

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCION DE REGULACIÓN
UNIDAD DE SALUD BUCAL**

GUIA DE ATENCIÓN ODONTOESTOMATOLÓGICA PARA EL PACIENTE CON VIH



EL SALVADOR, C.A, DICIEMBRE DE 2008

**AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL**

DR. JOSÉ GUILLERMO MAZA BRIZUELA
Ministro de Salud

DR. JOSÉ ERNESTO NAVARRO MARIN
Viceministro de Salud

DR. JOSÉ ROBERTO RIVAS AMAYA
Director de Regulación

DR. HUMBERTO ALCIDES URBINA
Director General de Salud

DR. MARIO VICENTE SERPAS
Director de Vigilancia de la Salud

DRA. ENA GARCIA
Directora de Planificación

LIC. JUDITH ZÁRATE DE LÓPEZ
Directora de Administración y Finanzas

CRÉDITOS

Dra. Cecilia Somoza de Díaz	Jefe de Unidad de Salud Bucal.
Dr. Mauricio Arturo Ruano	Colaborador Técnico Salud Bucal.
Dra. Mayra Sáenz de Hernández	Colaborador Técnico – Unidad de Normalización. Dirección de Regulación.
Dr. Julio César Solórzano	Colaborador Técnico Médico URMIM.
Dr. Edgar Aguirre	Colaborador Técnico Región Metropolitana.
Dr. Azael Jovel	Programa Nacional ITS/ VIH/ SIDA.
Dr. Manuel Antonio Espinoza	Universidad Evangélica de El Salvador
Dr. René Humberto Penado	Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica

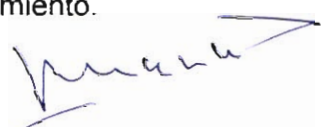
PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de la Unidad de Salud Bucal, en coordinación con el Programa Nacional ITS/ VIH/ SIDA, han elaborado la presente guía, tomando en cuenta que la infección por el VIH/SIDA, no sólo constituye un importante problema mundial de Salud Pública, sino también un permanente reto para las autoridades, investigadores y profesionales sanitarios, los cuales han de enfrentarse a ella cada día, mediante la planificación de estrategias, la búsqueda de terapias eficaces, la prevención y el diagnóstico de nuevos casos, y la atención integral a las personas viviendo con VIH.

Las manifestaciones bucales asociadas a la infección por VIH pueden constituir la primera evidencia clínica de la infección, el 90% de los casos VIH (+) presentan manifestaciones bucales en el transcurso de la enfermedad; así mismo, la presencia de éstas en la cavidad bucal, confirma un alto grado de riesgo de progresión de la enfermedad de aquellos pacientes con inmunosupresión grave. Es por ello que la presente **“Guía para la Atención Odontoestomatológica para el paciente con VIH”** constituye una herramienta para los Odontólogos, a fin de proporcionar a las PVVS una atención integral y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas afectadas por el SIDA y las que viven con el virus VIH.

Se espera que las diferentes instituciones prestadoras de servicio Odontoestomatológico, Instituciones formadoras y odontólogos de la práctica pública y privada adopten esta Guía, para armonizar y estandarizar criterios de diagnóstico precoz y tratamiento.




DR. JOSÉ GUILLERMO MAZA BRIZUELA

MINISTRO DE SALUD

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	3
3. MARCO CONCEPTUAL.....	4
4. ATENCIÓN ODONTOESTOMATOLÓGICA A PVVS.....	5
5. MANIFESTACIONES ORALES POR INFECCIÓN CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SU TRATAMIENTO.....	7
6. EFECTOS ADVERSOS POR ANTIRRETROVIRALES.....	27
7. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DEL PACIENTE INFECTADO POR VIH.....	29
8. CASOS ESPECIALES.....	31
9. PRECAUCIONES UNIVERSALES.....	33
10. GLOSARIO.....	34
11. ABREVIATURAS Y SIGLAS.....	35
12. ANEXOS.....	36
13. BIBLIOGRAFÍA.....	42

1. INTRODUCCIÓN

La cavidad oral es susceptible a presentar enfermedades relacionadas con la infección por VIH, con frecuencia estas lesiones pueden pasar desapercibidas o confundir su etiología con otras afecciones. El tiempo transcurrido entre la infección con VIH y la manifestación oral varía considerablemente. Sin embargo hay suficiente evidencia para apoyar el concepto de que las Lesiones Orales son un indicador temprano del estado de inmunosupresión.

La aparición de estas manifestaciones es el resultado del efecto indirecto de la infección originada por el VIH sobre el sistema inmunológico del ser humano. El número, la variedad, frecuencia y la severidad de las Lesiones Orales aumentan a medida que disminuye el conteo de linfocitos T4 (CD4). De esta manera, conforme se agrava la inmunosupresión, aparecen en la cavidad oral infecciones oportunistas causadas por microorganismos que, en circunstancias normales, no producen patología, también se reactivan infecciones latentes, aparecen lesiones de curso atípico y se desarrollan neoplasias que usualmente no ocurren en la mucosa oral.

El diagnóstico temprano de VIH-SIDA es vital al momento de referir al paciente para que obtenga el tratamiento integral oportuno. Por lo tanto el odontoestomatólogo asume importante participación como agente centinela para detectar nuevos casos VIH-SIDA. Puede sospechar de estas manifestaciones, diagnosticarlas y tratarlas.

Actualmente, el factor que está desencadenando nuevas manifestaciones orales es el Tratamiento Antirretroviral (TAR) como efectos adversos, sin embargo, la prevalencia de las Lesiones Orales asociadas con el VIH está disminuyendo paulatinamente.

El Odontoestomatólogo, como profesional de la salud, debe estar capacitado para tratar a individuos portadores de enfermedades infectocontagiosas, y el

mejor procedimiento clínico de rutina se fundamenta en atender al paciente con precaución independientemente del conocimiento o no de su estado serológico.

En esta guía se describen las características clínicas y el manejo terapéutico de las principales lesiones en la cavidad bucal, relacionadas a la infección por VIH, con el objeto de mantener la calidad de vida de estos pacientes y prevenir las posibles complicaciones.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Estandarizar la atención Odontoestomatológica, pública y privada, dirigida a las personas viviendo con VIH/SIDA para mejorar su estado de salud general y bucodental.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Describir las Lesiones Orales asociadas a la infección por VIH tomando criterios clínicos para establecer el diagnóstico.
- Orientar las alternativas terapéuticas y el abordaje clínico de las Lesiones Orales asociadas a la infección por VIH.
- Establecer acciones coordinadas con el equipo multidisciplinario en los diferentes niveles de atención para el abordaje Odontoestomatológico en las Personas que Viven con VIH-SIDA.

3. MARCO CONCEPTUAL

En el año 1981, el Centro de Control de Enfermedades Transmisibles (CDC) de Atlanta, hace del conocimiento a la población mundial una nueva enfermedad: El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), cuyo agente causal es el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Desde entonces, la epidemia del VIH-SIDA se ha convertido, cada vez mas, en un problema de salud pública de grandes dimensiones para todos los países del mundo. En el informe emitido por ONUSIDA en el 2007, estima que ese año, el número total de Personas que Vivían con VIH-SIDA (PVVS) fue de 33.2 millones de personas y murieron a causa del SIDA alrededor de 2,1 millones¹.

En América Central, ONUSIDA estima que aproximadamente existen 195,400 PVVS para el 2005. Desde el año 1984 hasta abril de 2008, El Salvador ha reportado un total de 20,668 casos de VIH-SIDA, de estos 12,404 corresponden a casos de VIH (+) y 8,264 casos de SIDA².

El SIDA se caracteriza por un cuadro clínico muy peculiar, un conjunto de infecciones oportunistas y neoplasias causada por períodos de inmunosupresión. Específicamente, algunas Lesiones Orales asociadas a la infección por el VIH fueron descritas por diferentes investigadores a nivel mundial desde inicios de la epidemia. Estas, en la mayoría de los casos, representaron el primer signo de la infección y actualmente se reconocen como indicadores importantes que muestran la progresión de la seropositividad a etapa SIDA en el individuo.

Las Lesiones Orales mas comúnmente asociadas a la infección por VIH son: La Candidiasis Oral (CO), Leucoplasia Pilosa (LP), Enfermedades Periodontales como la Línea Gingival Eritematosa (LGE), Periodontitis Ulcero Necrotizante Aguda (PUNA), Sarcoma de Kaposi (SK), Herpes Simple (HS) entre otras³.

¹ Organización Mundial de la Salud, Situación de la Epidemia del SIDA, Dic /07

² Base de datos Programa Nacional para el Control y Prevención de las ITS/VIH-SIDA, Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA (SUMEVE) 2008, Ministerio De Salud Publica, El Salvador 2008

³ A. Jovel, N. Canizalez, Prevalencia de Lesiones Orales Asociadas a la Infección por el VIH en establecimientos de salud que cuentan con Grupos de Apoyo en la zona Metropolitana de San Salvador 2002.

4. ATENCIÓN ODONTOESTOMATOLÓGICA A PVVS

Las Lesiones Orales, representan un fuerte indicador de la infección por VIH, es por ello que el Odontólogo se convierte en un agente eficiente en la detección de casos nuevos de VIH-SIDA. Este deberá de notificar al Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre la sospecha del caso, manteniendo la Ética profesional y la confidencial respectiva del posible hallazgo, a fin de garantizar el adecuado abordaje para la confirmación o no del diagnóstico.

Asimismo el Odontólogo deberá de ofrecer, a las PVVS, la terapéutica adecuada a estas lesiones así como resolver problemas orales comunes, tales como Caries Dental y otras infecciones intraorales (enfermedades periodontales no asociadas al VIH) tratamiento que no es más complejo ni debe ser diferente al que se realiza en aquellas personas no portadoras de la infección por VIH.

Además el tratamiento ofrecido a PVVS, no debe enfocarse únicamente en el mantenimiento o rehabilitación de la función masticatoria y fonética, sino también el tratamiento con fines estéticos puede ayudar al bienestar general de la PVVS al elevar su autoestima y producir efectos psicológicos positivos.

Igualmente y aunque resulta difícil modificar completamente el estilo de vida del paciente, el odontólogo debe orientarlo al cambio de actitudes y prácticas para una vida saludable. El componente Educativo y la promoción son de mucha importancia dentro de los servicios odontoestomatológicos que pueden contribuir efectivamente al control de las Lesiones Orales asociadas al VIH. Estas acciones contribuyen a reforzar el compromiso de la PVVS al autocuidado con responsabilidad para el mantenimiento de su salud oral, evitando también los efectos adversos en la cavidad oral de la Terapia Antirretroviral (TAR).

En términos generales, la prevención de las complicaciones orales en PVVS está basada en tres pilares fundamentales:

- **Prevención Primaria:** Relacionada con todas las medidas y métodos que contribuyan a evitar las enfermedades orales.
- **Prevención Secundaria:** Relacionada con la identificación temprana de las enfermedades orales con la finalidad de prevenir complicaciones innecesarias.
- **Prevención Terciaria:** Dirigida a todas aquellas personas que presenten complicaciones para limitar el daño de las estructuras bucodentales y de promover la calidad de vida.

5. MANIFESTACIONES ORALES POR INFECCIÓN CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y SU TRATAMIENTO.

La cavidad oral es una de las partes del cuerpo humano, donde primero se manifiestan infecciones oportunistas localizadas, formaciones neoplásicas y patologías gingivo/periodontales atípicas asociadas al VIH.

Esta lesiones son consideradas por la comunidad científica como marcadoras de la enfermedad, se presentan exacerbadas y muy prevalentes, las cuales son consecuencia de la inmunodepresión desencadenada por el VIH.⁴ Más del 40 % de las PVVS y más del 90% con SIDA, presentan alguna Lesión Oral, lo cual denota la importancia del odontostomatólogo en la detección de casos sospechosos mediante exámenes clínicos orales de rutina.

La prevalencia de estas lesiones en El Salvador es de 56.4%⁵ sin embargo se estima que una gran proporción de ellas no son diagnosticadas y/o tratadas inadecuadamente.

La asociación de estas Lesiones Orales con la infección por VIH-SIDA ha sido tan importante que la Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza la Candidiasis Oral como uno de los criterios de diagnóstico de SIDA⁶. Asimismo, la presencia de Candidiasis Oral y la Leucoplasia Velloso es de mucha utilidad para clasificar el nivel de inmunodepresión del individuo.

A pesar de que el diagnóstico específico de estas lesiones se obtiene frecuentemente por la presencia clínica, en ocasiones se requiere realizar frotis, cultivos y hasta biopsias para confirmar el diagnóstico inicial y ofrecer el tratamiento adecuado, por lo que es obligatoria la referencia al establecimiento de salud de Segundo o Tercer Nivel.

⁴ Manual para el control de Infecciones en la práctica odontostomatológica

⁵ A. Jovel, N. Canizalez, Prevalencia de Lesiones Orales Asociadas a la Infección por el VIH en establecimientos de salud que cuentan con Grupos de Apoyo en la zona Metropolitana de San Salvador 2002.

⁶ El VIH-SIDA y otras Infecciones en la práctica de la odontostomatología, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA, 2005

En las PVVS, el apareamiento de Lesiones Orales está inversamente relacionado con los niveles de linfocitos CD4, lo cual significa que un nivel menor de 200 células por mm³, incrementará significativamente la probabilidad de observar nuevos hallazgos orales.

Las Lesiones Orales relacionadas con la infección por VIH-SIDA, han sido clasificadas en dos formas, principalmente de acuerdo al factor etiológico.

La clasificación de las lesiones orales relacionadas con VIH-SIDA según su etiopatogenia, es:

- INFECCIOSAS

- a) Micóticas
- b) Virales
- c) Bacterianas

- NEOPLÁSICAS •

- OTRAS LESIONES ORALES ASOCIADAS AL VIH-SIDA

La segunda clasificación comúnmente utilizada se basa en la probabilidad de asociación con la infección de VIH⁷:

- LESIONES ASOCIADAS FRECUENTEMENTE

- a) Candidiasis Oral (Eritematosa, Pseudomembranosa)
- b) Leucoplasia Velloso
- c) Enfermedad Periodontal (Línea Gingival Eritematosa, Periodontitis Ulcerativa Necrotizante Aguda)
- d) Sarcoma de Kaposi
- e) Linfoma No Hodgkin

⁷ Adaptado de: EC clearinghouse on oral problems related to HIV infection and WHO collaborating centre on oral manifestations of the immunodeficiency virus. Classification and diagnostic criteria for oral lesion in HIV infection. J Oral Pathol Med 1993

- LESIONES ASOCIADAS MENOS FRECUENTEMENTE

- a) Úlceras Atípicas
- b) Afección de Glándulas Salivales
- c) Púrpura Trombocitopénica
- d) Infección Viral causadas por el Virus del Herpes Simple, Virus del Papiloma Humano
- e) Infecciones bacterianas causadas por *Mycobacterium avium intracellulare* y *Mycobacterium tuberculosis*
- f) Hiperpigmentación Melánica
- g) Estomatitis Ulcerativa Necrotizante

- LESIONES OBSERVADAS

- a) Infecciones bacterianas causadas por *Actinomyces israelii*, *Enterobacter cloacae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*
- b) Enfermedad por arañazo de gato
- c) Infecciones fúngicas causadas por *Cryptococcus neoformans*, *Geotrichum candidum*, *Histoplasma capsulatum*, *Aspergillus flavus*
- d) Reacciones a drogas tales como úlceras, eritema multiforme, epidermólisis tóxica
- e) Disturbios neurológicos como parálisis facial, neuralgia del Trigémino
- f) Estomatitis aftosa recurrente
- g) Infecciones por citomegalovirus
- h) Molusco contagioso

5.1 LESIONES ORALES INFECCIOSAS

5.1.1 MICÓTICAS

CANDIDIASIS ORAL:

Generalidades

La Candidiasis Oral es la patología más común en las PVVS y con frecuencia es la primera lesión en aparecer. La mayoría de los brotes se presentan cuando el recuento de células CD4 se encuentra por debajo de 200 /mm³. La *Cándida albicans* es el agente causante aunque se han identificado otras especies de *Cándida* presentes en las lesiones.

Su diagnóstico se basa en la apariencia clínica tomando en cuenta algunos aspectos en la anamnesis, sin embargo es recomendable que se realice una identificación de hifas en frotis con Hidróxido de Potasio (KHO) o tinción Schiff-ácida o Gram.

Se describen cuatro formas muy comunes de Candidiasis:

C. Pseudomembranosa, Queilitis Angular, C. Hiperplásica y C. Eritematosa o Atrófica.

El tratamiento se basa en agentes antimicóticos como la Anfotericina B y la Nistatina o del grupo de los Azoles como Miconazol, Clotrimazol (vía tópica), Ketoconazol, Fluconazol, Itraconazol (vía sistémica) entre otros. (Ver anexo 1)

Descripción Clínica

a) Candidiasis Pseudomembranosa

Es la clase de Candidiasis Oral más común y se caracteriza por presentar lesiones blanquecinas sobre una mucosa oral enrojecida en cualquier parte de la cavidad bucal, garganta, lengua, y paladar. Las placas se desprenden fácilmente al raspado con una gasa, dejando al descubierto una superficie con puntos sangrantes, eritematosa y erosiva. (Ver anexo 1)

La Candidiasis Oral Pseudomembranosa puede extenderse hasta involucrar la Orofaringe. Una vez que la infección por candidas se han establecido y penetrado en los tejidos de la mucosa oral, puede facilitar las infecciones concomitantes causadas por bacterias y virus como el Virus del Herpes Simple (VHS).

Esta variedad aparece en sujetos con grave estado de inmunosupresión, con cifras de CD4 por debajo de 200/mm³.

Tratamiento

La Terapéutica adecuada en casos leves y moderados, es la administración de:

- Clotrimazol Tópico 1% aplicar cada 3 hrs. por 21 días.
- Nistatina, 100,000 UI/ml, 1 ml. Cada 3 hrs. por 21 días.

En casos severos o recidivantes, la terapéutica adecuada, es la administración de:

- Fluconazol 150 mgs. 1 tableta Via Oral cada día por 7 a 14 días
- Anfotericina B 50 mgs. Intra Muscular 0.5-1.5 mg/kg/día en casos de resistencia o embarazo.
- Itraconazole 100 mgs. 1 tableta Via Oral cada día por 15 días.^{***}

Cuando progresa la inmunosupresión, la Candidiasis se vuelve más severa. La introducción de los azoles ha influido en la incidencia cada vez mas frecuente de la *Candida albicans* resistente a los azoles así como por la aparición de especies no-albicans como la *Candida glabrata*, la cual es resistente a esta clase de medicamentos. Para minimizar el riesgo de resistencia, se debe de considerar la terapéutica local como de primera línea de tratamiento para casos iniciales o recurrentes de Candidiasis leve o moderada.

^{***} Medicamento disponible para la atención Odontológica privada

b) Queilitis Angular

Descripción Clínica

Es una manifestación de candidiasis y se presenta como fisuras, eritema o ulceración de las comisuras labiales, puede presentarse unilateral o bilateralmente en los ángulos de la boca algunas veces acompañado de xerostomía. La Queilitis Angular puede aparecer en presencia o no de cualquier otra forma de Candidiasis. (Ver anexo 1)

Tratamiento

La Terapéutica adecuada es la administración de antimicóticos en crema aplicada directamente en las zonas afectadas. Esta recomendado el uso de:

Clotrimazole Tópico al 1% /3 veces/21 días.

Nistatina /3 veces/21 días.

Miconazole 2% /3 veces/21 días.***

El tratamiento sistémico en ocasiones no es necesario sin embargo puede utilizarse:

- Fluconazol 150 mgs. 1 tableta Via Oral cada día por 7 a 14 días
- Anfotericina B 50 mg. Intra Muscular 0.5-1.5 mg/kg/día en casos de resistencia o embarazo.
- Itraconazole 100 mg. 1 tableta Via Oral cada día por 15 días.***
- Ketaconazole 200 mg. Via Oral 1 tab. cada día por 7 a 14 días. ***

c) Candidiasis Hiperplásica

Es conocida también como Candidiasis Leucoplásica, es blanca y dura y no se puede remover, este tipo está asociado a inmunosupresión severa de larga duración. Esta variedad aparece en sujetos con grave estado de inmunosupresión por VIH con cifras de CD4 por debajo de 200/mm³.
(Ver anexo 1)

*** Medicamento disponible para la atención Odontológica privada

Tratamiento

La Terapéutica adecuada en casos leves y moderados, es la administración de:

- Enjuagues de Nistatina, 1 ml. /3 veces Por 21 días.

En casos severos o recidivantes, la terapéutica adecuada, es la administración de:

- Fluconazol 150 mgs. 1 tableta Via Oral cada día por 7 a 14 días
- Anfotericina B 50 mgs. Intra Muscular 0.5-1.5 mg/kg/día en casos de resistencia o embarazo.
- Itraconazole 100 mgs. 1 tableta Via Oral cada día por 15 días.***

Si después de 2 meses de terapéutica no desaparece, se deberá de extirpar quirúrgicamente y se realizara un análisis histopatológico.

d) Candidiasis atrófica o Eritematosa

Aparece en forma de lesión lisa de coloración rojiza. Los lugares de predilección para las lesiones son el paladar duro y el dorso de la lengua. Esta forma aparece con mayor frecuencia en sujetos con una leve afectación del sistema inmune, con cifras de CD4, entre 200-300/mm³. (Ver anexo 1)

Tratamiento

La Terapéutica adecuada en casos leves y moderados es:

- Enjuagues de Nistatina, 1 ml. /3 hrs. Por 21 días.

En casos severos o recidivantes, la terapéutica adecuada, es la administración de:

- Fluconazol 150 mgs. 1 tableta Via Oral cada día por 7 a 14 días
- Anfotericina B 50 mgs. Intra Muscular 0.5-1.5 mg/kg/día en casos de resistencia o embarazo.
- Itraconazole 100 mg. 1 tableta Via Oral cada día por 15 días.***

*** Medicamento disponible para la atención Odontológica privada

5.1.2 VIRALES

Los trastornos bucales provocados por virus pueden o no ser dolorosos y dichos virus raramente son eliminados por completo del organismo. En pacientes seropositivos a VIH se han observado infecciones por varios virus, como Epstein-Barr, Herpes Simple, Herpes Zóster, Citomegalovirus y el Papilomavirus Humano.

a) LEUCOPLASIA VELLOSA O PILOSA

Generalidades

La leucoplasia Velloso o Pilosa es una hiperplasia benigna asociada al Virus de Epstein-Barr y Papiloma Virus. La lesión puede ser unilateral o bilateral y casi siempre ubicada en la superficie inferolateral de la lengua, caracterizada por placas verrucosas corrugadas de color blanco grisáceo. En las superficies de las lesiones, en ocasiones se observa una acumulación de cándida.

(Ver anexo 2)

Es una lesión característica en estados avanzados de inmunosupresión por infección por VIH. Normalmente la Leucoplasia Velloso se presenta en cuadros con conteos de CD4 menores de 100/mm³.

Su diagnóstico es clínico al observar áreas blanquecinas no desprendibles.

Tratamiento

Por ser una lesión asintomática no requiere de tratamiento aunque se ha observado mejoría con terapia antiviral con Aciclovir 200 mg. 2 tabletas Vía Oral cada 4 horas de 5 – 7 días.

En casos excepcionales se extirpa quirúrgicamente.

b) HERPES SIMPLE**Generalidades**

Las Lesiones Herpéticas son causadas por el Virus del Herpes Simple (VHS) que se dividen el VHS Tipo I y VHS Tipo II. El primero causa típicamente las lesiones orales y el segundo normalmente esta asociado con las lesiones en áreas genitales.

Herpes es un término general para identificar a dos infecciones virales que pueden afectar cualquier tejido mucoso. Ambos Tipos de VHS, viven en las células nerviosas, generalmente debajo de la piel. Ninguno de los dos está siempre activo.

A menudo se mantienen latentes o inactivos en estas células, a veces por muchos años o de por vida. El virus se puede activar y causar síntomas, lo que se conoce como "reactivación."

Las manifestaciones clínicas del Herpes Simple en pacientes con VIH, son similares a las observadas en pacientes VIH negativos, la diferencia estriba en que estas ocurren también en mucosa no queratinizada en el caso de PVVS.

La persistencia de éstas por más de cuatro semanas asociadas a la seropositividad para el VIH es conclusiva. Estas lesiones se presentan independientemente del grado de inmunodepresión del paciente aunque se hacen mas severas cuando el conteo de CD4 es menor de 100 /mm³.

(Ver anexo 3)

Descripción Clínica

Son vesículas que se unen formando regiones ulceradas, muy sintomáticas, persistentes y usualmente se presentan en labios y lengua. Es necesario el uso de exámenes de laboratorio complementarios (citología y biopsia) para confirmación diagnóstica cuando se presenta en forma atípica. La queja principal del paciente puede ser dolor intenso.

Durante los brotes, el virus se activa y provoca una cadena de eventos que conducen a la formación de un grupo de protuberancias. Estas protuberancias se rompen, luego se curan y desaparecen por un período de tiempo indefinido.

Las personas con el sistema inmunológico debilitado, incluyendo aquellas con el VIH y SIDA, las lesiones pueden durar más de un mes. Los brotes herpéticos severos pueden ser increíblemente dolorosos. En un número pequeño de casos, el herpes puede diseminarse a otros órganos, incluyendo los ojos, la garganta, los pulmones y el cerebro.

Tratamiento

La Terapéutica indicada es la administración de:

- Aciclovir 200 mg., 4 tabletas cada 8 horas por 7 – 10 días.

c) CITOMEGALOVIRUS

Se presenta generalmente en personas en las últimas etapas de la enfermedad. El Citomegalovirus (CMV) es el más común de los virus oportunistas patógenos en pacientes con SIDA. Se puede presentar en forma de infección diseminada y constituyen un criterio diagnóstico de SIDA. Aunque la infección puede afectar la mucosa bucal esto no es frecuente.

Además de producir úlceras orales, se puede manifestar con otra sintomatología. Las úlceras orales asociadas a CMV pueden parecer clínicamente similares a las producidas por herpes virus, pero normalmente aparecen de forma unitaria y sin la formación de vesículas previas. Más frecuente cuando el recuento de CD4 es menor de 100/mm³. (Ver anexo 3)

Tratamiento

La mayoría de las infecciones por el CMV no se tratan porque en general el virus produce pocos o ningún síntoma y tiende a reactivarse de forma

intermitente sin producir síntomas, sin embargo la Terapéutica indicada es la administración de:

- Ganciclovir 5 a 10 mg por Kg/día I.V., por 14 a 21 días***

5.1.3 BACTERIANAS

Algunos de los signos bucales más comunes de la enfermedad del VIH resultan del crecimiento desmesurado de bacterias. Afortunadamente, estas infecciones están entre las más fáciles de tratar, pero si se hace demasiado tarde puede provocar problemas graves.

Las infecciones bacterianas más comunes se manifiestan en forma de enfermedades periodontales, las cuales se caracterizan por dolores agudos, encías hiperémicas, hemorragias espontáneas y una rápida progresión de la enfermedad que causa extensa destrucción de tejidos blandos y óseos.

Las lesiones periodontales asociadas a infección por VIH son las más frecuentes, abarcando aproximadamente el 79.5%. Aunque las enfermedades periodontales habituales (Periodontitis y Gingivitis) en la población general, pueden afectar a las PVVS, existen otras entidades periodontales que aparecen asociadas y que representan una respuesta alterada o exagerada de los tejidos periodontales como resultado de la inmunosupresión.

Se han considerado varias formas clínicas y criterios diagnósticos que han creado confusión en la clasificación de las lesiones periodontales.

Las primeras clasificaciones más aceptadas, internacionalmente, se referían a las Gingivitis - VIH, Gingivitis Necrotizante - VIH y la Periodontitis - VIH. Sin embargo, se ha cambiado la terminología y los criterios diagnósticos. En la actualidad, la Gingivitis - VIH se ha redefinido como Eritema Gingival Lineal; la

*** Medicamento disponible para la atención Odontológica privada.

Gingivitis Necrotizante - VIH como Gingivitis Ulcero Necrotizante y la Periodontitis - VIH se denomina ahora Periodontitis Ulcero Necrotizante.

Así mismo, se ha identificado una relación del VIH con la Periodontitis rápidamente progresiva, en la que se describe como una rápida formación de bolsas periodontales y pérdida rápida de hueso, que afecta más a pacientes con niveles de CD4 < 200 /mm³.

a) ERITEMA GINGIVAL LINEAL

Descripción Clínica

El Eritema Gingival Lineal (EGL o LGE) en sus siglas en inglés, se caracteriza por presentar una banda continua de 2 a 3 mm de color rojo intenso a lo largo de la encía adherida que puede o no estar acompañada de áreas específicas del mismo color, presenta dolor y movilidad dental grado II, hemorragia espontánea y halitosis.

La mayoría de los pacientes con VIH presentan problemas periodontales, pero que se refieren a un avance más rápido de una enfermedad periodontal pre-existente, probablemente debido a la inmunodeficiencia, pero no estaría asociada con una forma especial de placa bacteriana. En algunos casos puede observarse cuadro similar a gingivitis necrotizante que puede llegar a estomatitis necrotizante. El EGL tiene un valor predictivo positivo en un 70% en donde los PVVS pueden tener un progreso en el conteo de CD4 menor de 200 /mm³, lo cual ilustra la importancia de identificarlo oportunamente. (Ver anexo 3)

Tratamiento

Se deberá de realizar el control de placa bacteriana así como indicar al paciente las técnicas adecuadas de higiene oral.

Además se deberá administrar:

- Metronidazol 500 mg. 1 tableta 3 veces al día en combinación con Amoxicilina 500 mg. 1 tableta 3 veces al día por 7 días.
- Gluconato de Clorhexidina al 0.12%, enjuagues de 10 cc cada 12 hrs

b) GINGIVITIS ULCERO NECROTIZANTE

Es un síntoma clásico de infección temprana por VIH. Está asociada a una supresión severa del sistema inmune con recuento celular de CD4 por debajo de 100 células/mm³ y se refiere a una enfermedad inflamatoria destructiva de la encía.

Características Clínicas

Se caracteriza por presentar depresiones crateriformes socavadas en la cresta de la encía, cubiertas por una pseudomembrana gris. Otros signos clínicos característicos son dolor intenso, olor fétido, aumenta la salivación y se vuelve mucho mas espesa y la hemorragia gingival espontánea. (Ver anexo 3)

Se ubica generalmente en zona de incisivos inferiores y rara vez sobrepasa la unión mucogingival. Usualmente toma un curso crónico o subagudo. La ulceración puede aparecer inicialmente cubierta por fibrina, la cual precede a la destrucción de la papila interdental observándose la formación de cráteres.

Cursa con progresión rápida y si no se instaura un tratamiento agresivo, puede convertirse fácilmente en periodontitis necrotizante.

Tratamiento

Se deberá hacer el control de placa bacteriana, realizar detartraje y curetaje así como indicar al paciente las técnicas adecuadas de higiene oral.

Además se deberá administrar:

- Metronidazol 500 mg. 1 tableta 3 veces al día en combinación con Amoxicilina 500 mg. 1 tableta 3 veces al día por 7 días.
- Gluconato de Clorhexidina al 0.12%, enjuagues de 10 cc cada 12 hrs. por 15 días.

c) PERIODONTITIS ULCERO NECROTIZANTE

En el caso de la Periodontitis Ulcerativa Necrotizante (PUN) o NUP en sus siglas en inglés, que se caracteriza por cráteres y discontinuidad gingival acompañados de hemorragia espontánea, dolor intenso, rápida destrucción del tejido de la encía y del hueso de soporte movilidad dental grado IV y halitosis. Los pacientes refieren un dolor severo de los maxilares. Si se observa detenidamente, se puede ver tejidos ulcerados alrededor del cuello de los dientes.

Es una lesión de evolución rápida, con cambios en el contorno gingival semejantes a ulceración y necrosis interproximal, lo cual puede favorecer la sobreinfección por parte de microorganismos oportunistas. (Ver anexo 3)

Se ha observado la presencia de *Cándida albicans* en la placa subgingival así como algunos anaerobios virulentos por ejemplo *Eikenella spp*, *Wolinella spp* y *Bacteroides spp*, por lo que se especula que la infección por VIH-SIDA estaría permitiendo la transición de la flora subgingival hacia una más virulenta.

Es un indicador de supresión inmune severa, CD4 menores de 200 células, de hecho su valor predictivo positivo es menos del 50%.

Tratamiento

- Limpieza minuciosa y un raspado de los tejidos infectados y aplicación de povidona yodado en concentración de 1% si las bolsas periodontales son mayores de 5 mm.
- Metronidazol 500 mg. 1 tableta 3 veces al día en combinación con Amoxicilina 500 mg 1 tableta 3 veces al día por 7 días.
- Gluconato de Clorhexidina al 0.12% enjuagues 10cc 2 veces al día por 15 días máximo.

5.1.4 NEOPLÁSICAS

Los crecimientos celulares anormales (llamados lesiones neoplásicas) son principalmente crecimientos de tejido y pueden ser benignos o cancerosos.

Entre los cánceres bucales, mas comunes asociados con el VIH se encuentran:

- Sarcoma de Kaposi
- Linfomas
- Carcinomas

a) SARCOMA DE KAPOSÍ

Generalidades

Aunque la prevalencia del Sarcoma de Kaposi, es muy baja en El Salvador⁸ (1%), continúa siendo la patología oral maligna, mayormente asociada a la infección por VIH. Según la literatura internacional, existe una fuerte predilección por el sexo masculino con una relación hombre/mujer alrededor de 20/1. Su frecuencia es mayor en hombres que tiene sexo con otros hombres

⁸ A. Jovel, N. Canizalez, Prevalencia de Lesiones Orales Asociadas a la Infección por el VIH en establecimientos de salud que cuentan con Grupos de Apoyo en la zona Metropolitana de San Salvador 2002.

(HSH) entre los 30 a 38 años, con un índice de 5 casos cada 100 personas al año⁹.

Descripción Clínica

Es una manifestación neoplásica y las lesiones intraorales son normalmente planas o ligeramente elevadas, de color rosado, rojo, azul-violáceas. Afecta frecuentemente el paladar pero se puede observar en encía, cara, ala de la nariz y cercanía de los párpados. (Ver anexo 4)

Se presenta cuando los niveles de CD4 están entre 50 - 100 /mm³. Si bien es cierto las lesiones son fáciles de distinguir clínicamente, el diagnóstico final se hace mediante una biopsia. No existe un tratamiento curativo para el Sarcoma de Kaposi.

Tratamiento.

El tratamiento de las Lesiones se basa en su extensión. Para las lesiones aisladas, la terapia local puede incluir el uso de láser, extirpación quirúrgica, radioterapia o inyecciones localizadas con agentes quimioterapéuticos, por lo que se debe referir al tercer nivel de atención.

b) LINFOMA NO HODGKIN

Generalidades

El Linfoma No-Hodgkin es una condición definitoria de SIDA que ocasionalmente se presenta en la cavidad oral. Por lo general es más raro que el Sarcoma de Kaposi y más grave debido a las alteraciones inmunológicas existentes.

Características Clínicas

Esta lesión tiende a presentarse como una masa ulcerada, grande y dolorosa en el paladar o el tejido gingival. Se requiere una biopsia para el diagnóstico

⁹ Engles EA. Human Immunodeficiency virus infection, aging and cancer. J. Clin Epidemiol 2001 Dec.

definitivo. El equipo de salud oral deberá remitir a estos pacientes con diagnóstico de Linfoma No-Hodgkin a un oncólogo para su tratamiento: quimioterapia. (Ver anexo 4)

5.1.5 OTRAS

a) AFTAS RECURRENTES

Generalidades

Las úlceras que se presentan en pacientes VIH-SIDA, son atribuidas a etiologías variadas, que van desde traumas hasta la manifestación oral de enfermedades infecciosas, dermatológicas o neoplásicas. En PVVS estas lesiones se presentan con mucha más frecuencia, con mayor tamaño, intenso dolor. Estas son referidas por muchos autores, como aftoides o aftas recurrentes. (Ver anexo 4)

Descripción Clínica

Las Lesiones Aftosas, son pequeñas lesiones redondeadas, posee un halo rojizo recubierto por una capa o membrana grisácea. Tienden a formarse en el tejido blando de la boca, como en la parte interna de las mejillas, los bordes de la lengua o el interior de la garganta. Las lesiones suelen ser muy dolorosas al tacto o cuando los alimentos o los líquidos pasan sobre ellas. Pueden ser tan severas que la persona evite comer o beber. Estas lesiones también pueden ser un efecto adverso de la TAR. Una buena anamnesis puede generar la información de historia de aftas recurrentes.

Tratamiento

Se indica la realización de cultivos para investigar los agentes bacterianos y los antibióticos específicos para el tratamiento.

La Terapéutica adecuada es la administración de:

- Prednisona 50 mg. 1 tableta al día Vía Oral de 7 a 10 días.
- Gluconato de Clorhexidina 0.12% hacer enjuagues con 15 ml. de solución pura durante 30 segundos 3 veces al día*** por 15 días.

b) PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA

Las PVVS afectados por una Púrpura Trombocitopénica presentan petequias, equimosis en carrillos o paladar así como sangrado gingival espontáneo.

Generalidades.

Es una enfermedad hemorrágica auto inmune causada por defecto en el número de plaquetas circulantes en sangre, $< 50,000 \times \text{mm}^3$.

Púrpura son hematomas (equimosis) en la piel, característico de la enfermedad; Trombocitopenia significa número de plaquetas bajo el valor normal; Idiopática, de etiología desconocida.

La Trombocitopenia constituye uno de los trastornos hematológicos que más tempranamente aparecen en la evolución de las PVVS. La destrucción plaquetaria se realiza al parecer por acción de los macrófagos que fagocitan a las plaquetas recubiertas de anticuerpos, aunque los mecanismos por los que se produce este fenómeno y su relación con el virus no se conoce en la actualidad.

Manifestaciones clínicas.

Se observan pequeñas petequias o equimosis en la mucosa oral que, en ocasiones, se presentan como una hemorragia gingival espontánea.

(Ver anexo 4).

*** Medicamento disponible para la atención Odontológica privada.

Tratamiento.

Debe ser un tratamiento integral dado por especialistas en cada área y está reservado para casos severos o con hemorragias importantes. Se deberá referir al segundo o tercer nivel de atención, en donde se le indicará:

- Prednisona 50 mgs. 1 tableta al día Vía Oral de 7 a 10 días.
- Transfusión de sangre y/o plaquetas.

c) AGRANDAMIENTO DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

Está relacionado con el Citomegalovirus produciendo un agrandamiento unilateral o bilateral de la glándula parótida que tiene como consecuencia la aparición de Xerostomía. Es necesario realizar diagnóstico diferencial para descartar procesos como linfoma No-Hodgkin, Sarcoma de Kaposi, tumores metastáticos, tuberculosis, linfadenopatía asociada al VIH-1, lesión linfoepitelial benigna y Síndrome Sjögren.

El aumento de tamaño de la glándula parótida es una lesión de aparición tardía y es debida a un infiltrado linfocitario benigno inespecífico de la misma asociado a veces a nódulo intraglandular. Para su tratamiento, deberán referirse al segundo o tercer nivel de atención.

d) ALTERACIONES NEUROLÓGICAS

Se han observado algunos casos de parálisis facial en individuos seropositivos así como afectación de pares craneales ocasionando neuropatía del Trigémino (V Par Craneal) o del Auditivo (VIII Par Craneal) provocando sordera y pérdida de la sensibilidad facial.

e) HIPERPIGMENTACIÓN MELANÓTICA

Algunos PVVS presentan manchas melánicas en la mucosa bucal generalmente bien circunscritas y en ocasiones son difusas. Su aparición ha sido relacionada con el virus Epstein – Barr, con la administración de fármacos como Zidovudina, Bactericidas y Antifúngicos.

Se presentan como máculas únicas o múltiples de color café negruzco con localización en lengua, mucosa labial y bucal y en el paladar duro y blando. Esta alteración se presenta asociada a la administración prolongada de AZT y/o Ketoconazol.

f) MANCHAS ROJAS

Estas alteraciones no parecen corresponder a manifestaciones de una Púrpura Trombocitopénica ya que no hay afectación de las plaquetas. Su aparición se atribuye más a una reacción de hipersensibilidad medicamentosa. Las manchas rojas pueden aparecer en cualquier sitio de la mucosa oral aunque es más frecuente en el dorso de la lengua, mucosa de carrillo, paladar y mucosa labial.

6. EFECTOS ADVERSOS POR ANTIRRETROVIRALES

Actualmente se administran una considerable cantidad de combinaciones de medicamentos antirretrovirales, por lo que se debe tener un preciso conocimiento de la eficacia y la toxicidad de éstas. Si la eficacia es similar la elección de una combinación u otra está en función de los efectos adversos. En numerosos artículos se han documentado estos efectos adversos, pero existe muy poca documentación sobre la prevalencia de los mismos en cavidad bucal.

A continuación se presentan los principales efectos adversos en cavidad oral de los medicamentos antirretrovirales¹⁰:

MEDICAMENTO	EFEECTO ADVERSO
Zidovudina	Xerostomía y trastorno del Gusto
Didanosina	Xerostomía
Efavirenz	Xerostomía
Ritonavir	Xerostomía, Abscesos periodontales, Gingivitis, Úlceras, bucales, Parestesia peribucal
Nelfinavir	Úlceras Bucleas
Lopinavir	Xerostomía, Estomatitis Ulcerativa

XEROSTOMÍA

La resequedad de la boca o xerostomía, es un problema común de la infección por VIH y puede tener una variedad de causas. Una boca seca es también el efecto secundario de algunos medicamentos contra el VIH y de otros medicamentos como los antihistamínicos, antidepresivos, antihipertensivos y

¹⁰ New York State Department of Health, AIDS Institute, "Oral Health Care for People With HIV Infection", 2001

los hipoglucemiantes. Las alergias y las infecciones también pueden causar resequedad en la boca.

Aunque no parezca grave la resequedad en la boca, puede llevar a otros problemas. Sin suficiente saliva, los fragmentos de comida pueden acumularse en la boca, entre los dientes y la encía y provocar caries dental, enfermedad periodontal y candidiasis. Incluso, un flujo bajo de saliva puede provocar una disminución del pH salival. Esto puede desgastar el esmalte de las piezas dentales dejándolos más susceptibles a la caries dental y otros problemas bucodentales.

Tratamiento.

La xerostomía es fácil de tratar. Se recomienda masticar chicles sin azúcar, los cuales estimulan la producción de saliva. Chupar caramelos de limón sin azúcar, hielo picado también pueden producir efectos similares. Beber abundantes líquidos con o entre las comidas; así como enjuagarse frecuentemente la boca con agua salada tibia o un enjuague bucal (preferiblemente sin alcohol).

Así mismo se recomienda realizar enjuagues con agua con glicerina o agua con Bicarbonato Sódico.

7. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DEL PACIENTE INFECTADO POR VIH.

La atención Odontoestomatológica Integral forma parte del tratamiento interdisciplinario que debe de ofrecer a las PVVS. Es de rigor mantener una comunicación directa y constante con su Infectólogo.

Para que el equipo de profesionales de la salud que atiende al paciente esté enterado del estadio actual de la infección, enfermedades que padece a causa de la inmunodeficiencia y medicamentos que le están siendo administrados.

La atención para las PVVS, descansa sobre dos grandes pilares: la no discriminación y el tratamiento de salud de calidad en forma integral ya que se requiere de una respuesta multidisciplinaria mediante combinación de todas las disciplinas médicas. El abordaje en un paciente VIH se realiza de la misma manera como el planeado para el paciente inmunocompetente.

En el tratamiento Odontoestomatológico de las PVVS, deben considerarse 4 elementos importantes: Prevención, Flexibilidad, Control y Evaluación, Seguimiento y Mantenimiento de la Salud Bucodental.

El objetivo general del tratamiento Odontoestomatológico en pacientes VIH-SIDA es promover y mejorar su calidad de vida, a través de:

- Diagnóstico y Tratamiento precoz de las enfermedades bucodentales.
- Control del dolor.
- Eliminación de focos de infección.
- Prevención de la destrucción de los tejidos bucodentales.
- Restauración de la función masticatoria, digestiva, fonética, respiratoria, inmunológica y estética del área bucodental.
- Promoción y educación constante de estilos de vida saludables para mantener la salud bucodental.

Para el logro de lo anteriormente planteado se requiere que el odontostomatólogo desempeñe las siguientes funciones:

- Anamnesis y examen clínico completo.
- Evaluación del plan de tratamiento adecuado estableciéndose prioridades y un ejercicio profesional integral eficaz.
- Control de placa bacteriana y eliminación de cálculo dental mediante detartraje supra y subgingival, según lo amerite o por lo menos cada 3 meses.
- Control, remoción y rehabilitación de las superficies cariadas.
- Control radiológico periódico el cual podrá ser efectuado cada año.
- Recomendar un régimen dietético e higiénico especial en casos de reacciones secundarias a medicamentos sistémicos.

No está contraindicado en las PVVS ningún tratamiento preventivo o rehabilitador, pero en el caso de Cirugía Oral debe realizarse los exámenes de laboratorio complementarios de rutina, así mismo se requiere de la autorización por escrito del Infectólogo y/o médico de cabecera del paciente.

No existen evidencias de dolor, hemorragia, o cicatrización retardada, por lo que la extracción dental se realiza siguiendo los parámetros de cirugía oral ya establecidos.

Se recomienda realizar la terapia periodontal de la siguiente manera:

- Instrucciones de Higiene Bucal.
- Remoción de placa y cálculos supragingivales.
- Remoción de áreas de retención de placa y modificación de hábitos.
- Remoción completa de cálculos y placa subgingival.
- Alisado radicular.
- Extracciones de dientes con mal pronóstico.
- Tratamiento oclusal

8. CASOS ESPECIALES

ATENCIÓN ODONTOESTOMATOLÓGICA EN PACIENTES VIH PEDIÁTRICOS.

Las manifestaciones orales suelen estar presentes como parte de los primeros síntomas de la enfermedad en el 95% de los niños infectados por VIH. Además, la aparición de alguna de ellas, en las distintas etapas de la infección, puede marcar una tendencia respecto a la progresión de la enfermedad.

Fonseca R. reporta, en un estudio de 51 niños con VIH/SIDA, manifestaciones orales a la Candidiasis pseudomembranosa en un 21,57% seguida por el agrandamiento de las parótidas en un 19,61 %, Candidiasis eritematosa en el 5,88%, gingivitis asociada al VIH en el 1,96% y leucoplasia vellosa en el 1,96%¹¹.

Algunas lesiones orales en pacientes VIH Pediátricos son:

- Candidiasis Oral, que puede ser tratada con:
 - Suspensión Oral de Nistatina, 2 a 5 ml., 4 ó 6 veces por día.
 - Fluconazole 3 a 5 mg/Kg/día
 - Ketoconazole 5 a 10 mg/Kg/día***
 - Itraconazole 100 mg/día en niños mayores de 3 años.***
- Estomatitis Herpética, no requiere tratamiento ya que resuelve a los 10 a 14 días, sin embargo Aciclovir tópico *** es en muchas ocasiones muy eficaz.
- Eritema Gingival Lineal, es muy común en pacientes VIH Pediátricos, ésta no causa problemas clínicos tampoco interfiere con la función masticatoria y mucho menos en la nutrición del paciente. Se debe de tratar mediante la fase I de la terapia periodontal.

¹¹ FONSECA R. Frequencia das manifestacoes bucais em crianas infectadas pelo virus de Imunodeficiencia humana. Tesis doctoral 1996

*** Medicamentos disponibles para la atención Odontológica privada.

Otras lesiones son la Leucoplasia Velloso, Sarcoma de Kaposi que no son muy comunes en niños así como las Periodontopatías que es mucho más común en adolescentes VIH positivos.

En el paciente VIH pediátrico se deberá de fomentar el primer control Odontoestomatológico posterior a la inscripción de este en el control del niño sano. Esta consulta se debe enfocar principalmente en constatar las estructuras bucales, además en la información y educación a los padres o encargados en cuanto a las medidas de prevención e higiene bucodental así como se documentará la secuencia de la erupción dentaria.

Es importante mantener un contacto directo y permanente con el Médico Pediatra a fin de conocer el estado general del paciente, esquema actual de medicamentos que se le administran, estado nutricional, flujo salival así como los resultados de exámenes de laboratorio actuales (conteo de CD4 y carga viral).

En general no existen contraindicaciones en el tratamiento odontoestomatológico general en pacientes VIH pediátricos. En coordinación con el Médico Pediatra se deberá de definir el plan de tratamiento preventivo y curativo para discutir contraindicaciones específicas del tratamiento odontológico así como coordinar las citas con ambos profesionales.

Si la consulta con el Odontoestomatólogo es importante en pacientes adultos, lo es mucho más en el caso de los niños. El niño puede estar recibiendo medicamentos con alto contenido de azúcar por vía oral y estar en riesgo de desarrollar caries dental. El uso de sellantes de fosas y fisuras junto con fluoruros debe ser prioritario en niños inmunodeprimidos.

La Xerostomía o disminución del flujo salival, es la causante de caries dental, frecuentemente esta condición puede mejorar con caramelos masticables sin azúcar, consumo frecuente de agua o jugos de frutas diluidos.

9. PRECAUCIONES UNIVERSALES.

El principio de las precauciones universales de bioseguridad, se basa en la imposibilidad de conocer si un individuo determinado es portador de un proceso infeccioso. Esto implica que todo paciente en la consulta odontológica debe ser tratado como potencial transmisor de un proceso infeccioso a otros pacientes y al personal de salud que trabaja con ellos o con sus fluidos, no refiriéndose solamente al caso del VIH sino a todos los microorganismos transmisibles.

Para una buena asistencia clínica en el consultorio es imprescindible cumplir una rutina en el desarrollo del trabajo odontológico diario y darle estricto cumplimiento al “MANUAL PARA EL CONTROL DE INFECCIONES EN LA PRÁCTICA ODONTOESTOMATOLÓGICA”

10. GLOSARIO

HALITOSIS: Es un síntoma o un signo caracterizado por mal aliento u olor desagradable de la cavidad oral.

HIPERSENSIBILIDAD MEDICAMENTOSA: Es una reacción adversa provocada por una respuesta inmunológica desencadenada por el consumo de un medicamento o bien, por la reacción a uno de sus metabolitos.

MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES: Son los medicamentos que controlan y reducen la concentración del VIH en la sangre, permitiendo la mejora del sistema inmunológico y por lo tanto la calidad de vida.

RECuento DE CD4: Es la medición del número de células CD4 que se encuentran en un milímetro cúbico de sangre (no en todo el cuerpo). Esta cifra se escribe a veces en células/mm³.

SEROPOSITIVO: se acostumbra usar en VIH/SIDA para referirse a todo paciente que, resultando positivo en la prueba que identifica anticuerpos contra el virus VIH en el suero sanguíneo, se mantiene aparentemente sin presentar ningún signo clínico de la enfermedad. Cuando este término se utiliza, es frecuente que muchas personas lo asocien, además, a la posibilidad de que quien resulta seropositivo pueda no llegar a desarrollar la enfermedad.

VIH 1: Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo uno

11. ABREVIATURAS Y SIGLAS

CD4: Células responsables de las respuestas inmunitarias. Genéricamente, se denominan antígenos de diferenciación de leucocitos y se designan como CD (cluster of differentiation; el término cluster hace referencia al grupo de anticuerpos monoclonales que los detectan).

SIDA: es una abreviatura que significa SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. Es una enfermedad grave que representa la etapa avanzada de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se reconoce cuando un paciente tiene pruebas de laboratorio que confirman la infección y además presenta manifestaciones de una inmunidad deficiente, generalmente otras enfermedades infecciosas o neoplasias.

TAR: Terapia Anti Retroviral.

VIH: Virus de Inmuno Deficiencia Humana

12. ANEXOS

ANEXO 1

INFECCIONES MICOTICAS



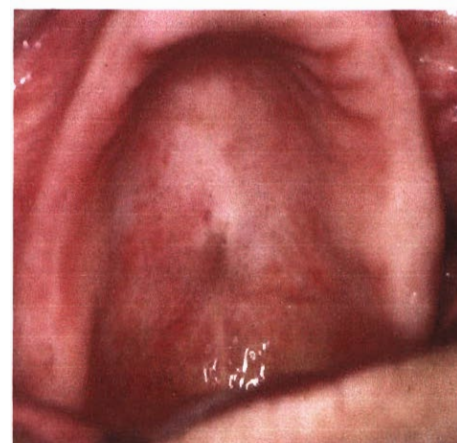
Candidiasis



Queilitis Angular



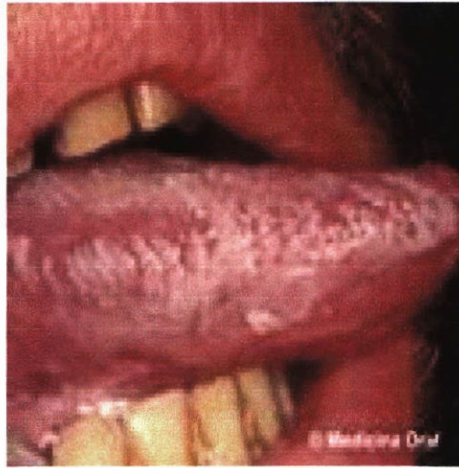
Candidiasis Pseudomembranosa



Candidiasis Atrófica

ANEXO 2

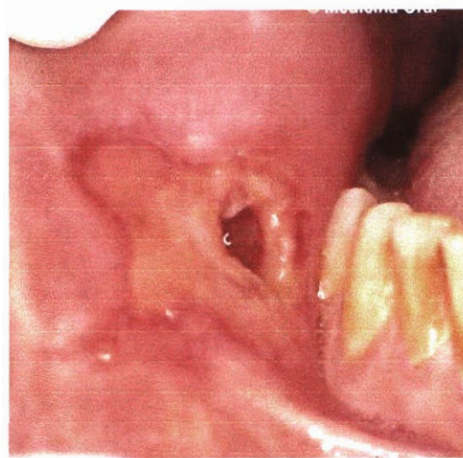
INFECCIONES VIRALES



Leucoplasia
Vellosa



Herpes simple



Citomegalovirus

ANEXO 3

INFECCIONES BACTERIANAS

Eritema Gingival Lineal

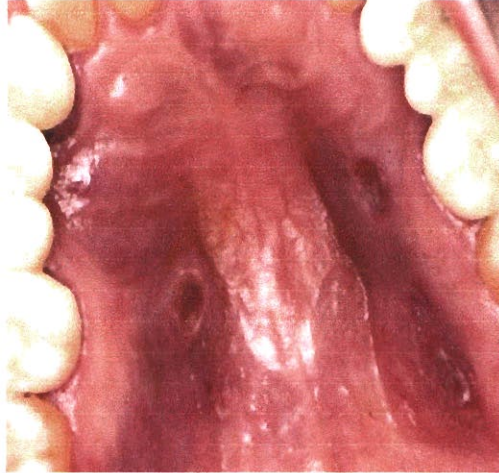


Gingivitis Ulcero
Necrotizante



Periodontitis Ulcero Necrotizante

ANEXO 4



Sarcoma de Kaposi

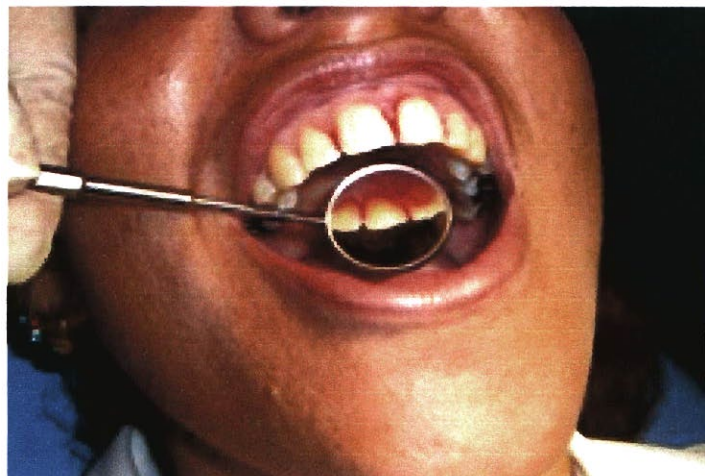
Linfoma no Hodgkin



ANEXO 4



Aftas recurrentes



Púrpura Trombocitopénica Idiopática

13. BIBLIOGRAFÍA

F. Schnelder, "Consideraciones sobre Hepatitis tipo B y tipo C", 2004.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Norma y Guía de Atención de Infecciones de Transmisión Sexual, MSPAS, El Salvador 2006.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: "Manual para el Control de Infecciones en la Práctica Odontoestomatológica", MSPAS, El Salvador 2007.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud: El Vih/Sida y otras infecciones en la práctica Odontoestomatología, 2003.

Organización Panamericana de la Salud, Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, Ginebra, Suiza, 2005.

