

210  
21



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"ASOCIACION DE TABAQUISMO, ALCOHOLISMO Y  
DIABETES CON ALTERACIONES BUCALES EN LA  
CLINICA DE ADMISION FACULTAD DE  
ODONTOLOGIA, U.N.A.M."

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A N :  
PINEDA ESCALANTE ALEJANDRO AMADO  
LOPEZ CORONA MA. GUADALUPE

*Vo.Bo*  
*[Signature]*

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

ASESOR: C.D.M.S.P. S. AIDA BORGES YAÑEZ



CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO, D. F.

1997

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**Si no debe emprenderse la cura  
de los ojos sin la cabeza, ni la  
de la cabeza sin el cuerpo, tampoco  
debe tratarse el cuerpo sin el alma.**

**(Platón)**

## INDICE

RESUMEN . . . . .	1
SUMMARY . . . . .	2
INTRODUCCIÓN . . . . .	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA . . . . .	6
JUSTIFICACIÓN . . . . .	6
HIPÓTESIS . . . . .	7
OBJETIVOS . . . . .	7
MATERIALES Y MÉTODOS . . . . .	8
RESULTADOS . . . . .	17
DISCUSIÓN . . . . .	40
CONCLUSIONES . . . . .	42
RECOMENDACIONES . . . . .	43
BIBLIOGRAFÍA . . . . .	44
APÉNDICE . . . . .	47

<b>INDICE DE TABLAS</b>
-------------------------

TABLA 1. DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE LA POBLACION GENERAL QUE ACUDIO AL SERVICIO DE ADMISION DE LA FO. UNAM.	20
TABLA 2. DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE LA POBLACION ESTUDIADA QUE ACUDIO AL SERVICIO DE ADMISION DE LA FO. UNAM.	20
TABLA 3. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE TABAQUISMO POR GRUPOS DE EDAD EN LA POBLACION ESTUDIADA.	21
TABLA 4. DISTRIBUCION DE TABAQUISMO CON RESPECTO AL SEXO DE LA POBLACION ESTUDIADA.	21
TABLA 5. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ALCOHOLISMO POR GRUPOS DE EDAD DE LA POBLACION ESTUDIADA.	22
TABLA 6. DISTRIBUCION DEL ALCOHOLISMO CON RESPECTO AL SEXO EN LA POBLACION ESTUDIADA.	22
TABLA 7. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE DIABETES POR GRUPOS DE EDAD EN LA POBLACION ESTUDIADA.	23
TABLA 8. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE DIABETES CON RESPECTO AL SEXO EN LA POBLACION ESTUDIADA.	23
TABLA 9. FRECUENCIA DE ALTERACIONES BUCALES EN LA POBLACION ESTUDIADA.	24
TABLA 10. DISTRIBUCION DEL ALCOHOLISMO CON RESPECTO A LAS ALTERACIONES BUCALES ESTUDIADAS.	25
TABLA 11. DISTRIBUCION DE TABAQUISMO CON RESPECTO A LAS ALTERACIONES BUCALES EN LA POBLACION ESTUDIADA.	26
TABLA 12. DISTRIBUCION DE DIABETES CON RESPECTO A LAS ALTERACIONES BUCALES EN LA POBLACION ESTUDIADA.	27
TABLA 13. DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TRATAMIENTO AL QUE FUERON CANALIZADOS LOS PACIENTES DE LA POBLACION ESTUDIADA.	27
TABLA 14. ASOCIACION DE ALCOHOLISMO CON LEUCOEDEMA EN LA POBLACION ESTUDIADA.	28
TABLA 15. ASOCIACION DE ALCOHOLISMO CON ESTOMATITIS POR PRÓTESIS I EN LA POBLACION ESTUDIADA.	29

TABLA 16. ASOCIACIÓN DE ALCOHOLISMO CON ESTOMATITIS POR PRÓTESIS II EN LA POBLACION ESTUDIADA.	30
TABLA 17. ASOCIACIÓN DE ALCOHOLISMO CON ESTOMATITIS POR PRÓTESIS III EN LA POBLACION ESTUDIADA.	31
TABLA 18. ASOCIACIÓN DE TABAQUISMO CON MELANOSIS RACIAL EN LA POBLACION ESTUDIADA.	32
TABLA 19. ASOCIACIÓN DE TABAQUISMO CON LEUCOEDEMA EN LA POBLACION ESTUDIADA.	33
TABLA 20. ASOCIACIÓN DE TABAQUISMO CON ATROFIA CENTRAL DE PAPILAS FILIFORMES EN LA POBLACION ESTUDIADA.	34
TABLA 21. ASOCIACIÓN DE TABAQUISMO CON CANDIDIASIS ATRÓFICA CRÓNICA EN LA POBLACION ESTUDIADA.	35
TABLA 22. ASOCIACIÓN DE TABAQUISMO CON CANDIDIASIS PSEUDO MEMBRANOSA EN LA POBLACION ESTUDIADA.	36
TABLA 23. ASOCIACIÓN DE DIABETES CON CANDIDIASIS ATRÓFICA CRÓNICA EN LA POBLACION ESTUDIADA.	37
TABLA 24. ASOCIACION DE DIABETES CON CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA EN LA POBLACION ESTUDIADA.	38
TABLA 25. ASOCIACIÓN DE DIABETES CON ATROFIA CENTRAL DE PAPILAS FILIFORMES EN LA POBLACION ESTUDIADA.	39

## RESUMEN

El propósito de este estudio fue conocer la asociación existente entre tabaquismo, alcoholismo y Diabetes con las siguientes alteraciones bucales: Melanosis racial, Leucoedema, Leucoplasia, Eritroplasia, Candidiasis Pseudomembranosa, Candidiasis Atrófica Crónica, Atrofia central de Papilas Filiformes y Estomatitis por Prótesis I, II y III, en 500 pacientes mexicanos mayores de 18 años (56% mujeres y 44% hombres) que acudieron a la Clínica de Admisión FO. UNAM turno matutino entre Noviembre de 1996 a Marzo de 1997.

Se obtuvo razón de momios para conocer la fuerza de asociación entre los factores de riesgo y las alteraciones bucales. Las personas que fuman tabaco tienen 1.61 veces más probabilidad de presentar Leucoedema que aquellos que no fuman ( $p=0.01$ , I.C. 1.08 a 2.4) y 1.50 veces más probabilidad de presentar Melanosis racial ( $p=0.002$ , I. C. 1.05 a 2.15); las personas que ingieren bebidas alcohólicas tienen 2.11 veces más probabilidad de presentar Estomatitis por Prótesis III que aquellos que no ingieren bebidas alcohólicas ( $p=0.03$ , I. C. 1.92 a 2.31) y los pacientes diabéticos tienen 7.09 veces más probabilidad de presentar Atrofia central de Papilas Filiformes ( $p=0.006$ , I. C. 1.38 a 36.4) y 11.92 veces más probabilidad de presentar Candidiasis Pseudomembranosa ( $p=0.01$ , I.C. 1.06 a 136.9) que los no diabéticos. No fue posible determinar la posible asociación con Eritroplasia y Leucoplasia por el escaso número de pacientes que presentaron estas entidades. Se observó un paciente con 40 años de tabaquismo y 35 años de ingerir bebidas alcohólicas con un Carcinoma Epidermoide en el dorso de la lengua.

Estos resultados corroboran que el alcoholismo, tabaquismo y Diabetes son factores predisponentes para presentar alteraciones en la cavidad bucal.

## SUMMARY

The purpose of this study was to demonstrate the association between tobaccoism, alcoholism and Diabetes with the following buccal alterations: Racial Melanosis, Leukoedema, Leukoplakia, Erythroplakia, Pseudomembranous Candidiasis, Chronic Atrophic Candidiasis, Central Atrophy of Filiform Papillae and dentadure stomatitis grade I, II and III, in 500 adult mexican patients elder 18 years of age, of the faculty of Odontology of the National Autonomous University of Mexico in the morning shift from November 1996 to March 1997.

The statistic test odds ratio, was used to determine the strength of association between the variables. The people who smoke have 1.61 more probability to present Leukoedema ( $p=0.01$ , C. I. 1.08 to 2.4) and 1.50 more probability to present Racial Melanosis ( $p= 0.002$ , C. I. 1.05 to 2.15); the people drinker of alcoholic drinks have 2.11 more probability to present central atrophic of filiform papillae ( $p= 0.006$ , C. I. 1.38 to 36.4) and 11.92 more probability to present Pseudomembranous Candidiasis ( $p= 0.01$ , C. I. 1.06 to 136.9). The possible associations for Leukoplakia and Erythroplakia could not be determined due to the fact that none of the patients studied present these entities. A patient male with smoking (40 years) and alcoholic (35 years) history present an epidermoid carcinoma on the dorse of the tongue.

These results corroboran that alcoholism, tobaccoism and Diabetes are predisponent factors to present alterations in the buccal cavity.



## INTRODUCCIÓN

La cavidad bucal puede presentar gran variación anatómica que va desde las entidades normales hasta las verdaderamente patológicas, puesto que el ser humano debe ser considerado como un todo y no sólo recurrir a la fragmentación artificial del organismo <sup>(1)</sup> (una boca, un órgano, un diente, etc. ). La raza, los hábitos, costumbres, así como la localidad en que habita pueden repercutir en las manifestaciones clínicas de la cavidad bucal y no nada más los factores locales que actúan sobre la misma.

Las alteraciones bucales pueden ser originadas por muchas causas posibles, en el presente trabajo pretendemos encontrar la asociación entre el tabaquismo, alcoholismo y diabetes con las alteraciones presentes en la cavidad bucal en un determinado grupo de individuos.

Cabe mencionar que el enfoque de una enfermedad o evento epidemiológico generalmente es de naturaleza múltiple causal. No se pretende que una enfermedad pueda tener solamente una causa por lo tanto la asociación puede ser únicamente de significancia estadística, sin que la relación de categorías de eventos tenga alguna razón lógica para explicarla.<sup>(2)</sup>

La mayoría de las veces es el cirujano dentista el encargado de diagnosticar y evaluar los procedimientos terapéuticos de un individuo que presenta alguna alteración bucal,<sup>(3)</sup> y las referencias previas de estudios de asociación entre las alteraciones bucales con una posible causa nos puede encaminar a un diagnóstico temprano; así como a la resolución o prevención del problema.

Son varios los estudios reportados en la literatura mundial sobre el tema, siendo uno de ellos el de Axell,<sup>(4)</sup> que se realizó en la Facultad de Odontología de Kuala Lumpur, (Malasia) y Chiang Mai (Tailandia), encontrando que el tabaco en alguna forma fue regularmente usado en un 31.7% en Chiang Mai (C.M.) y un 27.5% en Kuala Lumpur (K.L.), encontrando tres casos de Leucoplasia asociadas al hábito en cada uno de los países (1.3%), y un caso en Kuala Lumpur de Leucoplasia sin ninguna relación con el hábito, un caso de Carcinoma de células escamosas encontrado en una mujer india de 45 años de edad en Kuala Lumpur por mascar "betel" y tabaco diariamente durante muchos años, Liquen Plano en un 3.8% en C.M. y 2.1% en K.L., un 48.3% en C.M. de

Úlceras Aftosas comparativamente con cifras bajas de Herpes Labial. Como esperaban la pigmentación por melanina prevaleció.

Posteriormente Hedén y Axell,<sup>(6)</sup> realizaron un estudio en las mismas Facultades, pero tomando más en cuenta el uso de tabaco con respecto a la pigmentación por melanina bucal, el tabaco fue usado regularmente por un 32% y 28% en las poblaciones estudiadas en C.M. y K.L.. Aunque casi todos los que no fuman en las poblaciones estudiadas presentaban pigmentación por melanina bucal, se encontró que los fumadores tenían más superficies bucales pigmentadas que los que no fuman, concluyendo que el fumar tabaco estimula los melanocitos bucales para aumentar la producción de melanina en personas de piel oscura.

Por otra parte Corbet,<sup>(6)</sup> estudio una población China con lesiones en la mucosa bucal. Siendo las más frecuentes la prevalencia de lesiones en portadores de prótesis totales o parciales, fumadores de tabaco y los que ingieren alcohol. Las lesiones encontradas fueron: Varices Linguales, Queratosis Friccional sobre la mucosa bucal, Estomatitis por dentadura sobre el paladar, Hiperplasia inducida por uso de prótesis total en el surco bucal mandibular y maxilar (Epulis Fisuratum) y tienen además una alta prevalencia de lesiones (40%) comparada con los que no la usan (32%).

En Estados Unidos del Norte de América alrededor del 4% de individuos de entre 5 y 7 años de edad presentan una o más lesiones en la mucosa bucal. Kleinman, D.V.,<sup>(7)</sup> en su estudio encontró que las lesiones más prevalentes clínicamente son Úlceras Aftosas recurrentes (1.23%), Herpes Labial recurrente (0.78%), lesiones inducidas por el tabaco (0.71%) y Lengua Geográfica (0.60%), 10% de los individuos de 12-17 años de edad reportaron el uso frecuente de algún tipo de tabaco.

Rindum y Stenderup,<sup>(8)</sup> hicieron un estudio el cual consistió en identificar los tipos de *Cándida Albicans* en sujetos sanos y patológicamente afectados en la mucosa bucal por *Cándida*, revisaron 100 pacientes sanos y 53 con algún tipo de *Cándida* o Leucoplasia, dando como resultado que la identificación de hifas en la mucosa bucal de pacientes sanos no es un dato inequívoco de infección por *Cándida* y mantiene la versión que fumar tabaco posiblemente sea un factor predisponente para infección Candidiásica y lesiones Leucoplásicas.

En la Clínica de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Ciencia y Tecnología de Jordania en la ciudad de Irbid, se llevó a cabo la investigación para observar la presencia de lesiones linguales. Los resultados mostraron que 240 sujetos (23.7%) tienen algún tipo de alteración lingual: Lengua Geográfica y Lengua Fisurada fueron detectadas en un (6.8%) y (11.4%) de la población examinada respectivamente y una asociación de las dos condiciones fue observada en un (2.9%) de los sujetos, Lengua Pilosa en (3.4%) de los sujetos con mayor prevalencia en hombres, la relación establecida entre Lengua Pilosa y fumadores es altamente significativa. (9)

Jovanovic,<sup>(10)</sup> realizó un estudio relacionando el uso de tabaco y alcohol con el Carcinoma de células escamosas encontrando que el sitio anatómico del Carcinoma de células escamosas bucal es más pronunciado por fumar tabaco que por el uso de alcohol.

El Leucoedema es considerado como una variación de lo normal. Hasta el momento no se conoce su etiología y no hay resultados claros de la investigación de factores etiológicos como el consumo de tabaco y la ingesta de alcohol. Sin embargo; algunos estudios sugieren alguna posible asociación entre la enfermedad y los hábitos.<sup>(11)</sup>

Ying-Chün Ko<sup>(12)</sup> reporta que en la Asociación de fumar tabaco, mascar "betel" y beber bebidas alcohólicas con la presencia de cáncer bucal si existe una significancia estadística demostrándolo en un estudio realizado en un hospital de la ciudad de Taiwan.

Por otra parte la Candidiasis bucal se puede manifestar en pacientes con enfermedades sistémicas como la Diabetes Mellitus (DM), Eisaku Ueta<sup>(13)</sup> estudio la presencia de DM con las infecciones odontogénicas y Candidiasis bucal concluyendo que DM es una condición predisponente para infecciones odontogénicas y Candidiasis bucal de severas a moderadas dependiendo los niveles de azúcar en la sangre.

Las causas directas de la Estomatitis protésica son la infección y la irritación mecánica, y raramente las reacciones tóxicas o alérgicas provocadas por los materiales de la prótesis. Se ha sugerido que las anomalías hematológicas pueden desempeñar un papel predisponente.<sup>(14)</sup> Una de las anemias más frecuentes en los pacientes alcohólicos es el déficit de folato debido a factores nutricionales.<sup>(15)</sup>

En el presente estudio no pretendemos encontrar las causas etiológicas de determinadas alteraciones bucales sino la relación que existe entre presentar o no

factores locales y sistémicos como el alcoholismo, tabaquismo y Diabetes con la presencia de alteraciones en la cavidad bucal.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los objetivos del cirujano dentista (CD) es estar informado y orientado acerca de las diferentes alteraciones bucales más comunes de la población en que habita; así como las posibles causas que las originan o favorecen su presencia ya que las presentaciones son muy variadas, esto nos lleva la mayoría de las veces a un diagnóstico tardío que retarda el manejo adecuado del paciente. Tomando en cuenta que el CD es el que tiene el contacto con las diferentes alteraciones que se presentan en la cavidad bucal, es importante poder reconocerlas para dar a tiempo un diagnóstico acertado lo que permite que se le de un tratamiento adecuado o se facilite su remisión a un centro hospitalario si es necesario.

## JUSTIFICACIÓN

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 una alteración sistémica, la asociación entre ambos nos servirá para la planeación de programas de educación para la salud, prevención, diagnóstico temprano y auto cuidado, que pueden ser implementadas en la Facultad de Odontología, también será de utilidad para futuros estudios de causa efecto de las alteraciones de la mucosa bucal.

## **HIPÓTESIS**

Los pacientes con el hábito de fumar tabaco tienen mayor posibilidad de presentar Melanosis racial, Leucoedema, Leucoplasia, Eritroplasia, Candidiasis Pseudomembranosa, Candidiasis Atrófica Crónica y Atrofia central de Papilas Filiformes.

Los pacientes con el hábito de ingerir bebidas alcohólicas tienen mayor posibilidad de presentar Leucoedema, Estomatitis por Prótesis I, II y III, Eritroplasia y Leucoplasia.

Los pacientes que padecen de Diabetes tienen mayor posibilidad de presentar Candidiasis Pseudomembranosa, Candidiasis Atrófica Crónica y Atrofia central de Papilas Filiformes.

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar la asociación de alteraciones bucales con el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco así como con la presencia de Diabetes de los pacientes mexicanos que acudieron a la clínica de admisión de licenciatura de la Facultad de Odontología de la UNAM, mayores de 18 años, en un periodo de 5 meses a partir del mes de noviembre de 1996 a marzo de 1997 en el turno matutino.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar la asociación entre Tabaquismo y Melanosis racial, Leucoedema, Leucoplasia, Eritroplasia, Candidiasis Pseudomembranosa, Candidiasis Atrófica Crónica y Atrofia central de Papilas Filiformes de los pacientes mexicanos que acudieron a la clínica de admisión de la Facultad de Odontología UNAM, en un periodo de 5 meses, Noviembre 1996-Marzo 1997 (Población estudiada).

Identificar la asociación entre alcoholismo y Leucoedema, Estomatitis por Prótesis I, II y III, Eritroplasia y Leucoplasia de la población estudiada.

Identificar la asociación entre Diabetes y Candidiasis Pseudomembranosa, Candidiasis Atrofica Crónica y Atrofia central de Papilas Filiformes de la población estudiada.

Identificar la distribución porcentual de la población general y de estudio por grupos de edad y sexo.

Identificar la distribución porcentual de tabaquismo, alcoholismo y Diabetes por grupos de edad y sexo de la población estudiada.

Identificar la distribución de alcoholismo, tabaquismo y Diabetes con Melanosis racial, Leucoedema, Estomatitis por Prótesis I, II y III, Atrofia central de Papilas Filiformes, Candidiasis Atrofica Crónica, Candidiasis Pseudomembranosa, Eritroplasia y Leucoplasia en la población estudiada.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

**Tipo de investigación:** Transversal Descriptivo.

**Universo de Estudio:** Consistió en 4384 pacientes mayores de 18 años que acudieron a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología U.N.A.M durante 5 meses de 1996-1997, en el turno matutino.

**Muestra:** 500 Pacientes mexicanos de ambos sexos mayores de 18 años. Seleccionados a través de un método "intencional" o por "conveniencia" de los pacientes que asistieron al servicio de la clínica de admisión de licenciatura de la FO. UNAM. en el turno matutino y que presentaron alguna alteración bucal.

**Criterios de inclusión:** Pacientes mexicanos mayores de 18 años de ambos sexos que acudieron a la clínica de admisión en el turno matutino, en un periodo comprendido de noviembre 1996 a marzo de 1997 y que presentaron alteración bucal.

**Criterios de exclusión:** Pacientes menores de 18 años que acudieron a la clínica de admisión en el turno matutino, pacientes que acudieron a la clínica de admisión en el turno vespertino, pacientes que no desearon cooperar con el estudio, pacientes de nacionalidad extranjera y pacientes que no presentaron alteración bucal.

**VARIABLES DE ESTUDIO Y DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS ENTIDADES A ESTUDIAR.**

**Variables Independientes:** Edad, Sexo, Tabaquismo, Alcoholismo y Diabetes.

**Tabaquismo.-** Tiempo transcurrido de ser fumador: Indica el periodo de tiempo de exposición al tabaco, efecto de los productos nocivos del humo del tabaco, como son: Alquitrán, nicotina, monóxido de carbono, gases irritantes y sustancias carcinógenicas.

**Escala de medición:** 1 NO  
2 DIARIO  
3 OCASIONAL  
4 PREVIO

**Alcoholismo.-** Es el que tiene una frecuencia y cantidad de ingesta de alcohol, produciendo signos de dependencia física y psicológica, en la que va en aumento el daño físico y mental, con manifestaciones de alteraciones en su conducta, así como en su personalidad, que lo van llevando a un deterioro en su interrelación social, como es su trabajo, familia, núcleo social en el que se desarrolla e incluso con su misma persona.

**Escala de medición:** 1 NO  
2 DIARIO  
3 OCASIONAL  
4 PREVIO



**Diabetes.-** Enfermedad endocrina caracterizada por la deficiencia parcial o nula de la producción de insulina, haciendo al paciente diabético tipo I (INSULINO DEPENDIENTE) y diabético tipo II ( NO INSULINO DEPENDIENTE).

**Escala de medición:**

1 NO

2 CONTROLADA Dieta y fármacos (tipo II)

Insulina (tipo I)

3 NO CONTROLADA

**Variables Dependientes:**

1)Leucoplasia, 2)Eritroplasia, 3)Leucoedema, 4)Estomatitis por prótesis I (petequias), 5)Estomatitis por prótesis II (mácula generalizada), 6)Estomatitis por prótesis III (hiperplasia papilar), 7)Candidiasis Atrófica Crónica, 8)Candidiasis Pseudomembranosa, 9)Atrofia central de Papilas Filiformes y 10)Melanosis racial.

**LEUCOPLASIA**

Placa blanca que no se desprende al frotarla y que no se puede caracterizar clínica ni patológicamente como ninguna otra enfermedad.

**ERITROPLASIA**

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

**LEUCOEDEMA**

Superficie de color blanco-gris, placa lisa y blanda, de distribución simétrica en la mucosa bucal, la forma severa presenta arrugas o pliegues de coloración blanca que desaparece al distender la mucosa.

### **ESTOMATITIS POR PRÓTESIS**

Eritema de la mucosa del paladar asociada a un aparato protésico superior:

TIPO I En forma de petequias.

TIPO II Mácula generalizada.

TIPO III Hiperplasia papilar.

### **CANDIDIASIS ATRÓFICA CRÓNICA**

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

### **CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA**

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

### **ATROFIA CENTRAL DE PAPILAS FILIFORMES**

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

### **MELANOSIS RACIAL**

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

### **MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

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

El examen a los paciente y la recolección de datos se llevó a cabo por los dos **tesistas** con apoyo de un especialista en patología bucal (C.D.M.O. Aldape Barrios **Beatriz** ) 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 de admisión FO. UNAM.

El examen bucal se realizó en un sillón dental equipado con lámpara de luz **artificial**, de manera rutinaria se realizó la observación y palpación de las estructuras bucales de 500 pacientes que presentaron alteraciones en los tejidos blandos de la cavidad bucal, con base en el esquema secuencial publicado por la O.M.S. para estudios epidemiológicos de tejidos blandos de la cavidad bucal, el cual está basado en la clasificación propuesta por Roed Pettersen y Renstrup.<sup>(16)</sup>

#### **SECUENCIA DEL EXAMEN BUCAL DE ACUERDO A ROED PETERSEN Y RENSTRUP.**

##### **LABIOS**

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**

Superior e inferior (área rectangular que se extiende del borde del bermellón a 1 cm. aproximadamente 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 1 cm. 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).

### **ENCÍA Y PROCESO ALVEOLAR POSTERIOR**

Superior e inferior (área 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).

### **ENCÍA Y PROCESO ALVEOLAR ANTERIOR**

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

### **FRENILLO LABIAL**

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

### **PALADAR DURO**

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

### **PALADAR BLANDO**

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

### **AMÍGDALAS**

Pliegue de tejido que forma el margen de la fosa amigdalina

#### **DORSO DE LA LENGUA**

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

#### **BASE DE LA LENGUA**

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

#### **PUNTA DE LA LENGUA**

Área 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. aproximadamente del plano dorsal y ventral de la lengua.

#### **CARA VENTRAL DE LA LENGUA**

Área 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.

## MATERIALES Y EQUIPO A EMPLEAR

Se utilizaron 500 Cédulas de recolección de datos, abatelenguas, guantes, cubre bocas y gasas limitados, unidades dentales con lampara de luz blanca artificial de la clínica de admisión de licenciatura FO. UNAM. y computadora.

## ANALISIS ESTADÍSTICOS DE DATOS

Se obtuvo frecuencia y porcentaje de cada una de las variables dependientes e independientes así como un cruce de dichas variables con respecto a grupos de edad y sexo.

Se considero a los pacientes como fumadores a aquellos que respondieron que fumaban diario, ocasional o previo y como no fumadores a los que nunca habían fumado. De igual manera se considero al alcoholismo.

En la Diabetes se considero como positiva a las personas que decían padecerla y que estaba comprobado por un certificado médico y como negativa a las personas que decían no padecerla o que no lo sabían con certeza.

Se obtuvo ji cuadrada ( $\chi^2$ ) y razón de momios utilizando el paquete estadístico SPSS.

## RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre el mes de Noviembre de 1996 a el mes de Marzo de 1997, se llevó a cabo en la clínica de Admisión de la Facultad de Odontología U.N.A.M., el estudio clínico de "Asociación de tabaquismo, alcoholismo y diabetes con alteraciones bucales en la clínica de admisión FO. UNAM.", en el cual de acuerdo a los datos obtenidos por el sistema de computo, registro y evaluación de pacientes (SICOREP). Asistieron a la clínica en el turno matutino un total de 4384 pacientes mayores de 18 años de los cuales 1741 fueron del sexo masculino y 2643 del sexo femenino. La distribución por grupos de edad y sexo de la población total se muestra en la tabla 1.

El número de pacientes revisados para el estudio fue de 500 lo que representa un 11.4% de la población total, el número de pacientes del sexo masculino fue de 220 (44%) y femenino 280 (56%), con un rango total de 18 a 86 años de edad. La distribución por grupos de edad y sexo de la población estudiada la podemos observar en la tabla 2.

En el tabaquismo con lo que respecta a la edad encontramos que en los que fuman ocasionalmente la edad que más predomina es de 18 a 25 años (32), los que fuman diariamente son los de 26 a 35 años (26) y en los que previamente fumaban sobresalió la edad de 66 en adelante (11). Con lo que respecta al sexo los que más fumaban fueron los del sexo masculino; diario (24.54%), ocasional (20%) y previo (13.63%), ver tablas 3 y 4 respectivamente.

Con lo que respecta al alcoholismo encontramos que la edad en que más se presentó el hábito es de 18 a 25 años bebiendo ocasionalmente (65) y los que bebían previamente fue de 46 a 55 años de edad (13). Predominando el sexo masculino, diario (0.90%), ocasional (55.45%) y previo (13.18%), ver tablas 5 y 6 respectivamente.

Con lo que respecta a la Diabetes encontramos que se presentó más en el sexo femenino 12 casos (4.28%) controlados y 8 casos (3.63%) en el sexo masculino, de los cuales 1 (0.45%) no estaba controlado, la edad en la que más se presentó fue de 66 y más años (7), ver tablas 7 y 8.

En la tabla 9, se observa la frecuencia de las alteraciones bucales en orden descendente, de las cuales las que más se presentaron fueron la Melanosis racial (228),

seguida de Línea Alba Oclusal (180), Leucoedema (133) y Granulos de Fordyce (127) y solamente dos alteraciones no se presentaron (Eritroplasia y Leucoplasia).

La distribución del alcoholismo y tabaquismo con respecto a las alteraciones estudiadas las podemos observar en la tabla 10 y 11 respectivamente, con fines de estudio se ordenaron en orden descendente y se dividieron en nunca, diario, ocasional y previo de acuerdo a la presencia de los hábitos.

La frecuencia de alteraciones bucales presentes en los pacientes sin Diabetes o con Diabetes controlada y sin controlar la observamos en la tabla 12.

El tratamiento al cual los pacientes fueron remitidos se observa en la tabla 13, en el cual el 51.2% no requiere de un tratamiento, el 48.2% se remitió a servicios a otro departamento y por último el 0.6% fue necesario remitirlos al estudio de biopsia.

Cabe mencionar que para que exista significancia estadística entre las variables estudiadas, el nivel de significancia de la  $X^2$  debe ser menor de 0.05 ( $P < 0.05$ ).

Al efectuar las pruebas estadísticas de  $X^2$  y razón de momios para obtener el nivel de significancia y la fuerza de asociación de cada una de las alteraciones bucales con respecto al alcoholismo, tabaquismo y Diabetes, encontramos que las alteraciones bucales con una asociación positiva fueron: para el alcoholismo Estomatitis por Prótesis III, para el tabaquismo Leucoedema y Melanosis racial y para la Diabetes Atrofia central de Papilas Filiformes y Candidiasis Pseudomembranosa, en las cuales si existe significancia estadística entre las variables. Ver tablas de la 14 a la 25.

Las alteraciones en la que no hubo significancia estadística y por lo tanto ninguna relación entre las variables fueron: Estomatitis por Prótesis I y II y Candidiasis Atrófica Crónica.

Cabe mencionar que dentro del estudio se observo un paciente de sexo masculino, de 54 años de edad, que refería el hábito diario de tabaquismo durante 40 años consecutivos y el hábito de alcoholismo durante 35 años. Clínicamente presentaba una úlcera de varios años de evolución en el dorso medio de la lengua. Fue remitido al Instituto Nacional de Cancerología de la S.S.A. para su estudio, del cual el resultado obtenido fue un Carcinoma Epidermoide asociado al tabaco y al alcohol que por muchos años consumió el paciente.



## TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN GENERAL QUE ACUDIÓ AL SERVICIO DE ADMISIÓN DE LA FO. UNAM.(NOV.96-MAR.97).

EDAD	MASCULINO	(%)	FEMENINO	(%)	TOTAL	(%)
18-25	729	41.87	1015	38.40	1744	39.78
26-35	381	21.88	564	21.33	945	21.55
36-45	268	15.39	446	16.87	714	16.28
46-55	182	10.45	333	12.59	515	11.74
56-65	110	6.31	173	6.54	283	6.45
66-Más	71	4.07	112	4.23	183	4.17
<b>TOTAL</b>	<b>1741</b>	<b>100</b>	<b>2643</b>	<b>100</b>	<b>4384</b>	<b>100</b>

FUENTE: SICOREP

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA QUE ACUDIÓ AL SERVICIO DE ADMISIÓN DE LA FO. UNAM. (NOV.96-MAR.97).

EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
18-25	75	34.09	86	30.71	161	32.2
26-35	48	21.81	62	22.14	110	22.0
36-45	35	15.90	48	17.14	83	16.6
46-55	28	12.72	46	16.42	74	14.8
56-65	17	7.72	29	10.35	46	9.2
66-Más	17	7.72	9	3.21	26	5.2
<b>TOTAL</b>	<b>220</b>	<b>100</b>	<b>280</b>	<b>100</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

FUENTE: CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO.

**TABLA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE TABAQUISMO POR GRUPOS DE EDAD EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV. 96-MAR.97).**

EDAD	NUNCA	%	DIARIO	%	OCASION.	%	PREVIO	%	TOTAL	%
18-25	102	35.91	21	23.07	32	40	6	13.33	161	32.2
26-35	64	22.53	26	28.57	14	17.5	6	13.33	110	22
36-45	47	16.54	18	19.78	14	17.5	4	8.88	83	16.6
46-55	41	14.43	13	14.28	10	12.5	10	22.22	74	14.8
56-65	22	7.74	9	9.89	7	8.75	8	17.77	46	9.2
66-Más	8	2.81	4	4.39	3	3.75	11	24.44	26	5.2
<b>TOTAL</b>	<b>284</b>	<b>100</b>	<b>91</b>	<b>100</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

FUENTE: CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO. UNAM.

**TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE TABAQUISMO CON RESPECTO AL SEXO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV. 96-MARZ.97).**

TABAQUISMO	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
NUNCA	92	41.81	192	68.57	284	56.8
DIARIO	54	24.54	37	13.21	91	18.2
OCASIONAL	44	20	36	12.85	80	16
PREVIO	30	13.63	15	5.35	45	9
<b>TOTAL</b>	<b>220</b>	<b>100</b>	<b>280</b>	<b>100</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

FUENTE: CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO UNAM.

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ALCOHOLISMO POR GRUPOS DE EDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV.96-MAR.97).

EDAD	NUNCA	%	DIARIO	%	OCASIONAL	%	PREVIO	%	TOTAL	%
18-25	94	36.01	0	0	65	32.1	2	5.71	161	32.2
26-35	61	23.37	1	50	45	22.2	3	8.57	110	22
36-45	39	14.94	0	0	36	17.8	8	22.85	83	16.6
46-55	34	13.02	1	50	26	12.8	13	37.14	74	14.8
56-65	23	8.81	0	0	19	9.40	4	11.42	46	9.2
66-Más	10	3.83	0	0	11	5.44	5	14.28	26	5.2
TOTAL	261	100	2	100	202	100	35	100	500	100

FUENTE: CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO. UNAM.

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DEL ALCOHOLISMO CON RESPECTO AL SEXO EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV.96-MAR.97).

ALCOHOLISMO	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
NUNCA	67	30.45	194	69.28	261	52.2
DIARIO	2	0.90	0	0	2	0.4
OCASIONAL	122	55.45	80	28.57	202	40.4
PREVIO	29	13.18	6	2.14	35	7
TOTAL	220	100	280	100	500	100

FUENTE: CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO. UNAM.

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DIABETES POR GRUPOS DE EDAD EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV.96-MAR.97).

EDAD	NEGATIVO	%	CONTROLADA	%	NO CONTROLADA	%	TOTAL	%
18-25	161	33.61	0	0	0	0	161	32.2
26-35	107	22.33	3	15	0	0	110	22
36-45	80	16.70	3	15	0	0	83	16.6
46-55	72	15.03	2	10	0	0	74	14.8
56-65	40	8.35	5	25	1	100	46	9.2
66-Más	19	3.96	7	35	0	0	26	5.2
TOTAL	479	100	20	100	1	100	500	100

FUENTE: CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO. UNAM.

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DIABETES CON RESPECTO AL SEXO EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV.96-MAR.97).

DIABETES	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
NEGATIVOS	211	95.90	268	95.71	479	95.8
CONTROLADOS	8	3.63	12	4.28	20	4.0
NO CONTROLADOS	1	0.45	0	0	1	0.2
TOTAL	220	100	280	100	500	100

FUENTE: CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO. UNAM.

TABLA 9. FRECUENCIA DE ALTERACIONES BUCALES EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV 96-MAR.97).

ALTERACIONES BUCALES	FRECUENCIA	%
MELANOSIS RACIAL	228	19.27
LINEA ALBA OCLUSAL	180	15.21
LEUCOEDEMA	133	11.24
GRANULOS DE FORDYCE	127	10.73
LENGUA FISURADA	80	6.76
AUMENTO TISULAR CON CAUSA APARENTE	72	6.08
VARICES LINGUALES	46	3.88
LENGUA GEOGRÁFICA	45	3.80
QUERATOSIS FRICCIONAL	42	3.55
ÚLCERA TRAUMÁTICA	42	3.55
MURSCATIUM BUCCARUM	39	3.29
FOVEOLAS COMISURALES	26	2.19
ANQUILOGLOSIA	22	1.85
ESTOMATITIS POR PRÓTESIS II	19	1.60
TORUS MANDIBULAR	11	0.92
TORUS PALATINO	11	0.92
ÚLCERA RECURRENTE MENOR	11	0.92
ATROFIA CENTRAL DE PAPILAS FILIFORMES	9	0.76
ESTOMATITIS POR PRÓTESIS I	8	0.67
MÁCULA MELANÓTICA INTRABUCAL	6	0.50
PARULIS	6	0.50
CANDIDIASIS ATROFICA CRÓNICA	5	0.42
EPULIS FISURATUM	4	0.33
ESTOMATITIS POR PRÓTESIS III	4	0.33
CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA	3	0.25
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	1	0.08
HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL	1	0.08
LIQUEN PLANO	1	0.08
ÚLCERA RECURRENTE MAYOR	1	0.08
ERITROPLASIA	0	0
LEUCOPLASIA	0	0
TOTAL	1183	100

FUENTE: CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO. UNAM.

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DEL ALCOHOLISMO CON RESPECTO A LAS ALTERACIONES BUCALES ESTUDIADAS (NOV.96-MAR.97).

ALTERACIONES	NUN CA	%	DIA RIO	%	OCAS ION.	%	PRE VIO	%	TOT AL	%
MELANOSIS RACIAL	119	56.66	0	0	89	54.26	20	57.1	228	55.7
LEUCOEDEMA	64	30.47	0	0	61	37.19	8	22.8	133	32.5
ESTOMATITIS POR PRÓTESIS II	15	7.14	0	0	3	1.82	1	2.85	19	4.64
ATÓFIA CENTRAL DE PAPILAS FILIFORMES	2	0.95	0	0	4	2.43	3	8.57	9	2.20
ESTOMATITIS POR PRÓTESIS I	4	1.90	0	0	3	1.82	1	2.85	8	1.95
CANDIDIASIS ATRÓFICA CRÓNICA	3	1.42	0	0	1	0.60	1	2.85	5	1.22
ESTOMATIS POR PRÓTESIS III	0	0	0	0	3	1.82	1	2.85	4	0.97
CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA	3	1.42	0	0	0	0	0	0	3	0.73
TOTAL	210	100	0	0	164	100	35	100	409	100

FUENTE: CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO. UNAM.

TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE TABAQUISMO CON RESPECTO A LAS ALTERACIONES BUCALES EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV.96-MAR.97).

ALTERACIONES	NUN CA	%	DIA RIO	%	OCAS ION.	%	PRE VIO	%	TO TAL	%
MELANOSIS RACIAL	117	56.79	54	50.46	38	60.3	19	57.5	228	55.7
LEUCOEDEMA	64	31.06	42	39.25	22	34.9	5	15.1	133	32.5
ESTOMATITIS POR PRÓTESIS II	12	5.82	3	2.80	1	1.58	3	9.09	19	4.64
ATROFIA CENTRAL DE PAPILAS FILIFORMES	3	1.45	5	4.67	0	0	1	3.03	9	2.20
ESTOMATITIS POR PRÓTESIS I	5	2.42	2	1.86	0	0	1	3.03	8	1.95
CANDIDIASIS ATRÓFICA CRÓNICA	3	1.45	0	0	0	0	2	6.06	5	1.22
ESTOMATITIS POR PRÓTESIS III	1	0.48	0	0	1	1.58	2	6.06	4	0.97
CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA	1	0.48	1	0.93	1	1.58	0	0	3	0.73
TOTAL	206	100	107	100	63	100	33	100	409	100

FUENTE: CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO. UNAM.



TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE DIABETES CON RESPECTO A LAS ALTERACIONES BUCALES EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV.96-MAR97).

ALTERACIONES	NEGATIVO	%	CONTROLADA	%	NO CONTROLADA	%	TOTAL	%
MELANOSIS RACIAL	219	55.86	8	50	1	100	228	55.7
LEUCOEDEMA	131	33.41	2	12.5	0	0	133	32.5
ESTOMATITIS POR PRÓTESIS II	18	4.59	1	6.25	0	0	19	4.64
ATROFIA CENTRAL DE PAPILAS FILIFORMES	7	1.78	2	12.5	0	0	9	2.20
ESTOMATITIS POR PRÓTESIS I	7	1.78	1	6.25	0	0	8	1.95
CANDIDIASIS ATRÓFICA CRÓNICA	4	1.02	1	6.25	0	0	5	1.22
ESTOMATITIS POR PRÓTESIS III	4	1.02	0	0	0	0	4	0.97
CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA	2	0.51	1	6.25	0	0	3	0.73
TOTAL	392	100	16	100	1	100	409	100

FUENTE: CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO. UNAM.

TABLA 13. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TRATAMIENTO AL QUE FUERON CANALIZADOS LOS PACIENTES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV.96-MAR.97).

TRATAMIENTO	No. DE PACIENTES	%
NO REQUIERE	256	51.2
BIOPSIA	3	0.6
SERVICIOS EN OTRO DEPARTAMENTO	241	48.2
TOTAL	500	100

FUENTE: CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO. UNAM.

**TABLA 14. ASOCIACIÓN DE ALCOHOLISMO CON LEUCOEDEMA EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV. 96-MAR. 97).**

**ALCOHOLISMO**

LEUCOEDEMA	SI	NO	TOTAL
SI	69	64	133
NO	170	197	367
TOTAL	239	261	500

FUENTE: CLINICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO. UNAM.

$\chi^2 = 1.208$

Nivel de Significancia = 0.271

Razón de Momios = 1.249

Intervalo de Confianza al 95%  
de 1.858 a 0.839

Los pacientes con el hábito de ingerir bebidas alcohólicas tienen la misma posibilidad de presentar Leucoedema que los que no presentan el hábito. Puesto que no existe significancia estadística entre ambas variables.

TABLA 15. ASOCIACIÓN DE ALCOHOLISMO CON ESTOMATITIS POR PRÓTESIS I

EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV. 96-MAR. 97).

ALCOHOLISMO

ESTOMATITIS POR PRÓTESIS I	SI	NO	TOTAL
SI	4	4	8
NO	235	257	492
TOTAL	239	261	500

FUENTE: CLINICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO. UNAM.

$\chi^2=0.015$

Nivel de Significancia= 0.900

Razón de Momios= 1.093

Intervalo de Confianza al 95%  
de 4.422 a 0.270

Los pacientes con el hábito de ingerir bebidas alcohólicas tienen la misma probabilidad de presentar Estomatitis por Prótesis I que los que no tienen el hábito. Puesto que no existe significancia estadística entre ambas variables.

TABLA 16. ASOCIACIÓN DE ALCOHOLISMO CON ESTOMATITIS POR PRÓTESIS II EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV.96-MAR. 97).

## ALCOHOLISMO

ESTOMATITIS POR PRÓTESIS II	SI	NO	TOTAL
SI	4	15	19
NO	235	246	481
TOTAL	239	261	500

FUENTE: CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO, UNAM.

$X^2 = 5.662$

Nivel de Significancia = 0.0173

Razón de Momios = 0.2791

Intervalo de Confianza al 95%

de 0.853 a 0.091

Los pacientes con el hábito de ingerir bebidas alcohólicas presentan un factor protector para la presencia de Estomatitis por Prótesis II, sin embargo deben considerarse otras variables independientes que pueden confundir o modificar el resultado como son la presencia de prótesis removibles mal ajustadas, mala higiene de la prótesis, antecedentes nutricionales, etc. y que no fueron consideradas en este estudio.

**TABLA 17. ASOCIACIÓN DE ALCOHOLISMO CON ESTOMATITIS POR PRÓTESIS III EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV. 96-MAR.97).**

**ALCOHOLISMO**

ESTOMATITIS POR PRÓTESIS III	SI	NO	TOTAL
SI	4	0	4
NO	235	261	496
TOTAL	239	261	500

FUENTE. CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO UNAM.

$X^2 = 4.403$

Nivel de Significancia = 0.0358

Razón de Momios = 2.11

Intervalo de Confianza al 95%  
de 2.31 a 1.92

Los pacientes con el hábito de ingerir bebidas alcohólicas tienen 2.11 veces más probabilidad de presentar Estomatitis por Prótesis III que los que no toman. Puesto que existe una significancia estadística entre ambas variables.

TABLA 18. ASOCIACIÓN DE TABAQUISMO CON MELANOSIS RACIAL EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV. 96- MAR. 97).

TABAQUISMO

MELANOSIS RACIAL	SI	NO	TOTAL
SI	111	117	228
NO	105	167	272
TOTAL	216	284	500

FUENTE: CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO, UNAM.

$\chi^2=5.1372$

Nivel de Significancia = 0.0234

Razón de Momios= 1.5089

Intervalo de Confianza al 95%

de 1.155 a 1.056

Los pacientes que fuman tienen 1.5089 veces más probabilidad de presentar Melanosis racial que los pacientes que no fuman tabaco. Puesto que existe una significancia estadística entre ambas variables.

**TABLA 19. ASOCIACIÓN DE TABAQUISMO CON LEUCOEDEMA EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV. 96-MAR.97).**

**TABAQUISMO**

LEUCOEDEMA	SI	NO	TOTAL
SI	69	64	133
NO	147	220	367
TOTAL	216	284	500

FUENTE: CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO, UNAM.

$\chi^2 = 5.5633$

Nivel de Significancia = 0.0183

Razón de Momios = 1.61

Intervalo de Confianza al 95%

de 2.4 a 1.08

Los pacientes que fuman tienen 1.61 veces más probabilidad de presentar Leucoedema que los que no fuman tabaco. Puesto que existe una relación estadística entre ambas variables.

TABLA 20. ASOCIACIÓN DE TABAQUISMO CON ATROFIA CENTRAL DE PAPILAS FILIFORMES EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV. 96-MAR.97).

TABAQUISMO

ATROFIA CENTRAL DE PAPILAS FILIFORMES	SI	NO	TOTAL
SI	6	3	9
NO	210	281	491
TOTAL	216	284	500

FUENTE. CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO UNAM

$X^2 = 2.056$

Nivel de Significancia = 0.151

Razón de Momios = 2.676

Intervalo de Confianza al 95%  
de 10.823 a 0.661

Los pacientes con el hábito de fumar tabaco tienen la misma probabilidad de presentar Atrofia Central de Papilas Filiformes que los que no presentan el hábito. Puesto que no existe significancia estadística entre ambas variables.



TABLA 21. ASOCIACIÓN DE TABAQUISMO CON CANDIDIASIS ATROFICA CRÓNICA EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV. 96-MAR.97).

TABAQUISMO

CANDIDIASIS ATROFICA CRÓNICA	SI	NO	TOTAL
SI	2	3	5
NO	214	281	495
TOTAL	216	284	500

FUENTE. CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO UNAM.

$\chi^2 = 0.021$

Nivel de Significancia = 0.884

Razón de Momios = 0.875

Intervalo de Confianza al 95%  
de 5.285 a 0.144

Los pacientes con el hábito de fumar tabaco tienen la misma probabilidad de presentar Candidiasis Atrófica Crónica que los que no tienen el hábito. Puesto que no existe significancia estadística entre ambas variables.

TABLA 22. ASOCIACIÓN DE TABAQUISMO CON CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV. 96-MAR.97).

TABAQUISMO

CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA	SI	NO	TOTAL
SI	2	1	3
NO	214	283	497
TOTAL	216	284	500

FUENTE. CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO UNAM.

$\chi^2 = 0.677$

Nivel de Significancia = 0.410

Razón de Momios = 2.644

Intervalo de Confianza al 95%  
de 29.359 a 0.238

Los pacientes con el hábito de fumar tabaco tienen la misma probabilidad de presentar Candidiasis Pseudomembranosa que los que no tienen el hábito. Puesto que no existe significancia estadística entre ambas variables.

TABLA 23. ASOCIACIÓN DE DIABETES CON CANDIDIASIS ATROFICA CRÓNICA EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV. 96-MAR.97).

DIABETES

CANDIDIASIS ATROFICA CRÓNICA	SI	NO	TOTAL
SI	1	4	5
NO	20	475	495
TOTAL	21	479	500

FUENTE. CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO UNAM.

$X^2 = 3.133$

Nivel de Significancia = 0.076

Razón de Momios = 5.937

Intervalo de Confianza al 95%  
de 55.58 a 0.634

Los pacientes que padecen Diabetes tienen la misma probabilidad de presentar Candidiasis Atrófica Crónica que los que no padecen la enfermedad. Puesto que no existe significancia estadística entre ambas variables.

**TABLA 24. ASOCIACIÓN DE DIABETES CON CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV. 96 - MAR.97)**

**DIABETES**

CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA	SI	NO	TOTAL
SI	1	2	3
NO	20	477	497
TOTAL	21	479	500

FUENTE: CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO, UNAM.

$\chi^2 = 6.3665$

Nivel de Significancia = 0.0116

Razón de Momios = 11.92

Intervalo de Confianza al 95%

de 136.98 a 1.065

Los pacientes con Diabetes tienen 11.92 veces más probabilidad de presentar Candidiasis Pseudomembranosa que los que no padecen la enfermedad. Puesto que existe una significancia estadística entre ambas variables.

**TABLA 25. ASOCIACIÓN DE DIABETES CON ATROFIA CENTRAL DE PAPILAS FILIFORMES EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA (NOV. 96-MAR.97).**

**DIABETES**

<b>ATROFIA CENTRAL DE PAPILAS FILIFORMES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>SI</b>	2	7	9
<b>NO</b>	19	472	491
<b>TOTAL</b>	21	479	500

**FUENTE: CLÍNICA DE ADMISIÓN TURNO MATUTINO FO, UNAM.**

**$\chi^2 = 7.3983$**

**Nivel de Significancia = 0.0065**

**Razón de Momios = 7.09**

**Intervalo de Confianza al 95%  
de 36.48 a 1.380**

**Los pacientes que padecen de Diabetes tienen 7.09 veces más probabilidad de presentar Atrofia central de Papilas Filiformes que los que no padecen la enfermedad. Puesto que existe una significancia estadísticas entre ambas variables.**

## DISCUSIÓN

El contar con información acerca de estudios basados en alcoholismo, tabaquismo y enfermedades sistémicas como posibles factores predisponentes para que se desarrollase alguna alteración en la cavidad bucal de un individuo es de gran utilidad cuando se planean medidas preventivas para evitarlas; así como para mejorar la salud de los pacientes que las padecen. Por eso consideramos que el conocer la significancia que existe entre los factores predisponentes y las alteraciones bucales que se pueden presentar en nuestra población son una herramienta útil para el cirujano dentista de práctica general, puesto que la mayoría de las veces somos nosotros los que tenemos el primer contacto con los pacientes que se presentan con alguna alteración en la cavidad bucal<sup>(3)</sup> y dichos estudios nos orientan a dar un diagnóstico diferencial más acertado y por consiguiente un tratamiento mejor o cuando sea posible prevenirlos.

Axéll<sup>(4)</sup> reporta la asociación de Leucoplasia y pigmentación melanica con el hábito de fumar tabaco además de un caso de cáncer bucal, nosotros no observamos ningún caso de Leucoplasia por lo que no fue posible establecer una asociación estadística entre las variables; sin embargo al igual que Axéll<sup>(4)</sup> observamos un caso de cáncer bucal asociado a los hábitos de fumar tabaco y alcoholismo, también al igual que ellos comprobamos que las personas que fuman tabaco tienen mayor riesgo de presentar pigmentación melanica en la cavidad bucal que las que no tienen el hábito.

Hedin y Axéll<sup>(5)</sup> concluyeron que el fumar tabaco estimula los melanocitos bucales para aumentar la producción de melanina cosa que nosotros no podemos afirmar puesto que consideramos que para eso es necesario otro tipo de estudio que abarque más allá de la pura observación clínica.

Rindum y Stenderup<sup>(9)</sup> mencionan que fumar tabaco posiblemente sea un factor predisponentes para la infección candidiasica, por nuestra parte en nuestro estudio no observamos alguna asociación significativa entre el fumar tabaco y Candidiasis; sin embargo en los pacientes que usan placa y presentan Estomatitis por Prótesis (Estomatitis por Prótesis I, II y III) observamos que aquellos pacientes que beben alcohol tienen mayor posibilidad de presentar Estomatitis por Prótesis III, sabemos de ante mano que las causas directas que ocasionan la Estomatitis por Prótesis son la irritación y mala higiene de la prótesis; sin embargo pensamos también que el hábito de alcoholismo puede favorecer la presencia de la enfermedad, posiblemente por alguna alteración hematológica como la anemia ocasionada por el déficit de folato.<sup>(12)</sup> Por lo que sería recomendable establecer estudios sobre el estado nutricional y hematológico de los pacientes que acostumbran ingerir bebidas alcohólicas asociado a la presencia de Estomatitis Protésica.

Por otra parte Regezi<sup>(11)</sup> plantea la posible asociación del Leucoedema en el hábito de fumar tabaco e ingerir alcohol, nosotros hemos podido establecer que el fumar tabaco si esta asociado con el Leucoedema; no así el ingerir bebidas alcohólicas del cual no encontramos una significancia estadística asociada al Leucoedema.

Por último la Diabetes puede ser un factor predisponente para presentar Candidiasis bucal<sup>(13)</sup> concepto que también es aceptado por nosotros y aunque en nuestro estudio el número de pacientes con la enfermedad fue muy pequeño logramos observar que si existe una asociación entre Candidiasis Pseudomembranosa, Atrfia central de Papilas Filiformes (Glositis Romboidea Media) y Diabetes; no así la Candidiasis Atrfíca Crónica posiblemente por el número pequeño de pacientes con Diabetes dentro de este estudio.

## CONCLUSIONES

- ⇒ Los hábitos de alcoholismo, tabaquismo y el padecimiento de Diabetes, son factores predisponentes para presentar algún tipo de alteración en la cavidad bucal.
- ⇒ Los pacientes con al hábito de fumar tabaco tiene mayor probabilidad de presentar Leucoedema y Melanosis racial, que los que no presentan el hábito.
- ⇒ Los pacientes con el hábito de fumar tabaco tienen la misma probabilidad de presentar Candidiasis Pseudomembranosa, Candidiasis Atrófica Crónica y Atrofia central de Papilas Filiformes, que los que no presentan el hábito.
- ⇒ Los pacientes con el hábito de tomar bebidas alcohólicas tienen mayor probabilidad de presentar Estomatitis por Prótesis III que los que no tienen el hábito.
- ⇒ Los pacientes con el hábito de tomar bebidas alcohólicas tienen la misma probabilidad de presentar Leucoedema , que los que no presentan el hábito.
- ⇒ Los pacientes que padecen Diabetes tienen mayor probabilidad de presentar alguna forma de Candidiasis bucal, que los que no padecen la enfermedad.



### RECOMENDACIONES

- ⇒ Seguir realizando este tipo de estudio en la clínica de Admisión FO. UNAM., agregando otras alteraciones bucales como la Lengua Pilosa entre otras que también son consideradas entre los pacientes fumadores de tabaco y que no fueron consideradas en este estudio.
- ⇒ Realizar estudios de Asociación entre alteraciones bucales y otras enfermedades sistémicas aparte de la Diabetes.
- ⇒ Elaborar programas preventivos dentro de nuestra población considerando los datos obtenidos.
- ⇒ Elaborar estudios acerca de Estomatitis por Prótesis I, II y III asociada al estado nutricional y hematológico de los pacientes que acostumbran ingerir bebidas alcohólicas.
- ⇒ Realizar estudios de causa-efecto de acuerdo a los datos obtenidos en este estudio.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- De la Fuente MR. *Psicología Médica*. Editorial Fondo de Cultura Económica México, 1985: 11-15.
- 2.- Kahl M.C. *Fundamentos de Epidemiología*. Ediciones Diaz de santos, S.A. 1990.
- 3.- Jovanovic A, Schulten EAJM, Wall I van der. Referral pattern of patients with oral mucosal lesions in The Netherland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; 20: 94-6.
- 4.- Axéll T, Zain RB, Siwamogsthan P, Tantniran D, Thampipit J: Prevalence of oral soft tissue lesions in out-patients at Malaysian and Thai dental schools. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 95-9.
- 5.- Hedin CA, Axéll T: Oral melanin pigmentation in 467 Thai and Malaysian people with special emphasis on smoker's melanosis. *Oral Pathol Med* 1991; 20: 8-12.
- 6.- Corbet EF, Holmgren CJ, Philipsen HP : Oral mucosal lesions in 65-74 year-old Hong Kong Chinese. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 392-5.
- 7.- Kleinman D V., Swango PA, Pindborg JJ: Epidemiology of oral mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-87. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 243-53.
- 8.- Rindum JL, Stenderup A, Holmstrup P: Identification of *Candida albicans* types related to healthy and pathological oral mucosa. *J. Oral Pathol Med* 1994; 23: 406-12.
- 9.- Darwazah AMG, Pillai K: Prevalence of tongue lesions in 1013 Jordanian dental outpatients. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 323-4.
- 10.- Jovanovic A, Schulten EAJM, Kostense PJ, Snow GB, van der Waal I: Tobacco and alcohol related to the anatomical site of oral squamous cell carcinoma. *J. Oral Pathol Med* 1993; 22: 459-62.
- 11.- Regezi AJ, Sciubba JJ. *Patología Bucal*. Editorial Interamericana, 1995.
- 12.- Ko YC, Huang YL, Lee CH, Chen MJ, Lin LM, Tsai CC. Betel quid chewing, cigarette and alcohol consumption related to oral cancer in Taiwan. *J Oral Pathol Med* 1995 ; 24 : 450-3. Munksgaard, 1995.

- 13.- Ueta E, Osaki T, Yakamoto T. The prevalence of diabetes mellitus in odontogenic infections and oral candidiasis : on analysis of nutrophil supression. J Oral Pathol Med 1993 ; 22 :168-74. Munksgaard, 1993.
- 14.- Pindborg JJ. Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral . Ediciones Cientificas y Técnicas, S. A.. 5a. Edicion . 1994.
- 15.- Rose LF, Kaye D. Medicina Interna en Odontología. Editorial Salvat. 1992.
- 16.-W.H.O. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. Community Dent. and Oral Epidemiol, 1980; 8: 1-26.
- 17.- Shafer GW, Hine KM and Levy MB. Tratado de Patología Bucal. Nueva Editorial Interamericana, 1994.
- 18.- Langlais RP, Miller CS. Color Atlas of Common Oral Disease. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, 1990.
- 19.- Kay LW, Haskell R. Atlas de Enfermedades Orofaciales. Editorial científico médica, 1994.
- 20.- Eversole RL., Patología Bucal. Editorial Médica Panamericana, 1991.
- 21.- Pindborg JJ, Van der Waal Y, Disease of the Tongue. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, 1986.
- 22.- Tyldesley WR. Medicina Bucal. Editorial Interamericana, 1987.
- 23.-Tyldesley WR. Atlas de enfermedades Orofaciales. Editorial Mosby-Year Book Wolfe Publishing, 1991.
- 24.- Tyldesley WR. Atlas a Color de Medicina Oral. Editorial Year Book Medical Publishers. Inc., 1978.
- 25.- Ceccotti EL. Clínica estomatológica, SIDA, cancer y otras afecciones. Editorial Médica Panamericana, 1993.
- 26.- Portilla RJ, Aguirre Moa, Gaitán CL Texto de patología oral. Editorial El Ateneo, 1989.
- 27.-Budtz-Jorgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. J: Oral Pathol Med. 1981; 10: 65-80.

- 28.- Ramírez V., Mosqueda TA, Hernández LLH. Estudio epidemiológico de las lesiones de la mucosa oral. Cuadernos CBS UAMX 1986 No.11.
- 29.-Canales, F. H.. Metodología de la Investigación. Editorial Limusa Grupo Noriega. Nueva edición. 1992.
- 30.-Dorantes, L.C..Investigación Clínica. Nueva editorial Interamericana. México, D.F., 1987.
- 31.-Mendez, R. I.El protocolo de Investigación. Editorial Trillas. México D. F.,1996.

## APÉNDICE

## ANEXO 1

## CODIGOS

ASOCIACIÓN DE ALTERACIONES BUCALES CON ALCOHOLISMO,  
TABAQUISMO Y DIABETES

**SEXO**                    1 Masculino    2 Femenino

**TABAQUISMO**            1 No            3 Ocasional  
                                  2 Diario        4 Previo

**ALCOHOLISMO**        1 No            3 Ocasional  
                                  2 Diario        4 Previo

**TIPO DE BEBIDA**    1 Ron            2 Brandy  
                                  3 Cerveza      4 Vodka  
                                  5 Whiskey     6 Vino  
                                  7 Otras

**DIABETES**            1 No  
                                  2 Controlada tipo I y II  
                                  3 No Controlada

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ANEXO 2

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA HISTORIA CLINICA DEL ESTUDIO DE "ASOCIACIÓN DE TABAQUISMO, ALCOHOLISMO Y DIABETES CON ALTERACIONES BUCALES EN LA CLÍNICA DE ADMISIÓN DE LA FO. UNAM."

REQUISITOS PARA EL LLENADO:

- NO SE DEBE DEJAR NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER

- 1) El número de **EXPEDIENTE** corresponde al registro de la historia clínica en el archivo de la clínica de admisión.
- 2) La **FECHA** se registra con números arábigos, indicándola de la siguiente forma: día-mes-año.
- 3) En la casilla correspondiente al **SEXO** se indicará si es **FEMENINO (2)** o **MASCULINO (1)**.
- 4) En la pregunta que corresponde a **OCUPACIÓN** se indicará la principal actividad de la persona entrevistada con las claves siguientes:
 

1 profesional	9 chofer
2 técnico	10 estudiante
3 empleado del sector público	11 ama de casa
4 empleado del sector privado	12 pensionado
5 trabajadora doméstica	13 incapacitado
6 obrero	14 desempleado
7 oficios	15 otros
8 comerciante	

- 5) 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 DURACIÓN DEL HABITO EN AÑOS y PROMEDIO POR OCASIÓN. Cuando la respuesta sea afirmativa entonces se debe indicar el número de años de duración del hábito, y en PROMEDIO POR OCASIÓN el número de cigarrillos por día.
- 6) CONSUMO DE ALCOHOL se responde de la misma manera que TABAQUISMO.
- 7) La pregunta sobre DIABETES se indicará: 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".

#### TRATAMIENTO

- 1.-NO REQUIERE.
- 2.-OBSERVACIÓN PERIÓDICA EN EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA BUCAL.
- 3.-FROTIS CITOLÓGICO .
- 4.-BIOPSIA.
- 5.-SERVICIOS EN OTRO DEPARTAMENTO O CLÍNICA



## ANEXO 3

## CODIGOS DE REGISTRO

## ALTERACIONES

- 1.-FOVEOLAS COMISURALES
- 2.-HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL
- 3.-GRANULOS DE FORDYCE
- 4.-LEUCOPLASIA
- 5.-LIQUEN PLANO
- 6.-QUERATOSIS FRICCIONAL
- 7.-MURSICATIO BUCCARUM
- 8.-LÍNEA ALBA OCLUSAL
- 9.-LEUCOEDEMA
- 10.-AUMENTO TISULAR CON CAUSA APARENTE
- 11.-ÚLCERA TRAUMÁTICA
- 12.-ÚLCERA RECURRENTE MENOR
- 13.-ÚLCERA RECURRENTE MAYOR
- 14.-TORUS PALATINO
- 15.-ESTOMATITIS POR PRÓTESIS I
- 16.-ESTOMATITIS POR PRÓTESIS II
- 17.-ESTOMATITIS POR PRÓTESIS III
- 18.-CANDIDIASIS ATRÓFICA CRÓNICA
- 19.-CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA
- 20.-ERITROPLASIA
- 21.-LENGUA GEOGRÁFICA
- 22.-LENGUA FISURADA
- 23.-ATROFIA CENTRAL DE PAPILAS FILIFORMES
- 24.-ANQUILOGLOSA
- 25.-VARICES LINGUALES
- 26.-TORUS MANDÍBULAR
- 27.-EPULIS FISURATUM
- 28.-PARULIS
- 29.-MELANOSIS RACIAL
- 30.-MÁCULA MELANÓTICA INTRABUCAL

## ÁREAS TOPOGRÁFICAS

- 1.-BERMELLÓN SUPERIOR
- 2.-BERMELLÓN INFERIOR
- 3.-MUCOSA LABIAL SUPERIOR
- 4.-FRENILLO LABIAL SUPERIOR
- 5.-MUCOSA LABIAL INFERIOR
- 6.-FRENILLO LABIAL INFERIOR
- 7.-COMISURA IZQUIERDA
- 8.-COMISURA DERECHA
- 9.-MUCOSA BUCAL DERECHA
- 10.-MUCOSA BUCAL IZQUIERDA
- 11.-FONDO DE SACO SUPERIOR
- 12.-FONDO DE SACO INFERIOR
- 13.-PALADAR DURO
- 14.-PALADAR BLANDO
- 15.-PILARES ANTERIORES
- 16.-LENGUA DORSO 1/3 POSTERIOR
- 17.-LENGUA DORSO 1/3 MEDIO
- 18.-LENGUA DORSO PUNTA
- 19.-LENGUA BORDES
- 20.-LENGUA CARA VENTRAL
- 21.-FRENILLO LINGUAL
- 22.-FRENILLO LABIAL
- 23.-PROCESO ALVEOLAR SUPERIOR
- 24.-PROCESO ALVEOLAR INFERIOR
- 25.-ENCIA LIBRE SUPERIOR
- 26.-ENCIA ADHERIDA SUPERIOR
- 27.-ENCIA LIBRE INFERIOR
- 28.-ENCIA ADHERIDA INFERIOR
- 29.-MUCOSA RETROMOLAR INF.
- 30.-MUCOSA RETROMOLAR SUP.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ODONTOLÓGIA**  
**CLÍNICA DE ADMISIÓN**  
 ASOCIACIÓN DE TABAQUISMO, ALCOHOLISMO Y DIABETES CON  
 ALTERACIONES BUCALES



FECHA \_\_\_\_\_ No EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ No REGISTRO \_\_\_\_\_  
 NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

**HÁBITOS**

TABAQUISMO 1 NO 2 DIARIO 3 OCASIONAL 4 PREVIO \_\_\_\_\_

DURACIÓN DEL HÁBITO EN AÑOS \_\_\_\_\_ PROMEDIO POR OCASIÓN \_\_\_\_\_

CONSUMO DE ALCOHOL 1 NO 2 DIARIO 3 OCASIONAL 4 PREVIO \_\_\_\_\_

TIPO DE BEBIDA \_\_\_\_\_

DURACIÓN DE HÁBITO EN AÑOS \_\_\_\_\_ PROMEDIO POR OCASIÓN \_\_\_\_\_

**DIABETES**

DIABETES 1 NO 2 CONTROLADA 3 NO CONTROLADA \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO POR LOCALIZACIÓN**

**TRATAMIENTO**

	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## AGRADECIMIENTOS:

Guadalupe:

Dedico principalmente este trabajo a Dios ya que siempre ha estado a mi lado cuando lo he necesitado, por brindarme la vida y la salud, por recibir su perdón, por permitirme que llegará al término de esta carrera, te doy las gracias "Señor."

A mis padres que con esfuerzo, desvelos y apoyo, puedo ver llegar a su fin una de las metas en mi vida y que sin ellos no podría ver concluida mi carrera.

A la persona con la he compartido al máximo este trabajo, con la que he pasado los mejores años de mi vida, la que me hizo comprender mis errores y le agradezco mucho por estar a mi lado.  
Alejandro te amo.

**Alejandro:**

**A Dios por que sin su voluntad, el  
final de mi carrera y el principio de mi vida  
como profesionista no seria hoy una realidad.**

**A mi madre por su apoyo y comprensión  
en los momentos más difíciles de mi formación  
educativa y sobre todo por su incansable lucha  
por sacarnos adelante a mi y a mis hermanos.**

**A mi novia guadalupe por su esfuerzo,  
comprensión y paciencia, por llegar juntos  
al final de esta meta.**

**Alejandro y Guadalupe:**

**Agradecemos a la Universidad Nacional Autónoma de México que a través de la Facultad de Odontología nos dió la oportunidad de formarnos como profesionistas dentro de sus aulas.**

**A la Dra. Beatriz Aldape B. por su ayuda incondicional y el tiempo que nos dedico para la elaboración de este trabajo. A la cual admiramos como persona, como maestra y como amiga.**

**A la clinica de admisión de la Facultad de Odontología, y al Dr. Carlos Lagunas A. que nos brindaron todas las facilidades para realizar este trabajo.**

**A la Dra. Aida Borges V. por asesorarnos en la elaboración de este estudio.**