



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTRO

4011

EL SIDA

JOSE DARIO CAMERO S

DIEGO CELEMIN

JOHANA PUENTES

PATRICIA CRUZ

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SANTAFE DE BOGOTA, D.C

1995

CONTENIDO

pág

INTRODUCCION.....	1
1. UN VIRUS: EL INVASOR	5
1.1 Las mutaciones y el VIH.....	8
1.2 cepas del VIH.....	10
2. EL SER HUMANO: EL HOSPEDANTE.....	12
2.1 Las células T.....	12
2.2 Anticuerpos.....	13
2.3 El VIH y la función de las células T.....	15
2.4 Anticuerpos vs. SIDA.....	16
2.5 Otros sitios de infección.....	18
3. TIPOS DE INFECCIONES PRODUCIDAS POR EL VIH (SIDA)...	20
3.1 El estado del portador sano.....	21
3.2 El síndrome de la linfadenopatía (SLA).....	21
3.3 El complejo relacionado con el sida (CRS).....	23
3.4 El síndrome de la inmunodeficiencia adquirida(SIDA)	24
4. COMO SE CONTRAE Y SE TRANSMITE EL SIDA.....	25
4.1 Sitios donde se encuentra el virus en los seres humanos.....	26
4.2 Supervivencia del VIH por fuera del hospedante.....	27
4.3 Métodos posibles de transmisión del VIH.....	27
5. COMO PREVENIR EL SIDA.....	35

5.1 Higiene sexual.....	35
5.2 Barreras físicas.....	36
5.3 Barreras de comportamiento.....	37
5.4 Otros puntos importantes.....	39
6. COMO DETECTAR EL SIDA.....	41
6.1 Primeros síntomas.....	41
6.2 Reacción aguda.....	41
6.3 Signos orales y faciales.....	42
6.4 Pruebas de sangre.....	43
6.5 Que significa un resultado positivo?.....	43
7. MANIFESTACIONES ORALES DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS.....	45
7.1 Infecciones por hongos.....	46
7.2 Infecciones por bacterias.....	51
7.3 Infecciones virales.....	54
7.4 Neoplasmas.....	58
7.5 De etiología desconocida.....	59
8. RECOMENDACIONES PARA LA PRACTICA ODONTOLOGICA.....	61
8.1 Historia médica.....	61
8.2 Uso de vestimenta protectora.....	62
8.3 Uso y cuidado de instrumentos afilados y agujas.....	62
8.4 Indicación para la desinfección de alto nivel o para la esterilización de instrumentos.....	63
8.5 Descontaminación de superficies ambientales.....	64



8.6 Descontaminación de suministros y materiales de laboratorio.....	65
8.7 Uso y cuidado de tartrectomos ultrasonicos, piezas de mano y unidades dentales.....	66
8.8 Manejo de biopsia de especímenes.....	67
8.9 Disposición de material de desecho.....	67
8.10 Recomendaciones para procedimientos invasivos.....	68
9. ENTREVISTAS.....	71

GLOSARIO

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

VIH : Virus de la Inmunodeficiencia Humana

ADN : Ácido Desoxirribonucleico

ARN : Ácido Ribonucleico

ELISA: Ensayo de inmunabsorción Ligado a las Enzimas

SLA : Síndrome de la Linfopatia

CRS : Complejo Relacionado con el Sida

PAS : Ácido Periódico de Schiff

GUNA: Gingivitis Ulcero Necrozante Aguda

HSU : Virus Herpes Simple



INTRODUCCION

SIDA Significa "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida".

Un "síndrome" es un grupo de síntomas clínicos que constituyen una enfermedad o una condición anormal. (La palabra "clínico" significa que es descubierto en un consultorio médico, no mediante pruebas de laboratorio.)

Un mismo paciente no presenta necesariamente todos los síntomas de un síndrome. Las causas de los síndromes pueden ser muchas, pero en cuanto al SIDA, el síndrome se produce por un defecto (deficiencia) del sistema inmune. El sistema inmune es el encargado de defender al cuerpo contra las enfermedades.

Las enfermedades del síndrome del SIDA son causadas por gérmenes comunes. En realidad, algunos de ellos habitan permanentemente en el cuerpo humano, aunque en número reducido. Cuando el sistema inmune (de defensa) se debilita, les da a estos gérmenes la oportunidad de multiplicarse libremente, razón por la cual las enfermedades a las cuales dan lugar se denominan "oportunistas".

Sus características principales son la aparición de infecciones, alteraciones neurológicas, y de determinadas

neoplasias, secundarias a una deficiencia inmunitaria del organismo producida por la infección por VIH.

El SIDA se convirtió en el epicentro de la atención de Los Estados Unidos en 1981, cuando cinco hombres homosexuales de los angeles fueron hospitalizados simultáneamente a causa de una neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC). En ese momento, este tipo de neumonía aquejaba únicamente a pacientes de transplante renal a quienes se les había suprimido (bloqueado) químicamente el sistema inmune. Además aunque esa forma de neumonía se cura con antibióticos, en el caso de esos cinco hombres la terapia no obró.

Cuando se incrementaron los casos de enfermedades misteriosas por deficiencia del sistema inmune y aumentó cada vez más el número de hombres homosexuales, los médicos comenzaron a sospechar que se trataba de una enfermedad adquirida, es decir, una enfermedad que podía ser transmitida de una persona a otra. A esa misteriosa enfermedad la denominaron SIDA antes de que se descubriera su causa.

Inicialmente reinó el desconcierto entre los médicos y los científicos. Las teorías acerca de la causa del SIDA fueron cambiando con el tiempo. Al comienzo, algunos



científicos pensaron que había algo en el estilo de vida de los homosexuales que provocaba el SIDA.

Más adelante, esta hipótesis llevó a la "teoría de la sobrecarga del sistema inmune". Según esta teoría, el sistema inmune se agotaba por el exceso de trabajo de tener que combatir demasiadas enfermedades. Muchas de las primeras personas a quienes el SIDA afectó tenían una serie de hábitos que aumentaban la probabilidad de contraer enfermedades: contacto sexual con un gran número de personas, consumo de grandes cantidades de drogas legales e ilegales, y desorden en los hábitos alimentarios y de sueño.

La teoría de la sobrecarga del sistema inmune fue descartada cuando los científicos comprobaron que el SIDA era causado por un agente infeccioso (Virus). Al comienzo los médicos observaron que los compañeros sexuales de los enfermos de SIDA comenzaron a enfermar también; después se descubrió que los consumidores de drogas intravenosas, quienes usan agujas médicas para inyectarse y suelen compartirlas con otras personas, también comenzaron a enfermar.

Por último, en mayo de 1983, el doctor Luc Montagnier, del instituto Paster de París, obtuvo de un enfermo de

SIDA un virus que en su opinión, era el causante de la enfermedad. Sin embargo, muy pocos científicos le creyeron y, ante la falta de recursos para continuar estudiando el virus, el doctor Montagnier congeló sus muestras. Luego en mayo de 1984, el doctor Robert Gallo, del instituto Nacional de Cancerología de los Estados Unidos (NCI), aisló un virus que para él, era el causante del SIDA. Ambos científicos tenían razón, pero el hecho es que todavía hoy continúa la batalla legal por los derechos sobre el descubrimiento. Con el tiempo, el virus fue denominado "VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA", o VIH.

Según un informe del 30 de abril de 1990, la organización Mundial de la Salud había censado 254.078 casos de SIDA en el mundo desde el inicio de la epidemia. Sin embargo estas cifras sólo reflejan una parte de la realidad, el número de portadores se calcula en unos ocho millones de adultos y diez millones de niños, la predicción para el año 2000 es de unos treinta a cuarenta millones de adultos infectados, de los que 90% pertenecen a países subdesarrollados.



UN VIRUS; EL INVASOR

Un virus es un organismo sumamente pequeño. En promedio, el virus de la inmunodeficiencia humana, causante supuesto del SIDA, mide aproximadamente 0.000031 de pulgada de largo (120 anstromios).

Encontrar el virus no es fácil. Para "verlos" se necesita de un microscopio electrónico. Antes de usar el microscopio es preciso saber dónde buscar. La actividad química de los virus y, por lo tanto el sitio de la infección, se puede detectar por medio de pruebas químicas aplicadas a los tejidos.

Los virus no son células. las células están compuestas de líquido y estructuras especializadas, y se reproducen dividiéndose en dos: una célula se divide para formar dos células idénticas. Los virus, a diferencia de las células, no contienen líquido ni realizan por sí mismos ninguna función vital como reproducirse o crecer. lo que hacen es infectar (vivir en) las células de otros organismos.

Los virus son parásitos. Un parásito es un organismo que vive encima de otro organismo, denominado hospedante. El parásito utiliza los químicos y nutrientes para vivir y reproducirse, los virus sólo necesitan una estructura

física muy simple. Por lo general, un virus está hecho de una o varias cadenas de ADN (ácido desoxirribonucleico) o de ARN (ácido ribonucleico), envueltas en una capa de proteína. La mayoría de los virus conocidos tienen un núcleo de ADN, pero el VIH tiene un núcleo de ARN.

El ADN contiene la información completa para construir y hacer funcionar el organismo. se dice que el ADN es la "Molécula Muestra" o la "Molécula de la Vida". El ADN se compone de cuatro elementos constitutivos básicos denominados nucleótidos, que son como las letras del alfabeto, cuando se unen en distintas combinaciones, forman un equivalente biológico de palabras, frases y libros.

En las células del ser humano, el ADN produce ARN. una estructura química de la célula "lee" la cadena de ADN y, utilizando un alfabeto químico similar, "escribe" una cadena de ARN. Este proceso se denomina transcripción.

El ADN permanece en el centro de la célula, mientras que el ARN viaja por toda ella, construyendo y manejando sus funciones, entre ellas la de fabricar las otras sustancias químicas que se encargan de la mayoría del trabajo celular.

El virus utiliza los químicos "alfabéticos" de su hospedante para escribir copias de sí mismo. Para hacerlo "atraca" a la célula del hospedante.



Un virus típico de ADN se adhiere primero al exterior de la célula hospedante, y después le inyecta su propia cadena de ADN, dejando por fuera la capa de proteína. El ADN del virus viaja hasta el centro de la célula hospedante y se empalma con la cadena o cadenas de ADN del hospedante. El ADN viral toma el control del funcionamiento celular. Esa célula atracada comienza a hacer réplicas del ADN viral. La célula hospedante también fabrica proteínas para la copa del virus, y crea más atracadores que salen a invadir a otras células hospedantes. Cada célula atracada se convierte en una fábrica de virus. Todo este proceso se conoce como replicación viral.

Hay cierto número de virus conocidos en los cuales el portador de la información es el ARN no el ADN. El VIH, al cual se le atribuye el SIDA, es un virus de ARN. En la mayoría de los virus de ese tipo, el ARN viral atraca directamente a la célula hospedante. Sin embargo, el VIH es distinto. Una vez inyectada en la célula hospedante, la cadena de ARN del VIH escribe cadenas dobles de ADN viral, pues sólo el ADN viral podría hacer empalme con el ADN de la célula (el linfocito T) y así continuar el proceso. Esta escritura al contrario se denomina Transcripción inversa. Las nuevas cadenas de ADN proceden

luego a atracar a la célula para vigilar la producción de nuevas réplicas de ARN. los virus de escritura inversa, como el VIH, se denomina Retrovirus.

El VIH contiene una enzima denominada transcriptasa reversa (TR), cuya función es realizar el proceso de transcripción inversa. La transcriptasa reversa es específica de los virus, y constituye un blanco muy importante de la terapia médica contra el virus.

Los retrovirus pueden habitar dentro de sus hospedantes durante largos períodos sin provocar ningún síntoma de la enfermedad. Los retrovirus no son muy resistentes: mueren al ser expuestos al calor, a muchos desinfectantes comunes, y habitualmente no sobreviven bien si el tejido o la sangre donde se encuentran es seca. Sin embargo, la tasa de mutación de los retrovirus es muy alta, por lo cual tienden a evolucionar rápidamente para formar nuevas cepas. Tal parece que el VIH comparte ésta y otras características con los demás retrovirus conocidos.

LAS MUTACIONES Y EL VIH.

Las mutaciones ocurren cuando se escribe mal alguna frase o palabra de nucleótidos. El error puede consistir en que la frase o la palabra quedan por fuera, o se colocan en

un lugar que no era, o se agrega una letra o una palabra extra. La mutación no es un acto intencional del organismo. Los mutantes rara vez son más fuertes que los organismos, y muchos de ellos sencillamente mueren.

Como un solo virus puede fabricar cientos de réplicas, unos cuantos errores no afectan en mayor medida el esfuerzo de replicación. Si uno o dos mutantes reciben entre mil reciben mejores instrucciones escritas para sobrevivir en su entorno inmediato, esos organismos podrán hacer réplicas de sí mismos, las cuales, con el tiempo, se convertirán en nuevas cepas del virus.

Para un virus la diversidad es una ventaja. Las nuevas cepas tienen la posibilidad de infectar nuevas células dentro del hospedante o infectar a otros organismos hospedantes. Muchos Virus tienen la capacidad de infectar a otros organismos hospedantes. Muchos virus tienen la capacidad de infectar por igual a los animales y a los insectos. La diversidad también protege al virus contra la posibilidad de ser erradicado por el sistema inmune del hospedante. Cuando hay muchas cepas, es probable que aunque sea una pueda sobrevivir al ataque del sistema inmune.



CEPAS DEL VIH.

En el caso del VIH, hay un segmento de nucleótidos denominado *gene env*, que muta con mucha rapidez. En la sección *env* están contenidas las instrucciones para construir la capa de proteína. Un mutante del VIH, si sobrevive, podría presentar alteraciones en la capa de proteína. Como el sistema inmune humano reconoce los invasores virales por la capa de proteína, los mutantes nuevos podrían ocultarse temporalmente del sistema inmune, ganando tiempo para replicarse e infectar más células hospedantes.

La línea divisoria entre las cepas del VIH es imperceptible. Sin embargo, basándose en lo observado en el laboratorio, los científicos consideran haber demostrado que existen diferentes cepas. Por ejemplo, algunas se replican mejor que otras en uno o en otro tipo de células humanas. Esta diferencia en la tasa de crecimiento podría explicar por qué algunas personas infectadas por el VIH enferman y mueren rápidamente, mientras que otras viven más tiempo. Sin embargo, una persona que ya ha sido infectada por el VIH debe protegerse contra la posibilidad de ser infectada nuevamente por otras cepas del virus.

Las cepas del VIH que se mencionan más comúnmente son las denominadas VIH-1 y VIH-2. VIH-1 es el primer virus descubierto en los Estados Unidos, Europa y Africa.

El virus VIH-2 se descubrió en Africa varios años después. Según algunos informes, el VIH-2 produce el SIDA y enfermedades semejantes al SIDA; pero, de acuerdo con otros informes, el VIH-2 no produce la enfermedad. El VIH-2 podría ser o no ser una forma de VIH; lo que se ha presentado como VIH-2 en realidad podrían ser dos o más virus distintos. Los errores de identidad son comunes entre los virus. Por ejemplo, en un principio se creyó que el VIH era un virus de leucemia. Cuando fue descubierto, los investigadores estadounidenses lo denominaron "virus de leucemia humana de células T-III.0, en síntesis, HTLV-III. Los virus HTLV-I y HTLV-II les producen leucemia a los gatos. Cuando se dieron cuenta de su error, los científicos cambiaron la palabra leucemia por linfotrópico.

La presencia de cepas diferentes dificulta el trabajo de detectar el virus en los seres humanos. Las actuales pruebas clínicas no sirven para detectar el VIH-2. Es probable que futuras modificaciones permitan hacerlo en el futuro.



EL SER HUMANO: EL HOSPEDANTE

Nuestro sistema inmune es como un muro que nos protege contra los ejércitos de virus. Se puede comparar con un rompecabezas en el cual muchas piezas encajan entre sí para formar una superficie completa. En la sangre, las piezas de ese rompecabezas son entre otras, los glóbulos blancos o leucocitos, los anticuerpos y una serie de sustancias químicas biológicamente activas. Cuando falta una pieza, los virus se cuelan por la brecha. Esto es lo que sucede con el SIDA.

LAS CELULAS T.

Al Virus de la Inmunodeficiencia Humana le gusta replicarse en un tipo de leucocito denominado linfocito, o célula T, para abreviar. Entre las células T, la preferida del VIH es la T4. La célula T4, conocida también como célula "ayudante o inductora", realiza una función vital en el sistema inmune. La célula T4 encuentra los virus invasores al chocar con ellos en su recorrido dentro del torrente sanguíneo. Una vez que reconoce al virus invasor, desencadena una alarma química para poner en funcionamiento a otras partes del sistema inmune.

La célula T4 reconoce, por ejemplo, a los invasores

virales, micóticos y parásitos, y activa las partes del sistema inmune encargadas de actuar contra dichos invasores.

Una vez disparada la alarma, entran en escena otras partes del sistema inmune. Hay otras células T, denominadas "efectoras o asesinas", cuya labor es liberar sustancias químicas para matar a los invasores, algunas veces con éxito. La alarma de las células T4 también les indica a las células B otro tipo de linfocitos que deben modificar su estructura para comenzar a producir anticuerpos. Un tercer tipo de linfocito migra hacia el sitio de donde provino la alarma de las células T4 para envolver y digerir a los invasores. Estos linfocitos grandes y errantes se denominan macrófagos.

ANTICUERPOS

Los anticuerpos son proteínas que neutralizan a los invasores. Los anticuerpos impiden que los virus se adhieran a las células hospedantes. El virus y su anticuerpo correspondiente encajan perfectamente como una llave en su cerradura. Las células B son las encargadas de fabricar los anticuerpos. Para cada nuevo invasor deben fabricar un anticuerpo a la medida.

Cualquier sustancia u objeto que desencadene la creación de anticuerpos se denomina antígeno. Las capas de proteínas de los virus son antigénicas.

Cuando el anticuerpo y el virus se unen, son devorados por los macrófagos. Los macrófagos son leucocitos grandes cuya labor es envolver y digerir los gérmenes. La alarma de las células T4 también aumenta la producción de macrófagos.

Ciertas células B, denominadas células de memoria, recuerdan la forma de los anticuerpos que han creado. Si, tras haber sido derrotado, el mismo virus entra nuevamente en la sangre, estas células inician rápidamente la producción de anticuerpos. Lo que se espera es que esos anticuerpos detengan a los invasores antes de que puedan afianzarse. Pero si el virus ha cambiado, como lo hace la gripe en su viaje anual por el planeta, los antiguos anticuerpos no pueden detenerlo. Es necesario fabricar nuevos anticuerpos para neutralizar el virus mutado. Mientras se producen esos anticuerpos, el virus tiene tiempo de multiplicarse, y la persona infectada experimenta los síntomas.

EL VIH Y LA FUNCION DE LAS CELULAS T

Tal parece que cuando el VIH infecta a las células T4



crea un defecto en el sistema inmune, el cual acaba por producir SIDA.

Una vez que el VIH se adueña de una célula T4, el linfocito deja de funcionar normalmente, aunque el cambio no se manifiesta inmediatamente. Es evidente que hay replicación viral muy lenta durante un tiempo indefinido. La invasión del VIH es lenta.

Cuando la célula T4 entra finalmente en actividad, en lugar de funcionar normalmente, comienza a fabricar cadenas del ARN viral. La célula T4 infectada pierde su capacidad de detectar a los invasores y desencadenar la alarma. Con el tiempo, las células T4 infectadas comienzan a morir, y gradualmente se reduce la red de alarma, lo cual permite el ingreso y la diseminación de las enfermedades oportunistas.

Las células T4 disparan la alarma en el sistema inmune cuando encuentran hongos, virus o parásitos. Las enfermedades oportunistas relacionadas con la infección del VIH son causadas por hongos, virus y parásitos, muchos de los cuales encontramos en la vida diaria. Algunos de estos organismos viven en nuestro cuerpo, aunque normalmente son mantenidos a raya por el sistema inmune.

El VIH no ataca deliberadamente al sistema antiviral. Los

virus no piensan ni toman decisiones. El virus habita en cualquier célula hospedante a la cual pueda infectar con éxito y se replica dentro de cualquier hospedante apropiado que encuentra en su camino.

ANTICUERPOS VS. SIDA

Las células B fabrican anticuerpos en respuesta a la alarma de las células T4, pero lo hacen lentamente. La infección viral suele llevar la ventaja durante un tiempo hasta que el sistema inmune la alcanza.

La gripe ejemplifica bien la situación. Una persona se infecta y desarrolla los síntomas de la gripe antes de que el cuerpo pueda fabricar los anticuerpos para matar a los virus. Pero al cabo de unos cuantos días, el cuerpo vence y destruye a los virus.

En el caso del VIH, la situación es distinta. Primero, es probable que pasen semanas o meses antes de que se desarrollen los anticuerpos contra el VIH porque la infección es tan lenta o "tranquila" que puede pasar inadvertida durante algún tiempo.

Además, cuando el cuerpo nota la infección y produce los anticuerpos contra el VIH, no parecen ser eficaces; las

personas infectadas, en lugar de mejorar, empeoran.

En varios experimentos en que se aisló el VIH se encontraron grandes números de anticuerpos contra el VIH en la sangre. Esto indica que, pese a estar presentes los anticuerpos contra los virus, no pueden adherirse a ellos, y, por lo tanto, proporcionan poca protección dentro del cuerpo humano.

Los anticuerpos no pueden penetrar en las células sanguíneas y sólo pueden atacar a los virus en el plasma. El plasma es la parte líquida de la sangre. Una vez dentro de la célula hospedante, el VIH no tiene nada que temer de los anticuerpos. Aunque las células tienen la capacidad de producir químicos antivirales en su interior, éstos tampoco parecen ser eficaces contra el VIH.

Una vez que un virus se afianza dentro de una célula hospedante, probablemente permanezca en ella durante el resto de la vida de la persona, a menos que algún otro mecanismo antiviral del cuerpo, o algún químico artificial, destruya el virus o la célula infectada. Tal parece que las células infectadas por el VIH escapan a la atención de otros mecanismos de protección del sistema inmune, tales como las células "asesinas" naturales, las

cuales normalmente destruyen a las células infectadas por el virus.

OTROS SITIOS DE INFECCION

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana tiene la capacidad de infectar muchas células del cuerpo humano y replicarse dentro de ellas, además de las células T4.

Las células T8, otro tipo de linfocitos, son vulnerables a la infección. Las células T8 le ayudan al sistema inmune a reconocer a las células de su propio cuerpo. Algunas células T8 mueren durante la infección del VIH y, como consecuencia, algunos enfermos de SIDA presentan una respuesta autoinmune o sea un ataque contra su propio cuerpo hecho por algunas partes del sistema inmune.

El VIH también infecta a los macrófagos, pero no los mata. Por consiguiente, el macrófago se convierte en una especie de "caballo de troya" que lleva oculto al invasor hasta cualquier sitio del cuerpo humano, aun los sitios protegidos, es decir, el cerebro- allí, presuntamente, altera la función de las células cerebrales- y la médula ósea, el sitio donde se generan las células T y B.

El VIH también puede infectar a las células de la retina,

una parte del ojo. También parece que infecta a las células del recto y del colon. El colon es básicamente todo el intestino grueso, y el recto es la parte baja del intestino grueso, alojada directamente dentro del ano. La capacidad del VIH para infectar a estas células significa que puede ser transmitido a través de las relaciones sexuales anales más fácilmente de lo que se pensaba anteriormente.

El VIH también parece que infecta el tejido pulmonar, pero solamente en los niños. En los adultos, aparentemente infecta a las células intersticiales de los pulmones, es decir, el tejido conectivo que une a estos órganos con los tejidos vecinos. El tejido intersticial no forma parte de vías aéreas, por lo cual el VIH permanece encerrado dentro del cuerpo. Así, es muy poca o ninguna la cantidad de virus presente en el esputo y expulsada a través de la tos.



TIPOS DE INFECCIONES PRODUCIDAS POR EL VIH (SIDA)

Durante los primeros años de la epidemia de SIDA, parecía que algunas de las personas infectadas por el VIH enfermaban y morían rápidamente, mientras que otras permanecían sanas indefinidamente, o enfermaban lentamente. Ahora parece que la gran mayoría de los infectados por el VIH enferman y se agravan gradualmente hasta que mueren. Se sabe de personas que han sobrevivido durante mucho tiempo, pero al parecer son la excepción y no la regla.

El periodo promedio de incubación de la infección que produce el VIH es de diez años. El periodo de incubación se refiere al tiempo transcurrido entre la infección inicial y el desarrollo del "síndrome completo", al cual nos referimos más adelante. El promedio es una curva en forma de campana en donde los diez años marcan el centro. En unas personas se desarrolla la enfermedad antes de diez años, y en otras, después.

Básicamente, la infección que produce el VIH tiene cuatro etapas distintas: 1) El estado de portador sano, 2) el síndrome de la linfadenopatía (SLA), 3) el complejo relacionado con el sida (CRS) y 4) el SIDA o "SIDA manifiesto" o "completo". Estos distintos estados o sus

síntomas pueden coincidir en determinado momento.

EL ESTADO DEL PORTADOR SANO

El portador es la persona infectada con el virus y que no presenta síntomas clínicos pero que puede infectar a otros.

El VIH se ha aislado y cultivado, procedente de personas que no estaban enfermas ni presentaban síntomas clínicos de estar infectadas por el VIH.

Todavía no hay claridad acerca del momento en que la persona se vuelve infecciosa. En este momento, lo único seguro es suponer que toda persona portadora del virus puede contagiar a otros.

EL SÍNDROME DE LA LINFADENOPATIA (SLA)

Este síndrome es una forma leve de la infección producida por el VIH, caracterizado generalmente por algunos de los síntomas de la linfanodepatía.

Síntomas de la linfanodepatía:

- Fiebre inexplicable
- Dificultad para tragar
- Glandulas inflamadas

- Fatiga/letargo
- Sudores y escalofríos nocturnos
- Apatía
- Pérdida gradual de peso
- Diarrea
- Dolor de garganta
- Impotencia

Linfadepatía significa "enfermedad del sistema linfático". El sistema linfático es el segundo sistema líquido del cuerpo humano, y está constituido por un líquido transparente denominado linfa. El sistema linfático ayuda al sistema de la sangre drenando líquido de los tejidos del cuerpo. El sistema linfático no es cerrado como el torrente sanguíneo, lo cual significa que no fluye en círculo ni tiene una bomba como el corazón. Sin embargo, la linfa fluye de los vasos pequeños hacia unos conductos linfáticos de mayor tamaño ubicados en la parte alta del tórax. En su camino, la linfa pasa a través de una serie de filtros denominados ganglios o glándulas linfáticas encargadas de filtrar las bacterias, las sustancias extrañas y los leucocitos muertos que viajan en el líquido.

El sistema linfático es una parte vital del sistema inmune. En los ganglios se almacenan y maduran los



linfocitos y también se producen anticuerpos. Las células T y los macrófagos pueden migrar de un lado para otro entre el sistema sanguíneo y el sistema linfático, quizás exponiendo células nuevas al VIH durante sus etapas formativas.

Los ganglios inflamados son uno de los signos clave de la linfadenopatía. En el caso de la infección del VIH, esta inflamación puede persistir durante meses, sin ninguno de los otros síntomas de infección transitoria. Por eso esta linfadenopatía a veces se denomina linfadenopatía generalizada persistente (LGP).

EL COMPLEJO RELACIONADO CON EL SIDA (CRS)

El complejo relacionado con el SIDA es una forma más avanzada de infección por el VIH. Entre los síntomas se cuentan por lo general los de la linfadenopatía, además de unas condiciones anormales del cuerpo que se manifiestan en las pruebas de laboratorio, y la presencia de una o más infecciones oportunistas.

El CRS produce una enfermedad molesta. La persona que la padece puede ver restringidas sus actividades cotidianas y presentar episodios de recrudecimiento de la enfermedad que la obligan a someterse a tratamientos médicos cortos o largos, dentro y fuera del hospital.

EL SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

El SIDA es el síndrome "completo", también llamado "manifiesto". Los enfermos de SIDA suelen tener varias de las enfermedades oportunistas como:

- Neumonía
- Sarcoma de Kaposi
- Toxoplasmosis
- Infección por citomegalovirus
- Criptococosis
- Infecciones herpéticas
- Tuberculosis
- Infección de Epstein Barr
- Infección por herpes Zoster
- Criptosporidiosis
- Candidiasis

Estas enfermedades se desarrollan por fallas del sistema inmune. Muchas de estas se pueden tratar con fármacos, pero, sin el apoyo del sistema inmune, las drogas no logran eliminar del todo el problema o impedir que reaparezca. Estas enfermedades oportunistas curables en otras circunstancias, causan la muerte de la mayoría de los enfermos de SIDA.

COMO SE CONTRAE Y SE TRANSMITE EL SIDA

Para que una persona contraiga el SIDA, el virus de la inmunodeficiencia humana debe viajar desde el interior de una persona hasta el interior de otra persona, y llegar con su cadena de ARN intactas. Después, el virus, o su cadena intacta de ARN, deben llegar al torrente sanguíneo del nuevo hospedante y apoderarse de una célula T. Una vez dentro de la célula hospedante, el VIH esta listo para replicarse. Después de la replicación, las copias del virus infectan a otras células hospedantes, probablemente adhiriéndose a ellas cuando la célula infectada choca con otras células del torrente sanguíneo. Los virus no pueden entrar en el cuerpo a través de la piel intacta. Por lo tanto, deben encontrar una herida abierta o uno de los tantos orificios del cuerpo. La mayoría de esos orificios contienen membranas mucosas, las cuales son tejidos delgados encargados de proteger muchos de los orificios y pasajes del cuerpo humano. Estas membranas secretan un moco compuesto de sustancias químicas que atacan a los virus y mantienen húmedos los tejidos circundantes. Si los virus estan presentes en la superficie de una membrana mucosa, muchos pueden viajar a través de ella y penetrar en los pequeñísimos vasos sanguíneos que la irrigan.

En el SIDA los principales sitios de infección son el torrente sanguíneo y el sistema nervioso central. Aunque en los pulmones, en la boca y en las membranas mucosas hay macrófagos portadores del VIH, parece que el número de virus presente no es muy grande. Por lo tanto la concentración del VIH en la saliva y en el esputo es mínima, si no nula. Así, el número de virus expulsados, si los hay no debe ser muy grande.

La infección por VIH es, fundamentalmente, una enfermedad de transmisión sexual, ya que esta es su vida natural de contagio; la transmisión hemática, podría considerarse como un mero accidente debido al uso de dispositivos artificiales contaminados.

SITIOS DONDE SE ENCUENTRAN LOS VIRUS EN LOS SERES HUMANOS

El VIH está en cualquier líquido o sustancia del cuerpo de la persona infectada que contenga linfocitos. Entre las sustancias que contienen linfocitos están: la sangre, el semen, las secreciones de la vagina, y del cuello uterino, la leche materna, la saliva, las lágrimas, la orina, y la materia fecal.

Las más peligrosas son la sangre, el semen, las secreciones vaginales y del cuello uterino, y quizás la materia fecal.



SUPERVIVENCIA DEL VIH POR FUERA DEL HOSPEDANTE

Si el VIH está presente en alguna de las sustancias antes mencionadas y estas salen del cuerpo, el VIH puede seguir siendo infeccioso hasta que las sustancias se sequen. De acuerdo con las circunstancias, probablemente sea cuestión de minutos o de horas. Si alguna de estas sustancias permanece húmeda, el virus puede sobrevivir mucho más tiempo.

MÉTODOS POSIBLES DE TRANSMISIÓN DEL VIH

La mayoría de los casos conocidos de infección por el VIH han sido transmitidos por contacto sexual, las transfusiones de sangre y de productos sanguíneos, y el uso compartido de agujas contaminadas para inyecciones intravenosas, y el paso del virus de la madre al feto.

Relaciones sexuales anales. Al parecer, las relaciones sexuales anales son el método más eficaz de transmitir la infección por el VIH.

Relaciones sexuales vaginales. La mujer permanece en contacto con el semen mucho tiempo después de terminado el acto sexual. Ciertas condiciones pueden aumentar la susceptibilidad de la vagina a la infección, como por ejemplo la cervicitis.

Relaciones sexuales orales Una vez dentro de la boca, El VIH puede penetrar por la mucosa bucal o llegar al torrente sanguíneo a través de muchas rutas, incluyendo heridas pequeñas como llagas, encías sangrantes y mordidas autoinfligidas. También está la presencia de los macrófagos susceptibles de contraer la infección.

Con algunos virus, la infección puede pasar de la boca de una persona al pene, la vagina o el ano de otra persona. En el caso del VIH, esta posibilidad existe en teoría, pero parece poco probable por la baja concentración de virus en la saliva.

La sangre, una sustancia altamente infecciosa en estos casos, puede estar presente en la boca de cualquiera de las dos personas, en la uretra del hombre, en la vagina de la mujer, o en el ano de cualquiera de los dos, a causa de llagas producidas por un acto sexual traumático, y en la vagina de la mujer durante la menstruación.

No existen casos demostrados de personas que hayan contraído el VIH a causa de las relaciones sexuales orales, pero sí hay varios en los cuales se sospecha de este medio. Algunos hombres homosexuales que han adquirido la infección afirman haber practicado únicamente el sexo oral de pene a boca, incluyendo la

eyaculación, con su pareja infectada con el VIH. Sin embargo, son casos no confirmados. Varios estudios estadísticos apuntan hacia ciertas prácticas orales que pueden transmitir el VIH. Sin embargo, los estudios estadísticos se basan en grupos de personas, y rara vez hacen referencia a factores individuales específicos.

Estadísticamente, se ha encontrado mayor riesgo entre hombres homosexuales que han tragado semen o que han tenido contacto oral con el ano.

Los besos. En teoría, los besos en los cuales hay intercambio de saliva pueden ser un medio de transmisión de la infección por el VIH, pero en la realidad no hay ningún caso demostrado. Varios casos posibles han sido desmentidos posteriormente.

Es tan baja la concentración del virus en la saliva que esta vía de transmisión es muy probable. La saliva contiene agentes químicos contra los virus, los cuales parecen ser eficaces también contra el VIH. Sin embargo, otro factor que se debe considerar es la sangre presente en la boca. En la sangre de una persona infectada la concentración del virus es alta, y la sangre es mucho más infecciosa que la sola saliva. Es común tener sangre en la boca y no percatarse de ello. Esta sangre puede

provenir de mordidas, abrasiones, lesiones causadas por la seda dental, y de las encías. Los besos bruscos también pueden abrir pequeñas heridas en las membranas mucosas de las encías y los carrillos.

Hay muchos casos de hombres homosexuales infectados por el VIH que han intercambiado saliva al besarse con sus compañeros no infectados sin transmitirles el virus.

Sin embargo a muchos individuos infectados con alto riesgo de transmitir la infección se les ha dicho que los besos son totalmente inocuos. Este consejo podría no ser prudente. El riesgo de contraer la infección por el VIH a través del intercambio de saliva es casi nulo, pero no totalmente.

Orina. No se aconseja el contacto con la orina del compañero sexual porque el VIH ha sido aislado en la orina, y puede transmitirse a través de lesiones microscópicas de la piel.

Objetos Artificiales. En teoría, los virus y otros gérmenes pueden pasar de un hospedante a otro a través de los objetos artificiales. En caso de que cualquier objeto artificial entre en contacto con sustancias corporales contaminadas, debe ser esterilizado o desinfectado antes de insertarse en algún otro de los orificios del cuerpo.

Transfusiones de sangre. El VIH parece estar presente en la mayoría de los componentes de la sangre humana: los glóbulos rojos, los glóbulos blancos, el plasma y plaquetas, las cuales ayudan a la coagulación y a la formación de costras. Las personas que han enfermado de SIDA a través de transfusiones de sangre, se han contagiado por medio de la sangre completa o de sus componentes, las plaquetas, los glóbulos rojos, el plasma y de los concentrados del factor de coagulación fabricados para los hemofílicos. No ha habido informe alguno acerca de la transmisión del VIH a través de la gamaglobulina o de otras inmunoglobulinas de la albúmina tratadas con calor.

En 1985, se desarrolló una prueba para detectar la presencia del virus en la sangre. Aunque no tiene una precisión del 100%, esta prueba les permite a los centros que hacen los exámenes de sangre detectar la presencia del VIH en la sangre donada. Sin embargo, la prueba produjo un efecto secundario indeseado: la gente comenzó a donar sangre para averiguar si había sido infectada por el VIH. Por suerte, en la actualidad en algunos países hay clínicas en las cuales las pruebas son gratuitas y anónimas, lo cual hace esa práctica sea innecesaria.

Según informes recientes, la prueba, diseñada para

detectar los anticuerpos contra el VIH, es casi perfecta pero no perfecta. Además, en los individuos recién infectados hay un lapso de tiempo, entre la infección y el momento de desarrollarse los anticuerpos, durante el cual la prueba es inútil. Al parecer, este lapso de tiempo oscila entre 3 y 6 meses, según lo indica una evidencia limitada. Por consiguiente, existe el peligro de recoger sangre infectada por el VIH durante este período.

A pesar de estos problemas, el número anual de infecciones por el VIH relacionadas con las transfusiones deberá reducirse casi a cero en muy poco tiempo. Sin embargo, la posibilidad de contraer la infección a través de una transfusión de sangre heteróloga, aunque remota, seguirá existiendo.

Utensilios de uso domestico e instrumental medico. Es posible que la infección por el VIH se pueda transmitir de una persona a otra por medio de cuchillas de afeitar y de cepillos de dientes, los cuales pueden entrar en contacto con la sangre. Sin embargo, lo más probable es que ambas personas tengan que sangrar para que se produzca el contagio.



El riesgo de las agujas está en que sean utilizadas más de una vez o en compartirlas con otra persona. El VIH se transmite a través de la pequeña cantidad de sangre que queda en la jeringa o en la aguja después de ser utilizada.

Embarazo. El VIH puede cruzar la barrera placentaria, una barrera formada por acción química para proteger al feto contra las enfermedades. Por lo tanto, el feto también puede contraer el SIDA.

No todos los bebés de madres infectadas por el VIH contraen la infección. La cifra de los bebés que contraen el SIDA de madres infectadas oscila entre el 50% y el 30%. El diagnóstico se hace en la mayoría de los casos antes del primer año de vida.

Trasplante de órganos. Todos los órganos de las personas infectadas por el VIH contienen sangre infectada. Si algún órgano o tejido infectado se trasplanta a otra persona, ésta corre el riesgo de contraer la infección. Hasta ahora ha habido casos de receptores de injertos de hígado, riñón y piel que han adquirido la infección de los tejidos u órganos donados.

El problema de los trasplantes de órganos es de tiempo.

Los órganos frescos se deben utilizar inmediatamente. No hay tiempo para esperar el resultado de la pruebas de sangre para saber si el donante, quien seguramente está muerto, estaba infectado con el VIH.

COMO PREVENIR EL SIDA

Para controlar o poner fin a la epidemia del SIDA es necesario actuar tanto a nivel social como personal. Todos los miembros de la sociedad deben participar, y no solamente los grupos considerados de "alto riesgo". La enfermedad busca siempre una oportunidad para diseminarse sin respeto alguno por las definiciones humanas de organización social.

HIGIENE SEXUAL.

La higiene es el hecho de cumplir ciertas reglas de salud.

En la era del SIDA, higiene sexual significa evitar el intercambio de líquidos y secreciones corporales durante la actividad sexual.

Estrictamente hablando, no debe llegar a la boca, la nariz, los ojos, los oídos, la vagina, el ano o las heridas abiertas de una persona. semen, secreciones de la vagina y del cuello uterino, sangre, orina, materia fecal, saliva, lágrimas y leche materna de otra persona. Como ya se dijo, alrededor de las cutículas de las uñas suele haber heridas microscópicas.

Existen barreras físicas y comportamientos necesarios para no contraer la infección durante la actividad sexual.



BARRERAS FISICAS

El condón. Los condones de látex se deben utilizar durante las relaciones sexuales anales, orales y vaginales para reducir el riesgo de contraer o de transmitir la infección por el VIH.

Para que la protección sea adecuada, los condones deben usarse correctamente. No se debe lubricar con vaselina ni con ningún lubricante a base de petróleo por que disuelven el látex.

Diafragmas. El diafragma puede disminuir el riesgo de transmitir o contraer el SIDA, en particular si hay sangrado cervical, pero no ofrece garantía.

Gelatinas anticonceptivas y espermaticidas. Lo ideal es utilizar siempre alguna de estas sustancias junto con el condón. Al utilizar ambas cosas apropiadamente, reducen en gran medida el riesgo de contraer el SIDA. Sin embargo, por sí solos, los geles anticonceptivos y los espermaticidas **no sirven** para impedir la transmisión del SIDA.

Tela de caucho. Es un implemento de uso odontológico, puede utilizarse para cubrir la vagina o el ano de manera que se puedan estimular estas zonas con la boca sin que

haya intercambio de líquidos o sustancias corporales. Es preciso tener cuidado de no contaminar ambos lados de la tela.

Guantes de látex. Alrededor de las cutículas de los dedos de las manos suelen haber heridas microscópicas. En teoría, si alguna sustancia contaminada con el VIH entra en contacto con las manos, puede haber contagio.

Es ideal utilizar los guantes de látex si las manos van a entrar en contacto con semen, secreciones vaginales y cervicales, sangre, orina, materia fecal o leche materna.

Cuándo suspender el uso de barreras. Lo ideal es que ninguna persona tenga relaciones sexuales sin protegerse mientras los interesados no se hayan sometido a una prueba de detección del VIH. Si el resultado de la prueba es negativo para las dos personas, no habría inconveniente en tener relaciones sexuales sin protección.

BARRERAS DE COMPORTAMIENTO.

Abstinencia. Abstenerse de tener relaciones sexuales es la conducta más segura. Quizás el mejor consejo, en especial para los jóvenes, es que reserven ese acto maravilloso para alguien especial con quien lo deseen compartir de verdad.

Educación sexual. Los estudios recientes demuestran que la educación sexual explícita demora la iniciación de la actividad sexual de los adolescentes. Son muchas las personas que no reciben educación apropiada con respecto al sexo y a la reproducción. En la actualidad están al alcance de todas las personas y las escuelas muchos libros y recursos.

Superar la renuncia a usar el condón. La pareja debe compartir esa responsabilidad de comprar los condones y las demás barreras físicas. Las dos personas deben saber cómo colocarse mutuamente las barreras y deben practicar. Incorporando el erotismo en este ejercicio, el uso del condón y de las barreras puede convertirse en parte de un acto sexual tranquilo y placentero.

Selección de pareja. Una manera de protegerse contra el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual es escoger con cuidado la pareja.

Número de compañeros sexuales en la vida. Limite el número de sus compañeros sexuales. El factor de riesgo más constantemente relacionado con el contagio en el caso del VIH es el alto número de compañeros sexuales.



OTROS PUNTOS IMPORTANTES

Precauciones con las agujas intravenosas. Todas las agujas intravenosas e hipodérmicas se deben destruir inmediatamente después de usarse. En los casos en que se reutilizan las agujas, una limpieza adecuada ayuda a reducir el riesgo. Hay dos agentes para ello: el blanqueador y el etanol, para hacer una solución limpiadora a base de blanqueador, agréguele 1 parte de blanqueador a 9 partes de agua.

Salpicaduras de sangre y de sustancias de desecho del cuerpo. Toda persona que pueda tener contacto con salpicaduras de sangre o de otras sustancias corporales como vómito, orina o materia fecal, debe usar guantes de látex.

Exposición de la piel humana. Si una sustancia contaminada con el VIH entra en contacto con la piel, es preciso lavarse inmediatamente con agua y jabón.

Transfusiones de sangre. Toda persona que vaya a ser sometida a una cirugía electiva debe consultarle al médico con respecto a la transfusión autóloga.

Siempre que requiramos una transfusión exijamos que la sangre lleve sello nacional de la calidad de la sangre,

expedido por el ministerio de salud.

Platos. El agua caliente con jabón mata el VIH. Si en los platos hay manchas visibles de sangre u otras sustancias corporales, sumérjalos antes de lavarlos en una solución de blanqueador al 10%.

Cuartos de baño. Las superficies de los cuartos de baño son peligrosas solamente si están visiblemente manchadas con sustancias de desecho del cuerpo.

COMO DETECTAR EL SIDA

PRIMEROS SINTOMAS.

Los síntomas iniciales de la infección por el VIH generalmente son imprecisos, algunas personas infectadas experimentan una reacción aguda después de contraer la infección.

La mayoría de las personas presentan una serie de síntomas como fiebre; sudores y escalofríos nocturnos; pérdida de peso; diarrea; dolor de garganta; ganglios inflamados; dificultad para tragar; fatiga y depresión.

Obviamente, muchas de estas dolencias menores se presentan con un número de enfermedades; pero cuando hay infección por el VIH, estos síntomas persisten sin razón aparente.

REACCION AGUDA.

Aproximadamente del 10 al 30 % de las personas infectadas con el VIH experimentan una reacción aguda cuando contraen la infección.

Los síntomas de la reacción aguda suelen ser fiebre, temblores, malestar en las articulaciones, dolor de cabeza, inflamación de los ganglios de la cabeza y del cuello y dolores musculares. Con menos frecuencia se



mencionan las erupciones cutáneas, los calambres abdominales, la diarrea y la urticaria. Algunos investigadores consideran que la reacción aguda se asemeja a la gripe, y otros dicen que se parece a la mononucleosis. La reacción aguda tarda en aparecer 3 a 12 semanas después de la exposición al virus, coincidiendo aparentemente con la aparición de los anticuerpos contra el VIH en la sangre.

SIGNOS ORALES Y FACIALES.

Los primeros signos visibles de la infección por el VIH suelen aparecer en la boca, la cara, la cabeza y el cuello. En la linfadenopatía, los ganglios de la cabeza, el cuello y la cara generalmente son los primeros en inflamarse. También se inflaman en otras infecciones como el resfriado o la gripe.

En muchos casos de SIDA o de CRS, los sitios donde primero se manifiestan las infecciones oportunistas son la boca, la cara y la cabeza. Las infecciones más comunes son: La candidiasis oral, la leucoplaquia pilosa oral, manchas algodonosas en la lengua producidas por un hongo raro que en los pacientes de SIDA no se desprende al frotarlo, como sucede con la lengua velluda del fumador y las vesículas del herpes zoster, vejigas

grandes y dolorosas llenas de pus, localizadas sobre la trayectoria de un nervio. El herpes zoster es relativamente común en las personas que no tienen la infección del VIH.

PRUEBAS DE SANGRE.

Comunmente se combinan dos pruebas: la de ELISA y el WESTERN BLOT. Estas pruebas sirven para detectar la presencia de anticuerpos, más no la del VIH.

ELISA es la sigla en inglés correspondiente a (Ensayo de Inmunoabsorción Ligado a las Enzimas.), también conocido como ELA. Si con la prueba se encuentra evidencia de anticuerpos contra el VIH en la sangre, la persona es considerada SEROPOSITIVA.

La prueba del WESTERN BLOT es para confirmar las muestras positivas.

QUE SIGNIFICA UN RESULTADO POSITIVO?

Si la sangre de una persona contiene anticuerpos contra el VIH, significa una de tres cosas:

1) Que la persona estuvo expuesta al VIH.

2) Que la persona porta el VIH pero puede no desarrollar ninguna enfermedad relacionada con el SIDA. Sin embargo

esta persona puede ser portadora y puede transmitir la infección.

3) Que la persona es portadora del VIH. y con el tiempo desarrollará una linfadenopatiá, el CRS o el SIDA.

MANIFESTACIONES ORALES DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

En varios escritos se menciona la candidiasis oral como parte importante de esta condición. subsecuentemente . un gran número de lesiones orales se han reportado:

Infecciones por hongos:

Candidiasis oral

Pseudomembranosa

Eritomatosa

Hiperplasica

Tipo placa

Nodular

Queilitis angular

Histoplasmosis oral.

Infecciones Bacteriales.

Infeccion fuso-espiroquetel

Gingivitis necrozante

Infecciones no especificadas

Periodontitis cronica

Micobacterium Avium

Infección intracelular

Klebsiella pneumonial

Enterbacterium cloacal.

Infecciones virales

Estomatitis herpética

Leucoplasia peluda

Zoster oral

Candyloma oral acuminatum

Citomegalovirus

Xerostomia

Neoplasmas

Sarcoma de Kaposi oral

Carcinoma de células escamosas oral

Linfoma No - Hodgkins

De etiología desconocida

Ulceraciones aftosas recurrentes

Purpura trombocitopénica idiopática

Esquimosis oral

Agrandamiento de glándulas salivales.

Infecciones por hongos.**Candidiasis**

La candidiasis del esófago es una de las infecciones oportunistas vistas en el VIH y es incluida entre los criterios definitivos. Aunque no está incluida entre

estos criterios, la candidiasis oral es una característica muy prevalente, ocurre en casi el 75 % de los pacientes con SIDA.

Los odontólogos deberían estar concientes de las implicaciones de descubrir Candidiasis oral en personas sanas aparentemente. En un estudio sobre la importancia de la candidiasis oral para el diagnóstico temprano del SIDA, se demostró que una disminución en la proliferación de linfocitos antígeno - estimulados y una generación de gamma interferon era de valores predecibles. Datos recientes también han indicado que en pacientes con SIDA, la candidiasis oral es un marcador de la candidiasis esofágica.

Aspectos clínicos

Las características clínicas de la candidiasis varían de acuerdo al tipo de lesión. Varias publicaciones sobre SIDA describen inadecuadamente la candidiasis oral. Una descripción clínica adecuada del tipo de lesión y localización se considera importante ya que los diferentes tipos pueden estar asociados con diferentes causas y/ o co- factores.



Candidiasis Pseudomembranosa

Ha sido previamente descrita como aguda. No obstante, en asociación con el SIDA este tipo de lesión puede persistir por meses, por lo tanto, el término " agudo" parece no siempre ser apropiado. Clínicamente la candidiasis Pseudomembranosa está caracterizada por la presencia de unas placas color crema blanco o amarillentas sobre una mucosa oral roja o normal. Al rasparse, las placas blancas pueden ser removidas revelando una superficie sangrante. Este tipo de candidiasis puede involucrar cualquier parte de la mucosa oral, pero más frecuentemente involucra la mucosa bucal y labial, enga y paladar duro y blando.

Candidiasis eritematosa

Aparece clínicamente como una lesión roja. Las localizaciones comunes son el paladar y el dorso de la lengua, similar a la así llamada candidiasis multifocal. La mucosa bucal puede ser también asiento de áreas manchadas eritematosas. La candidiasis eritematosa puede ser aguda o crónica, pero en asociación con el SIDA es usualmente crónica. La lesión en la lengua esta característicamente localizada a lo largo de la línea media y la papila filiforme está atrófica.

Candidiasis Cronica Hiperplástica

En pacientes infectados con VIH se encuentra en la mucosa bucal y sólo raramente en el área retroconmisural. Este tipo de lesión es más raramente vista en pasientes con SIDA y puede estar relacionada con fumar tabaco.

Adicionalmente a las lesiones intraorales, puede ocurrir una queilitis augular. Esto puede expandirse y convertirse en una queilitis más generalizada.

Diagnóstico

El diagnostico de la candidiasis se basa en las características clinicas y en la presencia de candida hyphae en muestras examinadas con hidroxido de potasio, con PAS (ácido periódico de Schiff) o coloración Gram.

pruebas adicionales de diagnóstico involucran cultivos sobre medios especificos (Sabouraud Microstix). Los organismos tipo candida en la forma de esporas o, más raramente, Hyphae pueden ocurrir como comensales en la cavidad oral de la población normal. por lo tanto, una alta proporción de colonias en cultivos en muestras se requiere para el diagnostico de candidiasis. usualmente los procedimientos anteriores son suficientes para establecer el diagnostico de candidiasis. sin embargo, si se sospechan otras lesiones, se hace necesario una

biopsia.

Patología

Histopatológicamente, la candidiasis oral revela candida hyphae en las partes superficiales del epitelio, tal como se ve por la coloración PAS o coloración Gram. Mientras que la infección con candida está asociada con una fuerte infiltración de neutrofilos en el epitelio, linfocitos en el tejido conjuntivo de pacientes no comprometidos con problemas inmunes, estas respuestas inflamatorias son reducidas o están ausentes en pacientes infectados con HIV.

Tratamiento

El tratamiento de la candidiasis oral puede ser bien tópico o sistémico. La respuesta al tratamiento frecuente es buena, pero las recaídas son comunes debido a que la inmuno supresión subyacente aún existe. El tratamiento tópico puede involucrar tabletas vaginales de Nistatina (100.000 unidades, tres veces al día usadas como tabletas). o Clotrimazole (10 mg como tabletas como tabletas cinco veces al día). Los pacientes con boca seca pueden tener dificultades al chupar estas tabletas. En tales pacientes, la nistatina disuelta en leche puede ser



usada tres o cinco veces al día. Si se usa una mezcla, debe considerarse su alto contenido de sacarosa. La queilitis angular puede tratarse con ungentos que contengan Nistatina o Clotrimazole aplicado tres veces al día. En algunos pacientes es necesario el tratamiento sistémico particularmente en aquellos con candidiasis en algún otro sitio (esófago).

El tratamiento sistémico comunmente involucra Ketoconazole 200mg. una tableta diaria. Sin embargo, los pacientes tratados con ketoconazole sistémico deben ser monitoreados cuidadosamente ya que esta droga tiene la tendencia de producir daño al hígado, y aunque raramente, induce a reacciones de hipersensibilidad.

Histoplasmosis.

La histoplasmosis diseminada con lesión oral en el piso de la boca ha sido observada en un hombre homosexual de 41 años de edad que murió un año después del diagnóstico de la histoplasmosis.

Infecciones Bacterianas.

Gingivitis úlcero necrozante aguda.

Mientras que la gingivitis úlcero necrozante aguda (GUNA)

era una enfermedad más bien frecuente inmediatamente después de la segunda guerra mundial, su prevalencia ha sido drásticamente reducida en los años recientes en los países industrializados. Sin embargo, en algunos en desarrollo la GUNA es una enfermedad común frecuentemente encontradas en niños mal nutridos, infectados con malaria en estado inmunosuprimido.

Con la aparición de la infección con VIH la ocurrencia de GUNA a alcanzado una nueva dimensión ya que ha sido diagnosticada en un número de pacientes bien sea con SIDA, ARC o que tengan anticuerpo en contra del virus.

Características clínicas

El inicio es bien repentino o insidioso con sangramiento al cepillado, dolor y halitosis. Los síntomas pueden desaparecer gradualmente en tres o cuatro semanas pero la condición frecuentemente recurre. La encía como las puntas de las pupilas interdentes son el sitio de una necrosis amarilla grisácea que sangra fácilmente. La encía anterior es la más frecuentemente afectada. Parece que la GUNA en algunos pacientes con VIH, tiene un curso más bien destructivo llevando a una pérdida de tejido blando y hueso así como, a la formación de sequestratos.

Tratamiento

La GUNA es tratada con Metronidazol (una tableta diaria de 500 mg.) combinado con una cuidadosa profilaxia dental. La GUNA asociada con la infección de VIH puede no responder bien al tratamiento adicional y las recaídas son comunes.

Periodontitis.

Una forma agresiva de enfermedad periodontal ha sido vista en grupos de riesgo de SIDA y en pacientes con SIDA. hay una destrucción generalizada e irregular del tejido de soporte y hueso. Cuando se trata a estos pacientes la respuesta puede no sr la misma en los pacientes sanos.

Microbacterium avium intracelular.

El microbacterium avium intracelular, un basilo ácido rapido, es un contaminante ambiental que rara vez causa enfermedad diseminada hasta que llegó el SIDA. Se ha sabido que causa enfermedad pulmonar localizada, especialmente en personas que tienen enfermedad pulmonar preexistente. En los pacientes con SIDA la nfección con Microbacterium es relativamente común y está caracterizada respuesta por fiebre, perdida de peso y

debilitamiento. La respuesta del tejido puede incluir abscesos rodeados por lesiones granulomatosas.

Kleibsiela neumoniae y enterobacterium cloacae.

Han sido reportados en asociación con las lesiones orales en pacientes que reciben quimioterapia para cáncer. Lesiones similares han sido vistas en la boca de hombres homosexuales inmunosuprimidos.

Infecciones virales.

Lesiones de virus herpes

El virus de herpes simple (HSV) causa enfermedad primaria y recurrente. La infección primaria puede ser "silente" o asintomática. La infección primaria es seguida por una latencia probablemente de por vida, con el HSV alojado en el ganglio trigemino. La gingivoestomatitis herpética primaria tiene manifestaciones locales y sistémicas. Los pacientes son usualmente niños, adolescentes o adultos jóvenes menores de 25 años.

Hay fiebre y malestar que asemeja el prodromo de la influenza, usualmente acompañado por nódulos linfáticos cervicales inflamados y sensibles. Luego de uno o dos días, pueden ocurrir las lesiones orales en la encía.

paladar duro y en cualquier sitio de la mucosa y del borde vermillón del labio. Las lesiones son vesículas que se rompen y se convierten en úlceras irregulares dolorosas. El HSV puede ser cultivado o identificado en muestras tomadas del fluido de la vesícula. Muestras seriadas de suero tomadas por dos semanas revelan títulos elevados de anticuerpos al HSV. En individuos sanos, la cicatrización ocurre en diez días o dos semanas y los síntomas desaparecen. Raramente puede ocurrir una viremia de herpes, o aún encefalitis herpética. Otra complicación es la conjuntivitis herpética. Puede no haber otros episodios de enfermedad HSV o el paciente puede tener ataques recurrentes de lesiones de herpes simple en los labios o piel perioral.

El herpes labialis es usualmente recurrente con brotes de vesículas en los labios y piel adjunta las cuales se vuelven ulceradas, infectadas secundariamente y cubiertas por costras. Las lesiones HSV intra- orales recurrentes son grupos de pequeñas vesículas en el paladar duro o encía que se ulceran. El herpes puede ser presipitado por el sol, infecciones respiratorias altas, trauma, menstruación, stress emocional e inmuno supresion.

Zoster.

El virus humano de varicela Zoster es un herpes virus que

causa varicelas locas y Zoster. mientras que la varicela es una enfermedad predominante infantil, el zoster ha sido, en el pasado observado mayormente en adultos viejos tambien se vuelve latente en el ganglio trigemino. Los individuos inmonosuprimido, incluyendo los que han recibido transplante de riñon, pacientes con leusemia son propensos a las enfermedad de varicela zoster.

El tratamiento para estos pacientes incluye el uso de unguentos tópicos de aciclovir, dosis que van de 1600 a 2400 mg vía oral.

Lesiones papilomavirus humano.

Los papilomas humanos causan papilomas orales, verrugas, condilomata e hiperplasia epitelial focal.

Ellas son usualmente lesiones localizadas papulares o nodulares cubiertas por multiples proyectos papilíferas.

En individuos inmunosuprimidos se ha observado un aumento en la frecuencia de verugas de piel y anales.

Verrugas vulgaris.

Las verrugas anales son frecuentes en los hombres homosexuales. Un número de verrugas orales han sido vistas en hombres homosexuales VIH positivos. La mayoría de estas han sido papilomatoso, sesil o pediculado.

Condoloma acuminatum.

Esta lesión ha sido observada también con frecuencia aumentada en pacientes con SIDA. Se presentan lesiones en la encía maxilar y parcialmente cubriendo el paladar duro, similar a una hiperplasia epitelial focal, de aproximadamente 5 mm. de diámetro.

El tratamiento para estas lesiones es usualmente una excisión quirúrgica incluyendo el laser con dióxido de carbón.

Leucoplasia velluda.

Es vista en hombres homosexuales y no ha sido aún reportada en otros grupos de riesgo del SIDA. Los pacientes con leucoplasia velluda tienen un perfil clínico y de laboratorio similar a aquellos de otros grupos de SIDA.

La superficie es irregular y puede verse como pliegues prominentes o proyecciones, a veces tan marcada que asemeja pelos. La lesión puede ser pequeña con corrugaciones finas y en algunas áreas puede ser suave y plana. Se encuentra en los márgenes laterales de la lengua y algunas veces se puede expandir hacia abajo hasta cubrir toda la superficie dorsal.



Neoplasmas.

Sarcoma de Kaposi.

Puede ocurrir en personas con transplantes renal y en pacientes con desordenes inmunológicos luego del tratamiento con agentes inmunosupresivos. En estos pacientes el tumor también tiene preferencia por el paladar.

El sarcoma Kaposi en el SIDA se define como un proceso neoplástico multicéntrico que inicialmente empieza con una sencilla, o más frecuentemente, múltiples máculas, pápulas o nódulos rosados, rojos o violetas en la piel o en las superficies mucosas.

Las lesiones de piel están frecuentemente localizadas en el tronco, brazo y cuello, en contraste con la distribución de la lesión en las piernas en el sarcoma clásico. Las lesiones de piel generalmente se vuelven oscuras y largas, también pueden encontrarse lesiones en los pulmones, hígado, páncreas, glándulas adrenales, bazo y testículos.

Carcinoma de células escamosas.

Es interesante comparar estos hallazgos con el hecho de que los pacientes de transplante de riñón homólogo tratados con drogas inmunosupresivas tienen una

incidencia aumentada de neoplasmas malignos incluyendo carcinomas orales.

Linfoma de No-Hodgkin.

Los linfomas de células B son una complicación bien conocida de la terapia con inmunosupresores a largo plazo. En la infección con VIH, la supresión de la inmunidad mediada celular es acompañada por evidencia de actividad de células B aumentada.

Manifestaciones orales de etiología desconocida.

Ulceración aftosa recurrente.

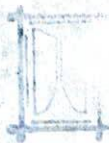
La hipótesis actual implica un defecto en la regulación inmune o un papel secreto del virus del herpes simple. La inmunidad humoral y mediada celular en contra de los antígenos orales estreptocócicos y de la mucosa oral parece ser característica de la ulceración aftosa recurrente.

Purpura trombocitopénica idiopática.

Ha sido descrita como una manifestación del complejo relacionado con el SIDA. características orales han sido vistas en pocos casos.

Enfermedad de la glándula salival.

Hay reportes de algunos pacientes pediátricos de SIDA muestran agrandamiento de las glándulas parótidas y xerostomía presentando inflamación uni o bilateral de las glándulas parotidas.



RECOMENDACIONES PARA LA PRACTICA ODONTOLÓGICA

El miedo de los odontólogos de tratar pacientes con Sida se ha enfocado sobre los pacientes con el síndrome completo. no obstante los pacientes aparentemente sanos con anticuerpos del VIH son, en su mayoría, portadores del virus y también poseen potencial de contagio.

Debe enfatizarse que hay varios factores que determinan la naturaleza y extensión de los procedimientos de control de la infección en la práctica odontológica. por lo tanto deben tomarse medidas adecuadas de rutina, para todos los pacientes y todos los procedimientos, para prevenir la transmisión de agentes infecciosos.

Las recomendaciones indican la cuidadosa historia mediante el uso de guantes, máscara, lentes, batas o chaquetas.

HISTORIA MÉDICA

Siempre debe obtenerse una cuidadosa historia médica. debe incluirse preguntas específicas sobre meditación enfermedades actuales, hepatitis, enfermedades recurrentes, pérdida de peso sin razón, linfopadepatías, lesiones del tejido blando oral y otras infecciones.

Debe procurarse consultas médicas cuando se descubren

enfermedades sistématicas o historia de infección activa.

USO DE VESTIMENTA PROTECTORA.

1. Siempre debe usarse guantes, si es posible despues de cada paciente hacerse un lavado de manos.
2. tambien debe usarse mascara quirurgica, lentes de protección o mascara plastica hasta el menton cuando se trabaja con saliva, sangre, fluidos corporales o spray tal como es comun en odontologia.
3. Tambien es necesario el uso de gorro desechable, batas de laboratorio o uniformes cuando la vestimenta pueda mancharse de sangre u otros fluidos corporales.
4. Debe usarse papel plastico para cubrir las superficies del equipo que puedan contaminarse.
5. Siempre que sea posible debe usarse diques de goma cuando se trabaje con alta velocidad.

USO Y CUIDADO DE INSTRUMENTOS AFILADOS Y AGUJAS.

1. Objetos afilados deben considerarse potencialmente infectantes y deben manejarse con mucho cuidado.
2. Las jeringas desechables, agujas y hojas de bisturí así como otros objetos afilados deben colocarse en envases resistentes que esten al alcance del área en la cual va a usarse.

3. Debido a que ciertos procedimientos dentales en pacientes individuales pueden requerir de inyecciones multiples, seria más prudente colocar la aguja sin tapar en una solución esteril.

Indicación Para la desinfección de alto nivel o para la esterilización de instrumentos.

Los instrumentos quirúrgicos y de otra clase que normalmente penetran en el tejido blando y/o el hueso (forcéps, bisturí, limas de hueso, raspadores y fresas quirúrgicas) deben ser esterilizados después de cada uso.

Los instrumentos que no penetran los tejidos blandos orales o el hueso (compensadores de amalgamas, instrumentos plásticos y fresas) pero que pueden entrar en contacto con los tejidos orales deben si es posible ser esterilizados luego de cada uso, sin embargo, si la esterilización no es posible, estos deben recibir una desinfección de alto nivel.

Antes de la desinfección o esterilización, los instrumentos deben lavarse para remover los restos. La limpieza puede obtenerse frotando los instrumentos con jabón y agua o con detergentes, o por el uso de aparatos mecánicos (limpiador ultrasónico). Las personas involucradas en la limpieza deben usar guantes duros de

limpieza para prevenir el daño de las manos. Los instrumentos dentales metálicos y estables al calor deben esterilizarse entre uso y uso usando vapor a presión (auto clave), calor seco, o vapor químico. La correcta esterilización debe probarse usando material poroso de prueba.

Afuera de cada paquete debe colocarse indicadores químicos sensibles al calor o vapor para asegurarse que todo a sido bien esterilizado.

Los instrumentos sensibles al calor pueden requerir hasta 10 horas de exposición en un agente líquido químico registrado por la agencia de Protección ambiental como desinfectante / esterilizante; esto debe ser seguido por un baño con agua esteril. La desinfección de alto nivel puede conseguirse por inmersión, ben sea en agua hirviendo o por 10 minutos en químico desinfectante/esterilizante durante el tiempo recomendado por el fabricante.

Descontaminación de superficies ambientales.

Al completar los procedimientos, los topes y superficies que pudieron haberse contaminado con sangre o saliva debn limpiarza con papel absorbente para remover el material orgánico, y luego desinfectado con un germicida químico

aceptable. Una solución de hipóclorito de sodio (blanqueador casero) preparado fresco diariamente es un germicida muy efectivo y muy económico. Las concentraciones que van de 5.000 ppm (dilución de 1:10 de hipóclorito de sodio) son efectivas dependiendo de la cantidad de material orgánico presente en la superficie a limpiar y desinfectar. Debe tenerse cuidado, ya que el hipóclorito de sodio es corrosivo para los metales en especial el aluminio.

Descontaminación de suministros y materiales de laboratorio.

La sangre y saliva debe ser cuidadosamente limpiado de los suministros y materiales de laboratorio que han sido usados en la boca (material de impresión, registros de mordida) especialmente antes de pulir y tallar aparatos intraorales deben lavarse y desinfectarse antes de empezar a manejarlos, ajustarlos o mandarlos al laboratorio dental. Estas cosas deben lavarse y desinfectarse cuando regresan del laboratorio y antes de colocarlos en la boca del paciente.

Un germicida químico que es registrado como desinfectante de hospital y que tiene una etiqueta de microbactericida



(i.e. tuberculosidal) se prefiere ya que la micro bacteria representa uno de os grupos de microorganismos más resistentes, por lo tanto, los germicidas que son efectivos contra la microbacteria también son efectivos contra bacterias y patógenos virales.

Uso y cuidado de tartremos ultrasonicos, piezas de mano y unidades dentales.

1. La esterilización de rutina de piezas de mano entre pacientes es deseable; no obstante, no todas las piezas de mano pueden ser esterilizadas. La actual configuración física de la mayoría de las piezas de mano se permite una desinfección de alto nivel tanto de la superficie externa como interna, por lo tanto, cuando se usan piezas de mano estas se pueden esterilizar, las siguientes medidas de desinfección deben ser completada entre cada paciente luego del uso, la pieza de mano debe ser irrigada y luego cuidadosamente limpiada o frotada con un detergente y agua para remover el material adherido.

Luego limpiado con material absorbente saturado con un germicida químico que sea registrado como desinfectante de hospital y que microbactericida cuando es usado en dilución. La solución desinfectante debe desaparecer en contacto con la pieza de mano por el tiempo especificado

por el fabricante. Los tartrectomos ultrasónicos y la jeringa triple deben ser tratados de manera similar entre pacientes. Luego de la desinfección cualquier residuo químico debe eliminarse con agua esteril.

2. Debido a que las válvulas de retracción de agua en las unidades dentales pueden aspirar material infectantes hacia la pieza de mano o la línea de agua, se debe instalar válvulas chequeadoras para reducir el riesgo de transferir este material infectante. Es prudente para las piezas de mano enfradas por agua dejarlas correr y descargar agua en un contenedor por 20 - 30 sg luego de completar el trabajo en cada paciente.

Manejo de biopsia de especímenes.

En general cada espécimen debe ser colocado en un envase con cerradura segura para prevenir que se bote el transporte. Debe evitarse la contaminación cuando se toma la muestra y se coloca en el envase. Cuando la parte externa es visiblemente contaminada, debe limpiarse y desinfectarse.

Disposición de material de desecho.

Todos los materiales afilados (especialmente agujas), tejido o sangre deben considerarse potencialmente infectante y debe manejarse y disponerse con precauciones

especiales.

Las agujas y los bisturís desechables, y otros instrumentos afilados deben ser colocados intactos en contenedores resistentes a la punción antes de botarlos. La sangre, los fluidos succionados y otros líquidos de desecho deben ser vertidos en una tubería conectada a un sistema de desagüe sanitario. Otros desechos sólidos contaminados con sangre y otros fluidos deben colocarse en bolsas sellados para prevenir el derrame de estos materiales.

Recomendaciones para procedimientos invasivos.

Las recomendaciones para enfatizar los aspectos dentales para todo el que haga o asista un procedimiento invasivo son:

1. Debe ser educado en relación a la epidemiología, modo de transmisión y prevención de la infección con VIH y la necesidad del uso rutinario de barreras de precaución apropiadas durante los procedimientos con sangre.
2. Deben llevar guantes cuando tocan membranas mucosas o piel no intacta de todos los pacientes y usar otras barreras de precaución apropiada cuando este indicado (máscara, lentes, y batas cuando ocurra tratamiento

con aerosoles). En silla dental, así como en la silla operatoria u obstétrica, deben usarse guantes para tocar cualquier membrana mucosa y debe cambiarse entre pacientes.

3. Deben tener extraordinario cuidado para prevenir injurias a las manos causadas por agujas, bisturís, y otros elementos afilados durante el procedimiento, cuando lavan los instrumentos usados durante la disposición de agujas y cuando se manejan los instrumentos afilados luego del procedimiento. luego de su uso, las inyectoras y agujas desechables, las hojas del bisturí y otras cosas afiladas deben colocarse en envases resistentes a la punción para su desecho. Para prevenir las injurias por pinchazos las agujas no deben retaparse, doblarse o romperse; deben removerse de la inyectora o manipularse con las manos.

4. Si ocurre un incidente durante el procedimiento invasivo que resulte en la exposición de un paciente a la sangre de un trabajador de la salud, el paciente debe ser informado del incidente, y deben darle las recomendaciones para el manejo de tal exposición.

5. Nadie que tenga lesiones exudativas o dermatitis húmeda debe hacer o asistir procedimientos invasivos u



otra actividad directa relacionada con el cuidado del paciente.

6. Todos los trabajadores de la salud con evidencia de cualquier enfermedad que pueda comprometer su habilidad de hacer adecuada y seguramente un procedimiento invasivo debe ser evaluado médicamente para determinar si están física y mentalmente capacitados para realizar los procedimientos invasivos.

7. Pruebas serológicas de rutina para evidenciar el VIH no son necesarias para los trabajadores de la salud que hagan o asistan en los procedimientos invasivos o para los pacientes que recibirán éste procedimiento ya que el riesgo de transmisión es muy bajo.

ENTREVISTAS

Estas son algunas entrevistas de los muchos pacientes con sida en Colombia.

Sus nombres han sido cambiados a petición de ellos, para proteger su identidad y trabajo.

Paciente No.1

Freddy era su nombre profesional; contaba con uno de los salones de belleza unisexo del norte de la ciudad. Allí acudían esposas de elegantes ejecutivos, comerciantes y profesionales; también realizaba cortes especiales de cabello para hombres jóvenes, por los que ganaba importantes sumas de dinero y obtenía premios en los concursos de estilistas. Viajó al Brasil a participar como peinador en un certamen de belleza; allí conoció a un colega proveniente de una isla del Caribe, que compartía con Freddy su gusto por el mismo sexo. Jhonny le contó a Freddy sus viajes por Europa realizados hacía ya algunos años, donde residió y aprendió su oficio. Cansado de vivir en un país extranjero retornó a su isla donde ahora se sentía satisfecho.

A los pocos meses de haber iniciado esta agradable amistad, que llegó a tener momentos de intimidad satisfactorios para ambos, Freddy recibió una carta de su

amigo y en ella le conto la enfermedad que estaba padeciendo, esto pasó en agosto de 1990. Sin dudarlo un instante Freddy se mando a hacer las pruebas respectivas y los resultados fueron positivos, cuando Freddy recibió la noticia, se derrumbó psicológicamente. Actualmente Freddy es un enfermo terminal de uno de los hospitales de Bogotá. Donde se pregunta hasta cuando podrá seguir con vida.

Paciente No.2

Martha una portadora sana del virus del sida nos cuenta como adquiero la enfermedad.

A este amigo lo queríamos todos. Ya tenia unos treinta y tantos años, provenia de buena familia y no pasaba penurias economicas; era estudiante de filosofia y en sus ratos libres trabajaba el cuero y aveces fumaba marihuana.

la verdad "pocho" no era un hombre entregado a las drogas, más bien, era de esos muchachos que les gusta la musica moderna, además poseía una buena cultura general, conversaba con propiedad sobre muchos temas.

Hace cuatro años nos reunimos en mi casa, mis papas no estaban en la ciudad, ibamos a escuchar musica y a

compartir los aspectos positivos de nuestra amistad. Juan quiso compartir con nosotros una sustancia que estaba de moda y que producía según dijo, agradables sensaciones cuando se inyectaba en la vena. Sacó una jeringa, realizó su preparativo y nos lo ofreció. Ninguno de los que allí estábamos era ajeno a las drogas pero no hemos sido farmacodependientes. Sin embargo el único que quizá experimentó fue "pocho". Utilizaron la misma jeringa y la misma aguja, ya que no había sino una y daba pereza salir de la casa; la pasaron del brazo del uno al otro y nos empezaron a relatar sus nuevas sensaciones. No podíamos decir que estaban en un "viaje" pero sí era notorio el distraimiento de ambos y no coordinaban bien algunas palabras; en tres horas todo efecto había pasado. No entiendo por que los demás no quisimos probar aquello. "Pocho" no ha sido mi novio; yo siempre lo he querido y fui varias veces su compañera sexual antes y después de aquella noche. Ahora "pocho" está muriendo de **sida** yo creía que era una enfermedad de homosexuales. No sé que pasó con Juan, no sé que va a pasar conmigo, lo único cierto es que tengo **Sida**

Paciente No. 3

Esta historia es contada por la madre de Leonardo, él iba



a ser entrevistado pero hoy se encuentra en cuidados intensivos.

Leonardo es el mayor de cinco hermanos, huérfano de padre desde muy niño, tuvo que desempeñarse en diversos oficios para ganarse la vida; ahora trabajaba como mensajero en una compañía de valores. Allí tenía estabilidad y sus jefes decidieron ayudarlo para que estudiara de noche, tiene veinticinco años y estaba terminando bachillerato, él quería ser contador.

Cuando tenía quince años, un dentista que iba los fines de semana al barrio le sacó una muela, la sangre no le paró y tuvo que ir al centro de salud donde no tenía que gastar mucho dinero, de allá lo remitieron a un hospital público, allí le dijeron después de varios exámenes que tenía una enfermedad incurable y hereditaria llamada hemofilia, pero que no tendría problemas si no sufría heridas graves y si frecuentemente acudía a sus chequeos al hospital. Con alguna regularidad el médico le ordenaba unas transfusiones de sangre que no representaban ningún problema y le permitían llevar una vida enteramente normal, aunque sin excesos. La sangre que le colocaban le reemplazaba una sustancia que a la de él le faltaba y por eso presentaba coagulación deficiente.

Desde hace un año y medio empezó a adelgazar, a sentirse

muy cansado, se veía cada día más pálido, con diarrea y fiebres frecuentes; unas semanas más tarde notó que los ganglios de las axilas y de la ingle estaban inflamados, los médicos le ordenaron las pruebas del sida y le salieron positivas, no se pudo establecer cual de las múltiples transfusiones que le habían hecho fue la que lo infectó.

Leonardo no tenía novia, tampoco tenía relaciones homosexuales, ni se había inyectado drogas alucinógenas. él ahora entiende que ya no podrá ser profesional nunca, y que sus días están contados.



BIBLIOGRAFIA

-Enciclopedia de la sexualidad, ediciones Oceano, Tomo 4
pagina 547 al 560.

-Campaña Nacional contra el Sida, Dr. Hector Gómez.

-Asesoría Cruz Roja Colombiana, Dra. Eleonor Guerrero
Departamento de Odontología.

-Asesoría Liga Colombiana de Lucha contra el Sida, Dra.
Alicia Alvarez.

-Understanding and preventing AIDS for Chris Jennings.

-Sida y el Problema Bucal, Dra. Debora Greenspan, Dr
Jhons Greenspan, Dr Jens j pinborg, Dr morten Schidot.

- Instituto Neurologico De Colombia, Personal médico.

- Hospital San Jose, personal médico.

- Clinica San Rafael, personal médico.

-Tribuna odontologica, Volumen 2 No. 3



CONCLUSIONES

Muchos de los síntomas del SIDA pueden ser causados por enfermedades comunes, muchas de estas infecciones se pueden tratar con farmacos, pero sin el apoyo del sistema inmune.

En general las rutas de transmisión de los agentes microbianos al odontólogo son: contacto directo de lesiones con la infección presente en saliva y sangre; Transmisión indirecta, cuando los microorganismos viajan a través de objetos contaminados; Sangre y saliva que entran en contacto con la piel y las mucosas; aerosoles, donde pueden viajar los microorganismos.

Para que una persona contraiga el sida, el virus debe viajar desde el interior de una persona hasta el interior de la otra, por lo tanto es imposible que nos contagiemos con el simple hecho de viajar en un servicio publico, dándole la mano o simplemente conviviendo con un enfermo de sida si cumplimos las normas de protección

Existen varias enfermedades infecciosas orales producidas por el sida, entre las que se destaca la candidiasis en sus diferentes clases se detecta facilmente por la presencia de candida hyphae en muestras examinadas con hidroxido de potasio o coloracion de gram.

La esterilización de instrumentos debe convertirse en una rutina entre cada paciente, siempre se debe abrir historia medica de los pacientes con el fin de cuidar su salud y la nuestra.

De las entrevistas podemos concluir que nadie esta excepto de contraer el sida, y los enfermos lo unico que saben es que es una enfermedad que hasta el momento no tiene cura, y lo unico que pueden esperar aparte del rechazo actual de la sociedad es la muerte.