

00390

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

PATOLOGIA

1988

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

JUANA RAQUEL LINARES VALENTIN CODIGO 812107

LUZ STELLA CARDOZO GOMEZ CODIGO 812004

ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS PARA
EL ODONTOLOGO.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

DIRECTIVAS

RECTOR: DR Jorge Arango Tamayo.

DECANO: DRA Marisol Arango de León.

VICEDECANO: DR Jairo Forero

DIRECTOR DE MONOGRAFIA: DRA Hélida Avendaño

DIRECTOR COORDINADOR DE GRUPO: DRA Gladys Sandoval de Arenas.

Bogotá, Mayo de 1988

Doctora:
GLADYS SANDOVAL DE ARENAS
Coordinadora Clínica de Chía
Chía.

Apreciada Doctora:

Nos dirigimos a usted con el propósito de entregarle la Monografía titulada "Enfermedades infectocontagiosas para el Odontólogo", esperando cumpla el objetivo deseado.

Atentamente,

LUZ STELLA CARDOZO GOMEZ. RAQUEL LINARES VALENTIN.

CONCEPTO DEL DIRECTOR DE LA TESIS.

BUENO

Héctor Hernández

REGULAR

DEFICIENTE

AGRADECIMIENTOS

Toda nuestra labor fue estimulada y dirigida por nuestra docente la Dra HELIDA AVENDAÑO. Agradeciéndolo, con nuestro más profundo reconocimiento; sin dejar de resaltar la colaboración prestada por la Biblioteca del Colegio Odontológico Colombiano contribuyendo a la mejor realización de esta Monografía.

DEDICATORIA

A LAZARO, MARLENE, GABRIEL y ESPERANZA por ese constante apoyo, amor, sacrificio, dedicación, y esa sapiencia para impulsarnos a lograr esta meta que día a día, fuimos labrando con esfuerzo y tezhón, convencidos de que es la más hermosa forma de realizarnos como personas de bien.

CONTENIDO

OBJETIVO GENERAL	Pag. 1
PROLOGO	3
1. ENFERMEDADES VIRALES	5
1.1. HERPES ZOSTER	7
1.2. ESTOMATITIS HERPETICA	14
1.3. SIDA.	19
1.4. HEPATITIS VIRAL.	32
2. ENFERMEDADES BACTERIANAS	37
2.1. AMIGDALITIS Y FARINGITIS.	39
2.2. SIFILIS.	43
BIBLIOGRAFIA.	49

OBJETIVO GENERAL

La presente Monografía pretende dar un mayor conocimiento acerca de las enfermedades infectocontagiosas para el O - dontólogo. En el ejercicio de su profesión, planteando dichas enfermedades de una manera conciza y clara para una mejor interpretación.

OBJETIVO ESPECIFICO.

-. Una detallada descripción de cada enfermedad siguiendo su ciclo de desarrollo:

- Definición
- Etiología
- Patogenia
- Manifestaciones clínicas
- Tratamiento
- Prevención.

-. Clasificar las enfermedades de acuerdo a su etiología para que el consultante tenga acceso más directo y claro,

hemos tomado los siguientes parámetros para su clasificación :

- De origen viral

- De origen Bacteriano.

-. Conocimiento de las enfermedades más frecuentes en nuestro medio. De acuerdo a la clasificación anterior, hemos tomado las siguientes enfermedades:

De Origen Viral:

- Estomatitis Herpetica

- Influenza.

- Sida

- Hepatitis viral

- Herpes Zoster.

De origen Bacteriano.

- Amigdalitis y Faringitis'

- Sifilis

- Tuberculosis

- Hepatitis.

PROLOGO

La Patología Oral se ha convertido en una área importante en la educación de la Odontología; hasta hace poco tiempo la Odontología incluía esencialmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del diente con su respectiva reparación y extracción sin posibilidad de curación.

Cabe resaltar la importancia que ha tenido la Patología no solo en nuestro siglo . Si hablamos de nuestros antepasados tendríamos que citar la cantidad de patologías que nos dejaron como testimonio en sus ceremonias que no fueron hechas precisamente como muestras artísticas sino como dobles del original como tenemos figuras: con malformaciones del cuerpo y enfermedades crónicas; como labio leporino; o craneos con quistes dentarios, osteomielitis, sinusitis; etc. Datos que nos da la Paleopatología para certificar la antigüedad de muchas Patologías y la importancia que tenían, pues los historiadores relatan que la nariz hendida y labios partidos gozaban de -

privilegios mágicos sobrenaturales; por consiguiente es importante que tengamos en cuenta que muchas patologías son características de una u otra región determinada, de una raza, de la edad, sexo u oficio y que estos determinantes son decisivos en su evolución y debemos tenerlos en consideración al hacer un DX y efectuar un plan de tto.

Afortunadamente en la actualidad se admite un conocimiento de los procesos histopatológicos como una base necesaria para la preparación adecuada del profesional, elevando su nivel, es así, como las presentadoras de este trabajo hemos tomado la iniciativa de intentar dar a conocer la Patología más común de carácter infeccioso para el odontólogo, usando enfermedades específicas como ejemplos de esta, convencidas de que para el estudiante de Odontología es urgente adquirir una actitud científica que le permita enfrentarse con éxito a la realidad siempre cambiante del enfermo, ya que a través solo del conocimiento podrá adquirir la destreza para el manejo de los pacientes y beneficio propio en el ejercicio de su Profesión.

1. ENFERMEDADES VIRALES

Pertenecen a las unidades biológicas más pequeñas capaces de provocar infecciones. Su tamaño oscila entre el de las bacterias y el de las moléculas grandes de proteínas. Al no tener metabolismo propio, solo pueden multiplicarse en el interior de las apropiadas células vivientes para provocar, así, la enfermedad en el huésped. El metabolismo de las células infectadas resulta transformado por el ácido nucleico del virus, utilizando nuevas vías de biosíntesis que conducen a la formación de nuevos virus.

En la actualidad se conocen más de 400 virus que afectan al organismo humano.

Los virus pueden clasificarse en varios grupos, atendiendo a criterios morfológicos, serológicos, químicos y de otro tipo. Existe una clasificación grosera, según su tipo de ácido nucleico que los divide en virus de ácido ribonucleico (RNA) y virus de ácido desoxirribonucleico (DNA).

La formación de anticuerpos depende de la antigenicidad del virus y de la reactividad del sistema reticuloendotelial. Por lo general, suelen producirse inmunidad tras la infección clínica o subclínica.

Resulta muy difícil encontrar sustancias terapéuticamente eficaces de las células del huésped. Los antibióticos resultan ineficaces por la razón de que los virus no ofrecen sustancias antimetabólica ni sistemas enzimáticos vulnerables. Por ahora los mejores medios para combatir las enfermedades viricas consisten en profilaxis, recurriendo a la inmunización activa por vacunas antigénicamente eficaces pero no virulentas, para cada uno de los virus respectivos.

Los virus RNA patógenos para el hombre, son mucho más numerosos e incluyen los maxovirus (Sarampión y gripales). enterovirus y ocho tipos de rinovirus (resfriados)

HERPES VIRUS.

Son virus grandes, intranucleares, compuestos por ADN, que tienen la notable propiedad de producir infecciones latentes que no se manifiestan clínicamente sino en forma ocasional por períodos relativamente cortos, aunque pueden permanecer en el organismo por toda la vida. Existen

Herpes virus específicos a muchas especies animales, pero no se ha descubierto un antígeno común a todos los tipos. En el hombre se han descrito los siguientes: Herpes simple, varicela zoster, virus citomegálico, virus de Epstein-Barr etc.

VARICELA ZOSTER

Con capacidad de producir el síndrome de herpes Zoster o el de Varicela; rara vez puede producir encefalitis o neumonía

HERPE ZOSTER.

ETIOLOGIA, EPIDERMIOLOGIA y PATOGENIA.

El virus del Herpes Zoster no puede distinguirse del de la Varicela mediante el microscopio electrónico ni mediante métodos inmunológicos. En la actualidad, la mayoría de los autores sostienen que ambos virus son idénticos o constituyen variedades antigénicas estrechamente relacionadas del mismo agente.

El virus Neurodermatropo, cuyo tamaño oscila entre los 100 y los 150 , origina la aparición precoz de cuerpos de inclusión Feulgen positivos, que más adelante se con-

vierten en Feulgen-negativos.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Después de un período de incubación de cuatro a veinte días, la enfermedad se manifiesta con una fase prodrómica de tipo neurálgico. A los dos o tres días, se forman unos grupos de vesículas en la zona inervada por el nervio afectado. Cuando esta afectación incide en la cara, como ocurre en el Zoster oftálmico o en el óptico el dolor es particularmente intenso y los síntomas prodrómicos generales, como la fiebre y las náuseas son acentuados. Al hacer su aparición las vesículas y solo raras veces antes, se desarrolla una linfadenitis regional dolorosa.

El Herpe Zoster incide más a menudo entre los hombres que entre las mujeres, afectando principalmente a los individuos de una edad superior a los 45 años.

En el herpe zoster de los nervios craneales, cabe distinguir varios tipos: tipo trigémino (ataque en el ganglio gasser con afectación de una o más ramas), zoster óptico, zoster del nervio glosafaríngeo, zoster del nervio vago y otros tipos segmentarios.

Las manifestaciones segmentarias comienzan con la aparición de una zona de color rojo claro a rojo oscuro, en la que se forman grupos de vesículas y purulentas que con frecuencia sesionan y presentan coalescencia. Al cabo de unos 3 o 4 días hacen su aparición segmentaria nuevos grupos de vesículas con la que, en el herpes bien desarrollado se observan zonas de erupción sin vesículas, erosiones y necrosis en distintas fases de evolución. Además de las lesiones dispuestas unilateral y segmentariamente la evolución sucesiva y rápida de los grupos vesiculares de una edad similar, constituye el signo más típico del zoster. En la piel, la afectación de la segunda división del trigémino provoca una máxima concentración vesicular al rededor del labio superior, si se afecta la tercera división, la zona lesionada es la del agujero mentoniano.

Las lesiones en la mucosa oral son más difusas, la vesícula zostérica unilocular tiene una vida muy corta; rápidamente se convierte en una falta dolorosa rodeada por un halo rojo. Si se afecta la segunda división del trigémino, aparecen vesículas unilaterales en el paladar, óvula, encías del maxilar superior y mucosa labial y bucal superior. Por su parte, la afectación de la tercera división provoca la participación del labio superior, encía maxilar inferior y suelo bucal; las necrosis y hemorragias locales no se observan tan a menudo en la mu-

cosa como en la piel. Por otra parte, es frecuente la afectación del ganglio geniculado, lo que da lugar a la consiguiente parálisis del tipo de la motoneurona inferior, sordera, vértigo y afectación ocasional en los dos tercios anteriores de la lengua.

En los pacientes de edad avanzada, el herpes zoster sigue un curso de mayor gravedad, tanto subjetiva como objetivamente. Las lesiones pueden convertirse en gangrenosas o hemorrágico ampollares. Si el herpes es inicialmente segmentario, a los pocos días aparece una erupción generalizada, lo cual constituye un signo diagnóstico desfavorable, dado que la mayoría de las veces indica una enfermedad sistémica maligna del sistema reticuloendotelial o un cáncer metastásico. No es infrecuente que el herpes zoster generalizado sea el primer signo aparente de una leucemia linfocítica o de un tumor metastásico.

Las neuralgias después del herpes zoster son extremadamente dolorosas durante meses o incluso años, sobre todo en los parientes ancianos. La combinación de anestesia o hipotesia del segmento afectado, junto con una neuralgia a menudo muy intensa, resulta notablemente molesta. Además de ello, el herpes zoster puede simular una neuralgia lancinante del trigémino. En los casos en que no exista una causa dentaria y se compruebe una linfadenitis

regional, hay que tener mucho cuidado antes de proceder a una extracción dentaria puesto que el dolor puede ser debido al comienzo de un ataque no exantemático del zoster.

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS.

Las vesículas uniloculares se originan a través de la llamada degeneración globulosa de las células epiteliales afectadas, con formación de cuerpos de inclusión intranuclear, células epiteliales gigantes multinucleadas y necrosis de licuefacción del epitelio.

DIAGNOSTICOS DIFERENCIAL.

Las lesiones del herpes simple recidivante adoptan en alguna ocasión una disposición segmentaria pero son menos dolorosas y solo raras veces se acompañan de linfadenitis regional. El zoster no exantémico solo puede ser identificado por los antecedentes y mediante la exclusión de otras enfermedades. La neuralgia prodrómica puede simular dolor de origen dentario. Por otra parte la fase inicial de una erupción zosterica, cuando solo existe un eritema edematoso y bien circunscrito sin vesiculación, la diferenciación con la erisipela u otras piodermatosis puede resultar difícil. En el caso de la afectación in-

traoral, la naturaleza segmentaria unilateral de las lesiones debe descartar la gingivostomatitis herpética primaria. Una "varicela" en un individuo de edad avanzada debe hacer sospechar siempre un herpes zoster generalizado y estimular al médico a buscar el segmento zosterico inicial, dado que el pronóstico de la enfermedad sistémica inadvertida es totalmente distinto del de una varicela intrascendente.

TRATAMIENTO

La neuralgia del herpes zoster tiende a aliviarse a menudo con analgésicos, los narcóticos pueden llevar a la adicción si el dolor persiste. Las compresas frías y la loción de calamina pueden reducir las molestias y apresurar el secado de las lesiones vesiculares. Un unguento blando o un apósito de aceite de oliva pueden ayudar a ablandar y separar las costras.

Las corticosteroides estan contraindicados en pacientes inmunosuprimidos porque aumentan el peligro de infección diseminada.

PROFILAXIS

La reactivación de VVZ latente y el desarrollo de herpes

zoster están limitados por mecanismos inmunológicos, especialmente de inmunidad celular.

La VZIG profiláctica podría suprimir el herpes zoster en pacientes inmunosuprimidos. Se está realizando un ensayo clínico de profilaxis con VZIG en pacientes inmunosuprimidos para examinar esta posibilidad.

ESTOMATITIS HERPETICA GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA AGUDA.

DEFINICION

Inflamación aguda de las membranas mucosas de la boca debida al virus del herpes simple (VHS)- el 90% de la población aloja este virus en forma latente. La enfermedad es autolimitante y los sintomas desaparecen 12 a 14 días en adultos jóvenes las lesiones por VHS producen más a menudo faringitis, amigdalitis sin lesiones en la parte anterior de la boca y es difícil de diferenciarla de la infección por streptoroco del grupo A.

En su mayor parte el virus permanece latente pero se puede activar por estímulos como fiebre, trauma, sol, es más frecuente en pediatría.

ETIOLOGIA

El virus del herpes simplex pertenece al grupo de los herpesvirus donde hay 3 herpesvirus humanos más.

Virus de la varicela - Zoster

Citomegalovirus

Virus de Epstein Barr.

Establecen infecciones latentes que duran toda la vida.

Hay dos serotipos distintos de VHS.

-VHS - 1 Virus Bucal

-VHS - 2 Virus Genital.

El que nos interesa VHS-1 se transmite por vía no venerea y responsable de la gingivoestomatitis herpética aguda, faringitis y amigdalitis.

PATOGENIA

El virus generalmente se adquiere por contacto con saliva infectada, tos, estornudo.

En los pacientes que presentan infección primaria hay extensión a los ganglios linfáticos regionales, cuando las defensas del huesped estan bajas puede extenderse al hígado, glándulas suprarrenales, pulmones y cerebro. En el caso de la gingivoestomatitis herpética aguda o la infección orofaríngea primaria por VHS-1, este último invade las terminaciones nerviosas locales de la membrana mucosa de la boca y asciende dentro de los axones para llegar al V par craneano donde establece una infección latente en las neuronas sensitivas que persisten durante toda la vida del huesped, cuando se reactiva viaja desde el soma neural a la periferia e infecta piel o mucosa perioral.

Las infecciones recurrentes son menos severas menos extendidas que las primarias y asintomáticas y solo producen descarga del virus en la saliva.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

INFECCIONES PRIMARIAS

Período de incubación 4 a 6 días.

Fiebre 39 a 40 °C.

Anorexia.

Boca Dolorosa

Gingivitis generalizada y marcada, las encías son hiperemias, hinchadas, cubren los dientes friables, hipersensibles, sangran fácilmente o espontánea se presenta una línea de color rojo a lo largo del margen dentario.

Lesiones vesiculares en mucosa sobre zonas eritematosas que se rompen y dejan úlceras o placas induradas gris amarillento, son de forma redonda, muy sensibles están rodeadas de un delgado halo rojo.

La localización más frecuente y común es en la lengua, superficie interna del labio mucosa bucal y sublingual. Son menos frecuentes en paladar blando, encías, ocasionalmente en faringe.

- Infarto ganglionar submaxilar y cervical.
- Halitosis
- Sialorrea

En adultos empieza con malestar general dolor de boca, garganta, dolor al tragar, encías inflamadas, sensibles y sangrantes, linfadenopatía, submandibular y cervical, faringitis. Vesículas redondas discretas y pequeñas, los tejidos gingivales están inflamados en forma severa: son sensibles, edematosos, hemorrágicos, hiperemia intensa.

- Papilas gingivales interdenciales inflamadas.

FARINGOAMIGDALITIS HERPÉTICA AGUDA.

Se presenta con más frecuencia en adultos. Manifestaciones clínicas: Fiebre, malestar, cefalea y dolor de garganta vesicular en las amígdalas y faringe. Exudado amarillo grisáceo en amígdalas.

Infecciones primarias por VHS presente en la saliva, la forma más común es la que se produce en médicos, enfermeras, terapeutas respiratorios y odontólogos.

Se manifiesta con prurito y dolor en el dedo infectado.

- vesícula profunda en la parte terminal del dedo.
- Dedo está hinchado y eritematoso.
- Destrucción considerable del tejido.

-Presencia de desechos necróticos amarillos y gruesos.

Hay síntomas sintémicos y linfadenopatía epitrocLEAR y axilar, con neuralgia del brazo.

-Dedos más afectados pulgar e índice.

La recurrencia es frecuente, aunque la sintomatología es más atenuada y más corta pero es tan doloroso como la lesión primaria.

TRATAMIENTO.

Consiste en un tratamiento poleático . El tratamiento debe reducir el dolor; los lavados de boca, suaves, frecuentes con una solución de bicarbonato de Na pueden reducir el dolor y mejorar la higiene oral.

Los antibióticos no tienen efecto y los corticosteroides están contraindicados, antipiréticos, reposo en cama, co-lutorios.

El personal médico y odontológico puede reducir el riesgo de adquirir panadizos herpéticos usando guantes y tapaboca.

SIDA

ETIOLOGIA

Retrovirus linfotropico en la celula T (HIV).

Es un virus que transmite su información genética al DNA de la célula huésped, en su ARN posee una enzima transcriptasa que copia su fenoma en el DNA de la célula huésped cuando el DNA e la célula huésped es replicado también se replica el genoma viral quedando alojado de por vida en el huésped. Una vez replicado es expulsado de la célula por el proceso de capullo.

Tiene 3 genes:

- Un gen para el núcleo interno viral de la proteína.
- Un gen de transcriptasa reserva
- Un gen para la envoltura.

PATOGENESIS

El período desde la infección hasta la manifestación clínica varia de semanas hasta 7 años, con un período de incubación de 5-4 años.

Cuando el contagio es transfusiones la incubación en

adultos es 29 meses y en niños de 14 meses.

Es un virus lintotropico que afecta a las células t ayudantes produciendo su disminución y aumento de las T supresoras. Después de la infección se forman anticuerpos que no pueden neutralizar el virus y el paciente queda expuesto a cualquier ataque viral o bacteriano conduciendolo a la muerte.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Fiebre, sudoración, malestar general, nodulos linfáticos, agrandados, erupciones del tronco maculo eritomasas, que afectan las funciones de los linfocitos llevando a infecciones fatales.

Diagnosticamente los odontólogos podrían detectar los primeros signos de HIV el cual incluye: candidiasis oral, herpes simple, leucoplasia vellosa oral, linfadenopatias cervicales, un signo patanogmonico es el sarcoma de Kaposi; tenemos que las lesiones intraorales ocurren en más del 51% de los pacientes con SIDA.

LOCALIZACION DEL VIRUS

-Linfocitos de la sangre periferica

- células del hueso medular
- plasma
- semen
- orina
- leche de pecho
- lágrimas, saliva
- secreción vaginal
- fluido espinal
- tej. de cerebro de pacientes infectados.

Para el odontólogo es importante saber que el virus se encuentra en sangre de pacientes con sida que son ARC, (suero positivos sanos).

-de pacientes con anticuerpos para HIV lo que no se conoce es la cantidad mínima de sangre para su transmisión.

SALIVA

Se encuentra más en pacientes ARC. No parece que la saliva sea una fuente significativa de transmisión.

TRANSMISION

- Contacto sexual - sobre todo relación anal.
- Transfusión
- Drogadictos, agujas contaminadas.

-Madres infectadas a hijos por transmisión intrauterina o perianal.

PRUEBAS PARA EL ANTICUERPO AL HIV

-Elisa

-Western Blot (mancha del Oeste)

-Inmunodeficiencia.

MANIFESTACIONES ORALES DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

Se ha hecho una clasificación de estas enfermedades que solo enumeraremos algunas bastante conocidas para el odontólogo, solo haremos énfasis en candidiasis que la tenemos en 75% de los pacientes con SIDA y el sarcoma de Kaposi considerado como signo patognomónico, sin pretender restarle importancia a las otras en mención.

INFECCIONES POR HONGOS.

Candidiasis oral

Pseudomembranosa

Eritematosa

Hiperplásica

Tipo placa

Nodular

Quelatitis angular

Histoplasmosis oral

INFECCIONES BACTERIALES

Infección fuso-espiroquetal

Gingivitis necrozante

Infecciones no especificadas.

Periodontitis crónica

Micobacterium Avium

Infección intracelular

Klebsiella Pneumoniae

Enterobacterium cloacae

INFECCIONES VIRALES

Estomatitis herpética

Leucoplasia velada

Zoster Oral

Candy loma oral acuminatum

Citomegalovirus

Xerostomia

Neoplasmas

Sarcoma de Kaposi oral

Carcinoma de Células escamosas oral

Linfoma no - Hodgkins .

DE ETIOLOGIO DESCONOCIDA

Ulceraciones aftosas recurrentes

Purpura trombocitopenica idiopatica

Esquimosis Oral

Agrandamiento de Glándulas salivales.

CANDIDIASIS ORAL

Ocurre en el 75% de los pacientes con ARG y SIDA es un diagnóstico temprano del SIDA. La condidiasis esofagica es una de las infecciones oportunistas del SIDA, su etiología es la candida.

Veremos los aspectos clínicos de acuerdo al tipo de lesión.

CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSAS CLINICAMENTE.

- Placas de color crema blancas o amarillentas sobre mucosa oral roja o normal.
- Al rasparse dejan una superficie sangrante.
- Involucra cualquier parte pero más frecuente en mucosa labial, lengua paladar duro y blando.

CANDIDIASIS ERITEMATOSA

CLINICAMENTE:

- Lesión roja
- Presenta en paladar y dorso de la lengua en su línea $\frac{1}{2}$ las papilas filiformes son atroficadas.
- Se convierte en crónica cuando se asocia con SIDA

CANDIDIASIS CRONICA HIPERPLASICA

CLINICAMENTE:

- afecta mucosa bucal
- Rara vez se ve en pacientes con SIDA.

DIAGNOSTICO,

- Por características clínicas
- Presencia de candida Hyphae
- Biopsia.

PATOLOGIA

- Histologicamente candida Hyphae en la superficie del epitelio.
- Las respuestas inflamatorias e inmunes son reducidas o estan ausentes.

TRATAMIENTO

-TÍPICO: Tabletillas vaginales de nistatina 100.000 U 3 veces al día; Clotrimazole 10mg 5 veces al día.
tabletas.

-SISTÉMICO: Ketoconazole 200 mg una tableta diaria, deben ser controladas porque se puede producir daño en el hígado.

SARCOMA DE KAPOSI (KS)

- Afecta judíos
- Común en piel de extremidades
- Paladar

Se ha reportado como la manifestación inicial del SIDA en un 30% , especialmente en blancos homosexuales.

MANIFESTACIONES EXTRAORALES.

- Presenta en la punta de la nariz
- múltiples maculas papulas rosadas, rojas o violetas en piel o superficies mucosas.

En piel se presenta en tronco, brazo y cuello, en donde

se vuelven oscuras y largas, también están involucradas, tracto gastrointestinal y nodulos linfaticos.

MANIFESTACIONES ORALES

-Primero aparece en la piel.

-Paladar se presentan, maculas azuladas negruscas o rojizas y planas en estadios tempranos; en avanzados se pueden poner más oscuras, elevadas, lobuladas y ulceradas.

Es de etiología desconocida.

CONTROL DE LA INFECCION CON SIDA EN ODONTOLOGIA

PRINCIPIOS Y PRACTICAS.

El riesgo de infección por pinchazo con una aguja de un paciente infectado es el 1% .

INACTIVACION DEL HIV.

Desinfectantes - Iodoforos

Hipoclorito de Na

Fenol

Glutaldehidos.

RECOMENDACIONES

HISTORIA CLINICA.

Donde hacemos un interrogatorio específico sobre enfermedades actuales , hepatitis, enfermedades recurrentes, baja de peso, linfadenopatias, etc.

USO DE VESTIMENTA PROTECTORA Y TECNICA DE BARRERA.

-GUANTES: Usarlos cuando se toca, sangre, saliva, mucosas o instrumentos contaminados con sangre fluidos corporales secreciones o superficies contaminadas con ellos.

Cuando se examinan lesiones orales. El uso repetido de guantes no es aconsejable porque puede haber defectos en el material y no sería una efectiva barrera.

-TAPABOCA, Lentes. Cuando se trabaja con saliva, sangre o Spray.

-GORRO, batas, uniforme, lavarse frecuentemente.

-PAPEL DE ALUMINIO O PLASTICO. Para cubrir superficies que son difíciles de desinfectar, deben desecharse cuando se tenga puestos los guantes.

LAVADO Y CUIDADO DE LAS MANOS.

Lavarse entre paciente y paciente después de tocar instrumental contaminado con saliva y sangre.

Lavarse después de usar guantes con cepillo.

USO Y CUIDADO DE INSTRUMENTOS AILADOS Y AGUJAS.

- objetos afilados son potencialmente infectantes.
- Agujas, jeringas y hojas de bisturi deben estar en recipientes resistentes y al alcance de la mano, las agujas no deben infectar taparse de nuevo es el momento de mayor riesgo de un pinchazo, se doblan, o se rompen y se desechan.
- Eyector también desechable.
- Cuando se va a anestesiar varias veces es mejor no tapar la aguja se deja en un recipiente esteril y usar aguja nueva con cada paciente.

DESINFECCION Y ESTERILIZACION DE INSTRUMENTOS.

- Instrumentos quirurgicos: esterilizados después de cada uso.
- Los que no penetran tejidos pero estan en contacto con tejidos orales esterilizarlos después de cada uso.

METODOS.

- Lavarlos antes de esterilizar y hacerlo con guantes.
- Esterilizar con autoclave, color seco, vapor químico.
- Los instrumentos sensibles al calor se dejan 10 horas en agentes químicos y luego se pasan al agua estéril.
- Inmersión en agua hirviendo por 10 minutos en químicos desinfectantes.

DESCONTAMINACION DE SUPERFICIES AMBIENTALES

Las superficies contaminadas limpiarlas con papel absorbentes y luego desinfectarlo con germicida como hipoclorito de Na.

Concentración 5.000 ppm - en desolución 1:10 de blanqueador casero a 500 ppm de hipoclorito de Na.

Tener cuidado pues el hipoclorito es corrosivo para el aluminio.

DESCONTAMINACION DE SUMINISTROS Y MATERIALES DE LABOTARIO.

Materiales de impresión, registros, deben lavarse antes y después de que lleguen al laboratorio y antes de colocarlos en boca.

USO Y CUIDADOS DE TARTRECTOMOS ULTRASONICOS. PIEZAS DE MANO Y UNIDADES DENTALES.

Pieza. Limpiar los restos e irrigarla después de cada paciente.

-Después del uso se debe dejar descargar la pieza por 20" o 3" para dejar salir el material que pudo ser aspirado.

MANEJO DE BIOPSIA.

-Mantenerse en recipientes cerrado para que no se bote durante el transporte.

-No contaminarse cuando se toma la muestra.

DISPOSICION DEL MATERIAL DE DESECHO.

-Agujas y hojas de bisturí tenerlos en recipientes resistentes a la punsion.

-Sangre y saliva, fluidos succionados que vayan directamente al desagüe sanitario.

RECOMENDACIONES RECIENTES PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS.

-Todo asistente en odontología debe ser informado en relación a la epidemiología, transmisión prevención del HIV

y el uso rutinario de barreras de precaución.

-Todos llevar guantes cuando se tocan mucosas o piel no intacta de pacientes, también usar tapaboca, gorro, lentes'

-Todos deben prevenirse de injurias a las manos causadas por agujas, bisturis y otros instrumentos afilados, cuando se usan o se lavan.

-Si hay exposición de un paciente a la sangre de un operador se le debe dar las recomendaciones y precauciones del caso.

-Nadie que tenga lesiones exudativas o dermatitis debe realizar procedimientos odontológicos.

-Evaluar a los operadores para saber si físico o mental - mente están capacitados para realizar las labores.

-No es necesario pruebas serológicas.

HEPATITIS VIRAL.

Enfermedad inflamatoria aguda del hígado entidad clínica caracterizada por fiebre síntomas gastrointestinales como náuseas y vómitos, fatiga, depresión mental a menudo ictericia, se presenta más en pacientes jóvenes, se transmite por contacto de persona a persona, inhalación, ingestión.

ETIOLOGIA

El virus de la hepatitis (VHA) es de pequeño tamaño semejante al enterovirus y resistente al calor, las investigaciones recientes sugieren que la hepatitis A es causada por un agente vírico individual que carece de la heterogeneidad morfológica característica de los componentes estructurales del virus de la hepatitis B.

FORMAS DE ENFERMEDAD

Los tipos de enfermedad clínica causados por el virus (VHA) son:

- Hepatitis anictérica
- Hepatitis icterica
- Hepatitis Fulminante.

- Los pacientes tienen síntomas vagos o leves.
- Rara vez, se produce esta H fulminante pero cuando se presenta la retericia aumenta rápidamente, con frecuentes vomitos y coma, se produce insuficiencia hepatica y los pacientes mueren a los 10 días.

DATOS CLINICOS ANATOMOPATOLOGICOS.

NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS.

- Anorexia, nauceas, vomitos y malestar son síntomas abruptos también puede presentarse faringitis y rinitis que se pueden confundir con síntomas de Influenza.

ESCOLARES.

- Fase preicterica - 4 a 5 días
- Ictericia - que se observa en la esclerotica
- Se presenta de forma efimera o habitualmente ausente.

ADULTOS.

- Enfermedad más grave
- El hígado esta aumentado de tamaño
- Es palpable y sensible (hepatomegalia; esplenomegalia)
- fiebre alta
- estreñimiento o diarrea
- puede existir cólico abdominal que aumenta con los movimientos corporales.

-Pigmentación amarilla oscura, que afecta a todo el cuerpo.

-Telangiectasias radiantes en cara y cuello en etapas avanzadas.

DATOS BUCALES.

-Aura de color limón oscuro en el punto de unión entre paladar oseo y velo del paladar y la uvula y en menor grado en la mucosa bucal.

-Aliento fétido.

-Gingivitis moderada.

-Cacoquesia pasajera-sabor aberrante amargo y ácido desaparece al restaurarse el paciente.

GRUPOS DE PORTADORES. PREVENCIÓN Y CONTROL

No hay portadores de VHA es una enfermedad autolimitada que no se cree que origine una infección crónica. Se debe mantener un área debida, todo lo que sea contaminado con sangre debe ser esterilizados por calor.

TRATAMIENTO.

No hay tratamiento específico se recomienda:

- Reposo
- Alimentación frecuente y liviana
- Buenas condiciones sanitaria
- Evitar las hepatoloxinas tales como el alcohol durante la convalescencia.
- Dosis de γ gamaglobulina.

CONDICIONES DENTALES ESPECIFICAS.

La transmisión al dentista, su ayudante o el higienista dental , se afectan por la vía de un chorro de gotitas a gran velocidad o por contacto orodigital con secreciones salivales de pacientes con casos subclínicos de infecciones hepatitis A.

PREVENCION

- Lavado cuidadoso de las manos del personal.
- Uso de guantes.
- Las áreas contaminadas del sillón dental y conecciones de los rayos X y otra superficie de contacto boca a mano deben ser lavados y esterilizados con solución de hipoclorito sódico al 0.5%, después de cada fase del tratamiento del paciente.
- Los materiales dentales no metálicos que han estado en contacto con la saliva del paciente como: correderas

para dientes y dentaduras, asideras intrabucuales de las radiografías y el cono, se esterilizaran con clorox por 10 minutos.

- Los elementos dentales que pueden ser corroidos por clorox se esterilizaran con una gran solución acuosa al 2% de glutaldehído (cidex) activado.
- Se deberán lavar con agua antes del uso.
- Usar agujas desechables.
- Instrumental como pieza, fresas de baja velocidad en autoclave.
- Instrumental de alta se desmonta y esteriliza en solución de aceite especial a 175°C por 20 minutos.
- Los dentistas y su personal auxiliar deben recibir una dosis profiláctica de gamma globulina.

2. ENFERMEDADES BACTERIANAS

Las bacterias son capaces de producir muchas y muy graves enfermedades humanas. Algunas enfermedades como la neumonía, la leptospirosis, la tuberculosis o la lepra no solo son muy frecuentes en Latinoamérica sino que representan factores fundamentales, en la economía de muchas regiones, obstáculos tremendos que deben verse para acelerar el desarrollo y contribuir al progreso de muchos países.

El medio ambiente de la cavidad oral particularmente favorable a su crecimiento, por lo que bacteriológicamente puede hablarse de la boca como de una cavidad séptica. Sin embargo la mayoría de tales microorganismos se comportan como saprofitos inofensivos. Es un hecho bien conocido que las lesiones orales autoinfligidas acostumbran a cicatrizar con una gran rapidez sorprendente. Al parecer, la boca y la orofaringe gozan de ciertas propiedades protectoras debidas a la presencia de tejido linfático, a la constante producción de saliva, a la acumulación de

la boca a los gérmenes (y viceversa) y por último aunque no menos importante, a la cortina interacción entre los numerosos microorganismos biológicamente coexistentes.

FARINGITIS Y AMIGDALITIS

DEFINICION:

Infecciones agudas que se limitan a su localización, anatómica, puede ser parte de una infección respiratoria o manifestación de una enfermedad sistémica como la mononucleosis infecciosa.

Este síndrome lo dividimos en: faringitis exudativa; faringitis no exudativa, de acuerdo a la presencia o ausencia de exudado.

ETIOLOGIA

Streptococcus pyogenes - Estreptococo B-hemolítico grupo A.
Neisseria gonorrhoeae - también causa faringitis exudada.

PATOGENIA

Faringitis estreptocócica: Se difunde por gotitas vaporizadas desde las vías aéreas.

-polvo, fiambrillas.

-lesiones de la piel

-leche o alimentos contaminados.

La fuente de infección puede ser un portador o/un paciente, especialmente los niños.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Determinadas por edad del paciente, su estado inmunológico, la virulencia del microorganismo y la presencia de amígdalas.

Niños hasta 3 años.

- Anorexia, vomitos, fiebre hasta 30-39°C.
- Coriza purulenta
- Adenitis cervical.

Adultos.

- Fiebre
- Dolor de garganta y ardor en la nasofaringe
- vomitos
- dolor abdominal
- cefalalgia.
- Adenitis cervical
- Exudado amigdalino
- Peteguias palatinas, faringe por la uvula edematosa.
- Tos a causa de la irritación de la región inferior de la edematosa.

Difiere de la mononucleosis en que ésta esta asociada a linfadenopía generalizada esplenomegalia y linfocitosis típica.

La complicación supurativa más común es el absceso periamigdalino, ocurre más en hombres mayores, otra complicación es la fiebre reumática o nefritis aguda.

AMIGDALITIS.

Proceso infeccioso limitado a las amígdalas palatinas, en los primeros momentos predominan los signos generales sobre los locales.

ETIOLOGIA

Estreptococo pyogeno.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

- Malestar general
- dolores musculares
- fiebre

Los síntomas locales:

- sequedad y plenitud de la garganta
- ardor nasofaríngeo
- Dolor, secreción nasal.

-A medida que avanza la inflamación por los senos palatinos, se hace difícil la deglución, el habla y la respiración.

-Amigdalas inflamadas con rubicundez, inchazón, ulceración y exudado.

-aliento fétido

-lengua saburral

-adenopatía cervical.

La duración es 7 - 10 días, es más común en la infancia.

El diagnóstico de la amigdalitis crónica se basa en la recurrencia seguida, se presenta exudado purulento en las criptas.

TRATAMIENTO

Gargarismos calientes

antibióticos cuando la infección es más grave.

La profilaxis consiste en crear barreras entre odontólogo y paciente con tapaboca, lavado de manos, elementos de uso odontológico estériles después de su uso.

SIFILIS.

AGENTE CAUSAL Y FACTORES PREDISPONENTES.

El agente etiológico de la sífilis es *treponema pallidum* una espiroqueta indistinguible morfológicamente de la que causa el bajol o sífilis no venerea, un padecimiento que existe en países de clima caliente y seco y se caracteriza por lesiones cotáneas incrustadas y papilomatosa que posteriormente se ulceran. El único huésped conocido de *T. Pallidum* es el hombre. Aunque se ha clasificado como una enfermedad venérea, la sífilis puede transmitirse por maniobras intraorales, sobre todo el personal profesional (odontólogos). Su transmisión es de persona a persona y solo en condiciones especiales se transmite a los animales de laboratorio. Existe una variación de la sífilis, llamada bejel, probablemente no venérea y de observación frecuente en la infancia.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIAGNOSTICO.

en las fases iniciales de la sífilis, incluso en la forma congénita del lactante, las características lesiones de los labios y la boca pueden sugerir el diagnóstico. Por esta razón el odontólogo debe estar enterado de tales signos ya que él mismo puede infectarse a partes de las lesiones orales durante los períodos primario y secundario.

La infección se adquiere casi siempre por contacto sexual; otras formas son excepcionales excepto la transmisión traplacentaria. A partir de la lesión inicial (chancro primario), los treponemas se diseminan rápidamente, de modo que desde el principio la enfermedad es generalizada. Se supone que los treponemas persisten en muchas áreas durante meses o años, dando lugar a recaídas de las lesiones cutáneas y ganglionares, hasta que finalmente se localiza en ciertos tejidos como el sistema nervioso, el aparato cardiovascular, los huesos, los ojos, etc.

LESIONES PRINCIPALES.

Clasicamente se dividen en tres períodos evolutivos, que corresponden a la sífilis primaria o chancro, la zolaria, o generalizada, y la terciaria, tardía o localizada, en vista de que el tiempo transcurrido entre la sífilis secundaria puede ser de muchos años, algunos autores consideran también una etapa intermedia que denominan sífilis latente, que solo se reconoce por la Historia Clínica y la presencia de reacciones serológicas positivas.

LESION PRIMARIA.

Es una pequeña úlcera bien limitada, dura de fondo limpio, a veces es tan superficial e insignificante que pasa inad-

vertida, pero como en el hombre siempre se acompaña de crecimiento ganglionar inguinal no doloroso es fácil identificarla. En unas dos semanas la úlcera cura, con o sin tratamiento, dejando una pequeña cicatriz retraída y casi invisible. El chancro no es infrecuente observarlo en los labios (pliegue central o comisuras), punta de la lengua, amígdalas, encías u otras partes de la cavidad oral.

LESION SECUNDARIA.

De 4 a 8 semanas después de la lesión primaria aparecen las secuencias, es posible que durante el período los treponemas se estén multiplicando y el organismo desarrolle una respuesta inmune. La lesión maculopapulosa es muchas veces de escaso relieve y aparece con mucha menor frecuencia en la cara que en las extremidades o en el tronco. El período zolario puede iniciarse con fiebre moderada, ronquera y disfagia. Las amígdalas están tumefactas e inflamadas y su superficie enturbiada por enrojecimiento apalescente que a veces afecta a todo el paladar blando pero nunca al duro, este puede ulcerarse o heriormente (placas mucosas o papulas húmedas).

En la lengua cabe observarse placas mucosas y en los ángulos de la boca pueden haber papulas en hendiduras pare-

cidas a las ragales.

Las lesiones no duran más de unas cuantas semanas pero son de capital importancia para el diagnóstico puesto que pueden constituir los únicos signos clínicos de este período; todas las lesiones húmedas de la sífilis secundaria son altamente contagiosas y representan una fuente peligrosa de infección venérea o no.

LESIONES TERCIARIA.

Inciden a menudo en la zona de los labios y la cavidad oral, formandose granulomas indolores que se necrosan por colicuación (gomas), después se forman úlceras bien delimitadas, en sacovocados que cicatrizan al cabo de varios meses. Cuando no se produce la necrosis central de estos granulomas, aumentan su tamaño por confluencia y se extienden perifericamente con aspecto serpiginoso; su centro puede ulcerarse y cicatrizar. Puede presentarse en la lengua y en un comienzo parece una glositis intersticial difusa, formando unas induraciones no ulceradas irregulares, cubriendo la totalidad del dorso, puede aumentar de tamaño y más adelante sufre un retraimiento. La úlcera perforante de rara observación de la cavidad oral puede aparecer en el paladar duro.

COMPLICACIONES

Las más graves durante la fase primaria y secundaria se derivan de su contagiosidad; en efecto, es en esta etapa cuando el contacto sexual con un enfermo puede dar lugar a una infección. En la fase terciaria las complicaciones de la sífilis cardiovascular es la insuficiencia aórtica, en el sistema nervioso central puede ocasionar meningitis, atrofia cerebral generalizada etc.

TRATAMIENTO.

Sífilis inicial: 2,4 millones de unidades de penicilina benzatinica administradas en un día, o con una infección diaria de 600.000 unidades de penicilina procainica durante 8 días.

Alergicos: Tetraciclina o eritromicina.

Sífilis tardía benigna responde en general prontamente al tratamiento con penicilina 6 procainica; deben darse 600.000 unidades por día durante 10 días.

La única complicación del tratamiento de la sífilis es la fiebre que llega a un máximo de 39,5 °C en 6 a 8 horas y dura 24 a 48 horas, asociada a veces con mayor prominencia de lesiones cardiacas.

Esta respuesta fébril, llamada reacción de Jarisch-Herxheimer, puede deberse a la liberación de endotoxina treponémica o a la formación de complejos circulantes antígeno. anticuerpo. Durante la reacción hay un descenso de nivel de complemento sérico.

BIBLIOGRAFIA

GORLIN y GOLAMAN, Robert y Henry; Patología Oral, Salvat editores; ed. 6; Barcelona 1973. Pág 5.

PEREZ TAMAYO CARBONELL. Texto de Patología. Editorial la prensa Médica Mexicana. Edición 2. México 1977.

BRAUD. Enfermedades Infecciosas. Editorial Médica Panamericana. 1984.

GDWARDV. ZEGARELLI

AGUSTIN M. KUTSCHEZ

GEORGE A. HYMAN. Diagnóstico en Patología Oral 2a. Edición 1982.