

**IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DE UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA
DETECTAR CANDIDOSIS BUCAL EN EL PALADAR DE PACIENTES EDÉNTULOS
(TOTAL O PARCIALMENTE), QUE SE PRESENTEN A LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

Tesis Presentada Por

DORA LUISA GUZMÁN PALOMO

**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, QUE PRACTICÓ EL
EXAMEN GENERAL PÚBLICO, PREVIO A ÓPTAR AL TÍTULO DE:**

CIRUJANO DENTISTA

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

GUATEMALA, NOVIEMBRE DEL 2001

DL
09
T(1589)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dr. Alejandro Ruiz Ordóñez
Vocal Tercero:	Dr. Cèsar Mendizábal Giròn
Vocal Cuarto:	Br. Edgar Areano Berganza
Vocal Quinto:	Br. Sergio Pinzòn Cáceres
Secretario:	Dr. Otto Raül Torres Bolaños

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. César Mendizabal Girón
Vocal Segundo:	Dr. Oscar Toralla de León
Vocal Tercero:	Dr. Luis Felipe Paz García
Secretario:	Dr. Otto Raül Torres Bolaños

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Te agradezco me hayas permitido llegar hasta aquí,
iluminando y llenando de bendiciones mi camino.

A MIS PADRES: Julio Ricardo y Dora Aida, gracias por su amor tan
grande por mi, su incondicional apoyo y todas sus
enseñanzas. Los quiero muchísimo.

A MIS HERMANOS: Sonia Karina, Julio Enrique, José Pablo y Rodrigo
Alfonso, por estar siempre a mi lado, por quererme y
ayudarme siempre. Gracias, con todo mi amor.

A MI CUÑADO

Y MI SOBRINO: Los quiero mucho.

A MIS TIOS: Juan José Palomo y Rosemary de Palomo, gracias
por todo.

A MIS AMIGOS: En especial a Vilma Mejía, por su cariño e
incondicional ayuda.

TESIS QUE DEDICO

A GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

A MI ASESOR

A MIS CATEDRÁTICOS

A TODOS LOS QUE CONTRIBUYERON EN MI FORMACIÓN

PROFESIONAL

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración el trabajo de tesis titulado “ IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DE UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA DETECTAR CANDIDOSIS BUCAL EN EL PALADAR DE PACIENTES EDÉNTULOS (TOTAL O PARCIALMENTE), QUE SE PRESENTEN A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA”, conforme lo demandan los estatutos de la UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA previo a optar al título de CIRUJANO DENTISTA.

Agradezco a todas aquellas personas que me apoyaron y compartieron sus conocimientos conmigo, para poder realizar esta investigación, en especial a el Dr. Oscar Toralla de León, al Dr. Cèsar Lòpez Acevedo y al Dr. Romàn Carlos Bregni.

Y a ustedes distinguidos miembros del tribunal examinador, reciban mis màs altas muestras de consideración y respeto.

He dicho.

INDICE

SUMARIO	1
INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACION	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	8
REVISION DE LITERATURA	10
METODOLOGÍA	39
1. Objetivos de la investigación.	
2. Variables	
3. Hipótesis	
4. Procedimiento	
5. Instrumento para la recolección de datos	
6. Alcances y límites de la investigación.	
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	45
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	51
ANEXOS	53
BIBLIOGRAFIA	58

SUMARIO

El presente estudio se realizó para demostrar la importancia de introducir en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, el uso de pruebas diagnósticas para confirmar el examen clínico completo y encontrar una lesión en el paciente que se trate en la clínica de la Facultad, especialmente cuando se encuentran lesiones rojas en paladar de pacientes edéntulos (total o parcialmente, es decir que usen prótesis total o removible), ya que al diagnosticar una lesión de forma inadecuada, se dará un tratamiento inadecuado.

El trabajo de campo se llevó a cabo en las clínicas de la Facultad de Odontología de la USAC, se tomaron como muestra 50 pacientes edéntulos (total o parcialmente) que presentaban lesiones rojas en el paladar, a los que además de realizarle un examen clínico completo, se les tomó un frote de la lesión y se envió al laboratorio de Patología de ésta facultad, para que la procesaran (realizar la tinción de PAS, específica para diagnóstico de Candidosis Oral). Posteriormente, las muestras fueron enviadas a tres Patólogos orales, para que confirmaran el diagnóstico clínico dado a la lesión encontrada.

Los resultados obtenidos reflejaron que clínicamente los 50 casos se diagnosticaron como Candidosis oral y únicamente 5 de ellos fueron confirmados como tal, por medio de la prueba de laboratorio, además 28 casos fueron tratados con antimicótico antes del resultado obtenido del laboratorio.

Con lo anterior se comprueba que es inadecuado el protocolo de seguimiento de lesiones encontradas en los pacientes que ingresan a las clínicas de la Facultad de Odontología de la USAC, ya que los criterios utilizados para dar un diagnóstico correcto utilizando únicamente el examen clínico son inadecuados, además en la mayoría de lesiones no pueden diagnosticarse únicamente con un examen clínico, siendo necesario realizar una prueba de laboratorio, especialmente para Candidosis oral.

Por otra parte, se observó que el laboratorio de Patología de la Facultad de Odontología de la USAC, no está equipado adecuadamente para procesar las pruebas tomadas, ya que al examinar las muestras (por tres patólogos orales) se encontró deficiencias en las tinciones ya que 5 de ellas fueron consideradas no evaluables, por lo que se recomienda mejorar el equipo e instrumental del mismo.

INTRODUCCION

Actualmente el diagnóstico de Candidosis oral en pacientes edéntulos (total o parcialmente) que ingresan a la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se realiza mediante un examen clínico hecho por el odontólogo practicante, supervisado por el catedrático asignado, para diagnosticar Candidosis oral; sin embargo, el protocolo del manejo de Candidosis sugiere la necesidad de realizar pruebas específicas para dar un diagnóstico correcto, confirmando o descartando el diagnóstico diferencial, estando en mejores posibilidades de proporcionar un tratamiento adecuado a la enfermedad encontrada.

Al realizar esta tesis se demostró la importancia de introducir en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos el uso de una prueba diagnóstica para cualquier lesión roja encontrada en un paciente, en el momento de hacerle el examen clínico, para poder prescribir el tratamiento apropiado, tanto para la lesión como para el agente que la provoca.

El estudio fue prospectivo, transversal; se tomaron al azar, 50 pacientes edéntulos (total o parcialmente) ingresados a la Facultad de Odontología la Universidad de San Carlos de Guatemala, que presentaran lesiones rojas en el

paladar (sin importar el aspecto general, tamaño, tiempo de evolución, etc. de cada una de dichas lesiones), a quienes se les realizó un examen clínico completo y un frote citológico de la lesión. Posteriormente, se dio un diagnóstico clínico de cada lesión observada y cada muestra tomada se envió a tres Patólogos orales y un Odontólogo, y cada uno dió un diagnóstico final posible, y se tomó como correcto el que se repitió dos o tres veces, para confirmar o no, el diagnóstico clínico (diferencial) dado a la lesión.

Los resultados que diagnosticaron Candidosis oral clínicamente y que fueron confirmados por la prueba de laboratorio, fueron únicamente 5, por lo que los otros 45 resultaron negativos, con lo que se observa que los criterios clínicos utilizados para el diagnóstico de Candidosis oral son inadecuados o equívocos. Por otro lado, de los 50 pacientes examinados, 28 de ellos recibieron tratamiento antimicótico, sin esperar el resultado del laboratorio y únicamente 5 de ellos lo necesitaba.

De lo anterior se puede concluir principalmente que en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, aún se tratan lesiones rojas sin hacer previamente una prueba diagnóstica que confirme o descarte el diagnóstico clínico. Que solamente 22 de los Odontólogos practicantes siguieron el protocolo para correcto diagnóstico y tratamiento de

Candidosis oral. Además, tanto el material como el equipo del laboratorio de Patología de esta Facultad, es inadecuado para realizar el procedimiento de laboratorio, cualquiera que éste sea, en forma satisfactoria.

JUSTIFICACION

Es necesario que en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se establezca la importancia de la aplicación de una prueba de laboratorio (como una biopsia o un frote), para confirmar o descartar cualquier lesión encontrada en un paciente, en caso de que exista más de un diagnóstico diferencial, con lo que se lograría dar un diagnóstico correcto, así como un tratamiento efectivo.

Si se logra probar, por medio de este trabajo, que el diagnóstico de candidosis oral obtenido por medio de una prueba de laboratorio es más acertado que el obtenido de un examen clínico, se estará en condiciones de recomendar las técnicas y procedimientos que deberán usarse en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con el consiguiente beneficio para pacientes y estudiantes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El propósito de esta investigación es comprobar hasta que punto es correcto el diagnóstico clínico de la candidosis oral por medio de su comparación con los resultados de exámenes de laboratorio. En otras palabras, se trata de comprobar lo siguiente:

¿Qué diferencia existe entre el diagnóstico de Candidosis oral obtenido por medios clínicos y el obtenido con pruebas de laboratorio, en lesiones rojas de paladar de pacientes edéntulos (total o parcialmente) que acuden a las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala?

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La consulta bibliográfica y documental puso en evidencia que, actualmente, no existe ningún estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que trate sobre la importancia de una prueba diagnóstica para detectar Candidosis Oral en los pacientes que se atienden en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Las observaciones realizadas permiten llegar a la conclusión de que es necesario comprobar la certeza de los diagnósticos clínicos de la enfermedad, en beneficio de los pacientes atendidos y del Odontólogo practicante que los atiende, así como llegar al diagnóstico definitivo, sin pérdida de tiempo. Por esta razón, se considera de importancia realizar el estudio que comprobará si es necesario realizar pruebas de laboratorio para emitir un diagnóstico más confiable, además de verificar la validez del diagnóstico obtenido de un examen clínico.

Con esta investigación se logrará dar a conocer la importancia de un diagnóstico correcto a una determinada lesión, para prescribir un tratamiento adecuado, evitando una posible complicación de la misma o bien para

descubrir afecciones sistémicas que puedan ser causa de la lesión.

En algunas clínicas odontológicas, al ingresar a un paciente, se le realiza un examen clínico y radiológico completo, así como una prueba diagnóstica a toda lesión que presente el paciente; en otras, sólo se envía a un estudio de laboratorio, lesiones que son muy grandes o bien que causan alguna sintomatología; sin embargo, cabe mencionar que algunas lesiones (por ejemplo candidósicas), necesitan una prueba diagnóstica para ser erradicada adecuadamente con el tratamiento necesario; algunas lesiones son efecto local de una afección sistémica (que puede incluso poner en riesgo la vida tanto del paciente como del dentista), que sólo se descubriría si se realiza una adecuada prueba diagnóstica.

Por éstas razones, en países desarrollados, se ha implementado como procedimiento de rutina hacer un examen médico completo, uno odontológico completo, realizar todas las pruebas de laboratorio necesarias para descartar cualquier lesión , antes de realizar un tratamiento, por más sencillo que éste sea.

REVISION DE LITERATURA

LEVADURAS, CANDIDA ALBICANS

La primera descripción completa de formas superficiales de Candidosis apareció a principios del siglo XX, aunque es probable que la Candidosis cutánea fuera conocida clínicamente mas temprano. (28)

La Cándida es un comensal simbiótico que se torna oportunista y aprovecha estados de inmunosupresión de su huésped. Penetra, prolifera e invade tejidos profundos a través de piel y mucosas lesionadas. (1,9,13,16).

Esta enfermedad también conocida como Moniliasis, es una condición de ocurrencia universal, producida por hongos de la especie Cándida. Cándida Albicans es muy comúnmente asociada con carcinoma, aunque es un miembro frecuente de la microbiota oral y existe en mas del 60% de personas sin producir lesiones aparentes. (17,23).

Existen siete especies de Cándida:

C. Guillermondi

C. Krusei

C. Parapsilisis

C. Pseudotropicalis

C. Stellatoidea

C. Tropicalis.

Para su estudio se sabe que la levadura se reproduce con facilidad en condiciones de 25 a 37 grados centígrados, en un medio de disolución de Sabouraud glucosada con agar, y crecerá en un medio de melaza-agar, pero a 25 grados centígrados. (5)

En todas las formas de candidosis se consideran como factores predisponentes la desnutrición y las enfermedades crónicas debilitantes, tales como diabetes, leucemia, tuberculosis (23), y otras como la edad del paciente (niños y ancianos), terapia con antibióticos (Winner y Hurley discutieron razonablemente que la incidencia de la enfermedad que aparece primariamente en los individuos débiles, fue probablemente más alta antes de contarse con los antibióticos, porque si no, mayor proporción de la población se hubiera enfermado crónicamente),(28), esteroides y otras drogas inmunosupresoras, xerostomía, anemia, desórdenes endocrinos y la inmunodeficiencia siendo la Candidosis una de las infecciones más comunes

vistas en asociación con la infección por el VIH (Virus de inmunodeficiencia humana). (18).

CANDIDA ALBICANS

El género *Cándida Albicans* se reproduce por gemación y generalmente tiene forma ovalada. No obstante puede observarse en las áreas infectadas, la hifa y pseudohifas, de forma filamentosa lo que consiste en células alargadas de levadura que aún permanecen unidas entre sí. (19, 38)

Bajo condiciones normales, *Cándida Albicans*, se presenta en números pequeños en el tubo alimentario, membranas mucosas de boca y área de vagina y piel, el padecimiento resulta solo cuando hay un cambio importante en la flora normal o una alteración de la respuesta inmune. Tales infecciones se pueden dar en personas que tienen defectos fisiológicos como trastornos endocrinológicos. (19,38)

La infección por *Cándida Albicans* suele limitarse a piel y mucosas, raras veces la infección es sistémica que cause lesiones viscerales y que amenazan la vida del paciente. El microorganismo prolifera en zonas intertriginosas y muco cutáneas, donde el calor y la maceración proporcionan

un medio ambiente fértil. (19)

Esta crece en tres sitios distintos en casos de Candidosis oral: (25)

1. En Candidosis crónica atrófica asociada al uso de dentaduras artificiales, crece preferentemente en la superficie de la dentadura y también ha sido encontrada en la mucosa que hace contacto con ésta.
2. En casos de Candidosis pseudomembranosa aguda, crece produciendo una delgada capa que envuelve todo el epitelio y que puede ser desprendida con facilidad.
3. La Candidosis hiperplásica crónica, el micelio penetra parcialmente la mucosa, curiosamente el micelio está siempre colocado aproximadamente en ángulos del epitelio y nunca penetra bajo el borde inferior de la capa granular, excepto en casos agresivos en donde se encuentra atipia del epitelio.

La Candidosis puede presentarse en varias formas clínicas: cutánea (a menudo asociadas con higiene deficiente y con situaciones que mantienen la piel húmeda), broncopulmonar, de membranas mucosas y sistémica o diseminada. (23)

CANDIDOSIS ORAL

Las micosis orales, sobre todo la candidosis oral, constituyen en la actualidad una de las patologías más frecuentes en la práctica estomatológica. Además de su frecuencia, estos procesos poseen un enorme valor clínico, ya que pueden ser la primera manifestación de diferentes procesos locales o generales deficitarios o patológicos. (23)

Es una infección oportunista común, que es difícil de erradicar completamente y que se desarrolla cuando el balance de la flora oral es alterado por una determinada circunstancia. La infección es causada por un hongo semejante a una levadura, el cual tiende a formar infecciones superficiales, sin predilección por la queratina. (26)

Los factores predisponentes para la infección por Cándida son: (1,21)

Inmadurez inmunitaria de la infancia.

Alteraciones endocrinas: Diabetes sacarina

Hipoparatiroidismo

Embarazo

Tratamiento parenteral con esteroides/

hipoadrenalismo

Tratamiento tópico con corticosteroides

Xerostomía.

Higiene bucal deficiente

Tumor maligno avanzado

Mal absorción y mal nutrición

Tratamiento con antibióticos sistémicos

Quimioterapia para cáncer y radioterapia.

Otras formas de inmunosupresión (SIDA, por ejemplo)

Síndrome de Sjogren

Prótesis

Colutorios

Disminución de dimensión vertical

Tabaquismo

CONDICIONES PREDISPONENTES

Varios cambios sistémicos o locales pueden predisponer al paciente a desarrollar Candidosis y pueden dividirse en factores fisiológicos, localizados, generalizados y iatrogénicos. (23, 25)

FACTORES FISIOLÓGICOS

La edad avanzada o la infancia, generalmente hacen a los pacientes más susceptibles a Candidosis oral. Infantes, particularmente inmediatamente después del parto, a menudo desarrollan Candidosis Pseudomembranosa aguda, probablemente porque carecen de un sistema inmune completamente funcional. (23, 25)

En el debilitamiento de la edad avanzada, debido al deterioro de factores fisiológicos o bien por malnutrición, puede estar asociado a Candidosis oral, usualmente es también del tipo pseudomembranoso agudo. (23, 25)

Sin embargo, ha sido demostrado que la Candidosis en infantes, que persiste a pesar del tratamiento, puede ser un indicador de anomalías endocrinas o de inmunodeficiencia. De forma similar, en pacientes de edad avanzada que desconocen tener alguna enfermedad

generalizada, puede ser un factor predisponente de Candidosis. (23, 25)

FACTORES LOCALES

El papel de los factores predisponentes en pacientes con Candidosis oral es difícil de calcular en muchos casos. La razón es que las condiciones locales anormales son manifestaciones de enfermedades generalizadas, por ejemplo, la anemia perniciosa, la mucosa se vuelve muy inestable y puede presentarse la Candidosis. Es posible que el desarrollo de Candidosis sea una respuesta tanto de las condiciones locales anormales como la debilidad generalizada causada por la enfermedad. Un factor más complicado es que la terapia local para lesiones de la mucosa oral pueden además predisponer a Candidosis. (23, 25)

Existe una fuerte asociación entre la Candidosis oral y agentes antibacteriales amplios, tópicos o sistémicos, que son usados en tratamientos de muchas condiciones de la mucosa oral. Estos agentes suprimen la flora bacteriana y permiten el crecimiento de las levaduras, resultando en desarrollo, en algunos casos, de Candidosis atrófica aguda. (23, 25)

La Candidosis oral es sugerida como una complicación de trauma local o maceración. Procedimientos tan pequeños como cirugía oral o endodoncia, puede complicarse por infecciones agudas de Cándida, produciendo una formación de absceso, aunque es muy raro. De forma similar, las quemaduras químicas o térmicas intra o extraorales son raramente complicadas con infecciones por levaduras. (23, 25)

CONDICIONES GENERALIZADAS

Un amplio rango de enfermedades generalizadas, algunas con evidente debilitamiento, pueden ser precipitantes en Candidosis oral. En una persona con Candidosis sin causa aparente, debe sospecharse que tiene la posibilidad de sufrir alguna anomalía generalizada. Por ejemplo: desórdenes endocrinos, diabetes mellitus, defectos inmunológicos, anomalías hormonales, desórdenes hematológicos o nutricionales, neoplasias orales, flujo salivar, etc. (23, 25)

FACTORES IATROGÉNICOS

Por ejemplo, drogas (agentes antibacteriales, esteroides, tranquilizantes, etc.) y radiación. (25)

CLASIFICACION DE CANDIDOSIS ORAL

Lehner propuso dividir la Candidosis oral inicialmente, en lesiones agudas y crónicas, luego una subdivisión como : (25)

AGUDAS: Candidosis pseudomembranosa aguda.

Candidosis atrófica aguda.

CRÓNICAS: Candidosis atrófica crónica.

Candidosis hiperplásica crónica.

Candidosis muco cutánea crónica.

Otra clasificación, que presenta Bagan es: (1)

PRIMARIAS

Agudas: Pseudomembranosa o Muget

Eritematosa

Crónicas: Eritematosa

Hiperplásica

Lesiones asociadas a Cándidas: Estomatitis protésica

Queilitis angular

Glositis romboidal media

SECUNDARIAS

Manifestaciones orales de candidosis muco cutánea sistémica (tales como aplasia tímica o síndrome de candidosis y endocrinopatía). (1)

Se presenta a continuación una breve descripción de las diferentes clases de Candidosis, según la clasificación hecha por Lehner: (25)

CANDIDOSIS ATROFICA AGUDA

Puede afectar cualquier parte de la mucosa oral, incluyendo la mucosa bucal, paladar y lengua. La mucosa afectada se torna rojo encendido, brillante y dolorosa. Cuando la lengua es afectada hay depapilación marcada. Histológicamente el epitelio es atrófico y hay tejido conectivo denso con infiltrado de células inflamatorias, la Cándida se muestra sobre la superficie mucosa, por tomar coloración y en secciones el epitelio atrófico puede verse penetrado por secciones de hifa. C. Albicans es usualmente aislada, pero otras levaduras pueden estar presentes. (25)

Se produce cuando las placas pseudomembranosas son eliminadas y se

caracteriza por la presencia de zonas enrojecidas y erosivas, acompañadas de dolor o sensibilidad marcada, principalmente en alimentos condimentados. Esta forma de candidosis es más común en pacientes tratados con antibióticos de amplio espectro. (23)

CANDIDOSIS PSEUDOMEMBRANOSA AGUDA

El nombre común de esta condición es AFTA, y es muy común el diagnóstico errado de otras formas de candidosis oral. Es la forma más común en la cavidad oral, ocurre después de la administración de antibióticos, corticosteroides o drogas citotóxicas y se observa también en recién nacidos, embarazadas o pacientes debilitados por alguna enfermedad. Es también muy confundida con Liquen plano o leucoplasia, que forman parches blancos en la mucosa oral. Es muy común en infantes y pacientes de edad avanzada, quienes parecen sanos, pero si la candidosis pseudomembranosa aguda es encontrada, debe sospecharse de una enfermedad generalizada o debilitación. (23, 25)

La pseudomembrana que le da el nombre a esta condición está compuesta de una estera delgada de hifa del hongo, bacterias, células epiteliales descamadas y fibrina. Se piensa que la hifa del hongo ancla

la pseudomembrana al tejido conectivo subyacente. (23,25)

Las lesiones intraorales crecen como puntos blancos en la mucosa bucal y en bordes laterales de lengua, que gradualmente confluyen. El parche blanco superficial puede ser removido del área y deja ésta sangrante. Este es un simple medio para distinguir candidosis pseudomembranosa aguda de candidosis hiperplásica crónica y otras lesiones blancas de la mucosa oral. (23,25)

Esta forma de candidosis puede ocurrir en asociación con VIH (virus de inmunodeficiencia humana), aparece en forma de placas amarillentas y removibles en cualquier parte de la mucosa oral. (5)

CANDIDOSIS HIPERPLASICA CRÓNICA

Se le conoce como Leucoplasia por cándida. Es una leucoplasia que ha sido descrita por la OMS como un parche blanco que no puede ser removido y que no es susceptible a otro diagnóstico clínico. (23, 25)

Histológicamente hay un infiltrado de hifa de cándida en las placas más superficiales del epitelio. Hay un desorden en la maduración del proceso en el que el epitelio descansa, tiene cambios en el patrón normal de queratinización, hay hiperqueratosis y acantosis en el epitelio oral, el

tejido conectivo se observa con reacción inflamatoria aguda y crónica. Son estos cambios los que mandan la apariencia blanca de la leucoplasia candidósica, no hay pseudomembrana. (23, 25)

El sitio más común de candidosis hiperplásica crónica es la comisura, con extensión a los ángulos de los labios. La lesión puede ser una placa bien circunscrita, con una serie de nódulos o ambos. Aunque las comisuras son el sitio más común, cualquier otra parte de la mucosa puede ser afectada y ocasionalmente toda la membrana mucosa puede afectarse. Es una lesión persistente por años. (25)

Un amplio rango de variación estructural del epitelio puede ser visto en la biopsia, desde atrofia hasta acantosis e hiperqueratinización, en general incidencia de atipia ocurre en los casos de atrofia. En pocos casos es inesperada la apariencia de Carcinoma in situ o hasta Carcinoma invasivo clínicamente diagnosticadas como candidosis leucoplásica. Esto sucede más frecuentemente en áreas eritematosas que corresponden a atrofia epitelial. (5,13,39)

CANDIDOSIS MUCOCUTANEA CRÓNICA

Esta condición, que por definición, afecta piel y membranas mucosas, es la menos bien entendida, de todas las formas de candidosis oral. Se clasifica así: (25)

Grupo 1: Está ligada a un comportamiento autosómico recesivo. Las lesiones en estos casos tienden a ser orales, pero otros sitios pueden ser afectados con lesiones menores.

Grupo 2: Este grupo incluye pacientes que no presentan factores hereditarios y presentan lesiones extensas y severas, tanto de la cavidad oral como de otros sitios en la piel. Las lesiones tienden a ser granulomatosas y en pacientes susceptibles a otras infecciones oportunistas sugieren inmunodeficiencia.

Grupo 3: Este es conocido como Síndrome de Endocrinopatía por Cándida y es asociado con cualquier endocrinopatía, sobretodo congénitas.

Grupo 4: Se conoce como Candidosis Mucocutánea crónica tardía, ocurre más comúnmente en pacientes hombres. Es usualmente severa y afecta la cavidad oral y piel.

CANDIDOSIS ATROFICA CRONICA

Es la forma más común de candidosis orales y está usualmente asociada con el uso de alguna prótesis dental. Esta condición puede ser dividida en varios tipos: (25)

TIPO 1: Está caracterizado por tipos hiperémicos localizados, usualmente bajo una prótesis dental superior. Histológicamente los conductos de las glándulas salivales menores del paladar, se muestran taponados.

TIPO 2: Este es probablemente el tipo más común. Hay un eritema difuso limitado por los límites de la dentadura. La mucosa aparece delgada y atrófica. Histológicamente la apariencia no es específica con atrofia epitelial, paraqueratosis o carece de queratina, e inflamación crónica.

TIPO 3: Esta es una extensión del tipo dos, en donde la condición ha sido prolongada y la reacción hiperplásica epitelial sucede. Esta es usualmente del tipo nodular y puede estar localizada en el centro del paladar duro. Histológicamente ésta es una reacción hiperplásica con áreas atróficas.

El tipo tres es comúnmente asociado a tipos uno y dos. (25)

La candidosis atrófica crónica es accidentalmente descubierta cuando las dentaduras son reemplazadas. Sin embargo, puede causar problemas para el clínico, en que la presencia de inflamación usualmente causa cambios dimensionales en la mucosa subyacente a la prótesis y puede afectar el ajuste de la nueva prótesis.

La apariencia de esta forma de candidosis, depende de cómo se ha acondicionado la mucosa debajo de la prótesis total. Existe predilección por la mucosa palatal, comparada con la mucosa alveolar del arco inferior, y las mujeres han mostrado ser más propensas a esta forma de candidosis que el hombre. (25)

Otro de los factores predisponentes son el trauma secundario, asociado a la mala adaptación de la prótesis (relación interoclusal deficiente) y el uso de la misma durante toda la noche (no remueve su prótesis para dormir). (23, 25)

La apariencia clínica suele ser un rojo brillante con superficie punteada o rugosa, con poca queratinización. En casos severos, hay pequeñas vesículas y erosiones. Las infecciones de candidosis crónica también son capaces de producir una respuesta hiperplásica del tejido. (23, 25)

Puede aparecer asociada a VIH (virus de inmunodeficiencia adquirida) y aparece como parches rojos y puede ocurrir en cualquier parte de la mucosa oral, aunque los lugares más comunes de aparición son el paladar y dorso de lengua. (23,25)

ESTOMATITIS PROTESICA

TIPO 1: Lesiones punteadas.

TIPO 2: Simple generalizada (zonas eritematosas extensas).

TIPO 3: Papila hiperplásica.

Causadas por prótesis mucosoportadas totales o parciales, con mal

diseño o hechas mucho tiempo atrás. Presenta escasa sintomatología.(1)

El daño producido es así: Microtraumatismos + mala higiene oral + candidosis = lesiones en zonas de apoyo. (1)

A excepción de la candidosis mucocutánea crónica, las candidosis orales son autolimitantes en una infección local. Si otros factores sistémicos precipitantes están presentes, entonces la posibilidad de la diseminación tanto local como sistémica, es posible. La diseminación local puede resultar en una candidosis orofaríngea, o como alternativa muy rara, abscesos por levaduras. (23, 25)

La candidosis orofaríngea es muy observada en pacientes que están en tratamiento de neoplasias malignas orales o en leucemia y condiciones similares. Es una complicación muy dolorosa y debilitante que puede prevenirse en muchos casos con agentes antimicóticos profilácticamente. (25)

La evidencia de candidosis sistémica resulta de la diseminación de la candidosis. Sin embargo, la boca, particularmente la parte posterior del dorso de lengua, es el principal reservorio de levaduras en el cuerpo y por eso es muy común que la diseminación sistémica ocurra desde la

cavidad oral. Cuando ésto sucede, la diseminación micótica sistémica puede resultar en infecciones de órganos vitales como el riñón, y en pacientes con problemas cardíacos, una endocarditis micótica. (25)

Todas las formas de candidosis oral, han sido descritas como infecciones oportunistas clásicas, en las que el balance de la flora oral es alterado, permitiendo el crecimiento de yemas que permiten la infección. Esto sucede en todos los tipos de candidosis oral, pero es difícil identificar la condición predisponente exacta. Todas las formas de candidosis oral desarrollan de un desbalance entre el huésped, el hongo y la flora oral. (25)

MANEJO DE CANDIDOSIS ORAL

El diagnóstico temprano de las infecciones micóticas ha sido el factor limitante y a su vez decisivo para el desenlace relacionado con estos gérmenes. (13). Un alto grado de sospecha clínica, al igual que una búsqueda activa de factores predisponentes son fundamentales para lograr un enfoque temprano. (5,13,31).

El manejo de cada paciente puede ser dividido en tres fases:

1. El diagnóstico y terapia correctiva. En esta fase cualquier condición predisponente inicial es determinada y tratada.
2. Terapia antimicótica.
3. Seguimiento del tratamiento y control periódico. Esta fase es generalmente ignorada por los clínicos. Envuelve el monitoreo del paciente para medir que la condición predisponente que provocó el desarrollo de Candidosis oral no vuelva a aparecer. Si el seguimiento del paciente es ignorado, la recurrencia es común.(25)

DIAGNOSTICO DE CANDIDOSIS ORAL

El diagnóstico correcto se basa, así como en toda enfermedad, en una historia médica y odontológica completa, examen intra y extra oral, exámenes complementarios y una evaluación microbiológica.

La Cándida es un organismo comensal de la cavidad oral. El diagnóstico se hace por la apariencia clínica y por la detección del organismo en un frotis, éste es tomado de la lesión clínica, se examina con hidróxido de potasio (KOH), PAS o la tinción de Gram. Los frotis son tomados delicadamente formando una depresión atravesando la lesión, luego se

transfiere a un recipiente con KOH (o el método de elección), y se examina al microscopio; se notará la presencia de Cándida si se detecta la aparición de hifas y blastosporas. (18)

EXAMEN EXTRAORAL

Es una equivocación común pensar que Candidosis oral es siempre una infección relativamente superficial. Los pacientes que padecen de Candidosis pseudomembranosa aguda, pueden mostrar signos marcados de pirexia con elevaciones de la temperatura que indican que hay compromiso sistémico. En otros pacientes severamente enfermos, existe evidencia de padecer problemas sistémicos profundos a consecuencia de una potente toxina que es liberada por algunas especies de Cándida, lo que hace muy difícil distinguir los efectos de una enfermedad en etapa inicial de una toxemia producida por la Candidosis. (1,25)

Además de la apariencia general extraoral del paciente, puede ser necesario examinar otras áreas (tronco), por cualquier evidencia de infección micótica, tomando en cuenta además que las lesiones de algunas formas de Candidosis oral pueden iniciarse con lesiones intraorales y luego producen cambios extraorales (Candidosis

pseudomembranosa crónica, por ejemplo). (1)

En el caso típico leve, la enfermedad aparece primero en forma de parches blancos pequeños en encía, adherida a los bordes de lengua, mucosa bucal y de orofaringe. Las lesiones no producen usualmente dolor ni hinchazón y se curan a los pocos días del inicio del tratamiento. Si la enfermedad es más seria existe erosión y ulceración de la mucosa, así como la formación de necrosis o granuloma. (23, 25)

EXAMEN INTRAORAL

La mucosa oral varía de individuo a individuo por lo que es útil una comparación entre áreas afectadas y no afectadas en la boca de un paciente. (1)

Intraoralmente, cambios en el color y la textura de la mucosa son muy comunes y puede haber factores concomitantes como halitosis, sin embargo, es un error común el creer que todas las formas de Candidosis causen cambios en el color de la mucosa a color blanco, rojizo, que indica inflamación, es un signo más común. Igualmente, es una equivocación el asumir que todas las lesiones blancas o rojas de la mucosa oral, estén asociadas a Candidosis. Esta aseveración es causa de muchos diagnósticos equivocados de pacientes que padecían liquen

plano, leucoplasia o lesiones similares. (23, 25)

La adhesión del epitelio al tejido subyacente es una prueba simple para diferenciar el tipo de Candidosis que se presenta. Algunos pacientes mencionan que padecen de alteración en el gusto y aunque puede ser evaluado con soluciones, en la práctica es de pobre valor para el diagnóstico. (1)

Las lesiones bucales se caracterizan por la presencia de placas blandas, blancas o rojas, levemente elevadas, que aparecen en mucosa de carrillos, lengua, paladar, encías y piso de boca. (1)

EXAMENES DE LABORATORIO

HEMATOLOGIA

La asociación de la infección candidósica con la deficiencia de hierro es muy conocida, pero la deficiencia de ácido fólico y vitamina B12 también son factores iniciales. Hay que considerar que las manifestaciones orales y las deficiencias hematológicas de varios tipos, en algunos pacientes, pueden suceder en procesos iniciales de la enfermedad, por lo que cualquier síntoma subjetivo puede aparecer y cualquier anomalía en el recuento eritrocítico puede ser encontrada.(1)

MICROBIOLOGIA

El microorganismo predominante es el hongo *Cándida Albicans*, pero por lo menos otras doce especies han sido aisladas. Las levaduras incluyen varias especies y en casos de Candidosis atrófica crónica puede haber además un crecimiento de bacterias, de las cuales *Kleibsiella* y *Streptococcus milleri* han sido comúnmente reportados.(25)

FROTIS CITOLOGICOS

Procedimiento en el cual se toma una muestra con fines de diagnóstico.(1)

Se realiza en lesiones que plantean más de una posibilidad diagnóstica, para corroborar el diagnóstico clínico. (1)

El procedimiento para diagnóstico de Candidosis oral es:

Raspado con espátula (baja lenguas).

Los frotis se tiñen con KOH al 20% para luego verse al microscopio las hifas tabicadas; también mediante tinción de PAS o plata – metanemia, en la que se observan las hifas tabicadas. (1,25)

CULTIVO DE CANDIDOSIS

En medios azucarados como el Sabouraud y agar sangre, tras 48 horas, se ven las típicas colonias redondas, brillantes y cremosas.

Los resultados de cultivos deben ser interpretados dentro del contexto de cada paciente. (13)

HISTOPATOLOGIA

Biopsia, se realiza en lesiones pigmentadas aisladas, cualquier lesión tumoral o tisular sin causa aparente, lesiones persistentes pese al tratamiento convencional, lesiones ulcerativas sin causa aparente, que no muestren signos de curación al cabo de quince días, lesiones blancas que no desprenden al raspado y que clínicamente no corresponden a ninguna entidad diagnóstica conocida, lesiones rojas de tipo atrófico sin causa aparente, etc. (1)

ESTUDIOS SEROLOGICOS

Técnicas de inmunofluorescencia para detectar en sangre anticuerpos anticándida. (1)

TRATAMIENTO DE CANDIDOSIS ORAL

Es pre-requisito para el éxito de la terapia, que los cambios sistémicos o locales sean ampliamente investigados y tratados. Es muy común que los cambios locales orales sean tratados empíricamente con antimicóticos tópicos que producen resultados pobres. (13,31)

La elección de medicamentos debe ser guiada por el tipo de infección (local o sistémica), el compromiso de órganos específicos y sus efectos adversos colaterales. (13,31).

Se dice que un tratamiento es satisfactorio sólo cuando ambos, el factor predisponente y la Candidosis oral, se pueden eliminar. (25)

En cuanto al tratamiento, existen dos grandes grupos de antifúngicos, a saber: (11,34)

1. Azoles: Estos a su vez se dividen en :

Imidazoles: Miconazol y Ketoconazol. Alteran la membrana fúngica. Aunque el Ketoconazol tiene mayor afinidad por enzimas fúngicas que humanas, es un potente inhibidor de esteroidogenesis gonadal y adrenal. Requiere pH gástrico ácido y se interfiere su absorción con antiácidos, antihistamínico y alimentos.

Triazoles: Itraconazol y Fluconazol. Este último ha merecido reconocimiento en los últimos años por su eficacia tanto oral como endovenosa en infecciones locales y sistémicas. A diferencia de los Imidazoles no tiene efecto sobre esteroides endógenos y si se compara con la Anfotericina B, posee pocos efectos colaterales. Tiene como inconveniente la resistencia de generar resistencia durante el tratamiento.

2. Polienos:

Nistatina: antifúngico oral sin absorción sistémica, útil en casos no complicados de moniliasis oral en paciente inmunocompetente o como agente profiláctico de colonización intestinal (quemados).

Anfotericina B: Se une al ergosterol de la membrana fúngica de forma irreversible creando un canal que permite escape sistólico y finalmente muerte celular. Agente de primera elección en enfermedad invasiva. Tiene severos efectos secundarios, entre los cuales se encuentra el

compromiso de la función renal hasta un 90% de los pacientes. Agudamente puede generar reacciones de hipersensibilidad como hipotensión, fiebre, escalofríos y rash.

Como tratamiento de uso tópico, puede utilizarse el CLOTRIMAZOL (Mycelex), son comprimidos de 10 mg., que se diluyen en boca 5 veces al día (usándolo menos no es efectivo); NYSTATIN, también es muy utilizado, incluye suspensión, tabletas vaginales y pastillas orales. En caso del Nystatin vaginal, se disuelve en boca, una tableta (de 100,000 unidades) tres veces al día. Nystatin oral, 1 ó 2 pastillas (de 200,000 unidades cada una), 5 veces al día. (34)

Si es necesario un tratamiento sistémico, han recomendado antimicóticos como: KETOCONAZOL (Nizoral), son tabletas de 200 mg., FLUCONAZOL (Diflucan, Triazol), de 100 mg., ITRACONAZOLE (Sopranos), 200 mg.; los cuales se usan durante 15 días, tomando una tableta diaria. (34)

Además se recomienda que los pacientes con prótesis orales, realicen enjuagues con clorhexidina al 0.2%, así como la inmersión de la prótesis durante la noche. (11).

METODOLOGIA

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la diferencia entre el diagnóstico de Candidosis oral obtenido de una prueba de laboratorio y el de un examen clínico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Diagnosticar lesiones rojas en paladar de pacientes edéntulos, como Candidosis oral , por medio de un examen clínico.
2. Diagnosticar lesiones rojas en paladar de pacientes edéntulos, como Candidosis oral , por medio de una prueba diagnóstica.
3. Determinar las diferencias entre ambos diagnósticos.
4. Establecer si las diferencias encontradas son estadísticamente significativas mediante la aplicación de la prueba de hipótesis correspondiente.

VARIABLES

Variable Independiente : TECNICA DE DIAGNOSTICO

Definición Teórica. Conjunto de procedimientos que se aplican para la evaluación de lesiones rojas en el paladar de pacientes edéntulos que sean ingresados a la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Definición Operativa: La evaluación de las lesiones rojas se llevará a cabo mediante un examen clínico y un frote citológico, que se someterá a una prueba de laboratorio (Tinción de PAS).

Variable Dependiente: DIAGNOSTICO DE CANDIDOSIS ORAL

Definición Teórica: Resultado positivo o negativo obtenido mediante el examen clínico y la prueba de laboratorio.

HIPÓTESIS

Hipótesis nula.(Ho). No hay diferencia significativa entre los diagnósticos de Candidosis Oral obtenidos por medios clínicos y los procedimientos de laboratorio.

Hipótesis alterna.(Ha). Si hay diferencia significativa entre los diagnósticos de Candidosis oral obtenidos por medios clínicos y los procedimientos de laboratorio.

PROCEDIMIENTO

El estudio es prospectivo, transversal. La población de estudio está constituida por pacientes edéntulos (total o parcialmente), atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con lesiones rojas en el paladar. Se usaron los resultados obtenidos en exámenes clínicos y las pruebas de laboratorio que se practicaron en esos pacientes atendidos que presentaron lesiones rojas en el paladar, para hacer un total de 50 muestras de laboratorio.

Se solicitó ayuda de los profesores del área de Patología, disciplina de

Diagnóstico y al área de Restaurativa, disciplinas de Prótesis total y removible. Esta consistió en referir a los pacientes ingresados a la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que presentaran alguna lesión roja en el paladar (no importando aspecto general, tamaño, tiempo de evolución, etc.). Se llenó un instrumento que recogió los datos generales del paciente, descripción de la lesión, tratamiento dado al paciente, odontólogo practicante asignado, diagnóstico diferencial y final, y el reporte del frote.

Luego se tomó una muestra de la lesión, en el mismo paciente, por medio de un frote (con la ayuda de un baja lenguas y se colocó en un frasco con alcohol isopropílico al 90%. Posteriormente, se enviaron las pruebas a tres Patólogos orales (Dr. Cesar López Acevedo, Dr. Román Carlos Bregni y al Dr. Oscar Toralla de León), y cada uno emitió un diagnóstico de la misma lesión, incluyendo las muestras que fueron tomadas anteriormente. Los diagnósticos no coincidentes con los dos restantes, fueron eliminados y se tomaron como correctos los que se repitieron.

Con base en los datos recopilados se hizo el análisis correspondiente, cuyos resultados se ofrecen en el capítulo siguiente.

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para realizar la investigación, se elaboró una ficha para recoger los datos generales del paciente y la apariencia general de la lesión, incluyendo diagnóstico (s) diferencial (es) y el diagnóstico final (luego de ser enviada a los laboratorios). La ficha se presenta en ANEXOS.

ALCANCES Y LIMITES DE LA INVESTIGACION

Este estudio tomó como universo (población total) a todos los pacientes edéntulos (total o parcialmente) que ingresaron a las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. La muestra que se usó para el estudio, estuvo constituida por cincuenta de esos pacientes que presentaban lesiones rojas en el paladar, seleccionados al azar; en ellos se realizó un examen clínico completo y un frote de la lesión y fue enviado al laboratorio para realizar la prueba diagnóstica (se hicieron cincuenta muestras únicamente por el costo del estudio de laboratorio, lo que se consideró como un limitante para la realización de la investigación).

Limitaciones de la población. Se tiene en cuenta sólo pacientes edéntulos que fueron a las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Aquí se presentan los resultados obtenidos en el diagnóstico de candidosis, obtenidos tanto en los exámenes clínicos como los resultados de laboratorio que aparecen en el cuadro siguiente. También incluye la prueba de hipótesis que permite establecer el nivel de confiabilidad de los resultados

Resultados generales

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA DE DIAGNOSTICO PARA CANDIDOSIS ORAL, EN 50 PACIENTES EDENTULOS (TOTAL O PARCIALMENTE), ATENDIDOS EN LAS CLINICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. AÑO 2001.

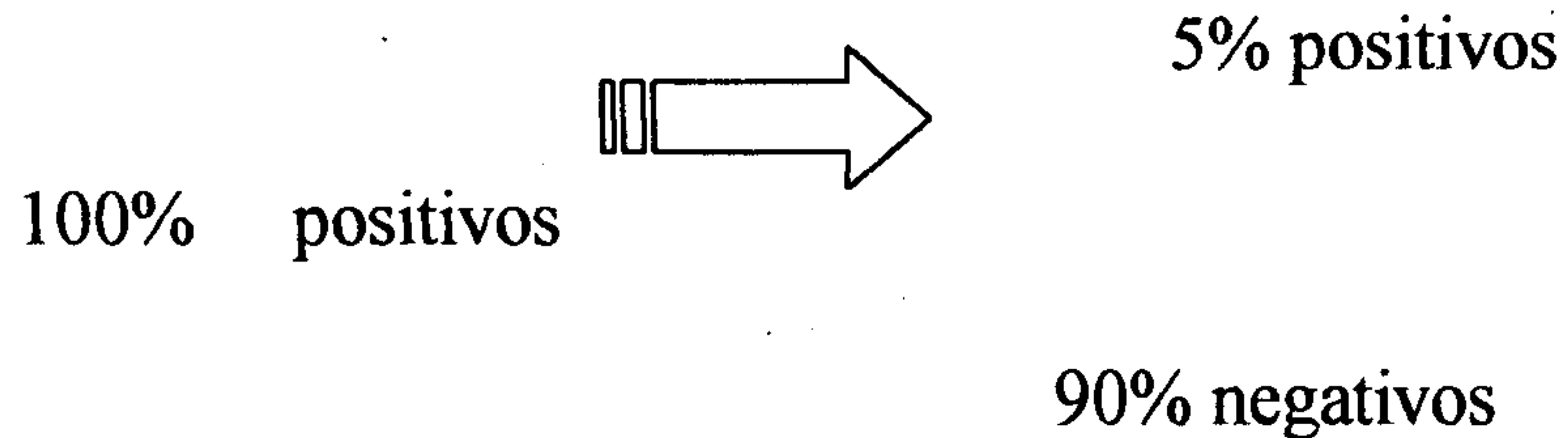
Técnica de Diagnóstico	RESULTADOS			TOTAL DE MUESTRAS
	Positivos	Negativos	No evaluables	
Clínica	50	0	0	50
Laboratorio	5	40	5	50

Para observar mejor lo anteriormente expuesto se utilizará un ARBOL DE

DECISIÓN:

Diagnóstico antes de la prueba

Diagnóstico después de la prueba



De acuerdo a los datos presentados, se concluye lo siguiente:

Se tomaron 50 frotos en pacientes edéntulos, que presentaron lesiones rojas en el paladar, y clínicamente se diagnosticaron los 50 como posible Candidosis Oral. De los 50 frotos examinados por los tres patólogos orales, únicamente en 5 de ellos se confirmó el diagnóstico de Candidosis oral, por lo tanto son negativos 40 de los frotos; se encontraron 5 frotos que fueron considerados no evaluables por distintas razones, como: Frote inadecuado (poca cantidad de material celular), tinción inadecuada (mala coloración), o bien, procesamiento inadecuado del frote (errores del técnico laboratorista).

De lo anteriormente descrito se puede deducir que los criterios tomados en cuenta para el diagnóstico clínico de Candidosis oral son equivocados o inadecuados induciendo un elevado margen de error. La técnica utilizada en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para tomar el frote es inadecuada o no se realiza de forma correcta. Hay deficiencias en el laboratorio de Patología de Odontología, ya que la coloración en algunos casos es inadecuada; y el tratamiento antimicótico se dio inicio en 28 de los 50 pacientes evaluados, antes de recibir el resultado de la prueba de laboratorio. El tratamiento consistía básicamente en acondicionador de tejidos mezclado con Mycostatin, y se cambiaba cada semana durante 5 citas; otro de los tratamientos de elección era un antimicótico administrado por vía oral.

Independientemente de la información anterior y como resultado de la observación efectuada antes, durante y después de la toma de muestras, se determinó lo siguiente:

Se observó que los criterios tanto de diagnóstico como de tratamiento para Candidosis oral, son inadecuados ya que se toma toda lesión roja como tal y se inicia el tratamiento en la mayoría de los casos. Lo cual resulta incorrecto ya

que si no es Candidosis oral puede ser una entidad patológica más severa o una lesión por prótesis mal adaptada y, cualquiera que sea el caso, el tratamiento es distinto.

Por otra parte, se observó que el Odontólogo practicante no está capacitado para tomar un frote, no conoce el proceso de laboratorio y tampoco sabe determinar si un frote es o no adecuado para interpretarse; por lo tanto, se puede decir que la mayoría de estudiantes no sabe manejar una lesión que se presente en su paciente o bien no la maneja adecuadamente.

Cabe mencionar que el laboratorio de Patología de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, no cuenta con el equipo ni el material adecuado y/o necesario para realizar en forma satisfactoria el procesamiento de los frotos que se toman en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

CONCLUSIONES

1. La aceptación de la hipótesis alterna en la prueba correspondiente, se demuestra que la prueba de laboratorio es más eficaz para el diagnóstico de la Candidosis oral, que el diagnóstico por medio del examen clínico.
2. En la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, aún se tratan lesiones rojas sin hacer una prueba diagnóstica previamente, que confirme o descarte el diagnóstico clínico.
3. Cuando un paciente presenta lesiones rojas en el paladar, el odontólogo practicante da inicio al tratamiento para eliminar la supuesta Candidosis oral, sin saber si es o no correcto el diagnóstico.
4. En la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, esta facultad no se hace el uso de pruebas de laboratorio para todas las lesiones encontradas en un paciente, no importando aspecto general de la lesión, para dar así un correcto tratamiento.

5. Solamente 22 estudiantes siguieron el protocolo para el diagnóstico tratamiento de Candidosis oral.
6. El odontólogo practicante no está capacitado para tomar un frote, y no conoce el proceso de laboratorio y la interpretación del mismo.
7. Tanto el material como el equipo del laboratorio de Patología de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, es inadecuado para realizar el procedimiento de laboratorio, cualquiera que éste sea, en forma satisfactoria.

RECOMENDACIONES

1. Se debe introducir en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, un protocolo de seguimiento, desde el momento en que el odontólogo practicante encuentre una lesión en el paciente que trata hasta que se elimina la lesión.
2. Revisar o reforzar los criterios utilizados para realizar el diagnóstico de Candidosis oral.
3. Introducir en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, el uso de pruebas de laboratorio para diagnosticar y tratar correctamente cualquier lesión encontrada en los pacientes que ingresan en las clínicas odontológicas.
4. Hacer notar en el Odontólogo practicante la importancia de realizar una prueba de laboratorio para diagnosticar y tratar correctamente una lesión.

5. Evitar el uso de antimicóticos de forma inadecuada e innecesaria, sobre todo cuando se administra por vía sistémica, por las posibles complicaciones que este procedimiento pudiera tener.
6. Realizar prácticas de laboratorio en donde el estudiante aprenda cómo tomar un frote, observe los pasos a seguir del procesamiento del mismo, así como de su interpretación.
7. Mejorar el equipo del laboratorio de Patología de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ya que no cuenta con los medios adecuados para dar un servicio satisfactorio.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Número de registro: _____ Edad: _____

Nivel educacional: _____

Enfermedades sistémicas que actualmente el paciente padece:

Tratamiento médico que el paciente tiene: _____

O.P. asignado: _____

DESCRIPCION DE LA LESION

Apariencia clínica de la lesión: _____

Sintomatología: _____

Tiempo de evolución: _____

Tratamiento dado al paciente para la lesión encontrada: _____

Diagnóstico diferencial de la lesión encontrada: _____

REPORTE DEL LABORATORIO

Reporte del frote citológico: _____

Diagnóstico final: _____

Guatemala, Junio de 2001.

**MODELO DE CARTA ENVIADO A LOS CATEDRÁTICOS
DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA USAC,
SOLICITANDO SU COLABORACION PARA LA
REALIZACIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN.**

Por medio de la presente tengo el agrado de saludarle y a la vez le informo que estoy realizando el trabajo de campo de mi tesis intitulada: "IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DE UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA DETECTAR CANDIDOSIS BUCAL EN EL PALADAR DE PACIENTES EDENTULOS (TOTAL O PARCIALMENTE), QUE SE PRESENTEN A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA USAC".

Dicho trabajo lo estaré realizando en el laboratorio de Patología de la Facultad de Odontología, por lo tanto, solicito a usted su colaboración en el sentido de que si sabe o examina a algún paciente total o parcialmente edéntulo, con lesiones rojas en el paladar, se nos avise al Dr. Oscar Toralla, en el laboratorio de Patología, a la extensión 365 ó al teléfono 4764618, o a mi persona (Dora Luisa Guzmán Palomo), al teléfono 7048918.

Agradezco de antemano su amable atención y es grato suscribirme a usted muy atentamente,

O.P. Dora Luisa Guzmán Palomo

Vo.Bo. Dr. Oscar Toralla

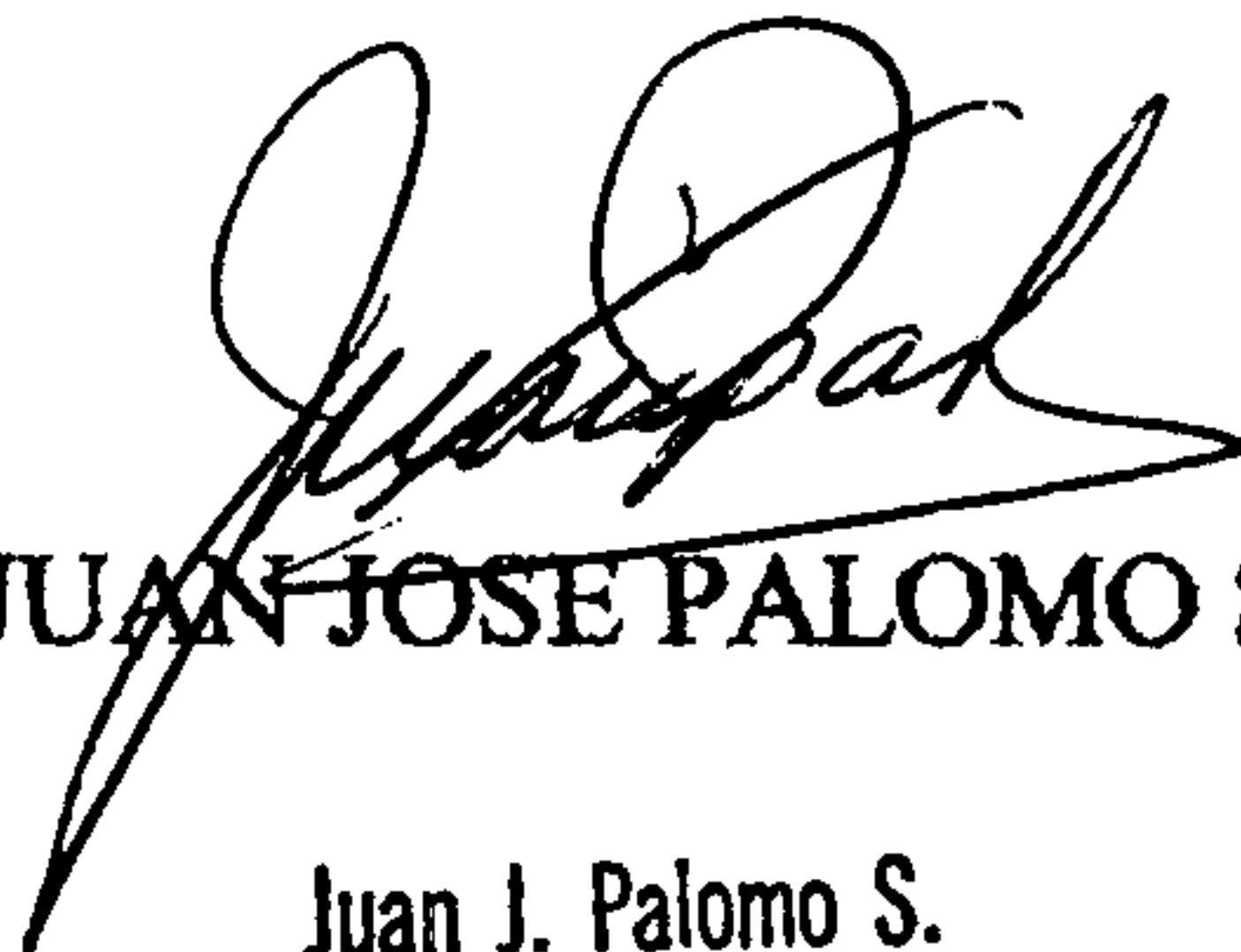
A TODOS LOS ESTUDIANTES
QUE ACTUALMENTE ESTEN
ATENDIENDO PACIENTES CON
LESIONES ROJAS EN EL
PALADAR Y QUE SEAN TOTAL
O PARCIALMENTE EDÉNTULOS,
FAVOR COMUNICARSE CON EL
DR. OSCAR TORALLA EN EL
LABORATORIO DE PATOLOGIA,
EDIFICIO M3, TERCER NIVEL,
PARA REALIZARLE UNA
PRUEBA DE LABORATORIO Y
DIAGNOSTICAR SI ES
CANDIDOSIS ORAL.

Lic. Juan José Palomo Salvatierra. M.A.
9º. Avenida 3-34. Zona 4. Ciudad. 01004
Teléfonos 332-3697 y 501-9076

A QUIEN INTERESE

Por este medio, deseo hacer constar que he prestado apoyo técnico a la Bachiller Dora Luisa Guzmán Palomo, para el desarrollo de su protocolo de tesis que se titula Importancia del uso de pruebas diagnósticas para detectar Candidosis bucal en el paladar de pacientes edéntulos (total o parcialmente) que se presentan en la Facultad de Odontología de la USAC, punto que ya cuenta con la autorización de la Comisión de Tesis. En opinión del suscrito, el proyecto reúne las condiciones que debe desarrollar una investigación científica y recomienda que, previos los requisitos legales establecidos en la Facultad de Odontología, se le dé el trámite correspondiente.

Y a solicitud de la interesada, para los usos legales que estime convenientes, extendiendo la presente constancia en la ciudad de Guatemala, a los ocho días del mes de abril del año dos mil uno.



JUAN JOSE PALOMO S.

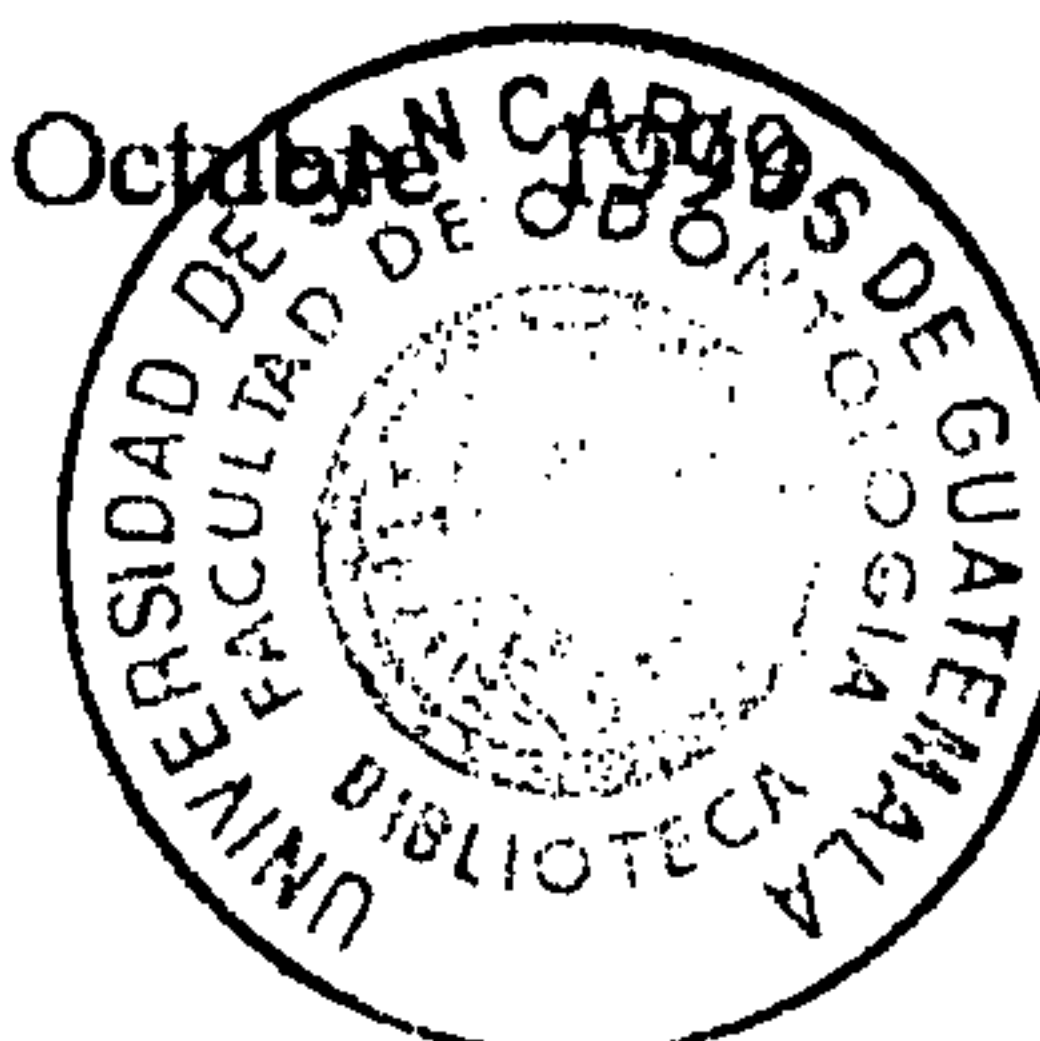
Juan J. Palomo S.
Lic. M. A. en Pedagogía
Colegiado 2097

BIBLIOGRAFIA

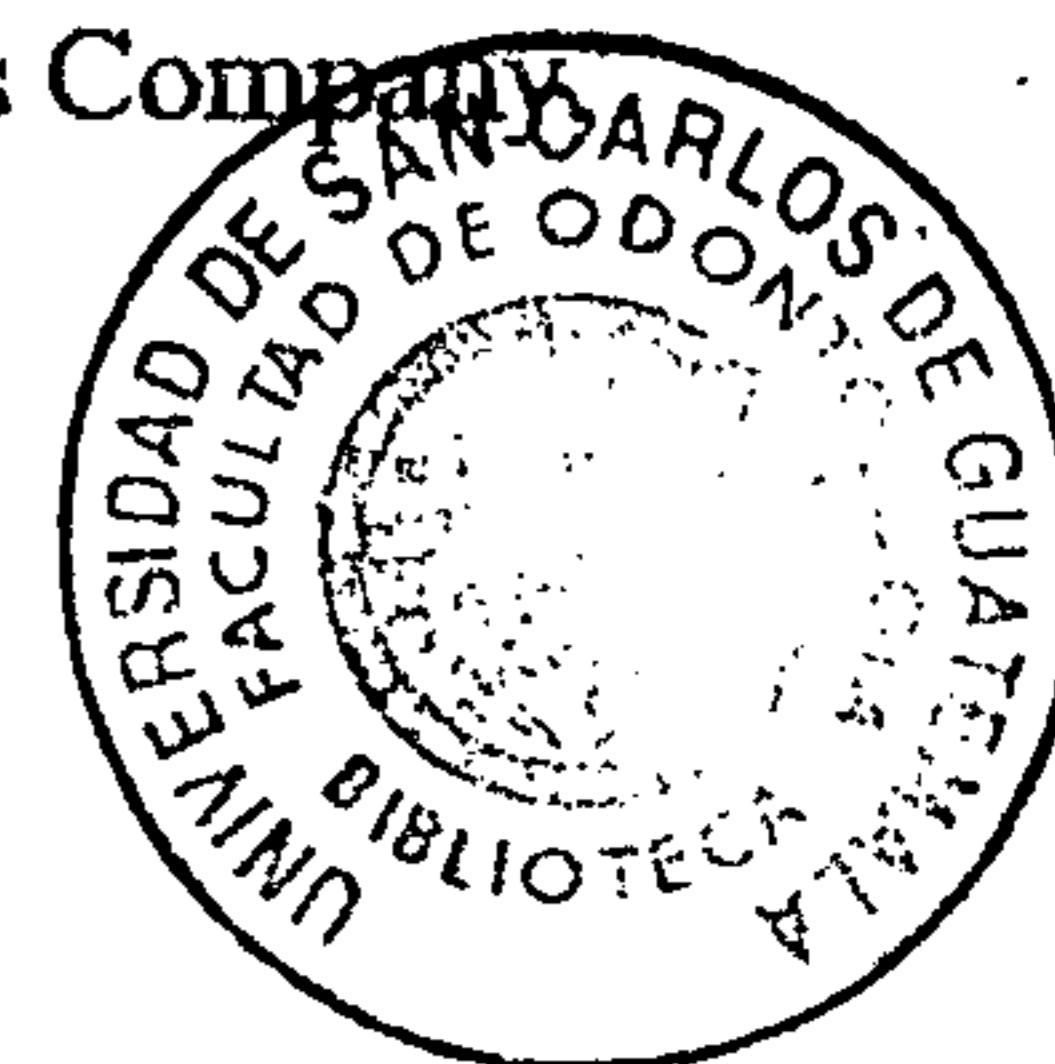
1. Bagan Sebastián, José Vicente.-- Atlas de Enfermedades de la mucosa oral.-- Sintex Latino: Barcelona, 1995.-- Capítulo 5, pp. 56-62.
2. Bakley, J., R. Kliegman. Disseminated fungal infections in very low birth-weight infants: clinical manifestations and epidemiology. Pediatrics 73 (2): 144-152. October 1984.
3. Bergman, K. A., A. M. Horrevorts, L. Monnens. Acute renal failure in a neonate due to pelviureteric constrictive bezoars successfully treated with long-term systemic fluconazole. Acta Paediatr. 81: 709-711, USA. 1992.
4. Butler, K... [et. al].-- Anfotericin B as a single agent in the treatment of systemic Candidiasis in neonates. Pediatr Infect Dis. 9 (3): 51-56. March 1990.
5. Cevallos A.-- Micosis: medicina oral / A. Cevallos, A. Rodríguez Archilla.-- Barcelona : Masson, 1995.-- pp. 151-155.
6. Champion, H. R., W. J. Sacco.-- "Trauma score". Critical Care Med, USA. 1981. pp. 672-676. (Fuente bibliográfica del Dr. Román Carlos).
7. DeMuri, G., M. Hostetter .-- Resistance to antifungal agents. En :Internet. <http://www.medline.com>. Noviembre del 2000.
8. Desai, M... [et.al].-- Candida infection with and without Nystatin prophylaxis, an 11-year experience with patients with burn injury. Arch Surg 1992; 159-162. En:Internet. <http://www.medline.com>. Noviembre del 2000.
9. Edwards, J. E. --Invasive Candida infections, evolution of a fungal pathogen. N Engl J Med 1991; 11: 1060-1062. En: Internet. <http://www.medline.com> Noviembre del 2000.



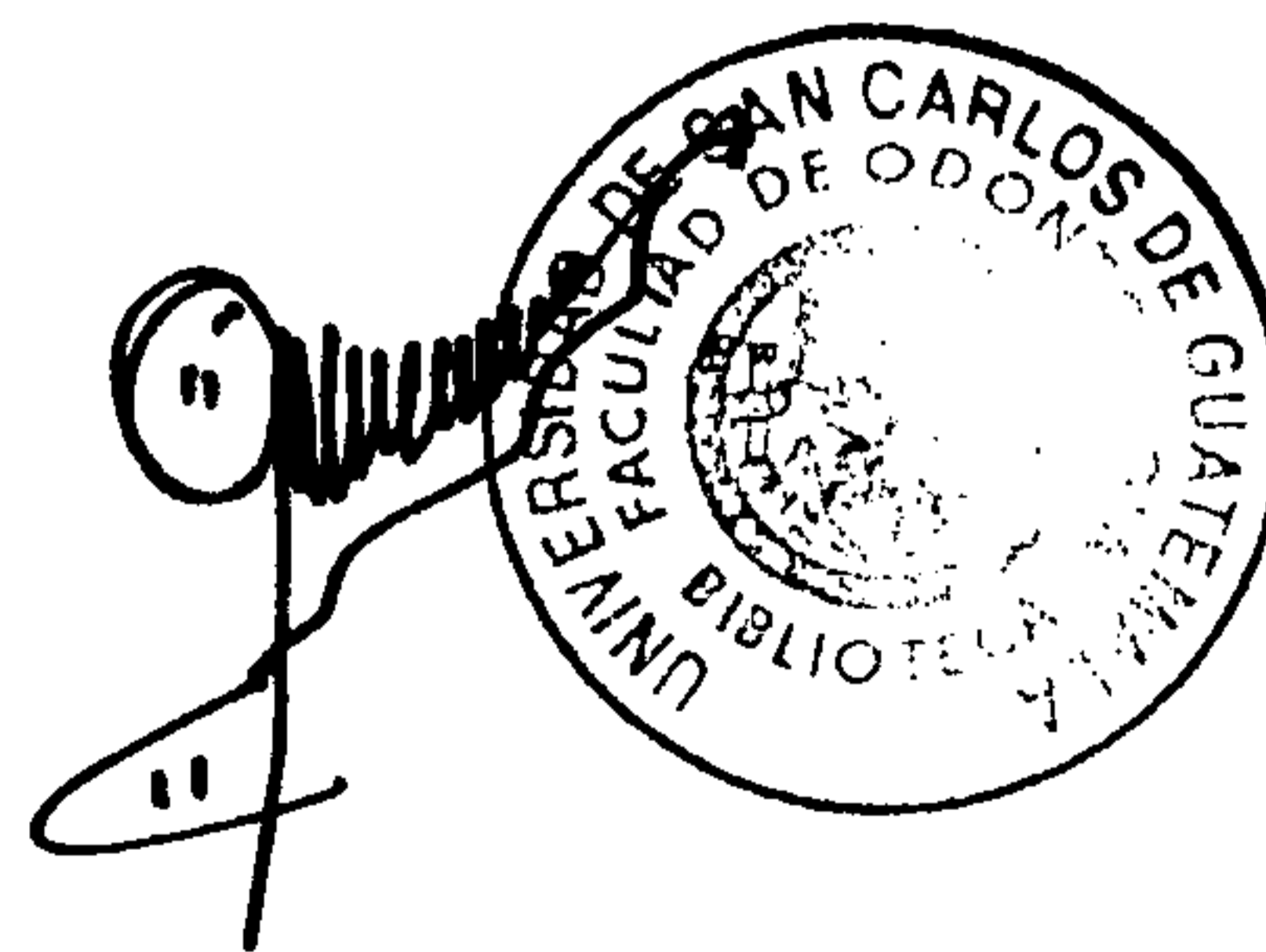
10. Faix, R. Invasive neonatal Candidiasis: comparison of albicans and parapsilosis infection. *Pediatr Infect Dis J* 1992; 11: 88-93. En: Internet. <http://www.medline.com> Noviembre del 2000.
11. Fisher, J... [et. al.] -- Efficacy of a single intravenous dose of Amphotericin B in urinary tract infections caused by Candida. *J Infect Dis* 1987; 156 (4): 685. En: Internet. <http://www.medline.com> Noviembre del 2000.
12. Fotos, Pg., S. D. Vincent, J. W. Hellstein. Oral Candidosis : clinical, historical and therapeutic features of 100 cases. *Oral Surg Oral Med. Oral Pathol*, 74 (8): 41- 44. 1992.
13. Franklin, C., M. Metry. Life-threatening Candida infections in the intensive care unit. *J Intensive Care Med*, 7: 127-137. USA. 1992.
14. Gallis, H., R. Drew, W. Pickard.-- Amphotericin B: 30 years of clinical experience. *Rev Infect Dis*, 12 (2): 308-329. USA. 1990.
15. Gomez-Mateos... [et.al.]-- Disseminated Candidiasis and gangrenous colicistitis due to Candida ssp. *J Infect Dis*, 158 (3): 635-654. USA. 1988.
16. Hostetter, M. -- New insights into Candidal infections. *Advances in Pediatrics*, 43: 209-230. USA. 1996.
17. Hyperlink. -- Infecciones Oportunistas de la boca. En: Internet: <http://hivinsite.ucsf.edu/akb/1994/5-2/http> Octubre 1999.
18. ----- Candidosis oral. En: Internet: <http://www.moreton.com.au/ana/handbook/trushor.htm> Octubre 1999.
19. ----- Candidosis. En: Internet: <http://www.msd.es/mmerck/m235a.html> Octubre 1999.
20. ----- Candidosis. En: Internet : <http://google.netscape.com/netscape?query=candidiasis+oral> Octubre 1999.



21. Infecciones oportunistas. Candidosis.-- En: Internet: <http://uuu.hirpositive.com/f-oi/oppinfections/4-fungal/4-fun-candida.html> Octubre 1999.
22. Kolokotronis, A... [et.al.]-- Median rhomboid glossitis and oral manifestation in patients infected with HIV.-- Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol, 78: 36-40. USA 1994.
23. López Acevedo, César.-- Manual de Patología oral.-- Guatemala : Editorial Universitaria, 1975. -- pp. 355-357. (Colección aula, Vol. No. 16).
24. Marodi, L.-- Local and systemic host defense mechanisms against Candida : immunopathology of candidal infections. Pediatr Infect Dis J, 16 : 795-801. USA. 1997.
25. Martín, M. V.-- Oral Candidosis. / M.V. Martín, W. R. Tyldesley.--Liverpool : Squibb and Sons, 1985. pp. 46-50, 90-95.
26. Moniaci, D... [et. al.]-- Epidemiology, clinical features and prognostic value of HIV-1 related oral lesions. J Oral Pathol Med, 19: 477-81. USA. 1990.
27. Monografías Laboratorios Pzifer.-- Monografías, Diflucan y Candida: El problema creciente.-- Laboratorios Pzifer, 1997. pp. 5. (Fuente bibliográfica del Dr. Román Carlos).
28. Odds, F. C. -- Cándida and Candidosis.-- 2ª ed.-- Baltimore University : Park Press, 1977. pp. 1-7, 93-95.
29. Pacheco-Rios... [et.al.]-- Mortality associated with systemic Candidiasis in children. Arch Med Res, 28 (2) : 229-232. USA. 1992.
30. Pindborg, J. J.-- Atlas of diseases of the oral mucosa.-- Philadelphia : W. B. Saunders Company, 1980. pp. 54-61.
31. Regezi, Joseph A.-- Oral Pathology.-- Philadelphia : W. B. Saunders Company, 1989. pp. 112-113.



32. Samaranayake, L. P., T. W. Macfarlane. Oral Candidosis. Bristol : Wright, 1990. pp. 33-34. (Fuente bibliográfica del Dr. Román Carlos).
33. Shadomy, S... [et.al.]. Treatment of systemic mycoses with Ketoconazol, in vitro susceptibilities of clinical isolates of systemic and pathogenic fungi to Ketoconazol. J Infect Dis, 152 (6): 1249-1256. USA. 1985.
34. Smith, H., P. Congdon. Neonatal systemic Candidiasis. Arch Dis Child, 60: 365-369. USA. 1985.
35. Tukutu, K... [et. al.].-- Oral manifestations of aids in a heterosexual population in a Zaire Hospital. J Oral Pathol Med, pp. 232-234. USA. 1990.
36. Vaudry, W... [et.al.].-- Investigation of a cluster of systemic Candida Albicans infections in a neonatal intensive care unit. J Infect Dis, 158 (6): 1375-1379. USA. 1988.
37. Wainer, S... [et.al.].-- Prospective study of fluconazole therapy in systemic neonatal fungal infection. Pediatr infec Dis J, 16: 763-767. USA. 1997.
38. Wesley, A. Volk.-- Microbiología básica. / A. Volk Wesley ; trad. por Eduardo Adelberg.-- 7ª ed.-- México : Harla, 1996. pp. 76-77.
39. Yoo, S. Y., M. K. Namkoong.-- Acute renal failure by fungal bezoar : a late complication of Candida sepsis associated with central catherization.-- J. Pediatr Surg , 30 (11): 1600-1602. USA. 1995.



Dora Luisa Guzmán Palomo

Dora Luisa Guzmán Palomo
Sustentante

[Signature]

Dr. Oscar Toralla de León
Asesor

[Signature]

Lieda. Amanda López de León
Comisión de Tesis



[Signature]

Dr. Luis Barillas Vásquez
Comisión de Tesis

IMPRÍMASE:

[Signature]

Dr. Otto Raúl Torres Bolaños
Secretario General
Facultad de Odontología

