

# SIDA: LO MINIMO INDISPENSABLE PARA ODONTOLOGOS

Autor Dr.: Alfredo Brezina

La aparición de este síndrome en 1981 y su difusión mundial desde entonces suscita para los trabajadores de salud, incluidos los odontólogos problemas, tanto objetivos como subjetivos. Es preciso conocerlos con fuentes responsables y serias de información y participar en su solución. El SIDA, iniciales de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida es una enfermedad irreversible, de desenlace mortal. Afecta gravemente la capacidad de reacción del sistema inmunitario y de ese modo abre paso a numerosas enfermedades infecciosas, micosis, parasitosis y varios tipos de neoplasias, constituyendo en este momento una pandemia, es decir un peligro para la humanidad, poniendo a prueba los Sistemas de Salud en todo el mundo.

Al 7 de junio de 1991, 163 países han registrado de entre un 10 y un 90 por ciento, hecho que, sumado a la existencia de unos ocho a diez millones de infectados, muchos sin saberlo, vuelve más difícil la situación.

En nuestro país, al 31 de marzo de 1991 se habían registrado 1.019 enfermos. Los infectados, o portadores asintomáticos, no portadores sanos, se calculan entre 50.000 y 70.000. Aumenta el contagio por drogadicción intravenosa (DIV), al compartir jeringas y agujas contaminadas; la transmisión por vía heterosexual y la incidencia en el sexo femenino.

Cuando la infección se exteriorizó, en junio de 1981, se identificaron como "grupos de riesgo" los homosexuales, los drogadictos intravenosos, los hemofílicos y (en ese momento) los haitianos. Más adelante se agregaron las prostitutas. Actualmente el criterio es, según el ex Responsable Nacional de Salud Pública de los EE.UU., Dr. C. Everett Koop: "No importa lo que usted sea, sino lo que usted haga". Desde 1985 se va reduciendo la transmisión por transfusiones de sangre contaminada, y los homosexuales toman conciencia del peligro y adoptan medidas preventivas. En cambio, los drogadictos IV, el grupo más difícil de abordar, aumentan en cantidad y continúan difundiendo la infección, por la doble vía de compartir jeringas y agujas contaminadas y relaciones sexuales promiscuas.

El SIDA ha producido una gran movilización mundial, profesional y humana; pero también genera una gran ansiedad y algunas actitudes no positivas. Estos últimos aspectos son denominados por los especialistas "La tercera epidemia"; ya no de efectos patógenos del SIDA, sino sus consecuencias políticas, sociales y psicológicas.

## I. VIAS REALES DE TRANSMISION. Son:

a: las relaciones sexuales sin protección con personas infectadas, homosexuales, bisexuales y heterosexuales. Cuando se reiteran los contactos, es más probable la infección.

b: La drogadicción intravenosa, al compartir jeringas y agujas contaminadas, con sangre de otros adictos ya infectados.

c: Transfusiones con sangre contaminada.

d: transmisión perinatal, (de madre a hijo), antes, durante y después del parto y, en ciertos casos la lactancia. Aproximadamente el 50% de los hijos de madres seropositivas presentarán la infección.

En cambio, otras "vías de transmisión" no son más que mitos, sin fundamento alguno. El SIDA no se transmite por el contacto social: apretón de manos, besos, uso de vajilla, asistencia a la escuela, piletas, inodoros, transportes, botones de ascensores ni manijas de puertas; ni tomando mate, ni por mosquitos, a diferencia de otras enfermedades como fiebre amarilla y enfermedad del sueño.

El agente causal fue aislado en 1983-84: es un virus, llamado desde 1986 Virus de la Inmuno Deficiencia Humana, VIH, en inglés HIV. Se encuentra en los fluidos orgánicos de las personas infectadas: además de sangre, semen y secreciones vaginales, en sudor, lágrimas, líquido cefalorraquídeo, y saliva, pero en pequeñas cantidades. Muy recientemente, se lo ha hallado en el fluido crevicular de personas seropositivas.

En todos los casos el virus requiere contacto con el medio interno para infectar; fuera de él, es muy lábil. Puede bastar una exposición única, pero habitualmente exposición no es sinónimo de infección. La pluralidad de contactos - compartir jeringas reiteradamente, promiscuidad sexual, pareja estable infectada, - y la masividad del inóculo, como en las transfusiones, así como la relación anal aumentan en gran medida el riesgo.

La llegada del virus al medio interno genera, habitualmente al cabo de seis a doce semanas, aunque a veces más tarde, la aparición de anticuerpos: **seroconversión**. Antes de ese tiempo no se detectan - período de "ventana inmunológica", - pero el sujeto ya está infectado y puede infectar a su vez. Además, conservará

esa condición, de **portador asintomático** durante toda la vida, aún si él mismo no desarrollara la enfermedad.

En cuanto al contagio de personal de salud durante la realización de sus tareas **-Infección ocupacional-** se la estima en un 0,5%. Al respecto es útil recordar que el VIH; que causa tanto temor en el público, y también en el personal de salud, es un virus lábil, que se inactiva por calor a 55—60 grados durante media hora. En cambio, el virus de la hepatitis B, que también se transmite de transmisión sexual y sanguínea, además de que puede contagiarse por la saliva, es mucho más resistente y tiene una concentración mucho más alta en la sangre de las personas infectadas. La seroconversión en caso de accidente por corte o pinchadura se ha estimado en hasta un 30%.

## II. LA ENFERMEDAD.

La incubación del SIDA es prolongada: cinco a siete años y aún más. Se estima que un 5% de los infectados por año desarrollan algún cuadro relacionado con el VIH: a medida que se prolongan los tiempos de seguimiento se constata ese aumento de morbilidad.

Una vez declarada la enfermedad, se producen numerosos cuadros de carácter grave, contra los cuales el organismo está en pobres condiciones para luchar dado el estado de su sistema inmunitario, severamente afectado por el virus. En el aparato respiratorio, el más frecuente, y primero en haber sido observado es la neumonía por *neumocystis carinii*, variedad de protozoario que no afecta a personas con su sistema inmunitario normal. Asimismo aparece una amplia gama de infecciones, micosis, virosis, parasitosis (responsables éstas de la diarrea persistente y del adelgazamiento de estos enfermos), afecciones del Sistema Nervioso Central, y neoplasias, como carcinoma de células escamosas, linfomas y especialmente sarcoma de Kaposi, que afecta a homosexuales jóvenes y lleva rápidamente a la muerte. Además, desde 1986 se nota aumento de tuberculosis extrapulmonar en relación con el SIDA: esto también ha sido observado en nuestro país.

Múltiples cuadros de **infecciones oportunistas**, contra las que el enfermo inmunodeprimido no logra reaccionar, difíciles de tratar, recidivantes, llevan a estos enfermos a la muerte. Hasta el momento los tratamientos no logran impedir este desenlace: la AZT, la droga más promisoría, sólo prolonga la supervivencia y mejora la calidad de vida durante ésta. Se investigan varias vacunas, pero ninguna está a punto todavía.

De ello se deduce que, por ahora y a diez años de aparecida la enfermedad, las mejores armas contra ella siguen siendo la prevención y la educación. También es muy importante la **detección precoz del seropositivo**. La reinfección agota el sistema inmunitario y aumenta las posibilidades de desarrollar todo el síndrome. En efecto: se ha comprobado en drogadictos, encuadrados en programas de rehabilitación, tanto en el extranjero como en nuestro país, que, sometidos a rigurosa vigilancia médica, dieta sana, ejercicio, psicoterapia y **no repetición de conductas de riesgo**, sólo se mantendrán seropositivos, pero no desarrollan los cuadros característicos del SIDA.

## III. SIDA Y ODONTOLOGIA.

Es importante para el odontólogo recordar que el **SIDA presenta manifestaciones bucales**. La candidiasis bucal fue advertida ya en los primeros pacientes; es frecuente, en tanto que la candidiasis esofágica es patognomónica. La leucoplasia vellosa es muy característica, aunque recientemente también se describió en pacientes inmunodeprimidos por otras causas. En los enfermos de SIDA es de mal pronóstico. El sarcoma de Kaposi, variedad de tumor vascular, se asienta en la cavidad bucal con mayor frecuencia en el paladar duro; en la cara, en la nariz. Crece muy rápidamente en estos enfermos, a diferencia del descrito en el siglo pasado por Kaposi, de evolución muy lenta y afectando a personas mayores, judías, de la cuenca del Mediterráneo. También aparecen Guna, herpes simplex, úlceras de evolución tórpida, aftas recidivantes, adenopatías con mucha constancia. De allí la importancia de tener estos cuadros presentes, si fuera necesario refrescarlos, para que el odontólogo pueda hacer un diagnóstico presuntivo precoz y recomendar la derivación oportuna a un Centro infectológico. En cuanto al tratamiento dental, a diferencia de los tan difundidos temores corrientes, cualquier odontólogo está en condiciones de hacerlo. Así opinan entre otros, J. Pindborg, de Dinamarca y Ch. Barr, de EE.UU., especialistas de renombre mundial.

Cabe recordar nuevamente que el SIDA es una enfermedad infecciosa, de transmisión sexual y sanguínea: todo contacto con sangre, hemoderivados, semen, otras secreciones, como líquido pleural y lesiones abiertas del enfermo es potencialmente peligroso. Para los trabajadores de salud, el riesgo es muy bajo, como lo demuestran reiterados estudios, inclusive de odontólogos. El conocimiento de este hecho debería ayudar a evitar reacciones irracionales y discriminación de los enfermos, ante todo seres humanos que necesitan nuestra atención, apoyo y comprensión.

Pero no debe menospreciarse el peligro de transmisión ocupacional y omitir las medidas de protección. El reporte de Klein et al, en 1987, dio la vuelta al mundo y despertó gran alarma en nuestra profesión. Se trató de un estudio de 1231 miembros del equipo odontológico en la ciudad de Nueva York, uno de los cuales resultó positivo al virus VIH en ausencia de conductas de riesgo fuera del ejercicio profesional. Ejercía en una zona de Nueva York con muchos seropositivos y enfermos; no empleó guantes y otras medidas de precaución rutinariamente; sufrió cortes y pinchaduras durante su trabajo y, además, era pescador, lo que lo expuso a otras lesiones en los manos.

Pero además, para evaluar debidamente este caso tan difundido pero mal conocido en sus detalles, hay que tener presente que la esposa del odontólogo, aunque negó conductas de riesgo no quiso someterse a los test de detección del VIH. Con lo que queda abierta la posibilidad de que interviniera otra vía de contagio, fuera del ejercicio profesional.

Más recientemente se informó del posible contagio de un odontólogo enfermo de SIDA a una o más pacientes,

el estudio, que "sugiere" el contagio, sin afirmarlo categóricamente, se basa en la identidad parcial de la cadena genética del virus VIH de la paciente infectada con la cepa del odontólogo. El tema requiere estudio ulterior; y aún así el riesgo resulta bajo, pero lleva a insistir en que existe y son inexcusables las medidas de precaución.

En nuestro país, a fines de 1987 la Dirección Nacional de Odontología del Ministerio de Salud y Acción Social elaboró las Normas Básicas de Atención Odontológica de enfermos del SIDA, cuya segunda edición ampliada a la hepatitis B se distribuirá próximamente.

En ella se exponen las medidas preventivas a tomar, mínimas e indispensables. Consisten en el uso de las "técnicas de barrera": uso de guantes, barbijo y protección ocular, facial en caso de cirugía. El personal debe trabajar sin presentar lesiones cutáneas, como ulceraciones, quemaduras, eczemas, psoriasis, acné, conjuntivitis, dermatitis, herpes, heridas abiertas, si estuviera en tratamiento con inmunodepresores o durante el embarazo. La higiene debe ser muy rigurosa, con jabón medicinal, por ej. con clorhexidina o yodopovidona, no jabón común. Las uñas deben llevarse cortas: recordar que, en los EE.UU., se recuperó el virus de la hepatitis B (HBV) de uñas de odontólogos.

Deben usarse guantes en todos los casos. En casos de enfermos declarados, pueden usarse dos pares. Los guantes deben descartarse después de cada paciente y reemplazarse durante la atención si se cortaran o pincharan, previo lavado del operador. La manipulación del instrumental y la limpieza del consultorio deben hacerse con guantes gruesos.

Debe dedicarse una atención especial a la esterilización: esta conclusión es al menos una consecuencia positiva de la pandemia del SIDA. Pero, y previamente, debe descontaminarse el instrumental, para prevenir la posibilidad de cortes o pinchaduras con material no infectado durante el lavado y el consiguiente riesgo de seroconversión para quien lo manipule. La descontaminación puede efectuarse con hipoclorito de sodio al 1% durante media

hora, glutaraldehído al 2% durante una hora o yodopovidona al 20% media hora. El agua oxigenada al 6% puede emplearse para descontaminar la pieza de mano, al igual que el alcohol al 70%.

**Recién después de descontaminado**, el material se lavará, y luego esterilizará: con autoclave, a 1 1/2 atmósfera durante 20 minutos, por estufa seca dos horas a 170° por agentes químicos.

Durante el trabajo hay que reducir cuanto se pueda la formación de aerosoles, ya que de este modo se proyectan microorganismos y partículas contaminadas a distancias de más de dos metros en el consultorio. Para ello es preciso dosificar el uso de la turbina y de la jeringa triple. Autores de EE.UU. aconsejan el empleo sistemático del dique de goma; también se recomienda contar con evacuación de alto vacío. Y cabe recordar de nuevo la necesidad de acostumbrarse al barbijo, no solo para prevenir infecciones por las vías aéreas, sino también daño pulmonar por partículas extrañas aspiradas (neumoconiosis).

Hay que tener presente que no se puede conocer siempre la condición serológica del paciente, ni siquiera a partir de una cuidadosa historia clínica. Tampoco el paciente puede saberla; o, por el contrario, puede conocerla y ocultarla, debido al temor que produce al SIDA, inclusive en el personal de Salud y que ha dado a rechazos de seropositivos y enfermos. Pero los rechazos son una flagrante falta de ética y, además no son ninguna solución: "El paciente que no entra por la puerta, entra por la ventana" dice el Dr. Pedro Cahn, Jefe del Servicio de Infectología del Hospital J. Fernández.

Por todo lo dicho, no debe producirse discriminación de pacientes seropositivos y/o con SIDA declarado; y debe adoptarse las medidas de prevención por todos.

Alfredo José Brezina.

**Agradecimiento:** Al Centro de Documentación sobre Enfs. de Transmisión Sexual y SIDA - Min. de Salud y Acción Social, Bs. As.



Crema dental  
con flúor

**Ahora, usted puede contar con dos nuevos aliados  
en la prevención y el tratamiento  
de las enfermedades dentales.**

esmedent

Ahora, esmedent



LABORATORIOS ESME SAIC.  
Uriarte 1686 - Buenos Aires - Tel. 71-9408



Cepillos dentales  
■ CERDA DE CHANCHO  
■ SUAVE

## BIBLIOGRAFIA

- Fund. Ets. Infectológicos: Simp. Internac. s. SIDA. Bs. As. abr. 1990

- Minist. de Salud y Acción Social - Dirección Nacional de Odontología: Normas básicas para la atención odontológica de enfermos del S.I.D.A. Bs. AS. dic. 1987.

- Weekly Epidemiological Record - Releve Epidemiologique Hebdomadaire, junio 1991. Org. Mundial de la Salud, Ginebra. N° 23.

- Ambrona, Mario: Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida - SIDA. Motivos de Consulta E.T.S. Bs. As., 1987.

- Koop, C. Everett: Inf. del Jefe del Serv. de Salud Pública de los EE.UU. sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (AIDS). Centers for Disease Control. U. S. Government Printing Office, 1988.

- Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR): Recommendations for Prevention of HIV Transmission in Health-Care Settings. U. S. Dept. of Health and Human Services. Public Health Service. Centers for Disease Control. Vol. 36/N° 2S. Aug. 21, 1987.

- Transmisión sexual del SIDA. Informe incluido en: Publ. científ. N° 514. OPS, Wáshington D.C., 1989.

- Brezina, Alfredo J.: Informe sobre el VI Taller Internacional de Patología Oral. SIDA: Manifestaciones orales. Santiago de Chile, 9-11 de enero, 1991.

- U.S.Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control: Update: Universal Precautions for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus and Other Bloodborne Pathogens in Health-Care Settings. (From MMWR, June 24, 1988, Vol 37, N° 24 pp. 377-382, 387-388.

- MMWR: Update: Transmission of HIV Infection during an Invasive Dental Procedure - Florida. January 18, 1991 / Vol. 40 / N° 2.

- Pindborg, Jens: SIDA y el problema bucal. Curso. Ateneo Argentino de Odontología, Bs. As., noviembre 1988.

- NIDR Research Digest. UCSF Researchers Duplicate Western Blot Results Using Gingival Crevicular Fluid. National Institute of Dental Research, September 1989.

- MMWR: Guidelines for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis B Virus to Health-Care and Public-Safety Workers. June 23, 1989, / Vol. 38 / N° S-6.

- Clumeck, N.; Taelman H.; Hermans, P.; Piot, P.; Schooumnacher, M. y De Wit, S.: Acumulación de infecciones por el VIH entre heterosexuales sin factores de riesgo aparentes. New Engl. Jour of Med., (1989), 3211 (21) 1460-1462. Resumen en: Organización Mundial de la Salud: SIDA, Boletín Técnico. Vol. 3, marzo 1990.

- Klein, R. S., Phelan, J. A., Freeman, K. et al.: Low occupational risk of human immunodeficiency virus among dental professionals. New Engl. Jour of Med. 1988; 318: 866-90.

- Yaría, J. A. et al.: Prevención y asistencia al drogadependiente. Curso. Univ. del Salvador, - Fundación Gradiva. Bs. As., mayo-agosto, 1990.

- Min. de Salud y Acción Social - Dirección Nac. de Enfs. de Transm. Sexual y SIDA; SIDA: Información epidemiológica. Bs. As., marzo 1991 y Urrusuno, J. L.: Comunicación PERSONAL, BS. AS., 1991.

### DIRECCION DEL AUTOR

CIUDAD DE LA PAZ 235 - 5° "B"  
Capital Federal

## RX DENTAL

### CONSULTORIO DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA

INTRAORALES - PANORAMICAS - TELERRADIOGRAFIAS - CAVUM

SENOS PARANASALES - CONDILOGRAFIAS

ESTUDIOS CEFALOMETRICOS COMPUTARIZADOS

lunes a viernes de 09.00 a 12.00 y de 15.00 a 20.00 hs. sabados de 09.00 a 12.00 hs.

Calle 7 N° 943 (esq. 51) 2 do. Piso

Tel.: 24 - 4917

La Plata