

Tema 14 pacientes oncológicos y con inmunodeficiencia

Pacientes oncológicos

1. Definición

La OMS define cáncer como un término genérico para un grupo de más de un centenar de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte de organismo

2. Neoplasias malignas

López Labady 2012 explica que en las neoplasias malignas los mecanismos que regulan normalmente el crecimiento, proliferación y muerte celular están alterados, los que les permite crecer más allá de sus límites habituales e invadir zonas adyacentes o diseminarse a otros órganos; en la actualidad se ha logrado entender que el cáncer es una entidad multifactorial en la que participan elementos ambientales, nutricionales, genéticos, entre otros, donde la malignidad surge como consecuencia de alteraciones genética celulares, existen genes más susceptibles que otros en sufrir mutaciones los denominados protooncogenes (genes incluidos en el genoma humano que regulan el crecimiento y la diferenciación celular) y cuando estos están mutados son llamados oncogenes y hacen que la regulación de proteínas responsables de toda la actividad de proliferación y crecimiento este descontrolada

3. Epidemiología

- Según datos publicados por la OMS El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en 2012 causó 8,2 millones de defunciones.
- Los que más muertes causan cada año son los cánceres de pulmón, hígado, estómago, colon y mama.
- Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante, y es la causa más del 20% de las muertes mundiales por cáncer en general, y alrededor del 70% de las muertes mundiales por cáncer de pulmón.
- Los cánceres causados por infecciones víricas, tales como las infecciones por virus de las hepatitis B (VHB) y C (VHC) o por papilomavirus humanos (PVH), son responsables de hasta un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medios.
- Se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas.
- Capote L menciona que en Vzla El cáncer una de las más frecuentes causas de enfermedad o muerte, ocupando la segunda posición en la mortalidad general detrás de las Enfermedades del Corazón. La proporción indica que una de cada cuatro personas, si alcanza la edad de 74 años, será afectada por algún tipo de cáncer y una de cada siete tiene el riesgo de fallecer por el mismo motivo. Según los datos estadísticos publicados en el Anuario Epidemiológico de 2005 y los datos de morbilidad del Registro Central de Cáncer, del Programa de Oncología del Ministerio del Poder Popular para la Salud, el cáncer de próstata es el más frecuente en la población masculina, con una incidencia estimada en 4.408 casos anuales. Lo siguen el de pulmón (1.983 casos) y el de colon y

recto (1.006). Estas cuatro localizaciones representan el 56% de la morbilidad o incidencia anual de esta patología. En cuanto al género femenino, los cánceres más comúnmente diagnosticados cada año son de cuello uterino (3.685 casos), glándula mamaria (3.549), pulmón (1.202) y colon (1.102), que representan el 57% de la incidencia anual de cáncer en mujeres

4. Tratamiento del Cáncer

López Labady describe que el tratamiento del cáncer es multidisciplinario, puede consistir en cirugías, radioterapia, quimioterapia, algunas combinaciones de esta y va a participar diferentes profesionales, como médicos, oncólogos, psicólogos.

El tratamiento agresivo del cáncer puede producir efectos tóxicos, tanto en las células cancerosas como en las células sanas, y considerando la repercusión que puede tener en los tejidos blandos y duros asociados a cabeza y cuello e imperativo que el odontólogo este familiarizado con ellas y además sepa cómo tratarlas y prevenirlas

5. Complicaciones del tratamiento oncológico

Morales M 2012 → Las complicaciones del tratamiento oncológico (Sobre todo la radioterapia) pueden ser inmediatas como la mucositis, disgeusia, infecciones, xerostomía; o crónicas como es el caso de las caries, la osteorradionecrosis, entre otros, repercutiendo altamente en el estado de salud del paciente

López Labady describe que las patologías a nivel de la cavidad bucal que pueden presentar los pacientes que están bajo estos tratamientos se pueden dar en dos estadios

Efectos temporales o agudos

- **La mucositis:** es un proceso inflamatorio que afecta de manera importante a la cavidad bucal y trato gastrointestinal, se considera una de las complicaciones más frecuentes al tratamiento quimio y radioterápico. Clínicamente se puede manifestar desde un leve eritema hasta la presencia de lesiones ulcerativas, que en muchas ocasiones podrían infectarse de manera secundaria, las zonas más afectadas por el tratamiento quimioterapéutico, van a ser las zonas de la mucosa que no se encuentre queratinizada; como el paladar blando, piso de boca, cara ventral de lengua, cara interna de labio, y carrillos, mientras que en los casos de la radioterapia serán vulnerables todas aquellas zonas irradiadas. Por lo general altera funciones fundamentales, como la fonación, alimentación, y deglución, además que el dolor por lo regular afecta significativamente la calidad de vida del paciente. Aparece entre los 7 y 10 días después de iniciado el tratamiento y cuando no hay infección puede curar espontáneamente entre 2 y 4 semanas
- **Infecciones:** son muy frecuentes, debido a que la quimioterapia produce neutropenia importante a los pocos días de iniciado el tratamiento, por lo que pueden manifestarse lesiones de tipo micóticas, en especial la candidiasis, que es una infección oportunista y va a aprovechar las condiciones de inmunosupresión del paciente más la difusión salival. Las infecciones virales, siendo las más frecuentes las producidas por el virus herpes, producen un cuadro clínico, en el que están presente numerosas úlceras, muy dolorosas, que impiden la alimentación adecuada del paciente, puede haber complicaciones graves del paciente y tiene relación directa con el grado de inmunosupresión. También pueden

aparecer, o agravarse infecciones bacterianas y periodontales produciendo cuadros severos que pueden tener repercusión sistémica

- **Xerostomía:** es producto de que las glándulas salivales frecuentemente se ven afectadas, y su severidad dependerá de la dosis de radiación y las glándulas irradiadas. La saliva en estos pacientes se torna espesa, lo cual aumenta la patogenicidad de la microflora bucal, favoreciendo el desarrollo de procesos infecciosos y mucositis. Los signos y síntomas más comunes son, sensación de ardor, labios y comisuras agrietadas, dificultad para la alimentación, uso de prótesis, y pérdida de su sacias minerales en los órganos dentales
- **Disgeusia:** es común en el tratamiento radioterapéutico que se produzca la alteración del sentido del gusto, y se asocia a varios factores como xerostomía, infecciones condiciones psicológicas, etc., en muchos casos la intensidad del sabor se recupera un par de meses después al cese de la radiación, sin embargos muchos pacientes no logran recuperar el sentido del gusto en su totalidad.

Entre las complicaciones crónicas o tardías del tratamiento oncológico: el daño que sufre la mucosa a causa de la radioterapia ocasiona atrofia y fibrosis de los tejidos lo que a su vez predispone la aparición de nuevas lesiones. Cuando la radioterapia comprende la zona de cabeza y cuello, suelen aparecer caries de tipo rampantes, afectando primordialmente el cuello de los órganos dentales, que por lo general son tan destructivas que puede ocasionar la pérdida dentaria a largo plazo; es común observar fibrosis muscular y cutánea, y esto puede ocasionar limitación de apertura, la osteorradionecrosis, es una consecuencia muy común en pacientes bajo radioterapia, se caracteriza por la lisis ósea, presencia de secuestros óseos, afectando con mayor frecuencia la mandíbula. López labady

6. Consideraciones odontológicas

Morales M explica que Hay consideraciones importantes, que deben tomarse en cuenta antes, durante y posterior al tratamiento oncológico.

Consideraciones previas: es importante que el odontólogo forme parte del equipo multidisciplinario, antes de empezar el tratamiento oncológico; la cavidad bucal debe ser saneada por completo para así evitar complicaciones relacionadas a la quimio o radioterapia, se debe iniciar la atención del paciente con la elaboración de una historia clínica, y un examen bucal completo, para así ver cuáles son las prioridades que tiene el paciente a tratar, se debe empezar siempre con los tratamientos más agresivos, cirugías simples o quirúrgica (por lo menos 4 semanas antes de los tipos quirúrgicas y dos semanas antes las simples) para que se pueda dar un buen proceso de cicatrización, seguido se los tratamientos de conductos, eliminación de caries existentes, eliminación de irritantes a la mucosa, profilaxis y flúor. Es muy importante reforzar al paciente y sus familiares la higiene bucal, técnica de cepillado, y técnicas auxiliares, enfatizar que el enjuague bucal debe ser sin alcohol, previniendo la aparición de mucositis y xerostomía

Consideraciones durante el tratamiento oncológico: la comunicación paciente especialistas es de vital importancia, y así estar presente estar al tanto de cualquier complicación relacionada a la cavidad bucal que pueda surgir. La mucosa y labios debe mantenerse lubricada en todos momentos, se deben tratar las lesiones micóticas y ulcerativas que aparezcan (candidiasis), y se recomienda la aplicación de anestésicos tópicos 5 a 10 minutos antes de las comidas para que el paciente pueda tolerar los alimentos. Si el paciente llega a desarrollar la mucositis se recomienda,

el uso de anestésicos tópicos, y evitan en lo posible la utilización de prótesis, en caso de mucho dolor iniciar tratamiento analgésico por vía oral, y muchos autores recomienda enjuagues de clorhexidina para disminuir la carga microbiana; en caso de xerostomía, se debe iniciar sustitutos salivales, elementos que estimulen la secreción salival, la ingesta de abundantes líquidos, y evitar alimentos irritantes a la mucosa; en caso de desarrollar cuadros infecciosos tratar con antibióticos, antimicóticos, y antivirales. En caso de procesos infecciosos que requieran exodoncias deben diferirse hasta 6 meses o 1 año después de concluida la radioterapia, para evitar riesgo de osterradionecrosis

Consideraciones odontológicas posterior al tratamiento oncológico: los pacientes irradiados en la región de cabeza y cuello por lo general desarrollan xerostomía, que en algunos casos es permanente, esto se traduce en riesgo aumentado de caries, necrosis de los tejidos blandos, por lo que es muy importante enfatizar el uso de líquidos en el paciente, cuando hay presencia de osteorradionecrosis, se recomienda el oxígeno hiperbárico. Se recomienda enfatizar los controles cada 3 a 6 meses

Villarroel M; López L mencionan que la higiene oral y fluorizaciones deben seguir en esta etapa, que se deben evitar las exodoncias (al menos 1 año) y si es imprescindible es necesario hacer cobertura antibiótica (48 horas antes- 7-15 días después) y usar oxígeno hiperbárico antes y después de la intervención, se deben evitar la prótesis completas o removibles (1 año) y que hay que hacer revisiones cada mes en el primer semestre, cada 3 meses el primer año, y cada 6 meses hasta cumplir los 3 años

Pacientes con Inmunodeficiencias

1. Introducción

El sistema inmunitario preparado para la defensa ante agresiones antigénicas externas puede fallar en su función con tres resultados

1. Reconocimiento erróneo de antígenos propios AUTOINMUNIDAD
2. Respuesta inmunitaria ineficaz INMUNDEFICIENCIA
3. Respuesta inmunitaria hiperactiva HIPERSENSIBILIDAD

En situaciones de autoinmunidad la respuesta inmune de la persona, va en contra de los propios constituyentes de su organismo, y en este proceso pueden estar implicados linfocitos T-B o ambos, el hecho

2. Definición

Bermejo y Oñate consideran **inmunodeficiencias** a aquel estado que resulta consecuencia de un defecto en la respuesta inmune, suele ser de tipo adquirido, aunque puede tener una base genética y suele cursar infecciones recurrentes, producida por microbiota habitual que se aprovecha de la condición inmunológica para originar un daño de tipo oportunista.

3. Clasificación

Las inmunodeficiencias primarias, suelen estar genéticamente determinadas por consecuencias de anomalías durante el desarrollo, siendo habitualmente escasas, mientras

que las secundarias son las más frecuentes, y suelen estar originadas por tratamiento médico o por cuadros clínicos que llevan a una disminución de la inmunidad.

- **Secundarias:** Bermejo y Oñate comentan que no están causadas por alteraciones intrínsecas en el desarrollo y/o función de la población linfocitaria. Destacan por su magnitud las infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana, pero también hay otras como las asociadas a desnutrición, neoplasias hematológicas, la radioterapia, enfermedades del sistema inmunitario, etc.
- **Primarias:** suelen ser congénitas pero también pueden ser adquirida, puede cursar con defectos en la inmunidad celular, humoral, o ambas y existe una mayor tendencia a padecer procesos malignos. (INMUNIDAD CELULAR: En esta se producen grandes cantidades de LT capaces de eliminar la sustancia extraña por activación de fagocitosis o por eliminación directa de las células que contienen la sustancia extraña a través de LT citotóxico o Natural Killer (NK) llamados también grandes linfocitos granulares
INMUNIDAD HUMORAL: En esta el organismo sintetiza anticuerpos circulantes producidos por los plasmocitos formados a partir de LB en la respuesta inmunológica humoral. Los anticuerpos son globulinas capaces de unirse específicamente con el correspondiente antígeno y neutralizarlo o eliminarlo)

Plaza A, Silvestre F en su libro de odontología en pacientes especiales, dicen que las inmunodeficiencias primarias son un grupo de aproximadamente 70 enfermedades, la mayoría de tipo congénito, y que suelen afectar al género masculino, que presentan una frecuencia de aparición de 1 por cada 10000 individuos. Las alteraciones más frecuentes implican a los linfocitos B, seguida por las que implican a los linfocitos T

Las inmunodeficiencias secundarias son consecuencia de una carencia inmunológica en un individuo previamente sano

4. Tipos de inmunodeficiencia según las células afectadas

Para Plaza A, el sistema inmune es un conjunto complejo de reacciones donde intervienen distintos tipos de células especializadas en defender el organismo frente a agentes extraños. El mecanismo de acción se divide en la llamada inmunidad natural, que es inespecífica, y la inmunidad adquirida que es la específica o adaptativa. La inmunidad natural es una reacción defensiva de carácter agudo e inmediato, donde intervienen los granulocitos polimorfonucleares, macrófagos y el sistema de complemento; la inmunidad adquirida permite reconocer de forma específica las estructuras extrañas del organismo y eliminarlas, en esta respuesta participan los linfocitos T y B y el sistema anticuerpo-inmunoglobulinas. Las implicaciones y manifestaciones de los distintos cuadros dependerán de las células del sistema inmunológico que estén dañadas

- **Deficiencia de los linfocitos:** la alteración de las células B supone un trastorno en la producción de anticuerpos, que varía desde el déficit de una única inmunoglobulina hasta la ausencia de todas ellas. La alteración de los linfocitos B implica un aumento de las infecciones bacterianas (estreptococo neumoniae, meningococo, etc. Los trastornos de las células T aumentan la susceptibilidad a sufrir infecciones por virus y hongos (VHS, candidiasis; etc.)

- **Deficiencia de granulocitos: trastorno de los neutrófilos:** los granulocitos polimorfonucleares derivan de células madres pluripotenciales localizadas en la médula ósea. Están constituidos por neutrófilos basófilos y eosinófilos. En este grupo de células destaca el neutrófilo, por su amplia acción fagocitaria, las alteraciones funcionales de los neutrófilos son generalmente debidas a defectos celulares de carácter hereditario, aunque también puede darse por factores etiológicos externos como los fármacos, diabetes. (susceptibles a infecciones por Estafilococos áureos o estreptococo pneumoniae, virus de la hepatitis B, VHS)
- **Deficiencia del sistema de complemento:** este sistema está compuesto por proteínas localizadas en el plasma y otros líquidos, colaborando tanto de forma inespecífica como adquirida, por lo que la deficiencia de alguno de estos factores, predisponen al individuo a infecciones por bacilos Gram -, meningococos, etc.

5. Diagnósticos de las inmunodeficiencias

Es imprescindible llevar a cabo una anamnesis adecuada, para intuir la existencia de alteraciones en el SI, las infecciones recurrentes de etiología desconocida, harán sospechar una posible inmunodeficiencia, por lo que es recomendable hacer una interconsulta con un médico especialista para que realice pruebas específicas, que estudien el defecto del SI

6. Manifestaciones orales de las inmunodeficiencias:

Según Plaza a, las manifestaciones bucales serán lesiones relacionadas con el tipo y la gravedad del trastorno inmunológico, en muchas ocasiones estas lesiones se presentan como el primer signo clínico de una alteración del SI, los procesos ms comunes relacionados con la inmunodeficiencia, son las úlceras, periodonto destrucción, y la infección de la piel y mucosa por microorganismos oportunistas.

- Las úlceras: alteración típica en casos de neutropenia , defecto de células T y deficiencia de IgA
- Las afectaciones periodontales, se presentan en distintos grados de severidad, los casos de GUN o PUN se encuentran relacionados con síndromes como el de Down, VIH etc....
- Las lesiones típicas a las asociadas a la candida, se relaciona con trastornos de los linfocitos T, IgA
- Las infecciones recurrentes por VHS, varicela, o herpes zoster, nos pueden también indicar fallas en el SI

Una buena anamnesis nos puede ayudar a determinar ciertos problemas que pueda presentar el SI

7. Manejo odontológico del paciente inmunosuprimido

Según Bermejo A, Oñate R las inmunodeficiencias esta catalogadas como una situación de riesgo elevado para el tratamiento odontológico, los pacientes que padecen de algún trastorno del sistema inmunológico son susceptibles a contraer un cuadro infeccioso

Plaza A, propone que la manera que debemos actuar como odontólogos ante pacientes con esta condición, se basa en 5 puntos

- a) Promoción de la salud buco dental (control de placa, educación de salud oral, tto periodontal)
- b) Interconsulta con el medico especialista (estado actual del paciente, farmacología, tratamiento odontológico en medio ambulatorio u hospitalario, diagnostico)
- c) Manejo especifico según alteraciones del SI (historia clínica exhaustiva, NO relizar tto: concentración de inmunoglobulonas son menores de 20mg/ml, en caso de neutropenia (menos de 500celulas→ tto en hospital)
- d) Procesos infecciosos (prevención de focos sépticos orales) (barreras para evitar infección cruzada)

8. Manejo odontológico de pacientes que recibirán trasplantes orgánicos

Zárate O y col, afirman que En la actualidad es cada vez más común encontrar a pacientes que pudieran estar próximos a recibir un trasplante de órganos y su manejo odontológico supone la implementación de acciones previas y posteriores a la cirugía de trasplante

Estado pretrasplante: Bajo esta situación el paciente mostrará todo el cuadro clínico de una deficiencia orgánica severa. En este periodo se prepara al paciente para recibir en cualquier momento el órgano donante, por lo que es importante que se le mantenga libre de focos infecciosos e inflamatorios de cualquier origen, incluyendo el bucal. Al paciente que va a recibir un trasplante de cualquier órgano, un factor mayor de riesgo a controlar, es la infección. La infección focal de cualquier origen, puede interferir en la elección de un candidato a trasplante, cuando la posibilidad de llevarlo a cabo se presentara, o exponerle al riesgo de complicaciones infecciosas severas, toda vez que al colocarse un injerto orgánico va a establecerse una enérgica terapia inmunosupresora, en la que usualmente se emplean una gran variedad de medicamentos, solos o combinados. Bajo esta guía preventiva, el paciente que ha sido incluido en un programa de trasplante orgánico debe ser previamente evaluado y monitoreado para obtener y conservar una óptima salud bucal, dental y periodontal. Debe ser eliminado con excelente pronóstico y baja posibilidad de recidiva cualquier foco de infección aguda o crónica. Los parámetros clínicos clásicos pueden variar, de tal forma que en dientes periodontalmente dudosos con enfermedad avanzada, con compromisos furcales, o que muestren complicaciones endoperiodontales, estará indicada su extracción. La misma conducta será observable en dientes endodónticamente desfavorables o con lesiones periapicales estables que usualmente son sometidas a observación bajo condiciones de salud, lesiones periapicales crónicas o recidivantes, perforaciones y otras condiciones donde se prevea que la manipulación endodóntica sería difícil o iel resultado impredecible. La extracción dental también será preferible, en dientes con destrucción cariosa extensa que reduzcan el pronóstico. el manejo odontológico exige tratar con un paciente con disfunción orgánica en máximo grado, debiendo observarse puntualmente las medidas de manejo correspondientes al órgano por trasplantar.

Estado postrasplante Dentro de esta etapa es posible identificar tres diferentes aspectos de manejo médico asociados al evento de trasplante de un órgano. El primero es el de la fase temprana, que dura de 1 a 3 meses; el segundo, el de la fase estable (después de los tres meses) y el tercero es el de una indeseable pero latente fase de rechazo agudo o crónico del trasplante

La fase de trasplantación temprana: la fase de trasplantación temprana, estará caracterizada por los esfuerzos realizados para la aceptación del injerto, por lo que el paciente estará sometido a altas dosis de inmunosupresores para evitar que el sistema inmune del paciente, particularmente

por la participación de linfocitos T, destruya al órgano injertado. Es la época de mayor riesgo de rechazo agudo del trasplante. Puede haber complicaciones y cambios en otros sistemas, manifiestos de acuerdo con el órgano trasplantado. Durante esta fase que corresponde a los primeros tres meses siguientes al trasplante, el paciente estará severamente inmunosuprimido. Cualquier manejo dental sólo debe incluir procedimientos que resuelvan situaciones de urgencia. En caso de ser requerido un proceso invasivo, será necesario realizarlo en un medio hospitalario junto con el resto del equipo médico que maneja al paciente, vigilando aspectos variados como la respuesta a la coagulación y aminorando el riesgo infeccioso. En estos casos es conveniente utilizar terapia profiláctica antibiótica para prevenir una endarteritis infecciosa, ya que las áreas en proceso de epitelización son susceptibles a implantación y colonización bacteriana. El esquema es distinto al empleado para alteraciones cardíacas, deben procurarse fármacos plurifuncionales que actúen sobre bacterias Gram positivas y Gram negativas, aerobias y anaerobias una opción recomendable, por ejemplificar, es el uso de amoxicilina/metronidazol en una dosis de 2 g y 500 mg respectivamente una hora antes del procedimiento dental.

El manejo durante la fase estable, busca que la aceptación del trasplante sea mantenida. El paciente permanecerá indefinidamente recibiendo inmunosupresores, en muchas ocasiones combinados. Aunque las cuentas sanguíneas permanecen usualmente bajas, los elementos que caracterizan una función orgánica adecuada, vuelven a la normalidad o muy cercana a ella reflejados en la biometría hemática, química sanguínea, proteínas séricas y pruebas de hemostasia y coagulación, por mencionar algunos; estos exámenes de laboratorio deben de ser recientes, vigentes para la adecuada y oportuna toma de decisiones e indicados específicamente por razones estomatológicas. El riesgo mayor en esta fase, es la aparición de infecciones para la aceptación y conservación de injertos orgánicos, por lo que antes de cualquier prescripción farmacológica deben descartarse que el uso de ciertos medicamentos puede inducir a hiperplasia gingival, que puede minimizarse mediante una adecuada educación higiénica y mantenimiento periodontal. El paciente va a permanecer bajo terapia con drogas inmunosupresoras que pueden incluir prednisona, lo que obliga a considerar en el manejo, el riesgo latente infeccioso (bacteriano, micótico o viral) el mantenimiento periódico reducirá. Las infecciones deberán ser atacadas agresivamente preferentemente apoyándose en antibiogramas, para emplear fármacos específicos. En caso de infecciones micóticas, las suspensiones de nistatina, clotrimazol (50 mg por día) o presentaciones de miconazol en gel para uso bucal, son excelentes ayudas terapéuticas. En casos de afecciones graves puede emplearse fluconazol, 100 mg por día; En el paciente bajo condiciones estables, son los procedimientos de odontología preventiva, los que mayor repercusión favorable causarán. El paciente debe ser motivado a conservar la salud bucal alcanzada antes de la implantación del órgano, por medio de un programa intenso y puntual de mantenimiento de la salud bucal. Debe ser considerado el uso de profilaxis antibiótica, discutido con el médico tratante; la combinación recomendable pudiera ser amoxicilina 2 g/metronidazol 500 mg una hora antes del procedimiento dental

fase de rechazo. El rechazo de un injerto puede tener un comportamiento crónico o agudo. El cuadro crónico es insidioso y el manejo médico será a base de diferentes tipos de inmunosupresores. La terapia en estos casos es agresiva, tanto por el número como por las dosis de drogas inmunosupresoras empleadas, el paciente se deprimirá inmunológicamente de manera marcada y los riesgos por los efectos secundarios de la terapia aumentarán, por lo que la atención

odontológica debe ser hospitalaria, en colaboración con un equipo médico experimentado. La terapia profiláctica antibiótica puede estar indicada por la extrema inmunosupresión (Zárate O)

9. Asistencia odontologica a personas vih/sida

Tovar V y col comenta que al transformarse el VIH/SIDA en una enfermedad crónica a aumentado la necesidad de estas personas de requerir servicios de salud, incluyendo entre ellos el servicio odontológico. El uso de normas o medidas de bioseguridad minimiza el riesgo de contraer esta enfermedad, pero todavía siguen presentándose situaciones o dilemas éticos basados en la negativa o rechazo de algunos profesionales a proveer servicio odontológico a personas que viven con VIH/SIDA

9.1 definición

según la OMS el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.

9.2 Fases de la enfermedad

Según Mendell G y col Se presenta en diferentes fases desde el momento en que el virus invade el organismo y comienza a replicarse

- Fase Aguda
 - Comienza desde el momento de la infección, el virus comienza a invadir todas las células del cuerpo, desde la zona donde ocurrió la entrada, difundiéndose por vía linfática y por vía sanguínea
- Fase Crónica
 - También llamada fase de latencia, donde el paciente no presenta ningún síntoma o signo, pero el virus de igual forma continua replicándose
- SIDA
 - Es la etapa crítica de la enfermedad donde comienzan a presentarse una serie de condiciones generalmente oportunistas debido a la incapacidad del sistema inmune de seguir produciendo las células

9.3 Características Clínicas

Martinez A → El VIH desgasta el sistema inmune por la constante replicación de células a causa de la constante replicación de los viriones por eso comienzan a aparecer diferentes lesiones oportunistas

Lesiones bucales asociadas al VIH: Enfermedad periodontal: eritema gingival lineal, GUN y PUN, Candidiasis: eritematosa, pseudomembranosa, Leucoplasia vellosa, Sarcoma de Kaposi, lesiones bacterianas o micóticas (histoplasmosis, tuberculosis)

9.4 Tratamiento odontológico

En los pacientes VIH + con diagnóstico establecido, la consulta dental deberá estar siempre de acuerdo y en contacto estrecho con el infectólogo, aun cuando no se ha establecido el momento ideal de atención en el paciente VIH +, existen momentos importantes a considerar. Antes de empezar el tratamiento con anti retrovirales, se debe eliminar focos cariosos, y aplicaciones de flúor, para evitar la aparición y agudización de estas lesiones, promovidas por la descalcificación asociada a vómitos efecto secundario de los antiretrovirales.

Como norma se deben realizar los procedimientos odontológicos, cuando el paciente presente una cifra de linfocitos CD4 > 500/ml y en contraparte no se debe tocar al paciente cuando presente cifras de CD4 < de 200/ml (Ceballos A, Gaitán L)

Martínez A

- Promoción de la salud buco-dental.
- Interconsulta médica. Ante cualquier tratamiento lo primero es intentar conocer el estado actual del paciente.
- La determinación de linfocitos CD4 indicará la capacidad inmunológica y las posibilidades de sobreinfecciones.
- La carga viral nos ayudará a predecir mejor la progresión a largo plazo de la intervención y la respuesta al tratamiento dental.

Recomendaciones para el odontólogo: medidas de bioseguridad para evitar infecciones cruzadas

Morales M. odontología en pacientes especiales una necesidad creciente. 1º ed 2012

Darío Cárdenas Jaramillo. Odontología pediátrica. Editorial CIB Corporacion para Investigacion Biologica. 4º ed 2009. Colombia

Lopez J, Porras D, Villarroel M, consideraciones para la atención odontológica del paciente oncológico. Guías diplomado patología bucal. Grupo boca. Modulo XI

Silvestre F, Plaza A. Odontología en pacientes especiales, universitat de valencia. servei de publicacions, 2007

Capote Negrin Luis G. Aspectos epidemiológicos del cáncer en Venezuela. Rev. venez. oncol. 2006 Dic; 18(4): 269-281

Óscar Gay Zárate, José L Castellanos, Laura María Díaz Guzmán. Manejo dental de pacientes que recibirán trasplantes orgánicos. 2003; 60(6):240-242

Andrés Plaza Costa , Francisco Javier Silvestre Donat. Odontología En Pacientes Especiales. Publicacions de la Universitat de València. 2009; 1era edición

Tovar V, Guerra ME, Araujo A. Asistencia odontologica a personas vih/sida. Acta odontol. venez. 2008; 46(1): 10-14.

MANDELL, Gerald; John BENETT y Raphael DOLIN (eds. 2006), *Enfermedades infecciosas*. Madrid: Elsevier España.

Martinez A. Patologia oral frecuente en pacientes VIH positivo. Rev Esp Sanid Penit. 2007; 9