada y a veces comprometer al pronóstico funcional o vital.³

Los signos biológicos

- Leucopenia
- Linfopenia absoluta
- Linfopenia T4
- Neutropenia
- Trombopenia
- Síndrome mononucleósico¹

En la fase de SIDA también pueden aparecer Infecciones Oportunistas:

Una infección oportunista es la agresión de un organismo, por parte de un agente habitualmente no patógeno en una persona sana o a la localización excepcionalmente grave de una infección.

Las infecciones oportunistas son muy frecuentes en cualquier deficiencia inmunitaria. La clásica asociación existente entre infección oportunista - SIDA, constituye solo una parte de la realidad, ya que éstas suelen presentarse en la etapa final de la enfermedad.

Las características son muy comunes en todas las infecciones asociadas a I VIH:

- Infrecuente curación definitiva
- Necesidad de un tratamiento de mantenimiento
- Reinfestación endógena habitual(excepto en la tuberculosis, herpes y salmonelosis)
- Frecuente asociación de múltiples agentes infecciosos
- Intervención de zonas de endemia
- Gravedad y frecuencia de las formas diseminadas¹⁶

La probabilidad de que un paciente infectado con el VIH contraiga una enfermedad oportunista depende de 3 factores:

El estado de inmunocompromiso por el recuento de células CD4. La exposición que tenga el individuo al patógeno potencial y la relación entre el estado inmune del organismo y la virulencia del patógeno potencial.¹⁶

Toxoplasmosis cerebral: Es la infección oportunista más frecuente que afecta al sistema nervioso central en el SIDA. El agente infeccioso es el *Toxoplasma gondii*, parásito intracelular obligatorio, que da lugar a un síndrome febril y linfadenopático benigno y algunas veces no se ve en el individuo inmunocompetente.

Presenta una frecuencia entre el 3% y el 10% de los enfermos de SIDA.

Clínicamente se manifiesta a través de una lesión cerebral. Predominan los signos hemisféricos: hemiparesia, hemianopsia y crisis comiciales. Aparecen cefaleas y fiebre que pueden ser las únicas manifestaciones.

También suele presenciarse aunque no frecuentemente alucinaciones.¹⁴

Criptosporidiasis

Es producida por el *Cryptosporidium*, que parasita la mucosa gastrointestinal del ser humano y de numerosos animales. En el SIDA, la criptosporidiasis se manifiesta por una diarrea masiva, se altera el estado general, existe gran deshidratación, fiebre, dolores abdominales y adelgazamiento.¹

MICOSIS

Es muy importante señalar que así como se fue expandiendo la pandemia del SIDA se convirtió en la principal causa para varias micosis tanto superficiales como profundas

Ya sean micosis superficiales o profundas , agudas o crónicas, siempre están presentes en los portadores del VIH y en los que ya entraron a la etapa del SIDA.¹⁷

Candidiasis: La Candida son levaduras (hongos que se producen por gemación). La especie *C.albicans* es la más patógena para el ser humano.

Se está hablando de la micosis oportunista más importante en el hospedero comprometiéndolo al sistema inmune.

En la uña es frecuente la perionixis por Candida, en forma de un rodete rojo y doloroso del que se mana pus al presionarlo.¹⁶



En el SIDA las candidiasis sistémicas son exclusivamente superficiales, mucosas o viscerales .

Orofaringe: La candidiasis orofaríngea es de las más frecuentes en el paciente con SIDA.¹⁵

Candidiasis profundas:

Esofágica: Es una infección grave que se caracteriza por una lesión del esófago por extensión de una lesión oral. Se presenta como placas blanquecinas que se pueden remover con el abatelenguas, se localizan principalmente en dorso de lengua, paladar blando, amígdalas.

Se caracteriza por: disfagia, anorexia, adelgazamiento, fiebre, dolores retroesternales, aunque a veces suele ser asintomática.

El tratamiento por lo general se realiza con fluconazol (200mg al día).¹⁶

Intestino: La lesión intestinal es responsable de diarrea, frecuentemente abundante y recidivante, que ocasiona adelgazamiento, y raramente fiebre.

Bronquios: La candidiasis bronquial es una infección oportunista que esta asociada a una gran alteración de la inmunidad. El tratamiento se basa en : Ketoconazol, fluconazol, itraconazol.¹⁴

Vaginal. La infección comparada con la de una mujer no infectada no varía la incidencia, sin embargo cuando la mujer esta infectada con el VIH las recaídas son mayores. Los síntomas son los normales: prurito, sensación urente, disuria y dispareunia.¹⁴

En los últimos tiempos se he encontrado otro tipo de candidiasis que es la específica en heroínómanos. Se relaciona directamente con una nueva heroína denominada “marrón” “iraní” que se presenta en forma de pasta húmeda. Se desconoce el origen preciso de la contaminación, la función de esta heroína y la responsabilidad única recae en la *Candida albicans*.

La enfermedad evoluciona en dos fases: un Síndrome septicémico a continuación de una inyección de heroína, seguida de una fase caracterizada por localizaciones sistémicas cutáneas, oculares y osteoarticulares. Su tratamiento tiene que ser con antimicóticos mayores.

La intromisión de la deficiencia inmunitaria que esta provocada por el VIH agrava el pronóstico de todos los procesos micóticos más frecuentes en los heroínómanos: candidiasis cutáneas, endocarditis, septicemias y lesiones oftálmicas.¹

Criptococcosis

Es producida por el *Cryptococcus neoformans*. Su diseminación en un inmunosuprimido es por vía hemática y linfática. Su principal problema son las frecuentes recaídas.⁶ Es la segunda infección micótica oportunista en pacientes con SIDA, representado en la actualidad una infección que pone de manifiesto la desventaja de un paciente al no ser diagnosticado y que no recibe terapia oportuna para la infección con VIH. Clínicamente evoluciona en varias fases: forma primaria, que esta localizada en los pulmones, la forma secundaria neuromeningea y forma diseminada. En El SIDA suele encontrarse en la mayor parte de los casos en forma meningea y diseminada(septicémica) .¹⁶

La meningitis suele comenzar con una cefalea febril, que después se acompaña de signos meníngeos, vómitos y a veces signos hemisféricos, que evolucionan de manera subaguda. Puede presentarse un cuadro de meningoencefalitis y situarse trastornos de la conciencia, crisis comiciales, fiebre e hipertensión intracraneal.

Cerca del 70% al 90% de los pacientes con sida y criptococcosis del sistema nervioso central presentan cefalea, fiebre, trastornos visuales, alteración del estado de conciencia etc. Cuando se disemina este hongo puede comprometer al pulmón, lo que se manifiesta con: fiebre, dolor torácico.¹⁸

Histoplasmosis

Es producida por el *Histoplasma capsulatum*, es excepcional en Europa, pero endémica en América y en Sudáfrica. Es un hongo dimórfico, en el ser humano adopta la forma de levadura. La contaminación se produce por inhalación de polvo rico en esporas. En la mayor parte de los casos la histoplasmosis se presenta en aquellas personas que no reciben un tratamiento antirretroviral, y puede ser que esta infección defina al SIDA.

En el SIDA se observa diseminada la forma de la enfermedad, resultado de la dispersión de las levaduras por vía sanguínea y linfática al conjunto del sistema de los fagocitos mononucleados. Las localizaciones son múltiples, se pueden encontrar en pulmones, ganglios, bazo, encéfalo, meninges, médula ósea, corazón, tubo digestivo, riñones y ojos. Cabe mencionar que la evolución espontánea es mortal.⁶ Se observan los siguientes síntomas: cefalea, alteraciones de la conciencia, vómitos, parálisis de algunos nervios craneanos, convulsiones y rigidez de nuca.¹⁶

Penicillosis

Penicillium marneffei, es el único hongo dimorfo, productor de una micosis sistémica endémica, que pertenece al género *Penicillium*.

La Penicillosis se presenta como una complicación tardía de la enfermedad por VIH.

Su cuadro clínico se manifiesta por una micosis diseminada que ataca al sistema monocítico histiocitario muy semejante a la histoplasmosis.

Sus manifestaciones clínicas son: fiebre prolongada, pérdida de peso, astenia, anorexia, anemia, tos persistente, intersticiopatía pulmonar micronodular o infiltrados neumónicos, adenomegalias, hepatosplenomegalia, lesiones cutáneas moluscoideas, abscesos o nódulos subcutáneos y leucocitosis neutrófila.

Este hongo es sensible a la anfotericina B, Ketoconazol, itraconazol, y 5-fluorocitosina.¹⁶

Coccidioidomicosis

Mucosis sistémica endémica producida por el hongo dimorfo *Coccidioides immitis*. Tiene forma micelial, cuyos elementos de fructificación son pequeños artroconidios que son dispersados por el viento y representan las partículas infectantes. Después de 2 o 3 días se transforman en células esféricas con endosporos, conocidas como esferas.

Sólo entre el 2.7% y 5.2% de los enfermos con SIDA padecen coccidioidomicosis pulmonar progresiva o diseminada.

La mayoría de los enfermos presentan alteraciones que aparentan una neumonía comunitaria o bien una tuberculosis.¹⁹

Los casos de curso agudo e infiltrados pulmonares localizados tienen síntomas y signos semejantes a los de una neumonía bacteriana, con fiebre, dolor torácico, expectoración purulenta o herrumbrosa, disnea, síndrome de condensación pulmonar e infiltrados lobales homogéneos. Estos enfermos la mayoría de las veces responden bien al tratamiento que se les da con anfotericina B como con fluconazol y curan progresivamente.¹⁷

Sus localizaciones extrapulmonares más abundantes son los ganglios linfáticos, la enfermedad febril hepatosplénica y el compromiso del sistema nervioso central. Se han utilizado tratamientos a base de anfotericina B y de compuestos azólicos pero ninguno ha brindado resultados favorables, La anfotericina B es utilizada en casos más graves. Las dosis empleadas son superiores a los 2g y se observan grandes cantidades de efectos colaterales y fallas en el tratamiento.¹⁴

Paracoccidioidomicosis

Se produce por el hongo dimorfo *Paracoccidioides brasiliensis*.

Suele presentarse como una complicación tardía de la infección por el VIH y clínicamente se manifiesta por rápido deterioro del estado general, fiebre prolongada, adelgazamiento, poliadenopatías prominentes, hepatosplenomegalia, lesiones cutáneas múltiples de tipo pápulo-ulcerado, alteraciones pulmonares radiológicas en menos del 60% de los casos, anemia. Su tasa de letalidad es muy alta 30%.¹⁹

Esporotricosis

Infección producida por el hongo dimorfo *Sporothrix schenckii*, que vive en los vegetales y en la tierra e infecta al hombre y animales por vías cutánea e inhalatoria. En los seres humanos se produce la infección por vía cutánea, en personas inmunocompetentes y origina lesiones dermoepidérmicas en forma de placas fijas o un síndrome linfangítico nodular muy característico. Esta complicación es rara en el SIDA pero si llega a presentarse lo manifiesta con las siguientes características: fiebre prolongada, astenia, pérdida de peso, anemia, tos, disnea y lesiones cutáneas papulosas o nodulares que se ulceran en el vértice, dolor y aumento de volumen de las grandes articulaciones.¹³

VIRIASIS

Los agentes virales y sus manifestaciones son diversos en pacientes seropositivos. Todas las infecciones virales pueden acompañar o complicar una deficiencia inmunitaria más o menos profunda.

Citomegaloviriasis

Existen muchos pacientes con SIDA que presentan esta infección de forma constante y el citomegalovirus (CMV) es una causa importante de alteraciones en distintos órganos.

La infección es a veces asintomática a las manifestaciones atribuibles al CMV se incluyen en un cuadro inespecífico en el que se observa fiebre prolongada, adelgazamiento.¹⁴

Neumopatía

La Neumopatía por citomegalovirus es una terrible complicación que generalmente aparece en la etapa final del SIDA. Su evolución puede ser subaguda o fulminante, responsable de un síndrome de distrés respiratorio del adulto.

La evolución de esta infección como la de otras lesiones viscerales debidas al CMV es irremediamente mortal debido a la resistencia al tratamiento así como por la gravedad de la deficiencia inmunitaria asociada.

El CMV es causa del 10% al 17% de las neumopatías que se presentan en el transcurso del SIDA.

Encefalitis

Se muestra en forma de meningoencefalitis o de encefalitis, a veces comatosa, inespecífica, aparece por lo general al final de la enfermedad, y con frecuencia la infección ya está diseminada.¹

Lesiones digestivas

Estas lesiones son muy frecuentes en los pacientes con SIDA ,como síntoma principal se presenta la diarrea en un 60% . La frecuencia de lesiones digestivas debidas al CMV varía del 15% al 20% de pacientes con diarrea.

La esofagitis suele presentarse aunque muy raramente y de forma aislada.

La complicación digestiva que con más frecuencia aparece es la colitis, la más rara es la hepática.¹⁵

Coriorretinitis

La retinitis por CMV es necrosante y muy frecuente en el SIDA ya avanzado.

Es una causa importante de ceguera y puede constituir el primer signo de diseminación del CMV.

Se observa una diminuta zona blanquecina de bordes definidos, sin localización específica en el fondo del ojo.

En un principio suele ser asintomática y frecuentemente aparece en las proximidades de un eje vascular o de una vena.

La lesión de la mácula, es una importante causa de ceguera. Las lesiones vasculares constan fundamentalmente de una envoltura vellosa de las venas de origen viral e inmunológico.

En una fase ya avanzada, los vasos, ocluidos, aparecen como cordones blandos no permeables.¹⁶

Herpes Simples

Los Herpes-virus son virus con ADN constituidos por una partícula central (ácido nucleico viral + proteínas) y por una cápsula icosaédrica. Los principales agentes de este grupo son : Herpes simples (HSV) 1 y 2, herpes zoster, virus de Epstein-Barr y cotimegalovirus.

En un 90% de los homosexuales y casi en un 100% de los enfermos con SIDA, se encuentran anticuerpos dirigidos contra HSV 2.¹²

Una de las primeras infecciones que se descubrió en el SIDA fue **el herpes perianal**; cuya manifestación es la más común cursa con dolor espontáneo o durante la defecación y hemorragias reiteradas. Las lesiones por lo general son voluminosas y crónicas: úlceras perianales confluentes, profundas, necróticas, normalmente infectadas y superan los 10 cm de diámetro. Cabe mencionar que la Herpes genital presenta lesiones ulceradas extensas con menos frecuencia que la herpes anal. Otras localizaciones pueden ser: oral ulceraciones, esofágica esofagitis, a menudo asociada a candidiasis, cólica, bronquial, pulmonar, encefálica. El tratamiento para las lesiones menores consiste en :aciclovir de 200 a 400 mg cinco veces al día. Para lesiones severas: aciclovir de 5 a 10 mg/kg, tres veces al día por vía IV, durante 10 días. Son muy frecuentes las recaídas por eso se recomienda utilizar un tratamiento a base de aciclovir a la dosis de 200 mg tres veces al día, por vía oral. Aunque eso no asegura la cura por completo.¹²

Leucoencefalopatía multifocal progresiva

Enfermedad neurológica muy específica de la inmunodepresión, lo que la convierte en una infección oportunista. El agente patógeno es el virus JC. Esta infección afecta a la sustancia blanca focos de desmielinización, sin reacción inflamatoria, asociados a modificaciones gliales que inciden, sobre todo en los oligodendrocitos, que se hipertrofian y contienen inclusiones eosinófilas.

Sus signos clínicos más frecuentes son: deficiencias focales, motoras, sensitivas o sensoriales, lesión de los pares craneales que evolucionan a un cuadro demencial.¹⁷

INFECCIONES BACTERIANAS

Micobacteriosis

TUBERCULOSIS

La Tuberculosis es un proceso muy extendido, y provocado por una micobacteria denominada comúnmente “bacilo tuberculoso” cuya variedad más frecuente es el bacilo tipo humano *Mycobacterium tuberculosis*. No es considerada infección oportunista, pero es muy común en personas infectadas con SIDA en comparación con una persona sana.¹

El *Mycobacterium tuberculosis* es más frecuente en países pobres. Esta bacteria se apoderaba del organismo de un individuo desde temprana edad, pero cuando el sistema inmune está sano se puede combatir la enfermedad sin mayores consecuencias, pero desde que empezó a aumentar el número de infectados con VIH, también empezó a desarrollarse una tuberculosis activa, debido a que el sistema inmune no está en condiciones de atacar.

En estos pacientes infectados evoluciona con más rapidez y puede ser mortal si no se detecta y atiende en el momento oportuno.¹⁰

Se dice que estas dos enfermedades forman un círculo vicioso, ya que juntas son fatales.

Se ha comprobado que los pacientes con SIDA-Tuberculosis, tienen menor tiempo de vida que los que solamente están infectados de SIDA.

Los síntomas son los siguientes: se puede manifestar a través de una localización pulmonar de tipo tuberculoso pulmonar común.

En algunos casos solo se presenta fiebre prolongada y adelgazamiento asociados a otros procesos infecciosos.

Puede sugerirse la presencia de una localización ganglionar, superficial o profunda.⁷

Radiográficamente las imágenes suelen ser atípicas . Se presentan casos de adenopatías mediastínicas cuya relación con imágenes parenquimatosas delatan una tuberculosis.⁷

Las opacidades parenquimatosas pueden ser de tipo alveolar, neumónico, y a veces se observan conjuntamente opacidades retráctiles o nodulares periféricas. Contradictoriamente a lo que sucede en personas no inmunodeprimidas , estas opacidades no se localizan preferentemente en los vértices , sino más bien en las bases y/o en la zona media de los campos pulmonares. Las opacidades nodulares frecuentemente no están excavadas. Es muy posible la diseminación y la aparición de derrames pleurales.

En el sujeto inmunodeprimido, una radiografía torácica no permite destacar el diagnóstico. Es importante señalar que en un paciente seropositivo, la presencia de una tuberculosis o de una lesión visceral diferente a la pulmonar induce a plantear el diagnóstico de SIDA. Su tratamiento consiste en suministrar antibióticos: Isoniacida 5-15mg/kg/día , rifampicina 8-12mg/kg al día, etambutol 15-25mg/kg/día y piracinamida 20-35mg/kg/día que inicialmente se administra en una sola dosis, si falla la vía oral tenemos como alternativa la vía inyectable.¹⁹

Otras infecciones bacterianas

Estos pacientes infectados con VIH son muy vulnerables a infecciones bacterianas , unas están asociadas a personas inmunodeprimidas, otras resultado de iatrogénicas de la hospitalización y otras acompañando un riesgo. Clínicamente se observan todo tipo de manifestaciones asociadas a bacterias, septicemia, meningitis, neumonía, osteítis, artritis, diversos abscesos, enteritis.¹

SARCOMA DE KAPOSI

Es la neoplasia más frecuente en pacientes con SIDA. y se presenta con mayor frecuencia en pacientes homosexuales.

Células fusiformes de origen no vascular y que producen numerosos factores de crecimiento celular : factores que estimulan el crecimiento de células endoteliales normales y neoplásicas, producción de citoquinas , entre ellas el factor de crecimiento fibroblástico.¹²

Se ha mencionado la posibilidad de que el gen tat pueda activar a distancia el factor angiogénico además de intervenir en la replicación.

Clasificación del Sarcoma de Kaposi asociado al SIDA

ESTADIOS	CRITERIOS
I	Forma cutánea limitada a una sola región
II	Forma cutánea diseminada
III	Forma visceral pura o ganglionar
IV	Forma cutánea o visceral
SUBESTADIOS	
A	Asintomática
B	Con signos generales: fiebre, sudación nocturna, adelgazamiento, del 10% de diarrea inexplicada
C	Infección oportunista concomitante o previa

Fuente: 1,20

Manifestaciones clínicas:

Puede presentarse como una forma leve, o bien de una forma fulminante, la mayor parte de la veces con un alto índice de mortalidad y morbilidad.¹

Da lugar a un cuadro clínico agresivo con lesión cutánea multifocal, ganglionar e incluso polivisceral, que afecta a hombres jóvenes en la cuarta década de la vida. Sin que exista otra infección oportunista, es posible que comprometa el pronóstico vital el cual indica que menos del 20% de los pacientes sobreviven dos años a partir del diagnóstico de Sarcoma de Kaposi.

Las personas que no se drogan presentan un 17% de enfermedades de Kaposi, que sólo es el 3% en el caso de los heroinómanos y heterosexuales.⁵

En el 90% de los casos la presencia del Sarcoma de Kaposi es cutaneomucosa y el 10% ganglionar o visceral.

La lesión característica es plana o infiltrada, raramente tumoral, con frecuencia ovalada, de 1 a 2cm de diámetro, marrón o de color de posos de vino que no desaparece con la presión y que a veces puede figurar ser una simple mácula equimótica.²⁰

Las lesiones cutáneas se localizan especialmente a nivel del tronco y no respetan las palmas de las manos, las plantas de los pies ni la cara, así como tampoco las orejas ni el cuero cabelludo.¹²



Fuente: 20

Con frecuencia aparecen lesiones en el pene. En la fase inicial, la enfermedad se reduce a una sola lesión. La lesión bucofaríngea debe estudiarse a nivel del paladar, encías y amígdalas. El diagnóstico diferencial de las lesiones en la piel puede ser extenso incluyendo púrpura, hematomas, angiomas, dermatofibromas, y angiomatosis bacilar. Las localizaciones extracutáneas más frecuentes son las ganglionares y digestivas .

En caso de lesión cutánea multifocal, existen poliadenopatías periféricas y profundas en el 40% al 70% de los casos, y en el 30% al 50% se observa una lesión digestiva, que endoscópicamente se hace presente formando máculas, placas rojas, en ocasiones angiomas.

Aparte de comprometer mucosas y piel, puede involucrar algún otro órgano.¹⁴

Con frecuencia compromete al tracto respiratorio superior e inferior y el tracto gastrointestinal, que se manifiesta asintomático o por otra parte también puede causar dolor abdominal, pérdida de peso, náuseas, vomito, hemorragia digestiva.

Su tratamiento: Con Interferones Introna, Roferón-A .

El protocolo Introna utiliza dosis de 50 millones de unidades/m²/día por vía intramuscular, durante tres meses. El tratamiento se lleva a cabo durante un mes .

Además suelen utilizarse poliquimioterapias citostáticas, que asocian adriamicina, bleomicina, VP16 o vincalcoblastina. Aunque no erradican por completo la enfermedad.¹⁴

LINFOMAS

La difícil y complicada alteración de la inmunidad observada en el curso de la patología del VIH es la responsable de muchísimas complicaciones infecciosas y también de la aparición de proliferaciones malignas. El Linfoma no Hodking y el Sarcoma de Kaposi ocupan el 95% de estas proliferaciones malignas.¹

Linfoma no Hodking

En un 95% de personas con SIDA este linfoma se desarrolla por medio de las células B y el 90% por medio del linfoma de Burkitt o linfoma difuso de células B grandes. La OMS ha dividido el Linfoma de no Hodking en tres grupos:

Los linfomas que también ocurren en individuos inmunocompetentes, como son el linfoma de Burkitt y el linfoma difuso de células B grandes que incluye las variantes centroblasticas , inmunoblasticas y anaplásicas.

Los linfomas que aparecen con mayor frecuencia en pacientes con VIH : linfoma de serosas y cavidades, y el linfoma plasmablastico.

Linfomas que también ocurren en otras inmunodeficiencias como las alteraciones linfoproliferativas o polimórficas semejantes a linfomas de células B asociados a infección por VIH.²⁰

La causa de este Linfoma es multifactorial, puede estar provocada por aumento de los linfocitos B estimulada por agentes infecciosos, como el virus de Epstein Barr , el VIH y otros factores de crecimiento y citocinas de manera continua originando la producción de células B. Algunas de sus formas se asocian con el virus herpes 8. Clínicamente se manifiesta principalmente por lesiones extraganglionares que aparecen en un 90% de los casos.

Este linfoma en pacientes con SIDA es muy grave se presenta fiebre, sudoración nocturna ,pierden 10% de su peso.¹⁰

Sistema nervioso: trastornos de la conciencia, de la memoria, los signos focales, (hemiparesia), y la afasia. Existen también frecuentemente crisis convulsivas, parálisis de los pares craneales, hipertensión craneal, cefaleas aisladas.

Médula ósea: es más habitual en los Linfomas asociados al VIH se encuentra presente en un 25% de los casos. Consigue presentarse de forma aislada o presentarse dentro de un cuadro de diseminación hematológica de la enfermedad.

La invasión en la médula en linfomas asociados a VIH empeora las dificultades terapéuticas debido a la insuficiencia medular inicial y a su aumento con la quimioterapia.

Tubo digestivo: presente en el 40% de los casos. Afecta a diversos órganos:

- Amígdalas
- Lengua
- Glándulas salivales
- Esófago, estómago, intestino delgado, colon;
- Ano y recto

A menudo la localización de las lesiones digestivas son imprecisas y consiguen invadir la totalidad del tubo digestivo.¹

Hígado: La lesión inicial del hígado se observa en numeroso enfermos de SIDA.

Bazo: Se llega a presentar en un 60% a un 80% de los casos pero frecuentemente no se diagnóstica

Es preciso que el tratamiento sea rápido debido a que la evolución es radical.

Se debe incluir radioterapia y casualmente quimioterapias. La supervivencia es de dos a cinco meses.¹⁵

Enfermedad de Hodking

Proliferación maligna de células linfoides (células de Sternberg-Reed) que desde el punto de vista clínico, epidemiológico y terapéutico, constituye una entidad muy especial dentro de todos los linfomas. Es sobresaliente en personas de 20 a 40 años de edad, que además es el grupo más afectado por el VIH.

Puede aparecer en cualquier momento de la enfermedad, y presenta características diferentes que en una población no infectada.

Suele ser más frecuente en pacientes que se drogan por vía intravenosa.

Por lo general se presentan adenopatías supradiafragmáticas e infradiafragmáticas y lesiones viscerales. Es frecuente que la médula ósea salga dañada desde el comienzo de la enfermedad. Se presentan localizaciones en piel, recto, bronquios, SNC, poco comunes en este tipo de alteraciones.

Es más grave que en una población sana, ya que este virus favorece que la evolución sea más agresiva en la enfermedad, que haya mayor resistencia al tratamiento y una mayor incidencia de infecciones oportunistas.

Su tratamiento se basa principalmente en radioterapia y quimioterapia.¹²

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS DEL SIDA

Es muy frecuente encontrar la sustancia blanca dañada y que sufra graves alteraciones. Las alteraciones que se encuentran en un 90% se relacionan con la gravedad de las manifestaciones clínicas tales como palidez difusa, de límites difuminados que a su vez afectan las fibras en U de asociación intercunvolucionar, imágenes de rarefacción focal o multifocal asociadas a infiltrados linfomonocitarios de distribución perivascular, una vascularización de la sustancia blanca y presencia de Células multinucleares en los casos más avanzados.

Estas lesiones también suelen afectar los núcleos grises centrales, el tronco cerebral y el cerebelo. La sustancia gris cortical está relativamente preservada. Hoy en día existen muchos estudios que aceptan la responsabilidad directa del VIH: originalidad y estereotipia de las manifestaciones anatomoclínicas que no están presentes en los demás síndromes inmunodepresivos, precocidad y a veces precedencia de los signos neurológicos en relación con las manifestaciones sistémicas de la enfermedad.¹¹

Signos Clínicos

Están presentes trastornos de las funciones superiores, del comportamiento y signos motores.

Es muy acostumbrado encontrar dificultades en la concentración intelectual, no existe coordinación en su pensamiento y no retienen la información que han leído.

Existe indiferencia social y afectiva, replegamiento en si mismo, pérdida de la resonancia emocional de la vida anterior, social, profesional y sentimental, depresión, desorientación espacial o temporal, irritabilidad, labilidad emocional y menos frecuente crisis psicóticas agudas con alucinaciones visuales.

Los signos motores, inconstantes y discretos, se limitan a trastornos progresivos del equilibrio, una sensación de debilidad en una extremidad inferior, y problemas para escribir.¹³

MANIFESTACIONES CUTANEO-MUCOSAS DE LA INFECCIÓN

Rash de la primoinfección por VIH

Alrededor de 2 a 6 semanas después de la infección aparecen en aproximadamente el 30% de personas infectadas por el VIH signos clínicos no específicos como fiebre, sudación, artralgias, a los que en un 50% de los casos se añade una erupción cutánea polimorfa discreta, macular, no escamosa ni pruriginosa, localizada en el tronco. Estos signos aparecen durante 12 días para y después desaparecen espontáneamente.

Otras:

- Prurito, orurigo
- Sequedad, ictosis
- Escabiosis
- Angiolipomas, telangiectasias
- Dermatitis seborreica
- Acné, foliculitis
- Uñas amarillas
- Toxidermias
- Seudoflebitis hiperálgicas
- Aftas
- Vascularitis
- Deficiencias vitamínicas
- Hipertrichosis de las pestañas ¹⁹

Manifestaciones reumatológicas

Se presenta rápidamente una oligoartritis o poliartritis aguda.

Su distribución topográfica es muy peculiar, las lesiones están presentes por lo general en extremidades inferiores, rodillas, tobillos, y dedos de los pies.

En extremidades superiores solo se encuentran en las manos.

El daño funcional acostumbra ser moderado, pero no se descarta la posibilidad de presentar casos dolorosos.²⁰

SIGNOS EPIDÉRMICOS EN EL SIDA

Exantema agudo por SIDA

Su fase inicial se caracteriza por fiebre de 38 a 39⁰C, dolor de garganta, malestar, dolor abdominal, y en algunos casos diarrea. A lo largo de una semana surge un exantema que dura de uno a tres días. Esta erupción consiste en lesiones maculares discretas en el rostro, en el cuello, el tronco y lesiones escasas en las extremidades. Las lesiones se observan rosadas o rojizas, de 4 a 6mm de diámetro con una zona central más oscura.

No se dispone de ningún tratamiento para la fase aguda, pero los síntomas desaparecen en unas dos semanas.²⁰

Dermatitis seborreica

La prevalencia en los enfermos de SIDA es de 46 al 83%

Esta lesión consiste en una dermatosis descamativa crónica o recidivante común, de distribución simétrica en el rostro, el cuero cabelludo, el tórax y la parte superior del tronco, donde las glándulas sebáceas son abundantes.

Se manifiesta por un alto grado de inflamación y descamación en grado diverso. Esta caracterizada por escamas costrosas amarillentas, bordes diferenciados y distribución en forma de alas de mariposa. Su lugar favorito para aparecer es el rostro y cuero cabelludo.

La forma común para un enfermo de SIDA es un eritema difuso, una descamación fina y una extensión limitada. Puede presentarse un ligero prurito, especialmente en el cuero cabelludo.¹⁴

Herpes simple

Habitualmente tiene un curso benigno autolimitado, se resuelve de una a tres semanas ya sea de una lesión primaria o recidivante.

Existe una característica quemazón prodrómica de la piel va seguida de la aparición de vesículas agrupadas, Al romperse estas vesículas, aparecen múltiples úlceras superficiales dolorosas.¹⁴

Herpes Zoster

Es la consecuencia de la reactivación de una infección latente por el virus de Varicela –zoster en el ganglio de una raíz dorsal en un paciente con una infección previa de varicela.

Es característico de ancianos e inmunodeprimidos. Por lo general aparece en la fase de linfadenopatía generalizada persistente de la infección por VIH, que es cuando las personas salen bien y no presentan inmunodepresión.

Su erupción especial es unilateral y aparece en forma de vesículas que se agrupan en áreas de tamaño variable. La piel que se encuentra entre las lesiones suele ser normal. Por lo general se producen grandes zonas ampollosas. En los días siguientes, las vesículas se vuelven postulosas o hemorrágicas y principian a secarse.

El dolor es urente, punzante o sordo, constante o intermitente, es muy probable que se presenten síntomas generales como: escalofríos, fiebre y malestar, así como agrandamiento doloroso de los ganglios linfáticos regionales.

La mayor parte de los casos de herpes-zoster son autolimitados y se curan por completo, aunque pueden aparecer complicaciones, Una de ellas es la tardanza en curarse las lesiones.

El aciclovir es el tratamiento de elección.¹²

INFECCIONES POR PAPILOMAVIRUS HUMANO

Partículas pequeñas sin envoltorio que contienen ADN de doble cadena.

Los enfermos con SIDA presentan un peligro elevado de desarrollar lesiones como: verrugas vulgares, papulosis bowenoide y carcinoma escamoso.

Los pacientes con SIDA presentan de forma muy elevada condilomas acuminados orales y verrugas vulgares.⁸

Condiloma acuminado

Las lesiones perianales aparecen como pápulas rosadas o pardas sobreelevadas, frecuentemente arracimadas, y en ocasiones como grandes lesiones en forma de coliflor.

Papulosis bowenoide

Esta lesión aparece en el pene, la vulva, el periné y la zona adyacente. Los elementos maculopapulosos de color marrón oscuro, a menudo se distribuyen simétricamente y pueden parecer nevus, verrugas seborreicas o condilomas acuminados.

Verruga vulgar

Comienza como una pápula translúcida brillante, lisa y del tamaño de una cabeza de alfiler. Crece hasta constituir una lesión papilar, de color marrón oscuro, gris o negro, áspera y del tamaño de un guisante. En personas con SIDA es muy común encontrar lesiones en manos y dedos.

Alrededor de la boca y la barbilla suele encontrarse una variedad llamada *verruca filiformis* en donde la lesión es única, blanda y con proyecciones filamentosas.¹⁸

Molusco contagioso

Lo induce un virus humano con ADN de doble cadena que pertenece a la familia *Poxviridae*.

Afecta predominantemente las zonas genitales, parte del hipogastrio y los muslos.

La zona predilecta por los enfermos de SIDA es el rostro. Es posible que esta lesión sea característica en la aparición de la enfermedad. Cada componente consiste en una pápula hemisférica translúcida de 4-6mm de diámetro que al evolucionar, presenta una umbilicación central progresiva. Se va llenando de nuevos componentes, hasta llegar a más de un centenar, en la cara del paciente.

En personas sanas existe cura, pero en los enfermos de SIDA no, formándose más grupos de lesiones.

Su tratamiento es por medio del curetaje, siempre y cuando el caso no sea muy diseminado. Los medicamentos no hacen ningún efecto.¹

Dermatofitosis

Se presenta en un 50% de los pacientes con SIDA.

La mayor parte de las infecciones afectan las plantas, los dedos de los pies, las ingles, los glúteos, las manos y el rostro. Su cuadro clínico es más agresivo. La zona afectada es eritematosa, descamativa y por lo general presentan borde bien definido.

Psoriasis

Es caracterizada por lesiones o placas descamativas rojizas, con predilección por los codos, las rodillas, el cuero cabelludo y la región sacra.¹⁷

La lesión es hiperqueratósica, de color rojo apagado, con borde bien marcado. Existe afectación de ingles, axilas, cuero cabelludo, palmas y plantas.(signos Cutáneos de sida).¹²

ALTERACIONES DE PELO

La dermatitis seborreica, que aparece en la mayoría de los casos de SIDA, afecta la región donde se encuentra el cuero cabelludo. Frecuentemente cuando existen infecciones graves, causadas por infecciones oportunistas, van acompañadas de pérdida de cabello.

Las zonas de calvicie aparecen comúnmente en la nuca y en la zona retroauricular, preservan la parte superior de la cabeza.

Existe la aparición de canas acompañado de expresión clínica senil prematura.¹

1.6 .2 Bucal. (Adultos)

Candidiasis Oral

También se puede llamar afta, es causada por hongos, se puede presentar en boca y garganta. Muchas veces puede presentarse asintomático y cuando se presentan los más habituales son ardor en la boca, cuando está afectando garganta se pierde el sentido del gusto.¹⁹



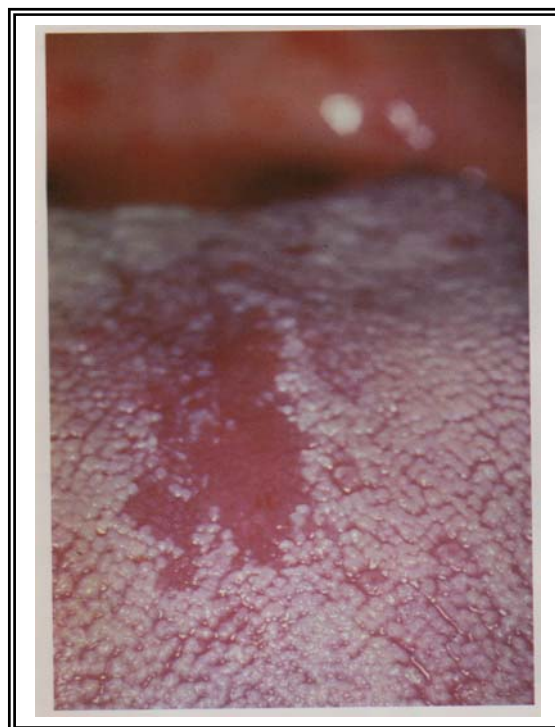
Fuente:20

En la mayoría se presentan placas blancas o amarillentas, que se eliminan fácilmente raspándolas y está presente en el 75% de las personas que cursan la enfermedad. La candidiasis es muy difícil de tratar cuando el recuento de células CD4+ cae por debajo de 50. Como ya se ha dicho es causada por un hongo llamado cándida que siempre se encuentra presente en boca, la vagina, el canal digestivo y la piel.¹

En el caso de las personas infectadas con SIDA, debido a que sus sistema inmunológico esta debilitado, favorece el desarrollo de la cándida y provocando así numerosas infecciones.

Está lesión es muy frecuente tanto al principio de la infección como en la etapa final. Se presentan tres tipos comunes:

Eritematosa: También es conocida como atrófica. aparece como un área rojiza en la mucosa del dorso de la lengua y en el paladar (duro o blando). Se presenta con molestias como ardor y escozor. Suele pasar desapercibida a pesar de que es la más común.



Fuente:20

Pseudomembranosa: presenta placas blancas (parecen motas de algodón) o amarillentas que al eliminarse dejan una placa rojiza. Se ubica principalmente en mucosa yugal, paladar orofarínge, y dorso lingual.¹²

Por lo general es indolora. Está presente en el 50% de los pacientes con SIDA, con menos de 200 linfocitos CD4/ml, en pacientes adultos puede ser favorecida por la xerostomía¹⁸



Queilitis Angular: Suele ser bilateral, crónica y recurrente. Sus lesiones aparecen como lesiones ulcerosas y costros en los ángulos labiales.



Fuente:20

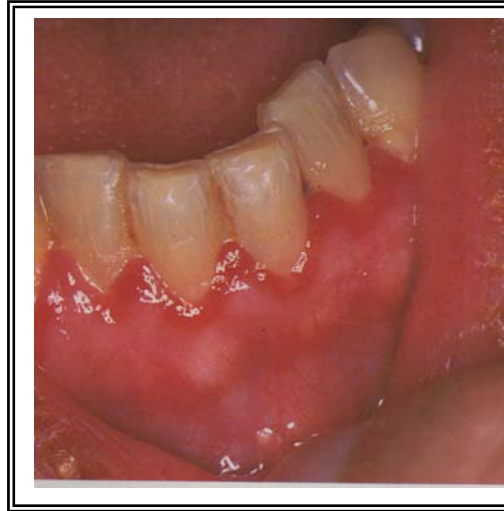
Tratamiento: Tópicos: Nistatina en suspensión oral 100.000m/ml (4 a 6 ml al día) cada 8 horas de 10 a 14 días. Presentación de Nistatina en óvulos vaginales: disolver en la boca 3 o 4 veces al día de 10 a 14 días. Sistémicos: Fluconazol 100mgrs al día , 200mgrs el primer día y 100 durante 14 días. Itraconazol 100mgr ; 200mg/día con alimentos 14 día¹⁴

Histoplasmosis Oral

En la boca se manifiesta por: ulceromicrogranulomas persistentes, el dolor es moderado, pueden presentarse en forma aislada o implicar otras zonas en la cavidad oral.¹⁶

Gingivitis ulcerativa necrosante (GUN):

Aparece en la etapa temprana de la enfermedad. En la encía se observa enrojecimiento e inflamación, en ocasiones se dejan ver zonas de hueso. Están presentes el dolor, halitosis, y sangrado espontáneo o con el cepillado.



Fuente: 21

El restablecimiento de las úlceras va acompañado de extensas fibrosis y ya dependiendo de la severidad y extensión de los tejidos se va a presentar dificultad para alimentarse y realizar las funciones características de la boca (comer, hablar, deglutir, etc.) En **infecciones bacterianas** es muy común encontrar las siguientes lesiones que afectan por lo general la encía:

Eritema gingival lineal:

Se caracteriza como una banda o línea rojiza a lo largo de la encía (no menos de 1mm) y puede estar o no acompañado de sangrado y malestar. Es más frecuente en dientes anteriores. Puede estar asociado a infecciones por *Candida*.²¹



Fuente:21

Periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN): Es más prevalente en hombres tanto homosexuales, como bisexuales, está presente por dolor intenso y destrucción en tejidos periodontales y de hueso.



Fuente:21

Tratamientos: Se realiza un raspado y alisado con anestesia local.

Irrigación con povidona yodada diluida al 10%

Se deben utilizar enjuagues con clorhexidina al 0.12% cada 12 horas.

Metronidazol 200mgrs cada 6 horas por a o 5 días , Amoxicilina + clavulánico 875/125mgrs cada 8 horas por 7 días .

No se debe de combinar jamás la Nistatina con la Clorhexidina.²¹

Estomatitis necrosante

Se caracteriza por una destrucción masiva de tejidos blandos y hueso, pueden existir secuestros óseos.

INFECCIONES VIRALES

Herpes simple

Está infección afecta la mucosa labial y bucal provocando pequeñas vesículas que tienden a confluir originando úlceras muy dolorosas que causan una significativa impotencia funcional.²⁰



Fuente:20

Las vesículas pueden apropiarse de la piel a otras zonas de la cara y coexistir en lesiones labiales perinasales y en la frente en medio de las cejas.

La manifestación endobucal es más frecuente en paladar duro y blando y hasta el dorso lingual, puede presentarse en mucosa labial y mucosa de carrillo, piso de boca y cara ventral de la lengua.

Tratamiento: Aciclovir tabletas 200mgrs 5 veces al día por 5 o 7 días.

Valaciclovir 500mgrs cada 12 horas por 7 días⁴

La administración intravenosa se reserva para personas con infecciones graves extensas y diseminadas (cerebro, esófago, ojos).²⁰

Herpes Zoster

Es una lesión predictoría junto con la candidiasis oral y la leucoplasia pilosa.

Clínicamente se va a caracterizar por la aparición de grupos de vesículas, que se ulceran, generalmente unilateral y con un período prodrómico.

En la zona facial puede afectar tres ramas del trigémino, provocando retinitis y parálisis.¹

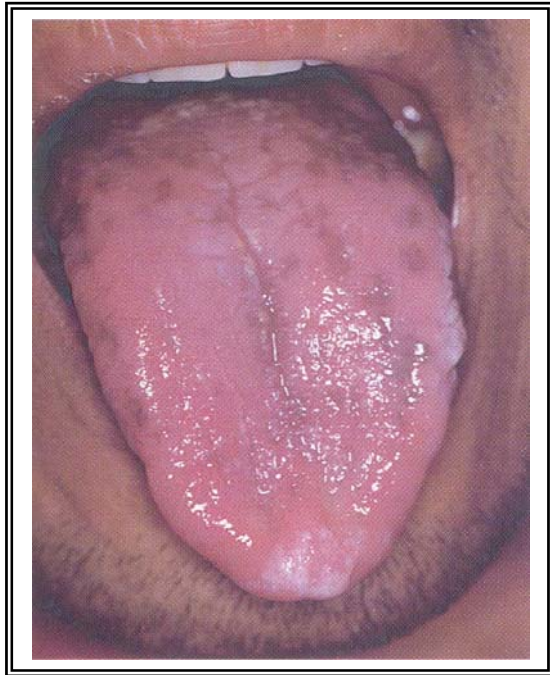


Fuente: 20

Citomegalovirus

Tiene predilección por las glándulas salivales mayores, lo que supone sea el responsable de agrandamiento parotídeo y xerostomía.⁷

Las úlceras que presenta son muy similares a las producidas por el Herpes. Pero generalmente se presentan de forma individual y sin formación de vesículas previas. Tratamiento: Aciclovir 800mgrs 5 veces al día, cuando se presenta resistencia se utiliza foscarnet 90 a 100mg/kg/12h.¹⁴



Fuente:20

Papilomavirus Humano

Generalmente produce la verruga vulgar y el condiloma o múltiples papilomas en la mucosa oral.

Estás consisten en formaciones papilares, sésiles o pediculadas, que únicas o múltiples, pueden observarse en lengua, paladar, mucosa de los labios y carrillos.

Tratamiento: eliminación quirúrgica, electrocoagulación y pulverización con láser.²⁰



Fuente: 20

LESIONES DE TUMORES MALIGNOS

Sarcoma de Kaposi

Continua siendo la neoplasia oral maligna más característica del SIDA. Afecta predominantemente a homosexuales. Está asociado al virus herpes humano 8. Se presenta como manchas o bultos de color rojizo o púrpura intenso que afectan principalmente la zona de paladar duro y/o blando en la encía de la maxila.¹⁴



Fuente: 20

Por lo general es asintomático pero en diversas ocasiones se ulcera, se sobreinfecta y se hace doloroso.

Tratamiento: se trata de eliminar ya sea por estética o por motivos funcionales, a través de cirugía, radioterapia, laserterapia, escleroterapia o inyecciones intralesionales de interferón o vinblastina.¹²

Linfoma no Hodking

Se presenta frecuentemente en reborde, zona de los molares, tanto superior como inferior.

Se manifiesta como una masa de crecimiento relativamente rápido, con áreas ulceradas en la superficie, junto a zonas necróticas.²⁰



Fuente: 12

Puede existir movilidad dentaria, poco doloroso, cuando se expande del borde oclusal dificulta la masticación.

Tratamiento: Quimioterapia combinada.²⁰

Existen otras lesiones en cavidad oral que se encuentran asociadas al SIDA las cuales son:

Úlceras Inespecíficas o Idiopáticas

Se pueden llamar úlceras inespecíficas o idiopáticas a todas aquellas que aparecen en boca sin ninguna etiología aparente,(viral, bacteriana o neoplásica), ya sean pequeñas o grandes, únicas o múltiples.

Como ejemplo se encuentran las aftas recurrentes: frecuentemente son mayores de 1 cm, se encuentran en zonas poco usuales como la mucosa no queratinizada y orofaringe, y duran mucho tiempo, semanas o meses.

Es característico que a estas úlceras les falte el halo eritematoso, debido a la inmunosupresión.¹²

También se encuentran asociadas las úlceras atípicas . Su prevalencia es del 10% en pacientes con SIDA .

Suelen ser superficiales o profundas, pequeñas o grandes , únicas o múltiples y siempre con variable intensidad de dolor.

Las úlceras aftosas las encontramos en encía marginal y adherente en la zona palatina de los molares, se extiende a la mucosa alveolar y por lo tanto se llegan a confundir con la GUN

Tratamiento: Corticoides Por vía general entre 40 y 60 mg diarios de prednisona, con terapias cortas de una o dos semanas, por lo tanto se puede interrumpir el tratamiento y no existir.¹

Xerostomía

La sequedad bucal en estos pacientes es muy grande, se dice que su origen puede surgir de los fármacos que utilizan, ya que varios de ellos entorpecen la salivación.¹ Esto contribuye a que se encuentre presente mayor cantidad de infecciones oportunistas y caries. Se recomienda utilizar sustitutos de saliva y darles una educación adecuada sobre la higiene de su cavidad oral.²⁰



Fuente: 20

Aumento de volumen parotídeo

Son distintos los procesos que interfieren en este aumento de volumen, en los cuales se puede encontrar la lesión linfoepitelial benigna o la hiperplasia quística de los ganglios parotídeos.

Melanosis Intraoral

Es muy normal encontrar pigmentación oral bilateral, por lo general yugal. Está asociada al uso de antirretrovirales.¹²

1.7 PACIENTE PEDIÁTRICO

En niños se dice que la principal causa de contagio es por vía vertical, ya que ocupan un 85% de los casos y un 10% lo ocupan otro tipo de infecciones como son transfusiones de sangre a lo que se llama por vía horizontal.

Es importante señalar que los niños ocupan un 2.4% de las personas infectadas con este virus.

Se ha demostrado mediante estudios algunas de las causas más importantes de contagio vertical en las que encontramos: cuenta baja de leucocitos CD4+ maternos niveles bajos de anti-HIV-1 p24 en la madre, niveles altos de RNA viral en el plasma materno y peso bajo del producto.⁷

Cuando los niños son infectados de forma vertical, un 70% se infectan tardíamente durante el embarazo o durante el parto y el RNA viral sólo es detectado en plasma después de la primera semana del parto.

Los demás niños contagiados tienen una posible infección intrauterina, ya que el RNA es detectado en el plasma del producto dentro de las primeras 48 horas de vida.

Es importante saber que la concentración del virus en sangre es inicialmente baja en aquellos infectados cerca del nacimiento y se incrementa en los siguientes dos meses de vida y disminuye posteriormente.

Los principales factores de riesgo en la edad pediátrica son:

- Transfusión de sangre o productos sanguíneos.
- Que la madre se encuentre infectada por VIH-1 y que tenga antecedentes de prostitución, uso de drogas endovenosas, o que haya tenido varias parejas sexuales sin protección.
- Madres con parejas sexuales que sean usuarios de drogas endovenosas.
- Que el infante haya sufrido de abuso sexual por una persona infectada²²

La OMS creó un cuadro clínico con el cual se puede diagnosticar la infección en un niño:

SIGNOS MAYORES

- Dificultad para crecer
- Diarrea crónica mayor de un mes
- Fiebre prolongada mayor de un mes

SIGNOS MENORES

- Adenomegalia Mayor de 0.5 cm en dos o más sitios.
- Candidiasis orofaríngea
- Infecciones comunes repetidas
- Tos persistente durante más de un mes
- Dermatitis generalizada
- Infección materna confirmada por VIH

El lapso de tiempo que existe entre la infección y el desarrollo del SIDA puede variar ampliamente. Las manifestaciones clínicas generales son muy parecidas a las de un adulto, claro con algunas excepciones:

Es importante señalar que la infección pulmonar es la principal causa de muerte en el SIDA infantil.²²

Clasificación de Infección por VIH en menores de 13 años.

CLASE	TIPO DE INFECCIÓN
P (PEDIÁTRICO) 0	La infección es indeterminada. Etapa no sintomática
P-1	Síntomas leves
P-2	Infección sintomática Empieza a diagnosticarse el SIDA
P-3	Síntomas severos

Fuente: 20, 22

Manifestaciones Orales

Se encuentran presentes en el 90% de los lactantes, forma parte de los primeros síntomas de la enfermedad.

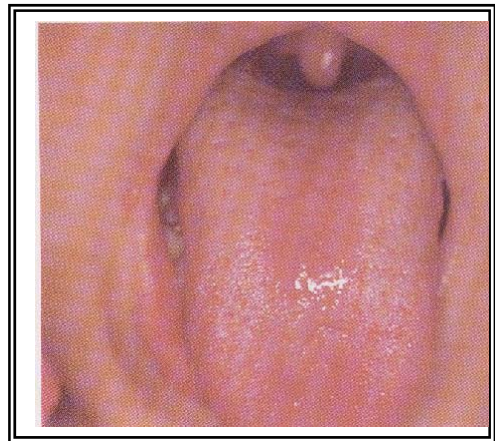
Estos pacientes son muy susceptibles a la enfermedad por lo tanto es conveniente diagnosticar de forma temprana la enfermedad para evitar complicaciones.²³

Infecciones Micóticas

Es una de las manifestaciones más comunes del SIDA.

La forma pseudomembranosa se caracteriza por presentar placas blancas que se desprenden por raspado y suelen dejar una superficie sangrante. Afecta generalmente paladar, la mucosa de los labios, carrillos y dorso de la lengua.

La Eritematosa se observa en el dorso de la lengua, con áreas rojas y aspecto despilado, involucra también al paladar.²⁰



Fuente: 20

La queilitis angular

Aparece como grietas y fisuras eritematosas en comisuras bucales y perciben dolor, quemazón y escozor.

Tratamiento: agentes antifúngicos como suspensión de nistatina 1:500.000, usándola 5 veces al día. Su administración en lactantes es difícil y su contenido de azúcares es alto. En formas resistentes se administra ketoconazol, 4 a 6 mg/kg una o dos veces al día.



Fuente: 23

Infecciones Virales

Herpes simple: Infección viral más frecuente en infantes. Suele presentarse como primoinfección herpética o como herpes recidivante. Existe fiebre, adenopatías, . Las vesículas se rompen y dejan lesiones crateriformes dolorosas, que en ocasiones están cubiertas por pseudomembranas.



Fuente: 20

Sus características bucales son muy parecidas a la de los niños sanos, se presenta en encía, labios , paladar e incluso en la zona peribucal. La diferencia principal es que en los niños con SIDA las lesiones duran más, son más frecuentes, y más severas.²³

Infecciones Bacterianas

Las más frecuentes son las periodontales, parecidas a la gingivitis ulceronecrotizante aguda, la gingivitis lineal o eritema gingival lineal, que se manifiesta como una banda eritematosa en toda la encía marginal, 2 a 4mm de ancho, o también como una inflamación en la papila interdental, siempre presenta sangrado espontáneo.

Los tejidos duros suelen salir afectados, la caries es más grave que en niños sanos debido a la xerostomía que presentan, por el mal funcionamiento de sus glándulas salivales, por los medicamentos que tienen que utilizar.²⁴

Otras lesiones

Aftas recurrentes: presentan gran tamaño, dolorosas y de larga duración. En un inicio se presentan como pequeñas pápulas que se ulceran sin agrandarse, en los niños miden 1 cm. Cicatrizan en un período de una a dos semanas, aunque suelen ser más duraderas. No tienen etiología conocida.

Agrandamiento Parotídeo: manifestación muy frecuente en niños . Suele ser unilateral, bilateral, indolora, persistente o transitoria, usualmente recurrente, y no siempre existe la presencia de la xerostomía. Tampoco se conoce su etiología.²³

Xerostomía: Es una manifestación común en niños, a este problema se le aumenta problema de caries dental, y aumento de enfermedad periodontal.²⁴



Fuente: 24

Es muy importante señalar que para el 2006 existían 2.3 millones de menores de 15 años infectados con el virus del VIH, 530.000 nuevas infecciones, y 380.000 muertes por Sida.⁶

CONCLUSIONES

1. El SIDA ha dejado de ser una epidemia para convertirse en una enfermedad endémica en algunas zonas geográficas como África y el Caribe.
2. En nuestro país las infecciones se concentran principalmente en los grupos de homosexuales, por lo que es importante dejar a un lado los complejos y la discriminación ampliando los medios de información a cualquier grupo, no importando su preferencia sexual, ni su condición económica.
3. En la actualidad ya no se habla de grupos riesgosos como los homosexuales, las prostitutas y los drogadictos , ahora es factible hablar de prácticas riesgosas.
4. La discriminación hacia las personas portadoras de VIH ha provocado que se aíslen de la sociedad y por lo tanto no se acerquen a pedir ayuda tanto psicológica como médica.
5. Un Diagnóstico temprano, evita nuevas infecciones, y si se pide ayuda médica, los portadores del VIH, pueden adquirir una mejor calidad de vida
6. En algunos casos el Sida y la Pobreza van de la mano, ya que se ha comprobado que esta enfermedad ataca principalmente a las personas de escasos recursos, no importando el país donde vivan.

7. Es muy importante actuar con responsabilidad utilizando medidas de protección adecuadas, para evitar que el virus del VIH se siga expandiendo, y que el SIDA siga terminando con la vida de muchas personas.

8. Y también es muy importante que las mujeres embarazadas que sospechen estar infectadas, se realicen una prueba ya que un diagnóstico a tiempo puede prevenir la infección y la muerte de su bebé.

5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cassuto JP, Pesce A, Quaranta JF. Manual de Sida e Infección por VIH. España, Editorial masson, s,a; 1995
2. León M, Ariza E. VIH/SIDA Diciéndolo tal como es 2003 en :
<http://www.fudaeps.org>
3. Organización Panamericana de la Salud: el control de las enfermedades transmisibles, 18 ED. Editorial Washington DC: OPS 2005 en :
http://www.paho.org/default_spa.htm
4. La Epidemia de Sida: Situación en Diciembre 1998 en:
http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/onusida.htm
5. El Sida en cifras 2006 en : <http://www.salud.gob.mx/conasida/>
6. Cañas GE, García LV, Andérica FG. Epidemiología de la Infección por VIH y sida. 37_52 en : <http://www.who.int/es/index.html>
7. VIH/SIDA y Desarrollo. 2001 Jun en: <http://www.who.int/es/index.html>
8. VIH y SIDA en las Américas. 2006 1_57 en:
http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/onusida.htm
9. Bermúdez MP, Teva AI. Situación actual del VIH/SIDA en Europa: análisis de las diferencias entre países. Rev Inter de Psicología Clínica y de la Salud 2003 Sep 3(1): 89_106

10. Situación de la Epidemia de SIDA 2006 en:
http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/onusida.htm
11. SIDA: Vías de transmisión. 2_11 en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/>
12. Aguirre UJ, Echevarria GM, Eguía DA. Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida: manifestaciones en la cavidad bucal. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004 9: 148_57
13. Compromiso con los resultados: Mejorar la eficacia de la asistencia en la lucha contra el VIH/SIDA: 3_8 en: <http://www.who.int/es/index.html>
14. Campo JT. Importancia de la Salud Bucodental en la Persona Infectada por el VIH. 2003 en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/>
15. Hernández AJ. Manifestaciones digestivas del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida. *Rev Cubana de Med.* 2006 Feb 45(1): 1_9
16. González A, Tobón AM. Infecciones micóticas oportunistas en pacientes con VIH/SIDA. *Rev del Tema* 2006 Nov 10(4): 279_88
17. Negrani R. Micosos sistémicas tropicales asociadas al Sida. Ponencia 2003 5(1): 27_40
18. Helou S, Robles A, Archevala A, Bianchi M, Negrani R. Criptococcosis respiratoria en pacientes VIH positivos. *Rev Iberoam Micol* 1999 Jun 16: 126_29
19. Delgado W, Aguirre J. Las micosis orales en la era del Sida. *Rev Iberoam Micol* 2004 14: 14_22
20. Ceccoti E. Manifestaciones Orales del SIDA. España, Editorial Panamericana; 1995

21. Bermejo FA, Sánchez PA. Enfermedades Periodontales Necrosantes. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004 Sep 9: 108_9

22. Vázquez RJ, Solórzano SF, Álvarez MM, Sánchez HG, Miranda NM. Infección por virus de Inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) en pacientes pediátricos de México. Rev de Invest Clínica 2004 Mar 56(2): 153_68

23. Guerra GE, Tovar V. Atención Odontológica a niños VIH. Arch Venezolanos de Puericultura y Ped 2005 Dic 64: 201_08

24. Los niños y el VIH. 2006 en: <http://www.aidsinfont.org>