



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

RECOMENDACIONES PARA
LA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA
DE PERSONAS
QUE VIVEN CON VIH

DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
Departamentos: Salud Bucal • Comisión Nacional del SIDA

CREDITOS

PRESENTACION

Para el Ministerio de Salud y en particular para la Subsecretaría de Salud Pública, es de gran satisfacción poner a disposición de los establecimientos y equipos de salud este documento que establece las orientaciones para la atención odontológica de las personas viviendo con VIH (PVVIH), en el Sistema Público de Salud.

Con este documento se complementa el Modelo de Atención a las Personas que viven con VIH y las orientaciones de la Reforma del sector, asociadas a los principios de acceso, equidad y no discriminación.

El Gobierno de Chile, mediante las leyes de Régimen de Garantías y de Autoridad Sanitaria entre otras, está realizando una profunda reforma al Sistema de Salud del país que determina una nueva forma de administrar los cuidados de salud, aumenta la eficiencia de los Servicios de la Salud, genera derechos en la salud exigibles por parte de los ciudadanos y garantiza su cumplimiento. Las Garantías Explícitas en Salud en VIH/SIDA están relacionadas con el acceso, oportunidad y protección financiera de los antiretrovirales y exámenes de monitoreo.

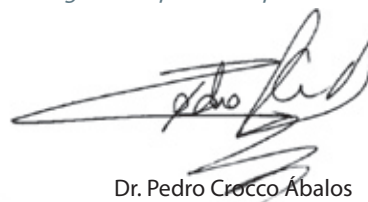
Por su parte, la política de Salud Bucal del Ministerio de Salud ha estado y está orientada a poner énfasis en la prevención y promoción de la Salud Bucal de la población, con actividades recuperativas en grupos beneficiarios priorizados (menores de 20 años, embarazadas y otros), mediante acciones costo efectivas y basadas en las mejores evidencias disponibles.

Los problemas de salud bucal presentes en nuestra población continúan siendo de alta prevalencia en todos los grupos étnicos, y si bien, en general no son causa de muerte, afectan la calidad de vida de las personas.

La detección precoz de las infecciones bucales permiten intervenciones más efectivas, lo que contribuye a la prevención de patologías orales de mayor magnitud.

Los Departamentos, Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) y Salud Bucal, del Ministerio de Salud, han llevado a cabo esta revisión y propuesta que complementa y profundiza los objetivos de la Atención Integral a Personas que Viven con VIH/SIDA. Su publicación se realiza en el contexto del Proyecto Fondo Global – Chile. Para su elaboración se consideraron antecedentes relacionados con la situación actual de la atención dental y la revisión de las evidencias científicas más actuales en el tema.

En nombre del Gobierno y del Ministerio de Salud vaya nuestro reconocimiento a los/as colaboradores/as en la elaboración de este documento, como también nuestro estímulo a todos/as y a cada uno/a de los/as profesionales de la atención odontológica en los Servicios de Salud del país, que harán posible la implementación de esta propuesta de mejoramiento de la atención odontológica a las personas que viven con VIH.



Dr. Pedro Crocco Ábalos
División de Prevención y Control de Enfermedades

AUTORES/AS

María José Letelier Ruiz

Cirujano-Dentista. Diplomada en Gestión de Establecimientos de Salud, Asesora Departamento de Salud Bucal del Ministerio de Salud.

Olaya Fernández Fredes

Cirujano-Dentista. Magíster en Salud Pública, Diplomada en Gestión Pública. Jefa del Departamento de Salud Bucal del Ministerio de Salud.

Rodrigo Cabello Ibacache

Cirujano-Dentista. ©Magíster en Ciencias Odontológicas con mención en Cariología, Universidad de Chile. Asesor del Departamento de Salud Bucal del Ministerio de Salud de Chile. Docente de las Universidades de Chile, Andrés Bello y Diego Portales.

Pamela Vásquez Rozas

Cirujano-Dentista. Magíster en Salud Pública Universidad de Chile. Asesora del Departamento de Salud Bucal del Ministerio de Salud de Chile. Docente Universidad Diego Portales

Edith Ortíz Núñez

Coordinadora Ejecutiva Comisión Nacional del SIDA.

Gloria Berríos Campbell

Enfermera Universitaria, Area de Atención Integral, Comisión Nacional del SIDA, Ministerio de Salud.

REVISORES

Jaime Bastías Salvatierra

Cirujano-Dentista. Especialista Salud Pública. Docente Universidad Finis Tέρrea.

Alejandra Lípari Valdés

Cirujano-Dentista. Especialista en Odontopediatría. Docente Fac. de Odontología U. de Chile, Vicepresidenta Sociedad de Odontopediatría de Chile.

Mirta Landaeta Mendoza

Cirujano Máxilo- Facial Infantil. Odontóloga del Hospital San Juan de Dios. Miembro del Comité Nacional de SIDA Pediátrico.

María Isabel Encina

Cirujano Dentista. Hospital Dr. Lucio Córdova.

Edith Lampert

Cirujano Dentista. Fundación Arriarán.

AGRADECIMIENTOS

David A. Reznick

Fundador y Presidente de HIVdent, Director of the Oral Health Center of the Infectious Disease program at the Grady Health System, por permitirnos la utilización de sus fotos clínicas.

INDICE

INTRODUCCIÓN

Capítulo 1

PRECAUCIONES UNIVERSALES

• Equipo de Protección Personal	8
• Manipulación de Instrumental Contaminado	10
• Esterilización del Instrumental	11
• Esterilización de la Pieza de Mano	11
• Desechos Clínicos	12
• Lavado y Cuidado de Manos	15
• Uso y Cuidado de Instrumentos Afilados y Agujas	15
• Esterilización o Desinfección de Instrumentos	16
• Manejo de Muestras de Biopsia	17

Capítulo 2

PREVENCIÓN ESPECÍFICA EN ODONTOLOGÍA PARA PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA

• Diagnóstico y Plan de Tratamiento	18
• Prevención de Caries Dentales	19
• Prevención de Enfermedad Periodontal	20

Capítulo 3

LESIONES MÁS COMUNES EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

• En Niños	21
◦ Candidiasis	21
◦ Queilitis Angular	23
◦ Leucoplasia Pilosa Oral	23
◦ Herpes Simplex	23
◦ Ulceras Aftosas Recurrentes	24
◦ Lesiones Gingivales y Periodontales	25
---Eritema Gingival Lineal	
---Gingivitis Ulcero Necrotizante y Periodontitis Ulcero Necrotizante	
◦ Enfermedades de las Glándulas Salivales	25
◦ Moluscum Contagiosum	26
• En Adultos	26
◦ Candidiasis Oral	26
---Candidiasis Eritematosa	
---Candidiasis Pseudomembranosa	
◦ Ulceras Orales	29
---Herpes Simple	
---Herpes Zoster	
◦ Leucoplasia Pilosa Oral	30
◦ Lesiones Gingivales	30
---Eritema Gingival Lineal	
---Gingivitis Ulcerativa Necrotizante y Periodontitis Ulcerativa Necrotizante	
◦ Sarcoma de Kaposi	32
◦ Linfoma No Hodgkin	33
◦ Enfermedades de las Glándulas Salivales	33
◦ Verrugas Orales	34
◦ Caries	34

Capítulo 4

MANIFESTACIONES ORALES PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL VIH Y PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD

	36
--	----

Capítulo 5

INFECCIÓN CRUZADA

	38
--	----

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

• Lista de Abreviaturas	40
• Glosario	

GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS BUCALES EN PERSONAS CON VIH/SIDA

	42
--	----

BIBLIOGRAFÍA

	48
--	----



INTRODUCCIÓN

La Salud Bucal es un componente muy importante del manejo de las personas que viven con VIH. Una mala o pobre función del aparato estomatognático, en especial de la dentición, puede afectar adversamente en la calidad de vida, complicar el manejo de las condiciones médicas, y crear o exacerbar problemas nutricionales y/o psicológicos. La salud oral también afecta a la adherencia del tratamiento antirretroviral (ARV), ya que cuando la cavidad oral se encuentra comprometida, ya sea por la presencia de dolor, incomodidad o disfuncionalidad, el mantener la adherencia a los regímenes de ARV se dificulta.

Por lo anterior es necesario entregar a estos pacientes una atención integral la cual debe incluir los cuidados de su Salud Bucal, por lo que el equipo odontológico debe encontrarse incorporado o en coordinación con el equipo de atención integral de personas que viven con VIH/SIDA.

Los principios para una buena atención de salud oral son los mismos para las personas que viven con VIH/SIDA que para el resto de los pacientes. Las personas seropositivas al VIH que se encuentran asintomáticas y clínicamente estables, pueden recibir tratamientos de rutina de la misma forma que cualquier persona que lo requiera. El personal de salud debe considerar y respetar las precauciones universales en toda atención dental, independiente de la serología al VIH de los usuarios.

Las manifestaciones orales de la infección VIH son un componente fundamental de la progresión de la enfermedad y ocurre en aproximadamente 30 a 40% de la población de pacientes afectados^{1,2,3}. Los factores que predisponen la expresión de lesiones orales incluyen: conteos de CD4 menores de 200 células/mm³, una carga viral mayor de 3000 copias/ml, xerostomía, higiene oral pobre y el hábito de fumar^{4,5}. Las lesiones orales se diferencian en infecciones micóticas, virales y bacterianas, neoplasmas como el sarcoma de Kaposi y otras presentaciones no específicas como ulceraciones aftosas y enfermedades de las glándulas salivales.

La prevalencia global de las manifestaciones orales de la infección por VIH ha cambiado desde el advenimiento de la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (HAART: Highly Active Antiretroviral Therapy). Un estudio observó una reducción de lesiones orales de 47.6% antes de la Terapia HAART, a 37.5% en la era de HAART3. Los detalles de este estudio incluyen una reducción significativa en la Leucoplasia Velloso Oral y en la Periodontitis Ulcerativa Necrotizante, aunque no había un cambio significativo en la incidencia de Candidiasis Oral, Ulceras Orales y Sarcoma de Kaposi. Esta población sí notó, sin embargo, un incremento en las enfermedades de glándulas salivales. Otros reportes publicados muestran un marcado incremento en la incidencia de verrugas orales (papilomas) en la era HAART^{6,7}.

El tratamiento de las enfermedades orales asociadas con la enfermedad VIH se ha reportado muy poco. Un estudio de 1.424 adultos que participaron en el AIDS Cost and Utilization Study (Estudio

de Utilización y Costos en SIDA), reveló que solamente hay un 9.1% de tratamiento reportado para las manifestaciones orales de la enfermedad VIH. Después de ajustar el conteo de CD4 y otras variables, los Afro-Americanos e Hispanos tuvieron menos oportunidad de recibir tratamiento. Los factores más significativos en la oportunidad de recibir tratamiento para enfermedades orales incluían: nivel educativo superior a la secundaria o bachillerato, participación en pruebas clínicas y la utilización de servicios de consultoría o asesoría⁸. La habilidad para diferenciar una manifestación de otra, y hacer un manejo apropiado de las condiciones más comunes son fundamentales en el cuidado general de esta población de pacientes.

Finalmente, es importante que los odontólogos comuniquen oportunamente al equipo médico tratante de VIH cualquier hallazgo en el territorio buco máxilo facial, que pueda significar un cambio en la salud general del paciente.

El siguiente documento cubrirá los detalles más importantes sobre las manifestaciones orales más comunes diagnosticadas en asociación con la infección VIH, y algunos tratamientos generales que es importante realizar.

PRECAUCIONES UNIVERSALES

Las precauciones universales, como las define el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en Inglés) deben ser usadas al atender **a todos los pacientes dentales**. Este término se refiere a un paquete de precauciones diseñadas para prevenir la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), del virus de la hepatitis B (VHB), y otros patógenos transmitidos por sangre en sitios de atención a la salud, tanto desde el personal de salud a los pacientes, como desde estos últimos al equipo odontológico.

Bajo las precauciones universales, **la sangre y la saliva (en odontología) de todos los pacientes es considerada potencialmente infecciosa con VIH, VHB y otros patógenos transmitidos por sangre**. Aplicar precauciones universales significa que los mismos procedimientos para el control de infecciones deben ser empleados con todos los pacientes, para cualquier procedimiento dental. De esa manera, las políticas necesarias de control de infecciones, a usar para cualquier tratamiento dental, se determinan según las características del procedimiento. Por ello, las precauciones universales son específicas a los procedimientos y no a los pacientes.

Las precauciones universales no excluyen el uso de procedimientos adicionales de control de infecciones para proteger a un paciente que está tan severamente comprometido médicamente, estas precauciones adicionales son necesarias para procurarle un tratamiento seguro.

Equipo de Protección Personal (EPP)

El equipo odontológico debe emplear **vestimenta protectora como anteojos o un protector facial que lleguen hasta el mentón, guantes desechables, una mascarilla quirúrgica de buena calidad, y ropa protectora**, cuando realicen procedimientos capaces de causar salpicaduras, aerosoles u otro contacto con fluidos corporales o con membranas mucosas. La vestimenta protectora también deberá ser empleada cuando se toquen artículos o superficies que puedan estar contaminadas con estos fluidos, y durante otras actividades que constituyan un riesgo de exposición a sangre, saliva o tejidos.

Los guantes son artículos:

- para usarse sólo una vez
- no deben ser reutilizados.
- Los guantes desechables no deben ser lavados, desinfectados o esterilizados.

- Los guantes sólo pueden ser enjuagados con agua para remover el exceso de talco.
- Los guantes rasgados o dañados deben ser **reemplazados inmediatamente**.
- Los guantes de látex, vinilo u otros guantes desechables de uso médico pueden ser empleados para examinar o tratar al paciente.

Los guantes de plástico, que se emplean para manipular alimentos, pueden usarse sobre los guantes de tratamiento contaminados (como sobre guantes) para prevenir la contaminación de objetos limpios tocados durante el tratamiento. Estos sobre guantes nunca podrán usarse solos como una barrera protectora para las manos, o en procedimientos intra orales. Los sobre guantes deben manipularse con cuidado para evitar contaminarlos durante su manejo con guantes contaminados. Si el equipo odontológico no emplea sobre guantes, deberá quitarse los guantes contaminados antes de retirarse de la unidad dental durante el tratamiento y deberá ponerse guantes nuevos cuando regrese a atender al paciente. Las manos deberán ser lavadas inmediatamente después de retirarse los guantes y antes de enguantarse nuevamente.

Las Mascarillas Quirúrgicas, a emplear siempre, deben de tener una eficacia de filtración del 95% para partículas de 3 a 5 micras de diámetro, por lo menos. Las mascarillas deben ser cambiadas con cada paciente o con mayor frecuencia, particularmente cuando se genera mucho aerosol durante el tratamiento. El CDC (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades) y OSAP (Organización para la Seguridad y Asepsia en los Procedimientos, por su sigla en inglés) sugieren que las mascarillas deben emplearse por un máximo de 20 minutos en áreas de alta humedad, o un máximo de 60 minutos en climas secos. Deben ser manipuladas tocando solamente su periferia, y evitar tocar el cuerpo de ellas. Las mascarillas no deben tocar la boca del equipo odontológico durante su uso, ya que la humedad interna disminuirá su eficiencia de filtración. Se debe seleccionar una mascarilla que se adapte bien a la forma del rostro. **Una máscara facial ,o protectores faciales, no sustituye a la mascarilla quirúrgica.**

Los Anteojos Protectores deben tener aletas laterales sólidas y deben ser descontaminados por inmersión en una solución limpiadora entre pacientes. Una máscara facial o protector facial puede sustituir a los anteojos protectores. Los anteojos protectores y máscaras faciales empleados para protegerse contra proyectiles sólidos deben cumplir con el Decreto 18 de 1982 que “Establece Normas y Exigencias De Calidad De Elementos De Protección Personal Contra Riesgos Ocupacionales”.

Vestimenta Protectora. Si se anticipa recibir aerosoles y salpicaduras, la vestimenta protectora debe tener un cuello alto y proteger los brazos. Los delantales de algodón o de algodón y poliéster, para la clínica y las batas para laboratorio o los delantales y batas desechables son vestimenta usualmente satisfactorias para el tratamiento dental de rutina. El tipo y las características de la vestimenta protectora dependen del tipo de exposición que se espera. Las batas o sacos usados como vestimenta protectora deben ser cambiados, por lo menos, diariamente, o más a menudo si están visiblemente sucios o contaminados. El equipo odontológico debe quitarse la vestimenta protectora antes de abandonar el área de trabajo. La vestimenta protectora no podrá ser llevada

por los empleados para lavarla en casa. Puede ser lavada en el consultorio si se cuenta con el equipo y si se siguen las precauciones universales para el manejo y lavado de ropa contaminada. Las telas contaminadas que se transportan fuera del consultorio para ser lavadas en otros sitios, deben ir en bolsas plásticas para prevenir derrames, estas bolsas deberán estar etiquetadas “riesgo biológico” o seguir un código de colores, a menos que el personal de lavandería practique las precauciones universales con toda la ropa que recibe. Se pueden emplear batas desechables que deberán ser desechadas diariamente, o con mayor frecuencia si están visiblemente sucias.

Manipulación de Instrumental Contaminado

Para manipular y lavar instrumental contaminado, deberán usarse **a) guantes gruesos “domésticos” (que son resistentes a las punciones), b) mascarilla, c) vestimenta protectora y protección ocular.** Lo mismo cuando se limpia el área de trabajo, y durante la limpieza y desinfección de superficies. Los guantes “domésticos” deberán ser desechados si sus propiedades de barrera están comprometidas. Deberá colocarse guantes “domésticos”, mascarillas, vestimenta protectora y protección ocular para mezclar y usar desinfectantes y esterilizantes químicos. Los guantes “domésticos” usados deben considerarse contaminados y manipularse apropiadamente hasta que hayan sido adecuadamente desinfectados o esterilizados.

Con el mayor uso de guantes de látex para el control de infecciones, ha habido una mayor incidencia de alergias a látex y otras sensibilidades. Algunos personas son considerados de mayor riesgo a la sensibilidad al látex. Estos individuos incluyen personas que han tenido múltiples cirugías (especialmente que involucren intubación y catéteres de látex), pacientes con espina bífida, trabajadores de la salud e individuos con otras alergias documentadas.

La ficha clínica siempre debe incluir preguntas que puedan alertar al equipo odontológico de que el paciente es sensitivo al látex. Si se descubre que una persona presenta esta característica, se deben tomar precauciones para su tratamiento como el uso de guantes sin látex, goma dique sin látex, y evitar cualquier otro producto que contenga látex. Los pacientes hipersensibles al látex deben programarse al principio del día de trabajo, para minimizar su exposición a residuos de látex o talco.

Los miembros del equipo odontológico que padecen de síntomas consistentes con la hipersensibilidad, que incluyen erupciones cutáneas, comezón, o insuficiencia respiratoria, deben buscar la atención de un médico calificado para el diagnóstico de los síntomas. Debido a que diversos materiales pueden ser responsables de la hipersensibilidad, como los materiales incluidos en las resinas de obturación, que pueden atravesar los guantes, no se recomienda el auto-diagnóstico, ya que esto puede aumentar el riesgo de una respuesta alérgica seria.

Esterilización del Instrumental

Los guantes “domésticos”, mascarillas, anteojos y vestimenta protectora o delantal deben emplearse durante todo el procesamiento de instrumental.

Los artículos desechables deben ser descartados después de un sólo uso. Todos los artículos reutilizables que estuvieron en contacto con la sangre, saliva o membranas mucosas del paciente deben ser desinfectados para su uso en un autoclave, vapor químico no-saturado o calor seco, los cuales deberán estar autorizados por el Instituto de Salud Pública de acuerdo a las Normas Técnicas sobre Esterilización y Desinfección de Elementos Clínicos del Ministerio de Salud, 2001.

El procesamiento de instrumentos re-utilizables comienza junto al sillón dental. Es importante conservar los instrumentos húmedos para facilitar su limpieza. Por lo tanto, si los instrumentos no son procesados inmediatamente, deben ser colocados en una solución pre-lavado (agua jabonosa o una solución tensioactiva comercialmente disponible) para prevenir el secado de sangre y materiales. Todos los artículos deben ser lavados minuciosamente en un baño ultrasónico o en una lavadora de instrumental. Sólo deben emplearse las soluciones limpiadoras diseñadas para baño ultrasónico o lavadora de instrumental. Los germicidas químicos son inadecuados para emplearse en estos equipos. Debe evitarse el cepillado manual de instrumental con filo. Pero, de ser necesario el cepillado o lavado manual, use un cepillo limpio que tenga un mango largo, y mantenga los instrumentos sumergidos para reducir las salpicaduras. Los cepillos deben ser desechables o esterilizables por vapor a presión. Se debe tener cuidado para evitar lesionarse durante el cepillado o lavado manual de los instrumentos. Los instrumentos deben estar secos para su esterilización en óxido de etileno, calor seco o en vapor químico no saturado. Los instrumentos deben estar envueltos (con el uso de bolsas, cassettes o paquetes) antes de su esterilización en vapor de agua, vapor químico, calor seco o gas, y permanecer empacados para su almacenamiento, para protegerlos de su re-contaminación después de la esterilización. Para su rastreo, los paquetes deben estar rotulados con la fecha y el número del esterilizador. No escriba con tinta directamente sobre la envoltura. Es aceptable escribir sobre cinta de autoclave, etiquetas con código de barras, o sobre el lado plástico de las bolsas.

Esterilización de la Pieza de Mano.

Todas las piezas de mano de alta velocidad, conos, contra-ángulos, motores de baja velocidad, adaptadores del motor al ángulo y ángulos de profilaxis (a menos que se usen desechables) **deben ser esterilizados por calor**, entre pacientes. Los procedimientos para la limpieza, esterilización y mantenimiento descritos por el fabricante deben ser seguidos minuciosamente para garantizar su esterilización adecuada y la máxima longevidad de la pieza de mano.

Después del tratamiento del paciente, purgue las líneas de aire y agua por 20 a 30 segundos con las piezas de mano puestas. Remueva la pieza de mano y limpie minuciosamente sus superficies interna y externa según las instrucciones. Envuélvalas antes de su esterilización, y esterilícelas

de acuerdo a las especificaciones del equipo y piezas de mano. Si se indica la lubricación, ya sea antes o después del ciclo, se recomienda tener un lubricante, sólo para piezas de mano estériles, como una estrategia para evitar la contaminación cruzada.

Verificación de la Esterilización

El uso y funcionamiento de los esterilizadores de calor debe ser verificados biológicamente con la eliminación adecuada de las esporas, como se encuentra establecido en las Normas Técnicas sobre Esterilización y Desinfección de Elementos Clínicos del Ministerio de Salud, 2001.

Desechos Clínicos

a. General: Se debe disponer de todos los desechos de acuerdo con las regulaciones y recomendaciones locales aplicables. Generalmente, los artículos manchados con sangre o saliva no son desechos regulados. Se considera como desechos regulados los tejidos blandos y duros, así como los artículos impregnados, es decir, aquellos de los que se pueda exprimir sangre o saliva, o que la sangre seca pueda desprenderse del artículo. Consulte siempre con las normas de bioseguridad sobre las excepciones específicas y los requisitos para el desecho o tratamiento.

b. Comunicación de riesgo de enfermedad infecciosa (Riesgo Biológico): Los contenedores de desechos médicos regulados (según se define arriba) deben ser etiquetados e identificados de acuerdo con regulaciones existentes. Estos contenedores incluyen los recipientes para punzo cortantes contaminados, los recipientes para instrumentos punzo cortantes reutilizables contaminados (por ejemplo, los recipientes para la inmersión prelavado), las bolsas de ropa contaminada, los frascos para biopsias, y contenedores para almacenar desechos antes de su recolección.

c. Manejo y desecho de punzo cortantes: Ponga las agujas y otros punzo cortantes desechables, como las hojas de bisturí, alambres de ortodoncia y vidrio roto dentro de contenedores rígidos, resistentes a punciones y derrames, que se puedan cerrar, que tengan el color apropiado y la etiqueta de "riesgo biológico" con el símbolo respectivo.

El contenedor debe estar lo más cerca posible del sitio de uso para el desecho inmediato. No corte, doble, rompa o retire las agujas manualmente para desecharlas, y no retire las agujas de las jeringas desechables.

Para enfundar una aguja en una jeringa no desechable de anestésico, coloque la funda de la aguja sobre una superficie firme y guíe la aguja dentro de la funda con sólo una mano, o use un dispositivo para enfundar agujas con una sola mano. Alternativamente, también se pueden usar agujas que se enfundan solas. Si el dispositivo es para sostenerse en una mano, este le debe brindar protección a toda la mano que lo sostiene. Cuando el contenedor de punzo cortantes está casi lleno (3/4 de su capacidad), ciérrelo firmemente y deséchelo de acuerdo con las normas existentes.

d. Artículos desechables sin filo: Como mínimo, estos artículos deben ser puestos siempre dentro de bolsas o contenedores a prueba de derrames y etiquetados.

Los artículos desechables que pueden contener fluidos corporales de los pacientes, pero que no están sujetos a regulaciones de desechos médicos, como los guantes, y los baberos para el paciente, deben ser puestos en una bolsa dentro de un recipiente de basura.

Aunque se considera que la posibilidad de transmisión de infecciones de la sangre del personal del equipo odontológico a pacientes es pequeña^{9,10,11,12}, no se han cuantificado los riesgos precisos en el entorno dental por estudios epidemiológicos cuidadosamente diseñados. Informes publicados desde 1970 hasta 1987 indican nueve grupos, en los cuales se infectaron pacientes con HBV asociados con tratamientos por una persona del equipo odontológico infectado^{13,14,15,16,17,18,19,20,21,22}. Además, se ha informado la transmisión del VIH a seis pacientes por un dentista con síndrome de la inmunodeficiencia adquirida^{23,24}. No se ha informado sobre la transmisión de HIV de dentistas a pacientes desde 1987, reflejando posiblemente factores tales como la información incompleta, aumento de la adhesión a las precauciones universales -incluyendo el uso rutinario de guante por los dentistas- y aumento de los niveles de inmunidad debido al uso de la vacuna de la hepatitis B. Sin embargo, los casos aislados de infección esporádica son más difíciles de relacionar con un trabajador del cuidado de la salud que con brotes involucrando a múltiples pacientes. Tanto para el HBV y VIH, el hecho preciso o los hechos que determinan la transmisión de infecciones en el entorno dental, no han sido determinados; los datos epidemiológicos y de laboratorio indican que estas infecciones probablemente se transmitieron del Personal del Equipo Odontológico a los pacientes, en vez de un paciente a otro^{23,24,25}. Se ha informado, sin embargo, la transmisión de paciente a paciente de agentes patógenos de la sangre, en varios entornos médicos^{26,27,28}.

El CDC, de Estados Unidos, recomienda que todos los trabajadores de la salud, incluso el personal del equipo odontológico, que pudiesen estar expuestos a sangre o a sustancias contaminadas con sangre en el entorno profesional, sean vacunados contra el HBV^{29,30,31}. El personal del Equipo Odontológico también está en riesgo de exposición y posible transmisión de otras enfermedades evitables por vacunación³², de acuerdo a esto, la vacunación contra la influenza, el sarampión, paperas, rubéola, y tétano es apropiado para el Personal del Equipo Odontológico

En Chile, la vacunación al personal de salud se inició en 1990; a partir de enero de 2005, se incluyó la vacuna anti Hepatitis B en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, con tres dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad. Asimismo, a mediados del 2006 se inició programa de vacunación de niños con inmunosupresión adquirida, que incorpora además de la hepatitis B, la hepatitis A, la antipneumocócica, y refuerzo de vacuna HBV.

En síntesis

Los guantes (de látex o vinilo) siempre deben ser usados por los Equipos para la protección del personal y pacientes en los entornos de cuidado dental, cuando existe potencial contacto con sangre, saliva contaminada con sangre, o las membranas mucosas^{18,19,21,22,29}. Los guantes

no estériles son apropiados para controles y otros procedimientos no quirúrgicos²², pero sí deberán usarse guantes estériles para los procedimientos quirúrgicos. Antes del tratamiento con cada paciente, los Equipos Odontológicos deberían lavar sus manos y colocarse guantes nuevos; después del tratamiento con cada paciente y cuando finaliza la operatoria dental, deberían quitarse y desechar los guantes, y luego lavar sus manos. El personal del equipo siempre debería lavar sus manos y cambiar de guantes entre paciente y paciente. Los guantes quirúrgicos o de examen no deben lavarse antes de ser usados, ni tampoco deben lavarse, desinfectarse, o esterilizarse para su reutilización. El lavado de guantes puede causar “wicking” (penetración de líquidos a través de los agujeros no detectados en los guantes) y, por lo tanto, no es recomendado²². El deterioro de guantes puede ser causado por agentes de desinfección, aceites, ciertas lociones basadas en aceite, y tratamientos de calor, como el autoclavado.

Se deben utilizar máscaras faciales plásticas o mascarillas quirúrgicas y gafas protectoras si hay probabilidades de salpicado con sangre u otros fluidos del cuerpo, como es común en odontología^{19,22,29,33,34}. Cuando se utiliza una máscara, ésta debe cambiarse entre los pacientes, o durante el tratamiento con el paciente si ésta se moja o se humedece. Los protectores faciales o las gafas protectoras deben lavarse con un agente de limpieza apropiado y, cuando la suciedad se hace visible, deben ser desinfectados entre paciente y paciente

La indumentaria de protección como vestidos reutilizables o desechables, trajes de laboratorio, o uniformes, deberían ser usados cuando existan posibilidades de ser ensuciados con sangre u otros fluidos del cuerpo^{19,22,29}. La ropa protectora reutilizable debería ser lavada, usando un ciclo del lavado normal, según las instrucciones de los fabricantes de la máquina lavadora y del detergente. La indumentaria protectora debe cambiarse al menos diariamente o en cuanto se ensucie visiblemente³⁵. La indumentaria protectora y dispositivos (incluyendo los guantes, máscaras, y protectores de los ojos y de la cara) usados para actividades de laboratorio o del cuidado del paciente, deben quitarse antes de retirarse de las áreas del consultorio dental. Deben usarse papel impermeable, láminas de aluminio o cobertores plásticos para proteger artículos y superficies (ej. asas de luz o la cabeza de la unidad radiográfica) ya que éstos pueden contaminarse con sangre o saliva durante el uso y que luego son difíciles o imposibles de limpiar y desinfectar correctamente. Entre pacientes, los cobertores deben ser quitados y desechados (mientras que el personal del equipo odontológico tenga los guantes puestos), y reemplazados (después de quitarse los guantes y del lavado de manos) con material limpio. El uso apropiado de la goma de dique, la evacuación de aire de alta velocidad, y el adecuado posicionamiento del paciente, deben minimizar la formación de gotas, salpicaduras, y aerosoles durante el tratamiento del paciente. También se deberá usar protectores para salpicaduras en el laboratorio dental.

Lavado y Cuidado de Manos

El personal del equipo odontológico siempre debe lavar sus manos antes y después de tratar con cada paciente (antes de la colocación de los guantes y después de quitarse los mismos), y después del contacto directo con objetos inanimados susceptibles a ser contaminados por sangre, saliva, o las secreciones respiratorias^{19,22,29,35}. Deben lavarse las manos después de quitarse los guantes, porque los mismos pueden perforarse durante el uso, y así contaminarse las manos mediante el contacto con material del paciente. El jabón y el agua quitarán los microorganismos adquiridos directamente o indirectamente del contacto con el paciente³⁵ por consiguiente, para muchos procedimientos dentales rutinarios, como exámenes y técnicas no quirúrgicas, el lavado de manos con jabón común es adecuado. Para los procedimientos quirúrgicos, debe ser usado un enjuague quirúrgico antimicrobiano³⁶. Cuando los guantes se rasgan, cortan, o pinchan, deben quitarse tan rápido como la seguridad del paciente lo permita. El personal debería lavar completamente sus manos y cambiarse los guantes para completar el procedimiento dental. El personal del equipo odontológico que tiene lesiones exudativas o dermatitis, particularmente en las manos, deberían abstenerse de la atención del cuidado directo del paciente y de manejar equipos, hasta que la situación se resuelva³⁷. Se han publicado previamente pautas dirigidas al manejo de exposiciones profesionales a la sangre y otros fluidos, sobre las cuales las precauciones universales se aplican^{29,30,31,38}.

Uso y Cuidado de Instrumentos Afilados y Agujas

Los instrumentos afilados, por ejemplo agujas, hojas del escalpelo, alambres, etc., contaminados con la sangre y la saliva del paciente deben ser considerados como potencialmente infecciosos y manejados con cuidado para prevenir lesiones^{19,22,29}. **Las agujas usadas nunca deben ser re-enfundadas o manipuladas utilizando ambas manos**, o cualquier otra técnica que implique dirigir la punta de la aguja hacia cualquier parte del cuerpo^{22,25,26}. Debe emplearse tanto la técnica "scoop" con una mano, o un dispositivo mecánico diseñado por sostener la vaina de la aguja. Las jeringas y agujas desechables, hojas del escalpelo, y otros artículos puntiagudos y afilados usados, deben colocarse en recipientes apropiados, resistentes a pinchaduras, ubicados tan cerca como sea práctico al área en la que los artículos fueron usados^{19,22,29}. El doblado o rotura de agujas antes de ser desechadas, requieren una manipulación innecesaria y no se recomienda. Antes de intentar quitar agujas de jeringas de aspiración no desechables, el personal de equipo odontológico deberían re-enfundarlas para prevenir lesiones. Cualquiera de las dos técnicas aceptables puede usarse. Para procedimientos que implican inyecciones múltiples con una sola aguja, la aguja desenfundada debe ser colocada en un lugar donde no se contaminará o contribuirá a pinchaduras involuntarias. Si se toma la decisión de re-enfundar una aguja entre las inyecciones, se recomienda la técnica de "scoop" con una mano, o un dispositivo mecánico diseñado para sostener la vaina de la aguja.

Esterilización o Desinfección de Instrumentos

Indicaciones para la Esterilización o Desinfección de Instrumentos Dentales

Así como con otros instrumentos médicos y quirúrgicos, los instrumentos dentales son clasificados en tres categorías: críticos, semicríticos, o no críticos, dependiendo de su riesgo de transmitir infecciones y la necesidad de esterilizarlos entre los usos^{35,39,40,41,42}. Cada práctica dental debería clasificar todos los instrumentos como se indica a continuación:

- **Críticos:** son los instrumentos quirúrgicos y otros que se usan para penetrar el tejido suave o el hueso y que deben ser esterilizados después de cada uso. Estos dispositivos incluyen fórceps, escalpelos, cinceles del hueso, etc.
- **Semicríticos:** son los instrumentos como los espejos y condensadores de la amalgama, que no penetran en los tejidos suaves o el hueso, pero contactan tejidos orales. Estos dispositivos deben esterilizarse después de cada uso. Si la esterilización no es factible porque el instrumento será dañado por el calor, éste deberá recibir, como mínimo, una desinfección de alto nivel.
- **No críticos:** son aquellos instrumentos o dispositivos médicos tales como componentes externos de cabezas radiográficas, que solo entran en contacto con piel intacta. Debido a que estas superficies no críticas tienen un riesgo relativamente bajo de transmitir infecciones, los instrumentos podrán ser reacondicionados entre los pacientes con un nivel de desinfección intermedio o bajo (véase Limpieza y Desinfección de la Unidad Dental y las Superficies Medioambientales en las Normas Técnicas sobre Esterilización y Desinfección de Elementos Clínicos), o detergente y lavado con agua, dependiendo de la naturaleza de la superficie y del grado de la naturaleza de la contaminación^{35,38}.

Los métodos de Esterilización o Desinfección de Instrumentos Dentales se encuentran en las Normas Técnicas sobre Esterilización y Desinfección de Elementos Clínicos del Ministerio de Salud, 2001.

Manejo de las Muestras de Biopsia

En general, cada muestra de biopsia debe colocarse en un recipiente resistente con una tapa segura para prevenir el goteo durante su transporte. Se debe tener cuidado cuando se recogen las muestras para evitar la contaminación del exterior del recipiente. Si el exterior del recipiente se contamina visiblemente, debe limpiarse y debe desinfectarse o debe colocarse en una bolsa impermeable⁴³.

Implementación de Prácticas Recomendadas para el Control de infecciones en Odontología

Debe ponerse énfasis en la adhesión consistente a las estrategias de control de infecciones recomendadas, incluyendo el uso de barreras protectoras y los métodos apropiados de esterilización, desinfección de instrumentos y superficies medioambientales. Cada servicio dental debe desarrollar un protocolo escrito para el reprocesamiento de instrumentos, operatoria de la limpieza, y manejo de lesiones²⁰, de ser posible en conjunto con el Comité de Infecciones Intra hospitalarias. **El entrenamiento de todo el personal del equipo odontológico en prácticas adecuadas para el control de infecciones** deben empezar en las Universidades y **deben ser actualizadas** con instancias educativas posteriores.

PREVENCIÓN ESPECÍFICA EN ODONTOLOGÍA PARA PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA

La salud oral se encuentra integrada a la salud general. Una buena salud oral es especialmente importante en las personas que viven con VIH/SIDA por diversas razones, entre las cuales se pueden destacar:

- Las manifestaciones orales son más comunes en las personas con VIH. Según algunas estimaciones más del 90% de las personas que viven con VIH han presentado, al menos, una manifestación oral relacionada con VIH en el curso de su enfermedad.
- Las lesiones orales pueden ser precursoras de una disminución de la respuesta inmune. Por ejemplo, las lesiones no tratadas de pacientes con candidiasis oral han mostrado progresar al diagnóstico de SIDA en un período de dos años.
- Controlando la infección local en la cavidad oral pueden eliminarse consecuencias adversas tales como infecciones sistémicas.
- Una pobre función de la dentición y boca puede producir efectos adversos en la calidad de vida de los pacientes. Por ejemplo, el dolor oral o incomodidad pueden causar en los pacientes una disminución de la alimentación, dando como resultado una pérdida de peso, la cual puede ser especialmente problemática y dolorosa en los pacientes con VIH.
- El dolor oral dificulta la deglución (disfagia) y puede ser una barrera no reconocida para la adherencia del tratamiento, esto ilustra la importancia de la coordinación cercana entre los odontólogos y los médicos tratantes.

Diagnóstico y Plan de Tratamiento

Como a cualquier paciente el inicio del tratamiento incluye un completo examen clínico del usuario. Se debe recordar que las personas que viven con VIH pueden desarrollar manifestaciones en la piel y adenopatías cervical, por lo cual es necesario realizar una examen extraoral de la piel de la cabeza y cuello en cada consulta. Los hallazgos deben ser conversados con el paciente y con el médico tratante.

No existe evidencia que soporte modificaciones en los tratamientos odontológicos basados sólo por la presencia de VIH. Sin embargo, tales modificaciones pueden ser indicadas basadas en ciertas patologías médicas que se producen como resultado de la infección con VIH. Los

pacientes severamente afectados o en sus estadios terminales, por ejemplo, pueden requerir cuidados especiales similares a otras enfermedades que causan debilitamiento general, tales como el cáncer.

Las complicaciones asociadas con el tratamiento de personas con VIH/SIDA son similares a los pacientes que no tienen infección por VIH. Los esfuerzos extra deben realizarse en la promoción y prevención de la salud oral debido a la alta carga de enfermedades orales en estos pacientes. Por lo cual el tratamiento integral debe incluir medidas preventivas y recuperativas, el cual debe ser desarrollado y discutido con el paciente. El plan de tratamiento definitivo debe incluir la historia médica tanto pasada como presente, el consumo de tabaco, alcohol y el uso de otras sustancias tanto en el pasado como en el presente.

Además, se debe tener presente que las medicaciones de las personas con VIH pueden causar efectos adversos, los odontólogos tratantes deben revisar todos los medicamentos que están siendo usados por el paciente especialmente los Antiretrovirales y deben conocer las potenciales interacciones con los medicamentos prescritos por los odontólogos.

Finalmente, las modificaciones a los tratamientos deben basarse en el nivel de salud general del paciente y su condición de VIH.

Prevención de Caries Dentales

El mayor riesgo de caries de las personas con VIH, puede deberse a la disminución del flujo salival (xerostomía), lo que puede ocurrir como resultado de encontrarse afectada la glándula salival o como efecto adverso de los medicamentos que se encuentra ingiriendo. Además, algunos medicamentos antimicóticos tópicos tienen una alta concentración de azúcar, lo cual puede aumentar la susceptibilidad a las caries.

Como en todos los pacientes, la prevención y el manejo de la caries en personas con VIH debe iniciarse desde el diagnóstico, evaluando el riesgo de caries del paciente, y estableciendo el tratamiento para reducir la actividad de caries.

El plan de tratamiento debe incluir la remineralización de las caries no cavitadas y las lesiones de mancha blanca, y restaurar las caries cavitadas. La frecuencia de los controles se debe basar en el riesgo individual de caries, controlando más a menudo a los pacientes de alto riesgo.

El riesgo de caries debe ser reevaluado en cada control, y el tratamiento indicado de acuerdo a esos resultados.

El uso de barnices fluorurados, sellantes de puntos y fisuras en niños y adultos y la indicación de

chicles sin azúcar puede colaborar en la protección contra las caries; así como la indicación de pastas dentales con alta concentración de flúor y/o enjuagatorios de flúor.

En el caso de existir lesiones cariosas cavitadas, los materiales y procedimientos para restaurar deben ser seleccionados de acuerdo a las necesidades de los pacientes.

Prevención de Enfermedad Periodontal

Las personas VIH+ presentan tanto las patologías habituales como patologías atípicas, las que serán tratadas en el capítulo cuatro de este documento.

El diagnóstico y tratamiento precoz de estas patologías pueden prevenir la progresión de estas condiciones, incluyendo la pérdida severa de hueso y ligamento periodontal.

Los clínicos deben realizar un exhaustivo examen gingival y periodontal, el cual debe incluir medición de profundidad de sacos.

LESIONES MÁS COMUNES EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Las manifestaciones orales en personas con VIH son muy frecuentes, y se estima que una gran proporción de ellas son subdiagnosticadas y/o tratadas inadecuadamente. Esto debido a que es necesario contar con una experticia clínica para entregar un adecuado tratamiento a estas manifestaciones orales.

Entre las más comunes se incluyen la xerostomía, la candidiasis oral, leucoplasia pilosa, enfermedades periodontales tales como línea gingival eritematosa y gingivitis úlcero necrotizante (GUNA), sarcoma de Kaposi, virus papiloma humano asociado a verrugas y condiciones ulcerativas que incluyen el herpes simple, úlceras recurrentes y úlceras neutropénicas.

Se abordarán separadamente las patologías para niños y adultos por tener comportamientos y tratamientos diferentes.

Es importante mencionar, que existe disponibilidad de medicamentos para la profilaxis y tratamiento de las Infecciones Oportunistas -entre las cuales están las manifestaciones orales- para las personas que viven con VIH/SIDA, los que se encuentran en las Farmacias de los Centros de Atención de Personas que viven con VIH/SIDA

En Niños

La candidiasis ha sido documentada en varios estudios como la manifestación oral más común del VIH en niños. Otras lesiones encontradas incluyen la leucoplasia pilosa, estomatitis herpética, estomatitis aftosa, línea de eritema gingival e hiperplasia de la parótida.

Candidiasis

La candidiasis oral se observa en infantes saludables en los seis primeros meses de edad, lo que puede deberse fundamentalmente a su sistema inmunitario inmaduro y a su paso por el canal del parto; pero son a menudo infecciones de mediana gravedad, sensibles al tratamiento, o que regresan espontáneamente, siendo raro observarlas más allá de la infancia, en ausencia de factores predisponentes.

Por otra parte, se ha demostrado que el número de unidades formadoras de colonias de *C. Albicans* aumenta a medida que disminuyen las células CD4; siendo las candidiasis eritematosa, candidiasis pseudomembranosa y queilitis angular, las formas clínicas más frecuentemente identificada en pacientes con VIH.

Además, diferentes estudios^{44,45,46} han demostrado que la candidiasis es la lesión oral más común en niños con VIH/SIDA y muy frecuentemente la primera manifestación de la infección por VIH. Se ha expuesto, por diferentes autores, que la candidiasis oral se presenta en el 75% de los casos de infección pediátrica por VIH. De este modo, la candidiasis juega un papel importante para predecir el desarrollo de la infección de VIH en niños⁴⁴.

En estos niños, la candidiasis es recurrente y persiste por largos períodos de tiempo, siendo en muchas ocasiones resistente al tratamiento antifúngico tradicional. En general, estas lesiones son dispersas y pueden estar localizadas en cualquier lugar del área orofaríngea.

Una variante de la candidiasis eritematosa se puede observar como una lesión romboidal, lisa, parche depapilado en la zona media de la lengua. Puede experimentarse sensación de ardor o suavidad.

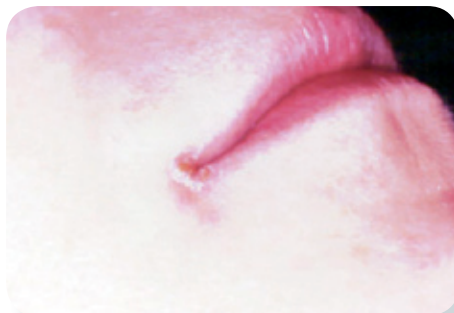
Manejo: La candidiasis debe ser tratada a tiempo, a través de agentes antifúngicos locales de efecto tópico en una primera etapa. Es importante señalar que la nistatina en las últimas revisiones sistemáticas no ha demostrado tener mayor efecto que el placebo en los pacientes inmunosuprimidos, por lo cual no es recomendada para el tratamiento en estos niños⁴⁷, pero sí para prevenir la aparición de esta patología.

No se debe olvidar que, tanto la cavidad oral como la faringe, son altamente propensas a tener recurrencia si la terapia antifúngica no es completada. Si el compromiso del paciente es bueno, la mayoría de los tratamientos son efectivos. Sin embargo, en algunos casos puede no existir compromiso debido al desagradable gusto de algunas preparaciones y la cantidad de tabletas que es necesario disolver en la boca. Suspensiones orales con un alto contenido de sacarosa pueden ser obtenidas y fluoruros tópicos pueden ser usados si estos medicamentos son administrados por largos períodos.

La terapia sistémica es usada para las lesiones que no responden a los agentes tópicos y para candidiasis esofágica o dificultad para tragar. En niños, la terapia sistémica con Fluconazol tiene la ventaja de usar una dosis diaria. El más común de los efectos adversos de los azoles son los gastrointestinales, incluyendo las náuseas y vómito.

Queilitis Angular

La queilitis angular aparece como una fisura o línea ulcerada en las comisuras de la boca, con grados variables de inflamación eritematosa. La hiperqueratosis puede presentarse alrededor de la fisura. La coexistencia con candidiasis intraoral es un hallazgo clínico común. Estas lesiones habitualmente se entremezclan y sanan lentamente, dado la continua apertura de la boca. El tratamiento involucra el uso de cremas antimicóticas tópicas aplicadas directamente sobre las áreas afectadas, cuatro veces al día, durante, al menos, 2 semanas, también se puede indicar tratamiento sistémico.



Leucoplasia Pilosa Oral

La leucoplasia pilosa se manifiesta rara vez en los niños que adquirieron el virus VIH por transmisión vertical (durante el embarazo, parto o lactancia).

Herpes Simplex

En los niños con VIH, comúnmente se observa la estomatitis herpética causada por el virus herpes simple 1 (HSV 1), la cual tiende a recurrir (dos o más episodios en un año). Las lesiones primarias de infección con VIH, en niños, pueden manifestarse como una gingivoestomatitis herpética, y las lesiones más comunes se observan como una aglomeración de vesículas en el borde bermellón del labio, las cuales se rompen para producir pequeñas y dolorosas ulceraciones que pueden coalescer. También pueden aparecer como racimos de pequeñas y dolorosas úlceras en el paladar y la gingiva. Las lesiones primarias por HSV 1 también se observan en niños sanos de edades entre 2 a 6 años. Sin embargo, en niños sanos las lesiones por HSV1 se resuelven en 10-14 días y sólo requieren tratamiento paliativo. En niños con VIH estas lesiones son crónicas, recurrentes y pueden progresar rápidamente hasta causar compromiso mucocutáneo. Con el aumento de la inmunosupresión se observa un aumento en la severidad y frecuencia de la aparición de lesiones orolabiales. Los casos habituales son caracterizados por lesiones extensivas y rojizas en el borde bermellón del labio.

Los pacientes pueden presentar fiebre, malestar, nodos linfáticos hinchados y tensos, y lesiones intra y periorales de las encías, paladar duro y bordes de los labios, pero cualquier superficie mucosa puede involucrarse. Inicialmente se presentan como vesículas, la ruptura y coalescencia de estas lesiones pueden llegar a ser úlceras irregulares y muy dolorosas.

Manejo: El diagnóstico temprano y el tratamiento de las lesiones son importantes en niños VIH+, especialmente en casos de lesiones prolongadas, severas y dolorosas, que pueden afectar

su nutrición e hidratación. Aunque las ulceraciones herpéticas son a menudo auto-limitantes, aún en niños con VIH, algunas veces es necesario el uso de medicamentos antivirales como el aciclovir para detener la replicación viral y procurar una mejoría del área afectada.

Úlceras Aftosas Recurrentes (URO)

Las URO son más comunes entre los niños que viven con VIH. Se presentan sobre tejidos no queratinizados y no fijos como la mucosa labial y vestibular, el piso de boca, la superficie ventral de la lengua, la orofaringe posterior y el vestíbulo maxilar y mandibular. Se caracterizan por un halo de inflamación y una cubierta pseudomembranosa de color amarillo grisáceo.

Se presentan en diferentes formas clínicas, las que usualmente se describen como menor, mayor y herpetiforme, basado en el tamaño, número y duración de las lesiones presentes. Una respuesta puntual a corticoides confirma el diagnóstico de URO.

Las aftas recurrentes menores son pequeñas, de diámetro menor a 5 mm. En las úlceras recurrentes mayores las lesiones son mucho más extensas, de hasta 1 a 2 cm de diámetro y pueden persistir durante semanas. Las lesiones herpetiformes aparecen como racimos de diminutas úlceras aftosas que pueden unirse. Las lesiones son dolorosas y pueden interferir con la masticación y deglución.

Las URO, que normalmente desaparecen entre 7 y 14 días en la población general, pueden ser más duraderas y más dolorosas en niños con compromiso inmune. El dolor se incrementa notablemente al comer o tomar alimentos salados, picantes o ácidos; y también debido a trauma cuando se consumen alimentos duros o ásperos.

Manejo: La severidad y ubicación de las úlceras recurrentes definirá cuál es el tratamiento más adecuado. La terapia con corticoides locales es habitualmente la primera elección, ya sea en crema o inyecciones locales. Reforzado con la necesidad de mantener una buena higiene oral ⁴⁸. En casos más severos se utiliza corticoesteroides sistémicos como la prednisona, aunque el uso de agentes inmunoactivos contribuye a una reducción en la inflamación y un posterior mejoramiento de los síntomas, ellos no producen un alivio inmediato del dolor.

El dolor producido por las ulceraciones es típicamente manejado por el uso tópico de anestésicos o analgésicos sistémicos. Aunque estos anestésicos locales producen un alivio del dolor provocado por estas lesiones, éste generalmente es de corta duración.⁴⁹

Lesiones Gingivales y Periodontales

El **Eritema Gingival Lineal (EGL)** es la más común de las formas de enfermedad periodontal asociada a personas con VIH⁴⁹. Se presenta como una banda lineal de un eritema intenso, que afecta a la encía marginal y encía adherida, puede presentarse en la encía adherida y no adherida como parches parecidos a petequias o lesiones rojas difusas. La cantidad de eritema es proporcional a la cantidad de plaquetas presentes. La clasificación de Enfermedades Periodontales de la American Academy of Periodontology⁵⁰, agrupa el EGL bajo el tipo de enfermedad gingival de origen micótico.

La **Gingivitis Ulcero Necrotizante (GUN)**, y la **Periodontitis Ulcero Necrotizante (PUN)** también pueden presentarse. En la GUN, hay destrucción de una o más papilas acompañadas de necrosis, ulceración y/o tejido muerto. La destrucción se limita a los tejidos marginales. En el estadio agudo (GUNA), los tejidos gingivales se observan de un rojo intenso e inflamados, y son acompañados de tejidos necróticos de color gris amarillento, que sangran fácilmente, muy dolorosos y con una marcada halitosis.

Manejo: Las condiciones periodontales asociadas a pacientes VIH, deben ser tratadas a través de higiene oral que incluya la remoción de placa, destartraje y pulido radicular, irrigación con solución de povidona yodada al 1%, la cual se recomienda en etapas agudas de la enfermedad y enjuagatorios con Clorhexidina al 0.12%, como coayudante a la higiene oral del paciente. Las respuestas terapéuticas pueden variar, y las recaídas son comunes. Se recomienda que los pacientes con dolor y lesiones agudas severas deben ser tratados con antibioterapia efectiva contra la flora bacteriana mixta con predominio de anaerobios gram negativos con medicamentos como metronidazol o doxiciclina^{48,49}.

Enfermedades de las Glándulas Salivales

El agrandamiento parotídeo ha sido un hallazgo patognomónico de los niños que viven con VIH, desde la primera descripción de la enfermedad. Esta manifestación ha sido reportada en el 10-30% de los niños sintomáticos con VIH.^{51,52} La presencia de parotiditis es un predictor positivo de pronóstico y supervivencia de los niños con VIH⁴⁸. Comúnmente, la glándula parótida está difusamente hinchada y firme, sin evidencia de inflamación o tensión. La hinchazón crónica uni o bilateral, ocasionalmente va acompañada por xerostomía. Ella puede ser acompañada también de dolor y asociarse con neumonitis linfóide intersticial, y linfadenopatía difusa, que probablemente representa un estado de linfoproliferación del VIH en niños. La xerostomía por esta razón es más común en niños que en adultos. Ella puede presentarse no sólo como un resultado de una infección por VIH, sino también como resultado de la ingesta de algunos medicamentos. Esto puede ocurrir con o sin hinchazón parotídea.

Manejo: No existen tratamientos definitivos indicados para las enfermedades de las glándulas salivales relacionadas con VIH, pero los esfuerzos pueden ir a disminuir los síntomas de la xerostomía. Los niños con una disminución del flujo salival y xerostomía pueden ser mantenidos a través de higiene oral, control de dieta y el uso de fluoruros tópicos como barnices, y enjuagatorios, para prevenir las caries dentales por xerostomía.

Molluscum Contagiosum

Es una lesión viral inducida de la piel, membranas mucosas y raramente la cavidad oral. Esta es una condición benigna que se presenta como pequeñas perlas blancas con forma de cúpula. Ellas se diseminan por contacto cercano, especialmente en población institucionalizada. Los niños con VIH pueden desarrollar lesiones numerosas e inusualmente largas.⁵³

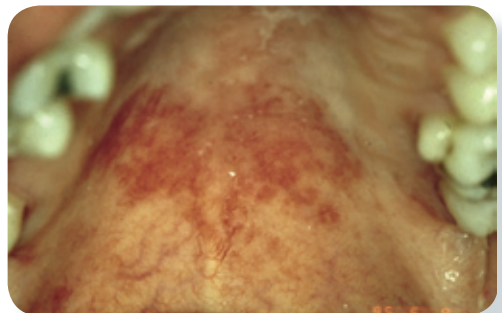
Manejo: En muchas ocasiones las lesiones deben ser tratadas con extirpación quirúrgica, pero en la mayoría de los casos son autolimitantes⁵³.

En Adultos

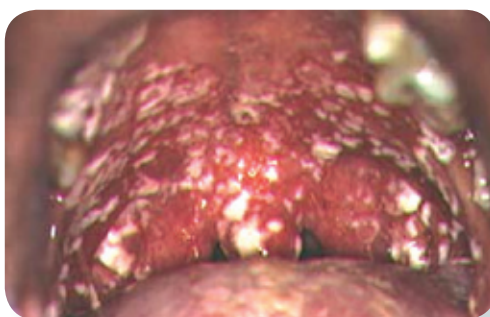
Candidiasis Oral

La infección micótica más común vista en asociación con la infección VIH es la Candidiasis Orofaringea. Hay tres formas de Candidiasis Oral observadas más frecuentemente: La Candidiasis Eritematosa, la Candidiasis Pseudomembranosa y la Queilitis Angular. En sus primeras etapas son habitualmente asintomáticas⁴⁸.

La Candidiasis Eritematosa (CE), se presenta como una lesión sutil roja y plana, bien sea en la cara dorsal de la lengua y/o en el paladar blando o duro. la CE tiende a ser sintomática, donde los pacientes se quejan de sensación de ardor o quemazón en la cavidad oral, y más frecuentemente cuando ingieren comidas saladas o picantes o cuando toman bebidas ácidas. El diagnóstico clínico se basa en la apariencia de la lesión, tomando en cuenta el historial médico y el estatus viral del paciente. Aunque la Candidiasis Eritematosa ha sido identificada como una de las manifestaciones orales más comunes asociadas a la enfermedad VIH, frecuentemente es muy poco diagnosticada⁴.



La Candidiasis Pseudomembranosa (CP) Es la lesión oral más común.⁴⁸ Se presenta como placas blancas con apariencia de cuajada o requesón en la mucosa bucal, lengua y otras superficies mucosas; y que cuando se remueven dejan una superficie roja o sangrante. El organismo más comúnmente involucrado con la presentación de la Candidiasis es el *Cándida Albicans*⁵⁴, sin embargo hay cada vez más reportes sobre el incremento en la incidencia de especies no-albicans⁵⁵. Igual que la CE, el diagnóstico de CP se basa en la apariencia clínica tomando en cuenta el historial médico del paciente. La preparación de Hidróxido de Potasio, el Cultivo del Hongo o la Biopsia pueden ser útiles para obtener un diagnóstico preciso. Ha habido una disminución en la ocurrencia de CP en pacientes que están siendo sometidos exitosamente a regímenes retrovirales altamente activos que contienen inhibidores de proteasas. Una revisión de la literatura sugiere que la reconstrucción inmune sola no cuenta en esta reducción, pero sí el efecto agregado de los inhibidores de proteasa sobre los factores de virulencia de la *Cándida*, tal como sucede con la aspartyl proteasa⁵⁶. Considerando que ha habido una disminución en la prevalencia de CP en la era HAART, ésta sigue siendo aún una de las manifestaciones orales más comunes en la enfermedad VIH.



Una vez que las infecciones por *Cándidas* se han instalado y penetrado en los tejidos de la mucosa oral, esto puede facilitar las infecciones concomitantes causadas por bacterias y virus, como el virus herpes simples⁴⁸.

Manejo: El tratamiento de la Candidiasis Oral deberá basarse en tratar la infección mediante terapia tópica (clotrimazol), utilizados en los casos de leves a moderados. Es importante recordar, como ya se ha mencionado, que la nistatina, en las últimas revisiones sistemáticas, no ha demostrado tener mayor efecto que el placebo en los pacientes inmunosuprimidos, por lo cual no es recomendada para el tratamiento en estos pacientes. Pero si se recomienda para prevenir la aparición de estas enfermedades oportunistas en pacientes inmunosuprimidos. Para el tratamiento en los casos moderados a severos, se recomienda el uso de terapia sistémica (fluconazol). La terapia antimicótica deberá extenderse como mínimo durante 2 semanas para lograr el máximo de reducción de colonias y así prevenir la recurrencia.

Cuando progresa la enfermedad VIH y la inmunosupresión se vuelve más severa; se incrementan la incidencia y severidad de la Candidiasis Orofaringea. La introducción de azoles orales, y más notablemente del fluconazol, ha conducido a la incidencia cada vez más frecuente de la *Cándida Albicans* resistente a los azoles, así como a la aparición de especies no-albicans tales como la *Cándida Glabrata*; la cual es resistente a esta clase de drogas.⁵⁷ Los factores que incrementan la probabilidad de la resistencia a los azoles de estas cepas de *Cándida* presentes en la Cavidad Oral incluyen: la exposición previa a los azoles, bajos conteos de linfocitos CD4 y la presencia de especies no-albicans^{37,58}. Para minimizar el riesgo de resistencia, se debe considerar la terapia local como de primera línea de tratamiento para los casos iniciales o recurrentes de Candidiasis Orofaríngea, en la forma de medianos a moderados.



La presentación clínica de la **Queilitis Angular** (QA), es como eritema y/o fisuras de los ángulos de la boca. La QA puede ocurrir con o sin la presencia de CE o CP. La Queilitis Angular puede existir por un largo período de tiempo si no se le trata. El tratamiento involucra el uso de crema antimicótica tópica aplicada directamente sobre las áreas afectadas, cuatro veces al día por un período de 2 semanas.

Las diferentes manifestaciones de candidiasis orofaríngea pueden presentarse simultáneamente, por lo cual deben ser tratadas oportunamente y con vigor, especialmente si existe compromiso esofágico. Debido al alto contenido de azúcares de algunas fórmulas, se deben indicar fluoruros tópicos de uso diario.

El uso de clorhexidina al 0.12% 2 a 4 veces al día, también puede ser útil. Los pacientes deben ser avisados de la necesidad de retirar las prótesis dentales cuando utilicen la medicación⁴⁸.

Finalmente, factores locales como uso continuo de prótesis dentales, higiene oral pobre y xerostomía deben ser minimizados.

Úlceras Orales

La infección por Virus Herpes Simple –1 (HSV-1) está muy extendida, siendo muy común encontrar manifestaciones orales de lesiones por herpes. Además, se ha observado que en los pacientes con VIH tiende a recurrir (dos o más episodios en un año). El herpes intraoral recurrente simple comienza como una pequeña aglomeración de vesículas que se rompen para producir pequeñas y dolorosas ulceraciones que pueden coalescer. Se pueden ubicar en las encías, paladar duro, el borde bermellón de los labios y la piel adyacente. En las personas infectadas con VIH esta infección puede avanzar rápidamente causando un compromiso mucocutáneo. Aunque esas ulceraciones herpéticas son, a menudo, auto-limitantes, algunas veces es necesario el uso de medicamentos antivirales como el aciclovir para detener la replicación viral y procurar un mejoramiento del área afectada.



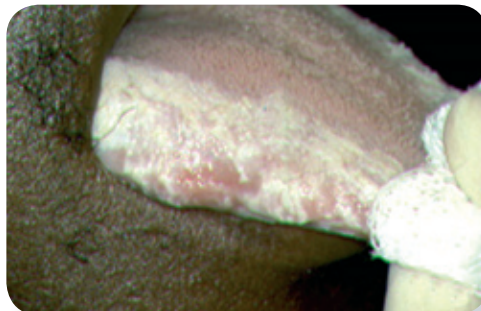
El Herpes Zoster, una reactivación del virus de la varicela zoster, puede presentarse a lo largo de toda la zona de inervación del nervio trigémino; por lo que es posible una presentación intraoral o extraoral. Las lesiones externas comienzan con vesículas que rápidamente se rompen y se convierten en costras. Las lesiones intraorales comienzan con vesículas que se rompen y se convierten en ulceraciones orales, pudiendo tardar cuatro semanas en resolverse. Debido a que las dos presentaciones suceden a lo largo del nervio trigémino, la queja principal del paciente puede ser odontalgia de origen desconocido.



Manejo: Las opciones de tratamiento incluyen dosis altas de aciclovir (800 mg, 5 veces al día durante 7 a 10 días), o famciclovir (500 mg 3 veces al día durante 7 días).⁴⁹ Es importante recordar que el odontólogo debe ser parte del equipo de profesionales que atienden a las personas con paciente VIH, y en conjunto se realicen las indicaciones antibióticas.

Leucoplasia Pilosa Oral

La Leucoplasia Velloosa Oral (LVO), es causada por el virus de Epstein-Barr y se presenta como una lesión corrugada, no removible, generalmente en los bordes laterales de la lengua. Los estudios han mostrado una reducción significativa en la incidencia de LVO en la era HAART¹⁴. Esta condición es normalmente asintomática y no requiere tratamiento a menos que haya compromiso estético grave. Los pacientes que presentan esta patología mientras están en terapia HAART, pueden estar experimentando una falla en su actual régimen antirretroviral.



Lesiones Gingivales y Periodontales

Eritema Gingival Lineal (EGL). Se trata de una enfermedad periodontal que se presenta como una banda roja a lo largo del margen gingival, que puede estar o no acompañada por sangrado ocasional e incomodidad. El EGL se ve más frecuentemente asociado a los dientes anteriores, pero comúnmente se extiende a los dientes posteriores. Se puede presentar también en la encía adherida y no adherida como lesiones parecidas a petequias.



La investigación ha indicado que puede haber una relación entre la colonización sub-gingival de especies de *Cándida* y algunas condiciones periodontales relacionadas al VIH, incluyendo el EGL⁵⁹. La clasificación más reciente de Enfermedades Periodontales por la American Academy of Periodontology, agrupa el EGL bajo el tipo "enfermedad gingival de origen micótico"⁵⁰. El tratamiento para el EGL deberá incluir el debridamiento realizado por un Odontólogo, seguido por enjuagues de suspensión de Gluconato de Clorhexidina al 0.12%, dos veces al día durante 2 semanas; y una muy esmerada higiene oral por parte del paciente.

Teniendo en cuenta que la Enfermedad Periodontal Crónica del Adulto se presenta frecuentemente en personas que viven con la enfermedad VIH, se han reportado tres presentaciones únicas de la enfermedad periodontal en esta población de pacientes: el eritema Gingival Lineal discutido anteriormente, la **Gingivitis Ulcerativa Necrotizante (GUN)** y la **Periodontitis Ulcerativa Necrotizante (PUN)**.



La demarcación entre gingivitis necrotizante y periodontitis necrotizante se creó para definir la diferencia entre la destrucción rápida de tejido blando (GUN) y tejido duro (PUN). No se ha determinado si es cierto o no, que la GUN y la PUN son la misma entidad o entidades únicas, y las dos han sido clasificadas como “Enfermedades Periodontales Necrotizantes” por la American Academy of Periodontology.⁵⁰ Debido a la falta de diferencias significativas en el perfil microbiano de estas dos condiciones y a la similitud en el tratamiento, esta discusión se enfocará hacia la PUN, que es un marcador de inmunosupresión severa¹³, que puede tener como consecuencia última la pérdida de dientes y hueso alveolar. Esta condición se caracteriza por dolor severo, pérdida de dientes, hemorragia, olor fétido, papilas gingivales ulceradas y pérdida rápida de hueso y tejido blando. Los pacientes a menudo se refieren a ese dolor como “dolor profundo de la mandíbula”.

Manejo: El odontólogo debe realizar una remoción de placa dental, cálculos y tejido blando necrotizado; utilizando para irrigar gluconato de clorhexidina al 0.12% o yodo povidona al 10%.⁴⁹ Esto seguramente aliviará los síntomas. Igualmente el paciente con esta condición deberá iniciar una terapia antibiótica efectiva contra flora bacteriana mixta con predominio de anaerobios gram-negativos con medicamentos como metronidazol, o doxiciclina. El equipo de salud deberá cuidar el manejo del dolor, suplementos nutricionales y hacer mucho énfasis al paciente sobre la importancia de la higiene oral. Está indicada la referencia oportuna del paciente al equipo de cuidado primario con el fin de controlar otras infecciones oportunistas sistémicas.

Sarcoma de Kaposi

Aunque la incidencia de Sarcoma de Kaposi (SK) ha disminuido desde la incorporación de los HAART, continúa siendo la patología oral más maligna asociada a la infección por VIH.⁴ En los hombres homosexuales con SIDA, la incidencia de todas las presentaciones de SK es mayor en el grupo de edad de 30 a 38 años, con 5 casos por cada 100 personas al año¹⁵. El Sarcoma de Kaposi asociado al herpes virus (SKHP), ha sido implicado como co-factor en la presentación del SK en personas que viven con VIH.



La apariencia clínica del SK puede ser macular, nodular, o elevada y ulcerada. El color puede variar desde el rojo al púrpura. Las lesiones tempranas tienden a ser planas, rojas y asintomáticas; y el color se va volviendo más oscuro con el paso del tiempo cuando va aumentando el tiempo de la lesión. Con el progreso de la lesión, esta puede interferir con las funciones normales de la cavidad oral y se vuelve sintomática, secundaria a trauma o infección. Se requiere una biopsia para un diagnóstico definitivo.

Manejo: El tratamiento de las lesiones orales se basa en la extensión de las mismas. Para lesiones orales aisladas, la terapia local puede incluir láser, extirpación quirúrgica, radioterapia o inyecciones localizadas de agentes quimioterapéuticos⁴⁸ tales como el Sulfato de Vinblastina, pero en algunos pacientes produce dolor y puede requerir reiteradas visitas antes de obtener una respuesta. En pacientes que presentan Sarcoma de Kaposi Extraoral e Intraoral, el tratamiento de selección puede ser la quimioterapia sistémica. Es muy importante que todo el equipo de atención, incluyendo el equipo de urgencias, el Odontólogo y el Oncólogo, trabajen coordinadamente para facilitar el mejor resultado posible. El paciente con SK oral debe tener una higiene bucal muy esmerada.

Linfoma No Hodgkin

El Linfoma No-Hodgkin es una condición definitoria de SIDA que, ocasionalmente, se presenta en la cavidad oral. 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 definitivo. El equipo de salud oral deberá remitir a estos pacientes con diagnóstico de Linfoma No-Hodgkin a un Oncólogo para su tratamiento, el cual es semejante al que se utiliza en personas no infectadas por el VIH, teniendo en cuenta el estado de inmunosupresión del paciente.



Enfermedad de las Glándulas Salivales

La enfermedad de las Glándulas Salivales se hace aparente clínicamente por un incremento en el tamaño de las glándulas salivales mayores y más notablemente las parótidas. La biopsia de parótidas, sospechosamente agrandadas, ha revelado un incremento en el infiltrado linfocítico, y más específicamente de células CD8.

Esta condición se presenta, usualmente, como un agrandamiento bilateral de las glándulas parótidas y es, a menudo, acompañado por síntomas de boca seca. Ha habido reportes de incremento en la presentación de esta enfermedad en la era HAART, lo cual puede estar relacionado al síndrome de reconstitución inmune³.

La **xerostomía** o boca seca es la queja más frecuente en las personas que viven con VIH. Aproximadamente, el 29% de quienes participaron en el estudio cohorte de Costos y Utilización en VIH, reportaron síntomas de xerostomía. Los factores significativos en la presentación de xerostomía incluyen la Enfermedad de Glándulas Salivales previamente referenciada, el uso de medicamentos para el manejo de VIH (ej: antidepresivos), y otras condiciones, como el fumar y una carga viral de $>100.000/\text{mm}^3$ ¹⁷.

Los síntomas de boca seca se pueden aliviar temporalmente chupando dulces duros que no contengan azúcar, masticando chicles sin azúcar, y utilizando algunos humectantes orales. El

cambio en la cantidad y calidad de la saliva puede conducir a un incremento en la caries dental; de manera que se debe solicitar al paciente que tenga una higiene oral meticulosa, además de utilizar preparaciones de flúor tópico formuladas por el profesional.

Verrugas Orales

Las verrugas orales debidas al Papiloma virus Humano (PVH) se han reducido dramáticamente en la era HAART¹⁴. Las verrugas orales pueden tener apariencia de coliflor, pediculadas o levantadas con superficie plana. El tratamiento, que puede involucrar cirugía, cirugía láser o crioterapia; es problemático, ya que estas lesiones tienden a recurrir, dependiendo del recuento de CD4.



Caries

La xerostomía en las personas con VIH, puede aumentar la susceptibilidad a las caries, particularmente las lesiones cervicales de los dientes. Se ha especulado que las personas con VIH positivo presentan diferentes patrones de caries, los cuales pueden encontrarse relacionados con la disminución del flujo salival y el uso de medicamentos y suplementos nutricionales azucarados y viscosos.



Manejo: Se realiza a través del manejo de la higiene oral, mediante cepillado dentario con pasta de dientes con alto contenido de flúor, más de 2500ppm, uso de seda dental y el uso tópico de barnices, o enjuagatorios de flúor. El control de la dieta es esencial para limitar la ingesta de azúcares y comidas azucaradas.

En el caso que sea necesario realizar una exodoncia a estos pacientes se debe tener en cuenta el diagnóstico de la lesión que justifique el procedimiento, el estadio de la enfermedad, la terapia que se encuentra recibiendo y los resultados de los últimos exámenes de laboratorio. Las principales complicaciones que pueden presentarse son: el retardo en la cicatrización del alvéolo, y alveolitis, afortunadamente estas complicaciones son leves y fácilmente tratadas por el odontólogo. Por otra parte, los estudios establecen que no es necesario tomar precauciones especiales en pacientes con VIH, que las ya descritas, a menos que presenten una coagulopatía (como hemofilia, trombocitopenia, u otro desorden de la coagulación) y son suficientemente “sanos” como para ser atendidos en una consulta dental ambulatoria⁶⁰.

MANIFESTACIONES ORALES PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL VIH Y PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD

Las manifestaciones orales son a menudo los primeros signos clínicos de una infección por VIH, y también sirven como importantes indicadores de la progresión desde una infección con VIH a SIDA.

Algunas lesiones orales como las candidiasis pseudomembranosas y eritematosas, la queilitis angular, la leucoplasia pilosa, la Gingivitis Ulcerativa Necrotizante, la Periodontitis Ulcerativa Necrotizante y el Sarcoma de Kaposi están fuertemente relacionadas con el VIH. Algunos estudios han demostrado que la candidiasis pseudomembranosa y la leucoplasia pilosa oral son predictores positivos de la progresión de la infección por VIH, tanto en adultos como en niños, en los países en vías de desarrollo.

En muchas ocasiones, tanto la candidiasis oral y la leucoplasia pilosa se usan como elementos indicadores en el sistema diagnóstico de SIDA. Su presencia determina el diagnóstico de SIDA en personas con menos de 200 linfocitos CD4/ul.⁶¹

Por otra parte, existen estudios longitudinales que muestran que las personas con VIH, y que presentan candidiasis oral o leucoplasia pilosa, progresan más rápidamente hacia el diagnóstico de SIDA, que aquellos que no la presentan, incluso después de controlar el nivel de linfocitos, el estadio de la infección, y el uso de terapia antirretroviral.⁶²

El valor predictivo de las manifestaciones orales en el diagnóstico de la infección por el VIH es de una dimensión más compleja. La pregunta es si la presencia de manifestaciones orales, sin ningún otro signo o síntoma, es suficiente para establecer que existe infección por VIH, o qué otros criterios deben ser utilizados para incrementar la validez.

La evidencia sobre la importancia de utilizar algunas lesiones orales como marcadores de seroconversión es limitada. Mientras la candidiasis tiene un valor predictivo positivo muy alto (82%), esto es, que de los pacientes que tienen candidiasis generalizada, un alto porcentaje se encuentra infectado; su sensibilidad es baja (14%), ya que sólo una pequeña proporción de quienes se encuentran seroconvertidos tiene candidiasis oral. Su especificidad es bastante alta (97%), ya que muy pocos que no se encuentran seroconvertidos tiene candidiasis. Finalmente su valor predictivo negativo es cercano al 57%, esto es que quienes no presentan candidiasis oral no se encuentren infectados.⁶³

A pesar de la falta de información para esclarecer el valor predictivo de las manifestaciones orales en el diagnóstico de la infección por el VIH, es importante que todo profesional de salud que observa una manifestación indicadora de SIDA en un paciente aparentemente sano, haga una evaluación detallada de otros factores de riesgo para la infección por el VIH.⁶⁴

Las principales manifestaciones orales de los pacientes VIH con terapia antirretroviral que están funcionando adecuadamente son:

- Xerostomía
- Caries, como consecuencia de la Xerostomía
- Parotiditis Bilateral.
- También se ha observado un aumento de Cánceres en las personas con VIH.

En diferentes ocasiones se ha descrito que las manifestaciones orales más frecuentes en las personas con VIH se podrían utilizar como indicadores de severa inmunosupresión y/o como predictores del avance de la enfermedad

En ese sentido, el utilizar las manifestaciones orales como predictores del avance de la enfermedad, puede **no** ser muy confiable, ya que sólo el sarcoma de Kaposi tiene un muy alto valor predictivo positivo, mostrando un beneficio en ese sentido en la clínica. El resto de las patologías más frecuentes en las personas con VIH/SIDA no cuentan con una buena evidencia para ser utilizados como predictores del avance de la enfermedad. Por ejemplo, para la candidiasis los estudios analizados señalan que los rangos de sensibilidad son muy variables, entre un 20 y 70%, y el valor predictivo positivo oscila entre rangos de 34 a 88% por lo cual tampoco es un dato concluyente, para este efecto.⁶³

Diferente es el caso de la Leucoplasia, donde los rangos no son tan amplios, pero tanto su sensibilidad como valor predictivo positivo son muy bajos. Por otra parte, la gingivitis ulcero necrotizante reporta sensibilidad que va desde 0 a 16%, con una muy alta especificidad (92 a 94%). El valor predictivo positivo se encuentra en rangos entre el 80 y 95%.

INFECCIÓN CRUZADA

A pesar del bajo riesgo ocupacional de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre el personal de salud y las personas que viven con VIH, se ha observado reiteradas situaciones de rechazo por integrantes del equipo odontológico a la atención del paciente con infección por el VIH, debido principalmente a un temor de adquirir el VIH él o ella, su equipo, u otro de sus pacientes durante los procedimientos dentales. También, en parte, debido al alto índice histórico de mortalidad por esta infección, así como también por la ausencia, hasta ahora, de un tratamiento curativo de la enfermedad. Sin embargo, el aumento gradual de los casos de infección por VIH/SIDA reportados en la actualidad, aunado al incremento en las tasas de sobrevivencia de los casos ya existentes, ocasionado por el advenimiento de mejores terapias antirretrovirales, eleva la demanda por atención dental de dichos pacientes.

Para prevenir la infección desde los pacientes al equipo odontológico o desde el equipo odontológico a los pacientes, es necesario mantener todas las precauciones universales descritas en el capítulo I de este documento, así como las Normas Técnicas sobre Esterilización y Desinfección de Elementos Clínicos del Ministerio de Salud, 2001.

En caso de que, pese a todas las precauciones tomadas por el personal del equipo odontológico, se produzca un accidente laboral con exposición a sangre, las medidas que deben ser tomadas se encuentran descritas en la Norma de Manejo Post-exposición Laboral a Sangre en el contexto de la Prevención de la infección por VIH. Ministerio de Salud, 2000.

Por otra parte es necesario conocer qué medidas es necesario tener para evitar las infecciones cruzadas entre los pacientes de una misma clínica dental, así como los riesgos de que ella exista.

Dado lo anterior, se define como infección cruzada a la transferencia de agentes infecciosos entre pacientes y personal de la salud en el espacio clínico. Lo cual resulta del contacto persona a persona y/o por medio de objetos contaminados.

En Odontología, las medidas consideradas en las precauciones universales, antes descritas, contribuyen a minimizar los riesgos de infecciones cruzadas; especial mención merece las recomendaciones sobre esterilización de las piezas de mano y/o turbinas entre la atención de paciente y paciente.

Se recomienda, en el capítulo III de este documento, la necesidad de esterilizar con calor húmedo las turbinas y micromotores entre paciente y paciente.⁶⁵

Lo anterior debido a que los efectos de la desinfección química externa, y drenaje de las líneas de agua y aire de las turbinas, elimina los microorganismos presentes en el exterior de los equipos, pero no elimina completamente las bacterias. Por lo anterior es necesario la desinfección y esterilización de las superficies internas y externas, para disminuir el riesgo de infección cruzada.^{65,66}

Las siguientes recomendaciones se deben seguir para minimizar aún más las posibilidades de contaminación cruzada.⁶⁷

- Reducir el campo de contaminación: minimizar la dispersión de aerosoles, gotas y salpicaduras y
- Evitar durante el procedimiento dental, el contacto con objetos como teléfonos, historia clínica, etc., especialmente todo lo que se encuentra en el área administrativa de la clínica
- Lavado de manos según las recomendaciones
- Uso preferentemente de material desechable
- Manejo adecuado y cuidadoso de material e instrumental punzo cortante.
- Limpieza, desinfección y esterilización de acuerdo a las características del equipo e instrumental contaminado.



GLOSARIO Y ABREVIATURAS

Lista de Abreviaturas

ARV	Antirretrovirales
CDC	Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (Por su sigla en inglés)
CE	Candidiasis Eritematosa
CP	Candidiasis Pseudomembranosa
EGL	Eritema Gingival Lineal
EPP	Equipo de Protección Personal
GUN	Gingivitis Ulcero Necrotizante
GUNA	Gingivitis Ulcero Necrotizante Aguda
HAART	Tratamiento Antirretroviral de Alto Impacto
HSV 1	Virus Herpes Simple 1
LVO	Leucoplasia Velloso Oral
OSAP	Organización para la Seguridad y Asepsia en los Procedimientos (en inglés)
PUN	Periodontitis Ulcero Necrotizante
PVH	Virus Papiloma Humano
PVVIH	Persona que vive con VIH
QA	Queilitis Angular
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
SK	Sarcoma de Kaposi
SKHP	Sarcoma de Kaposi asociado al Virus Herpes
URO	Ulceras Aftosas Recurrentes
VHB o HBV	Virus de la Hepatitis B, en español e inglés respectivamente
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Glosario

Descontaminación

Tiene como objetivo disminuir la carga microbiana de los artículos dejándolos seguros para su manipulación. El término se aplica a artículos contaminados durante la atención de pacientes o por contacto con fluidos corporales o materia orgánica presente en artículos contaminados. La descontaminación se logra a través de la eliminación de la materia orgánica con métodos de limpieza estandarizados.

Desinfección

Es la destrucción de formas vegetativas de microorganismos en objetos inanimados y no necesariamente esporas. Se realiza por métodos químicos o físicos. La desinfección de alto nivel implica la eliminación total de toda forma de vida microbiana excluyendo sólo las esporas bacterianas.

Existen agentes desinfectantes que no tienen capacidad para la destrucción completa de todos los microorganismos vegetativos, en este caso la desinfección que se obtiene se califica como de nivel intermedio o bajo. Estos últimos niveles de desinfección tienen muy poca aplicación práctica en la actualidad

Especificidad

Es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo sano, es decir, la probabilidad de que para un sujeto sano se obtenga un resultado negativo. En otras palabras, se puede definir la especificidad como la capacidad para detectar a los sanos.

Esterilización

Es la eliminación completa de toda forma de vida microbiana de objetos inanimados incluyendo esporas. Puede conseguirse a través de métodos físicos, químicos o gaseosos.

Limpieza

La limpieza disminuye la carga microbiana por arrastre pero no destruye microorganismos. Puede realizarse a través de métodos manuales o automáticos. La tendencia actual en las centrales de esterilización es la automatización de los procesos de lavado con el fin de lograr mayor estandarización y disminuir los márgenes de error. Siempre debe realizarse una prolija limpieza antes de procesar los artículos.

Riesgo Biológico

Es aquel susceptible de ser producido por una exposición no controlada a agentes biológicos vivos, microorganismo ("microbio"), cultivo celular o endoparásito humano, capaces de originar cualquier tipo de infección, aunque también pueden provocar alergia o toxicidad..

Sensibilidad

Es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo enfermo, es decir, la probabilidad de que para un sujeto enfermo se obtenga en la prueba un resultado positivo. La sensibilidad es, por lo tanto, la capacidad del test para detectar la enfermedad.

Valor Predictivo Negativo

Es la probabilidad de que un sujeto con un resultado negativo en la prueba esté realmente sano.

Valor Predictivo Positivo

Es la probabilidad de tener la enfermedad si se obtiene un resultado positivo en el test.

Xerostomía

Es la disminución del flujo salival, frecuente en los ancianos producto de: patologías sistémicas, entre otras Síndrome de Sjogren, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Fibrosis Quística, SIDA, etc; de hábitos como el tabaquismo y alcoholismo; consecuencia de cuadros de deshidratación; y de efectos secundarios a tratamientos de radioterapia o farmacológicos. Los fármacos que tienen como efecto secundario la aparición de xerostomía son: Antidepresivos (Amitriptilina, Nortroptilina, Clomipramina, Imipramina, Clorpromacina, Doxepina); Antipsicóticos (Lorazepam); Antihipertensivos (Clonidina); Anticolinérgicos (Atropina, Escopolamina, Propantelina, Cimetidina y Ranitidina); Antihistamínicos; Difenilhidramina



GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS BUCALES EN PERSONAS CON VIH/SIDA

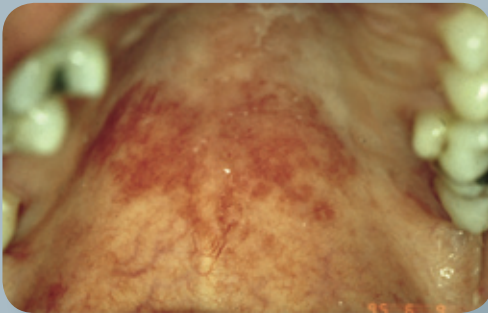


Gentileza de Dr. David Reznik, D.D.S. Copyright © 1996-2007

Queilitis Angular

Signos y Síntomas: fisura, eritema y/o línea ulcerada en las comisuras de la boca.

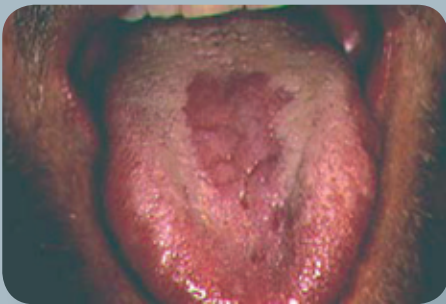
Manejo: El tratamiento involucra el uso de cremas antimicóticas tópicas aplicadas directamente sobre las áreas afectadas, cuatro veces al día, durante, al menos, 2 semanas, también se puede indicar tratamiento sistémico.



Gentileza de Dr. David Reznik, D.D.S. Copyright © 1996-2007

Candidiasis Eritematosa

Signos y Síntomas: se presenta como una lesión sutil roja y plana, bien sea en la cara dorsal de la lengua y/o en el paladar blando o duro. La CE tiende a ser sintomática en pacientes que se quejan de sensación de ardor o quemazón en la cavidad oral, y más frecuentemente cuando ingieren comidas saladas o picantes o cuando toman bebidas ácidas. El diagnóstico clínico se basa en la apariencia de la lesión, tomando en cuenta el historial médico y el estatus viral del paciente.



Manejo: El tratamiento de la Candidiasis Oral deberá basarse en tratar la infección mediante terapia tópica (clotrimazol), utilizados en los casos de leves a moderados



Gentileza de Dr. David Reznik, D.D.S. Copyright © 1996-2007

Candidiasis Pseudomembranosa

Signos y Síntomas: Se presenta como placas blancas con apariencia de cuajada o requesón en la mucosa bucal, lengua y otras superficies mucosas; y que cuando se remueven dejan una superficie roja o sangrante.

Manejo: El tratamiento deberá basarse en tratar la infección mediante terapia tópica (nistatina, clotrimazol), utilizados en los casos de medianos a moderados; y terapia sistémica (fluconazol), en los casos moderados a severos. La terapia antimicótica deberá extenderse mínimo durante 2 semanas para reducir la formación de colonias al máximo nivel posible y así prevenir la recurrencia.



Gentileza de Dr. David Reznik, D.D.S. Copyright © 1996-2007

Úlcera aftosa menor

Signos y Síntomas: Se caracterizan por un halo de inflamación y una cubierta pseudomembranosa de color amarillo grisáceo, de diámetro menor a 5 mm. El dolor se incrementa notablemente al comer o tomar alimentos salados, picantes o ácidos; y también debido a trauma cuando se consumen alimentos duros o ásperos

Manejo: La terapia con corticoides locales es habitualmente la primera elección, ya sea en crema o inyecciones locales. Reforzado con la necesidad de mantener una buena higiene oral



Gentileza de Dr. David Reznik, D.D.S. Copyright © 1996-2007

Caries cervicales asociada a Xerostomía

Signos y Síntomas: Aumentar la susceptibilidad a las caries, particularmente las lesiones cervicales de los dientes. Se ha especulado que las personas con VIH positivo presentan diferentes patrones de caries, los cuales pueden encontrarse relacionados con la disminución del flujo salival y el uso de medicamentos y suplementos nutricionales azucarados y viscosos

Manejo: Manejo de la higiene oral, mediante cepillado dentario con pasta de dientes con alto contenido de flúor, más de 2500ppm, uso de seda dental y el uso tópico de barnices, o enjuagatorios de flúor.

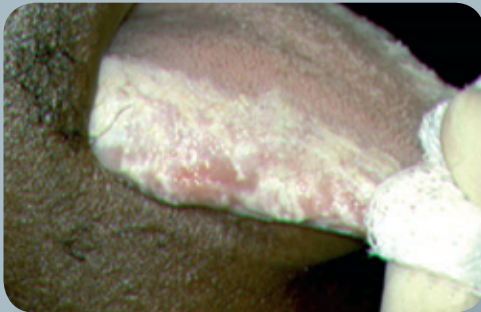


Gentileza de Dr. David Reznik, D.D.S. Copyright © 1996-2007

Úlcera aftosa mayor

Signos y Síntomas: Se caracterizan por un halo de inflamación y una cubierta pseudomembranosa de color amarillo grisáceo, las lesiones son de hasta 1 a 2 cm de diámetro y pueden persistir durante semanas. El dolor se incrementa notablemente al comer o tomar alimentos salados, picantes o ácidos; y también debido a trauma cuando se consumen alimentos duros o ásperos.

Manejo: En casos más severos se utiliza corticosteroides sistémicos como la prednisona.

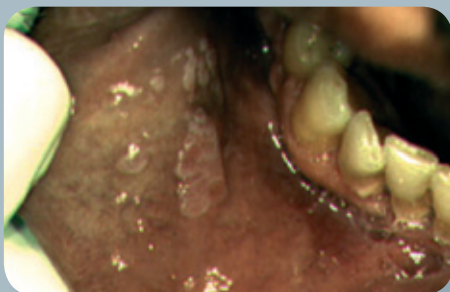


Gentileza de Dr. David Reznik, D.D.S. Copyright © 1996-2007

Leucoplasia pilosa

Signos y Síntomas: Se presenta como una lesión corrugada, no removible, generalmente en los bordes laterales de la lengua, normalmente asintomática.

Manejo: No requiere tratamiento a menos que haya compromiso estético grave.



Gentileza de Dr. David Reznik, D.D.S. Copyright © 1996-2007

Virus papiloma humano

Signos y Síntomas: Las verrugas orales pueden tener apariencia de coliflor, pediculadas o levantadas con superficie plana.

Manejo: El tratamiento, que puede involucrar cirugía, cirugía láser o crioterapia; es problemático, ya que estas lesiones tienden a recurrir, dependiendo del recuento de CD4.



Gentileza de Dr. David Reznik, D.D.S. Copyright © 1996-2007

Virus Herpes Simples

Signos y Síntomas: El herpes intraoral recurrente simple comienza como una pequeña aglomeración de vesículas que se rompen para producir pequeñas y dolorosas ulceraciones que pueden coalescer. Se pueden ubicar en las encías, paladar duro, el borde bermellón de los labios y la piel adyacente

Manejo: Es necesario el uso de antivirales, como el aciclovir, para detener la replicación viral y procurar un mejoramiento del área afectada.



Gentileza de Dr. David Reznik, D.D.S. Copyright © 1996-2007

Virus Herpes Zoster

Signos y Síntomas: Puede presentarse a lo largo de toda la zona de inervación del nervio trigémino. Las lesiones externas comienzan con vesículas que rápidamente se rompen y se convierten en costras. Las lesiones intraorales comienzan con vesículas que se rompen y se convierten en ulceraciones orales, pudiendo tardar cuatro semanas en resolverse.

Manejo: Las opciones de tratamiento incluyen dosis altas de aciclovir (800 mg, 5 veces al día durante 7 a 10 días), o famciclovir (500 mg 3 veces al día durante 7 días)



Gentileza de Dr. David Reznik, D.D.S. Copyright © 1996-2007

Musculum contagioso

Signos y Síntomas: Condición benigna que se presenta como pequeñas perlas blancas con forma de cúpula. Lesión viralmente inducida de la piel, membranas mucosas y raramente la cavidad oral

Manejo: en muchas ocasiones las lesiones deben ser tratadas con extirpación quirúrgica, pero en la mayoría de los casos son autolimitantes



Gentileza de Dr. David Reznik, D.D.S. Copyright © 1996-2007

Línea Gingival Eritematosa

Signos y Síntomas: Se presenta como una banda roja a lo largo del margen gingival, que puede estar o no acompañada por sangrado ocasional e incomodidad. Se puede presentar también en la encía adherida y no adherida como lesiones parecidas a petequias.

Manejo: El tratamiento para el EGL deberá incluir el debridamiento realizado por un Odontólogo, seguido por enjuagues de suspensión de Gluconato de Clorhexidina al 0.12%, dos veces al día durante 2 semanas; y una muy esmerada higiene oral por parte del paciente.



Gentileza de Dr. David Reznik, D.D.S. Copyright © 1996-2007

Periodontitis Ulcero Necrótica

Signos y Síntomas: Se caracteriza por dolor severo, pérdida de dientes, hemorragia, olor fétido, papilas gingivales ulceradas y pérdida rápida de hueso y tejido blando.

Manejo: Remoción de placa dental, cálculos y tejido blando necrotizado terapia antibiótica efectiva contra flora bacteriana mixta con predominio de anaerobios gram-negativa con medicamentos como metronidazol, o doxiciclina



Gentileza de Dr. David Reznik, D.D.S. Copyright © 1996-2007

Sarcoma de Kaposi

Signos y Síntomas: Apariencia clínica del SK puede ser macular, nodular, o elevada y ulcerada. El color puede variar desde el rojo al púrpura. Las lesiones tempranas tienden a ser planas, rojas y asintomáticas; y el color se va volviendo más oscuro con el paso del tiempo cuando va aumentando el tiempo de la lesión

Manejo: El tratamiento de las lesiones orales se basa en la extensión de las lesiones. Para lesiones orales aisladas, la terapia local puede incluir láser, extirpación quirúrgica, radioterapia o inyecciones localizadas de agentes quimioterapéuticos



Gentileza de Dr. David Reznik, D.D.S. Copyright © 1996-2007

Linfoma No Hodgkin

Signos y Síntomas: 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 definitivo

Manejo: El equipo de salud oral deberá remitir a estos pacientes con diagnóstico de Linfoma No-Hodgkin a un Oncólogo para su tratamiento, el cual es semejante al que se utiliza en personas no infectadas por el VIH, teniendo en cuenta el estado de inmunosupresión del paciente.



BIBLIOGRAFIA

- 1 Arendorf TM, Bredekamp B, Cloete CA, Sauer G. Oral Manifestations of HIV infection in 600 South African patients. *J Oral Pathol Med.* 1998 Apr; 27 (4): 176-9.
- 2 Diz Dios P, Ocampo A, Miralles C. Changing prevalence of human immunodeficiency virus-associated oral lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000 October 403-4.
- 3 Patton LL, McKaig R, Straauss R, Rogers D, Enron JJ Jr. Changing prevalence of oral manifestations of human immunodeficiency virus in the era of protease inhibitor therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;90:299-304.
- 4 Tappuni AR, Flemming GJ. The effect of antiretroviral therapy on the prevalence of oral manifestations in HIV-infected patients: a UK study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001 Dec; 92(6):623-8.
- 5 Aquirre JM, Echebarria MA, Ocina E, Ribacoba L, Montejo M. Reduction of HIV-associated oral lesions after highly active antiretroviral therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999 Aug 88(2):114-5.
- 6 King MD, Reznik DA, O'Daniels CM, Larsen NM, Osterholt DM, Blumberg HM. Human Papillomavirus-Associated Oral Warts among HIV-Seropositive Patients in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy: An Emerging Infection. *Clin Infect Dis* 2002;34:641-8.
- 7 Greenspan D, Canchola AJ, MacPhail LA, Cheikh B, Greenspan JS. Effect of highly active antiretroviral therapy on frequency of oral warts. *Lancet* 2001 May 5;357(9266):1411-2.
- 8 Mascarenhas AK, Smith SR. Factors associated with utilization of care for oral lesions in HIV disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999 Jun;87(6):708-13.
- 9 CDC. Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus during exposure-prone invasive procedures. *MMWR* 1991;40(No. RR-8).
- 10 CDC. Update: investigations of patients who have been treated by HIV-infected health-care workers. *MMWR* 1992;41:344-6.
- 11 Chamberland ME, Bell DM. HIV transmission from health care worker to patient: what is the risk? *Ann Intern Med* 1992;116:871-3.
- 12 Siew C, Chang B, Gruninger SE, Verrusio AC, Neidle EA. Self-reported percutaneous injuries in dentists: implications for HBV, HIV transmission risk. *J Am Dent Assoc* 1992;123:37-44.
- 13 Glick M, Muzyka BC, Salon LM, Luric D. Necrotizing ulcerative periodontitis: a marker for severe immune deterioration. *J Periodontol* 1994;65:393-97
- 14 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III, National Center for Health Statistics (NCHS) of the Centers for Disease Control (CDC), 1996.
- 15 Engles EA. Human Immunodeficiency virus infection, aging and cancer. *J Clin Epidemiol* 2001 Dec;54 Suppl 1:S29-34. Baillargeon J, Deng JH, Hettler E, Harrison C, Grady JJ, Korte LG, Alexander J, Montalvo E, Jenson HB, Gao SJ. Seroprevalence of Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus infection among blood donors from Texas. *Ann Epidemiol* 2001 Oct;11(7):512-8.
- 16 Baillargeon J, Deng JH, Hettler E, Harrison C, Grady JJ, Korte LG, Alexander J, Montalvo E, Jenson HB, Gao SJ. Seroprevalence of Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus infection among blood donors from Texas. *Ann Epidemiol* 2001 Oct;11(7):512-8. Younai FS, Marcus M, Freed JR, Coutler ID, Cunningham W, Der-Martirosian C, Guzman-Bercerra N, Shapiro M. Self-reported oral dryness and HIV disease in a national sample of patients receiving medical care. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001 Dec;92(6):629-36.
- 17 Younai FS, Marcus M, Freed JR, Coutler ID, Cunningham W, Der-Martirosian C, Guzman-Bercerra N, Shapiro M. Self-reported oral dryness and HIV disease in a national sample of patients receiving medical care. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001 Dec;92(6):629-36. CDC. Recommended infection-control practices for dentistry. *MMWR* 1986;35:237-42.
- 18 CDC. Recommended infection-control practices for dentistry. *MMWR* 1986;35:237-42.
- 19 CDC. Recommendations for prevention of HIV in health-care settings. *MMWR* 1987;36: (No. 2S).
- 20 US Department of Health and Human Services. Infection control file: practical infection control in the dental office. Atlanta, GA/Rockville, MD: CDC/FDA, 1989. (Available through the US Government Printing Office, Washington, DC, or the National Technical Information Services, Springfield, VA.)

- 21 Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration. 29 CFR Part 1910.1030, occupational exposure to bloodborne pathogens; final rule. Federal Register 56(235):64004-182, 1991.
- 22 CDC. Update: universal precautions for prevention of transmission of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and other bloodborne pathogens in health-care settings. MMWR 1988;37:377-82,3878.
- 23 Ciesielski C, Marianos D, Chin-Yih OU, et al. Transmission of human immunodeficiency virus in a dental practice. *Ann Intern Med* 1992;116:798-805.
- 24 CDC. Investigations of patients who have been treated by HIV-infected health-care workers- United States. MMWR 1993;42:329-31, 337.
- 25 Gooch B, Marianos D, Ciesielski C, et al. Lack of evidence for patient-to-patient transmission of HIV in a dental practice. *J Am Dent Assoc* 1993;124:38-44.
- 26 Canter J, Mackey K, Good LS, et al. An outbreak of hepatitis B associated with jet injections in a weight reduction clinic. *Arch Intern Med* 1990;150:1923-7
- 27 Kent GP, Brondum J, Keenlyside RA, LaFazia LM, Scott HD. A large outbreak of acupuncture associated hepatitis B. *Am J Epidemiol* 1988;127:591-8
- 28 Polish LB, Shapiro CN, Bauer F, et al. Nosocomial transmission of hepatitis B virus associated with the use of a spring-loaded finger-stick device. *N Engl J Med* 1992;326:721-5
- 29 CDC. Guidelines for prevention of transmission of human immunodeficiency virus and hepa-titis B virus to health-care and public-safety workers. MMWR 1989;38(suppl. No. S-6):1-37
- 30 CDC. Protection against viral hepatitis: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). MMWR 1990;39(No. RR-2).
- 31 CDC. Hepatitis B virus: a comprehensive strategy for eliminating transmission in the United States through universal childhood vaccination. MMWR 1991;40(No. RR-13)
- 32 CDC. Immunization recommendations for health-care-workers. Atlanta, GA: CDC, Division of Immunization, Center for Prevention Services, 1989
- 33 Petersen NJ, Bond WW, Favero MS. Air sampling for hepatitis B surface antigen in a dental operator. *J Am Dent Assoc* 1979;99:465-7.
- 34 Bond WW, Petersen NJ, Favero MS, Ebert JW, Maynard JE. Transmission of type B viral hepatitis B via eye inoculation of a chimpanzee. *J Clin Microbiol* 1982;15:533-4
- 35 Garner JS, Favero MS. Guideline for handwashing and hospital environmental control, 1985. Atlanta: CDC, 1985; publication no. 99-1117
- 36 Garner JS. Guideline for prevention of surgical wound infections, 1985. Atlanta: CDC, 1985; publication no. 99-2381
- 37 Maenza JR, Keruly JC, Moore RD, Chaisson RE, Merz WG, Gallant JE. Risk factors for fluconazole-resistant candidiasis in human immunodeficiency virus-infected patients. *J Infect Dis* 1996 Jan;173(1):219-25
- 38 CDC. Public Health Service statement on management of occupational exposure to human immunodeficiency virus, including considerations regarding zidovudine postexposure use. MMWR 1990;39(No. RR-1)
- 39 Miller CH, Palenik CJ. Sterilization, disinfection, and asepsis in dentistry. In: Block SS, ed. *Disinfection, sterilization, and preservation*, 4th ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1991:676-95
- 40 Favero MS, Bond WW. Chemical disinfection of medical and surgical materials. In: Block SS, ed. *Disinfection, sterilization, and preservation*, 4th ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1991:617-41
- 41 FDA, Office of Device Evaluation, Division of General and Restorative Devices, Infection Control Devices Branch. Guidance on the content and format of premarket notification [510 (k)] submissions for liquid chemical germicides. Rockville, MD: FDA, January 31, 1992:49
- 42 Rutala WA. APIC guideline for selection and use of disinfectants. *Am J Infect Control* 1990;18:99-117
- 43 Garner JS, Simmons BP. CDC guideline for isolation precautions in hospitals. Atlanta, GA: CDC, 1983; HHS publication no. (CDC)83-8314

- 44 Ramos-Gomez F. Dental considerations for the paediatric AIDS/HIV patient. *Oral Diseases* 2002;8:49-54.
- 45 Rioboo-Crespo Mdel R, Planells-del Pozo P, Rioboo-García R. "Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children". *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005 Nov-Dec;10(5):376-87
- 46 Glick M. Orofacial disorders in children with HIV disease. *Dent Clin. North Am.* 2005 Jan;49(1):259-71
- 47 Götzsche PC, Johansen HK. Profilaxis y tratamiento con nistatina en pacientes severamente inmunodeprimidos (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Oxford: pdate Software
- 48 Naidoo S. "Common oral lesions in children and adults with HIV/ AIDS". University of Stellenbosch. 2001
- 49 Cherry-Peppers G, Daniels CO, Meeks V, Sanders CF, Reznik D. Oral manifestations in the era of HAART. *J Natl Med Assoc.* 2003 Feb;95(2 Suppl 2):21S-32S. Review
- 50 Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. American Academy of Periodontology
- 51 Mandel L, Surattanont F. Regression of HIV parotid swellings after antiviral therapy: case reports with computed tomographic scan evidence. *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94: 454-459
- 52 Mandel L, Hong J. HIV associated parotid lymphoepithelial cysts. *J Am Dent Assoc.* 1999; 130: 528-532
- 53 Wheaton AF, Timothy NH, Dossett JH, Manders EK. The surgical treatment of Molluscum contagiosum in a pediatric AIDS patient. *Ann Plast Surg.* 2000 Jun;44(6):651-5
- 54 Playford EG, Webster AC, Sorrell TC, Craig JC. Antifungal agents for preventing fungal infections in non-neutropenic critically ill patients (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software
- 55 Magaldi S, Mata S, Hartung C, Verde G, Deibis L, Roldan Y, Marcano C. In vitro susceptibility of 137 *Candida* sp. isolates from HIV positive patients to several antifungal drugs. *Mycopathologia.* 2001;149(2):63-8
- 56 Cauda, R, Tacconelli E, Tumbarello M, Morace G, De Bernardis F, Torosantucci A, Cassone A. Role of protease inhibitors in preventing recurrent oral candidosis in patients with HIV infection: a prospective case-control study. *J Acquir Defic Syndr Hum Retroviri*, Vol 21(1), May 99
- 57 Powderly WG, Mayer KH, Perfect JR. Diagnosis and treatment of oropharyngeal candidiasis in patients infected with HIV: a critical reassessment. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1999 Nov 1;15(16):1405-12
- 58 Cartledge JD, Midgley J, Gazzard BG. Non-albicans oral candidosis in HIV-positive patients. *J Antimicrob Chemother* 1999 Mar;43(3):419-22
- 59 Lamster IB, Grbic JT, Mitchell-Lewis DA, Begg MD, Mitchell A. New concepts regarding the pathogenesis of periodontal disease in HIV infection. *Ann Periodontology.* 1998 Jul;3(1):62-75
- 60 Patton LL, Shugars DA, Bonito AJ. : A systematic review of complication risks for HIV-positive patients undergoing invasive dental procedures. *J Am Dent Assoc.* 2002 Feb;133(2):195-203
- 61 Boylard EA, Tablan OC, Williams WW, Pearson ML, Shapiro CN, Deitchmann SD, Guideline for infection control in healthcare personnel, 1998. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998; 19(6):407-63
- 62 Ramirez-Amador VA, Esquivel-Pedraza L, Ponce de León S, Ponce de León Sa, Prognostic value of oral candidiasis and hair leucoplakia in 111 Mexican HIV-infected patients. *J Oral Pathol Med* 1996;25:206-211
- 63 Evidence Report/ technology Assessment: N° 37. Management of dental patients who are HIV Positive. Febrero 2001
- 64 Cucci P, Estupiñán S, Mazin R, Rius Gilbert C, Tambini G, Patz D. El VIH/ Sida y otras infecciones en la práctica de la odontoestomatología Organización Panamericana de la Salud. 2003
- 65 Dreyer AG, Haumann CH. "Bacterial contamination of dental handpieces" *SADJ.* 2001 Nov; 56(11):510-2
- 66 Hauman CH. Cross-infection risks associated with high-speed dental handpieces. *Jdent Assoc. S Afr,* 1993 Jul;48(7):389-91
- 67 Cucci P, Estupiñán S, Mazin R, Rius Gilbert C, Tambini G, Patz D. El VIH/ Sida y otras infecciones en la práctica de la odontoestomatología Organización Panamericana de la Salud. 2003

RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD