

**FRECUENCIA DE LESIONES EN CAVIDAD BUCAL ASOCIADAS A
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (E.T.S) EN
TRABAJADORAS DEL SEXO QUE SON ATENDIDAS
EN EL PROGRAMA DE PROFILAXIS SEXUAL DEL
CENTRO DE SALUD DE MAZATENANGO,
DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE
A DICIEMBRE DE 1995**

TESIS PRESENTADA POR

NORMA YANIRA BARAHONA LEMUS

**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO
PREVIO A OPTAR AL TITULO DE:**

CIRUJANO DENTISTA

GUATEMALA, JULIO 1998

**PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central**

09
T(843)
c.4

II

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano: Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Vocal primero: Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal segundo: Dr. Luis Barillas Vásquez
Vocal tercero: Dr. Víctor Manuel Campollo Zavala
Vocal cuarto: Br. Guillermo Martini
Vocal quinto: Br. Alejandro Rendón

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano: Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Vocal primero
(Miembro de J.D): Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal segundo (Asesor) Dr. Luis Manuel Alvarez Segura
Vocal tercero: Dr. Luis Villagrán
Secretario: Dr. Carlos Alvarado Cerezo

ACTO QUE DEDICO

A MI MADRE

MARIA TERESA LEMUS SALGADO

MUCHAS GRACIAS MAMI YA QUE SIN TU AYUDA NO HUBIESE SIDO POSIBLE CULMINAR MI CARRERA. HOY QUIERO QUE SEPAS QUE TUS ESFUERZOS Y SACRIFICIOS NO FUERÓN EN VANO PUES CON TU EJEMPLO DE MADRE Y PADRE , DE MUJER INTELIGENTE, LUCHADORA Y TRIUNFADORA ME ENSEÑASTES AMAR LA VIDA, A Luchar por mis ideales sabiendo que todo es posible. GRACIAS POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO, POR TU INMENSO AMOR, TUS SABIOS CONSEJOS, TU TERNURA Y COMPRENSIÓN, ESTE TRIUNFO ES TUYO MAMÁ.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS :

Por permitirme culminar mi carrera.

A MI PADRE:

VICTOR MANUEL BARAHONA ARIAS (QEPD). flores sobre su tumba y una oración al altísimo. Papá mi meta tu sueño ya es realidad y aunque hoy no estés presente con nosotros, se que siempre estuviste a mi lado, pues tu recuerdo vivirá siempre en mi memoria. Gracias por tu amor, cariño y comprensión.

A ALGUIEN MUY ESPECIAL:

GUILLERMO REVOLORIO NAJARRO Por sus sabios consejos , su cariño y su ayuda que siempre me ha brindado. Mil gracias.

A MIS ABUELITOS:

JUANA MARIA SALGADO

VICTOR LEMUS (QEPD)

A MIS HERMANOS:

Victor, Ervin y Michael. Que sirva de ejemplo para su futuro y que siempre luchen en la vida por sus metas e ideales.

A MIS TIOS (A) :

Francisco Salgado

Oscar Barahona

Doris de Escobar y Adalberto Escobar

Adela Salgado

Julia Salgado.

ESPECIAL AGRADECIMIENTO A:

ERICK ESTUARDO CASHAJ Por su gran ayuda en la culminación de esta tesis y por compartir mis penas y alegrías en mi carrera y en mi vida.
Gracias.

A MIS AMIGAS:

Especialmente a Leticia Torres por compartir mis penas y alegrías.

A MI FAMILIA EN GENERAL.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS.

A MI PATRIA GUATEMALA.

**A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA.**

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

A MIS CATEDRATICOS

A MIS COMPAÑEROS DE ESTUDIO.

A MI ASESOR:

DR. LUIS MANUEL ANGEL ALVAREZ SEGURA

INDICE

	PAG.
Sumario	3
Introducción	5
Planteamiento del problema	6
Justificación	8
Revisión de literatura	9
Objetivos	44
Definición de variables	45
Indicadores de variables	47
Metodología	51
Recursos	53
Materiales y equipo	54
Presentación y análisis de resultados	53
Conclusiones	75
Recomendaciones	77
Bibliografía	78
Anexos	80

SUMARIO

El presente trabajo de investigación se realizó con el objeto principal de determinar la frecuencia de lesiones en cavidad bucal asociadas a enfermedades de transmisión sexual en una muestra de trabajadoras del sexo que fueron atendidas en el programa de profilaxis sexual del Centro de Salud de Mazatenango durante los meses de noviembre y diciembre de 1995

Se realizó en el Centro de Salud de Mazatenango contando con la autorización del Director de dicho centro (ver anexo #8) y con la participación voluntaria de 100 pacientes que lo hicieron constar por escrito (ver anexo #3) .

Para el efecto se llevó a cabo una historia médica y un detallado examen clínico de la cavidad bucal y se utilizó una encuesta para evaluar el grado de conocimiento de las pacientes en cuanto a enfermedades de transmisión sexual .

Los casos reportados en esta investigación fueron anotados, clasificados y tabulados en cuadros y tablas diseñadas específicamente para este efecto.

Los resultados encontrados de una muestra de 100 pacientes indican una frecuencia de 22% de lesiones en cavidad bucal (22 casos de 100 pacientes evaluados) que están asociadas a enfermedades de transmisión sexual. Siendo principalmente lesiones de tipo ulcerativo.

La edad más afectada se encontró entre los 20-24 años de edad presentando 54.55% de lesiones en cavidad bucal asociadas a enfermedades de transmisión sexual .

La enfermedad de transmisión sexual involucrada en la producción de lesiones en la cavidad bucal es el Herpes 22 casos de una población de 100 mujeres trabajadoras del sexo evaluadas, afectando principalmente lengua (45.45%) y labios (36.36%).

La presencia de lesiones en cavidad bucal según el número de relaciones sexuales al día fueron 24.00% para las que tienen de 1-3 relaciones al día y 19.00% las trabajadoras del sexo que sostienen de 4 a 6 relaciones diarias.

Al evaluar el grado de conocimiento de las sujetos de estudio se determinó que, el 69% de la muestra tiene buen conocimiento acerca de las enfermedades de transmisión sexual, el 20% tiene una conocimiento regular y solamente el 11% de mujeres trabajadoras del sexo no tienen conocimiento acerca de la enfermedades de transmisión sexual.

INTRODUCCION

La presente investigación "Frecuencia de lesiones en cavidad bucal asociadas a enfermedades de transmisión sexual en trabajadoras del sexo, atendidas en el programa de profilaxia sexual del Centro de Salud de Mazatenango durante los meses de noviembre a diciembre de 1995". Se investigaron factores como edad, lugar de origen, migración, número de relaciones sexuales al día, práctica de relaciones orogenitales, tiempo de trabajar, localización de la lesión asociadas a enfermedades de transmisión sexual, que afecta a la población de trabajadoras del sexo.

Es importante mencionar que las lesiones en cavidad bucal asociada a enfermedades de transmisión sexual son principalmente de tipo ulcerativo, siendo el Herpes la enfermedad de transmisión sexual mas involucrada en la producción de lesiones en cavidad bucal afectando principalmente lengua y labios, encontrándose en mujeres trabajadoras del sexo comprendidas entre los 20-24 años de edad. La realización de esta investigación tiene como finalidad contribuir a elaborar un protocolo de prevención y cuidados dentro de la clínica dental para evitar contagios o infección cruzada al atender pacientes con enfermedades infecciosas. Siendo importante que profesionales y personal de salud conozca e identifique dichas manifestaciones para prevención al atender a un paciente portador de enfermedades de transmisión sexual u otra infección.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en el medio guatemalteco son reconocidas como entidades patológicas que conforman un grupo de enfermedades infecciosas con varios signos, síntomas y manifestaciones, algunas de las cuales se evidencian en cavidad bucal.

Lamentablemente no se cuenta con reportes o estudios a nivel nacional que nos brinden información sobre su frecuencia, comportamiento y relación con sexo, edad, localización, tiempo de exposición a los agentes patógenos, etc. Sin embargo se sabe que algunas lesiones en cavidad bucal semejan y podrían estar asociadas a lesiones causadas por ETS.

Se considera que hasta la fecha solamente existe un trabajo de investigación referente a este tema, realizado en nuestro país (4), pero no se tomaron en cuenta otros factores de riesgo relacionados con lesiones asociadas a ETS.

Por ello que es importante conocer específicamente la frecuencia de lesiones en cavidad bucal asociadas a ETS y así tomar medidas preventivas en la atención de posibles portadores de ETS evitando la infección cruzada.

Conscientes de este problema y de la necesidad de dar a conocer las medidas preventivas en caso de pacientes con manifestaciones de lesiones en cavidad bucal por ETS, surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es la frecuencia de lesiones en cavidad bucal asociadas a ETS en trabajadoras del sexo que fueron atendidas en el programa de Profilaxis del Centro de Salud ?

JUSTIFICACION

La investigación se llevó a cabo en base a la necesidad de dar a conocer la frecuencia de lesiones asociadas a ETS más comunes en nuestro medio, de tal forma que no pasen inadvertidas, ya que pueden constituir una fuente de infección cruzada, poniendo en peligro tanto la salud de otros pacientes como la integridad y seguridad del odontólogo.

La importancia de identificar lesiones en cavidad bucal es determinante para que el odontólogo pueda tomar medidas preventivas y así evitar contagios en la clínica que puedan comprometer la salud de quienes laboran o consultan dicho lugar.

Entre las manifestaciones de las ETS hay unas que se circunscriben al sitio de la lesión, mientras que otras afectan órganos a distancia, de ahí la importancia de identificar y tratar una enfermedad en su etapa inicial.

Se considera apropiado que una investigación epidemiológica sobre la frecuencia de lesiones en cavidad bucal asociadas a ETS en una muestra de una población de alto riesgo de contagio proporcionará datos e información de suma importancia para el profesional de la salud sobre el manejo de pacientes y ayudará a mejorar el conocimiento sobre la distribución y frecuencia de lesiones en cavidad bucal asociadas a ETS en los guatemaltecos.

REVISIÓN DE LITERATURA

I. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, SIDA

Desde la aparición del SIDA, se han escrito numerosos artículos en la literatura odontológica sobre la condición oral asociada con esta enfermedad. Estas condiciones incluyen el Sarcoma de Kaposi, leucoplasia vellosa, candidiasis y periodontitis atípica rápidamente progresiva, entre otras. (6)

El virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), un retrovirus no oncógeno, es el agente etiológico primario del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y del complejo acompañante del SIDA (CAS). La enfermedad se describió por primera vez en 1981 y el virus se aisló a fines de 1983, cuando se les designó como LAV, HTIV-III o ARV, desde entonces el SIDA se ha convertido en una epidemia. (6)

EPIDEMIOLOGIA

El SIDA se reconoció por primera vez en Estados Unidos en 1981. Se cree que la enfermedad se originó en el centro de África, donde los monos pueden haber albergado inicialmente al virus. (6)

En casi todos los pacientes con SIDA sintomático se encontraron anticuerpos contra el HIV. Además individuos con linfadenopatía generalizada persistente, fiebre y consunción (estados descritos como CAS) tienen una prevalencia muy elevada de anticuerpos. Los varones homosexuales promiscuos y los toxicómanos también muestran alta prevalencia de anticuerpos.

Por el contrario los anticuerpos son raros en individuos normales, en personas con diversas infecciones virales y en sujetos inmunodeprimidos (por ejemplo, receptores de trasplantes renales, pacientes con trastorno inmunodeficiente no relacionados). Entre individuos con estilos de vida sin factores de riesgo de SIDA, se han encontrado anticuerpos entre receptores de transfusiones de sangre o productos de sangre contaminados, en particular hemofilicos y entre compañeras sexuales de varones con infección por HIV. (6)

El HIV se transmite por contacto sexual, a través de exposición parenteral a sangre o productos de sangre, y de la madre al niño en el período prenatal. (6)

Desde la primera descripción del SIDA como una enfermedad patológica nueva en varones homosexuales antes sanos, la actividad sexual promiscua se ha reconocido como factor de riesgo mayor para adquirir la enfermedad. El riesgo aumenta en proporción al número de encuentros sexuales con parejas diferentes. Al parecer prácticas sexuales particulares acarrear factores de riesgo más elevados que otras; hay una prevalencia mayor de SIDA entre varones homosexuales que practican la relación anal pasiva que entre los que practican la relación anal insertiva. La transmisión del virus o células infectadas por virus en el semen puede ser el factor crítico. Otros líquidos corporales por ejemplo, saliva y lágrimas, también pueden contener virus, pero se tiene escasas pruebas, si es que las hay

de que el virus se transmita por otros líquidos corporales diferentes a sangre o semen. Se ha comprobado en forma convincente que individuos asintomáticos pueden transmitirlo y el receptor puede padecer SIDA en tanto que el donador no enferma. (6)

MANIFESTACIONES BUCALES DE LA INFECCION POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

Las lesiones bucales formaron parte de alguna de las primeras descripciones del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), ahora es más claro que pueden ser uno de los primeros signos de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). Las lesiones citadas poseen relevancia pronóstica en la producción subsecuente de SIDA y, de no ser atendidas, pudieran generar morbilidad importante.

La prevalencia e incidencia de las lesiones bucales registradas en relación con la epidemia de SIDA atraen relación sobre la importancia de las enfermedades de los tejidos blandos de la boca. La comprensión de estas lesiones pudiera aclarar algunas de las otras infecciones presentes en la enfermedad causada por HIV. Las oportunidades para establecer el origen o la patogenia de la enfermedad del tejido blando bucal aportan conocimiento sobre su control en la población general. El reconocimiento de algunas de las lesiones bucales también pudiera cambiar la clasificación de Centers for Disease Control (CDC) de individuos con infección por HIV. El examen bucal es un elemento

importante de cualquier examen en ningún caso es más relevante que cuando se sospecha una infección por HIV. Es preciso examinar todas las superficies mucosas usando un espejo bucal, guantes para examen, gasa para extender la lengua y por supuesto una fuente luminosa adecuada, que pudiera ser una lámpara de mano sostenida por el asistente. Es preciso investigar más a fondo cualquier lesión bucal: frotis, cultivos y biopsia cuando esté indicado. Si los signos lo justifican ha de considerarse la derivación del caso a un especialista en medicina bucal o periodontología. (3)

LESIONES BACTERIANAS O MICOTICAS

La candidiasis bucal fue uno de los trastornos incluidos en las primeras descripciones del SIDA, y la especie de CANDIDA mencionada más a menudo es *C. albicans*, aunque en ocasiones se registra la *C. stellatoidea* y *C. tropicalis*. *Candida albicans* puede presentarse como comensal en la boca. La candidiasis esofágica es una de las infecciones oportunistas que se registran en el SIDA, su presencia es diagnóstico de SIDA en una persona con infección por HIV. La candidiasis bucal es un rasgo muy prevalente; ocurre en 75% de los pacientes con SIDA o HIV. Asimismo entre aquellos en riesgo la candidiasis bucal puede anunciar la producción subsecuente de SIDA. En una investigación hasta 59% de las personas con SIDA sufrieron de candidiasis bucal. (3)

La candidiasis bucal relacionada con la infección por HIV

puede presentarse en clínica como factores característicamente diferentes; incluyen la candidiasis pseudomembranosa, la candidiasis eritomatosa y la queilitis angular. La primera denominada también algodoncillo, se caracteriza por la presencia de placas cremosas en la mucosa bucal. Es posible retirarla y en ocasiones queda una superficie roja. Los sitios más frecuentes son el paladar y la superficie dorsal de la lengua. Cuando la candidiasis afecta dicha superficie se notan áreas despapiladas irregulares, esta es la forma eritematosa de la candidiasis bucal que aparece como una lesión roja. La queilitis angular que aparece como fisuras, grietas o úlceras puede acontecer sola o en combinación con cualquiera de las otras formas. En relación con la infección por HIV, la candidiasis bucal no tratada puede persistir durante meses. Se establece el diagnóstico de candidiasis bucal con base en cultivos y un examen de una suspensión de hidróxido de potasio, de frotis que muestren hifas y blastoporos. Por la prevalencia elevada del estado de portador, un cultivo positivo de *Candida* no es prueba *per se* de candidiasis bucal. (3)

Se sabe poco sobre la patogénea de la candidiasis bucal relacionada con HIV. En otros grupos la producción de candidiasis bucal puede relacionarse con diversos factores predisponentes, como antibioticoterapia, tratamiento con corticosteroides, diabetes, xerostomia y defectos en la inmunidad mediada por células. (3)

Sin embargo se desconocen los mecanismos mediante los cuales

estas mallas locales o sistémicas se expresan como cambios mucosos que permite la colonización e incluso la invasión por hifas de *Candida*. Lo mismo ocurre con la candidiasis bucal relacionada con HIV. El tratamiento de esta micosis comprende el uso de antimicóticos superficiales o parenterales. Se han publicado informes sobre casos de otras enfermedades micóticas o bacterianas que provocan lesiones de la boca. Se señaló que *Micobacterium avium intracellulare* produjo masas palatinas en un caso y originó una úlcera lingual grande en otro, como primera manifestación de SIDA. Tal vez se encuentre que otras infecciones oportunistas causen enfermedades bucal en sujetos infectados por HIV. (4)

LESIONES VIRALES

Verrugas bucales: Los virus del papiloma humano (HPV) son causa de verrugas, incluyendo papilomas bucales, condilomas e hiperplasia epitelial focal. Los individuos inmunosuprimidos poseen mayor tendencia a presentar verrugas cutáneas, en tanto que las anogenitales ocurren como enfermedad transmitida por vía sexual en varones homosexuales y en heterosexuales de ambos sexos. Los autores trataron muchos casos de verrugas bucales en individuos infectados por HIV. Comunicaron los rasgos clínicos e histológicos de las verrugas bucales en dicha población, con base en los primeros 17 casos. En términos clínicos ubicaron a las verrugas en tres categorías: en coliflor, erizadas y planas (hiperplasia epitelial focal). El tratamiento de las verrugas es

la excisión quirúrgica o con láser de bióxido de carbono. La criocirugía y electrocirugía pudieran ser utilizados en ciertos sitios; sin embargo, dentro de la boca a veces causan edema y dolor. No obstante cualquiera que sea la modalidad empleada, las verrugas tienden a recurrir. (3)

Herpes simple: Con frecuencia puede provocar episodios dolorosos recurrentes de ulceración. Por lo general, las úlceras se presentan en la mucosa queratinizada del paladar o la encía y rara vez en la superficie dorsal de la lengua. El individuo puede comunicar la presencia de vesículas pequeñas que se rompen para formar úlceras. Es posible establecer el diagnóstico a partir de frotos citológicos o cultivos que muestren las células gigantes virales características. La confirmación más exacta puede realizarse usando pruebas de anticuerpos monoclonales. En ocasiones, las lesiones persisten varias semanas y pudiera estar indicada la terapéutica con aciclovir tópico es eficaz para tratar la infección intrabucal un caso de herpes labial en un sujeto de infección de HIV; la infección fue resistente al aciclovir y sensible al fosfonoformato (foscarnet). (3)

Herpes zoster: El virus de varicela zoster causa herpes zoster bucal y facial. Las lesiones intrabucales pueden presentarse en cualquier superficie mucosa; sin embargo, a menudo muestran distribución unilateral. En ocasiones, las lesiones van precedidas de dolor, al parecer originado en los dientes, en

ausencia de problemas dentales. En un estudio se demostró que personas con herpes zoster que afectaba al nervio trigémino sufrieron progresión más rápida al SIDA que otras con estas lesiones en otros sitios. (3)

Citomegalovirus: En algunos informes se relaciona con algunas de las úlceras bucales prolongadas que se observan en sujetos infectados por HIV.

Dichas úlceras pueden acontecer en cualquier sitio de la mucosa. Por lo general, solo se registran en pacientes con enfermedad diseminada; se establece el diagnóstico por biopsia. (3)

Leucoplasia vellosa: (HL) bucal es una lesión blanca que se encuentra predominante en los márgenes laterales de la lengua. Los autores la descubrieron 1981. Se les observa preponderantemente en sujetos con infección por HIV y en todos los grupos de riesgos de SIDA. La leucoplasia vellosa se observa en la lengua y a veces en la mucosa vestibular o labial de color blanco y no se desprende por frotamiento; la superficie puede ser lisa, corrugada o mostrar pliegues importantes, y puede engrosarse tanto que se notan proyecciones tipo suelo. En términos microscópicos se notan cambios característicos: pliegues o cabellos, hiperparaqueratosis, acantosis, vacuolación de bandas o grupos de células espinosas y una inflamación subepitelial escasa o nula. La leucoplasia vellosa pudiera ser una lesión provocada por virus. Algunos estudios revelaron la presencia de virus de Epstein-Barr (EBV). Por lo general la leucoplasia

vellosa es asintomática, pero puede crear problemas por su aspecto o una sensación bucal apenas perceptible. Se notó que la HL desapareció en personas que recibieron dosis altas de aciclovir para tratar herpes zoster. Sin embargo la leucoplasia vellosa es una lesión notable, sirve como modelo para la hiperplasia epitelial focal bucal provocada por virus y es un marcador clínico importante de la infección por HIV. (3)

LESIONES RELACIONADAS CON NEOPLASIAS

Los padecimientos malignos vinculados con el SIDA pudieran ser análogos a las infecciones oportunistas registradas en pacientes con dicho síndrome. Es probable que los carcinógenos y los virus oncogénicos se tornen más eficaces por la falla de cierta parte del sistema inmunitario, como el mecanismo de vigilancia tumoral. Tales enfermedades incluyen el sarcoma de kaposi (KS) y al linfoma que no es de Hodgkin. (3)

El sarcoma de kaposi es una neoplasia multicéntrica que puede ocurrir dentro de la boca, sola o relacionada con lesiones cutáneas, viscerales y de los ganglios linfáticos. Las primeras lesiones del KS se registraba a menudo en la boca. Puede aparecer como una lesión roja, azul o morada y puede ser plana o elevada, solitaria o múltiple. El sitio bucal más frecuente es el paladar duro, si bien es posible encontrar lesiones en cualquier parte de la mucosa bucal, incluyendo la encía, el paladar blando, la lengua y la mucosa vestibular. Las lesiones pueden tornarse muy grandes y ya que al paciente le resulta

difícil conservar una buena higiene bucal, aquellas pudieran infectarse. La terapéutica para el sarcoma de kaposi es semejante a la utilizada para tratarlo en otras partes, incluye quimioterapia lesional, quimioterapia parenteral y radioterapia. No obstante en la boca, la disminución quirúrgica del volumen pudiera ser un auxiliar muy útil para mejorar la función y la estética. La higiene bucal adecuada y una boca limpia son aspectos esenciales para reducir la morbilidad. Es posible lograrlo mediante el respaldo esencial para reducir la morbilidad. Es posible lograrlo mediante el respaldo profesional frecuente y el pulido de los dientes, así como el uso continuo de un enjuague bucal con clorhexidina. (3)

El linfoma que no es de hodgkin fue una neoplasia rara al comenzar la epidemia del SIDA; sin embargo, se registra con frecuencia creciente. Las lesiones pueden acontecer en cualquier sitio de la mucosa bucal y se manifiesta por una tumoración solitaria o una úlcera. Por lo general, la lesión provoca dolor y aumentan rápidamente de tamaño. Pudiera ser la primera manifestación de linfoma, se establece un diagnóstico con base en la biopsia, y el tratamiento pudiera comprender quimioterapia, radioterapia o una combinación de ambas. (3)

Úlceras Bucuales: Las úlceras aftosas recurrentes (RAU) son lesiones habituales de la boca. Se ignora su origen, pero se mencionan diversos factores. Se cita una función de la inmunidad celular en la patogenia. Informes recientes sugieren que las

úlceras aftosas pudieran recurrir en individuos HIV-positivos que no hayan sufrido úlceras durante muchos años, en algunos casos no hay antecedentes de aftas. Las lesiones tienen el aspecto de las úlceras aftosas; bien circunscritas con un halo eritematoso. Pueden ser solitarias o múltiples y su tamaño varía desde 1 o 2 cms (RAU herpértiforme) pasando por 4 a 6 mm (RAU menor), hasta las grandes de 1 a 2 cm (RAU mayor). Las úlceras se presentan en mucosa no queratinizadas, o por ejemplo la mucosa vestibular, el paladar blando, las regiones lateral y ventral de la lengua, así como el pilar amigdalino. Pudiera estar indicada la biopsia para úlceras mayores que en ocasiones semejan padecimiento maligno. Por lo general las úlceras reaccionan al tratamiento con esteroides tópicos. (3)

Enfermedad periodontal:

Las personas con infección por HIV, pueden sufrir una forma infrecuente de enfermedad periodontal. Puede variar desde inflamación marginal (gingivitis, HIV,G-HIV), pasando por una variante grave de la gingivitis necrosante aguda (ANUG) y periodontitis grave de la encía, el paladar blando y el hueso (estomatitis necrosante), semejante a noma o cancrum oris. La HIV-G aparece como una línea roja brillante a lo largo del margen gingival, incluso en una boca bien cuidada, con mínima cantidad de placa. En ocasiones hay hemorragias espontáneas. La ANUG puede manifestarse por dolor y hemorragia de inicio repentino con el cepillo dental. El margen gingival se nota enrojecido y puede observarse ulceración y destrucción de las papilas gingivales.

El HIV-P ocurre rápidamente con pérdida o inmovilidad de los dientes. a menudo los pacientes sufren dolor "profundo" considerable. Esta situación puede extenderse y abarcar zonas mayores de la mucosa bucal, para causar estomatitis necrosante, con destrucción de áreas grandes de tejido blando, exposición de hueso subyacente, necrosis y sequestros posteriores. El tratamiento comprende el debridamiento cuidadoso y meticuloso de las zonas afectadas mediante raspado, alisado radicular y curetaje, donde sea preciso. Es necesario efectuar tales procedimientos usando antimicrobianos como metronidazol. (3)

CONDILOMA ACUMINATUM (Verruga acuminatum o verruga venérea)

Es una enfermedad infecciosa causada por un virus que pertenece al mismo grupo de los papilomavirus humanos como los asociados con las verrugas comunes y plantares, verrugas planas, verrugas planas cervicales, lesiones parecidas a la pitiriasis en pacientes con epidermodisplasia verrusiforme, y papilomas laríngeos juveniles. El virus de condiloma acuminatum anal, genital y posiblemente bucal se conoce como HPV-8. (9)

El papiloma humano (verruca) posee partículas virales que miden 53 nm de diámetro, sin envoltura, contiene DNA con doble fibrilla circular como su ácido nucléico y sus cápsulas que poseen una simetría cúbica, están compuestas por 72 capsómeros. La multiplicación de los virus de papiloma se efectúa en el núcleo de la células huésped. La transmisión de la enfermedad en el hombre ha sido demostrada, la inoculación del material que

proviene de un tipo de verruga, puede producir otro tipo diferente en otro individuo, sugiriendo que todos los tipos son causados por el mismo virus (2).

Es significativo que a veces el condiloma acuminatum da lugar a un carcinoma epidermoide y que en el infrecuente trastorno clínico epidermodiplasia verruciforme (producidos por varios tipos de papiloma virus) las verrugas progresen hacia un carcinoma epidermoide cuando interviene un subtipo determinado. (8)

Esta enfermedad viral transmisible y autoinoculable se presenta como nódulos blandos de color rosa, que se agrandan, proliferan y se unen con gran rapidez para formar racimos papilomatosos difusos de tamaño variable. Se presenta con más frecuencia en la piel anogenital o en otras áreas cálidas, húmedas o intertriginosas. (9).

Las lesiones bucales del condiloma acuminata son nódulos pequeños, múltiples de color blanco o rosa, que se agrandan, proliferan y se unen, o como masas bulbosas papilomatosas diseminadas sobre o en forma difusa, afectando la lengua, en especial el dorso, mucosa bucal, paladar, encía o reborde alveolar. (9)

CHANCROIDE, CHANCRO BLANDO (*Haemophilus ducreyi*)

El chancro blando es una enfermedad venérea aguda caracterizada por el desarrollo de una úlcera necrótica, el lugar de inoculación es en genitales. (3)

El chancroide consiste en una úlcera desgarrada de los

genitales con tumefacción e hipersensibilidad notables. Están aumentados de tamaño y son dolorosos los ganglios linfáticos regionales. La enfermedad debe distinguirse de sífilis, herpes simple y linfogranuloma venéreo. (5)

El *H. ducreyi* es altamente infeccioso y la autoinoculación puede dar origen a múltiples chancros. La enfermedad se transmite por contacto sexual y se adquiere la infección a través de abrasiones de la piel o las membranas mucosas. El microorganismo ha sido aislado a partir del esmegma peneano y de secreciones vaginales de pacientes sin manifestaciones de la enfermedad. (8) Los bastoncillos gram negativos pequeños se producen en filas en las lesiones, suelen encontrarse acompañadas de otro microorganismos piógenos. (5)

El chancro blando habitualmente aparece en el pene y en los labios menores y mayores, aproximadamente tres o cinco días después de la infección. En el lugar de la invasión se desarrolla una pequeña mácula que se hace papulosa y después forma un absceso intradérmico. La piel suprayacente se erosiona o deja una úlcera supurada que inicialmente es pequeña pero que puede agrandarse hasta 2 o 3 cm de diámetro. La úlcera bien desarrollada está revestida de restos tisulares necróticos purulentos y tienen cierto parecido con el chancro de la sífilis, pero por regla general está menos indurada. En aproximadamente el 50% de los casos los ganglios linfáticos regionales experimentan una hiperplasia inflamatoria dolorosa en el curso de una o dos semanas.

LINFOGRANULOMA VENEREO

También denominado Linfogramuloma inguinal, bubón tropical, bubón climático, bubón venéreo, cuarta enfermedad venérea, linfogramulomatosis inguinal subaguda, enfermedad de Frei, Bubón escrofulosos, paradenitis nostras, linfomatosis granulomatosa, elefantiasis crónica con ulceración vulvar, enfermedad de Durand-Nicolás-Favre. (8) También granuloma venéreo, donovanosis. (9)

Es una enfermedad venérea de distribución mundial, aunque se presenta más frecuentemente en trópicos. El agente causante del linfogramuloma venéreo es generalmente, una cepa de *C. Trachomatis*. (2) El agente causal es *Chlamydia trachomatis* de inmunotipos L1, L2 o L3. (5) Las *C. trachomatis*, alguna vez designadas como virus, pero en la actualidad se han clasificado como bacterias. (9)

MANIFESTACIONES BUCALES

En una infección oral, la lengua es la más frecuentemente afectada, con una lesión indolora, en forma de ampolla, que es diferente de las otras lesiones genitales. Al progresar la enfermedad la lengua se agranda con zonas de cicatrización y retracción. Tales síntomas a veces son moderados y otras son intensos. Con frecuencia se encuentran estrias profundas en el dorso de la lengua, con zonas de intensa coloración roja grisáceas opacas. El dorso de la lengua puede doler con la sal o con los alimentos ácidos. Cuando sólo están afectados los bordes

de la lengua los síntomas subjetivos son menores. La duración de las lesiones en la lengua es variable, pero casi siempre es larga; a veces las lesiones ceden espontáneamente solo para recuperar su aspecto original. (2)

Las lesiones del linfogranuloma venéreo son semejantes a las de la sífilis y tuberculosis. (2)

La linfadenitis regional se caracteriza por la tumefacción progresiva de los ganglios creando grandes bubones dolorosos. Los ganglios están inicialmente separados entre sí pero a medida que la reacción inflamatoria se extiende al tejido periganglionar terminan por confluir. Al principio de la enfermedad tienen un aspecto rosado, hiperémico y succulento, pero a medida que madura la reacción inflamatoria la necrosis supurada los transforma en sacos fluctuantes. Estos bubones pueden romperse a través de la piel hiperémica para producir fistulas. (2)

MOLUSCO CONTAGIOSO

Este es un tumor epidérmico benigno que se produce sólo en el hombre, el agente causal es un miembro no clasificado del grupo de poxvirus. El virus no se ha transmitido a los animales y no prolifera en cultivo de tejidos. El virus purificado es oval en forma de ladrillo y mide 230 x 330 nm.(4) Son virus rectangulares típicos, contiene DNA en su ácido nucleico y la partícula viral posee una membrana doble externa. (2)

El virus del molusco contagioso es uno de los más grandes de

todos los virus verdaderos que infectan al hombre, es encontrado en grandes cantidades en cada lesión y puede ser visualizado con el microscopio óptico. (5)

Las lesiones de esta enfermedad son tumores pequeños de color rosa, semejantes a verrugas en cara, brazos, espalda y glúteos. Rara vez se encuentran en palmas y plantas o en membranas mucosas. (4) En piel y mucosas aparecen muchas lesiones entre 3 y 30, especialmente en tronco y región anogenital (8). El virus produce lesiones verrugosas dolorosas, que envuelven sólo las capas epidérmicas de la piel. La piel generalmente se dilata y la lesión tiene una depresión central a través de la cual exuda un líquido lechoso. (2); semejante a cuajo. (8)

Las lesiones son dolorosas, en general en los últimos estadios de la enfermedad, cuando rompen y se infectan secundariamente. (2)

MANIFESTACIONES CLINICAS EN LA BOCA

El tamaño de estas lesiones puede oscilar entre el de una cabeza de alfiler y el de un guisante grande. Inicialmente son globulares, con una base ancha. Como se agrandan la superficie se aplanan y se observa una umbilicación. Las lesiones pueden ser discretas o agrupadas. Las áreas donde se presentan es en lengua y labios. (5)

La frecuencia del molusco contagioso como una enfermedad de transmisión sexual, está aumentando en adultos jóvenes. Aunque

la lesión típica es una papula umbilical, en las áreas genitales húmedas puede inflamarse o ulcerarse y confundirse con las lesiones producidas por el virus del herpes simple (HSV). (4)
Las papulas miden 2 a 4 mm de diámetro, pero pueden alcanzar de 6 a 12 mm de diámetro. (8)

El período de incubación puede extenderse hasta seis meses. Las lesiones pueden causar prurito que favorece la autoinoculación; persisten hasta dos años, pero finalmente remiten en forma espontánea. El virus es un inmunológico débil; alrededor de un tercio de los pacientes nunca produce anticuerpo contra el virus. Los ataques secundarios son comunes. (4)

La enfermedad existe en todo el mundo, en las dos formas esporádica y epidémica y es más frecuente en niños. Se disemina por contacto directo o indirecto (por ejemplo, barberos, uso común de toallas, albercas). (4)

El colorante de Giemsa muestra los característicos CUERPOS DE MOLUSCO. En el estudio histológico hay hiperplasia epitelial con crecimiento descendente epidérmicos en lobulillos. La estructura patognómica es el "cuerpo del molusco" que se presenta en forma de inclusión citoplásmica homogénea y voluminosa (incluso 35 micras) en el estrato granuloso y el córneo. Estas inclusiones contienen viriones en replicación. (8) Los cuerpos de inclusión son eosinofilos y homogéneos e incrementan rápidamente de tamaño, formando los núcleos hacia un lado, en el estrato granuloso hay hiperqueratosis considerable. (5)

Los cuerpos de inclusión se conocen con el nombre de Inclusiones de Handerson-Paterson. (9)

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES
BUCOFACIALES POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE

Epidemiología

El virus 1 del herpes simple (HSV-1) infecta a ambos sexos y a todas las razas por igual. En Estados Unidos, más de 500,000 personas sufren infección cada año. (2) La infección primaria por HSV-1 acontece aún temprano en la vida. Los niños entre uno y 10 años de edad son los sujetos más afectados; sin embargo, adultos jóvenes de entre 15 y 25 años también sufren la enfermedad. Casi 45% de los estudiantes universitarios son seropositivos para HSV-1. (2) La incidencia aumenta de 50% a 60% en adultos mayores que viven en circunstancias sanitarias hasta más de 90% en quienes lo hacen en condiciones de hacinamiento e higiene deficiente. (2)

La infección típica por HSV-1 atraviesa por tres fases: infección primaria, latencia y enfermedad recurrente. Por lo general, la infección primaria es sub-clínica, pero pudiera causar gingivostomatitis, faringitis y enfermedad respiratoria, ocular, cutánea o del sistema nervioso. En sujetos con sistema inmunitario intacto, las manifestaciones clínicas suelen ser leves. Sin embargo, durante la infección inicial, el virus penetra las terminaciones de nervios sensitivos y se traslada en sentido centrípeto hacia ganglios sensitivos por flujo axoplásmico. Permanece ahí hasta que lo reactivan estímulos desencadenantes para causar enfermedad recurrente. Si bien la

mayor parte de las manifestaciones son benignas, la enfermedad por HSV puede provocar mortalidad y morbilidad importantes. (2)

Patología

La infección por HSV-1 motiva cambios dérmicos patológicos en relación con la necrosis celular y la reacción inflamatoria. Los primeros signos de la replicación viral son evidentes en células del epitelio intermedio y parabasal; sufren degeneración en globo y condensación de la cromatina nuclear. A medida que la membrana plasmática se une con células vecinas, se forman células gigantes multinucleadas. Las células infectadas sufren destrucción y el líquido inflamatorio resultante provoca vesículas intraepidérmicas. Cada vesícula contiene cantidades importantes de virus, desechos celulares, células gigantes multinucleadas y células inflamatorias, principalmente macrófagos, células asesinas naturales y linfocitos T. Las células inmunitarias efectoras se distribuyen por la porción superior de la dermis, en un esfuerzo por limitar la diseminación

La necrosis hemorrágica y la formación de "manguitos" perivasculares se relacionan con la reacción citotóxica defensiva. La infección aguda desaparece normalmente en 10 a 20 días; luego de la cicatrización, no es posible identificar rastros de infección viral persistente en la piel humana. (2)

Consideraciones dentales

Son varios los aspectos importantes en el tratamiento dental de pacientes infectados por HSV-1. primero, los profesionales a cargo de la salud dental no deben tratar a personas con lesiones

herpéticas activas. La colocación del dique de hule o un emoliente sobre vesículas herpéticas puede diseminar el líquido infeccioso hacia tejidos dérmicos vecinos. En ocasiones, el uso de instrumentos rotatorios provoca la aspersion inadvertida del virus, hecho que motiva infecciones oculares. El tratamiento de sujetos infecciosos también plantea riesgo de paroniquia herpética para el personal dental si se pierde la asepsia. Es preciso explicar a los pacientes la posibilidad de diseminar la enfermedad a otros sitios anatómicos y a otras personas. Los dentistas deben identificar a los pacientes con predisposición a las recurrencias y disminuir al mínimo los procedimientos traumáticos que pudieran activarlas. Es necesario considerar el estado inmunitario y la terapéutica antiviral en quienes sufren infecciones frecuentes o persistentes. (2)

Se sabe que el HSV-1 sobrevive por lo menos cuatro a dos horas sobre la piel y las superficies del entorno, sin embargo, el HSV es susceptible a los procedimientos de descontaminación. En consecuencia, para disminuir las posibilidades de transmisión, el personal odontológico debe aplicar técnicas de barrera, desinfectar las superficies operatorias entre el tratamiento de un paciente y otro, desechar los guantes contaminados y lavarse las manos luego de manipular artículos expuestos a los aerosoles infecciosos. (2)

SÍFILIS

Treponema pallidum

Morfología

El agente causal de la sífilis venérea y endémica es el *Treponema pallidum*, son organismos menores de 0.2 micras de diámetro y de más de 20 micras de longitud. La célula tiene de 8 a 14 espirales, cada uno con una amplitud de menos de una micra. Ya que su espesor varía de 0.09 a 0.18 micras, es difícil observarlas en placas con un microscopio de luz común, debido a su delgadez. Al parecer las células se tiñen con facilidad con diferentes colorantes que no sean del grupo de la anilina. La tinción no es particularmente útil para observar las espiroquetas a menos que el colorante o alguno de sus componentes se deposite para aumentar su volumen y se ensanche lo suficiente (más de 0.2 micras para la visualización con el microscopio de luz). Las técnicas de tinción útiles usan impregnación de plata (tinción de levaditi o Fontana) o de Giemsa. Las espiroquetas se pueden observar mucho al campo oscuro, pero este método no resuelve las características morfológicas. El microscopio de contraste de fase es más útil en la visualización de las espiroquetas y es el único método para el examen directo de las células vivas. La morfología electrónica ha revelado mucho acerca de la morfología interna de las espiroquetas. (1)

El cuerpo celular de *T. pallidum* consiste de un cilindro protoplasmático. Este cilindro está rodeado por una pared con un grosor de 15 a 20 nm. Contiene ácido murámico (semejante al de

las paredes celulares bacterianas) y es el responsable de la forma espiral de la células. Existe un número variable de fibrillas axiales alrededor de todo el cuerpo de la espiroqueta, extendiéndose de extremo a extremo. Estas fibrillas surgen de las estructuras cercanas a cada extremo del cuerpo de la espiroqueta o cilindro y se extiende hasta el otro extremo de la célula o incluso más allá. Las fibrillas son responsables de la motilidad de las espiroquetas. (1)

El cilindro protoplásmico y las fibrillas están rodeadas por otra membrana delgada y relativamente frágil, que sirve para el mismo propósito general de la membrana plasmática de las bacterias. Esta membrana es frágil y algo elástica dando lugar a un cuerpo esférico en forma de balón, cuando las espiroquetas se colocan en una solución hipotónica. Dichas estructuras esféricas o modificaciones de las espiroquetas se presentan en las lesiones sífilíticas, aunque se desconoce su función. Las células de *T. pallidum* son flexibles y elásticas y tiene una motilidad algo distintiva. Característicamente desarrollan un tipo sustancial de movimiento que incluye la rotación rápida, aunque también desarrollan elongación limitada y considerable flexión. La cantidad de movimiento que desarrollan las espiroquetas no es proporcional a la distancia recorrida. Sin embargo, su flexibilidad le permite moverse entre los espacios intercelulares. (1)

SÍFILIS VENÉREA

La sífilis es en las sociedades modernas, sofisticadas, de las zonas templadas, una enfermedad muy variable. Se presenta de manera natural en el hombre y generalmente se propaga por contacto sexual entre adultos, excepto cuando se propaga genéticamente de la madre al hijo. Debido a que la sífilis se restringe naturalmente al hombre y a que el *T. pallidum* es incapaz de sobrevivir por largo tiempo en el medio, en general sólo se trasmite por contacto directo durante el contacto sexual, sobre todo en las etapas primarias y secundarias de la sífilis.

El *T. pallidum* sobrevive bien en cavidad oral y genitales. De acuerdo con ello, la transmisión de *T. pallidum* por los órganos genitales suma del 90 al 95% de las infecciones sifilíticas. El resto de las infecciones extragenitales se presenta alrededor de la boca como resultado de la diseminación de los organismos desde la cavidad oral al besarse. La sífilis rara vez se transmite por objetos infectados como copas o vasos infectados, utensilios de cocina, boquillas de instrumentos musicales e instrumentos médicos y dentales. En la etapa secundaria de la sífilis se encuentran muchos organismos en la piel. En las etapas tardías un individuo puede diseminar espiroquetas, de ahí que sea prácticamente no infectante. Los treponemas pueden transmitirse a través de la barrera placentaria de una mujer embarazada infectada al feto después del 4to. y 5to. mes de embarazo, cuando la barrera placentaria se va adelgazando un poco. (1)

En el hombre, el tiempo de incubación de una lesión es por lo general de 15 a 30 días, siendo un promedio de 8 semanas (1). Después del contacto sobreviene un período de incubación que dura un promedio de 21 días, pero puede variar entre 12 a 40 días (6). El tiempo de incubación está relacionado con la cantidad de organismos introducidos y en cierto grado con el sitio de la inoculación. Quizá no esté relacionado con la resistencia del huésped. Al final del período de incubación primaria, por lo general se desarrolla una lesión solitaria única, denominada chancro, aunque puede presentarse una reacción sifilítica generalizada sistémica, sin su aparición. El chancro es por lo general único, indoloro, aparece al principio como una mácula eritematosa, luego como una pápula que crece haciéndose infiltrante y finalmente erosionada. (1) La primera manifestación es una pápula pequeña que rápidamente se agranda y se ulcera. Aunque la úlcera es usualmente prominente, se han observado lesiones pequeñas erosivas e insignificantes. (6)

La base del chancro es de color rojizo café debido a la inflamación y a la extravasación de la sangre. (1)

Cuando está completamente desarrollado tiene un borde biselado, típicamente estrecho, de color cobre, que está perfectamente demarcado por la piel o membrana mucosa que lo rodea. También es indurado dependiendo en cierto grado de la localización de la lesión y también de la virulencia de las espiroquetas, de ahí que se le llame chancro duro para diferenciarlo del chancro blando o chancroide. El piso del

chancro produce una descarga sero-sanguinolenta y característicamente está cubierta de una membrana fibrinosa adherente. (1)

En las lesiones orales los sitios más frecuentes para el desarrollo de un chancro son los labios y la lengua, estando las encías rara vez afectadas. (1) También la región tonsilar (6); mucosa bucal y paladar (8). Extraoralmente, del área general de la cara puede presentarse la infección y la formación del chancro en los ojos del dentista o personal de salud, a quienes se les transmite por gotas de saliva de un paciente infectado. (1) La linfadenopatía regional unilateral es un hallazgo importante. Los chancros como los ganglios linfáticos están cargados de espiroquetas. (6)

Luego de que el chancro primario ha sanado, la infección sífilítica entra en la segunda etapa con una duración promedio de 2 años y un rango de 1 a 4 años. (1) El período secundario comienza entre 6 a 8 semanas después de la exposición a la infección. (6)

Esta etapa se caracteriza por una infección espiroquetal generalizada y por manifestaciones sistémicas. La piel se llena de espiroquetas las cuales indudablemente se distribuyen ampliamente por el organismo. (1)

Existen síntomas subjetivos como fiebre, cefalea, malestar y fatiga; es común la linfadenitis. La afección cutánea en la etapa secundaria se observa en el 80% de los casos. (1)

Las erupciones cutáneas se manifiestan por sí mismas como

máculas o pápulas, aunque la lesión característica de las membranas mucosas de boca y faringe es el lunar mucoso recurrente. (1) La manifestación más común de la sífilis es el dolor de garganta caracterizado por inflamación difusa de la laringe y faringe, la inflamación puede variar desde el más trivial enrojecimiento a un involucramiento extenso de tipo difteroiide con formación de pseudomembrana y aún necrosis y esfacelación. (8)

La placa mucosa es la lesión típica de la mucosa bucal, homóloga de la lesión máculo-papular de la piel. (6)

La lesión característica de las membranas mucosas es el lunar mucoso recurrente. (1) En la sífilis secundaria puede observarse úlcera en forma de rastro de caracol y parches mucosos (8). La superficie de la placa mucosa ha sido erosionada por la humedad y fricción, dada su localización. La placa mucosa es levemente elevada, inflamada y presenta una erosión central suave y cubierta por una membrana grisácea. Cuando esta membrana es removida, permanece una base eritematosa, limpia y chata; el tamaño de la lesión es de 1.5 a 10 cms de diámetro y es relativamente indolora. Las máculas eritematosas y las lesiones máculo-papulares pueden ocurrir sin ninguna erosión de la superficie de la membrana mucosa; estas lesiones con frecuencia están localizadas en el paladar. Cuando ocurren en las comisuras de los labios pueden fisurarse dado el estrés ejercido en la apertura de la boca, estas lesiones son referidas como pápulas hendidas. Ocasionalmente pueden ocurrir lesiones de mayor

tamaño, como úlceras o configuraciones de tipo pseudotumoral elevadas que semejan granulomas piógenos. (6)

Los lunares mucosos así como las máculas y pápulas cutáneas pueden ser recurrentes, ya sea por recaída o por reinfección. Los lunares mucosos contienen numerosas espiroquetas, en consecuencia los microorganismos se diseminan hacia la cavidad oral. La causa fundamental de los lunares mucosos es semejante a la del chancro, aun cuando las características de las dos lesiones sean diferentes. Las erupciones mucosas y cutáneas de la etapa secundaria de la sífilis persisten o recurren durante 2 o en ocasiones más de 3 años, aunque se han reportado erupciones secundarias hasta 9 años después de la infección inicial. (1)

La recurrencia de las lesiones sifilíticas secundarias se hace gradualmente menos extensa y más separada, cediendo finalmente, al hacerse latente la infección. (1)

En la etapa latente, la infección cambia de un tipo generalizado a un tipo focal, en el que no existen síntomas subjetivos específicos. (1)

El principio de la forma latente de la sífilis depende probablemente de cierta reactividad alterada indefinida de las células huésped y de los tejidos hacia las espiroquetas. El nivel de inmunidad que se desarrolla es probablemente suficiente para evitar espiroquetemias, pero no para suprimir la infección por completo. Cuando la inmunidad se desarrolla, las muchas espiroquetas de los tejidos corporales, durante la etapa secundaria de la sífilis se reducen y quizá sobreviven en áreas

más o menos restringidas de tejidos, donde el estado de inmunidad no es suficiente para suprimirlas. La latencia puede continuar por sólo unos cuantos meses o por toda la vida, mientras las espiroquetas pueden continuar causando cambios inflamatorios crónicos resultantes de fibrosis lenta del sistema vascular. (1)

El curso subsecuente de la infección sífilítica varía. Al menos de una tercera parte de los pacientes sin tratamiento tienen curación espontánea, es decir no desarrollan síntomas posteriores. Durante un período bastante largo (10 a 20 años o más), el resto de los pacientes no tratados desarrollan síntomas indicativos de una forma terciaria o tardía de la sífilis. Las reacciones lentas pero persistentes que se presentan durante este período pueden ser hiperérgicas, crónicas, proliferativas, inflamatorias y destructivas. Afectan las vísceras y los sistemas esqueléticos, cardiovascular y nervioso central. (1)

Una lesión muy característica de la sífilis tardía es el GOMA que resulta quizás de la hiperergia. Esta lesión es muy destructiva y puede afectar a casi cualquier órgano o tejido del cuerpo. En un goma se encuentran muy pocas espiroquetas, ciertamente insuficientes para producir el extenso daño que se encuentra, a menos que haya una reacción alérgica de parte de los tejidos para las espiroquetas. El goma se caracteriza por la infiltración del área con linfocitos, células plasmáticas y células epitelioides. Los vasos sanguíneos dentro del área infiltrada están afectados por endoarteritis obliterante, que

reduce el soporte sanguíneo a grado tal que se presenta degeneración, conduce a la necrosis y al desarrollo del goma. Las lesiones varían desde muy pequeñas a las de varios centímetros de diámetro y pueden ser únicas o múltiples. Las principales lesiones de la sífilis tardía son los goma y las sífilides o noduloulcerativas de la piel. Estas lesiones son histológicamente parecidas pero difieren a la apariencia gruesa.

Los pulmones, bronquios y tráquea rara vez están afectados en la sífilis tardía. (1)

El goma se presenta con frecuencia en la cavidad oral, así como en la laringe y cuerdas vocales, dando origen a ronquera indolora pero persistente (1). Dada la tendencia a la necrosis el goma es una lesión altamente destructiva; la infiltración gomosa del paladar es una localización común para esta reacción llevando a la perforación del paladar. La lengua es otro sitio relativamente común, en donde uno o más gomas producen la lengua lobulada; puede ulcerarse y llevar a una fibrosis produciendo así una irregularidad en la superficie de la lengua. (6)

Glositis intersticial. Tal vez no haya otro cambio característico e importante como la glositis sífilítica dado que las espiroquetas poseen una predilección por tejido con mucha motilidad y la lengua es el blanco natural para gran concentración de espiroquetas. Esta concentración produce vasculitis difusa resultando en una endoarteritis obliterante eventual continua con isquemia relativa, con atrofia pronunciada

de la lengua; las papilas siendo sensibles se atrofian, produciendo la característica lengua pelada, además la musculatura de la lengua se encoge dando apariencia corrugada. Estos cambios patológicos le quitan a la lengua su protección natural y resulta en una irritación subsecuente con cambios leucoplásicos; la leucoplasia se desarrolla rápidamente y la degeneración maligna es una secuela frecuente. (6)

Las lesiones tardías del tracto genitourinario y gastrointestinal y en las glándulas endócrinas sí se presentan, pero son raras. El goma hepático es quizás el más común. Los ojos pueden estar afectados por iritis, cariorretinitis y atrofia. Después de la piel el esqueleto está más comúnmente afectado por la sífilis tardía. Los cambios en los huesos son una osteítis destructiva o una periosteítis hipertrófica, a la que ningún hueso es inmune. Las articulaciones pueden estar afectadas, comúnmente hay hidroartrosis. (1)

NEISSERIA GONORRHOEAE (Gonorrea)

Características generales

N. Gonorrhoeae (comúnmente el gonococo). Está compuesta de cocos gram-negativos, inmóviles, aeróbicos, facultativamente anaeróbicos, no esporulados, que se presentan sólo en cultivos, pero en exudados corporales se observan con más frecuencia dentro de fagocitos polimorfonucleares como diplococos con sus bordes adyacentes aplanados. (1)

Las células individuales miden de 0.6 a 1 micra de diámetro, no poseen cápsulas. Las paredes celulares de los gonococos desarrollan tan rápidamente autólisis que es difícil mantener o preparar soluciones celulares estables. Las colonias de gonococos que por lo general se desarrollan después de 48 horas de incubación, son al principio pequeñas y transparentes, pero después de incubados por varios días se vuelven blanca y poseen un margen lobar. (1)

Los gonococos deben ser cultivados para confirmar identidad mediante necrosis de fermentación de carbohidratos. (8)

El cultivo de *N. gonorrhoeae* es requerido cuando al examinar microscópicamente el exudado purulento de una lesión sospechosa éste no es concluyente. El cultivo requiere del uso del medio de Thayer-Martin (TM), que contiene antibióticos que inhiben el crecimiento de la mayoría de las otras bacterias. El dióxido de carbono puede también ser agregado al medio para un crecimiento óptimo. (6)

Manifestaciones bucales

Estomatitis Gonocócica. Clínicamente se presentan localizadas superficiales como áreas ulceradas, con una escara blanco-amarillenta o una pseudomembrana cubriendo los márgenes de la lesión. (6) Esta pseudomembrana es grisácea, adherente que finalmente se desprende dejando áreas brillantes, con numerosos puntos sangrantes (1), erosiva, roja y ulcerada (6). Además de las áreas ulceradas, la totalidad de la mucosa bucal tiende a estar enrojecida e inflamada en forma aguda, el flujo salival

está disminuido y la viscosidad de la saliva aumentada. (6)

Las encías generalmente están inflamadas y edematosas, el movimiento de la boca es extremadamente doloroso, por lo que el dolor en el área es un síntoma prominente. (1)

Las regiones de la cavidad oral más frecuentemente afectadas son: encía, lengua, paladar blando (1) y mucosa bucal. (6)

Los pacientes con infección gonocócica oral se ven enfermos, algunas veces de gravedad y en general con temperatura superior a los 100°F (37.7°C). Las lesiones locales y los síntomas de infección gonocócica oral pueden simular a los de la infección de Vincent. Sin una infección genital puede ser difícil el diagnóstico y finalmente dependerá del aislamiento de los gonococos de esa área. (1)

Las lesiones de la estomatitis gonocócica semejan a las de la ulceración fuscoespiroquetal bucal. El diagnóstico depende de que se establezca un extendido bacteriano característico con *Neisseria* dentro de los leucocitos. La mera presencia de diplococo gramnegativo en un extendido bacteriano mixto, tiene poco significado diagnóstico, ya que la *Branhamella* (*Neisseria*) *Cararrhalis* es un habitante normal de la boca y la garganta. (6)

A pesar de cierto desacuerdo acerca de la extensión en la que los gonococos invaden los tejidos y el sistema circulatorio durante la infección gonorréica, deben hacerlo con cierta regularidad, aunque con frecuencia establecen lesiones metastásicas que afectan al corazón (endocarditis),

articulaciones (artritis), glándulas salivales (parotitis), sistema nervioso central (meningitis) y glándulas reproductoras (esterilidad). Otras complicaciones incluyen conjuntivitis, probablemente resultado de la transferencia mecánica de los gonococos. (1)

OBJETIVOS

A: GENERALES:

Determinar la frecuencia de lesiones en cavidad bucal asociadas a enfermedades de transmisión sexual (ETS) en una muestra obtenida de mujeres trabajadoras del sexo que son atendidas en el Programa de Profilaxis Sexual del Centro de Salud de Mazatenango, durante los meses de Noviembre a Diciembre de 1995.

B: ESPECIFICOS:

1. Determinar la presencia de lesiones en cavidad bucal por ETS, según la edad.
2. Identificar la ETS más frecuente involucrada en la producción de los diferentes tipos de lesiones y las áreas más afectadas por dichas lesiones en cavidad bucal.
3. Determinar la presencia de lesiones con la frecuencia, número de relaciones sexuales al día y forma de practicar el sexo.
4. Evaluar el grado de conocimiento que tengan las trabajadoras del sexo sobre las enfermedades de transmisión sexual.

DEFINICION DE VARIABLES

PRESENCIA DE LESIONES

Característica de todo paciente que presenta lesiones en cavidad bucal y además será confirmado por el laboratorio clínico como positivo para una ETS específica. Como lesión se entiende básicamente la presencia de úlceras o crecimientos de tipo nodular o papilar y/o acompañados de signos y síntomas característicos a cada ETS.

EDAD

Es el tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta el momento actual.

SEXO

Característica física que distingue al macho de la hembra.

CAVIDAD BUCAL

Constituye la primera parte del tubo digestivo. Está limitada adelante por el orificio bucal, atrás por la región de la faringe, arriba por las fosas nasales, abajo por la región suprahioidea y a ambos lados por los carrillos. Dentro de esta estructura encontramos los siguientes componentes: Procesos alveolares; piezas dentarias; lengua; paladar duro y blando; piso de la boca y las amígdalas.

CONOCIMIENTO

Dicho de lo que se sabe con seguridad, que corresponde notoriamente a la realidad, también se dice del proceso de percepción y de pensamiento que nos da el conocimiento de cosas.

FORMA DE PRACTICAR EL ACTO SEXUAL

Se correlaciona con tipos de posición corporal.

. Vaginogenital:

Acto por el cual el órgano sexual masculino se introduce en el órgano sexual femenino.

. Orogenital:

Acto por el cual el órgano sexual masculino se introduce en la cavidad bucal femenino.

. Anogenital:

Acto por el cual el órgano sexual masculino se introduce en el recto femenino.

FRECUENCIA

Repetición reiterada de una cosa.

PROCEDENCIA

Principio u origen de una persona o cosa.

MIGRACION

Forma de movimiento de población que en el curso de la evolución cultural sigue a la dispersión.

INDICADORES DE VARIABLES

EDAD

Se tomo la indicada por la paciente en el instrumento recolector de datos en años cumplidos.

SEXO

Debido a que el estudio se realizo en trabajadoras del sexo, en lo que corresponde a este aspecto todos los sujetos de estudio fueron del sexo femenino.

CAVIDAD BUCAL

Se determinó la estructura anatómica dentro de la cavidad bucal asociada a lesión por ETS.

CONOCIMIENTO

Para este aspecto se les proporcionó a todas las pacientes un cuestionario con respuestas de completación:

Bueno: 5 preguntas bien contestadas de 8

Regular: 2 preguntas bien contestadas de 8

Malo: 1 pregunta bien contestada de 8

FORMA DE PRACTICA SEXUAL:

La que indicó la trabajadora del sexo.

FRECUENCIA

Número de veces que indicó realizar el acto sexual.

PROCEDENCIA

Se tomo la indicada por la trabajadora del sexo en el instrumento recolector de datos.

MIGRACION

Si migra o no migra.

PRESENCIA DE LESIONES:

Existe lesión en boca, historia positiva y toma de muestra para prueba de laboratorio.

- Herpes:

Presencia de lesión en boca, boca adolorida, encía intensamente inflamada, vesículas de color amarillento, úlceras superficiales desiguales extremadamente dolorosas y recubiertas por una membrana grisácea y rodeada por un halo eritematoso. Su diagnóstico final lo determinó: el frote de la lesión teñido con colorantes de Giemsa positivo.

- Condiloma acuminatum:

Presencia de lesión en boca, nódulos múltiples pequeños de color blanco rosa que se agrandan, proliferan y se unen. Su diagnóstico final fué en base a historia clínica, apariencia y evolución.

- SIDA:

Presencia de lesión en boca, ya que este síndrome puede presentar una gran gama de signos y síntomas, tomaremos para este estudio las siguientes: Inflamación gingival generalizada; ulceraciones, leucoplasia vellosa y/o tumores (Sarcoma de Kaposi). Su diagnóstico final lo determinó la prueba de ELISA.

- Sífilis:

Presencia de lesión en boca, debido a que esta enfermedad cursa por tres estadios podemos encontrar lo siguiente en la etapa primaria: úlceras profundas (chancro sifilítico); en la etapa secundaria: lués sifilítico y en la etapa terciaria: goma sifilítico. Su diagnóstico final lo determinó: el examen serológico de VDRL-FTA positivo.

- Granuloma venéreo:

Presencia de lesión en boca, nódulos únicos o múltiples, ulceras granulomatosas y gingivitis hipertrofica. Su diagnóstico lo determinó la apariencia clínica de la lesión.

- Molusco contagioso:

Presencia de lesión en boca, nódulos dolorosos e infección secundaria al ulcerarse. Su diagnóstico final se basó en la historia clínica, apariencia y evolución.

- **Gonorrea:**

Presencia de lesión en boca, áreas ulceradas con escaras o una pseudomembrana cubriendo los márgenes de la lesión. Su diagnóstico lo determinó: El frote de la lesión con la tinción de gram positivo.

- **Chancro blando:**

Presencia de lesión en boca, úlcera necrótica de bordes dentados y base húmeda. Su diagnóstico final lo determinó frote de gram positivo.

METODOLOGIA

POBLACION

Trabajadoras del sexo que ejercen la prostitución en el Departamento de Mazatenango.

MUESTRA

Debido a que era imposible determinar la cantidad exacta de trabajadoras del sexo, por su calidad de migrantes se tomaron únicamente las que acuden al programa de profilaxis sexual del Centro de Salud de Mazatenango.

PROCEDIMIENTO

El presente estudio de tipo descriptivo se llevo a cabó en el Centro de Salud de Mazatenango, durante los meses de Noviembre a Diciembre de 1995, al que acudieron trabajadoras del sexo a exámenes de rutina y control. La investigación cumplió con las normas universales de Derechos Humanos, por lo que se les pregunto a las mujeres si estaban dispuestas a participar voluntaria y anónimamente, para lo cual se les garantizó confidencialidad con los datos obtenidos y se solicitó su firma para la realización del estudio, siguiendo los lineamientos de los derechos humanos: se les explicó a las

trabajadoras del sexo en qué consistía el estudio, los procedimientos, las pruebas de laboratorio y las implicaciones de los resultados. las trabajadoras del sexo que aceptaron, manifestaron su consentimiento por escrito firmando el documento correspondiente (ver hoja de consentimiento por escrito anexo # 3), garantizando la participación voluntaria y confidencialidad de los resultados. Se les entregó a las trabajadoras del sexo que aceptaron, un cuestionario para conocer y evaluar el grado de conocimiento que tienen sobre enfermedades de transmisión sexual.

Luego que la trabajadora del sexo habían firmado el consentimiento y llenado el cuestionario, se procedió a realizar el examen de cavidad bucal; al evidenciarse presencia de lesión asociada a ETS, se procedió a describir según los criterios del Area de Diagnóstico de la Facultad de Odontología de la USAC, llevando el orden descrito en el patrón de conducta clínica (ver anexo #6) y se tomó la muestra para la prueba de laboratorio correspondiente.

El análisis de la muestra se llevó a cabo en el laboratorio del Dispensario Municipal No 3; de la zona 1, y laboratorio clínico de la Facultad de Odontología de la USAC, zona 12, de la ciudad de Guatemala.

**PRESENTACIÓN
Y
ANÁLISIS DE
LOS RESULTADOS**

CUADRO No 1

Distribución según grupo etareo y presencia de lesión en trabajadoras del sexo evaluadas en el centro de salud de Mazatenango, durante los meses de noviembre a diciembre de 1995

Edad	Total de casos	%	número de lesión	%
15-19	28	28.00	4	18.18
20-24	45	45.00	12	54.55
25-29	14	14.00	3	13.63
30-34	8	8.00	2	9.10
35-39	4	4.00	1	4.54
40-44	1	1.00	0	0.00
total	100	100%	22	100.00

Fuente: Entrevista realizada a mujeres trabajadoras del sexo.

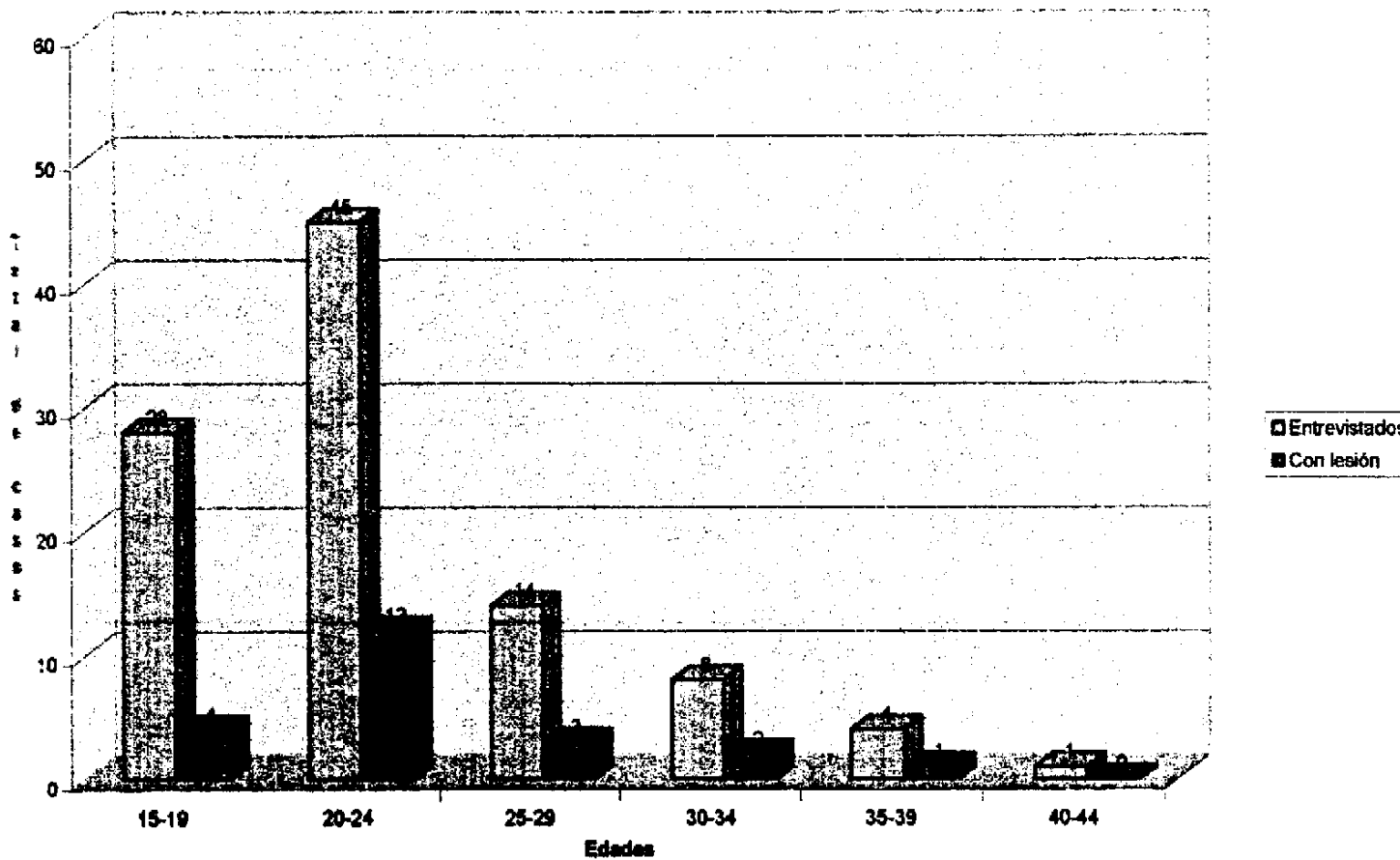
Interpretación

Se examinaron un total de 100 mujeres las cuales estaban comprendidas entre los 15 a 44 años de edad.

Para poder determinar la(s) edad(es) más afectadas por lesiones bucales asociadas a enfermedades de transmisión sexual, la mayor frecuencia de pacientes que asistieron al centro de salud fueron comprendidas entre 20-24 años de edad (45%). Luego siguen las comprendidas entre los 15-19 años de edad (28%), lo que indica que las pacientes jóvenes son la mayoría de trabajadoras del sexo y a la vez acuden con más regularidad a profilaxia, no así las pacientes mayores entre los 40-44 años (1%).

Se aprecia que del total de pacientes evaluadas 22 presentaron lesiones en cavidad bucal asociadas a ETS. Nuevamente el rango entre 20-24 años de edad que representan 54.55% fue el de mayor frecuencia. Donde menos casos se observaron están los rangos siguientes: 30-34 años con 9.10% y 35-39 años con 4.54%.

Cuadro No.1
Distribución según grupo etáreo y presencia de lesión en trabajadoras del sexo evaluadas en el Centro de Salud de Mazatenango, durante los meses de noviembre a diciembre de 1995



Fuente: Entrevista realizada a mujeres trabajadoras del sexo.

CUADRO No. 2

Distribución según lugar de origen de las trabajadoras del sexo, evaluadas en clínica de Profilaxia sexual en Centro de Salud de Mazatenango durante los meses de noviembre-diciembre de 1995.

Lugar de origen	No.	%
El Salvador	33	33.00
Jutiapa	25	25.00
Escuintla	15	15.00
Mazatenango	9	9.00
coatepeque	6	6.00
Suchitepequez	3	3.00
Zacapa	3	3.00
Quetzaltenango	2	2.00
Honduras	1	1.00
Champerico	1	1.00
Tecún Uman	1	1.00
El Quiché	1	1.00
Total	100	100.00

Fuente: Entrevista realizada a mujeres trabajadoras del sexo.

La distribución geográfica del origen de las pacientes evidencia que la mayoría son originarias del interior del país (66%) siendo Jutiapa el departamento de mayor porcentaje (25%). El resto de pacientes proviene de otros países: El Salvador 33%, Honduras 1%.

CUADRO No. 3

Migración y presencia de lesión en trabajadoras del sexo evaluadas en clínica de profilaxia sexual en Centro de Salud de Mazatenango en los meses de noviembre-diciembre de 1995.

MIGRACION	No. de lesión	%	No. de Migrantes	%
Escuintla	--	--	20	30.77
Coatepeque	5	35.71	15	23.08
El Salvador	3	21.43	13	20.00
Malacatán	--	--	10	15.38
Guatemala (capi)	4	28.57	9	13.85
Jutiapa	--	--	9	13.85
Retalhuleu	--	--	8	12.31
Zacapa	--	--	8	12.31
Chimaltenango	--	--	7	10.77
Pto. San José	--	--	5	7.69
San José Pinula	2	14.29	5	7.69
Izabal	--	--	5	7.69
Cuyotenango	--	--	4	6.15
Honduras	--	--	2	3.08
Total	14	100	120	100

Fuente: Entrevista realizada a mujeres trabajadoras del sexo.

Se presentó una migración de 85 de 100 mujeres trabajadoras del sexo evaluadas, en las que se observó que cada una lo hace a diferentes lugares del interior del país, así como a la República de El Salvador (20%) y a la República de Honduras (3.08%).

Se observó que la presencia de lesiones en cavidad bucal es alta (14 casos) de 65 trabajadoras del sexo que migraron. Siendo Coatepeque el departamento que presento mayor porcentaje (35.71%) y San José Pinula el de menor (14.29%) de 100 casos estudiados.

NOTA: El número de mujeres trabajadoras del sexo que migraron (120), no coincide con los 100 casos estudiados, debido a que hubo pacientes que migraron a más de un departamento.

CUADRO No. 4

Relaciones sexuales diarias y presencia de lesión en trabajadoras del sexo evaluadas en clínica de Profilaxia sexual del Centro de Salud de Mazatenango en los meses de noviembre-diciembre de 1995

No. de relaciones sexuales en un día	Con lesión		Sin lesión		Total	
		%		%		%
1-3	14	24	44	76	58	100
4-6	6	19	26	81	32	100
+ 6	2	20	8	80	10	100

Fuente: Entrevista realizada a mujeres trabajadoras del sexo.

Se observó que entre 1-3 veces diarias es la mayor frecuencia de relaciones sexuales en mujeres trabajadoras del sexo, representando el 58%, mientras que únicamente 10 practicaron más de 6 relaciones al día.

De 58 mujeres que practicaron el acto sexual de 1-3 veces diarias, 14 presentaron lesiones asociadas a enfermedades de transmisión sexual representando el 24%, de 10 mujeres que tuvieron más de 6 relaciones al día, 2 presentaron lesiones en cavidad bucal con un 20%, y de 32 trabajadoras que tuvieron de 4-6 relaciones diarias, 6 presentaron lesión en cavidad bucal representando un 19%.

CUADRO No. 5

Tiempo de ejercicio de la profesión y presencia de lesión en trabajadoras del sexo evaluadas en clínica de Profilaxia sexual en Centro de Salud de Mazatenango, en los meses de noviembre-diciembre de 1995.

Tiempo de trabajar	Con lesión		Sin lesión		Total	
		%		%		%
0-2 años	11	17	54	83	65	100
3-5 años	7	30	16	70	23	100
6-8 años	4	40	6	60	10	100
+ 9	0	0	2	100	2	100

Fuente: Entrevista realizada a mujeres trabajadoras del sexo.

La investigación de campo indica que la mayoría de mujeres trabajadoras del sexo tienen de 0-2 años de ejercer la profesión, observándose que el dato que le proporcionaron al médico del Centro de Salud, no coincidía con el de la investigación.

El total de mujeres trabajadoras del sexo, que presento lesión en cavidad bucal fue de 22 casos, siendo el rango comprendido de 6-8 años donde más casos se observaron (40%), debido a que el total de mujeres comprendidas en este rango es menor (10 casos), Después esta el rango comprendido de 3-5 años con 7 casos de 23 mujeres, representando el 30%, el rango

comprendido de 0-2 años con 11 casos de 65 trabajadoras represento el 17%. Observandose aparentemente un aumento en el porcentaje de presencia de lesiones en cavidad bucal conforme aumenta el tiempo de ejercicio de la profesión.

CUADRO No. 6

Distribución según práctica orogenital en trabajadoras del sexo evaluadas en clínica de Profilaxia sexual en Centro de Salud de Mazatenango en los meses de noviembre-diciembre de 1995.

	Si	%	No	%	Total
Orogenital	3	3	97	97	100

Fuente: Entrevista realizada a mujeres trabajadoras del sexo.

Del 100% que practican relaciones genitales normales 3 practican relaciones orogenitales, y ninguna sostuvo relación anal. no encontrando presencia de lesión en cavidad bucal en los 3 casos evaluados.

CUADRO No. 7

Distribución de lesiones bucales asociadas a Herpes, según localización en cavidad bucal en mujeres trabajadoras del sexo, evaluadas en centro de salud de Mazatenango, en los meses de noviembre a diciembre de 1995.

Localización	No.	%
Lengua	10	45.45
Labios	8	36.36
Encía	4	18.18
Total	22	100.00

Fuente: Entrevista realizada a mujeres trabajadoras del sexo.

De 100 mujeres trabajadoras del sexo evaluadas, 22 presentaron lesión en cavidad bucal relacionadas con herpes, siendo la región más afectada en cavidad bucal: la lengua con 45.45%; luego labios con 36.36%, y la región menos afectada la encía con 18.18%.

CUADRO No. 8

Distribución según el grado de conocimiento de la población de estudio, acerca de las enfermedades de transmisión sexual.

Conocimiento	Respuestas	Frecuencia de personas evaluadas	%
Bueno	6-8	69	69.00
Regular	3-5	20	20.00
Malo	0-2	11	11.00
	Total	100	100.00

Fuente: Entrevista realizada a mujeres trabajadoras del sexo.

En cuanto al conocimiento sobre Enfermedades de Transmisión Sexual, se encontró que de los 100 casos estudiados, 69% tienen conocimiento acerca de las Enfermedades de Transmisión Sexual, siendo solamente el 11% de mujeres trabajadoras del sexo que desconocen sobre el tema.

CUADRO No. 9

Distribución según grado de conocimiento a la pregunta ¿Sabe usted qué son las enfermedades de transmisión sexual?. De la población de estudio en Centro de salud de Mazatenango durante los meses de noviembre-diciembre de 1995.

Conocimiento	Respuestas				Total
	Si	%	No	%	
Bueno	42	89.36	5	10.64	47
Regular	23	74.19	8	25.80	31
Malo	7	31.82	15	68.19	22
Total	72		28		100

Fuente: Entrevista realizada a mujeres trabajadoras del sexo.

De 100 mujeres trabajadoras del sexo 72 respondieron tener conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual y un 28 dijeron desconocer sobre el tema.

De las trabajadoras del sexo, 42 mujeres que representan el 89.36% respondieron si conocer sobre Enfermedades de Transmisión Sexual, el otro 10.64% que representa 5 trabajadoras del sexo, que a pesar de tener una respuesta negativa, su conocimiento era bueno. Lo cual nos da un total de 47 mujeres con un buen conocimiento.

De las trabajadoras del sexo, 23 mujeres que representan un 74.19% que a pesar de contestar si conocer sobre Enfermedades de

transmisión Sexual, mostraron un conocimiento regular, el otro 25.80% que representa 8 trabajadoras del sexo, respondieron no pero su conocimiento es regular. Los que nos da un total de 31 trabajadoras del sexo con un conocimiento regular.

Un total de 22 mujeres presento un mal conocimiento, de este grupo 7 trabajadoras del sexo dijeron si saber sobre Enfermedades de Transmisión sexual, pero solamente conocian los nombres de las mismas, representando un 31.82%, el resto que representa 68.19% desconocian sobre el tema.

CUADRO No. 10

Distribución de las Enfermedades de Transmisión Sexual conocidas por las trabajadoras del sexo, en Centro de Salud de Mazatenango durante los meses de noviembre-diciembre de 1995.

Respuestas	Número	%
Gonorrea	73	31.60
Papiloma	65	28.14
Chancro (sífilis)	60	25.97
SIDA	25	10.83
Herpes	8	3.48
Total	231	100.00

Fuente: Entrevista realizada a mujeres trabajadoras del sexo.

Se observó que las mujeres trabajadoras del sexo tienen conocimiento sobre una o varias ETS, la más conocida fue gonorrea, que representó 31.60% de los 100 casos estudiados, siguiendo: Papiloma 28.14%, Chancro (Sífilis) 25.97%, SIDA 10.83%. La enfermedad de transmisión sexual que menos conocimiento tienen es el Herpes con 3.48%, que fué la más encontrada en el estudio.

Nota: Existen más de 100 respuestas ya que la población en estudio conocían una o más ETS.

CUADRO No. 11

Distribución de la respuesta a la pregunta ¿Cómo cree usted que se contraen las enfermedades de transmisión sexual?. En trabajadoras del sexo, en Centro de Salud de Mazatenango durante los meses de noviembre a diciembre de 1995.

Respuesta	Número	%
Sexo sin preservativo	42	42.00
Sexo con hombre enfermo	35	35.00
No revisar	15	15.00
No sé	8	8.00
Total	100	100

Fuente: Entrevista realizada a mujeres trabajadoras del sexo.

De 100 casos estudiados 42 trabajadoras del sexo respondieron que las enfermedades de transmisión sexual se contraen al practicar sexo sin preservativo; 35% sexo con hombre enfermo y el 15% al no revisarse. Observándose que las mujeres trabajadoras del sexo reciben información de cómo prevenir enfermedades de transmisión sexual, siendo solamente el 8% las mujeres que no tienen conocimiento sobre el tema.

CUADRO No. 12

Distribución de la respuesta a la pregunta ¿Sabe cómo protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual?. De las trabajadoras del sexo, En el centro de Salud de Mazatenango durante los meses de noviembre-diciembre de 1995.

Respuesta	Número	%
Usar preservativo y revisar	44	44.00
Usar preservativo	30	30.00
Revisar	16	16.00
No sé	10	10.00
Total	100	100.00

Fuente: Entrevista realizada a mujeres trabajadoras del sexo.

Con respecto a esta pregunta la mayoría (44%) de mujeres trabajadoras del sexo contestaron satisfactoriamente de cómo protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual usando preservativo y revisar, el 30% contestó únicamente usando preservativo, el 16% solamente revisar, el 10% de las trabajadoras desconocían el tema.

CUADRO No 13

Distribución de la respuesta a la pregunta ¿Quién cree usted que debe examinarse regularmente con el médico el hombre o la mujer para evitar enfermedades de transmisión sexual?. De las trabajadoras del sexo, en el Centro de Salud de Mazatenango durante los meses de noviembre-diciembre de 1995.

Respuestas	Número	%
Ambos	53	53.00
Mujer	25	25.00
Hombre	15	15.00
No sé	7	7.00
Total	100	100.00

Fuente: Entrevista realizada a mujeres trabajadoras del sexo.

De 100 casos estudiados 53% de las trabajadoras del sexo respondieron que tanto hombre y mujer deben examinarse con el médico para evitar enfermedades de transmisión sexual, el 25% respondió que sólo la mujer debe examinarse por tener muchas relaciones con diferentes hombres, el 15% respondió que el hombre es el que debe examinarse y el 7% dijeron no tener conocimiento sobre el tema.

CUADRO No. 14

Distribución de la respuesta a la pregunta ¿Dónde obtiene información sobre enfermedades de transmisión sexual?, De las trabajadoras del sexo, en el Centro de Salud de Mazatenango durante los meses de noviembre-diciembre de 1995.

Respuesta	Número	%
Centro de Salud/Clinicas Médicas	55	55.00
Amigas	36	36.00
Revistas	6	6.00
No sé	3	3.00
Total	100	100.00

Fuente: Entrevista realizada a mujeres trabajadoras del sexo.

La mayoría de mujeres trabajadoras del sexo obtienen información en el Centro de Salud representando 55% de 100 mujeres evaluadas, el 36% obtienen información con amigas siendo un dato no confiable por el conocimiento errado de ellas; revistas representó el 6% y el 3% indicó no tener información sobre el tema.

CUADRO No. 15

Distribución de la respuesta a la pregunta ¿Con quién hablaría usted, si tuviera dudas sobre enfermedades de transmisión sexual?. De las trabajadoras del sexo, en Centro de Salud de Mazatenango, durante los meses de noviembre-diciembre de 1995.

Respuesta	Número	%
Doctor/enfermero (a)	82	82.00
Amigas	15	15.00
No sé	3	3.00
Total	100	100.00

Fuente: Entrevista realizada a mujeres trabajadoras del sexo.

De 100 mujeres evaluadas el 82% saben a quien acudir en caso de tener dudas sobre enfermedades de transmisión sexual. Las que acuden dónde amigas representan el 15%, y el 3% desconocen dónde acudir en caso de presentar alguna molestia.

CUADRO No. 18

Distribución de la respuesta a la pregunta ¿Cómo reconocería si padeciera de enfermedad de transmisión sexual?. De las trabajadoras del sexo, en Centro de Salud de Mazatenango, durante los meses de noviembre-diciembre de 1995.

Respuesta	Número	%
No sé	65	65.00
Ardor, dolor, picazón	35	35.00
Total	100	100.00

Fuente: Centro de Salud de Mazatenango.

Las mujeres trabajadoras del sexo a pesar de conocer algunas enfermedades de transmisión sexual no pueden aplicar su conocimiento para reconocer una enfermedad, representando 65% de 100 casos estudiados y 35% sí pueden reconocerla en caso de presentarse por la sintomatología.

CONCLUSIONES

1. La Enfermedad de Transmisión Sexual más frecuentemente involucrada en la producción de lesiones en cavidad bucal, en una muestra de 100 mujeres trabajadoras del sexo que asistieron a profilaxia sexual del centro de salud de Mazatenango, durante los meses de noviembre a diciembre de 1995, fué Herpes con 22 casos, afectando principalmente: Lengua (45.45%) y labios (36.36%).
2. La edad más afectada por lesiones asociadas a Enfermedades de Transmisión Sexual, fue la comprendida entre los 20-24 años con 54.55%, donde menos lesiones se observaron fue en edad más avanzada 35-39 años con 4.54%.
3. La presencia de lesión es más frecuente en trabajadoras que tienen de 6-8 años de ejercer la profesión representando el 40%, las que tienen de 3-5 años representa 30%; y las de 0-2 años el 17%. Observándose aparentemente que el porcentaje aumenta conforme aumenta el tiempo de ejercicio de la profesión.
4. La presencia de lesiones en cavidad bucal según el número de relaciones al día fue de 24% para las pacientes que practican de 1-3 relaciones al día; las que tienen práctica sexual más de 6 veces al día represento el 20%, y las trabajadoras que tuvieron 4-6 relaciones diarias representó el 19%.

5. No se encontró presencia de lesión en cavidad bucal asociada a práctica orogenital.

6. Al evaluar el grado de conocimiento de las trabajadoras del sexo, se determinó que el 69% de la muestra tiene buen conocimiento acerca de las ETS, el 20% tuvo conocimiento regular y el 11% no tienen conocimiento sobre ETS.

RECOMENDACIONES

1. Hacer estudios posteriores de las lesiones en cavidad bucal asociadas a ETS, en distintas regiones del interior del país que incluyan poblaciones de riesgo (drogadictos, homosexuales); así como a médicos, odontólogos, estudiantes y personal auxiliar debido a la progresión y transmisión de las mismas.
2. Promover campañas educativas sobre las ETS y sus manifestaciones en cavidad bucal en los diferentes centros de salud con programas de profilaxia sexual, en la república de Guatemala, como medio de prevención.
3. Difundir lineamientos, conductas y conocimientos de ética profesional al odontólogo respecto a pacientes con manifestaciones infecciosas en cavidad bucal.

BIBLIOGRAFIA

1. Burnett, G.W. Manual de microbiología y enfermedades infecciosas de la boca. México, Limusa, 1987. V.3. pp.533-535, 666-676.
2. Burnett, G.W. Manual de microbiología y enfermedades infecciosas de la boca. México, Limusa, 1987. V.4. pp.7323-733, 828, 837-838.
3. Centers for Disease Control. USA. Precaution for health care workers . 1986. pp.1-42.
4. Centers for Disease Control. USA. Recommended infection control practices for dentistry. 1986.pp.1-8.
5. Consejo Nacional Para el Control y Prevención del SIDA(CONASIDA). El odontólogo frente al SIDA. México, Pangea Editorial, 1989. pp.1-167.
6. El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. Sava ed. Barcelona, España, Doyma, 1989.
7. Greenspan, D y J. GREENSPAN. Manifestaciones bucales de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. en: D'Ambrosio. Diagnóstico bucal II. México, Interamericana, 1993. pp. 19-27 (Clínica Odontológica de Norteamérica v.37, No.1).
8. Guerrero Mendoza, V.S. Lesiones bucales asociadas a enfermedades de transmisión sexual, en trabajadoras del sexo que acuden al dispensario municipal de la zona 3, de la Ciudad de Guatemala. Tesis. (Cirujano Dentista) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1995.
9. Jawetz, E. Microbiología médica. 13a. ed. México, El Manual Moderno, 1990. pp. 227, 292-293, 424-425.
10. Mc. Carthy, P.L. Enfermedades de la mucosa bucal. 2a. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1985. pp. 97, 103-107, 155, 2554.
11. Miller, C.S. y Redding, S.W. Diagnóstico y tratamiento de infecciones bucofaciales por virus del herpes simple. en: D'Ambrosio. Tema sobre Diagnóstico bucal I. México, Interamericana, 1992. pp. 893-905 (Clínica Odontológica de Norteamérica v.36, No.4).



PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

12. Roos, P. Microbiología bucal y clínica. México, Científica, 1987. p. 107.
13. Robbins, S.L. y Cotran, R.S. Patología estructural y Funcional. 3a. ed. México, Interamericana, 1988. pp. 19-27, 240, 338-339, 293-294, 1274.
14. Shafer, W.G. Tratado de patología bucal. 4a. ed. México, Nueva Editorial Interamericana, 1986. pp. 361, 371, 387-388, 541-551.
15. World Health organization, Epidemiology of sexually transmitted diseases. Bull W.H.O. 68(5):1-3, 93.

Vo. Bo.
Pouydeford



ANEXOS

ANEXO # 1

INSTRUMENTO PARA REGISTRO DE DATOS

Nombre: _____ No. _____

Edad: _____ Lugar de Origen: _____

Lugar de Residencia: _____

¿Ha trabajado en otro departamento/país? _____

¿Cuántas veces al día tiene relaciones sexuales? _____

¿Cuánto tiempo tiene de ser trabajadora del sexo? _____ Años _____

Meses _____ Días _____

¿Practica relaciones orogenitales? SI _____ NO _____

Practica relaciones vaginogenitales? SI _____ NO _____

Practica relaciones anogenitales? SI _____ NO _____

Presencia de lesión en cavidad bucal: SI _____ NO _____

Descripción de la lesión bucal:

Aspecto:

Localización:

Forma:

Bordes:

Tamaño:

Base:

Color:

Superficie:

Historia y evolución de la lesión:

Prueba de laboratorio:

Diagnóstico diferencial:

Corroboración de laboratorio:

ANEXO #2

INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA FICHA

El documento recolector de datos fue llenado por el investigador de la siguiente forma:

1. **Iniciales:** Se anotaron iniciales del nombre o pseudónimo de la trabajadora del sexo
2. **Número:** Se anotaron en números arábigos en orden creciente conforme se examinaron las trabajadoras del sexo.
3. **Edad:** Se anotaron los años cumplidos indicados por la trabajadora del sexo.
4. **Lugar de origen:** Se anotó el lugar de nacimiento que indico la trabajadora del sexo.
5. **Lugar de residencia:** Se anotó el lugar de habitación de la trabajadora del sexo, que tenga en el momento de realizar el trabajo de campo.
6. **Ha trabajado en otro departamento/país?:** Se anotó si la trabajadora del sexo migra o no migra.
7. **Cuántas veces al día tiene relaciones sexuales?** Se anotó con números arábigos la cantidad de veces que realizo el acto sexual la trabajadora del sexo al día.
8. **Cuánto tiempo tiene de ser trabajadora del sexo?:** Se anotó el tiempo transcurrido en años, meses o días de ejercer la prostitución con números arábigos.
9. **Práctica relaciones orogenitales?** Se indicó con una equis (X) en la casilla correspondiente.

10. **Práctica relaciones vaginogenitales?** Se indicó con una equis (X) en la casilla correspondiente.
11. **Práctica relaciones anogenitales?** Se indicó con una equis (X) en la casilla correspondiente.
12. **Presencia de Lesión en cavidad bucal:** Se anotó con una equis (X) en la casilla correspondiente.
13. **Descripción de la lesión:** Se describió la lesión en base a los criterios del Area de Diagnóstico de la Facultad de Odontología de la USAC. (ver anexo # 6)
14. **Prueba de laboratorio:** Se prescribió la prueba de laboratorio que a criterio del investigador fuera necesario para corroborar o descartar la impresión clínica de la lesión.
15. **Diagnóstico diferencial:** Se anotó el nombre de la lesión bucal asociada a ETS que por impresión clínica e historia médica crea el investigador que se trate.
16. **Historia y evolución de la lesión:** Se anotó lo referido por la trabajadora del sexo sobre cómo y cuándo surgió la lesión y cuanto tiempo ha transcurrido.
17. **Corroboración de Laboratorio:** En este apartado se anotó el resultado de la prueba de laboratorio dando el diagnóstico definitivo de la lesión.

ANEXO #3

CONSENTIMIENTO ESCRITO

Yo, declaro libre y voluntariamente que acepto participar en la investigación "Frecuencia de lesiones en cavidad bucal, asociada a enfermedades de transmisión sexual (ETS) en trabajadoras del sexo que son atendidos en el Centro de Salud de Mazatenango, durante los meses de Noviembre a Diciembre de 1995; y autorizo al estudiante Norma Yanira Barahona Lemus, a que me realice un examen completo y minucioso de la cavidad bucal y realice estudios de laboratorio pertinentes.

Estoy informada de los objetivos, procedimientos y estudios que serán utilizadas para los fines de esta investigación y he sido informada de las consecuencias del examen.

Se me ha informado que los resultado de los estudios son confidenciales.

Es de mi conocimiento que en caso de que mi respuesta fuera negativa, la atención que recibo como paciente de esta institución no se verá afectada.

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma: _____

ANEXO #4

EVALUACION DEL CONOCIMIENTO SOBRE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION
SEXUAL EN MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO.

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES: Llene el presente cuestionario con letra de molde de acuerdo a lo que usted conoce sobre las preguntas que a continuación leerá.

1. ¿Sabe usted qué son las enfermedades de transmisión sexual?

2. ¿Cuáles Enfermedades de transmisión sexual conoce?

3. ¿Cómo cree usted que se contagian las Enfermedades de transmisión sexual?

4. ¿Sabe cómo protegerse contra las Enfermedades de transmisión sexual?

5. ¿Quién cree usted que debe examinarse regularmente con el médico el hombre o la mujer para evitar enfermedades de transmisión sexual?

6. ¿Dónde obtiene información sobre Enfermedades de transmisión sexual?

7. ¿Con quién hablaría usted si tuviera preguntas o dudas sobre Enfermedades de transmisión sexual?

8. ¿Cómo reconocería si padeciera de Enfermedades de transmisión sexual?

Gracias por colaborar

ANEXO #5

UNIFICACION DE CRITERIOS

Debido a que el presente estudio se llevó a cabo en cuatro departamentos distintos del país, por cuatro distintos investigadores se vió la necesidad de unificar y crear un único y solo criterio para la identificación de lesiones y/o manifestaciones en cavidad bucal. A la vez es indispensable que los cuatro investigadores pudieran realizar la toma de muestras para las distintas pruebas de laboratorio de la misma manera. Es por eso que se solicitó la ayuda y asesoría del Dr. Miguel Arriaga para que se llevara a cabo la misma.

Se propuso la unificación de criterios fuera llevada a cabo de la siguiente manera:

1. Se propuso referencias bibliográficas con las cuales los distintos investigadores realizaron un estudio preliminar de la ETS y de las posibles manifestaciones que estas pueden desarrollar en cavidad bucal.
2. Se impartieron clases teóricas por el Dr. Miguel Arriaga, con auxiliares audiovisuales tipo slides y transparencias.
3. Se realizo un laboratorio de unificación de criterios en el cual a criterio del Dr. Miguel Arriaga evaluó a los investigadores de forma escrita y/u oral. También se procedió a capacitar a cada investigador a tomar; frotos, biopsias, toma de sangre para la realización de las pruebas de laboratorio específicas para ETS.

A través de esta unificación de criterios, se pretendió asegurar que los cuatro investigadores individual y colectivamente estuvieron en la capacidad de describir las mismas manifestaciones bucales en cada paciente de cada una de las cuatro distintas regiones a investigar.

ANEXO #6

GUÍA PARA LA DESCRIPCIÓN DE ALTERACIONES
DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO

Cada lesión tiene características propias y en consecuencia su descripción es específica; esta guía es un formato básico cuya aplicación puede variar según el caso.

1. **Alteraciones de los tejidos blandos que se descubren al examen clínico (inspección y palpación).** para la descripción se procede de la forma siguiente:
 - 1.1 **Apariencia principal:** Anotar el aspecto predominante en la alteración, de preferencia con el nombre de una lesión básica. Si lo anterior no es posible, utilizar un método descriptivo como: crecimiento, asimetría, área eritematosa de presión.
 - 1.2 **Forma o contorno:** Indicar la configuración principal de la alteración, con el término más apropiado, de preferencia el de una figura geométrica como: circular, elíptica, esferoidal, ovoidal. Si lo anterior no es dable emplear un término descriptivo como: lobulada, nodular, concavidad. Algunas alteraciones están situadas de tal forma que parte de ellas es superficial y el resto es profunda en este

caso, se describen ambos aspectos haciendo notar su ubicación.

- 1.3 **Tamaño:** Anotar las dimensiones de la lesión utilizando el sistema métrico. Cuando es posible, se deben indicar las medidas de sus dos ejes o planos principales.
- 1.4 **Base:** Cuando la lesión es elevada indicar si la base es sésil o pediculada; y cuando es plana, si la base es infiltrada o indurada.
- 1.5 **Color:** Anotar si la coloración es igual, más intensa o más pálida que la correspondiente a la mucosa o piel vecinas; o bien, el color predominante. Cuando se observa más de un color debe hacerse notar, describiendo la forma como se disponen o se combinan. En lesiones como úlceras, fisuras, grietas, pozos, y otras, no se describe el color.
- 1.6 **Bordes:** Cuando la lesión es plana o cuando se trata de una solución de continuidad, describir los bordes, anotando si estos son, definidos, regulares, sinuosos, elevados, cortados a pico.

- 1.7 **Superficie:** Anotar la apariencia principal de la superficie de la lesión, como: granular, papilar, nodular, verrucoide, erosiva u otra. En algunas lesiones, las superficie varía de un área a otra, en estos casos deben indicarse las variaciones y la forma como están dispuestos en úlceras, grietas, surcos, erosiones, depresiones, se describe el fondo en vez de la superficie.
- 1.8 **Localización:** Anotar la ubicación de la alteración y los tejidos y los órganos directamente afectados. Debe indicarse con precisión las áreas anatómicas que ocupan, la posición de sus límites y el nombre de los tejidos u órganos que afecta.
- 1.9 **Consistencia:** Indicar la consistencia de la lesión, en términos precisos como: blanda, firme, dura, fluctuante, remitente, crepitante u otra.
- 1.10 **Movilidad:** Anotar si la lesión se mueve libremente o bien si está adherida a los tejidos circundantes y en este caso, precisar los planos de fijación.
- 1.11 **Síntomas:** Indicar si la lesión es dolorosa, especificando las características del dolor; o bien si se presenta otro síntoma discernible.

1.12 **Exudados o secreciones:** Anotar si se observa exudado o secreción especificando el tipo, o bien si se nota tendencia hemorrágica.

ANEXO # 7

PRECAUCIONES UNIVERSALES

I. Precauciones universales para Odontología:

a) Elaborar una historia clínica que debe incluir la historia médica anterior, exploración física que debe buscar linfadenopatía cervical, lesiones ulcerativas, nodulares, crecimientos y lesiones características asociadas a enfermedades infecciosas.

b) La sangre, saliva y fluido gingival de todos los pacientes deberán considerarse infectantes.

c) Usar guantes durante el contacto con membranas orales, todos los miembros del equipo dental deben de usar mascarillas, gafas protectoras durante los procedimientos. Usar eyectores desechables y disminuir la generación de aerosoles y salpicaduras.

d) Las piezas de mano deben esterilizarse antes y después de cada paciente, si no es posible, al menos enjuagarlas y limpiar la superficie externa con un germicida adecuado. Los mismos debe hacerse con puntas de cavitron, jeringa triple, fresas, etc.

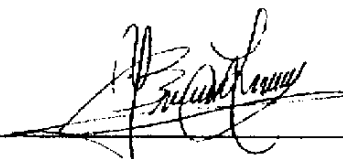
e) La sangre y la saliva debe removerse de todos los materiales empleados en la boca, materiales de impresión e instrumental utilizado intraoralmente.

f) Esterilizar las fresas de diamante en germicida y secarlas, las de carburo deben descartarse y evitar su uso repetido. Las limas de endodoncia reciben el mismo trato.

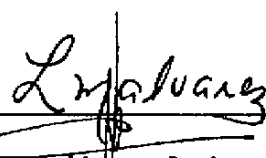
g) Los mangos de lámparas dentales, cabezas de rayos x, sillones dentales deberán ser cubiertos con un cobertor plástico desechable.

h) Lavar las manos antes y después de cada trabajo con jabón o solución antiséptica.


i) Utilizar material y equipo desechable.

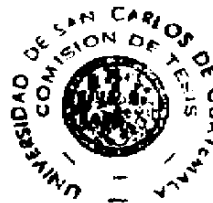

O.P Norma Yanira Barahona Lemus


SUSTENTANTE


DR. Luis Manuel Angel Alvarez Segura

ASESOR


Dr. Servio Interiano Cario
COMISION DE TESIS




Dr. Miguel Arriaga Franco
COMISION DE TESIS

IMPRIMASE:


Dr. Carlos Alvarado Cerezo
SECRETARIO

