

**MANUAL DEL MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES
CON SIDA**

MARCELA GONZÁLEZ V.

MARITZA LOZANO

MARÍA FERNANDA MEGUDAN M.

JOHANA P. PIÑEROS G.

LAURA A. SANTACRUZ G.

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SANTAFÉ DE BOGOTÁ , D.C**

1996-2

0578
F. 3552

70
54

14-6-01-ell

572

**MANUAL DEL MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES
CON SIDA**

**MARCELA GONZÁLEZ V.
MARITZA LOZANO
MARÍA FERNANDA MEGUDAN M.
JOHANA P. PIÑEROS G.
LAURA A. SANTACRUZ G.**

**Monografía presentada como requisito parcial
para optar el título de odontólogo**

**DR. JORGE ARANGO MEJIA
DR. FREDDY OSORIO**

**Tutora
DRA. HÉLIDA AVENDAÑO**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SANTAFÉ DE BOGOTÁ , D.C**

1996-2

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas y a cada una de las personas que contribuyeron para que este trabajo monográfico se convirtiera en una exitosa realidad.

A nuestros padres deseamos reconocerles los sacrificios y desvelos que durante todos estos años que duró nuestra carrera tuvieron que soportar con cariño y solidaridad.

Así mismo a nuestros docentes y demás colaboradores queremos darles nuestra eterna gratitud por haber logrado con sus enseñanzas y ejemplo la feliz culminación de una de las más importantes etapas de nuestras vidas ¡Gracias y mil gracias a todos por ayudarnos a lograr lo que hoy somos!

MARCELA GONZÁLEZ V.
MARITZA LOZANO
MARÍA FERNANDA MEGUDAN M.
JOHANA P. PIÑEROS G.
LAURA A. SANTACRUZ G.



TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	2
3. PROPÓSITO	3
4. OBJETIVOS	4
4.1 GENERALES	4
4.2 ESPECÍFICOS	5
5. MARCO TEÓRICO	6
6. TIPO DE INVESTIGACIÓN	9
7. UNIVERSO	10
8. MATERIALES	11
9. RECURSOS	12
9.1 INSTITUCIONALES	12
9.2 HUMANOS	13
10. PROCEDIMIENTO	14



1. INTRODUCCIÓN

Es usual, pero antiético que algunos odontólogos nieguen o evadan la atención de personas infectadas con HIV e inadmisibles que se substraiga del desarrollo científico y tecnológico, para evitar comprometerse con estos pacientes .

El odontólogo debe involucrar no solo sus conocimientos y habilidades , sino su actitud y compromiso para enfrentar con entereza y ética los retos tan serios como los que impone esta enfermedad y se halla en el derecho de exigir todas las medidas y barreras de bioseguridad que le permitan prevenir los riesgos de transmisión del HIV.

2. JUSTIFICACIÓN

El manual del MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES CON SIDA esta diseñado para proporcionar al clínico una información practica, rápida y actualizada que les permita diagnosticar y tratar lesiones orales asociadas al virus de inmunodeficiencia humana (HIV); además pretende que ayude a sospechar la infección cuando el estado del paciente es desconocido, utilizando un texto breve y conciso.

3. PROPÓSITO

El propósito de este manual de este manual es ayudar a todos los profesionales de la salud oral a tener conciencia de la enfermedad que se esta tratando, y a no dejarse vencer por los temores que puedan causar .

4. OBJETIVOS

4.1 GENERALES

Presentar un manual odontológico que le permita al profesional de la salud oral a :

- Prevenir y manejar las patologías que afectan la cavidad oral.
- Mejorar la calidad de vida de las personas infectadas, mediante una adecuada salud oral.
- Brindar una atención integral al paciente infectado con HIV.

4.2 ESPECÍFICOS

- Presentar un manual didáctico y de fácil manejo .
- Dar una visión general de la epidemiología y de la pandemia del SIDA.
- Establecer normas de bioseguridad para el profesional de la salud oral.

5. MARCO TEÓRICO

FICARA-G; EVERSOLE-LE. HIV - related tumors of the oral cavity. Journal- Article 1994;5(2);159-85.

FIRTH- NA , RICH- AM, READE- PC. Oral mucosal ulceration due to cytomegalovirus associated with human immunodeficiency virus infection. Case report and brief review. Journal- Article 1994 Oct; 39(5); 273-5.

FLAITZ- CM; NICHOLS- CM; HICKS- MJ. An overview of the oral manifestations of aids- related Kaposi sarcoma. Journal - Article 1995 Feb;16(2);136-8,140,142 passim quiz 148.

GILBERT-AD; NUTTALL- NM. Knowledge of the human immunodeficiency virus among final year dental students. 1994 Aug;22(4);229-35.

GREENSPAN- DEBORAH . Manejo de las lesiones orales de la infeccion por HIV.Jada. Agosto 1991.vol. 122: 32-34.

JOHNSON- SUSAN . Celulas HIV encontradas en saliva. Jada. Septiembre 1991.vol 22; 29-30.

KUPPERMANN BD; QUINCENO-JL; WILEY-C. Clinical and histopathology study of varicella zoster retinitis in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. Journal -Article 1994 nov15; 118(5) ;589-600.,

LACROIX- MASCRES-C. Herpes virus infection : from the primary oral lesion recurrent herpes. Journal, Article 1995 Jul; 61(7):627-30.

MANTREDI-R; MAZZONI-A; NANETTI-A. Chiodo-f. Histoplasmosis capsulati and duboidii in Europe: the impact of the HIV pandemic; travel and inmigration. Journal- Article 1994 Dec;10(6):675-81.

NGUYEN- NT; LALONDE-B.ORAL. candidiasis; diagnosis and drug therapy. Journal-Article 1995 Apr;61(4); 340-4,347-50.

S. SILVERMAN, JR. Atlas en color de las manifestaciones orales del Sida. Salvat. Editores, Sa 1990 Mallaca, 45-49, Barcelona - España.

WANG- CY; SCHROETER- AL; SU-WP. Acquired inmunodeficiency syndrome- related Kaposis sarcoma. Journal- article, 1995 Sep;70(9);869-79.

6. TIPO DE INVESTIGACIÓN

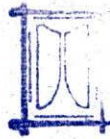
El tipo de estudio que se va a emplear durante el desarrollo de este trabajo, va encaminado en forma de revisión bibliográfica.

7. UNIVERSO

Este manual va dirigido a todos los profesionales de la salud oral.

8. MATERIALES

- Papelería
- Referencias Bibliográficas
- Audiovisuales



9. RECURSOS

9.1 INSTITUCIONALES

Las instituciones involucradas en el desarrollo de este manual son:

- **COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ** a través de su biblioteca.
- **FUNDACION EUDES**
- **HOSPITAL REGIONAL SIMÓN BOLÍVAR** (programa especial)
- **PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ**
- **FUNDACION SANTAFÉ DE BOGOTÁ** a través de su biblioteca
- **ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA** a través de su biblioteca



9.2 HUMANOS

- 1 Director de proyecto
- 5 Estudiantes de décimo semestre del **COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO**
- 1 Asesor en sistemas
- 1 Diseñador gráfico
- Pacientes del programa Especial (HIV) del **HOSPITAL REGIONAL SIMON BOLIVAR**

10. PROCEDIMIENTO

El desarrollo de esta información va a ser elaborada aproximadamente en 50 días, con ayuda de folletos, artículos, manuales y fotografías.

**MANUAL DEL MANEJO
ODONTOLÓGICO
DE PACIENTES CON SIDA**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
MANUAL DEL MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES CON CIDA	
1. ¿QUÉ ES EL SIDA?	1
2. ETIOLOGÍA	3
3. EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN DE VIH	4
4. DEMOGRAFÍA	6
5. SUPERVIVENCIA	7
6. LABOR DEL ODONTÓLOGO PARA HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS	9
7. VÍAS DE TRANSMISIÓN	11
7.1 VÍA SEXUAL	11
7.2 VÍA SANGUÍNEA	11
7.3 VÍA PERINATAL	12
8. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LAS LESIONES ORALES ASOCIADAS A LA INFECCIÓN POR VIH/ SIDA	13
8.1 ENTIDADES INFECCIOSAS	13
8.1.1 Micóticas	13
8.1.1.1 Candidiasis	13
8.1.1.1.1 Diagnóstico	15

8.1.1.1.2	Tratamiento	15
8.1.1.2	Histoplasmosis	19
8.1.1.3	Criptococosis	19
8.1.1.4	Geotricosis	19
8.1.2	Bacterianas	20
8.1.2.1	Gingivitis y Periodontitis asociadas al VIH	20
8.1.3	Virales	22
8.1.3.1	Virus del herpes Simplex	22
8.1.3.2	Virus de Epstein-Barr y Leucoplasia Velloso	24
8.1.3.3	Virus de la varicela (Zoster)	26
8.1.3.4	Citomegalovirus	27
8.1.3.5	Papilomavirus humano	28
8.1.4	Lesiones tumorales	29
8.1.4.1	Sarcoma de Kaposi	29
8.1.4.2	Linfoma	31
8.1.4.3	Carcinoma escamocelular	32
8.1.5	Lesiones de causa desconocida	32
8.1.5.1	Estomatitis aftosa recidivante	32
8.1.5.2	Hipersensibilidad, reacciones liquenoides	34
8.1.5.3	Trombocitopenia	34
8.1.5.4	Sialodentitis y Xerostomía	35
8.1.6	Lesiones orales no clasificadas	36
9.	BARRERAS DE BIOSEGURIDAD	37
9.1	DEFINICIÓN	37
9.2	CLAVES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD EN LOS PACIENTES CON VIH	37
9.3	TÉCNICAS DE BARRERA PARA EL PROFESIONAL DE LA SALUD	39
9.3.1	Guantes de Látex	39

9.3.2	Tapabocas	39
9.3.3	Gafas protectoras o caretas	39
9.3.4	Ropa	40
9.3.5	Unidad de atención	40
9.3.6	Limpieza	40
9.3.7	Lavado y cuidado de las manos	41
9.3.8	Manejo de instrumentos cortopunzantes	41
9.4	ELIMINACIÓN DE DESECHOS	42
9.5	RÉGIMEN DE ENTRADA	42
9.5.1	Críticos	43
9.5.2	Semicríticos	43
9.5.3	No críticos	43
9.6	RÉGIMEN DE SALIDA	43
9.6.1	Elementos críticos	44
9.6.2	Elementos semicríticos	44
10.	PRUEBAS DE LABORATORIO REQUERIDOS POR EL ODONTÓLOGO	45
10.1	LA PRUEBA DE ELISA	45
10.2	INMUNOBLOCK	45
10.3	AMPLIFICACIÓN GENÉTICA	45
10.4	AGLUTINACIÓN DE LÁTEX	45

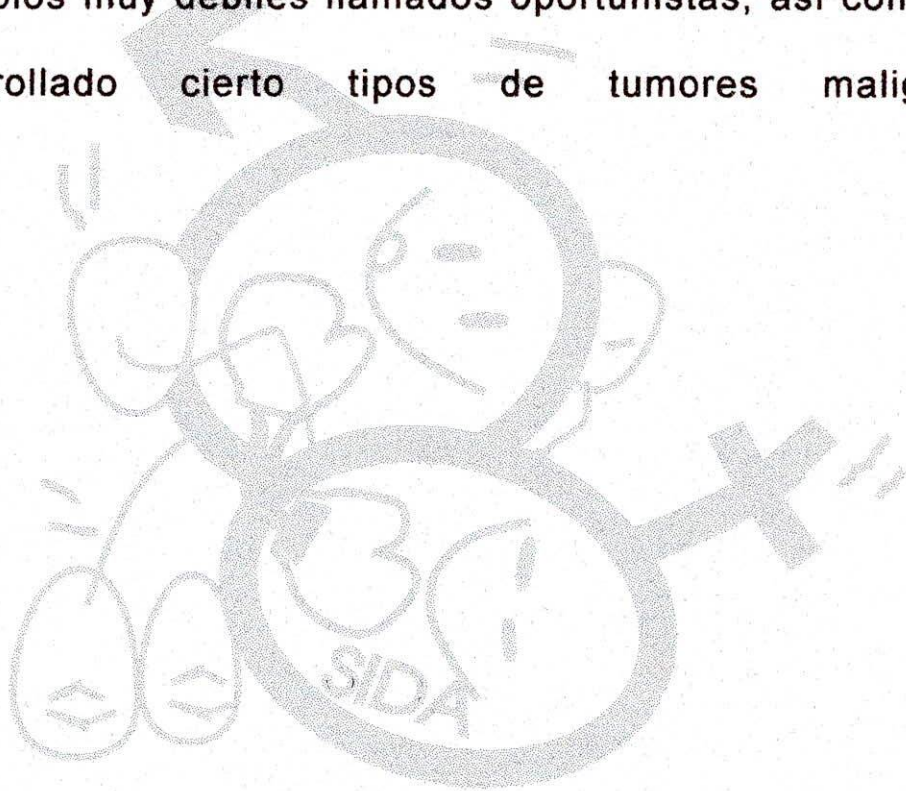
MANUAL DEL MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES CON SIDA

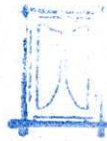
1. ¿QUÉ ES EL SIDA?

Es una enfermedad infecciosa causada por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV); es incurable, mortal y contagiosa, se caracteriza por la destrucción del sistema inmunitario.

El VIH es lentivirus, por lo que el período de incubación es muy largo: entre 4 a 6 años, durante los cuales el individuo se siente muy bien pero es contagioso.

El VIH destruye los mecanismos de defensas del organismo ante la infección, en una forma muy lenta pero implacable e irreversible, ya que este virus nunca puede ser eliminado del organismo. Por ello el enfermo de SIDA queda expuesto a enfermedades graves, incluso por microbios muy débiles llamados oportunistas, así como ha desarrollado cierto tipos de tumores malignos.





2. ETIOLOGÍA

Es causada por el virus RNA de la familia del retrovirus, tiene la capacidad de convertir el RNA viral en DNA viral; se incorpora a la célula por medio de la transcriptasa inversa, se fusiona a la superficie de ésta, con la ayuda del receptor CD4 que es un marcador situado en la superficie de los linfocitos, se replica y las nuevas células traen la información viral, destruye e infecta, quitando así el factor de modulación de la respuesta inmune, por lo tanto no hay la adecuada actuación de los linfocitos productores de las linfocinas.

3. EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH

- El SIDA es un epidemia mundial
- Se estima que el virus del SIDA ha infectado a más de 10 millones de personas en todo el mundo. Los individuos afectados pueden ser capaces de transmitir el virus a sus parejas sexuales (semen, flujo vaginal), transmisión sanguínea (agujas contaminadas, transfusiones) o durante el parto (de una madre infectada)
- Las personas infectadas con VIH son asintomáticas durante un prolongado período de tiempo y no se dan cuenta de su situación de infectados o portadores.
- Los períodos de incubación pueden durar muchos años, existiendo modelos de extrapolación que indican un

tiempo medio de más de 8 años. La infección inicia un continuum patológico polifásico: en algunas empieza con una enfermedad retroviral autolimitante, mientras en otros hay una fase asintomática; esto va seguido de un período de signos y/o síntomas muy variables y finalmente, la infección acaba en la fase terminal de SIDA que es la aparición de infecciones oportunistas específicas y procesos malignos.

- Aparecen frecuentemente mutaciones genéticas víricas, que inducen variaciones en su composición protéica. Esto explica, por lo menos en parte, la diversidad de signos y síntomas, y la emergencia de cepas "nuevas".

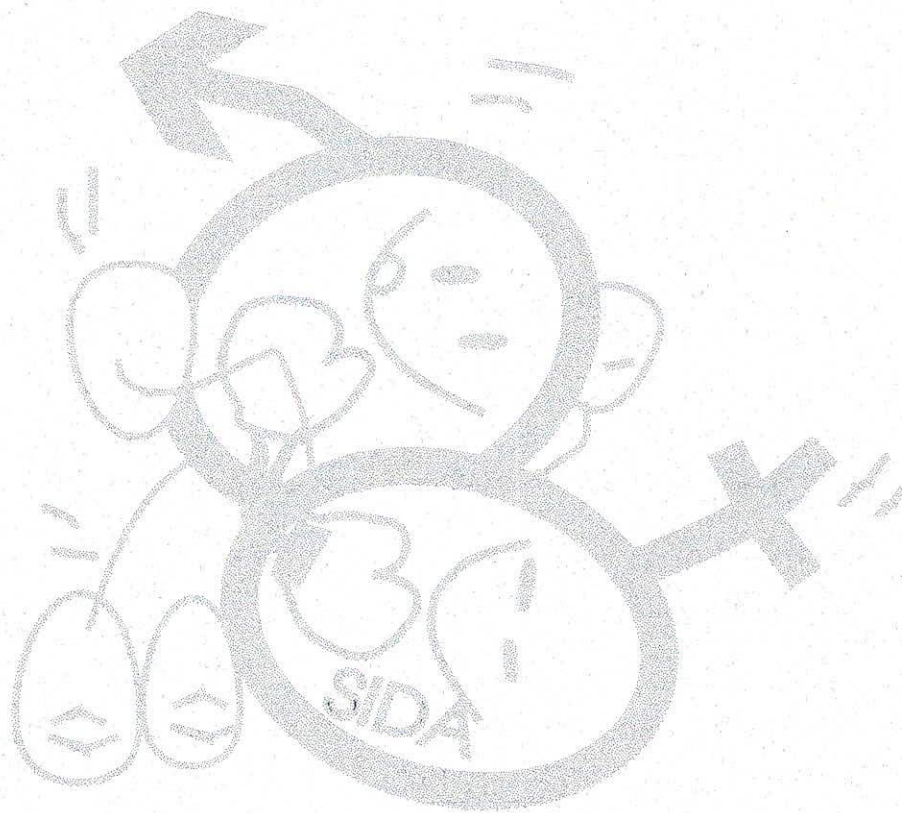
4. DEMOGRAFÍA

La distribución de los individuos infectados con el VIH en todo el mundo varía según el momento inicial de la exposición geográfica del virus, los hábitos y costumbres, condiciones socioeconómicas y los sistemas de información. El mayor número de casos de SIDA han sido publicados en Estados Unidos, se encuentra con máxima frecuencia en homosexuales y bisexuales. En países subdesarrollados se encuentran en mayor concentración en mujeres, probablemente por la prostitución, bajo uso el uso de técnicas de barrera, enfermedades genitales y penetración anal. El SIDA está firmemente establecido en población heterosexual, principalmente en los que abusan de drogas intravenosas.

5. SUPERVIVENCIA

El SIDA es una enfermedad 100% letal y se cree aunque no está demostrado, que la mayoría de los individuos infectados con VIH desarrollarán el SIDA y no sobrevivirán a esta enfermedad letal. La causa de la muerte suele ser una infección oportunista o un proceso maligno. La causa e infección de muerte más frecuente en el SIDA está relacionada con neumonía por pneumocystis carinii y el fallo respiratorio. Hay muy pocas pruebas en apoyo del concepto de que la infección por VIH mueren dentro de los dos (2) años a partir del diagnóstico definitivo del SIDA. Hay algunas víctimas que viven durante muchos años, con calidades variables de vida. Indudablemente, los factores del comportamiento

desempeñan un papel importante. Estas incluyen la aceptación de regímenes terapéuticos, la protección de la actividad sexual y la alteración de los hábitos perjudiciales que producen un detrimento, como el consumo de drogas.





6. LABOR DEL ODONTÓLOGO PARA HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS

Muchas son las lesiones orales relacionadas con la infección por VIH. Tales se han clasificado en lesiones: micóticas, bacterianas y virales, neurológicas y tumorales, y las de origen desconocido.

Para su buen diagnóstico se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ◆ Conocer la clasificación y características clínicas de las lesiones orales.
- ◆ Realizar un interrogatorio al paciente, indagando por afecciones constitucionales tales como: estados febriles prolongados, diarreas prolongadas, fatiga, pérdida de

peso inexplicable, sudoración nocturna.

- ◆ En ningún caso se deberá emitir diagnósticos presuntivos directamente al paciente.
- ◆ Saber establecer una interconsulta a un médico en la cual se debe considerar:
 - Impresión diagnóstica de las infecciones en cavidad oral.
 - Enumeración de las afecciones constitucionales establecidas en la historia clínica del paciente.
 - Mencionar "valoración médica" al final de la interconsulta antes de firmar.
 - Remitirlos al centro profesional que más se adecue a sus conveniencias, ojalá donde exista una unidad de infectología.
 - Se debe solicitar una respuesta a la interconsulta, si la respuesta es positiva se considera como caso comprobado.

7. VÍAS DE TRANSMISIÓN

Investigaciones realizadas en todo el mundo han establecido con seguridad que el virus se transmite de las siguientes formas:

7.1 VÍA SEXUAL

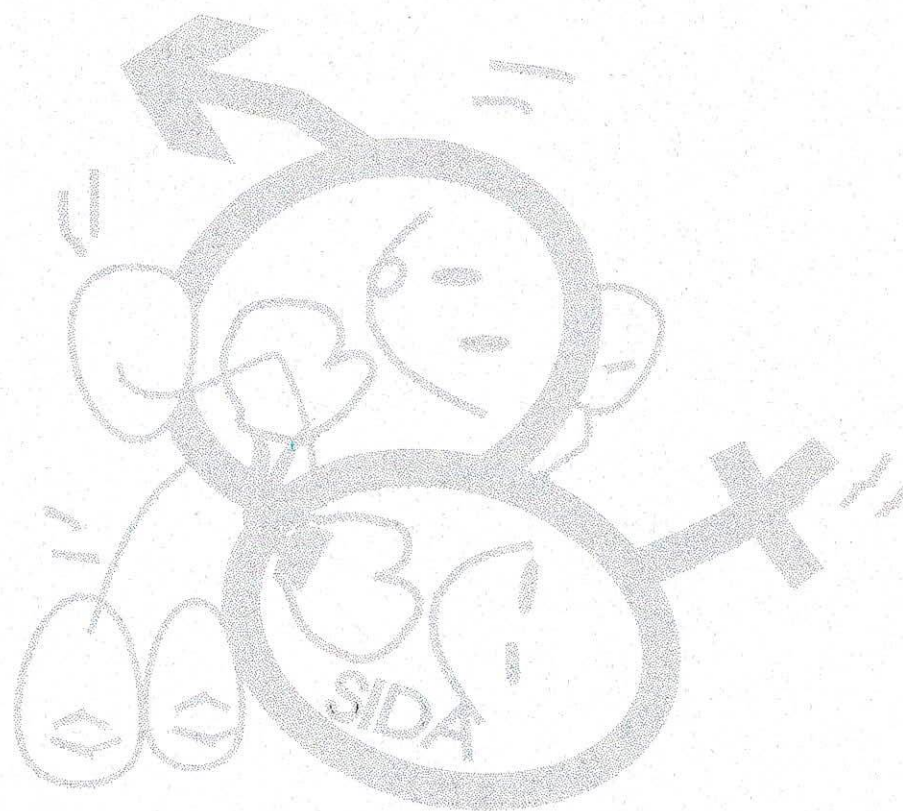
Teniendo sexo oroanal, orogenital con alguien infectado con HIV (homosexual, bisexual, heterosexual)

7.2 VÍA SANGUÍNEA

Compartiendo agujas o jeringas con alguien infectado con VIH, por inyección de sangre infectada por contactos de heridas con material contaminado, punciones accidentales.

7.3 VÍA PERINATAL

In útero o durante el parto. De una madre infectada, su hijo durante el embarazo o en el momento del parto, o en raras ocasiones, por lactancia materna.



8. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LAS LESIONES ORALES ASOCIADAS A LA INFECCIÓN POR VIH / SIDA

8.1 ENTIDADES INFECCIOSAS

8.1.1. Micóticas

8.1.1.1 Candidiasis. El hongo *Candida* se encuentra corrientemente como parte de la flora microbiana oral en las personas infectadas con VIH, por lo tanto no es sorprendente que, en los individuos VIH positivos la infección más corriente sea el sobrecrecimiento de *Candida*, su reconocimiento es importante ya que la Candidiasis oral puede ser una carga para la salud oral y general del paciente. La Candidiasis oral puede ser reconocida por el huésped o no; sin embargo, la

identificación y tratamiento tienen un impacto importante sobre el bienestar del paciente por las razones siguientes:

- La candida es frecuentemente crónica y recurrente
- La Candidiasis oral puede ser el primer signo y/o síntoma de una infección por VIH.
- Si un paciente VIH-positivo conocido tiene una Candidiasis oral, el pronóstico por lo que respecta a una supervivencia prolongada parece estar disminuido.
- La Candidiasis oral suele producir síntomas notables de molestia o dolor, halitosis y disgresia, todo lo cual requiere una forma de tratamiento.
- La Candidiasis oral puede agravar un sistema inmune ya comprometido, suprimiendo aún más las funciones del linfocito T.
- La Candidiasis oral puede servir como foco para una colonización por candidas en otros lugares, tales como el esófago o las vías respiratorias; sin embargo, la Candidiasis generalizada en los individuos infectados



por VIH es extremadamente rara.

8.1.1.1.1 Diagnóstico. Puede ser difícil, ya que la Candidiasis oral tiene manifestaciones sumamente variables que incluyen diferentes tipos, tamaños y formas de colonias micóticas superficiales mucosas; diversos patrones de eritema mucosos; combinaciones de alteraciones rojas y blancuzcas, e incluso lesiones erosivas. La infección intraoral va a menudo acompañada de una queilitis angular.

8.1.1.1.2 Tratamiento. Suele ser eficaz, por lo menos hasta que lleguen las fases terminales de la infección VIH. El principal problema para su control es que las infecciones micóticas, suelen ser crónicas y requieren un tratamiento repetido o continuo. El método terapéutico entraña el uso de antimicóticos sistémicos y tópicos, y la incorporación de enjuagues antisépticos.

El Ketoconazol (Mizoral), a la dosis de 200 a 400 mg, junto con algún alimento una vez al día. Es muy eficaz en los casos graves, algunas veces se requieren dosis de 400 mg, 2 veces al día. Las razones para ello, pueden ir desde una mala absorción hasta la necesidad de unas mayores concentraciones en sangre/tejidos. Aunque el Ketoconazol es metabolizado en el hígado, la elevación de las enzimas hepáticas es rara, como lo son también las reacciones alérgicas. Estos pacientes se quejan de cefáleas o náuseas. La terapéutica sistemática suele ser intermitente y a largo plazo y se alterna con otros antimicóticos en forma de fármacos tópicos o de enjuagues orales. Fármacos antimicóticos sistémicos más modernos, tales como el Fluconazol, dan pruebas de una eficacia aún mayor. Esto parece ser debido a una mejor absorción y a una toxicidad.

El uso de medicaciones antimicóticas tópicas, incluyen la Nistatina y el Clotrimazol, en formas que pueden

disolverse en la boca y luego tragarse o escupirse. La Nistatina puede utilizarse en forma de tabletas vaginales de Mycostatin de 100.000 unidades, disueltos en la boca, hasta 5 veces al día, se puede obtener en otras formas: en forma de pastillas, cuya efectividad no ha sido aún determinada, como suspensión, que algunos pacientes encuentran difícil mantener en la boca durante períodos suficientemente largos, para hacer un suficiente largos para hacer un suficiente contacto y suprimir los hongos.

El Clotrimazol puede usarse en forma de tabletas orales de 10 mg. (Mycetex), disueltos en la boca, hasta 5 veces al día. Otra forma eficaz de Clotrimazol ha sido las tabletas vaginales de 100 mg., disueltas en la boca, al ir a acostarse o incluso 2 veces al día. Lo mismo con la Nistatina que con el Clotrimazol, es preciso no enjuagarse la boca ni comer durante algún tiempo después de utilizarlos. Aunque la saliva tragada puede ser eficaz sobre otros segmentos del tubo gastrointestinal, poco a poco se

absorbe hacia la corriente sanguínea, y por lo tanto, no produce ningún efecto sistémico.

Los enjuagues bucales que han sido útiles, incluyen el Peridex (0,12% de Clorhexidina) y el Listerine. Hay que instruir a los pacientes para que en cada enjuague retengan 20 ml. en la boca durante 1 minuto, 2 ó 3 veces al día, y que eviten luego enjuagar la boca durante 30 a 60 minutos después de escupir el contenido. Algunos pacientes pueden experimentar una sensación de quemazón transitoria.

Otro enjuague Bucal que puede tener alguna utilidad en el control de la micosis es el agua oxigenada, al 3% mezclada en partes iguales con suero salino caliente.

Cuando los pacientes están hospitalizados y la Candidiasis oral es una complicación, la Anfotericina B intravenosa es un agente antimicótico eficaz.

El sobrecrecimiento de cándidas es favorecido por los antibióticos, por lo tanto, a menudo se administran simultáneamente medicaciones antimicóticas, como medida profiláctica para prevenir el sobrecrecimiento de los hongos en individuos de alto riesgo, además, alguna vez se produce una Xerostomía, ya sea como resultado de una Sialodentitis Idiopática o por las medicaciones que reducen la producción de saliva. En estas situaciones, requieren enjugues con agua o un sustituto de la saliva. El sialogogo más corriente y eficaz el Betanecol, las dosis eficaces pueden variar de 25 mg. 3 veces al día a su mg. 4 veces al día.

8.1.1.2 Histoplasmosis

8.1.1.3 Criptococosis

8.1.1.4 Geotricosis.

Éstas tres últimas entidades se manifiestan clásicamente como granulomas, cuya mucosa se ulcera fácilmente y que pueden o no comprometer el hueso subyacente.

8.1.2 Bacterianas

8.1.2.1 Gingivitis y periodontitis asociadas al VIH.

Características clínicas:

- Una gingivitis que puede manifestarse por lesiones ulcerativas necróticas y/o eritemas
- Molestias y dolor
- Necrosis ósea alveolar
- Recesión gingival y resorción ósea rápidas y progresivas

Con relación a la etiología, la mayoría de los estudios se han enfocado hacia la flora microbiana oral y subgingival. Hay una firme indicación de que ciertas alteraciones de los componentes de la saliva, tales como las enzimas

antimicrobianas y las inmunoglobulinas (anticuerpos), pueden desempeñar un papel en el control de la flora y de las placas. Una mala higiene oral y dental complican el problema. El tratamiento se dirige a la vez a los cuidados de la consulta y a los domiciliarios, esto implica el mantenimiento de un estado general y de nutrición óptimos, raspaje y curetaje en la consulta (a menudo combinados con irrigaciones de povidona-yodo), antibióticos si son necesarios para controlar los patógenos orales (Metronidazol o penicilina o alternativas de la penicilina) y control micótico si está indicado. Se recomienda un cuidado domiciliario apropiado con la higiene oral habitual, pero intensiva, aumentada por enjuagues bucales diarios, tales como Clorhexidina al 0.12%. La cooperación del paciente es a menudo un problema debido a las actitudes, costos y otras complicaciones agudas coincidentes de la infección con VIH

8.1.3 Virales

8.1.3.1 Virus del Herpes Simplex. La expresión principal parece estar en los labios (Herpes labial, ulcera catarral). en los individuos con inmunosupresión, las lesiones suelen recidivar más frecuentemente, son mayores, muchas veces aparecen en forma de lesiones múltiples y perciben durante más largo tiempo. en algunos casos, las lesiones labiales son contiguas a la piel adyacente y continúan expandiéndose en tamaño, y responden mal al tratamiento. Si los herpes mucocutáneos son progresivos y persisten durante más de un (1) mes en una persona con VIH-positiva, el proceso entra dentro de la definición del SIDA.

Puede aparecer una infección intraoral en la forma clásica de ulceraciones irregulares y poco profundas, que a menudo tienden a la coalescencia y afectan el epitelio escamoso queratinizado del paladar duro, la encía y el dorso lingual. La recidiva intraoral puede producirse sobre



cualquier superficie mucosa y no está restringida a los epitelios queratinizados. En estos caso, las lesiones suelen ser de forma irregular, varían de tamaño; si son múltiples, y están cubiertas de seudomembranas. estas lesiones ulcerativas pueden ir asociadas o no a eritema.

Las ulceraciones suelen ser muy dolorosas y, si no se tratan, pueden ser progresivo o por le menos persistir durante extensos períodos de tiempo. El diagnóstico clínico puede confundirse con reacciones tóxicas y alérgicas o con manifestaciones de infecciones bacterianas. El diagnóstico puede confirmarse mediante raspaje citológico, técnicas de cultivo o frotis. Cuando existen pruebas de que un paciente puede todavía desarrollar una defensa por anticuerpos, puede instituirse un tratamiento utilizando métodos empíricos. Sin embargo, la terapéutica específica se consigue primordialmente utilizando Aciclovir (Zovirax. Como el Aciclovir se absorbe más, se requieren grandes dosis de

(1 a 4 g.). El Aciclovir previene la replicación vírica. Las reacciones tóxicas son raras; sin embargo en un pequeño porcentaje de pacientes, se desarrolla una resistencia que puede ser temporal.

8.1.3.2 Virus de Epstein-Barr y Leucoplasia Velloso. La infección con el virus de Epstein Barr puede ser un factor en la aparición de un linfoma no Hodking, así como desempeñar el papel de promotor de otras lesiones orales.

El término Leucoplasia oral se refiere a unas lesiones de aspecto blancuzco, que casi siempre aparecen en uno o ambos bordes laterales de la lengua; aparece frecuentemente en forma de proyecciones y/o arrugas de aspecto vellos, pero pueden mostrar también el aspecto de una placa. Rara vez la Leucoplasias pueden aparecer en otras localizaciones orales, tales como la mucosa oral, la orofaringe y el suelo de la boca. Las causas de la

Leucoplasia vellosa es desconocida. La Leucoplasia puede aparecer en todos los grupos infectados por el VIH, aunque es más frecuente en homosexuales y bisexuales. Es de suma importancia el hecho de que la Leucoplasia vellosa indique la infección con VIH y tenga un alto valor de predicción por lo que se refiere al desarrollo del SIDA, probablemente dentro de los tres años subsiguientes en la mayoría de los casos.

El tratamiento es efectivo. Estas lesiones suelen ser asintomáticas pero crónicas. Se tratan solamente si producen molestias o por coincidencia, cuando otra enfermedad es el objetivo del tratamiento. La Leucoplasia vellosa puede desaparecer con la administración de altas dosis de Aciclovir, Azidotimidina (Ciclobudina) que interrumpen la replicación vírica, solución tópica Retin-A y antibióticos tipo sulfa-administrados para controlar la neumonía por Pneumocystis.

Habitualmente la Leucoplasia vellosa recidiva cuando el tratamiento se interrumpe o modifique. En cualquier caso la leucoplasia vellosa augura un mal pronóstico y es signo claramente definido de infección por VIH.

8.1.3.3 Virus de la varicela (Zoster). En el paciente inmunocomprometido existe el riesgo de una reactivación de un virus latente de la varicela. Cuando esto ocurre, la enfermedad toma la forma de varicela Zoster más conocido como Herpes Zoster. La vesículas epiteliales formadas por el virus acaban rompiéndose y formando costras y tienen una distribución unilateral clásica. Son dolorosas a demás de pruriginosas. Aunque las lesiones son casi siempre autolimitantes, la parte más molesta de la infección es la neuropatía postzoster con dolor asociado, que a menudo es muy intenso. El tratamiento es empírico utilizando Aciclovir, analgésicos y una medicación tricíclica estimulante. Las recidivas incluso en el grupo inmunocomprometido son frecuentes. Cuando

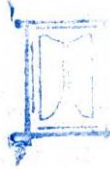
parece un herpes Zoster en el paciente infectado por VIH el pronóstico para lo que respecta al desarrollo del SIDA es grave, y es probable la muerte en un período relativamente corto de tiempo por una infección oportunista.

8.1.3.4 Citomegalovirus. Puede provocar una enfermedad similar a la mononucleosis. En los individuos infectados con VIH se encuentran casi siempre anticuerpos al citomegalovirus, y en un número considerable puede realmente cultivarse el propio virus.

En los pacientes inmunocomprometidos, el Citomegalovirus puede producir retinitis, leucopenia, hepatitis, úlceras gastrointestinales y neumonitis. Rara vez se conocen lesiones mucosas orales pero sin embargo el Citomegalovirus puede servir como co-factor en el desarrollo de otras lesiones bucales, Por ejemplo, el Citomegalovirus tiene una predilección por la glándulas

salivares mayores, se ha especulado sobre la posibilidad de que el Citomegalovirus indujera una inflamación de ciertas glándulas salivares, mayores, que puede producir una hinchazón facial o una alteración de la producción de saliva, que posiblemente explicaría la manifestación bastante frecuente de Xerostomía.

8.1.3.5 Papilomavirus humano. Este virus se encuentra a menudo relacionado con diversas enfermedades siendo muy difícil de documentar. El virus es causal. Está íntimamente relacionado con los condilomas acuminados (verrugas venéreas). Estas verrugas pueden aparecer sobre cualquier superficie mucosa y parecen pequeños fibromas, papilomas escamosos o verrugas. La mayoría de los pacientes que presentan condilomas orales presentarán a menudo verrugas genitales o anales, aunque el hecho de tener verrugas venéreas no significa que la persona esté infectada con VIH, sí significa que está asociada a un estilo de vida y de conducta que coloca



al paciente en situación de riesgo de estar expuesto al virus del SIDA. Estas verrugas orales han sido el primer signo que han sugerido las prácticas de prueba de VIH.

El diagnóstico es a menudo complejo al igual que el tratamiento, ya que el control depende de una extirpación quirúrgica adecuada de las verrugas orales con una terapéutica concomitante si hay también verrugas genitoanales. El tratamiento más práctico es la excisión local y cauterización de la base. Este virus está siendo estudiado actualmente.

8.1.4 Lesiones tumorales.

8.4.1.1 Sarcoma de Kaposi. El diagnóstico de un Sarcoma de Kaposi en un paciente de menos de 60 años de edad cubre la definición de SIDA. El Sarcoma de Kaposi puede afectar sistemas orgánicos principales, es generalmente multicéntrico y puede ser la causa primaria de muerte. Aparece con mayor frecuencia en hombres



homosexuales infectados por VIH. El Sarcoma de Kaposi parece estar vinculado a un factor de crecimiento celular que estimula la proliferación de los vasos sanguíneos y linfáticos y del tejido conjuntivo fibroso. Puede establecerse un diagnóstico definitivo por biopsia. La localización más frecuentes es la piel, aunque en muchos casos se presenta en cavidad oral, y en muchos ésta es la primera o única localización. Al principio, el Sarcoma de Kaposi no es molesto y puede incluso pasar inadvertido al paciente, a menudo la enfermedad progresa hasta llegar a intervenir con la función y la comodidad.

Es característico que el Sarcoma de Kaposi aparezca como una lesión azulada rojiza de aspecto vascular. Las zonas de formación del tumor suelen ser de forma irregular y generalmente múltiples, y pueden variar desde zonas planas con cambios de color hasta grandes tumores proliferativos. En la fase proliferativa, el Sarcoma de Kaposi puede ser doloroso y hemorrágico e interferir con el

habla, la deglución y la higiene. La localización intraoral más frecuente es el paladar, luego la encía, orofaringe, vestibular y lengua.

El tratamiento más eficaz del Sarcoma de Kaposi oral es una radiación de baja dosis, habitualmente que se aproxima a 1.500 cGy en 10 fracciones. Aunque no es cultivo se basó más que todo en la estética y malestar, casi siempre hace remitir los signos y los síntomas. La excisión (la más eficaz es con rayo láser) y la quimioterapia con vinblastina han sido útiles en algunos casos.

8.1.4.2 Linfoma. Procesos malignos cuyo número crece con más rapidez, siendo el linfoma no Hodgkin la forma más frecuente. Los factores aparentes de la inmunosupresión son desconocidos, aunque el virus de Epstein-Barr es sospechoso. La mayoría de los casos parecen ser extraganglionares. En algunos pacientes el

linfoma no Hodgkin aparece primero o únicamente en la boca. El Linfoma no Hodgkin es el proceso maligno más frecuente en los diagnósticos intravenosos con SIDA.

8.1.4.3 Carcinoma escamocelular. Los carcinomas escamosos orales aparecen primordialmente en individuos que han sobrepasado la cuarta década de su vida. En los hombres homosexuales jóvenes infectados con el VIH, se han encontrado carcinomas escamosos más frecuentemente. La causa es incierta, ya que la inmunosupresión no puede ser confirmada en todos los pacientes, en el momento del diagnóstico. La lengua es con gran diferencia de la localización más frecuente, y la historia de tabaco, abuso de alcohol, hepatitis B y Candidiasis es prácticamente universal.

8.1.5 Lesiones de causa desconocida

8.1.5.1 Estomatitis aftosa recidivante. Manifestación de una anomalía autoinmune, en los individuos infectados

con VIH, parece haber una frecuencia aumentada de personas que presentan ataques de Estomatitis Aftosa Recidivante. Por primera vez, en los que tienen historias previas, los ataques son más frecuentes, o más graves. La gravedad se refleja a menudo por la presencia de lesiones múltiples o aftas mayores. Las aftas mayores son lesiones que exceden de 6 mm de diámetro, persisten períodos más largos de tiempo y son dolorosas.

El tratamiento es indispensable a causa del dolor y la dificultad para comer. El tratamiento va dirigido contra los linfocitos asociados a las tensiones. El método más eficaz es el uso de corticoesteroides. La terapia sistemática incluye el uso de Prednisona, Las dosis diarias suelen variar entre 40 y 60 mg. La duración del tratamiento está determinado por la desaparición de los síntomas o signos. Suelen producirse respuestas adecuadas en menos de 2 semanas. El uso de corticoesteroides tópicos implica la aplicación de pomadas, tales como Fluocinonida al 0.05%

o Clobetasol al 0,05% mezclados con partes iguales de orabase o bien colutorios diarios (enjuagar durante 1 minuto y escupir) con un elixir de Dexametosona.

8.1.5.2 Hipersensibilidad, reacciones liquenoides.

Muchas de estas hipersensibilidades son autoinmunes, mientras que otras se desarrollan en respuesta a medicaciones y alimentos. El diagnóstico se basa en la historia y en los hallazgos clínicos, pero también se necesitan de cultivos, frotis y biopsias.

El tratamiento implica: la identificación de alérgenos y su evitación: prevención mediante el uso de antihistamínicos, y tratamiento definitivo mediante el empleo de corticoesteroides sistémicos o tópicos.

8.1.5.3 Trombocitopenia. Un anticuerpo que muchas personas infectadas con VIH producen. Es una proteína dirigida contra sus propias plaquetas sanguíneas. Cuando

se produce este hecho, los recuentos de plaquetas pueden descender desde los valores normales por encima de 200.000-300.000/mm³ de sangre hasta alrededor de 100.000 o menos, esta puede producir problemas de coagulación después de una herida en algunos casos, los recuentos van muy por debajo de 50.000, lo que da lugar a problemas mayores, incluyendo hemorragias espontáneas de la boca y hematomas, y dificultad del control de la sangría después de operaciones dentales u orales. El tratamiento puede ser con corticoesteroides, transfusiones y esplenectomía.

8.1.5.4 Sialodentitis y Xerostomía. Los pacientes con VIH pueden presentar una disminución del ritmo del flujo salival. La causa es desconocida, pero puede ser una reacción autoinmune o una infección con Citomegalovirus y subsiguiente inflamación de las glándulas salivales. Puede haber aumento de las glándulas salivales y el diagnóstico diferencial debe incluir la infección, el tumor y



la inflamación. Los métodos más habituales son un ensayo con antibióticos para excluir la infección y una biopsia por aspiración con aguja fina para excluir la neoplasia.

El hallazgo más frecuente es el de hiperplasia benigna idiopática.

El tratamiento en los procesos benignos suele ir dirigido a mantener la boca húmeda. Este Método entraña frecuentes colutorios bucales, caramelos o chicles sin azúcar, substitutivos salivales y estimulantes de las glándulas salivales (Pilocarpina o Betanecol).

8.1.6 Lesiones orales no clasificadas. Es muy frecuente que los pacientes infectados con VIH acudan a la consulta a causa de unos signos y síntomas que no ayudan por sí mismos a un diagnóstico obvio o a un agente etiológico. El tratamiento es paleativo con ensayos clínicos y seguimiento.

9. BARRERAS DE BIOSEGURIDAD

9.1 DEFINICIÓN

Se entiende por barreras de bioseguridad, el atuendo que el profesional debe emplear cuando este pueda estar en contacto con sangre, saliva, mucosa del paciente o secreciones derivadas de los tejidos orales.

9.2 CLAVES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD EN PACIENTES CON VIH.

- Manipular suavemente los tejidos
- Usar lubricantes vegetales en labios, comisuras, bordes de la lengua y carrillos.

- Humedecer moderadamente rollos de algodón o gasas antes de aplicarlas, a fin de contrarrestar la deshidratación de las mucosas.
- Se debe indicar el uso de antisépticos o de hipoclorito de sodio al 1%, en prótesis mucosoportadas debido a que la *Candida* tiene afinidad de adherirse al acrílico.
- En estudios terminales el tratamiento odontológico debe limitarse a controlar el dolor, limitar infección, remover placa bacteriana, mediante el uso de gluconatos de clorhexidina con limpieza muy suave con copos de algodón.
- Los tratamientos agudos de infección de origen dental sólo podrán ser tratados con medicamentos sistémicos y antimicrobianos, y analgésicos de común acuerdo con el médico.



9.3 TÉCNICAS DE BARRERA PARA EL PROFESIONAL DE LA SALUD

9.3.1. Guantes de Látex

- La talla debe ser ajustada para no alterar la sensibilidad táctil, facilitar la manipulación de tejidos de instrumentos
- Nunca reutilizarlos
- Cuando se rompen o se pinchan deben cambiarse inmediatamente.

9.3.2 Tapabocas

- Evita exposiciones a salpicaduras
- Evita aerosoles de sangre - saliva, creados por el chorro de aire- agua de la pieza de mano.

9.3.3 Gafas protectoras o caretas

- Deben ser frontolaterales para evitar la exposición de la conjuntiva



- Escudos faciales fronto-mentoneros que eliminan el uso del tapabocas.

9.3.4 Ropa

- Uso de gorro quirúrgico desechable
- Blusas de manga larga de material desechable
- La ropa se debe cambiar por lo menos una vez al día antes de atender a otro paciente, si es que se ha salpicado de sangre.

9.3.5 Unidad de atención

- Debe forrarse en papel impermeable todas las superficies que sean de fácil contaminación; tales como: cabecera, brazos, bandeja, jeringa triple, mango de la lámpara; además de la pieza de mano y el micromotor.

9.3.6 Limpieza

- Realizar limpieza de escupideras y piezas de mano, jeringas triples y demás superficies contaminadas o

salpicadas de sangre, utilizando agentes virucidas. Siempre entre paciente y paciente.

- Evacuación de conductillos agua-aire de la pieza de mano. dirigiendo el chorro hacia la escupidera durante uno o dos minutos.

9.3.7 Lavado y cuidado de las manos

- Las manos siempre deben lavarse entre paciente y paciente, una vez removidos los guantes; luego de tocar objetos contaminados y antes de salir del consultorio.
- Para secarse las manos debe usarse toallas desechables, nunca usar toalla de tela, ni aire seco.
- Debe usarse jabón quirúrgico antimicrobiano

9.3.8 Manejo de instrumentos cortopunzantes

- Debe manejarse con extraordinario cuidado objetos afilados como agujas, bisturí e instrumentos afilados, ya que potencialmente pueden ser infectantes.

- Este tipo de instrumentos ha de colocarse en envases resistentes.
- Las agujas no deben ser dobladas o quebrados, se debe colocar su protector.

9.4 ELIMINACIÓN DE DESECHOS

- Los elementos cortopunzantes como agujas o hojas de bisturí deben ser depositadas en recipientes resistentes a la punción, que contengan hipoclorito de sodio al 0,5% y que tengan aperturas angostas para evitar que alguien saque dicho material con la mano.
- Las gasas, algodones y demás elementos desechables deben ser colocados en bolsas plásticas rojas o marcadas con un rótulo "Material Infectado". Estas bolsas se deben manipular con guantes.

9.5 RÉGIMEN DE ENTRADA

Los elementos (instrumentos, eyectores, gasas, etc.) en

cuanto a su efecto de potencial de contaminación se clasifican en tres grupos.

9.5.1 Críticos. Son los que ingresan al organismo a través de la piel o de una cavidad no séptica. **Deben ser esterilizados.**

9.5.2. Semicríticos. Son los que entran en contacto con mucosas, pero no ingresan al organismo. **Deben ser desinfectados.**

9.5.3 No críticos. No entran en contacto directo con el paciente. **Deben ser sanitizados** empleando Hipoclorito de Sodio a 10.5%.

9.6 RÉGIMEN DE SALIDA

Se relaciona con la desinfección de elementos reutilizables.

9.6.1 Elementos críticos. Tales como fresas, mangos de bisturí, limas, sondas, curetas de mano, ultrasónicas, pinzas. Deben ser lavadas con agua y jabón pero con guantes gruesos antes de someterlos a un proceso de esterilización.

9.6.2 Elementos semicríticos. Tales como porta- agujas, condensadores, cucharillas, raspadores ultrasónicos, pinzas, algodonerías, espejos, retractores de comisuras, cubetas, etc.

Deben ser lavadas al igual que los críticos y llevados a desinfección.

Desinfección de pieza de mano con gasas saturadas de Hipoclorito de Sodio al 0.5%, Glutaraldehído al 2% ó Yodoformo como la Povidona al 2,5% x 20 minutos.

La jeringa triple y el micromotor deben desinfectarse con un germicida químico adecuado.

10. PRUEBAS DE LABORATORIO REQUERIDOS POR EL ODONTÓLOGO.

10.1 PRUEBA DE ELISA

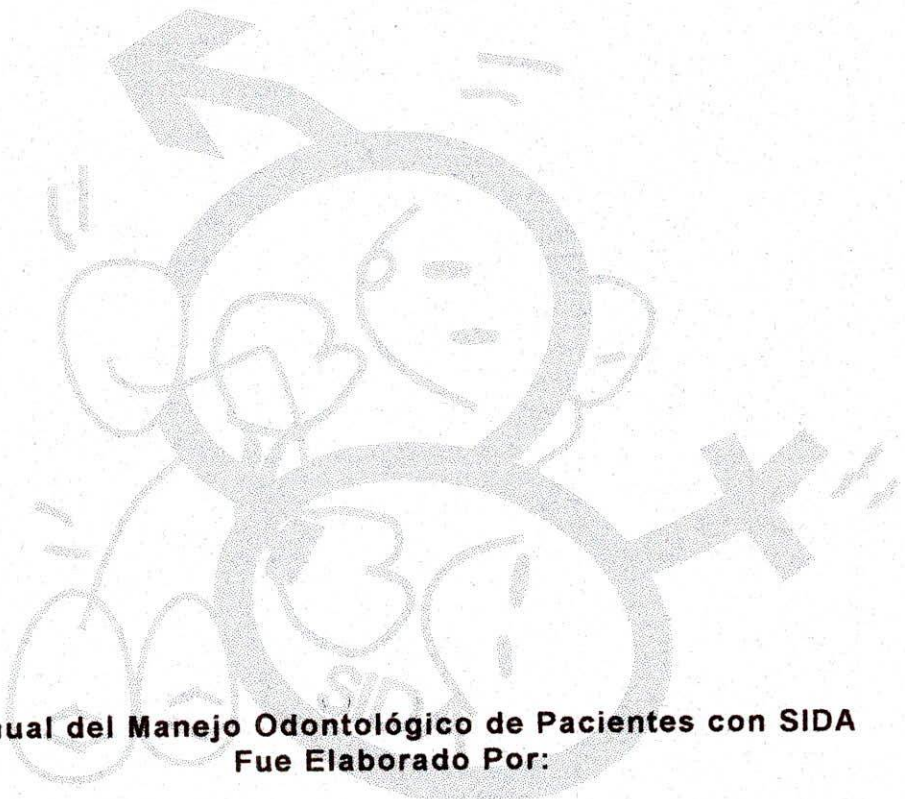
Detecta la cantidad total de anticuerpos contra el virus

10.2 INMUNOBLOCK

Es una prueba confirmatoria, detecta la cantidad de anticuerpos contra antígenos específicos del virus.

10.3 AMPLIFICACIÓN GENÉTICA

10.4 AGLUTINACIÓN DE LÁTEX



**Manual del Manejo Odontológico de Pacientes con SIDA
Fue Elaborado Por:**

**MARCELA GONZÁLEZ V.
MARITZA LOZANO
MARÍA FERNANDA MEGUDAN M.
JOHANA P. PIÑEROS G.
LAURA A. SANTACRUZ G.**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
1996**