



40
21

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

" EL SIDA Y LA ODONTOLOGIA "

T E S I S A
QUE PRESENTAN:
PARA OBTENER EL TITULO
DE CIRUJANO DENTISTA.
CARDONA FUENTES EDITH
TORRES ARTEAGA LAURA

REVISOR ODONTOLOGICO
DR. VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA

MEXICO, D.F. 1997



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

S E Ñ O R

Tú, que sabes mi deber de asistir a los enfermos, haz que yo les sirva no solamente con las manos, sino también con el corazón; haz que yo los cure. Haz fuerte mi espíritu, seguro mi brazo, al curar a los enfermos, pero conserva sensible mi alma al dolor ajeno, delicada mi palabra, dulce mi trato y fortalece mis conocimientos para salir adelante en éste nuevo camino que voy a emprender

DR.VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA.

Con gran respeto y admiración le agradecemos por guiarnos con sus valiosos conocimientos a lo largo de ésta Carrera, difícil pero maravillosa profesión, en el que su ejemplo destacó y motivó para que siempre búsquemos y alcancemos un mejoramiento profesional y, seguir siempre adelante.

A Todos Los Profesores de la Facultad de
Odontología les Damos las Gracias por
los Valiosos Conocimientos que nos han
Transmitido a lo largo de nuestra Trayec
toria Universitaria. ¡ Mil Gracias!.

E S T U D I A N T E
Nunca concideres el
estudio como un
deber, sino como una
oportunidad para
penetrar en el bello
y maravilloso mundo
del Saber.

Albert Einsten.

	Pag.
INTRODUCCION	1
I. ASPECTOS GENERALES DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).	3
1.1 Definición y breve historia del SIDA.	4
1.2 Composición Estructural del VIH.	6
1.3 Vías de Transmisión del VIH.	7
1.4 Células y Organos Dianas del VIH.	9
II. HISTORIA NATURAL DEL SIDA.	15
III. METODOS DE DETECCION DEL VIH.	19
3.1 Prueba de ELISA.	20
3.2 Prueba de Western-Blot.	22
3.3 Prueba de Ripa.	23
3.4 Prueba de IFI.	23
3.5 Prueba de Epitope.	24
3.6 Prueba de Confide.	25
IV. CUADRO CLINICO DEL SIDA.	26
V. LA ODONTOLOGIA Y EL VIH.	29
VI. MANIFESTACIONES ORALES MAS FRECUENTES EN EL SIDA.	34
6.1 Cándidiasis.	35
6.2 Gingivitis asociada al VIH.	36
6.3 Sarcoma de Kaposi.	38
6.4 Linfoma de No Hodkin. (LNH).	39
6.5 Leucoplasia Pilosa.	40
6.6 Actinomicosis.	42
6.7 Herpes Simplex.	42

	Pag.
VII. NORMAS, CONDUCTAS Y PROCEDIMIENTOS A SEGUIR EN LA ATENCION ODONTOLOGICA.	45
7.1 Antes de la atención dental.	46
7.2 Durante la atención dental.	47
7.3 Después de la atención dental.	48
7.4 Atención en cirugía y periodoncia	50
7.5 Anatomía Patológica.	52
7.6 Radiología.	53
7.7 Especialidades Odontológicas.	54
VIII. TRATAMIENTOS ACTUALES.	56

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

En los últimos tiempos se han estado difundiendo, por distintos medios informativos, algunas de las características, riesgos y medidas preventivas en torno al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que como ya sabemos, es un mal incurable hasta nuestros días.

Han proliferado distintas ideas equivocadas y mitos. Con información veraz y constante podemos darle una dimensión real al problema que afrontamos.

Nosotros como odontólogos sabemos que el cuidado de los dientes y las encías pueden prevenir algunas de las infecciones oportunistas y ayudar al buen estado de la boca. Además, es frecuente que las manifestaciones del desarrollo de la enfermedad de inicien en la boca.

Es necesario acudir regularmente al dentista. En caso de tener una infección bucal hay que acudir al dentista para el tratamiento. En caso de necesitar antibióticos, el dentista ó el médico deberá acordar cuál es apropiado.

Se han demostrado que las lesiones orales tienen una gran, importancia ya que se les considera como los posibles primeros signos y/o síntomas de las infecciones por VIH, de la progresión del VIH, y de ser una causa de disfunción, dolor, etc. Por lo que médicos y científicos han considerado que el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades Orales asociadas al SIDA son componentes importantes en la Educación, Tratamiento e Investigación de la epidemia de SIDA.

Las manifestaciones Orales incluyen infecciones oportunistas víricas, bacterianas y micóticas, también procesos malignos y lesiones autoinmunes.

2
Las variaciones en su apariencia, frecuencia y momento de aparición no son claramente comprendidas, pero es obvio que se deben a una variedad de factores complejos.

La mayoría de estas lesiones tienen implicaciones con respecto al diagnóstico, pronóstico y calidad de vida con la infección del VIH.

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES DEL

SINDROME DE

INMUNODEFICIENCIA

ADQUIRIDA (SIDA)

I. ASPECTOS GENERALES DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). 4

1.1 Definición y breve historia del SIDA.

CONCEPTO: El SIDA es una enfermedad infectocontagiosa de la defensa inmunitaria del organismo, cuyo agente etiológico es un Retrovirus, llamado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

SIGLAS: Las siglas derivan del vocablo anglosajón AIDS, es decir, "acquired immune deficiency syndrome", que significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Síndrome de Inmunodepresión Adquirida ó Síndrome de Inmunodéficit Adquirido.

¿QUE SIGNIFICA SIDA?

SINDROME: Es el conjunto de síntomas que se presentan generalmente juntos, durante el curso de pocas ó varias enfermedades.

INMUNODEFICIENCIA: Es el estado anormal ó deficiencia del Sistema Inmune ó de defensa del Organismo Humano, dicha protección se manifiesta como una reacción natural del organismo ó bien, adquirida artificialmente (vacunas, medicamentos).

ADQUIRIDA: Es adquirida por que la enfermedad no se hereda, sino que se adquiere por algún mecanismo de transmisión, por la acción de un Virus que deja al organismo sin defensas y a merced de cualquier microorganismo de los llamados oportunistas.

BREVE HISTORIA

Aunque los orígenes del virus de la Inmunodeficiencia Humana continúan siendo oscuros, se cree que esta epidemia ya había comenzado silenciosamente en numerosos Continentes, décadas antes

de la descripción de los primeros casos de SIDA, y que en los 90's está afectando a millones de personas en el mundo, y es posible que esta cifra continúe aumentando implacablemente en los próximos años.

1959 - Caso más antiguo fué de un marino inglés, fallecido con síntomas clínicos de SIDA, a posteriori.

1981 - Gottlieb del CDC (Center for Disease Control) de Atlanta, comunicó los 5 primeros casos en homosexuales masculinos, con una nueva enfermedad capaz de dañar el Sistema Inmunológico, ocasionando el desarrollo de numerosas infecciones que los condujeron a la muerte. Se le conoce con el término GRID (gay related immunodeficiency syndrome).

1982 - Se cambia el término descriptivo de GRID por el de AIDS, por unanimidad, ya que en ese mismo año se describieron casos de hemofílicos, transfundidos, drogadictos por vía intravenosa y recién nacidos.

1983 - Montagnier, y sus colaboradores del Instituto Pasteur de París, identificaron un Retrovirus en el Ganglio de un enfermo con cuadro clínico previo al SIDA, al que denominaron virus LAV.

En ese mismo año, aparecieron los primeros enfermos con SIDA africano en el Zaire.

1984 - R. Gallo y sus colaboradores del INC (Instituto Nacional de Cáncer), descubrieron el mismo virus denominándolo HTLV III (Human, T-cell, Lymphotropic, Virus, Type III).

1985 - Se realizan los primeros ensayos con la AZT (Zidovudina ó Retrovir), para demostrar su efectividad antivírica.

Se detecta en Francia en donantes de Sangre el virus infectante.

1986 - El Comité Internacional para la Taxonomía de los virus propuso que el agente causal del SIDA se le denominará HIV, por Human Immunodeficiency Virus, ó VIH en Castellano que significa Virus de Inmunodeficiencia Humana.

1987 - Se descubre el 10% de la población adulta en Nueva York que está infectada.

Comercialización del AZT en Francia, controlado por comisiones terapéuticas.

1988 - Se celebra la IV Conferencia Internacional sobre el SIDA en Estocolmo.

1989 - V Conferencia Internacional sobre el SIDA en Montreal.

Se realiza un estudio terapéutico con Zidovunina Versus Placebo en sujetos infectados por el VIH.

1990 - VI Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en San Francisco.

199... ¿Vacuna?

199... ¿Tratamiento curativo definitivo?

1.2 Composición Estructural del VIH.

Las partículas maduras ó viriones, tienen un diámetro de 90 a 120 nm.

MEMBRANA EXTERNA LIPIDICA: Es de forma esférica, formada del 90% de componentes de la membrana de la célula de donde se originaron, y el 10% de componentes propios del Virus (Glucoproteínas gp). Estás se localizan en 2 áreas: una exterior (gp 120 externa), y otra dispuesta en todo el espesor de la envoltura, conocida como gp41.

NUCLEO: Es una estructura tubular proteica, dentro de esa envoltura proteica se encuentra un Nucleoide ó Core que es una formación densa y relativamente pequeña, la cual contiene 2 copias idénticas de material genético, constituido por Acido Ribonucleico (ARN).

CAPSIDE: El recubrimiento de proteínas se denomina Cápside y el conjunto Núcleo - Cápside.

Las proteínas asociadas a la Núcleo - Cápside son 3, su peso molecular (PM) es en Daltons, de donde sus siglas y son:

- p24 / 25 Protéina mayor del Cápside.
- p17 / 18 Fosfoproteína.
- p13 / 15 Nucleoproteína.

ENZIMAS: Dentro del Núcleo viral que transporta la información genética del virus, se encuentran 3 enzimas virales: ADN Polimerasa, Ribonucleasa, conocidas como Transcriptasa Reversa; y la Integrasa, conocida como Transcriptasa Inversa.

1.3 Vías de transmisión del VIH.

VIAS DE TRASMISION CONOCIDAS

ACTIVIDAD DE RIESGO

FACTORES ASOCIADOS

- | | |
|--|---|
| - Transmisión Sexual | <ul style="list-style-type: none"> - Homosexual, entre hombres. - Heterosexual, de hombre a mujer y de mujer a hombre. - Entre mujeres sería rarísimo. |
| - Transmisión Perinatal
(Hijo de madre infectada) | <ul style="list-style-type: none"> - Infección Intrauterina. - Infección durante el Parto. |

- Infección durante la Lactancia.
- Transfusión de Sangre y/o derivados (Plasma, Hematías, Plaquetas, Leucocitos, etc.)
- Inoculación de Sangre
 - Intercambio de jeringas entre drogadictos.
 - Exposición accidental del personal de Salud (Pinchazos con agujas, ó con algún otro instrumento, heridas).
 - Inyecciones con agujas no estériles.
- Transmisión en Transplantes de Órganos y Tejidos.
 - Se a descrito infección después de transplante Renal, Hepático, Cardíaco, Pancreático y Oseo.

El VIH puede vivir dentro de las células que parásita durante muchos años. Sin embargo, fuera de ellas su vida se reduce, por ello la Sangre y los Líquidos Coorporales que poseen Linfocitos como el Esperma, Secreciones Cervicales y Vaginales, son excelentes vectores del VIH.

Los Líquidos Coorporales como Lágrimas, Saliva, Sudor y Orina, el VIH se encuentra fundamentalmente en forma libre, siendo poco infectante, además su concentración es muy baja, por tales razones estos líquidos coorporales no actúan como vectores del virus.

Fuera del Organismo, en superficies inertes, como objetos de uso común, su vida se reduce aún más. Es importante hacer notar que el VIH no puede multiplicarse en el interior de las células de

insectos, porque éstos no actúan como vectores de la infección por la proliferación activa del virus en su interior, ya que el volumen de Sangre del Intestino de un mosquito es tan pequeño, que para que pueda transmitirse en forma pasiva el VIH por esta vía, requiere de no menos de 2,500 piquetes de insectos.

1.4 Células y Organos Diana del VIH.

Como todos los demás virus, el VIH es un parásito intracelular: aislada, la partícula es inerte, sólo es nociva cuando penetra a una célula. Sólo puede reproducirse en células vivas de una sola especie que en este caso es la Humana.

Cuando el VIH penetra al Organismo ataca selectivamente a determinadas células, a las que utiliza y a las que posteriormente destruye.

CELULAS DIANA DEL VIH

LINFOCITOS CD4

Las infecciones virales comienzan con la fijación de las partículas virales en un receptor de membrana de las células diana, que en el caso del VIH es la molécula CD4. El receptor celular para los virus VIH es una molécula conocida como CD4. Las células humanas que poseen este receptor son un tipo de Linfocitos T Colaboradores, aunque algunos otros tipos de células presentan también en su superficie la molécula CD4: Linfocitos B y Monocitos.

La molécula del VIH responsable de reconocer los receptores celulares, es una glucoproteína de la envoltura conocida como Glucoproteína (gP) Externa.

Las células CD4 cumplen una función importante en el Sistema Inmunológico humano, su gran objetivo es mantener la integridad del Organismo para preservar su

salud, al producir respuestas protectoras contra diversos agentes agresores(antígenos) que pueden proceder del medio externo (microorganismos y sus toxinas), como del medio interno.

Como el ataque del VIH es a la célula CD4 produce un efecto devastador en el Sistema Inmunológico, ya que las células linfocitarias CD4 es la coordinadora de todas las funciones del Sistema Inmunológico.

El principal defecto Inmunológico en la infección del VIH cuando aparece la enfermedad, consiste en una deficiencia cualitativa y cuantitativa de Linfocitos CD4; lo que ocasiona la pérdida de control de la respuesta inmune y deficiencia Inmunológica, exponiendo al paciente a infecciones y neoplasias malignas.

Al disminuir los Linfocitos CD4 se altera la función directa de los Linfocitos CD8 y el individuo presenta mayor predisposición a infecciones por microorganismos intracelulares que la mayoría de las veces son infecciones oportunistas.

LINFOCITOS B

Este tipo de Linfocitos B se convierten con mayor facilidad en dianas para el VIH y que la producción a su nivel de VIH puede inducir la infección de las demás células de la línea B.

LINFOCITOS CD8

También llamados Linfocitos T8 ó Linfocitos T Citotóxico se convierten en infectables por el VIH.

MONOCITOS/MACROFAGOS

La línea Monocito/Macrófago constituye el reservorio más importante para la diseminación del VIH por el Organismo y que representa un medio de transporte

del VIH hacia diferentes lugares estratégicos en donde encuentra otras dianas, como en el Cerebro/Macrófagos.

CELULAS DENDRITICAS FOLICULARES

A nivel Ganglionar y del Bazo, las células dendríticas foliculares son una diana para el VIH.

CELULAS NERVIOSAS

Ataca a las células del Sistema Nervioso Central, ocasionando lesiones neurológicas (Neuronas), por una alteración de las células diana. Afecta al Tejido Cerebral y Líquido Cefalorraquídeo.

CELULAS DE LANGERHANS.

Células dendríticas de la Piel y de las Mucosas, las células de Langerhans pueden construir una diana primaria y un medio de transporte par el VIH. La piel sana constituye una barrera eficaz a los tejidos cutáneos que presenten zonas inflamadas representan una puerta de entrada para el virus através con los Linfocitos "T" y de las células de Langerhans. La infección por VIH podría iniciarse por medio de la fijación del virus a las moléculas CD4 existentes en las células de Langerhans y generalizarse luego através de las células dendríticas de los Ganglios.

PRECURSORES MEDULARES.

Los precursores medulares pueden ser infectados por el VIH, la consecuencia de la infección por el VIH, de las células medulares es una diferenciación anormal.

LINEAS TUMORALES LINFOCITO GRANULAR O CELULAR "NK"

Constituyen también una diana para el VIH, ya que su función es destruir células tumorales del tejido hematopoyético, y células infectas por el virus.

Las líneas tumorales expresan marcadores premonocitorios: células cerebrales cancerosas y líneas celulares derivadas de cánceres estructurales (células cromafines del Cólón, del Duodeno y del Recto).
ORGANOS DIANA DEL VIH

Las infecciones graves que afectan a los pacientes inmunodeprimidos suelen presentar al menos en sus comienzos, un punto de partida específico de un órgano determinado. Los principales órganos diana de los agentes oportunistas son:

PULMON

El Pulmón es el principal órgano diana para numerosas infecciones y otras enfermedades que complican al SIDA, ya que se debe a una infiltración linfocitaria intersticial y alveolar de evolución crónica.

El Pulmón es el principal hipertrofia de las Glándulas Salivales y Síndrome Linfadenopático. No hay fiebre. En el curso evolutivo aparecen disnea, signos físicos pulmonares, y adelgazamiento.

TUBO DIGESTIVO

Las manifestaciones digestivas del SIDA son frecuentes y a menudo constituyen un motivo de consulta. El Tubo Digestivo es uno de los órganos diana del VIH.

Los signos reveladores son disfgia, diarrea, dolores abdominales, rectorragias y signos generales como fiebre y adelgazamiento. La diarrea forma parte de la sintomatología, en ausencia ó no de una etiología oportunista, induce a plantear la posibilidad de una infección activa por el VIH.

CEREBRO

Pueden observarse cuadros de meningitis, meningoencefalitis, coma, fiebre aislada. Las manifestaciones neurológicas específicas del VIH son frecuentes, y pueden asociarse a infecciones oportunistas neurológicas que agravan considerablemente la evolución, en especial cuando dan lugar a un síndrome demencial específico.

OJO

Las lesiones oftálmicas son frecuentes en la patología del VIH, ya que se sitúan en un primer plano, pero también deben investigarse ante cualquier fiebre inexplicada ó infección generalizada.

- Nódulo Algodonoso: Es la lesión más frecuente en forma de un nódulo blanco, algodonoso, localizado preferentemente en el polo posterior del Ojo, y que se detecta con facilidad.

- Retinitis: Es una temible localización, que indica una profunda deficiencia inmunitaria y ue se manifiesta por un descenso de la agudeza visual.

SANGRE

Las manifestaciones hematológicas de la patología del VIH son ocasionadas por agentes infecciosos. Entre las anomalías se encuentra la Linfopenia T4, anomalías del Timo, Trombopenia, Pancitopenia, entre otras.

GANGLIOS

La patología ganglionar se caracteriza por el Síndrome Linfadenopático, junto con neoplasias e infecciones oportunistas.

PIEL

En la infección por el VIH, las manifestaciones cutáneas son frecuentes en personas seropositivas independientemente del estadio evolutivo de la infección por el VIH en que se encuentren.

- Rash de la primoinfección por VIH: Se presenta de 2 a 6 semanas después de la contaminación, estas manifestaciones carecen de significado, pronóstico y persisten durante unos 12 días para desaparecer espontáneamente.

- Glositis Candidíasis: Se presenta en forma de una capa blanquecina situada en el dorso de la Lengua y en las Mucosas Orales, dando lugar a placas inflamatorias eritematosas dolorosas.

- Leucoplasia Lingual Vellosa: El lugar que ocupa es original, dando lugar a lesiones estriadas, verticales, blanquecinas, sobreelevadas, situadas en los bordes laterales de la Lengua, se debe a una coinfección por el virus de Epstein-Barr y por el Papilomavirus humano.

Además se puede presentar pluri, sequedad, dermatitis seborreica, acné, uñas amarillas, aftas, deficiencias vitamínicas, e hipertrichosis de las pestañas.

CAPITULO II

HISTORIA NATURAL DEL

SIDA

II HISTORIA NATURAL DEL SIDA

Todavía no se conoce perfectamente la historia natural del SIDA, especialmente no se ha determinado la duración de la fase de incubación que existe entre las seropositivación y las primeras manifestaciones clínicas de las enfermedades. Tampoco en un individuo recientemente infectado no puede predecirse cual es la probabilidad que tiene de desallorar la enfermedad ni al cabo de cuanto tiempo.

FASE PRECOZ O AGUDA (Primera Fase de 6 meses a 6 años).

Corresponde al período desde el momento en que se infecta el paciente y la aparición de anticuerpos. El paciente infectado persistirá asintomático e incluso inadvertido. De los 20 a los 30 días de contagio, irá apareciendo antígeno p24 circulante (2-6 semanas). El cultivo viral muestra títulos muy altos de Linfocitos CD4 infectados. La infección sólo puede ser comprobada por medios de pruebas de laboratorio de serología vírica.

FASE INTERMEDIA O CRONICA.

Generalmente dura varios años para presentarse. Esta fase se presenta de 6-10 años después de haberse producido la infección, ya con estadios más avanzados. El VIH afecta a las Células Ganglionares del cuerpo lo que produce la llamada Linfadenopatía Generalizada Persistente (L G P), en la cual el paciente desarrolla un crecimiento ganglionar de más de 1 cm. de diámetro, con una evolución y permanencia de más de tres meses. Los Ganglios se presentan tumefactos en varios sitios del cuerpo, simétricos, bilaterales y dolorosos a la palpación.

Los síntomas generales de este estadio son: febrículas, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso corporal y diarreas intermitentes.

FASE CRONICA.

Después de la Linfadenopatía generalizada persistente, se presenta el complejo relacionado con el SIDA (CRS), en este estadio la Linfadenopatía Generalizada Persistente puede estar ó no presente; los signos y los síntomas principales son:

- a) Fiebre de más de 38°C, que se prolongan durante varias semanas.
- b) Pérdida de peso corporal superior a la décima parte del peso total.
- c) Malestar y letargos intensos (parecidos a una gripe fuerte).
- d) Diarreas con más de cuatro semanas de evolución.
- e) Sudoraciones nocturnas (hasta mojar las sábanas).
- f) Infecciones oportunistas menores como: micosis de piel, uñas y boca, infecciones víricas como Herpes Bucal y Faríngeo.
- g) Leucoplasias bucales (Leucoplasia Pilosa de la Lengua), exantemas cutáneos, foliculitis.

Anormalidades de laboratorio como: Trombocitopenia, Linfopenia, Anemia, Leucopenia y disminución de las Células T4 en relación con las T8.

FASE FINAL O DE CRISIS

Una vez que la enfermedad ya evolucionó, se presenta el estadio llamado SIDA, en esta fase, además de los signos y síntomas de LGP y CRS, debido al incremento de la actividad replicativa del virus, hay una severa alteración del estado general; presentándose un conjunto de infecciones oportunistas, mayores neoplasias malignas y trastornos neurológicos, que dan origen a los síntomas más severos de la enfermedad; y apartir de este momento decimos que el paciente tiene SIDA.

El pronóstico apartir de este momento en pacientes no tratados solfa ser malo causándole la muerte al paciente.

La AZT a sido el único fármaco antirretroviral capaz de mejorar la supervivencia de los pacientes con SIDA.

El pronóstico es más favorable cuando a las 8 - 12 semanas de haber iniciado el tratamiento, asciende la cifra de Linfocitos CD4.

CAPITULO III

METODOS DE DETECCION

DEL VIH

III METODOS DE DETECCION DEL VIH.

Actualmente es posible detectar la presencia del VIH en los Linfocitos circulantes de un paciente afectado de SIDA. Esta búsqueda del virus es técnicamente difícil y sólo pocos laboratorios especializados están en condiciones de llevarla a cabo. Además las pruebas de detección son algo, costosas y no todas son aplicables a la detección masiva.

La mayor parte de laboratorios ponen en práctica métodos simples, aplicables a gran escala y poco onerosos, que detectan indirectamente el virus, rastreando los anticuerpos dirigidos contra él.

Esos anticuerpos específicos de las proteínas VIH pueden persistir durante muchos años, se consideran iniciadores de la infección por el virus, sea esa infección reciente ó antigua.

La presencia de anticuerpos específicos dirigidos contra el VIH en Sangre del individuo, lo define a ese individuo como 0+ en lo que respecta al VIH, y su ausencia lo define como 0-.

Estas pruebas se utilizan para estudios de detección en donantes de Sangre, estudios seroepidemiológicos, y con fines diagnósticos clínicos.

3.1 Prueba de ELISA ó EIA

Prueba de detección.

ELISA (Enzyme-linked-immuno-sorbent assay), que traducido quiere decir enzimo-inmunoanálisis (EIA), es el más utilizado como prueba de detección ó de primera intención, en primer instancia a cada donador de sangre, en laboratorios y hospitales privados.

Esta prueba consiste en que los antígenos (Ag) virales, se fijan en el fondo de recipientes de una placa de material plástico.

* Se depositan en los recipientes anticuerpos (Ag) anti VIH, que se fijan sobre los antígenos virales (Ag).

* Se realizan varios lavados de los recipientes, para eliminar todo lo que no está fijado.

* Se agrega un anticuerpo antiinmunoglobulino (anti-VIH) ó inmunoc conjugado que ha sido previamente marcado por una enzima, la Peroxidasa. Este anticuerpo anti-VIH reconoce al anticuerpo anti-VIH y se fija sobre él.

* Los complejos Ag - Ac formados serán detectados por el agregado del sustrato de la enzima Peroxidasa (o cromógeno), que dará origen a una reacción coloreada.

* La coloración se lee con un espectrofotómetro que nos dará la cantidad de anticuerpos anti-VIH presentes en el suero examinado.

Esta técnica ofrece numerosas ventajas:

- Es rápida de 2 a 3 hrs. en promedio.
- No es costosa.
- Es aplicable a la detección en masa (donadores de Sangre).
- Su sensibilidad es grande y su especificidad buena.

Una prueba negativa pone fin al proceso, puesto que está diseñada para no pasar por alto a ninguna persona infectada.

Sin embargo, el ELISA presenta falsos positivos, debido a la presencia de contaminantes de origen Celular en la preparación de proteínas del VIH.

Si la prueba es positiva, el resultado se confirmará nuevamente con un segundo ELISA y luego por medio de la prueba de Western - Blot.

Por otra parte el ELISA no permite conocer la clase de anticuerpos detectados (IgM característicos de una infección reciente, ó IgG de una enfermedad antigua), de tal manera que con esta prueba es posible detectar una infección por VIH en su estadio inicial, es decir antes de que se formen anticuerpos. Así, es posible transmitir el VIH por transfusión de Sangre en la fase que precede a la aparición de anticuerpos anti-VIH, que son detectables en el suero, de 4 a 12 semanas después del comienzo de la infección. La sensibilidad de ELISA es buena en la infección declarada, pero es reducida en la fase precoz de producción de anticuerpos.

3.2 Prueba de WESTERN-BLOT.

Prueba de confirmación ó ratificación.

Tambiém llamada Inmuno-Blot ó Inmunotransferencia. Es la metodología más empleada para la confirmación de resultados obtenidos con pruebas de detección.

* Está técnica consiste con una desnaturalización de proteínas virales, las proteínas son separadas por electroforesis y transferidas a un papel especial (el blotting).

* Las proteínas son incubadas con el suero por examinar.

* Si el suero contiene anticuerpos anti-VIH de clase IgG, son revelados por una conjugación anti-IgG marcada con la enzima Peroxidasa ó Yodo 125.

* La lectura se realiza por modificación de la coloración ó autoradiografía.

Su resultado se obtiene en un interválo de 6 a 18 hrs. con técnica rápida, su costo es más elevado que el ELISA.

3.3 Prueba RIPA Prueba de confirmación.

RIPA (radio-inmuno-precipitation assay), que significa Radio inmunoprecipitación. Es una prueba prolongada, con mayores garantías y muy costosa que utiliza radioisótopos y que exige una gran experiencia para su interpretación.

Se prepara un lisado celular a base de células infectadas por el VIH, el virus se marca con un isótopo radiactivo con Cisteína 35.

* El suero por examinar es incubado con el antígeno viral, en estado nativo (lisado viral).

* Si el suero contiene anticuerpos anti-VIH, se forman complejos inmunes Ag-Ac, y son inmediatamente desnaturalizados y analizados por electroforesis en gel de Poliacrilamida.

* El gel se pone en contacto con una emulsión fotográfica, de esta manera se identifican las proteínas virales radiactivas fijadas por las IgG anti- VIH del suero examinado.

3.4 Prueba IFI Prueba de confirmación.

También conocida como Inmunofluorescencia Indirecta. Es una técnica de confirmación eficaz en muchos aspectos y sus resultados se obtienen en un intervalo de 3 hrs. aproximadamente, y su costo es bajo.

Esta técnica se aplica sobre células infectadas por el VIH, y se fijan los anticuerpos anti-VIH son resultados por una conjugación anti-Ig marcada con Fluoresceína, que es una sustancia fluorescente.

Es necesario introducir un testigo interno realizado con células no infectadas que deben mantenerse no fluorescentes. Los resultados se detectan con microscopía de fluorescencia.

Las metodologías de confirmación, como la inmunofluorescencia indirecta (IFI) ó el análisis por radioinmunoprecipitación (RIPA) presentan una subjetividad y complejidad que dificultan su utilización como pruebas confirmatorias, ya que su lectura de ambas posee una gran dosis de subjetividad.

3.5 Prueba de EPITOPE.

La marca que desarrolló este dispositivo, anunció el 23 de Diciembre de 1994 que la Administración Estadounidense para los Alimentos y Drogas a aprobado la solicitud de la compañía para poner en el mercado su Orasure, el apartado de recolección de muestra oral para el uso en la detección de anticuerpos contra el virus VIH-1

El dispositivo Orasure consiste en una almohadilla absorbente montada en un tubo plástico del tipo de las paletas. La almohadilla que esta tratada de una solución salina para aumentar la recolección de anticuerpos en la Cavidad Oral, es colocado dentro de la boca pegado a la mejilla por unos 2 minutos. La muestra del fluido oral recolectada es colocada en un frasco sellado que contiene una solución preservativa. La muestra es enviada a los laboratorios clínicos para las pruebas. Los resultados de estas pruebas son reportados a un médico profesional que es responsable de comunicar los resultados al paciente.

No se pretende que el Orasure sea para uso doméstico, las muestras serán recolectadas por personal propiamente capacitado bajo la supervisión médica. Epitope tiene planes futuros para pedir a la FDA un permiso para poner en el mercado un Orasure para su uso en la recolección de muestras en el hogar.

La FDA no ha aprobado todavía muestras para hacer pruebas confirmatorias para el VIH-1. Esa prueba basada en el análisis oral de fluidos utilizando un

procedimiento modificado de Western - Blot (prueba confirmatoria) se encuentra bajo experimentos clínicos patrocinados por Epitope, pero todavía no han sido analizados completamente por la FDA. Una cualición a anunciado que tiene planes para una demostración del proyecto para evaluar la efectividad del Orasure para ayudar a frenar el esparcimiento de la infección por VIH.

3.6 Prueba de CONFIDE.

El llamado "CONFIDE" es un nuevo test destinado a detectar la presencia del VIH (Virus de inmunodeficiencia Humana) en la Sangre, y que en la actualidad se encuentra en período de prueba antes de que la FDA de su aprobación.

El KIT consiste en una placa sobre la cual están dispuestos 3 círculos. Para realizar la prueba, se requiere simplemente que se coloque una gota de Sangre sobre cada uno de los círculos. Una vez realizada esta operación, la placa se coloca en una bolsa y se envía al laboratorio. El resultado se da por teléfono. El precio del KID "Confide" será de unos 30 dólares.

CAPITULO IV

CUADRO CLINICO DEL SIDA

IV CUADRO CLINICO DEL SIDA.

Los signos y síntomas de la infección causada por el VIH que representan al SIDA son:

MANIFESTACIONES CONSTITUCIONALES:

- Fátiga intensa persistente por varias semanas sin causa obvia.
- Pérdida de peso inexplicable, mayor de 4.5 Kg. en 2 meses.
- Fiebre persistente ó sudoraciones nocturnas durante varias semanas.
- Linfadenopatía Generalizada Persistente, Ganglios Linfáticos tumefactos, por lo general en ambos lados, principalmente en las regiones cervicales, axilar e inguinal.
- Tos productiva ó no productiva, de varias semanas de duración.
- Acortamiento persistente de la respiración.
- Hepatomegalía ó esplenomegalía.

TRASTORNOS DERMATOLOGICOS:

- Acné vulgar.
- Celulitis.
- Condilomas acuminados.
- Dermatitis seborreica.
- Erupción papuloprurítica.
- Foliculitis estafilocócica.
- Herpes Simple labial ó genital.
- Herpes zoster.
- Impétigo.
- Moniliasis.
- Plúrito anal.
- Sarcoma de Kaposi.
- Tiña del cuerpo.
- Xerosis.

ENFERMEDADES MUCOCUTANEAS:

- Estomatitis angular.
- Leucoplaquia Vellosa oral.
- Moniliasis oral.
- Moniliasis vaginal.
- Periodontitis / Gingivitis.
- Sarcoma de Kaposi.
- Ulceras aftosas.

ALTERACIONES VISUALES

- Exudado.
- Hemorragia retiniana.
- Retinitis.
- Nódulo alodonoso.
- Defectos de los campos visuales.

ALTERACIONES NEUROLOGICAS

- Letargo y depresión.
- Encefalopatía.
- Cambio de personalidad.
- Falta de concentración y desorientación.
- Deterioro del habla.
- Demencia en estadios muy avanzados.

OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- Neumonía bacteriana.
- Sífilis.
- Gonorrea y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Sinusitis.
- Tuberculosis.

CAPITULO V**LA ODONTOLOGIA Y EL VIH**

V LA ODONTOLOGIA Y EL VIH.

El Cirujano Dentista y el Estomatólogo se ven especialmente afectados por el SIDA: el 94% de los pacientes portadores del VIH presentan signos clínicos a nivel de la Cara y de la Cavidad Bucal. Debido a la frecuente, y a la aislada existencia de lesiones bucales, el Odontólogo debe participar en la detección de la infección por el VIH.

MANIFESTACIONES BUCALES LESIONES BUCALES INESPECIFICAS

Pueden aparecer en cualquier paciente, fuera de una contaminación por el VIH, ó en un seropositivo existen varias características que las convierten en sospechosas:

- Aparición repentina sin razón aparente.
 - Extensión y localizaciones múltiples.
 - Recidiva y resistencia a los tratamientos clásicos.
- Incluyen:
- Adenopatías Cervicofaciales únicas ó múltiples, generalmente bilaterales.
 - Una zona bucal muy dolorosa.
 - Lesiones aftoídes difusas.
 - Candidiasis Bucal: lesiones linguales, de la zona interna de las mejillas y velopalatinas, localizadas ó difusas, de aspecto eritematoso, pseudomembranoso, capaces de invadir el Tubo Digestivo.
 - Lesiones Herpéticas: Con lesión de las mucosas digestivas y respiratorias que se acompañan de una alteración del estado general, en forma de úlceras de gran tamaño, hemorrágicas y necróticas.
 - Chancros sifilíticos.
 - Inflamaciones de las Glándulas Salivales de tipo Parotiditis.
 - Hemorragias buco gingivales espontáneas.
 - Caries generalizadas, que producen la rápida destrucción de las coronas dentarias.

LESIONES BUCALES ESPECIFICAS

Este término agrupa a aquellas manifestaciones bucales que están estrechamente relacionadas con la infección por el VIH:

- Leucopenia Velloso, con extensión dorsal ó ventral, los tejidos lesionados presentan un aspecto liso de color blanco.
- Gingivitis de tipo ulceronecrótico, añadida a una Parodontitis.
- Enfermedad de Kaposi, se localiza habitualmente en el Paladar, también a veces a nivel de las Encías y de la Lengua, en forma de máculas, placas ó en nódulos de diversos tamaños, de color rojizo, violáceo ó pardusco.
- Tumefacciones bucales de los órganos linfoides (Amígdalas), que corresponden a Linfomas no Hodgkinianos.
- Carcinomas Epidermoídes.

PREVENCION EN LA CONSULTA DEL DENTISTA

Aún cuando existe un riesgo de contaminación en la consulta del Dentista, es fácilmente evitable con la aplicación de normas higiénicas clásicas.

PROTECCION DEL PACIENTE

Está garantizada mediante el uso de material aséptico para cada paciente: desechable cuando sea posible ó esterilizado con calor ó desinfectado con productos químicos.

El VIH se inactiva: Con la desinfección entre uno y otro paciente de los instrumentos termosensibles no esterilizables con calor, instrumentos que se utilizan muchas veces a lo largo del día (portaamalgama, prensa, bruñidor), superficies de trabajo, la turbina de la pieza de alta velocidad, la jeringa aire / agua, todo ellos no esterilizables; para la desinfección se

utilizarán soluciones antisépticas apropiadas. También se desinfectará todo el material de un sólo uso antes de tirarlo. La esterilización de todos los instrumentos metálicos será primordial.

En la actualidad existen productos antisépticos adecuados para la desinfección de instrumentos termosensibles, rotatorios y de las superficies.

Sin embargo, es importante utilizar siempre, en la medida posible, material de un sólo uso: cánulas, eyectores de Saliva, agujas, toallas, hojas de bisturí, suturas, etc.

PROTECCION DEL MEDICO Y DEL PERSONAL DE CONSULTA

Las precauciones a adoptar en la Consulta Dental conciernen tanto al Médico como a la Enfermera y al personal de servicio que se encarga de la limpieza.

La principal recomendación precautoria es no dejar nunca expuesto al aire libre un instrumento contaminado.

PREVENCION DE RIESGOS DE PINCHAZOS

- El explorador ó sondas de exploración pueden causar pinchazos en los dedos ó en las manos; la mejor protección contra ello es utilizar guantes desechables.
- Anestesia: es el acto que implica para el Dentista el riesgo de contaminación más importante. Por una parte, existe el peligro de pinchazo cuando se coloca la protección a la aguja, y por otra parte, es necesario mantener la jeringa y la aguja desprotegidas durante la maniobra, apartadas de la bandeja y de los demás instrumentos. Sería deseable disponer de unidades completas de jeringa y aguja de un sólo uso, como para las inyecciones IM ó IV, lo que permitiría tirarlas a un recipiente destinado a este fin, con el objeto de evitar pinchazos del personal que manipula las bolsas de la basura.

- **Endodoncia:** la manipulación de los instrumentos para Endodoncia, expone al Dentista a pinchazos tanto más frecuentes y peligrosos cuanto que: los instrumentos como los tiranervios y ensanchadores, que se utilizan exclusivamente con los dedos, en un medio extremadamente séptico, con hemorragias apicales al realizar el tratamiento de los conductos.

Para reducir los riesgos de contaminación, es necesario: colocar cada instrumento después de utilizarlo en un "recipiente de transferencia" lleno de líquido antiséptico. Tirar los instrumentos usados ó estropeados a un recipiente especialmente destinado a este fin, que una vez cerrado herméticamente se arrojará a la basura.

En la Cirugía Parodóntica, en la limpieza dental, en las extracciones u otros tratamientos en los que se producen hemorragias y se ensucian de Sangre los instrumentos cortantes (hojas de bisturí, legtras, sindesmótomos) ó punzantes como agujas para suturar, por lo que es necesario: utilizar guantes estériles desechables para tocar las mucosas y las lesiones, utilizar mascarilla, cubrebocas y gafas para evitar las proyecciones.

La Piel sana ofrece una eficaz protección contra cualquier contaminación, las lesiones cutáneas representan una puerta de entrada para todo tipo de agentes infecciosos, ya que pueden producirse heridas en las manos durante los actos operatorios ó quirúrgicos.

CAPITULO VI

MANIFESTACIONES ORALES

MAS FRECUENTES EN EL

SIDA

VI. MANIFESTACIONES ORALES MAS FRECUENTES EN EL SIDA.

6.1 Candidiasis infección Micotica

Este hongo se encuentra formando parte de la flora microbiana oral en los pacientes con VIH. Esta es una infección que puede tener un sobrecrecimiento, por lo tanto la Candidiasis Oral puede considerarse de gran importancia tanto para la salud oral como general.

Sin embargo, la identificación y tratamiento tienen un gran impacto importante:

- 1.- La Candidiasis puede ser el 1er. signo y/o síntoma de una infección por VIH.
- 2.- La Candidiasis suele producir síntomas notables como molestia, dolor, halitosis, etc.
- 3.- La Candidiasis puede complicar ó agravar el Sistema Inmune ya comprometido, suprimiendo ó alterando las funciones de los Linfocitos T.
- 4.- La Candidiasis puede involucrar el Esófago ó las Vías Respiratorias, pero en pacientes con VIH ésta es extremadamente rara.

DIAGNOSTICO

En la Cadidiasis el diagnóstico puede ser difícil ya que sus manifestaciones son muy variables en cuanto al tipo forma de colonias, tamaño en la superficies de la mucosa, las alteraciones pueden ser blancas y rojas y en ocasiones lesiones erosivas.

Para confirmar la existencia clínica de las Candidiasis podemos realizar ciertas pruebas de laboratorio como:

- 1.- Un raspado superficial, preparado con Proteasa Cáutica ó un colorante para poder observar al microscopio las esporas, hifas y micelios.

- 2.- Realizar cultivos de Saliva ó raspados de la superficie mucosa.
- 3.- Las pruebas de laboratorio sobre diferentes reacciones metabólicas a los Hidratos de Carbono.
- 4.- Biopsia teñida por Acido Peryódico de Scholff revelarán claramente la Cándida, que puede estar presente sobre el epitelio superficial ó en su interior.

TRATAMIENTO

- El Ketoconazol (Mizoral), a dosis de 200 a 400 mg. 2 veces al día.
- La Nistatina en tabletas vaginales de Mycostatin de 100.000 u. disueltas en la boca, hasta 5 veces al día.
- El Clotrimazol, tabletas orales de 10 mg. (Mycelex) disueltas en la boca hasta 5 veces al día (no comer ni enjuagarse).
- Los enjuagues bucales como: Peridex (0.12% de Clorhexidina), Listerine (mezcla de Timol Eucaliptol, Metilsalisato, Menthol).

6.2 Gingivitis asociada al VIH

Este tipo de Gingivitis se caracteriza por la presencia de una banda eritematosa intensamente rojiza que se extiende de 2 a 3 mm. desde el borde apical hacia la encía marginal, también existe sangrado espontáneo, el dolor es muy frecuente.

La microflora incluye: Cándida Albicans, Pofiromonas Gingivales, Bacteroides intermedios, Actinobacillus Actinomy Cetemcomitans, Fusobacterium Nucleatum, Wolinella Recta.

GINGIVITIS NECROTIZANTE ASOCIADA AL VIH

De comienzo súbito, acompañada de dolor, halitosis y hemorragia al cepillado, ésta enfermedad se observa clínicamente como una ulceración localizada ó generalizada, necrosis y/o destrucción de las Papilas Interdentarias. Esta enfermedad provoca una rápida pérdida de Tejidos Blandos y Hueso.

PERIODONTITIS ASOCIADA AL VIH

La Periodontitis asociada al VIH se presenta con rápida y progresiva destrucción de los tejidos de Soporte, Ligamento Periodontal y Hueso Alveolar. Se observa en pacientes con VIH positivo, presentando profundas bolsas gingivales, la pérdida de la cresta alveolar del hueso. La flora microbiana es similar a la que se encuentra en la Periodontitis convencional.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

- a) Una Gingivitis que puede manifestarse por lesiones ulcerativas necróticas y/o eritema.
- b) Molestias y dolor.
- c) Necrosis ósea alveolar.
- d) Una recesión Gingival y resorción ósea rápidas y progresivas.

ETIOLOGICAMENTE: Existe un gran aumento de los anaerobios gram negativos.

TRATAMIENTO: Una exigente higiene dental, al igual que los tratamientos dentales, un estado de nutrición óptimo raspado y curetaje convinados con irrigaciones de Povidona-Yodo en las consultas, antibióticos como; Metronidazol ó Penicilina; enjuagues bucales diarios como Clorexilina al 0.12 %.

6.3 Sarcoma de Kaposi

Es un proceso maligno que se presenta con mayor frecuencia en los pacientes infectados por el VIH (SIDA).

El Sarcoma de Kaposi puede afectar sistemas orgánicos principales, es generalmente multicéntrico y puede ser la causa primaria de muerte.

CARACTERISTICAS CLINICAS: El SK tiene un cuadro clínico agresivo, con lesión plana ó infiltrada, ovalada de 2 cm. de diámetro, de color vino ó marrón, se localiza frecuentemente en el Tronco y Palmas de las Manos, y Planta del Pie.

La lesión bucofaríngea se presenta en el 30% de los casos, puede afectar Paladar, Encías y Amígdalas, presentando úlceras ó infecciones por Candida.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

El Sarcama de Kaposi aparece como una lesión azulada rojiza de aspecto vascular. Las zonas de formación del tumor suelen ser de forma irregular y generalmente múltiples y pueden variar desde zonas planas con cambios de color hasta grandes tumores proliferativos. En la fase proliferativa, el SK puede ser doloroso, hemorrágico e interferir con el habla, la deglución y la higiene.

TRATAMIENTO

- Radiación de baja dosis
- Quimioterapia con Vinblastina
- Incisión con rayo laser.

6.4 Linfoma de no Hodgkin

Los procesos malignos que crecen con mayor rapidez en las personas infectadas con VIH son los Linfomas, siendo el Linfoma no Hodgkin (LNH) la forma más frecuente, afectando principalmente a la homosexualidad masculina ya que se consideran un factor de alto riesgo.

CARACTERISTICAS CLINICAS

- Afecta los Ganglios Linfáticos en un 90% de los casos.
- Presenta tumefacción unilateral y bilateral
- Crecimiento progresivo y acelerado
- En algunos pacientes, el LNH aparece primero ó únicamente en la Boca.

Por tanto cuando se encuentra tumores orales tipo LNH, hay que pensar en la infección con VIH.

RASGOS MICROSCOPICOS

Los LNH muestran Linfocitos bien ó mal diferenciados, dispuestos en patrones foliculares ó en láminas celulares uniformes.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Por el agrandamiento Ganglionar unilateral del Cuello en el Linfoma debe distinguirse del Sarcoma, del Carcinoma Metastásico y de algunos procesos inflamatorios como la Escrófula y la Actinomicosis.

Los agrandamientos bilaterales no deben confundirse con histiocitosis sinusal, carcinoma metastásico y linfadenopatía.

Para detérminar el tamaño de la enfermedad presindimos de un exámen físico completo, con estudios hematológicos, radiografías de Tórax y linfangiografías.

TRATAMIENTOS

Los Linfomas debe tratarlos un Hematólogo, un Quimioterapeuta, Oncólogo y/o un Radioterapeuta. La enfermedad debe controlarse con Radioterapia conbinada con Quimioterapia. El LNH es el proceso maligno más frecuente en los drogadictos intravenosos con SIDA.

6.5 Leucoplasia Pilosa (LP) Conceptos generales

Fué reportada por primera vez en 1981 y 1984, por Greenspan, como una lesión blanca que aparecía en los márgenes laterales de la Lengua, en hombres jóvenes homosexuales, muchos de los cuales tenían además Linfadenopatías persistentes y generalizadas. La LP fué denominada así porque presentaba una superficie de aspecto piloso.

PREVALENCIA: Se penso que ésta lesión era exclusiva de los homosexuales infectados por VIH, pero más tarde se observó que también afectaba a otros grupos de riesgo para desarrollar SIDA (hemofílicos, receptores de sangre, y hemoderivados, drogadictos intravenosos, etc). e inclusive recientemente se ha descrito en pacientes inmunosuprimidos VIH(-) (transplantados) y también en personas con Leucemia Mieloblástica, y en enfermos con Leucemia Linfoblástica, a los cuales se les práctico un trasplante de Médula Osea y un tratamiento con Prednisona y Closporina, y al cabo de 100 días presentaron LP en los bordes de la Lengua.

ETIOLOGIA: Múltiples estudios han demostrado que la LP se debe ó está relacionada, con el virus Epstein Bar (Microscopía Electrónica, Inmunofluorescencia y técnicas de Hibridación in situ de DNA).

ASPECTO CLINICO: Actualmente la LP se considera como una de las manifestaciones orales clásicas del SIDA, teniendo en cuenta que también puede aparecer, en otro tipo de pacientes (inmunosuprimidos).

Clínicamente se observa como una mancha blanca que no se desprende al raspado y que muestra una superficie corrugada ó pilosa.

Aunque se ha descrito que puede aparecer en la cara interna de las Mejillas, Piso de Boca y Paladar Blando, su localización más común es el borde lateral de la Lengua, uni ó bilateral, se puede extender desde el dorso hasta la cara ventral de la Lengua.

Su tamaño es variable desde algunos milímetros a varios centímetros, sin relación con el estado clínico del paciente. La LP no presenta sintomatología de ningún tipo y sólo se ha descrito sensación de ardor de esta lesión en algunos pacientes después de una terapia antimicótica destinada a eliminar la Candidiasis asociada.

HISTOLOGIA: Histológicamente la LP recuerda a las lesiones provocadas por el VIH.

La lesión microscópicamente muestra una Hiperplasia Epitelial con Acantosis e Hiperqueratosis con una superficie corrugada, la zona intermedia del estrato espinoso aparecen células globadas.

Casi nunca se observa inflamación, ni intraepitelial, ni sub-epitelial.

Por último, la LP presenta muy pocas, ó ausencia total, de células de Langerhans (Macrófagos de Epitelio) y podría ser entonces un factor importante en la patogénesis de la lesión, ya que se ha demostrado que el VIH está presente en la Saliva de los pacientes inmunocomprometidos y que probablemente entre al

epitelio oral desde él y no a través de una vía sistémica.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CLINICO-HISTOLOGICO: Aunque las características clínicas de la LP son muy evidentes, puede ser confundida con otras lesiones blancas que se han descrito en la Boca y que no están relacionadas por infección por VIH y son: Liquef Planas, Nevo Blanco Esponjoso, Leucoplasia por tabaco, Leucoplasia idiopática, Queratosis friccional y Candidiasis hiperplásica.

6.6 Actinomicosis

Fue descrita en 1986 en un paciente bisexual seropositivo tres meses después de la extracción de un molar derecho del maxilar superior, con aumento de volumen facial, dolor y trismus.

El flujo aspirado desde la región parotídea demostró la presencia de Actinomicosis Israeli.

El Actinomicosis Israeli, aunque potencialmente patógeno, constituye un habitante común de la Mucosa Bucal y rara vez provoca infecciones, en todo caso, cuando se presenta, lo hace como una enfermedad crónica supurativa que se disemina por extensión directa a través de fístulas drenantes.

6.7 Virus Herpes Simplex (VHS)

El virus del Herpes Simplex se observa con bastante frecuencia en individuos infectados por el VIH. La expresión principal del Herpes Simplex reactivado afecta los Labios (herpes labial, úlcera catarral). En los individuos con inmunosupresión, las lesiones tienden a recidivar frecuentemente, muchas veces aparecen en forma de lesiones múltiples y persisten por largo tiempo.

En los pacientes sin inmunodeficiencias es sumamente poco frecuente encontrar Herpes Intrabucal, y cuando aparece casi siempre afecta a la Mucosa Palatina que rodea a los molares ó premolares.

El VIH puede producir, en los enfermos de SIDA, episodios de úlceras recurrentes muy dolorosas. Intraoralmente las lesiones se presentan con mayor frecuencia en el Paladar, pero pueden también aparecer sobre otras superficies queratinizadas.

En asociación con la infección por VIH, estas lesiones pueden persistir por varias semanas, causando considerable compromiso doloroso.

Ellas pueden también tomar la apariencia de hendiduras en la Lengua, ó simular otras enfermedades.

En algunos casos, las lesiones labiales son contiguas a la Piel adyacente y continúan expandiéndose en tamaño, y responden mal al tratamiento.

Si los Herpes Mucocutáneos son progresivos y persisten durante más de un mes en una persona con VIH positivo el proceso se denomina SIDA.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Se presentan infecciones orales recidivantes, ulceraciones irregulares y poco profundas, afecta el Paladar duro, Encía y dorso de la Lengua.

Las lesiones suelen ser de forma irregular, varían de tamaño si son múltiples.

Las ulceraciones suelen ser muy dolorosas, y pueden progresar.

DIAGNOSTICO CLINICO

Puede confundirse con reacciones tóxicas y alérgicas.

El diagnóstico puede confirmarse mediante raspado citológico, técnicas de cultivo, ó frotis que reaccionan con anticuerpos monoclonales.

El diagnóstico definitivo es posible realizarlo en caso de lesiones tempranas por cultivos ó por tinciones citológicas, que muestran células gigantes pseudomultinucleares virales características.

TRATAMIENTO

El tratamiento indicado para las úlceras persistentes es el Aciclovir oral en grandes dosis de 1 a 4 grs. cinco veces al día.

CAPITULO VII

NORMAS, CONDUCTAS Y

PROCEDIMIENTOS A

SEGUIR

EN ATENCION

ODONTOLOGICA

VII. NORMAS, CONDUCTAS Y PROCEDIMIENTOS A SEGUIR EN ATENCION ODONTOLOGICA.

7.1 ANTES DE LA ATENCION DENTAL.

- 1.- Contar con todo lo necesario (instrumental, material administrativo, material quirúrgico, etc.) para iniciar la actividad.
- 2.- Efectuar una anamnesis lo más completa y simple posible
- 3.- Descontaminar con Hipoclorito de Sodio al 0.5 % piso, paredes y mobiliario (braquets, cubiertas de trabajo, saliveros, lavamanos, etc.), los que deberán ser de superficies lisas y lavables.
- 4.- Usar el máximo de material y equipo desechable.
- 5.- El profesional y el personal auxiliar deben llevar uñas cortas y proceder a lavar manos, uñas y antebrazo antes y después de estar en contacto con el paciente, usando jabón líquido que posea algún desinfectante. El lavado debe durar como mínimo 2 minutos.
- 6.- Usar guantes desechables. Los guantes a usar en procedimientos invasivos, siempre deben estar estériles.
- 7.- Eliminar el uso de toallas de mano, éstas deben ser reemplazadas por toallas desechables.
- 8.- Eliminar el uso de paños clínicos, ya que las superficies de trabajo deben estar despejadas, limpias y descontaminadas.
- 9.- Tener bien delimitadas las áreas clínicas y administrativas para así impedir la contaminación de una a otra:

a) Area clínica.- Se delimita en 2:

a1) Area esteril.- en ella se encuentran los materiales metálicos estériles a ocupar y todo el material que no tomará contacto alguno con el paciente.

a2) Area contaminada.- estará ubicado todo el material e instrumental que entre en contacto directo con el paciente.

10.- En todo procedimiento se deberá usar lentes protectores y mascarillas. En procedimientos invasivos ó que conlleven sangramiento, se recomienda el uso de pecheras plásticas lavables.

11.- El auxiliar dental debe observar las mismas medidas de higiene y precauciones que el profesional.

12.- El personal auxiliar y el de aseo, deben contar con guantes protectores gruesos durante maniobras de descontaminación.

13.- Preparar diariamente la solución de Hipoclorito de Sodio al 0.5 %. Esto se debe hacer una vez por cada jornada de 4 hrs.

14.- Contar con Glutaraldehído al 2% para la descontaminación.

7.2 DURANTE LA ATENCION DENTAL.

1.- La pieza de mano, el contrángulo, botafresas y jeringa triple deben ser descontaminados entre uno y otro paciente, frotando con algodón embebido en Alcohol de 70° ó Glutaraldehído al 2%

2.- La jeringa triple y la turbina de la pieza de alta deben hacerse funcionar, entre cada exploración, durante 30 seg. antes de introducirlos en boca, para eliminar agua retenida en los ductos.

3.- Manejar con especial cuidado el instrumental cortopunzante.

4.- En caso de producirse corte ó pinchazo de un guante durante el trabajo, deberá reemplazarse por otro, previo a un lavado de manos.

5.- En caso de producirse herida accidental se deberá:

- lavar la zona de inmediato con agua corriente.
- aplicar antiséptico (Povidona Yodada ó Clorhexidina).
- Comunicar inmediatamente al médico ó tratante de salud del personal, es recomendable realizar exámenes para detección de enfermedades infecciosas.

7.3 DESPUES DE LA ATENCION DENTAL.

1.- Proceder a descontaminar todo lo que entró en contacto directo con el paciente, en especial áquellas zonas expuestas a aerosoles, Sangre y Saliva. Tener presente que el Hipoclorito es corrosivo y no debe usarse en metales, en este caso es aconsejable el Glutaraldehído al 2%.

2.- Descontaminar obligatoriamente el instrumental utilizado en la exploración previo a su lavado y esterilización, con Glutaraldehído al 2% por 30 min. ó con Hipoclorito de Sodio al 0.5% durante 30 min., debe ser sumergido en un recipiente plástico. El instrumental de punta roma puede ser llevado directamente a esterilización, sin descontaminarlo previamente.

3.- La escupidera debe ser taponeada con algodón ó gasa y luego llenarse con Hipoclorito de Sodio al 0.5%, después de 30 min. proceder a su limpieza habitual (esto se debe hacer 1 vez por jornada).

4.- El suelo, las paredes y los muebles tendrán su tratamiento habitual. Salvo que hayan sido expuestos a derrame de Sangre, se deberá lavar con Hipoclorito de Sodio al 0.5% en abundante cantidad.

5.- Los cartuchos de anestesia, una vez utilizados ó parcialmente utilizados, deben eliminarse y jamás deberán ser utilizados.

6.- El procedimiento para el mantenimiento y asepsia de las fresas debe ser:

a) Colocar las fresas junto con el líquido limpiafresas en un recipiente tapado, el que previamente en su interior contiene Glutaraldehído al 2%.

b) Dejar sumergidos ambos elementos 20 min. mínimo.

c) Lavar con agua corriente.

d) Volver a ocupar la fresa ya limpia.

7.- El procedimiento para desechar algodones y materias orgánicas debe ser el siguiente:

a) El profesional debe eliminar los algodones contaminados con material orgánico en un frasco plástico y que en su interior contenga una bolsa plástica que debe estar sobre el bracket.

b) Después de cada exploración esta bolsa debe ser retirada y trasladada a un depósito con tapa hermética, en cuyo interior va colocada otra bolsa plástica gruesa.

c) Al finalizar la jornada, con guantes se deberá cerrar la bolsa plástica.

d) Depositar esta bolsa cerrada en otra bolsa plástica de basura. Guardarla en un lugar definido para ser retirada posteriormente por un empleado asignado para ello.

e) Posteriormente, deberá ser incinerado en algún establecimiento para tal efecto ó en su defecto descontaminar con Hipoclorito de Sodio al 0.5% durante 30 min., utilizar cualquier procedimiento adecuado de descontaminación antes de su eliminación.

8.- Las agujas desechables deberán ser retiradas y depositadas en un recipiente rígido que contenga Hipoclorito de Sodio al 0.5%, el cual deberá ser renovado diariamente, descontaminándolas para ser desechadas. Las agujas podrán ser recápsuladas con pinzas ó con algún sistema que por ningún motivo involucre el riesgo a las manos del operador. Este procedimiento exige esterilización con calor antes de su eliminación.

Los cartuchos de anestesia deben también ser depositados en un recipiente rígido y proceder a descontaminarlo antes de su desecho.

9.- Las cubetas e impresiones de Silicona deben ser descontaminadas con Glutaraldehído al 2%. Las impresiones de otros materiales deben ser lavadas con un chorro de agua corriente previo al vaciado.

DESCONTAMINACION Y ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL

- a) Glutaraldehído al 2% durante 30 min.
- b) Solución de Hipoclorito de Sodio al 0.5% durante 30 min.

Luego se procederá al lavado habitual a esterilizarlo por los siguientes medios:

- 1.- Calor Seco durante 1 hora al alcanzar 170°C.
- 2.- Calor Seco durante 2 horas hasta alcanzar 160°C.
- 3.- Autoclave durante 15 a 20 min., de 121° a 124°C de presión.
- 4.- Agentes Químicos Esterilizantes durante el tiempo recomendado por el fabricante.

7.4 SU ATENCION EN CIRUGIA Y PERIODONCIA.

En Clínica se necesita delantal clínico cerrado y abotonado en la espalda, gorro, mascarilla, guantes desechables y lentes protectores.

En Quirófano se necesita delantal quirúrgico, guantes estériles, gorro, mascarilla y botas limpias.

El lavado quirúrgico preoperatorio se realiza con jabón líquido desinfectante (de preferencia Clorhexidina ó Povidona Yodada), las manos se secan con compresas de papel estéril.

Al finalizar el acto quirúrgico, desechar los guantes y lavar nuevamente las manos.

Si el paciente es portador de alguna enfermedad transmisible por vía sanguínea (ó se sospecha de ello), se deberá usar doble guante y lentes protectores.

ANESTESIA

Cuando se indique anestesia general ó local, se cumplirá con las normas vigentes.

ACTO QUIRURGICO

El sillón quirúrgico se cubrirá con sábanas limpias, el cabezal del sillón se protege con plásticos ó lienzos estériles, así mismo escupideras y la manija de la lámpara dental.

La mesa quirúrgica del instrumental debe limpiarse común desinfectante, se cubrirá con un plástico grueso y estéril, sobre él se coloca el paño clínico de mesa quirúrgica estéril.

Se debe manejar todo instrumento cortopunzante con un instrumento y no directamente con la mano. El material desechable cortopunzante se desechará en recipientes rígidos con solución desinfectante y el material reutilizable se colocará en un recipiente con Glutaraldehído al 2% activado durante 30 min.

Gasas, algodones u otro material desechable debe ser eliminado en un recipiente que contenga Hipoclorito de Sodio al 0.5% para descontaminar, dejar dicho material por 30 min., luego colocarlo en bolsa doble y desechar.

Finalizada la intervención quirúrgica se realizará la desinfección del pabellón con Hipoclorito de Sodio al 0.5%.

El material reutilizable como los fórceps, legtras elevadores, se procederá a su descontaminación, limpieza y esterilización con las normas habituales.

La ropa sucia contaminada se colocará en doble paño y se trasladará en bolsa al servicio de esterilización para ser procesada, previo a su envío a la lavandería.

7.5 SU ATENCION EN ANATOMIA PATOLOGICA

Se deben establecer normas para su recepción y precesamiento de muestras. Estas deberán ser remitidas en todos los casos en envases con tapa hermética, con sus superficies exteriores limpias, con el rótulo correspondiente y el fijador adecuado, de no ser así deberán ser rechazadas. En caso de muestra de riesgo, el envase debe ser enviado cubierto con doble bolsa de plástico y con advertencia. Estas envolturas deben ser incineradas después de ser retiradas. Las biopsias se deben fijar durante 24 horas y sólo después de este lapso procesarlas.

El Patólogo debe usar guantes desechables para la manipulación macroscópica de la muestra. Los elementos utilizados (bisturí, jeringas, reglas, etc.) deben ser recolectadas en un recipiente que contenga agua clorada

y dejarse 30 min. para su posterior limpieza y los elementos desechables (gasa, algodón, toallas de papel, etc.) colocarlas en bolsa de plástico para que posteriormente incinerarlas.

Ante la posibilidad de que las muestras enviadas corresponden a secreciones, líquidos corporales, etc., el clínico que envía debe consultar previamente al laboratorio de Anatomía Patológica y no enviar jeringas con agujas, ya que deberá de someterse a las normas que el laboratorio le indique.

Al finalizar la tarea del día, se debe limpiar todas las superficies de trabajo del área clínica con agua clorada.

7.6 RADIOLOGIA.

El Profesional Radiólogo deberá usar guantes, mascarilla y protector ocular para las tomas radiográficas.

Las placas radiográficas tomadas a pacientes de alto riesgo, deberán ser puestas en bolsas plásticas antes de su uso, la cual será desechada después de la toma de la Rx.

Se limpiarán todos aquellos objetos que hayan estado en contacto con el paciente con alcohol de 70° ó agua clorada.

Los materiales descartables como catéteres, agujas, cánulas, deben ser descontaminados antes de su eliminación.

7.7 ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

La protección para el Odontólogo debe ser igual a las estipuladas en otras áreas, haciendo incapié en el uso de doble par de guantes. Se utilizará mayor cantidad de elementos desechables posibles, los que después de su uso deberán ser descontaminados y luego desechados.

En el caso de usar material e instrumental no desechable, deberá ser descontaminado con Glutaraldehído al 2% durante 30 min. y luego esterilizarlo.

En el caso de la especialidad de Protésis se desinfectan las impresiones y las protésis, utilizando Hipoclorito de Sodio al 0.5%, Glutaraldehído al 2% ó Providona.

LABORATORIOS DENTALES

El personal del laboratorio debe observar una escrupulosa higiene personal. Los uniformes deben estar limpios y se recomienda el uso de delantales desechables, gafas de seguridad, máscaras faciales y guantes. Se recomienda la utilización de un jabón de manos antibacteriano, frecuentemente a lo largo del día.

El área de recepción se debe desinfectar diariamente con spray de Hipoclorito de Sodio en solución, diluido con agua (1:10 a 1:100) ó una solución de Iodóforo al 5% diluido de acuerdo a las instrucciones del fabricante.

A menos que el personal del laboratorio este seguro de que el trabajo (impresiones, modelos, etc.) ha sido desinfectado en la consulta dental, todos los casos deberán ser desinfectados a medida que se vayan recibiendo. Se deben utilizar guantes de examen para la protección de las manos durante el manejo de cada impresión, hasta que haya sido desinfectado el modelo.

Las impresiones y las protésis no se deberán sobreexponer a soluciones desinfectantes, puesto que algunas soluciones pueden dañar los materiales protésicos. Se ha observado que los Glutaraldehídos son seguros para desinfectar los materiales de impresión a base de caucho cuando se utilizan de acuerdo a las instrucciones del fabricante.

Los modelos pueden ser desinfectados con spray de Iodóforo de acuerdo con las instrucciones del fabricante. Los recipientes de los casos deberán ser desinfectados y/o esterilizados. El material de acondicionamiento debe ser eliminado después de su uso para evitar contaminaciones cruzadas.

Se deberán utilizar instrumentos, objetos y materiales distintos para protésis dentales nuevas y antiguas. Esto incluye instrumentos de pulido y fresas, así como recipientes de piedra pómez.

Los instrumentos, las superficies de trabajo y el equipo expuesto se deben esterilizar ó desinfectar diariamente. Se recomienda la desinfección semanal del equipo, gavetas y superficies de trabajo que se utilicen frecuentemente y los objetos de plástico desechables, papel y papel aluminio deben ser cambiados con la misma frecuencia.

Antes de devolver un portaimpresión a la consulta dental deberá ser desinfectado. El personal debe ser instruido para evitar que coma en las zonas de trabajo del laboratorio dental.

Para la protección adicional del personal del laboratorio dental se deberá utilizar un sistema de filtración del aire, que los protegerá de los equipos de pulverización y pulido.

CAPITULO VIII

TRATAMIENTOS ACTUALES

VIII TRATAMIENTOS ACTUALES.

En Julio de 1996 el Dr. David Ho, Científico Estadounidense de Origen Taiwanés, creó un coctel de Fármacos para eliminar de la Sangre infectada de algunos pacientes Seropositivos el virus del VIH.

El Dr. David Ho, es director de Aaron Dianond AIDS Rasearch Center de Nueva York. Quien presentó en una conferencia en Canadá los resultados de sus investigaciones con antivirales: novedosas combinaciones terapéuticas disminuyen hasta casi cero la carga viral en pacientes recién infectados.

El Dr. David Ho, fué de los primeros científicos que suscribieron el origen viral del SIDA y el cuarto en aislar el VIH.

El Dr. Ho encontró que individuos recién infectados también presentaban grandes cantidades de réplicas virales y un síndrome gripal con fiebre, dolor de Cabeza, molestias en la Garganta y malestar general. Después de esto, la carga viral (cantidad de virus en cada milímetro de Sangre) bajaba hasta casi desaparecer y el paciente no mostraba indicios de deterioro.

El Dr. George Shaw, junto con el Dr. David Ho, llegó a conclusiones que abrieron nuevos caminos a la terapia anti-VIH: El virus nunca está inactivado ("dormido"). Penetra el cuerpo humano y se ancla a los Linfocitos T CD4+ (también llamados Linfocitos T4 o CD4) para reproducirse.

De esta manera logra una multiplicación impresionante, que es atajada eficientemente por el Sistema Inmunológico todavía sano.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana sigue produciendo miles y millones de sus copias que, durante los años que median el contacto primero y la fase terminal, las defensas biológicas limpian de nuestra sangre.

El Sistema Inmunológico no esta tan fuerte como para soportar la presión de la replicación viral. Poco a poco, decae y el número de células CD4 disminuye. Entonces padecimientos oportunistas que en otras condiciones raramente se expresarían como el Sarcoma de Kaposi, la Candidiasis oral ó el citomegalovirus, la Toxoplasmosis y la Neumonía., se hacen presentes.

El Dr. David Ho y el Dr. George Shaw, dedujeron que impedir la replicación del virus induciría un restablecimiento del Sistema Inmunológico. Por eso la carga viral resultó un excelente parámetro del rumbo clínico de la infección: Entre menos réplicas virales, mayor cantidad de Células CD4.

Entre menos virus mayores posibilidades de sobrevida en buenas condiciones en seropositividad.

LA NUEVA GENERACION DE FARMACOS

¿Cómo detener la reproducción del microorganismo?. Una nueva generación de medicamentos trajo algunas esperanzas. Las compañías farmacéuticas ya habían iniciado el desarrollo de nuevos fármacos como el AZT, pero con menos aspectos negativos en los noventas para inhibir la Transcriptasa Inversa y evitar la multiplicación del VIH. Entre 1990 y 1995 se obtuvieron el ddI, el ddC, el d4T y el 3TC.

El Dr. David Ho, se encontró además con otros medicamentos: los inhibidores de la Proteasa esta última otra enzima viral que participa en un posterior de la replicación. Su función es contar las proteínas

producidas por el núcleo celular infectado en piezas más pequeñas, las que lograrían el ensamblaje final de una nueva partícula vírica. Entre 1995 y 1996, aparecieron en el mercado el Saquinavir, el Indinavir y el Ritonavir.

Con tales auxiliares, el Dr. David Ho, comenzó a hacer pruebas in vitro que dieron resultados satisfactorios y más tarde decidió tratar personas recién infectadas con inhibidores de la Proteasa. El resultado fué publicado en un número de 1995 de la revista Nature firmado por Ho y Shaw.

Después vino otra intuición genial: ¿por qué no tratar a los pacientes en los primeros estadios de la infección en lugar de esperar a que su Sistema Inmunológico falle?

Así el Dr. David Ho, va como director del Aaron Diamond AIDS Research Center de Nueva York, y el Dr. Martín Markowitz, miembro de su equipo, reclutaron a dos docenas de hombres en diferentes etapas de la enfermedad y les administraron una combinación terapéutica de fármacos que incluyen inhibidores de la Transcriptasa Inversa y de la proteasa. Hasta hoy, estos voluntarios continúan sin presentar rastros del virus en su Sangre.

Estos datos fueron reportados por el Dr. David Ho, en la XI Conferencia Internacional del SIDA, realizada en Vancouver Canadá, el verano pasado. Como sabemos, despertaron un gran optimismo: ¿el SIDA se convertía así en una enfermedad crónica (como la diabetes)? ¿estamos a punto de acabar con la pandemia? ¿Las medidas preventivas (sexo seguro y condón) pasarían a segundo plano?

No podemos ofrecer la misma esperanza a los cientos de miles de personas ancladas en la fase tardía de la enfermedad.

En los Estados Unidos, el precio del tratamiento anual asciende a los 25 mil dólares debido al costo de los medicamentos. En México puede llegar a los 7.500 pesos mensuales. Cantidades que difícilmente el grueso de la población puede pagar.

Todavía las nuevas terapias están muy lejos de la gente afectada en el Continente Africano.

Los pacientes que logran salvar el handicap económico se encuentran con otras dificultades. Primero, pueden no tolerar las combinaciones y sufrir graves trastornos, es decir, en estos casos es peor el remedio que la enfermedad. Segundo, la disciplina para tomar sus dosis debe ser espartana, pues lidiar con 20 ó 40 pastillas al día es cansado.

La efectividad de los Cócteles farmacológicos radica en que el VIH debe desarrollar varias estrategias simultáneas antes de hacerse resistente a los antivirales administrados. Lo cual resulta casi imposible para este letal retrovirus. Por eso, el paciente debe tomar las dosis prescritas por su médico. Si no, de otra manera corre el riesgo de desarrollar cepas virales con resistencia cruzada, esto es, en el momento de combatir de esquema farmacológico, no responderá a otros medicamentos. El VIH se habrá hecho invulnerable a esas otras sustancias.

La interacción de éstos con otros fármacos puede resultar mortal.

ESTOS SON LOS FARMACOS DEL COCTEL

AZT (Glaxo-Wellcome)

La Zidovudina fué el primer antirretroviral y hasta hace poco el único. Hoy este inhibidor de la Transcriptasa Inversa es efectivo sólo combinado debidamente.

Didanosina (Bristol-Myers)

Desarrollado en 1991, este fármaco se presenta en tabletas masticables, lo que produce algunas restricciones alimentarias. También es factor de algunas neuropatías.

Zalcitabina (Roche)

Este ITI tiene efectividad limitada como monoterapia. Además, puede inducir neuropatías, según los Centros para Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU.

Lamivudina (Glaxo-Wellcome)

Como otra ITI, éste no goza de gran efectividad tomado solo. Pero es uno de los mejores antivirales en combinación con otros fármacos de la misma naturaleza.

Saquinavir (Roche)

La Food and Drug Administration ha aprobado la primera de una nueva clase de droga diseñada para atacar el virus del SIDA.

La droga Saquinavir, manufacturada por Hoffmann-La Roche Inc., de Nutley, Nueva Jersey, pertenece a una nueva clase de drogas llamadas inhibidoras de la Proteasa, que atacan la capacidad del virus que causa el SIDA, el VIH para reproducirse. Esto lo hace mediante la inhibición de la enzima llamada Proteasa que es esencial en la reproducción.

El virus se replica haciendo crecer una gran cadena protéica, la cual debe ser cortada en fragmentos para formar un organismo completamente funcional; la Proteasa utiliza la maquinaria de las células para cortar la cadena en piezas que no crecerán.

La droga con el nombre comercial de Invirase, tendrá un costo de 15.89 dólares para una dosis de un día, la cual es de una cápsula de 600 miligramos tomada tres veces al día, lo cual nos da un precio de 5.30 dólares por cápsula.

Los efectos colaterales que se han observado hasta ahora son relativamente sin importancia: principalmente diarrea y náusea, lo cual ocurrió en menos del 5% de los pacientes.

Ritonavir (Abbott)

Es uno de los mejores IP, pues se absorbe bien y produce altas concentraciones en el suero y Nódulos Linfáticos.

Pero sufre de varias interacciones medicamentosas.

InclinaVir (MSD)

Otro potente IP con buena biodisponibilidad oral. Combinado con AZT y 3TC, ha dado muy buenos resultados, pero produce resistencia cruzada con los IP anteriores.

Interleucina 2

Con ésta se logra la inmunorrestauración del paciente después del tratamiento con Cócteles Farmacológicos, según investigaciones de científicos estadounidenses.

BIBLIOGRAFIAS

PATOLOGIA BUCAL.
LEWIS R. EVERSOLE
PRIMER EDICION 1991.
EDIT.MEDICA PANAMERICANA.

GUIA PRACTICA DEL SIDA
GATELL ARTIGAS JOSEP M.
SEGUNDA EDICION 1992 EDIT. MASSON
EDIT.SALVAT.

MANUAL DE SIDA E INFECCION POR VIH.
J.P.CASSUTO
A.PESCE.
J.F.QUARANTA.
PRIMERA EDICION 1991.
EDIT.MASSON.

ATLAS A COLOR DEL SIDA.
S.SILVERMAN, JR.
PRIMERA EDICION 1991.
EDIT. SALVAT.

SIDA.
JULL PATRICE CASSOTO.
PRIMERA EDICION 1987.
EDIT. PAIDOS.

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.
DR.VICTOR G. DANIELS.
SEGUNDA EDICION 1987.
EDIT. EL MANUAL MODERNO.

SIDA ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN.
VICENT T. DEVITA, JR.
SEGUNDA EDICION 1990.
EDIT. SALVAT.

ATENCION DE PACIENTES CON VIH.
DAVID MULTER.
EDIT. EL MANUAL MODERNO.
MEXICO D.F. 1989.

GACETA CONASIDA.
MEXICO, D.F.
MAYO - JUNIO 1989.

VERDADES Y MENTIRAS DEL SIDA.
ARELLANO CARLOS.
EDIT. BUENISIMA.
EDICION ESPECIAL 1996.

LOS ULTIMOS HALLAZGOS PARA CONTROLAR EL SIDA.
GUARNEROS ROBERTO M.
EDIT. ERES S.A DE C.V.
MUY INTERESANTE.
DICIEMBRE DE 1996.

PRACTICA ODONTOLOGICA.
TEMAS ACTUALES SOBRE NEOPLASIAS EN ODONTOLOGIA.
VOLUMEN 11.
SEP. 1990.

LO QUE NO SE HA DICHO DEL SIDA.
DR. SILVA QUIROZ RODOLFO.
EDICIONES ORO.
MEXICO D.F. 1985.

SIDA, EL SIDA EN LA ATENCION PRIMARIA
VOL. 9, N°12
DICIEMBRE DE 1996.