

Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y sus implicancias en la cavidad oral

R. E. TRUCCO*

Ha habido una explosión de información sobre el SIDA. Editoriales, revistas médicas y de la profesión de la salud, gobierno y publicaciones de fácil acceso comercial atraen en sus primeras planas "la noticia".

En 1872 un médico húngaro —Moriez Kaposi— descubrió un neoplasma mesentérico multifocal, con diferenciación vascular, que tomaba la piel de las extremidades inferiores en el hombre adulto. En USA y Europa, el sarcoma de Kaposi está tipificado por máculas, formaciones en placa y formaciones nodulares rojas o violáceas en las piernas. Ocasionalmente están tomados los brazos, las manos o la bóveda palatina. Hay adenopatías, pero no es predominante en el compromiso de las funciones vitales. La forma clásica del Kaposi lleva un curso lento e indoloro (1-3). En Africa —Zaire y Uganda— es predominantemente nodular y visceral y ocasionalmente incluye lesiones cutáneas. Gente joven e incluso niños están frecuentemente afectados, el progreso es rápido y lleva a un desenlace fatal (4). La expansión de la enfermedad, su presencia mundial, conduce a señalar algunas consideraciones que se hacen necesarias en nuestro medio, marcando la prevención como la meta fundamental, a los efectos de evitar las transmisiones llamadas de "infección cruzada" y la protección del prestador de salud. (5)

SIDA y Odontología

La enfermedad ataca fundamentalmente a una población integrada por homosexuales, drogadictos, hemofílicos, receptores de sangre, haitianos, y enfermos diálisis en su mayoría; todos ellos se definen como pacientes de alto riesgo, de allí que la confección de la historia clínica adquiere especial significado. El 30% de los enfermos presenta candidiasis bucal. A esto se sobreagregan infecciones progresivas de "herpex", acompañadas de pérdida de peso y fiebre. Todo paciente con estas características debe ser considerado como posible enfermo de SIDA. Encías y mucosa palatina deben ser cuidadosamente evaluadas, buscando tumefacciones, pues son en general indoloras, solamente se exteriorizan en la deglución, y no difieren clínicamente y/o histológicamente de aquellas lesiones con la forma clásica de la enfermedad. (6-8).

Se definen tres estadios clínicos e histológicos. El primero es una mácula rosada o a veces roja, que presenta histológicamente espacios dilatados e irregulares en la dermis, células perivasculares, linfocitos y plasmocitos. En un segundo estadio, ya con formación de placa, difiere el estudio patológico. La dermis en su total presenta espacios intervasculares y células en huso con interposición de fibras colágenas. En el tercer estadio, la figura microscópica presenta canales vasculares irregulares, fascículos hiperclulares y células con capa media atípica. (9-10)

* Presidente de la Subcomisión del Grupo de Trabajo N° 3 de la Federación Dental Internacional. Beruti 270 - 8000 - Bahía Blanca.

DISCUSION

El sarcoma de Kaposi es una neoplasia vascular con localización múltiple, ubicada primariamente en tejidos cutáneos, nódulos linfáticos y a veces en la bóveda palatina. Trabajos recientes informan que el 62% de pacientes con SIDA tienen o no infecciones sobreagregadas, con o sin tumor de Kaposi. La asociación del Kaposi con infección por *Pneumocystis carinii* lleva a la mortalidad a más del 67% de los enfermos afectados. De gran interés para los prestadores de la salud es el hecho de que la vacunación preventiva para la hepatitis viral en pacientes homosexuales baja la incidencia y frecuencia del SIDA en comparación con aquellos que no son vacunados. (11-15). Todo paciente que presenta "una candidiasis" que se asemeja a una formación keratínica, puede aparecer como portador de una leucoplasia. Puede confundir al práctico, pues la respuesta a la medicación antifungal es positiva. Nistatina, clotrimazole y ketoconazol son efectivos y solamente el estudio biópsico es diferencial (16-18).

El Kaposi puede presentarse exclusivamente en la boca, pero solamente esporádicamente, y no debe descartarse su localización única en la cavidad oral, lo que puede inducir a error (19). La gingivitis es común y la lengua presenta el aspecto llamado "geográfico", con formaciones keratinosas en islotes y en algunos casos con pequeños papilomas en formas similares a pequeñas neoformaciones filiformes. (20). En la población homosexual es común la presencia de citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, linfoma de Burkitt y Hepatitis B. Todo prestador debe tener en cuenta que el diagnóstico diferencial es importante y puede ser enmascarado clínicamente por otras afecciones mencionadas (21-24).

PREVENCION

Actualmente, según la bibliografía que hemos consultado (este trabajo está escrito a fines de Agosto de 1985), solamente una asistente dental y tres empleados hospitalarios han sido afectados por el SIDA, pero no está comprobado que la enfermedad haya sido adquirida en el lugar de trabajo. Esto no debe hacer que se menosprecien las medidas preventivas; es más, dado el desarrollo preocupante de la enfermedad, todos los medios

a nuestro alcance deben ser utilizados en su máximo potencial (22, 25).

Las reglas establecidas por la Federación Dental Internacional para el tratamiento de pacientes con Hepatitis B, son válidas para el tratamiento del enfermo afectado del SIDA (26-28). Dado que muchas veces la afección es asintomática, se debe ser más cuidadoso en el manejo de los enfermos. Toda sospecha, considerada, y los riesgos de infección cruzada deben ser minimizados. Para ello se sugiere:

1. Lavado cuidadoso de las manos.
2. Conservación de la estructura de la piel de las superficies cutáneas en contacto con sangre del paciente.
3. Evitar hábitos, que pueden provocar lastimaduras, escoriaciones o disminución de la función protectora de la piel.
4. Tener en cuenta que el virus del SIDA ha sido encontrado en el 40% de las muestras de saliva de enfermos afectados.
5. Uso obligatorio de guantes, máscaras y anteojos protectores.
6. Esterilización por autoclave.
7. Uso de material descartable.
8. Esterilización o cremación de todo elemento usado por el tratamiento del paciente sospechoso.
9. Evitar el uso de turbinas y de elementos rotatorios que provocan "sprays" con la consiguiente diseminación.
10. Extremar la desinfección e higiene de la infraestructura.
11. Uso de aspiradores de alta potencia.
12. Confección de historias clínicas detalladas y valederas.
13. Información correcta y obtención de datos en las historias clínicas y cuidadosa evaluación en la interpretación y utilización de los mismos.
14. Identificación del virus por pruebas de laboratorio en pacientes sospechosos y en dadores de sangre.
15. Conocimiento científico de las características de la enfermedad.
16. Educación de postgrado en el área específica.
17. Extremar las precauciones de desinfección y esterilización de acuerdo a las reglas de la Asociación Odontológica Internacional en ambientes de alto riesgo profesional.

Agradecimiento

Agradezco a la Srta. Marta E. Larraza por su invalorable colaboración en la revisión bibliográfica de este trabajo.

Bibliografía

1. Kaposi M, Idiopathisches multiple Pigmentisarkom der Haut Arch Dermatol Suppl 4: 265, 1982.
2. Cox FH, Helwing EB: Kaposi's sarcoma. Cancer 12: 289, 1959.
3. Rothman S: Remarks on sex, age, and radical distribution of Kaposi's sarcoma and on possible pathogenetic factors. Acta Un Int Cancr 18: 326, 1962.
4. Oettle AG: Geographical and racial differences in frequency of Kaposi's sarcoma as evidence of environmental of genetic causes. Acta Un Int Cancr 18: 330, 1962.
5. Safai B, Good RA: Kaposi's sarcoma: a review and recent developments CA 31: 2, 1981.
6. Hardie J: AIDS and its significance to dentistry. Ed J Canad Dent Assn, N° 8, 1983.
7. Di Giovanna JJ, Fafai B: Kaposi's sarcoma: Retrospective study of 90 cases with particular emphasis on familiar occurrence, ethnic background and prevalence of other diseases. Am J Med 71: 779, 1981.
8. Lozada F, Silverman S Jr, Conant M: New outbreak of oral tumors, malignancies and infectious diseases strike young male homosexuals. Calif Dent Assoc J 10: 39, 1982.
9. Finkbeiner, WE: Kaposi's sarcoma in young homosexual men. A histologic study with particular reference to lymph node involvement. Arch Pathol Lab Med 106: 261, 1982.
10. Taylor JF: Kaposi's sarcoma in Uganda: a clinicopathologic study Int J Cancer 8: 122, 1971.
11. Mc Donald MI, Hamilton JD, Durack DT: Hepatitis B surface antigen could harbour the infective agent of AIDS. Lancet 2: 882, 1983.
12. Follansbee SE, Busch, DF, Wofsy, CB; An outbreak of Pneumocystis Carinii pneumonia in homosexual men. Ann Intern Med 96: 705, 1982.
13. Nickles, GB, Lines, C, Kramer, HS: Kaposi's sarcoma in a patient with acquired immune deficiency syndrome. J Oral Maxillofac Surg 42: 56, 1984.
14. David, DR, Knapp, JF: The significance of AIDS to dentists and dental practice. J Prosthet Dent 52: 736, 1984.
15. Greenspan D: Oral hairy leucoplakia in male homosexuals. Evidence for association with papilloma virus and herpes group virus. Lancet: 831, 1984.
16. Gottlieb Mx S, Schroff, R, Schanker HM: Pneumocystis Carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual Men N Engl J Med 305: 1425, 1981.
17. Poulsen A, Huttberg B, Thomsen K, Wantzim GL: Regression of Kaposi's sarcoma in AIDS after treatment with dapsona. Lancet 1: 560, 1984.
18. Resnick L, Rosen L, Horwitz S, Prost P: Regression of chronic generalized lymphadenopathy in a homosexual man after therapy with intravenous Acyclovir. Lancet 1: 798, 1984.
19. Lozada P, Silverman S Jr, Migliorati CA, Conant MA, Volberding PA: Oral manifestations of tumor and opportunistic infections in the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS): Findings in 53 Homosexual Males with Kaposi's-Sarcoma. Oral Surg. (en prensa).
20. Porter SR, Scully C, Causon RA: Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). Br Dent J 157: 386, 1984.
21. Ziegler JL, Drew, WL, Miner RC: Outbreak of Burkitt's-like lymphoma in homosexual men. Lancet 2: 631, 1982.
22. Centers for Disease Control. An evaluation of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) reported in health-care personel. United States Morbidity and Mortality Weekly Report 33: 358, 1984.
23. Groopman JE, Salahuddin SZ, Sarngadharan MG: HTLV-III in saliva of people with AIDS related complex and healthy homosexual men at risk for AIDS. Science 226: 447, 1984.
24. Romet-Lemonne JL, Mc Lane MF, Elfassi E: Hepatitis B virus infection in cultured human lymphoblastoid cells. Science 221: 667, 1983.
25. Centers for Disease Control. Prospective evaluation fo health care workers exposed via parenteral or mucous-membrane routes to blood and body fluids of patients with acquired immunodeficiency syndrome. Morbidity and Mortality Weekly Report 33: 181, 1984.
26. Federación Dental Internacional: The Dentist and the Enviroment. Haguenuau, 1982.
27. Federación Dental Internacional. Working Group N° 3. Infection in Dental practice. Padova, 1983.
28. Federación Dental Internacional, Working Group N° 3. Report: occupational diseases. Salzburg, 1984.