



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE LESIONES ORALES ASOCIADAS A
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.
UN ESTUDIO CLÍNICO DEMOGRÁFICO
RETROSPECTIVO A 10 AÑOS, EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA BUCAL, DEPeI, FO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MIGUEL ALBERTO CATALÁN SOTRES

TUTOR: Dr. LUIS ALBERTO GAITÁN CEPEDA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Agradecimientos

El libro se convierte en una suerte de medio por el que los lectores mantienen un diálogo constante con el autor, lo que irremediabilmente desemboca en nuevas ediciones.

En este sentido, el Dr. Luis Alberto Gaitán Cepeda merece un reconocimiento especial por la revisión que hizo en esta obra.

Sus ideas, observaciones y sugerencias resultaron muy valiosas en el momento de hacer este estudio.

Así mismo, se extiende un agradecimiento a todos los que directa o indirectamente colaboraron para que este trabajo pudiese realizarse, a quienes con sus ideas y comentarios han contribuido a enriquecer este estudio, haciendo especial énfasis a mis padres, y en ese mismo carácter agradeciendo también a Dios y a todos los que me han apoyado.

Dejare pues estas dedicatorias circunscritas a una sola página sabiendo que para poder retribuir la especial ayuda faltarían varios tomos.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. MARCO TEÓRICO.....	5
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
4. JUSTIFICACIÓN.....	24
5. OBJETIVOS.....	25
5.1 General.....	25
5.2 Específicos.....	25
6. METODOLOGÍA.....	26
6.1 Diseño y tamaño del estudio.....	26
6.2 Población de estudio.....	26
6.3 Material.....	27
6.4 Procedimiento de análisis estadístico.....	27
6.5 Criterios de inclusión.....	27
6.6 Criterios de exclusión.....	27
6.7 Variables de estudio.....	27
7. ASPECTOS ÉTICOS.....	30
8. RESULTADOS.....	31
9. ANÁLISIS.....	50
10. DISCUSIÓN.....	52
11. CONCLUSIONES.....	55
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
13. ANEXOS.....	62



1. INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades de transmisión sexual son un grupo de enfermedades que se transmiten predominantemente por contacto sexual. Hasta la fecha existen más de 30 patógenos de origen viral, bacteriano y parasitario que pueden transmitirse de manera sexual. Existen enfermedades de transmisión sexual que tienen repercusión y manifestaciones en la cavidad oral, dichas enfermedades afectan la salud sexual y la salud reproductiva, además de poder ser vía de entrada para otras enfermedades. Es importante para la planificación de intervenciones apropiadas y la mediación de los suficientes recursos, cuantificar la incidencia y la carga de estas infecciones.

Las prevalencia del sexo oral ha tenido un incremento en los últimos años, por esta causa las lesiones asociadas a estas prácticas, además de la manifestación de enfermedades de transmisión sexual pueden ser más frecuentes. Debido a esto es necesario determinar su prevalencia, su conocimiento y también es imprescindible para aquel que se encargue de la salud bucal.

Dichas lesiones no solo tienen un impacto profundo en la población sexualmente activa sino que pueden ser las primeras manifestaciones que nos conduzcan a establecer casos de abuso infantil. Por esta razón evaluar si este grupo está afectado es valioso para tomar las debidas medidas.



2. MARCO TEÓRICO.

Lesiones por prácticas sexuales

Antecedentes

La primera descripción de un caso de trauma en la zona del paladar debido al sexo oral fue primero publicada en la literatura francesa. Fue mencionado en la monografía: "Ronchese´s", como "Occupational Marks". El segundo caso aparece en la literatura inglesa en 1949. ¹

Lesiones orales secundarias a fellatio

Las manifestaciones orales debidas al fellatio ocurren típicamente en la unión del paladar duro y el paladar blando y se caracterizan por tener una zona eritematosa, petequias, o equimosis o parches. Suelen aparecer bilateralmente o como una lesión que se extiende por la línea media. Las lesiones no se ponen blancas con la presión, son asintomáticas y no ulceradas. La úvula y las estructuras de la oro faringe usualmente no están involucradas. ²

Lesiones traumáticas en frenillo secundarias a cunnilingus.

Durante el cunnilingus, la lengua es proyectada hacia la zona vaginal de manera análoga al coito vaginal. Los pacientes pueden quejarse de dolor en la superficie ventral de la lengua y la garganta. La examinación clínica revela una pequeña lesión ulcerada en el tercio medio del frenillo lingual cubierta de un blanquecino, exudado fibrinoso rodeado por un halo eritematoso. ³

Epidemiología

Las lesiones traumáticas debido a la actividad sexual no son comúnmente documentadas, quizá porque son a menudo ligeramente sintomáticas y resuelven de forma espontánea. ⁴



Prevalencia de sexo oral

La prevalencia del sexo oral es importante debido a que los comportamientos están asociados con resultados negativos para la salud sexual. El sexo oral puede transmitir VIH y otras ETS (Sífilis, clamidia, hepatitis, gonorrea, etc.).⁵ Recientemente el sexo oral y virus papiloma humano han sido asociados con cáncer orofaríngeo.⁶ Una revisión de la transmisión de ETS y el fellatio (sexo oro- genital masculino) ha sido identificada como factor de riesgo para la pareja; sin embargo el cunnilingus (sexo oro- genital femenino) no tiene el mismo riesgo.⁵

La investigación de sexo oral en personas heterosexuales se ha centrado principalmente en los adolescentes, y estudios sugieren que algunos adolescentes pueden participar primero en el sexo oral antes que el coito vaginal, posiblemente para evitar el riesgo de embarazo.⁽⁷⁻⁹⁾

Estudios en adolescentes en Estados Unidos han encontrado que un 20% a 55% han realizado sexo oral. Otro estudio en adolescentes entre 12 a 15 años menciona que el 18% ha participado en el sexo oral. De acuerdo a estimaciones en investigaciones, el 70% de los adolescentes nunca usan condón cuando tienen sexo oral.¹⁰

Otro estudio en EUA realizado de marzo de 2002 a marzo de 2003, en 12571 encuestados mostró que un alto porcentaje de hombres y mujeres entre 15 a 44 años han recibido o dado sexo oral; >75% han participado en sexo oral.

El uso de condón en la práctica del sexo oral, también fue poco común, donde seis por ciento de hombres y mujeres lo usaron en su última participación.¹¹

En México, en un estudio de 548 alumnos realizado en la universidad Autónoma de ciudad Juárez, mostró que 207 de los encuestados reportaron practicar sexo oral donde el 86.93 % de los encuestados declaró que no



utilizan protección. El mismo equipo de autores del presente trabajo reportó resultados muy parecidos entre estudiantes universitarios de Tijuana, Baja California. ¹²

Manifestaciones de las enfermedades de transmisión sexual con repercusión en cavidad oral.

El término venérea, procede de Venus, diosa romana de la belleza, el amor y la fecundidad. Son enfermedades que necesitan del contacto íntimo-sexual para su contagio y propagación. ¹³

En 1995 el número de nuevos casos de ETS (sífilis, gonorrea, clamidia y trichomoniasis) fue de un estimado de 333 millones. ¹⁴ Para el 2005 según la OMS el número total de nuevos casos fue de 448.3 millones (sífilis, gonorrea, clamidia y trichomoniasis). Mientras que en 2008 el número total de casos fue un estimado de 498.9 millones: de los cuales 106.1 millones de casos correspondían a *N. gonorrhoeae* y 10.6 millones de casos a sífilis. En los cuatro reportes las cifras corresponden a adultos comprendidos entre un rango de edad de 15 a 49 años. ¹⁵

Sífilis

Antecedentes históricos

Aproximadamente hace 2000 años, ocurrió la primera manifestación ósea por sífilis. ¹⁶ Las teorías que explican las diversas tesis del origen de la sífilis, se dividen básicamente en las teorías que sustentan que la sífilis existía mucho antes del descubrimiento de América por Cristóbal Colón y las que sustentan que la enfermedad se generó en el Nuevo Mundo en 1492 y que fue llevada posteriormente a Europa por la tripulación de Colón. ¹⁷



A pesar de las controversias de su origen, de manera inobjetable, se conoció por su contundencia la sífilis en Europa a fines del siglo XV, convirtiéndose en una rápida epidemia multinacional, donde el aspecto sexual era el predominante. ¹⁸

La actual denominación de “syphilis” se origina en un antiguo mito acerca de un pastor llamado Syphilis. ¹⁶

John Hunter (1728-1793) hace la descripción del chancro duro de la sífilis o chancro Hunteriano. ¹⁸

La historia natural de la sífilis, se perfiló en la investigación longitudinal y prospectiva de 1878 pacientes, atendidos en el hospital de Oslo por el profesor Boeck. ¹⁹

En 1905 Fritz Schaudinn (1871-1906) y el Erich Hoffmann (1868- 1959) descubren que el agente causal de la sífilis es el *Treponema pallidum*. ¹³

Manifestaciones de sífilis primaria

El primer estadio de infección por *T pallidum* es la sífilis primaria. Representa una infección local en el sitio donde fue inoculado en el organismo. El periodo de incubación es de 2 a 3 semanas después de que aparece una pápula en el sitio de inoculación. La ulceración de la pápula ocurre produciendo el clásico chancro de la sífilis primaria. El chancro es una ulcera de 1 a 2 cm con un borde indurado y levantado. Los chancros pueden encontrarse en los genitales, ano, labios, o en la boca. Se presenta usualmente linfadenopatía regional. Los chancros sanan espontáneamente en un periodo de 3 a 6 semanas. ^(20, 21) La diseminación sistémica del *T pallidum* ocurre durante el primer estadio de la infección. ²¹



Manifestaciones de sífilis secundaria.

Cerca de un 25% de los pacientes que no han sido tratados desarrollan sífilis secundaria entre 4 a 6 semanas después de la lesión primaria. ^(20, 21) No todos los pacientes tienen historia de haber tenido un chancro, quizá debido a que pasa desapercibido. Los síntomas de sífilis secundaria incluyen: erupción generalizada, fiebre, linfadenopatía generalizada, malestar, alopecia, meningitis aséptica, uveítis, entre otras.²¹ Las lesiones macopapulares en las palmas y las plantas de los pies ocurren cerca de un 60% a 80% en los pacientes con sífilis secundaria. Cerca de un 21% a 58% de los pacientes pueden desarrollar lesiones mucocutáneas o de las mucosas, parches mucosos, o condylomata lata (base amplia de placas verrucosas) en la boca o el área genital. ²¹

Manifestaciones de sífilis terciaria

El tercer estadio de sífilis en los pacientes no tratados es denominado por latente temprana o latente tardía. ²⁰ La sífilis latente es un periodo donde los pacientes infectados con *T pallidum* no tienen síntomas pero son positivos a las pruebas serológicas. La fase latente temprana es una infección de 1 año o menos donde el paciente puede tener una experiencia de lesiones mucocutáneas, o en otros casos ésta es asintomática. ²¹

El cuarto estadio de sífilis se refiere a fase tardía o terciaria. ²⁰ Puede ocurrir después de la sífilis primaria, secundaria o sífilis latente. La sífilis terciaria puede surgir tan pronto como 1 año después de la infección primaria o surgir hasta 25 a 30 años después. Puede involucrar al sistema nervioso central. ²⁰ La goma (lesión ulcerativa, nodular) es la lesión clásica encontrada en la sífilis terciaria. ^(20, 21) Puede involucrar piel, membranas mucosas, sistema esquelético y vísceras. ²¹



Las lesiones cardiovasculares incluyen aneurismas y problemas en la aorta. Cerca de un 33% de los paciente con sífilis no tratada desarrollan signos y síntomas de sífilis tardía (17% gomias, 8% cardiovascular, y 8% neuro-sífilis).²²

Epidemiología: Sífilis

Durante los primeros años del siglo veinte, las lesiones extragenitales debido a la sífilis no eran inusuales y podían ser encontradas en cualquier parte del cuerpo. Cualquier ulcera indurada con linfadenopatía regional podía llevar a que el medico la considerara como sífilis primaria, sin importar el sitio de la lesión.²³ Infectaba entre un 8% y 14% de la población que vivían en áreas urbanas en el mundo.²⁴

La incidencia de sífilis disminuyó dramáticamente desde la introducción de la penicilina.²⁵ Durante el siglo pasado, la incidencia y extensión de la enfermedad, declinó llegando a su punto más bajo a mediados de la década de 1980.²³ Desde la década de 1980 ha venido un resurgimiento de la enfermedad, en gran medida atribuida a la frecuencia de la infección por VIH y a una población que con mayor frecuencia es iatrogénicamente inmunosuprimida.²⁵

Ha existido un ligero incremento en la tasa de infección cada año, desde el año 2000 de acuerdo a los centros de control de enfermedades en EUA (CDC). Cabe señalar que la tasa de casos reportados de sífilis primaria y secundaria ha disminuido en las mujeres desde 1999. En contraste, la tasa de casos reportados ha aumentado en los hombres.²⁶ Son afectados a menudo 14 veces más que las mujeres.²⁷

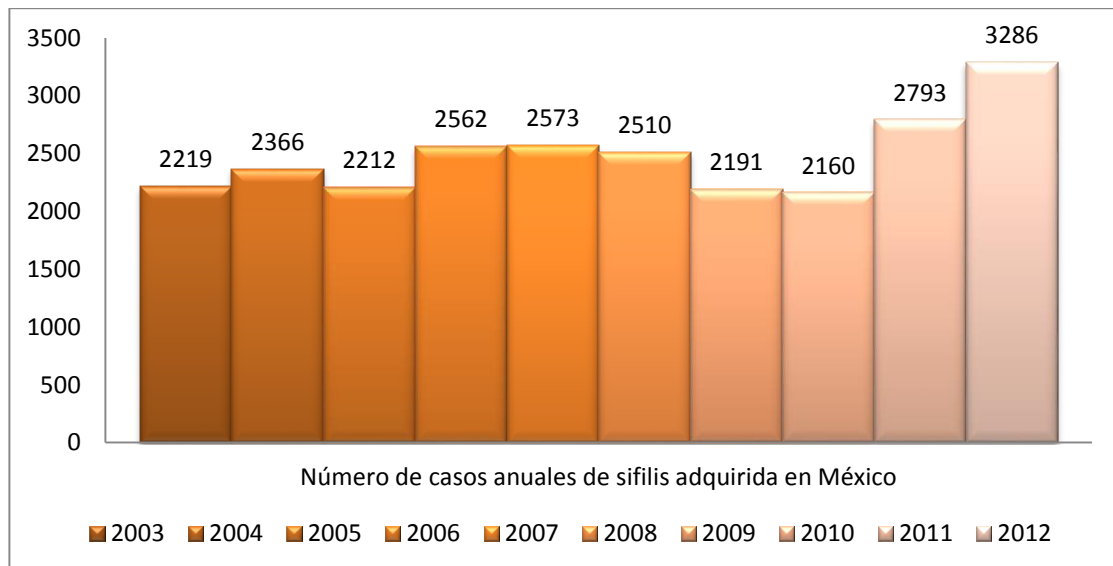
La incidencia anual para sífilis en América latina y el caribe fue de 11.2 por cada 1000 habitantes.¹⁵

Datos en México

Durante 1998 y 2000, la secretaria de salud de México registró 1,732 y 1824 casos anuales de sífilis adquirida (tasa de 1.82 por 100,000 habitantes).²⁸

La tendencia de la sífilis se ha presentado ligeramente al alza durante el periodo del 2000 al 2012 con periodos de remisión. Al cierre de la información de 2012, se han recabado 3286 registros de sífilis adquirida, incrementado el número de casos en casi un tercio más comparado con las cifras de casos presentados en 2003. Las cifras muestran un aumento en el número de casos después del 2010.²⁹

Casos reportados de Sífilis Adquirida de acuerdo a datos recabados por la Dirección General de Epidemiología.



De acuerdo a cálculos de la Dirección General de Epidemiología, en 2009 los casos de sífilis afectaban más a las mujeres, pues representan el 56.8% de los casos reportados. Los grupos etarios con mayor incidencia eran el de 20 a 24 años con una tasa de 4.8, el de 25 a 44 años con 3.3, y el de 15 a 19 años con 2.7 por cada 100,000 habitantes.²⁸



Gonorrea

La palabra gonorrea proviene de flujo seminal '*gono rhein*' y blenorragia significa literalmente '*flujo mucoso*'.¹³

En una revisión de la literatura por el Dr. Vertue, encuentra que no hay referencias de enfermedades venéreas en la literatura clásica. La primera aparición de la gonorrea, como la conocemos, fue probablemente en los primeros tiempos de la edad media.³⁰ En la época medieval se creía que la gonorrea formaba parte de la clínica general de la sífilis. Fue Philip Ricord quien estableció la especificidad de la sífilis como entidad nosológica aparte de la gonorrea. El Dr Albert Neisser (1855-1916) fue quien aisló en 1879 el diplococo de la uretritis gonocócica que recibe en su honor, el nombre de *Neisseria gonorrhoeae*.¹³

Manifestaciones de gonorrea

La infección por gonorrea es a menudo asintomática en la mujer y sintomática en el hombre.⁽³¹⁻³³⁾ Cerca de un 80% de las mujeres infectadas y menos de un 10% de los hombres infectados están libres de síntomas. (30,31). Las infecciones gonocócicas en la cavidad oral han sido reconocidas por muchos años, al igual que el vínculo con el sexo oro-genital. Las mujeres que practican sexo oro-genital o anal pueden desarrollar signos y síntomas de faringitis, tonsilitis, o proctitis. La faringitis gonocócica es usualmente asintomática en hombres y mujeres.³¹ Sin embargo, algunos pacientes se quejan de dolor en la garganta y linfadenopatía cervical. La infección se adquiere de manera más eficiente por fellatio que por cunnilingus. Se ha estimado que la infección faríngea ocurre en cerca de 5% de los hombres heterosexuales infectados, 5-10% en las mujeres infectadas, y en un 10-20% de hombres homosexuales infectados con gonorrea. Aislar la infección por faringitis gonocócica es raro. La mayoría de los casos se



resuelven espontáneamente en unas pocas semanas o en respuesta a la terapia por la infección genital o rectal. La transmisión de la infección faríngea a otros sitios es ineficiente.³²

La presentación de la gonorrea oral es no específica y variada, puede ir desde un leve eritema hasta una úlcera severa con un recubrimiento pseudo-membranoso. Las lesiones usualmente se desarrollan entre una semana del contacto con una persona infectada. En la orofaringe, la mucosa se vuelve de color rojo vivo, con pequeñas pústulas, comezón y sensación de ardor. El paciente puede ser asintomático o limitar la función oral (comer, beber, hablar).³⁴

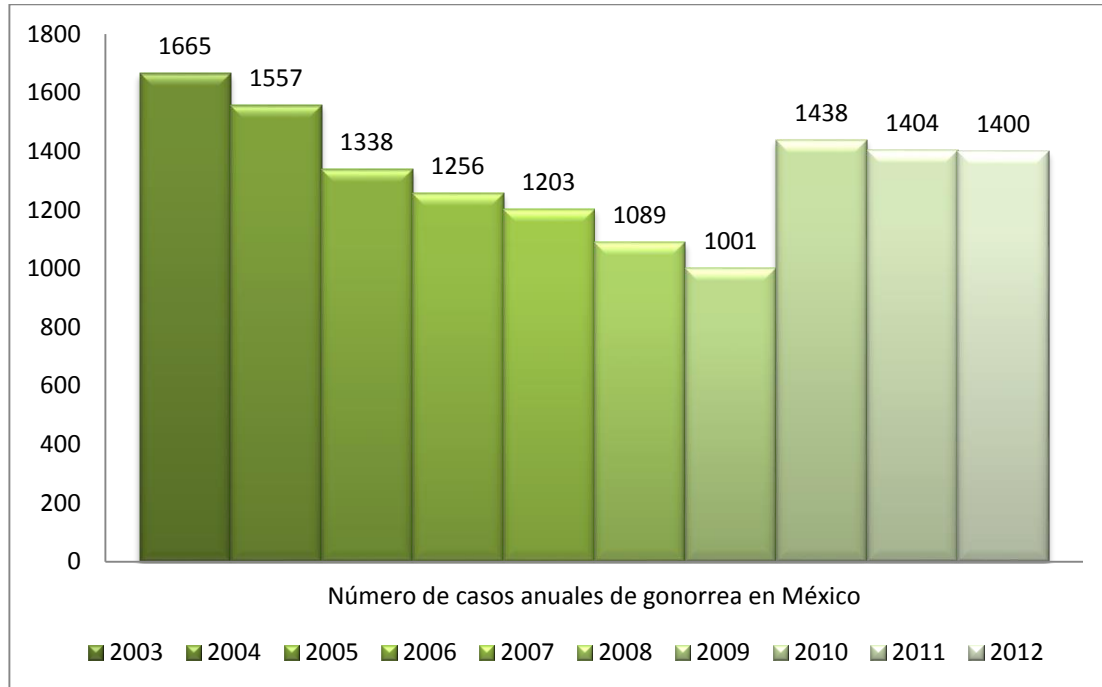
Epidemiología: Gonorrea

Es una causa importante de enfermedad de transmisión sexual, infecta un estimado de 600, 000 personas cada año en los Estados Unidos. Solo cerca de la mitad de casos es reportada.³¹ La incidencia es baja en los países desarrollados sin embargo alta en países subdesarrollados. La incidencia anual para la gonorrea fue de 27.9 por cada 1000 habitantes en Latinoamérica y el caribe.³⁵

Datos en México

Durante 2009 esta enfermedad se ubica como la sexta causa de morbilidad como Infección de Transmisión Sexual en México con 1 001 casos, durante la última ha mantenido un comportamiento de descenso con periodos donde se ha acentuado (2010) para volver a declinar ligeramente.²⁸ Con 1335 casos de promedio en el periodo comprendido del año 2003 al 2012; aún sigue por debajo de la notificación del año 2002 que fue de 2 414 casos.²⁹

Casos reportados de Infección Gonocócica Genitourinaria de acuerdo a datos recabados por la Dirección General de Epidemiología.



De acuerdo a cálculos de la Dirección General de Epidemiología, en 2009 la distribución por sexo, fue más frecuente en las mujeres, tanto como motivo de consulta como hallazgo ginecológico. Los hombres apenas fueron el 40.1% de los casos reportados. ²⁸

La incidencia por grupo de edad, muestra que el grupo más afectado fue el de 20 a 24 años con tasa de 1.9, seguido por el de 20 a 44 años con tasa de 1.5 por cada 100, 000 habitantes. ²⁸



Herpes simple tipo 2

Antecedentes

Es posible que la primera descripción del herpes fuera dada por Herodoto en el año 100 a.C. Aecio de Amida (mitad del siglo V y mitad del siglo VI) da una descripción de las lesiones del herpes simple en el Tetrabiblion.³⁶

Es hasta 1736 que la descripción clásica de herpes genital es registrada por el médico francés John Astruc. La descripción original aparece en latín en “De morbis venereis (1736)”. La histología de las vesículas del herpes genital fueron descritas por primera vez por Unna (1896). Fournier (1896) hace una contribución considerable e intenta clasificar el herpes genital en dos grupos.³⁶

En 1886, Diday y Doyon publican la monografía *Les Herpes Genitaux* en la cual observan que el herpes genital a menudo aparece después de infecciones venéreas tales como la sífilis, el chancroide o la gonorrea. También describen casos de herpes genitales. Propusieron que las erupciones estaban relacionadas con “mecanismos de activación” nerviosa que actuaba sobre el plexo sacro.³⁷

La enfermedad se transfiere exitosamente a los conejos en 1920, y el virus herpes simple crece *in vitro* en 1925 (Baum 1920; Cruter, 1924 Parker y Nye, 1925). En la década de 1920 Lipschitz realiza experimentos inoculando lesiones de herpes genital, conjeturando que existen diferencias clínicas y epidemiológicas con respecto al herpes genital y oral. Sin embargo muchos trabajos sugieren que el virus de herpes genital y labial es idéntico. A principios de la década de 1960, Dowdle y Nahmias reportan que el virus del herpes simple (VHS) puede ser dividido por pruebas de neutralización en dos tipos antigénicos. (Dowdle y col., 1967; Nahmias and Dowdle, 1968). Esas observaciones conducen a los estudios epidemiológicos sobre el herpes genital de Benchmark a finales de la década de 1960 y principios de 1970.³⁷



Manifestaciones de herpes simple en cavidad oral.

Los virus del herpes simple son conocidos como los virus del herpes que causan más comúnmente enfermedad oral y perioral.³⁸ En estudios prospectivos y en datos de prevalencia, un gran porcentaje de personas que son seropositivas para el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) o el virus herpes tipo 2 (VHS-2) no tienen manifestaciones clínicas de la enfermedad. Aunque el VHS-1 y el VHS-2 pueden causar la infección oral primaria, la mayoría son ocasionados por el VHS-1. La gingivostomatitis herpética es la primera manifestación de VHS, es usualmente precedida o acompaña por una sensación de ardor o parestesia en el sitio de la inoculación, linfadenopatía cervical o submandibular, fiebre, malestar, mialgia, pérdida del apetito, disfagia y dolor de cabeza. Uno o dos días después, numerosas vesículas transitorias aparecen en la mucosa oral y rápidamente se rompen causando dolor y úlceras superficiales alrededor de la cavidad oral. La presentación más característica es aguda, generalizada, donde la encía aparece eritematosa y edematosa. La diseminación intraoral del virus permanece por varias semanas después de la resolución.³⁸

Después de la infección primaria, el VHS se reactiva periódicamente, migrando de los ganglios sensoriales para causar herpes genital o herpes oral recurrente. Comparada con la infección primaria, la reaparición es más leve y más corta con un involucramiento sistémico mínimo. La severidad de la reaparición cubre un gran espectro que puede ir desde molestias mínimas a extensas, sintomáticas, con una implicación antiestética de labios, carrillos, nariz y el septo nasal.³⁸

El herpes labial simple (HLS) es la forma predominante de herpes recurrente orofacial. En hasta un 60% de los pacientes la reactivación del herpes labial es precedida por un cuadro prodrómico con dolor local, quemazón, prurito, u hormigueo en el sitio de la futura lesión. En la clásica manifestación, múltiples vesículas aparecen dentro de las 24 horas del cuadro prodrómico,



coalescen y se rompen para formar erosiones superficiales las cuales forman costras. El dolor y las molestias son peores durante los primeros días, las lesiones curan sin dejar cicatrización en menos de 2 semanas. Aunque las infecciones primarias en la cavidad oral por el VHS-2 son posibles, aislarlo en la cavidad oral es raro y las lesiones por VHS-2 oral usualmente se asocian con síntomas clínicos de herpes genital. ³⁸

Las manifestaciones orales clínicas que induce el VHS-2 se parecen mucho a las causadas por el VHS-1, en apariencia, severidad y duración. Sin embargo difieren en epidemiología, historia natural y propensión a la reaparición. La mayoría de las reactivaciones de herpes oral son causadas por el virus VHS-1, la reactivación por VHS-2 en la cavidad oral es poco común. ³⁹

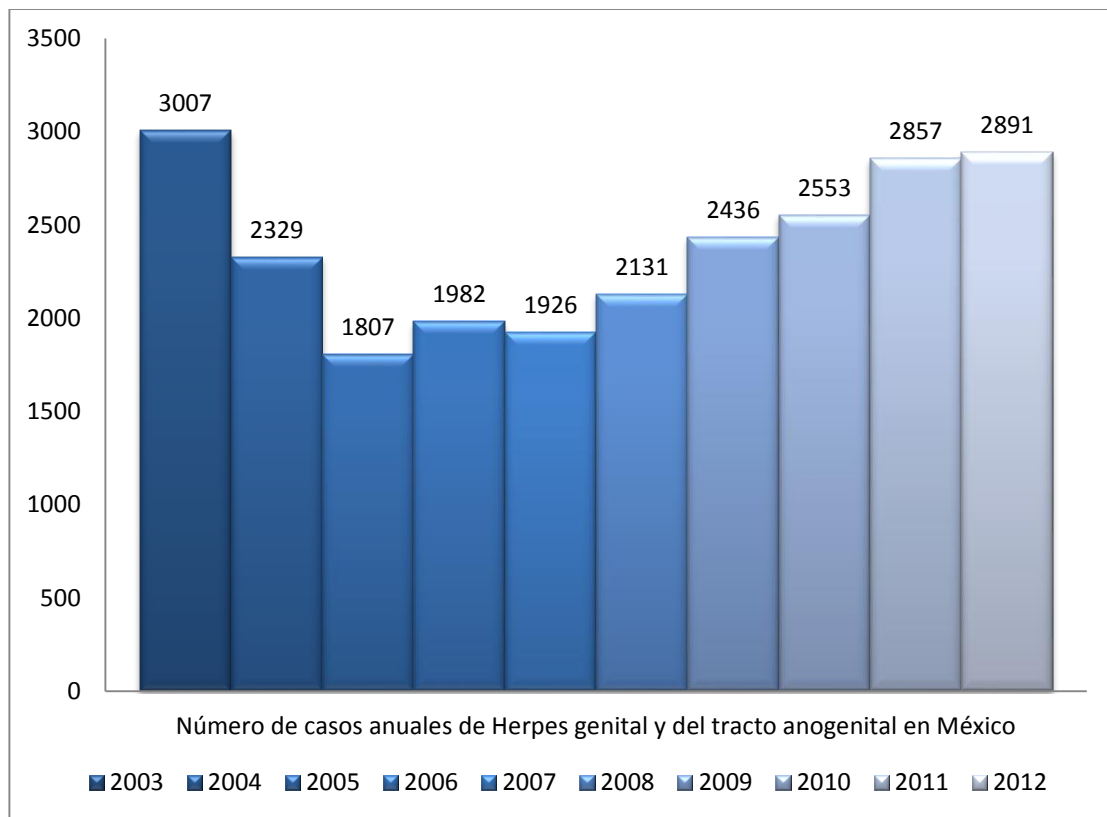
Epidemiología: VHS tipo 2

El estimado total de personas con Virus herpes tipo 2 en 2003 fue de 536 millones, 315 millones de mujeres infectadas comparado con 221 millones de hombres. Mientras que el estimado de nuevos casos (incidencia) fue de 23.6 millones siendo 12.8 millones mujeres y 10.8 millones hombres. ⁴⁰

Se observaron algunas tendencias: que son más mujeres que hombres los afectados, la incidencia de nuevos casos se da a una edad más temprana, mientras que la prevalencia alcanza su pico a mayor edad, con un estimado de 38.6 millones de mujeres y 15.1 millones en hombres para América Latina y el caribe. ⁴⁰

Datos en México

De 2000 a 2002 se muestra un comportamiento del padecimiento de aproximadamente 3 veces mayor el número de casos al del 2012. En el periodo del 2003 al 2012, el promedio de casos llegó a 2382, mostrando un ligero ascenso en los últimos años. Para 2012 se reportaron 2 891 casos de este padecimiento. ²⁹



De acuerdo a cálculos de la Dirección General de Epidemiología, en 2009 la distribución por sexo, mostró que el número de casos fue muy similar entre hombres y mujeres. Por grupo de edad, la mayor incidencia está en el grupo de 25 a 44 años con 3.8, seguida del grupo de 20 a 24 años con 3.6 por cada 100 000 habitantes. ²⁸



Virus del papiloma humano genital

Las verrugas genitales son conocidas desde tiempos antiguos, muchos escritores griegos y romanos se refieren a ellas. ⁴¹

El brote de sífilis en Europa a finales del siglo XV condujo a un renovado interés por las enfermedades genitales, y no se hizo una distinción entre enfermedades que ahora conocemos como gonorrhoea, syphilis y las verrugas genitales. ⁴¹ Incluso Hunter (1786), quien dio una clara descripción de las verrugas genitales, consideró a éstas como una manifestación de sífilis y no hizo una diferencia entre ésta y el condylomata lata. El importante reconocimiento de que las verrugas genitales correspondían a una entidad independiente del sífilis fue primeramente hecha por Bell (1793), y su trabajo fue confirmado después por Jourdan (1826) y Ricord (1838). Pese a su descubrimiento se desarrolló el erróneo punto de vista de que estaban ligadas a la gonorrea (pirrie, 1852). Aimé martin (1852) señala que muchos pacientes con verrugas genitales no tienen historia de gonorrea, Jodassohn (1905) nota que la mitad de los pacientes con verrugas genitales no tienen signos de gonorrea. ⁴¹

La idea de que las verrugas genitales estaban relacionadas con verrugas en piel fue postulado primero por Gémy (1893). Sin embargo se notaron diferencias histológicas entre varios tipos de verrugas en piel y verrugas genitales (Allen, 1965). ⁴¹

En 1949 Strauss revela el carácter viral de las verrugas genitales. En 1903 Ciuffo demostró que las verrugas plantares producidas con extractos de verrugas genitales obedecían al mismo agente infeccioso. ¹³

En 1985 zur Hausen Harald encontró que más del 90% de todas las biopsias de canceres cervicales uterinos obtenidas eran positivas al ADN del virus del papiloma humano (VPH). ⁴²



Los condilomas acuminados son lesiones cutáneas benignas producidas por el virus del papiloma humano (VPH). Esta infección es una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes del tracto ano-genital.⁴³

Manifestaciones orales de condiloma acuminado

Las lesiones orales empiezan como nódulos múltiples, pequeños y rosas o como condilomas acuminados planos. Los nódulos proliferan y se unen de forma suave para formar papilomas sésiles o pediculados.⁴⁴ Las lesiones se desarrollan rápidamente de forma discreta para crear a menudo amplios grupos granulares o forma de coliflor parecido a neoplasmas. Las lesiones digitiformes y verrucosas pueden afectar todos los tejidos orales y aparecen como lesiones de fibroma “carnosas” en la mucosa bucal, los labios y la lengua. La involucración de la encía y el paladar duro puede ocurrir de manera firme, con formas irregulares ampliadas con múltiples lesiones satélite.⁴⁵

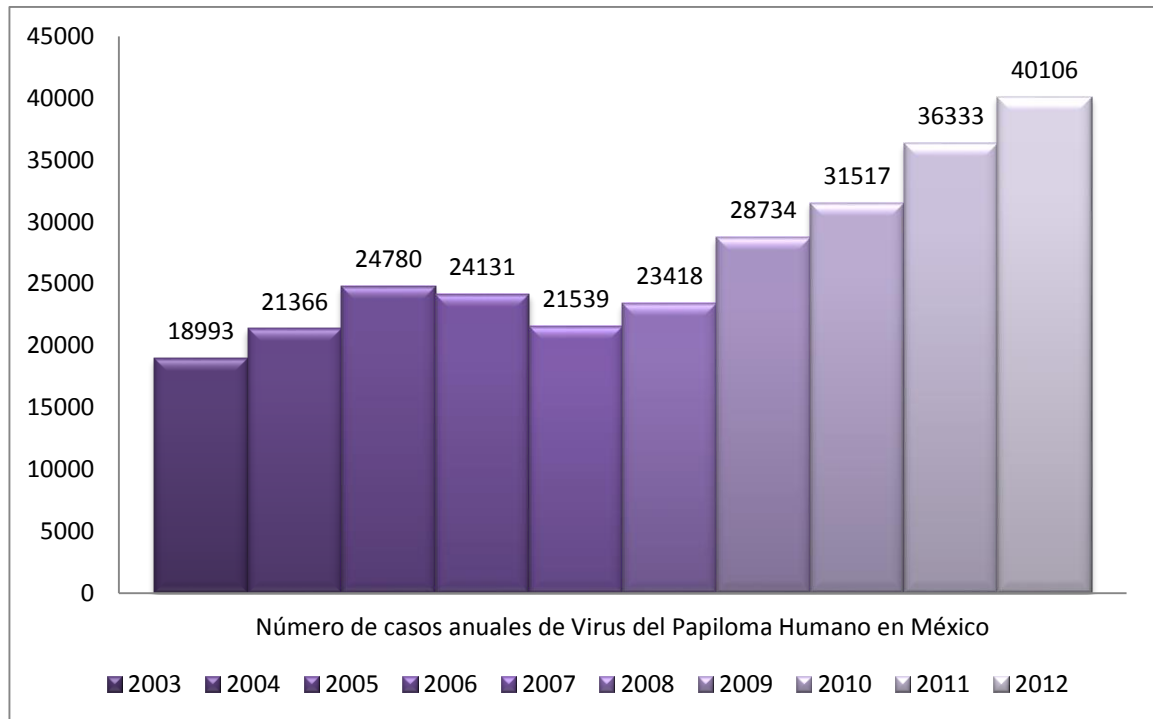
Epidemiología: VPH

Las estimaciones alrededor del mundo, de la prevalencia por infección de VPH entre las mujeres, varían de un 2% a un 44%.⁴⁶

La prevalencia de VPH en América latina y el caribe fue comprendida en un rango de 12.3% a 20.4%. La información fue recabada en un periodo comprendido de enero de 1995 a enero de 2005, en una población de 6225 a 69820 mujeres.³⁵

Datos en México

Se observa un incremento sostenido en el número de casos reportados desde el año 2000; encontrando su punto más alto en el último informe con 40,106 casos, el año 2011 le sigue en orden de frecuencia con 36,333 y en tercer lugar el 2010 con 31 517. ²⁹



De acuerdo a cálculos de la Dirección General de Epidemiología, en 2009, mostró una notificación mayor de este padecimiento por parte de la población femenina con el 95.4% de los casos, 4.6% correspondiente a los hombres. Se aprecia que son los grupos de vida sexual activa los más afectados. La incidencia más alta es para el grupo de 25 a 44 años con 50.8, seguido del grupo de 45 a 49 años con 46.2 por cada 100, 000 habitantes. ²⁸



Enfermedades de Transmisión sexual por abuso sexual

La gonorrea es la ETS más frecuente encontrada en los niños que tuvieron abuso, el virus del herpes simple, la sífilis adquirida 29–31, y un 50% a 75% de las verrugas genitales ocasionadas por VPH también puede ser adquirido en niños que sufrieron abuso sexual.⁴⁷ En EUA existen varios reportes que examinan el género, la raza y la edad de las víctimas de abuso sexual. Cerca de un 80% a 90% de los niños abusados son mujeres. Un 75% a 85% son agredidos por hombres, adultos o menores que conocen al niño. Las víctimas experimentan contacto orogenital en un 20% a 50% de los casos.⁴⁸

Otras enfermedades de transmisión sexual con casos reportados le lesiones en cavidad oral.

Manifestaciones de clamidia

La faringitis por clamidia ha sido asociada con queja de dolor, “bultos” en la garganta o faringitis leve y con el hallazgo de pequeñas lesiones pustulares en el área de la tonsila. Han sido reportadas las lesiones que afectan los labios, la mucosa bucal, lengua, el piso de boca y la úvula. La participación de la orofaringe se ha caracterizado con mucositis indolora con un intenso eritema. La linfadenopatía cervical es común, a veces sin evidencia de lesiones orales.⁴⁹



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La popularidad del sexo oral se ha incrementado en años recientes – en parte porque la suponen como una práctica de sexo seguro. Como consecuencia, las lesiones extra genitales tienen mayor frecuencia y son más comunes, siendo aquellas las manifestaciones orales.²³

Las enfermedades de transmisión sexual en virtud de su modo de transmisión pueden afectar las membranas mucosas directa e indirectamente. Produciendo lesiones y signos diagnósticas.²⁵

Algunas enfermedades de transmisión sexual ocasionan lesiones orales, donde la identificación puede evitar su propagación o la adquisición de otras enfermedades. Además de tener implicaciones legales debido a casos de abusos infantiles reportados donde las ETS y las lesiones asociadas son un punto importante para la identificación temprana.

El siguiente estudio desea conocer:

¿Cuál es la prevalencia de lesiones y manifestaciones por enfermedades de transmisión sexual y prácticas sexuales, en pacientes que se presentan por lesiones bucales en la clínica de medicina bucal, DPel,FO?



4. JUSTIFICACIÓN.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son la mayor causa de enfermedad aguda, infertilidad, discapacidad a largo plazo y muerte, con graves consecuencias médicas y psicológicas para millones de hombres, mujeres y niños. ¹⁵

Las consecuencias de la infecciones de transmisión sexual tienen un impacto profundo en la salud sexual y reproductiva: la sífilis deja en el embarazo 305 000 muertes neonatales y en el feto, y deja 215 000 niños en riesgo de morir cada año por partos prematuros, bajo peso y enfermedad congénita. La infección por virus de papiloma humano causa un estimado de 530 000 casos de cáncer cervical y 275 000 muertes de cáncer cervical cada año. Las ETS como gonorrea y clamidia son una causa importante de infertilidad. Las lesiones genitales ocasionadas por el herpes suelen ser muy dolorosas, el virus puede pasarse de madre a hijo durante el nacimiento. La infección neonatal puede ser muy seria. Sin tratamiento 80% de los bebés con la infección diseminada mueren, y los que sobreviven pueden tener daño cerebral.⁴⁰ Además el tener una ETS como la sífilis o el herpes simple tipo 2 incrementa la posibilidad al triple de adquirir la infección del VIH. ⁵⁰

La valoración y diagnóstico temprano de las enfermedades de transmisión sexual permitirá poder romper la cadena de propagación.

Además las manifestaciones físicas de abuso sexual en niños incluyen lesiones orales asociadas a enfermedades de transmisión sexual. Cualquier signo de infección debe ser evaluado para determinar su origen sexual; incluyendo sífilis, gonorrea, petequias o eritemas en paladar, condiloma acuminado, herpes. ⁵¹



5. OBJETIVOS.

5.1 Objetivo General

- Determinar la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en pacientes de la clínica de medicina bucal, DPel, FO.
- Determinar la prevalencia de lesiones por prácticas sexuales en pacientes de la clínica de medicina bucal, DPel, FO.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia de enfermedades o/y lesiones de transmisión sexual en por edad.
- Identificar la prevalencia de enfermedades o/y lesiones de transmisión sexual en por sexo.
- Identificar la prevalencia de enfermedades o/y lesiones de transmisión sexual en por localización.



6. METODOLOGÍA.

6.1 Diseño del estudio y tamaño de la muestra

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, descriptivo observacional, transversal realizado en la clínica de medicina oral, DPel, FO. Se hizo una revisión de expedientes clínicos en un periodo comprendido del 7 de enero del 2004 al 18 de agosto de 2014, donde se consideraron solo los expedientes que contaran con nombre, edad, género y diagnóstico clínico. Fueron registrados 4080 expedientes: 2754 (67.5%) correspondieron al género femenino, y 1326 (32.5%) al género masculino, comprendidos en una edad de 1 a 94 años siendo la media de edad 47.39 años, con una desviación de 19.931.

En los cuatro mil ochenta pacientes no se encontraron lesiones ocasionadas por sífilis, gonorrea, clamidia o lesiones por cunnilingus. Se realizó un análisis para determinar la prevalencia de género, el grupo etario más afectado, así como la predominancia de estado civil, grado de escolaridad y ocupación.

Se analizaron independientemente los casos de lesiones por herpes simple debido a no poder confirmar su asociación a VHS-2.

Con base en la relación reportada en la literatura entre el VPH oral y el VPH genital se analizó también los casos con diagnóstico de VPH oral.

6.2 Población de estudio

La población analizada correspondió predominantemente al Distrito federal en un 50% o más, en segundo lugar fueron personas del Estado de México, en tercer lugar personas del estado de Hidalgo. (Ver anexo población estudiada.)



6.3 Material

- Expedientes clínicos de la clínica de Medicina bucal.
- Base de Datos de Excel.
- Programa estadístico IBM SPSS versión 21.

6.4 Procedimiento de análisis estadístico

- Los datos recopilados y obtenidos se registraron en una base de datos del programa estadístico IBM SPSS versión 21 para su análisis. Los resultados se graficaron en Excel y IBM SPSS versión 21.

6.5 Criterios de Inclusión

- Pacientes con expediente cuyo diagnóstico fuera lesiones por enfermedades de transmisión sexual y/o lesiones por prácticas sexuales en cavidad bucal.
- Pacientes cuyo diagnóstico clínico fuese presuntivo de enfermedad de transmisión sexual.

6.6 Criterios de Exclusión

- Pacientes con expediente cuyo diagnóstico clínico de lesión o enfermedad no fuera ocasionada por prácticas sexuales.
- Pacientes sin diagnóstico clínico, nombre o edad.

6.7 Variables del estudio:

Edad

- Definición conceptual: el tiempo que ha vivido una persona en años desde su nacimiento.
- Definición operacional: edad cumplida en años.
- Tipo de variable: cuantitativa.



- Escala de medición: numérica, en años.

Género

- Definición conceptual: género del individuo con base a sus características biológicas.
- Definición operacional: el género registrado en el expediente como masculino o femenino.
- Tipo de variable: cualitativa.
- Escala de medición: binominal.

Lugar de nacimiento

- Definición conceptual: el lugar donde un individuo nace o donde es originario.
- Definición operacional: lugar que el paciente refiera al momento de llenar el expediente clínico.
- Tipo de variable: cualitativa.
- Escala de medición: nominal.

Estado civil

- Definición conceptual: es la relación en que se encuentran los individuos en relación a la agrupación social.
- Definición operacional: con base al estado civil referido por el paciente al momento de la elaboración del expediente. Soltero, Casado, unión libre.
- Tipo de variable: cualitativa.
- Escala de medición: nominal.



Escolaridad

- Definición conceptual: el periodo el cual se realizan estudios.
- Definición operacional: el grado de estudios referido por el paciente al momento de la elaboración del expediente. Primaria, secundaria, preparatoria, normal o carrera profesional, licenciatura, maestría.
- Tipo de variable: cuantitativa.
- Escala de medición: numérica, por jerarquía.

Ocupación

- Definición conceptual: conjunto de funciones, tareas y obligaciones que desempeñan un individuo.
- Definición operacional: ocupación referida por el paciente al momento de la realización del expediente, se basó en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones del 2008 (ISCO), adicionando a los que no desempeñaban una ocupación en esta clasificación como son: Preescolar, Jubilado/Pensionado, Estudiante, Hogar/Ama de casa, así como los desempleados.
- Tipo de variable: cualitativa.
- Escala de medición: numérica.



7. ASPECTOS ÉTICOS

Está adherido a las normas éticas como es la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 y la Ley general de salud; los datos personales contenidos en los expedientes clínicos usados en este estudio adoptan las medidas necesarias para que los pacientes registrados no puedan ser identificados.

8. RESULTADOS

De los 4080 expedientes un total de 17 pacientes registraron en su diagnóstico clínico tener alguna enfermedad o lesión ocasionada por práctica sexual.

La distribución por género demostró ser mayor en el género femenino con un 58.8% (n=10), mientras que el género masculino registró un 41.2% (n=7).

Gráfico 1

Distribución de pacientes por lesiones asociadas a enfermedades de transmisión sexual y lesiones por prácticas sexuales, atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología.

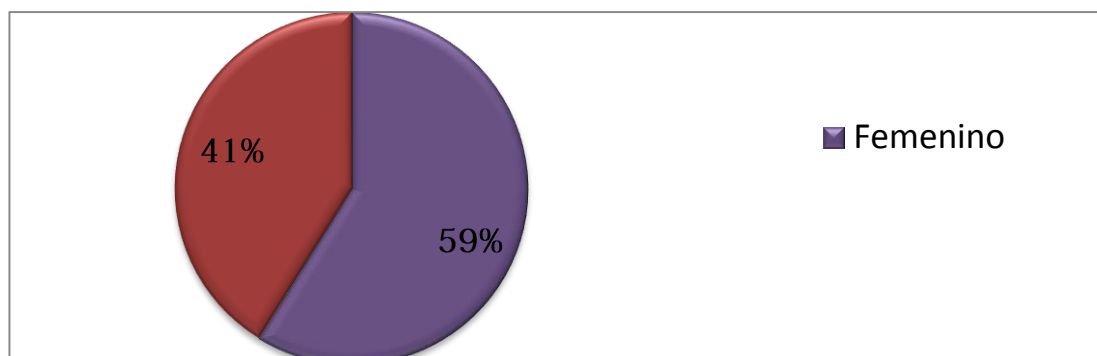
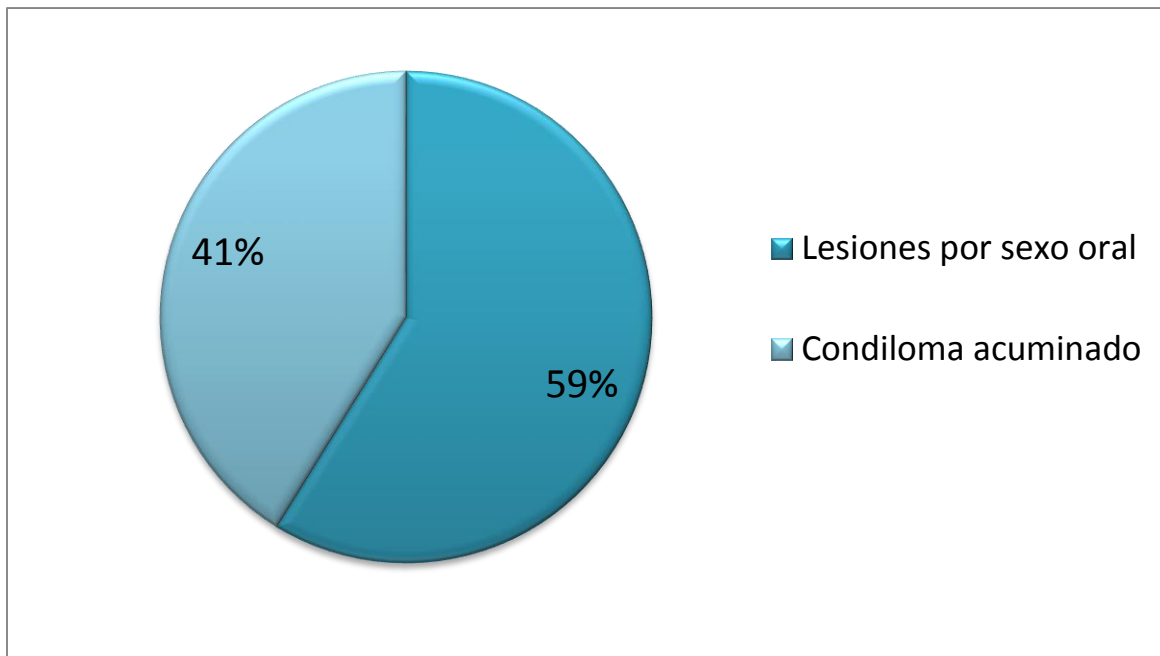


Tabla 1 Distribución por género.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Femenino	10	58.8	58.8	58.8
Válidos Masculino	7	41.2	41.2	100.0
Total	17	100.0	100.0	

Gráfico 2

Distribución de pacientes por lesiones asociadas a enfermedades de transmisión sexual y lesiones por prácticas sexuales, atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología. Donde el 59% (n=10) de la lesiones correspondieron a lesiones por sexo oral y el 41%(n=7) a condilomas acuminados.



La distribución por grupos etarios fue: menor a 10 años correspondiente al 5.9% (n=1), de 17 a 20 años correspondiente al 11.8% (n=2), de 21 a 30 años correspondiente al 11.8% (n=2), de 31 a 40 años correspondiente al 5.9% (n=1), de 41 a 50 años correspondiente al 23.5% (n=4), 51 a 60 correspondiente al 29.4% (n=5), mayor de 60 años correspondiente al 11.8% (n=2).



Fig. 1 Fotografía clínica de paciente masculino de 48 años de edad con condiloma acuminado.



Fig. 2 Fotografía clínica de paciente femenino de 2 años de edad con condiloma acuminado.



Fig. 3 Fotografía clínica de paciente masculino de 56 años de edad, con condiloma acuminado.



Fig. 4 Fotografía clínica de paciente masculino de 56 años de edad, con condiloma acuminado.



Fig. 5 Fotografía clínica de paciente femenino de 42 años de edad, con lesión por fellatio.



Fig. 6 Fotografía clínica de la paciente de 42 años a los ocho días de evolución.

Gráfico 3

Relación de distribución entre género y edad, en pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología.

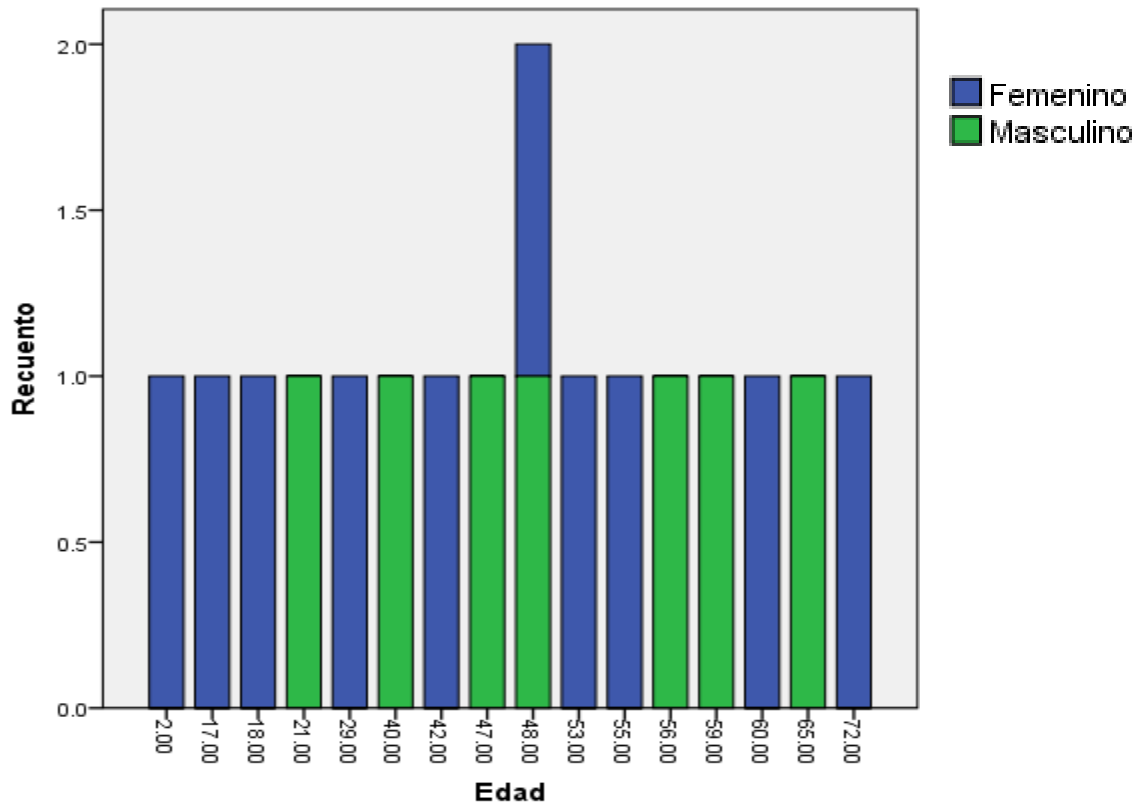


Tabla 2

Distribución por Estado Civil, en pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Casado	5	29.4
	Soltero	9	52.9
	Viudo	1	5.9
	No refiere	2	11.8
	Total	17	100.0

Gráfico 4

Distribución de pacientes por grado de escolaridad, en pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología.

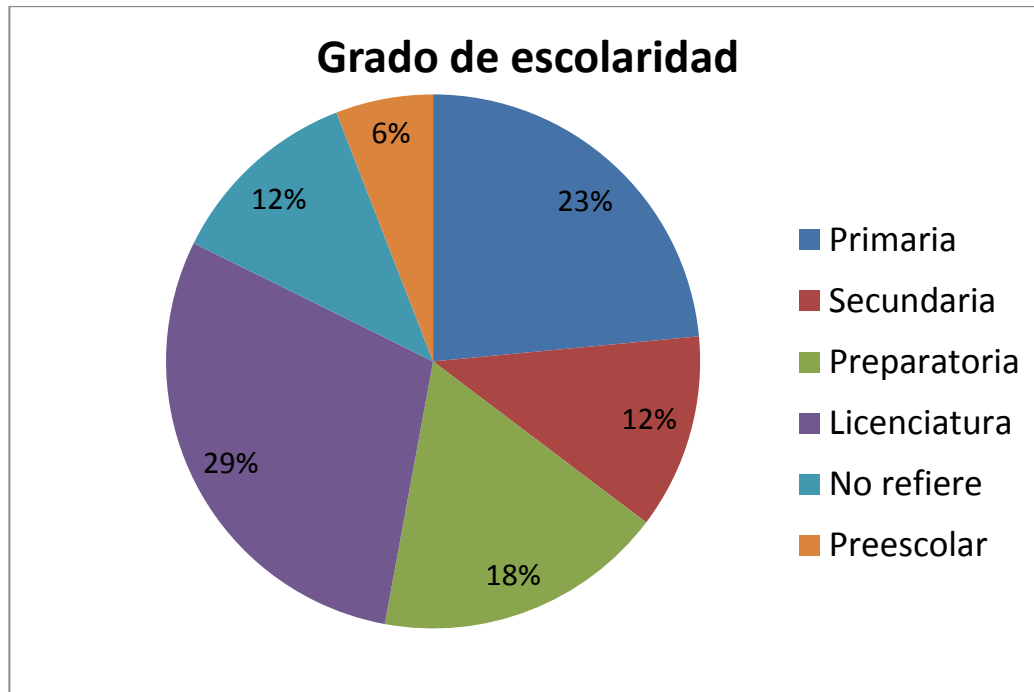


Tabla 3

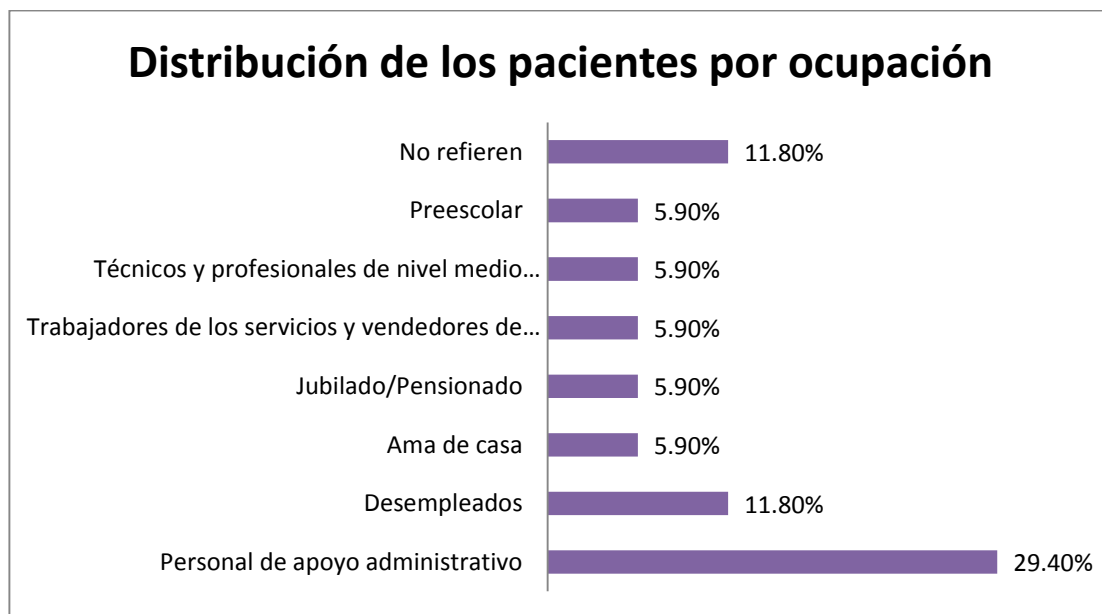
Distribución por grado de escolaridad, en pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología.

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	4	23.5
Secundaria	2	11.8
Preparatoria	3	17.6
Válidos Licenciatura	5	29.4
No refiere	2	11.8
Preescolar	1	5.9
Total	17	100.0

La distribución de los pacientes por ocupación fue: Personal de apoyo administrativo n=5 (29.4%), Desempleados n=2 (11.8%), Ama de casa n=1(5.9%), Jubilado n=1(5.9%), Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados n=1(5.9%), técnicos y profesionales de nivel medio y profesionales científicos e intelectuales n=1(5.9%), estudiante n=1(5.9%), uno en edad preescolar n=1(5.9%), y dos no refirieron (11.8%).

Gráfico 5

Distribución de pacientes por ocupación, en pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología.



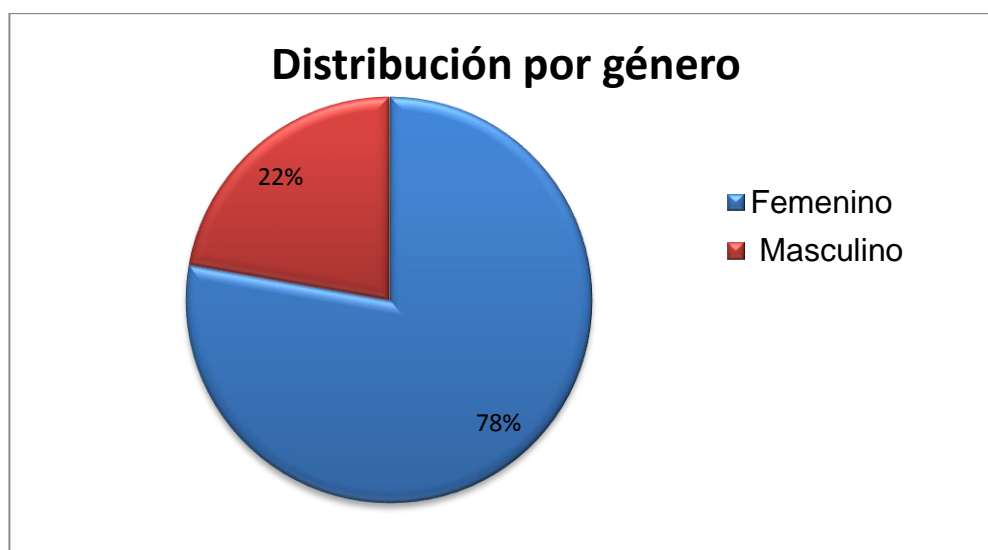
Resultados: Herpes simple.

De los 4080 expedientes con diversos diagnósticos clínicos, un total de 18 pacientes tuvieron en su expediente diagnóstico de herpes simple, en los casos registrados no se pudo determinar si la lesión por herpes simple fue ocasionado por el VHS-2.

La distribución por genero demostró una clara mayoría en el género femenino con un 77.8% (n=14), mientras que el género masculino registro un 22.2% (n=4).

Gráfico 6

Distribución por género, en pacientes con diagnóstico de herpes simple atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología.



La distribución por grupos etarios fue: de 17 a 20 años correspondiendo al 5.6% (n=1), de 21 a 30 años correspondiendo al 16.7% (n=3), de 31 a 40 años correspondiendo al 11.1% (n=2), de 41 a 50 años correspondiendo al 33.3% (n=6), de 51 a 60 correspondiendo al 11.1% (n=2), y los mayores de 60 años correspondiendo al 22.2%(n=4).



Fig. 7 Fotografía clínica de paciente femenino de 37 años de edad con diagnóstico de herpes simple labial.



Fig. 9 Fotografía clínica de paciente femenino, donde se aprecian múltiples vesículas herpes simple.

Gráfico 7

Relacion de distribución entre género y edad, en pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología, con diagnóstico de herpes simple.

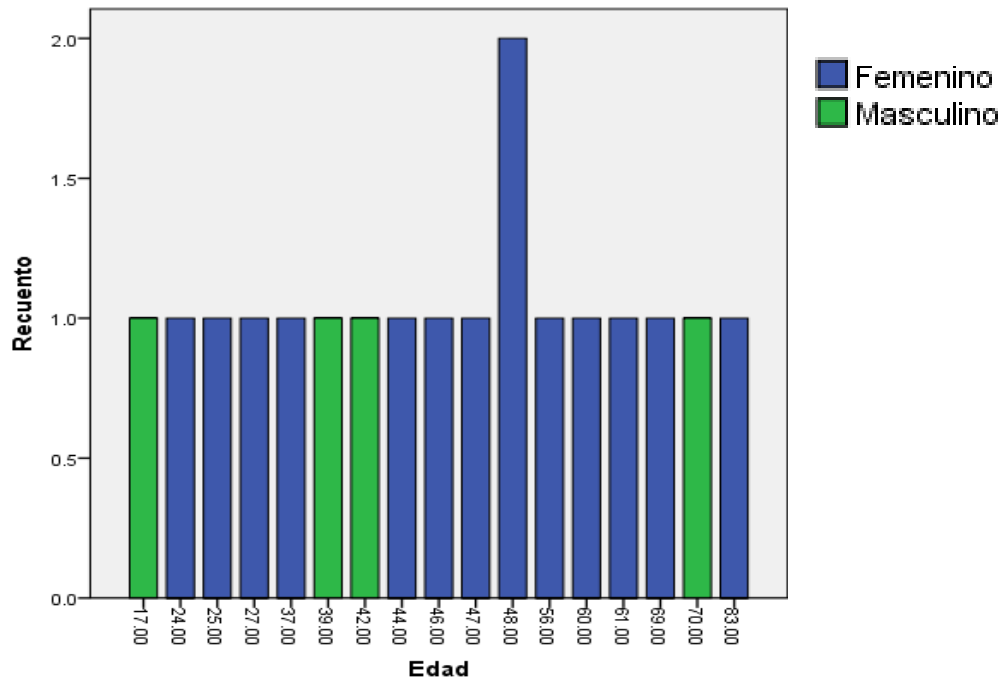


Tabla 4

Distribución por Estado Civil, en pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología, con diagnóstico de herpes simple.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Casado	6	33.3
	Soltero	8	44.4
	Unión libre	2	11.1
	Viudo	1	5.6
	No reportado	1	5.6
	Total	18	100.0

Gráfico 8

Distribución de pacientes por grado de escolaridad, pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología, con diagnóstico de herpes simple.

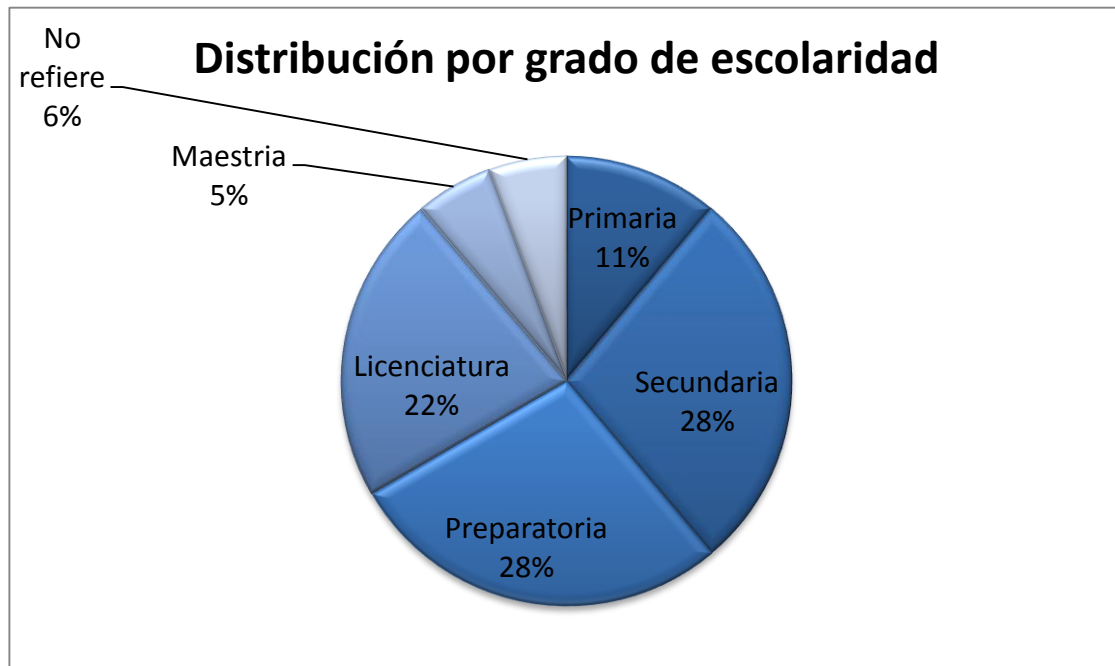


Tabla 5

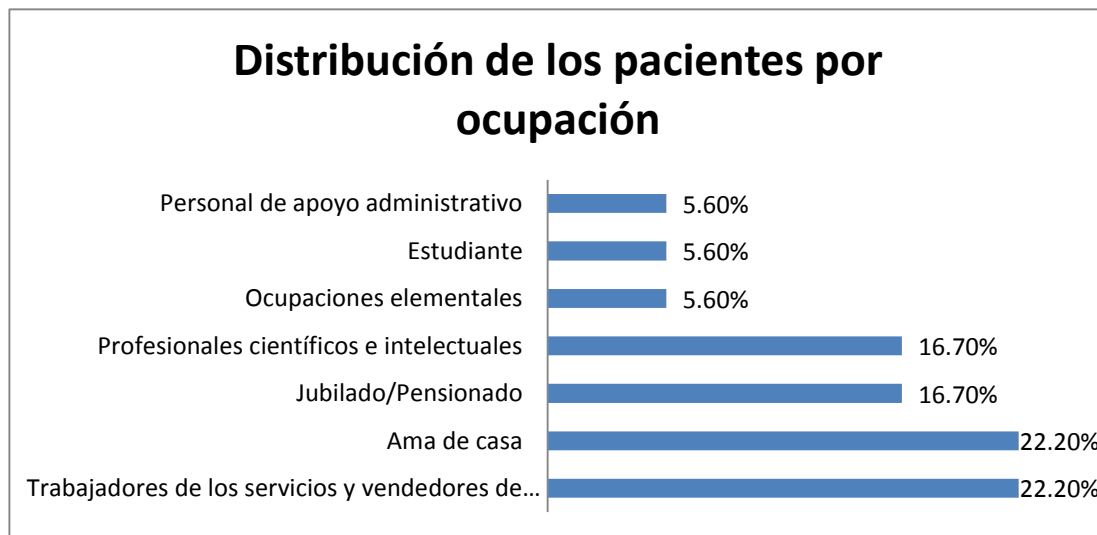
Distribución de pacientes por grado de escolaridad, pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología, con diagnóstico de herpes simple.

	Frecuencia	Porcentaje	
Válidos	Primaria	2	11.1
	Secundaria	5	27.8
	Preparatoria	5	27.8
	Licenciatura	4	22.2
	Maestría	1	5.6
	No reportado	1	5.6
	Total	18	100.0

La distribución de los pacientes por ocupación fue: Personal de apoyo administrativo n=5 (29.4%), Desempleados n=2 (11.8%), Ama de casa n=1(5.9%), Jubilado n=1(5.9%), Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados n=1(5.9%), técnicos y profesionales de nivel medio y profesionales científicos e intelectuales n=1(5.9%), estudiante n=1(5.9%), uno en edad preescolar n=1(5.9%), y dos no refirieron (11.8%).

Gráfico 9

Distribución de pacientes por ocupación, pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología, con diagnóstico de herpes simple.

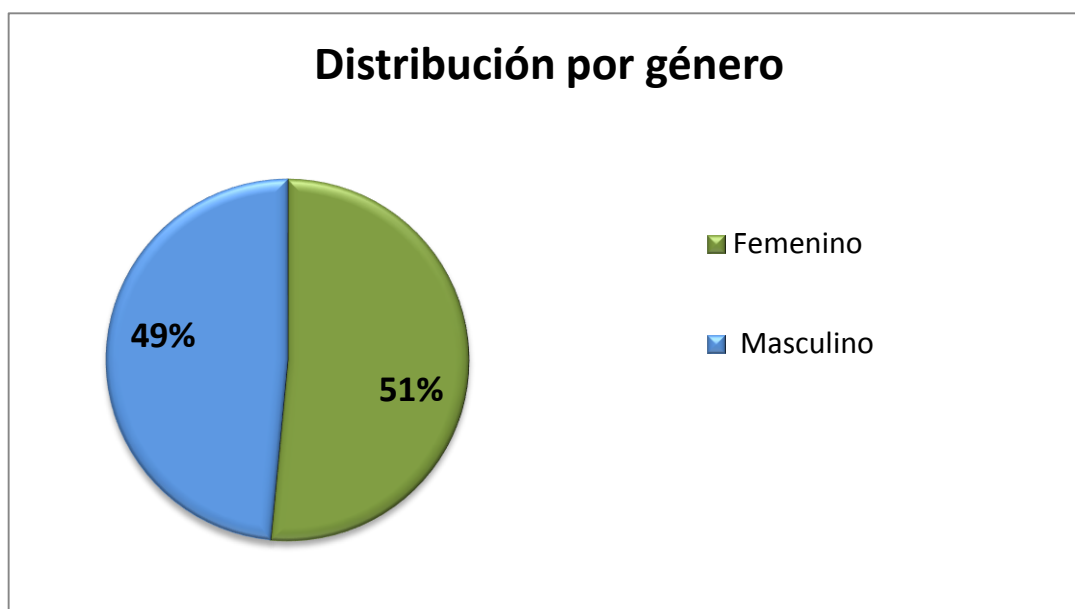


Resultados: VPH oral.

La distribución por género donde había una ligera mayoría en el género femenino con un 51.50% (n=34), mientras que el género masculino registro un 48.5% (n=32).

Gráfico 10

Distribución por género, en pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología, con diagnóstico de papiloma.



La distribución por grupos etarios fue: menor de 10 años (1.5%), de 10 a 16 años (3%), de 17 a 20 años (1.5%), de 21 a 30 años (13.6%), de 31 a 40 años (13.6%), de 41 a 50 años (21.2%), 51 a 60 (24.2%), mayor de 60 años (21.2%).



Fig. 10 Fotografía clínica de paciente masculino de 48 años de edad, con papiloma.



Fig. 10 Fotografía clínica de paciente masculino de 47 años de edad, con papiloma.

Tabla 6

Distribución por grupo Etario en pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología, con diagnóstico de papiloma.

	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 10 años	1	1.5
10 a 16 años	2	3.0
17 a 20 años	1	1.5
21 a 30 años	9	13.6
Válidos 31 a 40 años	9	13.6
41 a 50 años	14	21.2
51 a 60 años	16	24.2
Mayor de 60 años	14	21.2
Total	66	100.0

Gráfico 11

Relación de distribución entre género y edad, en pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología, con diagnóstico de papiloma.

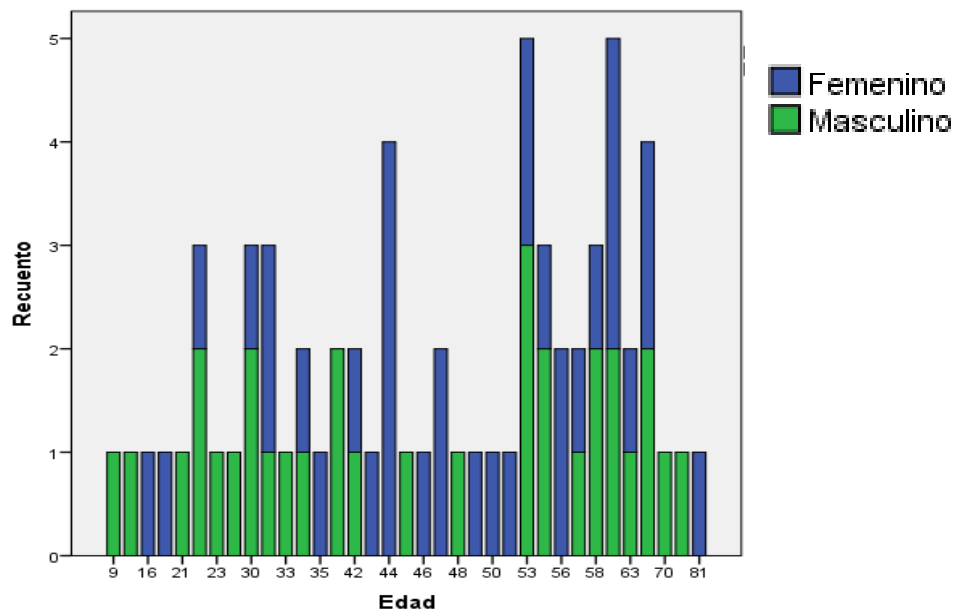


Tabla 7

Distribución por Estado Civil, en pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología, con diagnóstico de papiloma.

	Frecuencia	Porcentaje	
Válidos	Casado	32	48.5
	Soltero	27	40.9
	Unión libre	2	3.0
	No reportado	5	7.6
	Total	66	100.0

Gráfico 12

Distribución por grado de escolaridad, en pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología, con diagnóstico de papiloma.

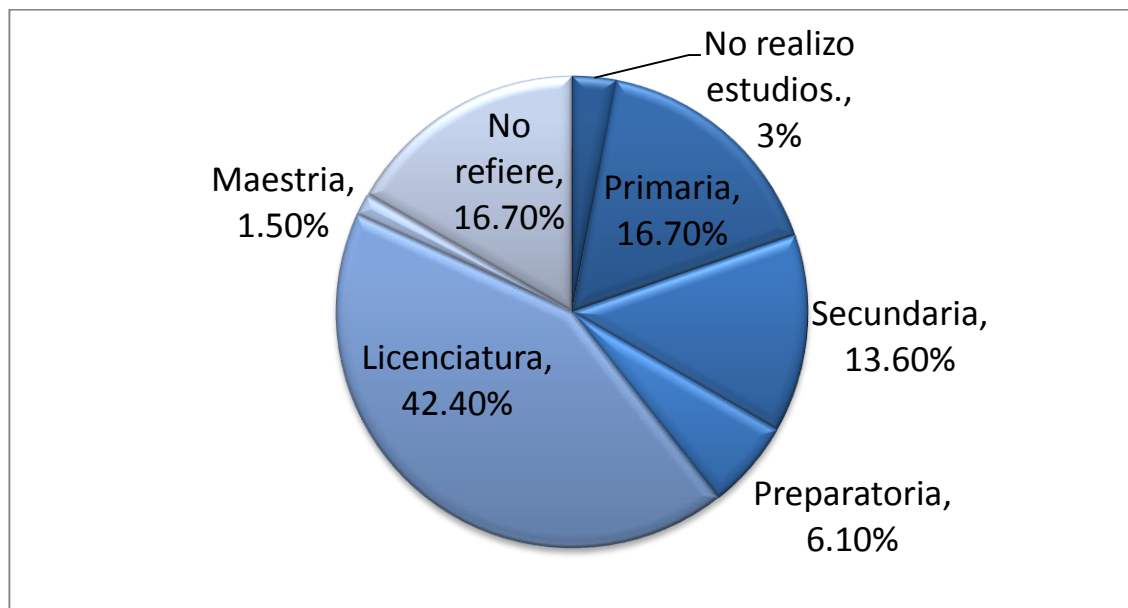




Tabla 8

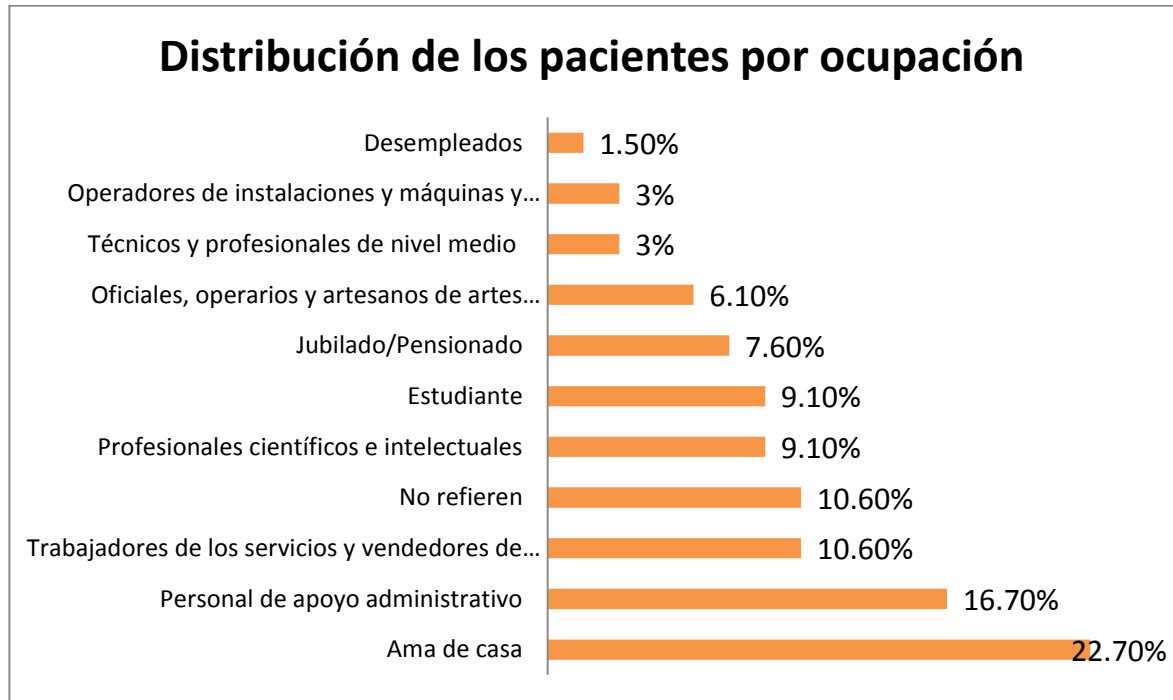
Distribución por grado de escolaridad, en pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología, con diagnóstico de papiloma.

	Frecuencia	Porcentaje	
Válidos	No realizo estudios	2	3.0
	Primaria	11	16.7
	Secundaria	9	13.6
	Preparatoria	4	6.1
	Licenciatura	28	42.4
	Maestría	1	1.5
	No reportado	11	16.7
	Total	66	100.0

La distribución de los pacientes por ocupación fue: Desempleados n=1 (1.5%), Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores n=2 (3%), Técnicos y profesionales de nivel medio n=2 (3%), Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios n=4 (6.1%), Jubilado n=5 (7.6%), estudiante n=6 (9.1%), Profesionales científicos e intelectuales n=6 (9.1%), no refirieron n=7 (10.6%). Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados n=7 (10.6%), Personal de apoyo administrativo n=11 (16.7%), Ama de casa n=15 (22.7%).

Gráfico 13

Distribución de pacientes por ocupación, en pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, Facultad de Odontología, con diagnóstico de papiloma.

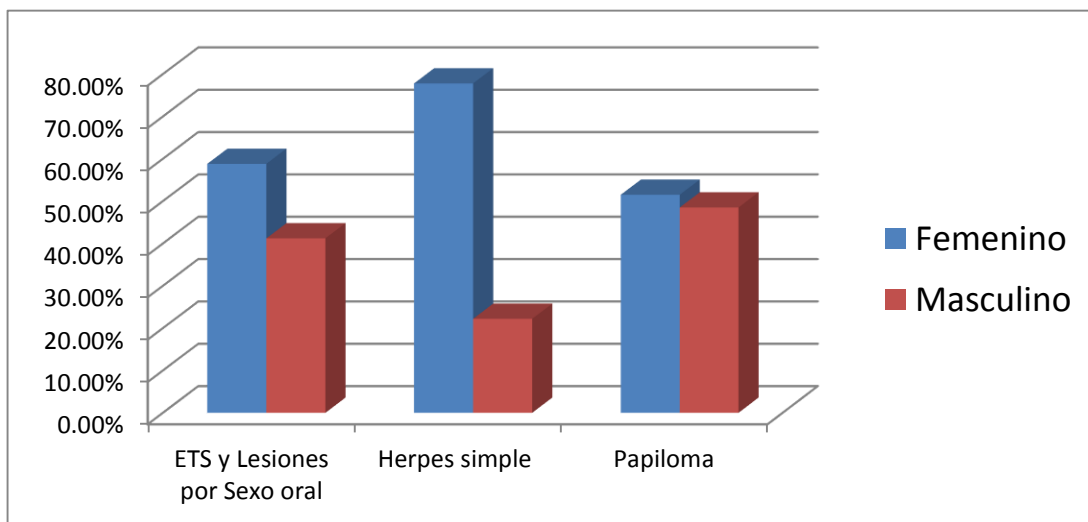


9. ANÁLISIS.

Respecto a las prácticas sexuales; cuatro de los pacientes con diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual o lesiones por prácticas sexuales declararon explícitamente haber practicado sexo oral, correspondiendo al 23.5% de la población estudiada. Mientras que en los pacientes con VPH oral solo 3% (n=3) de los 66 reportaron esta práctica.

La prevalencia de Enfermedades por transmisión sexual y lesiones asociadas a prácticas sexuales fue de un 0.41% del total de expedientes estudiados 4080 (100%). Las lesiones ocasionadas por prácticas sexuales tuvieron un mayor predominio 59% (n=10) en comparación a aquellas presentadas por ETS (condiloma acuminado). El grupo etario más afectado fue el comprendido entre 51 a 60 años con 29.4 (n=5), seguido por el comprendido entre 41 a 50 años con 23.5% (n=4), cabe destacar el hallazgo de un paciente de 2 años en la muestra.

Tanto en los grupos con lesiones por prácticas sexuales, como en los grupos de herpes simple y papiloma la prevalencia fue mayor en mujeres que en hombres. En el grupo por VHS el predominio es claro mostrando más de un 70% con población del género femenino.





El estado civil más reportado fue el de soltero con 52.9% (n=9). La escolaridad tuvo una distribución mayor siendo preponderadamente primaria o licenciatura con un 23.5% (n=4). La ocupación con mayor predominio fue la del grupo de personal de apoyo administrativo con un 29.4% (n=5).

La prevalencia de herpes simple fue de 0.44% y mientras que la de papiloma 1.6%.



10. DISCUSIÓN.

La primera observación que podemos notar es que de los cuatro mil ochenta pacientes que se registraron no se encontraron lesiones ocasionadas por sífilis, gonorrea o clamidia, esto debido en parte a que la mayor parte de la población de estudio (Edo de México, D.F. e Hidalgo) provenía de estados con baja incidencia de las enfermedades antes mencionadas, la dirección general de epidemiología (DGE), reporta que en 2009 el Edo. de México tenía la más baja incidencia con solo 0.3 casos, el D.F. 0.5 casos, e Hidalgo 3.1 por cada 100, 000 habitantes, estos datos contrastan con otros estados con alta incidencia como Colima y Baja California (10.7 y 8.3 casos respectivamente). Para el caso de gonorrea las estadísticas son muy similares el D.F. solo tuvo una incidencia de .3, mientras que el estado con más incidencia fue Quintana Roo con 6.3 casos.²⁸ Además cabe destacar que de acuerdo con la OMS se asume que un 32% de nuevas infecciones de sífilis no son diagnosticadas durante el primer y el segundo estadio.⁵² Singh y colaboradores (1999) determinaron que más de un 60% de los casos con sífilis primaria y secundaria eran asintomáticos. Recordemos también que muchos de los casos de gonorrea no muestran signos o síntomas sugestivos de la enfermedad.³⁴

En este estudio encontramos que los grupos etarios más afectados comprendieron entre 40 a 60 años, esta población es sexualmente activa y son en estos grupos donde se debe hacer conciencia sobre el uso de preservativo en las relaciones sexuales, y la realización de pruebas para detectar enfermedades de transmisión sexual en caso de haber tenido sexo sin protección.

Las lesiones debidas a fellatio tuvieron un alta prevalencia, las lesiones por prácticas sexuales muchas no son documentadas, sin embargo se debe tomar en cuenta que sexo oral se ha ido incrementando a través de los



años, por lo que la prevalencia de por prácticas oro-genitales debe ser considerada en el diagnóstico de las lesiones intraorales. (52-54)

Las enfermedades de transmisión sexual también se pueden transmitir durante el abuso sexual. En los niños el aislar una enfermedad de transmisión sexual puede ser el primer indicativo de que el abuso ha ocurrido, la incidencia y prevalencia del abuso en niños puede ser muy difícil de estimar debido a que esta escapa de la detección. ⁴⁸

En este estudio se encontró un condiloma acuminado en una niña de 2 años, de acuerdo al interrogatorio realizado a la madre, donde se evaluó datos personales, y donde también refirió tener en la zona genital condiloma acuminado, aunado a eso, el tiempo de evolución de la lesión, y datos evaluados en la historia clínica, ayudaron a descartar la causa de abuso infantil. Sin embargo hay que considerar que algunos autores opinan que el hallazgo de condilomas acuminados en un niño es motivo suficiente para investigar los hechos como un caso de abuso sexual. Su hallazgo obliga a excluir otras enfermedades de transmisión sexual como pueden ser la gonorrea, la sífilis o la tricomoniasis. (43, 55, 56) También hay que reseñar que es posible su transmisión por vía no sexual como puede ser por el contacto directo del recién nacido durante un parto vaginal, la autoinoculación o por fómites. La mayoría de los autores señalan que las lesiones por VPH encontradas en cualquier parte del cuerpo en un niño inferior al año de vida pueden ser el resultado de la transmisión vertical de una madre infectada. ⁵⁶ Al tratar de establecer el tiempo de infección y la vía de transmisión, es importante tener en cuenta que el tiempo de incubación oscila entre 1 y 20 meses.⁵⁷ La localización oral de los condilomas acuminados en niños es poco frecuente.⁵⁸ La zona más frecuente en los niños es el paladar, a diferencia de los adultos en los cuales las áreas más frecuentes son el labio inferior y la lengua.⁵⁶



Es responsabilidad del encargado de la salud oral reportar todos los hallazgos sospechosos a agencias que velen por el bienestar de los niños.²

En este estudio la prevalencia de VHS fue baja, pero hay que considerar que el VHS-2 puede ocasionar manifestaciones orales, sin embargo la inducción de infección por VHS-2 en la cavidad oral (herpes labial recurrente, herpes intraoral recurrente) es rara.³⁸

Respecto a los resultados el papiloma oral mostró una prevalencia baja (1.6%), es importante considerar el papiloma oral, pues varios estudios han demostrado que existe una prevalencia entre el VPH oral y el VPH genital, como los realizados por Goncalves y colaboradores que demostró una alta prevalencia de VPH oral en pacientes que tenían VPH genital. Otros estudios concuerdan con estos resultados como los mostrados por Lisandra Rocha Vidotti y colaboradores. Es importante señalar en el estudio mostrado por Lisandra Rocha Vidotti y colaboradores los resultados muestran que el sexo oral no es el responsable por la presencia VPH en la mucosa oral, asumiendo que existe otro factor responsable de la transmisión. Consecuentemente con esta hipótesis, Brown y colaboradores, reportan que solo el 7.6% de las mujeres que practican sexo oral tienen VPH oral.⁵⁹



11. CONCLUSIONES.

La prevalencia de las lesiones asociadas a enfermedades de transmisión sexual y a prácticas sexuales fue baja solo 0.41% del total de pacientes examinados la presentaron. Se debe considerar que las enfermedades de transmisión sexual facilitan la transmisión de una persona a otra del VIH. A la inversa, la infección por VIH puede favorecer la expresión de ciertas ITS (verrugas genitales y el herpes en particular).

Los grupos etarios más afectados comprendieron un rango de 40-60 años, y el género más predominante fue el femenino. Este y otros estudios nos ayudan a analizar la prevalencia de los grupos más afectados y de esa manera informar a estos grupos sobre las medidas que deban tomar para evitar factores de riesgo y poder mejorar su salud sexual y reproductiva.

Las lesiones asociadas a prácticas sexuales fueron las que tuvieron mayor prevalencia, debido a esto es importante el reconocimiento de estas lesiones por parte del cirujano dentista.



12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Rattner H. A strange case of palatitis. *Arch Derm Syphilol* 1949; 60 (4): 624
2. Terezhalmay GT, Riley CK, Moore WS. Oral lesions secondary to fellatio. *Quintessence Int* 2000; 31 (5): 361
3. Mader CL. Lingual frenum ulcer resulting from orogenital sex. *J Am Dent Assoc* 1981; 103 (6):888-90
4. Oliveira SC, Slot DE, Van der Weijden GA. What is the cause of palate lesions? A case report. *Int J Dent Hyg* 2013; 11 (4): 306-9
5. Edwards S, Carne C. Oral sex and the transmission of non-viral STIs. *Sex Transm Infect* 1998; 74 (2):95–100
6. D'Souza G, Kreimer AR, Viscidi R, Pawlita M, Fakhry C, Koch WM et al. Case-control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer. *N Engl J Med* 2007; 356 (19): 1944 –56
7. Mosher WD, Chandra A, Jones J. Sexual behavior and selected health measures: men and women 15–44 years of age, United States, 2002. *Adv Data* 2005; 362:1–55
8. Boekeloo BO, Howard DE. Oral sexual experience among young adolescents receiving general health examinations. *Am J Health Behav* 2002; 26 (4):306 –14
9. Gates GJ, Sonenstein FL. Heterosexual genital sexual activity among adolescent males: 1988 and 1995. *Fam Plann Perspect* 2000; 32 (6):295–7, 304
10. Prinstein MJ, Meade CS, Cohen G. Adolescent oral sex, peer popularity, and perceptions of best friends' sexual behavior. *J Pediatr Psychol* 2003; 28 (4):243–9
11. Leichliter JS, Chandra A, Liddon N, Fenton KA, Aral SO. Prevalence and correlates of heterosexual anal and oral sex in adolescents and adults in the United States. *J Infect Dis* 2007; 196 (12):1852-9



12. Staines H, Fraga M, Menchaca R, Salazar J, Vargas A, Bucardo J. Actitudes sexuales y uso del condón en estudiantes universitarios de Ciudad Juárez. *Tecnociencia Chihuahua* 2009; 3 (2): 84-96
13. Potenziani JC. *Historia de la Urología*. Venezuela: Editorial Moore de Venezuela, 2006.
14. WHO. 2001 Global prevalence and incidence of HIV/AIDS. 2001. Hallado en: http://www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf
15. WHO. 2008 Global prevalence and incidence of HIV/AIDS. 2008. Hallado en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf
16. Rothschild BM. History of syphilis. *Clin Infect Dis* 2005; 40 (10): 1454-63
17. Potenziani JC, Potenziani SD. *Historia de las enfermedades venéreas*. Hallado en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1922/1/Historia-de-las-enfermedades-venereas.html>
18. Ledermann W. John Hunter y el gonococo. *Rev Chil Infect* 2003; 20 (Suppl): 54-55
19. Gjestland T. The Oslo study of untreated syphilis; an epidemiologic investigation of the natural course of syphilitic infection based upon a re-study of the Boeck- Bruusgaard material. *Acta Derm Venereol Suppl* 1955; 35 (Suppl 34): 3-368
20. Hicks C, Rake RE, Bope ET. *Conn's current therapy*. 56a. ed. Philadelphia: Mosby, 2004. Pp. 781–783
21. Corigliano MA, Ferri F. *Ferri's clinical advisor: instant diagnosis and treatment*. St Louis: Mosby, 2004. Pp. 796–800
22. Mandell GL, Rein MF. *Atlas of infectious diseases: sexually transmitted diseases*. A. ed. London: Current Medicine, vol. 5, 1996.
23. Lautenschlager S. Diagnosis of syphilis: Clinical and laboratory problems. *J Dtsch Dermatol Ges* 2006; 4 (12):1058-75



24. Tramont EC. The impact of syphilis on humankind. *Infect Dis Clin North Am* 2004; 18(1):101-10
25. Bruce AJ, Rogers RS 3rd. Oral Manifestations of Sexually Transmitted Diseases. *Clin Dermatol* 2004;22 (6):520–7
26. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for infection control in dental health-care settings. 2003; (52): 1-5
27. Koch R. Erneuter Anstieg der Syphilis- Meldungen in 2011. *Epidemiol Bull* 24 (18):221
28. Dirección de información epidemiológica. Boletín epidemiológico. Hallado en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/boletin/intd_boletin.html
29. Descripción y comportamiento de las enfermedades de notificación semanal, Síntesis epidemiológica 2009. Hallado en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/libros/DyC_DE_LAS_ENF_de_NOTI_SEM.pdf
30. Boyd RH. Origin of gonorrhoea and non-specific urethritis. *Br J Vener Dis* 1955; 31 (4): 246-8
31. Pearson RL, Ferri FF, Jones RC, Opal SM. *Gonorrhoea*. St Louis: Elsevier, 2004.
32. Handsfield HH, Sparling PF. *Goldman: Cecil textbook of medicine*. Philadelphia: Saunders, 2004. Pp. 1917-22
33. MDConsult. *Gonorrhoea: Clinical Topic Tours*, CV. St Louis: Mosby, 2004. Hallado en: <http://home.mdconsult.com/clinicaltours>
34. Miller CS, Little JW, Falace DA, Rhodus NL. *Dental management of the medically compromised patient*. 6a. ed. St. Louis: Mosby, 2002. Pp. 203-21
35. Kenyon C, Buyze J, Colebunders R. Classification of incidence and prevalence of certain sexually transmitted infections by world regions. *Int J Infect Dis* 2014; 18: 73-80



36. Hutfield DC. History of herpes genitalis. *Br J Vener Dis* 1966; 42 (4): 263-8
37. Roizman B. *The Herpesviruses (The Viruses)*. 1a. ed. Editorial Springer, 1985. Vol. 3. Pp. 1-35
38. Fatahzadeh M, Schwartz RA. Human herpes simplex virus infections: epidemiology, pathogenesis, symptomatology, diagnosis, and management. *J Am Acad Dermatol* 2007; 737-63.
39. Lafferty WE, Coombs RW, Benedetti J, Critchlow C, Corey L. Recurrences after oral and genital herpes simplex infection. Influence of site of infection and viral type. *N Engl J Med* 1987; 316 (23):1444-9
40. Looker KJ, Garnett GP, Schmid GP. An estimate of the global prevalence and incidence of herpes simplex virus type 2 infection. *Bull World Health Organ* 2008; 86 (10): 805-12, A
41. Oriel JD. Natural history of genital warts. *Br J Vener Dis* 1971; 47 (1): 1-13
42. Zur Hausen H. Genital papillomavirus infections. *Prog Med Virol* 1985; 32:15-21
43. Obalek S, Misiewicz J, Jablonska S, Favre M, Orth G. Childhood condyloma acuminatum: association with genital and cutaneous human papillomaviruses. *Pediatr Dermatol* 1993;10 (2):101-6
44. Knapp MJ, Uohara GI. Oral condyloma acuminatum. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1967; 23 (4):538-45
45. Eversole LR, Laipis PJ, Merrell P, Choi E. Demonstration of human papillomavirus DNA in oral condyloma acuminatum. *J Oral Pathol* 1987; 16 (5):266-72
46. Trottier H, Franco EL. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Vaccine* 2006; 24 Suppl 1:S1-15
47. Schwarcz SK, Whittington WL. Sexual assault and sexually transmitted diseases: detection and management in adults and children. *Rev Infect Dis* 1990; 12 Suppl 6:S682-9



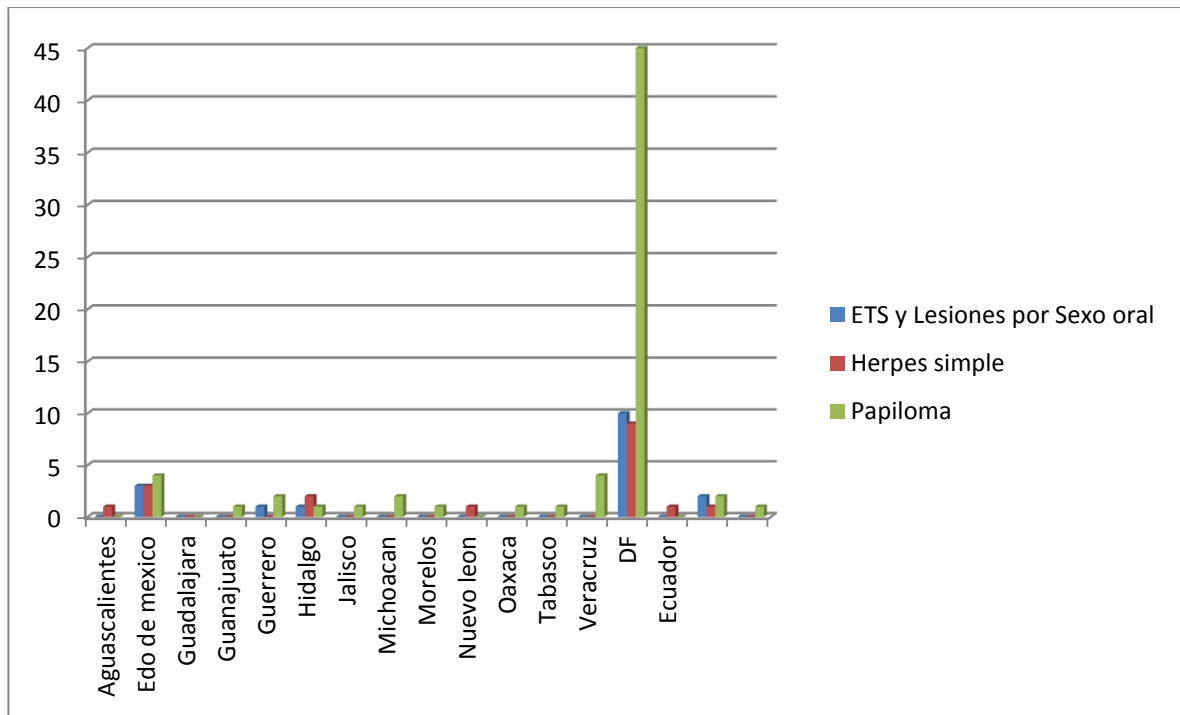
48. Hammerschlag MR. Sexually transmitted diseases in sexually abused children: medical and legal implications. *Sex Transm Infect* 1998;74 (3):167-74
49. Terezhalmay GT, Naylor GD. Oral manifestations of selected sexually related conditions. *Dermatol Clin* 1996; 14 (2):303-17
50. WHO. Sexually transmitted infections. 2013. Hallado en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/8227/1/WHO_RHR_13.02_eng.pdf?ua=1
51. Council on Dental Practice. The Dentist's Responsibility in Identifying and Reporting child abuse and neglect. 3a. ed. Chicago: American Dental Association, 1987.
52. WHO. Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections Methods and results used. 2005. Hallado en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502450_eng.pdf?ua=1
53. Herbenick D, Reece M, Schick V, Sanders SA, Dodge B, Fortenberry JD. Sexual behavior in the United States: results from a national probability sample of men and women ages 14-94. *J Sex Med* 2010; 7 Suppl 5: 255–65
54. Schlesinger SL, Borbotsina J, O'Neill L. Petechial hemorrhages of the soft palate secondary to fellatio. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1975; 40 (3): 376–8
55. Sinclair R, Yell J. Childhood condyloma accuminatum: Association with genital and cutaneous human papillomavirus. *Pediatr Dermatol* 1994; 11 (1):85
56. Siegfried E, Rasnick-Conley J, Cook S, Leonardi C, Monteleone J. Human papillomavirus screening in pediatric victims of sexual abuse. *Pediatrics* 1998; 101 (1 Pt 1):43-7



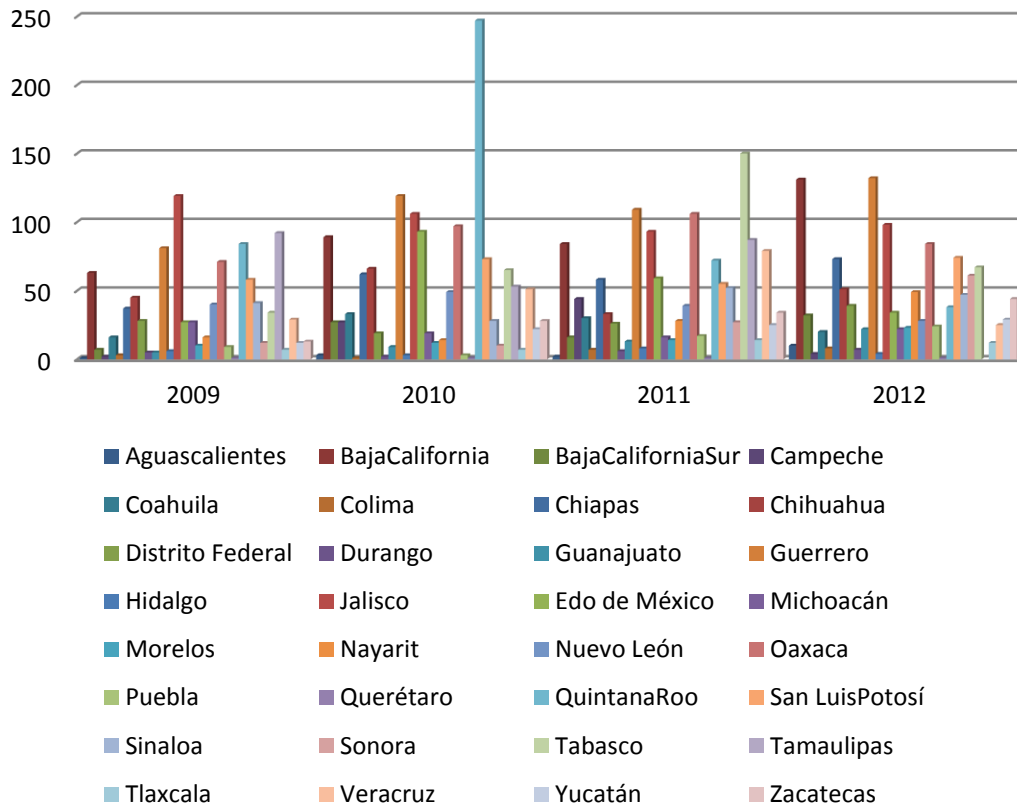
-
57. Martín Sánchez F, Martín Sánchez ML, Fariña Guerrero P, Michelena del Riego M, Mato Prada. Condiloma acuminado en niños. *An Esp Pediatr* 1988;28:15-8
58. Kui LL, Xiu HZ, Ning LY. Condyloma acuminatum and human papilloma virus infection in the oral mucosa of children. *Pediatr Dermatol* 2003; 25 (2):149-53
59. Vidotti LR, Vidal FC, Monteiro SC, Nunes JD, Salgado JV, Brito LM et al. Association between oral DNA-HPV and genital DNA-HPV. *J Oral Pathol Med* 2014; 43 (4): 289–92
60. Bouscarat F, Dupin N, Javier M, Drobacheff C, Milpied B, Vexiau-Robert D. Verrues genitales (condylomes) externas. *Ann Dermatol Venereol* 2006; 133 (8/9): 2536-8

13. ANEXOS.

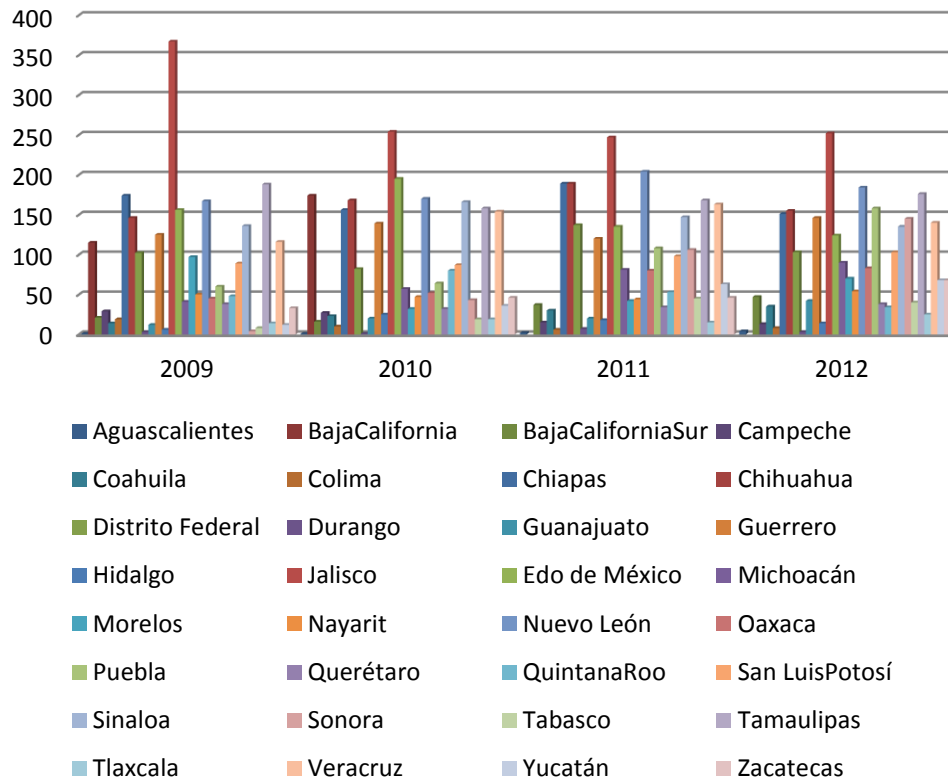
Lugar de procedencia de la población analizada de lesiones por prácticas sexuales, herpes simple y VPH oral, en pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, FO.



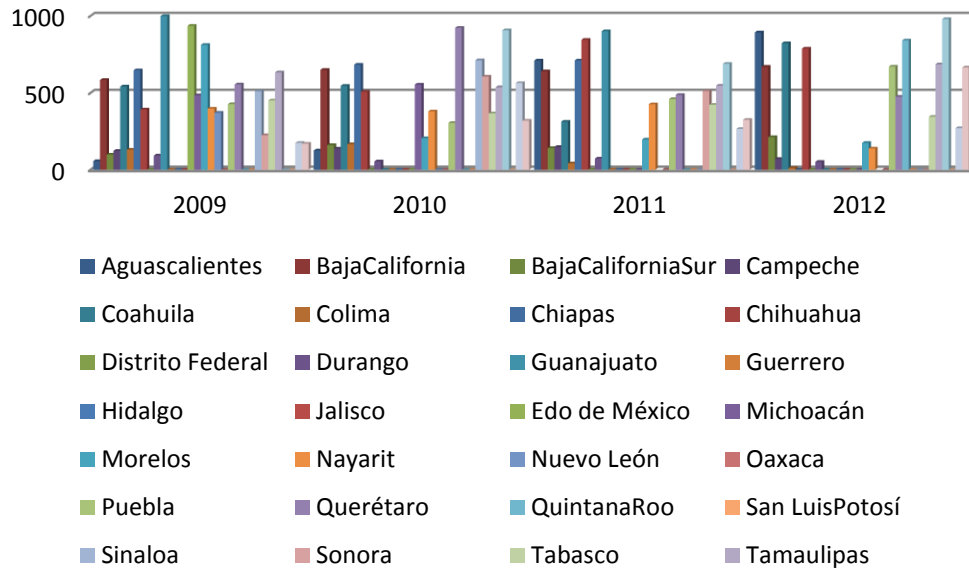
Casos anuales de Infección Gonocócica registrados por entidad. DGE/SINUVE



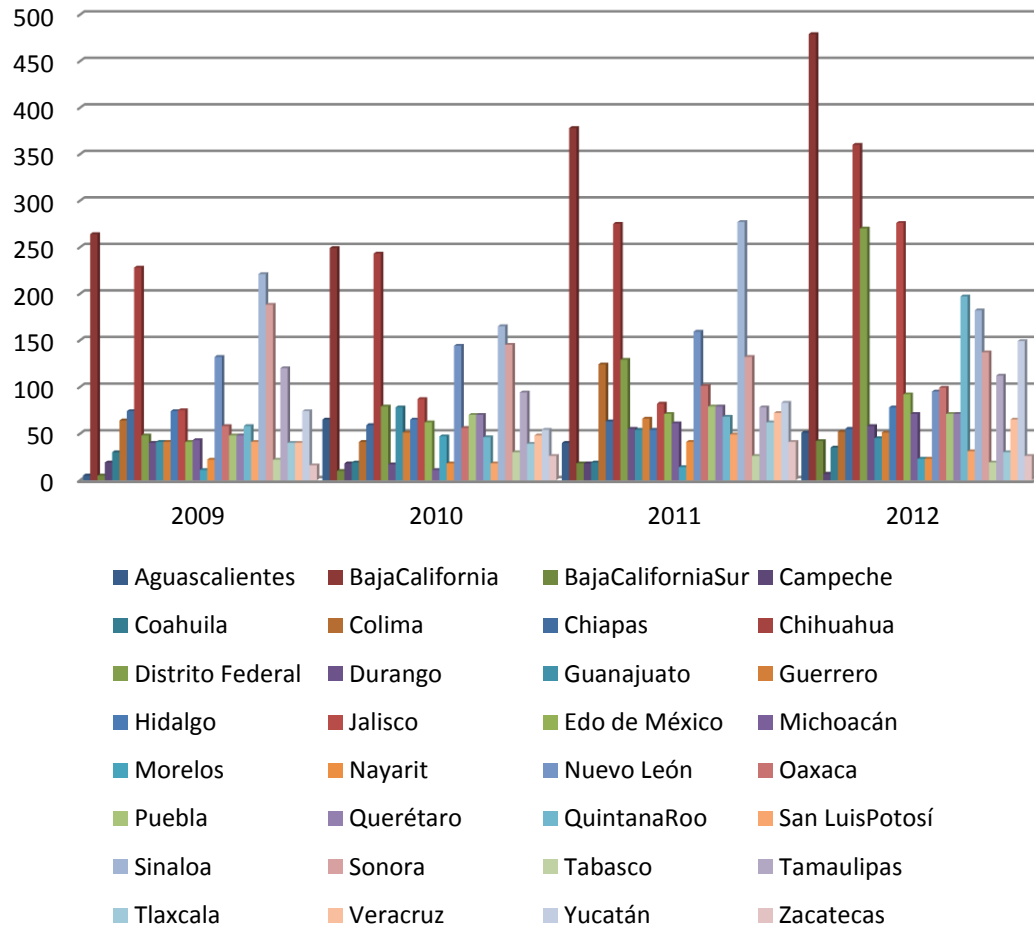
Casos anuales de Herpes Genital registrados por entidad. DGE/SINUVE



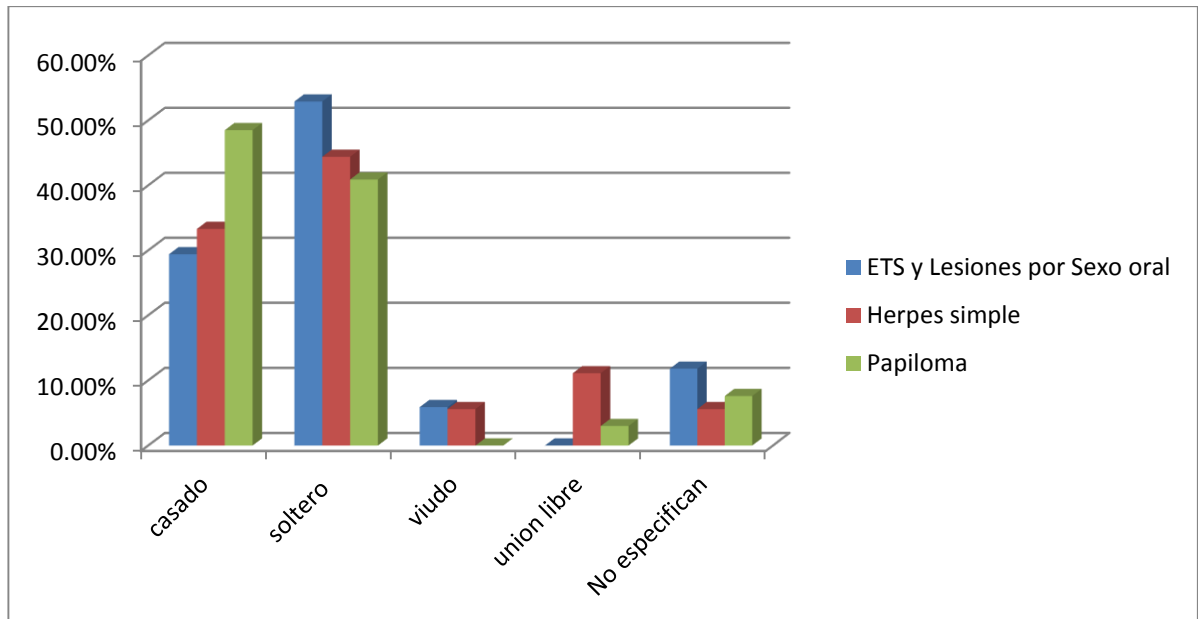
Casos anuales de Virus Del Papiloma Humano registrados por entidad. DGE/SINUVE



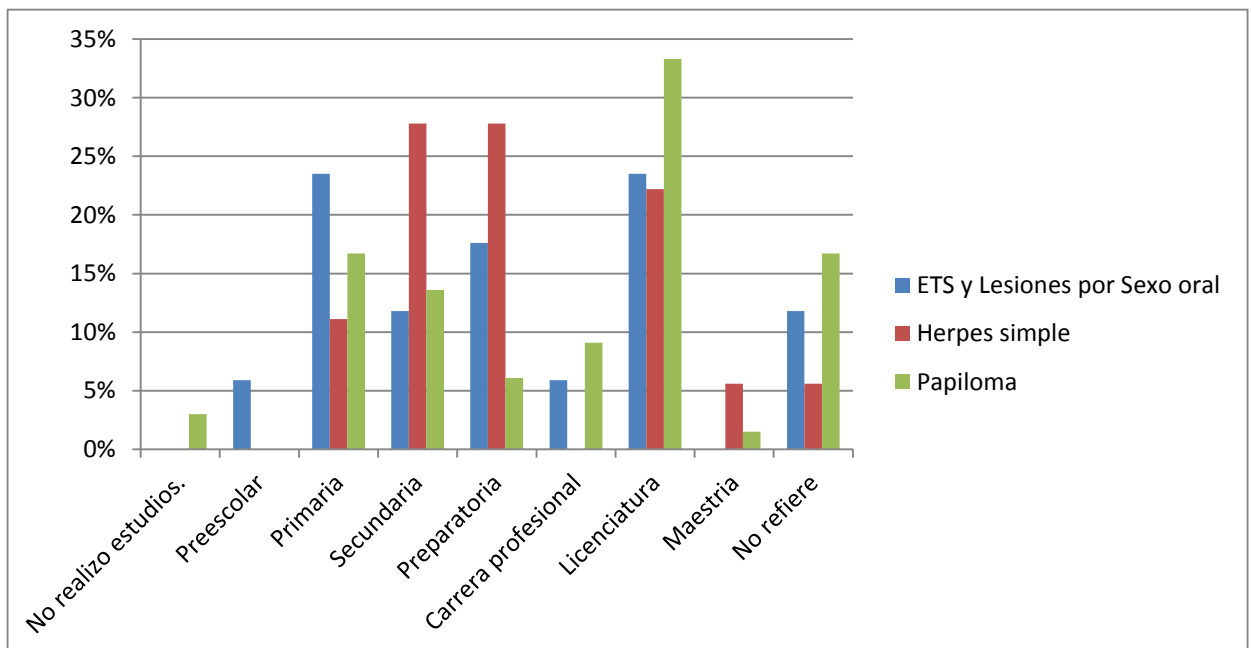
Casos anuales de sífilis adquirida registrados por entidad. DGE/SINUVE



Comparación de ETS y lesiones por sexo oral, VHS-2 y VPH oral, de acuerdo a su estado civil, en pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, FO.



Comparación de ETS y lesiones por sexo oral, VHS-2 y VPH oral, de acuerdo a su escolaridad, en pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, FO.





Distribución de pacientes por Escolaridad.	Tipo de lesión	Porcentaje
No realizo estudios	ETS y Lesiones por Sexo oral	0%
	Herpes simple	0%
	Papiloma	3%
Preescolar	ETS y Lesiones por Sexo oral	5.9%
	Herpes simple	0%
	Papiloma	0%
Primaria	ETS y Lesiones por Sexo oral	23.5%
	Herpes simple	11.8%
	Papiloma	16.7%
Secundaria	ETS y Lesiones por Sexo oral	11.8%
	Herpes simple	27.8%
	Papiloma	13.6%
Preparatoria	ETS y Lesiones por Sexo oral	17.6%
	Herpes simple	27.8%
	Papiloma	6.1%
Licenciatura	ETS y Lesiones por Sexo oral	29.4%
	Herpes simple	22.2%
	Papiloma	42.4%
Maestría	ETS y Lesiones por Sexo oral	0%
	Herpes simple	5.6%
	Papiloma	1.5%
No refirió.	ETS y Lesiones por Sexo oral	11.8%
	Herpes simple	5.6%
	Papiloma	1.5%



Comparación de ETS y lesiones por sexo oral, VHS-2 y VPH oral, de acuerdo a su ocupación, en pacientes atendidos en la clínica de Medicina Bucal, DPel, FO.

Distribución de los pacientes por ocupación	Tipo de lesión	Porcentaje
Preescolar	ETS y Lesiones por Sexo oral	5.9%
	Herpes simple	0%
	Papiloma	0%
Desempleado	ETS y Lesiones por Sexo oral	11.8%
	Herpes simple	0%
	Papiloma	1.5%
Ama de casa	ETS y Lesiones por Sexo oral	5.9%
	Herpes simple	22.2%
	Papiloma	22.7%
Jubilado	ETS y Lesiones por Sexo oral	5.9%
	Herpes simple	16.7%
	Papiloma	7.6%
Estudiante	ETS y Lesiones por Sexo oral	5.9%
	Herpes simple	22.2%
	Papiloma	10.6%
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	ETS y Lesiones por Sexo oral	5.9%
	Herpes simple	22.2%
	Papiloma	10.6%
Ocupaciones elementales	ETS y Lesiones por Sexo oral	0%
	Herpes simple	5.6%
	Papiloma	0%
Profesionales científicos e intelectuales	ETS y Lesiones por Sexo oral	0%
	Herpes simple	16.7%
	Papiloma	9.1%
Técnicos y profesionales de nivel medio	ETS y Lesiones por Sexo oral	5.9%
	Herpes simple	0%
	Papiloma	3%
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	ETS y Lesiones por Sexo oral	0%
	Herpes simple	0%

Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	Papiloma	6.10%
	ETS y Lesiones por Sexo oral	0%
	Herpes simple	0%
	Papiloma	3%

