

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ENFERMEDADES INFECCIOSAS MAS FRECUENTES DE LA CAVIDAD ORAL

Estudio realizado en 60 pacientes atendidos en la consulta externa de medicina general del Hospital Nacional Pedro de Bethancourth, Antigua Guatemala. Durante los meses de noviembre y diciembre de 1996, y enero de 1997.

ELVIA LETICIA MARROQUIN SIQUINAJAY

MEDICO Y CIRUJANO



I N D I C E

	PAGINA	
I.	INTRODUCCION	1
II.	PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION	3
IV.	OBJETIVOS	4
V.	MARCO TEORICO	5
VI.	METODOLOGIA	22
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	29
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	35
IX.	CONCLUSIONES	37
X.	RECOMENDACIONES	38
XI.	RESUMEN	39
XII.	BIBLIOGRAFIA	40
XIII.	ANEXOS	45

I INTRODUCCION

El presente documento contiene el informe final de un trabajo de investigación efectuado con el objetivo de determinar la frecuencia de las patologías infecciosas (virales, micóticas y bacterianas) que se presentaron en los pacientes atendidos en consulta externa de medicina general de adultos del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de la Antigua Guatemala.

Este trabajo contiene información de 60 pacientes que han presentado enfermedades infecciosas en cavidad oral, que fueron tratados y se les dió seguimiento durante los meses de noviembre, y diciembre de 1996, y enero de 1997.

Los resultados del estudio demuestran que las patologías infecciosas más frecuentes fueron Cándida Albicans en un 20%, Aftas en un 20% y Herpes Simple en un 15%; presentándose en los pacientes con déficit nutricional, anemia, SIDA, diabetes, y uso de corticosteroides.

El conocimiento de estas enfermedades infecciosas de la cavidad oral es de especial importancia para estudiantes de medicina y médicos porque brinda información acerca de las enfermedades localizadas y posibles manifestaciones bucales de enfermedad sistémica y por lo tanto permite una atención más integral a los pacientes.

II PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

Un examen cuidadoso de la cavidad oral puede brindar al médico información importante acerca de enfermedades localizadas y posibles manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas. La mucosa bucal puede estar afectada por diversas lesiones traumáticas, infecciones virales, micóticas, bacterianas, tumores benignos, enfermedades autoinmunes, genéticas y psicósomáticas. Los tejidos bucales también pueden presentar señales de deficiencias de tipo nutricional, trastornos hematológicos y endocrinopatías.

El conocimiento de la patología bucal y el examen sistemático de la boca permitirán una mejor comprensión del estado general del paciente y permitirá un tratamiento ya sea de la lesión local o bien de aquellas enfermedades que tienen una manifestación clínica en la boca.

Las enfermedades bucales son muchas, éstas van desde las enfermedades de los dientes y odontógenas hasta aquellas de la mucosa bucal propiamente dicha así como las relacionadas con las mandíbulas y las glándulas salivales.

En este estudio se buscarán las patologías infecciosas (virales, micóticas y bacterianas) que presentan los pacientes que asisten a la consulta externa de medicina general de adultos del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala en un período de 3 meses considerando que esto puede dar una aproximación a la forma como se presenta el fenómeno durante todo el año.

III JUSTIFICACION

La mucosa oral es muy resistente a la infección por la flora bacteriana-micótica normal de la boca. Está protegida por los diversos constituyentes antibacterianos de la saliva así como por la acción de inmunoglobulinas, especialmente la IgA secretora por linfocitos y células plasmáticas locales, esto hace que las infecciones sean menos frecuentes relativamente a la exposición manifiesta.

Si la resistencia del paciente está disminuyendo por enfermedad general, deficiencia nutricional o tensión emocional o cuando la terapéutica antibiótica altera el equilibrio de microorganismos, la flora bucal puede volverse patógena y producir enfermedades como candidiasis.

En particular, toda inmunodeficiencia predispone a las infecciones de la cavidad oral.

Las consultas externas de los hospitales atienden una gran variedad de pacientes con las características arriba mencionadas razón por la cual se considera importante estudiar más a fondo el problema de las infecciones de la cavidad oral con el propósito de proporcionar al médico información objetiva que sirva de base para mejorar el diagnóstico, tratamiento y prevención de estas patologías.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

Identificar las enfermedades infecciosas más frecuentes en la cavidad oral en pacientes que se han atendido en consulta externa de Medicina del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala; durante los meses de noviembre y diciembre 1996 y enero de 1997.

ESPECIFICOS:

1. Identificar las características de sexo, grupo étnico y etnia de los pacientes afectados.
2. Describir los hallazgos clínicos encontrados en los pacientes con lesiones de la cavidad oral.
3. Identificar la existencia de antecedentes como enfermedad sistémica, deficiencia nutricional, tensión emocional o uso de antibióticos en los pacientes afectados.
4. Efectuar los procedimientos diagnósticos necesarios en aquellos pacientes en que se sospeche patología sistémica con manifestaciones clínicas en cavidad oral especialmente Diabetes Mellitus y SIDA.

V. MARCO TEORICO

REVISION DE LITERATURA

ANATOMIA BUCAL :

Boca es una cavidad situada en la cara, por debajo de las fosas nasales y por encima de la región suprahióidea, dividida por los arcos dentarios en dos porciones: vestibulo de la boca y boca propiamente dicha: el vestibulo de la boca es un espacio en forma de herradura limitado por los labios y las mejillas en su pared anterolateral y por los arcos alveolodentarios en su pared posterointerna: también se distinguen seis paredes que la limitan anterior, posterior, superior, inferior, y dos paredes laterales.

LENGUA: órgano móvil musculoso, situado en la cavidad bucal propiamente dicha, en él radica el sentido del gusto y se consideran dos caras, dos bordes, una base y un vértice o punta. Los músculos de la lengua son ocho pares y uno impar; de ellos tres se insertan en los huesos cercanos; geniogloso, hiogloso y estilogloso: tres se originan en los órganos cercanos: palatogloso, faringogloso, y amigdalogloso; dos proceden de los huesos y órganos próximos y son: lingual superior y lingual inferior; sólo uno es propiamente intrínseco, es el transverso de la lengua. Microscópicamente se observa en el dorso de la lengua las glándulas foliculosas, papilas fungiformes, papilas coroliformes, papilas circunvaladas y orificios de desembocadura de las glándulas salivales.

La inervación de la lengua se realiza para la mucosa lingual por medio del lingual y el glosofaríngeo que se ramifica en la V lingual.(10).

INFECCIONES POR HERPES SIMPLE

PATOLOGIA:

El contacto físico con un individuo infectado es la vía de inoculación durante la infección primaria, sólo un porcentaje mínimo de pacientes presenta signos y síntomas clínicos de infecciones sistémicas. El periodo de incubación varía desde algunos días hasta dos semanas, después de lo cual se produce una erupción vesicular ulcerada en el sitio de contacto original de los tejidos peribucales; el virus emigra a lo largo de la vaina periaxónica del nervio trigémino donde permanece un estado latente o de reposo hasta que se reactiva por exposición al sol, al frío, traumatismo y estrés produciendo una infección secundaria o recurrente en que las partículas virales viajan a través del nervio trigémino hasta la superficie epitelial original. Conforme la lesión secundaria remite, el virus retorna al ganglio trigémino y no quedan rastros de partículas virales en el epitelio.

En Estados Unidos, una tercera parte de la mitad de la población presenta daños herpéticos recurrentes. El virus HSV-1 causa la mayor parte de las lesiones herpéticas bucofaciales, pero un porcentaje pequeño se debe al HSV-II, este virus tiene predilección por la mucosa genital. (13,1)

CARACTERISTICAS CLINICAS:

La enfermedad se presenta con fiebre, linfadenopatía, malestar, gingivoestomatitis; en algunos casos la erupción vesicular aparece en piel, labios o mucosa bucal. (18, 12).

Este trastorno desaparece en forma espontánea, los signos y síntomas suelen hacerse más graves durante una semana, y luego desaparecen al final de la segunda semana. (18,12,3).

HERPES SIMPLE RECURRENTE

Esta variante se conoce también como herpes labial, herpes secundario, fuego, boqueras. Es la más común de lesiones herpéticas, afectando el 50% de la población adulta; las lesiones aparecen después de un periodo prodrómico de 24 a 48 horas, tiempo en que el paciente presenta sensación de quemaduras en el área, pasada esta etapa inicial, se forma un número de vesículas que en pocas horas se transforman en pústulas o en pequeñas úlceras confluentes, estas úlceras cubiertas por una costra sanguinolenta. (1,3,13).

La región más afectada, es la unión mucocutánea del labio y de la piel vecina, en forma triangular en el área comisural del labio inferior; también se observan lesiones recurrentes en la córnea, donde pueden producir ceguera si los ataques son frecuentes; las lesiones recurrentes suelen ser desencadenadas por estímulos como luz solar, alergias, fiebre, catarros, menstruación, ingestión de alcohol, trauma mecánico, trastornos digestivos y psicossomáticos. (1,23,13)

TRATAMIENTO:

Debe ser paliativo y de mantenimiento, deben administrarse analgésicos o sedantes. En la actualidad el Aciclovir demostró ser el fármaco más eficaz en el tratamiento de las infecciones mucocutáneas, al unguento de

Candidiasis atrófica: comprende dos formas, la estomatitis y la queilitis angular. (12,13).

El diagnóstico de candidiasis oral se basa en lo siguiente:

1. Presencia de placas o zonas eritematosas.
2. Cultivo del hongo en material obtenido de las lesiones.
3. Presencia de micelios en el examen directo de frotis de la región.
4. Observación de hifas en el epitelio: y
5. Titulación de anticuerpos fluorescentes en el suero. (12,13).

TRATAMIENTO :

Se realiza de acuerdo con la severidad y extensión de las lesiones. El Nistatin, un producto fabricado por la casa Squibb con el nombre de Micostatin y por la casa Lederle con el nombre de Nilstat, puede emplearse en forma de tabletas de 500,000 U. tres veces al día, por un periodo de 7 a 14 días.

Estos medicamentos son producidos en suspensión para los niños; los medicamentos tópicos no son eficaces en la candidiasis bucal con inmunodepresión concomitante. En estos casos puede ser necesaria la administración parenteral de medicamentos con Anfotericina B y el Ketonazol o Flucitosina, deben indicarse con precaución ya que pueden ser hepatóxicos y depresores de la hematopoyesis. (17,13,16,36).

El pronóstico de candidiasis aguda y de crónica es bueno, sin embargo en la candidiasis mucocutánea las alteraciones preexistentes impiden la curación (13,16).

PAPILOMA ORAL

El papiloma oral se presenta como un crecimiento exofítico compuesto de numerosas proyecciones papilares de aspecto verrucoso, que recuerda al de una coliflor. El tumor es de color blanquecino o rosado pálido pediculado; en la cavidad oral se encuentra más comúnmente en el paladar blando también puede ocurrir en lengua, labios, carrillos y encías. (13,16,37).

Los papilomas orales miden menos de un centímetro, aparecen a cualquier edad, aún en niños, no hay predilección en cuanto a sexo; es producido por el papovavirus con un periodo de incubación de 1 a 3 meses, las manifestaciones clínicas pueden presentar sensación de quemaduras, dolor y síntomas menos frecuentes como sangrado. (13,37).

MANEJO TERAPEUTICO

El tratamiento de papiloma consiste en la excisión quirúrgica completa que debe incluir la base de mucosa que soporta el pedículo. También se puede utilizar electrocirugía o nitrógeno líquido. Debe de llevarse un seguimiento mensual por seis meses. (13,37).

PAPILOMA ESCAMOSO Y VERRUGA VULGAR BUCAL

El término papiloma escamoso bucal, se utiliza de modo genérico para denominar crecimientos papilares y verrucosos benignos compuestos de epitelio y pequeñas cantidades de tejido conectivo. (4,13).

El papiloma escamoso bucal es la lesión papilar más frecuente de la mucosa bucal y corresponde cerca de 2.5% de todas las lesiones bucales. (13,37).

ETIOLOGIA:

El agente causal es un miembro de los papovavirus denominado papilomavirus humano que es el virus DNA que contiene una sola molécula de doble hélice, el genoma viral se manifiesta tanto en las etapas tempranas como en las tardías en la infección.

Las manifestaciones producidas por el virus de papiloma humano, que se replican pocas veces, presentan signos de crecimiento viral en las capas superiores de la lesión en especial aquellas localizadas en la laringe y cavidad bucal así como en los condilomas acuminados de las regiones bucal y genital. (4,13,1).

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Los papilomas escamosos de la boca pueden localizarse en la región cutánea de los labios o en cualquier sitio de la mucosa intrabucal, con predilección por el paladar duro y blando. (13,19,32).

HISTOPATOLOGIA:

La lesión corresponde a un crecimiento exagerado del componente epitelial de células escamosas normales. (18).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Debe diferenciarse del xantoma verrugiforme y el condiloma acuminado. (32).

TRATAMIENTO:

De elección es la extirpación de la lesión por cirugía o ablación por láser. (7,13).

GRANULOMA PIOGENO

Esta lesión corresponde a una reacción ante un estímulo o agresión conocida. Se presenta como una masa roja ya que está formada sobre todo el tejido hiperplásico de granulación que abunda en los capilares. (13).

El término de Granuloma Piógeno es un nombre erróneo, ya que la lesión no produce pus, sin embargo es tumor de tejido de granulación como lo indica el término granuloma. (19,24).

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Se localizan a menudo en la encía y se considera que la causa más probable es la presencia de cálculo o material exógeno; los granulomas son más frecuentes en zonas que reciben traumatismo como labio inferior, la mucosa vestibular y la lengua. (13,19).

Los granulomas piógenos son de color rojo y en ocasiones pueden ulcerarse debido a traumatismos, los granulomas se presentan a cualquier edad y ocurre con mayor frecuencia en mujeres. (13,20).

HISTOPATOLOGIA:

El examen microscópico muestra lesiones constituidas por masas lobuladas de tejido hiperplásico de granulación. Puede observarse la presencia de neutrófilos en la zona superficial de los granulomas piógenos ulcerados. (11,12).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se debe diferenciar de otras lesiones que ocurren en la mucosa bucal como el granuloma periférico de células gigantes y fibroma periférico. (11,13).

TRATAMIENTO:

Consiste en extirpar la lesión incluyendo el tejido conectivo que lo origina y cualquier causa local como serian los cálculos; en ocasiones hay recurrencia causada por extirpación incompleta de la lesión. (7,13).

AFTAS

Las úlceras aftosas (estomatitis ulcerosas o aftas) se presenta hasta en un 40% de las personas; hay tendencia genética, ya que los hijos de los padres con úlceras aftosas tienen un mayor riesgo de padecerlas.

Las aftas suelen aparecer hacia los 20 años de edad y no tienen predominio en uno u otro sexo.

Aftas de Bednar: también conocida como úlceras pterogoideas, son lesiones superficiales en la mucosa del paladar duro en niños recién nacidos. Estas úlceras cicatrizan espontáneamente en pocos días. (1,2).

Aftas orales recurrentes: conocidas como ulceraciones, son secundarias a traumatismos físicos o químicos (1,24).

ETIOLOGIA:

Inicialmente se consideraban las ulceraciones aftosas que eran de naturaleza viral, pero numerosos estudios han demostrado que se debe a factores, hormonales, traumatismos, alergias, deficiencias nutricionales, insuficiencia hepática.

Se ha descrito que estas lesiones son más frecuentes en mujeres que en varones. (1,2,24).

HISTOPATOLOGIA:

Microscópicamente las lesiones presentan úlceras inespecíficas con respuesta vascular en el tejido conectivo profundo; puede haber trombosis de estos vasos e infiltración perivascular de linfocitos. Las biopsias muestran inflamación inespecífica y ulceración; la célula inflamatoria inicial es el linfocito. (1,2,24).

El diagnóstico se establece por su aspecto clínico y por los antecedentes. Es muy común que aparezcan como ulceraciones superficiales y cubiertas por una pseudomembrana con halo eritematoso en la superficie y por un exudado fibrinoso de color grisáceo, suelen ser dolorosas dificultando la ingestión de alimentos; tiene una duración de 10 a 14 días, luego desaparecen sin dejar cicatriz (1,2,7).

TRATAMIENTO:

En algunas personas son útiles los métodos empíricos que consisten en empleo de enjuagues bucales inertes, preparaciones tópicas, vitaminas, sedantes y analgésicos leves; el tratamiento más eficaz consiste en administrar corticosteroides sistémicos por periodos breves. Menos de 40 mg. de prednisona al día durante dos o tres días brindan un control adecuado de signos y síntomas. La dosis y duración del tratamiento con corticosteroides varía en cada paciente, de acuerdo al tipo de su enfermedad. (1,2,24).

LEUCOPLASIA

Este término designa placas blancas y rojas que ocurren en cualquier superficie mucosa de la boca, que no se desprenden al frotarlas, persisten por lo general como lesiones pre-malignas. (11,13,24).

ETIOLOGIA Y PATOGENIA:

Muchas leucoplasias se relacionan en su etiología como el consumo de tabaco, irritantes, prótesis dentales mal adaptadas, higiene deficiente, alimentos condimentados o calientes y hábitos potencialmente nocivos. En algunas poblaciones, se considera importante la presencia de lesiones relacionadas con deficiencias nutricionales, anemia, falta de hierro, y la producción de disfagia siderogénica (síndrome Plummer-Vinson o Patterson Kelly). En estudios realizados en Estados Unidos la mayor parte de leucoplasias son de naturaleza benigna y es posible que nunca se conviertan en cáncer, lo que ocurre el 1 al 17% de los casos estudiados. (10,6).

CARACTERISTICAS CLINICAS

Este trastorno suele presentarse en adultos mayores de 40 años pero la tendencia reciente hacia el consumo de tabaco masticable afecta a los sujetos jóvenes. La relación al sexo varía con el tiempo, la mitad de las leucoplasias ocurren en la mucosa mandibular o vestibular. (11,13).

Al examen visual las leucoplasias varían desde una simple lesión vaga y blanquecina sobre una base de tejido de apariencia normal, hasta una blanca engrosada, con aspecto

de cuero fisurada o verrucosa, en algunas leucoplasias pueden observarse zonas rojas, en estos se denomina leucoplasia moteada. (10,12,13).

HISTOPATOLOGIA :

Las alteraciones epiteliales son de naturaleza y extensión variable y van desde hiperqueratosis benigna, acantosis, displasia y carcinoma insitu: la eritroplasia representa atrofia epitelial e inflamación; displasia significa crecimiento desordenado. (13,18).

CARACTERISTICAS:

Incluyen:

1. Bordes epiteliales en forma de gotas.
2. Hiperplasia de capa basal.
3. Estratificación irregular.
4. Mitosis aumentada y anormal.
5. Queratinización individual o de grupos celulares.
6. Pleomorfismo celular.
7. Hiperchromatismo celular.
8. Alteración en la proporción entre el núcleo y el citoplasma; nucleolos agrandados. (13,18).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

En ocasiones una lesión bucal de aspecto blanco o rojo, o de uno y otro a la vez, pueden ser ya un carcinoma escamoso. O bien, representa una lesión benigna clasificable como liquen plano, eritema multiforme o penfigoide. (13,33,24).

TRATAMIENTO :

El paso inicial consiste en identificación de las causas; cuando las lesiones son muy extensas puede realizarse varias biopsias en las que deben incluirse las zonas sospechosas de malignización, como regiones enrojecidas o blancas ulceradas o maduras. Si se encuentran elementos displásicos es obligatorio eliminar las lesiones mediante procedimientos quirúrgicos como debridación, criocirugía, electrodesecación o cirugía con láser la cual ha sido una modalidad quirúrgica eficaz. (7,13,24,33).

GINGIVITIS

Este trastorno, se conoce como gingivitis ulcerosa necrosante aguda (ANUG), no tiene un tipo epidemiológico específico y no hay datos de que sea contagioso. (1,2,14,24).

ETIOLOGIA :

Se considera que la gingivitis depende del estado nutricional e higiene bucal deficientes; también depende de obturaciones irritativas o formación de bolsas (enfermedad periodontal incipiente). (1,14,24).

CARACTERISTICAS CLINICAS:

El trastorno suele caracterizarse por su naturaleza aguda y produce dolor, aliento fétido y ulceraciones gingivales.

Puede haber tendencia hemorrágica concomitante al cepillar los dientes, no hay fiebre, puede haber linfadenopatía pero sin malestar. (1,2,14,24).

HISTOPATOLOGIA:

La gingivitis es una inflamación crónica del borde gingival que depende de irritantes locales; el curso y la gravedad del trastorno depende de diversos procesos hormonales y metabólicos, se observa en la pubertad, durante el embarazo y en diversos trastornos nutricionales y hematológicos como escorbuto, leucemia, y trombocitopenia. Además del eritema puede haber hiperplasia inflamatoria de la encía, con notable proliferación vascular. (1,2,14,24).

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico se establece por dolor en la encía, aliento fétido; también se establece descartando otras enfermedades sistémicas más graves según la reacción al tratamiento. (14,24).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL :

Eritema multiforme, liquen plano, y penfigoide. (14,24).

TRATAMIENTO:

El método más conservador consiste en mejorar la higiene bucal, enjuagues bucales con peróxido de hidrógeno (H2O2-al 3% con partes iguales de agua tibia) y profilaxis dental. Es importante la nutrición adecuada y son útiles los antibióticos en caso de fiebre, linfadenopatía o signos de síntomas bucales graves. La penicilina es el medicamento preferible. (1000 a 1500 mg. al día) y otra posibilidad es la eritromicina en dosificaciones similares. (1,2,14,24).

LIQUEN PLANO

El líquen plano es una enfermedad bucal frecuente de etiología viral, una intoxicación por metal pesado, o de origen psicossomático. Se observa lesiones bucales en la mitad de los pacientes, en forma de una red blanca que afecta la mucosa bucal y los labios; se han descrito variantes ulcerosas, erosivas, hipertróficas, y atróficas. (11,19,25).

Una erupción papulosa origina lesiones de color blanco, que afecta la mucosa bucal; microscópicamente hay paraqueratosis, degeneración hidrófica de la capa basal del epitelio e infiltración de linfocitos en el corión alto; la degeneración epitelial es grave formando una vesícula constituyendo una úlcera (11,19,15).

TRATAMIENTO:

Mejorar la higiene bucal y profilaxis dental; es importante la nutrición adecuada. Los esteroides son el tratamiento de elección. (11,19,24).

VI. METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo.

SUJETO DE ESTUDIO:

Pacientes adultos que asisten a la consulta externa de Medicina general del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala durante los meses de noviembre, diciembre de 1996 y enero de 1997.

POBLACION-MUESTRA:

El instrumento de recolección de datos se aplicó a todos los pacientes que asistieron a la consulta externa de Medicina General y que el médico reporto con lesión de la cavidad oral durante los meses de noviembre, diciembre de 1996 y enero de 1997. Se recolectaron (60 casos).

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes adultos de ambos sexos que asisten a la consulta externa en el periodo de estudio ya sea en primera consulta o en reconsulta.

VARIABLES

1. Edad

Definición conceptual: tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona.

Definición operacional: edad en años reportada por el paciente.

Escala de medición: numérica.

Unidad de medida: años cumplidos.

2. Sexo:

Definición conceptual: condición orgánica que diferencia los machos de las hembras en la mayoría de especies.

Definición operacional: sexo observado por el médico.

Escala de medición: Nominal.

Unidad de medida: masculino-femenino.

3. Tratamiento:

Definición conceptual: acción y efecto de tratar.

Definición operacional: terapéutica utilizada para la curación de enfermedades infecciosas en cavidad oral.

Escala de medición: nominal.

Unidad de medida: antibiótico o esteroide.

4. Metodos diagnósticos:

Definición conceptual: forma de saber la patología.

Definición operacional: exámenes complementarios que sirven para confirmar una impresión clínica.

Escala de medición: nominal.

Unidad de medida: diagnóstico médico reportado.

5. Ethnia:

Definición conceptual: grupo de individuos cuyos caracteres biológicos; son constantes y se perpetúan por herencia.

Definición Operacional: grupo étnico que consulta con frecuencia el hospital.

Escala de medición: nominal.

Unidad de medida: ladina e indígena.

6. Antecedentes médicos:

Definición conceptual: relacionado al pasado.

Definición operacional: antecedentes referidos por el paciente relacionados con enfermedades infecciosas en cavidad oral.

Escala de medición: nominal.

7. Hallazgos clínicos:

Definición conceptual: descripción de la cavidad bucal por el médico.

Definición operacional: hallazgos anormales en cavidad oral.

Escala de medición: nominal.

Unidad de medida: normal o anormal.

RECURSOS

HUMANOS:

Médicos y estudiantes de la consulta externa de medicina.

MATERIALES:

Boleta de recopilación de datos.

Material Bibliográfico.

FISICOS:

Hospital Nacional Pedro de Bethacourt de Antigua Guatemala.

Bibliotecas: Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

PLAN DE RECOLECCION DE DATOS:

-Se obtendrá permiso de la dirección de Hospital para realizar la investigación.

-Se hará una reunión con los médicos y estudiantes de consulta externa para explicarles los objetivos del estudio.

-Se adjuntará al expediente clínico de cada paciente una hoja de recolección de datos que será llenada por los médicos y estudiantes de la consulta externa.

- A los pacientes a quienes se ordenan procedimientos diagnósticos adicionales se les dará seguimiento para saber el resultado de los mismos.

-Las hojas de recolección de datos serán acumuladas por el investigador para que al final del estudio puedan ser tabuladas, analizadas y elaborar conclusiones y recomendaciones.

ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Todos los datos recopilados en el presente estudio serán mantenidos en forma confidencial.

PRESENTACION DE RESULTADOS Y PROCESAMIENTO:

Los resultados de datos obtenidos se presentarán en cuadros estadísticos de referencia o resumen.

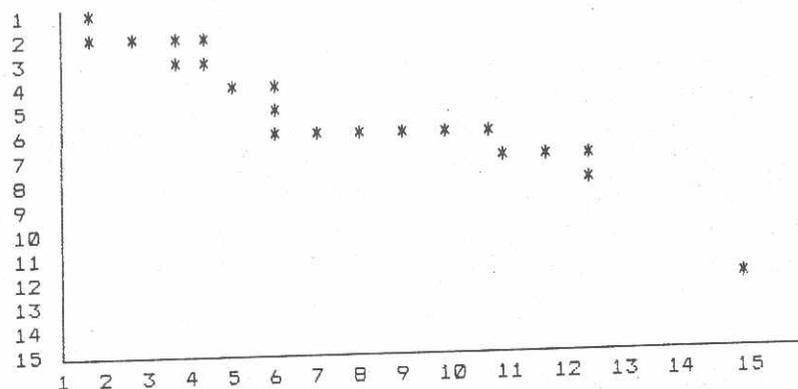
TIEMPO DE EJECUCION DE LA INVESTIGACION

ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del revisor y asesor.
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por el comité de investigación del Hospital o Institución en donde efectuó el estudio.
6. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis.
7. Diseño de los instrumentos que se utilizaron para la recopilación de la información.
8. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
9. Procesamiento de resultados, elaboración de tablas gráficas.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final para correcciones.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. Exámen público de defensa de la tesis.

GRAFICA DE GANTI

Actividad



CUADRO No. 1

PATOLOGIA MAS FRECUENTE EN LA CAVIDAD ORAL EN 60 PACIENTES ADULTOS, ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA. DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 1996 Y ENERO DE 1997.

PATOLOGIA	FRECUENCIA	%
CANDIDA ALBICANS	12	20
AFTAS	12	20
HERPES SIMPLE	09	15
PAPILOMA ORAL	08	13
LIQUEN PLANO	07	12
GINGIVITIS	06	10
GRANULOMA PIQENO	04	07
LEUCOPLASIA	02	03
T O T A L	60	100

FUENTE: Boletas de recolección de datos.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION SEGUN GRUPO ETAREO Y SEXO DE 60 PACIENTES ADULTOS QUE CONSULTARON POR LESIONES EN LA CAVIDAD ORAL A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA. DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 1996 Y ENERO DE 1997.

GRUPO ETAREO Años	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
14-24	17	28	16	27	33	55
25-34	2	3	7	12	9	15
35-44	4	7	3	5	7	12
45-54	3	5	--	--	3	5
55-64	1	2	2	3	3	5
65-7	2	3	3	5	5	8
TOTAL	29	48	31	52	60	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 3

GRUPO ETAREO MAS FRECUENTE EN PACIENTES ADULTOS QUE CONSULTARON POR LESIONES EN LA CAVIDAD ORAL EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA. DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 1996 Y ENERO DE 1997.

ETNIA	FRECUENCIA	%
LADINA	44	73
INDIGENA	16	27
TOTAL	60	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 4

SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTE ENCONTRADA EN 60 PACIENTES ADULTOS A TENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA. DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 1996 Y ENERO DE 1997.

PATOLOGIA	S I N T O M A T O L O G I A						T O T A L	
	FIEBRE	MALESTAR	DOLOR	SANGRADO	ALITOSIS	PESO	No.	%
CANDIDA ALBICANS	1	3	2	-	3	3	12	20
AFTAS	2	2	7	-	1	-	12	20
HERPES SIMPLE	-	2	7	-	1	-	10	17
PAPILOMA ORAL	-	5	3	-	-	-	8	13
LIQUEN PLANO	-	2	3	-	-	-	5	8
GINGIVITIS	-	-	2	4	-	-	6	10
GRANULOMA PIOGENO	-	-	-	4	-	-	4	7
LEUCOPLASIA	1	1	1	-	-	-	3	5
TOTAL	3	15	25	9	5	3	60	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO NO. 5

FRECUENCIA DE ANTECEDENTES ENCONTRADOS EN 60 PACIENTES ADULTOS CON LESIONES EN CAVIDAD ORAL ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT ANTIGUA GUATEMALA. DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 1996 Y ENERO DE 1997.

PATOLOGIA	DIABETES	SIDA	DESNUTRICION	ANEMIA	OTROS	TOTAL
	CANDIDA	8	3	3	1	
AFTAS		1	2	5		8
HERPES SIMPLE			1			1
PAPILOMA ORAL	2	2	1	3		8
LIQUEN PLANO	1	1	2	1		5
GINGIVITIS			4			4
GRANULOMA PIOGENO		1				1
LEUCOPLASIA			1	1		2
OTROS					16	16
TOTAL	11	8	14	11	16	60

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente trabajo se incluyeron a todos los pacientes mayores de 14 años que han consultado por enfermedades infecciosas de la cavidad oral a la consulta Externa de Medicina General del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, durante los meses de noviembre y diciembre de 1996 y enero de 1997; encontrando las patologías más frecuentes como: Candida Albicans, Aftas, Herpes Simple, Papiloma Oral, Líquen Plano, Gingivitis, Granuloma Piógeno y Leucoplasia. (cuadro No. 1). También nos demuestra que el 55% de las patologías corresponde a Candida Albicans, Aftas y Herpes Simple; en la literatura se reporta un 70% para Candida Albicans, un 40% para Aftas y un 50% para Herpes Simple. (1,2,3,36). Estas lesiones van relacionadas con mala nutrición y enfermedades con deficiencia inmunológica. (3,12).

CUADRO No. 2

Se puede observar que no existe diferencia significativa por sexo entre los pacientes estudiados. En cuanto a la edad el mayor número de casos se presentó en el grupo etáreo entre 14-24 años lo cual a pesar de que los casos analizados son muy pocos podría orientarnos a pensar que este grupo etáreo está más puesto a contraer enfermedades infectocontagiosas de la cavidad oral asociadas a enfermedades como el SIDA y Diabetes. (12,36).

CUADRO No.3

En el grupo estudiado el mayor número de casos se presenta en ladinos pero el diseño del estudio no permite aseverar que el resultado obtenido sea traspolable a toda la población.

CUADRO No. 4

Nos demuestra que el sintoma más frecuente por el que se consulta a el hospital es dolor de la cavidad oral lo que facilita al Médico para hacer mejor estudio e investigar tipos de lesiones y enfermedades asociadas; además nos orienta que el sangrado es más frecuente en tumores y enfermedades inflamatorias.

CUADRO No. 5

Se puede observar que existen once casos con antecedentes de diabetes y ocho casos de inmunodeficiencias adquirida SIDA, y 25% con problemas nutricionales, lo que demuestra que en su mayoría dichos problemas se presentan en deficiencias nutricionales pero además están asociadas a enfermedades del sistema inmunológico. (12,37).

IX CONCLUSIONES

1. Las patologías de la cavidad oral más frecuentes diagnosticadas son Candida Albicans, Aftas y Herpes Simple.
2. Las diferencias encontradas en la relación a sexo edad y etnia no son significativas pero hay que hacer notar que el No. de pacientes estudiados es relativamente pequeño.
3. En un gran número de los casos estudiados con patología de la cavidad oral se encontro antecedentes de enfermedad sistématica o inmunosopresora como Diabetes, SIDA y Desnutrición.
4. El motivo de consulta más frecuente fue dolor en la cavidad oral y el hallazgo clínico encontrado con más frecuencia fue lesiones blanquecinas en lengua.

X RECOMENDACIONES

1. En todo paciente con lesión de la cavidad oral se necesita efectuar estudios para descartar enfermedades sistémicas como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).y Diabetes
2. En el examen fisico de cada paciente que consulta debe efectuarse exámen de la cavidad oral en forma minuciosa, para tener información objetiva que sirva de base para complementar el diagnóstico del paciente.
3. Instituciones públicas y privadas deben trabajar coordinadamente para dar una mejor orientación a la población en general sobre las enfermedades de transmisión sexual e higiene bucal para evitar en un buen porcentaje el sufrimiento de padecer este tipo de patologías.

XI RESUMEN

El presente estudio tipo observacional, descriptivo fue realizado en la Consulta Externa de Medicina General del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, describe las enfermedades infecciosas más frecuentes de la cavidad oral, en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt durante los meses de noviembre y diciembre de 1996 y enero de 1997, encontrando un total de 60 casos.

La información recabada a través de la ficha de recolección de datos fue tabulada, ordenada, representada y analizada, registrándose los siguientes datos: las enfermedades infecciosas más frecuentes de la cavidad oral con mayor frecuencia fueron Candida Albicans, Aftas y Herpes Simple, además este tipo de patologías se presentaron en un alto % como signos secundarios a una enfermedad sistémica como SIDA, y Diabetes. y Desnutrición.

De los 60 pacientes atendidos el grupo etéreo que presentó el mayor número de casos fue entre 14-24 años; el motivo de consulta más frecuente fue dolor en la cavidad oral al igual que el tratamiento que se utilizó en Candida Albicans fue Nistatina por vía oral y tópica. (13,16)

Existen ocho casos asociados a SIDA lo que es preocupante al asociarlo con la edad más frecuente reportada, debido a ser un grupo etéreo difícil de controlar su conducta sexual. (2,3)

XII BIBLIOGRAFIA

1. Alburez, A.M. Prevalencias de Aftas orales recurrentes y herpes labial recurrente en una muestra poblacional Guatemalteca . Tesis (Cirujano Dentista) Guatemala. Universidad de San Carlos Facultad de Odontología. 1984. Pág. 106.
2. Beeson, P.B. and W. Mcdermott. Tratado de Medicina Interna de Cecil Loeb 16. ed. México. Iberoamericana, 1987. Págs. 2323-23330
3. Beeson, P.B. and W. Tratado de Medicina Interna 14a. ed. ed. México Interamericana 1987. Pág 2321.
4. Braskar, S.M. Patología Bucal. Buenos Aires, El Ateneo, 1981. Págs. 12-412.
5. Burket, L.W. Medicina Bucal. 8a. ed. México, Interamericana, 1987. Pág. 930.
6. Carranza, F.A. Periodontología Clínica de Glickman. Traducido por Marina González de Grandi. 5a. edición, México, Interamericana 1,982 pág. 1073-1080.
7. Chalton, M.J. Diagnóstico y Tratamiento Clínico 18a. ed. México Manual Moderno, 1983. Pág. 1150.
8. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas 11a. ed. Madrid, Salvat. 1977. 1073.
9. Dr. César Mishan P. En la Infección y Enfermedades Aisladas 1a. Educación, 1987. Serviprensa Centroamericana págs. 190-200.

10. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez. Anatomía Humana, 6ta. ed. Editorial Porrua, S.A. Ave. Rep. Argentina No. 15 México D.F. 1985. pág. 63-107, Cap. 2 Vol. 3
11. Eversole. Patología Bucal Diagnóstico y Tratamiento. Editorial Médica Panamericana. 1990. Pág. 5-97.
12. Fernández Castillo, C. Micología Médica Para Graduados. Candidiasis, México Jannssen Reseach Council, 1983 Vo.6.
13. Grispan. D. Enfermedades de la Boca: Patología Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal. Buenos Aires. Mundial. 1970. Págs. 96-902.
14. Gorlin R. J.H.M. Goldman and K.C. Thoma. Patología Oral 6a. ed. Traducido por Felipe Llinas, Barcelona, Salvat. 1983. Págs. 1273.
15. Guatemala Universidad de San Carlos. Facultad de Odontología. Area de Patología. Ulcera. Guatemala. 1988 págs. 18-19.
16. Goodman, L.S. and Gilman. Bases farmacológicas de Terapéutica. 5a. Ed. México, Interamericana, 1975. Págs. 1412-1440.
17. Instructivo para el examen de Ulceras Orales. Guatemala. 1988. P. 3.
18. Joseph A. Regizi. D.D.S. N.S. James J.D. MD. Ph. D. Patología Bucal. 1a. Ed. en español por Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. 1991. Págs. 97-240.
19. Pindrog. Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral Salvat Buenos Aires 1986. Págs. 32-56, 188-210.

20. Lesiones Ulcerativas. Guatemala 1988. Págs.9-14.
21. López, C. Manual de Patología Oral. Guatemala. Editorial Universitaria. 1975. págs. 453. Colección Aula No. 16.
22. Mckendrick, G.D. Sutherland. Introducción a las Infecciones Herpéticas London. Wellcome. 1983. Pág. 46.
23. Patología y Odontología Sociopreventiva. Variables Sociales incluidas en el estudio de sociopidemiológico de enfermedades orales en Guatemala. 1990. Pág. 11.
24. Robbins, S.L. Patología Funcional y Estructural. Traducido por Alberto Folch Homero Vela Treviño México. Interamericana. 1975. pág. 1516.
25. Roitt IM. and T. Lehner. Immunology of Oral Desseases. Black Well. Scientific. P. Publications. 1980. 184-187.
26. Scott, P. Introducción y evaluación Educativa. Universidad de San Carlos de Guatemala, Ed. Llerna S.A. Guatemala. 1990. págs. 147. Manuales Universitarios Serie Investigaciones No. 1.
27. Shafer, W.G.M.K. Hine and B.M. Levy. Patología Bucal Traducido por Marina. G. Grandi. 3a. Ed. México Interamericana. 1984. págs. 546.
28. Shaffer, R.W. Mendehhall. Y.L. Elementos de Muestreo. Traducido por Gilberto Rendón Sánchez y José Roberto Gómez Aguilar. México. Grupo Editorial Iberoamericano. 1987. Págs. 321.

29. Siegel, S. Estadística no Paramétrica. Traducida por Javier Aguilar Villalobos. México, Trillas, 1983. Págs. 453.
30. Smith, H.A. and T.C. Patología. Traducido por Manuel Chavarría, México Uthea 1985. Págs. 1061.
31. Smith A.L. Microbiology. 11a. ed Saint. Luis Mosby, 1976. Págs. 100-108.
32. Siekavizza, R.A. Clasificación y Prevalencia de Lesiones Bucales.
Es. Esmatología del Hospital Nacional Roosevelt. Tesis Cirujano Dentista.
Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Odontología 1990. Págs. 9-28.
33. Shaafer W.G.M.K. Hine and B.M. Levy. Oral Patology. 3a. Edición. Philadelphia. W.B. Saunders. 1974.
Págs. 846.
34. Turner, P. Etiology Differential Diagnosis and Treatment of Some of Commonly Occurring. Ulcers. of. (1) Quintesseme off. 11 (5) May. 1980.
35. The Manual of Diagnosis an Therapy . 14 Ed. Nevada Merck Laboratories 1982. Pág. 835.
36. Wood, N.W. Paul and Goza Diferential. Diagnossis of Oral Lessions Saint. Luis Mosby. 1975. Pág. 259-419.
37. Zavirax, Condón. Welcome. 1983. Pág. 8.

XII ANEXOS

La presente boleta de recolección de datos trata de recolectar información acerca de las enfermedades infecciosas más frecuentes de la cavidad oral en los pacientes que se atienden en consulta externa de Medicina General.

Historia Clínica No. _____

Edad _____ Sexo _____ Etnia _____

Motivo de Consulta _____

Síntomas y signos más relevantes: _____

Impresión Clínica: _____

Lesión de la Cavidad Oral: Si _____ No _____

Hallazgos físicos de la Cavidad Oral: _____

Área de la Lesión de la cavidad Oral: _____

Impresión Clínica: _____

Antecedentes:

Médicos: _____

Nutricionales: _____

Tratamiento con antibiótico: _____

Tensión emocional: _____

Procedimientos diagnósticos para la lesión de cavidad oral efectuados: (resultados): _____

Ordenados: _____

Próxima Cita: _____

Resultado de los exámenes Ordenados: _____