

01473 N:1
2Ej.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

*PREVALENCIA DE ALTERACIONES BUCALES EN
UNA POBLACION ADULTA MEXICANA*

TESIS QUE PRESENTA EL ALUMNO
C.D. ALEJANDRO DONOHUE CORNEJO

PARA OPTAR AL GRADO DE
MAESTRIA EN ODONTOLOGIA
(*Patología bucal*)
TUTOR C.D.M.O. ELBA ROSA LEYVA HUERTA

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

MANUSCRITO DE TESIS

Cualquier tesis no publicada que avale el grado de Maestría y depositada en la Biblioteca de la Universidad, Facultad de Odontología, queda abierta para inspección, y sólo podrá ser usada con la debida autorización del autor. Las referencias bibliográficas pueden ser tomadas, pero ser copiada sólo con el permiso del autor, y el crédito se da posteriormente a la escritura y publicación del trabajo.

Esta tesis ha sido usada por las siguientes personas que firman y aceptan las restricciones señaladas.

La biblioteca que presta esta tesis debe de asegurarse de recoger la firma de cada persona que la utilice.

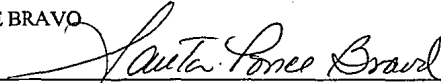
NOMBRE Y DIRECCION

FECHA

**PREVALENCIA DE ALTERACIONES BUCALES EN
UNA POBLACION ADULTA MEXICANA**

APROBADA POR


DRA. SANTA PONCE BRAVO



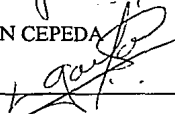
C.D.M.O. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS



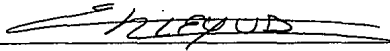
C.D.M.P.H. AIDA BORGES YAÑEZ



C.D.M.O. LUIS A. GAITAN CEPEDA



DIRECTOR DE TESIS. C.D.M.O. ELBA ROSA LEYVA HUERTA



RECONOCIMIENTOS

A la Dra. Elba Rosa Leyva Huerta.

Por su valiosa ayuda y tiempo dedicado en la realización de este trabajo.

Al Dr. Javier Portilla Robertson.

Mi agradecimiento por el apoyo incondicional que siempre me brindó durante el estudio.

Al Dr. Alfredo Aguirre M. de O.

Por la confianza que depositó en mí para dirigir este estudio.

A los Drs. Beatriz C. Aldape B.

Santa Ponce B.

Daniel Quezada R.

Por su participación activa durante la realización de este trabajo.

Al Q.F.B. Fernando Franco Martínez

Por el apoyo en el estudio microbiológico de los casos remitidos durante el estudio.

A la Dra. Aida Borges Y.

Por su asesoría y elaboración del análisis estadístico.

A la Dra. Lourdes Suárez Roa

y a Dr. Juan Carlos Garza G.

Por su valiosa ayuda en la realización de este manuscrito.

A todo el personal de la Facultad de Odontología, U.N.A.M., que de alguna u otra forma colaboró en la realización de este estudio.

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCION	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
JUSTIFICACION	12
OBJETIVO	13
MATERIALES Y METODO	14
RESULTADOS	28
DISCUSION	54
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	60
PROPUESTAS DE INVESTIGACION	60
BIBLIOGRAFIA	61
APENDICE	66

INDICE DE TABLAS

TABLA 1.	
DISTRIBUCION RELATIVA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.....	29
TABLA 2.	
PREVALENCIA DE CONDICIONES BUCALES POR SEXO EN LA POBLACION ESTUDIADA.....	30
TABLA 3.	
PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES POR SEXO EN LA POBLACION ESTUDIADA.....	31
TABLA 4.	
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CONDICIONES BUCALES POR GRUPOS DE EDAD EN LA POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, 1992.....	33
TABLA 5.	
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LESIONES BUCALES POR GRUPOS DE EDAD EN LA POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, 1992.....	35
TABLA 6.	
RESULTADO HISTOPATOLOGICO DE LA TOMA DE BIOPSIAS.....	37
TABLA 7.	
RESULTADO DEL ESTUDIO MICROBIOLOGICO A CANDIDA.....	38

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA 1.	
DISTRIBUCION DE LA POBLACION TOTAL POR EDAD Y SEXO	40
GRAFICA 2.	
DISTRIBUCION POR SEXO DE LA POBLACION ESTUDIADA	41
GRAFICA 3.	
DISTRIBUCION DE LA POBLACION TOTAL POR GRUPOS DE EDAD	42
GRAFICA 4.	
DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIADA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO	43
GRAFICA 5.	
DISTRIBUCION DE PACIENTES SIN DIAGNOSTICO DE ACUERDO A EDAD	44
GRAFICA 6.	
DISTRIBUCION DE PACIENTES CON UN DIAGNOSTICO DE ACUERDO A EDAD	45
GRAFICA 7.	
DISTRIBUCION DE PACIENTES CON DOS DIAGNOSTICOS DE ACUERDO A EDAD	46

GRAFICA 8.

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON TRES DIAGNOSTICOS DE ACUERDO A EDAD 47

GRAFICA 9.

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON CUATRO DIAGNOSTICOS DE ACUERDO A EDAD 48

GRAFICA 10.

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON CINCO DIAGNOSTICOS DE ACUERDO A EDAD 49

GRAFICA 11.

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON SEIS DIAGNOSTICOS DE ACUERDO A EDAD 50

GRAFICA 12.

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON SIETE DIAGNOSTICOS DE ACUERDO A EDAD 51

GRAFICA 13.

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON OCHO DIAGNOSTICOS DE ACUERDO A EDAD 52

GRAFICA 14.

PORCENTAJE DE DIAGNOSTICOS EN EL TOTAL DE PACIENTES 53

RESUMEN

Pocos estudios han sido publicados en relación a la presencia de alteraciones en la mucosa bucal en población adulta mexicana. El propósito de este estudio fue establecer su prevalencia en pacientes adultos quienes fueron atendidos en las clínicas de nuestra Facultad. El examen clínico fue llevado a cabo por especialistas en Patología bucal en un sillón dental iluminado con luz artificial; los examinadores usaron guantes y cubreboca. Se revisaron 1152 pacientes durante 9 meses; 754 (65.45%) fueron del sexo femenino y 398 (34.55%) del sexo masculino, con un rango de edad de 18 a 84 años y un promedio de 39 años. 32 lesiones fueron registradas, 18 pacientes (1.6%) no presentaron ninguna alteración. Las lesiones más frecuentes fueron: Lesión blanca friccional 354 (30.72%), úlceras traumáticas 132 (11.45%), aumento tisular con causa aparente 103 (11.28%), parulis 64 (5.55%), estomatitis por prótesis II 43 (3.64%), candidiasis atrófica crónica 27 (2.34%), atrofia de papilas 24 (2.08%). Las condiciones más comunes fueron: Melanosis racial 694 (60.24%), gránulos de Fordyce 634 (55.03%), lengua fisurada 428 (37.15%), torus palatino 353 (30.64%), línea alba oclusal 266 (19.61%), varices linguales 201 (17.44%), torus mandibular 87 (7.55%), foveolas comisurales 70 (6.07%), leucoedema 70 (6.07%), mácula melanótica 36 (3.12%), lengua geográfica 20 (1.73%) y anquiloglosia 8 (0.69%).

La queratosis friccional, las úlceras traumáticas y el aumento tisular con causa aparente, fueron las lesiones mas frecuentemente observadas. La prevalencia de melanosis racial, y gránulos de Fordyce muestran que estas condiciones pueden ser consideradas como características normales de la población mexicana.

ABSTRACT

Scanty and fragmented studies are published in relation to the presence of disturbances of the oral mucosal tissues in adult mexican population. The aim of this study is to record their prevalence in adult patients, who were attended in the clinics of our Faculty. Clinical examination were made by specialists in Oral Pathology in a dental chair illuminated with artificial light using dental mirrors and gloves. This sample consisted in 1152 subjects reviewed in 9 months duration clinical trial; 754 patients were females (65.45%) and 398 males (34.55%) age range 18-84 yr. and a mean age of 39 yr. A total of 3985 lesions were found, 18 patients (1.6%) had any lesion. We record 32 different diagnosis, the more prevalent lesions were: frictional lesions 354 cases (30.72%); traumatic ulcer 132 (11.45%); tissue growing as response to aparent cause 130 (11.28%); parulis 64 (5.55%); denture stomatitis II 43 (3.73%); tissue growing without aparent cause 42 (3.64%); denture stomatitis I 40 (3.47%); atrophic chronic candidiasis 27 (2.34%) and atrophy of lingual papilla; 24 (2.08%).

The more common conditions were: Melanoplakia 694 cases (60.24%); Fordyce granules 634 (55.03%); fissured tongue 428 (37.15%); torus palatinus 353 (30.64%) occlusion line 226 (19.61%); lingual varix 201 (17.44%); torus mandibularis 87 (7.55%); comisural pits 70 (6.07%); leukoedema 70 (6.07%); oral melanotic macule 36 (3.12%); geographic tongue 20 (1.73%) and ankyloglossia 8 (0.69%).

Frictional lesions, traumatic ulcer and tissue growing as response to aparent cause were the most frequent oral lesions observed in this study, in general these lesions have a common pathogenic mechanism, who that mechanic trauma. The prevalence rates of melanoplakia and Fordyce granules show that these conditions should be considered as normal features in mexican population.

PALABRAS CLAVE

PREVALENCIA, LESIONES, CONDICIONES, MUCOSA BUCAL, EPIDEMIOLOGIA.

INTRODUCCION

La cavidad bucal es asiento de una gran cantidad de entidades que representan variaciones anatómicas y estados patológicos; la boca de los individuos está sujeta a sufrir constantes modificaciones debido a los diferentes factores irritantes que actúan sobre ella, conforme aumenta la edad también se modifica influyendo en los estados de salud y enfermedad, esto hace que las manifestaciones locales y sistémicas sean diferentes de una época de la vida a otra y que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos sean diferentes de una población a otra.

El establecer la prevalencia de lesiones y condiciones en cavidad bucal permitirá planear y evaluar los programas de estudio, así como prevenir y diagnosticar tempranamente alteraciones bucales en una población específica.

Se han realizado diversos estudios de prevalencia de diferentes lesiones de la cavidad bucal que han sido reportadas en la literatura mundial, la mayoría de ellos encaminados a establecer perfiles epidemiológicos; en Estados Unidos¹ aproximadamente el 10% de un grupo de 23,616 individuos mayores de 35 años tienen cuando menos una alteración en boca, que por lo general es raro que haya sido registrada por el Dentista; Bouquout E.¹ en varias comunidades de Minnesota en E.U. en las cuales examinaron 23,616 adultos, encontraron que las lesiones más frecuentes fueron leucoplasia (29.1%), torus (27.6%), inflamación o irritación (17.3%), fibroma irritativo (11.9%) y gránulos de Fordyce (9.4%).

Por otra parte Halperin y cols.² comentan que para aumentar la eficiencia en el diagnóstico de lesiones bucales es necesario este tipo de estudios utilizando un método de muestreo adecuado para que tengan validez estadística para la población en general; ellos se limitaron a estudiar 6 condiciones benignas que frecuentemente son objeto de especulación diagnóstica; revisaron 2,478 pacientes que asistieron a recibir atención dental, y reportaron lo siguiente; gránulos de Fordyce (82.49%), lengua fisurada (5.14%) glositis migratoria benigna (1.37%) y glositis romboidea media (0.32 %) siendo esta última una condición rara en los pacientes revisados. Sin embargo mencionan que existen diferencias marcadas por sexo, edad y raza que señalan la etiología de cada lesión por lo cual debemos tener cuidado como lo mencionan Redman y cols.³ quienes al estudiar cuatro lesiones encontraron que la lengua geográfica afecta al 1.41 % de los niños estudiados, la lengua fisurada se presenta en el 1.08% por lo general asociada a lengua geográfica, sin embargo, la glositis romboidea media y la lengua pilosa fueron muy raras, encontrándolas únicamente en 0.11 y 0.06% de los niños, lo cual concuerda con la posible etiología de estas entidades; en la misma Universidad de Minnesota Meskin y cols.⁴ en 3,668 estudiantes con edades entre 17 y 21 años encontraron que únicamente el 1.15% del total de los estudiantes presentaba lengua geográfica; se ha tratado de demostrar el posible factor genético de esta entidad, del mismo modo se ha demostrado la relación entre esta alteración y diferentes factores, incluyendo la diabetes, donde se ha encontrado que existe una mayor prevalencia en pacientes insulino-dependientes que en la población no diabética⁵.

Por otra parte parece ser que la lengua fisurada no tiene diferencias significativas en cuanto a sexo, edad ni distribución racial, con base en esto se determinó la prevalencia de lengua fisurada en 4009 pacientes incluyendo datos como edad, sexo, profundidad y extensión de las fisuras y su

asociación con lengua geográfica, presencia de síntomas linguales y pacientes que desconocían la condición de sus lengua, donde se encontró que del total de pacientes, fueron detectados 103 (2.56%) casos de lengua fisurada; un hallazgo importante fue la presencia de grandes y edematosas papilas fungiformes cercanas a las fisuras, esta condición ha sido reportada en la literatura como lengua papiloquistica y se considera que es la dilatación de pequeños vasos linfáticos como resultado de un traumatismo, pero Aboyans y cols.⁶ quienes realizaron este estudio no registraron este tipo de condición como tal, aunque ellos consideran que se requieren futuros estudios al respecto.

Durante muchos años ha sido motivo de controversia la etiología de la glositis romboidea media y la trascendencia clínica de ella; en 1975 Farman introduce el término atrofia central de papilas para describir un área central no ulcerada desprovista de papilas, de color rosa o roja en el tercio medio del dorso de la lengua; muchas de estas lesiones debido a su apariencia han sido consideradas alteraciones del desarrollo, pero algunas de ellas pueden no extenderse distalmente o estar alejadas del foramen caecum; Farman⁷ menciona que factores como edad, sexo, presencia de candida y cambios malignos deben ser considerados en este tipo de lesiones; en la India⁸ ha sido considerada la asociación entre la atrofia central de papilas y el uso del tabaco, particularmente con los fumadores de bidí en donde es una característica clínica la presencia de esta lesión, de 182 lesiones consideradas como atrofia central de papilas, el 98% ocurrió entre fumadores de bidí, cerca del 31% de los mismos pacientes presentaban otras lesiones asociadas como eritema del paladar (14%), leucoplasia (8%) o ambas (3%); en 10 años de seguimiento de las 182 lesiones, hubo una regresión muy alta (87%) en aquellos pacientes que suspendieron el hábito de fumar, persistiendo en los que no evitaron dejar de hacerlo.

Kolas y cols.⁹ mencionan que el torus palatino y el mandibular varían entre los diferentes grupos raciales y que existen factores asociados que influyen en su aparición como son estados emocionales, factores hereditarios y proceso de crecimiento; reportando una prevalencia de torus palatino del 20.9% y de torus mandibular del 7.75% en 2478 pacientes; además mencionan que ambos tipos de torus sufren un decremento en la tercera década de la vida.

Axell y cols.¹⁰ revisaron y compararon la prevalencia de lesiones en pequeñas poblaciones similares en Tailandia y Malasia, compararon sus resultados con un estudio realizado en Suecia por ellos mismos años atrás, reportando una prevalencia de historia de herpes labial del 5.6% en Chiang Mai, del 2.6% en Kuala Lumpur y en 14.3% en Suecia. Encontraron candidiasis pseudomembranosa en Chiang Mai únicamente en el 0.4% en Kuala Lumpur y en Suecia 0.2%, con respecto a las úlceras aftosas recurrentes las reportan en un 11.1%, 5.1% y 2.0% respectivamente, úlceras traumáticas 13.2%, 12.4% y 4.3%; leucoplasia 1.3%, 1.7% y 3.6%; lesión friccional 3.8%, 5.2% y 5.5%; leucoedema 23.9%, 29.6% y 48.9%; líquen plano 3.8%, 2.1% y 1.9%, úlcera provocada por prótesis 3.4%, 7.7% y 16.0%; hiperplasia por prótesis 0.9%, en Kuala Lumpur no se encontró y 3.4% se encontró en Suecia; glositis romboidea media 1.3%, 1.3% y 1.4%; lengua geográfica 5.1%, 6.4% y 8.5%; atrofia de papilas 3.0%, 1.3% y 1.1%; pigmentación melánica 70.5%, 88.4% y 9.9% y gránulos de Fordyce 57.7%, 61.8% y 82.8%. Comentan que la prevalencia de pigmentación melánica fue muy alta especialmente en la población de Kuala Lumpur lo cual puede ser debido a diferencias fisiológicas o étnicas, aunque mencionan que un factor etiológico importante es el hábito del tabaco que favorece la pigmentación melánica de la mucosa; con respecto a los gránulos de Fordyce ellos no encontraron una explicación al porque prevalece más en la población sueca ya que la función de las glándulas

sebáceas en boca es desconocida. Posteriormente, Hedin y Axell¹¹ describen que la mucosa oral se encuentra pigmentada por melanina en niños australianos aborígenes y en jóvenes brasileños de piel oscura, demostrando que existen factores genéticos en ciertos grupos étnicos, aunque también ha sido demostrado que existe pigmentación melánica en caucásicos que son altamente fumadores ya que los melanocitos son capaces de incrementar la producción de melanina influenciados por el tabaco.

En México en años recientes se ha tratado de establecer la prevalencia de lesiones en cavidad bucal, los estudios se han realizado en diferentes Instituciones y estados del país, sin embargo la mayoría de ellos han sido en forma fragmentada y parcial; como lo mencionan Ramírez V y cols.¹², es necesario realizar investigaciones en grupos representativos en diferentes regiones de nuestro país para poder obtener un panorama de morbilidad bucal y en consecuencia dar pauta al desarrollo de programas preventivos de salud bucal. Sedano y cols.¹³, seleccionaron seis ciudades representativas en cuanto a localización geográfica, composición étnica y posición económica, las ciudades seleccionadas fueron Guadalajara, Monterrey, Oaxaca, San Luis Potosí, Torreón y Zacatecas donde revisaron 32,022 niños en edad escolar, de estos 16,473 (51.4%) fueron niños y 15549 (48.6%) niñas, con edades entre 5 y 14.5 años, reportando que las foveolas comisurales se presentan con menor frecuencia que las reportadas en adultos, lo que sugiere que estas se acentúan con la edad, al igual que los gránulos de Fordyce que parece que también se incrementan con la edad; la prevalencia de lengua fisurada (15.7%) mostró una diferencia estadísticamente significativa entre los niños (16.8%) y las niñas (14.5%) y la lengua geográfica (1.9%) mostró una marcada diferencia entre el grupo de niños de 5 a 10.5 años (2.2%) al compararla con el grupo de niños de 10.5 a 14.5, sin embargo ellos no reportan que haya

existido alguna influencia con respecto a los grupos étnicos, factores económicos y/o localización geográfica para la presencia o no de lesiones:

En Tlaltenco, Tepepan y la Universidad Autónoma Metropolitana fueron revisados 812 individuos de ambos sexos mayores de 34 años, 402 (49.5%) hombres y 410 (50.5%) mujeres, un dato importante registrado por Ramírez V y cols.¹², fué que su grupo de estudio estuvo constituido en un 59.2% por individuos menores de 45 años y fué disminuyendo el porcentaje conforme avanzó la edad; para fines del estudio, agruparon las lesiones por sus características clínicas comunes en: pigmentadas, manchas blancas, aumentos tisulares y úlceras; reportando que: pigmentación melánica (33.5%), condición de Fordyce (31.5%), queratosis friccional (15.9%) y leucoedema (10.8%) fueron las condiciones más frecuentemente encontradas y que la importancia clínica del leucoedema y de la queratosis friccional radica en que deben ser consideradas para el diagnóstico diferencial de leucoplasia.

En la ciudad de León Guanajuato en la Universidad del Bajío; Díaz Guzmán y cols. en un proyecto permanente de lesiones de mucosa bucal han obtenido información que han publicado en una serie de artículos^{14,15 y 16}. Basados en que la mayoría de las investigaciones sobre prevalencia de enfermedades de la mucosa bucal han sido realizadas en países con una población diferente a la nuestra, desde el punto de vista racial, cultural y económico, en algunos trabajos la edad avanzada de los individuos estudiados y su estado de salud han influido de manera determinante en los resultados; en otros trabajos, las muestras no han sido lo suficientemente representativas como para poder extrapolar los resultados a la población local, regional o nacional. En su primer trabajo publicado¹⁴; ellos reportan 312 lesiones blancas de mucosa bucal en 5868 pacientes, siendo la hiperqueratosis por irritación la más

frecuente con un porcentaje de 1.99, úlceras traumáticas 1.24%, y leucoedema 0.60%, con menor frecuencia liquen plano (0.15%) y glositis migratoria benigna (0.12%), observaron que casi dos terceras partes de las lesiones correspondieron a las denominadas queratósicas, cuya etiología fue irritación local. En otro artículo¹⁵, ellos reportan las lesiones rojas y mixtas (blancas/rojas) en la misma población, ya que ellos consideran que el cambio de color de la mucosa bucal es a menudo signo temprano, y a veces único de las alteraciones que están sufriendo los tejidos. Entre las lesiones rojas, las más frecuentes fueron candidiasis crónica atrófica (1.77%), hiperplasia fibrosa (1.28%), úlcera traumática (1.24%) y herpes labial (0.66%); estas alteraciones representaron mas del 70% de las lesiones eritematosas encontradas; dentro de las lesiones mixtas vuelven a reportar la úlcera traumática describiendo además como lesión mixta las úlceras aftosas(0.37%) glositis migratoria benigna (0.12%) y quemaduras químicas con 0.07%.

En su tercer artículo¹⁶, reportan el estudio en 7,297 pacientes, siendo la lesión mas frecuente la queratosis irritacional (2.37%), úlcera traumática (1.81%), candidiasis crónica atrófica (1.62%) e hiperplasia fibrosa (1.43%).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desconocer las características bucales propias de nuestra población así como las diferentes lesiones y condiciones que se presentan, impide al Cirujano Dentista familiarizarse con ellas. Tomando en cuenta que el C.D. es el que generalmente tiene el primer contacto con las diferentes patologías que se presentan en la cavidad bucal, por lo tanto es necesario conocer las lesiones y condiciones que se presentan con mayor frecuencia en nuestra población; de lo contrario se hace más difícil la capacitación del Cirujano Dentista que es el indicado para diagnosticar estas entidades, ya que en muchas ocasiones por falta de información el diagnóstico se da tardíamente, esto aunado a que es necesario desarrollar programas preventivos de salud bucal.

JUSTIFICACION

A pesar de que la cavidad bucal es una región fácilmente accesible a la exploración y considerando, que es posible encontrar un alto número de alteraciones que pueden ser procesos localizados o expresión de alguna alteración sistémica, son pocos los estudios al respecto que se han realizado en nuestro país, con base en esto consideramos que el estudio epidemiológico de las características de la mucosa bucal es la base para identificar las principales alteraciones en una población adulta, lo que servirá para la planeación de programas de educación para la salud, prevención, diagnóstico temprano y autocuidado, que pueden ser implementados en las escuelas y Facultades de Odontología. También será de utilidad para la adecuación de los programas de estudio en Patología Bucal, Medicina Estomatológica, Cirugía etc. enfatizando el estudio de las principales alteraciones en nuestra población.

OBJETIVO GENERAL

Establecer la prevalencia de condiciones y lesiones en cavidad bucal de los pacientes que acudieron a las Clínicas de Admisión de Licenciatura y Posgrado de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer la prevalencia de condiciones bucales de los pacientes de nuestro grupo de estudio.
- Establecer la prevalencia de lesiones bucales en nuestra población a estudiar.
- Determinar la prevalencia de condiciones de acuerdo al sexo y edad de los pacientes.
- Determinar la prevalencia de lesiones por sexo y grupo de edad.
- Conocer el resultado histopatológico de las biopsias tomadas a los pacientes de la población en estudio.
- Comparar la prevalencia de condiciones y lesiones del grupo estudiado con lo reportado en la literatura mundial para poblaciones adultas.

MATERIALES Y METODOS

a) Tipo de investigación.

Longitudinal, prospectiva.

b) Universo de estudio.

Consistió en pacientes mayores de 18 años que acudieron durante un periodo de 9 meses a las Clínicas de Admisión de la F.O., U.N.A.M.

c) Sujetos de estudio.

Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años.

c) Tipo y tamaño de Muestra.

Se seleccionaron 1,152 pacientes a través de un método aleatorio simple de los que asistieron a las Clínicas de Admisión de Licenciatura y de Posgrado de la Facultad de Odontología, durante un periodo de 9 meses.

d) Variables en estudio y definición operacional de las entidades a estudiar.

Variables:

Independientes.

Edad, sexo.

Dependientes.

1) foveolas comisurales, 2) hiperplasia epitelial focal, 3) gránulos de Fordyce, 4) leucoplasia, 5) líquen plano, 6) queratosis friccional, 7) morsicatio buccarum, 8) línea alba oclusal, 9) leucoedema, 10) aumento tisular con causa aparente, 11) úlceras traumáticas, 12) úlceras recurrentes menores, 13) úlceras recurrentes mayores, 14) torus palatino, 15) estomatitis por prótesis I (petequias), 16) estomatitis por prótesis II (mácula generalizada), 17) estomatitis por prótesis III (hiperplasia papilar), 18) candidiasis atrófica crónica, 19) candidiasis pseudomembranosa, 20) eritroplasia, 21) lengua fisurada, 22) lengua geográfica, 23) atrofia central de papilas, 24) anquilosia, 25) varices linguales, 26) úlceras sin causa aparente, 27) aumento tisular sin causa aparente 28) torus mandibular, 29) épulis fisuratum, 30) parulis, 31) melanosis racial, y 32) mácula melanótica intraoral de acuerdo a las definiciones aprobadas por la O.M.S.¹⁷, a la definición de estomatitis por dentadura (Newton 1962) publicada por Budtz-Jorgensen en 1981²⁸ y al Cuaderno CBS publicado por la UAM Xochimilco¹².

Definiciones operacionales:

Estuvieron basadas en los criterios establecidos en la "Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions" de la Organización Mundial de la Salud¹⁷, y en las referencias antes mencionadas, donde se establecen las definiciones de cada una de estas entidades.

Las entidades por estudiar se dividieron para fines prácticos en condiciones y lesiones; tomando como CONDICIONES a todas aquellas entidades que son consideradas como variante de lo normal o parte de un proceso fisiológico y que no son consideradas una verdadera patología y LESIONES a todas las alteraciones que son consideradas una verdadera patología.

FOVEOLAS COMISURALES.

Invaginación unilateral o bilateral a nivel de las comisuras labiales que no desaparecen al estirar los labios y que permiten la penetración de un milímetro de una sonda^{13,18}.

HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL.

Lesiones nodulares múltiples, planas, de base sesil, del mismo color de la mucosa adyacente sobre cualquier área de tejidos blandos¹⁸.

GRANULOS DE FORDYCE.

Puntos pequeños planos o ligeramente elevados de color amarillo, que se presentan aislados o en grupos, por lo general en forma bilateral en la mucosa de los carrillos, en mucosa interna de los labios y en región retromolar^{2,18}.

LEUCOPLASIA.

Placa blanca que no se desprende al frotarla y que no se puede caracterizar clínica ni patológicamente como ninguna otra enfermedad^{17,19}.

LIQUEN PLANO.

Lesiones en mucosa bucal, usualmente múltiples que muchas veces tienen distribución simétrica y consisten en pequeñas pápulas blanquecinas que crecen y coalescen formando un patrón reticular, anular o de placa, una característica importante es la presencia de líneas delgadas que radian de las pápulas conocidas como estrías de Wickham¹⁷.

LESION BLANCA FRICCIONAL.

Area blanca en mucosa bucal, generalmente bien delimitada, que no se desprende al raspado, de largo tiempo, relacionada a traumatismo de tipo friccional, que desaparece después de eliminado el estímulo²⁶.

MORSICATIO BUCCARUM.

Area blanca, eritematosa o ulcerada en la mucosa yugal o labial que es provocada por hábito crónico de morderse la mucosa²⁰.

LINEA ALBA OCLUSAL.

Zona elevada de color blanco, ubicada en la mucosa de los carrillos a nivel del plano de oclusión de los dientes²¹.

LEUCOEDEMA.

Superficie de color blanco-grisácea, membranosa o suave, de distribución simétrica en la mucosa bucal, la forma severa presenta arrugas o pliegues, de coloración blanquecina que desaparece al distender la mucosa²².

AUMENTO TISULAR CON CAUSA APARENTE.

Crecimiento firme recubierto por mucosa, de color normal o blanquecino, de tamaño y forma variable, sesil o pediculada, no asociada a aparato protésico pero si a otra causa como: trauma masticatorio, hábito de morderse el carrillo, diastemas y malposición dentaria¹².

ULCERAS TRAUMATICAS.

Pérdida de continuidad del epitelio, que clínicamente se observan como lesiones cubiertas por un exudado blanco amarillento rodeadas por un halo eritematoso, la intensidad del dolor varía y existe sensibilidad al contacto o presión, asociada a prótesis, aparatos de ortodoncia, bordes dentarios agudos y cortantes o trauma accidental^{18,22}.

ULCERAS RECURRENTES MENORES Y MAYORES.

Pérdida de la continuidad del epitelio, de forma redonda u ovoide, de bordes bien definidos, cubierta por una membrana blanca amarillenta, de límites enrojecidos y dolorosa a la palpación, con historia previa de lesiones similares^{18,22}.

TORUS PALATINO

Crecimiento exofítico, bien definido, de varios tamaños y formas, de consistencia dura, cubierto por mucosa normal, en la línea media del paladar duro^{9,13}.

ESTOMATITIS POR PROTESIS.

Eritema de la mucosa del paladar asociado a un aparato protésico superior^{12,23,28}.

TIPO I En forma de petequias.

TIPO II mácula generalizada.

TIPO III hiperplasia papilar.

CANDIDIASIS ATROFICA CRONICA.

Lesión eritematosa y edematosa, localizada en paladar duro en la zona de contacto de un aparato protésico, que puede o no presentar sintomatología²⁴.

CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA.

Placa blanca aperlada que puede ser removida al frotarla dejando una zona eritematosa, sangrante y dolorosa¹⁷.

ERITROPLASIA.

Placa aterciopelada de color rojo intenso, que no se puede caracterizar clínica ni patológicamente como ninguna otra entidad¹⁹.

LENGUA FISURADA.

Lengua con fisuras, ranuras o surcos en la cara dorsal, a menudo irradiadas hacia afuera desde una ranura central a lo largo de la línea media¹⁸.

LENGUA GEOGRAFICA.

Lesión solitaria o múltiple, intermitente o constante; clínicamente están presentes como placas no ulceradas, que van de color rosa a rojo, desprovistas de papilas con un borde o halo de color amarillento, de tamaño y forma variables, que desaparecen sin tratamiento, apareciendo en distintas zonas^{5,18}.

ATROFIA CENTRAL DE PAPILAS.

Area rosa o roja, central, bien delimitada con ausencia de papilas, de tamaño variable, en el tercio medio del dorso de la lengua⁷.

ANQUILOGLOSIA.

Frenillo lingual corto, que no permite la protrusión de la punta de la lengua mas allá del borde bermellón del labio inferior¹³.

VARICES LINGUALES.

Vasos sanguíneos de color rojo o púrpura, con trayecto tortuoso e irregular en la superficie ventral de la lengua¹⁸.

ULCERAS SIN CAUSA APARENTE.

Pérdida de la continuidad del epitelio, de forma irregular, con fondo limpio o recubierto por una membrana amarillenta, asintomática o dolorosa, en la cual no puede establecerse un factor físico o químico que la haya originado¹².

TORUS MANDIBULAR.

Exostosis o protuberancias redondas u ovals, única o múltiple, unilateral o bilateral, localizadas en la cara lingual de la mandíbula a nivel de premolares⁹.

EPULIS FISURATUM.

Aumento de volumen de tejido directamente asociado a un aparato protésico removible, de consistencia firme, de color rosa y que puede presentar áreas blancas o rojas²².

PARULIS.

Pequeña elevación de color blanco amarillento, dolorosa, que puede presentar eritema y a través de la cual drena exudado purulento, por lo general asociado a una infección dental o periodontal²².

MELANOSIS RACIAL.

Pigmentación melánica, de color café, de bordes difusos, localizada principalmente, aunque no exclusivamente en mucosa bucal, encía y labios²².

MACULA MELANOTICA.

Lesión focal pigmentada, bien delimitada, plana o ligeramente elevada, que puede corresponder a varias lesiones²⁵.

e) Método de recolección de datos.

Se elaboró una cédula para recolección de datos, precodificada, así como un instructivo para el llenado de la cédula (ver apéndice, anexos 1,2,3 y 4).

El examen a los pacientes y la recolección de los datos fué llevado a cabo por 6 especialistas en patología bucal, los cuales fueron previamente estandarizados en 4 sesiones: una de descripción y unificación diagnóstica y 3 de calibración diagnóstica esto se llevó a cabo con diapositivas de las entidades a estudiar y revisión de pacientes en la clínica.

El examen bucal se realizó en un sillón dental equipado con lámparas de luz artificial, de manera rutinaria se realizó la observación y palpación de las estructuras bucales, en base al esquema secuencial publicado por la O.M.S.¹⁷ para estudios epidemiológicos de tejidos blandos de la cavidad bucal, el cual está basado en la clasificación propuesta por Roed Pettersen y Renstrup.

Secuencia del examen bucal de acuerdo a Roed Pettersen y Renstrup.

LABIOS.

Fueron examinados con la boca cerrada y abierta con énfasis en su color y textura.

BERMELLON.

Tanto superior como inferior (área entre la mucosa labial y la piel).

COMISURAS LABIALES.

Derecha e izquierda (Cuadrado de aproximadamente 1.5 cm. de mucosa que se extiende distalmente del ángulo de la boca).

MUCOSA LABIAL.

Superior e inferior (Area rectangular que se extiende del borde del bermellón a 1 cm. de la parte profunda del surco bucal y lateralmente a una línea vertical imaginaria del ángulo de la boca).

SURCO BUCAL.

Superior e inferior (Zona comprendida entre la línea mucogingival y la parte profunda del surco, aproximadamente a un centímetro de la mucosa del labio)

MUCOSA BUCAL.

Superior e inferior (Mucosa localizada entre el surco bucal superior e inferior y por delante se extiende hasta una línea vertical imaginaria en el ángulo de la boca.

ENCIA Y PROCESO ALVEOLAR POSTERIOR.

Superior e inferior. (Area posterior rectangular que se extiende de la superficie distal de los caninos al pilar anterior de las amígdalas y del margen libre de la encía a la parte posterior del proceso alveolar edéntulo y a la zona mucogingival inferior.

ENCIA Y PROCESO ALVEOLAR ANTERIOR.

Superior e inferior. (Area rectangular que se extiende de distal de caninos al margen libre de la encía)

FRENILLO LABIAL.

Superior e inferior (Banda continua de tejido blando, localizada en la línea media que une a la mucosa labial con la mucosa alveolar).

PALADAR DURO.

Area triangular comprendida entre el proceso alveolar y la línea de demarcación del paladar duro y blando, que en la zona anterior presenta las rugas palatinas.

PALADAR BLANDO.

Area rectangular posterior al paladar duro delimitado por los pilares anteriores amigdalinos y por la úvula.

AMIGDALAS.

Pliegue de tejido que forma el margen de la fosa amigdalina.

DORSO DE LA LENGUA.

Area triangular posterior a la punta de la lengua delimitada por el surco terminal y los bordes laterales.

BASE DE LA LENGUA.

Area rectangular posterior al surco terminal y entre los dos pilares anteriores de las amígdalas.

PUNTA DE LA LENGUA.

Area circular en la parte anterior de la lengua que mide aproximadamente 1 cm de radio.

BORDES DE LA LENGUA.

Derecho e izquierdo, (área rectangular que abarca 1 cm. posterior a la punta de la lengua se extiende hasta los pilares anteriores abarcando también 1 cm del plano dorsal y ventral de la lengua.

CARA VENTRAL DE LA LENGUA.

Area triangular, localizada 1 cm. posterior a la punta de la lengua, limitada lateralmente por los bordes y posteriormente por el piso de la boca.

PISO DE BOCA.

Frontal, (área triangular con vértice en el frenillo lingual formada por un área comprendida entre las caras linguales de los caninos y el proceso alveolar inferior.

Laterales (localizadas entre el área frontal, entre la línea mucogingival y la zona de flexión de la lengua.

FRENILLO LINGUAL.

Banda de tejido blando, que une la cara ventral de la lengua con el piso de la boca.

f) Materiales y equipo a utilizar.

Cédulas de recolección, espejos, pinzas, guantes, cubrebocas, gasas, esporicidin.

Unidad dental, autoclave y computadora.

g) Método de registro y procesamiento.

Los datos obtenidos del examen bucal fueron registrados en la cédula, (ver anexo) se creó una base de datos en DBase III plus donde se capturó la información obtenida que fue analizada con el paquete estadístico SPSS-PC+ versión 3.0.

h) Análisis estadístico.

Se obtuvo promedio y desviación estándar de edad, porcentajes de las variables, así como, un cruce de variables por edad y sexo con cada una de las lesiones y condiciones en estudio. Frecuencia y porcentaje de las mismas y su distribución de acuerdo a los grupos de edad y sexo.

RESULTADOS

Durante el período comprendido de Junio de 1991 a Marzo de 1992 se llevó a cabo el trabajo clínico de este estudio; en el cual asistieron a las clínicas de admisión de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M. un total de 13,414 pacientes mayores de 18 años, de los cuales 8,206 (61.17%) fueron del sexo femenino y 5,208 (38.83%) del sexo masculino, de acuerdo a los datos obtenidos por el SISTEMA DE COMPUTO, REGISTRO Y EVALUACION DE PACIENTES (SICOREP), la distribución de la población total por grupos de edad y sexo se muestra en la gráfica 1.

El número de pacientes revisados para este estudio fué de 1,152; en la gráfica 2 podemos observar su distribución de acuerdo a sexo, de los cuales 754 (65.45%) fueron del sexo femenino con un promedio de edad de 39.28 años, desviación estándar de 14.77 y 398 (34.55%) del sexo masculino, con promedio de 38.77 años y desviación estándar de 15.68; el rango de edad del total de los pacientes fué de 18 a 84 años, con un promedio de 39 años y una desviación estándar de 15.12.

La distribución por grupos de edad se observa en la gráfica 3 y la distribución total de la población de nuestro estudio se muestra en la gráfica 4.

Al analizar la relación entre ambos sexos en nuestro grupo de estudio y compararla con la población total, observamos que en la mayoría de los grupos de edad la distribución fué similar; esta distribución relativa por edad y sexo de las 2 poblaciones se muestra en la tabla 1.

TABLA 1
DISTRIBUCION RELATIVA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

EDAD	MASCULINO		FEMENINO	
	POBLACION GENERAL %	POBLACION DE ESTUDIO %	POBLACION GENERAL %	POBLACION DE ESTUDIO %
18 A 25	28.21	25.38	29.86	20.56
26 A 35	26.80	22.36	28.40	25.07
36 A 45	22.18	21.86	17.57	22.28
46 A 55	11.77	14.07	12.49	16.84
56 A 65	6.51	8.04	6.90	9.55
66 o MAS	4.53	8.29	4.78	5.70
TOTAL	100%	100%	100%	100%

POBLACION GENERAL= 13,414
POBLACION DE ESTUDIO= 1,152

Los diagnósticos emitidos en nuestro estudio variaron de una a ocho condiciones y/o lesiones por paciente. La distribución del número de diagnósticos emitidos por grupos de edad se muestran en las gráficas de la 5 a la 13; el total de condiciones y lesiones encontradas en nuestro grupo de estudio fué de 3985 existiendo únicamente 18 pacientes (1.6%) sin ninguna alteración encontrando que la mayoría de los pacientes tuvieron entre tres y cuatro diagnósticos. Gráfica 14.

Las condiciones en orden de mayor a menor prevalencia x 100 así como su frecuencia respecto al sexo se muestran en la tabla 2.

TABLA 2 PREVALENCIA DE CONDICIONES POR SEXO EN LA POBLACION ESTUDIADA			
CONDICION	PREV. x 100 FEMENINO	PREV. x 100 MASCULINO	PREV. x 100 TOTAL
MELANOSIS RACIAL	446 (59.15)	248 (62.31)	694 (60.24)
GRANULOS DE FORDYCE	357 (47.35)	277 (69.60)	634 (55.03)
LENGUA FISURADA	285 (37.80)	143 (35.93)	428 (37.15)
TORUS PALATINO	264 (35.01)	89 (22.36)	353 (30.64)
LINEA ALBA OCCLUSAL	146 (19.36)	80 (20.10)	226 (19.61)
VARICES LINGUALES	127 (16.84)	74 (18.59)	201 (17.44)
TORUS MANDIBULAR	35 (4.64)	52 (13.07)	87 (7.55)
FOVEOLAS COMISURALES	44 (5.84)	26 (6.53)	70 (6.07)
LEUCOEDEMA	23 (3.05)	47 (11.81)	70 (6.07)
MACULA MELANOTICA	22 (2.92)	14 (3.52)	36 (3.12)
LENGUA GEOGRAFICA	12 (1.59)	8 (2.01)	20 (1.73)
ANQUILOGLOSIA	6 (0.80)	2 (0.50)	8 (0.69)

Las lesiones en orden de mayor a menor prevalencia x 100 y su frecuencia por sexo, se presentan en la tabla 3.

TABLA 3 PREVALENCIA DE LESIONES POR SEXO EN LA POBLACION ESTUDIADA			
LESION	PREV. x 100 FEM.	PREV. x 100 MASC.	PREV. x 100 TOTAL
LESION BLANCA FRICCIONAL	208 (27.59)	146 (36.68)	354 (30.72)
ULCERAS TRAUMATICAS	90 (11.94)	42 (10.55)	132 (11.45)
AUMENTO TISULAR CON CAUSA APARENTE	83 (11.01)	47 (11.81)	130 (11.28)
PARULIS	40 (5.30)	24 (6.03)	64 (5.55)
ESTOMATITIS POR PROTESIS II	38 (5.04)	5 (1.26)	43 (3.73)
AUMENTO TISULAR SIN CAUSA APARENTE	25 (3.31)	17 (4.27)	42 (3.64)
ESTOMATITIS POR PROTESIS I	30 (3.98)	10 (2.51)	40 (3.47)
CANDIDIASIS ATROFICA CRONICA	18 (2.39)	9 (2.26)	27 (2.34)
ATROFIA DE PAPILAS	17 (2.25)	7 (1.76)	24 (2.08)
ULCERAS RECURRENTES MEN.	19 (2.52)	3 (0.75)	22 (1.90)
MORSICATIO BUCCARUM	11 (1.46)	3 (0.75)	14 (1.21)
CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA	8 (1.06)	6 (1.51)	14 (1.21)
LEUCOPLASIA	3 (0.40)	7 (1.76)	10 (0.86)
ULCERAS RECURRENTES MAY.	6 (0.79)	3 (0.75)	9 (0.78)
ESTOMATITIS POR PROTESIS III	6 (0.79)	2 (0.50)	8 (0.69)
ERITROPLASIA	5 (0.66)	1 (0.25)	6 (0.52)
ULCERAS SIN CAUSA APARENTE	5 (0.66)	1 (0.25)	6 (0.52)
EPULIS FISURATUM	5 (0.66)	1 (0.25)	6 (0.52)
HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL	3 (0.40)	---	3 (0.26)
LIQUEN PLANO	1 (0.13)	1 (0.25)	2 (0.17)

Las condiciones bucales se ordenaron por frecuencia y por grupos de edad, y se obtuvo el porcentaje de ellas, la melanosis racial se presentó con mayor frecuencia entre los 46 y 55 años; los gránulos de Fordyce y la lengua fisurada fueron más frecuentes entre los 56 y 65 años, el torus palatino y la línea alba oclusal entre los 36 y 45 años y las varices linguales fueron más frecuentes en los pacientes mayores de 66 años como se muestra en la tabla 4.

TABLA 4
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CONDICIONES BUCALES POR GRUPOS DE
EDAD, EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS. 1992

CONDICION	18-25 (%)	26-35 (%)	36-45 (%)	46-55 (%)	56-65 (%)	66 o MAS (%)
MELANOSIS RACIAL	(60.55)	(59.71)	(62.35)	(65.02)	(54.80)	(50.00)
GRANULOS DE FORDYCE	(37.50)	(54.32)	(64.31)	(59.56)	(66.35)	(55.26)
LENGUA FISURADA	(22.65)	(22.66)	(39.21)	(44.80)	(63.46)	(48.68)
TORUS PALATINO	(33.59)	(32.73)	(36.42)	(31.14)	(31.73)	(23.68)
LINEA ALBA OCLUSAL	(20.31)	(21.22)	(23.53)	(19.67)	(11.54)	(6.57)
VARICES LINGUALES	(0.39)	(3.60)	(10.59)	(32.24)	(43.26)	(59.21)
TORUS MANDIBULAR	(8.20)	(9.35)	(10.59)	(7.10)	(4.80)	(10.53)
FOVEOLAS COMISURALES	(7.42)	(5.75)	(6.66)	(6.55)	(5.77)	(6.57)
LEUCOEDEMA	(9.76)	(4.68)	(6.27)	(3.82)	(4.80)	(3.94)
MACULA MELANOTICA	(3.12)	(5.40)	(2.35)	(1.09)	(1.92)	(2.63)
LENGUA GEOGRAFICA	(3.12)	(1.44)	(0.78)	(1.09)	(0.96)	(2.63)
ANQUILO-GLOSIA	(0.78)	----	(0.78)	(8.18)	(0.96)	----
No. DE PACIENTES	n=256	n=278	n=255	n=183	n=104	n=76

Con respecto al grupo de lesiones se ordenaron de la misma forma que las condiciones, encontrando que la lesión blanca friccional y el parulis se presentaron con mayor frecuencia entre los 26 y 35 años, las úlceras traumáticas, la estomatitis por prótesis II (mácula generalizada) y el aumento tisular sin causa aparente se presentaron con mayor frecuencia entre los 56 y 65 años; el aumento tisular con causa aparente, la estomatitis por prótesis I (petequias) y la candidiasis atrófica crónica se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes mayores de 65 años como podemos observar en la tabla 5.

TABLA 5
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LESIONES BUCALES POR GRUPOS DE
EDAD, EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS. 1992

LESION	18-25 (%)	26-35 (%)	36-45 (%)	46-55 (%)	56-65 (%)	66 o MAS (%)
LESION BLANCA FRICCIONAL	(28.90)	(35.97)	(33.33)	(22.40)	(26.92)	(27.63)
ULCERA TRAUMATICA	(11.33)	(10.43)	(9.01)	(14.75)	(15.38)	(9.21)
AUMENTO TISULAR CON CAUSA APARENTE	(6.25)	(8.63)	(12.54)	(13.11)	(16.34)	(19.73)
PARULIS	(3.51)	(7.91)	(6.66)	(3.82)	(5.76)	(6.57)
ESTOMATITIS POR PROTESIS II	-----	(2.51)	(4.31)	(5.46)	(6.73)	(6.57)
AUMENTO TISULAR SIN CAUSA APARENTE	(3.12)	(2.88)	(2.74)	(3.82)	(6.73)	(3.94)
ESTOMATITIS POR PROTESIS I	(0.39)	(1.80)	(1.56)	(7.65)	(6.73)	(9.21)
CANDIDIASIS ATROFICA CRONICA	-----	(0.72)	(1.96)	(3.82)	(5.76)	(10.52)
ATROFIA DE PAPILAS	(1.39)	(1.80)	(0.39)	(2.18)	(4.80)	(6.57)
ULCERAS RECURRENTES MENORES	(3.90)	(2.88)	(0.39)	(1.63)	-----	-----
MORSICATIO BUCCARUM	(3.12)	(0.72)	(0.78)	(2.18)	-----	-----

continúa en la siguiente página

TABLA 5
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LESIONES BUCALES POR GRUPOS DE
EDAD, EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS. 1992

LESION	18-25 (%)	26-35 (%)	36-45 (%)	46-55 (%)	56-65 (%)	66 o MAS (%)
CANDIDIASIS PSEUDO- MEMBRANOSA	(0.39)	(0.35)	(0.78)	(2.18)	(4.80)	(1.31)
LEUCOPLASIA	-----	(1.07)	(1.96)	(0.54)	-----	(1.31)
ULCERAS RECURRENTES MAYORES	(0.78)	(0.72)	(0.78)	(1.09)	-----	-----
ESTOMATITIS POR PROTESIS III	-----	(1.07)	(0.39)	(1.09)	(0.96)	(1.31)
ERITROPLASIA	-----	(0.72)	(0.39)	(1.09)	-----	(1.31)
ULCERAS SIN CAUSA APARENTE	(0.39)	(0.35)	-----	(1.09)	(0.96)	-----
EPULIS FISURATUM	-----	(0.35)	-----	(0.54)	(1.92)	(3.94)
HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL	-----	(0.72)	-----	(0.54)	-----	-----
LIQUEN PLANO	(0.39)	-----	-----	(0.54)	-----	-----
No. DE PACIENTES	n=256	n=278	n=255	n=183	n=104	n=76

De los 1,152 pacientes, 131 (11.37%) fueron remitidos al Departamento de Patología para su canalización a Cirugía donde se tomaron las biopsias; de los 131 pacientes que se enviaron únicamente se presentaron al Servicio 40 de ellos (30.53%), 24 (60.0%) del sexo femenino y 16 (40.0 %) del sexo masculino; la tabla 6 muestra los diagnósticos histopatológicos de las biopsias tomadas.

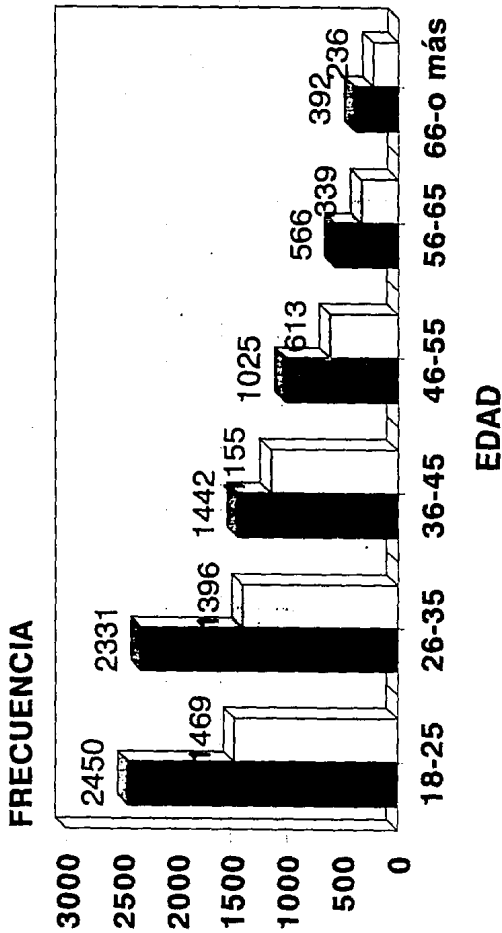
TABLA 6 RESULTADO HISTOPATOLOGICO DE LA TOMA DE BIOPSIAS			
DIAGNOSTICO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
HIPERPLASIA FIBROSA	13	3	16
QUERATOSIS FRICCIONAL	5	2	7
GRANULOMA PIOGENO	4	1	5
MUCOCELE	3	2	5
FRIBROMA DE FIBROBLASTOS GIGANTES	2	1	3
VERRUGA VULGAR	1	1	2
TEJIDO CON INFLAMACION CRONICA NO ESPECIFICA	1	2	3
MACULA MELANOTICA	-	1	1
ENFERMEDAD DE HECK	-	1	1
SINDROME DE SJÖGREN	1	-	1
LIQUEN PLANO	-	1	1
QUISTE LINFOEPITELIAL	-	1	1
EPULIS FISURATUM	-	1	1
N=40			

De los 1,152 pacientes, 102 (8.85%) fueron remitidos al laboratorio de Microbiología de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M. para que se les realizara frote y cultivo por presentar lesiones sugestivas de candidiasis o lesiones que por lo general se encuentran asociadas a candida; de ellos solo 51 (50%) se presentaron al laboratorio, 39 del sexo femenino y 12 del sexo masculino; el diagnóstico clínico y el resultado del estudio microbiológico se muestra en la tabla 7, en la cual podemos observar que fué más alto el número de pacientes positivos a candida que los que resultaron negativos.

TABLA 7 RESULTADO DEL ESTUDIO MICROBIOLÓGICO A CANDIDA			
DIAGNOSTICO CLINICO	POSITIVO	NEGATIVO	TOTAL
ESTOMATITIS POR PROTESIS II	12	10	22
LENGUA FISURADA	11	7	18
ESTOMATITIS POR PROTESIS I	4	8	12
CANDIDIASIS ATROFICA CRONICA	6	3	9
ATROFIA CENTRAL DE PAPILAS	5	2	7
QUIELITIS ANGULAR	4	-	4
CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA	3	-	3
ESTOMATITIS POR PROTESIS III	2	-	2
CANDIDIASIS HIPERPLASICA CRONICA	1	-	1
TOTALES	47	31	78

GRAFICAS

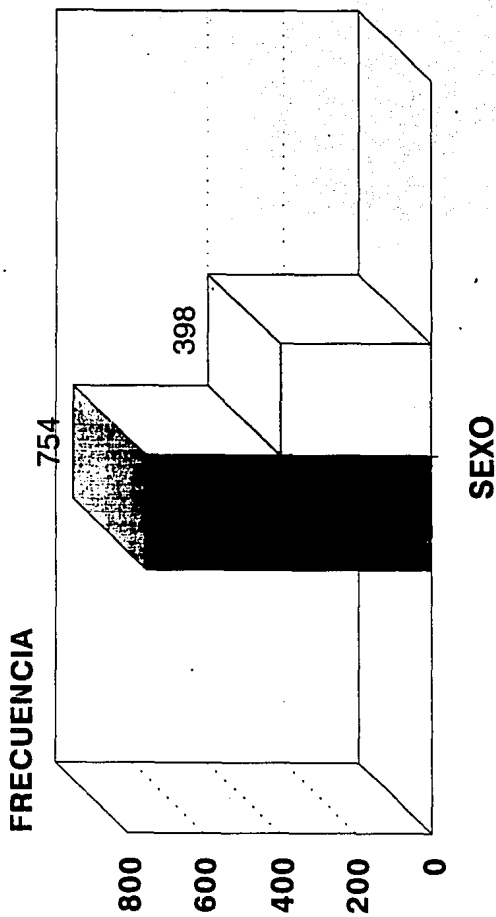
GRAFICA 1. DISTRIBUCION DE LA POBLACION TOTAL POR EDAD Y SEXO



TOTAL 13,414 PACIENTES

Fuente: DIRECTA

GRAFICA 2. DISTRIBUCION POR SEXO DE LA POBLACION ESTUDIADA

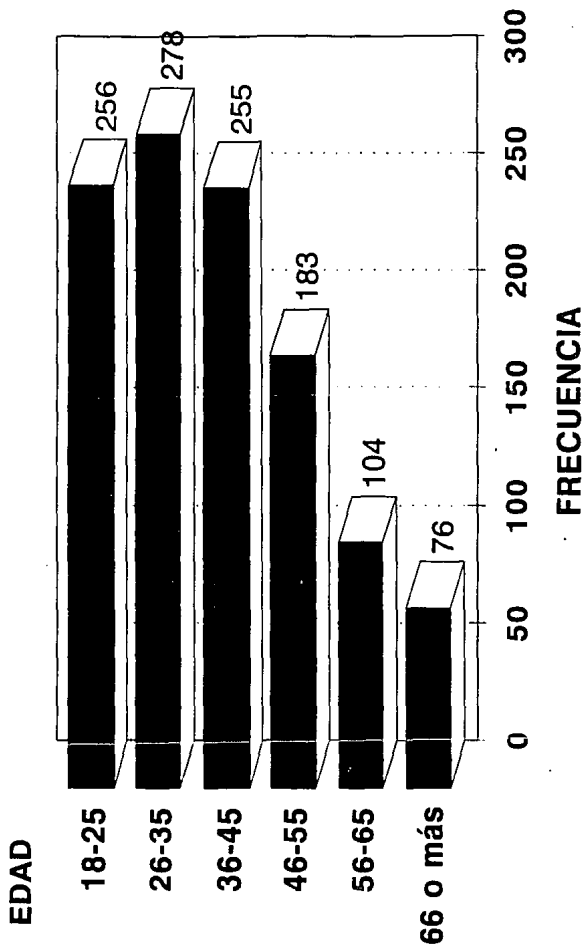


■ FEMENINO □ MASCULINO

TOTAL 1152 PACIENTES

Fuente: DIRECTA

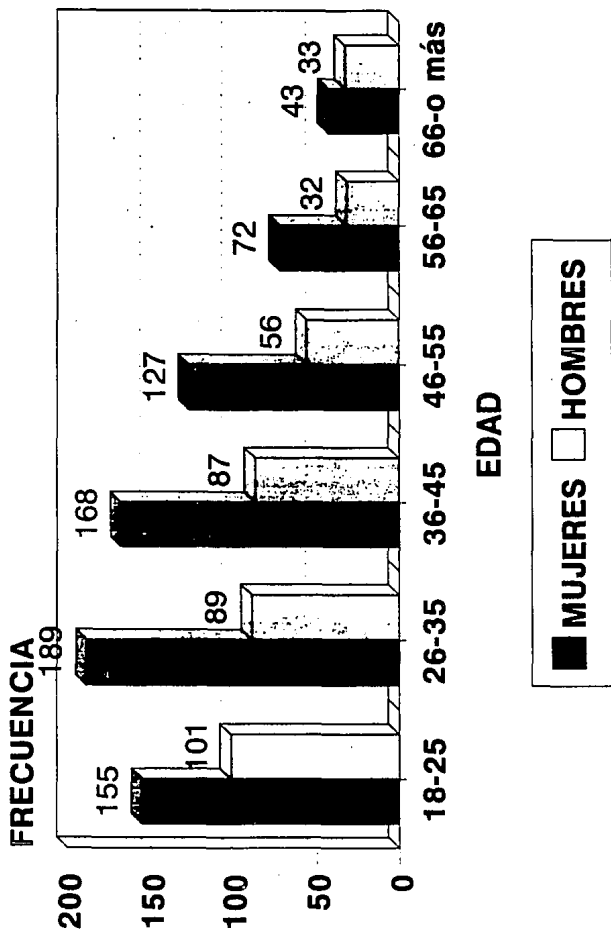
GRAFICA 3. DISTRIBUCION DE LA POBLACION TOTAL POR GRUPOS DE EDAD



TOTAL = 1152 PACIENTES

Fuente: DIRECTA

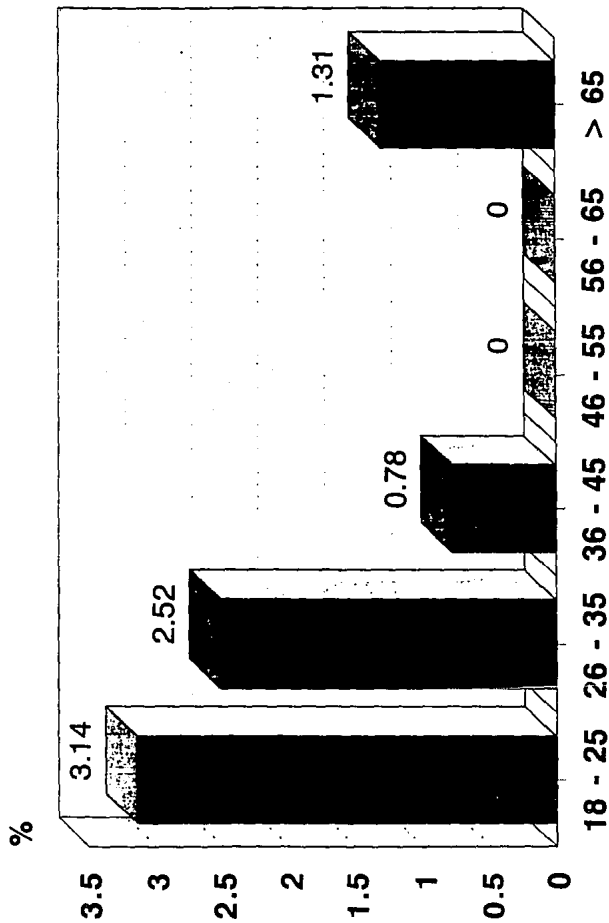
GRAFICA 4. DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIADA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO



TOTAL 1152 PACIENTES

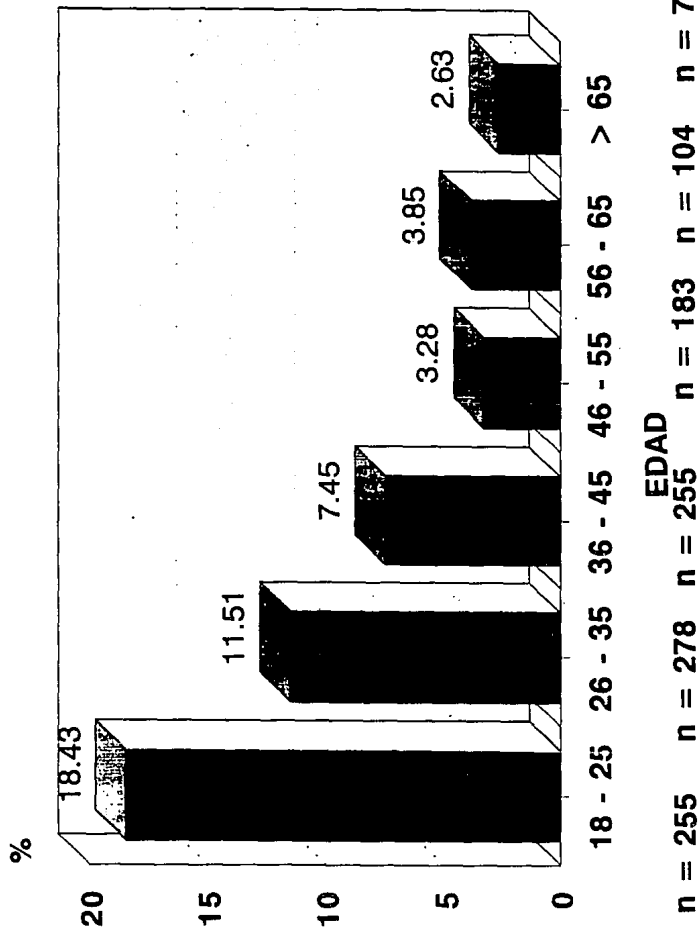
Fuente: DIRECTA

GRAFICA 5. DISTRIBUCION DE PACIENTES SIN DIAGNOSTICO DE ACUERDO A EDAD

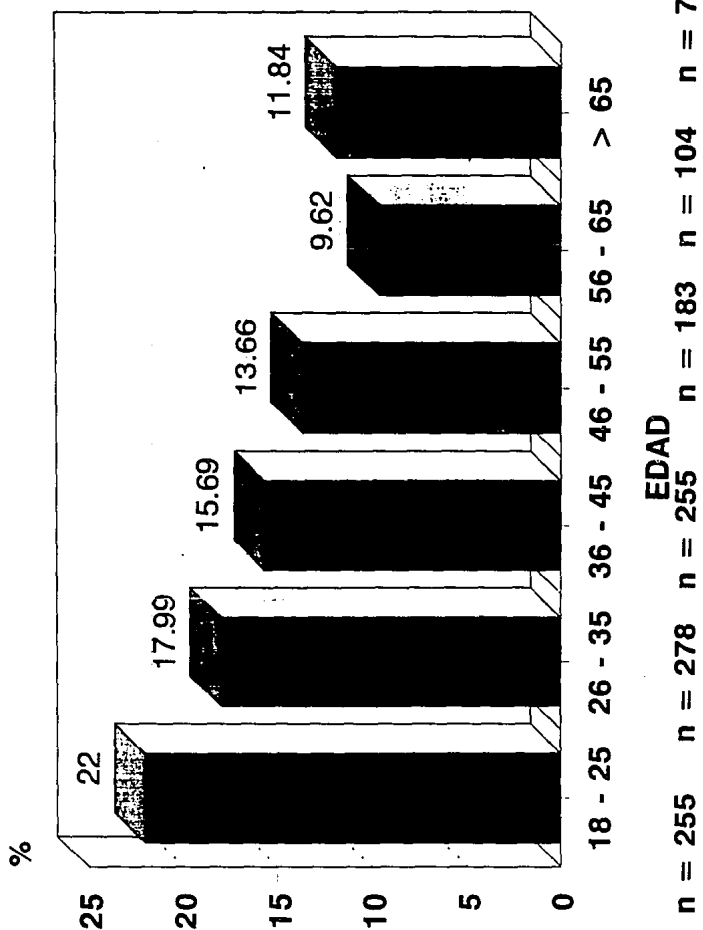


n = 255 n = 278 n = 255 n = 183 n = 104 n = 76

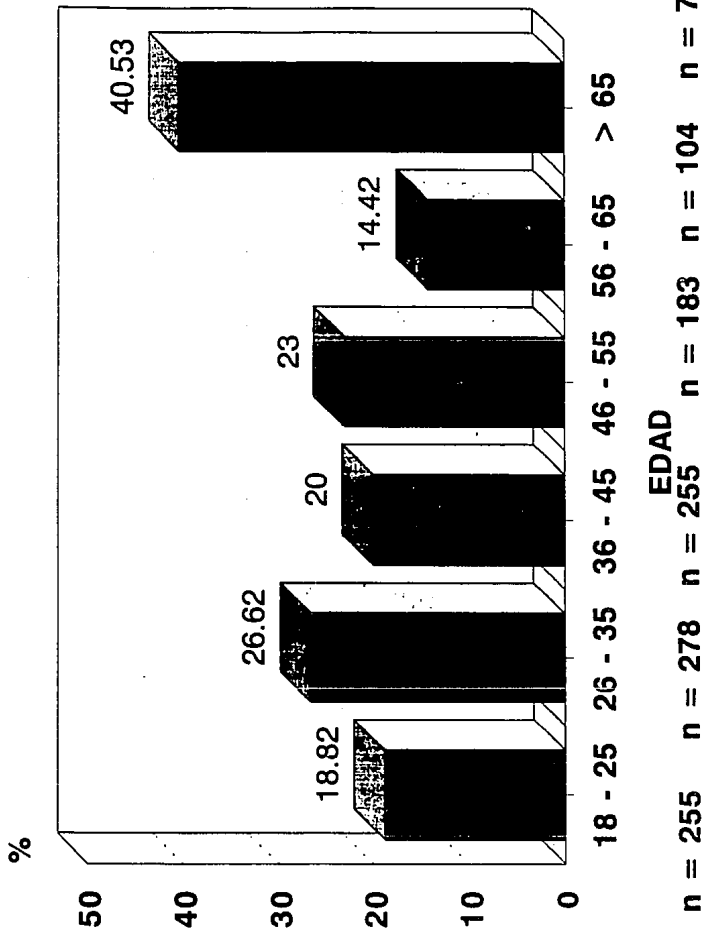
**GRAFICA 6. DISTRIBUCION DE PACIENTES
CON UN DIAGNOSTICO DE ACUERDO A EDAD**



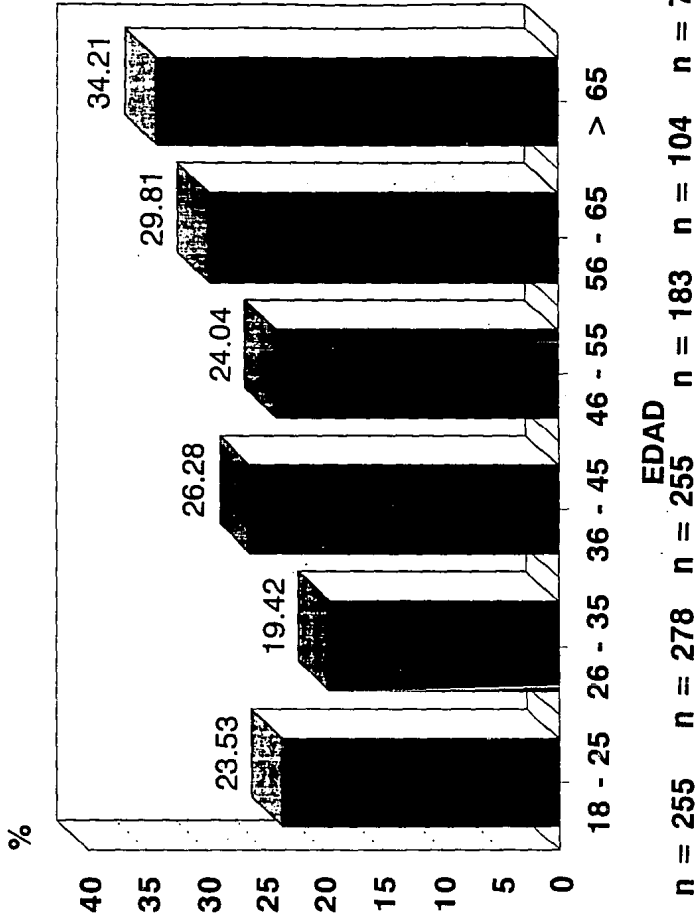
**GRAFICA 7. DISTRIBUCION DE PACIENTES CON
DOS DIAGNOSTICOS DE ACUERDO A EDAD**



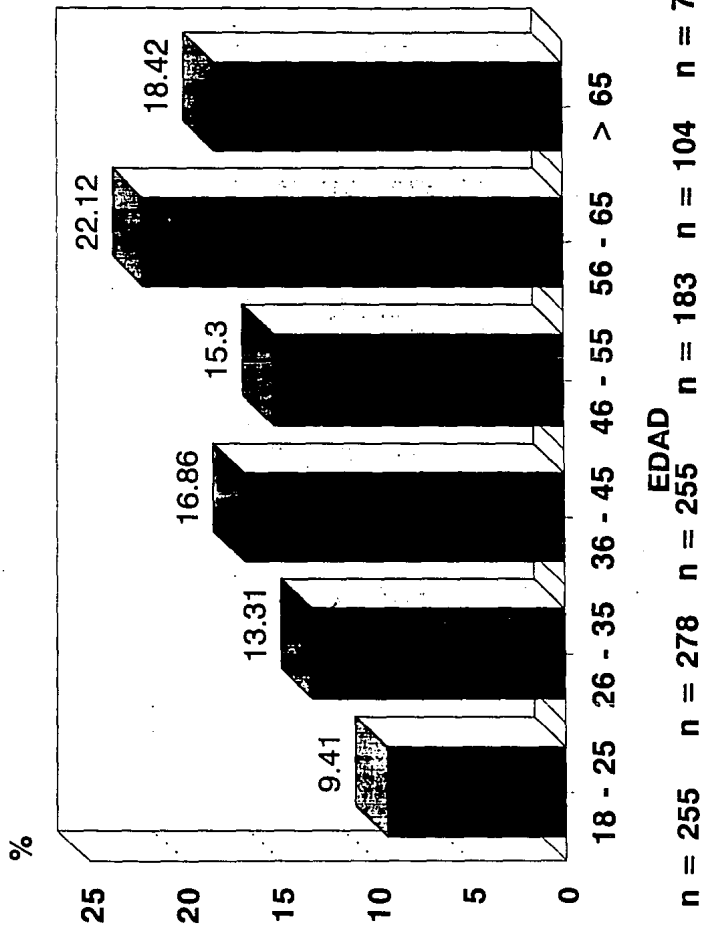
GRAFICA 8. DISTRIBUCION DE PACIENTES CON TRES DIAGNOSTICOS DE ACUERDO A EDAD



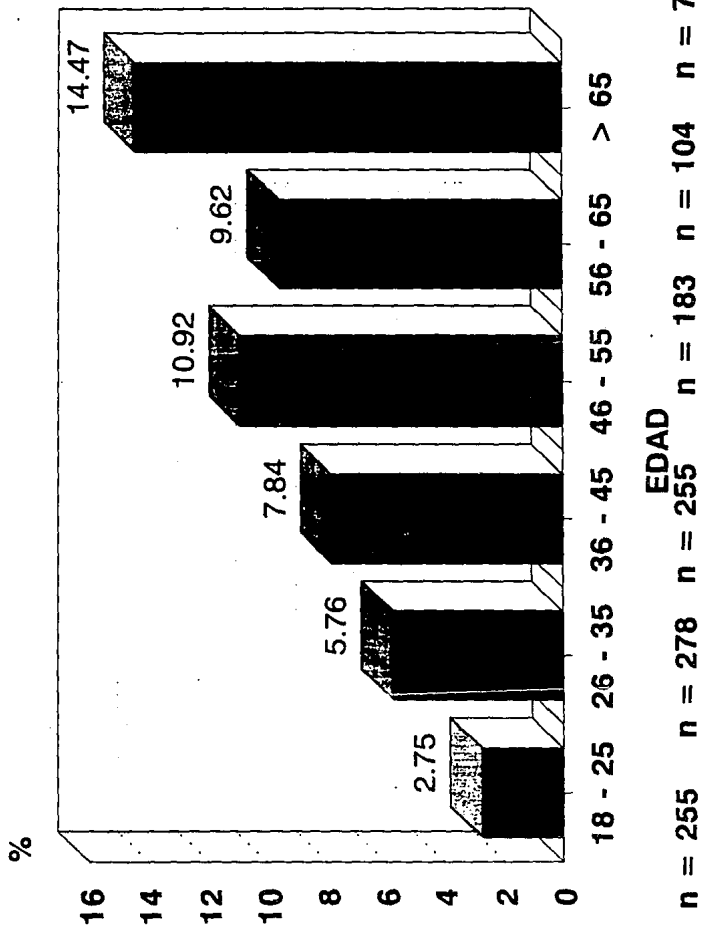
GRAFICA 9. DISTRIBUCION DE PACIENTES CON CUATRO DIAGNOSTICOS DE ACUERDO A EDAD



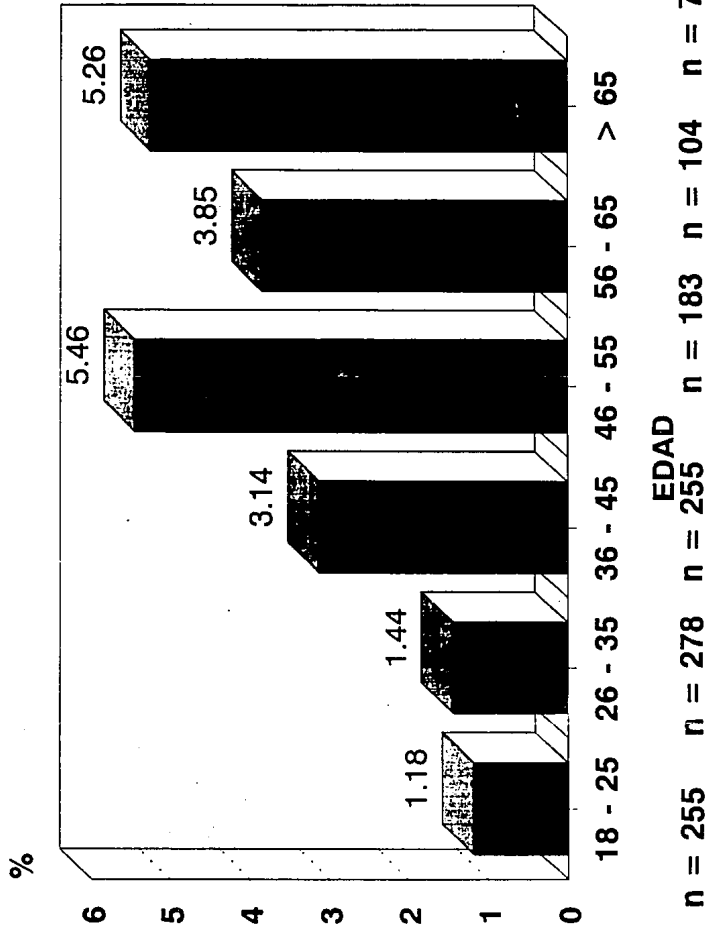
**GRAFICA 10. DISTRIBUCION DE PACIENTES
CON CINCO DIAGNOSTICOS DE ACUERDO A EDAD**



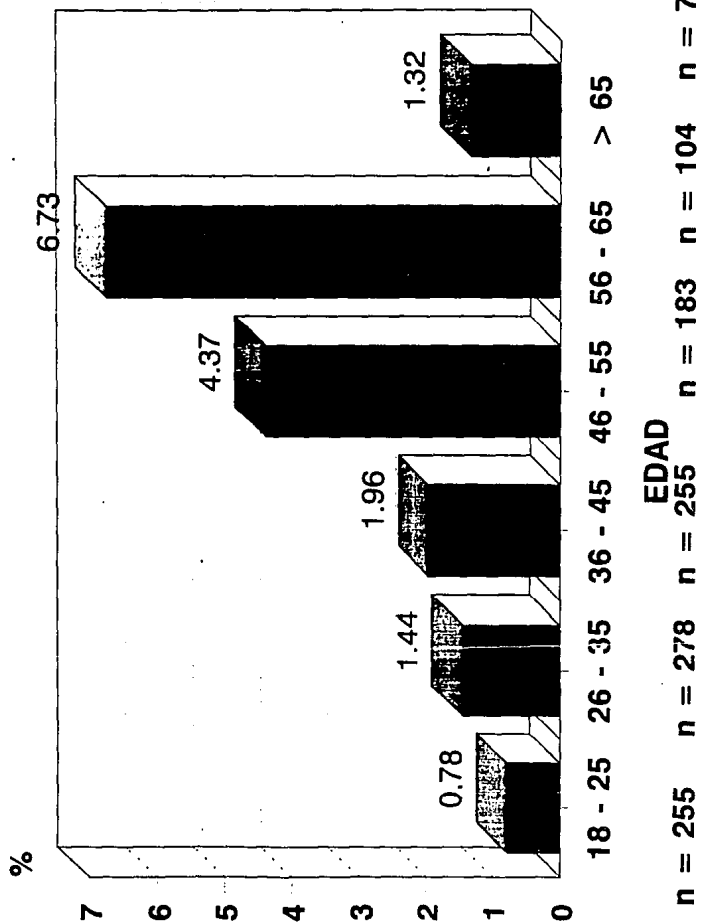
**GRAFICA 11. DISTRIBUCION DE PACIENTES
CON SEIS DIAGNOSTICOS DE ACUERDO A EDAD**



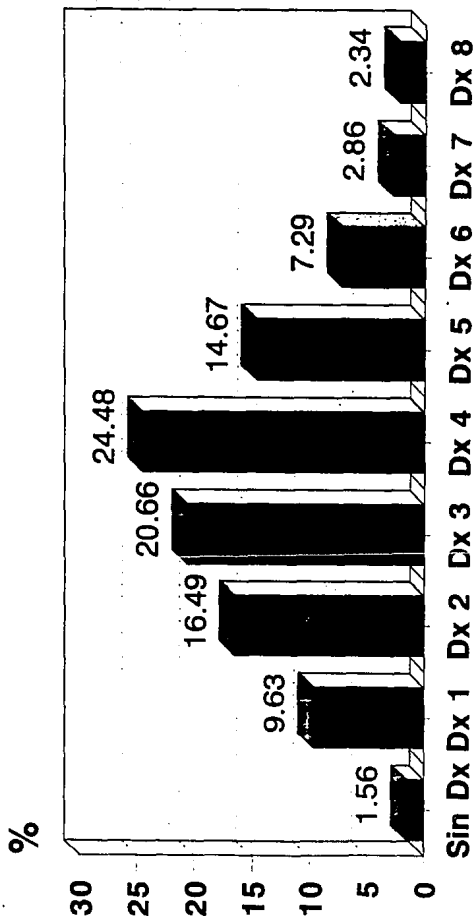
GRAFICA 12. DISTRIBUCION DE PACIENTES CON SIETE DIAGNOSTICOS DE ACUERDO A EDAD



**GRAFICA 13. DISTRIBUCION DE PACIENTES
CON OCHO DIAGNOSTICOS DE ACUERDO A EDAD**



GRAFICA 14. PORCENTAJE DE DIAGNOSTICOS EN EL TOTAL DE PACIENTES



■ No. DE DIAGNOSTICOS

TOTAL 1152 PACIENTES

Fuente: DIRECTA

DISCUSION

La prevalencia de una enfermedad se define como la frecuencia con que ésta ocurre en una población en un tiempo particular y el concepto de salud dental y bucal casi siempre han sido usados como sinónimos; cuando planeamos mejorar la salud bucal la falta de datos puede hacernos pasar por alto enfermedades de los tejidos blandos y estructuras adyacentes de la cavidad bucal, los datos de prevalencia de lesiones de la mucosa bucal están disponibles en muchos países pero la información está restringida a muy pocas lesiones en cada estudio¹⁰; en base a esto el objetivo de este trabajo fué conocer la prevalencia de lesiones bucales en nuestra población, ya que este tipo de estudios epidemiológicos cuando se realizan en muestras importantes de población tienen la validez de orientar al Cirujano Dentista de práctica general en varios aspectos como son; conocer las lesiones que se presentan en una población en particular, ayuda a conocer las lesiones que tienen mayor prevalencia y da la posibilidad de ampliar nuestro criterio en el diagnóstico diferencial.

Los resultados de estudios epidemiológicos varían de acuerdo a diferentes factores, siendo la edad uno de los más importantes, se ha visto que la edad avanzada de los individuos y su estado de salud general pueden influir de manera determinante en el estado de salud bucal. La afluencia de pacientes a las clínicas de admisión de la F.O. de la U.N.A.M. de acuerdo al registro del SICOREP. indica que la mayor cantidad de pacientes mayores de 18 años que asisten está entre los 18 a 35 años existiendo un predominio del sexo femenino y un decremento en cuanto a la asistencia a medida que avanza la edad, siendo la población geriátrica la que menos asiste a nuestras clínicas.

Por otra parte se ha establecido que el tamaño de la muestra, debe ser suficiente y representativa de la población hacia la cual se va a hacer las inferencias o extrapolar los resultados.

Las lesiones más frecuentemente encontradas por nosotros fueron: lesión blanca friccional 30.72%, úlceras traumáticas 11.45%, aumento tisular con causa aparente 11.28% y parulis 5.55%; esto puede ser como consecuencia a que la mayoría de los individuos examinados, asisten a nuestras clínicas debido a: lesiones cariosas, infecciones pulpares y periapicales, prótesis mal ajustadas y obturaciones mal adaptadas, factores que están asociados a este tipo de lesiones.

Las lesiones blancas reflejan diferentes enfermedades y cambios patológicos, algunas de ellas relacionadas con alteraciones sistémicas, otras son únicamente alteraciones o cambios locales con un factor etiológico bien definido²⁶; el mismo Axell describe a la queratosis friccional como una placa blanca grisácea, cuya localización corresponde al sitio de un trauma físico reconocido; él encontró en una población sueca el 5.5% mientras Ramírez y col. reportan el 15.5% y en nuestro estudio encontramos un 30.7% localizándose más frecuentemente en la mucosa bucal y en la mucosa retromolar inferior; nosotros pudimos observar que nuestro porcentaje fue más alto, probablemente por las condiciones de nuestra población.

En un estudio previo²⁷, nosotros encontramos la úlcera traumática en un 8.18 % y con mayor frecuencia entre los 25 y 45 años, en este estudio la encontramos en un 11.45% y con mayor frecuencia entre los 56 y 65 años, localizándose principalmente en la mucosa bucal; no encontrando diferencia en cuanto a la prevalencia pero si con respecto al grupo de edad; también en México, Ramírez y cols.¹² y

Díaz Guzmán y cols.¹⁴ reportaron las úlceras traumáticas en un porcentaje de 3.4 y 1.81% respectivamente, cifras más bajas a las encontradas por nosotros.

Para fines de este estudio se agrupó como aumento tisular con causa aparente a un aumento de tejido que tiene una causa que lo produce y que no es una prótesis, ya que la causa de estos aumentos, pueden ser, trauma masticatorio, hábito de morderse el carrillo, trauma por ausencia de piezas y trauma por malposición dentaria de acuerdo a lo descrito por Ramírez y cols.¹²; ellos reportan una prevalencia de aumento tisular con causa aparente del 11.8% nosotros encontramos una prevalencia de 11.28% encontrándose con mayor frecuencia de los 56 años en adelante, cabe mencionar que los pacientes que presentaron aumento de volumen con causa aparente fueron remitidos al Depto. de Patología para toma de biopsia y realizar el diagnóstico histopatológico, siendo la hiperplasia fibrosa la lesión mas frecuentemente diagnosticada con 13 casos, el granuloma piógeno y el mucocéle le siguieron con 5 casos cada uno.

La melanosis racial 60.24%, los gránulos de Fordyce 55.03%, la lengua fisurada 37.15%, el torus palatino 30.64% y la línea alba oclusal 19.61% fueron las condiciones más frecuentes en nuestra población.

La pigmentación melánica bucal es más frecuente en población étnica de piel oscura, esta pigmentación es debido a factores genéticos, aunque estudios llevados a cabo en la década pasada en población adulta de piel clara, han mostrado en poblaciones suecas, alemanas y japonesas que la causa de está pigmentación es el hábito de fumar tabaco¹¹, pero muchas de la investigaciones de

pigmentación melánica en grupos étnicos de piel oscura no han tomado en consideración el hábito del tabaco; de nuestros 1152 pacientes encontramos 694 casos (60.24%) de melanosis racial, cabe mencionar que nosotros tampoco tomamos el tabaquismo como posible promotor de la pigmentación; encontrándola con mayor frecuencia entre las edades de 36 a 55 años, localizándose principalmente en bermellón tanto superior como inferior, encía adherida superior e inferior y mucosa bucal derecha e izquierda. Axell y cols.¹⁰ encontraron en tres poblaciones diferentes una prevalencia de melanosis del 70.5% en Chiang Mai, 88.4% en Kuala Lumpur y 9.9% en Suecia, observando que el porcentaje de melanosis en las dos primeras poblaciones estudiadas por ellos, es similar al porcentaje encontrado por nosotros pero con una marcada diferencia con respecto a la población Sueca, en México, Ramírez y cols., reportan una prevalencia de 33.5%, un porcentaje más bajo al encontrado por nosotros.

Axell y col.¹⁰ encontraron una prevalencia de gránulos de Fordyce de 57.7% en Chiang Mai, 61.8% en Kuala Lumpur y 82.8% en Suecia, no encontrando una explicación del porqué prevalece más en la población Sueca, sin embargo Halperin y cols.² en una población en E.U. encontraron una prevalencia muy similar 82.49% a la reportada en Suecos; nosotros encontramos los gránulos de Fordyce localizados básicamente en la mucosa bucal, con una prevalencia de 55.03% y Ramírez y cols.¹² una prevalencia de 31.5%. En cuanto a la frecuencia por grupo de edad la encontramos más alta entre los 56 y 65 años, Sedano y cols.¹³, mencionan que pudiera ser que los gránulos de Fordyce se incrementan con la edad.

Encontramos con frecuencia la presencia de lengua fisurada la cual tuvo una prevalencia de 37.15% siendo la frecuencia más alta en la década de 56 a 65 años; a diferencia de Sedano y cols.¹³

quienes en niños encontraron una prevalencia de 15.7%; comparando estos estudios con los realizados en otros países como el de Halperin y cols.², quienes encontraron 5.08%, Bouquot y cols.¹ un 3.2%, Axell y cols.¹⁰ reportaron un porcentaje del 3.4 y 5.2 en una población Tailandesa y de Malasia, estos resultados sugieren que la lengua fisurada se presenta con mayor frecuencia en nuestra población. En cuanto a la lengua geográfica la cual ha sido reconocida como un desorden inflamatorio que típicamente afecta el dorso de la lengua, cuyas lesiones pueden ser solitarias o múltiples, intermitentes o constantes, se ha tratado de investigar el posible factor genético de esta entidad, del mismo modo se ha demostrado la relación entre esta alteración y diferentes factores, incluyendo la diabetes, donde se ha encontrado que existe una mayor prevalencia en pacientes insulino-dependientes que en la población no diabética⁵, nosotros observamos una prevalencia de 1.73% muy parecida a la observada por Meskin que fué de 1.15%⁴ y Halperin con 1.37%².

El torus palatino se presentó en nuestra población con una prevalencia de 30.64%, Bouquot y cols.¹ y Kolas y cols.⁹, reportaron 27.6% y 20.9% respectivamente, estos reportes difieren de la prevalencia de 6.4% encontrada por Sedano y cols.¹³, lo cual nos indica que esta condición al igual que los gránulos de Fordyce pudiera también incrementarse con la edad.

Al analizar el número de diagnósticos emitidos encontramos que la mayor cantidad de pacientes tuvieron entre 3 y 4 diagnósticos cada uno entre condiciones y lesiones. Este tipo de estudios nos muestran que es necesario determinar cifras de prevalencia e incidencia sobre grupos mayores y heterogéneos de población, ampliando la información a aspectos como son; ocupación grupo étnico, aspecto socioculturales y hábitos.

CONCLUSIONES

- La lesión blanca friccional, las úlceras traumáticas y el aumento tisular con causa aparente, fueron las lesiones encontradas con mayor frecuencia, estas lesiones tienen un factor causal común que es el trauma mecánico asociado a caries, prótesis mal adaptadas y obturaciones mal ajustadas, razón por la que asisten los pacientes a atención dental a la Facultad de Odontología.
- Las tasas de prevalencia de melanosos, y los gránulos de Fordyce nos indican que estas condiciones deben ser consideradas como características normales en la población mexicana.
- De acuerdo a nuestros resultados, la frecuencia de lesiones aumenta con la edad y las condiciones se encuentran entre la tercera y quinta década de la vida.
- Es necesario continuar con estudios de prevalencia de alteraciones bucales en nuestro país, ya que es necesario conocer a mayor profundidad cual es la realidad con respecto a estas lesiones en la población mexicana.

RECOMENDACIONES

- Al llevar a cabo estudios de prevalencia el número de examinadores debe ser lo mas reducido posible que el estudio lo permita, para controlar variables interexaminadores.
- Que la población estudiada sea lo mas amplia posible para obtener una mayor validez.
- Los programas de estudio a nivel Universitario deberían basarse en los resultados de este tipo de estudios.
- Es necesario continuar con este tipo de estudios para contar con estadísticas propias y así en un futuro poder realizar investigación básica que esté acorde a nuestra realidad.

PROPUESTAS DE INVESTIGACION EN EL FUTURO

- Continuar con el mismo estudio para abarcar una población mas amplia.
- Realizar este tipo de estudio pero en población infantil.
- Establecer la prevalencia de lesiones y su correlación con diferentes hábitos y ocupación.
- Establecer la prevalencia de lesiones y su relación con enfermedades sistémicas

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BOUQUOT JE. Common oral lesions found during a mass screening examination. JADA 1986;112:50-7.
- 2.- HALPERIN V, KOLAS S, JEFFERIES KR, HUDLESTON S, ROBINSON HBG. The occurrence of fordyce spots, benign migratory glossitis, median rhomboideal glossitis and fissured tongue in 2,478 dental patients. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1953;6:1072-7.
- 3.- REDMAN RS. Prevalence of geographic tongue, fissured tongue, median rhomboid glossitis, and hairy tongue among 3,611 Minnesota schoolchildren. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1970, 30:390-395.
- 4.- MESKIN LH, REDMAN RS, AND GORLIN RJ. Incidence of geographic tongue among 3,668 students at the University of Minnesota. J Dent Res. 1963,42:895-898.
- 5.- WYSOCKI GP AND DALEY DT. Benign migratory glossitis in patients with juvenile diabetes. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1987,63:68-70.
- 6.- ABOYANS V AND GHAEMMAGHAMI A. The incidence of fissured tongue among 4,009 Iranian dental outpatients. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1973,36:34-38.

- 7.- FARMAN GA. Atrophic lesions of the tongue: A prevalence study among 175 diabetic patients. *Journal Oral Pathology*. 1976;5:255-264.
- 8.- METHA FS, BHONSLE RB, MURTI PR, DAFTARY DK, GUPTA PC, PINDBORG JJ. Central papillary atrophy of the tongue among bidi smokers in India: a 10 year study of 182 lesions. *J Oral Pathol Med*. 1989;18:475-480.
- 9.- KOLAS SF, HALPERIN V, JEFFERIS KR, HUDDLESTON S, ROBINSON HBG. The occurrence of torus palatinus and torus mandibularis in 2,478 dental patients. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol*. 1953;6:1134-41.
- 10.- AXELL T, ZAIN RB, SIWAMOGSTHAM P, TANTINIRAN D, THAMPIPIT J. Prevalence of oral soft tissue lesions in out-patients at two Malaysian and Thai dental schools. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1990;18:95-9.
- 11.- HEDIN CA, AXELL T. Oral melanin pigmentation in 467 Thai and Malaysian people with special emphasis on smoker's melanosis. *J Oral Pathol Med*. 1991;20:8-12.
- 12.- RAMIREZ AVA, MOSQUEDA TA, HERNANDEZ LLH. Estudio epidemiológico de las lesiones de la mucosa oral. *Cuadernos CBS UAMX* 1986 No. 11.

- 13.- SEDANO HO,CARREON FI,GARZA de La GML et al. Clinical orodental abnormalities in Mexican children. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1989;68:300-11.
- 14.- DIAZ GUZMAN L, CASTELLANOS JL. Lesiones blancas de la mucosa bucal. Estudio epidemiológico en 5868 pacientes de la Clínica de Diagnóstico de la Universidad del Bajío. Rev. ADM. 1988;45:333-336.
- 15.- DIAZ GUZMAN L, CASTELLANOS JL. Lesiones rojas y mixtas (blancas/rojas) de la mucosa bucal. Estudio epidemiológico en 5868 pacientes. Rev ADM. 1989;46:126-130.
- 16.- DIAZ GUZMAN L, CASTELLANOS JL. Lesiones de la mucosa bucal.Estudio epidemiológico en 7,297 pacientes. Rev. ADM. 1991;48:75-80.
- 17.- W.H.O. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. Community Dent. and Oral Epidemiol. 1980;8:1-26.
- 18.- SHAFER GW, HINE KM AND LEVY MB. Tratado de Patología Bucal. Nueva Editorial Interamericana,1984.
- 19.- PINDBORG JJ. Cáncer y precáncer bucal. Editorial Médica Panamericana S.A.1981.

- 20.- SEWERIN IB. A clinical and epidemiologic study morsicatio buccarum/labiorum.Scand. J. dent. Res. 1971;79;73-80.
- 21.- PORTILLA R J, AGUIRRE MOA, GAITAN CL. Texto de patologia oral, El Ateneo 1989.
- 22.- REGEZI AJ, SCIUBBA JJ. Patologia BucaL. Nueva Editorial Interamericana, 1991.
- 23.- BERGENDAL T. AND ISACSSON G. A combined clinical, mycological and histological study of denture stomatitis. Acta Odontol. Scand. 1983,41:33-44.
- 24.- ODDS FC. Candida and candidosis. University Park Press. Baltimore.1979.
- 25.- BUCHNER A., HANSEN L. Melanotic macule of the oral mucosa: a clinicopathologic study of 105 cases. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.1979; 48:244-249.
- 26.- AXELL T.Ocurrence of leukoplakia and some other oral white lesions among 20,333 adult Swedish people. Community Dent Oral Epidemiol. 1987;15:46-51.Y
- 27.- DONOHUE A, AGUIRRE A, LEYVA E, LEDESMA C, ALDAPE B. LARA A. Prevalence of oral mucosal disturbance in adult mexican population. Journal of Dental Research, Abstracts of papers. 1991; 70 Special Issue A306:304.

28.- BUDTZ-JORGENSEN E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. J. Oral Pathol Med. 1981;10:65-80.

APENDICE

ANEXO 1

CODIGOS

PREVALENCIA DE LESIONES Y CONDICIONES DE LA MUCOSA BUCAL

CLINICA DE 1 Licenciatura

2 Posgrado

SEXO 1 Masculino

2 Femenino

TABAQUISMO 1 No

2 Diario

3 Ocasional

4 Previo

ALCOHOLISMO 1 No

2 Diario

3 Ocasional

4 Previo

ANEXO 2

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA HISTORIA CLINICA DEL ESTUDIO DE LESIONES Y CONDICIONES DE LA MUCOSA BUCAL

REQUISITOS PARA EL LLENADO

- NO SE DEBE DEJAR NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER
- 1) Marcar con una X el paréntesis que corresponda a la clínica de admisión en la que se revise al paciente.
 - 2) El número de EXPEDIENTE corresponde al registro de la historia clínica en el archivo de la clínica de admisión.
 - 3) La FECHA se registra con números arábigos, indicándola de la siguiente forma: día-mes-año.
 - 4) En la casilla correspondiente al SEXO se indicará si es FEMENINO (F) o MASCULINO (M).

- 5) En la pregunta que corresponde a ocupación se indicará la principal actividad de la persona entrevistada. Cuando su actividad sea HOGAR, ESTUDIANTE, o NUNCA HA TRABAJADO, se preguntará la ocupación de la persona de la que depende económicamente. Cuando sea DESEMPLEADO se preguntará cual fue la última ocupación que desarrolló.

- 6) En los apartados correspondientes a TABAQUISMO se tiene que marcar alguna de las respuestas (NO SE DEBE DEJAR EN BLANCO). Cuando la respuesta sea NO entonces no se contestan las preguntas de DURACION DEL HABITO EN AÑOS y PROMEDIO POR OCASION. Cuando la respuesta sea afirmativa entonces se debe indicar el número de años de duración del hábito, y en PROMEDIO POR OCASION el número de cigarros por día.

- 7) CONSUMO DE ALCOHOL se responde de la misma manera que TABAQUISMO.

- 8) La pregunta sobre ENFERMEDADES SISTEMICAS tiene 3 preguntas A) DIABETES, si el paciente no es diabético se responde en la casilla de NO, si es diabético se preguntará si la enfermedad está CONTROLADA o NO. B) ALTERACIONES HEMATOLOGICAS, se responde SI o NO, si la respuesta es Si especificar el tipo de alteración. C) Si existe alguna otra alteración que el examinador considere de importancia se registrará en el renglón de OTRAS.

ANEXO, 3

CODIGOS DE REGISTRO

AREAS TOPOGRAFICAS	LESIONES
1. BERMELLON SUPERIOR	1. FOVEOLAS COMISURALES
2. BERMELLON INFERIOR	2. HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL
3. MUCOSA LABIAL SUPERIOR	3. GRANULOS DE FORDYCE
4. FRENILLO LABIAL SUPERIOR	4. LEUCOPLASIA
5. MUCOSA LABIAL INFERIOR	5. LIQUEN PLANO
6. FRENILLO LABIAL INFERIOR	6. QUERATOSIS FRICCIONAL
7. COMISURA IZQUIERDA	7. MORSICATIO BUCARUM
8. COMISURA DERECHA	8. LINEA ALBA OCLUSAL
9. MUCOSA BUCAL IZQUIERDA	9. LEUCOEDEMA
10. MUCOSA BUCAL DERECHA	10. AUMENTO TISULAR CON CAUSA APARENTE
11. FONDO DE SACO SUPERIOR (SURCO MUCOBUCAL)	11. ULCERAS TRAUMATICAS
12. FONDO DE SACO INFERIOR (SURCO MUCOBUCAL)	12. ULCERAS RECURRENTES MENORES
13. PALADAR DURO	13. ULCERAS RECURRENTES MAYORES
14. PALADAR BLANDO	14. TORUS PALATINO
15. PILARES ANTERIORES OROFARINGEO	15. ESTOMATITIS POR PROTESIS I (PETEQUIAS)
16. LENGUA DORSO 1/3 POST.	16. ESTOMATITIS POR PROTESIS II (MACULA GENERALIZADA)
17. LENGUA DORSO 1/3 MEDIO	17. ESTOMATITIS POR PROTESIS III (HIPERPLASIA PAPILAR)
18. LENGUA DORSO PUNTA	18. CANDIDIASIS ATROFICA CRONICA
19. LENGUA BORDES	19. CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA
20. LENGUA (CARA VENTRAL)	20. ERITROPLASIA
21. PISO DE BOCA	21. LENGUA FISURADA
22. FRENILLO LINGUAL	22. LENGUA GEOGRAFICA
23. PROC. ALVEOLAR SUP.	23. ATROFIA CENTRAL DE PAPILAS FILIFORMES
24. PROC. ALVEOLAR INF.	24. ANQUILOGLOSIA
25. ENCIA LIBRE SUPERIOR	25. VARICES LINGUALES
26. ENCIA ADHERIDA SUP.	
27. ENCIA LIBRE INFERIOR	

- | | |
|----------------------------|---|
| 28. ENCLIA ADHERIDA INF. | 26. ULCERAS SIN CAUSA APARENTE |
| 29. MUCOSA RETROMOLAR INF. | 27. AUMENTO TISULAR SIN CAUSA APARENTE |
| 30. MUCOSA RETROMOLAR SUP. | 28. TORUS MANDIBULAR |
| | 29. EPULIS FISURADO |
| | 30. PARULIS |
| | 31. MELANOSIS RACIAL |
| | 32. MACULA MELANOTICA INTRAORAL |
| | 33. OTRAS (ESPECIFICAR) |
| | 34. ATROFIA DE PAPILAS FUNGIFORMES Y FILIFORMES |

TRATAMIENTOS

- 1 NO REQUIERE
- 2 OBSERVACION PERIODICA EN EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA
- 3 FROTIS CITOLOGICO O MICROBIOLÓGICO
- 4 BIOPSIA
- 5 SERVICIOS EN OTRO DEPARTAMENTO

PREVALENCIA DE LESIONES Y CONDICIONES DE LA MUCOSA BUCAL

CLINICA LICENCIATURA () POSGRADO () FECHA [][][][][][]
 D M A
 No EXPEDIENTE [][][][][][] No REGISTRO [][][][]

 NOMBRE _____ EDAD [][] SEXO []
 DOMICILIO _____
 TELEFONO [][][][][][][] OCUPACION _____ [][]

 TABAQUISMO 1 NO 2 DIARIO 3 OCASIONAL 4 PREVIO []
 DURACION DEL HABITO EN AÑOS [][] PROMEDIO POR OCASION [][]
 (cigarros por día)
 CONSUMO DE ALCOHOL 1 NO 2 DIARIO 3 OCASIONAL 4 PREVIO []
 TIPO DE BEBIDA _____ []
 DURACION DEL HABITO EN AÑOS [][] PROMEDIO POR OCASION []

 ENFERMEDADES SISTEMICAS DE IMPORTANCIA PARA EL ESTUDIO
 DIABETES 1 NO 2 CONTROLADA 3 NO CONTROLADA []
 ALTERACIONES HEMATOLOGICAS
 1 NO []
 2 SI (ESPECIFICAR) _____

OTRAS (ESPECIFICAR) _____

DIAGNOSTICO LOCALIZACION									TX
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1.	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]
2.	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]
3.	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]
4.	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]
5.	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]
6.	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]
7.	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]
8.	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]	[][]

OTROS _____ OTROS _____

ASISTENTE _____ EXAMINADOR _____ []

CURRICULUM VITAE

NOMBRE: ALEJANDRO DONOHUE CORNEJO
FECHA DE NACIMIENTO: 26 DE AGOSTO DE 1959
LUGAR DE NACIMIENTO: MEXICO, D. F.
NACIONALIDAD: MEXICANA
ESTADO CIVIL: SOLTERO
NOMBRE DE LOS PADRES: REYNALDA CORNEJO LOPEZ
SANTIAGO DONOHUE ARCINIEGA
DOMICILIO PERMANENTE: CERAMICA No. 120
COL. 20 DE NOVIEMBRE
DEL. VENUSTIANO CARRANZA
C.P. 15300
TELEFONO: 789-62-37

ESTUDIOS PROFESIONALES

LICENCIATURA: CIRUJANO DENTISTA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA, U.N.A.M.
1979 A 1982
ESPECIALIDAD: PATOLOGIA BUCAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
F.O. U.N.A.M.
1985 A 1986
MAESTRIA: EN ODONTOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
F.O. U.N.A.M.
1990 A 1991
ESPECIALIDAD: PROTESIS BUCAL FIJA (en curso)
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION, F.O. U.N.A.M.
1994 A 1995