

AVANCES EN EL ESTUDIO DE LESIONES BUCALES EN PACIENTES HIV POSITIVOS / SIDA

Dr. Roberto Romero Rivas*. Dr. Juan Gutierrez Manay**. Dr. César Neves Zegarra***.

Resumen

Nuestras metas de Investigación es que, la Comunidad conozca las lesiones bucales iniciales en portadores asintomáticos y avanzados en pacientes con HIV+/SIDA, con el fin de prevenirse del contagio del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

Para realizar el trabajo se contrastó la variable dependiente lesiones bucales con la variable independientemente paciente HIV+/SIDA.

Se estudiaron 147 casos y se evaluaron 132. Se realizó una investigación clínica, micológica e histopatológica para llegar a un diagnóstico de las lesiones bucales asociadas al HIV+/SIDA. Se seleccionaron 116 casos HIV+/SIDA y 16 casos de control, normales, HIV-Negativos. Se formaron 4 grupos de pacientes. El primer grupo fueron las lesiones Candidiásicas, 93 casos, 70.45%, observándose en todas ellas asociadas a los cuatro estadios del SIDA, con mayor prevalencia se encontró en la Candidiasis pseudomenbranosa; 72 casos, 77.4%; fue confirmada por el cultivo en Agar Sabourau y en frotis de cultivos, colaboración GRAM, Hifas tabicadas y microsporas. En la Candidiadiis Lingual, hemos afirmado que podría ser sospechosa de SIDA en una persona asintomática con infección HIV+/SIDA, sino demuestra con una o dos pruebas de ELISA.

El segundo grupo fueron lesiones virales 19 casos, 14.39%, con mayor prevalencia el herpes simple, 6 casos, 50%; condiloma acuminado, 3 casos, 25%; y, leucoplasia pilosa, 3 casos, 25%. Se realizaron frotis de herpes labial en los casos estudiados, coloración RAIN, cuyo tejidos se observaron núcleos fuertemente teñidos con presencia de mayor cantidad de DNA; núcleos tetraploides que incrementan y multiplica el número de cromosomas de manera anormal.

En el tercer grupo, fueron lesiones tumorales sarcomatosas, 4 casos, 3.30%.

El inicio, el SARCOMA DE KAPOSI fue una mácula violácea que se presenta en mucosa bucal. Los tumores sarcomatosos, son de preferencia en el paladar. En la biopsia del paladar se observó en los cortes, coloración MALLORY, núcleo con incremento sustancial del DNA, que tal vez pueda provenir del cromosomas del virus del SIDA, y con núcleos atípicos y estructuras angiosarcomatosas vasculares.

En el cuarto grupo, lesiones bucales HIV NEGATIVAS/SIDA algunos fueron lesiones candidiásicas por diabetes, administración masiva de antibióticos, etc.

PALABRAS CLAVE: HIV positivo SIDA, lesiones bucales, candidiasis, herpes labial, sarcoma de Kaposi.

Summary

The goal of our research is that, Community knows the initial and advanced oral lesions in asymptomatic carriers and patients with HIV positive patient/AIDS, respectively with the purpose of preventing from contagion of Acquired Immuno Deficiency Syndrome(AIDS).

In order to accomplish this work, dependent variable "oral lesions" was contrasted with independent variable "positive HIV patient/AIDS".

We studied 147 cases and evaluated 132. Aclinical, mycologic and histopathologic research was carried out in order to get a diagnosis of the positive HIV/AIDS associated oral lesions, we selected 116 positive HIV/AIDS cases and HIV-/ normal, control cases (16 cases).

Four groups of patients were formed. The first group included candidiasis lesions, 93 cases, 70.45%, where observed they were associated to the four stages of AIDS, with the most prevalence in the Pseudomembranous Candidiasis (72 cases, 77.4%), which was confirmed by culture in Sabourau Agar and smear in cultures, GRAM staining, divided hifas and microsperes. In lingual candidiasis, were stated it could be related to AIDS in an asymptomatic person, it it's not demors trated by ene er two ELISA tests.

The second group was about viral lesions, 19 cases, 14.39%, with the most prevalence of simple Herpes (6 cases, 50%), followed by accuminatum condyloma (3 cases, 25%) and Pilous Leukoplaquia (3 cases, 25%). We made labial herpes smears in studied cases, besides, RAIN coloration, where, in those tissues, strongly dyed-nucleus with presence of a big quantity of DNA were observed. Tetraploid nucleus that increases and multiplies number of cromosomes in an anormal way. In the third group, they were tumor lesions (sarcoma), in 4 cases (3.30%). In lthe initial, Kaposi Sarcoma was a violet stain present in oral mucosa. Sarcoma was a violet staint present in orald mucosa. Sarcomatic tumors are preferably on the palate. In palate biospy, we observed two cross sections, Mallory coloration, nucleus with a big increase of DNA, that, perhaps, coul come from AIDS virus comosomes and with atypical nucleus and vascular angiosarcomatous structures.

In the group four, orald lesions HIV negative/AIDS were founs Some of them were candidiasis lesions caused by diabetes, profuse administration of antibiotics, et c.

KEY WORDS: AIDS HIV-positive, oral lesions, cadidiasis, labial herpes, Kaposi sarcoma

INTRODUCCION

Nuestra investigación en el presente trabajo datan sobre 1983, fecha en que se detectó el primer caso de SIDA en el Perú, paciente que llegó del extranjero y que fue internado en el Hospital Dos de Mayo de Lima, sede de nuestra docencia. Nuestra

inquietud nos llevó no obstante, sabedor del riesgo de contaminación, a estudiar las lesiones bucales asociadas al virus de inmuno deficiencia humana (HIV) positivos al SIDA. La intención del trabajo está dirigido a la comunidad y en general a toda persona, para que conozca las características de las lesiones bucales del paciente infectado con HIV

* Profesor Principal. Director del Centro de Extensión Universitaria y Proyección Social. Facultad Odontología. UNMSM.

** Profesor Principal. Jefe del Departamento Academico Ciencias Básicas. Facultad Odontología. UNMSM.

* Decano de la Facultad Odontología. UNMSM.

positivo/SIDA y reconocer por lesiones bucales a los sospechosos que probablemente podrían tener SIDA, que como sabemos, hay infectados de HIV+/SIDA que no tiene síntomas y están haciendo una vida normal. En los casos estudiados se ha comprobado estas lesiones bucales mediante toma de muestras para el estudio micológico e histopatológico en coloraciones especiales.

I. ANTECEDENTES

Es a partir de 1981 que ocurrió el primer caso del síndrome de inmunodeficiencia adquirida llamado SIDA en América, Los Angeles - USA, la infección es provocada por el HIV-1 que es el tipo de virus más grave y frecuente en nuestro país que provoca la muerte (4). En el Perú se detectó el primer caso de SIDA en 1983, paciente que fue internado en la sala Santa Ana del Hospital General Dos de Mayo de Lima. Las lesiones bucales han estado con frecuencia asociadas a pacientes con HIV positivos/SIDA como enfermedades oportunistas.

II. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETIVOS.

1. Detectar lesiones bucales en pacientes HIV positivos/SIDA.
2. Detectar lesiones bucales en pacientes HIV positivos/SIDA asintomáticos.
3. Demostrar mediante la investigación micológica e hispatológica, el diagnóstico de las lesiones bucales en pacientes HIV positivos/SIDA.

HIPOTESIS

1. En pacientes HIV positivos/SIDA se detectan lesiones bucales.
2. En pacientes HIV positivos/SIDA asintomáticos se detectan lesiones bucales iniciales.

IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.

La población, así como toda persona debe saber detectar las lesiones bucales asociadas al paciente HIV positivo/SIDA y tomar las máximas precauciones para evitar el contagio.

VARIABLES DEL ESTUDIO.

- a. Variable Independiente V1: Paciente HIV+SIDA
- b. Variable Dependiente, V2: Lesiones Bucles

III. MATERIAL Y METODOS

El Material Clínico: Se recopiló casos hasta el año 1996.

UNIVERSO BIOLÓGICO:

- Tamaño de la muestra: 147 casos, distribuidos en los siguientes grupos:
- * 96 pacientes con lesiones bucales moniliasicas
- * 24 pacientes con lesiones bucales virales
- * 5 pacientes con lesiones bucales tumorales
- * 22 pacientes con lesiones bucales HIV negativos / SIDA de control.

MUESTRA

- Unidad de Análisis:
- 1. Frotis de Tejido de lesión labial para estudio viral.
- 2. Raspado de lesión micótica lingual para cultivo y frotis.
- 3. Biopsia de tejido de lesión tumoral palatina para estudio histológico.

UNIVERSO FÍSICO

- Hospital General Dos de Mayo-Sede de Docencia.
- Laboratorio de Investigación Estomatológica del Departamento Académico de Estomatología Médico Quirúrgico Facultad de Odontología UNMSM.
- Laboratorio de Patología del Departamento de Ciencias Básicas de la Facultad de Odontología.
- Laboratorio de Micología del Instituto de Medicina Tropical UNMSM.

COLORACIONES:

- * RAIN
- * MAROLLI
- * GRAM Y LACTOFEROL
- * HEMATOXILINA - EOSINA

METODO:

Se empleó el tipo de investigación exploratoria orientado al planeamiento, esclarecimiento y fundamentación de las variables lesiones bucales con la variable paciente HIV POSITIVO/SIDA, por lo que se contrastó los objetivos con la hipótesis; aplicando el análisis, basado en la observación,

exploración y determinación de los indicadores asociados al SIDA, probatorios con la investigación macro y microscópica; se continuó con el ordenamiento y recopilación de los datos.

Se estudiaron cuatro grupos de pacientes:

- * Primer Grupo: Pacientes con lesiones blancas.
- * Segundo Grupo: Pacientes con lesiones úlcero-vesiculosas.
- * Tercer Grupo: Pacientes con lesiones tumorales sarcomatosas.
- * Cuarto Grupo: Pacientes con HIV NEGATIVOS/SIDA.

Se procedió al ordenamiento y recopilación de datos mediante tarjetas de control estaban recopilando los siguientes Datos-resumen:

1. Estudio Clínico
2. Estudio Micológico
3. Estudio Histopatológico

1. ESTUDIO CLINICO

- 1.1 Analizar diferentes tipos de lesiones bucales asociadas al HIV-POSITIVO / SIDA.
- 1.2 Determinar la extracción de muestras de lesiones bucales asociadas al HIV POSITIVO / SIDA.
- 1.3 Determinar un diagnóstico presuntivo clínico de lesiones asociadas al HIV-POSITIVO / SIDA

2. ESTUDIO MICOLOGICO

- 2.1 Cultivo en medio AGAR SABOURAU y
- 2.2 FROTIS de cultivo, coloración GRAM y LACTOFEROL, para determinar CANDIDIASIS ALBICANS.

3. ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

- 3.1 FROTIS de Vesículas abiertas, coloración RAIN, para determinar VIRUS H1 (VH1)
- 3.2 Corte de tejido tumoral, coloración MALLORY, para determinar SARCOMA DE KAPOSÍ.

IV. RESULTADOS

Se estudiaron 147 casos de pacientes de los cuales 15 casos se perdieron por diferentes causas. Se evaluaron 132 casos repartidas en 4 grupos: (Tabla 1).

- * El primer grupo fueron pacientes con lesiones bucales candidiásicas (monoliasicas) correspondió 93 casos, 70.45%.
- * El segundo grupo fueron pacientes con lesiones bucales virales, correspondió 19 casos, 14.39%.
- * El tercer grupo fueron pacientes con lesiones tumorales sarcomatosas, correspondió 4 casos, 3.03%.
- * El cuarto grupo fueron pacientes de control HIV NEGATIVOS / SIDA, correspondió 16 casos, 12.13%.

GRUPOS	LESIONES	Nº DE CASOS	%
1°	Lesiones Candidiasicas	93	70.45
2°	Lesiones Virales	19	14.39
3°	Lesiones Tumorales Sarcomatosas	4	3.03
4°	Lesiones Bucales de Control HIV Negativo	16	12.13
	TOTAL	132	100.00

TABLA 1.- LESIONES BUCALES HIV POSITIVOS / SIDA

Los tres primeros grupos que tuvieron HIV POSITIVOS / SIDA, sumaron 116 casos, hallándose las características siguientes:

SEXO	CASOS	%
MASCULINO	34	85
FEMENINO	6	15

SEXO	CASOS	PORCENTAJE
15 a 25	58	50.00%
26 a 40	36	31.10%
41 a 50	14	12.40%
51 a más	8	6.50%
TOTAL	116	100.00%

TABLA 2.

Dentro de la casuística por edades se determinaron dos HIV POSITIVO / SIDA menores de edad, un niño de 15 años y una niña de 17 años.

PROMIS CUIDAD		
TENDENCIAS	CASOS	PORCENTAJE
HOMOSEXUALES ACTIVOS	43	37.10%
HOMOSEXUALES PASIVOS	19	16.40%
DROGADICTOS	12	10.40%
BISEXUALES	28	24.10%
HETEROSEXUALES	14	12.00%
	116	100.00%

TABLA 3.- PROMISCUIDAD

El Primer Grupo.- Correspondió a lesiones candidiásicas, 93 casos, 70.45%, siendo esta de mayor prevalencia en relación a los otros grupos, se distribuyen en la Tabla 4.

VARIETADES	ETAPAS O ESTADIOS DEL SIDA					TOTALES	
	I	II	III	IV	N°	%	
PSEUDOMEMBRANOSA	14	40	8	10	72	77.4	
ATROFICA	1		5	3	9	9.6	
HIPERPLASICA	1	1	2	3	7	7.6	
QUEILITIS ANGULAR		1	2	2	5	5.4	
TOTAL: N°	16	42	17	18	93		
%	17.2	45.1	18.3	19.4		100.0	

TABLA 4.- VARIETADES DE CANDIDIASIS EN HIV POSITIVO / SIDA. (93 CASOS)

En la Tabla N° 4, observamos que la candidiasis pseudomembranosa es la de mayor incidencia, y la más importante 72 casos, 77.4%, incide más en el estadio II, en la que el enfermo de SIDA es asintomático. Hacemos una referencia del caso 4, FOTO 1, diagnosticado con SIDA, internado por primera vez en Hospital Dos de Mayo, N° Historia 1099075, edad 21 años, universitario, paciente aparentemente sin ningún síntoma, sólo tenía eritema y prurito en la piel, confundible con eritema poliforme, niega homosexualidad, es heterosexual con frecuencia a prostíbulos, ingreso en el estadio Y, primeros síntomas y se dio de alta en el estadio II, Asintomático; prueba de ELISA HIV: Reactivo; prueba de:

WESTERN BLOT: Positivo $\begin{cases} P_{24} & \text{Incrementado} \\ Gp_{120} & \text{Incrementado} \end{cases}$

A los 2 años de su enfermedad falleció. En la FOTO 2, el mismo paciente en el II estadio, Asintomático, muestra un indicador que determina posible sospecha de portador de HIV / SIDA, en el caso que no hubiese sido diagnosticado de SIDA, este indicador es la CANDIDIASIS LINGUAL, que es una pseudo membrana blanca de aspecto algodonoso que se desprende fácilmente con una espátula y que está rodeado de una zona ERITEMATOSA, generalmente no aparece en jóvenes.

Mancha violácea en el paladar y algunos nódulos en el centro, FOTO 3, que nos hace analizar y determinar que se trata de una lesión inicial y erupción posterior de un SARCOMA DE KAPOSI. En el labio inferior, FOTO 4, muestra el eritema característico de la Fase II asintomática. Se extrajo una muestra de candidiasis de lengua del mismo caso para cultivar colonias en un tubo Agar Sabourau, FOTO 5, que a los 14 días destacan numerosas colonias nodulares BLANQUECINAS en diferentes diámetros, aspecto copis de algodón. Tomando una muestra de las colonias del cultivo, y haciendo un frotis vemos en MICROFOTO 6, con coloración GRAM, aumento a 1,000 x sobre fondo amarillo, numerosas estructuras FILAMENTOSAS E HIFAS FILAMENTOSAS tabicadas en su extremo, difusamente distribuidos microporas característico de este elemento micótico.

En el caso 2o., H.C. N° 45373, FOTO 7, mujer de 21 años, casada, ganglio doloroso en cuello, estadio II, asintomático SIDA, fallece después de 2 reingresos, a los 2 años de inicio del SIDA; presenta candidiasis de lengua, FOTO 8, se extrae muestra para cultivo en Agar Sabourau, a los 12 días a temperatura ambiente aparece en su parte central, FOTO 10, colonias nodulares en racimos adherente una a otras dando aspecto de metamerías algodonosas. En el frotis del cultivo a mayor aumento FOTO 11 se observa típico aspecto de las hifas de color amarillo segmentado, entre ellas de color y halo blanquecino, de moco las microporas. En la FOTO 9 se observa en comisuras herpes simple.

Dentro de la casuística obtenida, presentamos 4 casos más de SIDA asintomático dos hombres y dos mujeres FOTOS 12-16-18-20 QUE TIENEN ENTRE 20 A 30 años que muestran candidiasis lingual pseudomembranosa y atrofica en el mismo sector de la lengua, FOTOS 13-17-19-21.

El Segundo Grupo.- Correspondió a lesiones virales, detectando 12 casos.

VARIEDAD	LOCALIZACION				TOTALES	
	LABIOS	LENGUA	ENCIA	N°	%	
1. HERPES SIMPLE	6			6	50.0	
2. CONDILOMA ACUMINADO		2	1	3	25.0	
3. LEUCOPLASIA PILOSA		3		3	25.0	
TOTAL: N°	6	5	1	12	100.0	
%	50	41.5	8.5			

TABLA 5.- Distribución de lesiones virales en HIV POSITIVOS SIDA (12 CASOS).

En la TABLA N°5, observamos que el HERPES SIMPLE tiene mayor incidencia en los labios; en FOTO 9, se observa fase de vesícula localizado en comisura, fase asintomática; en la FOTO 22 FASE FINAL se observa lesión úlcero costrosa en la comisura labial y se continúa en la superficie de ambos labios de un herpes diseminado en la 4 FASE FINAL se exagera a medida que empeora el cuadro clínico del paciente. En la FOTO 22, del CASO N° 40, H.C. N° 1213864, edad 25 años, IV estadio se extrajo el contenido de una LESION HERPETICA labial, se realizó el frotis y coloreó con coloración Raín; MICROFOTO N°25, se observa en el aumento 1,000 x inmersión, microestructuras nodulares de diferentes diámetros remarcando la tinción del núcleo fuertemente teñido con el colorante básico, con la presencia de mayor cantidad de DNA, como se ha descrito en estas LESIONES INFLAMATORIAS VIRALES PSEUDOTUMORAL.

En MICROFOTO N°26, a un mayor aumento, 1,300 x se ve 3 células características de haber incrementado su DNA proveniente del virus, remarcándose un gran núcleo tetraploide que ha multiplicado el número de cromosomas de manera anormal.

CONDILOMA ACUMINADO, se detectó en tres casos, localizados 2 casos en lengua y uno en la gingiva, generalmente se detecta en la ultima fase del SIDA. FOTO N° 23 no se logró realizó biopsia. Por su mal estado general.

Leucoplasia Pilosa, se localiza en el borde de la lengua como muescas de aspecto en pincel. FOTO 13 y 24, es frecuente presentarse en la III y IV Fase del SIDA. La leucoplasia pilosa se detectó 3 casos, 25%, en borde de lengua. El agente causal de esta Leucoplasia es el virus EPSTEIN BARR

(5), sin embargo la candidiasis está presente en un 50% de casos de Leucoplasia Pilosa.

En el TERCER GRUPO, se obtuvieron 4 casos, 3.03% de LESIONES SARCOMATOSAS.

En el caso N°32, FOTO 27, un paciente con Historia Clínica N° 1190871 de Santa Rosa II, Hospital Dos de Mayo, 24 años, IV estadio, se observa en la FOTO N° 28, en el paladar una LESION TUMORAL grande, que ocupa casi todo el paladar de aspecto de una "hamburguesa pegada al paladar", en la MICROFOTO N°29, obtenida la lámina gracias a la colaboración del Dr. Pedro Larrea, Jefe del Departamento de Patología del Hospital General Dos de Mayo, observamos a 100x, mucosa de paladar con la coloración TRICROMA DE MALLORY, en la margen derecha epitelio escamoso típico de mucosa bucal en el resto del campo microscópico el tejido conectivo en azul de milo, ha sido reemplazado por HIPERPLASIA DE CELULAS TUMORALES con el NUCLEO DISPLATICO de color rojo que forma estructuras vasculares en cortes transversales y longitudinal. En la MICROFOTO N°30 del mismo caso, se observa en aumento 400 x, color MALLORY, en el paladar destaca las estructuras ANGIOSARCOMATOSAS VASCULARES con núcleos de diferentes morfologías y atipicidad como marca la flecha del núcleo ovoide con incremento sustancial del DNA tal vez proveniente de cromosomas del virus del SIDA. En la MICROFOTO N° 31 del CASO 84, H.C. N° 1159739 se observa en aumento 10x, coloración H-E, numerosos capilares irregulares amorfos, formados por células endoteliales atípicas sarcomatosas de diferente tamaño y con núcleos anómalos e hipercrómicos; que siempre limitan la pared del Angiosarcoma de Kaposi.

El mismo caso se observa en MICROFOTO 32, en aumento 40x, coloración H-E, numerosas células alargadas fusiformes, con núcleo hiperromáticos de diferentes tamaños, escaso citoplasma, estas células aparecen en corte longitudinal y transversal. Todas las células atípicas son de tipo endotelial y forman vasos tipo capilar, pletórico de hematíes libres y aglutinados.

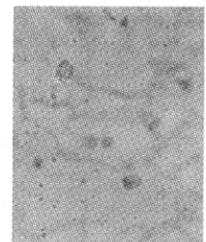
EL CUARTO GRUPO correspondió lesiones bucales que son HIV negativos / SIDA, que sirven de control, habiéndose detectado 16 casos, 12.13% de lesiones bucales, en pacientes que tienen CANDIDIASIS con HIV Negativo, los más frecuentes han sido pacientes hospitalizados por diabetes descompensada.



Foto 1. Caso 16 HC. 1099075. Prurito facial acneiforme y pequeños nódulos forunculosos. En las flechas se señalan infarto ganglionar. Paciente de 21 años, heterosexual. Estado general aparentemente normal. Ingresó al Hospital Dos de Mayo en estadio I, HIV positivo/SIDA; dado de alta en estadio II o fase asintomática. Falleció a los dos años del inicio del SIDA.



Foto 12. HC N° 1105165. Homosexual de 23 años de edad. Estadio II asintomático. Se internó en estadio I. Ligeramente fiebre, cefaléas, diarreas, pérdida de peso y malestar general. Falleció a los 2 años y medio con neumonía.



Microfoto 25. Raspado de lesión herpética comisural. Aumento 1000 x. Inmersión. Coloración Rain. Se ven microestructuras nodulares de diferentes diámetros, remarcado la tinción del núcleo y la presencia de mayor cantidad de DNA como se ha descrito en estas lesiones inflamatorias virales pseudotumorales.

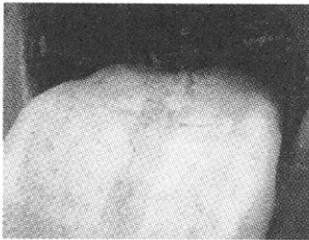


Foto 2. El mismo caso anterior: Se observa candidiasis pseudo-membranosa en el estadio II, a medida que avanza en los otros estadios se hace más espesa.

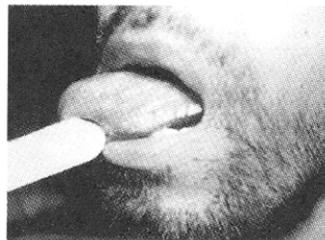
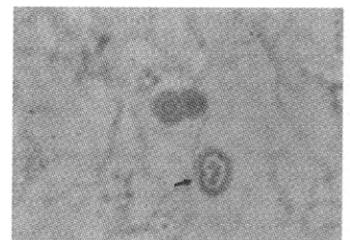


Foto 24. Lengua pilosa. Muestra en los bordes lesiones blancas de aspecto de pincel, que sobresalen del borde. Edad: 35 años. Heterosexual. Estadio IV. HC N° 1634132.



Microfoto 26. A un mayor aumento de 1300 x se ven 3 células características de haber incrementado su DNA proveniente del virus, remarcándose un gran núcleo y en uno de ellos se aprecia un núcleo tetraploide que ha multiplicado el número de cromosomas de una manera anormal.

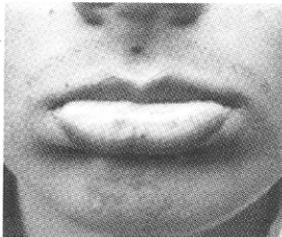
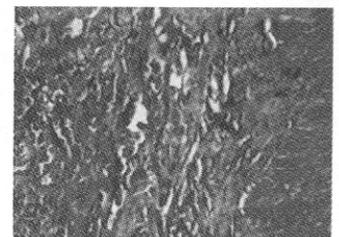


Foto 4. Labio inferior; lesión eritematosa, con cierta intensidad en algunas zonas del labio.



Foto 27. HC. 1190871. Edad: 24 años. IV estadio, en fase final. Homosexual pasivo. Pérdida de la visión. Lesiones sarcomatosas en brazos, piernas, talón y tumor sarcomatoso en paladar. Cerca a la comisura se observa costra herpética.



Microfoto 29. Aumento 100x. Coloración tricrómica del Mallory. En corte de paladar se ve tejido conectivo en azul, ha sido reemplazado por hiperplasia de células tumorales con núcleo displásico de color rojo que forman estructuras vasculares en corte transversal y longitudinal.

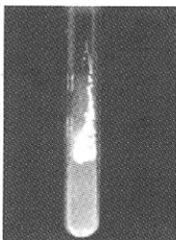


Foto 5. Caso 16. Muestra tomada de la lengua de candida albicans que fue procesada en cultivo Sabouraud. En el tubo destacan numerosas colonias nodulares blanquecinas de diferentes diámetros de aspecto en copos de algodón que corresponden a candida albicans.

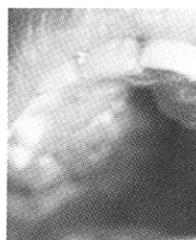


Foto 28. Sarcoma de Kaposi en paladar del caso anterior. Tumoración que cubre todo el paladar duro. Da el aspecto de "Hamburguesa" pegada al paladar.



Microfoto 30. Caso anterior. Aumento 400x. Coloración Mallory. Paladar destacan estructuras angiosarcomatosas vasculares con núcleo de diferente morfología y atipicidad, como marcan las flechas de núcleo ovoide, con un incremento sustancial del DNA, tal vez proveniente del cromosoma HIV/SIDA.

- SIDA.
2. La CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA SIDA tiene mayor incidencia en lengua en especial en el portador asintomático.
 3. Toda persona que presenta CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA en boca es sospechosa de SIDA sino se demuestra con una ó dos Pruebas de Elisa negativas y/o WESTER BLOOCK.
 4. El HERPES SIMPLE, el CONDILOMA ACUMINADO y el SARCOMA DE KAPOSI BUCAL, asociada al HIV + SIDA se presenta con frecuencia en labio, lengua y paladar respectivamente.
 5. El inicio del SARCOMA DE KAPOSI, asociado SIDA en cavidad bucal, se presenta como una mácula violácea de preferencia en el paladar y puede identificarse en el portador asintomático.
 6. En el HERPES LABIAL asociado al HIV POSITIVO / SIDA se presenta una exagerada multiplicación de núcleo, e incremento mayor del DNA.
 7. El SARCOMA DE KAPOSI BUCAL asociado al HIV POSITIVO SIDA se incrementa sustancialmente el DNA, tal vez provenientes a cromosomas del virus del SIDA.
 8. En los cultivos AGAR SABOURAU la

Candidiasis Lingual se ven numerosas colonias nodulares blanquesinas; y en frotis, se ven hifas tabicadas y microsporas.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario que toda persona debe examinarse la mucosa bucal para detectar probable lesiones iniciales asociadas al HIV POSITIVO / SIDA, sobretodo a personas que hacen vida promiscua.
2. Toda persona que presente CANDIDIASIS BUCAL persistente que progresivamente aumenta, u observa HERPES LABIAL que no desaparece después de la segunda semana; debe realizarse un análisis de despistaje HIV/SIDA.
3. Al observarse una marcha violácea pequeña ovalada o difusa de 10 a 15 mm. o cualquier tamaño y/o pequeños nódulos en paladar o encía debe sospecharse de un inicio de SARCOMA DE KAPOSI, deberá enseguida ir a realizarse un análisis de despistaje HIV/SIDA.
4. Estas lesiones del numeral 2 y 3 son las más visibles en cavidad bucal que hemos observado en personas asintomáticas; pueden reconocerse otras, que concomitantemente aparecen con las anteriores o después de ellas; como las GINGIVITIS (FOTO 14) y PERIODONTITIS NECROSANTE o la QUEILITIS DESCAMATIVA.

BIBLIOGRAFIA

- * *O.M.S COTE VACCINS* Le Bolletin du Programa Mundial de Lutte contre le SIDA. SIDA-OMS. le point N° 2:6. 1994.
- * *LEVINE, Robert CLICK, Michael* Periodintitis de progresión rápida como un importante marcador en la enfermedad HIV. Compendio. Año 8, N° 3, Art. 4:21-28. 1992 / 1993.
- * *LITTLE, James OMD* Diagnóstico diferencial de lesiones blancas y rojas en individuos infectados con HIV. Compendio. Año 7, N° 4, Art. 9:54-62. 1991.
- * *JOURNEE MONDIAL E SIDA* Famille et SIDA. Bolletin de la Journée Mondiale SIDA N° 2:8. 1994.
- * *MOSTAJO Q. Fredy* Manifestaciones dermatológicas de la infección por HIV/SIDA en Adultos. Rev. Médica "El Residente". Asociación Médica Perú. AÑO 1. 1:32-37.1995. Diciembre.
- * *POPULATION REPORTS* "El SIDA una crisis de Salud Pública". Population Reports Communication Services. Serie 1 6:16. 1987.
- * *CECCOTTI* Bioseguridad en Odontología. 28: 277-290. 1993.
- * *PRAXIS MEDICA* Manifestaciones Dermatológicas de la Infección por HIV. Seguridad Social del Perú. Vol. 11460: 1-6. 1994.
- * *UNIVERSITY OF COLORADO SCHOLL OF DENTISTRY* Identification of HIV/AIDS ASSOCIATED ORAL LESIONS.- Jan 67 (1) 30-6. 1993.
- * *COMPENDIO* Protocolo Clínico para el Tratamiento de pacientes con Enfermedad VIH. Compendio con Enfermedad VIH. Compendio Año 7 N° 2: 51-56-1991.