

**LESIONES BUCALES ASOCIADAS A ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
EN TRABAJADORAS DEL SEXO QUE SON ATENDIDAS EN EL PROGRAMA DE
PROFILAXIS SEXUAL DEL CENTRO DE SALUD DE ESCUINTLA, DURANTE LOS
MESES DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DE 1995**

TESIS PRESENTADA POR

GUILLERMINA GIOVANNI PALMA LOPEZ

**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, MAYO DE 1997

09
T(1320)
C64

II

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:	Dr. Franklin Alvarado López
Vocal Quinto:	Dr. Gonzalo Javier Sagastume Herrera
Secretario:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

Decano:	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
Vocal Primero	Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal Segundo	Dr. Luis Manuel Alvarez Segura
Vocal Tercero:	Dr. Fernando Aurelio Ancheta Rodriguez
Secretario:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

DEDICO ESTE ACTO

A DIOS

A MIS PADRES

HERBER BILLY PALMA ARCE Y
LUZ MARINA LOPEZ por su
generosidad, comprensión
y apoyo.

CON APRECIO

CARLOS VILLAGRAN, OTILIA
DE VILLAGRAN gracias por
su apoyo.

ESPECIALMENTE A

TERESA DE AGUIRRE, IRMA
DE OROZCO, ING. OVIDEO
OROZCO, ESTER DOMINGUEZ
Por su apoyo y
generosidad infinita.

DEDICO ESTA TESIS

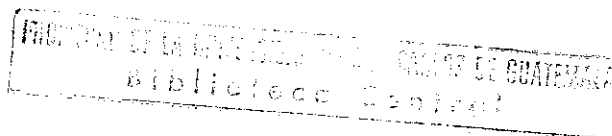
A GUATEMALA

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 TRANSMISION SEXUAL EN TRABAJADORAS DEL SEXO QUE SON ATENDIDAS EN EL PROGRAMA DE PROFILAXIS SEXUAL DEL CENTRO DE SALUD DE ESCUINTLA, DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DE 1995

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, 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

Sumario	1
Introducción	3
Planteamiento del problema	4
Justificación	6
Revisión de literatura	7
Objetivos	34
Definición de variables	35
Indicadores de las variables	37
Metodología	41
Recursos	43
Presupuestos	44
Análisis de resultados	45
Conclusiones	64
Recomendaciones	65
Anexos	66
Referencia Bibliográfica	80

SUMARIO

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo 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 Escuintla durante los meses de noviembre y diciembre de 1995

La presente investigación se realizó en el Centro de Salud de Escuintla contando con la autorización del director de dicho centro (ver anexo #7) 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 detallado 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) están asociadas a enfermedades

La edad más afectada se encontró entre los 25-29 años de edad, presentando 50% 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 Herpese en 22 casos de una población de 100 mujeres trabajadoras del sexo evaluadas, afectando principalmente labios (36.36) y encía (27.27).

La presencia de lesiones en cavidad bucal según el número de relaciones sexuales al día 30.43% para las que tienen de 4-6 relaciones al día y 37.50% las pacientes que sostienen más de 6.

Del total de lesiones en cavidad bucal encontradas durante el examen clínico únicamente 22 estuvieron asociadas a enfermedades de transmisión sexual y de éstas el 5% se relacionaron con prácticas orogenitales no se observó presencia de lesión.

Al evaluar el grado de conocimiento de las personas del estudio se determinó que , el 81% de la muestra tiene buen conocimiento acerca de las enfermedades de transmisión sexual , y el 19% no tienen conocimiento acerca de las enfermedades de transmisión sexual.

INTRODUCCION

El presente trabajo trata sobre 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 Escuintla durante los meses de noviembre-diciembre de 1995.

finalidad de este trabajo es contribuir a elaborar un protocolo de prevención y cuidados dentro del consultorio dental para evitar contagios o infección cruzada al atender pacientes con enfermedades infecciosas.

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.

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 ?

PROFESOR DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
D. [Illegible]

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.

REVISION DE LITERATURA

I. SINDROME 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 anticuerpo.

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 hemofílicos 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)

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 verruciforme, y papilomas laríngeos juveniles. El virus de condiloma acuminatum anal, genital y posiblemente bucal se conoce como HPV-6. (9)

II

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 capsómeras. 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 verruca, 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 (*Hemophilus ducreyi*)

El chancro blando es una enfermedad venérea aguda caracterizada por el desarrollo de una úlcera necrótica, el chancro blando 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 ó 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. En estos lugares puede producirse supuración para dar lugar a masas fluctuantes (bubones) que drenan a la superficie cutánea.(5)

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 fístulas. (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 aplana 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 pápula 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 pápulas miden 2 a 4 mm de diámetro, pero pueden alcanzar de 6 a 12 mm de diámetro. (8)

El periodo 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 centripeto 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 aspersión 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)

SIFILIS

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 protoplasmático 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 sifilíticas, 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)

SIFILIS 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 sífilíticas. 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 6 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 úlceras. 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 sifilítica 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 difteroides con formación de pseudomembrana y aún necrosis y esfacelación. (6)

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 seudotumoral 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. Algo 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

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 endoareritis 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 hipertófica, 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

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

carbano 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. (8)

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 fusoespiroquetal 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 Escuintla, 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 suprahiodea 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 tomó la indicada por la paciente en el instrumento recolector de datos en años cumplidos.

SEXO

Debido a que el estudio se realizó 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 tomó 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, úlceras 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 Escuintla

MUESTRA

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

PROCEDIMIENTO

El presente estudio de tipo descriptivo se llevó a cabo en el Centro de Salud de Escuintla 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 preguntó 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

RECURSOS

A. Humanos:

investigador:Guillermina Giovanni Palma López

Asesor: Dr.Luis Alvarez

Colaboradores:Dr. Miguel Arriaga

Dr. Osvaldo Girón

Mujeres trabajadoras del sexo

B. INSTITUCIONALES:

Centro de Salud de Escuintla

Laboratorio clinico del Dispensario No 3; de la
zona 1,ciudad de guatemala.

Laboratorio Clínico de la Facultad de Odontología
de la USAC, Z.12ciudad de Guatemala.

MATERIALES

Fichas o cuestionario	Q.200
Lapiceros	Q.25
Bandejas	Q.50
Güantes	Q.200
Mascarillas	Q.100
Lentes	Q.450
Porta y cubre objetos	Q.300
Solución salina	Q.25
Hisopos estériles	Q.60
Filipinas	Q.60
Bandejas portainstrumentos	Q.45
Jabón líquido	Q.50
Servilletas	Q.40
toallas	Q.40
Pruebas de laboratorio	Q.1000
total.	Q.2645

ANALISIS DE RESULTADOS

los datos obtenidos en el Centro de Salud de Escuintla, para una mejor interpretación han sido ordenados en cuadros . Asi se visualiza por medio de números arabigos y porcentajes los hallasgos recopilados durante la investigación .

La interpretación llevo a establecer y dictar parámetros de prevención en la atención de posibles portadores de E.T.S.

CUADRO No 1

Distribución de trabajos del sexo según grupo etario evaluadas en el Centro de Salud de Escuintla y presencia de lesión durante los meses de noviembre a diciembre de 1995

Edad	No de casos	% No de casos	No de casos con lesión	% de casos con lesión
15-19	18	18.00	7	38.80
20-24	12	12.00	2	16.66
25-29	42	42.00	11	26.19
30-34	15	15.00	1	6.66
35-39	9	9.00	0	00.00
40-44	2	2.00	0	00.00
45-49	2	2.00	1	50.00
total	100	100.00	22	138.31

Fuente: Datos recabados en el Centro de Salud de Escuintla

Se examinaron un total de 100 pacientes las cuales estaban comprendidas entre los 15 a 49 años de edad. se agruparon para poder determinar la(s) edad(s) mas afectadas por lesiones bucales asociadas a enfermedades transmisión sexual, la mayor frecuencia de pacientes que asistieron al centro de salud fueron comprendidas entre 25-29 años de edad.

siendo 11 de 42 casos que presentaron lesión. Se observa en el total de %de número de casos con lesión 138.31 por que se tomo en cuenta el número de casos según agrupación para poder determinar el porcentaje de número de casos con lesión siendo el porcentaje de número de casos con lesión representativo a su agrupación por que refleja el porcentaje de acuerdo al número de casos registrados . Siendo 50% de casos con lesión no representativo de frecuencia de lesión poor la cantidad de casos registrados que son 2

CUADRO No. 2

Trabajadoras del sexo según lugar de origen evaluadas en el Centro de Salud de Escuintla durante los meses noviembre, diciembre de 1995.

Lugar de origen	No. de casos	%
Escuintla	41	41.00
El Salvador	26	26.00
San Marcos	8	8.00
Retalhuleu	7	7.00
Livingston	6	6.00
Jutiapa	5	5.00
Suchitepéquez	4	4.00
Puerto Barrios	3	3.00
Total	100	100

Fuente: Datos recabados en el Centro de Salud de Escuintla

La distribución geográfica del origen de las pacientes que en su mayoría son del interior del país 74.% siendo Escuintla el departamento de mayor porcentaje 41.00%, el resto de pacientes provienen de El Salvador siendo de un 26.00 % .

CUADRO No. 3

Migración en las trabajadoras del sexo evaluadas en Clínica de Profilaxia sexual en el Centro de Salud de Escuintla durante los meses noviembre, diciembre de 1995.

Lugar al que migran	lesión	%	No de migrantes	%
Masagua	-	-	18	29.03
Mazatenango	3	33.33	15	24.19
Frontera Pedro de Alvarado	1	11.11	13	20.86
Amatitlán	-	-	12	19.35
Malacatán	-	-	11	17.74
Santa Lucía	-	-	8	12.90
México	-	-	6	9.67
Tiquisate	-	-	6	9.67
Livigstón	5	55.55	6	9.67
Guatemala	-	-	5	8.06
Puerto Barrios	-	-	5	8.67
total	9	99.99	105	100.00

Fuente: Datos recabados en el Centro de Salud de Escuintla.

Se presentó una migración de 62 de 100 mujeres trabajadoras del sexo evaluadas en la que se observó que cada una lo hace a diferentes lugares del interior del país. Por lo que se observa en número de migrantes del cuadro 105. De 22 casos con lesión que se observaron durante la investigación 9 se dieron en mujeres trabajadoras del sexo que migraron siendo Livigstón donde se encontró la mayor frecuencia de lesión con un 55.55% siguiéndole Mazatenango con 33.33% y por último Frontera Pedro de Alvarado con 11.11% En número de migrantes se observa 105 por que las mujeres trabajadoras del sexo migran a más de un lugar .

CUADRO No 4

Relaciones sexuales diarias y presencia de lesión de las trabajadoras del sexo evaluadas en Clinica de Profilaxia sexual del Centro de Salud de Escuintla durante los meses noviembre-diciembre de 1995

No. de Relaciones sexuales en un dia	No de trabajadora del sexo	%trabaja doras del sexo	No de casos con lesión	% de casos con lesión
1-3	69	69%	12	17.39
4-6	23	23%	7	30.43
+ 6	8	8%	3	37.50
total	100	100	22	85.32

Fuente: Datos recabados en el Centro de Salud de Escuintla

Se observó que entre 1 a 3 veces diarias es la mayor frecuencia de relaciones sexuales en mujeres trabajadoras del sexo. Siendo el rango en el que se observó el número mayor de mujeres trabajadoras del sexo 69 con una frecuencia de lesión de 17.39% siendo representativa por la cantidad de casos registrados siguiéndole el rango entre 4-6 con una población de 23 y una frecuencia de lesión en cavidad bucal de 30.43% no es representativo de mayor frecuencia de lesión por la cantidad de casos registrados.

CUADRO No. 5

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

Tiempo de trabajar en años	No. de casos	% de No. de casos	No. de casos con lesión	% de casos con lesión
0-2	72	72	12	16.66
3-5	18	18	8	44.44
6-8	7	7	-	-
+ 9	3	3	2	66.66
total	100	100	22	127.76

Fuente: Datos recabados en el Centro de Salud de Escuintla.

La investigación de campo indica que la mayoría de mujeres trabajadoras del sexo tienen de 0-2 años de ejercer la profesión 72% casos con una frecuencia de lesión de 16.66% siendo representativo por la cantidad de casos registrados. 66.66 % de de No.de casos con lesión no es representativo de mayor frecuencia por la cantidad de casos registrados que en este caso son dos, durante la investigación pudo observarse que un buen número de mujeres trabajadoras del sexo no indican los años reales que tienen ejerciéndola.

CUADRO No. 6

Trabajadoras del sexo que practican relaciones orogenitales evaluadas en Profilaxia sexual del Centro de Salud de Escuintla durante los meses de noviembre-diciembre de 1995.

No. de casos	%
5	5.00

Fuente: Datos recabados en el Centro de Salud de Escuintla.

Del 100% que practican relaciones genitales normales 5 practican relaciones orogenitales un dato que no pudo precisarse con exactitud por que las mujeres trabajadoras del sexo se abstenían de contestaron la pregunta. En dichos casos no se observó presencia de lesión en la cavidad bucal.

CUADRO No. 7

Distribución de trabajadoras del sexo evaluadas en el Centro de Salud de Escuintla, que presentaron lesión asociada a enfermedad de transmisión sexual según localización en cavidad bucal, durante los meses de noviembre-diciembre de 1995.

lesión	labios		lengua		faringe		encia		total de casos
	No	%	No	%	No.	%	No.	%	
herpes	8	36.36	5	22.73	3	13.64	6	27.27	22

Fuente: Datos recabados en el Centro de Salud de Escuintla

En este cuadro se relaciona el tipo de lesión con la localización observada en cavidad bucal siendo el herpes 22 casos de 100 mujeres evaluadas. La región de la cavidad bucal más afectada son los labios con un 36.36% siguiéndole la encía 27.27% lengua 22.73 y la faringe con un 13.64.

CUADRO No. 8

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

Respuestas	Número de personas evaluadas	%
Malo	13	13
Regular	18	18
Bueno	69	69

Fuente: Datos recabados en el Centro de Salud de Escuintla

Se observó que las trabajadoras del sexo que asistieron al Centro de Salud de Escuintla reciben información sobre las diferentes enfermedades de transmisión sexual, representando un 69% las que contestaron de 5-8 preguntas, 18% las que contestaron de 2-4 preguntas y un 13% una pregunta correctamente contestada.

CUADRO No. 9

Distribución de la población de estudio según respuesta a la pregunta ¿Sabe usted que son las enfermedades de transmisión sexual? en Centro de Salud de Escuintla durante los meses de noviembre-diciembre de 1995.

Conocimiento	Si	No	Total
Bueno	49	12	61
Regular	10	2	12
Malo	22	5	27
total	81	19	100.00

Fuente Datos recabados en el Centro de Salud de Escuintla

Se observó conocimiento sobre la pregunta anteriormente mencionada teniendo un conocimiento bueno 49 mujeres trabajadoras del sexo de 81 que tuvieron conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual. De 100 mujeres trabajadoras del sexo entrevistadas 19 expresaron no saber acerca de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo 12 de las 19 no tenían un conocimiento nulo acerca del tema calificando bueno, 2 de las 19 como regular y desconociendo completamente el tema 5.

CUADRO No. 10

Distribución de la población de estudio según respuesta a la pregunta ¿Cuáles enfermedades de transmisión sexual conoce? En Centro de Salud de Escuintla durante los meses de noviembre-diciembre de 1995.

Respuesta	Número de casos	%
SIDA	90	36.58
Papiloma	67	27.23
Chancro	45	18.29
Gonorrea	39	15.85
Herpes	5	2.03
	246	100.00

fuentes: Datos recabados en el Centro de Salud de Escuintla.

Siendo el SIDA una enfermedad de preocupación mundial la mayoría de mujeres trabajadoras del sexo la mencionaron teniendo un 36.58% y el Herpes a pesar de ser la lesión que más se observa es la que menos conocen con un 2.03%. En el cuadro se observa en número de respuestas 246 por que las mujeres trabajadoras del sexo mencionaban más de una enfermedad de transmisión sexual.

CUADRO No. 11

Distribución de la población de estudio según respuesta a la pregunta. ¿Cómo cree usted que se contraen las enfermedades de transmisión sexual?. En el Centro de Salud de Escuintla durante los meses de noviembre-diciembre de 1995.

Respuesta	Número de casos	%
Por un hombre enfermo	42	42.00
Por las relaciones de sexo	38	38.00
Por no revisar	12	12.00
No sé	8	8.00
total	100	100.00

Fuente: Datos recabados en el Centro de Salud de Escuintla.

La mayoría de mujeres trabajadoras del sexo indicaron dominio a dicha pregunta pudiendo responderla correctamente, por la información que reciben en dicho Centro de Salud, la forma de prevenir las enfermedades de transmisión sexual que es relaciones sexuales sin prevención que en este caso sería por medio de un hombre enfermo con un 42% mientras que las que no saben en de un 8%.

CUADRO No. 12

Distribución de la población de estudio según respuesta a la pregunta ¿Sabe cómo protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual?. En el Centro de Salud de Escuintla durante los meses de noviembre-Diciembre de 1995.

Respuesta	Número de casos	%
Usar preservativo y revisar	69	69.00
Usar preservativo	21	21.00
Revisar	8	8.00
No sé	2	2.00
	100	100.00

Fuente: Datos recabados en el Centro de Salud de Escuintla.

Las mujeres trabajadoras del sexo son aconsejadas y les proveen de preservativos en el Centro de Salud de Escuintla para evitar enfermedades de transmisión sexual, un 69% contestaron que la forma de protegerse es usando preservativo y revisar mientras que 2% dijeron no saber.

CUADRO No. 13

Distribución de la población de estudio según 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?. En el Centro de Salud de Escuintla durante los meses de noviembre-diciembre se 1995.

Respuesta	Número de casos	%
Ambos	20	20.00
Mujeres	72	72.00
No sé	8	8.00
total	100	100

Fuente: Datos recabados en el Centro de Salud de Escuintla.
 Con respecto a esta pregunta las mujeres no indicaron haber comprendido en las charlas impartidas en el Centro de Salud que para prevenir enfermedades transmisión sexual, es necesario que el examen se lo haga tanto el hombre como la mujer siendo un 72% que cree que es la mujer la única que debe estar periódicamente evaluándose mientras que un 20% opinan que son ambos.

CUADRO No. 14

Distribución de la población de estudio según respuesta a la pregunta ¿Dónde obtiene información sobre enfermedades de transmisión sexual?. En el Centro de Escuintla durante los meses de noviembre-diciembre de 1995.

Respuestas	No. de casos	%
Centro de Salud	58	58.00
El Doctor	35	35.00
Amigas	5	5.00
No sé	2	2.00
Total	100.00	100

Fuente: Datos recabados en el Centro de Salud de Escuintla.

Las mujeres trabajadoras del sexo en su mayoría indicaron correctamente dónde y quién puede resolver las dudas que tengan sobre enfermedades de transmisión sexual, siendo un 58% que contestaron que es en el Centro de Salud, un 35% que es el doctor, mientras 2% dijeron no saber como obtener información.

CUADRO No. 15

Distribución de la población según respuesta a la pregunta ¿Con quié hablaría usted si tuviera dudas sobre enfermedades de transmisión sexual?. Centro de Salud de Escuintla durante los meses de noviembre-diciembre de 1995.

Respuestas	Número de casos	%
Doctores	82	82.00
Amigas	12	12.00
No sé	6	6.00
total	100	100.00

Fuente: Datos recabados en el Centro de Salud de Escuintla.

Las mujeres trabajadoras del sexo en su mayoría saben que el Dr. es la persona indicada para poder resolverles dudas, siendo 82 mujeres trabajadoras del sexo de 100 evaluadas las que hablarían con el Dr. mientras un 6% dijeron no saber.

CUADRO No. 16

Distribución de la población de estudio según respuesta a la pregunta ¿Cómo se conocería si padeciera de enfermedad de transmisión sexual?. Centro de Salud de Escuintla durante los meses de noviembre-diciembre de 1995.

Respuesta	No. de casos	%
No sé	70	70.00
Por la "pudrición y ardor"	30	30.00
total	100	100.00

Fuente: Datos recabados en el Centro de Salud de Escuintla.

Con respecto a esta pregunta la mayoría de mujeres trabajadoras del sexo no pudieron indicar como reconocer si padecieran enfermedades de transmisión sexual 70 mujeres trabajadoras del sexo de 100 evaluadas no saben y 30 dieron una breve descripción.

CONCLUSIONES

- Las lesiones en cavidad bucal asociadas a enfermedades de transmisión sexual de 100 trabajadoras del sexo que acudieron al programa de Profilaxia sexual en el Centro de Salud de Escuintla de noviembre-diciembre de 1995 es de 22%.
- La lesión en cavidad bucal asociada a enfermedad de transmisión sexual al momento del examen fue Herpes, manifestado como lesión ulcerativa en un 22%
- Las lesiones en cavidad bucal asociadas a enfermedades de transmisión sexual aparecieron con mayor frecuencia entre los 25-29 años de edad, siendo estas edades en que se registró el mayor número de trabajadoras del sexo.
- Las regiones anatómicas afectadas en cavidad bucal fueron labios, encía, lengua faringe.
- En mujeres trabajadoras del Sexo que practican relaciones oro-genitales no se observó lesiones bucales asociadas a enfermedad de transmisión sexual.

RECOMENDACIONES

- Realizar el examen de la cavidad bucal como parte importante del programa de Profilaxia sexual para poder obtener datos confiables y colaboración por parte de las trabajadoras del sexo. Siendo de importancia para prevenir el contagio a través de la relaciones sexuales, también la observación y precaución al ver una lesión por parte del Odontólogo es de valor para no contagiar a otros pacientes y así mismos.

- Hacer del conocimiento de las mujeres trabajadoras del sexo la importancia del estudio de lesiones de cavidad bucal por que enfermedades que aún no se han manifestado pueden ser tratadas a tiempo al Diagnosticar una lesión bucal.

- Al realizar el trabajo de campo pudo observarse que la mayoría de mujeres trabajadoras del sexo creen que es la mujer la que debe continuamente examinarse para prevenir enfermedades de transmisión sexual es de hacer una recomendación a los médicos que laboran en los Dispensarios y Centros de Salud donde funcionan las clínicas de Profilaxia sexual para reforzar el conocimiento de las mujeres trabajadoras del sexo y al mismo tiempo decirles que es beneficioso que al hacerles la revisión los hombres se los informen también el riesgo que corren ellos y su familia si no se examinan por un médico continuamente en caso de solicitar este servicio en forma regular.

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 DE REGISTRO DE DATOS

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 indicó 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 realizó 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. **Practica 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 área 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 Escuintla los meses de Noviembre a Diciembre de 1995; y autorizo a la estudiante Guillermina G. Palma López a que me realice un examen completo y minucioso de la cavidad bucal y 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 realizó 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

**GUIA PARA LA DESCRIPCION 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 viable 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 es

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, la 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.

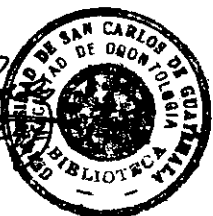
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

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. 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).
4. Guerrero Mendoza, V.S. Lesiones bucales asociadas a enfermedades de transmisión sexual, en trabajadores de la Ciudad de Guatemala. Tesis. (Cirujano Dentista) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1995. pp. 1-3
5. Jawetz, E. Microbiología médica. 13a. ed. México, El Manual Moderno, 1990. pp. 227, 292-293, 424-425.
6. Mc. Carthy, P.L. Enfermedades de la mucosa bucal. 2a. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1985. pp. 97, 103-107, 155, 554.
7. Miller, C.S. y S.W, Redding, 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).
8. Roca, P. Microbiología bucal y clínica. México, Científica, 1987. p. 107.
9. 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.
10. Shafer, W.G. Tratado de patología bucal. 4a. ed. México, Nueva Editorial Interamericana, 1986. pp. 361, 371, 387-388, 541-551.

Vo. Bo.

Luis St...

25-4



[Handwritten signature]

O.P. Guillermina G. Palma López
SUSTENTANTE

[Handwritten signature]

Dr. Luis Manuel Angel Alvarez S.
ASESOR

[Handwritten signature]

Dr. Servio Tulio Interiano Cario
COMISION DE TESIS

[Handwritten signature]

Dr. Denis Tyrone Chew González
COMISION DE TESIS



IMPRIMASE

[Handwritten signature]

Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Secretario

