

F 3665

00598

**PATOLOGIAS DE CAVIDAD ORAL EN PERSONAS TRABAJADORAS SEXUALES  
Y HOMOSEXUALES EN SANTAFE DE BOGOTA**

<b>MARIA ELOINA PINTO SANCHEZ</b>	<b>COD. 912258</b>
<b>CARLOS ALFONSO NAVARRO REYES</b>	<b>COD. 922228</b>
<b>OLGA LUCIA SUAREZ CASTILLO</b>	<b>COD. 922237</b>
<b>JORGE ENRIQUE DAVID RAMOS</b>	<b>COD. 922278</b>
<b>ADRIANA DEL PILAR ESCOBEDO M.</b>	<b>COD. 922283</b>

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**AREA DE PATOLOGIA ORAL**

**SANTAFE DE BOGOTA, D.C.**

**1997**

6-7-01-00

**PATOLOGIAS DE CAVIDAD ORAL EN PERSONAS TRABAJADORAS SEXUALES  
Y HOMOSEXUALES EN SANTAFE DE BOGOTA**

<b>MARIA ELOINA PINTO SANCHEZ</b>	<b>COD. 912258</b>
<b>CARLOS ALFONSO NAVARRO REYES</b>	<b>COD. 922228</b>
<b>OLGA LUCIA SUAREZ CASTILLO</b>	<b>COD. 922237</b>
<b>JORGE ENRIQUE DAVID RAMOS</b>	<b>COD. 922278</b>
<b>ADRIANA DEL PILAR ESCOBEDO M.</b>	<b>COD. 922283</b>

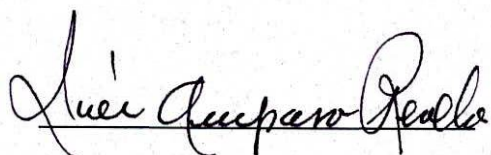
*Monografía para optar al título de  
Odontólogo*

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
AREA DE PATOLOGIA ORAL  
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.**

**1997**

**ACEPTACION**

**ASESOR METODOLOGICO**



***Dra. Inés Amparo Revelo Mejía***

05-26-97

***Fecha***

*Directora del Area de Salud Pública y Asesor Departamento de Investigación Colegio  
Odontológico Colombiano.*

## *DEDICATORIA*

*A nuestros Padres y Hermanos brindamos este triunfo con amor  
y a Dios nuestros Sacrificios*

*MARIA*

*CARLOS*

*OLGA*

*JORGE*

*ADRIANA*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Los autores expresan sus agradecimientos a:*

*Doctora Inés Amparo Revelo Mejía, OD, M.A.S., Directora del Area de Salud Pública y Asesor del Departamento de Investigación Colegio Odontológico Colombiano.*

*Dr. John Harold Estrada, Od, M.A.S., Profesor Asistente, Departamento de Medicina Oral y Cirugía, Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Colombia. Grupo ETS del Hospital San Juan de Dios de Santafé de Bogotá.*

*Doctora Gladys de Patiño. Od., FUNDACION EUDES.*

## **CONTENIDO**

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>8</b>
<b>I. MARCO TEORICO</b>	<b>11</b>
<b>II RESULTADOS</b>	<b>49</b>
<b>III. DISCUSION</b>	<b>66</b>
<b>IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>69</b>
<b>V. MATERIAL COMPLEMENTARIO</b>	<b>71</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>75</b>

## **INTRODUCCION**

*Con este trabajo se pretende presentar una información sobre las principales patologías presentes en la cavidad oral en población de homosexuales y trabajadores sexuales a nivel de Santafé de Bogotá, no solo por transmisión sexual, sino además por la misma problemática social.*

*Se busca justificar la necesidad de atención en los niveles básicos de odontología, un análisis y profundización en cuanto a estadísticas en grupos de edad, género, vía de transmisión, comportamiento sexual, causas más comunes y morbilidad oral, etc.*

*No se conoce suficientemente el estado actual de la salud oral en la población de trabajadoras sexuales y homosexuales a nivel de Santafé de Bogotá, teniendo en cuenta que además de enfermedades de transmisión sexual se pueden encontrar otras patologías tales como cáncer, gún, aftas, etc., desencadenadas todas por la calidad de vida, comportamientos y diferentes situaciones que debe afrontar dicha población.*

*Al llevar a cabo la investigación de este proyecto se encontró que no se ha realizado ningún estudio que se enfoque específicamente a nivel de cavidad oral, por el contrario se observó, que la gran mayoría se ha dirigido a VIH/SIDA, haciendo énfasis en signos clínicos presentes en órganos genitales, piel, etc., restándole importancia a otras patologías que se puedan presentar.*

*Para lograr un servicio de salud especializado a nivel de POS (Plan Obligatorio de Salud), se debería abarcar áreas más específicas de población para garantizar así un plan integral de salud oral teniendo en cuenta que existe un POS subsidiado donde de cualquier manera se encuentra ubicada la población estudiada pues allí se encontró mujeres embarazadas y menores de edad.*

*Para esto se aplicaron normas que rigen la salud oral, estudios de estadística, investigaciones y brigadas de salud con la aplicación de los conocimientos y barreras de bioseguridad para tratamiento y manejo de pacientes de alto riesgo de contaminación.*

*El objetivo de esta investigación es identificar y dar a conocer a los estudiantes y profesionales del área de la salud la importancia del tema a tratar y además del papel a desempeñar y la actitud que se toman ante este tipo de población.*

*Los objetivos específicos fueron, presentar información básica sobre el estado de salud en la población, obtener conocimientos claros sobre los principales problemas y múltiples factores epidemiológicos que afectan esta población debido a que en la gran mayoría de estos factores tienen manifestaciones clínicas en cavidad oral.*

*La población estudiada se conformó por tres grupos así: 15 homosexuales hombres, 15 trabajadoras sexuales y 7 pacientes con VIH/SIDA Fundación Eudes, a las cuáles se le realizó una Historia Clínica (VER ANEXO 1) que registró la patología oral existente y sus características.*

*Las variables analizadas fueron: Edad, Género, Grupo Etnico, Hábitos, Análisis de Población/Patología Oral y COPSEI. (Cariados, obturados, perdidos, sanos, exodoncia Indicada).*



## **I. MARCO TEORICO**

*La probabilidad de contaminación de algunas patologías sistémicas en los consultorios odontológicos, hace necesario aclarar la responsabilidad que tienen las instituciones prestadoras de servicios y los profesionales de la salud, con relación a la adecuada atención de los pacientes.*

*En Odontología la prestación de servicios está reglamentado por el Código de Etica del Odontólogo Colombiano, Ley 35 de 1989 y el Decreto Reglamentario sobre SIDA, No. 559 de 1991. En el artículo 1 de dicho Código aclara <que el odontólogo como profesional perteneciente al área de la salud, tiene la obligación de mantener actualizados su conocimientos y la responsabilidad de aplicar sus conocimientos en el diagnóstico que tenga a su alcance>. El decreto reglamentario sobre SIDA en el artículo 8 ratifica que <ningún trabajador de la salud o institución de salud se podrá negar a prestar la atención que requiera un infectado por el VIH o un enfermo de SIDA, según la asignación de responsabilidades por niveles de atención su pena de incurrir en una conducta sancionable de conformidad con las disposiciones legales que regulen el ejercicio de las profesiones y las prescripciones del presente Decreto>.*

*En tal sentido, el odontólogo deberá atender a todos los pacientes teniendo en cuenta las normas de bioseguridad a fin de evitar la transmisión de la infección a los trabajadores de la salud y demás pacientes que lo consulten; así como a enunciar los casos diagnosticados*

a las entidades competentes ya que son de notificación obligatoria según el decreto 559 en el artículo 21.

Todos los pacientes que soliciten atención odontológica deberán ser tratados teniendo en cuenta las condiciones individuales, el trato adecuado, oportuno y humano por parte de los trabajadores de la salud.

En general el profesional deberá velar por la conservación de la salud oral e integral de los pacientes por medio del diagnóstico precoz, tratamiento adecuado de las patologías orales ya sean estas de origen local o sistémico y la correcta aplicación de las normas de bioseguridad en la atención odontológica.

En Colombia muchas entidades estatales y privadas han realizado estudios de cavidad oral enfocados hacia las **ETS** (Enfermedades de Transmisión Sexual) y **VIH/SIDA**, pero no teniendo en cuenta la cavidad oral de Homosexuales y trabajadoras sexuales estas entidades son, Ministerio de Salud, Secretaria de Salud de Cundinamarca, Universidad Nacional de Colombia, Hospital San Juan de Dios de Santafé de Bogotá, Hospital Simón Bolívar de Santafé de Bogotá, Profamilia, CAMI Mártires, Fundación Eudes, Unidad Neuropsiquiátrica Clínica Santo Tomas de Santafé de Bogotá y Alcaldía Menor de los Mártires.

Según los datos reportados por el Ministerio de Salud, los casos de **SIDA** en Santafé de Bogotá comprendidos entre los años de 1983 a 1996 fueron:

AÑO	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	TOTAL
NUMERO	-	2	8	29	83	166	187	427	492	435	416	753	350	340	3,688

La tasa de incidencia global acumulada por cien mil habitantes en Santafé de Bogotá comprendidos entre 1993 a 1996 fue:

<b>SANTAFE DE BOGOTA</b>	63.5
--------------------------	------

Los casos de **SIDA** por Mecanismo de transmisión en Santafé de Bogotá comprendidos entre los años de 1995 a 1996 fueron:

<b>MECANISMO</b>							
<b>GENERO</b>	<b>HETERO</b>	<b>HOMO</b>	<b>BIS</b>	<b>TRANSF</b>	<b>PNT</b>	<b>DESC</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Nº DE CASOS</b>	251	255	147	7	6	18	684

La notificación de Casos de **VIH/SIDA** en Cundinamarca 1994 fue:

**% Notificación**      29.8%

**Por Grupos de Edad:** -de 15 años 0%; 16-30 años 66.6%; 31-45 años 20.0%; 46-60 años 6.7%; 60 y más 0%; Sin dato 6.7%.

**Por Género:** Masculino 73.3%; Femenino 26.7%

**Por Vía de Transmisión:** Vía Sexual 100%

**Por Comportamiento Sexual:** Heterosexual 46.7%; Bisexual 33.3%; Homosexual 20.0%

**Por Casos:** VIH 93.3%; SIDA 6.7%.

**La Mortalidad:** 0%

**La notificación de Casos VIH/SIDA Cundinamarca 1995 fue:**

**% Notificación** 77%

**Por Grupos de Edad:** -de 15 años 0%; 16-30 años 57.1%; 31-45 años 28.6%; 46-60 años 14.3%; 60 y más 0%.

**Por Género:** Masculino 78.5%; Femenino 21.5%.

**Por Vía de Transmisión:** Vía Sexual 100%

**Por Comportamiento Sexual:** Heterosexual 42.8%; Bisexual 35.8%; Homosexual 21.4%.

**Por Casos:** VIH 50%; SIDA 50%

**La Mortalidad:** 14.3%

**Respecto a las Enfermedades de Transmisión sexual se tienen:**

*Según una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas realizadas por PROFAMILIA de Santafé de Bogotá en 1994, se encontró que:*

*El 72% de los adolescentes saben lo que son las relaciones sexuales.*

*El 38% de los adolescentes no saben que son las ETS y mucho menos cómo se transmiten.*

*Las enfermedades de transmisión sexual más comunes son las gonorreas, condilomas, herpes genital, sífilis y uretritis.*

*El 32.3% de los adolescentes califican como "muy peligroso" tener relaciones sexuales con desconocidos.*

*A nivel mundial, cada año surgen unos 250 millones de nuevos casos de ETS, lo que representa más de medio millón de casos al día.*

*En los países en desarrollo, una o dos mujeres de cada 10 están infectadas por una ETS.*

*El 6.2% de los adolescentes califican la desorientación sexual como un problema que ellos deben enfrentar.*

*El 9% de los adolescentes califican el abuso sexual como uno de los problemas más frecuentes (13% mujeres y 5% hombres).*

*Conviene en estos resultados mostrar lo que el Proyecto Nacional señala a los centros educativos para su enseñanza.*

- *La preparación para emprender y desarrollar una vida en pareja.*
- *La capacidad de tomar decisiones responsables con respecto a la sexualidad y al ejercicio de la misma.*
- *Ser responsables de la procreación y aceptar de manera natural el amor, el placer y la comunicación con el otro.*
- *Ser crítico respecto a las costumbres sexuales que se le presenten de otras culturas y que le llegan a través de los medios de comunicación.*
- *Tener conocimiento sobre los aspectos biológicos de la sexualidad tales como anatomía y fisiología de los aparatos reproductivo femenino y masculino, prevención de las enfermedades de transmisión sexual.*
- *Ser analítico de los mitos y tabúes que en su medio rodean el hecho sexual con el fin de discutir y aclarar el concepto de la sexualidad.*
- *Iniciar un cambio de actitud en relación con la conducta sexual que conduzca a una sexualidad placentera y segura.*

Otro estudio realizado sobre Manifestaciones orales asociadas a la infección VIH/SIDA en 123 pacientes del Hospital San Juan de Dios de Santafé de Bogotá, conformó en 1989 el grupo interdisciplinario de atención a pacientes portadores del VIH, donde tiene participación la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, quienes realizan labores de consulta externa (detección precoz de lesiones orales), atención odontológica ambulatoria y manejo de pacientes hospitalizados, ámbitos que permiten retroalimentar el proceso enseñanza-aprendizaje mediante la investigación ya sea de corte clínico o socio-epidemiológico.

El objetivo del presente artículo es presentar el resultado del seguimiento de la cohorte de pacientes que asisten al hospital, teniendo en cuenta variables como manifestación oral, localización de las lesiones, edad, sexo y etapa en la que fueron clasificados, con el propósito de recabar información que permita caracterizar el perfil de morbilidad oral asociado a la infección y, por consiguiente, optimizar la atención brindada a los usuarios del servicio odontológico.

Como resultados de este estudio en los cuales fueron examinados 123 pacientes a los cuales se le realizaron 188 consultas, 11 (90.2%) fueron hombre y 12 (9.8%) mujeres, con un promedio de edad de 29.3 años (rango de 18 a 51).

Del total de pacientes examinados, 27 (22%) no presentaron ningún tipo de manifestación oral asociado a la infección por el VIH, mientras que 96 (78%) presentaron algún tipo de manifestación (es de aclarar que en un mismo paciente se pueden encontrar una o más enfermedades, por lo cual las frecuencias absolutas y relativas acumuladas no suman

100%, de las cuales se destacan: *Candidiasis Oral Pseudomembranosa, Eritematosa, Queilitis Angular, Hiperplásica, Gingivitis, Leucoplasia Velloso, Sarcoma de Kaposi, Estomatitis Aftosa, Periodontitis, Herpes Labial, Máculas, Adenopatias, Petequias, Herpes Zoster, Hipertrofia de Glándulas Salivares, Xerostomía, Lesión Blanca Inespecífica, Periodontitis Ulcerativa.*

*Las zonas más afectadas de la cavidad bucal (en los pacientes se podía encontrar afección de uno o más sitios) son en su orden cuatro: Lengua, Encía, Marginal, Mucosa Yugal, Paladar Duro, Comisura Labial, Paladar Blando, Orofaringe, Encía Insertada, Labios, Papilas, Ganglios, Piso de Boca, Uvula, Piel de Cara, Glándulas Salivares.*

*Estas medidas podrían estar dando una oportunidad de interconsulta médica a un paciente que de otra manera pasaría desapercibido durante mucho tiempo, momento en el que la detección de patología orales ya no es asunto de personal profesional sino que el mismo paciente relata la presencia de éstas. Para cuando esto suceda se habrán perdido meses y años valiosísimos en el tratamiento profiláctico de diversas entidades que pueden comprometer la vida del paciente y deterioro su calidad de sobrevivida.*

*Otras alteraciones que valen la pena consultar en este estudio son las originadas por los consumos de sustancias tales como los derivados del **OPIO** y las **HORMONAS**.*

*Otro estudio fue realizado en la Unidad Neuropsiquiátrica de la Clínica Santo Tomás de Santafé de Bogotá, se tomaron 18 pacientes que debían ser consumidores actuales de marihuana, cocaína y bazuco o haber dejado esta adicción no más de 15 meses atrás.*

*A cada paciente se le elaboró una encuesta y se le realizó un examen clínico estomatológico.*

*Los resultados que se encontraron fueron:*

- *Se encuentra en un 92.85% en hombres y en un 7.14% en mujeres, el mayor número de pacientes es joven, o en la tercera o cuarta etapa de la vida, pero la mayoría tienen alrededor de 25 años de edad.*
- *Cada persona dura más o menos en promedio de un 4.5 a 4.8 años de consumo de bazuco, de un 6.5 a 6.6 años de consumo de cocaína y de un 14.4 a 14.5 años de consumo de marihuana. Se comprobó que casi todos los pacientes eran poliadictos, es decir consumían cocaína, bazuco y marihuana, y que lo hacía en un porcentaje del 81% diariamente.*
- *Así mismo el 90.3% de los pacientes eran consumidores asiduos de alcohol y cigarrillo.*

*Al realizarse los hallazgos científicos se encontró que la gingivitis, las pigmentaciones y las amígdalas hipertrofiadas eran patologías más frecuentes, les seguían la Xerostomía, Bruxismo y Atrición.*

*Las hormonas son secretadas como función normal por los testículos del hombre y en menor cantidad por los ovarios y las glándulas suprarrenales en la mujer.*

*Son utilizados muy comúnmente por la población homosexual, abusando reiterativamente de su consumo. Los esteroides cumplen funciones vitales en distintas etapas desde el embrión donde según recientes investigaciones pueden estar relacionadas con la función del desarrollo del sistema nervios central.*

*En la pubertad las hormonas actúan transformando al niño en hombre. También son responsables del comportamiento sexual, pero no tiene ningún vínculo con los caracteres psicópatas o sádicos. Además sirven para desarrollar las características sexuales secundarias.*

*Efectos Adversos son tres a saber:*

- ***Efectos Secundarios Virilizantes:** Cuando se emplean en mujeres producen masculinización, entre las manifestaciones están el acné, crecimiento de vello facial y engrosamiento de la voz, también se producen irregularidades menstruales, aparecen signos de calvicie, musculatura promitente e Hipertrofia del clítoris.*
- ***Efectos Feminizantes:** En particular se produce la ginecomástica en los hombres tratados con andrógenos.*
- ***Efectos Tóxicos:** Edema, por la retención de agua y cloruro de sodio por consiguiente aumento de peso corporal; Ictericia, se altera la función hepática por la acumulación de bilis; Carcinoma Hepático, por la alteración en la función hepática; Carcinoma de Mama, tiene efecto paliativo.*

*Algunos de estos agentes también intensifican los efectos de los anticoagulantes orales, por lo cual la persona es propensa a hemorragias.*

## **OPIOIDES**

*Efectos Adversos: Depresión respiratoria, náuseas, vómito, mareos, hipotensión, constipación, aumento de la presión del tracto biliar, retención urinaria y también se observa mayor sensibilidad al dolor.*

## **LESIONES ORALES ASOCIADAS A LA INFECCION POR ETS - VIH - SIDA**

*Para efectos de esta investigación, es importante revisar la clasificación de acuerdo a la etiología que según el Ministerio de Salud es:*

### ***Infecciones Fúngicas:***

- *Candidiasis Oral*

### ***Infecciones Virales:***

- *Leucoplasia vellosa*
- *Herpes virus*
- *Varicela Zoster*
- *Papilomavirus*
- *Citomegalovirus*

### ***Infecciones Bacterianas:***

- *Gingivitis*
- *Periodontitis*
- *GUN*
- *Exacerbación de lesiones apicales*
- *Actinomicosis*
- *Celulitis submandibular difusa*

### ***Neoplasias***

- *Sarcoma de Kaposi*

- *Carcinoma Escamocelular*
- *Linfoma No Hodgkin*

***Trastornos Neurológicos:***

- *Neuralgia del Trigémino*
- *Parestesia del Nervio Facial*

***Lesiones de Etiología Desconocida:***

- *Estomatitis aftosa recurrente*
- *Agrandamiento de glándulas salivares*
- *Xerostomía*
- *Hiperpigmentación melaninica*
- *Petequias*
- *Epidermólisis tóxica*
- *Ulceración necrotizante progresiva*
- *Lesiones blancas inespecíficas*
- *Retardo en la cicatrización de heridas*

**LA CLASIFICACION DE ACUERDO CON LA FRECUENCIA DE ASOCIACION  
CON VIH/SIDA**

**LESIONES FUERTEMENTE ASOCIADAS CON VIH/ETS**

- *Candidiasis Oral*
  - *Eritematosa*
  - *Pseudomembranosa*
  - *Hiperplásica*
  - *Queilitis angular*
- *Gingivitis*
- *Periodontitis*
- *GUN*
- *Sarcoma de Kaposi*
- *Linfoma No Hodgkin*



**LESIONES MODERADAMENTE ASOCIADAS CON VIH/ETS**

- *Ulceración atípica*
- *Afección de glándulas salivares*
- *Xerostomía*
- *Herpes Virus*

- *Papiloma virus*
- *Púrpura trombocitopénica*
- *Infección por citomegalovirus*
- *Hiperplasia epitelial focal*
- *Verruga vulgar*
- *Condiloma acuminada*
- *Virus Varicela Zoster (Varicela y Herpes Zoster)*
- *Agrandamiento uni o bilateral de glándulas salivares mayores.*

#### ***LESIONES POSIBLEMENTE ASOCIADAS CON VIH/ETS***

- *Exacerbación de lesiones periapicales*
- *Hiperpigmentación melaninica*
- *Parálisis facial*
- *Neuralgia del trigémino*
- *Osteomielitis*
- *Celulitis submandibular*
- *Carcinoma escamocelular*
- *Epidermólisis tóxica*

*Existen otras lesiones que se pueden presentar en la población de Homosexuales y Trabajadoras Sexuales, que no se tienen en cuenta en las anteriores clasificaciones y son:*

**LESIONES PIGMENTARIAS**

- *Estomatitis nicotínica*
- *Melanosis del fumador*
- *Pigmentación dentaria*

**TRASTORNOS ULCERATIVOS**

- *Cáncer bucal*
- *Carcinogénesis*

**TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO**

- *Papilas foliadas*
- *Torus palatino*

**LESIONES RELACIONADAS CON PLACA DENTAL**

- *Caries dental*
- *Pulpitis*

## **LESIONES DE MUCOSA ORAL**

- *Mucositis migratoria*
- *Liquen plano*

*Es pertinente describir algunas de las características más importantes que se presentaron con mayor frecuencia en cavidad oral.*

## **CANDIDIASIS ORAL**

*Es producida por un hongo levaduriforme de la familia criptococacea en personas con alteración inmunológica; las levaduras del hongo inician un proceso de producción con generación de hifas y pseudomicelios de estructuras arborescentes que penetran en los tejidos ocasionando la variedad de signos clínicos presentes en esta lesión. Del 50 al 60% de las personas inmunológicamente competentes mantiene especies de *Cándida* en su cavidad bucal como flora no nociva.*

## **CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA**

*Es la más frecuente de las lesiones reportadas, se presenta como finos depósitos de aspecto cremoso, color blanco o como placas pequeñas, suaves, ligeramente elevadas, que representan masas de hifas, levaduras y células epiteliales descamadas.*

*Los sitios más frecuentes de localización son: mucosa oral, garganta, lengua o encía; donde se puede desprender de la mucosa al rasparse, dejando una superficie eritematosa o sangrante. Como síntomas, el paciente refiere sensación de quemadura, dolor en el área afectada o solamente presencia de lesiones; la respuesta inflamatoria varía desde inflamación leve hasta descamación del epitelio.*

### **CANDIDIASIS ERITEMATOSA O ATROFICA AGUDA**

*La candidiasis eritematosa puede ser la manifestación más temprana de la infección por VIH, es la secuela de retirar la capa blanquecina de la lesión pseudomembranosa; se caracteriza por una mucosa atrófica y dolorosa con manchas rojas homogéneas o puntiformes. Los lugares de localización predilectos los constituyen el paladar duro y el dorso de la lengua.*

### **CANDIDIASIS HIPERPLASICA O HIPERTROFICA CRONICA**

*Es una lesión queratótica que difiere de la presentación tradicional de la candidiasis, no puede ser retirada como la pseudomembranosa; se suele localizar bilateralmente sobre la mucosa yugal.*

### **QUEILITIS ANGULAR**

*Se presenta como una ulceración rodeada por una zona eritematosa y dolorosa o una condición proliferativa demarcada por una o varias fisuras extendidas desde las comisuras;*

*puede presentarse uni o bilateralmente en los ángulos de la boca, restringidas a las zonas de la piel.*

## **TRATAMIENTO**

*El tratamiento de las cuatro variedades incluye la utilización de medicamentos tópicos y/o sistémicos según la severidad del cuadro, las condiciones clínicas e inmunológicas del paciente, y los costos de los medicamentos.*

*El medicamento tópico de elección es la **NISTATINA**, se utiliza cinco veces al día en presentación de solución, se sostiene en la boca durante tres minutos y luego se traga con el fin de que el efecto antifúngico beneficie al tracto digestivo alto. Otra alternativa de tratamiento lo constituye el **CLOTRIMAZOL**, de la familia de los imidazoles, en crema o solución al 1% tres veces al día.*

*En la medicación sistemática se utilizan los derivados activos de los azoles; el de primera elección es el **KETOCONAZOL**, 200 a 400 mg. cada 12 horas según la severidad del caso, la duración de la terapia debe extenderse de 1 a 2 semanas más después de la remisión de los signos y síntomas.*

*En casos de recidivas frecuentes o de conocida resistencia al Ketoconazol, se utiliza un derivado triazólico denominado **FLUCONAZOL**, en cápsulas de 50, 150 y 200 mg. o solución intravenosa de 200 mg.; la dosis indicada es de 50-100 mgs. vía oral una vez al día.*

## **LEUCOPLASIA VELLOSA**

*Es una lesión de color blanquecino, de aspecto corrugado, cuyo sitio de localización predilecto son los bordes laterales de la lengua, también se pueden presentar en la parte ventral, dorsal o en el piso de la boca donde se presenta en su variedad lisa. Es producida por el virus de Epstein Barr, el cual se localiza en las capas más profundas del epitelio ocasionando el agrandamiento de las células, las cuales al ser observada al microscopio, se presentan hinchadas y vacías, denominándose collocitos o capa de células claras. Clínicamente se observan proyecciones piliformes de queratina que no se desprenden al raspado, al aplicar aire a presión sobre la lesión se produce un efecto denominado "de campo de trigo al viento". Es importante anotar que no todas las lesiones blancas son Leucoplasia, Se pueden confundir con Candidiasis Hiperplásica, Liquen Plano o lesiones penfigorides; la diferenciación se realiza con el estudio patológico.*

*La Leucoplasia Velloso se ha asociado desde el principio de la infección con deterioro de la función inmune y el alto riesgo de desarrollar **SIDA** dentro de los dos años siguientes a su aparición.*

*Esta lesión es asintomática y no requiere tratamiento; en ocasiones es tan exuberante que compromete la estética de los pacientes, por lo cual se puede recurrir a un raspado quirúrgico o a la utilización de antivirales como el **ACYCLOVIR**, en dosis de 2 a 3 gramos diarios de dos a tres semanas. Se ha observado en pacientes que están tomando **ZIDOVUDINA (AZT)**, la remisión de las lesiones, por lo cual en ocasiones se recomienda como tratamiento.*

## **ENFERMEDAD PERIODONTAL**

*A pesar de que más del 90% de la población está afectada por la enfermedad periodontal, en las personas con infección VIH se suelen presentar algunas variedades más agresivas y resistentes a los tratamientos convencionales, tales como:*

### **ERITEMA MARGINAL GINGIVAL**

*Se presenta como una banda eritematosa en forma de media luna generalmente circunscrita a los incisivos, sangra fácilmente, se úlceriza y produce necrosis de la encía interdental; no compromete la encía adherida. El diagnóstico diferencial con otras gingivitis se realiza después de la fase inicial del tratamiento periodontal, ya que a pesar del control de los factores locales los signos de inflamación persisten; se presenta poca placa, pocos irritantes locales y no se observa aumento en la profundidad del surco gingival.*

### **PERIODONTITIS ULCERATIVA NECROTIZANTE**

*En esta variedad se combinan las características clínicas de la periodontitis del adulto con las de la gingivitis ulcerativa tales como presencia de exudado, pseudomembrana blanquecina, halitosis, aumento de la profundidad al sondaje, pérdida de hueso y en los casos más severos pérdida de la encía marginal y adherida que compromete la vitalidad del diente. Esta lesión tan agresiva parece que se debe a la inversión de la fórmula*

*linfocitaria en los tejidos de soporte, lo cual ocasiona un desbordamiento de la respuesta mediada por los linfocitos **T CD8** lo cual explicaría la gran destrucción.*

*El tratamiento debe estar dirigido hacia el control de los factores locales de irritación. Se debe motivar al paciente a mantener una higiene oral óptima, con una fase higiénica inicial y mantenimiento periódico (dos veces al mes). Se puede indicar como complemento del tratamiento, enjuagatorios con **YODOVINIL-PIRROLIDONA** o **CLORHEXIDINA** al 2%, teniendo en cuenta que en pacientes muy inmunosuprimidos se presentan efectos adversos.*

*En casos de severa destrucción de tejidos, bajo anestesia local se limpia la zona con gasas o hisopos impregnados en solución yodada, procediendo luego a la debridación de los tejidos necróticos, al raspaje y alisado radicular acompañado con irrigaciones de Clorhexidina. Según criterio del odontólogo, ocasionalmente se utiliza **AMOXICILINA** o **ERITOMICINA** en cápsulas de 500 mg., 1 cada 8 horas durante al menos cinco días para controlar la infección local.*

*Algunos autores recomiendan la utilización de **METRONIDAZOL**, terapia no compartida por otros investigadores quienes argumentan que la concentración de las presentaciones comerciales es insuficiente para alcanzar niveles inhibitorios en el fluido crevicular.*

### **SARCOMA DE KAPOSI**

*Es frecuente encontrarla en cavidad oral en un 50% de los pacientes que presentan sarcoma cutáneo. Es una neoplasia de las células endoteliales del lecho vascular.*

*Las lesiones pueden ser únicas o múltiples de color rojo violáceo con textura elevada, indurada y suave a la palpación; si la lesión se deja progresar adquiere aspecto nodular, lo cual produce dificultad para la alimentación y en casos severos alteración y sangrado profuso. El sitio más afectado es el paladar duro, aunque también afecta el paladar blando, la encía marginal, el piso de la boca y la lengua.*

*El tratamiento incluye radioterapia a bajas dosis, aplicación de sustancias esclerosantes intralesionales (Vinblastina, Tetradisulfato) o aplicación de Nitrógeno líquido, para lesiones de menos de 2 cm. está indicada la resección quirúrgica. En pacientes con recuentos de linfocitos **T CD4** superiores a 200 se ha utilizado con éxito la aplicación de Alfa-interferón.*

*La importancia de esta lesión radica en su fuerte asociación con el desarrollo de **SIDA** y en la corta sobrevivencia de los pacientes una vez aparecen las lesiones.*

### **LINFOMA NO HODGKIN**

*Se puede presentar como una masa exofítica pedunculada o como un aumento de volumen firme, asintomático del mismo color de la mucosa bucal o bien rojo púrpura, la lesión puede estar ulcerada y ser de rápido crecimiento. El sitio más frecuente de localización es el paladar y el proceso alveolar, aunque también se observa en la lengua y en las glándulas salivares mayores. El diagnóstico debe confirmarse siempre con biopsia.*

*Entre los diagnósticos diferenciales están las infecciones de origen dentario, las úlceras infecciosas y el sarcoma de Kaposi.*

*El tratamiento consiste en radioterapia, sin embargo hay una baja respuesta a este tratamiento.*

*A pesar de ser considerado dentro de las lesiones fuertemente asociadas, en nuestro país es frecuente su aparición.*

### **LESIONES MODERADAMENTE ASOCIADAS**

#### **INFECCION POR HERPES SIMPLE (HSV)**

*El virus Herpes simple produce ulceraciones dolorosas que comprometen la mucosa oral (gingivoestomatitis) o los labios (Herpes labial) o los dos. Las lesiones aparecen abruptamente como vesículas pequeñas solitarias o múltiples sobre una base eritematosa que evoluciona hacia la formación de úlceras; las lesiones labiales forman grandes úlceras agresivas y persistentes que se extienden a la piel de la cara, persisten por más de 4 semanas. Frecuentemente afecta el paladar pero también puede afectar la encía, base de la boca y lengua.*

*El diagnóstico del HSV se realiza presuntivamente basado en la clínica, se confirma por cultivo o citología con colaboración de Papanicolao; la apariencia clásica muestra células gigantes multinucleadas e inclusiones virales. El manejo consiste en ACICLOVIR oral 200 a 800 mg. cinco veces al día, el acicovir tópico en estos pacientes es inefectivo; cuando la terapia oral no es eficiente se indica el aciclovir intravenoso, 5 a 10 mgs. por kilogramo cada 4 horas durante una semana. En los pacientes que se ha encontrado*

resistencia al Aciclovir la utilización tópica de drogas como la trifluridina o el foscarnet sistémico son efectivos.

### **INFECCION POR VARICELA ZOSTER**

La mucosa oral se afecta cuando el VZV compromete la rama maxilar y mandibular del nervio trigémino. La infección en la boca produce dolor unilateral y erupción vesicular que conlleva a la ulceración de la mucosa; el diagnóstico por infección VZV se realiza clínicamente. Para el tratamiento está indicado el Acyclovir oral, 800 mgs. 5 veces al día, durante 10 días.

### **INFECCION POR PAPILOMAVIRUS**

El papilomavirus humano es el agente responsable de los papilomas en mucosa y piel, más comunes en pacientes HIV positivos. Las lesiones frecuentemente son múltiples, se localizan en toda la cavidad oral, son lesiones exofíticas de superficie papilar en forma de coliflor, algunos están bien circunscritos, tienen una superficie lisa y pueden desaparecer completamente al estirar la mucosa. El tratamiento indicado es la excisión, criocirugía o láser.

### **INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS**

La infección por citomegalovirus (CMV) en cavidad oral se manifiesta en formas de úlceras crónicas bien circunscritas, crateriformes y de bordes no indurados en faringe, encía,

*mucosa labial, lengua y paladar; también se puede presentar agrandamiento de las glándulas salivares y xerostomía. El diagnóstico oral del CMV es por biopsia. El tratamiento consiste en Gancyclovir o foscarnet sistémico.*

### **PURPURA TROMBOCITOPENICA IDEOPATICA**

*Se puede manifestar como un sangrado gingival, petequias orales, equimosis de la mucosa o hemorragia. Las lesiones ocasionalmente se confunde con el KS.*

### **ULCERACIONES AFTOSAS**

*Las ulceraciones aftosas recurrentes se asocian repetidamente con la infección HIV/ETS. Aún cuando su etiología no es clara, el trauma, las enfermedades sistémicas y virales han sido implicados como factores contribuyentes. Se observa úlceras pequeñas, dolorosas, en una base eritematosa con un margen blanquecino, con el tiempo pueden crecer o volverse necróticas.*

*Las úlceras sintomáticas que no mejoran espontáneamente deben tratarse con tópicos, la Fluocinolona al 0.05% 3 a 5 veces al día resulta efectiva. Las úlceras severas que no responden a la terapia tópica pueden manejarse con prednisona oral, recientemente el Talidomina 100 mgs. por vía oral se ha descrito como efectivo.*

*El diagnóstico diferencial de las úlceras incluye la infección por **HSV**, **CMV**, sífilis y linfoma; también se han asociado a la terapia con Dideoxycytidine o **DDC**. Las lesiones que no responden a la terapia deben ser biopsiadas.*

*Para las **ULCERAS ORALES**, aparte de una dieta líquida o blanda según sea el caso, se debe dar el siguiente tratamiento:*

- *Aplicación de un anestésico tópico en forma de jaleo o gel*
- *Limpieza de las úlceras con agua bicarbonatada (una cucharadita de bicarbonato en medio vaso de agua tibia).*
- *Enjuagues con tetraciclina x 500 mgs. jarabe o cap. de igual concentración disueltas en agua tibia. Estos enjuagues deben permanecer en la boca por 5 minutos, dos veces al día durante 5 días.*
- *Alternar con enjuagues de antihistamínicos en presentación jarabe o bencidamina para uso oral.*

*En muchos casos de **MUCOSITIS ORAL**, **XEROSTOMIA** o de estomato-pirosis inespecíficas secundarias a medicamentos, está indicado el uso de **BENCIDAMINA** al 15% pura o diluida, según tolerancia de cada paciente. La xerostomía también se puede tratar paliativamente con enjuagues de glicerina a la cual se le agregan 5 gotas de jugo de limón.*

*Si el paciente es asintomático se debe poner mayor atención a la preservación de los tejidos, evitando la propagación de infecciones orales que le permitan a la persona comer y nutrirse adecuadamente. Manipular suavemente los tejidos e incluso lubricar con aceite de maíz u otros vegetales los labios, comisuras, bordes de la lengua y carrillo. Humedecer moderadamente rollos de algodón o gasas antes de aplicarlas, a fin de contrarrestar la deshidratación de las mucosas.*

*Las prótesis mucosoportadas deberán ser sanitizadas con Cloruro de Benzalconio a 1:750 o cuando menos con agua y jabón antiséptico o hipoclorito de sodio al 1%, pues la cándida se adhiere fácilmente al acrílico. Recordar que el gluconato de clorhexidina y la nistatina tiene por separado acción anticandidiásica local, pero se antagonizan si se usan conjuntamente.*

*En estadios terminales los tratamientos odontológicos se deben limitar a controlar el dolor, limitar la infección, remover la placa bacteriana con gluconato de clorhexidina con limpieza muy suave mediante copos de algodón. Las infecciones agudas de origen dental solo podrán ser tratadas con medicamentos sistémicos antimicrobianos y analgésicos, de común acuerdo con el médico.*

## **LESIONES PIGMENTARIAS**

### **ESTOMATITIS NICOTINICA**

*También llamada "paladar fumador" o "Leucoqueratosis nicotínica del paladar". Es un leucoplasia que se localiza en paladar duro y blando de grandes fumadores, especialmente en los fumadores con pipa e individuos que fuman el cigarro invertido.*

*Clínicamente se presenta enrojecimiento del paladar, el cual adquiere rápidamente un aspecto difuso blanco grisáceo; en ocasiones aparecen fisuras y grietas dando la apariencia de nódulos con un puente rojo brillante en el centro, el cual es la apertura de los orificios de las glándulas salivares palatinas.*

### **MELANOSIS DEL FUMADOR**

*Es una pigmentación benigna de la mucosa oral observada en la encía adherida maxilar o mandibular anterior y en las papilas interdentes. Puede tener una similitud con el melanoma maligno por un progresivo oscurecimiento. Las pigmentaciones también se pueden presentar por antibióticos y en pacientes infectados con **SIDA**, pero esta lesión es de muy poca incidencia.*

## **PIGMENTACION DENTARIA**

*Los dientes de los fumadores crónicos presentan manchas cuyos colores van desde amarillo oscuro hasta negro, según la cantidad de cigarrillos consumidos, su frecuencia y la susceptibilidad e higiene oral de quien tiene estos hábitos.*

*El color, así como la intensidad, cantidad y distribución de tales manchas se encuentran en correspondencia con la intensidad y duración de la exposición. Por su parte, los defectos morfológicos estructurales y posicionales, como es el caso de fosetas y fisuras prominentes, grietas, caries y mala posición dentaria aumentan la pigmentación.*

*Cuando se mastica el tabaco, los productos de alquitrán, de carbón se disuelven en la saliva modificando su pH, penetran dentro de las fosetas y fisuras de los dientes y también se tiñen las superficies lisas del esmalte que están en contacto con el tabaco; al masticarlo puede involucrar el esmalte, dentina y cemento. Fumar habitualmente provoca aparición de líneas cuyo color oscilan entre marrón y negro.*

*Microscópicamente se muestra decoloración en cutícula, esmalte y dentina.*

*La difusión de la mancha se produce en la unión esmalte-dentina, penetrando en los túbulos dentinales y la nicotina queda fijada en su contenido orgánico.*

## **TRASTORNOS ULCERATIVOS**

### **CANCER BUCAL**

*El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más común en cavidad oral, ya que se presenta en el 90% de los carcinomas con esta localización.*

***Etiología:** Su etiología es desconocida, pero existen factores que directamente o indirectamente influyen en la aparición de la enfermedad. Estos factores son: alcohol, tabaco, cianosis, hepáticos, sífilis, deficiencias nutricionales, factores genitales, exposición prolongada a la luz solar, riesgos industriales y nivel socioeconómico.*

*Se comprobó en estudios realizados que el 3% de los pacientes nunca habían fumado y que el 29% de los pacientes eran grandes fumadores.*

***Características Clínicas:** Clínicamente el carcinoma epidermoide de cavidad oral por lo general lo precede una leucoplasia o una eritroplasia, cuando ocurre la transformación, puede adoptar tres tipos de crecimiento:*

- ***Exofílico:** Masa elevada de base amplia y superficie nodular.*
- ***Ulcerado:** Crateriforme de bordes indurados y elevados.*
- ***Verrugoso:** Con crecimiento papilar excesivo y múltiples pliegues.*

*El cáncer oral se localiza principalmente en: labios, lengua, piso de la boca, paladar, encía, mucosa de carrillos. Siendo los más afectados los labios y la lengua.*

*Tratamientos: Los procedimientos que se utilizan en el tratamiento de estas lesiones son: cirugía, radioterapia, quimioterapia, cirocirugía.*

### **CARCINOGENESIS**

*El carcinógeno es un agente que inicia el desarrollo del cáncer dependiendo de la dosis es irreversible, aditivo y transmisible a al célula progenitora en un lapso de algunas horas. Se ha demostrado que numerosos carcinógenos químicos conocidos, aquellos contenidos en el tabaco son los que revisten mayor importancia clínica, independientemente de que el tabaco sea inhalado, masticado o fumado, ya sea en cigarrillo o pipa.*

*Al examinar la mucosa de un paciente que fuma, se observa desde un epitelio normal, hasta diversos cambios inflamatorios y displásicos, que posiblemente incluyen carcinoma propiamente dicho.*

*Las neoplasias se encuentran en áreas de acumulación de saliva donde el carcinógeno puede permanecer en contacto con la mucosa durante largos períodos; los mayores cambios mucosos pueden detectarse en el piso de la boca, base de la lengua, área retromolar y a lo largo del arco palatino. Debemos recordar que un carcinógeno requiere tiempo para actuar.*

## **TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO**

### **PAPILAS FOLIADAS**

*Aparecen como un área de dobleces y fisuras localizadas en la porción posterior de la zona dorsolateral de la lengua. Se confunden ocasionalmente con tumores de enfermedad inflamatoria.*

*Las fisuras se ven mejor cuando se les dirige aire con una jeringa. Su eje longitudinal es de "arriba-abajo", es decir que están formando ángulos rectos con el eje longitudinal de la lengua. Son bilateralmente simétricos, en algunos pacientes son pequeñas e inconspicuas, mientras que en otros son muy prominentes.*

**Etiología:** *son estructuras anatómicas normales.*

**Tratamiento:** *Ninguno requerido*

**Pronóstico:** *Bueno*

**Diagnóstico Diferencial:** *Amígdalas linguales, carcinoma escamoso, tumores de tejidos blandos.*

## **TORUS PALATINO**

*Exostosis óseas en la línea media del paladar duro. Algunos estudios sugieren que son hereditarios. Comienza en la niñez y alcanza su máxima incidencia en adultos jóvenes. Una vez que han obtenido su tamaño programado, su crecimiento para algunos son tan sutiles que casi no constituyen una anormalidad, mientras que en otros son tan grandes que asustan al observador inexperto.*

**Etiología:** *Los torus son protuberancias o excedencias óseas que pueden ser heredadas.*

**Tratamiento:** *Remoción quirúrgica.*

## **LESIONES DE MUCOSA ORAL**

### **MUCOSITIS MIGRATORIA**

*Las lesiones de esta enfermedad son tan características que su reconocimiento es instantáneo. La lengua dorsal exhibe áreas con la apariencia de un mapa que son lisas y rojas con un borde blanco amarilloso en el perímetro. Las áreas rojas se debe a atrofia de las papilas filiformes. Se ve una acumulación de paraqueratina en el borde. La enfermedad puede comprender cualquier superficie de la mucosa oral, en cuyo caso se le da el nombre de estomatitis migrante aireada.*

*Todas las edades son afectadas. El número de lesiones varía de 1 a muchas. Muchos pacientes son asintomáticos, afortunadamente pues no hay un tratamiento efectivo conocido. Algunos se quejan de sensación de quemazón moderada*

**Etiología:** *Desconocida*

**Tratamiento:** *La administración de complejo "B" mejora el aspecto y remite los síntomas, se recomienda el control por medicina interna para tratar alteraciones digestivas.*

**Pronóstico:** *Esta es una enfermedad ecónica que dura meses o años y puede mostrar períodos de mejoría y exacerbación.*

## **LIQUEN PLANO**

*Las lesiones mucosas de esta enfermedad aparecen en tres formas: reticular, erosiva y placa. En el tipo reticular, un patrón de líneas blancas como encaje, son característicos. en el tipo erosivo del mismo patrón de la forma reticular se encuentra acompañado de úlceras, ésta es la forma más común del liquen plano. En el tipo de paca, el patrón de encaje desaparece y la lesión aparece blanca y sólida, raramente se forman vesículas. Las lesiones orales pueden aparecer en cualquier superficie pero la mucosa bucal es el sitio más común y está comprometido el 85% de los pacientes.*

**Etiología:** *Desconocida. Pero se puede presentar en personas nerviosas o con estrés.*

**Tratamiento:** *Se consigue alivio con esteroides tópicos.*

## II RESULTADOS

*Como proyecto de grado, se realizó una investigación que abarcó la población de trabajadoras sexuales, homosexuales hombres y personas con VIH/SIDA Fundación Eudes donde se llevó a cabo labores de consulta, atención odontológica preventiva y en algunos casos visitas a pacientes hospitalizados con el propósito de encontrar patologías de cavidad oral.*

*La consulta fue realizada por los integrantes del grupo de la presente monografía, se tomó como referencia la población de trabajadoras sexuales y homosexuales hombres a nivel de las zonas de alto riesgo de Santafé de Bogotá; distribuidos así:*

### **HOMOSEXUALES HOMBRES**

<i>Calle 1 N° 24-60</i>	<i>Barrio Eduardo Santos</i>	<i>Taberna Bar Noches de Media Luna</i>
<i>Cra. 16 N° 19-06</i>	<i>Barrio los Mártires (Centro)</i>	<i>Taberna Costa Azul</i>
<i>Calle 20 N° 16-60</i>	<i>Barrio los Mártires (Centro)</i>	<i>Residencias El Rosal</i>

### **TRABAJADORAS SEXUALES**

<i>Calle 18 N° 10-12</i>	<i>Centro</i>	<i>Bar Residencias de la Sinfonía</i>
<i>Cra. 14 N° 23-06 Sur</i>	<i>Barrio Olaya Herrera</i>	<i>Taberna Costa Azul</i>
<i>Cra. 13 N° 19-33</i>	<i>Centro</i>	<i>Residencias</i>
<i>Cra. 13 N° 19-37</i>	<i>Centro</i>	<i>Residencias</i>
<i>Cra. 13 N° 19-41</i>	<i>Centro</i>	<i>Residencias</i>

**PACIENTES VIH/SIDA FUNDACION EUDES***Calle 85 N° 35-28 Casa El Tonel**Pacientes Terminales**Calle 22 N° 16-16**Adolescentes de alto riesgo**Cra. 36 N° 87-31**Niños menores de 10 años*

*Para el examen se utilizó, Historia Clínica diseñada y diligenciada por el grupo de la monografía (Ver Anexo 1), guantes, tapabocas, bata, instrumental básico desechable, toallas desechables, bolsas rojas, cepillos, cremas dentales, macromodelo PKT, material didáctico, cámara de video, cámara fotográfica.*

*Se presentaron los resultados de manera descriptiva (porcentajes) con la ayuda de tablas y figuras estadísticas.*

*De los 37 pacientes examinados, 15 fueron mujeres trabajadoras sexuales (40.5%), 15 homosexuales hombres (40.5%) y 7 fueron población VIH/SIDA Fundación Eudes (18.9%) con un promedio de edad de 24.7 años en un rango que oscila entre 12 y 48 años.*

**1. ANALISIS DE GENEROS SEGUN LA POBLACION ANALIZADA**

<b>Grupo de Población</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>%</b>
<i>Homosexuales hombres</i>	15	0	40.5%
<i>Trabajadoras Sexuales</i>	0	15	40.5%
<i>VIH/SIDA Fundación Eudes</i>	7	0	18.9%
<b>TOTAL</b>	59.4%	40.5%	100%

Del total de pacientes examinados el 59.4% de la población fueron hombre y el 40.5% mujeres.

## 2. ANALISIS DE LA POBLACION GRUPOS DE EDAD

<i>Grupo de Población</i>	<i>Menores de 18</i>	<i>%</i>	<i>Mayores de 18</i>	<i>%</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Homosexuales Hombres</i>	2	5.4	13	35.1	15
<i>Trabajadoras Sexuales</i>	3	8.1	12	32.4	15
<i>VIH/SIDA Fundación Eudes</i>	2	5.4	5	13.5	7
<b>TOTAL</b>		18.9		81	100%

Del total de pacientes examinados 81% de la población fueron mayores de 18 años y el 18.9% menores de 18 años.

## 3. ANALISIS DE LA POBLACION POR GRUPO ETNICO

	<i>CAUCAZOIDE</i>	<i>%</i>	<i>NEGROI DE</i>	<i>%</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Homosexuales Hombres</i>	12	32.4%	3	8.1%	
<i>Trabajadoras Sexuales</i>	12	32.4%	3	8.1%	
<i>VIH/SIDA</i>	7	18.9%	0	0	
<b>TOTAL</b>		83.7%		16.2%	100%

El grupo étnico predominante fue el Caucazoide con 83.7% respecto a la Negroide con 16.2%.

#### 4. ANALISIS DE LA POBLACION POR HABITOS

	<i>Alcohol</i>	<i>%</i>	<i>Tabaco</i>	<i>%</i>	<i>Opio</i>	<i>%</i>
<i>Homosexuales Hombres</i>	6	40%	15	100%	15	100%
<i>Trabajadoras Sexuales</i>	11	73.3%	15	100%	3	20%
					<i>Hormonas</i>	<i>%</i>
					15	100%
					0	0%

*Estos datos fueron tomados sin tener en cuenta los pacientes VIH/SIDA Fundación Eudes, pues allí no suministraron dicha información.*

*Se encontró que el 100% de homosexuales consumían opioides, tabaco y hormonas, y tan sólo el 40% consumía alcohol, en cuanto a las trabajadoras sexuales se observó que el 100% consumía tabaco y el 73.3% consumía alcohol, en cuanto a opioides solamente el 20% hacía uso de ellas.*

## 5. ANALISIS DE LA POBLACION SEGUN LA PATOLOGIA ORAL

	<i>Homosexuales Hombres</i>	<i>Trabajadoras Sexuales</i>	<i>VIH/SIDA Fundación Eudes</i>	<i>%</i>
<i>Ninguna</i>	1	3	1	13.5
<i>Candidiasis Oral</i>	2	1	2	13.5
<i>Leucoplasia Velloso</i>	1	0	1	5.4
<i>Herpes Labial</i>	1	0	1	5.4
<i>Gingivitis</i>	13	7	6	70.2
<i>Periodontitis</i>	2	8	1	29.7
<i>Exacerbación de Lesiones Apicales</i>	0	1	0	2.7
<i>Sarcoma de Kaposi</i>	0	0	1	2.7
<i>Estomatitis Aftosa recurrente</i>	2	2	1	13.5
<i>Alteraciones de Glándulas Salivares</i>	0	0	1	2.7
<i>Xerostomía</i>	8	1	1	27.0
<i>Hiperpigmentación Melaninica</i>	1	4	1	16.2
<i>Lesiones Blancas Inespecíficas</i>	2	1	1	10.8
<i>Alteración en Proceso de Cicatrización</i>	1	0	0	2.7
<i>Queilitis Angular</i>	0	1	2	8.1
<i>Melanosis del Fumador</i>	6	3	0	24.3
<i>Pigmentación dentaria</i>	4	2	0	18.2
<i>Papilas Foliadas</i>	6	4	1	29.7
<i>Torus Palatino</i>	3	3	1	18.9
<i>Mucosis Migratoria</i>	3	4	0	18.9
<i>Línea Alba</i>	2	2	0	10.8
<i>Amígdalas Hipertróficas</i>	14	5	5	64.8
<i>Frenillo Pedunculado</i>	1	1	0	5.4
<i>Frenillo Hiperinsertado</i>	1	2	0	8.1
<i>Lengua Fisurado</i>	7	1	0	21.6
<i>Carcinogénesis</i>	2	1	0	8.1
<i>Halitosis</i>	5	8	3	43.2

*Es de aclarar que en un mismo paciente se pueden encontrar una o más enfermedades por lo cual las frecuencias absolutas y relativas no suman 100%, ya que las patologías no son de carácter excluyente.*

*Del total de pacientes examinados el 70.2% presentó gingivitis siguiendo en orden descendente las siguientes patologías: amígdalas hipertróficas (64.8%); periodontitis (29.7%); papilas foliadas (29.7%); xerostomía (27%); Melanosis del fumador (24.3%); lengua fisurada (21.6%) y en menor frecuencia: Pigmentación dentaria, mucositis migratoria, torus palatino, estomatitis aftosa recurrente, halitosis, etc. (Ver Análisis Población/Patología oral).*

## 6. ANALISIS DE POBLACION SEGUN LA EDAD/PATOLOGIA

PATOLOGIA	MENORES DE 18 AÑOS						MAYORES DE 18 AÑOS					
	HOM. H	%	TBS	%	EUDES VIH/SIDA	%	HMH	%	TBS	%	EUDES VIH/SIDA	%
Candidiasis							2	5.4	1	2.7	2	5.4
Leucoplasia Velloso							1	2.7			1	2.7
Herpes Labial							1	2.7			1	2.7
Gingivitis	2	5.4	3	8.1	2	5.4	11	29.7	4	10.8	4	10.8
Periodontitis							2	5.4	8	21.6	1	2.7
Exacerbación de Lesiones									1	2.7		
Sarcoma de Kaposi											1	2.7
Estomatitis Aftosa							2	5.4	2	5.4	1	2.7
Alteraciones Glándulas Salivares											1	2.7
Lesiones Blancas Inespecíficas							2	5.4	1	2.7	1	2.7
Alteración Procesos de Cicatrización							1	2.7				
Queilitis Angular					1	2.7			1	2.7	1	2.7
Melanosis del Fumador							6	16.2	3	8.1		
Pigmentación Dentaria							4	10.8	2	2.7		
Papilas Foliadas							6	16.2	4	10.8	1	2.7
Torus Palatino	1	2.7			1	2.7	2	5.4	3	8.1		
Mucositis Migratoria	1	2.7					2	5.4	4	10.8		
Línea Alba	1	2.7					1	2.7	2	2.7		
Amígdalas Hipertroóficas							14	37.8	5	13.5	5	13.5
Frenillo Pedunculado	1	2.7							1	2.7		
Frenillo Hiperinsertado	1	2.7					1	2.7	1	2.7		
Lengua Fisurada	1	2.7					6	16.2	1	2.7		
Carcinogénesis							2	5.4	1	2.7		
Xerostomía							8	21.6	1	2.7	1	2.7
Hiperpigmentación Melanínica	1	2.7	2	5.4					4	10.8	1	2.7
Halitosis	1	2.7	2	5.4			7	18.9	6	16.2	2	5.4

De la población menor de 18 años analizada en homosexuales hombres la patología predominante fue la gingivitis y en orden descendente: Torus palatino, mucositis migratoria, frenillo pedunculado, etc.

(Ver cuadro).

*En trabajadoras sexuales el orden de incidencia fue gingivitis, hiperpigmentación melaninica y frenillo hiperinsertado.*

*En pacientes con VIH/SIDA Fundación Eudes se encontró gingivitis, queilitis angular y torus palatino.*

*De la población mayor de edad analizada; en homosexuales hombres las patologías en orden descendente fueron: Amígdalas hipertróficas, gingivitis, xerostomía y en igual porcentaje lengua fisurada, papilas foliadas, melanosis del fumador. (Ver cuadro).*

*En trabajadoras sexuales el orden de incidencia fue periodontitis, amígdalas hipertróficas, en igual porcentaje hiperpigmentación melaninica, mucositis migratoria, papilas foliadas, gingivitis. (Ver Cuadro).*

*En pacientes con VIH/SIDA de la Fundación Eudes, las patologías predominantes fueron amígdalas hipertróficas, gingivitis y candidiasis.*

## 7. ANALISIS DE GENERO/PATOLOGIA

GENERO	PATOLOGIA	HOMBRES				MUJERES	
		SIDA EUDES	%	HOM.H	%	TS	%
	<i>Ninguna</i>	0	0	1	2.7	3	8.1
	<i>Halitosis</i>	3	8.1	5	13.5	8	21.6
	<i>Candidiasis Oral</i>	2	5.4	2	5.4	1	2.7
	<i>Leucoplasia Vellosa</i>	1	2.7	1	2.7	0	0
	<i>Herpes Labial</i>	1	2.7	1	2.7	0	0
	<i>Gingivitis</i>	6	16.2	13	35.1	7	18.4
	<i>Periodontitis</i>	1	2.7	2	5.4	8	21.6
	<i>Exacerbación lesiones apicales</i>	0	0	0	0	1	2.7
	<i>Sarcoma de Kaposi</i>	1	2.7	0	0	0	0
	<i>Estomatitis aftosa recurrente</i>	1	2.7	2	5.4	2	5.4
	<i>Alteraciones de Glándulas salivares</i>	1	2.7	0	0	0	0
	<i>Xerostomía</i>	1	2.7	8	21.6	1	2.7
	<i>Hiperpigmentación melaninica</i>	1	2.7	1	2.7	4	10.8
	<i>Lesiones Blancas Inespecíficas</i>	1	2.7	2	5.4	1	2.7
	<i>Alteración en procesos de Cicatrización</i>	0	0	1	2.7	0	0
	<i>Queilitis Angular</i>	2	5.4	0	0	1	2.7
	<i>Melanosis del Fumador</i>	0	0	6	16.2	3	8.1
	<i>Pigmentación Dentaria</i>	0	0	4	10.8	2	5.4
	<i>Papilas Foliadas</i>	1	2.7	6	16.2	4	10.8
	<i>Torus Palatino</i>	1	2.7	3	8.1	3	8.1
	<i>Mucositis migratoria</i>	0	0	3	8.1	4	10.8
	<i>Línea Alba</i>	0	0	2	5.4	2	5.4
	<i>Amígdalas Hipertróficas</i>	5	13.5	14	37.8	5	13.5
	<i>Frenillo Pedunculado</i>	0	0	1	2.7	1	2.7
	<i>Frenillo Hiperinsertado</i>	0	0	1	2.7	2	5.4
	<i>Lengua Fisurada</i>	8	0	7	18.9	1	2.7
	<i>Carcinogénesis</i>	0	0	2	5.4	1	2.7

Del total de la población analizada el género predominante fue el masculino y entre estos encontramos que en los homosexuales las patologías más frecuentes fueron: amígdalas hipertróficas, gingivitis, xerostomía, lengua fisurada, melanosis del fumador y pigmentación dentaria.

*En los pacientes de SIDA Eudes las patologías predominantes fueron: Amígdalas hipertróficas, gingivitis, halitosis entre otras.*

*En el género femenino las patologías encontradas fueron: Halitosis y periodontitis en un mismo nivel; gingivitis, hiperpigmentación melaninica y mucositis.*



## 8. ANALISIS DE GRUPO ETNICO SEGUN PATOLOGIA

PATOLOGIA	CAUCASOIDE						NEGROIDE					
	NSH	%	TS	%	SID A	%	HSH	%	TS	%	SIDA	%
<i>Ninguna</i>	0	0	3	8.1	0	0	1	2.7	0	0	0	0
<i>Candidiasis oral</i>	2	5.4	1	2.7	2	5.4	0	0	0	0	0	0
<i>Leucoplasia Velloso</i>	1	2.7	0	0	1	2.7	0	0	0	0	0	0
<i>Herpes labial</i>	1	2.7	0	0	1	2.7	0	0	0	0	0	0
<i>Gingivitis</i>	11	29.7	5	13.5	6	16.2	2	5.4	2	5.4	0	0
<i>Periodontitis</i>	1	2.7	7	18.9	1	2.7	1	2.7	1	2.7	0	0
<i>Exacerbación de lesiones apicales</i>	0	0	1	2.7	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Sarcoma de Kapusi</i>	0	0	0	0	1	2.7	0	0	0	0	0	0
<i>Estomatitis oftuso recurrente</i>	2	5.4	2	5.4	1	2.7	0	0	0	0	0	0
<i>Alteraciones de glándulas salivares</i>	0	0	0	0	1	2.7	0	0	0	0	0	0
<i>Xerostomia</i>	6	16.2	1	2.7	1	2.7	2	5.4	0	0	0	0
<i>Hiperpigmentación melánica</i>	0	0	0	0	1	2.7	1	2.7	4	10.8	0	0
<i>Lesiones blancas inespecíficas</i>	2	5.4	1	2.7	1	2.7	0	0	0	0	0	0
<i>Alteración proceso de cicatrización</i>	1	2.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Queilitis angular</i>	0	0	0	0	2	5.4	0	0	1	2.7	0	0
<i>Melanosis del fumador</i>	6	16.2	8.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Pigmentación dentaria</i>	4	10.8	2	5.4	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Papilas foliadas</i>	6	16.2	4	10.8	1	2.7	0	0	0	0	0	0
<i>Toreaste palatino</i>	2	5.4	3	8.1	1	2.7	1	2.7	0	0	0	0
<i>Mucositis migratoria</i>	2	5.4	4	10.8	0	0	1	2.7	0	0	0	0
<i>Línea alba</i>	1	2.7	1	2.7	0	0	1	2.7	1	2.7	0	0
<i>Amígdalas hipertróficas</i>	13	35.1	5	13.1	5	13.5	1	2.7	1	0	0	0
<i>Frenillo pedunculado</i>	1	2.7	1	2.7	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Frenillo hiperinsertado</i>	1	2.7	2	5.4	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Lengua Fisurada</i>	5	13.5	1	2.7	0	0	2	5.4	0	0	0	0
<i>Carcinogenesis</i>	2	5.4	0	0	0	0	0	0	1	2.7	0	0
<i>Halitosis</i>	3	8.1	5	13.5	2	5.4	2	5.4	3	6.9	0	0

*Del total de la población analizada encontramos que el grupo étnico predominante fue el caucasoides y entre este, en homosexuales las patologías predominantes fueron amígdalas hipertróficas, gingivitis, xeroxtomía, melarosis del fumador y n menor frecuencia candidiasis oral. (Ver Cuadro) .*

*En trabajadoras sexuales, caucasoides la patología predominante fue periodontitis y le siguen: pupilas hipertróficas, gingivitis; en menor frecuencia toreaste palatino, mucositis, pupilas foliadas. (Ver Cuadro).*

*En pacientes con SIDA/EUDES caucasoides las patologías encontradas en orden descendente fueron: gingivitis, amígdalas hipertróficas, queilitis angular y candidiasis.*

*Dentro de la población negroide analizada, en homosexuales hombres las patologías predominantes fueron: gingivitis, xeroxtomia, lengua fisurada, y en menor incidencia: periodontitis, hiperpigmentación melaninica, toreaste palatino y mucositis.*

*En trabajadoras sexuales negroides las patologías encontradas fueron: hiperpigmentación melanínica, gingivitis, periodontitis, queilitis angular, carcinogénesis.*

## 9. ANALISIS DE HABITO / PATOLOGIA

HABITO ->	ALCOHOL				TABACO				HORMON		DERIVADOS DEL OPIO			
	TS	%	HSH	%	TS	%	HSH	%	HSH	%	HSH	%	HSH	%
Leucoplasia vellosa	0	0	1	6.6	0	0	1	6.6	0	0	0	0	1	6.6
Herpes labial	0	0	0	0	0	0	1	6.6	0	0	0	0	0	0
Gingivitis	0	0	0	0	7	46.6	13	86.6	15	100	3	20	13	86.6
Xerostomía	0	0	0	0	1	6.6	8	53.3	4	26.6	1	6.6	8	53.3
Alteración Procesos cicatrización	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6.6	0	0	0	0
Melanosis de fumador	0	0	0	0	3	20	6	40	0	0	3	20	6	40
Pigmentación dentaria	0	0	0	0	2	13.3	4	26.6	0	0	2	13.3	4	26.6
Papilas foliadas	4	26.6	6	40	4	26.6	6	40	0	0	3	20	6	40
Mucositis migratoria	0	0	0	0	3	20	3	20	0	0	3	20	3	20
Amígdalas hipertróficas	0	0	14	93.3	5	33.3	14	93.3	0	0	3	20	14	93.3
Carcinogenesis	0	0	0	0	1	6.6	2	13.3	2	13.3	1	6.6	2	13.3
Halitosis	6	39.9	5	33.3	4	26.6	5	33.3	0	0	3	20	5	33.3

- *En cuanto al consumo de hormonas:*

La Patología predominante fue la Gingivitis hormonal, en orden descendente Xerostomía, Carcinogenesis y alteración en los procesos de cicatrización, todo esto en población homosexual.

- *En cuanto al consumo de alcohol:*

La patología predominante fue Halitosis, seguida por papilas foliadas.

En homosexuales encontró: en mayor incidencia amígdalas hipertróficas papilas foliadas, halitosis y por último leucoplasia vellosa.

- ***En cuanto a consumo de tabaco:***

*La patología predominante en TS fue la gingivitis, seguida por amígdalas hipertróficas, Halitosis, Papilas foliadas, Melanosis de fumador y en menor orden carcinogenesis y pigmentaciones dentarias.*

*En homosexuales la patología más recuente fue amígdalas hipertróficas, gingivitis, xerostomía y en menor frecuencia melanosis del fumador, papilas foliadas, mucositis y carinogenesis.*

- ***En cuanto al consumo de opiodes:***

*La patología predominante en las TS, fue amígdalas hipertróficas, papilas foliadas, melanosis del fumador y en algunos casos xerostomía y carcinogenesis.*

*En homosexuales la patología de mayor incidencia fue amígdalas hipertróficas, gingivitis, xerostomía, halitosis y en menor grado mucositis migratoria y papilas foliadas.*

**10. ANALISIS DE LA POBLACION SEGUN C.O.P.S.EI (CARIADOS, OBTURADOS, PERDIDOS, SANOS, EXODONCIA INDICADA).**

**TRABAJADORAS SEXUALES**

<i>Cariados</i>	<i>%</i>	<i>Obturados</i>	<i>%</i>	<i>Perdidos</i>	<i>%</i>	<i>Sanos</i>	<i>%</i>	<i>Exodoncia Ind.</i>	<i>%</i>
117	34.8%	27	8.0%	148	44.0%	169	50.2%	23	6.8%

*Número Total de Dientes*                      336

*Superficies Cariadas*                              131

*Superficies Obturadas*                              32

**HOMBRES HOMOSEXUALES**

<i>Cariados</i>	<i>%</i>	<i>Obturados</i>	<i>%</i>	<i>Perdidos</i>	<i>%</i>	<i>Sanos</i>	<i>%</i>	<i>Exodoncia Ind.</i>	<i>%</i>
111	28.8%	25	6.4%	64	16.6%	244	63.3%	9	2.33%

*Número Total de Dientes*                      385

*Superficies Cariadas*                              140

*Superficies Obturadas*                              27

*Al realizar un análisis comparativo entre ambas poblaciones se observó que el mayor número de dientes cariados fue en trabajadoras sexuales en un 34.8%, obturados en un 8.0%, perdidos en un 44.0% y exodoncia indicada en un 6.8%.*

*Se observó que el número de dientes sanos fue en homosexuales en un 63.3% hombres. Estos datos no cuentan con la población EUDES/SIDA, porque allí no se recopiló éste tipo de información.*

### **III. DISCUSION**

*No se logró establecer parámetros claros que referencia en cuanto a la frecuencia de aparición de las lesiones halladas puesto que no existen suficientes informes o estudios que se enfoquen hacia patologías orales directamente relacionadas con ETS - VIH/SIDA; sin embargo, se observan coincidencias en algunos tipos de enfermedades más prevalente como gingivitis, xerostomía y amígdalas hipertróficas, confirmando lo encontrado por la mayoría de las investigaciones.*

*Vale la pena resaltar que la investigación no arrojó los resultados esperados puesto que es fácil imaginar que por las características y calidad de vida, dicha población pueda presentar más severidad en las patologías.*

*Del total de población examinada se observó que el tipo de enfermedad más frecuente fue la gingivitis seguida de amígdalas hipertróficas, halitosis, periodontitis, papilas foliadas, xerostomía, melanosis del fumador, lengua fisurada; y en menor frecuencia pigmentación dentaria, mucositis migratoria, torus palatina, estomatitis aftosa recurrente, igualmente se observó que existen otras patologías tales como exacerbación de lesiones apicales, herpes labial, sarcoma de kaposi, alteración en procesos de cicatrización, carcinogénesis que en cuanto al orden de presentación y frecuencia no se destacaron.*

Se observó que el grupo de edad más afectado fue el de mayores de 18 años siendo las patologías más frecuentes amígdalas hipertróficas, gingivitis y xerostomía. En cuanto al género de la población la mayoría resultó ser hombres siendo las amígdalas hipertróficas, la gingivitis y la xerostomía las patologías más frecuentes. En el género femenino halitosis y periodontitis estaban en un mismo nivel. Por otra parte, el caucasoide fue el grupo de mayor representación con una muestra patológica dada así: amígdalas hipertróficas, papilas hipertróficas, gingivitis, xerostomía; dentro de la población negroide la patología en orden de presentación resultó ser gingivitis, hiperpigmentación melanínica, lengua fisurada y xerostomía.

De igual manera, los hábitos más comúnmente adoptados fue un alcohol y tabaco, además que la población de homosexuales hombres se destacó por el consumo de hormonas y derivados del opio acarreado con ello xerostomía, gingivitis, amígdalas hipertróficas, halitosis, melanosis del fumador y en menor orden carcinogénesis, pigmentaciones dentarias, quellitis angular y alteración en los procesos de cicatrización.

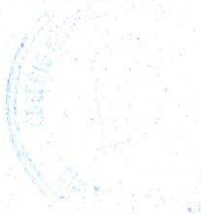
Más sin embargo, no se dejó de lado el análisis de la población según la actividad cariogénica presente, motivo por el cual al realizar el estudio se tomó en cuenta el índice **COPSEI** (cariados, obturados, perdidos, sanos, exodoncia indicada), hallando que el grupo de trabajadoras sexuales tienen el índice **COPSEI** más elevado, por el contrario los homosexuales hombres tiene el mayor número de dientes sanos. El **COPSEI** no fue tomado en cuenta en población con VIH/SIDA fundación EUDES puesto que allí no se recopiló este tipo de datos, dado que por el estado clínico de los pacientes no era prudente, realizarlo.

*Los resultados obtenidos no permiten llegar a un diagnóstico confiable de ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) VIH/SIDA, a pesar, de que la incidencia de la alteraciones fue alta, no significó que los datos encontrados fueron alarmantes.*

#### IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- *La población con mayor compromiso patológico a nivel de cavidad oral que fue la de homosexuales debido a la calidad de vida.*
  
- *Contrastando homosexuales hombres con trabajadoras sexuales se observó que el homosexual presenta una mejor higiene oral, un bajo índice de caries y mejor salud periodantal, mientras que la trabajadora sexual presenta un índice COP EI elevado.*
  
- *Las patologías más frecuentemente observadas fueron: gingivitis, amígdalas hipertróficas, xerostomía, periodontitis, halitosis, lengua fisurada y mucositis migratoria.*  
  
*Por el contrario las patologías de más baja frecuencia fueron: herpes labial, sarcoma de kaposi, queilitis angular, candidiasis y carcinogénesis.*
  
- *El consumo de hormonas y derivados del opio entre la población homosexual fue la principal etiología causante de patologías como la gingivitis hormonal, xerostomía, alteración en procesos de cicatrización, queilitis angular, melanosis del fumador y pigmentaciones dentarias.*

- *La mala higiene oral asociada con tabaquismo, alcoholismo y hábitos de vida en población de trabajadoras sexuales fueron la causa directa de alto índice de caries y patologías a nivel de cavidad oral.*
  
- *El negarse a atender personas infectadas por VIH/SIDA, homosexuales, o trabajadoras sexuales, simplemente refleja la ignorancia o bien la falta de ética del profesional.*
  
- *Se recomienda llevar a cabo un estudio profundo que abarque mayor número de población, durante un lapso de tiempo adecuado que permita la realización de exámenes histopatológicos y de laboratorio.*



***LISTAS ESPECIALES***

*ANEXO N°1 Historia Clínica*

*ANEXO N°2 Perfil Psicológico*

## V. MATERIAL COMPLEMENTARIO

### HISTORIA CLINICA

#### INFORMACION PERSONAL

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Grupo Etnico: \_\_\_\_\_

Lugar de Visita: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_

#### ANAMNESIS

a. Enf. Cardiovasculares	NO	SI	e. Inmunodeficiencias	NO	SI	i. Hepatitis	NO	SI
b. Enf. Respiratorias			f. Farmacodependencia			j. Tuberculosis		
c. Enf. Hemorrágicas			g. Venéreas			k. Trastornos Circulatorios		
d. Enf. Gastrointestinal			h. Hipertensión			l. Planificación		

**OBSERVACIONES** \_\_\_\_\_

#### EXAMEN FISICO ORAL

a. Labios	N	A	e. Lengua	N	A	i. Paladar Blando	N	A
b. Carrillos			f. Piso de Boca			j. Amígdalas		
c. Surco Vestibular			g. Frenillos			k. Reborde Alveolar		
d. Mucosa			h. Paladar Duro			l. Xerostomía		

**OBSERVACIONES** \_\_\_\_\_

**ODONTOGRAMA**

<b><i>SUPERIOR</i></b>	<b><i>SUPERIOR</i></b>
<i>11</i>	<i>21</i>
<i>12</i>	<i>22</i>
<i>13</i>	<i>23</i>
<i>14</i>	<i>24</i>
<i>15</i>	<i>25</i>
<i>16</i>	<i>26</i>
<i>17</i>	<i>27</i>
<i>18</i>	<i>28</i>
<b><i>INFERIOR</i></b>	<b><i>INFERIOR</i></b>
<i>41</i>	<i>31</i>
<i>42</i>	<i>32</i>
<i>43</i>	<i>33</i>
<i>44</i>	<i>34</i>
<i>45</i>	<i>35</i>
<i>46</i>	<i>36</i>
<i>47</i>	<i>37</i>
<i>48</i>	<i>38</i>

**OBSERVACIONES** \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICOS** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **C.C.** \_\_\_\_\_

## **ORIGEN Y PERFIL PSICOLOGICO**

### **HOMOSEXUALISMO**

*En los últimos años la polémica ha sido científica; con el auge de la psicología y la publicación de las tesis de Freud, la homosexualidad a mediados del siglo quedó sustentada dentro del esquema del "Complejo de Edipo", como un problema adquirido en la infancia tras la no superación del conflicto inconsciente de envidia de la sexualidad del padre.*

*Según la medicina la homosexualidad es una enfermedad. Se decía que "Se nace con una carencia hormonal ocasionada por la segregación excesiva de adrenalina cuando las madres durante la gestación sufren de estados de angustia severa".*

*Y sobre la base de que eran enfermos se les quiso "curar" suministrándoles las cantidades de hormonas carentes en su organismo lo que produjo hombres con más vellos y voz más gruesa, pero de igual preferencial sexual.*

*Estudios psicológicos de importantes médicos y psicólogos a lo largo de las últimas décadas han encontrado otras consideraciones, sobre la conducta sexual humana, sustentando sobre estadísticas que la homosexualidad no es una enfermedad sino una conducta sexual aprendida, inducida o adquirida.*

*Aprendida por formación, en el curso del desarrollo sexual; inducida por experiencias traumáticas o por factores ambientales de tipo familiar o social; adquiridas por disponibilidades congénitas biológicas. Otras se cree que se pasa por muchas etapas incluyendo relaciones con mujeres antes de finalmente admitir su identidad sexual.*

*La Neurología y psiquiatría sostienen que el comportamiento y la interacción de un ser humano con el medio ambiente (estrés, angustias, depresiones, etc.) puede modificar de tal manera, su estructura física y llegue a alterar, entre otras posibilidades, sus células o glándulas cerebrales. Lo que deja la incógnita del comportamiento que lo deformó o la deformidad que le hizo comportarse de determinada forma.*

*Los genes y la conformación biológica del organismo pueden predisponer más no determinar. Y el ambiente familiar, social y las experiencias traumáticas o placenteras pueden cultivar preferencias o consecuencias en la conducta sexual, pero no determinarlas.*

*El comportamiento paranormal puede ser reflejado en actitudes que la demás gente o sociedad puede recriminar, impidiendo libertad de expresión y muchas virtudes que podrán ofrecer. En su defecto actúan con timidez, evitando decir la verdad y tratando de impedir que entren en su intimidad.*

*El rechazo social quita la posibilidad de estudio de trabajo llevándolos a la prostitución.*

**BIBLIOGRAFIA**

*COLGATE HOYT LABORATORIES. Lesiones Orales: Guía Ilustrada para el Diagnósticos y Tratamiento. 2ª ed.*

*GOODMAN y GILMAN. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 8ª ed. Editorial Panamericana.*

*MASCARO, J.M. Claves para el Diagnóstico Clínico en Dermatología.*

*REPUBLICA DE COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Manual de Aspectos Básicos: Infección por VIH/SIDA - Hepatitis B Medidas para el Control de Infecciones en Odontología. Protocolo Básico para el Equipo de Salud. Santafé de Bogotá, 1995.*

*SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA. Estadísticas.*

*STANLEYL., Robbins. Patología Estructural y Funcional. 1ª ed., en Español. Interamericana, 1975.*

*TOVAR SANCHEZ, Mabel Constanza. Posibles Manifestaciones Clínicas Orales en Pacientes Consumidores de Bazuco, Coca y/o Marihuna. COC M 379. 1994*

*TRUJILLO, Andrea del Pilar. Manifestaciones Clínicas en Cavidad Oral en Pacientes con SIDA. COC M. 413. 1995*