

241



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS DE
ENERO A DICIEMBRE DEL 2001, EN EL
LABORATORIO DE PATOLOGÍA BUCAL DE LA
DEPeI, FO, UNAM.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
M A R I O N A V A V I L L A L B A

DIRECTORA: M.O. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS



MÉXICO, D. F.

Voto
[Firma]

2002

TELIS 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.

AGRADECIMIENTOS

A mi pueblo, a mi Patria, a mis ancestros por el legado de su sangre guerrera.

A mi Madre Ma. Inés Villalba, gracias por ser ejemplo y prueba, por sufrir, llorar y reír conmigo, por tus palabras y consejos, que son la tinta que escribe mi vida.

A mi Padre Mario Nava, por mostrarme de manera ejemplar lo que nunca debo ser y hacer, sin tu ayuda y ejemplo no hubiera logrado nada, a pesar de las circunstancias, gracias, te quiero mucho.

A mis hermanos, José Luis, mi *Che admirable* por inculcarme el valor de la honestidad y los sueños de libertad. Sergio Luis mi esperanza, gracias por contagiarme tu alegría de ser siempre joven.

A Luz Seline por estar conmigo todos estos años, brindarme tu amor, tu tiempo, comprensión y vida; gracias amor. Te amo.

A mi Tía Mary, por verdaderamente ayudarme, y estar dispuesta a hacerlo sin condiciones.

A mi Mamá Joaquín[†]; siempre estas en mi corazón.

A todos mis Tíos, Tías, primos y primas, gracias por todo.

A mis amigos Edgar, Bety, Santos, Gaby, Heriberto, Omar, Angel, por compartir conmigo su alegría, sus ocurrencias, sus conocimientos y su vida.

A mis compañeros del Departamento de Patología Bucal, Gerardo, Alberto, Alejandra, Fátima, Jannett, Lis, Mariana, Carina, Augusto, Carolina, gracias por su amistad.

A mis camaradas del movimiento de Huelga en la UNAM, por enseñarme a defender la nobleza de un ideal, los nombres son lo de menos, pues hoy al dormir podría recordarlos a todos y cada uno de ustedes, como si fuera la primer noche de aquel 20 de abril.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología por darme la oportunidad de formar parte de su raza y de su espíritu; a todos los buenos y pocos profesores que me formaron, también gracias.

A los Profesores del Departamento de Patología Bucal, C.D. Dolores Carrasco, C.D. Bernardo Cruz, C.D. Daniel Quezada, C.D. Roberto Reyes, por su gran paciencia, y todos sus conocimientos que me han ofrecido con gran vocación docente.

Con especial admiración y respeto a la Mtra. Beatriz C. Aldape Barrios, por darme la oportunidad de trabajar con ella y ofrecermela sus inmensos conocimientos, mi admiración por entregar gran parte de su vida a la profesión con verdadera pasión docente.

A todos gracias

Por mi Raza hablaré el Espíritu.



INDICE

Resumen.....	6
Introducción.....	7
Antecedentes.....	9
Diagnóstico Clínico.....	20
Prevalencia, Incidencia o Frecuencia.....	23
Exploración Bucal.....	23
Descripción de la lesión.....	29
Auxiliares de diagnóstico.....	29
Historia Clínica.....	31
Planteamiento del Problema.....	34
Justificación.....	34
Hipótesis.....	35
Objetivo general.....	35
Objetivos específicos.....	35
Tipo de estudio.....	36
Definición del universo.....	36
Tamaño de la muestra.....	36
Unidad básica de análisis.....	36
Criterios de inclusión.....	36
Criterios de exclusión.....	37
Métodos.....	37
Resultados.....	42
Discusión y análisis de resultados.....	59
Conclusiones.....	67
Glosario.....	69
Referencias.....	70



INDICE DE FIGURAS

Fig. 1. Labios.....	24
Fig. 2. Mucosa labial superior.....	25
Fig. 3. Mucosa labial inferior.....	25
Fig. 4 Mucosa yugal izquierda.....	25
Fig. 5 Mucosa yugal derecha.....	25
Fig. 6. Encía.....	26
Fig. 7. Paladar duro.....	26
Fig. 8. Paladar blando y pilares amígdalinos.....	26
Fig. 9. Lengua dorso.....	27
Fig. 10. Bordes laterales de la lengua derecho e izquierdo, sujetando con gasa.....	27
Fig. 11. Vientre de la lengua y piso de boca.....	28
Fig. 12. Palpación de glándula submandibular.....	28
Fig. 13. Palpación de ganglios submentales.....	29
Fig. 14. Palpación de ganglios cervicales superficiales.....	29
Fig. 15. Toma de biopsia.....	30
Fig. 16. Porcentaje de lesiones que se encuentran en las estructuras bucales.....	49



INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Porcentaje de pacientes atendidos en décadas de la vida.....	42
Gráfica 2. Distribución de lesiones por décadas de la vida.....	42
Gráfica 3. Distribución por género de las lesiones.....	43
Gráfica 4. Distribución por género de los pacientes.....	43
Gráfica 5. Porcentaje de pacientes con diferente número de lesiones.....	45
Gráfica 6. Cantidad de lesiones dentro de la clasificación MIND.....	46
Gráfica 7. Porcentaje de lesiones dentro de la clasificación MIND.....	47
Gráfica 8. Frecuencia de los tipos de lesiones neoplásicas.....	47
Gráfica 9. Frecuencia de tipos de lesiones inflamatorias.....	48
Gráfica 10. Distribución de las pruebas de laboratorio.....	52
Gráfica 11. Número y porcentaje de citologías realizadas.....	53
Gráfica 12. Distribución y porcentaje de pacientes con/sin biopsia.....	53
Gráfica 13. Distribución y porcentaje de lesiones con/sin biopsia.....	54
Gráfica 14. Distribución y porcentaje del tipo de biopsias que se realizaron a los pacientes.....	54
Gráfica 15. Distribución de diagnósticos histopatológicos de acuerdo a la clasificación MIND.....	55
Gráfica 16. Porcentaje de diagnósticos clínicos correctos e incorrectos.....	57



INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cuadro de referencias.....	16, 17, 18
Tabla 2. Distribución de las lesiones por género y décadas de la vida.....	43
Tabla 3. Frecuencia de las lesiones en orden decreciente y el porcentaje que representan en el estudio.....	44
Tabla 4. Distribución del número de lesiones que podía presentar un paciente.....	46
Tabla 5. Distribución entre edad y diagnóstico clínico.....	48
Tabla 6. Distribución de las lesiones entre género y diagnóstico clínico.....	49
Tabla 7. Distribución entre los grupos de lesiones y localización.....	50
Tabla 8. Frecuencia de la segunda localización de las lesiones.....	51
Tabla 9. Frecuencia de pruebas de laboratorio y gabinete solicitadas.....	52
Tabla 10. Distribución entre citología y género.....	53
Tabla 11. Distribución y porcentaje de los diagnósticos histopatológicos de acuerdo a la clasificación MIND.....	55
Tabla 12. Distribución entre biopsia y género.....	56
Tabla 13. Distribución entre resultado histopatológico y edad.....	56
Tabla 14. Distribución entre resultado histopatológico y género.....	56
Tabla 15. Frecuencia del número de tratamientos empleado.....	57
Tabla 16. Orden decreciente de frecuencia de los tratamientos empleados.....	58
ANEXO	72



RESUMEN

Se determinó la frecuencia de diagnósticos clínicos en pacientes que acudieron al Departamento de Patología Bucal en el año 2001. Se utilizó la clasificación MIND (Carpenter W. 1999), para agrupar las lesiones M = metabólicas, I = inflamatorias, N = neoplásicas, D = desarrollo. De 407 pacientes, se utilizaron 393 expedientes que contenían todos los datos, el promedio de edad es de 41 años, 60 % pertenece al género femenino. Se encontraron 99 diferentes tipos de patologías y de estas se obtuvieron 660 lesiones distribuidas de la siguiente manera, M = no se presentaron pacientes con alteraciones metabólicas, I = 406 casos (61%), N = 55 casos (8%), D = 199 casos (30%). Las estructuras bucales afectadas con mayor frecuencia son mucosa yugal (21.5%), labial (10.1%), paladar duro (10.4%) y dorso de la lengua (11.6%). Un 60% de pacientes presentó una sola lesión, 21% presentó 2 lesiones, 14% 3 lesiones y un 5% presentó de 4 a 6 lesiones. Se realizaron 107 biopsias (27.2% / pacientes, 16.2% / lesiones), el 80% fue de tipo excisional y 20% incisional. La correlación entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico fue 68.2% (73 casos) correcto y 31.7 % (34 casos) sin correlación; se presentaron 8 lesiones malignas (2% del total de pacientes). Las cinco patologías más frecuentes son: hiperplasia fibrosa 7.9%, úlceras aftosas recurrentes 5.8%, candidosis 5%, gránulos de Fordyce 4.3% y queratosis friccional 3.7%. el realizar la interconsulta con el Departamento de Patología Bucal le da la posibilidad al paciente de tener un mejor pronóstico y un tratamiento adecuado.



INTRODUCCION

En el año 1991 se comenzó la consulta clínica de pacientes referidos por instituciones y estomatólogos privados al Laboratorio de Patología Bucal Clínica, pero no es sino hasta el año 2000 cuando se comienza a realizar la historia clínica, en este año fueron atendidos 329 pacientes y en el año 2001 un total de 407; en el año 2002 hasta este momento (mayo) han sido referidos 136; la mayor recepción de pacientes son por parte de profesionales de práctica privada, centros de salud, alumnos de Posgrado, clínica de admisión licenciatura, clínicas periféricas y clínicas de la Facultad de Odontología.

Este aumento en la atención de pacientes hace necesario realizar una evaluación estadística de los datos obtenidos para determinar, género, edad, localización y lesiones más frecuentes. Es posible que los resultados de este estudio ayuden a adecuar los programas de estudio de la Facultad para afrontar los problemas que la sociedad presenta, de manera que el estudiante sea capaz de identificar las lesiones que con mayor frecuencia afectan a la misma, para poder dar un tratamiento adecuado y una mejor calidad de vida.

El cirujano dentista tiene la oportunidad de ser el primero en identificar lesiones en sea de manifestaciones sistémicas o exclusivas de la cavidad bucal y que en los centros hospitalarios son manejados por el dermatólogo, otorinolaringólogo o médico general ya que no conocen la especialidad de Patología Bucal y Medicina Bucal; también puede descubrir, si es realizada una buena exploración bucal, procesos patológicos asintomáticos a los cuales el paciente nunca les ha prestado atención, y sobre todo tiene la posibilidad de advertir la existencia de signos y síntomas que pueden indicar una manifestación de enfermedades.

No obstante, para tener un diagnóstico el odontólogo debe realizar una exploración clínica (para observar todos los detalles que puedan proporcionar evidencia de alguna alteración local o sistémica); una historia clínica completa, la capacidad de hacer preguntas que complementen la información de la lesión que presenta o que apenas se descubre, y sustentarse en sus conocimientos teóricos para poder emitir un diagnóstico.



El uso de auxiliares de diagnóstico, como : biopsia incisional, punción, citología exfoliativa, imagenología [TAC, RMN, gammagrafía, PET] análisis de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, exudado faríngeo, antibiogramas).

El impacto de la patología bucal, debe crear una conciencia de formación más responsable en el estudiante, el cuál comenzará a tratar pacientes en el tercer año de la carrera y entender que su compromiso de aprender no es con una calificación o un maestro, sino con un ser humano que se pone en sus manos. En veinte años el número de patólogos bucales que ha formado la Facultad de Odontología es de 45, este número es insuficiente ya que la mayoría de los egresados se dedica más a la investigación básica que al diagnóstico clínico o histopatológico, en comparación a los estudiantes que año con año egresan de las otras especialidades, el desarrollo de la patología bucal clínica y experimental, en la Universidad y nuestro país, fortalece la interacción social y médica de la Odontología y ofrece a nuestra población un nivel de atención digno y oportuno.



ANTECEDENTES

La obtención y archivo de datos comenzó de manera metodológica cuando Hipócrates introdujo un tipo de historia clínica de sus pacientes, en la cual registraba los datos más importantes de sus procesos "morbosos", y comparaba estos datos con otros que presentarán los mismos signos y síntomas^{1,2}, aunque algunos autores consideran que fue Platón³. Se puede pensar en los comienzos quizá inconscientes de estudios epidemiológicos, en aquellos momentos.

En la población de Ljubljana capital de Slovenia, se realizó un estudio de prevalencia donde el rango de edad varió de entre 25-75 años, de 555 sujetos invitados por segunda vez, después de haberles realizado un examen 10 años antes, las lesiones con mayor frecuencia fueron: gránulos de Fordyce (49.7%), lengua fisurada (21.1%) y varices (16.2%), a diferencia de otros estudios sobre prevalencia de lesiones en mucosa bucal en Suecia y E.U.A. y que fueron publicados por Axéll T. y Bouquot J. Los gránulos de Fordyce (82.8%), leucoedema (48.9%) y aftas recurrentes (17.7%) fueron los datos reportados con mayor frecuencia en el estudio de Axéll. Mientras que en el estudio realizado por Bouquot J., la lesión más frecuente fue la leucoplasia (2.9%)⁴.

Bouquot J. menciona ser el primer estudio detallado sobre las lesiones más comunes en mucosa bucal en los E.U.A., y un dato que se reporta interesante, es el hecho de que el 10% (2,824) de su población examinada (23,616) presentaba una lesión, esto significa que de cada 10 individuos uno presenta una lesión bucal. Además de ser la leucoplasia su diagnóstico más común los siguientes cuatro fueron: torus palatino y mandibular (27.6%), inflamación o irritación (17.3%), fibroma por imitación (11.9%) y gránulos de Fordyce (9.4%). En la investigación participaron cirujanos maxilofaciales y patólogos bucales, quienes ayudaron en la confirmación de diagnósticos complicados y además realizaron 349 biopsias que representa el 11.6 % del número total de lesiones. Los resultados de las lesiones halladas fueron colocados en orden decreciente. Sin embargo, las lesiones se colocaron en grandes grupos de acuerdo a su apariencia clínica: masas simples exofíticas de tejido blando y lesiones de la superficie de la mucosa.⁵

Otro estudio realizado en E.U.A. por Hand J. y Whitehill J., en una población de adultos mayores (65 años en adelante) del estado de Iowa, clasifica las lesiones basadas en su aspecto clínico en tres categorías: lesiones de la superficie de la mucosa,



agrandamientos de tejidos blandos y lesiones relacionadas a prótesis. El tamaño de su muestra fue de 629 sujetos, de los cuales 145 presentaron al menos una lesión. 27 % de los portadores de prótesis tuvieron una lesión relacionada a la misma. La localización más frecuente fue el paladar seguida de los labios. Se estandarizaron criterios sobre el diagnóstico de las lesiones a través de una sesión preparatoria conducida por un patólogo bucal. Todos los tejidos bucales fueron examinados y palpados sistemáticamente, comenzando con los labios y continuando con la mucosa bucal, paladar, lengua, y piso de boca. Los pacientes que presentaron lesiones fueron referidos con el especialista para su tratamiento o de ser necesaria la toma de biopsia. ⁶

Hand J. ⁶ estudia a gente adulta mayor, éste es un grupo de edad que se ha incrementado en los últimos años y que aumentará también en los próximos, no sólo en Estados Unidos si no también en México, es por esto que debe ser tomado muy en cuenta en el presente estudio. La metodología que llevan a cabo—estandarización, exploración bucal, clasificación—, sobre todo la exploración bucal es interesante, debido a que se suma a una recopilación de varios autores que serán mencionados más adelante, para la inspección clínica y a la sugerida por la OMS en su *"Guide to epidemiology and diagnosis of bucal mucosal diseases and conditions"*. ⁷

Ikeda N. realizó en Camboya un estudio sobre 1319 sujetos (953 mujeres y 366 hombres) de entre 15 a 99 años, en el período de un mes (julio, 1991), y fueron encontradas 71 lesiones en 64 individuos (4.9% de su muestra). Sus resultados en orden decreciente de frecuencia son los siguientes: líquen plano (24 n), candidiasis (18 n), leucoplasia (14 n), queilitis angular (6 n), glositis inespecífica (3 n), *mordisatum bucarum* (2 n), fibrosis submucosa (2 n), papiloma (1 n), carcinoma epidermoide (1 n). Los datos fueron recabados de 9 comunidades de Trop Kok, al sur de la capital Phnom Penh, los diagnósticos clínicos fueron basados en el criterio de la OMS y datos sobre los hábitos de fumar, ingerir alcohol o masticar "nuez de betel" fueron registrados para relacionarlos con lesiones como la leucoplasia o el líquen plano. ⁸

Arendorf T.M. estudió en Sudafrica en 20 centros prescolares (kinder) alrededor del distrito de Cape Town (con un censo poblacional aproximado de 450,000 personas incluyendo niños), una población infantil de 1051 niños (536 niños, 515 niñas) con una rango de edad de entre 1 año 6 meses a 6 años 6 meses, en un período de 4 meses. La examinación bucal fue realizada por dos dentistas previamente calibrados bajo los lineamientos de la OMS. Sus resultados fueron los siguientes: 32.9% (350 n) de los sujetos



examinados tuvieron una o más lesiones de la mucosa bucal o anomalías del desarrollo, de las cuales las 5 más frecuentes fueron la queilitis angular (15.1%), foveólas comisurales (9.6%), lesiones traumáticas (2.5%), lengua geográfica (1.6%), abscesos dentoalveolares (1.1%).⁹

Nair R.G. llevó a cabo un examen clínico de las regiones bucales y peribucales en un grupo de 550 vietnamitas (216 hombres 39%, 334 mujeres 61%), quienes habitan en un campo de refugiados en Hong Kong, el rango de edad de 2 a 60 años. En un 14% (35 hombres, 43 mujeres) se observó un hallazgo clínico positivo. La condición más común que se notó fue la infección periapical (36%), con absceso o fistula. Las otras lesiones observadas fueron: mucocelo (10%), úlceras traumáticas (9%), torus palatino (6%), torus mandibular (3%), linfadenopatía (7%), pólipos pulpar (6%), queilitis angular (4%), papilomas (3%), celulitis (3%) y lesiones de herpes labial (2%). No se encontraron lesiones malignas.¹⁰

Zain R.B. determinó la prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en una muestra representativa de 11 707 individuos (40.2% hombres, 59.8% mujeres), en Malasia; en un período de 5 meses durante 1993/1994, a través de 14 estados del país. Los grupos estudiados fueron basados en un número predeterminado de poblaciones pequeñas a través de un censo de población. La exploración se llevó a cabo por 16 especialistas en salud pública dental y el estudio incluyó un cuestionario sociodemográfico y la exploración clínica. La edad en la muestra tuvo un rango de 25 a 115 años con una media de 44.5 ± 14.0. La muestra comprendió 55.8% Malayos, 29.4% Chinos, 10.0% Indios y 1.2% otros grupos étnicos. De la muestra total, 1131, a 9.7% de los sujetos se les detectó una o más lesiones de la mucosa bucal, 5 (0.04%) tuvieron cáncer bucal, 165 (1.4%) tuvieron lesiones o condiciones que pueden ser cancerizables -leucoplasia, eritroplasia, fibrosis submucosa, y líquen plano-, 187 (1.6%) tuvieron *moriscatum bucarum*. La prevalencia de lesiones cancerizables fue alta entre Indios (4.0%) y otros Bumiputras (gente India de Sabah y Sarawak, 2.5%), mientras que la prevalencia fue menor entre los Chinos (0.5%).¹¹

Taiyeb TB. realizó un estudio en el distrito de Klang, Malasia, en un grupo de 486 adultos mayores, que se localizaron a través de los censos de población de ese país, la media de edad 69.1 ± 7.3 años, 111 individuos tuvieron al menos una lesión de la mucosa bucal es decir una prevalencia de 22.8%. Un total de 145 lesiones fueron detectadas y la prevalencia fue mayor entre Indios y menor entre Chinos, las más frecuentes fueron las lesiones de lengua (10.7%) (saburral, atrófica, varices linguales), seguidas por las pigmentaciones bucales (4.9%) y lesiones blancas (4.3%). Las lesiones relacionadas con



prótesis totales fueron comparativamente bajas con un 2.5%, y existieron dos casos de cáncer bucal, lo cual podría representar una prevalencia relativamente alta con un 0.4%.¹²

Campisi G. realizó un estudio de 118 hombres que presentaban lesiones de la mucosa bucal en la isla de Pantelleria en el Mediterraneo (Sicilia, Italia), los sujetos eran mayores de 40 años; tuvo como principal objetivo encontrar la relación entre hábitos de riesgo y las lesiones que presentaban, para ello recopilaron datos acerca de su higiene bucal, tabaquismo (58.5%), alcoholismo (73%) y exposición a la radiación actínica. De toda la muestra sólo el 3% mostró una higiene bucal buena y el 25% fueron edentulos; las lesiones bucales fueron observadas en un 81.3% del grupo de estudio y los resultados en orden de decreciente de frecuencia son la lengua saburral (51.4%), leucoplasias (13.8%), lesiones traumáticas (úlceras traumáticas y queratosis friccional 9.2%), queilitis actínica (4.6%) y carcinoma epidermoide en un caso (0.9%).¹³

Nevalainen M.J. llevo a cabo una investigación sobre las lesiones de mucosa bucal y hábitos de higiene en adultos mayores, de 1989 a 1991 en Helsinki, Finlandia, su grupo de estudio de 338 individuos, de 76, 81 y 86 años de edad. Una o más lesiones fueron encontradas en 128 sujetos (28%; 51% de los portadores de prótesis totales y 31% con algunos dientes naturales), la más común la inflamación en la mucosa en portadores de prótesis total, la cual era única o en asociación con otras lesiones en 25% de los portadores de prótesis. Las tres alteraciones no relacionadas con prótesis, más comunes fueron: lengua saburral 7%, queilitis angular 6% y varices linguales 4%; no hubo diferencias relacionadas entre los tres grupos de edad, la queilitis angular y la estomatitis protésica fueron más frecuentes en mujeres que en hombres. 96% de los sujetos portadores de prótesis y 98% de aquellos con dientes refrieron limpiar sus prótesis totales al menos una vez al día; de los portadores de prótesis 88% dijo limpiar también su mucosa bucal como parte de su rutina de higiene bucal.¹⁴

Vigild M. determinó la prevalencia de lesiones de mucosa bucal en una población de adultos mayores "institucionalizados" en el Este de Dinamarca, la población en estudio comprendió 685 sujetos (486 provenientes de 8 asilos y 199 de hospitales de cuidado intensivo). Aproximadamente la mitad de los individuos exhibieron uno o más procesos patológicos de la mucosa bucal. La lesión con mayor prevalencia la estomatitis protésica, manifestándose en cerca de un tercio de la muestra, que estaba originada por deficientes hábitos de higiene (54%), y uso nocturno de las mismas.¹⁵



prótesis totales fueron comparativamente bajas con un 2.5%, y existieron dos casos de cáncer bucal, lo cual podría representar una prevalencia relativamente alta con un 0.4%.¹²

Campisi G. realizó un estudio de 118 hombres que presentaban lesiones de la mucosa bucal en la isla de Pantelleria en el Mediterraneo (Sicilia, Italia), los sujetos eran mayores de 40 años; tuvo como principal objetivo encontrar la relación entre hábitos de riesgo y las lesiones que presentaban, para ello recopilaron datos acerca de su higiene bucal, tabaquismo (58.5%), alcoholismo (73%) y exposición a la radiación actínica. De toda la muestra sólo el 3% mostró una higiene bucal buena y el 25% fueron edentulos; las lesiones bucales fueron observadas en un 81.3% del grupo de estudio y los resultados en orden decreciente de frecuencia son la lengua saburral (51.4%), leucoplasias (13.8%), lesiones traumáticas (úlceras traumáticas y queratosis friccional 9.2%), queilitis actínica (4.6%) y carcinoma epidermoide en un caso (0.9%).¹³

Nevalainen M.J. llevo a cabo una investigación sobre las lesiones de mucosa bucal y hábitos de higiene en adultos mayores, de 1989 a 1991 en Helsinki, Finlandia, su grupo de estudio de 338 individuos, de 76, 81 y 86 años de edad. Una o más lesiones fueron encontradas en 128 sujetos (28%); 51% de los portadores de prótesis totales y 31% con algunos dientes naturales), la más común la inflamación en la mucosa en portadores de prótesis total, la cual era única o en asociación con otras lesiones en 25% de los portadores de prótesis. Las tres alteraciones no relacionadas con prótesis, más comunes fueron: lengua saburral 7%, queilitis angular 6% y varices linguales 4%; no hubo diferencias relacionadas entre los tres grupos de edad, la queilitis angular y la estomatitis protésica fueron más frecuentes en mujeres que en hombres. 96% de los sujetos portadores de prótesis y 98% de aquellos con dientes refrieron limpiar sus prótesis totales al menos una vez al día; de los portadores de prótesis 88% dijo limpiar también su mucosa bucal como parte de su rutina de higiene bucal.¹⁴

Vigild M. determinó la prevalencia de lesiones de mucosa bucal en una población de adultos mayores "institucionalizados" en el Este de Dinamarca, la población en estudio comprendió 685 sujetos (486 provenientes de 8 asilos y 199 de hospitales de cuidado intensivo). Aproximadamente la mitad de los individuos exhibieron uno o más procesos patológicos de la mucosa bucal. La lesión con mayor prevalencia la estomatitis protésica, manifestándose en cerca de un tercio de la muestra, que estaba originada por deficientes hábitos de higiene (54%), y uso nocturno de las mismas.¹⁵



Jorge J. Jr. estudió en Piracicaba, Estado de São Paulo, Brasil; una población de 270 adultos mayores "institucionalizados" (134 hombres, 136 mujeres). Menos de la mitad de la muestra era sano y 58.9% de los individuos tuvo uno o más procesos patológicos, la estomatitis protésica (20.0%), hiperplasias fibrosas (11.8%) y queilitis angular (9.3%). El género, uso y grado de higiene fueron factores estadísticamente significativos para contribuir a la prevalencia de estomatitis protésica. Lesiones cancerizables como leucoplasias (3.0%) y queilitis actínica (2.6%) fueron poco frecuentes, solo 3 casos de carcinoma epidermoide. ¹⁶

Corbet E.F. llevo a cabo en 1991 un estudio epidemiológico sobre la prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en un grupo de 537 adultos mayores (65 a 74 años) Chinos en Hong Kong, intentó determinar la relación que existía entre portadores de prótesis, fumadores, bebedores y la prevalencia de lesiones. 64% de los sujetos no tuvo lesiones, y de los 193 individuos restantes sólo el 80% tuvo una sola lesión, no hubo diferencia entre hombres y mujeres en la distribución de lesiones, de las cuales las más comunes fueron: varices linguales (7%), queratosis friccional (6%), estomatitis protésica (6%), hiperplasia fibrosa por prótesis (5%). Los portadores de prótesis tuvieron una prevalencia de lesiones más alta (40%) que aquellos no portadores(32%). No existió diferencia en la prevalencia de lesiones con aquellos individuos definidos como usuarios de alcohol y tabaco contra aquellos que no tenían los hábitos. No fueron encontradas lesiones malignas. ¹⁷

En México se han realizado estudios similares de este tipo¹⁸, algunos se han enfocado a la prevalencia de diagnósticos histopatológicos y otros más a la prevalencia de diagnósticos clínicos, estos últimos son de interés debido a las intenciones de este trabajo. Se hace énfasis en esta distinción de diagnósticos, ya que el diagnóstico clínico se forma con la imagen clínica de la lesión (esto incluye palpación, observación e interrogatorio), y que después será corroborada con un estudio histopatológico si así se determina, o con la conjunción de estudios de laboratorio y gabinete que se requieran, de aquí la intención de determinar la prevalencia de diagnósticos clínicos en el Laboratorio de Patología Bucal de la DEPeI de la Facultad de Odontología de la UNAM, a diferencia de los histopatológicos solicitados por profesionales, estudiantes u otras dependencias.

Para estos fines, el artículo de Sedano H., "*Clinical orodental abnormalities in mexican children*", es interesante debido al tamaño de la muestra (32,022) y por que es un estudio sobre una población mexicana y en niños, en el se resalta la incidencia de lesiones congénitas bucales y las anomalías parabucles. Se realizó en varios estados de la republica mexicana como Zacatecas, Nuevo León, Jalisco, San Luis Potosí, Oaxaca y



Torreón. En este estudio resalta que las foveolas comisurales se van acentuando con la edad, que la prevalencia de los gránulos de Fordyce corresponde a 1.2%; las pigmentaciones exógenas en dientes se van incrementando con la edad; la prevalencia de la lengua bífida es de 1 por cada 187 niños examinados y a pesar de su alta prevalencia se reporta por primera vez; la lengua fisurada demostró una diferencia estadística importante entre los niños y niñas, siendo más frecuente para los varones y que la prevalencia de la lengua geográfica mostró una marcada diferencia entre los niños de 5 a 10.5 y de 10.5 a 14 años.¹⁹

Otro artículo de interés en población mexicana es de Díaz-Gúzman L., "*Lesiones de la mucosa bucal*", presenta pacientes ambulatorios mayores de 15 años que solicitaron servicio dental integral entre el periodo Enero de 1982 a Junio de 1989 (7.5 años), en la Universidad del Bajío. Muestra que el grupo de alteraciones reactivas predomina sobre el resto, representando más de la tercera parte de las enfermedades en dicho estudio llama la atención el hecho de que la mitad de las lesiones de la mucosa bucal fueron inducidas por trauma agudo o crónico, resaltando que la queratosis friccional fué la lesión más frecuente, a pesar de que en otros estudios su frecuencia es menor, en segundo lugar se encontró a la úlcera traumática y en tercer lugar la candidiasis crónica atrófica, después la hiperplasia fibrosa y en quinto lugar al leucoedema, además resalta la necesidad de obtener cifras nacionales con propósitos académicos.²⁰

Díaz Guzmán M. identificó las lesiones más frecuentes en pacientes de la Facultad de Odontología de la UAEM, su grupo de estudio de 500 sujetos, de ambos géneros (143 hombres, 357 mujeres), mayores de 18 años de edad; en los cuales se identificaron 50 lesiones diferentes, hallándose entre las más frecuentes la queratosis friccional (20.2%), "*lesión roja traumática*" (11.4%), pigmentación melánica (10.6%), fibroma (8.0%), hemangioma (5.6%). Determinó en su estudio que el traumatismo físico es el factor etiológico más importante.²¹

Aguirre A. evaluó la prevalencia de lesiones intrabucales en pacientes de la Facultad de Odontología de la UNAM recibidos en su Clínica de Admisión, en un periodo de 8 meses en 1992, el total de pacientes fueron 10 050 (65.15% mujeres, 34.33% hombres), de los cuales 1 680 (65.83% mujeres, 34.17% hombres) presentaron uno o más procesos patológicos; su rango de edad de los 18 a los 86 años de edad. Las condiciones patológicas más frecuentes fueron: "*lesiones friccionales blancas*" (19.9%), hiperplasias fibrosas (8.9%) y úlceras traumáticas (8.3%), mientras que en variaciones de lo normal, la melanosis racial la



más frecuente (48.8%), seguida de los gránulos de Fordyce (42.7%) y torus palatino (34.0%). No se identificaron procesos malignos. ²²



	País	Universo y Muestra	Género		Rango de edad	5 lesiones más frecuentes
			Femenino	Masculino		
Campisi G. (2000)	Pantelleria, Italia	U= 180 M= 118	--	118	RE: 40-84 años M: 58.79±12 años	Lengua saburral (51.4%), leucoplasia (13.8%) Lesiones traumáticas (9.2%), candidiasis (7.3%) Lengua fisurada (5.5%).
Kovač-Kavčić M (1999)	Ljubljana, Eslovenia	U= 1,609 M= 555	292	263	RE: 25-75 años M: --	Gránulos de Fordyce (49.7%), lengua fisurada (21.1%) Varices (16.2%), historia de herpes labial (16.0%) Historia de aftas recurrentes (9.7%).
Arendorf TM (1996)	Town Cape Sudáfrica	U= 1,051 M= 347	515	536	RE: 18-80 meses M: 32.5±12.2 meses	Queilitis angular (15.1%), foveolas comisurales (9.6%) Lesiones traumáticas (2.5%), lengua geográfica (1.6%) Abscesos dentoalveolares (1.1%).
Taiyeb TB (1995)	Klang Malasia	U= 486 M= 111	55%	45%	RE: 60-105 años M: 69.1± 7.3 años	Lesiones en lengua (10.7%), lesiones pigmentadas (4.9%), leucoplasias (4.3), úlceras (2.9), lesiones relacionadas al uso de prótesis (2.5).
Zain RB (1993/1994)	Malasia	U= 11,707 M= 1,131	59.8%	40.2%	RE: 25-115 años M: 44.5 ± 14.0 años	Estomatitis protésica (33.5%), <i>mordiscatum bucarum</i> (16.0%), leucoplasia (9.6%), estomatitis nicotínica (4.9%), queilitis angular (3.9).
Aguirre A (1993)	UNAM México	U= 10,050 M= 1,680	65.83%	34.17%	RE: 18 - 88 años M: --	Melanosis racial (48.8%), gránulos de Fordyce (42.7%) "lesiones friccionales blancas" (19.9%), hiperplasias fibrosas (8.9%), úlceras traumáticas (8.3%).



Diaz G (1993)	UAEM México	U= 500 M= 500	357	143	RE: >18 años M: --	Queratosis friccional (20.2%), "lesión roja traumática" (11.4%), pigmentación melánica (10.6%), fibroma (8.0%), hemangioma (5.6%).
Nair GB (1992/1993)	Hong Kong	U= 550 M= 78	43	35	RE: 2 - 60 años M: --	Infección periapical (36%), mucocelo (10%), úlcera traumática (9%), linfadenopatía (7%), torus palatino (6%).
Ikeda N. (1991)	Kok Trop Camboya	U= 1319 M= 64	953	366	RE: 15-95 años M: --	Líquen plano (24 n), candidiasis (18 n), leucoplasia (14n), queilitis angular (6 n), glositis inespecífica (3 n).
Corbet EF (1991)	Hong Kong	U= 537 M= 193	--	--	RE: 65-74 años M: --	Varices linguales (7%), queratosis friccional (6%), estomatitis protésica (6%), hiperplasia fibrosa por prótesis (5%).
Nevalainen MJ (1990/1991)	Helsinki Finlandia	U= 338 M= 128	247	91	RE: 76-86 años M: --	Inflamación por prótesis 25%, úlceras por prótesis 7%, lengua saburral 7%, queilitis angular 6% y varices linguales 4%.
Díaz-Gúzman L (1991)	U. del Bajío México	U= 7,297 M= 875	--	--	RE: 15-85 años M: 32.58	Queratosis friccional 2.37%, úlcera traumática 1.81%, Candidiasis crónica atrófica 1.82%, hiperplasia fibrosa 1.43%, Leucoedema 0.97%.
Jorge J Jr. (1990)	Piracicaba Brasil	U= 270 M= 159	136	134	RE: 65-84 años M: --	Estomatitis protésica (20.0%), hiperplasias fibrosas (11.8%), varices linguales (11.5%), queilitis angular (9.3%), pigmentación melánica (8.9%).
Sedano H (1989)	México	U= 32,022 M= --	15,549	16,473	RE: 5-14 años M: --	Lengua fisurada (5,030), hipoplasia del esmalte (4,631), pigmentos exógenos (3,448), foveolas comisurales (1,691), lengua geográfica (633).



Vigild M (1987)	Dinamarca	U= 685 M= --	465	220	RE: 70-85 años M: --	Estomatitis protésica (197n), hiperplasia fibrosa por prótesis (56n), queilitis angular (42n), Úlceras traumáticas por prótesis (30n), queratosis friccional (26n).
Bouquot J (1986)	E.U.A.	U= 23,616 M= 2,824	15,139	8,477	RE:10-90 años M: 55.9 ± 13.7 años	Leucoplasia (29.1%), torus palatino y mandibular (27.6%), inflamación o irritación (17.3%), fibroma por irritación (11.9%) y gránulos de Fordyce (9.4%)
Hand J (1986)	Iowa E.U.A.	U= 629 M= 145	--	--	RE: 65-90 años M: --	Hiperplasia papilar inflamatoria 25%, epulis fisurado 25%, mucositis crónica 20.5%, lesiones vasculares 20.5%, premalignas 17.9%.

Tabla 1. Cuadro de referencias.



Carpenter W. describió dos procedimientos para clasificar patologías bucales, una se basa en la etiopatología de la lesión y la segunda basándose en la apariencia clínica.²³

Comparó estos dos procedimientos, observó sus diferencias y las integró, combinando estas dos clasificaciones le permitió un excelente entendimiento de varias lesiones para poder emitir y corregir cualquier diagnóstico. Esto para proporcionar un manejo apropiado y su seguimiento. La clasificación etiopatogénica es la siguiente:

Enfermedades metabólicas:

Es un grupo de patologías bucales que ocurren como resultado de varias enfermedades sistémicas. Estas enfermedades pueden ser nutricionales u hormonales. Deben de afectar la cavidad bucal directamente como ocurre en la enfermedad de Addison, que da cambios de pigmentación en la lengua, secundario a una hipovitaminosis por complejo B.

Inflamatorias:

Son del tipo más común y tiene muchas subcategorías, presentan los signos clásicos de la inflamación; que son enrojecimiento, tumor, calor y dolor. Las subcategorías incluyen trauma, reactivas, enfermedades infecciosas y las lesiones inmunológicas (reacciones alérgicas, autoinmunes, inmunodeficiencia).

Neoplásicas benignas y malignas:

Representan los procesos benignos, premalignos y malignos y cubren un gran grupo de neoplasias epiteliales y mesenquimatosos que crecen de manera incontrolable.

Del desarrollo:

Pueden ser genéticas o adquiridas, de una naturaleza congénita (se presentan desde el nacimiento) o se manifiestan durante el desarrollo. Puede representar un gran número de patologías como los quistes, alteraciones de los órganos dentales y el paladar hendido o fisurado.

Esto orienta al odontólogo que debe obtener los signos y los síntomas de varias categorías de la enfermedad como lo permita la historia clínica y la exploración física. La edad, el género, y la raza son datos importantes en la recolección de datos. La historia de la lesión debe abarcar evolución, sintomatología, antecedentes heredofamiliares, frecuencia



tratamiento y localización. La examinación física de la cabeza y el cuello, la cavidad bucal y particularmente la lesión es de gran importancia. La lesión debe observarse detenidamente y palparla, evaluar los cambios de la superficie, color, textura, y morfología.

La clasificación clínica de Carpenter W es:

- lesiones blancas,
- lesiones rojas
- lesiones pigmentadas,
- úlceras
- lesiones vesiculobulosas
- inflamación.²³

En estas clasificaciones (sobre todo la primera), se basó la agrupación de los distintos diagnósticos que se encontraron en esta investigación, para su posterior análisis estadístico.

DIAGNOSTICO CLINICO

La palabra "diagnóstico" se entiende, como el procedimiento por el que se reconoce y denomina con un nombre específico el proceso patológico que padece el paciente. Además, existen otros calificativos que pueden aumentar la definición de este concepto, como: diagnóstico de presunción, histopatológico, anatomopatológico, imagenología, de certeza, de laboratorio, diferencial y hasta de "acera" o "telefónico" (estos últimos se deben evitar).^{24,3}

En este trabajo se habla de Diagnóstico Clínico como: la identificación de la enfermedad basada sólo en la observación y valoración de los signos y síntomas clínicos de la entidad patológica, es decir, aquellos que se observan y/o se palpan; apoyado en los datos que se obtienen en la interrogación del paciente –historia clínica–, y en estudios complementarios que se soliciten, como radiografías en lesiones óseas o pruebas de laboratorio, todos los auxiliares que nos ayuden a tener un mejor diagnóstico.^{24,25,26}



Sin embargo, este tipo está limitado a la identificación de aquellas con signos y síntomas que son específicos de sí mismas: esto significa que son patognómicas; y los casos en que el proceso patológico tiene poco o ningún parecido con otra.

Cuando la patología del paciente es difícil de identificar, el diagnóstico clínico se convierte en diagnóstico de presunción, y conjuntamente se obliga a crear una serie de diagnósticos diferenciales, los cuales serán descartados a medida que se obtengan los resultados de auxiliares de diagnóstico (biopsia, citología, imagenología [RMN, gammagrafía, TAC, PET] análisis de laboratorio, etc.).^{24,27,28}

La Patología Bucal en la Facultad de Odontología presta atención a pacientes que escapan a la terapéutica de las diferentes especialidades odontológicas, la Medicina Bucal existe como materia en la F.O. y ambas se encuentran íntimamente ligadas.

La medicina bucal se define como "el área de competencia especial relacionada con la salud de las estructuras bucales y adyacentes, y enfermedades que las afectan, incluyendo los principios de la medicina relacionados con la boca; e investigaciones, en las esferas clínica, patológica y biológica. Comprende el diagnóstico y tratamiento médico de enfermedades específicas de los tejidos bucofaciales y de manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas"²⁹

La Academia Americana de Medicina Bucal define a la misma de la siguiente manera:

*"The aims of the American Academy of Oral Medicine (AAOM) are to promote the discipline of dentistry associated with patient care, education and research that is responsible for the diagnosis and management of the persons with diseases and conditions that primarily and secondarily affect the buccal cavity and adjacent structures. The Academy achieves these goals through holding annual scientific and clinical meetings, through presenting lectures, workshops and seminars and by sponsoring the Buccal Medicine section of the journal Buccal Surgery, Buccal Medicine, and Buccal Pathology."*³⁰ Es decir, los objetivos de la Medicina Bucal son: promover la disciplina de la odontología asociada con el cuidado del paciente, la educación e investigación responsables del diagnóstico y manejo de los individuos con enfermedades y condiciones que de manera primaria o secundaria afectan la cavidad bucal y estructuras adyacentes.



La Patología Bucal en cambio, estudia los procesos patológicos, su etiopatogenia (evolución, características clínicas, imagenología, histopatología), tratamiento y pronóstico, con el objetivo de establecer un diagnóstico final para que el plan de tratamiento sea el más adecuado y el paciente tenga una mejor calidad de vida.²⁷



PREVALENCIA, INCIDENCIA O FRECUENCIA

El presente estudio es una investigación epidemiológica, transversal - retrospectiva, y se debe especificar su intención, para ello se definen los siguientes conceptos.

Prevalencia

Es la frecuencia con la que una enfermedad ocurre o aparece en una colectividad en un periodo de tiempo dado. ³¹

Incidencia

Es el número de casos nuevos de una enfermedad que se diagnostica durante un periodo específico. ²

Frecuencia

Es la repetición de sucesos o en este caso las enfermedades que ocurren. ²

La frecuencia por lo tanto es una manera de cuantificar los diagnósticos clínicos del año 2001, es el primer estudio que se realiza en ellos. Y se espera, pueda ser base para próximos estudios de incidencia.

EXPLORACIÓN BUCAL

En realidad se necesitan pocos instrumentos para una examinación bucal clínica. Los sentidos que se utilizan principalmente son la vista y el tacto; con la vista se observa cualquier alteración de color o forma, y con el tacto se puede palpar cambios de consistencia, esto provee de datos importantes sobre el entendimiento de la lesión. Sin embargo, se deben utilizar siempre las barreras de protección para evitar contagios de enfermedades infecciosas, para ello se utilizan guantes de latex que sean de la medida adecuada para cada examinador, ya que si son muy grandes o pequeños se altera la sensibilidad del tacto; un cubreboca y lentes como barreras físicas contra aerosoles o fluidos que pueden drenar de la patología.

Los abatelenguas son necesarios para poder bajar la lengua o retraer mucosa yugal y observar los lugares que no son visibles en una posición relajada de los tejidos; es de gran



ayuda contar con espejos bucales para la mejor visión de las zonas posteriores o donde la perspectiva horizontal no es suficiente.

La gasa ayuda a sujetar la lengua para poder observar sus bordes laterales, o también para raspar y desprender placas blancas como aquellas que puedan corresponder a candidosis. Un instrumento de cristal plano ayuda para realizar la vitropresión en el diagnóstico de lesiones vasculares o congestivas.²⁸

Se necesita una iluminación adecuada obviamente para conseguir la mejor visión, en el Laboratorio se utiliza la luz del día que ofrecen las ventanas y se respalda con lámpara de luz de halogeno, 60 watts. (Una luz más intensa incomodaría al paciente, aún más).

Por lo general los pacientes pueden presentar inflamación, pigmentación, firmeza de mucosas, sangrado o una variedad de síntomas que acompañan lesiones bucales asintomáticas, y son descubiertas por el clínico como hallazgos accidentales durante una examinación de rutina de los tejidos blandos.³² Estas lesiones pueden ser localmente agresivas, premalignas o cancerizables, malignas, autoinmunes o manifestación de procesos sistémicos. Debido a esto, la importancia de la exploración bucal es crítica, debe ser sistemática y rutinaria, para evitar así cualquier olvido, en la revisión de la cavidad bucal y del cuello.

A continuación se describe la técnica empleada en Patología Bucal Clínica, (se realiza primero la exploración intrabucal y posteriormente la extrabucal).



Fig.1.- Labios

La primer estructura que se tiene a la vista son los **labios**, los cuales se revisan abiertos y cerrados; se observa su color, hidratación, superficie, presencia de algún aumento de volumen, simetría o depresión, se palpan en busca de cualquier tumefacción o induración. A continuación, se observan las comisuras, aunque algunos autores las consideran inherentes a la anatomía de los labios, aquí se consideran una zona anatómica, se observa si existen escamas, grietas profundas, se valora la pérdida de dimensión vertical, hidratación y superficie.



Los labios se retraen para observar a plenitud la **mucosa labial**, inferior y superior respectivamente; se palpan con intención de sentir las glándulas accesorias, inserciones musculares a nivel de fondo de saco, cambios de consistencia o aumentos de volumen, se observa su hidratación, cambios de color y superficie.



Fig. 2.- Mucosa labial superior



Fig. 3.- Mucosa labial inferior

La **mucosa yugal** se retrae con abatelenguas o con las mismas manos para lograr observarla, se valora la permeabilidad del conducto parotideo, la hidratación de la mucosa, superficie, aumentos de volumen, laceraciones, cambios de color y fondo de saco en vestibulos.



Fig. 4.- Mucosa yugal izquierda



Fig.5.- Mucosa yugal derecha

La **encía** se logra ver al distender los labios y carrillos, se reconoce encía anterior y posterior, se valoran los mismos parámetros, superficie, color, aumentos de volumen, ulceraciones; si existe algún proceso patológico identificable que afecte periodonto se remite a la especialidad de periodoncia, es oportuno mencionar que la evaluación clínica de encía y dientes es menos incisiva, ya que la mayoría de los pacientes son remitidos por odontólogos



quienes tratan ya sus afecciones dentales o periodontales; sin embargo, son tomadas muy en cuenta las alteraciones o procesos patológicos que estén asociadas a estas estructuras. Los dientes son examinados de manera especial; si son la razón principal de la consulta, se solicita una ortopantomografía; con ella y la historia clínica se valora el proceso que los afecta, dependiendo de éste, se remite al área idónea para su tratamiento (endodoncia, operatoria, cirugía, prótesis, exodoncia). Se observa también los problemas que puedan afectar los dientes a otras estructuras, cuando están en desoclusión, fracturados, infectados, sin antagonista, impactados, incluidos o incluso ausentes.

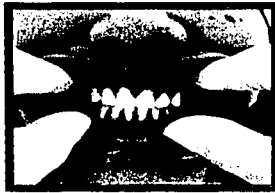


Fig. 6.- Encia

Se pide al paciente inclinar levemente su cabeza hacia atrás, dirigiendo la luz de la lámpara hacia **paladar duro y blando**, se observan la superficie de la mucosa, su hidratación, cambios de color y forma, se palpa en busca de aumentos óseos o depresiones en el caso del paladar duro, a continuación, se miran los **pilares faríngeos** deprimiendo la lengua con un abatelenguas y se valora el estado de las tonsilas, alteraciones de la úvula, hidratación, o en todo caso irritación de alguna estructura.



Fig. 7.- Paladar duro



Fig. 8.- Paladar blando y pilares faríngeos



La siguiente estructura a examinar es la **lengua**, se le pide al paciente muestre la misma; se observa su dorso primeramente, y se nota el estado de las papilas (atrofia o hipertrofia), aumentos de volumen, color, tersura, higiene; en seguida se pide al paciente introduzca la lengua, se coloca a la altura de su labio inferior una gasa extendida longitudinalmente y se pide al paciente volver a protuir su lengua en este momento se "laza", se sostiene firme para poder manipularla y observar los **bordes laterales**, su parte más posterior en busca de úlceras o aumentos de volumen. Después se le indica al paciente toque su paladar con la punta de su lengua, se muestra entonces el vientre lingual, y se notan las venas raninas, la lubricación, la longitud del frenillo lingual, vascularización y presencia de alguna alteración como anteriormente se ha descrito.

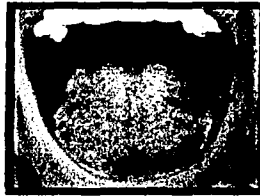


Fig. 9.- Lengua, dorso.



Fig. 10.- Bordes laterales de la lengua derecho e izquierdo, sujetando con una gasa.

El **piso de boca** se revisa al mismo tiempo que la zona ventral de la lengua, y se observa la salida de los conductos de las glándulas submandibulares, la lubricación, vascularización, color, aumentos de volumen, a continuación se procede a palpar el cuerpo



mandibular y las glándulas submandibulares con el dedo índice, sujetando con la otra mano el borde submandibular, lo cual permite determinar la presencia del espacio que ocupan estas estructuras.^{32,33}

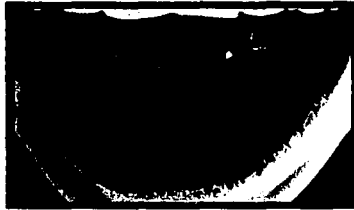


Fig.11.- Vientre de la lengua y piso de boca.

Por último, se realiza una inspección extrabucal, donde se palpan las articulaciones temporomandibulares, su apertura, movimientos excéntricos, limitaciones, ruidos chasquidos desviaciones, si existe algún problema en esta estructura se remite al área correspondiente (fisiología o prótesis). También se observa la piel circundante a la cavidad bucal valorándose los mismos parámetros que los de la mucosa, se observa el cuello notando su simetría, la presencia cicatrices, aumento de volumen de las glándulas parótidas o submaxilares, al final, se realiza una palpación de ganglios, por medio de la punta de los dedos índice y medio, se mueve la piel sobre los tejidos subyacentes en cada área, el paciente debe estar relajado, con el cuello en ligera flexión anterior y hacia el lado del examen volteando la cabeza hacia la izquierda o derecha, o pueden examinarse ambos lados a la vez, se observa su volumen, forma, delimitación (separados o reunidos), movilidad, consistencia y sensibilidad, es importante distinguir entre una linfadenopatía generalizada o regional, bilateral o unilateral, inflamatoria o neoplásica.³⁴



Fig.12.- Palpación de glándula submandibular.



Fig.13.- Palpación de ganglios submentales.



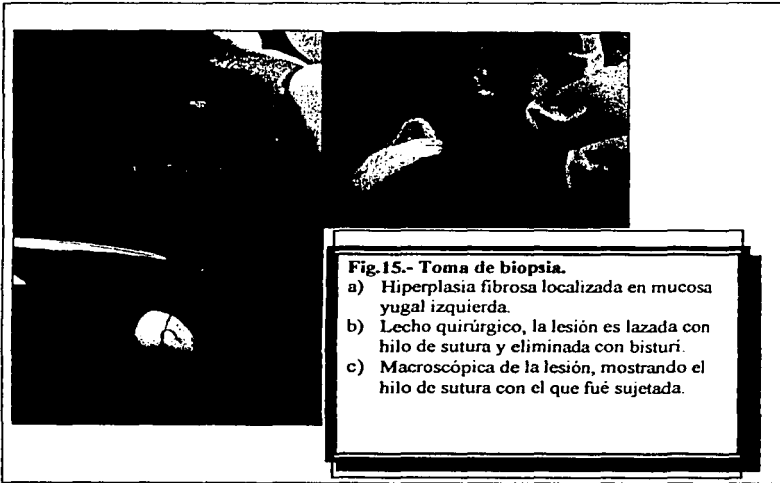
Fig.14.- Palpación de ganglios cervicales superficiales.

DESCRIPCION DE LA LESIÓN

El fin de la exploración bucal sistemática, es hallar o descubrir lesiones, las cuales pueden ser primarias o secundarias ²⁰, que se describen de manera estandarizada, completa y correcta en la historia clínica con la intención de que otros clínicos las puedan visualizar o entender cuando la lean. Los parámetros que se emplean son: tipo de lesión (úlceras, nódulo, vesícula, etc.), topografía de la lesión (plana, elevada, exofítica, etc.), consistencia de la lesión (sólida, firme, fluctuante, blanda, etc.), base de la lesión si tiene (sésil o pediculada), tamaño aproximado (en centímetros), forma (oval, pirámidal, irregular, etc.), superficie (lobulada, papilar, granular, irregular, etc.), color (blanca, azul, café, rojo, etc.) localización de la lesión (cualquier parte de la boca o extrabucal), en ocasiones sus relaciones con otras estructuras, y características dentro de la lesión (parte central pigmentada, o ulcerada, hemorrágica, olor fétido, fistulización, etc.).

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Como se mencionó anteriormente estos elementos son indispensables en aquellas patologías que son de difícil diagnóstico, estos auxiliares de diagnóstico funcionan a medida que los resultados van descartando los posibles diagnósticos diferenciales. Estos exámenes complementarios son solicitados en base a la valoración de los datos recopilados en la historia clínica y la exploración clínica y pueden ser: biopsia, citología, imagenología y pruebas de laboratorio.



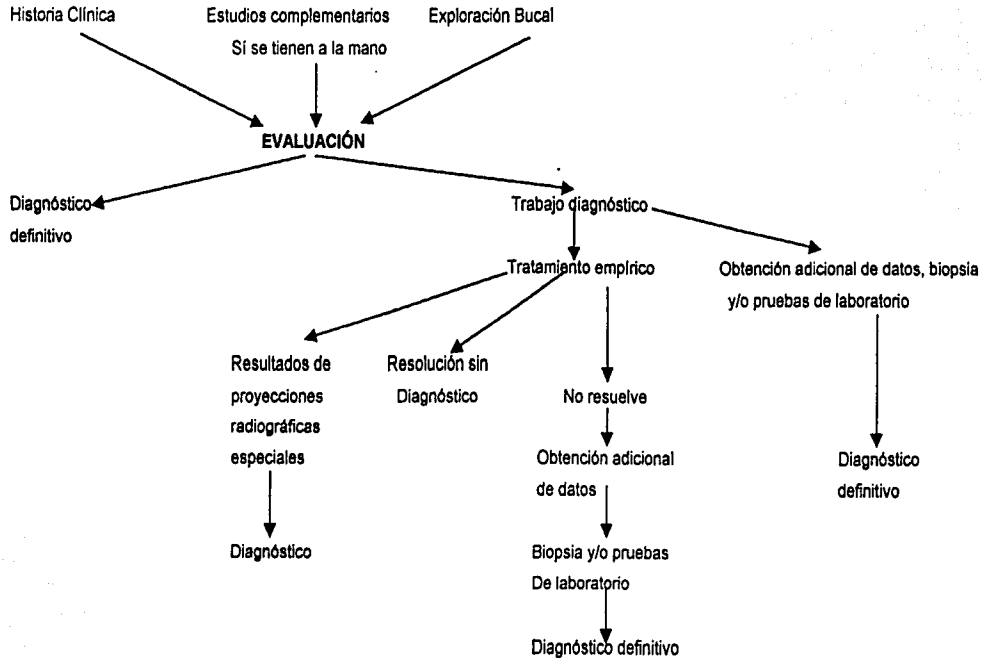


HISTORIA CLINICA DE PATOLOGIA BUCAL (ANEXO)

Consta de ficha de identificación en su parte superior con los siguientes datos: fecha, No. de registro, nombre, edad, género, domicilio, teléfono y nombre del examinador. Inmediatamente se dispone de un gráfico que representa la cavidad bucal en el cuál se determina la localización de la patología (o patologías), seguidamente se coloca el diagnóstico clínico que se presume tenga el paciente y se realiza la descripción clínica del mismo en el apartado correspondiente. Detrás de esta carátula se cuenta con una hoja en blanco, en la cual se pueden plasmar las impresiones clínicas y las respuestas a las preguntas hechas por el examinador, esto último permite flexibilidad en el tipo de preguntas que se realizan al paciente de acuerdo a su sintomatología y aquellas que puedan guiar un diagnóstico certero, evitando de esta manera preguntas innecesarias o historias clínicas que para su elaboración requieren alrededor de una hora. Al final de la hoja se solicita la firma del paciente afirmando con esto que está de acuerdo con la información que el mismo proporcionó. Se archivan dentro de este expediente las recetas de aquellos medicamentos que se administren, copias de estudios de laboratorio que hayan sido solicitados o que traen en el momento de la consulta, y todo documento con valor diagnóstico. Además se toma fotografía clínica de las lesiones que presenta el paciente y de las radiografías donde se observe alguna lesión.

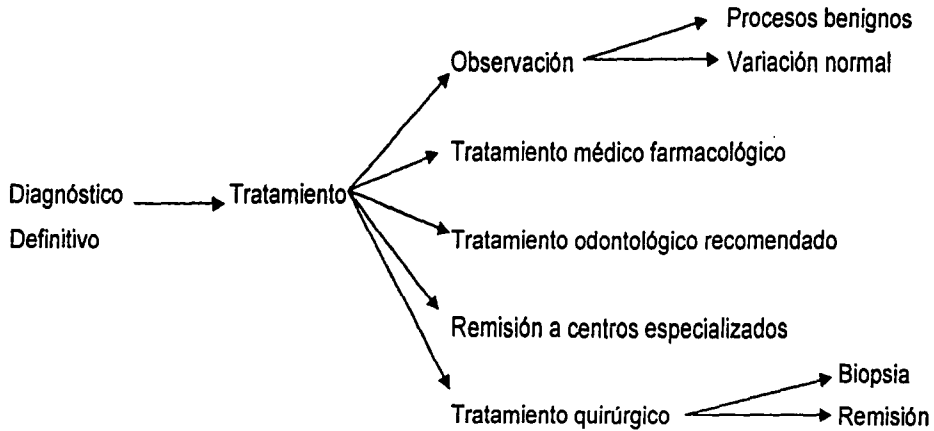


PROCESO PARA EL DIAGNÓSTICO





Decisiones de los diferentes tratamiento en Patología Bucal.





PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia del diagnóstico clínico de las diversas lesiones que se presentan en cavidad bucal es necesario para su correcto tratamiento y el realizar la interconsulta con el Departamento de Patología Bucal le da la posibilidad al paciente de tener un mejor pronóstico y un tratamiento adecuado.

JUSTIFICACIÓN

Debido a que los estudios sobre prevalencia de lesiones bucales realizados en nuestro país son pocos, y a que los datos con los que se cuentan en los libros de texto sobre patología bucal son aportados por poblaciones de otras nacionalidades y razas, será de ayuda académica poder contar con un estudio realizado sobre un número de sujetos mexicanos, atendidos en la Facultad de Odontología. De modo que este estudio pueda permitir al estudiante o incluso al profesionalista, tener en cuenta la posibilidad de la existencia de un proceso patológico que ha demostrado tener una mayor frecuencia en un grupo de sujetos de nuestra población.

Se puede resumir los siguientes aspectos que pueden ser factibles de aplicación práctica, en un posible momento:

- Identificar aquellas patologías que por su aparición relativamente frecuente el odontólogo pudiera enfrentar en su práctica cotidiana
- Conocer cualitativa y cuantitativamente aquellas patologías que manifestándose en cavidad bucal, pudieran comprometer seriamente la salud local y general de los pacientes
- Orientar los programas de capacitación de los odontólogos para que resuelvan de manera adecuada las alteraciones que son más comunes
- Facilitar la elaboración de programas educacionales y de servicio que permitan prevenir y tratar estas enfermedades de la cavidad bucal



HIPOTESIS

1. El mayor número de pacientes atendidos es en la quinta y sexta década de la vida.
2. El mayor número de pacientes atendidos es del género femenino, por tanto esté género presentará el mayor número de lesiones.
3. El número de diagnósticos clínicos sobrepasará el número de expedientes, es decir, por lo menos el 10% de los pacientes tendrán dos o más lesiones.
4. Las lesiones más frecuentes en orden decreciente serán, de acuerdo a lo referido por la literatura: Hiperplasia fibrosa, estomatitis protésica, leucoplasia, queratosis friccional, queilitis angular.
5. Las estructuras bucales con mayor índice de lesiones serán: mucosa yugal, paladar duro, dorso de la lengua.
6. De cada 10 pacientes por lo menos a dos se les realiza una toma de biopsia.
7. El grado de certeza entre la emisión de un diagnóstico clínico y la corroboración de un diagnóstico histopatológico es del 90%.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia de los procesos patológicos o diagnósticos clínicos en un servicio de patología bucal, en un período comprendido de enero a diciembre del año 2001.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Establecer el género y la edad por décadas de los pacientes que fueron atendidos, a través de sus expedientes
- b) Definir la relación hombre- mujer para los resultados de los diagnósticos clínicos.
- c) Definir la cantidad de diagnósticos clínicos en este año, establecer una base de datos confiable para poder revisarlos cuando se necesite, y poder ser base de futuras investigaciones.
- d) Establecer las 5 lesiones más frecuentes de cavidad bucal y realizar una revisión de la literatura..
- e) Identificar y colocar las lesiones en orden decreciente de frecuencia.
- f) Definir las localizaciones más frecuentes de las lesiones.
- g) Relacionar género y edad con las lesiones diagnosticadas.



TIPO DE ESTUDIO

Transversal.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

Los pacientes que fueron recibidos en el Laboratorio de Patología Bucal Clínica de la DEPEl, de la Facultad de Odontología por los estudiantes de la especialidad y servicio social, de enero a diciembre del 2001.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todos los pacientes que fueron remitidos a Patología Bucal Clínica por las Instituciones de salud, Profesionales que proporcionan atención particular, Clínica de Admisión de Pregrado y Posgrado, Clínicas Periféricas de la FO, , otras dependencias)

UNIDAD BASICA DE ANALISIS

Los diagnósticos clínicos emitidos en los expedientes, y que sean acompañados por edad, género, localización y número de registro; con datos alternos que en esos momentos fueran requeridos como: citología, pruebas de laboratorio, biopsia y tratamiento.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Aquellos expedientes que mencionen uno o más diagnósticos clínicos y sean acompañados por el número de registro, género, edad, localización y datos alternos como pruebas de laboratorio, citología, biopsia y tratamiento.



TIPO DE ESTUDIO

Transversal.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

Los pacientes que fueron recibidos en el Laboratorio de Patología Bucal Clínica de la DEPEI, de la Facultad de Odontología por los estudiantes de la especialidad y servicio social, de enero a diciembre del 2001.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todos los pacientes que fueron remitidos a Patología Bucal Clínica por las Instituciones de salud, Profesionales que proporcionan atención particular, Clínica de Admisión de Pregrado y Posgrado, Clínicas Periféricas de la FO, , otras dependencias)

UNIDAD BASICA DE ANALISIS

Los diagnósticos clínicos emitidos en los expedientes, y que sean acompañados por edad, género, localización y número de registro; con datos alternos que en esos momentos fueran requeridos como: citología, pruebas de laboratorio, biopsia y tratamiento.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Aquellos expedientes que mencionen uno o más diagnósticos clínicos y sean acompañados por el número de registro, género, edad, localización y datos alternos como pruebas de laboratorio, citología, biopsia y tratamiento.



CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todos aquellos expedientes que no cuenten con registro, género, edad, localización y no se halla emitido un diagnóstico clínico.

METODOS

Los datos fueron obtenidos del archivo de expedientes del año 2001, que se encuentra en el aula del Laboratorio de Patología Bucal. Fueron ordenados y etiquetados de acuerdo a la clasificación MIND de Carpenter W. con los siguientes colores:

			
AZUL	METABOLICAS	ROJO	INFLAMATORIAS
			
VERDE	NEOPLASICAS	AMARILLO	DEL DESARROLLO



Se realizó una base de datos, los cuales fueron registrados y tomados directamente de los expedientes, se utilizó el programa de Microsoft Access del paquete Office '97 y se incluyeron los siguientes campos.



Registro	
Edad	
Género	
Localización 1	
Localización 2	
Diagnóstico clínico	
Prueba de laboratorio 1	
Prueba de laboratorio 2	
Prueba de laboratorio 3	
Citología	
Biopsia	
Tipo de Biopsia	
Resultado	
Tratamiento 1	
Tratamiento 2	
Tratamiento 3	
Tratamiento 4	

Para poder capturar y posteriormente analizar los datos se les asignó un código numérico por cada campo como a continuación se describe.

REGISTRO

El asignado consecutivamente al momento de ser examinados .

EDAD

0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

GENERO

FEMENINO	MASCULINO
----------	-----------

1

2



LOCALIZACION

ZONA ANATOMICA	CODIFICACION
LABIOS	1
COMISURAS	2
MUCOSA LABIAL	3
MUCOSA YUGAL	4
ENCIA ANTERIOR	5
ENCIA POSTERIOR	6
PALADAR DURO	7
PALADAR BLANDO	8
PISO DE BOCA	9
LENGUA - DORSO	10
LENGUA - BORDES	11
LENGUA - VIENTRE	12
ITSMO DE LA FARINGE	13
REBORDE ALVEOLAR SUPERIOR	14
REBORDE ALVEOLAR INFERIOR	15
MAXILAR	16
MANDIBULA - CUERPO	17
MANDIBULA - RAMAS	18
DIENTES	19
PERIBUCAL - UBICACION	20
PIEL	21
TODA LA CAVIDAD BUCAL	22
OTRA - ESPECIFICAR -	23

DIAGNOSTICO CLINICO

Asignado en orden de aparición en los distintos grupos de la clasificación MIND de Carpenter

METABOLICAS	100	INFLAMATO- RIAS	200	NEOPLASICAS	300	DEL DESARROLLO	400
-------------	-----	--------------------	-----	-------------	-----	-------------------	-----



PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

Asignado en orden de aparición.

CITOLOGIA

Positivo para aquellos pacientes que se les realizó, negativo si no fué hecha.

BIOPSIA

Positivo para aquellos pacientes que se les realizó, negativo si no fué hecha.

TIPO DE BIOPSIA

1. Excisional
2. Incisional

RESULTADO

De acuerdo al orden de aparición y conforme a los códigos de la clasificación MIND anteriormente asignados.

TRATAMIENTOS

Asignados en orden de aparición.

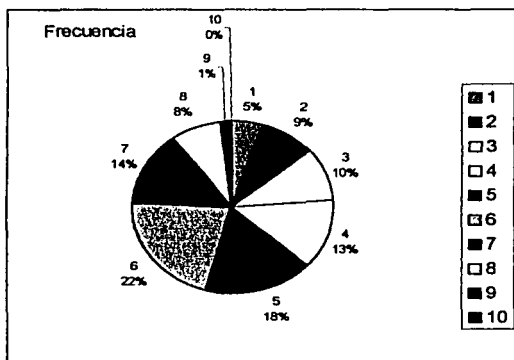
Los resultados obtenidos fueron analizados a través del programa "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS-9.0).



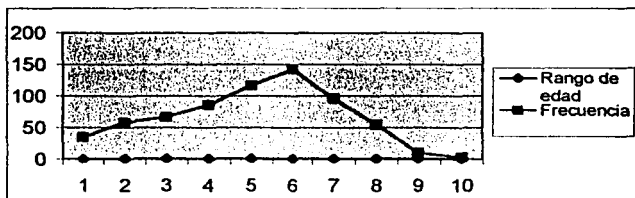
RESULTADOS

En el año 2001 de enero a diciembre, fueron atendidos 407 pacientes; e igual número de expedientes fueron elaborados, de los cuales se excluyeron de este estudio 14, por no contar con los datos necesarios; en total se analizaron 393.

El rango de edad fué de 2 meses a 90 años de edad, la media de edad fué de 41.48 con una desviación estándar de ± 20.70 , las décadas de la vida donde se encontró el mayor número de lesiones fué entre la quinta y sexta década de la vida, seguidas por la séptima y cuarta (gráfica 1 y 2).



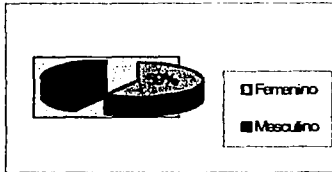
Gráfica 1.- Porcentaje de pacientes atendidos en décadas de la vida.



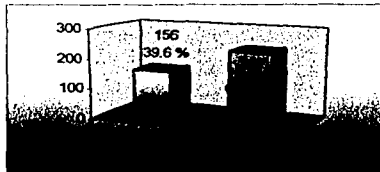
Gráfica 2.- Distribución de lesiones por década de la vida.



De los 393 expedientes se obtuvieron 99 diferentes tipos de lesiones y en total se tabularon 660 lesiones. La distribución por género de las 660 lesiones mostró un predominio femenino (387 casos), con aproximadamente un 10% más que el masculino (273 casos) (Gráfica 3). En la distribución por género de los pacientes se observa una frecuencia mayor de individuos femeninos con 237 casos que representa el 60.3 %, los individuos masculinos con 156 casos representan el 39.6 % (Gráfica 3 y 4).



Gráfica 3. Distribución por género de las lesiones



Gráfica 4. Distribución por género de los pacientes

La distribución del género por décadas de la vida muestra que existe una mayor frecuencia de ambos sexos en la quinta y sexta décadas, mientras que el menor número de pacientes de ambos sexos se encontró en la décima, novena y primer década de la vida (Tabla 2).

		Décadas de la vida										Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Género	Femenino	15	36	43	48	58	81	66	35	5	1	387
	Masculino	21	21	24	37	57	59	29	19	5		273
Total		36	57	67	85	115	140	95	54	10	1	660

Tabla 2. Distribución de las lesiones por género y décadas de la vida.



Las 5 lesiones más frecuentes fueron hiperplasia fibrosa con 53 casos, aftas recurrentes 39 casos, candidiasis 34 casos, gránulos de Fordyce 29 casos, queratosis friccional 25 casos. En conjunto representan aproximadamente el 30% (29.4%) del total de las lesiones (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia de lesiones en orden decreciente y el porcentaje que representaron en el estudio.

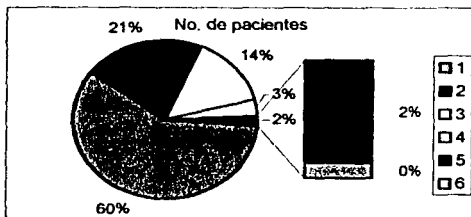
A. Lugar que ocupan		B. No. de casos	C. Lesión		D. Porcentaje		
A	B	C	D	A	B	C	D
1.-	53	Hiperplasia fibrosa	7.9	31.-	6	Reacción liquenoide	0.9
2.-	39	Aftas recurrentes	5.8	32.-	6	Nevo	0.9
3.-	34	Candidiasis	5	33.-	5	Odontalgia	0.7
4.-	29	Gránulos de Fordyce	4.3	34.-	5	Liquen plano	0.7
5.-	25	Queratosis friccional	3.7	35.-	5	Linfadenopatía	0.7
6.-	24	Leucoedema	3.6	36.-	5	Hiperplasia epitelial focal	0.7
7.-	22	Lengua geográfica	3.3	37.-	5	Carcinoma epidermoide	0.7
8.-	22	Melanosis	3.3	38.-	5	Torus palatino	0.7
9.-	19	Leucoplasia	2.8	39.-	4	Gingivitis	0.6
10.-	19	Mácula melanótica	2.8	40.-	4	G.P.C.G.	0.6
11.-	18	Granuloma piógeno	2.7	41.-	4	Lengua depapilada	0.6
12.-	17	Mucocele	2.5	42.-	4	Herpes simple	0.6
13.-	17	Lengua fisurada	2.5	43.-	4	Ránula	0.6
14.-	15	Úlceras traumáticas	2.2	44.-	4	Mácula eritematosa	0.6
15.-	14	Varices	2.1	45.-	4	Osteitis condensante	0.6
16.-	12	Tatuaje por amalgama	1.8	46.-	4	Anodoncia parcial	0.6
17.-	12	Absceso	1.8	47.-	4	Exostosis	0.6
18.-	10	Síndrome de boca dolorosa	1.5	48.-	4	Quiste dentigero	0.6
19.-	10	Petaquis	1.5	49.-	3	Síndrome de Sjögren	0.4
20.-	10	Papiloma	1.5	50.-	3	Neuralgia del trigémino	0.4
21.-	9	Lengua saburral	1.3	51.-	3	G.C.C.G.	0.4
22.-	9	Inflamación inespecífica	1.3	52.-	3	Dolor ATM	0.4
23.-	9	Hemangioma	1.3	53.-	3	Verruga plana	0.4
24.-	8	Xerostomía	1.2	54.-	3	Ameloblastoma foliular	0.4
25.-	8	Hematoma	1.2	55.-	3	Adenoma pleomorfo	0.4
26.-	8	Cicatriz	1.2	56.-	3	Lengua cenada	0.4
27.-	8	Estomatitis nicotínica	1.2	57.-	2	Psoriasis	0.3
28.-	8	Queilitis angular	1.2	58.-	2	Fractura	0.3
29.-	8	Variación de lo normal	1.2	59.-	2	Mordiscatum bucarum	0.3
30.-	7	Torus mandibular	1				



60.-	2	Estomatitis protésica	0.3
61.-	2	Penfigoide	0.3
62.-	2	Infección crónica	0.3
63.-	2	Impétigo	0.3
64.-	2	Displasia fibrosa	0.3
66.-	2	Quiste tirogloso	0.3
67.-	1	Glositis rombóidea media	0.1
68.-	1	Trombocitopenia	0.1
69.-	1	Sialolito	0.1
70.-	1	Telangiectasia	0.1
71.-	1	Lesión vascular	0.1
72.-	1	HIV	0.1
73.-	1	Mononucleosis infecciosa	0.1
74.-	1	Lengua pilosa	0.1
75.-	1	Erosión	0.1
76.-	1	Parálisis facial derecha	0.1
77.-	1	Quiste periapical	0.1
78.-	1	Queratosis palmoplantar	0.1
79.-	1	Lupus eritematoso sistémico	0.1
80.-	1	Lentigo	0.1

81.-	1	Pénfigo vulgar	0.1
82.-	1	Sialometaplasia necrotizante	0.1
83.-	1	Dermatitis atópica	0.1
84.-	1	Amigdalitis	0.1
85.-	1	Queilitis pruriginosa	0.1
86.-	1	Hiperplasia papilar inf.	0.1
87.-	1	Condiloma	0.1
88.-	1	Carcinoma basocelular	0.1
89.-	1	Mieloma múltiple	0.1
90.-	1	Leucemia	0.1
91.-	1	Osteoma	0.1
92.-	1	Lipoma	0.1
93.-	1	Fusión dental	0.1
94.-	1	Cúspide espolonada	0.1
95.-	1	Dentinogénesis imperfecta	0.1
96.-	1	Quiste oseo solitario	0.1
97.-	1	Agranulocitosis congénita	0.1
98.-	1	Nódulos de Bohn	0.1
99.-	1	Incontinencia pigmenti	0.1

De los 393 pacientes el 40% presentó más de una lesión o variación de lo normal, es decir, cada paciente podía presentar de 1 a 6 procesos patológicos, el 60% presentó una lesión, en el 21% de los pacientes se encontraron 2 lesiones, 14% tuvo 3 lesiones, 3% tuvo 4 lesiones, 2% presentó 5 lesiones y existió sólo un paciente con 6 lesiones que no fué representativo (0%)(Gráfica 5, Tabla 4).



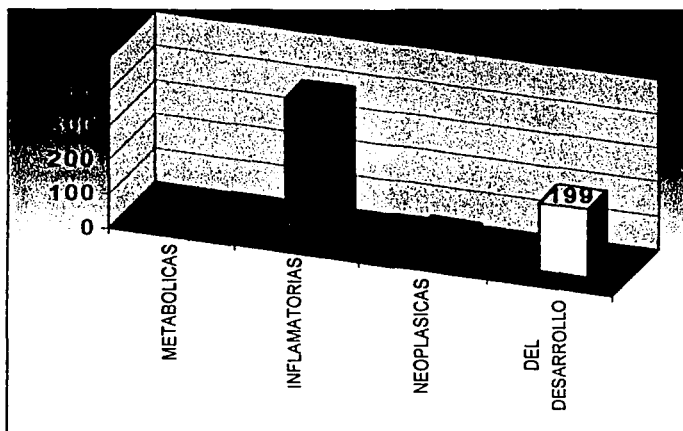
Gráfica 5. Porcentaje de pacientes con diferente número de lesiones



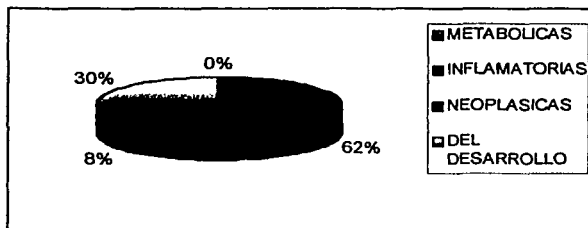
No. de lesiones	No. de pacientes	Cantidad de lesiones que representa	Porcentaje
1	233	233	60%
2	83	166	21%
3	56	168	14%
4	13	52	3%
5	7	35	2%
6	1	6	0%

Tabla 4. Distribución del número de lesiones que podía presentar un paciente.

El grupo de procesos patológicos más predominante de acuerdo a la clasificación MIND, fué inflamatorios, seguidos por las del desarrollo y neoplásicas; el grupo de metabólicas no tuvo lesiones (Gráfica 6 y 7).

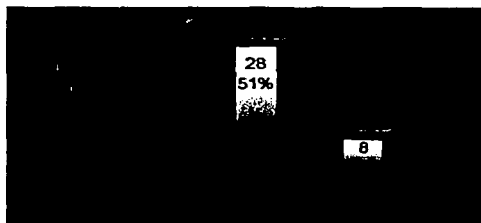


Gráfica 6. Cantidad de lesiones dentro de la clasificación MIND



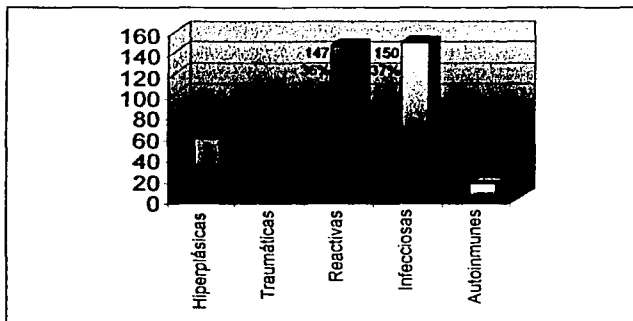
Gráfica 7. Porcentaje de lesiones dentro de la clasificación MIND

Las lesiones neoplásicas del tipo benignas son las más abundantes dentro del grupo de lesiones neoplásicas, seguidas por las premalignas y malignas (Gráfica 8).



Gráfica 8. Frecuencia de los tipos de lesiones neoplásicas.

Las lesiones del tipo reactivas e infecciosas predominaron dentro del grupo de lesiones inflamatorias, seguidas por las hiperplásicas, traumáticas y autoinmunes (Gráfica 9).



Gráfica 9. Frecuencia de tipos de lesiones Inflamatorias.

La distribución entre edad y diagnóstico clínico muestra una mayor frecuencia entre la quinta y sexta década de la vida de los tres grupos de lesiones que se obtuvieron (inflamatorias, neoplásicas, del desarrollo); en la primer década de la vida se observa que no existen lesiones del tipo neoplásico (Tabla 5)

		Diagnóstico clínico			Total
		2.00	3.00	4.00	
Edad	1	22	—	12	34
	2	38	4	16	58
	3	46	4	15	65
	4	43	11	30	84
	5	69	12	34	115
	6	87	9	49	145
	7	58	9	27	94
	8	38	5	12	55
	9	5	1	3	9
	10	—	—	1	1
Total		406	55	199	660

Tabla 5. Distribución entre edad y diagnóstico clínico de las lesiones.



La distribución entre género y diagnóstico clínico muestra una marcada mayoría de las lesiones inflamatorias para el género femenino, (más de 120 aproximadamente); las lesiones neoplásicas tienen una frecuencia similar para ambos sexos y en las lesiones del desarrollo cambia la tendencia y se observa una frecuencia mayor en hombres (20 más que las mujeres aproximadamente)(Tabla 6)

		Diagnóstico clínico			Total
		2.00	3.00	4.00	
Género	F	266	29	91	386
	M	140	26	108	274
Total		406	55	199	660

Tabla 6. Distribución de las lesiones entre género y diagnóstico clínico

Las estructuras bucales donde se presentaron con más frecuencia las lesiones, fueron: la mucosa yugal, seguida del dorso de la lengua, el paladar duro y mucosa labial. Las zonas con menor índice de aparición fueron el istmo de la faringe y radiográficamente las ramas de la mandíbula (Fig.16).

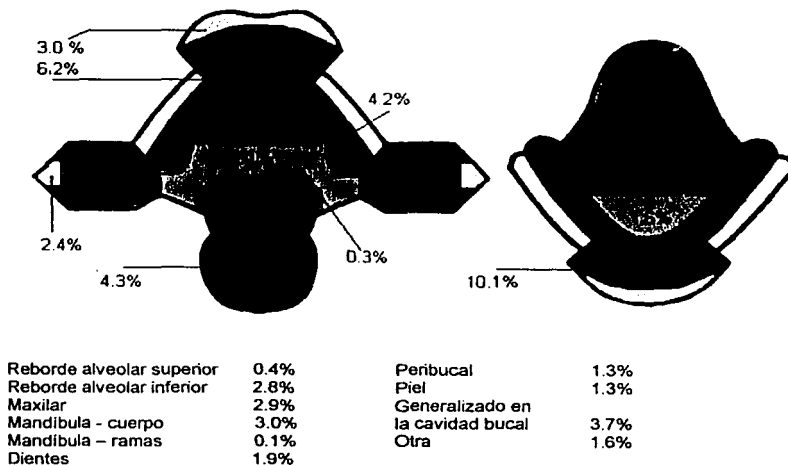


Fig. 16 Porcentaje de lesiones que se encuentran en las estructuras bucales



La relación entre localización y diagnóstico clínico muestra una tendencia al establecimiento de lesiones del grupo 2 (inflamatorias) en las zonas más frecuentes de acuerdo a la fig. 16, que son mucosa yugal, mucosa labial, paladar duro y dorso de la lengua. El grupo de lesiones del desarrollo es el siguiente con mayor frecuencia y afecta las mismas localizaciones excepto mucosa labial que es sustituida por el cuerpo de la mandíbula. El último grupo que afecta las diferentes estructuras bucales es el de neoplásicas, en el cual varía su localización de la siguiente manera: bordes laterales de lengua, mucosa yugal y paladar duro (Tabla 7).

		Diagnóstico clínico			Total
		2.00	3.00	4.00	
Localización	Labios	12	1	7	20
	Comisuras	14	—	2	16
	Mucosa labial	55	4	9	68
	Mucosa yugal	76	8	62	146
	Encía anterior	29	4	9	42
	Encía posterior	21	2	4	27
	Paladar duro	50	6	14	70
	Paladar blando	11	1	2	14
	Piso de boca	10	—	1	11
	Dorso de la lengua	32	5	41	78
	Bordes laterales lengua	11	9	9	29
	Ventre de la lengua	1	—	9	10
	Istmo de la faringe	2	—	—	2
	Reborde alveolar sup.	3	—	—	3
	Reborde alveolar inf.	14	5	—	19
	Maxilar	9	2	8	19
	Mandíbula cuerpo	8	3	10	21
	Mandíbula ramas	1	—	—	1
	Dientes	6	—	7	13
	Peribucal	8	—	—	8
Piel	6	1	—	7	
Generalizado en la boca	24	—	1	25	
Otra	4	4	3	11	
Total	406	55	199	660	

Tabla 7. Distribución entre los grupos de lesiones y localización.



De los 660 diagnósticos clínicos el 15% (97 casos) presentaron dos localizaciones y 25 se presentaron de forma generalizada en la boca (aftas o candidiasis) (Tabla 8).

	LOCALIZACION	
	1ª	2ª
Labios	20	1
Comisuras	16	2
Mucosa labial	68	13
Mucosa yugal	144	12
Encía anterior	42	8
Encía posterior	28	12
Paladar duro	70	2
Paladar blando	14	22
Piso de boca	11	3
Lengua – dorso	78	5
Lengua – bordes	29	9
Lengua – vientre	10	–
Istmo de la faringe	2	–
Reborde alveolar superior	3	1
Reborde alveolar inferior	19	2
Maxilar	19	–
Mandíbula – cuerpo	20	3
Mandíbula – ramas	1	1
Dientes	13	–
Peribucal - ubicación-	9	–
Piel	8	1
Toda la cavidad bucal	25	–
Otra – especificar -	11	–
Total	660	97
Porcentaje	100%	15%

Tabla 8. Frecuencia de la segunda localización de las lesiones

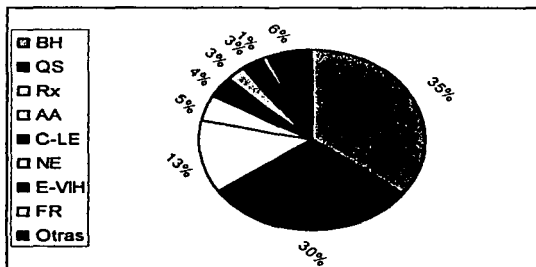


Los estudios de laboratorio que fueron más solicitados fueron la biometría hemática (BH) y química sanguínea (QS), aproximadamente al 25 % de los pacientes se les solicitó estas pruebas (Tabla 9)

Prueba de Laboratorio	No. De solicitudes	Porcentaje en la muestra
Biometría hemática	100	25%
Química sanguínea	85	21.6%
Radiografía	37	9.4%
Anticuerpos antinucleares	13	3.3%
Celulas LE	10	2.5%
Niveles estrogénicos	9	2.2%
Elisa VIH	9	2.2%
Factor reumatoide	3	0.7%
Otras	17	4.3%

Tabla 9. Frecuencia de pruebas de laboratorio y gabinete solicitadas

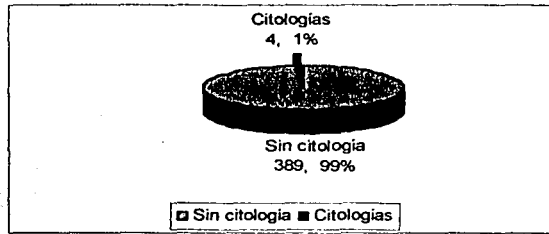
De las pruebas de laboratorio y gabinete que se solicitaron, el 35% de estas fueron BH, el 30% QS, la solicitud de radiografías fué del 13%, Anticuerpos antinucleares 5%, Células LE 4%, Niveles estrogénicos 3%, prueba de ELISA 3%, Factor reumatoide 1% y otras el 6% (Gráfica 10)



Gráfica 10. Distribución de las pruebas de laboratorio



Del total de la muestra sólo se tomaron 4 citologías, lo cual representa el 1.0% del número total de individuos (393), y el 0.6% del número total de lesiones (660) (Gráfica 11).



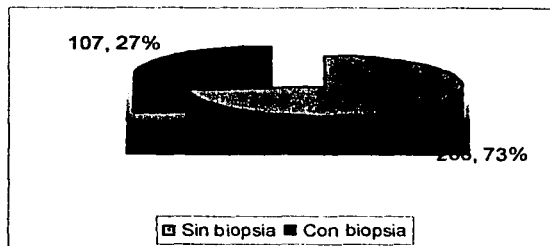
Gráfica 11. Número y porcentaje de citologías realizadas

La distribución entre citología y género muestra un predominio por el sexo masculino (Tabla 10).

	Género		Total
	Femenino	Masculino	
Citología	1 (25%)	3 (75%)	4

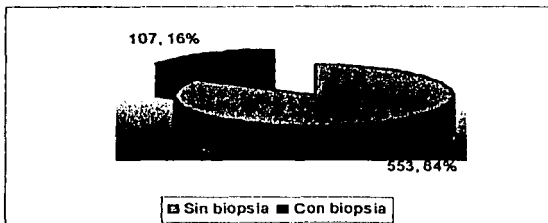
Tabla 10. Distribución entre citología y género

Del total de la muestra se tomaron 107 biopsias, esto representa el 27.2 % de pacientes (393), y el 16.2 % del número total lesiones (660) (Gráficas 12 y 13).



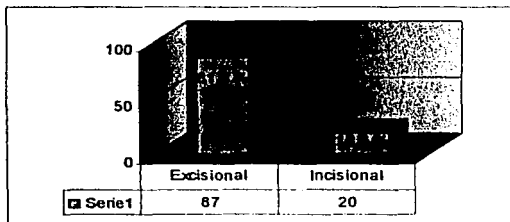
Gráfica 12. Distribución y porcentaje de pacientes con/sin biopsia.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN



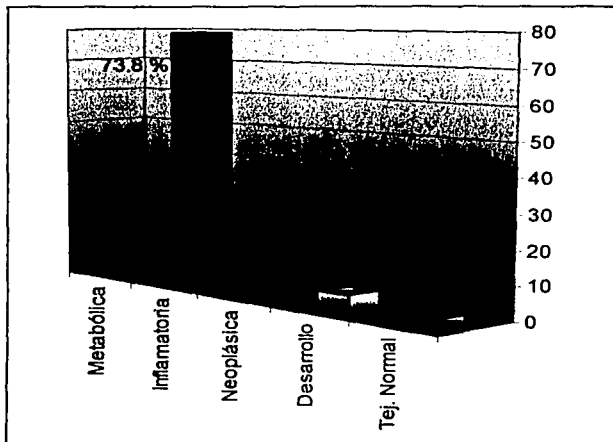
Gráfica 13. Distribución y porcentaje de lesiones con/sin biopsias.

De las 107 biopsias realizadas 87 (81.3 %) fueron de tipo excisional y 20 (18.6 %) fueron de tipo incisional (Gráfica 14).



Gráfica 14. Distribución y porcentaje del tipo de biopsias que se realizaron a los pacientes.

Los resultados en orden decreciente de los estudios histopatológicos de acuerdo a la clasificación MIND fueron de la siguiente manera Inflammatorias 79 (73.8 %), Neoplásicas 21 (19.6%), Del desarrollo 5 (4.6 %), Metabólicas 0 (0%) y dos diagnósticos fueron emitidos como tejido propio de la zona, por lo cual no pudieron ajustarse a ningún grupo de lesiones, representando el 1.8 % de las biopsias (Gráfica 15 y Tabla 11).



Gráfica 15. Distribución de diagnósticos histopatológicos de acuerdo a la clasificación MIND

DIAGNOSTICOS HISTOPATOLOGICOS MIND		
GRUPO DE LESIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Metabólicas	0	0 %
Inflamatorias	79	73.8 %
Neoplásicas	21	19.6 %
Del desarrollo	5	4.6 %
Tejido propio de la zona	2	1.2 %
TOTAL	107	99.9%

Tabla 11. Distribución y porcentaje de los diagnósticos histopatológicos de acuerdo a la clasificación MIND.



La distribución entre biopsia y género muestra el doble de casos en el sexo femenino, 33 más que el masculino (Tabla 12)

	Género		Total
	Femenino	Masculino	
Biopsia	70 (65.6%)	37 (34.4 %)	107

Tabla 12. Distribución entre biopsia y género.

La distribución entre resultado histopatológico y edad muestra un mayor número de lesiones inflamatorias en la tercer década de la vida, doblando en número de casos a la 2ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª y 8ª décadas de la vida. No existieron lesiones del desarrollo en la 2ª, 7ª, 8ª, 9ª y 10ª década de la vida. La década con mayor número de lesiones del tipo neoplásicas fué la sexta con 6. No se observaron lesiones en la 9ª y 10ª décadas de la vida y existieron dos resultados de tejido propio de la zona, los cuales obviamente no podían ser colocados en algún grupo de lesiones (Tabla 13).

		Edad								Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Resultado Histopatológico	2.00	1	11	21	9	9	10	9	9	79
	3.00	2	1	2	1	6	5	2	2	21
	4.00	1		1	1	1	1			5
Total		4	12	23	11	16	16	11	11	105

Tabla 13. Distribución entre resultado histopatológico y edad.

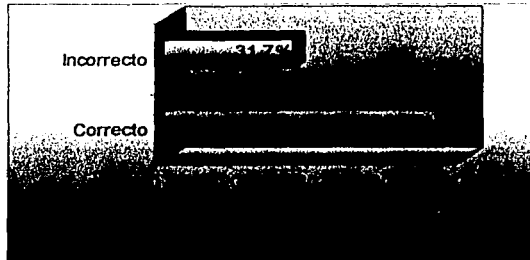
La distribución entre resultado histológico y género muestra una mayor frecuencia del grupo de las lesiones inflamatorias en mujeres, 27 más que los hombres, es decir, el doble. Las lesiones del grupo de neoplásicas y del desarrollo presentan un ligero predominio en el sexo femenino (Tabla 14).

		Género		Total
		F	M	
Resultado histopatológico	2.00	53	26	79
	3.00	12	9	21
	4.00	3	2	5
Total		67	37	105

Tabla 14. Distribución entre resultado histopatológico y género.



La correlación entre el grado de certeza del diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico fué 68.2 % (73 casos) correcto y 31.7 % (34 casos) incorrecto, esto da casi un 70 % de certeza en la emisión de un diagnóstico clínico (Gráfica 16).



Gráfica 16.
Porcentaje de diagnósticos clínicos correctos e incorrectos.

Los diferentes tipos de tratamiento utilizados fueron 44 y de estos, el número de veces que fueron empleados fué de 395, adicionalmente las biopsias de tipo excisional también fueron valoradas como tratamiento quirúrgico, en global el número total de tratamientos empleados fué de 475. Sin embargo, este número es repartido en procesos patológicos a los cuales se les administró uno o hasta cuatro tratamientos (Tabla 15).

	Tratamiento I	Tratamiento II	Tratamiento III	Tratamiento IV	Total
No. de casos	323	98	42	12	475
Porcentaje	48.9 %	14.8 %	6.3 %	1.8 %	71.8 %

Tabla 15. Frecuencia del número de tratamientos empleados.



Los tratamientos más empleados fueron: remisión a especialidad (74 casos), Micostatin (71 casos), Kaopectate con benadryl (46 casos)(Tabla 16).

TRATAMIENTO	No. de veces empleado	Porcentaje del no. total de tratamientos
Remisión a especialidad	74	15.5 %
Micostatin	71	14.9 %
Kaopectate con Benadryl	46	9.6 %
Bedollecta	28	5.8 %
Clorhexidina	20	4.2 %
Infusiones de nopal	18	3.7%
Sialogogos	18	3.7%
Penprocilina	16	3.3 %
Dexametasona	10	2.1 %
Trosciscos de terramicina	8	1.6 %
Capsaicina	7	1.4 %
Protector bucal (guarda)	7	1.4 %
Metronidazol	6	1.2 %
Ketorolaco	6	1.2 %
Masaje (fisioterapia)	5	1.0 %
Otras	40	8.4 %

Tabla 16. Orden decreciente de frecuencia de los tratamientos empleados.



DISCUSIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

A pesar de que fueron atendidos 407 pacientes, la falta de una sistematización en la elaboración de historias clínicas en el Laboratorio de Patología Bucal, produjo la pérdida de datos en la obtención de los mismos, y que eran necesarios para poder incluirlos estadísticamente, esto provocó la pérdida de 14 expedientes representando el 3.43 % de los 407 pacientes, analizando únicamente 393.

El rango de edad que se presentó en el estudio fué de 2 meses de vida a 90 años, es un rango muy amplio que muestra la diversidad de pacientes. Estudios con un rango de edad similar son de Bouquot J.⁵ (10-90 años), aunque si bien, con un número mayor de población en estudio (23,616) y Nair GB¹⁰ (2-60 años) con número de individuos similar, otros estudios tienen un rango de edad que va desde la adolescencia hasta la edad de adultos mayores^{4, 8, 11, 20, 21, 22}, otros estudiaron solo adultos mayores^{6, 12, 13, 14, 15, 16, 17} y otros más (que son los menos) estudiaron solo niños.^{9, 19} Aquellos que se abocaron al estudio de gente adulta mayor encontraron en su mayoría lesiones inflamatorias del tipo hiperplásicas, reactivas, traumáticas o micóticas, como hiperplasias fibrosas, estomatitis protésica, úlceras traumáticas o candidiasis^{6, 12, 13, 14, 15, 16, 17}; a diferencia de aquellos estudios donde el rango de edad también abarco la infancia, adolescencia y adultos jóvenes^{4, 8, 11, 20, 21, 22}, como es el caso del presente estudio, donde se obtuvo una variedad más amplia de lesiones de los distintos grupos de la clasificación MIND, este hecho también fué observado en aquellos estudios de poblaciones únicamente infantil.

Sin embargo, este tipo de estudios en poblaciones de rangos de edad específicos aporta datos más confiables y concisos sobre las lesiones que afectan en particular a estas mismas poblaciones.

La distribución de género es similar a los estudios reportados de Zain RB¹¹ F-60% M-40%, Taiyeb TB¹² F-55% M-45%, Nair GB¹⁰ F-55% M-45%, Aguirre A²² F-65% M-35%, Bouquot J.⁵ F-64% M-36%, Vigild M¹⁵ F-67% M-33% donde la frecuencia de mujeres es mayor que los hombres, en el presente estudio el porcentaje del género femenino fué 60% contra 40% que representaron los hombres. En el estudio de Arendorf TM⁹ (F-49% M-51%), Kovač M (F-52% M-48%), Jorge J (F-50% M-50%), Sedano H (F-48% M-52%) la frecuencia



de hombres y mujeres fué casi igual. Mientras que en los estudios de Díaz G ²¹ (F-71% M-29%), Ikeda N (F-72% M-28%), Nevalainen MJ (F-73% M-27%) fué considerablemente mayor el número de mujeres.

La tabla 3 muestra en orden decreciente de frecuencia las diferentes lesiones que afectaron a la población en estudio. La lesión con mayor frecuencia fué la **hiperplasia fibrosa** con 53 casos representando un 7.9% del total de las lesiones, este resultado es similar con otros estudios como Díaz G. ²¹ con 8.0%, Vigild M. ¹⁵ 8.1%, y Aguirre A. ²² con 8.9%, algunos resultados en otros artículos superan por un margen poco mayor como Jorge J. Jr. ¹⁶ 11.8%, Bouqout J. ⁵ 11.9% y Hand J. ⁶ lo excede casi el doble 25.0%; Corbet EF ¹⁷ es superado en su 5.0%, Díaz G.L. ²⁰ también es superado por un margen considerable 1.43%, y algunos estudios más no lo contemplan dentro de sus cinco lesiones más frecuentes. ^{4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 19}

El predominio de ésta lesión en el presente estudio puede deberse al número de pacientes atendidos los cuales se encontraron con mayor frecuencia en la quinta y sexta década de la vida (Gráfica 1 y 2), Neville B ³⁵ menciona que esta entidad patológica aparece con mayor frecuencia entre la 4ª y 6ª décadas de la vida y se presenta como un nódulo de color rosa, con una superficie lisa, la mayoría con base sésil, con un diámetro aproximado de 1.5 cm, localizados generalmente a nivel de la línea de oclusión en la mucosa yugal. Los autores con quienes concordaron nuestros resultados estudiaron poblaciones de un rango de edad similar que va desde la adolescencia a la edad de adultos mayores, siendo Vigild M. ¹⁵ el único de aquellos que coincidieron con nuestros resultados y que estudio solamente una población de adultos mayores.

La segunda lesión con mayor frecuencia fueron las aftas recurrentes con 39 casos, representando el 5.8% del total de las lesiones. No fué posible definir que tipo de aftas eran las que afectaban al paciente pues no se contaba con este dato en las historias clínicas, mayores, menores o herpetiformes se tomaron como una sola entidad. Neville ³⁵ menciona que la prevalencia reportada en la población general varía de 5% a 60% con una media de 20%, la etiología es variable y numerosa, se cuentan entre estos factores alergias, predisposición genética, deficiencias nutricionales, anomalías hematológicas, influencia hormonal, agentes infecciosos, trauma y estrés. Las aftas menores son las más frecuentes en un 80%, tienen un diámetro de 3-10 mm, su resolución es de 7 a 14 días, aparecen de 1 a 5 lesiones durante cada episodio, muy dolorosas, la mucosa labial, yugal y el vientre de la lengua son las zonas más afectadas. Afecta principalmente a jóvenes y su recurrencia es



may variable pueden aparecer en años o en episodios frecuentes separados por semanas. Las mujeres son más afectadas que los hombres.

Las aftas mayores son mucho más grandes de 1 a 3 cm y tienen un tiempo de duración más prolongado de 1 a 3 semanas, pueden provocar cicatrices, el número de lesiones por episodio varía de 1 a 10, cualquier superficie puede ser afectada pero la mucosa labial, la mucosa palatal y el istmo de la faringe son los sitios afectados con más frecuencia. El comienzo puede ser después de la pubertad y continuar en episodios por 20 años o más.³⁵

La úlcera herpetiformes son pequeñas de 1 a 3 mm y pueden presentarse de 1 hasta 100, debido a que tienen un diámetro pequeño y un gran número las lesiones se asemejan a una infección primaria por herpes virus, de ahí su término herpetiforme. Resuelven de 7 a 10 días pero sus recurrencias son muy frecuentes. Las mujeres son afectadas con mayor frecuencia y su comienzo es en la edad adulta. La imagen histopatológica de la estomatitis aftosa es característica más no patognomónica, las lesiones tempranas muestran una zona central de ulceración la cual es cubierta por una membrana fibrinopurulenta, rodeadas por un halo eritematoso, se pueden presentar en cualquier parte de la mucosa bucal. Su tratamiento es paliativo.³⁵

El único estudio que mostró dentro de sus cinco primeras lesiones a las aftas recurrentes fué el de Kovač M⁴ con un 9.7% superando el 5.8% que se obtuvo en la población del presente estudio, el segundo lugar que obtuvo este tipo de lesión en nuestra población puede deberse al constante estrés y al ritmo de vida a la que está sometida dentro de esta gran ciudad, aunado a los factores anteriormente mencionados.

La tercer entidad patológica con mayor frecuencia fué la candidiasis representando un 5% con 34 casos. La forma de levadura se cree es relativamente inocua, pero la forma en hifa está usualmente asociada a los procesos de infección micótica y es por mucho la infección fúngica bucal más frecuente, sus manifestaciones clínicas son variables provocando en ocasiones su difícil diagnóstico. La candida albicans puede ser componente normal de la microflora bucal y al menos tres factores pueden determinar la evidencia clínica de infección por candida: el estado inmunológico del huésped, el medio ambiente de la mucosa bucal y la cantidad de candida albicans. La candidiasis bucal puede exhibir una variedad de patrones clínicos y presentarse de manera aguda o crónica: Pseudomembranosa, eritematosa, atrofia central de papilas, crónica multifocal, queilitis



angular, crónica atrófica, hiperplásica, mucocutánea y síndromes de candidiasis endocrina. Algunos pacientes pueden mostrar solo una, otros incluso pueden desarrollar más de una forma.³⁵ Sin embargo, las formas clínicas que se consideraron en el estudio como candidiasis, fueron únicamente la atrófica crónica, atrófica aguda, pseudomembranosa e hiperplásica, debido a que las otras variaciones tienen un diagnóstico clínico específico como la queilitis angular y la estomatitis protésica.

Campisi G¹³ presentó dentro de sus primeras cinco lesiones a la candidiasis con un porcentaje del 7.3%, Ikeda N varió considerablemente su resultado con un 20%, al igual que Díaz-Gúzman L con 1.62%; varios autores la presentaron en forma de estomatitis protésica o queilitis angular (Tabla 1).^{9, 11, 12, 14, 15, 17} y otros no la colocan dentro de sus primeras cinco lesiones.^{4, 10, 19, 21, 22}

El cuarto proceso patológico con mayor frecuencia obtenido en el estudio fueron los gránulos de Fordyce con 29 casos que representan el 4.3% del total de las lesiones. Son glándulas sebáceas ectópicas, que se han reportado en el 80% de la población y su presencia es considerada una variación anatómica normal. Son múltiples, de color amarillo o blanco, son más comunes en la mucosa yugal y el bermellón de los labios superiores, tienen preferencia por adultos, probablemente son resultados de factores hormonales, asintomáticas y no requieren tratamiento.³⁶ Kovač M⁴ obtuvo un porcentaje de 49.7%, el cual fué muy similar al de Aguirre A²² de 42.7%, estos resultados no coincidieron con el nuestro de 4.3%, el más parecido fué de Bouquot J quien tuvo un resultado de 9.4%, la mayoría de los autores no reportaron esta entidad dentro de las primeras 5 lesiones.^{6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21}

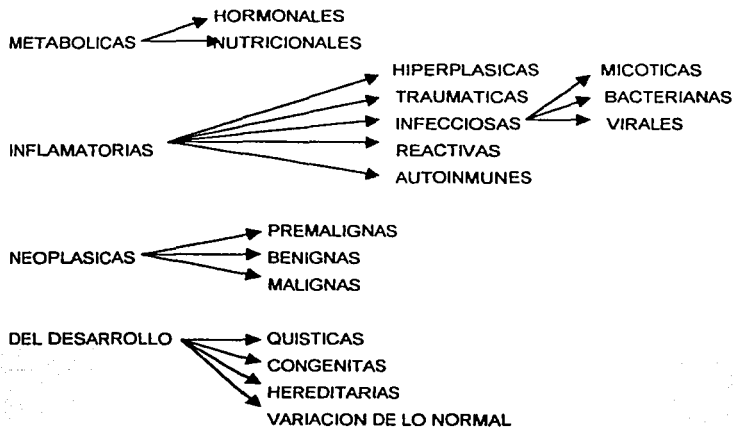
La quinta entidad patológica fué la queratosis friccional con 25 casos lo cual representa el 3.7% del total de las lesiones. Es una lesión blanca producida por una irritación mecánica crónica, con una superficie queratinizada rugosa, es clínicamente similar a una leucoplasia y no es más que la respuesta hiperplásica de los estratos superiores del epitelio a una fricción constante, son reversibles después de la eliminación del trauma, nunca se ha documentado su transformación maligna.³⁵ El resultado de Díaz G varió considerablemente con respecto al nuestro (20.2%), mientras que Díaz-Gúzman L (2.3%), Corbet EF (6%) y Vigild M (3.7%) tuvieron mayor coincidencia con nuestro resultado. Algunos autores obtuvieron una mayor frecuencia de leucoplasias^{5, 6, 8, 11, 12, 13} sería prudente cuestionar si tomaron a la queratosis friccional como parte de esta entidad patológica, de ser así se



tomaría por alto la definición de la leucoplasia como un proceso patológico sin etiología aparente.³⁵

Algunos procesos patológicos como la leucoplasia, la estomatitis protésica o la queilitis angular fueron repetidos con mayor frecuencia en los estudios analizados^{5, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17} que los resultados en este estudio como los gránulos de Fordyce o la queratosis friccional, estas lesiones tuvieron en orden correspondiente el lugar número 9 con 19 casos representando el 2.8%, 60 con 2 casos representando el 0.3% y el 28 con 8 casos representando el 1.2%. Es probable que en nuestro estudio al momento de plasmar los datos en la historia clínica, el examinador halla tomado a la estomatitis protésica y la queilitis angular como simple candidiasis, no lo sabemos, sin embargo existen historias clínicas con estos diagnósticos establecidos.

La clasificación de Carpenter W²³ demostró ser una forma eficiente de ordenar las diferentes lesiones y agruparlas de modo que su etiología y patogenia definan su grupo. Se evita así aquellas inclusiones en categorías extensas como lesiones quísticas, micóticas, bacterianas, pigmentadas, tumores de tejidos blandos, tumores odontogénicos, etc., etc. Con esto no decimos, que son obsoletas o inadecuadas, pues son categorías precisas y eficientes de los procesos patológicos. Así se obtuvo un esquema de acuerdo a la clasificación MIND, en el que se pueden anexar todavía más subcategorías.





Las lesiones de tipo inflamatorio dentro de la clasificación MIND fueron las más frecuentes con 406 casos, lo cual representa un 62% del número total, y de estas las lesiones de tipo reactivas e infecciosas fueron las que más predominaron (36% y 37% respectivamente) seguidas por las hiperplásicas 14%, traumáticas 9% y autoinmunes 4%. Las lesiones del desarrollo de la clasificación MIND fueron las segundas con mayor frecuencia con 199 casos (30%), en tercer lugar se encontraron las lesiones de tipo neoplásicas con 55 casos (8%), de las cuales los procesos benignos con 28 casos (51%) predominaron, después con 19 casos (35%) las lesiones premalignas y por último las malignas con 8 casos (14%), estas últimas representan el 2.0% del total de pacientes, es decir que de cada 100 pacientes de 2 pueden presentar cáncer, a pesar de ser un servicio de Patología Bucal no se observa una alta incidencia de este tipo de lesiones. No se reportaron lesiones del tipo metabólicas, quizás por la complejidad de su descubrimiento, el tiempo y los estudios que se necesitan para hacerlo, es el Médico Cirujano el más apto para formular estos diagnósticos, en el laboratorio las entidades patológicas que pudieron estar más cerca de entrar en este grupo fueron la anemia, hipertensión y diabetes, sin embargo, el paciente ya no regresaba o era remitido con su médico familiar, o era un proceso que no se diagnosticaba en Laboratorio, sino que ya estaba diagnosticado.

Los estudios de laboratorio utilizados con mayor frecuencia fueron la Biometría Hemática (BH) y la Química Sanguínea (QS), debido a que son los análisis más generales y de costos más accesibles para los pacientes que acuden al servicio de Patología Bucal. En ellos se pueden descubrir una gran variedad de datos que pueden llevarnos a la sospecha de alguna enfermedad y damos la oportunidad de remitir al paciente de forma oportuna. Son solicitados cuando la apariencia clínica y los datos obtenidos del proceso patológico que afecta al paciente sugieren que esta acompañada de otra alteración o que es parte de una enfermedad sistémica. Cuando la apariencia clínica es más específica y los diagnósticos clínicos más reducidos, es entonces cuando se solicitan estudios más precisos que vayan descartando las distintas posibilidades patológicas.

El número de citologías es ínfimo, generalmente es hecho a pacientes con placas blancas para determinar si se trata de candidiasis o en improntas sobre úlceras que pudieran tener el aspecto de una lesión neoplásica, representa el 0.1% del total de pacientes, quiere decir que de cada 100 pacientes a uno se le realiza este medio diagnóstico. Sin embargo, puede ser justificable esta tendencia ya que es un auxiliar que emite pocos o ambiguos

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN



resultados y es mucho más eficiente una biopsia que una citología exfoliativa de mucosas bucales.

Las biopsias realizadas representan el 27.2% del total de pacientes, quiere decir que de cada 10 pacientes a 3 se les realiza este procedimiento y que de 10 biopsias 8 son excisionales y 2 incisionales. Campisi G ¹³ y Nair RG ¹⁰ realizaron biopsias en sus estudios, sin embargo, no informaron el porcentaje que ocupó este procedimiento, a diferencia de Bouquot J ⁵ que reportó 349 biopsias, representando el 1.5% de los individuos y el 11.6% de las lesiones, el presente estudio duplicó sus resultados en cuanto a porcentaje, no así el número de biopsias. Zain RB, ¹¹ Aguirre A, ²² Nair RG ¹⁰ tomaban imágenes clínicas y después eran discutidas en los equipos de examinadores para llegar a un diagnóstico. Hand J ⁶ envió a todos aquellos individuos que presentaron lesiones con dentistas para su seguimiento o la realización de biopsias. Corbet EF ¹⁷ y Nevalainen MJ ¹⁴ afirmaron no haber realizado biopsias. Los demás autores no reportaron información sobre la toma de biopsias. 4, 8, 9, 12, 15, 16, 19, 20, 21.

La correlación entre el grado de certeza del diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico fue de 73 casos correctos (68.2%) y 34 casos sin correlación (31.7%), esto da casi un 70% de certeza en la emisión de un diagnóstico clínico (Gráfica 16). Los resultados histopatológicos también se agruparon de acuerdo a la clasificación MIND, las lesiones de tipo inflamatorio también predominaron con 79 casos (73.8%), pero a diferencia de los diagnósticos clínicos, las lesiones de tipo neoplásico fueron las segundas en frecuencia con 21 casos (19.6%), seguidas por las del desarrollo con 5 casos (4.6%), existieron dos resultados histológicos con un diagnóstico de tejido propio de la zona, obviamente no fueron incluidos en la clasificación y representaron el 1.2% de las biopsias.

Las localizaciones más frecuentes son mucosa yugal, labial, paladar duro y dorso de la lengua, existen 97 lesiones con 2 diferentes localizaciones y 25 se presentan de forma generalizada.

No podemos hablar de prevalencia ³¹ en el presente estudio pues la población que fué analizada, toda fué remitida a la especialidad de Patología Bucal por presentar lesiones en cavidad bucal o piel, así es que los 407 pacientes que acudieron a este servicio, no fueron examinados buscando quienes tenían lesiones (por que todos tenían), si no más bien estudiar la frecuencia de sus lesiones.



El número de lesiones sobrepasó el número de expedientes, esto quiere decir que hubo pacientes (40%) que tuvieron más de una lesión (de 2 a 6), en otras palabras, 60% tuvo una sola lesión, 21% presentó 2 lesiones, 14% presentó 3 lesiones y 5% tenía de 4 a 6 lesiones.

Los tratamientos más utilizados son: la remisión a especialidad, extirpación quirúrgica (biopsias), micostatin y Kaopectate con benadryl. La primera fue tomada en este caso como una variante de tratamiento, pues de manera ética el paciente es enviado a los departamentos o centros de atención especializada, donde son atendidos de manera eficiente, el valor principal del clínico es lograr diagnosticar oportuna y correctamente una entidad patológica, y sino está en sus manos poder atenderle es su deber profesional canalizarlo con especialista, y es una manera válida de tratar un paciente. Los siguientes 3 tratamientos demuestran una correlación entre los primeros diagnósticos clínicos y los tratamientos empleados para ellos:

- Hiperplasias fibrosas – Extirpación quirúrgica,
- Aftas recurrentes – Kaopectate con benadryl
- Candidiasis - Micostatin

Sin embargo, existe una discrepancia entre el número de tratamientos (475) el cual fue menor al número de lesiones (660), si realmente todas eran lesiones todas tuvieron que ser tratadas. Esto se podría explicar con que 199 lesiones fueron del desarrollo con predominio en variación de lo normal, y que otras lesiones más, debido a su comportamiento inocuo (hiperplasias fibrosas, osteitis condensante focal, tatuaje por amalgama, etc.) solo se les dió seguimiento.



CONCLUSIONES

- Se confirma la hipótesis I, el mayor número de pacientes se ubicó entre la 5ª y 6ª décadas de la vida, el promedio de edad general para ambos sexos fue de 41 años, también se observa que las siguientes décadas con mayor frecuencia son la 4ª y 7ª.
- Se confirma la hipótesis II, el género femenino predominó 60% contra 40% del masculino, encontrándose en el género femenino el mayor número de lesiones.
- Se confirma la hipótesis III, el número de lesiones sobrepasó el número de expedientes, se identificaron un total de 660 lesiones, es decir, 40% de los pacientes presentaron más de una lesión (2 a 6 lesiones).
- En este estudio se identificaron 99 lesiones diferentes.
- La hipótesis IV no se confirma, las cinco lesiones más frecuentes en el Laboratorio de Patología Bucal en el año 2001 son: hiperplasia fibrosa, historia de aftas recurrentes, candidiasis, gránulos de Fordyce, queratosis friccional.
- Se confirma la hipótesis V, las estructuras bucales con mayor número de lesiones son: la mucosa yugal, labial, paladar duro y dorso de la lengua.
- Se demostró la utilidad de la clasificación MIND, agrupando todas las lesiones de acuerdo a su etiopatogenia en las cuatro categorías que indica.
- El grupo de lesiones que más predominó fue el de inflamatorias, el segundo grupo fueron las del desarrollo y el tercero neoplásicas.
- El grupo de lesiones de tipo metabólicas no presentó procesos que le representarán.
- Se confirma la hipótesis VI, de cada diez pacientes por lo menos a 2 se les realiza biopsia.
- La biopsia es el método auxiliar de diagnóstico más empleado en el Laboratorio de Patología Bucal junto con la ortopantomografía, la biometría hemática y química sanguínea.
- El tipo de biopsia más empleado es el tipo excisional.
- La hipótesis VII no se confirma, el grado de certeza en la emisión de un diagnóstico es de aproximadamente el 70%.
- El orden de frecuencia de la clasificación MIND en los resultados histopatológicos varía con respecto a los diagnósticos clínicos de la siguiente manera: Inflamatorias, Neoplásicas, Del desarrollo y Metabólicas.



- La lesión más frecuente es la hiperplasia fibrosa, la cual representa el 8% de todas las lesiones en el año 2001, esta tendencia se asocia al número de pacientes que fueron atendidos entre la 5ª - 6ª década de la vida.
- Debido a que es un servicio especializado en el diagnóstico y tratamiento de procesos patológicos, es evidente el alto número de diferentes lesiones (99), entre ellas los procesos neoplásicos malignos (8 casos).
- Se hace necesaria la elaboración sistemática de la historia clínica en el Departamento de Patología Bucal para evitar con esto la pérdida de datos relevantes en investigaciones posteriores.
- Se sugiere la realización de investigaciones posteriores sobre la frecuencia de lesiones bucales, no sólo en la Facultad de Odontología sino en el país, ya que esto permite conocer el tipo padecimiento de nuestra población y orientar al odontólogo de práctica profesional en la detección y diagnóstico de lesiones.
- Estos estudios permiten identificar las lesiones más frecuentes de la población que solicita atención odontológica en nuestra Institución, y es posible que en base a estos resultados se puedan adecuar los programas de estudio de la Facultad para afrontar los problemas que la sociedad presenta.
- Es importante tener estadísticas de nuestra propia población afectada, ya que los libros de texto utilizados en la materia de Patología Bucal en la Facultad de Odontología se refieren o utilizan cifras y estadísticas de poblaciones generalmente caucásicas occidentales o norteamericanas, con distintas costumbres, calidad de vida, hábitos, condiciones y constituciones diferentes, que de algún modo alteran la predisposición o susceptibilidad para presentar una lesión. Puede ser posible que esto ayude a la elaboración de medidas preventivas o incluso desarrollar los tratamiento que estas lesiones requieran en nuestra población.



GLOSARIO

AFECCIÓN. Estado morboso, enfermedad.

ALTERACIÓN. Cualquier cambio en la naturaleza, forma o cualidades de un cuerpo o substancia. Ordinariamente cambio en mal sentido.

BIOPSIA. Examen del organismo vivo y especialmente, examen diagnóstico microscópico de una porción de tejido extraída de un cuerpo vivo.

CANCER. Neoplasia maligna.

CANCERIZABLE. Que provoca el desarrollo de un cáncer.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA. Procedimiento diagnóstico microscópico de capas de la superficie de mucosa o piel.

CONGESTION. Acumulación anormal de sangre en los vasos de una parte del cuerpo. Es activa si hay flujo de sangre arterial y pasiva si está impedida la circulación venosa.

CONGESTIVO. Asociado a congestión o producido por ella.

ERITEMATOSO. Relativo a eritema. Enrojecimiento difuso o en manchas de la piel o mucosas, producido por la congestión de los capilares

INDURACION. Firmeza y elevación delimitada de algún tejido.

LESIÓN. Daño orgánico o funcional de los tejidos.

LINFADENOPATIA. Inflamación o alteración de los ganglios linfáticos.

MACULA. Mancha. Coloración de un área distinta al resto del tejido.

P.E.T. Tomografía por emisión de positrones.

PROTESIS. Tiene por objeto remplazar la pérdida de un órgano o parte de él, por un sustituto o aparato artificial.

PSORIASIS. Dermatitis eritematoescamosa de etiología desconocida, persistente o con brotes repetidos.

PREMALIGNO. Que es susceptible de transformarse en cáncer

T.A.C. Tomografía axial computarizada.

TUMEFACCION. Inflamación de una parte del cuerpo.

VITROPRESIÓN. Presión con un vidrio aplicado a la piel, medio auxiliar de diagnóstico empleado en dermatología para descubrir coloraciones cutáneas anormales, que pudieran estar ocultas por la hiperemia.



REFERENCIAS

- ¹ Ring M. *Historia Ilustrada de la Odontología*. Ed. Mosby. España, 1995, p. 39-40.
- ² Piedrola G. *Medicina preventiva y salud pública*. 9ª ed. Ed. Masson-Salvat. México, 1992.
- ³ Mahlon H. *La propedéutica médica de Major*. 9ª ed. Ed. Interamericana. México, 1985
- ⁴ Kovac-Kavcic M. The prevalence of bucal mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *Journal of Bucal Pathology and Medicine*, 2000; 29: p. 331-335.
- ⁵ Bouquot J. Common bucal lesions found during a mass screening examination. *JADA*. 1986; 112: 50-57.
- ⁶ Handj JS, Whitehill JM. The prevalence of bucal mucosal lesions in an elderly population. *JADA*, vol. 112, Enero, 1986; p. 73-76.
- ⁷ World Health Organization. Guide to epidemiology and diagnosis of bucal mucosal diseases and conditions. *Community Dentistry and Bucal Epidemiology*. 1980, Vol. 8, p. 1-26.
- ⁸ Ikeda N. Prevalence study of bucal mucosal lesions in a selected Cambodian population. *Community Dentistry and Bucal Epidemiology*. 1995; 23: p. 49-54.
- ⁹ Arendorf TM. Bucal soft tissue lesions in a black pre-school South African population. *Community Dentistry and Bucal Epidemiology*. 1996; 24: p. 296-297.
- ¹⁰ Nair RG. Prevalence of bucal lesions in a selected Vietnamese population. *International Dental Journal*, 1996; 46: p. 48-51.
- ¹¹ Zain RB. A national epidemiological survey of bucal mucosal lesions in Malaysia. *Community Dentistry and Bucal Epidemiology*. 1997; 25: p. 377-383.
- ¹² Taiyeb TB. An epidemiological survey of bucal mucosal lesions among elderly Malaysians. *Gerodontology*. 1995; 12(1): p. 37-40.
- ¹³ Campisi G. Bucal mucosal lesions and risk habits among in an Italian study population. *Journal Bucal Pathology and Medicine*, 2001; 30: p. 22-28.
- ¹⁴ Nevalainen M.J. Bucal mucosal lesions and bucal hygiene habits in the home-living elderly. *Journal of Bucal Rehabilitation*, 1997; 24: p. 332-337.
- ¹⁵ Vigild M. Bucal mucosal lesions among institutionalized elderly in Denmark. *Community Dentistry and Bucal Epidemiology*. 1987; 15: p. 309-313.
- ¹⁶ Jorge J. Jr. Bucal mucosal health and diseases in institutionalized elderly in Brazil. *Community Dentistry and Bucal Epidemiology*, 1991; 19: p. 173-175.
- ¹⁷ Corbet E.F. Bucal mucosal lesions in 65-74-year-old Hong Kong Chinese. *Community Dentistry and Bucal Epidemiology*, 1994; 22: p.392-395.
- ¹⁸ Ovalle W. Estudio comparativo y revisión bibliográfica de los reportes en incidencia y prevalencia de lesiones en la cavidad bucal. *Revista ADM*, 1994, No. 3: p. 145-148.
- ¹⁹ Sedano H. Clinical orodental abnormalities in Mexican children. *Bucal Surgery, Bucal Medicine, Bucal Pathology*. 1989; 68: p. 300-311.
- ²⁰ Díaz-Guzmán L. Lesiones de la mucosa bucal, estudio epidemiológico en 7297 pacientes. *Revista ADM*, 1991, vol. XLVIII/2, marzo-abril: p. 75-79.
- ²¹ Díaz M. Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes de las clínicas de la Facultad de Odontología de la UAEM. *Practica Odontológica*, 1993; 14 (10): pp. 37-48.
- ²² Aguirre A. Prevalence of intrabucal lesions in out-patients of a Mexican dental school. Artículo no publicado, 1993.
- ²³ Carpenter W. Two approaches to the diagnosis of lesions of the bucal mucosa, *CDA Journal*, 1999; vol. 27 No. 8/agosto: pp. 619-623.
- ²⁴ Zegarelli E. *Diagnóstico en patología bucal*. Ed Salvat. España, 1979.
- ²⁵ Golt A. *Semiología Médica*. Ed. Mediterraneo. Chile, 1989
- ²⁶ Strassburg M. *Mucosa Bucal. Atlas Color de enfermedades*. Ed. Marban. España, 1995.
- ²⁷ Rey-Joly C. *El examen clínico*. Ed. Mosby. España, 1996.



-
- ²⁸ Ceccotti C. *Clinica estomatológica. SIDA, Cáncer y otras afecciones*. Ed. Panamericana. México, 1993.
- ²⁹ Lynch M. *Medicina bucal de Burke diagnóstico y tratamiento*. Ed. Mc Graw – Hill Interamericana México, 1996.
- ³⁰ <http://www.agom.com>
- ³¹ Moreno A. Principales medidas en epidemiología. *Salud pública de México*. 2000, vol. 42 no. 4, julio-agosto.
- ³² Sonis S. *Principles and practice of bucal medicine*. 2^a ed. Ed. Saunders. E.U.A. 1995.
- ³³ Goldman H. *Physicians guide to diseases of the bucal cavity*. Ed. Medical Economics Company. E. U.A., 1982.
- ³⁴ Bates B. *Propedèutica mèdica*. Ed. Mc Graw- Hill Interamericana. México, 1992.
- ³⁵ Neville B. *Bucal and maxilofacial pathology*. Ed. Saunders. 2^a ed., E.U.A. 2002.