



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS
DE 500 PACIENTES QUE SE REVISARON EN EL AÑO
2003**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

OMAR ALEJANDRO TECOZAUTLA ROMERO

**DIRECTORA: MTRA. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS
ASESOR: C.D. MARIO NAVA VILLALBA**

MEXICO D.F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Gracias DIOS por todo lo que he obtenido, sin tu ayuda nada es posible.

Gracias Máma y Pápa su apoyo y entrega desde siempre ha sido incondicional y fundamental para lograrlo.

Ale y Erika es por ustedes y para ustedes.

A mis Hermanos, les agradezco su paciencia, deseo que logren mucho más.

A mis Abuelos, mis raíces me enorgullecen, gracias por todo.

A mis Tios, y Tias, a mis primos.

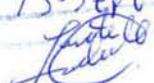
A mis mejores amigos Laura, Javier, Julio, Epifanio y Moisés, gracias por compartir su vida conmigo y escucharme siempre.

Al resto de los amigos, sería difícil nombrarlos a todos, de todos aprendí y los recuerdo.

A los profesores C.D. Mario Nava V., C.D. Bernardo Cruz, , C.D. Dolores Carrasco y C.D. Fernando Tenorio, gracias por brindarme sus conocimientos y tenerme paciencia.

Especialmente a la Mtra. Beatriz Aldape Barrios por hacer realidad este trabajo, es impresionante y ejemplar tu pasión por la docencia y por la Patología, te admiro y respeto, muchas gracias por todo.

Gracias

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico o impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Omar Alejandro Teczaotla Tenorio
FECHA: 13-Sept-04
FIRMA: 



INDICE	PÁGINA
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	2
Mind.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	9
HIPOTESIS.....	9
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPÉCIFICOS.....	10
TIPO DE ESTUDIO.....	11
DEFINICIÓN DEL UNIVERSO.....	11
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	11
UNIDAD BÁSICA DE ANÁLISIS.....	11
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	11
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	11
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	12
MATERIALES Y METODODOS.....	13
Recolección de datos.....	13
Codificación.....	13
Métodos de registro y procesamiento.....	16
Análisis estadístico.....	17
RESULTADOS.....	18
DISCUSIÓN.....	31
CONCLUSIONES.....	35
GLOSARIO.....	36
REFERENCIAS.....	37



INDICE DE FIGURAS	PÁGINA
Fig.1 Base de datos realizada en el programa Access de Windows XP.....	17
Fig.2 Hiperplasia fibrosa.....	20
Fig.3 Mucocele.....	20
Fig.4 Absceso.....	20
Fig.5 Granuloma piógeno.....	21
Fig.6 Papiloma.....	21



INDICE DE GRÁFICAS	PÁGINA
Gráfica 1. Distribución de género.....	18
Gráfica 2. Distribución de casos por edad.....	19
Gráfica 3. Distribución de casos de acuerdo a la clasificación MIND.....	26
Gráfica 4. Número de biopsias realizadas.....	29
Gráfica 5. Frecuencia de estudios de laboratorio requeridos.....	30



INDICE DE TABLAS	PÁGINA
Tabla 1. Estudios publicados en la literatura	3
Tabla 2. Décadas de la vida, número de casos y porcentajes.....	19
Tabla 3. Frecuencia de lesiones con código y porcentaje.....	22
Tabla 4. Frecuencia de diagnóstico	27
Tabla 5. Frecuencia de localización	28
Tabla 6. Frecuencia de localización	28



INTRODUCCIÓN

En el servicio de Patología Bucal se ofrecen servicios de diagnóstico histopatológico y diagnóstico clínico; ambos distintos, el primero es un diagnóstico definitivo, al cual se llega, a través de la observación al microscopio de laminillas, de especímenes obtenidos quirúrgicamente; el segundo es un diagnóstico de presunción, no definitivo (en gran parte de los casos) , emitido mediante la observación clínica y recopilación de datos (historia clínica, pruebas de laboratorio e imagenología). Corresponde a este trabajo estudiar los datos archivados en 1 año de atención a pacientes y la emisión de diagnósticos clínicos.

En este trabajo se empleará un sistema de clasificación de enfermedades propuesta por Carpenter W.¹ , después de agruparlas se cuantificará el número de diagnósticos clínicos obtenidos en 1 año de consulta (Enero a Diciembre), se identificarán las 5 lesiones, alteraciones o enfermedades principales. Además de las estructuras bucales más afectadas la distribución por género y edad en décadas de la vida con los distintos diagnósticos clínicos.



ANTECEDENTES

Los estudios de prevalencia nos permiten conocer de conocer las enfermedades y/o lesiones que afectan con mayor frecuencia un determinado grupo de población y así enfocar los programas de atención a la salud, (en el caso de odontología: salud bucal) para prevenir, tratar, o erradicar dichos procesos. En México son pocos los estudios de prevalencia que se han realizado sobre lesiones de cavidad bucal.^{1,2,3,4,5,6}

Esto es un problema, pues la literatura en la cual se basan los estudiantes de Odontología es de origen americano, y esta a su vez se basa en estudios epidemiológicos donde el tipo de población es fenotípica y genotípicamente distinto al nuestro. En el mundo se han realizado numerosos estudio de este tipo,^{7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19} en los cuales el tipo de lesión con mayor prevalencia varía; en su mayor parte debido al grupo de población en estudio, por ejemplo: existen estudios con un rango de edad muy amplio (10-90 años),^{9,13} otros que van desde la adolescencia hasta adultos mayores,^{4,5,6,8,11,14} ó adultos mayores^{10,15,16,17,18,19,20} ó solo niños.^{3,12} En la tabla 1, se resumen los aspectos más importantes de los diferentes estudios publicados en la literatura.



	País	Universo y Muestra	Género		Rango de edad	5 lesiones más frecuentes
			F	M		
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-Kavčič M (1999)	Ljubjana, 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%), Fovéolas 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 – 86 años M	Melanosis racial (48.8%), Gránulos de Fordyce (42.7%) <i>lesiones friccionales blancas</i> (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%), Mucocele (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	Liquen 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% Varices linguales 4%.
Diaz- Guzmán L (1991)	U. del Bajío	U= 7,297 M= 875	--	--	RE: 15-85 años M: 32.56	Queratosis friccional 2.37%, Úlcera traumática 1.81%, Candidiasis crónica atrófica 1.62%, 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= --	15,54 9	16,47 3	RE: 5-14 años M	Lengua fisurada (5,030), Hipoplasia del esmalte (4,631), Pigmentos exógenos (3,448), Fovéolas 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	15,13 9	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%) 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%, Épulis fisurado 25%, Mucositis crónica 20.5%, Lesiones vasculares 20.5%, Premalignas 17.9%.

Tabla 1. Estudios publicados en la literatura mundial.

Los primeros estudios sobre la prevalencia de lesiones en mucosa bucal se realizaron en Suecia y E.U.A., con Axéll T. y Bouquot J. respectivamente.⁹ El estudio de Bouquot J. es uno de los primeros estudios detallados 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. Sin embargo, en el servicio de Patología Bucal no es posible determinar algo similar, pues se reciben pacientes referidos por una alteración, lesión o enfermedad, por lo tanto la prevalencia de lesión, alteración o enfermedad sería del 100%, lo



que si podría ser valorado es, sí el paciente referido presenta solo una lesión (por la cual fue referido) o más.

También existen diferencias en los resultados debido a la clasificación de los tipos de lesiones que se utilizó. A pesar de que existe una guía para la epidemiología y diagnóstico de las enfermedades de mucosa bucal, realizada por la OMS,²⁰ no aporta una clasificación precisa; debido a ello varios autores agruparon sus lesiones en su propia clasificación. Intentando evitar esta situación, este trabajo se apegará a la clasificación propuesta por Carpenter¹ en 1999, que a continuación se describe.

Este describió dos procedimientos para clasificar patologías bucales, una se basa en la etiopatogenia de la lesión y la segunda basándose en la apariencia clínica. Comparó estos dos procedimientos, observó sus diferencias y las integró. Combinando estas dos clasificaciones le permitió un entendimiento de varias lesiones para que pueda dar y corregir cualquier diagnóstico. Esto para dar un manejo apropiado y su seguimiento. La clasificación etiopatogénica es la siguiente:

MIND

Metabólicas (nutricionales y metabólicas)

Es un grupo de enfermedades sistémicas con manifestaciones bucales. Estas pueden ser nutricionales u hormonales. Deben de afectar la cavidad bucal directamente como ocurre en la enfermedad de Addison, que presenta pigmentaciones en la lengua, secundario a una hipovitaminosis por complejo B.



Inflamatorias (infecciosas, hiperplásicas, reactivas y autoinmunes).

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 enfermedades inmunológicas (reacciones alérgicas, y autoinmunes).

Neoplásicas (benignas, premalignas y malignas):

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

Del desarrollo:

Pueden ser genéticas o adquiridas, puede ser de una naturaleza congénita (se presentan desde el nacimiento) o exhiben manifestaciones bucales durante el desarrollo. Puede representar un gran número de alteraciones como los quistes y el paladar hendido.

El odontólogo 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, y el género, son datos importantes en la recolección de datos. La historia de la lesión debe abarcar evolución, dolor, antecedentes heredofamiliares, regularidad, 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 que propuso Carpenter W., es la siguiente: lesiones blancas, lesiones rojas, pigmentaciones, úlceras, lesiones vesiculobulbosas e inflamación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen pocos estudios sobre frecuencia de lesiones de cavidad bucal en México; en la Facultad de Odontología solo se ha realizado un estudio de esta índole en la clínica de admisión de la DePe I en el año de 1994 como tesis de maestría del C.D. Donohue A.²¹ En el servicio Patología Bucal se presta atención clínica, sin embargo no es sino hasta el año 2000 cuando se comienza a realizar una historia clínica sistemática con menor ausencia de datos y también comienza a archivar el expediente completo del paciente. Por lo que se realizan los siguientes cuestionamientos ¿Cuál es la lesión, alteración o enfermedad más frecuente, diagnosticada en el servicio de Patología Bucal?, ¿Cuál es su distribución por edad y sexo?, ¿Es sólo un proceso patológico el que afecta la cavidad bucal del paciente cuando es referido, o pueden estar presentes otros procesos de distinta etiopatogenia en un mismo momento?, ¿Qué estructura bucal es afectada con mayor frecuencia?, ¿Cuántas biopsias se realizaron durante el año? ¿A cuántos pacientes se les solicitaron estudios de laboratorio?



JUSTIFICACIÓN

Debido a que los estudios sobre frecuencia 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, sería 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.

HIPOTESIS

Las lesiones más frecuentes en cavidad bucal son, según la clasificación MIND, aquellas de tipo inflamatorio/hiperplásico y de ellas la que representa el mayor porcentaje es la hiperplasia fibrosa.

Las lesiones más frecuentes en cavidad bucal no son aquellas de tipo inflamatorio/hiperplásico, por tanto la hiperplasia fibrosa no es la lesión más frecuente en cavidad bucal.



OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia de diagnósticos clínicos en el servicio de Patología Bucal de la DEPel, FO, en un período comprendido de Enero a Diciembre del 2003.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Establecer el género y la edad por años y por décadas de la vida de los pacientes que fueron atendidos, a través de sus expedientes en el servicio de Patología Bucal, DEPel, en un período de 1 año (Enero a Diciembre del 2003).
- b) Cuantificar la cantidad de diagnósticos clínicos en el periodo de Enero a Diciembre del 2003, en el servicio de Patología Bucal.
- c) Colocar las lesiones en orden decreciente de frecuencia, establecer cuales son las 5 primeras lesiones y realizar una revisión de la literatura de estas.
- d) Definir las localizaciones más frecuentes de la lesiones.
- e) Determinar el número de biopsias que se realizaron en el servicio de Patología Bucal.
- f) Determinar a cuantos pacientes se les solicitaron estudios de laboratorio.



TIPO DE ESTUDIO: Transversal.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO.

Los expedientes realizados a pacientes que fueron atendidos en el servicio de Patología bucal en el período Enero a Diciembre del 2003.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Los 496 expedientes realizados a pacientes que fueron atendidos en el servicio de Patología Bucal de Enero a Diciembre del 2003.

UNIDAD BASICA DE ANALISIS

Los diagnósticos clínicos emitidos en los expedientes, y que sean acompañados por edad, género, localización y número de registro.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Aquellos expedientes que mencionen uno o más diagnósticos clínicos y sean acompañados por el número de registro, género, edad, y localización.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

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



DEFINICIÓN DE VARIABLES

Todos los diagnósticos clínicos que tengan los datos mencionados. Por diagnóstico clínico se entiende 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 historia clínica.

Registro: Número asignado al expediente, de manera consecutiva y que define el orden del en el que fueron atendidos los pacientes.

Género: Femenino o masculino.

Edad: Número de años

Tipo de lesión o diagnóstico clínico: Se utilizará la clasificación **MIND**, descrita anteriormente y se dan registros consecutivos a las lesiones que entren en los distintos grupos:

Metabólicas	(101, 102, 103, 104...n)
Inflamatorias	(201, 202, 203, 204...n)
Neoplásicas	(301, 302, 303, 304...n)
Del desarrollo	(401, 402, 403, 404...n)

Localización: Estructuras bucales afectadas por las lesiones, de las cuales serán tomadas en cuenta las siguientes: labios, comisuras, mucosa labial, mucosa yugal, encía anterior, encía posterior, paladar duro, paladar blando, piso de boca; dorso, bordes y vientre de lengua, istmo de la faringe, en caso



de anodoncia, reborde alveolar inferior y superior; maxilar, cuerpo y ramas mandibulares, dientes, peribucal, generalizado en toda la boca, piel o en otra parte de cuerpo.

MATERIALES Y METODOS

RECOLECCIÓN DE DATOS

Para poder incorporar los datos a un programa de análisis estadísticos se empleara una codificación numérica de los distintos datos que se encuentran en los expedientes como a continuación se indica.

REGISTRO: El asignado consecutivamente y localizado en la esquina superior derecha de cada historia clínica.

CODIFICACION

EDAD: AÑOS

GENERO: 1-MASCULINO 2-FEMENINO

BIOPSIA: 0-NO SE REALIZO 1-SI SE REALIZO

LABORATORIO: 0-NO SE SOLICITARON 1-SI SE SOLICITARON

EDAD POR DECADAS DE LA VIDA

0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



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 - UBICACIÓN-	20
PIEL	21
TODA LA CAVIDAD BUCAL	22
OTRA – ESPECIFICAR -	23

DIAGNOSTICO CLINICO: Asignado en orden de aparición en los distintos grupos de acuerdo a la clasificación MIND.

MIND

100 METABOLICAS

200 INFLAMATORIAS

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 201 Candidiasis | 211 Gingivitis |
| 202 Mucocele | 212 GPCG |
| 203 Glositis romboidea media | 213 Trombocitopenia |
| 204 Psoriasis | 214 Tatuaje por amalgama |
| 205 Síndrome de boca dolorosa | 215 Sialolito |
| 206 Síndrome Sjogren | 216 Liquen plano |
| 207 Xerostomía | 217 Queratosis friccional |
| 208 Papiloma | 218 Lengua depapilada |
| 209 Odontalgia | 219 Lengua saburral |
| 210 Hiperplasia fibrosa | 220 Hematoma |
| | 221 Ulcera traumática |
| | 222 Herpes simple |
| | 224 Neuralgia de trigémino |
| | 225 Absceso |



- 226 Nódulo inflamado
227 Fractura
228 Cicatriz
229 Telangectasia
230 Petequia
231 Fisura
232 Moricatum bucarum
233 Granuloma piógeno
234 Estomatitis nicotínica
235 Lesión vascular
237 VIH
238 Penfigoide
239 GCCG
240 Reacción liquenoide
241 Mononucleosis infecciosa
242 Lengua pilosa
243 Dolor articular
244 Erosión
245 Infección crónica
246 Verruga
247 Ránula
248 Hiperplasia epitelial focal (enfermedad de Heck)
249 Parálisis facial
250 Queilitis angular
251 Quiste periapical
252 Mácula eritematosa
253 Resorción externa
254 Condiloma
255 Lupus eritematoso sistémico
256 Inflamación inespecífica
257 Impétigo
258 Osteitis condensante
259 Lentigo
260 Pénfigo vulgar
261 Sialometaplasia necrotizante
262 Dermatitis atópica
263 Amigdalitis
264 Queilitis pruriginosa
265 Hiperplasia papilar inflamatoria
268 Leucoplasia pilosa
269 Sialolitiasis con sialoadenitis
270 Equimosis
271 Queratosis seborreica
272 Fibrosis
273 Celulitis
274 Secuestro óseo
275 Laceración
276 Hiperqueratosis
277 Linfadenopatía
278 Neurodermatitis
279 Queratosis nicotínica
280 Epulis fisuratum (hiperplasia fibrosa inflamatoria)
281 Gingivoestomatitis herpética
282 Osteorradionecrosis
283 Sarcoidosis
284 Estomatitis aftosa recurrente
285 Espícula ósea
286 Úlcera aftosa
287 Osteomielitis
288 Parotiditis
289 Resto radicular
290 Enfermedad de Crohn
291 Síndrome de biberón con caries
292 Úlcera inespecífica
293 Tuberculosis
294 Rarefacción periapical
295 Reacción alérgica (mucositis alérgica)
296 Queilitis actínica
297 Quemadura por aspirina (quemadura química)
298 Disfunción de ATM (dolor articular)
299 Molusco contagioso
- 300 NEOPLASICAS
- 304 Leucoplasia
305 Hemangioma cavernoso
306 Carcinoma epidermoide
307 Ameloblastoma folicular
308 Xantoma
310 Adenoma pleomorfo
311 Carcinoma basocelular
312 Mieloma múltiple
313 Carcinoma verrucoso
314 Leucemia
315 Osteoma
316 Lipoma
317 Tumor de células granulares
318 Dermatofibroma
319 Mixoma
320 Fibroma osificante periférico
321 Lesión fibro-ósea benigna
322 Odontoma
324 Cista adenoma papilar linfomatoso (tumor de Warthin)
325 Hemangioma capilar
327 Hemangiolinfangioma
328 Fibroma verdadero (tumor fibroso solitario)
329 Linfocitoma
330 Carcinoma in situ
331 Neuroma traumático
- 400 DEL DESARROLLO
- 401 Fusión de dientes
402 Anodoncia parcial
403 Gránulos de Fordyce
404 Lengua fisurada



405 Lengua geográfica	425 Estomatitis geográfica
406 Variación de lo normal	426 Nódulo linfático ectópico
407 Mácula melanotica	429 Diente impactado
408 Torus palatino	430 Queratoquiste
409 Torus mandibular	431 Quiste nasolabial
410 Exostosis	432 Quiste sebáceo
411 Displasia fibrosa	433 Quiste óseo aneurismático
412 Varices	434 Atrofia hemifacial (síndrome de Parry-Romberg)
413 Melanosis	435 Parestesia
414 Nevo	436 Defecto cierre de suturas palatinas
415 Cúspide espolonada	437 Nevo blanco esponjoso
416 Quiste dermoide	439 Quiste braquial
417 Quiste dentígero	440 Quiste de erupción
418 Lengua crenada (irritación-inflamatoria)	441 Retardo de la erupción
419 Dentinogénesis imperfecta	442 Mesiodens
420 Quiste óseo solitario (cavidad de Stafne)	443 Diente retenido
421 Agranulosis congénita	444 Quiste residual
422 Perlas de Epstein	446 Displasia ectodérmica anhidrótica
423 Leucoedema	
424 Incontinentia pigmenti	

RESULTADO: Asignado en el mismo orden ya descrito anteriormente en los distintos grupos de acuerdo a la clasificación MIND

METODOS DE REGISTRO Y PROCESAMIENTO

Se realizó una base de datos en el programa Access XP del paquete de programas Office XP conforme los campos (datos) arriba mencionados y sus respectivas codificaciones (figura 1).

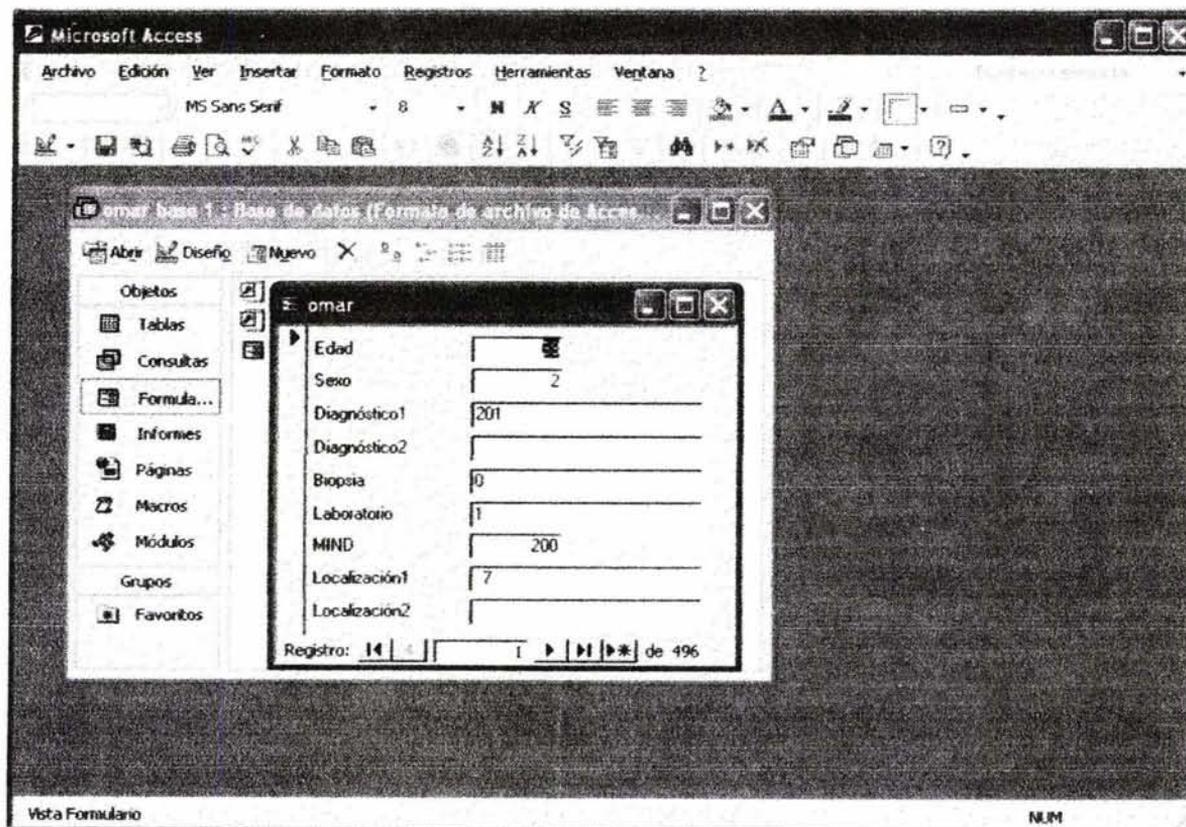


Figura1. Base de datos realizada en el programa Access de Windows XP.

ANALISIS ESTADISTICO

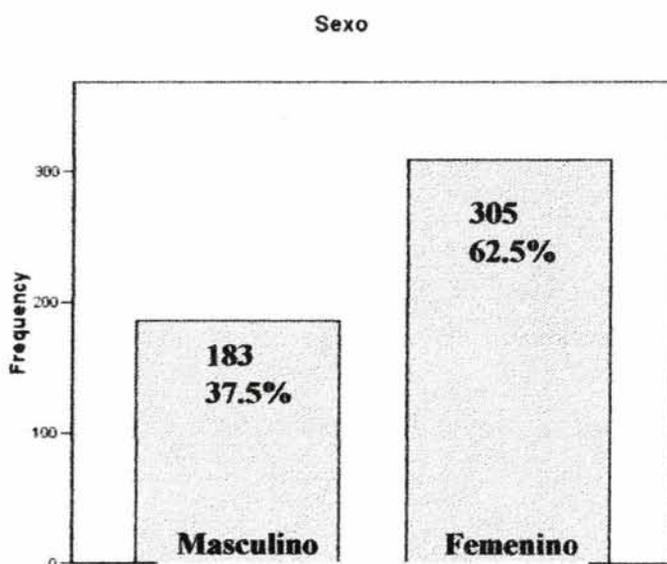
El análisis de datos será descriptivo a través de una distribución de frecuencias, obteniendo la cuantificación de los diagnósticos clínicos en un orden decreciente por categoría de enfermedades y de manera individual a cada lesión, alteración o enfermedad; promedio de la edad, porcentajes de ambos géneros, porcentaje de cada estructura bucal afectada, cuantificación de biopsias realizadas sobre el número total de lesiones, para tales fines se empleará el programa SPSS versión 9.0.



RESULTADOS

De los 496 expedientes que se realizaron en el servicio de Patología Bucal en el año del 2003, fueron excluidos 8 de ellos por no contar con los datos requeridos, obteniendo una muestra de estudio de 488 expedientes.

El género más frecuentemente afectado fue el femenino con 305 casos, y 183 casos del género masculino (grafica 1).



Grafica 1. Distribución de género

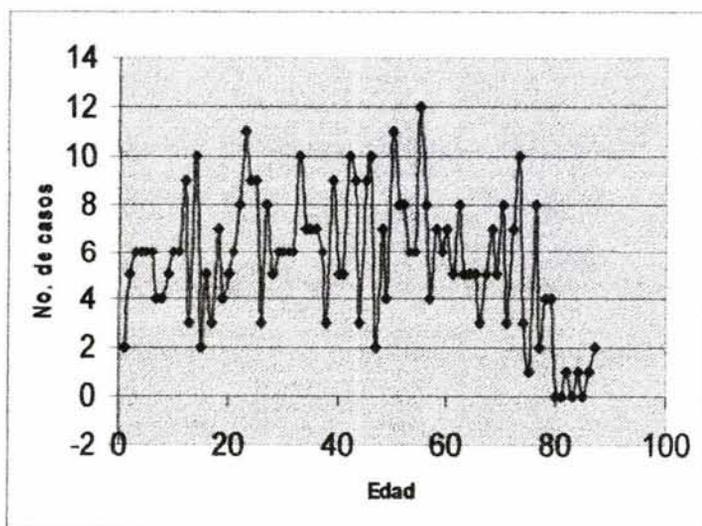
El rango de edad fue de 11 meses a 87 años con una media de 41.00, la década de la vida que predominó fue la 6ª (74 casos, 15.1%), seguidas por la 3ª (71 casos, 14.5%) y la 5ª (70 casos, 14.3%) (Tabla 1.). Esto indica que la atención a pacientes en cuanto a edad tiene dos picos de incidencia entre los 20 y 29 años y los 40 a 59 años, sin embargo, con una diferencia marginal, como lo muestra la tabla 2.



Décadas de la vida	No. de casos	Porcentaje
1	50	10.2
2	54	11.0
3	71	14.5
4	66	13.5
5	70	14.3
6	74	15.1
7	56	11.4
8	42	8.6
9	5	1.0
Total	488	100.0

Tabla 2. Décadas de la vida, número de casos y porcentajes.

La distribución de número de casos por edad fue muy variable, como se muestra en la gráfica 2, es decir, como ejemplo: 10 casos tuvieron 14 años y solo 2 casos tuvieron 15 años. Esta distribución se muestra en aproximadamente 14 puntos de la gráfica, esto significa que la distribución de la población en este estudio no respeta una curva de Gausse normal.



Gráfica 2. Distribución de casos



La lesión más frecuente en este estudio dentro de la clasificación MIND fue de tipo inflamatorio, dentro de la subcategoría de lesiones hiperplásicas, esta fue la hiperplasia fibrosa con 39 casos que representan el 7.9%, (Fig.2), seguida por el mucocele con 26 casos que representan el 5.2 % (Fig.3), el absceso con 20 casos que representan el 4.0 % (Fig.4), el granuloma piógeno (Fig.5) con 19 casos representando el 3.8%, y como quinto lugar el papiloma con 17 casos con un porcentaje de 3.4% (Fig.6). Estas cinco lesiones representan el 24.3 % del total de casos vistos en el 2003, como se observa en la tabla 2, en la cual se han dispuesto los diagnósticos por orden decreciente de frecuencia.



Fig. 2. Hiperplasia Fibrosa



Fig. 3. Mucocele.



Fig. 4. Absceso/ Celulitis



Fig. 5. Granuloma Piógeno.



Fig. 6. Papiloma.

De los 488 expedientes en estudio se obtuvieron 132 distintos diagnósticos clínicos, lo cual muestra una gran variabilidad de lesiones, alteraciones o enfermedades que puede mostrar un tipo de población como el que se tomó en este trabajo. Cabe destacar que los 10 diagnósticos (pertenecientes al primer diagnóstico emitido) más frecuentes representan el 33.1 % de los 488 casos (tabla 3). En este punto se debe aclarar que el 14.5% de estos pacientes (71 n) presentaban otra lesión, alteración o enfermedad incluso existió un número reducido que llegaban a presentar más de 2 lesiones, sin embargo por el diseño de la base de datos no se incorporó esta información, si bien solo daba una diferencia marginal. En realidad la suma total de diagnósticos 1 y 2 nos da un total de 559 diagnósticos emitidos (tabla 3 y 4).



No. de casos	Código	Diagnóstico Clínico	%
39	210	Hiperplasia fibrosa	7.9
26	202	Mucocele	5.2
20	225	Absceso	4.0
19	233	Granuloma piógeno	3.8
17	208	Papiloma	3.4
16	201	Candidiasis	3.2
15	405	Lengua geográfica	3.0
13	221	Úlcera traumática	2.6
13	273	Celulitis	2.6
12	205	Síndrome de boca dolorosa	2.4
12	280	Epulis fissuratum	2.4
11	207	Xerostomía	2.2
11	211	Gingivitis	2.2
9	214	Tatuaje por amalgama	1.8
9	217	Queratosis friccional	1.8
9	226	Nódulo linfático inflamado	1.8
9	247	Ránula	1.8
8	305	Hemangioma cavernoso	1.6
8	284	Estomatitis aftosa recurrente	1.6
6	216	Liquen Plano	1.2
6	224	Neuralgia de trigémino	1.2
6	260	Pénfigo vulgar	1.2
6	407	Mácula melanótica	1.2
6	417	Quiste dentigero	1.2
5	404	Gránulos de Fordyce	1.0
4	206	Síndrome de Sjögren	.8
4	232	Morsicatum bucarum	.8
4	258	Osteitis condensante	.8
4	271	Queratosis seborreica	.8
4	275	Laceración	.8
4	276	Hiperqueratosis	.8
4	281	Gingivoestomatitis herpética	.8
4	292	Úlcera inespecífica	.8



4	251	Quiste periapical	.8
3	212	GCPG	.6
3	218	Lengua repapilada	.6
3	234	Estomatitis nicotínica	.6
3	238	Penfigoide	.6
3	246	Verruga	.6
3	248	Hiperplasia epit. focal Heck	.6
3	306	Carcinoma epidermoide	.6
3	320	Fibroma osificante periférico	.6
3	322	Odontoma	.6
3	408	Torus palatino	.6
3	410	Exostosis	.6
3	413	Melanosis	.6
2	215	Sialolito	.4
2	219	Lengua saburral	.4
2	220	Hematoma	.4
2	240	Reacción liquenoide	.4
2	243	Dolor articular	.4
2	250	Queilitis angular	.4
2	262	Dermatitis atópica	.4
2	265	Hiperplasia papilar inflamatoria	.4
2	272	Fibrosis	.4
2	283	Sarcoidosis	.4
2	287	Osteomielitis	.4
2	310	Adenoma pleomorfo	.4
2	325	Hemangioma capilar	.4
2	328	Fibroma verdadero	.4
2	402	Anodoncia parcial	.4
2	409	Torus mandibular	.4
2	411	Displasia fibrosa	.4
2	423	Leucoedema	.4
2	426	Nódulo linfático ectópico	.4
2	440	Quiste de la erupción	.4
1	222	Herpes simple	.2
1	230	Petequia	.2
1	231	Fisura	.2
1	236	Parálisis facial	.2



1	239	GCCG	.2
1	244	Erosión	.2
1	245	Infección crónica	.2
1	252	Macula eritematosa	.2
1	253	Resorción interna	.2
1	255	Lupus eritematoso	.2
1	259	Lentigo	.2
1	263	Amigdalitis	.2
1	264	Queilitis pruriginosa	.2
1	268	Leucoplasia	.2
1	269	Sialolitiasis con sialoadenitis	.2
1	270	Equimosis	.2
1	274	Secuestro óseo	.2
1	277	Linfadenopatía	.2
1	278	Neurodermatitis	.2
1	279	Queratosis nicotínica	.2
1	285	Espícula ósea	.2
1	288	Parotiditis	.2
1	289	Resto radicular	.2
1	290	Enfermedad de Crohn	.2
1	291	Síndrome de biberón	.2
1	293	Tuberculosis	.2
1	294	Rarefacción periapical	.2
1	295	Reacción alérgica	.2
1	296	Queilitis actínica	.2
1	297	Quemadura química	.2
1	298	Disfunción de ATM	.2
1	299	Molusco contagioso	.2
1	304	Leucoplasia	.2
1	307	Ameloblastoma folicular	.2
1	315	Osteoma	.2
1	317	Tumor de células granulares	.2
1	318	Dermatofibroma	.2
1	319	Mixoma	.2
1	321	Lesión fibro-ósea benigna	.2
1	323	Lipoma	.2
1	324	Cistadenoma papilar linfomatoso	.2

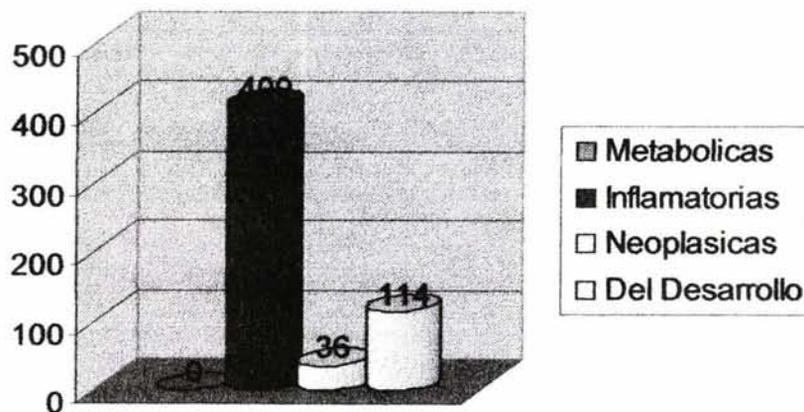


1	327	Hemangioliinfangioma	.2
1	329	Linfocitoma	.2
1	330	Carcinoma in situ	.2
1	331	Neuroma traumático	.2
1	412	Varices	.2
1	414	Nevo	.2
1	416	Quiste dermoide	.2
1	418	Lengua crenada	.2
1	419	Dentinogenesis imperfecta	.2
1	425	Estomatitis geográfica	.2
1	429	Diente impactado	.2
1	430	Queratoquiste	.2
1	431	Quiste nasolabial	.2
1	433	Quiste óseo aneurismático	.2
1	434	Atrofia hemifacial	.2
1	435	Parestesia	.2
1	436	Defecto de cierre de suturas palatinas	.2
1	437	Nevo blanco esponjoso	.2
1	439	Quiste braquial	.2
1	441	Retardo de la erupción	.2
1	442	Mesiodens	.2
1	443	Diente retenido	.2
1	444	Quiste residual	.2
1	446	Displasia ectodérmica anhidrótica	.2
488	Total		100.0
Total	100.0		

Tabla 3.- Frecuencia de lesiones con código y porcentaje



De acuerdo a la clasificación MIND la categoría "Inflamatorias" fue conformada por 409 casos que representan el 73.1%, indicando una evidente tendencia a que los procesos patológicos mostrados en este grupo de estudio son en su mayoría infecciosos, reactivos, hiperplásicos o autoinmunes. Seguidos por el grupo del "Desarrollo" con 114 casos (20.3%), las lesiones "Neoplásicas" se presentaron en 34 casos (6.4%). Resulta llamativa la ausencia de casos en el grupo de tipo "Metabólicas", la justificación mas congruente es debido a que este tipo de lesiones o enfermedades cursan a través de un proceso diagnóstico en el cual el Servicio de Patología Bucal fungía como filtro para detectar y remitir a su medico general a aquellos pacientes con sospecha de presentar un proceso sistémico (gráfica 3).



Gráfica 3. Distribución de casos de acuerdo a la clasificación MIND

En 71 (14.5%) de los 488 pacientes se presentó un segundo diagnóstico, es interesante hacer notar que el 56.3% (40n) de estas lesiones son del tipo "Del Desarrollo", esto refleja que al realizar el expediente y al plasmar los datos clínicos de la exploración bucal era relativamente frecuente encontrar este tipo de



lesiones, lo que en la mayoría de lugares (consultorios privados, instituciones de salud, etc) no se registran, o se les da poca importancia. Esto es ratificado al poder observar que entre las 5 primeras lesiones mas frecuentes del segundo

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
413 Melanosis	12	16.9
405 Lengua geográfica	8	11.2
201 Candidiasis	6	8.4
404 Lengua fisurada	6	8.4
207 Xerostomia	5	7.0
210 Hiperplasia fibrosa	5	7.0
403 Gránulos de Fordyce	5	7.0
219 Lengua saburral	4	5.6
214 Tatuaje por amalgama	2	2.8
217 Queratosis friccional	2	2.8
218 Lengua depapilada	2	2.8
407 Mácula melanótica	2	2.8
412 Varices	2	2.8
205 SBD	1	1.4
211 Gingivitis	1	1.4
226 Nódulo linfático	1	1.4
232 Morcicatum bucarum	1	1.4
245 Infección crónica	1	1.4
406 Variación de lo normal	1	1.4
409 Torus mandibular	1	1.4
418 Lengua crenada	1	1.4
423 Leucoedema	1	1.4
432 Quiste sebáceo	1	1.4
Total	71	100%

diagnóstico solo figura una lesión de tipo "Inflamatoria" siendo la candidiasis con 6 casos representando el 8.4%. También es claro que las lesiones de tipo "Neoplásicas" no están presentes dentro de la emisión de un segundo diagnostico esto puede ser justificado en el sentido de que este tipo de lesiones son generalmente el motivo principal de consulta. El diagnostico mas frecuente fue la melanosis con 12 casos, seguida por lengua geográfica con 8 casos, candidiasis con 6 casos, lengua fisurada con 6 casos y gránulos de Fordyce con 5 casos (tabla 4).

Tabla 4. Frecuencias de Diagnostico No. 2



Las 2 primeras localizaciones presenta igual número de casos, las cuales son mucosa labial y lengua (59n, 11.9%) estas estructuras bucales son mucosas móviles y su frecuente afección se puede correlacionar con el diagnóstico de hiperplasia fibrosa y papiloma en el caso de lengua; y mucocele en el caso de mucosa labial (tabla 3 y 5). El cuerpo de la mandíbula es la siguiente localización con mayor predominio reflejando una gran cantidad de lesiones intraóseas, principalmente de origen odontogénico, ya sea infecciosas, quísticas o neoplásicas. La cuarta localización con mayor frecuencia es el paladar duro, ya que en el se asientan muchos de los procesos infecciosos micóticos, algunas lesiones hiperplásicas, reactivas y neoplásicas (tabla 5).

Localización	Frecuencia	Porcentaje
Dorso de lengua	22	30.95
Mucosa labial	17	23.9
Mucosa yugal	7	9.8
Paladar duro	6	8.4
Toda la cavidad bucal	6	8.4
Labios	4	5.6
Encia anterior	3	4.2
Encia posterior	1	1.4
Piso de boca	1	1.4
Bordes de lengua	1	1.4
Ventre de lengua	1	1.4
Reborde alveolar inferior	1	1.4
Piel	1	1.4
Total	71	100

Tabla 6. Frecuencia de localización 2.

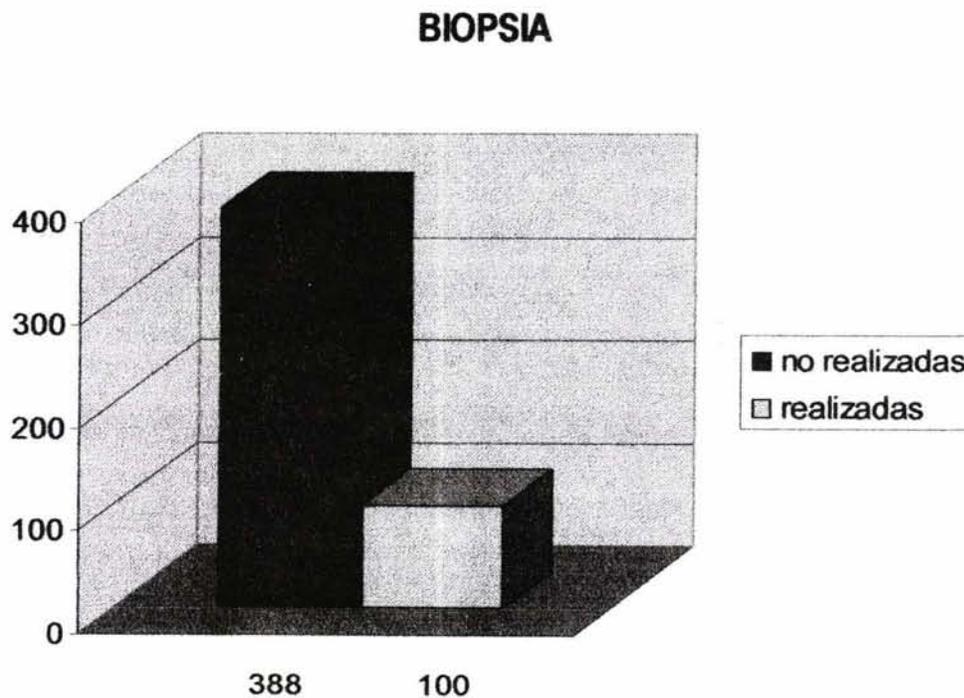
Localización	Frecuencia	Porcentaje
3 Mucosa labial	59	11.9
10 Lengua dorso	59	11.9
17 Mandibula cuerpo	44	8.9
7 Paladar duro	37	7.5
1 Labios	30	6.0
14 Reborde alveolar sup	27	5.4
9 Piso de boca	26	5.2
22 Toda la cavidad bucal	26	5.2
4 Mucosa yugal	23	4.6
5 Encia anterior	22	4.4
21 Piel	22	4.4
6 Encia posterior	21	4.2
15 Reborde alveolar inf.	21	4.2
19 Dientes	18	3.6
11 Lengua bordes	12	2.4
8 Paladar blando	9	1.8
23 Otra –especificar	9	1.8
16 Maxilar	7	1.4
18 Mandibula ramas	6	1.2
2 Comisuras	5	1.0
12 Lengua vientre	5	1.0
Total	488	100

Tabla 5. Frecuencia de localización 1.

Las localizaciones en los 71 casos con segundo diagnóstico se distribuyen de una manera similar que las localizaciones del primer diagnóstico: dorso de lengua con 22 casos, mucosa labial con 17 casos, mucosa yugal con 7 casos, paladar duro con 6 casos y toda la cavidad bucal con 6 casos (tabla 6).



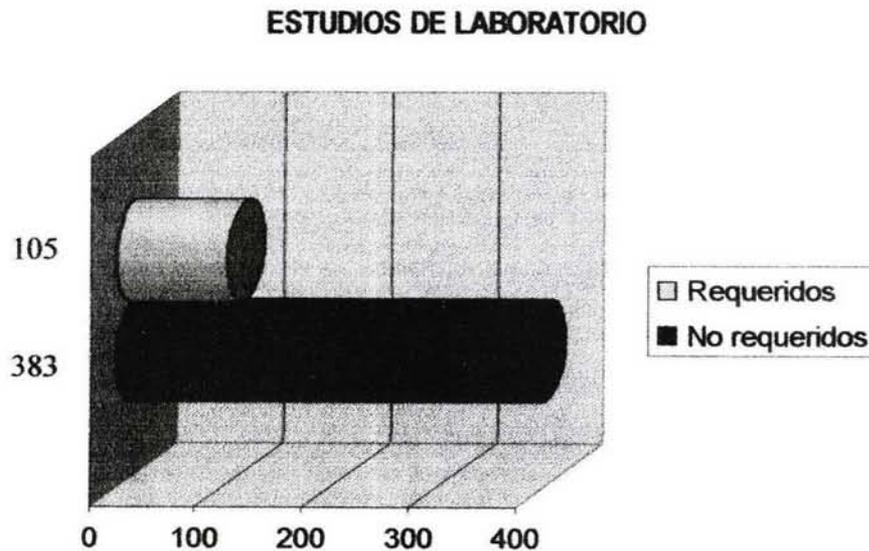
De los 488 pacientes revisados, a 100 (20.4%) se les realizó biopsia, esto significa que la corroboración del diagnóstico clínico a través del estudio histopatológico (Independientemente del tipo de biopsia, excisional o incisional) es una práctica común y plenamente justificada para ofrecer la mayor certeza diagnóstica (gráfica 4).



Gráfica 4. Número de biopsias



De los 488 pacientes revisados a 105 se le solicitaron estudios de laboratorio, esto nos muestra que existen procesos donde es necesario descartar la posibilidad de que se encuentren formando parte o sean secundarios a enfermedades sistémicas, para abordarlos de la manera mas completa. O de manera contraria que estos sean la expresión primaria de una enfermedad sistémica y poderlas detectar a tiempo (gráfica 5).



Gráfica 5. Frecuencia de estudios de laboratorio requeridos.



DISCUSION

Como se ha visto en los resultados los procesos inflamatorios, ya sean hiperplásicos, reactivos, infecciosos o autoinmunes de acuerdo a la clasificación MIND son las entidades que con mayor frecuencia afectan las estructuras bucales, tanto en la población de este estudio como en las poblaciones de otras publicaciones en la literatura.²² (ver tabla 1).

De estas es la hiperplasia fibrosa la de mayor dominio, su factor etiológico es asociado a una irritación constante. La población en general para este país tiene una cultura sobre salud bucal muy baja es común que las personas adultas jóvenes y adultas mayores tengan problemas en cuanto a la pérdida de órganos dentarios y maloclusión, esto crea una correlación muy fuerte entre esta lesión y su etiología. Afortunadamente no tiene mayor consecuencia y su tratamiento es relativamente sencillo al realizar su excisión local si bien, algunos autores han reportado la transformación del epitelio que la recubre originada por un trauma constante y de largo tiempo; esto es extraordinariamente raro.²² El problema es evitar su recurrencia a través de la rehabilitación dental.

El mucocele es un término clínico empleado para describir a nivel histológico un fenómeno de extravasación o de retención mucosa. Su factor etiológico es el trauma y la ruptura del conducto excretor o taponamiento del mismo respectivamente. Es encontrado principalmente en niños en mucosa labial inferior, este dato se reprodujo en los resultados de este estudio al ser el mucocele la lesión más frecuente y la mucosa labial como una de las principales estructuras bucales afectadas; a pesar de que el grupo de edad entre la primera y segunda década de la vida no son los más atendidos en el servicio de Patología bucal es esta lesión la que con mayor frecuencia los afecta, también es uno de los



procesos patológicos que se incorpora al dato de biopsia, en este caso de tipo excisional en los 100 pacientes a quienes se les realizó. Su tratamiento es la enucleación, sin embargo es relativamente frecuente su recidiva si no es eliminado completamente junto con la glándula que es afectada, y si no son eliminados o se hace prevención a los hábitos que le dieron origen.

Se ha comentado la poca cultura de salud bucal en nuestra población y esto se ve directamente reflejado y comprobado en los procesos inflamatorios agudos (absceso) de origen infeccioso odontogénico. Esto se debe no solo a la ignorancia en cuanto al cuidado personal, también se deben agregar factores que escapan de sus posibilidades como lo es el económico ya que acceder a un servicio de atención bucal en el caso de ser privado es costoso, y en el caso de las instituciones de salud se encuentra saturado o sus condiciones son deficientes, y al conjugarse estos factores obligan a la persona afectada a soportar esta condición hasta que generalmente se agudiza de manera irremediable. Dependiendo de la fase en la que se encuentre la infección el tratamiento puede ser relativamente sencillo hasta procesos quirúrgicos que comprometan la vida del paciente, este último punto es importante en el manejo de esta entidad, pues el carácter de su historia natural puede llegar a tener un desenlace fatal al diseminarse a estructuras vitales. Es y seguirá siendo una de las lesiones más frecuentes mientras no exista un programa de prevención y atención bucal en nuestra población, la responsabilidad no debe recaer solo en el sistema de salud nacional si no también en el compromiso profesional y social de cada Cirujano Dentista que egresa de esta carrera.

El granuloma piógeno es una proliferación exuberante de tejido de reparación, su etiología se a asociado a cambios hormonales, (tumor del embarazo) calculo, o cuerpos extraños en la encía o líquido crevicular, de ahí que su principal localización sea la encía interdientaria, pueden ocurrir a cualquier edad



y además en cualquier superficie de la mucosa bucal. El nombre correcto de esta lesión que actualmente se la ha designado es Hemangioma capilar lobular, aunque este es un término histológico descriptivo tiene mayor soporte que el de granuloma píogeno, pues este último se refiere a un tejido inflamatorio de tipo granulomatoso que produce exudado purulento lo cual es erróneo pues el tejido que se encuentra en esta lesión es de tipo granulación (reparador) no granulomatoso y tampoco produce pus. También es posible encontrarlo en cualquier superficie cutánea, aclarando que no se encuentra solo restringido a cavidad bucal; en este estudio represento la cuarta lesión mas frecuente, asociándola a una poca atención en el control de placa o limpieza bucal. Su tratamiento es la excisión local con un pequeño margen de la mucosa que le sirve como base para evitar su recurrencia; esta lesión también es involucrada en el número total de biopsias excicionales que se realizaron en este servicio.

El papiloma es una verdadera hiperplasia del epitelio, su etiología se ha asociado a infección por Virus de Papiloma Humano (VPH) tipo 6 y 11 pero en otros casos con características histológicas y clínicas completas no se ha encontrado esta asociación. Por este motivo y debido a que la mayoría de los autores mencionan una etiología viral en este estudio se decidió incorporar esta lesión en la categoría de "Inflamatorias" de tipo infecciosas virales. También se menciona que el papiloma es una variedad de expresión clínica dentro del espectro de infecciones por VPH, por ejemplo condiloma acuminado , hiperplasia epitelial focal, verruga vulgar. Sin embargo un punto en contra de su origen viral es su carácter contagioso, surge entonces la pregunta ¿Por qué se presenta como lesión solitaria y no múltiple en la cavidad bucal?. Fuera de todo esta cuestionamiento su frecuencia en este estudio ocupo el quinto lugar, sería interesante saber si los casos en este estudio estuvieron relacionados a VPH, sin embargo debido a limitaciones de infraestructura no fue posible determinarlo. Su tratamiento es la excisión local sin riesgo de recurrencia.



Las lesiones mas frecuentes que fueron biopsiadas fueron representadas por hiperplasia fibrosa, mucocele, granuloma piógeno y papiloma, debido a que son lesiones menores de 2 cm., y su manejo quirúrgico es sencillo.

Otro dato interesante de señalar es que como un segundo diagnóstico se encuentran las lesiones o alteraciones del tipo del "Desarrollo" ya que a estas la mayoría de los Odontólogos las pasan por alto o no les dan la importancia que se merecen, no debemos olvidar que muchas de estas pueden asociarse a síndromes o alteraciones del desarrollo.

La población atendida de manera similar a otros estudios publicados en la literatura, fueron mujeres entre la 5ta y 6ta década de la vida, quizás debido a que es este género quien le da mayor importancia a su cuidado personal o que también son afectadas por variaciones hormonales, psicológicas y/o sociales.



CONCLUSIONES

Las lesiones más frecuentes en cavidad bucal son, según la clasificación MIND, aquellas de tipo inflamatorio/hiperplásico y de ellas la que representa el mayor porcentaje es la hiperplasia fibrosa.

Se demuestra que la clasificación MIND propuesta por Carpenter W. es un método fácil y práctico para agrupar las lesiones por su etiopatogenia en 4 grandes grupos.

Las estructuras bucales afectadas con mayor frecuencia son lengua y mucosa labial.

La biopsia de tipo incisional o excisional es un elemento necesario para el manejo y diagnóstico de las entidades patológicas.

El género femenino entre la 5ta y 6ta década de la vida es la población afectada y atendida con mayor frecuencia en este estudio.

Las lesiones del tipo de desarrollo es el segundo diagnóstico en cada individuo más frecuente.

Se debe descartar a través de estudios de laboratorio y auxiliares de diagnóstico que las enfermedades o lesiones que afectan la cavidad bucal, sean parte secundarias o la manifestación primaria de procesos sistémicos.



GLOSARIO

Afección: Estado morbozo, enfermedad.

Alteración: Cambio cualquiera en la naturaleza, forma o cualidades de un cuerpo o una sustancia.

Biopsia: Extracción y examen, microscópico de tejidos u otras materias procedentes del organismo vivo con fines de diagnóstico

Enfermedad: Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo.

Epulis fisuratum: Aumento de volumen que generalmente se presenta en la encía.

Etiopatogenia: Origen y desarrollo de las enfermedades.

Fenotípicamente: Conjunto de las propiedades manifiestas de un organismo, sean o no hereditarias.

Genotípicamente: Constitución fundamental hereditaria de un organismo que resulta de una combinación particular de genes.

GCCG: Granuloma central de células gigantes.

GPCG. Granuloma periférico de células gigantes.

Lesión: Daño o alteración morboza orgánica o funcional, de los tejidos.

SBD: Síndrome de boca dolorosa.



REFERENCIAS

- ¹ Carpenter W. Two approaches to the diagnosis of de bucal mucosa, *CDA Journal*, 1999 vol. 27 No. 8/Agosto: pp. 619-623
- ² 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.
- ³ Sedano H. Clinical orodental abnormalities in Mexican children. *Bucal Surgery, Bucal Medicine, Bucal Pathology*, 1989; 68: p. 300-311.
- ⁴ Díaz-Guzmán L. Lesiones de la mucosa bucal, estudio epidemiológico en 7297 pacientes. *Revista ADM*, 1991, vol. XLVIII/2, marzo-abril: p. 75-79.
- ⁵ Díaz M. Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes de las clínicas de la Facultad de Odontología de la UAEM. *Práctica Odontológica*, 1993; 14 (10): pp. 37-48.
- ⁶ Aguirre A. Prevalence of intrabucal lesions in out-patients of a Mexican dental school. Artículo no publicado, 1993.
- ⁷ Banderas JA. Oral Mucosa Lesions in Mazahua Indian Adolescents. *Acta Odontológica Latinoamericana*, 1999; 12 (1): pp. 11-20
- ⁸ 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.
- ⁹ Bouquot J. Common bucal lesions found during a mass screening examination. *JADA*. 1986; 112: 50-57.
- ¹⁰ Handj JS, Whitehill JM. The prevalence of bucal mucosal lesions in an elderly population. *JADA*, vol. 112, Enero, 1986; p. 73-76.
- ¹¹ Ikeda N. Prevalence study of bucal mucosal lesions in a selected Cambodian population. *Community Dentistry and Bucal Epidemiology*, 1995; 23: p. 49-54.
- ¹² Arendorf TM. Bucal soft tissue lesions in a black pre-school South African population *Community Dentistry and Bucal Epidemiology*, 1996; 24: p. 296-297.
- ¹³ Nair RG. Prevalence of bucal lesions in a selected Vietnamese population. *International Dental Journal*, 1996; 46: p. 48-51.
- ¹⁴ Zain RB. A national epidemiological survey of bucal mucosal lesions in Malaysia. *Community Dentistry and Bucal Epidemiology*, 1997; 25: p. 377-383.
- ¹⁵ Taiyeb TB. An epidemiological survey of bucal mucosal lesions among elderly Malaysians. *Gerodontology*, 1995; 12(1): p. 37-40.
- ¹⁶ Campisi G. Bucal mucosal lesions and risk habits among in an Italian study population. *Journal Bucal Pathology and Medicine*, 2001; 30: p. 22-28.
- ¹⁷ Nevalainen M.J. Bucal mucosal lesions and bucal hygiene habits in the home-living elderly. *Journal of Bucal Rehabilitation*, 1997; 24: p. 332-337.
- ¹⁸ Vigild M. Bucal mucosal lesions among institutionalized elderly in Denmark. *Community Dentistry and Bucal Epidemiology*, 1987; 15: p. 309-313.
- ¹⁹ Jorge J. Jr. Bucal mucosal health and diseases in institutionalized elderly in Brazil. *Community Dentistry and Bucal Epidemiology*, 1991; 19: p. 173-175.
- ²⁰ Corbet E.F. Bucal mucosal lesions in 65-74-year-old Hong Kong Chinese. *Community Dentistry and Bucal Epidemiology*, 1994; 22: p.392-395.
- ²¹ Donohue A. Prevalencia de alteraciones bucales en una población adulta mexicana. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México, 1994 74 p. Tesis (Maestría en Odontología)
- ²² Marx R. Stern D. *Oral and Maxillofacial Pathology*, 2ª ed, Ed. Quintessence Books, Hong Kong, 2003.