

**LESIONES BUCALES ASOCIADAS A ENFERMEDADES
DE TRANSMISION SEXUAL
EN TRABAJADORAS DEL SEXO QUE ACUDEN
AL DISPENSARIO MUNICIPAL No.3
DE LA CIUDAD DE GUATEMALA**



CIRUJANO DENTISTA

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

GUATEMALA, JUNIO DE 1995

09
7 (1205)
c.4

**JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

| | |
|----------------|------------------------------------|
| Decano: | Dr. Jorge Martínez Solares |
| Vocal Primero: | Dr. Eduardo Abril Gálvez |
| Vocal Segundo: | Dr. Angel Rodolfo Soto Galindo |
| Vocal Tercero: | Dr. Víctor Manuel Campollo Zavala |
| Vocal Cuarto: | Br. Alejandro Manuel Palomo Cortéz |
| Vocal Quinto: | Br. Sergio Estuardo Juárez Paiz |
| Secretario: | Dr. Manuel Andrade Bourdet |

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

| | |
|----------------|--------------------------------|
| Decano: | Dr. Jorge Martínez Solares |
| Vocal Primero | Dr. Eduardo Abril Gálvez |
| Vocal Segundo | Dr. Luis Manuel Alvarez Segura |
| Vocal Tercero: | Dr. Miguel Arriaga Franco |
| Secretario: | Dr. Manuel Andrade Bourdet |

DEDICO ESTE ACTO

A DIOS

A MIS PADRES

**José Roberto Guerrero y
Josefina Mendoza de
Guerrero por sus constantes
ejemplos y generosidad infinita**

A MIS HERMANOS

Especialmente a Rosa María

CON APRECIO A

**Joaquín Diéguez Jiménez y
María Alicia Solano de
Diéguez infinitas gracias por su
apoyo**

ESPECIALMENTE A

**Ana Guadalupe Catalina
Diéguez Solano por su apoyo sin
límites**

A

Magín Beteta Barillas

DEDICO ESTA TESIS

A GUATEMALA

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

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

A MIS CATEDRATICOS E INSTRUCTORES

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS ESTUDIANTES

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado:

**LESIONES BUCALES ASOCIADAS A ENFERMEDADES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL EN TRABAJADORAS DEL
SEXO QUE ACUDEN AL DISPENSARIO
MUNICIPAL NO. 3 DE LA CIUDAD DE
GUATEMALA**

Conforme lo demandan los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de *Cirujano Dentista*.

Quiero manifestar mi agradecimiento a mi asesor, Dr. Luis Manuel Alvarez Segura y al Dr. Edwin R. Solórzano, porque sin su valiosa ayuda no hubiera sido posible la realización del presente trabajo de investigación.

Y a ustedes distinguidos miembros de este honorable tribunal examinador, acepten mi más alta muestra de consideración y respeto.

INDICE

| | Página No. |
|---|------------|
| SUMARIO | 1 |
| INTRODUCCION | 3 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 4 |
| JUSTIFICACION | 5 |
| MARCO TEORICO | 6 |
| OBJETIVOS | 31 |
| INDICADORES DE LAS VARIABLES | 32 |
| DEFINICIONES OPERACIONALES DE LAS VARIABLES | 35 |
| METODOLOGIA | 37 |
| PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 47 |
| CONCLUSIONES | 56 |
| RECOMENDACIONES | 57 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 59 |
| ANEXOS | 60 |

SUMARIO

En Guatemala como en otros países del mundo, se ha reconocido la importancia de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). (5)

Esta investigación se llevó a cabo en la Clínica de ETS del Dispensario Municipal No. 3 de la Ciudad de Guatemala, con la participación voluntaria de 120 personas que se sometieron a un examen clínico de la cavidad bucal. Teniendo como objetivo determinar la presencia de manifestaciones bucales asociadas a enfermedades de transmisión sexual en trabajadoras del sexo; las ETS más frecuentes y las regiones anatómicas de la cavidad bucal afectadas por ETS.

Esta investigación aportará datos importantes para el personal de salud, médicos y odontólogos que servirán como base para futuras investigaciones en el área de Patología Bucal y Salud Pública.

La edad de los sujetos de estudio estuvo comprendida entre los 15 y 39 años, el grupo etario mayoritario estuvo comprendido en un 44.16% en el rango entre 20 a 24 años.

En cuanto al examen clínico de la cavidad bucal, se encontró que existen lesiones bucales asociadas a enfermedades de transmisión sexual en un 8.33% del total de examinadas, siendo las de tipo nodular las más frecuentes con 5.83% diagnosticadas como verrugas; y las de tipo ulcerativo con 2.5% diagnosticadas como herpes.

Las ETS aparecieron en mayor porcentaje en la población más joven de 20 a 24 años.

Las regiones anatómicas de la cavidad bucal afectadas por ETS son:
en mayor porcentaje los carrillos, principalmente el carrillo
derecho, paladar, lengua y labios.

INTRODUCCION

"En la actualidad, las enfermedades de transmisión sexual (ETS); constituyen el grupo más frecuente de enfermedades infecciosas de declaración obligatoria en la mayor parte de los países, especialmente en personas entre 15 y 50 años de edad. Su control es importante teniendo en cuenta la elevada incidencia de infecciones agudas, complicaciones y secuelas, así como su impacto socio-económico y el papel que desempeñan en la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana (VHI)." (6)

En las personas de alto riesgo de contaminación, como lo son las trabajadoras del sexo; es posible determinar la presencia de lesiones bucales asociadas a enfermedades de transmisión sexual en la cavidad bucal, con el fin de obtener datos de gran utilidad para los Profesionales de Medicina y Odontología que en algún momento de su práctica profesional podrán tener un paciente con enfermedades de transmisión sexual y que se podrían manifestar en la cavidad bucal. Actualmente, no existen estudios que determinen la presencia de lesiones bucales asociadas a enfermedades de transmisión sexual; razón por la que se llevó a cabo el presente estudio descriptivo en trabajadoras del sexo que acudieron al Dispensario Municipal No. 3 de la ciudad de Guatemala; que estuvieron dispuestas a colaborar voluntaria y anónimamente al examen de la cavidad bucal así como a los exámenes de laboratorio que se necesitaron realizar en la investigación de campo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los programas de control de las enfermedades de transmisión sexual han ocupado y continuarán ocupando importancia dentro del marco de la Salud Pública, por ser éstas endémicas y de alta peligrosidad para contaminar grupos dispersos de la población. (6)

Los cambios de conducta sexual que se han producido han contribuido al aumento de enfermedades de transmisión sexual, por lo que constituye un riesgo de contaminación de una mujer trabajadora del sexo hacia un individuo y de éste a su pareja como también podría ser de éstos al Odontólogo o al Personal de Salud por manejo o tratamiento de rutina. (6)

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen el grupo más frecuente de enfermedades infecciosas en la mayor parte de países, especialmente en personas jóvenes. Su control es importante teniendo en cuenta la elevada incidencia de infecciones agudas. (6)

Esta investigación estableció la presencia de lesiones en la cavidad bucal asociadas a enfermedades de transmisión sexual en un grupo de personas trabajadoras del sexo.

JUSTIFICACION

Anteriormente a este estudio, no existían estudios que determinaran la presencia de lesiones bucales asociadas a enfermedades de transmisión sexual, por lo que fue necesario establecer en un grupo de mujeres trabajadoras del sexo (MTS) las manifestaciones bucales que se podrían presentar por ETS.

Sabiendo que la vía de transmisión de las ETS es por contacto directo fue imperativo realizar investigaciones en personas expuestas a enfermedades de transmisión sexual en la cavidad bucal.

Esta investigación aportará datos importantes para el Personal de Salud, Médicos y Odontólogos que servirán como base para futuras investigaciones en el área de Patología Bucal y Salud Pública.

MARCO TEORICO

LESIONES BUCALES ASOCIADAS A ETS

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), son un grupo de enfermedades transmisibles que se adquieren fundamentalmente por contacto sexual. En la actualidad, conforman el grupo más frecuente de enfermedades infecciosas de declaración obligatoria en la mayor parte de los países. A pesar de ciertas fluctuaciones, su incidencia sigue siendo inaceptablemente elevada se conocen más de veinte microorganismos patógenos que se transmiten por contacto sexual. "La lista de complicaciones y secuelas tardías asociadas a las ETS ha aumentado de forma considerable, porque muchas de las insospechadas anteriormente son evidentes en la actualidad. Las ETS son de alta prevalencia en muchos países en desarrollo, incluidas sus zonas rurales, donde las instalaciones para el diagnóstico y tratamiento muchas veces son inadecuados." (6)

"En Guatemala, se tiene una prevalencia alta de enfermedades de transmisión sexual. En un estudio realizado en trescientos trabajadores pertenecientes al sector industrial se estableció que el 90% había padecido de algún tipo de ETS. Siendo las más frecuentes gonorrea, herpes genital, chancro, papilomatosis, siendo las de tipo ulcerativo coadyuvantes en la infección por VIH demostrado en los casos de seropositividad. Esto confirma la alta incidencia en el medio de ETS desempeñando un papel importante en el aumento de la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana VHI." (5)

1.1. Sífilis. "Es una enfermedad infecciosa que tiene siglos de antigüedad y presenta aspectos clínicos que cambian fácilmente. En años recientes, con el advenimiento de los antibióticos, y otras medidas de control epidemiológicas, su incidencia se redujo enormemente. Sin embargo, en las últimas tres décadas, hubo un surgimiento asombroso en la incidencia de la enfermedad. La Sífilis es causada por una espiroqueta: *Treponema Pallidum*. Esta es una forma espiral móvil que se puede mostrar mejor al microscopio de campo oscuro. Se clasifica la sífilis como congénita o adquirida.

Sífilis adquirida: Se contrae principalmente como una enfermedad venérea después del contacto sexual con una pareja infectada, aunque muchos casos se han adquirido de otra manera, por ejemplo, los dentistas que trabajan con pacientes infectados y pasan por una etapa contagiosa. La enfermedad, si no se trata, manifiesta tres etapas distintivas a través de su curso, de manera que es costumbre hablar de lesiones primarias, secundarias o terciarias de la sífilis adquirida.

La etapa primaria de la lesión. Se desarrolla en el sitio de la inoculación aproximadamente tres semanas después del contacto con la infección. Esta lesión el chancro, con más frecuencia se presenta en el pene y en la vulva o en el cuello uterino. En años recientes hubo al parecer un aumento en la frecuencia de la sífilis extragenital, como resultado de un incremento en la actividad bucogenital y al aumentar el contacto entre dos varones homosexuales infectados. Esto tiene interés particular para el

dentista debido a las lesiones que se presentan en labios, lengua, paladar, encía y amígdalas". (2)

El chancro intrabucal, es una lesión ulcerada cubierta por una membrana blanca grisácea, la cual es dolorosa debido a una infección secundaria. Es altamente infeccioso, por ende, las lesiones contaminadas por saliva son a su vez contaminantes.

La etapa secundaria o metastática. Por lo regular comienza alrededor de las seis semanas después de la lesión primaria, y se caracteriza por erupciones difusas de la piel y de las mucosas. En la piel, las lesiones tienen una multiplicidad de formas, pero en ninguna aparecen como máculas o pápulas. Las lesiones bucales, llamadas placas mucosas, por lo regular son múltiples, no dolorosas de color blanco grisáceo, y están cubiertas por una superficie ulcerada, se presentan con más frecuencia, en la lengua, encía o mucosa bucal. A menudo presentan una forma irregular u ovoide, y están rodeadas por una zona eritematosa. Las placas mucosas también son altamente infecciosas, ya que contienen numerosos microorganismos. En la etapa secundaria, la reacción serológica siempre es positiva. Las lesiones en esta etapa sufren una remisión espontánea en un lapso de pocas semanas, pero las exacerbaciones continúan por meses o por varios años." (2)

En un estudio realizado en Guatemala se encontró una incidencia del 2% , lo cual se puede relacionar con la desorganización en los programas Materno Infantil y la falta de control epidemiológico para detectar la sífilis congénita" (3)

La etapa terciaria o sífilis tardía. "Por lo regular no aparecen

durante varios años y afectan principalmente los sistemas cardiovascular y nervioso central, así como a ciertos tejidos y órganos. La sífilis tardía no es infecciosa. El goma es la lesión terciaria principal que se presenta principalmente en piel, mucosas hígado, testículo, hueso y boca, consiste en un proceso granulomatoso focal con necrosis central. La lesión varía de tamaño desde un milímetro o menos hasta varios centímetros de diámetro." (2)

"El goma intrabucal muchas veces afecta la lengua y el paladar. En cualquier caso, la lesión aparece como una masa nodular firme en el tejido, que subsecuentemente se ulcera, en el caso de las lesiones del paladar causa perforación al separarse la masa necrótica del tejido. Esto con frecuencia se presente después de administrar un tratamiento intensivo con antibióticos, lo cual es una reacción Herxheimer.

Sífilis Congénita. Es transmitida a los descendientes sólo por una madre infectada y no se hereda. Después de la décimo octava semana de la gestación, cuando la capa de células de Langhans de la placenta primaria se ha atrofiado el T. PALLIDUM puede cruzar la placenta para infectar al feto, causando así sífilis congénita. El embarazo que tiene lugar mientras la mujer está en etapa primaria o secundaria de la sífilis, muchas veces termina en aborto. Los frutos del embarazo que ocurre en etapas tardías pueden presentar algún aspecto de trastornos clínicos que van desde sífilis congénita fulminante hasta ausencia de infección. Los signos y síntomas de sífilis congénita se dividen

arbitrariamente en manifestaciones tempranas que aparecen en los dos primeros años de la vida, y manifestaciones tardías que aparecen después." (2)

Sífilis Congénita Temprana. "Los datos anormales físicos y de laboratorio son diversos e imprevisibles. Los cambios óseos son mucho más probables después del primer mes de la vida que al tiempo de nacer la criatura, por lo tanto, los cambios radiológicos tienen gran valor para el diagnóstico, éstos son osteocondritis y periostitis, que curan espontáneamente en los seis primeros meses incluso en ausencia de terapéutica específica. La rinitis, o coriza, probablemente señale el comienzo de la sífilis congénita. Suele aparecer en la primera semana de la vida, rara vez después del tercer mes. El catarro nasal es más intenso y dura más que el de un resfrío común; frecuentemente es sanguinolento y se acompaña de laringitis. El exantema sífilítico suele aparecer una semana o dos después de la rinitis. La erupción típica es maculopapulosa, a base de pequeñas manchas de color rojo obscuro. Fisuras y Placas Mucosas, éstas no se observan muchas veces, pero son muy características de la sífilis congénita. *Las fisuras se presentan a nivel de labios, ventanas nasales y ano.* sangran fácilmente y curan sin dejar cicatriz. *Un gran cúmulo de cicatrices radiadas alrededor de la boca se denomina RAGADE.* Las placas mucosas pueden descubrirse en cualquier mucosa, especialmente de boca y genitales. Los condilomas son lesiones elevadas húmedas, que aparecen en zonas de la piel donde hay humedad o fricción. También habrán manifestaciones generales como fiebre, el recuento de glóbulos

puede demostrar una reacción leucemoide, y la fórmula manifestar muchos mielocitos y metamielocitos el líquido cefaloraquídeo puede tener aumento de la proteína compleocitosis y en ocasiones una reacción VDRL positiva; en los lactantes sífilíticos hay cambios ectodérmicos que incluyen supuración y exfoliación de uñas, pérdida de pelo y cejas." (3)

Hipoplasia del Esmalte causada por sífilis congénita. "Esta presenta ciertas características casi patognomónicas lesionando a los incisivos y primeros molares maxilares como también en mandibulares, los dientes anteriores algunas veces son llamados "dientes de Hutchinson" y los molares "molares en mora" (molares de Moon, molares de Fournier).

El incisivo central superior tiene forma de desatornillador rematando en punta las superficies mesial y distal de la corona y convergiendo hacia el borde incisal del diente y no hacia el borde cervical. Además el borde incisal tiene una muesca. Los incisivos centrales y laterales mandibulares pueden estar afectados de manera similar y el incisivo lateral maxilar estar normal, la causa de que remate en la punta y de que haya muesca en el incisivo maxilar se explica en base a la falta de un tubérculo central o del centro de calcificación. Las coronas de los primeros molares son irregulares y el esmalte de la superficie oclusal, y el tercio oclusal del diente aparecen como una masa aglomerada de glóbulos. La corona es más angosta en la superficie incisal que en el borde cervical. También han aparecido estas lesiones en pacientes sin antecedentes de sífilis". (2)

Sífilis Congénita Tardía. Las manifestaciones tardías de la sífilis congénita incluyen participación de dientes, ojos, huesos y octavo par, gomas en las vísceras o en mucosas y neurosífilis.

Dientes de HUTCHINSON. Los cambios característicos se observan en los incisivos centrales superiores permanentes que presentan muescas en los bordes de mordedura. Los rayos X facilitan el diagnóstico, mientras hay los dientes deciduos. Molares en forma de mora. Los primeros molares muestran desarrollo inadecuado de las cúspides.

Queratitis Intersticial. Es la lesión tardía más frecuente, puede aparecer a cualquier edad entre los 4 y los 30 años, o más tarde, pero de manera característica cuando el paciente está cerca de la pubertad. Puede aparecer un aspecto de vidrio deslustrado en la córnea, acompañado de vascularización de la esclerótica vecina. Estos cambios son bilaterales y acaban en ceguera.

Neurosífilis. La parálisis general es más frecuente en la tabes dorsal, menos frecuente en la forma congénita que en la forma adquirida de la enfermedad. Puede haber sordera del octavo par y la pérdida de la audición suele ser brusca y aparece alrededor de los ocho a diez años.

Cambios Oseos. Estos incluyen las lesiones esclerosantes de tibia de sable, las prominencias frontales, y la lesión gomatosas o destructiva denominada nariz en silla de montar. La perforación del paladar duro es casi patognomónica de sífilis congénita.

Lesiones Cutáneas. Las ragades representan cicatrices resultantes de la rinitis persistente durante la infancia.

Técnicas de laboratorio para el diagnóstico de la sífilis. Examen de campo obscuro: el diagnóstico seguro de sífilis sólo puede efectuarse con examen positivo de campo obscuro. Esto significa estudiar con el microscopio el exudado de una lesión o de un exantema sospechoso de sífilis; éste nos da un gran resultado durante la sífilis primaria, secundaria, congénita temprana o infecciosa con recaídas; las muestras para el examen pueden incluir líquido seroso y deben estar libres de glóbulos rojos, restos celulares u otros organismos. Hay que utilizar solución fisiológica salina; empleando técnica estéril llevando guantes para examinar la lesión.

Pruebas Serológicas. El diagnóstico emplea dos tipos generales de pruebas: no treponémicas y treponémicas. Las no treponémicas miden un anticuerpo inespecífico llamado reagina. La reagina aparece en la sangre una a tres semanas después de presentarse el chancro y se cree que ésta se forma en el huésped infectado en respuesta a la sustancia lipóide existente en el T. PALLIDUM. Las pruebas no treponémicas son básicamente de dos tipos; difieren únicamente acerca de cómo se descubre el complejo de antígeno-anticuerpo: por floculación o por fijación del complemento. Las pruebas de floculación incluyen la de VDRL y la RPR que se efectúa en un círculo de cartón. Estas dos pruebas son muy útiles siempre que se someten a ensayos gran número de suero. Con tratamiento adecuado el título de VDRL, debe volverse no reactivo en plazo de seis a doce meses después de la sífilis primaria y doce a dieciocho meses después del tratamiento de la

sífilis secundaria. La prueba treponémica estándar actualmente utilizada es la FTA-ABS que descubre anticuerpos específicos con T. PALLIDUM. Los resultados de esta prueba suelen señalarse así: no reactivo, en valores límites, y reactivos. Los valores límites con esta prueba no excluyen la presencia ni la ausencia de sífilis, y obligan a repetir el análisis. El antígeno utilizado en esta prueba es T. PALLIDUM completo muerto." (4)

Tratamiento por fases: Sífilis Temprana (Primaria, Secundaria, Latente o de menos de un año de duración). "La Penicilina G Benzatínica, en dosis de 2.4 millones de unidades se administra cada semana con una sola inyección es el régimen preferido, porque proporciona tratamiento eficaz en una sola visita. Otro régimen posible es la Penicilina G Procaínica Acuosa, 4.8 millones de unidades, administradas en forma de inyecciones intramusculares de 600 mil de unidades diariamente durante 8 días.

Sífilis de más de un año de duración (sífilis latente o de duración indeterminada, o mayor de un año, cardiovascular, benigna tardía, neurosífilis): la Penicilina G Benzatínica, en dosis de 2.4 millones de unidades, se administra cada semana durante tres semanas seguidas para un total de 7.2 millones de unidades; o se inyecta Penicilina G Procaína acuosa en dosis de 600 mil unidades por vía intramuscular diariamente durante quince días.

Pacientes Alérgicos a la Penicilina: El tratamiento en la Sífilis temprana puede sustituirse por Cloruro de Tetraciclina, 500 miligramos cuatro veces al día por vía oral, por un total de quince días. O bien Eritromicina (Estearato, Etilsuccionato o base) 500

mg. por vía oral, cuatro veces al día durante quince días. En la sífilis de más de un año de duración el producto de elección es la Tetraciclina, 500 mg por vía oral, cuatro veces al día durante un mes, o Eritromicina 500 mg cuatro veces al día durante treinta días. Para Sífilis Congénita: antes del tratamiento los pacientes deben de someterse a un examen de líquido cefalorraquídeo. Las criaturas han de recibir Penicilina G Cristalina Acuosa, 50 mil unidades por kg de peso corporal, por vía intramuscular o intravenosa diariamente, dividida en dos dosis, por un mínimo de diez días; o bien Penicilina G Procaínica Acuosa, 50 mil unidades por kg diariamente, por vía intramuscular por un mínimo de diez días."(3)

1.2. **Gonorrea.** "Es una enfermedad de transmisión sexual que afecta las vías urinarias y que se transmite mediante la cópula. En la actualidad, en Estados Unidos es la enfermedad infecciosa más frecuente, con alrededor de once millones de casos cada año.

Manifestaciones clínicas. En el varón el comienzo de la gonorrea es de sensación brusca de quemadura al orinar, dos días o dos semanas después del contacto sexual. Esto va seguido de un exudado mucopurulento por la uretra. La infección suele difundirse a la uretra posterior y la participación de la próstata se manifiesta por retención de orina, dolor y fiebre, después de comenzado el tratamiento las manifestaciones clínicas disminuyen gradualmente; la uretritis desaparece en plazo de 24 horas y la prostatitis y la epididimitis van mejorando más lentamente. En la mujer las manifestaciones tempranas más frecuentes son disuria y exudación vaginal la infección se difunde desde el cuello hasta las Trompas

de Falopio y se caracteriza por dolor abdominal bajo. Aquí también se repite la fiebre, el dolor y la formación de abscesos. Pueden existir manifestaciones extragenitales como la artritis, la tenosinovitis, la proctitis y la oftalmía del recién nacido que puede ser infectado perinatalmente por la madre infectada; la conjuntivitis que se puede dar por contacto directo por el adulto infectado; y la orofaringitis que proviene de contacto orogenital y que simula la faringitis estreptocócica, con amígdalas hinchadas, exudado y aumento de ganglios linfáticos cervicales.

Manifestaciones bucales. La infección extragenital gonorréica de la cavidad bucal es cada vez más frecuente, es el resultado del contacto buco genital o de la inoculación a través de las manos infectadas. Los labios desarrollan una ulceración doloroso aguda de movimientos limitados; la encía se torna eritematosa con o sin necrosis, y la lengua presenta ulceraciones secas de color rojo o que se vuelven brillantes o hinchadas con erosiones dolorosas, y con lesiones similares en la mucosa bucal y el paladar. también son reconocidas la faringitis y la amigdalitis gonocócicas. Aparecen como vesículas o úlceras con una pseudomembrana gris o blanca. Las lesiones bucales por lo común se acompañan de fiebre y linfadenopatía regional." (2)

Diagnóstico. "Se establece mediante el examen bacteriológico de un frotis, o de cultivos, si están indicados, de las lesiones bucales, así como de una historia bien detallada y cuidadosa de la actividad sexual del paciente. El descubrimiento de diplococos gramnegativos en forma de bizcocho es diagnóstico probable de

infección por *N. GONORRHOAE*; para confirmar el diagnóstico hay que hacer cultivos rascando con delicadeza la uretra inferior mediante un asa de alambre esterilizada y sembrando medio de THAYER-Martin (T-M). La presencia de colonias típicas de diplococos gramnegativos, oxidasa-positivos, en el medio T-M constituye un dato suficiente para diagnóstico de gonorrea. En la mujer el cuadro clínico es menos claro que en el varón y la coloración de Gram no es segura para el diagnóstico." (4)

Tratamiento. "Amoxicilina, Penicilina G Procaína Acuosa 4.8 millones de unidades intramuscular. Tratamiento para personas alérgicas: cuando la penicilina o la ampicilina están contraindicadas, o cuando los tratamientos no dan resultado, se recomienda administrar Espectinomicina en una inyección intramuscular de 2 g. para varones y 4 g. para mujeres, así mismo, como alternativa de la penicilina; la dosis es de 1.5 inicialmente, seguido de 0.5 g. cuatro veces al día durante cuatro días, con dosis total de 9.5 g." (5)

"En un estudio realizado en Guatemala la región anatómica más frecuente colonizada por *Neisseria gonorrhoeae* en las pacientes estudiadas es la faringe, encontrándose en un 68%." (5)

1.4. Verrugas Venéreas. (condiloma acuminatum, verruga acuminada, verruga venérea). "Es una enfermedad infecciosa causada por un virus que pertenece al mismo grupo de los papilomavirus humanus como los asociados con las verrugas comunes y plantares, verrugas planas, verrugas planas cervicales, y papilomas laríngeos. Se le conoce como HPV-6. Aspectos Clínicos. Esta enfermedad

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

Manifestaciones Bucales. Estas lesiones han aparecido como 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.

Diagnóstico. Una historia clínica muy detallada, apariencia de la lesión, por ser de diagnóstico eminentemente clínico, aspecto histológico como cambios epiteliales con proyecciones papilomatosas que forman la lesión verrugosa mostrando una superficie paraqueratótica con una marcada acantosis subyacente. El carácter más destacado del epitelio en estas lesiones consiste en la presencia de células vacuoladas en la capa granulosa por supuesto esto visto en el cuadro histológico (2).

Papilomas de la laringe. "Los papilomas de la laringe son raros en lactantes y se pueden extender en el exterior de las paredes de la faringe, tráquea y bronquios y ésta es una entidad tumoral benigna de estructura papilar, cuyo estroma está formado por tejido conjuntivo vascular. Es el más común de los tumores benignos de la laringe y se presenta en sujetos de cualquier edad, se localiza en cualquier área anatómica de dicho órgano, no invade la capa sub-

mucosa, tiende a recidivar, después de extirpado, y rara vez experimenta regeneración maligna. En un estudio realizado en Guatemala, se estableció la correlación entre una nueva clasificación histológica y pronóstico clínico de la papilomatosis faríngea, obteniéndose para la muestra del estudio un total de 50 pacientes, entre los cuales se encontraron afectados niños de un año de edad, y adultos hasta 60 años el mayor" (1)

Tratamiento. Extirpación quirúrgica y/o Podofilina tópica. También se utiliza Nitrógeno líquido." (2)

1.5. Granuloma Inguinal. (granuloma venéreo; donovanosis). "Es una enfermedad granulomatosa infecciosa, crónica, causada por microorganismos que probablemente son bacilos, que en la actualidad llevan el nombre de *kallimmatobacterium granulomatis* su taxonomía es incierta. Se considera que es una enfermedad de transmisión sexual, pero sólo es medianamente contagiosa.

Aspectos Clínicos. las lesiones primarias de granuloma inguinal aparecen en los genitales externos y en la región inguinal se manifiestan como pápulas o nódulos que se ulceran para formar lesiones granulares limpias con márgenes abultados, y muestran una tendencia a formar agrandamientos periféricos; con frecuencia, surgen lesiones satélites a través de la extensión linfática. A menudo, la ulceración gingival es secundaria a las lesiones genitales y surge inicialmente como una hinchazón fluctuante conocida como pseudobubo.

También se pueden presentar lesiones extragenitales en las mucosas bucales, por lo regular, a través de la autoinoculación más

bien que como una infección primaria, así como en faringe, esófago y laringe. Finalmente, se ha encontrado diseminación metastática hacia huesos y tejidos blandos subcutáneos.

Manifestaciones Bucales. Aparecen secundarias a las genitales en un período variable después de la lesión primaria, con frecuencia desde meses a varios años.

Se presentan en cualquier lugar como labios, mucosa bucal o paladar y afectan de maneja difusa la superficie mucosales. La variada apariencia clínica de las lesiones es la base para clasificarlas en uno de los tres tipos: ulcerosas, exuberantes y cicatrizales. La cicatrización es una de las manifestaciones bucales más características del granuloma inguinal. La formación de la cicatriz fibrosa se vuelve extensiva, y se presenta en áreas como el carrillo o el labio, puede ser tan limitante para la abertura de la boca.

Diagnóstico. Una historia clínica detallada y el diagnóstico definitivo que es la demostración de los cuerpos de Donovan en el tejido proveniente de las lesiones al microscopio. En el estudio histológico, el signo principal es una inflamación aguda y crónica no específica, acompañada de tejido de granulación. Hay infiltración de células plasmáticas y macrófagos en el tejido de granulación, que cerca de la superficie se mezclan con neutrófilos polimorfonucleares. En los bordes que se van extendiendo se forman abscesos microscópicos. La característica distintiva son los macrófagos grandes vacuolados que engloban los cuerpos de Donovan."

(2)

1.6. Herpes."Es una enfermedad infecciosa aguda es probablemente la infección más común que afecta al hombre. Existen dos tipos inmunológicamente diferentes. El tipo A que afecta: cara, labios, boca y parte del cuerpo. Y el tipo B, que afecta la piel y la parte inferior del cuerpo. El Herpes genital, es causado por el virus Herpes simple tipo 2, es una enfermedad relativamente común del cuello uterino, vagina, vulva y pene. En la pasada década en Estados Unidos se elevó precipitadamente la incidencia, y de hecho en la actualidad a menudo se le denomina "Nueva Enfermedad Venérea Epidémica", ya que se transmite a través del contacto sexual. Este virus difiere en el aspecto inmunológico del herpes tipo 1, que es la causa de la mayor parte de los casos de infección herpética de la cavidad bucal. El virus tipo 2 de Herpes genital, es un poco más virulento que el tipo 1, y cosa importante, se ha asociado en varias ocasiones con el carcinoma del cuello uterino. Sin embargo, debido al cambio de las prácticas sexuales en los últimos años, se ha presentado más bien una amplia traslocación en los hábitats normales de los tipo 1 y 2; no es raro encontrar tipo 2 en los labios o en las mucosas bucales y el tipo 1 en los genitales." (2)

"La Estomatitis Herpética es una enfermedad bucal común que se manifiesta con múltiples úlceras que varían considerablemente de tamaño, desde lesiones pequeñas hasta aquellas que miden varios milímetros e incluso centímetros de diámetro. August y Nordlund, utilizando técnicas de cultivo, encontraron que el virus herpes tipo 1 se podía aislar de las lesiones herpéticas faciales,

labiales y bucales, en un promedio de tres días y medio con variación de 2 a 6 días, después de haberse iniciado las lesiones. Mientras que el tipo 2 se pudo aislar de las lesiones genitales en un promedio de cinco días y medio, con una variación de dos a catorce días después del inicio.

En la actualidad está bien establecido que el virus herpes simple no permanece latente en el sitio de la infección original en la piel o en la mucosa bucal. En vez de eso alcanza los ganglios nerviosos que inervan las áreas afectadas, posiblemente a lo largo de los senderos nerviosos y permanece latente hasta que se vuelve a activar.

Los ganglios más afectados por el tipo 1 son: el trigémino, y el lumbosacro por el tipo 2." (2) Modo de Transmisión: Por contacto directo con personas afectadas. Manifestaciones Bucales: "Pueden estar afectados los labios, lengua, mucosa bucal, paladar, faringe, y amígdalas. se desarrollan vesículas cortas de color amarillento, llenas de líquido. Estas se rompen y forman úlceras superficiales, desiguales, extremadamente dolorosas, cubiertas por una membrana grisásea y rodeadas por un halo eritematoso." (2) Tratamiento. "Los fármacos antivirales como el aciclovir. El tratamiento de las infecciones herpéticas es principalmente de sostén. Los antimicrobianos no modifican el curso de ningún tipo de infección por virus del herpes." (2)1.7. Molusco Contagioso. "Es una enfermedad causada por el virus del grupo Pox. Las lesiones, que sólo se presentan en la piel o en las superficies mucosales, con frecuencia se consideran de naturaleza

semejante a la tumoral debido a la característica proliferación epitelial localizada causada por el virus no se conoce con seguridad la incidencia de la enfermedad. Aspectos Clínicos. La infección es más común en los niños y adultos jóvenes y se manifiestan como nódulos individuales, o con más frecuencia como múltiples nódulos elevados discretos, que por lo regular se presentan en los brazos y en las piernas, tronco y cara, en particular en los párpados. Sin embargo, en la actualidad se reconoce que la enfermedad puede transmitirse por contacto sexual, y también se presenta con cierta frecuencia lesiones en los genitales y en el área puboabdominal. Estas lesiones tienen forma hemisféricas, con diámetro promedio de 5 mm, una umbilicación central que puede estar queratinizada y tienen un color normal o ligeramente rojo. Al parecer la enfermedad se disemina por autoinoculación, contacto directo con un individuo infectado o a través de fómites, con un período de incubación de catorce a cincuenta días.

Manifestaciones Bucales. No es común que la mucosa esté afectada en particular la cavidad bucal. Sin embargo, se han publicado casos y las lesiones se han presentado con más frecuencia en los labios, lengua y mucosa bucal y son similares a las que aparecen en la piel.

Diagnóstico. Historia clínica detallada, apariencia clínica de la lesión, diagnóstico histológico mostrando que la lesión es característica; y presenta engrosamiento y crecimiento hacia abajo del epitelio con la formación de grandes cuerpos de inclusión

intracitoplasmáticos eosinófilos conocidos como inclusiones de Henderson-Patterson, o simplemente cuerpos molusco, que miden aproximadamente 25 micrones de diámetro. Estos cuerpos característicamente se acumulan en el cráter en forma de cúpula formado por la umbilicación central distintiva de la lesión.

Tratamiento. Las lesiones del molusco se han tratado mediante excisión quirúrgica o aplicación tópica de podofilina o la cantaridina. En la mayor parte de los casos las lesiones son autolimitadas en seis a nueve meses, pero pueden existir durante tres a cuatro años." (2)

1.8. Chancro Blando: "Enfermedad infecciosa aguda provocada por un pequeño organismo llamado *Haemophilus ducreyi*, descubierto hace 90 años por vez primera por el Dr. Ducrey, aparece de 3 a 7 días después de tener contacto con la persona infectada. Aparece una úlcera necrótica de bordes dentados y base húmeda. Las úlceras son blandas y sangran con facilidad, son extremadamente dolorosas; hay linfadenopatía regional en los ganglios inguinales. Puede aparecer en boca, genitales, ano y cualquier parte de la piel que haya estado en contacto. Diagnóstico. Frote de la lesión. Puede diagnosticarse al aislar *Hemophilus Ducrey* o por biopsia tisular y demostración de los cambios histológicos más o menos característicos que presenta tres zonas características. La superficie de la úlcera consiste en exudado proteínico coagulado, restos necróticos leucocitos y eritrocitos disgregados. debajo de este nivel hay una zona de tejido de granulación que posee ataque intenso de los capilares se observa hipertrofia e hiperplasia

intensas de las células endoteliales y reacción inflamatoria dentro de la pared vascular en el centro de los ganglios, hay inflamación que al fundirse constituye, grandes áreas de necrosis supurada."

(2)

Tratamiento. Por vía oral. Sulfametoxazol 800 mg dos veces al día por siete días. Eritromicina 500 mg cuatro veces al día por siete días.

METODOS DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO

Con el propósito de confirmar los diagnósticos clínicos de las ETS en la región oral, se especificará por separado cada método de diagnóstico de laboratorio para cada una.

Diagnóstico para Gonorrea:

El agente causal de la gonorrea es la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* (un diplococo Gram-negativo rojo), éstas presentan forma arriñonada y se agrupan en pares que semejan granos de café. El diagnóstico de laboratorio consiste en la observación de la morfología típica de la bacteria en el frotis Gram de la pus uretral (sólo en el hombre, no así en la mujer), y en cultivo de la bacteria *Neisseria Gonorrhoeae*, puede aislarse de descargas uretrales, vaginales, orales e hisopos rectales; raras veces se aislan en heces, sangre, líquido cefaloraquídeo, líquido sinovial, etc.

Toma de muestra en la región bucal:

- 1) Tener listo el siguiente material: hisopos estériles, porta-objetos limpios una caja de agar sangre, una caja o botellita de medio Thayer-Martin.
- 2) Pedir al paciente que abra la boca y exprimir pus hacia adelante.
- 3) Con un hisopo quebrado o palillo de dientes tomar una gota del pus, tratándolo de no tocar la piel.
- 4) Preparar cuidadosamente un frote delgado sobre porta-objetos limpo de vidrio, haciendo rodar el palillo o hisopo sobre la lámina, no frotar; el propósito de preparar el frote con

estas precauciones es no romper los leucocitos presentes y alterar la posición de las bacterias.

- 5) Tomar una gota de pus con la punta de algodón de un hisopo estéril. Inmediatamente, inocular la caja o botellita de Thayer-Martin en un extremo del medio de cultivo; en botellitas frotar el hisopo en la superficie del medio desde el fondo. Con otro hisopo, inocular un extremo de la caja de agar-sangre, transportar las muestras rápidamente al laboratorio.

Interpretación de Resultados:

Gram: Buscar diplococos adosados en forma de granos de café y Gram-negativos (rojos). Notar si se encuentran adentro de los leucocitos polimorfonucleares (intracelulares), o libres fuera de estas células. (extracelulares).

Reporte: Tomando en cuenta los procedimientos y comentarios anteriores, si se está seguro aunque sea presuntivamente reportar la presencia de *N. gonorrhoeae*. Debe tomarse en cuenta que un reporte de este tipo implica que el paciente contrajo una enfermedad de transmisión sexual.

Diagnóstico del Chancro Blando: (chancroide) Muestra y

Procedimiento: El chancro blando o chancroide es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria fastidiosa llamada *HAEMOPHILUS DUCREYI*. Es un bacilo pequeño Gram-negativo, que en frotos de lesiones genitales o cultivos se presenta formando cadenas de cinco a veinte bacilos, paralelas entre sí o enmarañadas, por lo que se ha descrito esta agrupación característica como

"cardúmenes de peces" o " huella digital".

El diagnóstico se debe establecer por medio de dos procedimientos:

- a) Frote Gram directo de la lesión (identificación presuntiva).
- b) Cultivo de material de la lesión en el suero del paciente (aislamiento e identificación por morfología diagnóstica).

Para obtener el diagnóstico del laboratorio se procede así:

- 1) Obtener 10 ml de sangre coagulada en un tubo vacutainerestéril. Previamente limpiar bien el brazo del paciente y con jeringa sacar asépticamente la sangre, colocarla en el tubo estéril, taparlo bien con su tapón de hule y trabajar cerca de un mechero portátil de alcohol.
- 2) Indicarle al paciente que espere, ya que se debe tomar la muestra del chancro hasta que el suero ya haya sido separado asépticamente.
- 3) Dejar coagular la sangre a temperatura ambiente, centrifugar el tubo tapado, y luego con pipeta Pasteur estéril trasladar el suero a dos tubos estériles. Deben quedar aproximadamente 2 mililitros de suero en cada tubo.
- 4) Llamar de nuevo al paciente y con guantes de hule, limpiar bien el chancro con gasa estéril impregnada de solución salina y en caso de haber costra quitarla con cuidado.
- 5) Frotar un hisopo estéril en los bordes y en el fondo de la lesión y luego rodarlo cuidadosamente sobre un porta-objetos bien limpio, haciéndolo en una sola dirección para no destruir la agrupación característica de la bacteria. Dejar secar,

fijar con calor y colorear con Gram.

- 6) Con otros dos hisopos estériles impregnados en solución salina o un asa flameada frotar de nuevo la lesión e inocular asépticamente ante mechero, ambos tubos del suero del paciente. Incubar las 48 horas entre 35 y 36 grados centígrados indicarle al paciente que espere el resultado presuntivo del Gram directo.

Interpretación de Resultados y Reporte:

- 1) Observar cuidadosamente el frote Gram con el lente de inmersión y aceite. Buscar bacilos Gram-negativos agrupados en cadenas largas paralelas o enmarañadas, los cuales deben predominar sobre otras formas de bacterias; si se observan esta morfología típica reportar inmediatamente: Se observan (escasos, regular cantidad o abundantes) bacilos Gram-negativo, agrupados en cadenas largas (o cortas según el caso de morfología compatible) con *Haemophilus Ducreyi*. Esta morfología se considera presuntivamente diagnóstica de chancro blando, favor recoger resultado del cultivo en el suero durante o dentro de 48 horas para confirmación.
- 2) Después de 48 de incubación aeróbica, observamos microscópicamente, si se observa la morfología característica y reportar: Se aisló **HAEMOPHILUS DUCREYI**, agente etiológico de chancro blando.

La morfología típica del aislamiento en suero es suficiente para reportar esta bacteria no se deben efectuar pruebas bioquímicas de confirmación ni se debe aislar in vitro.

INDICADORES DE LAS VARIABLES

SIFILIS:

En boca se manifiesta como una lesión ulcerada cubierta por una membrana blanca grisácea, la cual es dolorosa debido a una infección secundaria. Su diagnóstico final lo determina: el examen serológico de VDRL-FTA reportado positivo por el laboratorio clínico.

GONORREA:

Se manifiesta en la cavidad bucal como lesiones ulceradas dolorosas, la encía se puede tornar eritematosa con o sin necrosis, la lengua presenta ulceraciones secas de color rojo o erosionadas; en la faringe aparece como vesículas o úlceras con una pseudomembrana gris o blanca; acompañada de linfadenopatía cervical; simulando a la faringitis estreptocócica con amígdalas inflamadas. Su diagnóstico principal lo determina: el frote de la lesión con la tinción de gram con un resultado positivo, encontrando diplococos gram negativos en forma de bizcocho.

CHANCRO BLANDO:

En cavidad bucal se manifiesta como una úlcera necrótica de bordes dentados y base húmeda. Su diagnóstico final lo determina: el frote de gram, con resultado positivo encontrando

bacilos gram-negativos agrupados en cadenas largas paralelas o enmarañadas predominando sobre otras formas de bacterias.

HERPES:

En boca se manifiesta con múltiples vesículas que varían considerablemente de tamaño de color amarillento, extremadamente dolorosas y al romperse forman úlceras superficiales desiguales cubiertas por una membrana grisácea rodeadas por un halo eritematoso. Su diagnóstico final lo determina: el frote de la lesión teñido con colorante de Giemsa obteniendo un resultado positivo en el cual se observan células gigantes multinucleadas.

GRANULOMA INGUINAL: En cavidad bucal se manifiesta como múltiples úlceras con formación de cicatriz fibrosa que se vuelve extensiva su diagnóstico final para este estudio lo determina la apariencia clínica de la lesión.

MOLUSCO CONTAGIOSO: En la cavidad bucal se manifiesta como múltiples nódulos individuales, elevados discretos con diámetro promedio de cinco milímetros con una umbilicación central que puede estar queratinizada, tiene color normal o ligeramen-

te rojo. Su diagnóstico final para este estudio será en base a: historia clínica detallada, apariencia de la lesión, tiempo de evolución que varía entre catorce a cincuenta días.

VERRUGA VENEREA:

En boca se manifiesta como lesiones nodulares con múltiples papilas. Su diagnóstico final para el presente estudio será en base a historia clínica, que es asintomática, apariencia clínica de la lesión verrucoide.

DEFINICIONES OPERACIONALES DE LAS VARIABLES

- SIFILIS:** Enfermedad infecciosa causada por una espiroqueta *treponema pallidum* que puede ser adquirida o hereditaria, se manifiesta en boca y en genitales cuando es adquirida.
- GONORREA:** Enfermedad de transmisión sexual infecciosa causada por un diplococo gram negativo: *neisseria gonorrhoeae* tiene manifestaciones extra genitales en la cavidad bucal, acompañada de fiebre y linfadenopatía regional.
- CHANCRO BLANDO:** Enfermedad infecciosa aguda provocada por un microorganismo llamado *Haemophilus Ducreyi* puede aparecer en boca, genitales y cualquier otra parte de la piel que haya estado en contacto.
- HERPES:** Enfermedad viral infecciosa aguda que puede afectar el cuello uterino los genitales y la boca.
- GRANULOMA INGUINAL:** Enfermedad granulomatosa infecciosa, crónica, causada por microorganismos que en la actualidad llevan el nombre de *Kalimmatobacterium granulomatis*, se manifiesta en boca y en genitales.

MOLUSCO CONTAGIOSO: Enfermedad viral causada por los virus del grupo POX, se manifiesta en boca en piel y en genitales.

VERRUGA VENEREA: Enfermedad infecciosa causada por un virus conocido como HPV-6 se manifiesta en boca, genitales y piel.

METODOLOGIA

El presente estudio de tipo descriptivo, se llevó a cabo en el Dispensario Municipal No. 3 de la Ciudad Capital, al cual acuden mujeres trabajadoras del sexo a exámenes de rutina y control. Este estudio cumplió con las normas universales de Derechos Humanos, por lo que se les preguntó a las mujeres si estaban dispuestas a participar voluntaria y anónimamente. Para lo cual se les garantizó confidencialidad con los datos obtenidos. Solicitándoles la firma de aceptación para la realización del examen, en la ficha clínica.

A las mujeres que calificaron con base a los criterios de inclusión se les explicó que se les realizaría lo siguiente:

- 1) Un examen minucioso de la cavidad bucal.
- 2) Un frote de las lesiones de la cavidad bucal.

Al encontrarse una lesión en la cavidad bucal, se procedió a:

- 1) Clasificar la apariencia clínica de la lesión, ya sea ulcerativa, nodular o papilar.
- 2) En caso de existir cualquiera de las tres lesiones básicas antes mencionadas se procedió a describir la lesión llevando el orden descrito en el patrón de conducta clínica usado por la Facultad de Odontología. (Ver anexo No. 1)
- 3) Cuando apareció una lesión bucal ulcerativa aparente asociada a ETS, se le explicó al paciente que con el fin de establecer un diagnóstico definitivo se le tomaría una muestra con un hisopo. El resultado obtenido se le informó al Médico del Dispensario No. 3 y a la persona examinada para que se le

prescribiera tratamiento de manera inmediata.

- 4) Las lesiones básicas tipo papilar y nodular se describieron como en el punto No. 2 anteriormente citado; y su diagnóstico final más probable fue con base a la apariencia clínica de la lesión, tiempo de evolución e historia clínica.
- 5) La prueba de laboratorio que se realizó fue:
Frote de Giemsa: La cual permitió establecer el diagnóstico para herpes, al observar al microscopio células gigantes epiteliales multinucleadas reportado así como positivo por el laboratorio biológico del Dispensario Municipal No. 3.
- 6) Las personas a las que se les diagnosticó herpes fueron tratadas con Aciclovir 200 mg. vía oral recomendando 5 cápsulas por día durante 5 días.
- 7) Las personas que presentaron papilomas se les sugirió removerlos quirúrgicamente para ser analizados y eliminados por completo.

MEDIOS:

Recursos Humanos:

Investigador: Vicente Santiago Guerrero

Asesor: Dr. Luis Alvarez

Colaborador: Dr. Erwin Solórzano

Recursos Institucionales:

Dispensario Municipal No. 3 de la Ciudad Capital Laboratorio
Bacteriológico del Dispensario Municipal No. 3

MATERIALES Y EQUIPO:

- 1) Ficha o cuestionario
- 2) Lapicero con tinta azul
- 3) Lapicero con tinta roja
- 4) Baja lenguas
- 5) Guantes
- 6) Transcult (para portar muestras hacia el cultivo)
- 7) Coloración de Giemsa
- 8) Porta objetos
- 9) Cubre-objetos
- 10) Solución salina
- 11) Microscopio de luz
- 12) Hisopos estériles
- 13) Jeringas estériles
- 14) Coloración de Gram

- 15) Mascarilla
- 16) Lentes
- 17) Batas
- 18) Fuente de luz

SUJETOS DEL ESTUDIO

Ciento veinte trabajadoras del sexo que acudieron al Dispensario Municipal No. 3 de la Ciudad Capital a examen y control de rutina; que colaboraron voluntaria y anónimamente en la investigación. Sometiéndose a:

- a) Un examen minucioso de la cavidad bucal.
- b) Toma de muestra con un hisopo de la lesión que se presentó en la cavidad bucal.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- a) Mujeres cuyo estado no reflejó un fallecimiento a corto plazo.
- b) Mujeres que no estaban medicadas concurrentemente con antibióticos, AZT, antimicóticos y antidiabéticos.
- c) Mujeres que no presentaron enfermedad sistémica crónica o diagnosticada recientemente (un mes).

PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LOS DATOS DEL PRESENTE ESTUDIO

Se examinaron clínicamente y en orden: labios, carrillo derecho, carrillo izquierdo, paladar, reborde alveolar superior, reborde alveolar inferior, lengua, piso de la boca, y faringe.

Para el examen clínico se utilizó: baja lenguas, guantes, espejo No. 5, mascarilla, lentes y bata.

Para obtener muestra de una lesión se utilizó hisopos, o transcult para transportar hacia el porta-objetos.

Para anotar los hallazgos pertinentes al estudio se utilizó la ficha clínica preparada.

INSTRUCTIVO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos obtenidos durante la investigación se anotaron en la ficha clínica de la siguiente manera:

- 1) No. del Caso Se anotó con número arábigo y en orden correlativo el correspondiente a la ficha de la persona examinada.
- 2) Nombre Se registró el primer nombre o el pseudónimo que prefirió usar la persona examinada.
- 3) Edad Se anotó la edad referida por la examinada.
- 4) Existe lesión asociada a ETS: Si existe se marcó con una equis (X) el lugar correspondiente. Si no existe se marcó con una equis (X) en el lugar correspondiente.
- 5) En caso de existir lesión se procedió a clasificarla si es:
ulcerativa
nodular
papilar
marcando con una equis (X) en el lugar correspondiente.
- 6) Aparece en: Labios, carrillo derecho, carrillo izquierdo, reborde alveolar superior, reborde alveolar inferior, lengua, piso de la boca, faringe.

- 7) Descripción de la lesión: Aquí se procedió a describir la lesión tomando en cuenta: Tamaño, forma, color, consistencia, contorno, bordes, exudado, sintomatología, tiempo de evolución.

- 8) Diagnóstico Clínico: Se anotó el diagnóstico aparente de la lesión antes descrita tomando en cuenta los elementos de juicio necesarios.

- 9) Pruebas de Laboratorio: Se anotó la prueba recomendable con base en el diagnóstico clínico y marcando con una equis (X), la que más convenga.

- 10) Diagnóstico de Laboratorio: Se anotó el diagnóstico reportado por el laboratorio biológico del Dispensario Municipal No. 3.

- 11) Firma: Se anotó la firma de la persona responsable del diagnóstico del laboratorio.

- 12) Diagnóstico Final: Se anotó el diagnóstico final; de la lesión localizada en la cavidad bucal.

INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS
EXAMEN CLINICO DE LA CAVIDAD BUCAL
LESIONES ASOCIADAS A ETS

No. _____ NOMBRE: _____

EDAD: _____

EXISTE LESION ASOCIADA A ETS

| | | |
|----|----|-----------------|
| SI | NO | TIPO ULCERATIVO |
| | | TIPO NODULAR |
| | | TIPO PAPILAR |

APARECE EN:

- LABIOS
- CARRILLO DERECHO
- CARRILLO IZQUIERDO
- PALADAR
- REBORDE ALVEOLAR SUPERIOR
- REBORDE ALVEOLAR INFERIOR
- LENGUA
- PISO DE LA BOCA
- FARINGE

DESCRIPCION DE LA LESION: _____

DIAGNOSTICO CLINICO: _____

PRUEBAS DE LABORATORIO:

+

-

- VDRL Y FTA (SIFILIS)
- FROTE DE GRAM (GONORREA)
- FROTE DE GRAM DIRECTO (CHANCRO BLANDO)
- COLORACION DE GIEMSA (HERPES)

DIAGNOSTICO DE LABORATORIO _____

NOMBRE RESPONSABLE DEL DIAGNOSTICO: _____

FIRMA: _____

DIAGNOSTICO FINAL: _____

PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio se realizó con la participación voluntaria de 120 trabajadoras del sexo que acudieron a la consulta de enfermedades de transmisión sexual al Dispensario Municipal No. 3 de la Ciudad de Guatemala durante los meses de junio a noviembre de 1994. Se investigó la presencia de manifestaciones bucales asociadas a enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Los resultados fueron tabulados y se obtuvieron en porcentajes, elaborándose tablas y gráficas representativas de los mismos.

La edad de los sujetos de estudio estuvo comprendida entre los 15 y 39 años, el grupo etario mayoritario estuvo comprendido en un 44.16% en el rango entre 20 a 24 años.

En cuanto al examen clínico de la cavidad bucal, se encontró que existen lesiones bucales asociadas a enfermedades de transmisión sexual en un 8.33%, siendo las de tipo nodular las más frecuentes con 5.83%, las ulcerativas con un 2.5% menos frecuentes.

CUADRO No. 1

EDAD DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO EVALUADAS EN LA CLÍNICA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DEL DISPENSARIO MUNICIPAL No. 3, GUATEMALA.

| GRUPOS DE EDAD | No. | PORCENTAJE |
|----------------|-----|------------|
| 15 - 19 | 42 | 35% |
| 20 - 24 | 53 | 44.16% |
| 25 - 29 | 14 | 11.66% |
| 30 - 34 | 7 | 5.83% |
| 35 - 39 | 4 | 3.33% |
| TOTAL | 120 | 100% |

FUENTE: Examen Clínico de la Cavidad Bucal, Julio a Noviembre de 1994

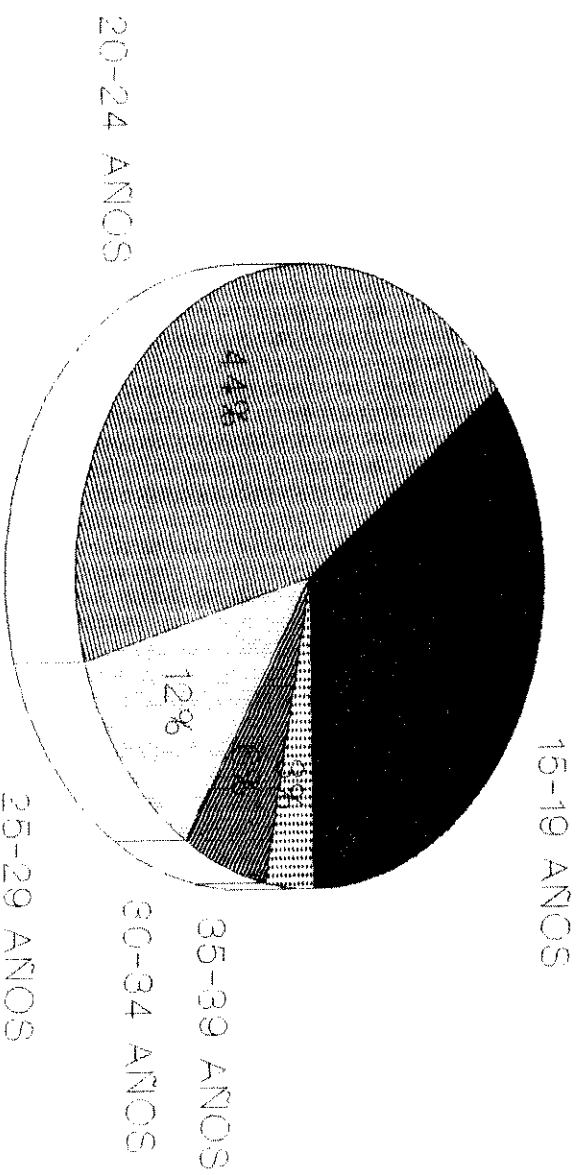
INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DEL CUADRO No. 1

El cuadro No. 1 muestra la edad de las trabajadoras del sexo, evaluadas en la Clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual del Dispensario Municipal No. 3 de la ciudad de Guatemala.

Se examinó clínicamente un total de 120 trabajadoras del sexo, las cuales estaban comprendidas en un rango de edad de los 15 a 39 años, siendo el promedio de 24.

El grupo de edad comprendido entre los 20 y 24 años acudió en mayor número a la clínica de ETS, representando un 44.16% del total de personas examinadas; le sigue el grupo entre los 15 y 19 años representando un 35% del total de examinadas. Nótese que estos datos revelan que son personas jóvenes incluso se podría mencionar que algunas son adolescentes. El grupo que menos consultó fue el comprendido entre los 35 a 39 años representado en un 3.33% del total de examinadas.

EDAD DE LAS TRAB. DEL SEXO EVALUADAS EN LA CLINICA DE ETS DISP. MUN. No. 3



El % esta referido a total de
trabajadoras del sexo = 120

FUENTE: EXAMEN CLINICO CAVIDAD BUCAL
JULIO A NOVIEMBRE DE 1994

CUADRO NO. 2

LESIONES BUCALES ASOCIADAS A ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN TRABAJADORAS DEL SEXO EVALUADAS EN EL DISPENSARIO MUNICIPAL NO. 3 DE LA CIUDAD CAPITAL.

| GRUPO DE EDAD | No. | ETS VERRUGA | No. | ETS HERPES |
|--|----------|--------------|----------|--------------|
| 15 - 19 años | 1 | 0.83% | 0 | 0 |
| 20 - 24 años | 4 | 3.33% | 1 | 0.83% |
| 25 - 29 años | 1 | 0.83% | 2 | 1.66% |
| 30 - 34 años | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 35 - 39 años | 1 | 0.83% | 0 | 0 |
| PORCENTAJE TOTAL DE APARECIMIENTO | 7 | 5.83% | 3 | 2.50% |

FUENTE: Examen Clínico de la Cavidad Bucal

NOTA: El porcentaje está referido al total de trabajadoras del sexo = 120.

INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DEL CUADRO No. 2

El cuadro No. 2 muestra el número de lesiones bucales asociadas e Enfermedades de Transmisión Sexual en trabajadoras del sexo evaluadas en el Dispensario Municipal No. 3 de la ciudad de Guatemala.

En el grupo de edad comprendido entre los 20 y 24 años se observó al momento del examen de la cavidad bucal en cuatro personas lesiones de tipo nodular, representando un 3.33% del total de los casos diagnosticados como verrugas. Asimismo, dentro del grupo comprendido entre los 15 y 19 años una persona registró una lesión de tipo nodular correspondiendo al 0.83% del total de casos examinados, diagnosticado como verruga; al igual para el grupo etario comprendido entre los 25 y 29 años reportó en 0.83% del total de los casos, una persona lesiones de tipo nodular; para el grupo comprendido entre los 30 y 34 años no se observó mediante el examen clínico ningún caso. Asimismo, para el grupo comprendido entre los 35 y 39 años apareció solamente en una persona lesiones de tipo nodular en un 0.83% diagnosticada como verruga.

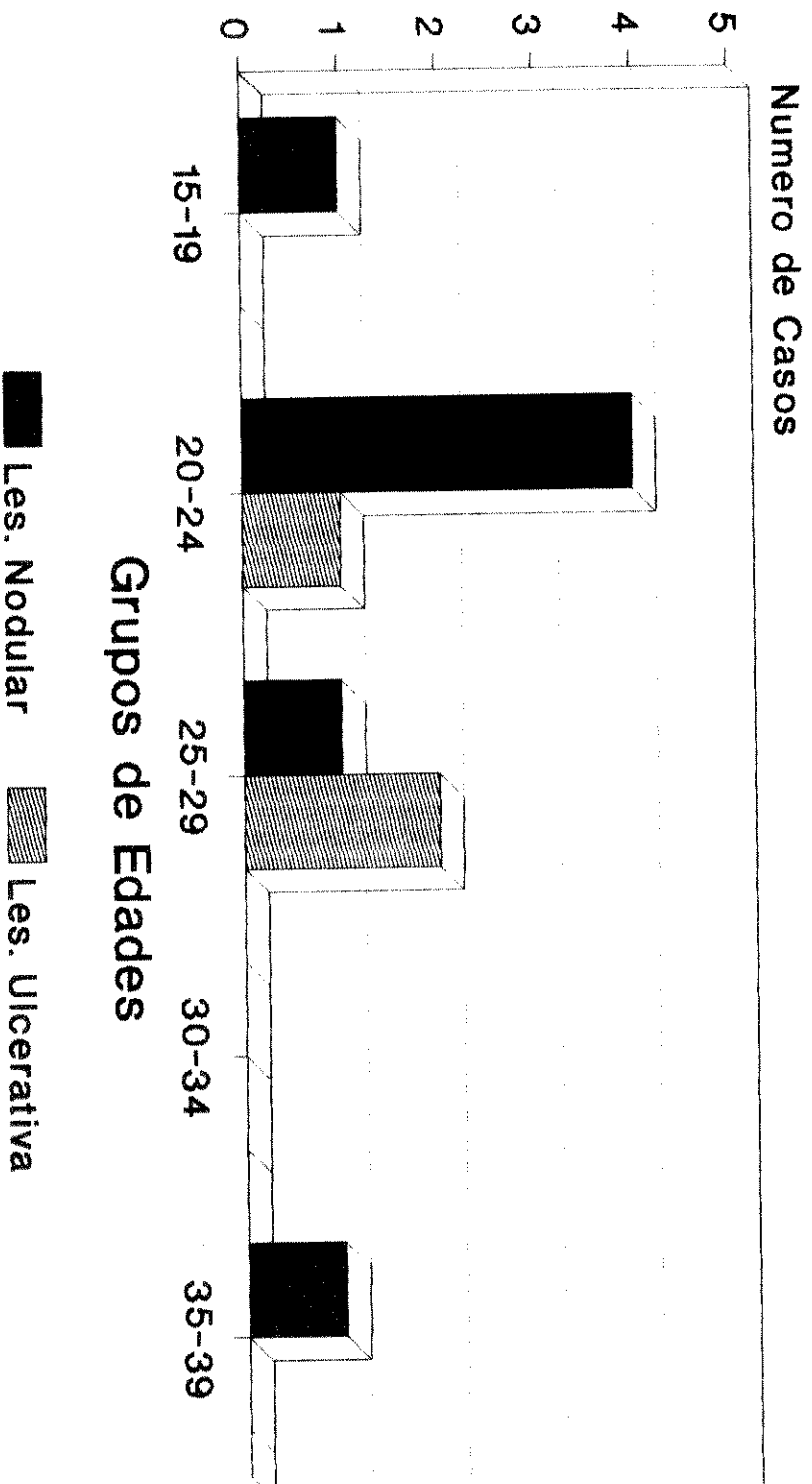
Las lesiones bucales de tipo ulcerativo que se observaron al momento del examen clínico de la cavidad bucal fueron múltiples, diagnosticándose como herpes y apareciendo dentro del grupo de edad comprendido entre los 20 y 24 años en una persona correspondiente al 0.83% del total de examinadas.

Asimismo, para el grupo de edad comprendido entre los 25 y 29 años, aparecieron en dos personas lesiones ulcerativas correspon-

diendo al 1.66% del total de casos examinados. No encontrando este tipo de lesión ulcerativa en los grupos de edad comprendidos entre los 15 a 19 años, 30 a 34 años y 35 a 39 años.

No pudiendo afirmar a qué tipo de herpes pertenecen las lesiones descritas, pero por el tipo de consulta e historia de las examinadas, se describen en este estudio como de transmisión sexual.

LESIONES BUCALES ASOCIADAS A ETS EN TRAB DEL SEXO EVALUADAS EN DISP. MUN. No. 3 de Guatemala



Fuente: EXAMEN CLINICO CAVIDAD BUCAL
JULIO A NOVIEMBRE DE 1994

CUADRO No. 3

REGIONES ANATÓMICAS DE LA CAVIDAD BUCAL AFECTADAS POR LESIONES BUCALES ASOCIADAS A ETS EN TRABAJADORAS DEL SEXO QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DE ETS DEL DISPENSARIO MUNICIPAL No. 3 DE LA CIUDAD DE GUATEMALA.

| REGIONES ANATÓMICAS | No. | ETS HERPES | No. | ETS VERRUGA |
|---------------------------|-----|------------|-----|-------------|
| Labios | 1 | 0.83% | 0 | 0 |
| Carrillo Derecho | 0 | 0 | 3 | 2.50% |
| Carrillo Izquierdo | 0 | 0 | 2 | 1.66% |
| Paladar | 1 | 0.83% | 1 | 0.83% |
| Reborde Alveolar Superior | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Reborde Alveolar Inferior | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lengua | 1 | 0.83% | 1 | 0.83% |
| Piso de la Boca | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Faringe | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL DE CASOS CON ETS | 3 | 2.50% | 7 | 5.83% |

FUENTE: Examen Clínico de la Cavidad Bucal

NOTA: El porcentaje está referido al total de trabajadoras del sexo = 120

INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DEL CUADRO No. 3

El cuadro No. 3 muestra las regiones anatómicas de la cavidad bucal afectadas por lesiones bucales asociadas a enfermedades de transmisión sexual en trabajadoras del sexo evaluadas en el Dispensario Municipal No. 3 de la Ciudad de Guatemala en 1994.

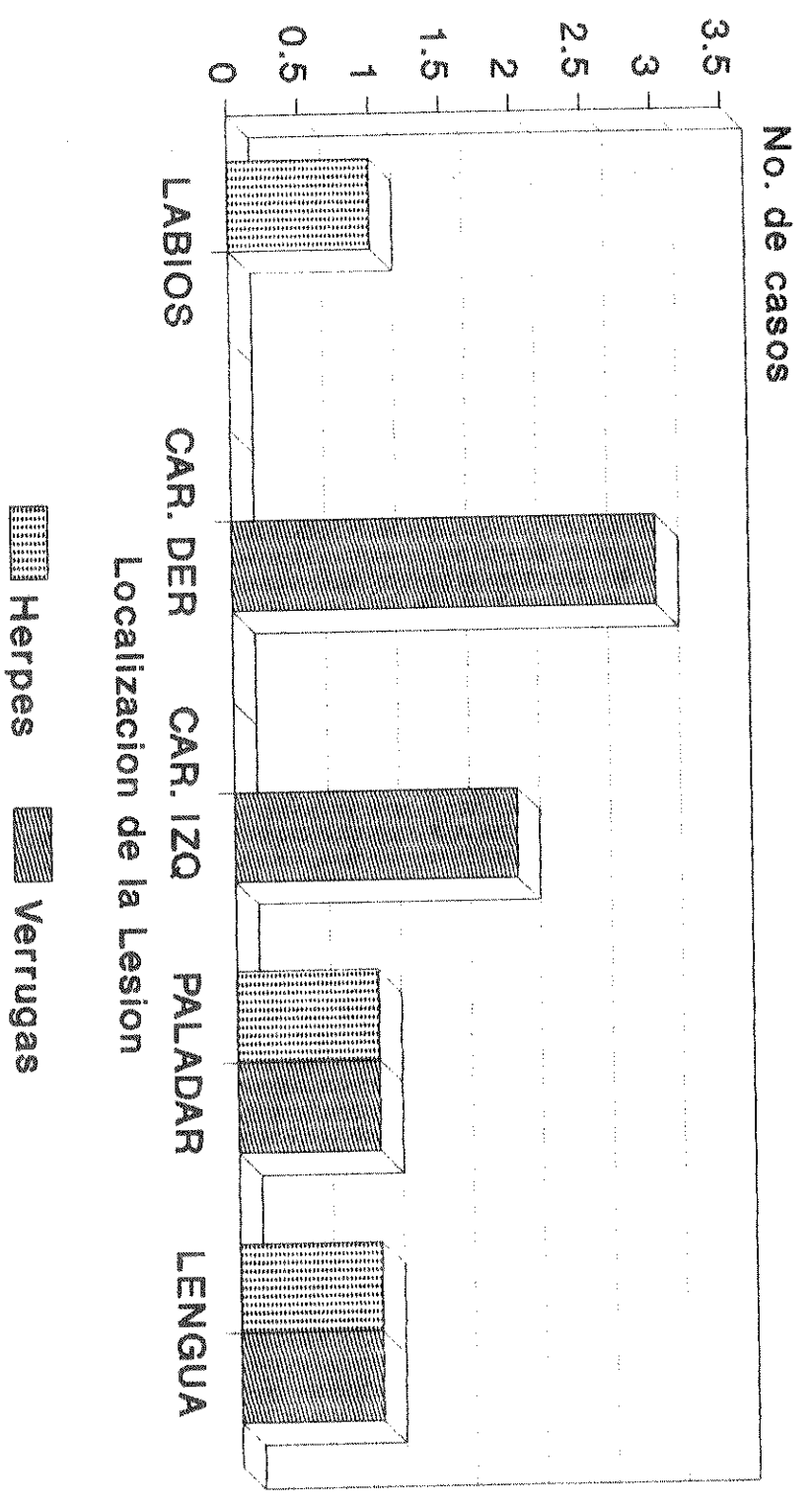
El lugar de mayor aparecimiento al examen clínico de la cavidad bucal de enfermedades de transmisión sexual fueron los carrillos siendo más frecuente afectado el carrillo derecho, encontrando 3 casos que representan 2.50% en el total de examinadas, lesiones nodulares diagnosticadas como verrugas. Asimismo, en el carrillo izquierdo se reportaron dos casos de verrugas representando el 1.66% del total de examinadas. Al igual en el paladar blando se encontró un caso aislado de verruga representando el 0.83% del total de examinadas. Asimismo, en la parte dorsal de la lengua se encontró un caso de verruga representando el 0.83% del total de casos. Los labios no presentaron ningún tipo de lesión nodular ni tampoco el piso de la boca, faringe, reborde alveolar superior e inferior.

El herpes apareció en la cavidad bucal al momento del examen en 2.50% del total de examinadas. En los labios se reportó un caso de lesiones múltiples herpéticas representando el 0.83% del total de examinadas, al igual en el paladar se observó en una paciente lesiones múltiples herpéticas representando el 0.83% del total de

casos examinados. Asimismo, en la lengua apareció un caso de lesiones múltiples herpetiformes representando el 0.83% del total de personas examinadas; confirmados estos diagnósticos por el reporte clínico biológico como positivos a la prueba de Tzanck, en la cual se observaron células gigantes epiteliales multinucleadas.

No encontrando así lesiones herpéticas en el carrillo derecho, carrillo izquierdo, reborde alveolar inferior, reborde alveolar superior, piso de la boca ni faringe.

REGIONES ANATOMICAS DE LA CAVIDAD BUCAL AFECTADAS POR LESIONES ASOC. A ETS EN TRAB. DEL SEXO. DISP. MUN. No. 3



Fuente: EXAMEN CLINICO CAVIDAD BUCAL
JULIO A NOVIEMBRE DE 1994

CONCLUSIONES

- Las enfermedades de Transmisión Sexual en la cavidad bucal en 120 trabajadoras del sexo que acudieron al Dispensario No. 3 de la Ciudad de Guatemala de junio a noviembre de 1994, es de 8.33%.
- Las lesiones bucales asociadas a enfermedades de transmisión sexual al momento del examen son: verruga y herpes manifestándose como lesiones de tipo nodulares y ulcerativas.
- Las enfermedades de transmisión sexual aparecieron en mayor porcentaje en la población más joven de 15 a 24 años.
- Las regiones anatómicas afectadas en la cavidad bucal son: en mayor porcentaje los carrillos, principalmente el carrillo derecho, paladar, lengua y labios.

RECOMENDACIONES

- Realización de estudios similares en otras Regiones de Guatemala, donde haya mayor concentración de trabajadoras del sexo para comparación y determinación de prevalencia e incidencia de las enfermedades de transmisión sexual de la cavidad bucal.
- Realización de estudios similares en otros grupos de población de riesgo como: homosexuales, drogadictos y niños de la calle.
- Realización de estudios para determinar la relación existente entre el porcentaje de enfermedades de transmisión sexual de la cavidad bucal y las de los genitales.
- Realizar programas de educación a corto mediano y largo plazo sobre la prevención de las enfermedades de transmisión sexual de la cavidad bucal en las trabajadoras del sexo y otros grupos de riesgo.
- Proponer en el pensum de estudios de la carrera de Odontología cursos sobre métodos de diagnóstico, prevención y tratamientos de enfermedades de transmisión sexual de la cavidad bucal.
- Recomendar a los médicos que laboran en los Dispensarios y Centros de Salud donde funcionan las clínicas de ETS, realizar

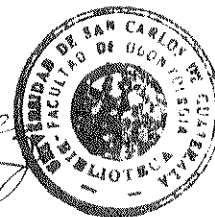
un examen clínico de la cavidad bucal en las personas que acuden a control.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes Villalobos, F.: Papilomatosis Faríngea. Correlación entre una nueva clasificación histológica y pronóstico clínico de la papilomatosis faríngea. Estudio prospectivo de 50 pacientes a quienes se les clasificó la papilomatosis faríngea. En el Departamento de Patología del Hospital San Juan de Dios. Tesis. (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1986. PP. 1-9, 10-12, 19-20.
2. Schafer, W. G. Tratado de Patología Bucal. 4a. ed. México, Interamericana, 1988. 940 P.
3. Torres Morales, M. E.: Sífilis Congénita. Estudio de incidencia en el Departamento de Pediatría del Hospital Roosevelt. Tesis. (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1986. 940 P.
4. Torres, M. F. Manual de Normas y Procedimientos de Microbiología Médica, escrito para el uso del Laboratorio Clínico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. 2a. ed. Guatemala, IGSS, 1979. 110 P.
5. Terraza Rodas, S. N. Determinación de Anticuerpos Contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana en Pacientes con Enfermedades de Transmisión Sexual de la Consulta del Dispensario Municipal No. 3 de la Ciudad de Guatemala. Tesis. (Licenciado en Química y Farmacia). Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Química y Farmacia, 1992 PP. 57-64.
6. World Health Organization. Epidemiology of sexually transmitted diseases, The Global Picture. Bull World Health Organization 68 (5): 1-3, 93.

Vo. Bo.

[Handwritten signature]



A N E X O S

GUIA PARA LA DESCRIPCION DE ALTERACIONES
DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO

(ANEXO NO. 1)

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 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, la superficie varía de un área a otra, en estos casos deben indicarse las variaciones y la forma como están dispuestos en ulceras, 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 ocupa, 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.

CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACION DEL EXAMEN

CLINICO DE LA CAVIDAD BUCAL

Y PRUEBAS DE LABORATORIO

(ANEXO NO. 2)

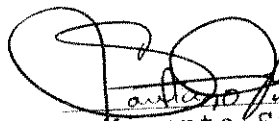
No. _____

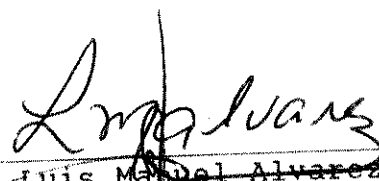
Yo _____

doy autorización para que se me realice: 1) Un examen clínico de la cavidad bucal. 2) Un frote de las lesiones encontradas en la cavidad bucal. 3) Que se me extraiga sangre si lo considerarán necesario para confirmar por medio de la prueba VDRL-FTA si existe Sífilis. Con el fin de establecer si tengo lesiones bucales asociadas a enfermedades de transmisión sexual.

He sido informada que mis datos personales, serán manejados en forma confidencial y anónima por el médico que realiza el examen.

Así mismo, se me orientará sobre las enfermedades de transmisión sexual que pudieran aparecer en la cavidad bucal y su forma de prevención.



Vicente Santiago Guerrero M.
Sustentante


Dr. Luis Manuel Alvarez Segura
Asesor

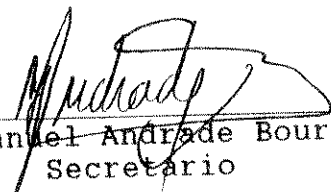
RLE

Dr. Ricardo León Castillo
Comisión de Tesis




Dr. Miguel Arreaga Franco
Comisión de Tesis

IMPRIMASE:


Dr. Manuel Andrade Bourdet
Secretario



