

01461

7<sub>2es.</sub>

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

***LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL EN INDIVIDUOS DEL  
ESTADO DE OAXACA***

**TESIS QUE PRESENTA LA ALUMNA**

***Estela de la Rosa García***

**PARA OPTAR POR EL GRADO DE**

***MAESTRA EN ODONTOLOGIA***

**TUTOR:**

***M en C. Mauricio Frías Mendivil***

**1998.**

259667

**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.

**Para Casandra y Mercurio,  
y a la memoria de mis padres.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

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

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

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

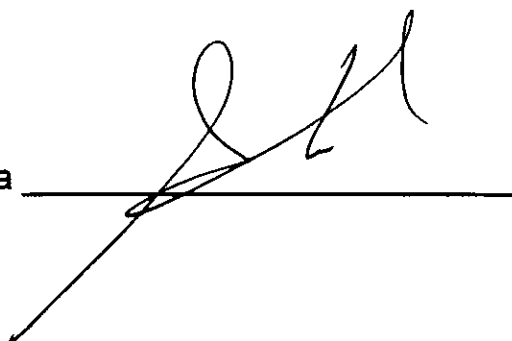
NOMBRE	Y	DIRECCION	FECHA
--------	---	-----------	-------


**LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL EN INDIVIDUOS DEL ESTADO DE  
OAXACA**

Aprobado por:

Dr. Abelardo Antelmo Meneses García

Asesor

A handwritten signature in black ink, consisting of a large loop at the top and several sweeping strokes below, crossing a horizontal line.

M. en C. Mauricio Frías Mendivil

Director

A handwritten signature in black ink, appearing as a stylized 'M' followed by 'F' and 'M', crossing a horizontal line.

## **RECONOCIMIENTOS**

Quiero expresar un especial agradecimiento a mi tutor de tesis el M. en C. Mauricio Frías Mendivil por su paciencia, amistad, colaboración y tutoría en el desarrollo del presente trabajo. Así también, a los profesores y compañeros: el Dr. Aarón Yaschine Caplan, la Dra. Beatriz Avila Curiel, Dra. Martha González Guevara, Dra. Virginia Martínez; a los alumnos pasantes de la carrera de Estomatología, Martha, Lally y Hector por su apoyo en el levantamiento de las encuestas y la exploración bucal de los individuos estudiados en este trabajo de investigación. Y a la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, por su colaboración en este trabajo bilateral.

A todos ellos, gracias ya que sin su colaboración este proyecto no se hubiera podido llevar a cabo.

## RESUMEN

Reportes sobre las frecuencias y distribución de las alteraciones de la mucosa de la cavidad bucal en sujetos mexicanos son escasos. Hasta el momento, ninguno se ha realizado en poblaciones indígenas del país. El objetivo del estudio fue reportar la prevalencia de las entidades patológicas y no patológicas de la mucosa bucal en tres poblaciones de la etnia zapoteca de los Valles Centrales del estado de Oaxaca. Los criterios diagnósticos usados, fueron los recomendados por la OMS. Se estudiaron 472 individuos zapotecos de ambos sexos, de 20 o más de edad; 139 (29.5%) hombres y 333 (70.6%) mujeres; la razón H:M fue de 1:2.4. La media de edad fue de 42 años; intervalo 20-91 años. Se encontraron en total 674 entidades en 395 sujetos y en 77 (16%) no se encontró entidad alguna; 261 (34.2%) fueron lesiones y en 503 (65.8%) entidades no patológicas. Como máximo se encontraron cinco entidades en forma simultánea. Las lesiones más prevalentes fueron: queratosis friccional en 68 (26%), máculas melanóticas labiales en 42 (16%), aumentos tisulares con causa de la mucosa 25 (9.6%) y xerosquelia en 24 (9.2%). Entre las entidades no patológicas: la pigmentación racial gingival en 206 (41%), el leucoedema en 56 (11.2%) y gránulos de Fordyce en 53 (10.5%). Se encontró que la lesión xerosquelia en cerca del 10% de los sujetos. La prevalencia de las entidades patológicas y no patológicas en este estudio fue diferente a la reportada en los estudios realizados en población urbana.

Palabras clave: Prevalencia, entidades patológicas, entidades no patológicas, alteraciones de la mucosa bucal.

## ABSTRACT

The frequency and distribution of the alterations in oral mucosa are poorly described in a Mexican population. Until this moment any survey has been done in a rural area in our country. The aim of this epidemiologic study was to report the prevalence of pathologic and no pathologic entities in the oral mucosa, in three different populations of the "zapoteca" ethnicity on the "Valles Centrales of Oaxaca, Mexico". We used the World Health Organization diagnosis criteria to evaluate the alterations of the oral mucosa. Both sexes of 472 subjects were examined, and they were equal or more than 20 years old; 139 (29.5%) were men and 333 (70.6%) women; the men:women ratio was 1:2.4. We could not find entities in 77 (16%) subjects, and in 395 subjects we identified a 674 entities; 261 (34.2%) had lesions and 503 (65.8%) had no pathologic entities. As a maximum of five simultaneously entities were observed. The more prevalent entities were: frictional keratosis 68 (26%), labial melanotic macula in 42 (16%), tissue masses 25 (9.6%) and xerostomia 24 (9.2%). The no pathologic entities were: gingival racial pigmentation in 206 (41%), leukoedema in 56 (11.2%) and Fordyce's granules in 53 (10.5%). Our results were not similar to those found in subjects who live in urban areas; also, the prevalence of the xerostomia has not been reported in other studies in Mexican population.

Key words: Prevalence, oral mucosa, oral disease, pathologic/no pathologic entities.



## INDICE

Introducción	1
Antecedentes	2
Planteamiento del problema	15
Justificación	17
Hipótesis	18
Objetivo general	18
Objetivos específicos	18
Metodología	20
a) Selección de los sujetos de estudio	20
b) Tipo y tamaño de la muestra	23
c) Selección de las variables	24
d) Método de recolección de datos	24
e) Metodología y equipo empleado	25
f) Trabajo de campo	27
g) Análisis de los datos	29
Resultados	31
Discusión	39
Conclusiones	49
Recomendaciones	51
Propuestas de investigación en el futuro	53
Referencias	54
Curriculum vitae	
Anexos	

## INTRODUCCION

La importancia de las lesiones de la mucosa bucal, radica en que algunas de ellas pueden ser la manifestación inicial de una enfermedad sistémica; así como también pueden ser el reflejo del grado de progresión de algunas de estas enfermedades o bien el marcador clínico de lesiones premalignas.

La prevalencia conocida, de las alteraciones de la mucosa de la cavidad bucal (MCB), en su mayoría la aportan los estudios epidemiológicos desarrollados en otros países que no tienen las mismas características étnicas, sociales y culturales que nuestra población. Por lo que, existe un desconocimiento de la frecuencia de las alteraciones bucales en la población de nuestro país.

El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de las alteraciones bucales, en tres poblaciones de indígenas zapotecos del Valle Central del estado de Oaxaca y establecer la asociación de éstas, con los hábitos propios de la población estudiada.

## ANTECEDENTES

Se ha reportado que hasta el 10% de la población adulta puede padecer más de una lesión o variación de la normalidad, conocidas como entidad no patológica de la MCB<sup>7</sup>. Estas pueden presentarse por diferentes causas que se manifiestan como: cambios de color<sup>1-2</sup>, lesiones relacionadas a agentes traumáticos<sup>2</sup>, trastornos asociados a procesos por la edad<sup>3</sup>, al tipo racial<sup>4</sup>, por enfermedades infecciosas o neoplásicas<sup>6</sup>.

La mayoría de las investigaciones epidemiológicas internacionales en odontología se refieren al estudio de la caries dental, la enfermedad periodontal, defectos craneofaciales, precáncer y cáncer bucal, así como sus factores etiológicos y/o predisponentes. Los estudios con atención a la MCB son en su mayoría, reportes de prevalencia de lesiones. Sin embargo, son pocos los que se han realizado en población abierta con muestras grandes<sup>7,8</sup>.

Con frecuencia estas investigaciones se desarrollan dentro de instituciones<sup>4</sup>, o bien en grupos delimitados y específicos<sup>5</sup>, o la investigación se realiza en base a una sola condición o lesión<sup>9</sup>.

En México, se han publicado pocos estudios de prevalencia de las entidades no patológicas de la mucosa bucal. Estos se han realizado en clínicas estomatológicas<sup>10-11</sup>, en asilos de ancianos<sup>12</sup>, en población urbana abierta<sup>13</sup> y ninguno en grupos indígenas de áreas rurales, de la República Mexicana.

En nuestro país, la mayoría de los indígenas residen en localidades clasificadas dentro de la categoría área básica rural. Esta difiere del área básica urbana, principalmente en el número de habitantes de la comunidad, las características del terreno, el uso del suelo, organizado en manzanas edificadas y delimitadas por calles y avenidas, presentando continuidad física en todas direcciones.

Entre los estudios realizados en nuestro país acerca de las lesiones bucales se encuentran: el llevado a cabo en la Facultad de Odontología (FO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)<sup>10</sup>. Se examinaron a 880 pacientes de ambos sexos mayores de 18 años que asistían a consulta estomatológica de la clínica de la FO durante un lapso de tres meses; reportando 3090 lesiones con 41 diagnósticos distintos. El mordisqueo del carrillo y las hiperplasias fibrosas fueron las entidades patológicas más prevalentes.

En otro estudio epidemiológico de las lesiones de la mucosa bucal llevado a cabo en la clínica de admisión de la Escuela de Odontología (EO) de la Universidad del Bajío<sup>11</sup> (Guanajuato), se examinó a 7,297 pacientes mayores de

15 años, durante un período de 7.5 años; encontrando que las lesiones con mayor prevalencia fueron las reactivas y se presentaron en 6.8%.

En otro estudio, realizado en tres asilos de ancianos de la ciudad de Puebla<sup>12</sup>, en los que se examinó la cavidad bucal a 150 residentes de ambos sexos, con edad promedio de 78 años; se reportó la prevalencia de 19 lesiones bucales relacionadas con los cambios asociados a la edad y a la susceptibilidad del anciano al desarrollo de neoplasias y enfermedades degenerativas. Siendo las entidades más frecuentes: las varices linguales en 73.3%; los gránulos de Fordyce en 42.3% ; el leucoedema con 32.6 % y la queratosis friccional con el 20.6%.

Sólo un estudio de prevalencia se ha desarrollado en población abierta en la Ciudad de México<sup>13</sup>. Se examinaron a 812 adultos de ambos sexos, mayores de 34 años en dos colonias de la delegación de Xochimilco y a los trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAM-X). El examen bucal se llevó a cabo en los domicilios localizados en base a los planos de las áreas de influencia de las clínicas médicas y odontológicas de la UAM. Reportando a la pigmentación melánica como la entidad con mayor frecuencia en el 33.5% seguida de los gránulos de Fordyce con el 31.5%, las manchas blancas en 24.5% y los aumentos tisulares en el 11.8 %.

En este último estudio los autores concluyen la necesidad de aumentar el número de observaciones, para obtener precisión en las estimaciones ya que el grupo estudiado fue muy pequeño en relación a la población de la Ciudad de México.

### **Características de las lesiones**

Para determinar las entidades a estudiar el criterio usado se basó, en la importancia clínica de las lesiones y su frecuencia conocida en base a reportes previos mundiales y nacionales<sup>3-13</sup>. Los criterios clínicos usados son los recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Anexo1).

Entre las lesiones o entidades patológicas que se presentan como manchas o placas de color blanco, se encuentran: la queratosis friccional, el mordisqueo del carrillo (morsicatio buccarum) y el liquen plano. Se determinó incluir estas lesiones en el presente estudio porque son diagnóstico diferencial de lesiones premalignas, como la leucoplasia.

Así mismo, se incluyó a otras manchas blancas de la MCB reconocidas como variantes de la normalidad o entidades no patológicas, que no son consideradas verdaderas patologías, pero son reportadas en estudios previos nacionales con prevalencias altas, como son: el leucoedema y la línea alba oclusal.

La pigmentación melánica racial (pigmentación gingival y no gingival) tampoco es considerada como patología bucal. En un estudio previo a nivel nacional se le categorizó como característica normal de la mucosa bucal de los mexicanos<sup>10</sup>, por lo cual, esta entidad es incluida dentro del presente estudio.

Los aumentos tisulares con causa específica, es decir, aquellos producidos por mordeduras, ausencia de dientes, dientes en mala posición o por prótesis mal ajustadas, que aparecen en cualquier lugar MCB fueron considerados en este estudio porque son diagnósticos diferenciales de neoplasias y de otras lesiones reactivas. Otros aumentos de volumen de la MCB contemplados son: aquellos producidos sin una causa o agente traumático específico, es decir, que pueden ser verdaderos tumores o neoplasias.

A continuación se describirán las características clínicas de algunas de las entidades a estudiar así como sus frecuencias establecidas en otros estudios epidemiológicos nacionales e internacionales.

El leucoedema es una entidad reconocida por la OMS<sup>14</sup> como variante normal de la MCB. Se presenta clínicamente como un velo blanco-gris difuso aterciopelado, ligeramente plegado localizado en la mucosa yugal, que al traccionarla desaparece. Es más frecuente en varones que en mujeres<sup>12</sup>, su prevalencia en mexicanos varía del 0.9 %<sup>11</sup> al 61.9%<sup>12,13</sup>; en thailandeses en 23.9%<sup>16</sup>

Las prevalencias más bajas reportadas han sido en hidúes<sup>17</sup> y mexicanos<sup>11</sup> con 0.9% y la más alta en individuos de raza negra en 90 %<sup>18</sup> por lo que se piensa que existe cierta predisposición de tipo racial.

Otro criterio referido por Axéll<sup>15</sup> para el leucoedema, sugiere que esta entidad se encuentra asociado al trauma producido en la MCB por el hábito tabaquico.

Es importante señalar, que para esta entidad no se ha reportado ningún riesgo de transformación maligna y que se incluyó en el presente trabajo como diagnóstico diferencial de otras lesiones blancas.

Los Gránulos de Fordyce son complejos de glándulas sebáceas ectópicas o coristomas (tejido normal de localización anormal) de origen embriológico; que se presentan en la MCB en forma aislada o formando placas. Se localizan con mayor frecuencia en: mucosa vestibular y en el borde bermellón superior, son pequeñas pápulas de 1-3 mm de diámetro, ligeramente elevadas de color amarillo o blanco grisáceo<sup>1</sup>. También son conocidas como "Enfermedad de Fordyce" o "Puntos de Fordyce"<sup>14</sup>, se presentan con mayor frecuencia en los varones e individuos blancos<sup>1,8</sup>.

Su función es desconocida, a pesar de que se denomina "enfermedad" es completamente inócua, no tiene riesgo de transformación maligna hasta ahora



conocida<sup>1</sup>. La prevalencia reportada en diferentes estudios varía del 9.4%,<sup>7</sup> al 57.7%<sup>16</sup> en malayos; en México se reportó del 31<sup>13</sup>% al 43.1%<sup>10</sup>.

La pigmentación melánica, también denominada "pigmentación racial" o "fisiológica" se refiere a manchas pigmentadas de color marrón, pardo o pardo-negruzco que se localizan en diferentes partes de la MCB y se divide en : pigmentación melánica gingival y pigmentación melánica no gingival.

La pigmentación melánica gingival se refiere a una banda pigmentada, en la encía insertada, de forma difusa, persistente generalmente simétrica, ésta es considerada característica normal de individuos jóvenes de piel morena<sup>1,19</sup>; algunos autores la denominan como pigmentación racial.

La pigmentación melánica no gingival se presenta como máculas difusas, planas de forma regular o irregular, asintomáticas, afectando cualquier lugar de la mucosa de la cavidad bucal (exceptuando las encías), en el dorso lingual ocurre como pequeñas máculas sobre las papilas filiformes<sup>1,19</sup>.

En mexicanos las cifras reportadas para la pigmentación melánica gingival, varían del 33.5%<sup>13</sup> al 50.5%<sup>10</sup>. En un estudio realizado por alumnos de la Especialidad de Diagnóstico Integral y Patología Bucal, en escolares de la Ciudad de México se encontró en 38%<sup>20</sup>.

La prevalencia de esta entidad muestra mucha variación, en individuos de piel blanca o caucásicos la frecuencia reportada es muy baja, siendo del 0.9%<sup>7</sup> al 9.9%<sup>8</sup>, en contraste con otras razas tales como: tailandeses en el 70.5%<sup>16</sup> y malayos con el 88.5%<sup>16</sup>.

Por otro lado, la pigmentación melánica no gingival, se ha observado que aumenta con la edad, de 8.9% hasta en un 20%<sup>4,12,13</sup> y se presenta indistintamente al sexo.

La pigmentación focal intraoral (mácula melanótica), es una mancha bien delimitada, plana o ligeramente elevada menor de 7 mm de diámetro, asintomática, única que se presenta en cualquier lugar de la mucosa o en la mucosa vestibular.<sup>1</sup>

Algunos cambios que sufre la MCB del adulto, en su mayoría son producidos por mecanismos adaptativos, por lo común debido a la agresión de agentes traumáticos mecánicos, irritativos o por hábitos del individuo. Estos cambios comunmente se manifiestan como cambios de color blanco en la mucosa bucal.

La queratosis friccional (QF) son manchas o placas blancas en la mucosa bucal que esta sometida a algún tipo de traumatismo o irritación crónica, generalmente producido por prótesis mal ajustadas, trauma por masticación,

coronas de dientes fracturados, ganchos de prótesis en mala posición o relacionada a la zona de los terceros molares.

Cuando se elimina el agente traumático generalmente la mucosa adquiere su aspecto normal. Sin embargo, cuando la lesión persiste a pesar de haberse retirado el agente causal después de 2-4 semanas es necesario tomar una biopsia de la lesión<sup>21</sup>.

La QF es una entidad que no desaparece al raspado o a la tracción de la mucosa bucal. La importancia de la QF consiste en diferenciarla clínicamente de otras lesiones blancas, en especial de la leucoplasia. Porque esta última tiene riesgo de transformación maligna. Su prevalencia varía del 2.4%<sup>11</sup> en mexicanos al 5.47%<sup>8</sup> en suecos mayores de 15 años

El liquen plano (LP) es una enfermedad maculopapular, mucocutánea de etiología desconocida que se presenta en adultos. Esta enfermedad involucra la piel, las membranas mucosas (oral, genital, laringe, etc.) cabellos y uñas. Las lesiones cutáneas se caracterizan por ser pápulas ligeramente elevadas aplanadas de 2-4 mm rosadas o violáceas, poligonales, pruriginosas que pueden tener estrías denominadas estrías de Wickham<sup>21-22</sup>.

El LP es más frecuente en mujeres mayores de 35 años<sup>22-23</sup>, la prevalencia de esta lesión es estimada en menor del 1%<sup>22</sup>. En estudios epidemiológicos de

lesiones de la mucosa de la cavidad bucal reportan para el liquen plano bucal (LPB) prevalencias de 0.1%<sup>21</sup> al 1.9%<sup>8</sup>. En la ciudad de México se encontró en el 0.7%<sup>13</sup>.

El LPB se presenta entre el 15% al 35%<sup>22</sup> de los casos, como única manifestación de la enfermedad y es hasta siete veces más común que las lesiones cutáneas<sup>24</sup>. Sin embargo, más del 65% de los pacientes con LP presentan lesiones bucales y dérmicas simultáneamente<sup>25</sup>.

Las lesiones del LPB tienen una variedad de presentaciones clínicas que incluyen componentes de color blanco y rojo, que pueden presentarse independientes o simultáneamente. Son seis los patrones del LPB: el reticular, el atrófico, en placa, papular, erosivo y buloso<sup>21-25</sup>.

La forma reticular es la más común y se presenta como pequeñas pápulas ligeramente elevadas, blancas o grisáceas, que coalescen para formar patrones en forma de red o de anillos generalmente con distribución simétrica, con líneas finas que radían de las pápulas (estrías de Wickham)<sup>21-23</sup>.

La forma atrófica le sigue en frecuencia, aparece como lesiones rojas difusas con sensación de ardor y en ocasiones asociado a sabor metálico<sup>22</sup>. La mucosa bucal es la más afectada seguida de la lingual y pocas veces el paladar blando y el piso de la boca se ven afectados<sup>21</sup>. La mayoría de los autores coinciden en

que el diagnóstico requiere de biopsia, ya que las estrias de Wickham no siempre están presentes<sup>2,9,11,21-23</sup>.

La importancia del LPB radica en que del 0.4% al 3.7%<sup>26-29</sup>, tiene riesgo de transformación maligna, sobre todo en las presentaciones atróficas o erosivas<sup>26-29</sup>.

Su etiología es desconocida, pero existen varias teorías respecto de la patogénesis de esta enfermedad; es considerada como un enfermedad autoinmune<sup>21-22,30</sup>. También se asocia a enfermedades como la diabetes mellitus<sup>21,31</sup>, infecciones virales<sup>32</sup>, micóticas<sup>33</sup> y hábitos como el tabaquismo hasta en el 93%<sup>26,34</sup>.

La importancia de la leucoplasia bucal (LB) radica en que esta alteración es considerada como premaligna. En 1978, la OMS la definió como una placa o mancha blanca que no puede ser caracterizada clínica o histopatológicamente como ninguna otra entidad blanca<sup>14</sup>.

En 1996, en Uppsala, Suecia, se estableció una nueva definición para la LB como: lesión blanca de la mucosa bucal que no puede ser caracterizada como otra lesión definida; algunas leucoplasias bucales pueden transformarse en cáncer<sup>21</sup>.

Esta entidad tiene variedad de presentaciones clínicas; la LB homogénea ocurre como una lesión blanca con superficie lisa, corrugada o fisurada, con una textura consistente en toda la lesión. La LB no homogénea son lesiones predominantemente blancas o blancas con áreas rojas; puede presentarse planas, irregulares, nodulares exofíticas. Las lesiones nodulares tienen excrescencias ligeramente elevadas, rojas y/o blancas y las lesiones exofíticas tienen protuberancias en forma de proyecciones<sup>21,35-36</sup>.

La mayoría de las manchas blancas presentes en la cavidad bucal corresponden a entidades benignas ocasionadas por traumatismos, mordisqueos en las mucosa o por tabaquismo. Sin embargo, la leucoplasia no se encuentran relacionada a factores traumáticos, es decir, es idiopática y tiene pronóstico reservado<sup>14,35</sup>.

El tabaco es un factor frecuentemente asociado a cambios neoplásicos en las leucoplasias<sup>30,36</sup>. En estudios de lesiones relacionadas con el tabaquismo se ha observado que cuando el hábito cesa la lesión puede revertirse<sup>36</sup>.

Para su diagnóstico se debe establecer un diagnóstico provisional y uno definitivo. El diagnóstico provisional de LB se establece cuando, en el examen clínico la lesión blanca no puede categorizarse como otra lesión blanca<sup>21</sup>.

El diagnóstico definitivo dependerá de varios factores: la identificación de la lesión, su posible remisión por medio de la eliminación de los factores asociados, especialmente del tabaquismo y en el caso de que la lesión persista después de eliminado dicho factor irritativo dentro de dos a cuatro semanas, se debe realizar el examen histopatológico<sup>21</sup>.

Como es una lesión categorizada como premaligna, existen una gran cantidad de estudios de epidemiológicos relacionados a su riesgo de transformación a carcinoma escamocelular<sup>9,35,37-40</sup>.

La prevalencia de la LB varía de acuerdo a las diferentes zonas geográficas estudiadas y a los diferentes hábitos de las comunidades. En países como la India y Hungría la prevalencia varía del 0.2% al 3%<sup>41</sup>, en Suecos se ha reportado en el 3.6%<sup>8</sup>.

Estudios epidemiológicos han reportado para LB rangos de transformación maligna que varían del 2.2%<sup>42</sup> al 6.0%<sup>43</sup>. Sin embargo, Silverman en 1984, reportó en un estudio con una cohorte de 257 pacientes con LB, que fueron seguidos en promedio de 7.2 años (intervalo de 1-39 años) que el 17.5% de las LB se transformaron en lesiones malignas<sup>44</sup>.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La MCB presenta muy pocas alteraciones de manera congénita<sup>45</sup>, las lesiones y variantes de la normalidad MCB, van ocurriendo durante el transcurso de la vida del individuo. Las lesiones que llegan a presentarse en niños<sup>20</sup> en su mayoría son trastornos del desarrollo, o bien asociados a trastornos genéticos, con baja prevalencia.

La importancia de los cambios que presenta la mucosa de la cavidad bucal en el individuo adulto, radica en que ésta puede modificar su estructura y función, debido a la irritación crónica de agentes traumáticos, procesos infecciosos, fisiológicos, físicos o neoplásicos.

En nuestro país, los indígenas de las zonas rurales, presentan diferencias con respecto a las de la población urbana. Estas diferencias principalmente se presentan en: la alimentación, la vivienda, el acceso a servicios de salud estomatológicos y de escolaridad.

La deficiente cobertura de servicios estomatológicos, en las localidades rurales repercute directamente en la salud bucal de los individuos y se manifiesta como: caries dentales profundas, periodontopatías, dientes fracturados o pérdida de órganos dentales, sin la adecuada reposición protésica de éstos.



También en la incidencia de procesos infecciosos bacterianos de origen odontogénico o de infecciones virales recidivantes que afectan a la MCB, por otro lado, la nutrición es un factor importante en el mantenimiento y recambio de la MCB de los individuos.

Por todo lo anteriormente comentado, en nuestro país, se desconoce la prevalencia de las lesiones de la mucosa bucal en adultos de áreas rurales y la asociación de estas entidades con los hábitos propios de la comunidad.

## JUSTIFICACIÓN

En la mayoría de las investigaciones de las lesiones de la mucosa de la cavidad bucal nacionales, los grupos estudiados son residentes de comunidades urbanas, son pacientes que acuden a solicitar atención estomatológica por diferentes causas a las clínicas de odontológicas, siendo las odontalgias y parodontopatías, los motivos más frecuentes de consulta. Esto impide que los datos obtenidos puedan ser extrapolados, ya que son individuos con problemas especiales.

En nuestro país no existen estudios epidemiológicos de las lesiones de la mucosa de la cavidad bucal en indígenas de zonas rurales.

El desconocimiento de la prevalencia de las lesiones bucales en individuos adultos de zonas rurales, implica un problema de salud pública; ya que, no se pueden establecer programas preventivos para las lesiones infecciosas o programas de detección oportuna de lesiones premalignas o del cáncer bucal, lo que repercute en la morbilidad, mortalidad y calidad de vida del individuo afectado.

## **HIPOTESIS**

Las diferencias que presentan los indígenas zapotecos de los Valles Centrales de estado de Oaxaca en cuanto a: la alimentación, la atención y servicios de salud y el grado de escolaridad. A diferencia de la población urbana; los indígenas zapotecos presentan más lesiones de la mucosa bucal que los habitantes de zonas urbanas.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de las lesiones y entidades no patológicas de la MCB en individuos mayores de 19 años residentes de los Municipios de "Santa Cruz Mixtepec" y "Ejutla de Crespo", pertenecientes a los Valles Centrales del estado de Oaxaca.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Determinar la prevalencia de las entidades patológicas y/o no patológicas, de acuerdo a la edad y sexo.
2. Establecer la asociación de las entidades patológicas y no patológicas de la MCB con los hábitos de tabaquismo y alcoholismo.

## **HIPOTESIS**

Las diferencias que presentan los indígenas zapotecos de los Valles Centrales de estado de Oaxaca en cuanto a: la alimentación, la atención y servicios de salud y el grado de escolaridad. A diferencia de la población urbana; los indígenas zapotecos presentan más lesiones de la mucosa bucal que los habitantes de zonas urbanas.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de las lesiones y entidades no patológicas de la MCB en individuos mayores de 19 años residentes de los Municipios de "Santa Cruz Mixtepec" y "Ejutla de Crespo", pertenecientes a los Valles Centrales del estado de Oaxaca.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Determinar la prevalencia de las entidades patológicas y/o no patológicas, de acuerdo a la edad y sexo.
2. Establecer la asociación de las entidades patológicas y no patológicas de la MCB con los hábitos de tabaquismo y alcoholismo.

## **HIPOTESIS**

Las diferencias que presentan los indígenas zapotecos de los Valles Centrales de estado de Oaxaca en cuanto a: la alimentación, la atención y servicios de salud y el grado de escolaridad. A diferencia de la población urbana; los indígenas zapotecos presentan más lesiones de la mucosa bucal que los habitantes de zonas urbanas.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de las lesiones y entidades no patológicas de la MCB en individuos mayores de 19 años residentes de los Municipios de "Santa Cruz Mixtepec" y "Ejutla de Crespo", pertenecientes a los Valles Centrales del estado de Oaxaca.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Determinar la prevalencia de las entidades patológicas y/o no patológicas, de acuerdo a la edad y sexo.
2. Establecer la asociación de las entidades patológicas y no patológicas de la MCB con los hábitos de tabaquismo y alcoholismo.

3. Comparar la frecuencia de las entidades patológicas y/o no patológicas en las tres comunidades estudiadas, con reportes previos.

## METODOLOGIA

### **a) Selección de los sujetos de estudio**

Se seleccionó a hombres y mujeres de la etnia zapoteca mayores de 19 años, con un mínimo de dos años de residencia en tres localidades (Santa María Ayoquezco de Aldama, Santa Cruz Mixtepec y Santa Cruz Nexila) pertenecientes a dos municipios de los Valles Centrales del estado Oaxaca ; que no padecieran enfermedades crónicas, que no tuvieran problemas de comunicación, que no estuvieran con tratamiento específico para carcinoma y que no padecieran retraso mental.

### **b) Datos de la población**

El estado de Oaxaca, representa el 4.8% de la superficie del país. Las localidades en estudio se encuentran ubicadas en dos Municipios del extremo sur de los Valles Centrales ; localizadas al noroeste del estado, entre 60 y 70 Km. de distancia de la capital del estado, sobre la carretera que comunica con Puerto Escondido. En dicha región predomina el clima semicálido, semihúmedo y los campos para la agricultura son del tipo de pastizales inducido y bosque esclerofilo.<sup>46</sup>

En el estado existen 15 etnias indígenas diferentes. Los individuos que habitan las localidades de los Valles Centrales del estado, son indígenas de la etnia

zapoteca, que residen en áreas geostadística denominadas "básica rural". El INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática) define a ésta área como aquella localidad que contiene un conjunto de localidades con una población menor de 2500 habitantes cada una, asentadas en terreno de uso generalmente agropecuario o forestal, de aproximadamente ocho mil hectáreas<sup>46</sup>.

Las características que predominan en las viviendas de estas localidades son : el 52.4% piso de cemento o firme, y el 39.8% son de tierra. Las paredes en el 51.5% son de materiales ligeros naturales y precarios (carrizo, bambú, palma ,embarro, lámina de asbesto o de cartón y adobe) y en el 48.8% son de materiales sólidos (tabique ladrillo, block o piedra)<sup>46</sup>.

Los techos de las viviendas, en el 70.4% predominan los materiales ligeros, naturales y precarios (palma, lámina de asbesto, metálica, o de cartón, tejamanil, teja y material de desecho) y en el 29.5% son de materiales sólidos como el tabique, ladrillo, terrado con viguería y losa de concreto <sup>47</sup>. En el 85% de las viviendas cuenta con letrinas, pero también existe la defecación al ras del suelo<sup>48</sup>.



La ocupación principal de los habitantes mayores de 15 años en estas comunidades, es la agricultura y la ganadería en el 97% o son trabajadores por su cuenta en el 40.2%<sup>47</sup>.

Por otro lado, la alimentación básica de estas comunidades, es fundamentalmente a base de carbohidratos como fuente principal de la dieta diaria. El 95% de la población ingiere cotidianamente : frijol, maíz (tortilla), pasta, chile y café<sup>48</sup>. Las proteínas de origen animal y las vitaminas no se consumen en una dieta cotidiana dando como consecuencia grandes problemas de desnutrición a nivel general, pero principalmente en los niños menores de un año, ya que las madres inician su ablactación hasta los 8 meses de edad. Solo un 25% de la población tiene acceso al consumo de carne en forma esporádica. Las frutas y las verduras se consumen en muy poca cantidad y generalmente son de temporada<sup>48</sup>.

En el estado de Oaxaca, se presenta una marcada migración de los varones a la capital de estado y en su mayoría a los Estados Unidos de Norte América para trabajar en labores de agricultura<sup>49</sup>. El INEGI estima que el índice de migración en los individuos entre los 15-24 años es de 14.9% y entre los 25-49 años es del 22.8% y en los sujetos mayores en 50 años en el 16.1%<sup>49</sup>.

En los dos Municipios Santa Cruz Mixtepec y Ejutla de Crespo se estima una población total de 5219 habitantes, estos dos municipios se ubican en los

Valles Centrales del estado de Oaxaca. En el Municipio Santa Cruz Mixtepec se encuentran las comunidades: "Santa María Ayoquezco de Aldama" y "Santa Cruz Mixtepec". La comunidad denominada "Santa María Ayoquezco de Aldama" cuenta con 2715 individuos, mayores de 19 años, de los cuales 1291 son hombres y 1424 mujeres. En la comunidad "Santa Cruz Mixtepec" la población aproximada es de 1607 habitantes ; 762 hombres y 845 mujeres mayores de 19 años<sup>50</sup>.

En el municipio de "Ejutla de Crespo" la comunidad de "Santa Cruz Nexila" la población total mayor de 19 años se estima en 897 sujetos; 440 hombres y 457 mujeres<sup>50</sup>.

#### **b.1) Tipo y tamaño de la muestra.**

El presente trabajo es estudio epidemiológico transversal, que se realizó en colaboración con la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO) en tres localidades de los Valles Centrales del estado de Oaxaca en dos Municipios; "Santa Cruz Mixtepec" y "Ejutla de Crespo".

Debido a las limitaciones propias del estudio, a la distribución de las casas en las localidades, los recursos económicos con que contaba el proyecto, el tiempo de estancia de los examinadores en dichas localidades. La muestra del estudios se obtuvo a través del método de muestreo de cuota, esto es, se seleccionó una

muestra representativa del 10%, de los sujetos mayores de 19 años que reportó el INEGI, en el censo de 1990, que habitaban dichas localidades.

En la localidad de "Santa María Ayoquezco de Aldama" el INEGI estimó una población total de 2715 habitantes, de los cuales fueron examinados 201(7.4%), en "Santa Cruz Mixtepec" de 1607 sujetos se examinaron 170 (10.6%) y en "Santa Cruz Nexila" de 897 se examinaron 101 (11.3%).

**c) Selección de las variables:**

Variables independientes

a) Edad, b) Sexo.

Variables dependientes, cuantitativas

a) Tabaquismo b) Alcoholismo c) Uso de prótesis d) Ocupación, e) entidades patológicas y/o no patológicas de la MCB.

**d) Métodos de recolección de datos**

Se elaboró una ficha de recolección de datos, que incluyó los siguientes datos :

- 1) Datos personales y demográficos; nombre, edad, sexo, estado civil, y ocupación.
- 2) Hábitos, consumo de tabaco y de alcohol y uso de aparatos protésicos

(Anexo 2)

3) Exploración clínica de la MCB para determinar tipo de entidad y localización; en aquellos casos que se necesito confirmación del diagnostico se tomo citología exfoliativa. No se realizo ninguna biopsia (Anexo 2).

Por medio de una visita domiciliaria se examinó y encuestó cada uno de los sujetos que se invito a participar al estudio y que además reunían los criterios de inclusión.

#### **e) Metodología y equipo empleado**

Debido a que la MCB puede presentar lesiones o "entidades patológicas";o variantes de la normalidad que se definen como "entidades no patológicas". Se determinó usar el término **entidad** para definir a éstas en los resultados.

Todos los examinadores del estudio; dos patólogos bucales, tres cirujanos dentistas y tres pasantes de la carrera de Odontología, fueron previamente estandarizados y calibrados para la identificación y el diagnóstico diferencial entidades patológicas y/o no patológicas de la MCB .

La calibración de los examinadores se llevó a cabo anticipadamente al trabajo de campo, mediante un curso monográfico teórico-práctico de 40 horas de duración.

El objetivo del curso monográfico fue: reconocimiento clínico de las lesiones y variantes de la normalidad de la MCB, establecimiento de los diagnósticos diferenciales, características histopatológicas y tratamiento de las mismas.

La estandarización y unificación de criterios clínicos se realizó por medio de varias sesiones de ejercicios repetidos y cegados, [el examinador emite su diagnóstico de manera anónima]. Los ejercicios consistieron en mostrar transparencias de casos clínicos que afectaban a la MCB, para que el examinador identificara, describiera y diagnosticara correctamente el tipo de entidad patológica y/o no patológica presentada.

Al final de cada sesión se seleccionó de manera aleatoria 10 casos clínicos para que los examinadores diagnosticaran las entidades y posteriormente compararan los resultados de los diagnósticos clínicos de las entidades expuestas, entre ellos. Se repitieron los ejercicios prácticos de diagnóstico hasta que las discrepancias entre los examinadores tuvieron un margen de error no mayor del 5% entre éstos.

Como ejercicio final se realizó una inter e intracalibración de los examinadores; éstos se agruparon en parejas para realizar la exploración bucal siempre de forma sistemática, respetando las técnicas de barrera de control de infecciones

estomatológicas establecidas por el CDC de Atlanta, Georgia, EE.UU<sup>51</sup>. Se exploró la MCB de cada uno de los examinadores, así como, la de un grupo de alumnos de la carrera de odontología de la UABJO.

También en este ejercicio se aplicó la encuesta y se requisitó la hoja de recolección de datos bajo la supervisión de la responsable del proyecto.

#### **f) Trabajo de campo**

En el transcurso de cinco días se realizó el trabajo de campo; invirtiendo uno a dos días de estancia por localidad, se practicó el examen bucal, a todos aquellos individuos que aceptaron ser examinados y que cumplían los criterios de inclusión. Hubo sujetos que solicitaron ser examinados bucalmente y que no cumplían con los criterios requeridos. Sin embargo, fueron atendidos como una labor social ya que la comunidad respondió favorablemente al estudio. Es importante mencionar que dichos sujetos no fueron incluidos en el análisis estadístico del estudio.

Cuando se detectó una lesión que requería tratamiento, se canalizó al sujeto al servicio dental de cada una de las localidades, el cual estaba bajo la responsabilidad de pasantes y profesores de Odontología de la UABJO.

La revisión bucal se realizó bajo la coordinación y supervisión de dos patólogas bucales, con la colaboración de tres cirujanos dentistas y tres pasantes de odontología de la UABJO.

La exploración bucal se desarrolló por parejas de examinadores; una persona con experiencia en el reconocimiento y diagnóstico entidades de la MCB y una persona que apoyara al examinador.

El examen de la MCB se realizó siguiendo el orden establecido de acuerdo a la división topográfica ésta, según el criterio de Roed-Petersen y Renstrup<sup>52</sup>, realizando siempre de manera sistemática la exploración bucal.

Para el diagnósticos de las entidades, se utilizaron los criterios clínico reconocidos por la OMS (Anexo 1). Al final de cada examen bucal los dos examinadores tenían que coincidir en el diagnóstico, en caso de haber discrepancias entre ellos, un tercer examinador repetía el examen y emitía su diagnóstico; si este coincidía con alguno de los diagnósticos previos, prevalecía el diagnóstico de los examinadores concordantes.

El examen de la MCB se llevó a cabo usando guantes no estériles, cubrebocas y abatelenguas de madera desechables, gasas no estériles y lámparas de mano de halógeno. Se tomaron fotografías de aquellas entidades bucales

representativas y en aquellas lesiones sospechosas de ser infecciones micóticas o virales, se tomó citología exfoliativa. Ninguno de los sujetos examinados requirió la toma de una biopsia para la confirmación de su diagnóstico.

Como objetivo secundario, el trabajo de campo contribuyó a la formación de recursos humanos en el diagnóstico de las lesiones de la MCB, ya que, se permitió a las personas de apoyo emitir diagnósticos, los cuales siempre fueron corroborados por los examinadores de más experiencia o por las mismas patólogas.

#### **g) Análisis estadístico de los datos**

La base de datos se realizó por medio de la información obtenida de la encuesta y del examen bucal, se capturó con el paquete Excel de Microsoft Word v6.0 para su posterior análisis con el paquete SAS v6.08, el cual se efectuó en tres niveles:

- 1) Descripción de la frecuencia de las variables y la estimación del porcentaje de cada una de las entidades de la MCB.
- 2) Se estimó la prevalencia de las lesiones ajustada por grupo etario y sexo.
- 3) Y se determinó la correlación de las lesiones de la MCB con los hábitos de tabaquico y alcohólico.



Para determinar su significancia estadística se utilizaron las pruebas de de ji-cuadrada y la prueba de t de Student a un nivel de significancia del 95%.

## RESULTADOS

Se invitó a participar en el presente estudio a 529 individuos de ambos sexos y mayores de 19 años; de los cuales 25 (4.7%) no aceptaron ser examinados, 32 (6.1%) solicitaron ser examinados bucalmente, pero fueron excluidos por no cumplir con el criterio de edad. La muestra final fue de 472 sujetos examinados; 139 (29.5%) hombres y 333 (70.6%) mujeres; la razón hombre/mujer fue de 1:2.4 (Fig.1).

Del total de los sujetos incluidos en el estudio, 201 (42.6%) radicaban en la localidad de Ayoquezco de Aldama, 170 (36%) en Santa Cruz Mixtepec y 101 (21.4%) en Santa Cruz Nexila.

El intervalo de edad para los hombres fue de 20-91 años y la media de 45.2 años. Para las mujeres el intervalo de edad fue de 20-86 años con una media de 40.2 años (Fig. 2).

De los 472 sujetos examinados bucalmente 395 (84%) individuos presentaron al menos una entidad patológica y/o no patológica de la MCB y en 77 (16 %) sujetos, no se encontró entidad alguna. El cuadro 1 muestra la distribución de las entidades de la MCB ; no se encontró diferencias en la distribución del número de lesiones por sexo [ $\chi^2$ ,  $p=0.17$ ]

En 395 sujetos se presentaron un total de 764 entidades de la MCB. Se presentaron 261 (34.2%) lesiones y en 503 (65.8%) se encontraron las entidades no patológicas. Con respecto a la distribución de las lesiones y entidades no patológicas por sexo se ilustra en la figura 3, donde se observa que las lesiones y las entidades no patológicas, 66.8% y 67.8% respectivamente, fueron más frecuentes en el grupo de las mujeres.

Las entidades patológicas y/o no patológicas, se presentaron hasta en cinco ocasiones en forma simultánea. Como se ilustra en la figura 4, la mayor frecuencia se presentó en el grupo de una sola entidad; en 40 (30.2%) para los hombres y en 116 (34.8%) entidades para las mujeres. Por otro lado, cuando se presentaron más de tres entidades conjuntamente, el grupo con mayor frecuencia fue el de los hombres.

Cuando se ajustó la prevalencia de las entidades patológicas por edad y sexo, se encontró que en los hombres el 25% de éstos estaban en el intervalo de 30 a 39 años; mientras que, en las mujeres el 33.7% se encontraban en el intervalo de 20 a 29 años (Fig.5).

Por otro lado, las entidades no patológicas de la MCB ajustado por edad y sexo, se ilustra en la figura 6. Se observó que en los hombres el 19% se presentó por igual, en las tercera y cuarta década de la vida; mientras que, en las mujeres la década con mayor porcentaje (27.3%) fue la tercera.

De las 261 lesiones encontradas en el estudio, las más prevalentes fueron: la queratosis friccional en el 26%; la mácula melanótica labial en el 16%; los aumentos tisulares con causa aparente de la mucosa en el 9.6% y la xerosquelia en el 9.2%. Las lesiones menos frecuentes se muestran en el Cuadro 2. Y de las 503 entidades no patológicas de la MCB, la pigmentación racial (pigmentación melánica gingival) se presentó en 41%, la línea alba oclusal en el 24%.

De las 31 lesiones bucales denominadas como "otras", dentro de las más relevantes, se encontró a la queilitis angular en 11 (35.5%) casos, los aumentos tisulares sin causa asociada en 5 (16.2%) casos, un caso de queilitis actínica y de queilitis descamativa en el 3.2% (Cuadro 3).

De los 395 individuos, 158 presentaron una sola lesión o entidad no patológica; 42 (26.6%) en hombres y 116 (73.4%) en mujeres. En los hombres, 15 (45.7%) fueron lesiones y 27 (64.3%) entidades no patológicas. Y en las mujeres, 37 (31.9%) fueron lesiones y 79 (68.1%) no patológicas (Cuadro 4).

De los 158 sujetos que presentaron una sola lesión o entidad no patológica; la queratosis friccional, fue la lesión más frecuente en los varones con el 11.9% y la entidad no patológica fue la pigmentación melánica racial (gingival) con el 23.8%. En las mujeres la lesión más prevalente fue la queratosis friccional en el 4.3% y entidad no patológica fue la pigmentación melánica racial (gingival) con el 43.2% (Cuadro 4).

En 136 individuos se presentaron dos entidades conjuntamente, 37 (27.2%) en los hombres y 99 (72.8%) en las mujeres. Entonces, se encontraron 74 lesiones y 198 entidades no patológicas, en forma simultánea. Por lo tanto, el total de lesiones y entidades no patológicas de la mucosa bucal fue de 272. En los hombres, 23 (31.1%) fueron lesiones y 51 (68.9%) no patológicas. En las mujeres se encontraron 198 entidades; 68 (34.3%) fueron lesiones y 130 (65.7%) no patológicas (Cuadro 5).

Cuando se presentaron dos lesiones o entidades no patológicas en forma conjunta en los hombres; la lesión más frecuente fue la queratosis friccional con el 6.8% y la entidad no patológica fue la pigmentación melánica racial (gingival) en el 28.3%. En las mujeres la lesión más frecuente fue: la queratosis friccional con el 9.6% y la entidad no patológica la pigmentación melánica gingival en el 29.4% (Cuadro 5).

En 75 (18.9%) sujetos se encontraron tres lesiones y entidades no patológicas en forma simultánea. De éstas; 28 (37.3%) correspondieron a los hombres y 47 (62.6%) a las mujeres. De este total de individuos se encontraron 225 lesiones y/o entidades no patológicas; se presentaron 28 triples lesiones y/o variantes en los hombres; de éstas el 35.7% fueron lesiones y el 64.3 % variantes. Por otro lado, en las mujeres presentaron un total de 141 entidades; de las cuales el 36.2% fueron lesiones y el 63.8% entidades no patológicas (Cuadro 6).

La lesión más frecuente en los hombres fue la queratosis friccional en el 11.9% y la entidad no patológica fue la pigmentación melánica gingival en el 22.6%. En las mujeres la más prevalente fue la queratosis friccional en el 8.6% y la entidad no patológica la pigmentación racial en el 21.3 % (Cuadro 6).

En 21 individuos se presentaron cuatro entidades bucales simultáneamente; 42.8% en los hombres y 57.2% en las mujeres; se encontró un total de 84 lesiones o entidades no patológicas. En los hombres se encontraron 36 lesiones o entidades no patológicas, de éstas el 27.7% fueron lesiones y 72.2% no patológicas. En las mujeres se encontró 48 entidades en total; 33.3% patológicas y en el 66.6% no patológicas (Cuadro 7).

Las lesiones y entidades no patológicas más frecuente en los hombres fueron: la queratosis friccional en el 5.6%; la pigmentación racial en el 13.9%, respectivamente. Y en las mujeres la queratosis friccional en el 10.4% y la pigmentación melánica gingival en el 20.8%, respectivamente (Cuadro 7).

En cinco sujetos, 3 (60%) hombres y 2 (40%) mujeres; se encontró cinco lesiones y entidades no patológicas de manera simultánea; por lo tanto, se encontraron 25 lesiones o entidades no patológicas. En los hombres, en el 40% fueron lesiones y 60% entidades no patológicas. Y en las mujeres el 50% fueron lesiones y el 50% a entidades no patológicas (Cuadro 8).

Las lesiones más frecuentes fueron: la queratosis friccional en el 20% en los hombres y las mujeres. Y las entidades no patológicas las más frecuentes fueron: la pigmentación melánica gingival en el 13.2% en hombres y en las mujeres las cinco entidades no patológicas se encontraron en mismo porcentaje (Cuadro 8).

Por otro lado, cuando se analizaron los datos demográficos de los 472 sujetos estudiados, se encontró que el 70.6% eran casados, el 13.8% solteros, y el 10.4% viudos. La ocupación más frecuente en las mujeres fue las actividades dedicadas al hogar en el 50.2%; cabe hacer mención, que la mayoría de las mujeres dedicadas al hogar participaban activamente en labores del campo. En los hombres se encontró que el 25.2% eran campesinos, el 4.2% comerciantes y el 1.5% maestros de primaria.

Del total de sujetos estudiados, 268 (56.8%) reportaron no fumar y no ingerir bebidas alcohólicas. En siete sujetos reportaron solamente consumir tabaco y en 145 sujetos se encontró que ingerían bebidas alcohólicas únicamente. Y se encontró que 52 (11%) sujetos fumaban e ingerían bebidas alcohólicas. Cuando se evaluó la distribución de tabaquismo y alcoholismo con la prueba de  $[Ji^2, p= 0.000]$ , se encontró diferencias significativas, esto es que el mayor porcentaje de sujetos no fuman y no ingerían bebidas alcohólicas.

Cuando se analizó el hábito tabaquico ajustado por sexo; en 139 hombres el 65.5% no fumaban y el 34.5% sí fumaban. Y en las 333 mujeres, únicamente en el 3.3%

afirmó fumar.. Respecto al hábito alcohólico en los 139 hombres se encontró que el 71.2% sujetos consumían alcohol y el restante 28.8% no ingerían bebidas alcohólicas. En las 333 mujeres el 70.6% no ingerían bebidas alcohólicas y el 29.4% consumían bebidas alcohólicas [ $Ji^2$ ,  $p = 0.000$ ].

Cuando se analizó ambos hábitos ajustados por sexo; se encontró que el 48/139 (34.5%) de los hombres consumían tabaco, de este total el 43/48 (89.5%) presentaron ambos hábitos [ $Ji^2$ ,  $p=0.001$ ].

Se encontró que en 43 (30.9%) hombres que presentaron los dos hábitos y 35 (25.2%) únicamente consumían tabaco [ $Ji^2$ ,  $p=0.001$ ]. En las 98 mujeres reportaron consumir alcohol, pero, sólo el 9.2% consumían tabaco; y de las 235 mujeres que no consumían bebidas alcohólicas solamente dos (0,9%) reportaron presentar el hábito tabaquico ( $p = 0.00$ ).

Cuando se analizó a los 413 sujetos con alguna entidad patológica y no patológica de la MCB, con el hábito tabaquico, no se encontró asociación de éstas; así mismo cuando se analizó con el hábito alcohólico con las entidades patológicas tampoco no se encontró asociación.

Es importante mencionar que las variables de tabaquismo y alcoholismo, no fueron examinadas con profundo detalle, dado que el interés del trabajo era, determinar la prevalencia de las entidades patológicas y no patológicas de la mucosa bucal en



individuos zapotecos. Por lo que en un futuro estudio y en base a los hallazgos de éste, se podrían analizar con mayor detalle, los hábitos en la población rural.

## DISCUSION

Las alteraciones de la mucosa bucal del adulto se manifiestan como entidades patológicas o verdaderas lesiones y las no patológicas, son variaciones de la normalidad de la mucosa bucal, consideradas como lesiones no verdaderas.

En el presente estudio la lesión más prevalente fue la queratosis friccional en 26% de los individuos examinados, este porcentaje fue el más alto con respecto a otros reportes en México. La más cercana fue la reportada en ancianos de la Cd. de Puebla<sup>12</sup> en 20.6%, en la Cd. de México<sup>13</sup> en individuos mayores de 35 años se reportó en 15.8%, y en León Guanajuato<sup>53</sup> en una clínica estomatológica en 2%; en ancianos chinos en 6%<sup>54</sup> y en una población sueca<sup>8</sup> se encontró en 5.5%.

La razón de esta frecuencia tan alta pudo deberse a que la población rural, generalmente, cuando pierde o se fractura alguno de sus órganos dentales no son repuestos por prótesis dentales; y por lo tanto los dichos órganos fracturados actúan de manera traumática sobre la MCB.

Los aumentos tisulares con causa en la mucosa, excluyendo aquellas relacionadas al uso de prótesis dentales, se encontró en 9.6%; esta entidad con frecuencia también recibe el nombre de "fibroma por irritación".

Las cifras reportadas para este tipo de lesión varían del 1.4 al 11.8%, siendo la más alta en la Cd. de México<sup>13</sup> y en adultos estadounidenses<sup>7</sup>, porcentajes intermedios se han reportado en reclutas militares estadounidenses<sup>55</sup>, en ancianos de la Cd. de Puebla<sup>12</sup>, y en ancianos chinos<sup>54</sup>. La prevalencia más baja - en adultos- fue la reportada en una clínica estomatológica de la Cd. de Guanajuato<sup>11</sup>.

Frecuentemente esta lesión se encuentra asociada a mordidas traumáticas, a espacios desdentados en la mucosa bucal, al hábito intencional de meter la mucosa en dichos espacios o a malposiciones dentarias. Durante la examinación de la mucosa bucal, en los individuos estudiados se encontró frecuentemente esta característica.

Un hallazgo importante del estudio fue la presencia de la xerosquelia, la cual se definió como una lesión localizada en los bordes bermellones, que se presenta como una resequedad crónica, de aspecto blanquecino, moderadamente pigmentada, con fisuras y asintomática.

Esta entidad la encontramos presente en el 9.2% de los sujetos examinados. Principalmente se encontró asociada a sujetos que trabajaban en actividades del campo con exposición crónica a los rayos solares. Hasta la fecha de la

terminación del estudio no se encontró ningún reporte que mencione la prevalencia de esta lesión.

Así mismo, es importante resaltar que dicha exposición puede favorecer la presencia de lesiones premalignas como la queilitis actínica; la cual la encontramos en un sólo individuo de la muestra estudiada. Consideramos que, probablemente la xerosquelia es un factor de riesgo para la queilitis actínica. Sin embargo, no fue posible establecer dicha relación dado el diseño de estudio realizado.

Para el diagnóstico de úlceras recurrentes menores, el criterio clínico utilizado fue: lesión que presenta pérdida del epitelio, con exposición de tejido conectivo. Las úlceras son de forma oval o redonda, menores de 5 mm. de diámetro, con bordes eritematosos y con fondo cubierto por una membrana blanco-amarillenta o gris-amarillenta.

Se presentan como una sola lesión o múltiples, son dolorosas y generalmente se localizan en la mucosa de revestimiento, ocasionalmente llegan a afectar la mucosa queratinizada. El tiempo de evolución promedio es de 10 a 14 días y desaparecen sin dejar cicatriz<sup>56-57</sup>.

La prevalencia que encontramos para esta entidad fue del 4.7%. Las frecuencias reportadas para este tipo de ulceraciones varían de acuerdo al grupo étnico y

población estudiada<sup>8</sup>. Axéll *et al.*<sup>16</sup> reportó frecuencias que varían del 2.0 al 11.1% en individuos jóvenes tailandeses; malayos y suecos.

Estas úlceras son frecuentes en sujetos jóvenes; por lo tanto, las frecuencias más bajas encontradas, han sido en individuos de edad madura. Estas varían del 0.3% en adultos en una clínica de estomatología<sup>53</sup>, al 1% en ancianos de Hong Kong<sup>54</sup>. Sin embargo, Kleinmman *et al.*<sup>58</sup> reportó una frecuencia del 1.2% en adolescentes menores de 18 años que consumían tabaco.

La mayoría de nuestra población estudiada no tenían el hábito tabaquico, pero si presentaban otros factores predisponentes importantes para la presentación de estas lesiones: como son las deficiencias nutricionales, exposición a los rayos solares; además, de traumas locales<sup>56-59</sup>.

Varios autores han discutido el efecto que ejerce el tabaco sobre la mucosa bucal. Se ha propuesto que en sujetos que consumen tabaco, éste ejerce cierta protección a la mucosa en contra de la aparición de las úlceras recurrentes. Por lo que, en sujetos con este hábito, los episodios se presentan en forma más esporádica<sup>60</sup>.

La frecuencia encontrada de las lesiones en los bordes berbellones asociadas a Herpes sp simple fue del 3%. Otros porcentajes semejantes son los reportados por Bouquot *et al.* 1986<sup>7</sup>, en 23,616 (2.5%) adultos estadounidenses, y Nair *et al.* 1996<sup>61</sup>, en 550 (2%) vietnamitas en de un campo de refugiados de Hong Kong. Estos datos difieren de otros estudios, en los que se encontró la misma prevalencia del 0.8%, en sujetos adultos mexicanos del estado de Guanajuato <sup>11</sup> y en escolares estadounidenses <sup>58</sup>.

La frecuencia encontrada en este estudio fue mayor a la de otros reportes nacionales e internacionales. Sin embargo, como se ha mencionado previamente, nuestra población estudiada presentaba factores que desencadenan la presencia de esta infección: como son el hacinamiento, la exposición a los rayos solares y la desnutrición entre otras; lo que hace suponer, porque este porcentaje fue elevado<sup>62</sup>.

Se registraron los casos en que en al momento del examen bucal, presentaron ulceraciones o costras meliséricas en los bordes bermellones; pero no se obtuvo la información de episodios recurrentes previos.

Entre las lesiones denominadas como "otras", se encontró a la queilitis angular en 11 (35.5%) de las 31 lesiones encontradas. En reportes nacionales e internacionales esta entidad se encontró con prevalencias que varían del 0.5 al

9.3%, en individuos de un refugio camboyano<sup>63</sup> y en ancianos brasileños<sup>3</sup> respectivamente. Otras frecuencias reportadas; del 1% en ancianos chinos<sup>54</sup>, del 1.9% en estadounidenses<sup>7</sup>, del 2.6% en ancianos de la Cd. de Puebla<sup>12</sup>, del 3.6% en adultos suecos<sup>8</sup>, y en el 4% en vietnamitas de un campo de refugiados en Hong Kong<sup>61</sup>.

Esta lesión se encuentra asociada a diversos factores etiológicos y predisponentes como son: las infecciones micóticas<sup>64</sup>, bacterianas por *Stafilococcus aureus*<sup>65</sup> y/o deficiencias vitamínicas y anemias<sup>66</sup>.

Sin bien, no realizamos una encuesta de hábitos alimenticios o del estado nutricional, por las características demográficas y lo reportado en un estudio previo en la comunidad llevado a cabo por el responsable del sector salud de las localidades, encontró que los habitantes, consumían una dieta hipoprotéica y mal balanceada. Lo que apoya la hipótesis de que esta entidad se presentó en una alta prevalencia, por las condiciones nutricionales de los sujetos.

La prevalencia para la pigmentación racial gingival - considerada como entidad no patológica - fue del 41%. Esta entidad se presenta como característica racial en individuos de piel oscura y negros<sup>19</sup>. Los sujetos estudiados son de piel morena; por lo tanto, la prevalencia de ésta fue alta.

Axéll *et al.* en 1976<sup>8</sup>, en adultos suecos reportó una prevalencia del 10% y este mismo autor en 1990<sup>16</sup>, reportó para estudiantes de odontología malayos y tailandeses, que de 206 sujetos el 88.4% y 165 sujetos el 70.5% presentaron este tipo de entidad no-patológica, respectivamente.

Estudios realizados en sujetos mexicanos, Ramírez *et al.* 1986<sup>13</sup> la encontró en el 33.5% en adultos de la zona de Tlalpan y Donohue *et al.* 1991<sup>10</sup>, la reportó en el 50.4% en adultos que asistieron a la clínica estomatológica de la UNAM en la Cd. de México y la consideró como característica normal de la MCB de los mexicanos.

Se ha observado que esta entidad disminuye conforme aumenta la edad<sup>12</sup>. Como lo demuestran diversos reportes en individuos de la tercera edad, en donde la prevalencia e varía del 1%<sup>54</sup> en chinos, 2.6% en sujetos de la Cd. de Puebla<sup>12</sup> y 8.9%<sup>3</sup> en un asilo en Sao Paulo, Brasil.

Los gránulos de Fordyce en este estudio, se encontraron en 53 (10.5%) sujetos. La prevalencia para esta entidad no patológica varía del 0.6%<sup>54</sup> al 82.8%<sup>8</sup>, en individuos de la tercera edad y en adultos suecos respectivamente. Entre otras frecuencias intermedias reportadas se encuentran: en vietnamitas de un campo de refugiados en el 2%<sup>61</sup>, en adultos estadounidenses en el 9.4%<sup>7</sup>, en jóvenes tailandeses en 57.7%<sup>16</sup> y malayos en 61.8%<sup>16</sup>.



En individuos adultos mexicanos se han reportado para esta entidad porcentajes del 31.5%<sup>13</sup>, 43.1%<sup>10</sup> y 42.3%<sup>12</sup> en la delegación de Tlalpan, en una clínica de la estomatológica de la UNAM y en un asilo ancianos de la Cd. de Puebla, respectivamente.

Se ha sugerido que el hábito tabaquico puede influir en la presentación de estas glándulas sebáceas ectópicas<sup>67</sup>; su incidencia se encuentra relacionada con los cambios que sufre la mucosa bucal por la edad<sup>68</sup>. Además, son más frecuentes en individuos de raza blanca<sup>8</sup>. Esto explica la baja prevalencia encontrada en nuestro estudio.

Otra entidad no-patológica como el leucoedema se observó en 56 (11.2%) sujetos, esta cifra es similar a la encontrada por Ramírez, *et al.* 1996.<sup>13</sup> del 11% en adultos de la Cd. de México. Rueda, *et al.* 1987<sup>12</sup> la encontró en un asilo de ancianos en el 32.6%.

Axéll y Hercicsson, 1981<sup>15</sup> asociaron la frecuencia de dicha entidad con el hábito tabaquico. Y sugieren que el tabaco actúa como un factor irritante local para la presentación del leucoedema; la encontraron en el 60% de los individuos suecos con hábito tabáquico crónico. Por otro lado, en México Castellanos y González

en 1991<sup>69</sup> la encontraron en el 22% de los pacientes que presentaban dicho hábito.

En un estudio epidemiológico conducido por Axéll<sup>16</sup>, en el que comparó las prevalencias de esta entidad, con otro reporte previo realizado por él, encontró que de 20,333 individuos suecos, en población abierta el 49% presentó leucoedema, la cual fue mucho mayor a la reportada para jóvenes thailandeses y malayos, del 24% al 29.6%.

La línea alba oclusal se encontró en 121 (24%) de los sujetos examinados. Hasta el termino de esta trabajo, no se encontraron cifras reportadas en la literatura nacional e internacional para esta entidad no patológica. Sin embargo, consideramos reportarla, por que es una modificación morfológica de la MCB que se presenta a lo largo de la vida de los individuos y por la falta de información a respecto de la misma.

Como observamos las entidades encontradas en este estudio son compatibles con las reportadas en otras publicaciones nacionales e internacionales. Sin embargo, los porcentajes reportados varían, probablemente por las condiciones socio-demográficas, culturales, nutricionales y de ocupación de los sujetos de las comunidades estudiadas.

Por lo tanto, debe considerarse que los hallazgos encontrados en la MCB de los sujetos residentes de localidades rurales, no pueden ser extrapolados a las comunidades urbanas precisamente por las condiciones antes mencionadas.

Es importante mencionar que la xerosquelia es una entidad que no se encuentra en reportes previos y se considera de suma importancia; ya que, precisamente este tipo de estudios contribuyen en la identificación de aquellas lesiones o factores de riesgo en los sujetos que tienden a desarrollar enfermedades del tipo infeccioso o malignas.

Por otro lado, se encontró que únicamente un tercio de las entidades patológicas encontradas podrían estar asociadas a los hábitos tabaquico y alcohólico. Y las dos terceras partes restantes probablemente se deben a traumatismos por órganos dentales fracturados, malposición dentaria, dientes no obturados o por la ausencia de éstos; además, a un nivel bajo nutricional crónico.

No se encontraron lesiones de leucoplasia y de liquen plano. Probablemente, en el primer caso por el bajo consumo del tabaco y con respecto a las lesiones de liquen plano, porque éstas, están más relacionada a la población que habita en zonas urbanas expuestas a mayor estrés.

## CONCLUSIONES

- De los 472 individuos estudiados se encontró que el 29% fueron hombres y 71% mujeres; en una razón H:M = 1:2.4.
- Se encontraron más entidades no patológicas (n=503), que patológicas (n=261) en una razón de 1.9:1.
- Las entidades patológicas y no patológicas se presentaron en las mujeres en un porcentaje de aproximadamente el 68% y en los hombres en el 33%.
- Se presentaron más entidades patológicas y/no patológicas en las mujeres entre los 20 a 29 años (33.3%) y en los hombres de los 30-39 años (22.3%).
- La entidad xerosquelia fue encontrada en 24/395 (6.1%) sujetos; respecto a las lesiones correspondió al 24/261 (9.2%). Esta prevalencia encontrada quizá se deba a la alta exposición a los rayos solares de la población.
- Conforme transcurrió la edad en los hombres, se mantuvo constante las frecuencia de las entidades no patológicas; mientras que en las mujeres las frecuencias fueron disminuyendo conforme se incrementó la edad.
- Con respecto a las entidades patológicas, la tendencia de la frecuencia fue al decremento conforme se incrementó la edad para ambos sexos.
- Cuando se presentaron una y dos entidades patológicas y no patológicas en forma simultánea, éstas fueron más frecuentes en las mujeres. Y en los hombres fueron más frecuentes las entidades patológicas y no patológicas a partir de tres o más entidades en forma simultánea.

- La lesión más frecuente fue la queratosis friccional en 68/261 (26%). Y la entidad no patológica más frecuente fue la pigmentación melánica gingival en 206/503 (41%).
- En las lesiones denominadas como "otras" la queilitis angular se presentó en 11/31 (35.5%).
- Independientemente del número de lesiones, la queratosis friccional fue la entidad patológica más prevalente y la entidad no patológica más prevalente fue la pigmentación melánica gingival.
- Cuando se presentaron dos o más entidades en forma simultánea, la xerosquelia ocupó el segundo lugar en frecuencia.
- Cuando se presentó una sola entidad no patológica los gránulos de Fordyce ocuparon el segundo lugar en frecuencia; pero a partir de dos o más entidades, la línea alba oclusal ocupó el segundo lugar en frecuencia.
- Únicamente un tercio de las lesiones reportadas, estaban asociadas a los hábitos tabaquico y alcohólico.
- Únicamente se encontró un caso de lesión premaligna, la queilitis actínica en un sujeto de más de 75 años campesino.
- No se encontraron lesiones de leucoplasia, ni eritroplasia.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda una mayor capacitación a los estudiantes de Estomatología, en la identificación y diagnóstico de las entidades patológicas y no patológicas de la MCB para la detección oportuna de las lesiones que afectan a la cavidad bucal.
  
- Establecer campañas, en las que por medio de la exploración sistemática y periódica de la MCB, a los sujetos de estas comunidades, que se encuentran expuestos a factores de riesgo como son: la exposición crónica al sol y la desnutrición, para detectar lesiones por deficiencias nutricionales, premalignas y malignas.
  
- Se recomienda a la UABJO incrementar el número de estudiantes de la carrera de Estomatología que realicen su servicio social en estas localidades. Este servicio contribuirá al diagnóstico de las alteraciones de la MCB; así como, el tratamiento de los problemas odontológicos de manera integral.
  
- La elaboración de campañas de educación de salud bucal, en los sujetos de áreas rurales, conjuntamente con la exploración sistemática del aparato

estomatognático, con el objetivo de identificar procesos infecciosos odontológicos y de tejidos blandos.

## PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN

- Se propone la elaboración de Investigaciones prospectivas en los sujetos que se presenten la xerosquelia; para describir la historia natural de la fisiopatología e identificar los factores de riesgo asociados a ésta. Y con esto determinar si esta lesión antecede a la queilitis actínica o la queratosis solar.
- Estudios de casos y controles que permitan identificar el papel que juega la desnutrición y la exposición a los rayos solares, en los sujetos que habitan en zonas rurales. Y establecer la correlación entre las lesiones de la MCB y estos factores de riesgo.
- Investigaciones en niños de poblaciones rurales para establecer la prevalencia de lesiones de la MCB y compararlas con los individuos adultos de la mismas zona.
- Investigaciones con muestras mayores en otras poblaciones urbanas y rurales para determinar la prevalencia de las entidades patológicas y no patológicas de la MCB de los adultos mexicanos.



**Cuadro 1**  
**Distribución del número de entidades ajustado por sexo, en los sujetos examinados bucalmente en tres localidades de los Valles Centrales de Oaxaca**

Variable	Hombres		Mujeres		Total	
	n = 139	%	n = 333	%	n = 472	%
<i>No. de entidades</i>						
Cero	20	14.4	57	17.2	77	16.3
Una	42	30.2	116	34.8	158	33.5
Dos	37	26.2	99	29.7	136	28.8
Tres	28	20.1	47	14.1	75	15.9
Cuatro	9	6.5	12	3.6	21	4.5
Cinco	3	2.2	2	0.6	5	1.0

Ji<sup>2</sup> p=0.17

**Cuadro 2.**  
**Prevalencia de lesiones y entidades no patológicas de la MCB en 395 sujetos, en tres localidades de los Valles Centrales de Oaxaca**

Tipo de entidad	Lesión		Ent. No pat.	
	n = 261	%	n = 503	%
<i>Lesión</i>				
Queratosis friccional	68	26.0	--	--
Mácula melanótica labial	42	16.0	--	--
Aumento tisular c/causa (mucosa)	25	9.6	--	--
Xerosquelia	24	9.2	--	--
Lengua fisurada	23	8.8	--	--
Úlcera recurrente	12	4.7	--	--
Mordisqueo el carrillo	10	3.8	--	--
Herpes labial	8	3.0	--	--
Candidosis eritematosa	7	2.7	--	--
Úlcera traumática	7	2.7	--	--
Candidosis crónica (subplaca)	4	1.6	--	--
Otras	31	11.9	--	--
<i>Entidad no patológica</i>				
Pigmentación melánica (gingival)	--	--	206	41.0
Línea alba oclusal	--	--	121	24.0
Leucoedema	--	--	56	11.2
Gránulos de Fordyce	--	--	53	10.5
Pigmentación melánica (no gingival)	--	--	39	7.8
Varices sublinguales	--	--	28	5.5

Cuadro 3.  
Prevalencia de las lesiones de la MCB denominadas otras; por sexo, en 31 sujetos de tres localidades de los Valles Centrales de Oaxaca

Tipo de entidad	Hombres		Mujeres		Total	
	n = 12	%	n = 19	%	n = 31	%
<i>Lesión</i>						
Queilitis angular	3	25.0	8	42.0	11	35.5
Aumentos tisulares sin causa	2	16.9	3	15.8	5	16.2
Petequeas	-	--	3	15.8	3	9.7
Lengua geográfica y fisurada	1	8.3	2	10.5	3	9.7
Lengua hendida	-	--	1	5.3	1	3.2
Anquiloglosia	1	8.3	1	5.3	2	6.5
Queilitis actínica	1	8.3	-	--	1	3.2
Queilitis descamativa	1	8.3	-	--	1	3.2
Hemangioma	1	8.3	-	--	1	3.2
Lesión tumoral	1	8.3	-	--	1	3.2
Absceso	-	--	1	5.3	1	3.2
Apéndice en el frenillo	1	8.3	-	--	1	3.2

**Cuadro 4**  
**Prevalencia de las lesiones y variantes de la MCB por sexo, en 158 sujetos que presentaron una sola entidad, en tres localidades de los Valles Centrales de Oaxaca**

Tipo de entidad	Hombres		Mujeres	
	n = 42	%	n = 116	%
<i>Lesión</i>				
Queratosis friccional	5	11.9	5	4.3
Aumento tisular c/causa (mucosa)	3	7.1	4	3.5
Herpes labial	-	---	1	0.8
Mácula melanótica labial	1	2.4	8	6.9
Xerosquelia	1	2.4	3	2.6
Úlcera recurrente	-	---	2	1.7
Úlcera traumática	1	2.4	2	1.7
Lengua fisurada	-	---	4	3.5
Mordisqueo del carrillo	1	2.4	3	2.6
Otras lesiones	3	7.1	5	4.3
<i>Entidad no patológica</i>				
Pigmentación melánica (gingival)	10	23.8	50	43.2
Gránulos de Fordyce	8	19.0	2	1.7
Línea alba-oclusal	7	16.7	19	16.4
Pigmentación melánica (no gingival)	2	4.8	5	4.3
Varices sublinguales	-	---	1	0.8
Leucoedema	-	---	2	1.7

**Cuadro 5**  
**Prevalencia de las lesiones y variantes de la MCB por sexo en 136 sujetos, cuando presentaron dos entidades simultáneamente en tres localidades de los Valles Centrales de Oaxaca.**

Tipo de entidad	Hombres = 37		Mujeres = 99	
	n = 74	%	n = 198	%
<i>Lesión</i>	23		68	
Queratosis friccional	5	6.8	19	9.6
Xerosquelia	5	6.8	5	2.5
Aumento tisular c/causa (mucosa)	2	2.7	3	1.5
Herpes labial	2	2.7	1	0.5
Macula melanótica labial	2	2.7	12	6.1
Lengua fisurada	2	2.7	7	3.5
Candidosis eritematosa	1	1.4	5	2.5
Mordisqueo del carrillo	1	1.4	2	1.0
Candidosis crónica (subplaca)	-	--	3	1.5
Úlcera recurrente	-	--	2	1.0
Úlcera traumática	-	--	2	1.0
Otras	3	4.0	7	3.5
<i>Entidad no patológica</i>	51		130	
Pigmentación melánica (gingival)	21	28.3	58	29.4
Línea alba-oclusal	13	17.5	37	18.8
Gránulos de Fordyce	10	13.5	8	4.0
Leudoedema	4	5.4	12	6.1
Varices sublinguales	2	2.7	6	3.0
Pigmentación melánica (no gingival)	1	1.4	9	4.5

**Cuadro 6**  
**Prevalencia de las lesiones y variantes de la MCB por sexo en 75 sujetos, cuando presentaron tres entidades simultáneamente en tres localidades de los Valles Centrales de Oaxaca.**

Tipo de entidad	Hombres = 28		Mujeres = 47	
	n = 84	%	n = 141	%
<i>Lesión</i>	28		51	
Queratosis friccional	10	11.9	12	8.6
Xerosquelia	5	5.9	3	2.1
Aumento tisular c/causa (mucosa)	2	2.4	5	3.5
Herpes labial	1	1.2	1	0.7
Mácula melanótica labial	6	7.1	7	5.0
Lengua fisurada	1	1.2	7	5.0
Mordisqueo del carrillo	-	--	3	2.1
Candidosis crónica (subplaca)	-	--	1	0.7
Úlcera recurrente	2	2.4	5	3.5
Úlcera traumática	-	---	2	1.4
Otras	3	3.6	5	3.5
<i>Entidad no patológica</i>	56		90	
Pigmentación melánica (gingival)	19	22.6	30	21.3
Línea alba-oclusal	9	10.7	18	12.8
Gránulos de Fordyce	12	13.1	4	2.8
Leudoedema	9	10.7	16	11.4
Varices sublinguales	3	2.4	8	5.7
Pigmentación melánica (no gingival)	4	4.8	14	9.9

**Cuadro 7**  
**Prevalencia de las lesiones y variantes de la MCB por sexo en 21 sujetos, cuando presentaron cuatro entidades simultáneamente en tres localidades de los Valles Centrales de Oaxaca.**

Tipo de entidad	Hombres = 9		Mujeres = 12	
	n = 36	%	n = 48	%
<i>Lesión</i>	10		16	
Queratosis friccional	2	5.6	5	10.4
Xerosquelia	-	--	1	2.1
Aumento tisular c/causa (mucosa)	3	8.4	2	4.1
Herpes labial	-	--	1	2.1
Macula melanótica labial	1	2.7	2	4.1
Lengua fisurada	1	2.7	1	2.1
Candidosis eritematosa	1	2.7	--	--
Úlcera recurrente	--	--	1	2.1
Otras	2	5.6	3	6.3
<i>Entidad no patológica</i>	26		32	
Pigmentación melánica (gingival)	5	13.9	10	20.8
Línea alba-oclusal	6	16.7	8	16.7
Gránulos de Fordyce	4	11.1	3	6.3
Leudoedema	4	11.1	8	16.7
Varices sublinguales	5	13.9	2	4.1
Pigmentación melánica (no gingival)	2	5.6	1	2.1

**Cuadro 8**  
**Prevalencia de las lesiones y variantes de la MCB por sexo en 5 sujetos, cuando presentaron cinco entidades simultáneamente en tres localidades de los Valles Centrales de Oaxaca.**

Tipo de entidad	Hombres = 3		Mujeres = 2	
	n = 15	%	n = 10	%
<i>Lesión</i>	6		5	
Queratosis friccional	3	20.0	2	20.0
Xerosquelia	-	--	1	10.0
Aumento tisular c/causa (mucosa)	1	6.7	-	--
Herpes labial	1	6.7	-	--
Macula melanótica labial	1	6.7	2	20.0
<i>Entidad no patológica</i>	9		5	
Pigmentacion melánica (gingival)	2	13.2	1	10.0
Línea alba-oclusal	3	20.0	1	10.0
Gránulos de Fordyce	3	20.0	-	--
Leudoedema	-	--	1	10.0
Varices sublinguales	1	6.7	1	10.0
Pigmentacion melánica (no gingival)	-	--	1	10.0



Fig.1.- Distribución por sexo de los 472 sujetos examinados bucalmente, en tres localidades de los Valles Centrales de Oaxaca.

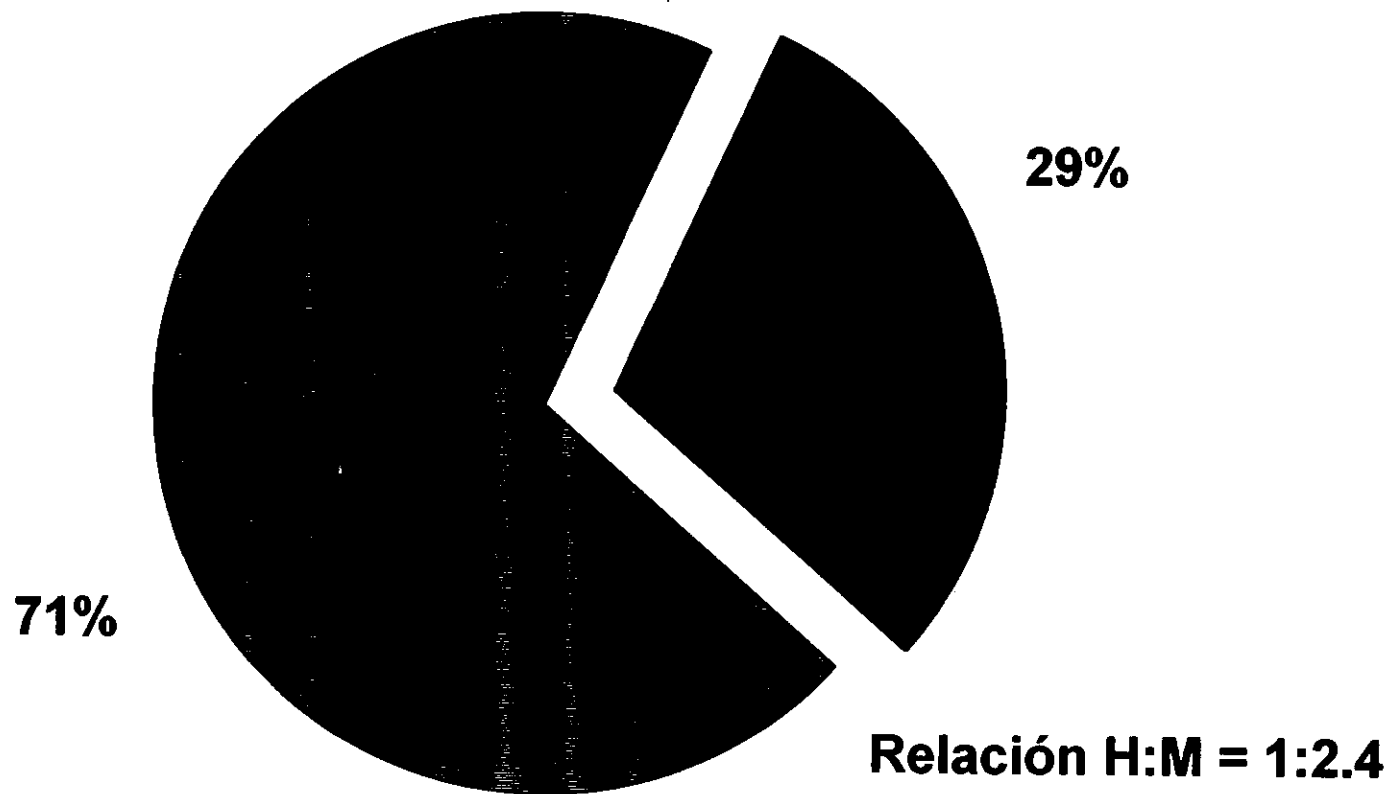


Fig.2.- Distribución por edad y sexo, de los 472 individuos examinados bucalmente, en tres localidades de los Valles Centrales de Oaxaca.

**No de sujetos**

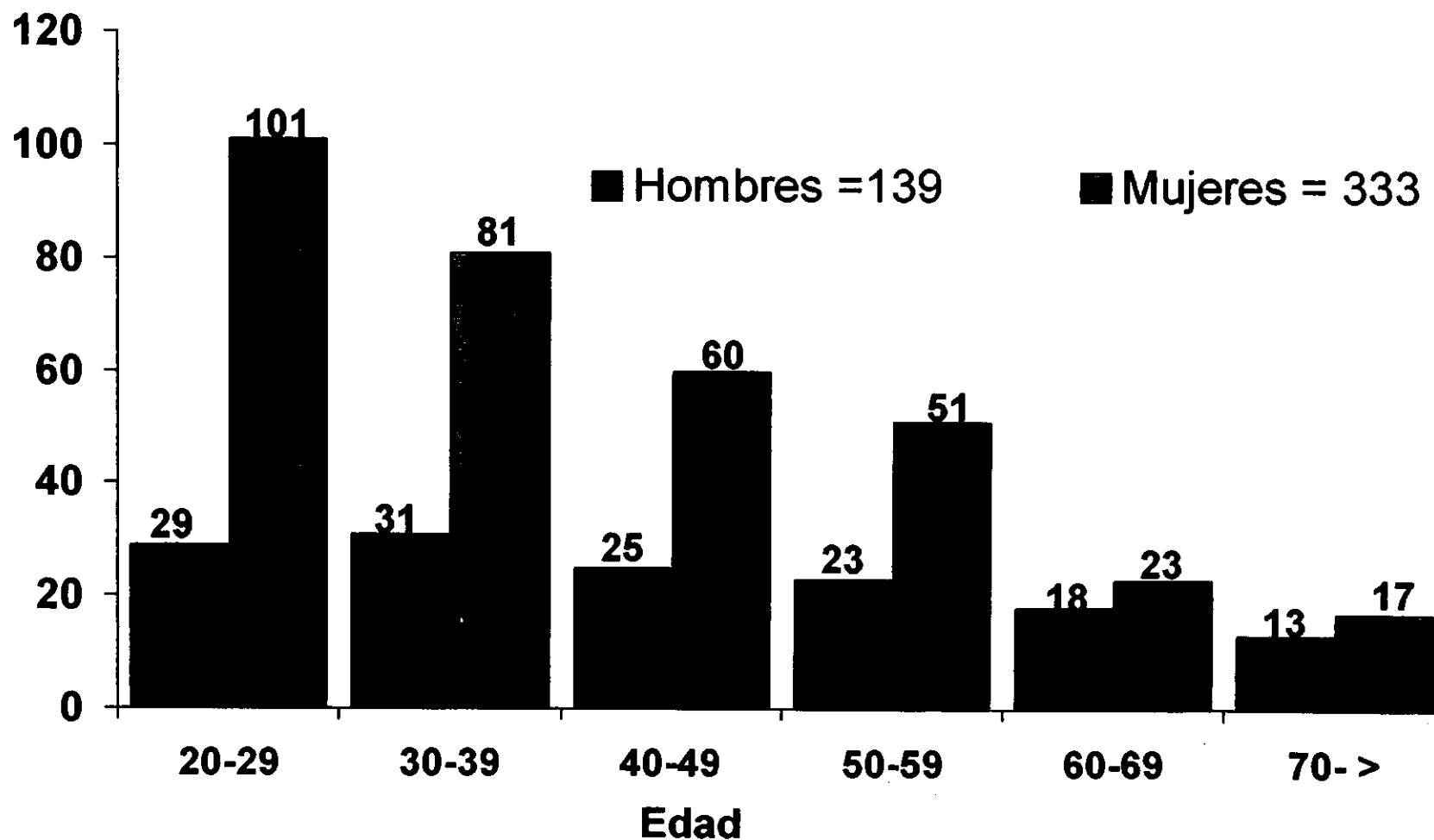


Fig.3. - Distribución de las entidades patológicas y no patológicas de la MCB, en 395 sujetos, en tres localidades de los Valles Centrales de Oaxaca.

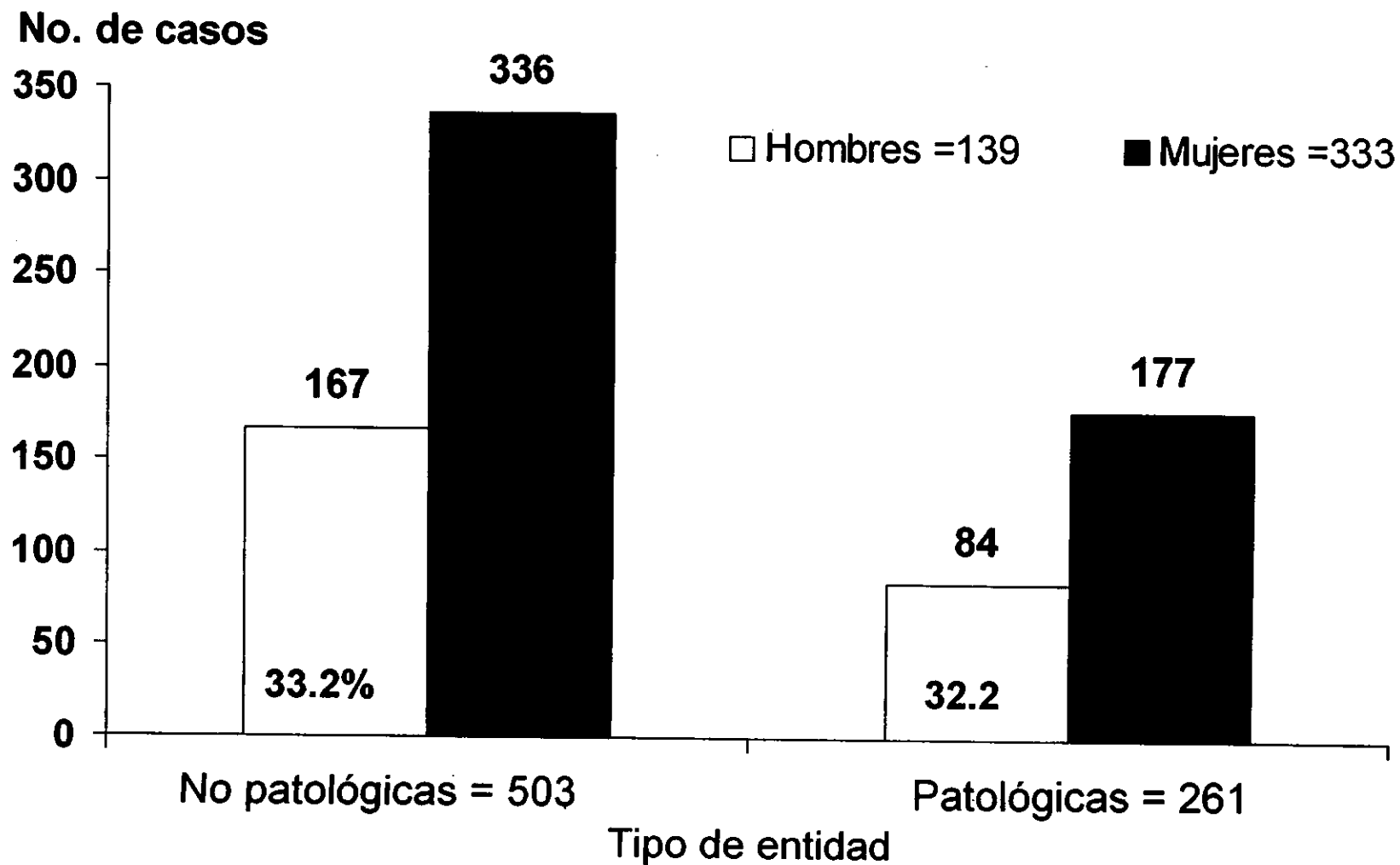


Fig.4.- Distribución de las 764 lesiones y entidades no patológicas, encontradas en 472 sujetos, en tres localidades de los Valles Centrales de Oaxaca

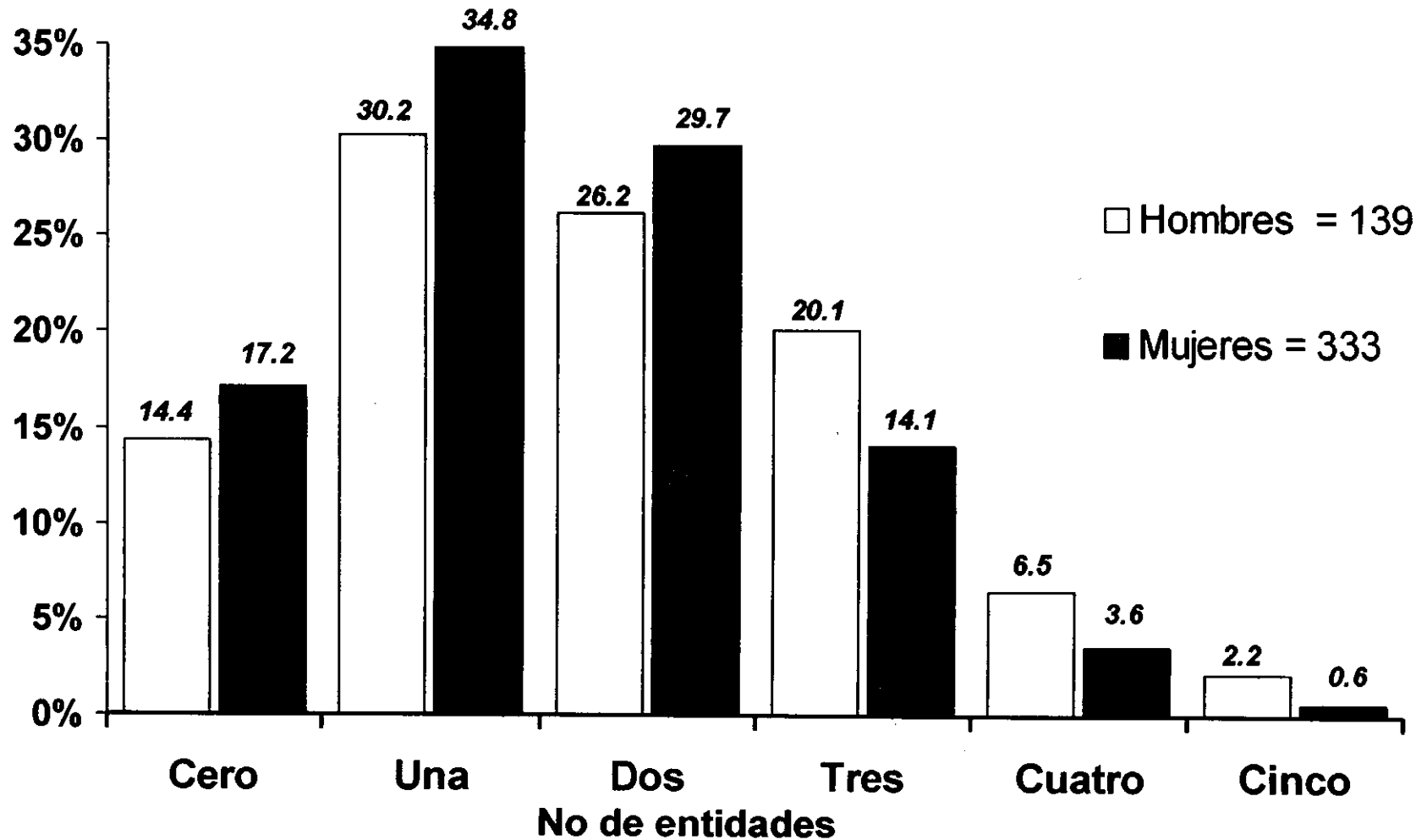


Fig.5.- Distribución de 261 entidades patológicas encontradas, por edad y sexo en tres localidades de los Valles Centrales de Oaxaca.

No de sujetos

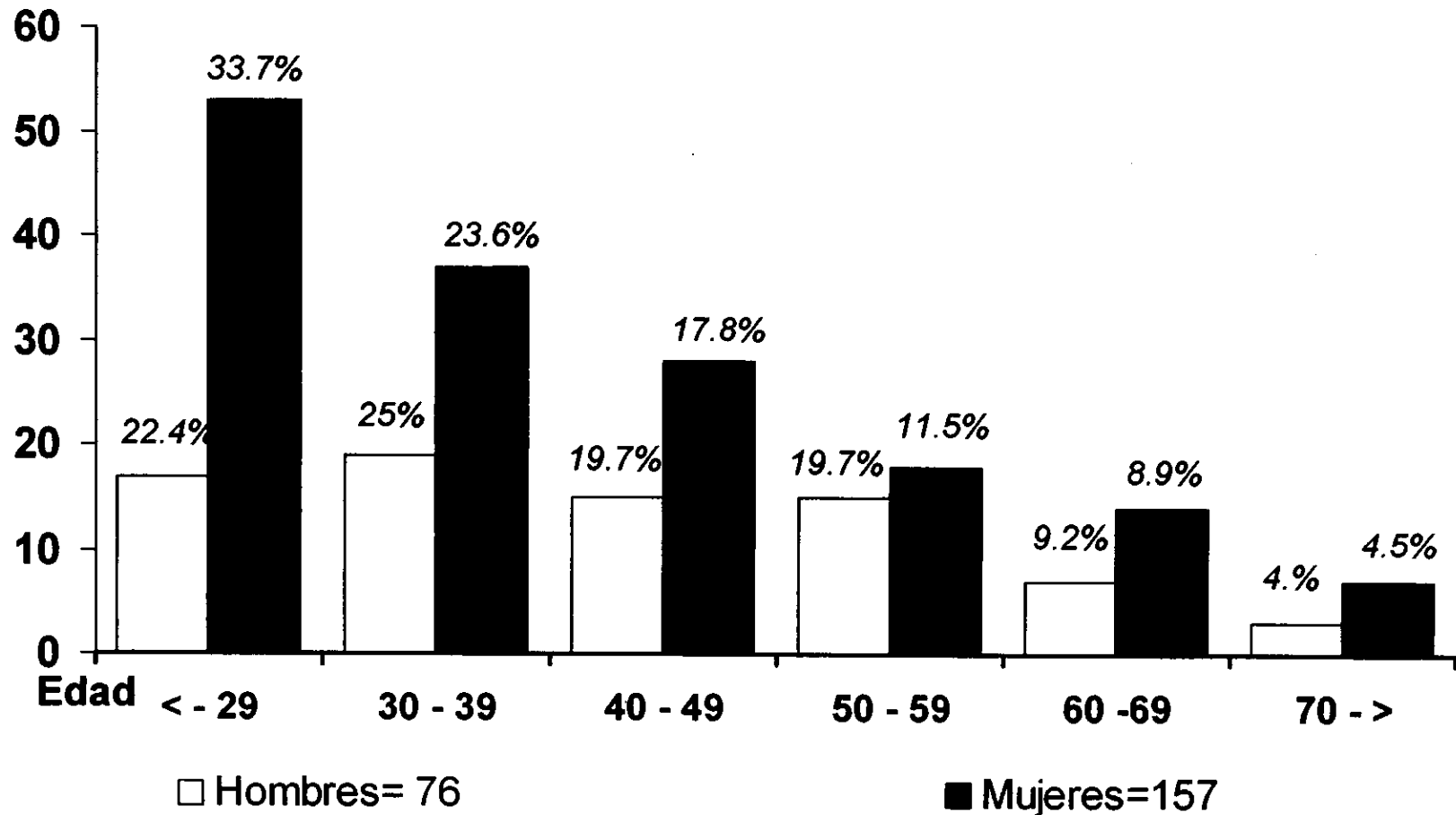
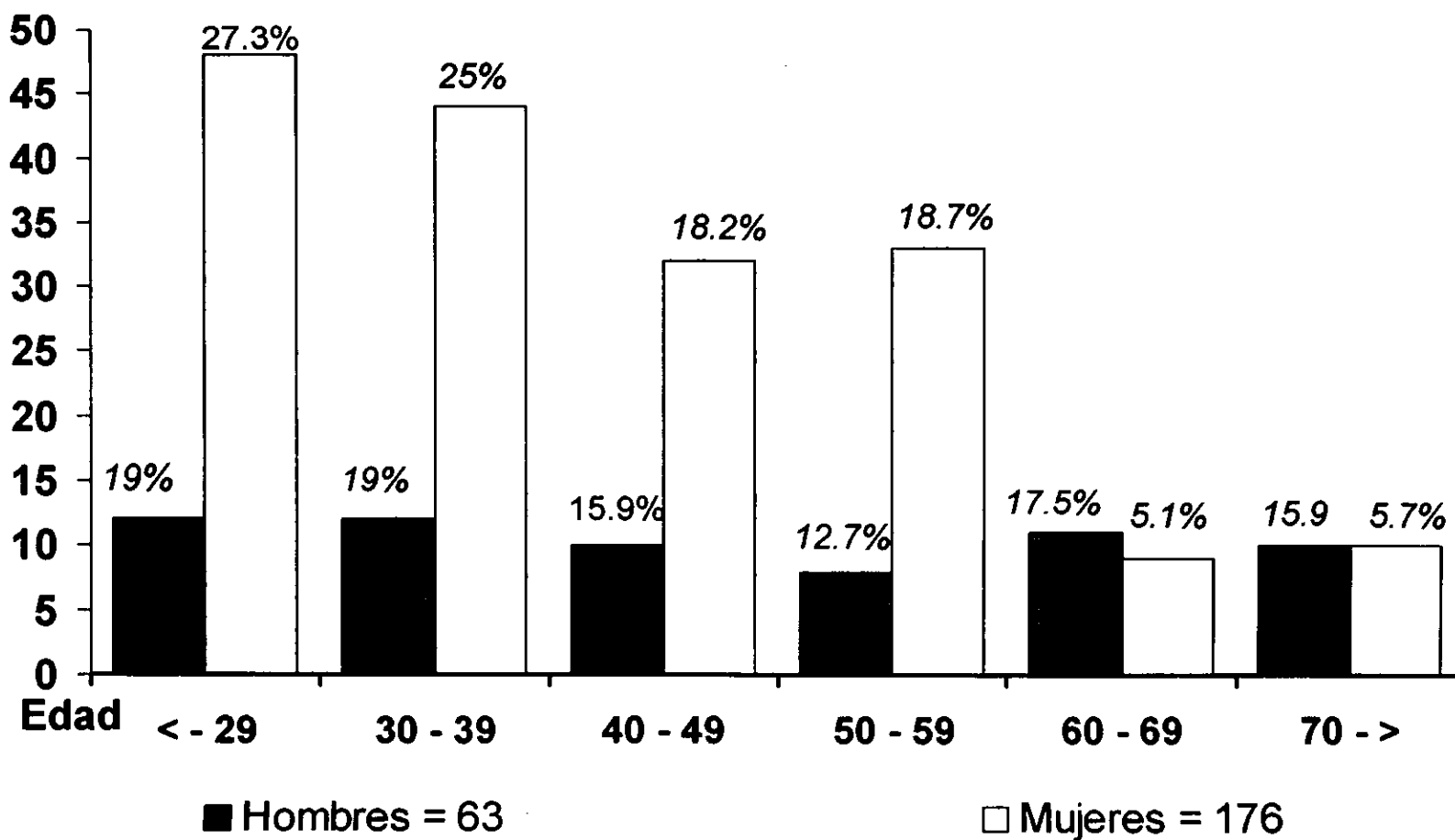


Fig.6.- Distribución de 503 entidades no patológicas por edad y sexo, en tres localidades de los Valles Centrales de Oaxaca

No de sujetos



## REFERENCIAS

1. Regezi JA, Sciubba JJ. *Patología Bucal* 2a ed. Interamericana 1991. México p. 87-174.
2. Lamey PJ, Lewis MAO. Oral Medicine in practice: white patches. *Br Dent J* 1990 ; 168:147-152.
3. Jorge J Jr, Almeida OP de, Bozzo L, Scully C, Graner E. Oral mucosal health and disease in Institutionized elderly in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19 :173-5.
4. Steigman S. The relationship between physiologic pigmentation of the skin and oral mucosa in yemenite Jews. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1965; 19:32.
5. Young SK, Rowe NH, Buchanan RA. A Clinical study for the control of facial mucocutaneous herpes virus Infections. 1. Characterization of natural history in a professional school population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976; 41: 498- 507.
6. Shibuta H, Amagasa T, Seto K, Ishibashi K, Horiuchi J, Suzuki S. Leukoplakia-associated multiple carcinomas in patients with tongue carcinoma. *Cancer* 1986; 57:843-46.
7. Bouquot JE. Common oral lesions found during a mass screening examination. *J Am Dent Assoc* 1986; 112: 50-57.
8. Axéll T. A prevalence study of Oral mucosal lesions in a adult Swedish population. *Odontol Revy* 1976; 27: suppl 36.
9. Kleinman DV, Swango PA, Niessen LC. Epidemiologic studies of oral mucosal conditions-methodologic issues. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991;19:129-40.
10. Donohue A, Aguirre A, Leyva E, Ledesma C, Aldape B, Lara A. Prevalence of oral mucosal disturbance in adult Mexican population. *J Dent Res* 1991;70:304 abst 306.
11. Díaz-Guzmán L, Castellanos J L. Lesiones de la mucosa bucal. Estudio epidemiológico en 7,297 pacientes. *A.D. M.* 1991;58:75-80.
12. Rueda A JA, Mosqueda TA, Zimbrón RA, Vergara BG. Prevalencia de lesiones en mucosa oral en ancianos. *Práctica Odontológica* 1987;8: 38-47.
13. Ramírez VA, Mosqueda TA, Hernández H LL. Estudio epidemiológico de las lesiones de la mucosa oral. Cuadernos CBS No11. U.A.M. Xochimilco. 1986.
14. WHO Collaborating Centre for Oral Precancerous Lesions. Definition of leukoplakia and related

- lesions: An aid to studies on oral precancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1968; 46: 518-39.
15. Axéll T, Hericsson V. Leukoedema - an epidemiologic study with special reference to the influence of tobacco habits. *Community Dent Oral Epidemiol* 1981; 9 :142-46.
  16. Axéll T, Zain RB, Siwamogstham P, 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.
  17. Zachariah J, Mathew B, Varma NAR, Igbal AM, Pindborg JJ. Frequency of oral mucosal lesions among 5,000 individuals in Trivandrum, South India. *All-India Dent. Assoc* 1966; 38: 290-94.
  18. Sandstead HR, Lowe JW. Leukoedema and keratosis in relation to leukoplakia of the buccal mucosal in man. *J Natl Cancer Inst* 1953;14: 423-37.
  19. Marshall-Day CD, Shourie KL. Gingival disease in the Virgin Islands. *J Am Dent Assoc* 1950;40:175-85.
  20. UAMX. Reporte de investigación por los alumnos de la Especialidad de Diagnóstico Integral y Patología Bucal (3a Gen). Prevalencia de entidades de la mucosa oral en población infantil de Tepepan Xochimilco. 1986 México D.F.
  21. Axell T, Pindborg JJ, Smith CJ, van der Wall I and an International Collaborative Group on Oral White Lesions: Oral white lesions with special reference to precancerous and tobacco-related lesions: conclusions of an international symposium held in Uppsala, Sweden, May 18-21 1994. *J Oral Pathol Med* 1996;25:49-54
  22. Boyd AS, Neldner KH. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 593-619.
  23. Thorn JJ, Holmstrup J, Rindum JJ, Pindborg JJ. Course of various clinical forms of oral lichen planus. A prospective follow-up of 611 patients. *Oral Pathol Med* 1988; 17: 213-18.
  24. Conklin RJ, Blasberg B. Oral lichen planus. *Dermatol Clin* 1987; 5: 663-73.
  25. Strauss RA, Fattore L, Soltani K. The association of mucocutaneous lichen planus and chronic liver disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 68: 406-10.
  26. Murti PR, Daftary DK, Bhonsle RB, Gupta PC, Metha FS, Pindborg JJ. Malignant potential of oral lichen planus; observations in 722 patients from India. *J. Oral Pathol Med* 1986; 15: 71-77.
  27. Holmstrup P, Thorn JJ, Rindum J, Pindborg JJ. Malignant development of lichen planus-affected oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 1988; 17: 219-225.



28. Voûte ABE, Jong WFB, Shulten EAJM, Snow GB, van der Waal I. Possible premalignant character of oral lichen planus. the Amsterdam experience. *J Oral Pathol Med* 1992; 21: 326-9.
29. Bamard NA, Scully C, Eveson JW, Cunningham S, Porter SR. Oral cancer development in patients with oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1993; 22: 421-4.
30. Walsh LJ, Savage N W, Ishii T, Seymour. Immunopathogenesis of lichen planus. *J Oral Pathol Med*. 1990;19:389-96.
31. Albrecht M, Banoczy J, Dinya E, Tamás Gy Jr. Occurrence of oral leukoplakia and lichen planus in diabetes mellitus. *J Oral Pathol Med* 1992; 21: 364-6.
32. Jontell M, Watts S, Wallström M, Levin L Sloberg K. Human papilloma virus in erosive oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1990; 19: 273-7.
33. Silverman S, Gorsky M, Lozada-Nur F. A prospective follow-up study of 570 patientes with oral lichen planus : persistence, remission, and malignant association. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985; 60: 30-4.
34. Salonen L, Axéll T, Helledén L. Occurrence of oral mucosal lesions, the influence of tobacco habits and an estimate of treatment time in an adult Swedish population. *J Oral Pathol Med* 1990; 19: 170-6.
35. Silverman S Jr, Shillitoe EJ. Etiology and predisposing factors. In *Oral cancer*.The American Cancer Society. Atlanta. Third Edition. 1990, 7-39.
36. Axell T, Holmstrup P, Kramer IRH,Pindborg J,Shear M. International seminar on oral leukoplakia and associated lesions related to tobacco habits. *Community Dent Oral Epidemiol* 1984;12:145-54.
37. Shibuya H, Amagasa T, Seto K, Ishibashi K, Horiuchi J, Suzuki S. Leukoplakia-associated multiple carcinomas in patients with tongue carcinoma. *Cancer* 1986,57:843-46.
38. Hogewind WFC, Van der Waal I. Prevalence study of oral leukoplakia in a selected population of 1000 patients from the Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol* 1988; 16 :302-5.
39. Ikeda N, Ishii T, Iida S, Kawai T. Epidemiological study of oral leukoplakia based on mass screening for oral mucosal disease in a selected Japanes population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1991, 19:160-3.
40. Banoczy J, Rigó O. Prevalence study of oral precancerous lesions within a complex screening system in Hungry. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 265-7.

41. Mehta FS, Pindborg JJ, Gupta Pc, Daftary DK. Epidemiologic and histologic study of oral cancer and leukoplakia among 50,951 villagers in India. *Cancer* 1969;24: 832-49.
42. Gupta PC, Mehta FS, Daftary Dk. et al. Incidence rates of oral cancer and natural history of oral precancerous lesions in a 10 years follow-up of Indian villagers. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980;8: 287.
43. Silverman S Jr, Rozen RD. Observations on the clinical characteristics and natural history of oral leukoplakia. *J Am Dent Assoc* 1968;76:772.
44. Silverman S Jr, Gorsky M, Lozada F. Oral leukoplakia and malignant transformation. A follow-up study of 257 pacientes. *Cancer* 1984;53:563.
45. Ten Cate RA. *Oral histology . Development and Function .Thrid edtion* Mosby St. Louis, 1989
46. INEGI. Resultados definitivos tabulados básicos Oaxaca 1995. tomo V pag. 1519.
47. INEGI. Resultados definitivos tabulados básicos Oaxaca 1995. tomoV pag 1576-81
48. Diagnóstico de la Salud de las comunidades de los Valles Centrales. Secretaria de Salud en el estado de Oaxaca 1995 .
49. INEGI. Resultados definitivos tabulados básicos Oaxaca 1995. Tomo V pag. 3566-70.
50. INEGI. Resultados definitivos de datos para localidades Censo general de población Oaxaca 1990.
51. Centers for Disease Control and Prevention. Recommended infection-control practices for dentistry, 1993. *MMWR* 1993;42:RR-8,1-12
52. Roed-Petersoen B, Renstrup G.A Topographical classification of the oral mucosa suitable for electronic data processing. Its application to 560 leukoplakias. *Acta Odontol Scand* 1969 ; 27 :681
53. Díaz-Guzmán, Castellanos JL. Lesiones blancas de la mucosa. Estudio epidemiológico en 5868 pacientes de la clínica de diagnóstico de la Universidad del Bajío. *ADM*; 1988:65:333-36
54. 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.
55. Knapp Milton J, Tacoma W. Oral disease in 181,338 consecutive oral examinations. *J Am Dent Assoc* 1971 ;83 :1288-93.
56. Ship JA. Recurrent aphthous stomatitis. An update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;81:141-7.

57. Scully C, Porter SR. Recurrent aphthous stomatitis current concepts of etiology, pathogenesis and management. J Oral Pathol Med 1989;18:21-27.
58. Kleinman DV, Swango PA, Pindborg JJ. Epidemiology of oral mucosal lesions in United States schoolchildren : 1986-87. Community Dent Oral Epidemiol 1994;22 :243-53.
59. Nolan A, McIntosh WB, Allam BF, Lamey P-J. Recurrent aphthous ulceration: vitamin B1,B2 and B6 status and response to replacement therapy. J Oral Pathol Med 1991;20:473-75.
60. Shapiro S, Olson DI, Chellemi SJ. The association between smoking and aphthous ulcers. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1970 ;30 :624-30.
61. Nair RG, Samaranayake LP, Phillipsen, Graham RGB, Itthagaran A. Prevalence of oral lesions in a selected vietnamese population. Int Dent J 1996;46:48-51
62. Miller CS, Spencer WR. Diagnosis and management of orofacial herpes simplex virus infections. Dent Clin of North Am 1992;36:879-95.
63. Ikeda N, Handa Y, Khim SP, Durward C, Axéll T, Mizuno T, Fukano H, Tsuyoshi K. Prevalence study of oral mucosal lesions in a selected Cambodian population. Community Dent Oral Epidemiol 1995;23:49-54.
64. Russotto SB. The role of *candida albicans* in th pathogenesis of angular cheilosis. J Prosthet Dent 1980;44:243-6.
65. Öhman S-C, *et al.* Angular cheilitis: A clinical and microbial study. J Oral Pathol Med 1986;15:213-17.
66. Brigden ML. Iron deficiency anemia . Every case is instructive. Posgrad Med 1993;93:181-192.
67. Mani NJ, Bhargava K, Malaowalla AM. Ocurrance of oral sebaceous glands in 43,654 industrial workers of Gujarat, India. Community Dent Oral Epidemiol 1976;4:165-68.
68. Squier CA, Jhonson NW, Hopps RM. Human oral mucosa, development, structure and funtion. Blackwell. Oxford 1976
69. Castellanos JL, González SS. Frecuencia de lesiones bucales en tabaquismo activo por cigarrillos. ADM 1991;58 :269-72.

## CURRICULUM

<i>Nombre</i>	Estela de la Rosa García
<i>Lugar y fecha de nacimiento</i>	Texmelúcan Puebla 12 de julio de 1952
<i>Nombre de los padres</i>	Epifanio de la Rosa Díaz Mercedes García Hernández
<i>Estudios realizados</i>	
<i>Licenciatura</i>	Cirujano Dentista Facultad de Odontología Universidad Nacional Autónoma de México, 5 años 1971-1975
<i>Posgrado</i>	Especialista en Diagnóstico Integral y Patología Bucal Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 1 año 1986
<i>Maestría</i>	Maestría en Odontología. Facultad de Odontología de Odontología Universidad Nacional Autónoma de México 1996 -1997
<i>Experiencia docente</i>	
<i>Nivel licenciatura</i>	Profesora de asignatura B en la carrera de cirujano dentista en la Facultad de Estudios Profesionales Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México, a partir de 1981 a la fecha.
<i>Nivel posgrado</i>	Profesora titular B de la Especialidad de Diagnóstico Integral y Patología Bucal. Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, a partir de 1988 a la fecha
<i>Experiencia Investigación</i>	Participante en proyectos de investigación colaborativos Universidad Autónoma Metropolitana- Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". En proyectos relacionados al tratamiento y de las lesiones bucales de los pacientes con infección por el VIH y con SIDA. Participante en proyectos de investigación colaborativos Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco y el Instituto Nacional de Cancerología. En proyectos relacionados al tratamiento de las lesiones bucales de los pacientes con SIDA.
<i>Domicilio actual</i>	Cerro de la estrella No 117 dpto. 401 Colonia Campestre Churubusco Código Postal 04200 Teléfonos domicilio 544 - 28 - 48 Laboratorio patología 724 -52 - 06

## **ANEXOS**

**DEFINICIONES : CRITERIOS CLINICOS DIAGNÓSTICOS.**

**1. AUMENTO TISULAR SIN CAUSA EN LA MUCOSA.**

Crecimiento de tejido blando o duro, recubierto por mucosa de color normal o blanquecino, de base sésil o pediculada, de tamaño y forma variable, asintomática o dolorosa al tacto y a la cual por medio del interrogatorio o el examen clínico, no puede asociarse con una causa determinada.

Este criterio pretende describir aquellas lesiones que no tiene causa aparente y que por definición se consideran neoplasias, o la manifestación oral de un trastorno sistémico.

**2. AUMENTO TISULAR CON CAUSA EN LA MUCOSA.**

El aumento tisular con causa diferente a prótesis, se define como un crecimiento firme recubierto por mucosa de color normal o blanquecino, de base sésil, pediculada de tamaño variable, asintomático y que tiene una causa demostrable no protésica.

La causa de estos aumentos de tejido puede ser trauma masticatorio, hábito de morderse el carrillo, trauma de mucosa bucal por diastemas, malposiciones dentarias, alteraciones en la línea de oclusión.

**3. AUMENTO TISULAR POR PRÓTESIS.**

Crecimiento de tejido blando bucal, firme, recubierto por mucosa de color normal o blanquecino, de base sésil o pediculada, de tamaño y forma variable, asintomático o doloroso al tacto y directamente relacionado con una prótesis total u otro aparato removible o fijo.

**4. CANDIDOSIS ERITEMATOSA.**

Mancha o zona roja en ocasiones de aspecto puntiforme, localizada generalmente en el tercio, posterior del dorso lingual; en la mucosa bucal y paladar duro se presenta como áreas eritematosas generalmente asintomáticas, o con dolor espontáneo a los alimentos ácidos y condimentados. La citología exfoliativa teñida con P.A.S. debe ser positiva para *candida albicans*.

**5. CANDIDOSIS SUBPLACA.**

Mancha o áreas eritematosas localizadas en el proceso que soporta la prótesis bucal, generalmente asintomática y de larga evolución. La citología se tomará de la mucosa afectada y de la prótesis, se teñirá con P.A.S. y debe ser positiva para *candida albicans*.

## **6. ERITROPLASIA.**

Área o placa roja brillante, generalmente de contorno irregular, aunque bien definida, que no puede ser diagnosticada clínicamente como alguna otra entidad de color rojo.

## **7. GRANULOS DE FORDYCE.**

Pápulas de 1-3 mm. de diámetro, bien definidas, ligeramente elevadas, aisladas o en grupos, de color amarillo o blanco amarillento. Con mayor frecuencia se distribuyen en forma bilateral de la mucosa de los carrillos, región retromolar o mucosa interna de los labios o bordes bermellones.

## **8. HERPES LABIAL.**

Lesiones vesiculares pequeñas de menos de 5mm de diámetro grises o amarillas que coalescen y se rompen, dejando úlceras de tamaño variable con bordes definidos o festoneados y fondo blanco-amarillento, blanco-grisáceo que forman costras séricas o hemorrágicas, que desaparecen sin dejar cicatriz; localizadas en los bordes bermellones labiales, de 4-7 días de evolución.

## **9. LEUCOEDEMA.**

Velo blanco-grisáceo, semitransparente, bilateral, que compromete ampliamente la mucosa del carrillo. Cuando se distiende la mucosa la entidad desaparece. Esta entidad también puede encontrarse en la mucosa labial. No debe confundirse con la línea alba oclusal

## **10. LEUCOPLASIA.**

Placa o mancha blanca en la mucosa bucal que no se desprende al raspado y que no puede diagnosticarse clínicamente como alguna otra entidad. Debe tenerse en cuenta que este es un diagnóstico por exclusión, es decir, deben descartarse otras entidades que se presentan como manchas blancas en la mucosa bucal.

## **11. LENGUA FISURADA.**

Se presenta como múltiples surcos y fisuras de forma irregular, con profundidad promedio de 2 a 6 mm, localizada en la superficie dorsal de la lengua, generalmente asintomática.

## **12. LIQUEN PLANO.**

Es una enfermedad dermatológica que con frecuencia afecta a la mucosa bucal. Las lesiones orales presentan una distribución sistémica, consistente en pequeñas pápulas blanquecinas que crecen y coalescen para formar un patrón reticular, anular o en forma de placa. Una característica distintiva es la presencia de líneas delgadas que radian de las pápulas, conocidas como estrías de Wickham. Puede incluir además formas atróficas, erosivas y vesicular.

### **13. MORDISQUEO EL CARRILLO.**

Área o zona blanca en la mucosa el carrillo o labios mal definida que no despegar al raspado, lesión producida por el hábito crónico de morderse la mucosa involucrada.

### **14. MÁCULA MELANÓTICA LABIAL.**

Área o mancha pigmentada de forma oval o redonda o difusa en los bordes bermellones labiales de color café-claro, café-oscuro, café-parduzco o pardo-negrusco, de 3-7 mm de dimensiones, plana o ligeramente elevada, asintomática.

### **15. PIGMENTACIÓN FOCAL INTRAORAL.**

Mácula de color café o gris azulado bien delimitada, oval o redonda de aproximadamente 3-5mm. de diámetro hasta 1 cm. en cualquier lugar de la mucosa, labial, bucal, paladar, lengua, generalmente asintomática.

### **16. PIGMENTACION MELANICA GINGIVAL.**

Manchas o bandas pigmentadas de forma difusa, de color pardo o marrón-negrusco, persistente, generalmente simétrica y se presentan en la parte anterior de la encía insertada inferior. Esta pigmentación generalmente está relacionada con el color de la piel morena o negra.

### **17. PIGMENTACION MELANICA NO GINGIVAL.**

Máculas bien delimitadas o difusas de color café-oscuro, café-negrusco, con superficie plana de forma irregular, asintomáticas, afectando cualquier lugar de la mucosa bucal (exceptuando las encías), en el dorso lingual ocurre como pequeñas máculas sobre las papilas filiformes.

### **18. QUERATOSIS FRICCIONAL.**

Placa o área blanca en la mucosa bucal, generalmente bien delimitada que no se desprende a la fricción, asintomática de larga evolución y directamente relacionada con traumatismos de tipo friccional.

### **19. ULCERAS RECURRENTES.**

Para las úlceras recurrentes (UR) se tomarán tres criterios diagnósticos. Son lesiones ulceradas que se presentan en cualquier lugar de la mucosa bucal, exceptuando los sitios de mucosa queratinizada como la encía y paladar duro. Se clasifican de acuerdo a sus dimensiones y severidad al ocurrir.

Las UR-menores: Se presentan como ulceraciones de forma redonda u ovoide, de menos de 1cm. de diámetro de bordes definidos y eritematosos, cuyo centro está cubierto por una membrana blanco-amarillenta, de 4-7 días de evolución y muy dolorosa; desaparecen sin dejar cicatriz.



Las UR-mayores : el tamaño de éstas es mayor de 1cm. de diámetro, de forma irregular, de más de seis semanas de evolución, con historia previa de presentación, son extremadamente dolorosas; y al desaparecer dejan cicatriz.

Las UR-herpetiformes, son múltiples lesiones ulceraticas de tamaño milimétrico, que tienden a fusionarse, se presentan en mucosa vestibula, muy dolorosas de 3-4 semanas de evolución, desaparecen sin dejar cicatriz.

#### **20. ULCERA TRAUMATICA.**

Lesión ulcerada de cualquier lugar de la mucosa bucal inclusive la queratinizada, generalmente de bordes irregulares eritematosos, con fondo limpio hemorragico o blanco-amarillento, sintomático o dolorosa al tacto y que se encuentra asociada a historia o a un agente traumático.

#### **21. VARICES LINGUALES.**

Son venas tortuosas, dilatadas cuyo desarrollo está sujeto al aumento de la presión hidrostática con disminución de la resistencia de sus paredes, de color azul-rojizo con escaso tejido de, soporte.

#### **22. XEROSQUELIA.**

Lesión localizada en los borde bermellones, que se presenta como una resequedad crónica, de aspecto blanquecino, moderadamente pigmentada, con fisuras y asintomática



**RELACIÓN DE ORGANOS DENTALES CON LESIONES BUCALES**

18 órganos dentales relacionados con úlceras traumáticas

19 órganos dentales relacionados a lesiones traumáticas

0 NO  En caso afirmativo cual es el órgano dental asociado

1 gancho de prótesis relacionado a lesión traumática

2 tercer molar relacionado a lesión traumática blanca

3 órgano dental fracturado relacionado a lesión traumática blanca

**USO DE APARATOS PROTÉSICOS**

20 Usa usted placas o puentes en la boca?

0 NO

1 SI

2 de vez en cuando

21 Si contesta que sí pregunte usted

1 usa puente removible parcial

2 usa puente removible total

3 usa sólo placa de arriba total

4 usa sólo placa de abajo total

5 usa las dos placas

Si contesta afirmativo pregunte usted

22 Se quita para dormir su placa o puente?

0 NO

1 SI

2 ocasionalmente

Si usa placa o puentes pregunte usted

23 Está rota su placa o puente?

0 NO

1 SI

24 Cuanto tiempo ha usado su placa o puente?   meses   años

25 Lava diario su placa o puente?

0 NO

1 SI

2 nunca

3 ocasional

**C) DATOS HISTOPATOLÓGICOS**

Sólo llenar en caso de que se realice algún estudio.

26 ESTUDIO CITOLÓGICO

1 Tinción de P.A.S.

2 Papanicolaou

3 Hematoxilina y eosina

27 Localización (ver topografía)

28 DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS

1 candidosis eritematosa aguda

2 candidosis eritematosa crónica

3 candidosis hiperplásica

4 candidosis pseudomembranosa

5 herpes simple

6 otro especificar

29 DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DEFINITIVO

Si se tomó biopsia

30 Localización de la biopsia (ver topografía)

31 DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS PRESUNTIVOS

1 hiperplasia fibrosa de mucosa

2 hiperplasia por dentadura

3 hiperplasia por embarazo

4 mácula melanótica intraoral

5 queratosis friccional

6 liquen plano

7 leucoplasia

8 carcinoma escamocelular

9 otro especifique \_\_\_\_\_

32 DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DEFINITIVO

**Codigo de lesiones**

Lesión	Localización					

- 1 Aumento tisular por prótesis
- 2 Aumento tisular con causa
- 3 Aumento tisular sin causa
- 4 Candidosis eritematosa aguda
- 5 Candidosis eritematosa crónica
- 6 Candidosis hiperplásica
- 7 Eritroplasia
- 8 Granulos deFordyce
- 9 Herpes labial
- 10 Leucoedema
- 11 Leucoplasia
- 12 Leucoqueratosis del paladar
- 13 Liquen plano
- 14 Mordisqueo del carrillo
- 15 Mácula melanótica labial
- 16 Pigmentación racial
- 17 Pigmentación focal intraoral
- 18 Queratosis friccional
- 19 Ullcera recurrente
- 20 Ulcera traumática
- 21 Várices sublinguales
- 22 Otras Especifique \_\_\_\_\_

