

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

"PREVALENCIA DE LESIONES DE MUCOSA BUCAL Y
FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES MAYORES DE 34
AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE LA UNIDAD
DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS."

**PROYECTO DE INVESTIGACION REALIZADO
DURANTE EL SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANA DENTISTA
P R E S E N T A :
DAYANIRA LORELAY HERNANDEZ NAVA**

DIRECTOR: TENIENTE CORONEL CD. MAXILOFACIAL PEDRO BELLO SANTOS
ASESORA: MAESTRA ROSA DIANA HERNANDEZ PALACIOS

MEXICO, D. F.,

MAYO 2005



M 343753



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.

Índice

<i>Introducción</i>	_____	1
<i>Justificación</i>	_____	2
<i>Planteamiento del problema</i>	_____	3
<i>Marco teórico</i>	_____	4
<i>Antecedentes</i>		
<i>Generalidades de la mucosa bucal</i>	_____	8
<i>I Entidades blancas</i>	_____	9
<i>II Entidades rojas</i>	_____	15
<i>III Entidades pigmentadas</i>	_____	18
<i>IV Entidades ulceradas</i>	_____	19
<i>V Aumentos tisulares</i>	_____	21
<i>VI Neoplasia maligna</i>	_____	26
<i>VII Factores asociados</i>	_____	27
<i>Objetivos</i>	_____	31
<i>Diseño de la investigación</i>	_____	32
<i>Tipo de estudio</i>		
<i>Población de estudio</i>		
<i>Selección de la muestra</i>		
<i>Diseño estadístico</i>		
<i>Variabes</i>		

<i>Criterios de inclusión</i>	_____	33
<i>Criterios de exclusión</i>	_____	
<i>Técnica</i>	_____	34
<i>Recursos</i>	_____	36
<i>Resultados</i>	_____	37
<i>Discusión de los resultados</i>	_____	41
<i>Conclusiones y sugerencias</i>	_____	46
<i>Anexos</i>	_____	47
<i>Anexo No.1</i>	_____	48
<i>Anexo No. 2</i>	_____	50
<i>Anexo No. 3</i>	_____	
<i>Gráficas y tablas</i>	_____	51
<i>Referencias bibliográficas</i>	_____	69

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Dayanira Lorelay Hernández Nava

FECHA: 3-Mayo-05

FIRMA: [Firma manuscrita]

En lo más profundo de mi alma, alojo un enorme sentimiento que me permite agradecer a todas las personas que confían en mí, pero sobretodo, que me quieren.

Para todas ellas, este logro, les pertenece.

“La vida de los grandes hombres nos recuerda que podemos hacer sublimes nuestras vidas, y al partir, dejar tras nosotros huellas en la arena del tiempo. “

H. W. Longfellow

Introducción

Por muchos años la odontología se ha enfocado al tratamiento de caries y enfermedad periodontal, limitándose en su mayoría a realizar tratamientos mutilantes y restaurativos. Ahora es cuando la odontología preventiva comienza a tener un mayor auge, sin embargo, es preciso tomar en cuenta que cada paciente se debe tratar de forma integral, es decir, valorar su estado sistémico general y bucal, incluyendo, músculos, ATM, dientes, mucosa, labios y piel, ya que, la cavidad bucal es uno de los sitios en donde por primera vez se puede manifestar alguna enfermedad sistémica como la diabetes, SIDA y sífilis, además, es posible encontrar diversas lesiones como las úlceras originadas por traumatismos en crisis convulsivas, anemias, factores traumáticos o hábitos nocivos.

Es preciso que el examen clínico sea completo, ya que, existen lesiones premalignas que si no se diagnostican de manera oportuna, pueden comprometer la vida del paciente.

Debemos tomar en cuenta que en la actualidad el cáncer bucal es uno de los padecimientos más severos que afligen a la humanidad, tanto por los altos índices de mortalidad, como por las secuelas de los tratamientos que éste requiere.

El cáncer de cavidad bucal se localiza en un sitio accesible para su exploración, por lo que, debe ser detectado en su etapa temprana, tarea que el Odontólogo debe aprender a lo largo de su desarrollo profesional.

Lo anterior es de suma importancia, ya que, el desconocimiento y falta de interés por parte del Cirujano Dentista hacia las alteraciones de mucosa bucal y factores asociados, ocasiona que las lesiones se diagnostiquen en estadios avanzados, cuando la salud y calidad de vida del paciente se ven comprometidas e incluso limitadas.

Con base en lo anterior, el presente trabajo está enfocado a conocer la prevalencia de las lesiones de mucosa bucal en pacientes mayores de 34 años de edad y factores asociados, ya que, existen diferentes causas que pueden estar vinculadas con la aparición de dichas lesiones, además, nos enfocaremos al diagnóstico y tratamiento oportuno.

Justificación

En México, son pocos los investigadores e instituciones que han realizado estudios epidemiológicos sobre lesiones de mucosa bucal y factores asociados, dichas investigaciones, nos refieren datos valiosos, sin embargo, la mayoría coincide en que hace falta más información, principalmente en nuestro país; de ahí la importancia y necesidad de realizar más estudios epidemiológicos, para conocer la incidencia y prevalencia de las lesiones de mucosa bucal y sus factores asociados, permitiendo así, el desarrollo de nuevos programas de prevención y atención integral.¹

Sabemos que la patología bucal es un problema de salud pública, por lo que, es necesario conocer ampliamente la mucosa bucal, sus alteraciones y la prevalencia de éstas, para poder detectarlas a tiempo y evitar complicaciones posteriores.

A nivel institucional es importante la investigación para mejorar la calidad de atención, de ahí, el interés por realizar este estudio en la población que acude al servicio de la Unidad de Especialidades Odontológicas perteneciente a la Secretaría de la Defensa Nacional.

Finalmente, es importante que el Cirujano Dentista conozca más acerca de las lesiones de mucosa bucal para que sea capaz de diagnosticarlas, tratarlas y, en caso necesario, canalizar al paciente con el especialista indicado.

Planteamiento del problema

Diferentes son las lesiones que se pueden encontrar en la mucosa bucal, algunas de ellas relacionadas con factores genéticos, traumáticos, irritantes e infecciosos; la edad y el sexo juegan un papel importante sobre todo en las personas mayores de 34 años, en donde aunados a los factores anteriores, se encuentran los irritantes, el consumo de alcohol, drogas, tabaco, inmunosupresión y cambios hormonales. De ahí que surja la interrogante de conocer ¿cuál es la prevalencia de las lesiones de mucosa bucal en pacientes mayores de 34 años de edad y factores asociados que acuden al servicio de la Unidad de Especialidades Odontológicas?

Marco Teórico

El estudio de las diferentes lesiones de la cavidad bucal y estructuras adyacentes, constituye una fase importante en odontología por el papel que el Cirujano Dentista desempeña en el diagnóstico y tratamiento de éstas.

Por su frecuencia, es importante conocer su etiología, desarrollo, evolución, tratamiento y sobre todo, la relación que éstas tengan con alguna enfermedad sistémica o algún factor asociado.

El amplio conocimiento que el Cirujano Dentista tenga sobre las lesiones de mucosa bucal, dará pauta a que el paciente goce de una atención integral, multi e interdisciplinaria en donde se trate la lesión y, en caso necesario, se transfiera al paciente con el terapeuta adecuado y así, evitar complicaciones posteriores.

Antecedentes

Existen estudios realizados sobre prevalencia de lesiones de mucosa bucal, todos ellos aportan datos importantes que nos dan pauta para realizar con interés nuestra investigación.

Así tenemos que Ovalle Castro, en su estudio de prevalencia de lesiones histopatológicas bucales realizado en la zona del Bajío, diagnosticó 300 lesiones diferentes; como su estudio englobó lesiones odontogénicas, fueron éstas las que más prevalecieron, siendo el granuloma periapical crónico infectado la más frecuente de este grupo, respecto a las lesiones malignas, éstas representaron el 3.63% del total de las biopsias realizadas, siendo el carcinoma epidermoide, la lesión maligna más frecuente.²

En un estudio realizado en pacientes psiquiátricos, Freyre y cols., encontraron que la lesión más frecuente fue mordisqueo de carrillo con 98 casos, presentándose en mayor cantidad en hombres que en mujeres, 57 y 41 casos respectivamente, el fibroma se presentó en 72 pacientes de los cuales 30 fueron mujeres y 42 hombres y la úlcera sólo en 12 pacientes de los cuales 6 fueron mujeres y 6 hombres.

En este estudio se revisaron 195 individuos de los cuales 112 fueron hombres y 83 mujeres con un promedio de 34 años de edad.¹

La mayoría de las personas adultas, especialmente ancianos, presentan un alto índice de enfermedades incluyendo el aparato estomatognático, además, todos los padecimientos se ven afectados por las alteraciones propias del envejecimiento o por la presencia de enfermedades crónico degenerativas,

incluida por supuesto la posibilidad de sufrir neoplasias malignas. González y cols., reportan haber encontrado 537 lesiones en 2,308 personas revisadas. La distribución por sexo fue mayor en mujeres que en hombres encontrándose de la siguiente manera, 699 (30.29%) fueron varones y 1,609 (69.7%) mujeres. Las patologías que encontró con mayor frecuencia fueron: condición de Fordyce (7.08%), lengua geográfica (6.90%), nevo pigmentado (5.4%), hiperplasia epitelial focal (3.16%), leucoedema (3.16%), hematoma (3.16%), hipertrofia papilar (6.1%) y otras lesiones que en conjunto totalizaron un 29.79%.³

En otra investigación realizada también en pacientes geriátricos, Rodríguez Puga y Mendoza, reportan las patologías más frecuentes causadas por prótesis totales, refieren que más de la mitad de los pacientes portadores de prótesis presentan estomatitis protésicas. Dentro de las alteraciones más frecuentes mencionan la hiperplasia papilar, úlceras traumáticas, hiperplasia marginal, queilitis angular y candidosis.⁴

Diferentes son los factores involucrados en las infecciones por *Candida albicans*, dentro de los cuales, se encuentran: diabetes mellitus, debilidad general, envejecimiento, pacientes portadores de prótesis total, inmunodeficiencia, antibiototerapia por tiempo prolongado, tratamiento bajo corticoesteroides, leucemia y anemia, entre otros.⁵ Lo anterior es reportado por Gaitán y cols. en su estudio de prevalencia de portadores de *Candida sp.*, en donde además mencionan que en nuestro país, el agente causal más común involucrado en las micosis de todo el cuerpo es la *Candida albicans*.

Bello Santos y cols., estudiaron la prevalencia de lesiones de mucosa bucal en 600 individuos de ambos sexos mayores de 34 años de edad y encontraron que el leucoedema fue la lesión que más prevaleció, ocupando un 44% de toda la población estudiada. La condición de Fordyce ocupó el segundo lugar con un 31.8%, en tercer lugar se encontró la línea alba oclusal con el 16.5%, la pigmentación melánica excesiva ocupó un cuarto lugar en frecuencia de aparición.

Mencionan la importancia de detectar a tiempo lesiones como la leucoplasia que, a pesar de ser una entidad no frecuente en esta población de estudio, es una lesión de importancia por su potencial de transformación maligna. En este estudio la leucoplasia se presentó con un 0.5%, ocupando el 23º lugar de todas las lesiones encontradas.⁶

Con el objetivo de reportar la prevalencia de las entidades patológicas de la mucosa bucal en localidades de la etnia zapoteca de los Valles Centrales del estado de Oaxaca, De la Rosa y cols., examinaron 472 individuos de ambos sexos mayores de 20 años de edad, 139 (29.5%) hombres y 333 (70.6%) mujeres.

Encontraron un total de 674 entidades en 395 sujetos; en 77 (16%) no se encontró entidad alguna; 261(34.2%) presentaron lesiones y en 503 (65.8%) se encontraron entidades no patológicas. Las lesiones más frecuentes fueron: queratosis friccional en 68 (26%), máculas melanóticas labiales en 42 (16%), aumentos tisulares con causa aparente en la mucosa en 25 (9.6%) y xerosquelia en 24 (9.2%). Las entidades no patológicas más observadas fueron: pigmentación racial gingival en 206 (41%), leucoedema en 56 (1.2%) y gránulos de Fordyce en 53 %(10.5%). Se encontraron como máximo cinco entidades en forma simultánea.⁷

Se ha reportado que conforme avanza la edad del paciente, los cambios en su organismo son evidentes incluyendo atrofia del epitelio superficial, aumento de la queratinización, aumento de glándulas sebáceas, aparición de várices linguales, atrofia progresiva de las glándulas salivales menores, disminución del número y densidad de terminaciones nerviosas, aumento en la tasa de resorción ósea, disminución del tono muscular, modificaciones de los tejidos del diente, entre otros, propiciando un adecuado espacio para el desarrollo de diferentes alteraciones aunado a esto, encontramos otra serie de factores asociados como son irritaciones locales, calculo dental, obturaciones desbordantes, prótesis mal adaptadas y factores irritativos como placa dentobacteriana, tabaco y alcohol.^{3,8}

Analizando lo anterior Mosqueda y cols., estudian la prevalencia de las alteraciones de la mucosa bucal en el adulto mayor, haciendo hincapié en el aumento de población adulta y ancianos en nuestro país actualmente; mencionan que deberá ser necesario incrementar la atención estomatológica para cubrir las necesidades y demandas de dicha población. Estudiaron a 100 individuos mayores de 50 años encontrando que un 95% de la población presenta una o más entidades de mucosa bucal, siendo las más frecuentes: las várices sublinguales con un 58%, gránulos de Fordyce (31%), pigmentación melánica no gingival (26%), hiperplasia fibrosa (18%) y candidiasis eritematosa (14%).⁹

Es importante señalar que aunque las lesiones premalignas no se encontraron con frecuencia en los diferentes estudios, éstas deben ser tratadas adecuadamente, con el fin de emitir diagnósticos y tratamientos oportunos. Lo anterior compromete a que el Odontólogo como profesionalista del área de la salud tenga, los conocimientos suficientes para poder detectar y diferenciar las lesiones de la mucosa bucal, con el propósito de brindar al paciente una atención integral verdadera.

Actualmente el cáncer ocupa un espacio muy importante en la investigación científica, ya que, existe una búsqueda continua de las diferentes causas que están involucradas en su desarrollo, pero sobre todo, por los altos índices de mortalidad, secuelas y tratamientos que éste requiere.⁹

Aunque la prevalencia varía según el país, en cavidad bucal, el cáncer representa el 2% del total de las neoplasias malignas, presentándose con mayor frecuencia en hombres mayores de 40 años, que en mujeres, siendo el carcinoma epidermoide el más común.^{10, 11}

El Odontólogo juega un papel muy importante en la detección temprana del cáncer, ya que, cuenta con accesibilidad directa a la cavidad bucal para realizar el examen clínico, exámenes citológicos y biopsias.¹²

Lo antes mencionado resulta de importancia, ya que, las lesiones cancerizables son entidades que pueden pasar desapercibidas para la persona que las presenta; generalmente al inicio no duelen ni molestan, por tal motivo, las personas aplazan su visita al médico y al Odontólogo, ocasionando que la lesión que puede ser altamente curable, se convierta en secuelas graves que limiten la calidad de vida de los pacientes.

Para prevenir complicaciones, es necesario que el Cirujano Dentista brinde atención integral a sus pacientes y conozca que según la OMS las lesiones precancerosas bucales se pueden presentar clínicamente, como lesiones blancas (leucoplasia) o rojas (eritroplasia), de ahí la necesidad de conocer las características de la mucosa bucal, las lesiones que se presentan con mayor frecuencia y sus factores asociados, para que el diagnóstico sea certero.⁹

Generalidades de la mucosa bucal

Características

La mucosa bucal está constituida por un epitelio escamoso estratificado de recubrimiento y por tejido conectivo laxo que lo sostiene y lo nutre, llamado lámina propia o corium. De acuerdo a características funcionales, se pueden observar variaciones histológicas y podrán encontrarse mucosas queratinizadas en paladar o encías y con gran variedad papilar, como acontece en la lengua cubierta por una mucosa especializada.

Los **epitelios bucales** en general están formados por 3 capas cuando **no** son queratinizados y de 4, cuando la capa final de recubrimiento es queratinizada, y éstas son:

- Capa basal
- Capa espinosa
- Capa granulosa
- Capa córnea

También se dividen en **queratinizados** y **no queratinizados**. Esto va a depender de su superficie, ya que, pueden estar o no cubiertos por la capa córnea o queratina. A su vez la capa queratinizada se llamará **ortoqueratina** si las células que se encuentran en ella no tienen núcleos y por lo contrario, si la capa tiene células con núcleos se llamará **paraqueratina**.

La mucosa bucal reviste la cavidad bucal, consiste en una mucosa de un color que oscila del rosa pálido al rosa grisáceo, lo anterior dependerá de la tez del paciente.

La mucosa se mantiene húmeda, lisa, brillante y elástica por la saliva de las glándulas salivales mayores y menores.¹³

Los **labios, mejillas y piso de boca** están recubiertos por una mucosa móvil, libre o no adherida, mientras que, las estructuras óseas del paladar y las crestas alveolares están unidas a una mucosa estable y adherida.

Para la producción de la función gustativa, en la superficie de la lengua existe un epitelio escamoso estratificado especializado con función sensorial, que está unido inmediatamente a la musculatura lingual.¹⁴

Con base en la literatura revisada, se determinó estudiar las lesiones que a continuación se describirán, ya que, son las encontradas con mayor frecuencia en las diferentes investigaciones.

I Entidades blancas

Se deben a diferentes causas, una de las más comunes es por el aumento en la capa queratinizada, *hiperqueratosis*, cuando esto ocurre en la capa espinosa se utilizará el termino de *acantosis*. De acuerdo a la zona donde se encuentren estos cambios histológicos, se podrán observar diferentes coloraciones: desde un rojo intenso hasta un blanco evidente en la medida que el epitelio sufre mayor engrosamiento o aumento de queratina.¹⁵

Leucoedema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como un "velo blanco grisáceo difuso sobre la mucosa del carrillo, el cual, no pierde suavidad ni flexibilidad y desaparece al traccionar la mucosa. Se reconoce como una variante normal de la mucosa bucal, común en la población adulta, y con mayor frecuencia, en ancianos.

Es un trastorno de la mucosa bucal de etiología desconocida, clínicamente se observa como una película opalescente sobre la mucosa en los periodos incipientes y una capa blanca grisácea más definida con una superficie con arrugas gruesas en los periodos tardíos (Fig. 1).



Fig. 1 Leucoedema.

La mayoría de las veces las lesiones son bilaterales y se encuentran en gran parte de la mucosa vestibular y se extienden hacia la superficie de los labios.

El estudio histológico reporta principalmente edema intracelular de las células del estrato espinoso (espongiosis).

El significado clínico de esta lesión es sin duda la relación que guarda con la leucoplasia, ya que, es probable que ésta se desarrolle posterior a la aparición del leucoedema.

Las alteraciones como la leucoplasia y el nevo esponjoso se diferencian del leucoedema, por que éstas son más gruesas y no desaparecen con la distensión de la mucosa.

No es necesario realizar ningún tratamiento, ya que, se considera variante de la normalidad, sin embargo, se sugiere revisión periódica. ^{16, 17, 18, 19, 20}

Condición de Fordyce

Anomalia del desarrollo que se caracteriza por la acumulación ectópica de glándulas sebáceas en diversos sitios de la cavidad bucal. Se presentan como pequeños puntos amarillentos, circunscritos y separados o formando placas relativamente grandes. Con mayor frecuencia se disponen en forma simétrica bilateral en la mucosa de los carrillos y en la parte exterior del labio superior (Fig. 2), pero también se localizan en la región retromolar a los lados del pilar anterior de las fauces y ocasionalmente en la lengua, encía y paladar. Se considera que su incidencia aumenta con la edad y se incrementa en la edad avanzada.



Fig. 2 Condición de Fordyce.

Las lesiones son asintomáticas y no se requiere de ningún tratamiento, ya que, las glándulas son de carácter normal y no causan efectos indeseables. ^{16, 18, 19, 21}

Líquen plano

Es una de las enfermedades dermatológicas que se manifiestan con mayor frecuencia en cavidad bucal y su diagnóstico generalmente no requiere de biopsia, ya que, el cuadro clínico y la historia clínica integral del paciente orientan al diagnóstico. La etiología es desconocida, asociada a factores inmunológicos, hereditarios, psicosomáticos, nutrición deficiente, factores físicos irritativos, reacciones alérgicas y tóxicas.

Se caracteriza por pápulas radiantes blancas o grises, aterciopeladas y filiformes, con disposición lineal, anular o reticular que forman placas con aspecto de encaje, anillos y bandas sobre la mucosa vestibular; también se pueden manifestar en menor cantidad en labios, lengua y paladar.

Su característica primordial, las estrías de Wickham (Fig. 3), son un dato importante que proporciona ayuda en el diagnóstico diferencial con leucoplasia y candidosis.

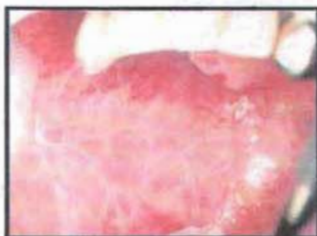


Fig. 3 Líquen plano, estrías de Wickham.

Si no hay ulceraciones no es sintomático, por lo que, el tratamiento no es necesario, sin embargo, se recomiendan para las lesiones dérmicas soluciones con vitamina A o bien terapéutica sistémica que ayuda a controlar algunos síntomas. Sin duda, la interconsulta y la transferencia con el dermatólogo son necesarias para mantener el control adecuado e integral de nuestro paciente.

Existe controversia con relación de líquen plano y cáncer bucal, sin embargo, la tasa de carcinoma bucal de células escamosas es aparentemente un poco más alta en pacientes afectados por líquen plano erosivo, si se compara con la población general.

Lozada-Nur realizó una investigación acerca de dicha relación con cáncer bucal y encontró que diferentes factores como el tabaco, alcohol y nutrición deficiente, están presentes en pacientes con líquen plano y si éstos no son controlados, pueden ser factores que coadyuven a la manifestación de una lesión premaligna.^{16, 18, 21, 22, 23}

Leucoplasia

Lesión premaligna de origen epitelial que se manifiesta como una placa blanca que aparece en la superficie de la mucosa, no desprendible.

Su etiología es variable, sin embargo, se ha asociado a diferentes factores tales como: tabaco, alcohol, irritación crónica, sífilis, deficiencia vitamínica,

hormonal y candidosis. Se puede encontrar en cualquier superficie de la mucosa bucal, sin embargo, hay predilección por la comisura labial, mucosa vestibular y lengua (Fig. 4).

La extensión de estas lesiones varía, pueden ser bien localizadas o difusas que cubren una porción considerable de la mucosa bucal.

La lesión es arrugada, áspera a la palpación, color blanco grisáceo o blanco amarillenta, asintomática en sus primeros estadios, razón por la cual, es indispensable la valoración de la mucosa bucal periódicamente, para evitar el avance de la enfermedad.



Fig. 4 Leucoplasia lingual.

Existen 3 formas clínicas principales de leucoplasia: *Homogénea o simple*, *nodular* y *verrugosa*. La primera se refiere a una lesión localizada o placa extensa que presenta un patrón relativamente uniforme, la leucoplasia nodular o granulosa es una lesión mixta, roja y blanca, con pequeños nódulos queratósicos diseminados, este tipo de leucoplasia tiene un alto porcentaje de malignidad; la última, leucoplasia verrugosa puede desarrollar en un 15% procesos de malignidad, está asociada al consumo de tabaco y con el virus del papiloma humano además de ser multifactorial y recurrente.

El tratamiento de la leucoplasia está encaminado a prevenir complicaciones, por lo que se recomienda realizar exámenes periódicos y biopsias de diferentes áreas para valorar la necesidad de extirpar la lesión quirúrgicamente; aunado a lo anterior, se deberá transferir al paciente con el especialista, además, mantener interconsulta con el médico para que éste realice pruebas de gabinete frecuentes y así tener control sobre la salud general del paciente.^{16, 18, 20, 22, 24}

Candidosis

La candidosis incluye un grupo de enfermedades mucocutáneas vinculadas con un agente etiológico común *Candida*, la especie más frecuentemente encontrada es la *albicans*. Se han detectado diferentes características clínicas para las lesiones por *Candida*.

Candidosis *pseudomembranosa aguda*, placas blancas de consistencia blanda que al desprenderse dejan áreas eritematosas y erosionadas, que si llegan a ulcerar son dolorosas. Se localizan principalmente en la mucosa bucal, pliegues mucobucuales, bucofaringe y bordes laterales de la superficie dorsal de la lengua (Fig. 5). La persistencia de este tipo de candidosis puede provocar desprendimiento de la pseudomembrana dando lugar a la aparición de lesiones rojas, a este tipo de lesión se le conoce como candidosis *atrófica aguda*, la cual, se presenta como zonas rojas en la mucosa bucal, es asintomática y su evolución es corta. Este tipo de candidiasis está muy relacionada con la antibioticoterapia de infecciones agudas.



Fig. 5 Candidosis pseudomembranosa aguda.

La candidosis *atrófica crónica* es más comúnmente encontrada en personas adultas portadoras de placas totales, generalmente se observa en el paladar y se caracteriza por zonas rojo brillante con escasa queratinización.

El tipo de candidosis *hiperplásica crónica* es de larga duración, son áreas blancas entremezcladas con rojo, no desprendibles localizadas en las comisuras labiales, generalmente se presenta en adultos y es asintomática. Clínicamente es indistinguible de la leucoplasia, por lo que, es necesario un frotis citológico que evidencie la presencia de hifas de *Candida albicans*.

El tratamiento para la candidosis está relacionado con el agente causal, es decir, con la eliminación de *C. albicans*, para lo cual, es necesaria la administración de un antifúngico, sin embargo, debemos mantener en

observación al paciente, si es posible, realizar citología exfoliativa para descartar posibles atipias celulares.^{16, 25, 26, 27}

Queratosis friccional

Se produce por el frotamiento o fricción constante que provoca una lesión blanca hiperqueratósica. Generalmente, se encuentra localizada en labios, bordes laterales de la lengua, mucosa bucal a lo largo de la línea de oclusión y bordes edéntulos (Fig. 6).

Para corroborar el diagnóstico, no es necesaria la biopsia si se lleva a cabo un interrogatorio específico, en donde se determinen diferentes factores asociados como son el mordisqueo continuo o irritación local.

El tratamiento está encaminado básicamente a la eliminación del factor asociado, control del hábito y detectar si está relacionado con estrés, para poder tratarlo de manera integral, en caso de que la lesión no remita, se eliminará quirúrgicamente.^{16, 18, 26, 28}



Fig. 6 Queratosis Friccional.

II Entidades rojas

El enrojecimiento de los tejidos o eritema, estará determinado por diversas razones, entre las que se encuentran adelgazamiento del epitelio, dilatación vascular, aumento en el número de vasos sanguíneos, aumento de hemoglobina en sangre y extravasación sanguínea.²⁹

Hemangioma

Neoplasia benigna común que se caracteriza por la proliferación de vasos sanguíneos. Suele ser de naturaleza congénita y por lo general, tiene una evolución benigna. Aparece como una lesión plana o elevada de la mucosa, generalmente de color rojo intenso o rojo azulado y bien circunscrita.

Los lugares más habituales para encontrarlo son labios, lengua, mucosa vestibular y paladar. Si este tumor es traumatizado se puede ulcerar e infectarse en forma secundaria.

Son lesiones vasculares formadas por vasos sanguíneos de rápido crecimiento. Cuando se localizan en piel o en mucosa son fáciles de identificar, ya que, las lesiones generalmente son grandes con temperatura elevada e incluso pueden ser pulsátiles si el vaso que los alimenta es grande.

La lesión tiende a ser fluctuante, indicando la cantidad del fluido acumulado en los espacios vasculares. La pulsación de la lesión puede ser vista o palpable y al presionarla palidece. La coloración es rojo azulado, proveniente de la irrigación vascular (Fig. 7).



Fig. 7 Hemangioma.

Su diagnóstico diferencial está basado principalmente con lesiones varicosas que son comunes en personas mayores de 50 años, de hiperplasias inflamatorias, de nevos pigmentados y otros.

El tratamiento de esta lesión actualmente se basa en la utilización del láser, crioterapia o electrocauterio, sin embargo, debe ser valorada perfectamente antes de realizar cualquier intervención, especialmente si el tratamiento es quirúrgico, ya que, el manejo inadecuado de ésta puede provocar hemorragias excesivas comprometiendo así, la vida del paciente.^{16, 18, 21, 22, 27}

Lengua geográfica

Conocida como glositis migratoria benigna, se presenta de color rojizo, ya que, existen zonas en la lengua de atrofia papilar muy prominentes. Se caracteriza por presentar placas rojas lisas y brillantes con un halo blanquecino bien delimitado (Fig. 8), generalmente se localizan en el dorso de la lengua, cambian de forma y posición constante en semanas o meses, razón por la cual, se le conoce como migratoria. Alrededor de 50% de los pacientes con la lengua geográfica, presentan lengua fisurada. La razón para esta asociación es desconocida.



Fig. 8 Lengua geográfica.

Desde el punto de vista histológico, se observa hiperqueratosis y acantosis en los bordes de las lesiones, con acumulación de células inflamatorias y atrofia papilar. Es asintomática sin embargo, puede llegar a causar molestia de grado variable.

El tratamiento está prácticamente basado en la higiene bucal adecuada para evitar restos de alimento que propicien alguna infección; se sugiere la utilización de anestésicos tópicos, evitar el calor excesivo y comida muy irritante para aquellos casos en los que sea sintomática.^{16, 19, 21, 30, 31}

Eritroplasia

La OMS la define como “una capa aterciopelada de color rojo intenso que clínica o patológicamente no corresponde a alguna entidad diagnosticada conocida” (Fig. 9).²⁵



Fig. 9 Eritroplasia.

Entidad clínica de etiología desconocida multifactorial, constituye una lesión de mucosa que se manifiesta clínicamente como 3 variantes; una forma *homogénea* rojo brillante con márgenes bien definidos, por lo general, de gran extensión, con mayor frecuencia se puede encontrar en mucosa bucal, paladar blando, lengua y piso de boca.

Otra variante es la eritroplasia *mixta*, es decir, lesiones rojas entremezcladas con blancas en lengua y piso de boca, o bien se encuentra en su forma *moteada* o granular como lesiones blandas levemente elevadas de contorno irregular; a estos dos últimos tipos de eritroplasia, *mixta* y *moteada*, se les ha relacionado como lesiones de mayor riesgo de transformación maligna.

La eritroplasia es menos común que la leucoplasia, se presenta entre los 60 y 70 años pero su potencial de malignidad es mayor.

Histológicamente existe atrofia epitelial que permite la coloración roja; debido a que, se ha encontrado gran relación con displasias y carcinoma, es obligatoria la toma de citología exfoliativa y biopsia de estas lesiones, así como, el seguimiento y referencia del paciente.^{19, 20, 26, 32, 33,}

III Entidades pigmentadas

Las dos principales razones para encontrar lesiones pigmentadas en boca son los cambios melánicos (presencia de melanocitos y melanina) y los tatuajes por materiales dentales, particularmente la amalgama.^{19, 34}

Pigmentación focal

Desde el punto de vista clínico, este tipo de pigmentación incluye a todas aquellas máculas de color café o gris azulado bien delimitadas, que midan menos de 1cm (Fig. 10).

Este término engloba varios procesos como: nevo pigmentado y tatuaje por amalgama, entre otros. Están localizadas en cualquier parte de la mucosa, son asintomáticas y no requieren tratamiento.^{9, 19, 35, 36,}

Pigmentación melánica excesiva

Áreas pigmentadas multiformes y difusas en diferentes áreas de la mucosa bucal, labios, paladar, lengua, piso de boca y encías. Son de color pardo o pardo negruzco, asintomáticas (Fig. 11).

Este tipo de pigmentación está muy relacionada con el color de la piel, por lo cual, no requiere tratamiento, sin embargo, se sugiere interconsulta para descartar alteraciones sistémicas que coadyuven su aparición.^{19, 25, 36}



Fig. 10 Pigmentación focal



Fig. 11 Pigmentación excesiva

IV Entidades ulceradas

De acuerdo a diferentes autores, se ha sabido que la ulceración de la mucosa bucal, es uno de los motivos de consulta más frecuentes en la práctica odontológica, pues son dolorosas y su tiempo de evolución es largo.³⁷

Una úlcera se define como pérdida de continuidad en el tejido y existen diferentes tipos, se describirán tres, úlcera con causa aparente, úlcera sin causa aparente y úlcera aftosa recurrente.

Dentro de las úlceras con causa aparente, se encuentran todas aquellas en donde se puede establecer un factor físico o químico que las haya originado, son por definición benignas y el tratamiento consiste en la eliminación de la causa. Ocasionalmente puede haber infección secundaria y complicar el cuadro clínico, pero sólo en aquellos casos en donde se encuentra linfadenitis y fiebre, se indicará antibioticoterapia. Un claro ejemplo es la úlcera traumática.²⁵

Úlcera traumática

Producidas a consecuencia de cualquier traumatismo como puede ser mordedura de la mucosa, irritación constante por prótesis mal adaptadas, restauraciones metálicas fracturadas, lesión por cepillado dental, irritantes locales como comida caliente y otros. Se localizan en la mucosa bucal, lengua, carrillos y labios.

Son la forma más frecuente de úlceras, pueden ser múltiples o una sola con forma irregular y profundidad variable (Fig. 12). La intensidad del dolor varía, sin embargo, al contacto y a la presión, existe hipersensibilidad.



Fig. 12 Úlcera Traumática.

El manejo de esta lesión está encaminado principalmente a eliminar los factores causales y si las lesiones son mayores de 10 mm, prescribir

anestésico tópico y enjuague bucal. También, es importante mantener en observación al paciente durante un periodo de dos semanas en donde se espera la recuperación total de la úlcera, si esto no sucede, será necesaria la biopsia para establecer un diagnóstico definitivo.

La historia clínica y específicamente el interrogatorio, proporcionarán datos que determinen la causa, lo cual, nos ayudará a poder establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado.^{1, 19, 25, 37, 38}

Úlcera sin causa aparente

Las úlceras sin causa aparente, son lesiones destructivas de tejidos blandos, de bordes irregulares, blandos o duros, asintomáticas o dolorosas al tacto, no presentan algún factor físico o químico que las haya originado y han persistido por varias semanas.

Para este tipo de lesiones, se deben realizar estudios pertinentes como frotis citológico y biopsias, para determinar sus características histológicas y descartar displasias. Es recomendable remitir al paciente de inmediato y mantenerlo en observación.²⁵

Úlcera aftosa recurrente

Enfermedad común que se caracteriza por la presencia de úlceras necrotizantes múltiples o solitarias y dolorosas de la mucosa oral, comienzan como una erosión superficial única o múltiple cubierta por una membrana gris, por lo general, tiene un margen bien delimitado rodeado de un halo eritematoso. Esta condición, habitualmente comienza en la infancia y su etiología es multifactorial. Es muy dolorosa e interfiere con la deglución y fonación del paciente.

Su tamaño varía entre 2-3 mm hasta 10 mm, son más comúnmente encontradas en la mucosa vestibular y labial, surcos vestibular y lingual, **paladar blando, faringe y encía**, son conocidas como aftas, estomatitis aftosa o úlceras dolorosas.^{27, 28, 37}

✓ Aumentos tisulares

Hiperplasia papilar

Conocida como papilomatosis del paladar, esta lesión está limitada solamente al paladar duro de pacientes portadores de placas totales mal adaptadas.

Es una lesión asintomática, sin embargo, algunos pacientes reportan molestias leves. A veces el roce puede provocar hemorragia haciendo que la lesión se observe clínicamente más rojiza que el tejido circundante.

Las lesiones polipodes y los nódulos poseen un diámetro de 1mm, sin embargo, éstas pueden coalescer y formar una placa mayor (Fig.13). La higiene deficiente por parte del paciente puede exacerbar el cuadro.



Fig. 13 Hiperplasia papilar.

El tratamiento adecuado consiste en retirar la prótesis para elaborar una nueva, o bien, desgastar el borde que se encuentre lacerando el paladar, con lo anterior, se permite el descanso de los tejidos y así mismo, su cicatrización y recuperación total.

El tratamiento quirúrgico está indicado en la hiperplasia *marginal y fibrosa* para que la superficie de la mucosa quede estable, firme y sea capaz de proporcionar soporte a la base protésica.^{16, 18, 19}

Lipoma

Es una de las neoplasias benignas más comunes de tejido adiposo, se presenta en adultos; generalmente son múltiples y asintomáticas.

Las lesiones más superficiales se presentan de color blanco amarillento, son de crecimiento lento, llegan a medir 5-6 cm pero generalmente son más pequeñas, 3 cm. Son móviles si se tocan sobre la mucosa, su base puede ser sésil o pediculada (Fig. 14).



Fig. 14 Lipoma.

Histológicamente un lipoma está constituido por una masa bien circunscrita de células adiposas maduras con cantidades variables de tejido fibroso.

No disminuyen de tamaño, por lo que, es necesaria la extirpación quirúrgica. El tratamiento debe ser lo más conservador posible, pero hay que asegurarse de eliminarlo por completo para evitar recidiva.^{18, 32, 36, 39}

Fibroma

Es la neoplasia benigna más común de tejido blando que se produce en la cavidad bucal, relacionada con la hiperplasia fibrosa y solamente se puede distinguir de ésta con estudios histológicos.

Su etiología es multifactorial en donde se encuentran relacionados los traumatismos locales y la irritación continua.

El fibroma se presenta como una lesión elevada, de color normal a la mucosa, con superficie lisa y base sésil, o a veces pediculada. Puede ser pequeño o alcanzar varios centímetros de diámetro. A veces se presenta ulceración, lo que provoca que sea sintomática. La mayoría de las veces es

una lesión bien definida, de crecimiento lento, localizada en la encía, mucosa vestibular, lengua, labios y paladar (Fig. 15).

Los antecedentes a menudo son útiles para corroborar el diagnóstico, ya que, es una lesión que ha permanecido durante meses o años, y su crecimiento es muy lento.

Histológicamente el fibroma está constituido por tejido conjuntivo fibroso, con fibroblastos y fibrocitos dispersos.

El tratamiento está basado en la escisión total de la lesión. El pronóstico es favorable, algunas veces se observan recurrencias debidas a la inadecuada extirpación quirúrgica.^{16, 18, 23, 32}



Fig. 15 Fibroma.

Mucocele

Lesión que afecta glándulas y conductos salivales accesorios. Es más frecuente en labio inferior, pero también aparece en paladar, carrillos, lengua y piso de boca. La lesión superficial es elevada y circunscrita, de varios milímetros (Fig.16).



Fig. 16 Mucocele.

Diferentes estudios han reportado que el mucocele es más frecuente en mujeres mayores de 30 años, involucrando paladar blando y zona retromolar, sin embargo, otros reportan que el sitio más común para encontrar un mucocele es el labio inferior.

Existen diferentes tipos de mucocele: por extravasación o por retención, el primero consiste en moco extravasado en tejido conectivo, mientras que, el segundo es debido a la retención del moco en el epitelio.

El mucocele por extravasación es encontrado en jóvenes y generalmente es producido por trauma, en contraste con el mucocele de retención, pues éstos, se presentan con mayor frecuencia en pacientes adultos.

El traumatismo es un factor principal que produce entre otras alteraciones el mucocele; es una lesión muy frecuente que se diagnostica por su aspecto clínico. El tratamiento es la extirpación quirúrgica adecuada en la que deberán incluirse las glándulas afectadas.^{23, 27, 40, 41, 42.}

Granuloma piógeno

Lesión reactiva, se presenta como una masa roja debido al tejido de granulación hiperplásico en donde abundan gran cantidad de capilares. Se asocia a irritación continua o trauma que provocan la respuesta tisular.

El término piógeno es erróneo, ya que, no presenta producción de pus. Esta entidad se localiza primordialmente en encía (Fig.17), en donde el cálculo dentario se encuentra asociado. En la pubertad y embarazo los cambios hormonales pueden modificar la respuesta gingival, provocando la aparición del granuloma. Son más frecuentes en mujeres que en hombres y la edad es indefinida.



Fig. 17 Granuloma piógeno.

El tratamiento es quirúrgico y se recomienda eliminarlo adecuadamente para evitar recidiva, es necesario también, controlar los factores irritantes locales para que el tratamiento sea completo.^{16, 21, 23, 32}

Papiloma

El papiloma, es una neoplasia benigna del epitelio, se localiza frecuentemente en labios, mucosa labial, bucal, y lengua. No presenta predilección por género y edad.

El papiloma presenta las características generales de una neoplasia benigna, sin embargo, lo hace distintivo su superficie semejante a una coliflor y su coloración blanca-grisácea (Fig. 18).

Es de duración prolongada y desarrollo lento. Histológicamente se observa hiperplasia del epitelio escamoso estratificado.

El tratamiento recomendado es la extirpación total, dejando un margen libre para prevenir su recurrencia. El pronóstico es favorable.^{16, 18, 32, 42}



Fig. 18 Papiloma.

VI Neoplasia maligna

Carcinoma epidermoide

Más de 90% del cáncer bucal está representado por el carcinoma epidermoide, por lo general, sufren metástasis en etapa temprana y se asocian a un alto índice de mortalidad.

Es más frecuente en hombres que en mujeres, pero el aumento del consumo de tabaco y alcohol por parte de las mujeres, hace que la incidencia haya aumentado en ellas. La edad en la que aparece es a partir de los 50-60 años.

Su etiología es desconocida, pero se conocen factores de riesgo para esta enfermedad, siendo los más comunes, el tabaco en cualquiera de sus modalidades, la irritación crónica de dientes con restauraciones mal adaptadas, prótesis cortantes o desajustadas, irritación química (alcohol), exposición frecuente a radiación y resistencia general.

Clinicamente los cambios son progresivos pudiendo aparecer primero como lesiones blancas o ulceradas inocuas, que hasta cierto límite son controlables, sin embargo, si se les permite evolucionar, mostrarán evidencias de destrucción de tejidos superficiales y profundos, siendo firmes al tacto, ulceradas, de aspecto mixto, blanco y rojo, con un olor característico producto de la necrosis y muerte celular que lo acompañan. (Fig. 19)

El pronóstico depende del estadio de la enfermedad, del tamaño de la tumoración, de la afectación de las cadenas ganglionares y de las metástasis a distancia. El tratamiento se basa principalmente en cirugía, radio y quimioterapia.

Es importante la detección temprana para evitar complicaciones mayores e incluso la muerte de los pacientes.^{36, 43, 44, 45, 46}



Fig.19 Carcinoma epidermoide, etapa avanzada.

VII Factores Asociados

El Cirujano Dentista de práctica general y especialista está obligado a conocer las características principales de las diferentes lesiones de mucosa bucal para que realice un examen clínico estomatológico completo, que le permita conocer incluso hábitos y factores de riesgo que el paciente tenga, ya que, diferentes autores coinciden en la relación que existe entre el tabaco, sus diferentes modalidades de consumo, alcohol e irritación continua con las alteraciones de mucosa bucal, incluso, cáncer bucal.^{18, 22, 24, 43}

Los cigarrillos, puros y pipas han sido métodos tradicionales utilizados en diferentes países, pero en culturas indígenas de todo el mundo, el masticar tabaco mezclado con otras sustancias o el tabaquismo inverso, son métodos más comunes.

El humo del cigarro entra al organismo por la boca y sale por ésta y por nariz. Esta circulación de humo es una microagresión continua que afecta a los dientes, mucosa bucal, faringe, laringe, senos paranasales y parte superior del esófago, además de bronquios y pulmones.

La mayoría de los fumadores aspiran el humo desde la boca y por vías respiratorias, hacia los alvéolos pulmonares, donde la nicotina pasa a la sangre y es llevada a todo el organismo, sin embargo, otros lo mantienen en boca para evitar enfermedades pulmonares pero el humo guardado alrededor de la lengua produce daño localizado, propiciando la aparición de leucoplasias.

Los fumadores de pipa o puro también detienen el humo más tiempo en la boca, por lo que están expuestos a mayor agresión, además, de que éstos contienen más tabaco que los cigarrillos.

Las alteraciones más frecuentes causadas por tabaquismo en cavidad bucal son: manchas en los dientes, caries, halitosis, enfermedad periodontal, leucoqueratosis nicotínica palati, leucoplasia, cáncer de cavidad bucal o de labio.^{24, 25, 36, 47}

La leucoplasia es una lesión asociada al consumo de tabaco y se presenta principalmente como leucoplasia retrocomisural y, en los casos de fumadores que no inhalan el humo pero lo retienen en la boca, la leucoplasia suele aparecer bajo la lengua. Su importancia radica en que es una lesión premaligna que puede transformarse en cáncer de la cavidad oral.

Otros factores a tomar en cuenta en la aparición de la leucoplasia son los irritantes locales como los enjuagues bucales. Douglas realizó un estudio en donde se asocia la aparición de leucoplasia con el uso de un enjuague antibacterial y pasta dental antiplaca Viadent, producto introducido en 1982

por Farmacéutica Vipont y posteriormente comercializado por Farmacéutica Colgate.

De los 88 pacientes con leucoplasia, revisados de manera retrospectiva, se encontró que el 84.1% habían usado Viadent.^{28, 48, 49}

Los sitios con mayor incidencia de cáncer bucal son: lengua, piso de boca, labio y glándulas salivales, siendo el piso de la boca uno de los sitios más afectados por el hábito tabáquico. El riesgo de padecer un cáncer de cavidad bucal en un fumador es 6 veces superior al de uno no fumador.

El más común es el carcinoma epidermoide, este cáncer es uno de los padecimientos más agresivos por los índices de mortalidad que produce, así como, por las secuelas del tratamiento. Esto implica que el diseño de las estrategias preventivas es una necesidad urgente, las cuales deberán ser desarrolladas por un grupo multidisciplinario interesado en las diferentes áreas de la patología bucal.

Evitar ciertos hábitos y dedicar una especial atención a algunos factores ayudan a prevenir el cáncer bucal y por supuesto todo tipo de alteraciones y lesiones en cavidad bucal. Ésta es la lista de factores irritantes que es necesario vigilar:^{42, 50}

- Consumo de tabaco y alcohol.
- Falta de higiene.
- Prótesis o piezas dentales que rozan o presionan excesivamente la mucosa.
- Fuentes de calor localizadas y constantes como la comida muy caliente, fumar en pipa, tener un cigarrillo en los labios durante mucho tiempo.
- Mantener una dieta pobre en pescado o en vitaminas A, C y E.
- Exponerse excesivamente a las radiaciones solares.
- Síntomas de alerta que para detectarlos es conveniente, realizar visitas periódicas al dentista y por lo menos, un autoexamen mensual.
- Hemorragias abundantes en la boca.
- Tumoración en la zona de la boca o en el cuello, aunque sea de pequeño tamaño.

- Aparición de manchas blancas o rojas.
- Úlcera en la boca que permanezca más de 15 días.
- Retraso en la cicatrización después de una extracción.
- Molestias al tragar, masticar o hablar.
- Dolores o sequedad excesiva en la boca sin una explicación aparente.

Las estadísticas han demostrado que un grupo de riesgo importante son los hombres mayores de 40 años, sobre todo, si son consumidores habituales de tabaco o alcohol.

El consumo de tabaco es un factor de riesgo importante para el cáncer bucal y otros tipos de cáncer. Todos los productos del tabaco, incluyendo los cigarrillos, los puros, el tabaco de pipa, el tabaco de mascar y el rapé, contienen productos tóxicos, carcinógenos y nicotina.^{20, 33, 44}

El tabaco no es el único factor de riesgo, el *consumo de alcohol* de manera excesiva y una nutrición deficiente pueden ser factores predisponentes en la aparición de lesiones premalignas como la leucoplasia. El alcohol por si solo, a diferencia del tabaco, no se considera como factor de riesgo en el carcinoma epidermoide, sin embargo, actúa como promotor en los pacientes fumadores, aumentando el riesgo de presentar una lesión maligna.^{33, 42, 50}

Se ha encontrado una posible correlación entre el ingerir bebidas alcohólicas en exceso y el desarrollo de cáncer bucal. Los individuos que consumen alcohol periódicamente y en grandes cantidades por lo común también fuman, ambos factores pueden propiciar una mayor probabilidad de padecer lesiones premalignas.^{22, 25, 42}

Existen otras lesiones de mucosa bucal que surgen como respuesta a irritaciones constantes como son: cálculo dental, mordeduras, comida irritante, impactación alimentaria, prótesis mal ajustadas, obturaciones desbordantes, enjuagues bucales y pastas dentales.

Los traumatismos repetitivos causados por prótesis mal ajustadas producen agresiones sobre la mucosa de manera crónica, que pueden degenerar en alguna lesión.^{8, 18, 28, 44}

Evidentemente son diferentes los factores que pueden estar asociados con el desarrollo de alteraciones bucales, sin embargo, si el paciente además de fumar, consumir alcohol, padece enfermedades crónicas degenerativas, SIDA e incluso cambios en los tejidos propios de la edad, tendrá altas posibilidades de desarrollar alguna lesión.

Por lo anterior es importante que el Odontólogo, como profesionalista del área de la salud, mantenga informados a todos sus pacientes de las diferentes alteraciones de mucosa bucal, sus factores asociados y complicaciones, para que tomen conciencia de la necesidad de *prevenir*, pero sobre todo, que estén informados para que acudan oportunamente a revisión.

Objetivos

Objetivo general

- Identificar la prevalencia de las lesiones de mucosa bucal y factores asociados en pacientes mayores de 34 años de edad que acuden a la Unidad de Especialidades Odontológicas.

Objetivos específicos

- Determinar la relación que existe entre la edad y género del paciente con la presencia de lesiones en mucosa bucal.
- Identificar la relación existente entre los hábitos del paciente como son: consumo de tabaco, alcohol, comida irritante, mordeduras e irritación continua, con la presencia de lesiones en mucosa bucal.
- Corroborar el diagnóstico de algunas lesiones mediante biopsias bucales.

Diseño de la investigación

Tipo de estudio

Observacional, descriptivo, prolectivo y transversal. ^{51, 52}

Población de estudio

Se revisó a la población mayor de 34 años de edad que acudió al servicio de diagnóstico y urgencias de la Unidad de Especialidades Odontológicas perteneciente a la Secretaria de la Defensa Nacional, SEDENA, durante el periodo de marzo-abril del 2004. Fecha de Rotación Servicio Diagnóstico y Urgencias.

Selección de la muestra

A través de un muestreo consecutivo en los sujetos que cubrían los criterios de selección. ^{51, 52}

Diseño estadístico: χ^2 , razón de momios, porcentajes, promedios y frecuencias. ^{53, 54, 55}

Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
Género	Características fenotípicas del sujeto	Masculino, femenino
Edad	Cronología que informe el sujeto	Intervalos por decenios del menor - 43, 44-53, 54-63, 64-73 y 74 al mayor
Tabaquismo	Consumo de cigarrillo en sus diferentes modalidades	SI NO
Alcoholismo	Consumo de bebidas alcohólicas	SI NO
Mordeduras	Acción de morder o presionar con los dientes la superficie bucal	SI NO
Comida irritante	Consumo de comida condimentada, caliente.	SI NO
Iritación continua	Todo factor que constantemente provoque irritación, amalgamas o prótesis desajustadas, objetos extraños y otros.	SI NO
Lesiones de la mucosa bucal**	Cambio del tejido causado por una agresión de origen traumático, térmico, químico, emocional.	SI NO

**** Blancas:** Leucoplasia, candidosis, leucoedema, queratosis friccional, condición de Fordyce

Rojas: eritroplasia, hemangioma y lengua geográfica.

Pigmentadas: pigmentación excesiva y focal.

Ulceradas: úlceras con causa aparente, traumática, sin causa aparente y úlcera aftosa recurrente.

Aumentos tisulares: hiperplasia fibrosa, granuloma piógeno, fibroma y lipoma.

Neoplasia maligna: carcinoma epidermoide.

Criterios de inclusión

- 1.- Pacientes que aceptaron participar en el estudio
- 2.- Sujetos mayores de 34 años
- 3.- Ambos géneros

Criterios de exclusión

- 1.- Pacientes con lesiones de tejidos duros
- 2.- Pacientes que no estaban capacitados para contestar el cuestionario o no lo desearon.

Técnica

La investigación se llevó a cabo en las Unidades del Servicio de Diagnóstico y Urgencias, SEDENA.

Se valoró de manera general al paciente, exploración extrabucal e intrabucal. Se realizó la observación y palpación de cada región anatómica de acuerdo al siguiente orden:

- Labios y comisuras labiales
- Mucosa labial y vestibular, encías, mucosa bucal y papilas de los conductos parotídeos
- Paladar duro y encía palatina
- Paladar blando
- Área amigdalina y porción posterior de la faringe
- Lengua, dorso y bordes laterales
- Lengua región ventral
- Piso de boca y encía lingual
- Dientes

Para la realización del examen bucal, fue necesaria una buena fuente de luz, directa o indirecta. Se utilizaron espejos del No. 5, abatelenguas y gasas.

Se solicitó al paciente retirar sus prótesis o cualquier objeto que impidiera la valoración completa de la cavidad bucal.⁴⁶

El interrogatorio se llevó a cabo en las unidades dentales del Servicio de Diagnóstico y Urgencias, utilizando el instrumento, (anexo No. 1) del cual, se obtuvo la siguiente información:

Ficha de identificación:

Nombre
Edad y género
Ocupación

Enfermedad sistémica

Hábito de fumar: Se consideró que practicaba este hábito todo paciente que llevase fumando tres años o más, independientemente, de la cantidad de cigarrillos, tabacos o pipas.

Alcoholismo: se consideró que practicaba este hábito todo paciente que haya consumido bebidas con alcohol en los 12 meses previos al estudio. ENA02

Otros factores como mordeduras, comida irritante e irritación continua.

Presencia de lesiones de mucosa bucal

Teniendo un diagnóstico de las lesiones encontradas, se realizaron biopsias para aquellas lesiones que así lo ameritaron, previo consentimiento válidamente firmado por el paciente (anexo No. 2).

Las biopsias se realizaron en el servicio de Cirugía Bucal de la Unidad de Especialidades Odontológicas y se llevaron al Hospital Central Militar para que el laboratorio de patología desarrollara el estudio histopatológico pertinente.

Los datos obtenidos se registraron en tablas para posteriormente realizar el conteo y obtener los resultados a través del programa estadístico SPSS versión 11.

Recursos

Recursos humanos

- 1 Pasante de la Carrera de Cirujano Dentista
- 1 CD. Especialista en Cirugía Maxilofacial
- 1 CD. Especialista en Patología Bucal

Recursos físicos

- 1 Unidad dental del servicio de Diagnóstico y Urgencias ubicado en las instalaciones de la Unidad de Especialidades Odontológicas.

Recursos materiales

- 200 pares de guantes
- 200 cubre bocas
- 200 espejos de exploración no. 5
- 200 abatelenguas
- 5 paquetes de gasas

Material e instrumental para biopsia

- 15 básicos
- 15 jeringas Carpule
- 15 jeringas asepto
- 15 riñones metálicos
- 15 eyectores quirúrgicos
- 15 pinzas de disección
- 15 pinzas hemostáticas
- 30 agujas
- 30 cartuchos de anestésico local
- 15 mangos de bisturí no. 3
- 20 hojas para bisturí no.11 y 15
- 15 porta agujas
- 15 sedas quirúrgicas 000

- 30 Libros
- 1 millar de hojas blancas tamaño carta
- 200 fichas de recolección de datos
- 1 cámara digital
- 2 computadoras
- 1 impresora
- 10 lápices
- 10 gomas
- 10 plumas
- 1 corrector
- 1 paquete de disquetes

Resultados

Realizada la investigación se presentan a continuación los resultados obtenidos con relación a la prevalencia de lesiones de mucosa bucal y factores asociados.

La muestra total fue de 161 pacientes revisados; de los cuales el 72.1% (116) pertenece al género femenino y el 27.9% al masculino (45). Gráfica 1

De acuerdo a la edad de los individuos revisados, la muestra se agrupó en 5 categorías por decenios. La categoría con mayor porcentaje de pacientes fue la segunda de 44 a 53 años, con 36 mujeres (75%) y 12 hombres (25%), con un total de 48 pacientes (29.8%). Gráfica 2

De los 161 individuos revisados, el 26% no presentó alguna alteración de la mucosa bucal (42 casos), mientras que, en el 74% (119) restante, sí se observaron alteraciones de la mucosa bucal. Gráfica 3

Como máximo, se encontraron 2 entidades en forma simultánea, así tenemos que, el 26% (42), no presentó alguna lesión, el 58% (94) una y el 16%, (25) presentó 2 lesiones. Gráfica 4

Respecto a la distribución por género y presencia de entidad se observa que 85 mujeres (52.79%), presentaron entidad, mientras que 31 de ellas, (19.25%) no presentaron alguna, en el género masculino solo 34 de los hombres presentaron alguna entidad y en 11 no se observó entidad alguna (21.11%). Gráfica 5

Se calculó la prueba χ^2 y razón de momios para encontrar posible asociación entre género y presencia de entidad. Ambas resultaron estadísticamente no significativas con un valor de .768 para χ^2 y 1.127OR, lo cual, indica que no existe una asociación entre ambas variables y que el riesgo de presentar o no entidad, es igual en hombres que en mujeres.

El total de entidades encontradas fue de 144, se hallan agrupadas por sus características comunes en 5: entidades blancas, rojas, pigmentadas, ulceradas y aumentos tisulares, presentándose con mayor porcentaje las entidades blancas con 38.8%, seguida de las pigmentadas y rojas, ambas con un 20.7%. Gráfica 6

La Gráfica 7 muestra la distribución por género y tipo de entidad, cabe señalar que las entidades blancas fueron las más frecuentes en ambos géneros, 25.6% y 13.2% respectivamente.

Del total de las entidades encontradas en la Tabla 1 se muestran las 10 más frecuentes, cabe resaltar que 4 de ellas son consideradas **VARIANTES DE**

LA NORMALIDAD, como la pigmentación focal (12.48%), leucoedema (9.7%), pigmentación excesiva (8.31%) y condición de Fordyce (8.31%).

La queratosis friccional ocupó el primer lugar con un 17.33 %, la anterior lesión, el leucoedema y las entidades blancas restantes, tienen una importancia clínica relevante, ya que, deben ser consideradas para el diagnóstico diferencial con la leucoplasia, cabe resaltar, que en este estudio se presentó con poca frecuencia 0.69%, sin embargo, no por ello debemos restarle importancia, ya que, es una de las lesiones que puede transformarse en maligna.

En la Tabla 2 se muestra la distribución del tipo de entidades por género y categoría de edad, los grupos con mayor porcentaje de lesiones encontradas, incluyendo hombres y mujeres, son la segunda categoría de 44 a 53 años, con 49 entidades presentes (33.9%), la primera categoría del menor al 43 con 37 entidades observadas (25.6%) y la tercera de 54 a 63 años, con 33 entidades presentes (22.8%).

En esa misma tabla se muestra la cantidad y porcentaje del tipo de entidades encontradas, cabe destacar, que las entidades blancas fueron las más frecuentes 56 casos (38.8%).

La Tabla 3 muestra la distribución de las 10 entidades más frecuentes relacionadas con el género, la única entidad que se presentó con mayor frecuencia en los hombres fue la condición de Fordyce 6.94% (10 casos), ya que, las entidades restantes fueron más observadas en el género femenino.

En la Tabla 4 se observan las 10 entidades más frecuentes relacionadas con las diferentes categorías de edad, así tenemos que, la queratosis friccional se presentó con mayor frecuencia en la segunda categoría con un 7.63% (11casos).

De acuerdo a los factores asociados, se realizó la prueba χ^2 para obtener la relación de los diferentes factores con la presencia de entidades de la mucosa bucal, el valor de significación estadística empleado fue de 0.05, también se calculó el riesgo de acuerdo a la exposición con los diferentes factores, OR (Odds Ratio), el valor considerado para esta prueba fue a partir de 2.

Para el tabaco y la presencia de entidades, se encontró un OR de 4.322 y un valor de .000 para χ^2 , ambos estadísticamente significativos, es decir, la asociación entre tabaco y presencia de alteraciones es afirmativa con un riesgo mayor en aquellos individuos que fuman. Tabla 5

En la Gráfica 8, se muestra el número de individuos fumadores que presentaron o no alguna entidad.

Por el contrario, entre los bebedores de alcohol, no se encontró relación con la presencia de entidades, ya que, el valor de OR fue de 1.219, determinando el mismo riesgo para los individuos que beben alcohol o no; el valor de χ^2 fue de .702, lo cual indica que no hay asociación entre ambas variables. Tabla 6

La Gráfica 9 muestra la frecuencia de los individuos expuestos al factor alcoholismo y los que presentaron o no entidades de la mucosa bucal.

Respecto a los individuos que tienen por hábito morderse, se encontró una asociación importante entre mordeduras y presencia de entidades de la mucosa bucal ($\chi^2 = .000$), además tienen 13 veces más riesgo de presentar alguna entidad (OR 13.521). Tabla 7

En la Gráfica 10 se observa la frecuencia de los individuos que presentan o no entidad relacionados con el factor mordedura.

De los individuos estudiados expuestos al factor comida irritante se encontró un valor .857 para χ^2 y un OR de .908, lo cual, nos indica que no existe asociación entre la comida irritante y la presencia de entidades y que el riesgo de presentar alguna entidad, es igual para aquellos individuos que acostumbran o no consumir comida irritante. Tabla 8

La Gráfica 11 muestra la distribución de individuos que presentaron o no entidad, relacionados con el consumo de comida irritante.

Finalmente, el último factor de riesgo estudiado, es la irritación continua en la cual se incluyen: prótesis mal adaptadas, obturaciones desbordantes y cálculo dental.

La prueba χ^2 arrojó un valor de .000 reportando una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de entidades e irritación continua. El valor de OR fue de 10.439, indicando un riesgo mayor de presentar entidad, en aquellos individuos en los que se observe algún factor irritante en su boca. Tabla 9

La distribución de individuos que presentan o no entidades de la mucosa relacionadas con la irritación continua se muestran en la Gráfica 12.

De manera específica en la Tabla 10 se muestra la asociación de los diferentes factores con las 10 entidades más frecuentes.

De acuerdo a las pruebas realizadas χ^2 y OR se encontraron valores estadísticamente significativos para el tabaco, mordeduras e irritación continua, con la presencia de queratosis friccional.

En la pigmentación focal, la comida irritante se presentó como el factor de riesgo asociado con un valor de .035 para χ^2 y 2.931 para OR.

Para el fibroma, las mordeduras y la irritación continua, reportaron una asociación evidente y un riesgo mayor de presentar dicha lesión en aquellos pacientes que se muerden o están expuestos a una irritación continua.

Para la úlcera traumática, el alcoholismo, las mordeduras y la irritación continua, se reportaron como factores de riesgo importantes, con valores estadísticamente significativos.

Finalmente, la lengua geográfica sólo presentó asociación con el factor alcoholismo.

Discusión de los resultados

Los datos obtenidos en este estudio, nos reportan una frecuencia alta de alteraciones que afectan a la mucosa bucal.

Cabe destacar, que las entidades encontradas con mayor frecuencia son consideradas **VARIANTES DE LA NORMALIDAD**, no por ello debemos restarle importancia, ya que, las alteraciones de mucosa bucal, por muy simples que parezcan, pueden desarrollar lesiones premalignas, más aún si la etiología reportada es por consumo de tabaco, hábitos nocivos, fricción excesiva e irritación continua.^{1, 3, 9}

Se seleccionaron 20 entidades de la mucosa bucal, de las cuales se encontraron 16, lo cual, nos indica que de acuerdo a lo establecido en el marco teórico, el tipo de lesiones coincide con otras investigaciones.

Respecto a la edad, en nuestro estudio, la segunda categoría de 44 a 53 años incluye la mayor cantidad de pacientes revisados 48 (29.8%) y con mayor número de entidades encontradas 49 (33.9%).

Comparando este resultado con otros autores no se observa gran similitud, ya que, Ramírez y cols., reportan la presencia de individuos menores de 45 como el grupo más estudiado al igual que Bello y cols., con el grupo de 35 a 39 años. Sin embargo, estas diferencias no deben limitar el promover programas de educación y promoción para la salud en el adulto.^{6, 25}

La frecuencia de mujeres es mayor respecto a los hombres debido a que las mujeres asisten con mayor frecuencia al médico y al Odontólogo, sin embargo, lo anterior nos exhorta, a realizar estudios posteriores con un tipo de muestra diferente para evitar sesgos y obtener una mejor representatividad.

Se realizaron las pruebas χ^2 y OR, para encontrar la posible asociación entre género y presencia de lesiones, ambos resultaron no significativos, a diferencia del estudio realizado por Ramírez y cols., en el que encontraron una asociación importante entre género y edad con la presencia de las diferentes alteraciones estudiadas.²⁵

Llama la atención que ningún paciente asistió a consulta para revisión, o por haber notado, en el caso del fibroma o el hemangioma, un aumento tisular, TODOS, sin excepción, acudieron por dolor y necesidad de prótesis, lo que confirma la falta de información y cultura hacia la prevención.

Por tal motivo, este tipo de estudio nos permite acercarnos más a la problemática y con ello comenzar la difusión de la prevalencia de lesiones de mucosa bucal con todos nuestros pacientes.

La discusión de las diferentes lesiones de la mucosa bucal se llevará a cabo por grupo de entidades y en aquellas que a lo largo del estudio se contemplaron como las más importantes, ya sea, por su frecuencia, etiología e importancia clínica.

Así tenemos que en las entidades blancas, la queratosis friccional ocupa el primer lugar de frecuencia con un 17.33%, la importancia clínica de esta lesión junto con las demás del grupo, radica en diferenciarla de la leucoplasia, sin embargo, el enfoque primordial es controlar sus factores asociados.

Bello y cols., Mosqueda y cols., y Freyre y cols., reportan datos similares, ya que, la queratosis friccional estuvo presente dentro de las diez lesiones más frecuentes. Por su parte, Ovalle enfocó su estudio en lesiones de origen dental, sin embargo, la queratosis friccional ocupó uno de los primeros lugares de las lesiones de mucosa bucal. ^{1, 2, 6, 9}

El leucoedema y la condición de Fordyce tuvieron un porcentaje alto de frecuencia, 9.7% y 8.31% respectivamente, lo que nos permite considerarlas como características normales de la mucosa bucal.

De acuerdo a su distribución por género, el leucoedema se presentó con mayor frecuencia en mujeres, 10 casos (6.94%), que en hombres, 4 casos (2.77%), mientras que la condición de Fordyce fue más observada en hombres, 10 casos (6.94%).

Mosqueda y cols., reportan haberlas encontrado con un alto porcentaje, pero ambas en el género masculino. Por su parte, Bello y cols., encontraron como condición más frecuente el leucoedema, con el 44% de toda la población revisada. ^{6, 9}

La candidosis ocupó un 2.77%, a pesar de no incluirla como las 10 entidades más frecuentes, su importancia clínica y frecuencia en pacientes portadores de prótesis total y diabéticos no controlados, nos permite mencionarla.

Coincidiendo con otros autores, la leucoplasia no se encontró con una prevalencia significativa 0.69%, sin embargo, se menciona que a pesar de ello es necesario mantener el monitoreo constante de los pacientes, por su potencial transformación hacia la malignidad.

Cabe mencionar, que esta lesión fue encontrada en un paciente de 65 años, el cual desconocía por completo la existencia de dicha lesión. Aunado a lo anterior, reportó fumar, beber y portar prótesis total inferior mal adaptada, por tal motivo, es conveniente informar a cada paciente la existencia de las alteraciones de mucosa bucal y sus factores asociados para que realicen un examen bucal por lo menos cada semana. ^{1, 9, 25}

El total de entidades blancas reportado en este estudio es de 38.8%, 25.6% para las mujeres y 13.2% para hombres, lo que indica que la mayoría de la población presenta por lo menos una entidad de color blanco.

En el grupo de entidades rojas se agruparon, el hemangioma (4.85%), la lengua geográfica (4.85%) y la eritroplasia, esta última no fue observada, sin embargo, es importante mencionarla por ser una lesión premaligna.²⁴

La lengua fisurada se observó con un 11.09%, se presenta como un hallazgo común en el género femenino; al comparar nuestros resultados, con otros estudios se observa que no son similares, ya que, se reporta como entidad más frecuente la lengua geográfica (6.9%)^{3, 14}

Por otro lado, las entidades pigmentadas ocupan el 20.7% de frecuencia en la población estudiada, la pigmentación focal (12.48%) se presentó con mayor frecuencia en mujeres (7.63%), la pigmentación excesiva también se presentó con un porcentaje más alto en mujeres (6.94%) que en hombres (1.38%) con un total de 8.31%, por lo tanto, la distribución por género mostró que las mujeres presentaron con mayor frecuencia los dos tipos de pigmentación coincidiendo con el estudio realizado por Ramírez y cols.²⁵

Comparando los resultados con Bello Santos y cols., se observa que no hay similitud, ya que, ellos reportan como entidad más frecuente la pigmentación excesiva con un 14.2%, sin embargo, ambas entidades son comunes en la población como lo reportan diferentes autores, por tal motivo, deben ser consideradas como variantes de la normalidad.^{6, 25}

La frecuencia de las pigmentaciones en mucosa, se relacionan con el grado de pigmentación en la piel, aunque no se debe generalizar, ya que, se han encontrado en razas diferentes a la negra.^{25, 34, 19}

Las úlceras con causa aparente más frecuentes fueron las traumáticas, 4.85%, coincidiendo con otros autores quienes la reportan como una lesión muy común, por su etiología. Sin embargo, su importancia clínica radica en que es una lesión sintomática y por la cual, lamentablemente, la mayoría de los pacientes acude a consulta. Cabe mencionar, que a pesar de tener un factor etiológico, no se debe evitar la revisión constante y sobre todo, monitorear su tiempo de evolución.^{25, 37}

De acuerdo al grupo de aumentos tisulares, se incorporaron el fibroma (9.0%), la hiperplasia (2.77%), papiloma (1.38%), mucocele (0.69%) y el lipoma (0.69%). Comparando los resultados con otros autores, se observa una similitud, ya que, se encuentran como las neoplasias benignas más frecuentes en la población, Freyre y cols., reportan haber encontrado en total 72 fibromas ocupando el segundo lugar de frecuencia, De la Rosa y cols., y Ramírez y cols., los ubican como aumentos tisulares con un porcentaje

similar al nuestro, 9.6% para el primer estudio mencionado y 11.8% como total de todos los aumentos tisulares para el segundo estudio.^{1, 7, 25}

Cabe mencionar, que en este grupo de entidades fue necesario realizar biopsia excisional para su diagnóstico definitivo, procedimiento no costoso y seguro para determinar la naturaleza, extensión y severidad de las lesiones.

Con lo anterior exhorto, al Cirujano Dentista a utilizar con mayor frecuencia este auxiliar de diagnóstico, ya que, nos permitirá canalizar al paciente con el Patólogo bucal o especialista adecuado, de manera oportuna, en aquellos pacientes que así lo requieran.

Es importante, hacer mención de las enfermedades sistémicas presentes en la población estudiada, ya que, a pesar de no haber sido relacionadas con la presencia de lesiones, se encuentran con una frecuencia alta en la población, especialmente la hipertensión arterial (27%) y diabetes mellitus (11%).

Con base a la experiencia obtenida, se plantea la conveniencia de seguir investigando este tema, para encontrar posible asociación entre las enfermedades sistémicas controladas y no controladas con la presencia de lesiones.

En relación al análisis estadístico desarrollado en este estudio para la asociación de diferentes factores de riesgo y la presencia de entidad, se determinó importante el establecer un diagnóstico oportuno no sólo de las alteraciones de la mucosa, sino de los hábitos nocivos de nuestro paciente, ya que, las pruebas realizadas, χ^2 y OR arrojaron valores estadísticamente significativos indicando una asociación fuerte entre los diferentes factores y la presencia de alteraciones de la mucosa bucal, especialmente en el tabaco, mordeduras e irritación continua.

Los anteriores factores y específicamente el tabaco requieren cambios de actitud en la población, para lo cual, se necesita echar mano de la inter y multidisciplina.

Respecto al factor irritación continua, se refiere a prótesis mal adaptadas, obturaciones desbordantes y cálculo dental, lo cual, implica la necesidad de atención odontológica en la población estudiada.^{1, 9, 25, 47, 50}

Realizadas las pruebas estadísticas para determinar asociación y riesgo entre los diferentes factores asociados y las 10 entidades más frecuentes, se observa que las mordeduras, la comida irritante y la irritación continua fueron los factores que presentaron cifras estadísticamente significativas, determinando una asociación con la queratosis friccional, fibroma, úlcera traumática y lengua geográfica.

Por los resultados encontrados, es imprescindible tomar en cuenta cada factor asociado y erradicarlo en el menor tiempo posible. Para ello, es importante mencionar una técnica de cepillado adecuada, pero también, una técnica de exploración bucal en casa que permita visitas al consultorio no sólo por dolor, sino por prevención.

Lo anterior aumentará la cultura de higiene bucal en nuestros pacientes y permitirá un cambio importante en las cifras reportadas por estudios epidemiológicos posteriores.

Conclusiones y sugerencias

- La frecuencia de alteraciones de la mucosa bucal en la población estudiada está constituida principalmente por alteraciones benignas.
- Las alteraciones blancas, pigmentadas y rojas, fueron las más frecuentes en la población estudiada.
- Los factores traumáticos fueron la primera causa de alteraciones bucales, por lo que, el Cirujano Dentista debe erradicar y controlar dichos agentes.
- Las lesiones premalignas no se encontraron en un porcentaje alto, sin embargo, se sugiere un monitoreo constante para evitar su malignidad.
- Debido a que, las lesiones de mucosa bucal son frecuentes pero diagnosticadas por casualidad y a veces, en etapas avanzadas, el Cirujano Dentista debe identificarlas oportunamente, para que el tratamiento sea eficaz.
- Se sugiere la elaboración de campañas publicitarias, que permitan al paciente, conocer la existencia de alteraciones de la mucosa bucal asociadas al tabaquismo, consumo de alcohol, mordeduras e irritación continua.
- Como parte fundamental de su desarrollo profesional, el Cirujano Dentista debe realizar investigaciones epidemiológicas frecuentes.
- Concluyo de manera satisfactoria el haber cumplido con los objetivos propuestos en esta investigación y exhorto al personal académico y estudiantil a realizar diferentes investigaciones no sólo por valor curricular o requisito, sino para obtener datos importantes que les permitan crecer profesionalmente, y por lo tanto, brindar una atención integral.

Anexos

Anexo No. 1

Ficha No. _____

Fecha: ____/____/____/

Unidad de Especialidades Odontológicas. Servicio de Diagnóstico y Urgencias

PREVALENCIA DE LESIONES DE MUCOSA BUCAL Y FACTORES ASOCIADOS EN
PACIENTES MAYORES DE 34 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO EN LA
UNIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS.

Ficha de identificación

Nombre: _____

Edad: _____ Género _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Motivo de consulta:

Antecedentes personales patológicos

Enfermedad sistémica: _____

Alergias: _____

Medicamentos comúnmente utilizados:

Hábitos	Si	No
tabaquismo		
alcoholismo		
mordeduras		
comida irritante		
Irritación continua		

lesión	
localización	
tratamiento	

ENTIDADES BLANCAS		LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN		TRATAMIENTO	
leucoedema	1	labios	1	biopsia	1
queratosis friccional	2	mucosa bucal	2	valoración	2
condición de Fordyce	3	reborde alveolar	3		
leucoplasia	4	encía	4		
candidosis	5	paladar (duro y blando)	5		
líquen plano	6	orofaringe (fauces, región retromolar)	6		
ENTIDADES ROJAS		lengua (superficie dorsal y lateral)	7		
eritroplasia	7	lengua(superficie ventral)	8		
hemangioma	8	frenillos	9		
lengua geográfica	9	piso de boca	10		
PIGMENTACIONES					
pigmentación focal	10				
pigmentación excesiva	11				
ÚLCERAS					
traumática	12				
aftosa recurrente	13				
sin causa aparente	14				
AUMENTOS TISULARES					
hiperplasia papilar	15				
granuloma piógeno	16				
mucocele	17				
fibroma	18				
lipoma	19				
NEOPLASIA MALIGNA					
carcinoma epidermoide	20				

OTRAS: _____

Anexo No. 2

Unidad de Especialidades Odontológicas Servicio de Diagnóstico y Urgencias

Consentimiento válidamente informado

A quien corresponda:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio "Prevalencia de lesiones de mucosa bucal y factores asociados en pacientes mayores de 34 años de edad" que se realizará en la Unidad de Especialidades Odontológicas, cuyos objetivos son conocer la prevalencia de las lesiones de mucosa bucal y sus factores asociados, así como, detectar lesiones que puedan ser cancerizables.

Estoy consciente de que las pruebas, procedimientos y tratamientos para lograr los objetivos mencionados, consistirán en contestar con la verdad las preguntas que el investigador realice y en caso de ser necesario la eliminación de la lesión encontrada, aceptar voluntariamente la realización de una biopsia para conocer el diagnóstico definitivo.

Los riesgos y complicaciones que se pueden presentar son infección, dolor, hemorragia, inflamación, edema, recidiva de la lesión y posiblemente otra intervención quirúrgica.

Se que puedo retirarme de la investigación si así lo deseo y puedo solicitar más información de los riesgos y complicaciones que se pueden suscitar en el desarrollo del estudio.

Nombre y firma de conformidad

Dirección:

Teléfono: _____

Fecha: _____

Firma testigo

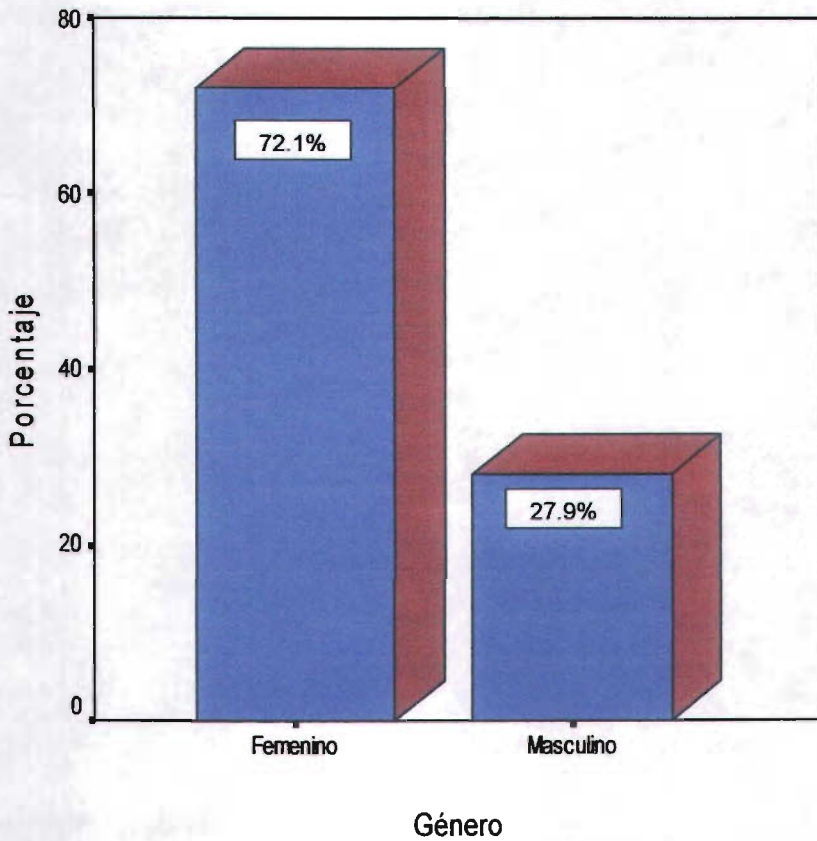
Firma testigo

Anexo No. 3

Gráficas y tablas

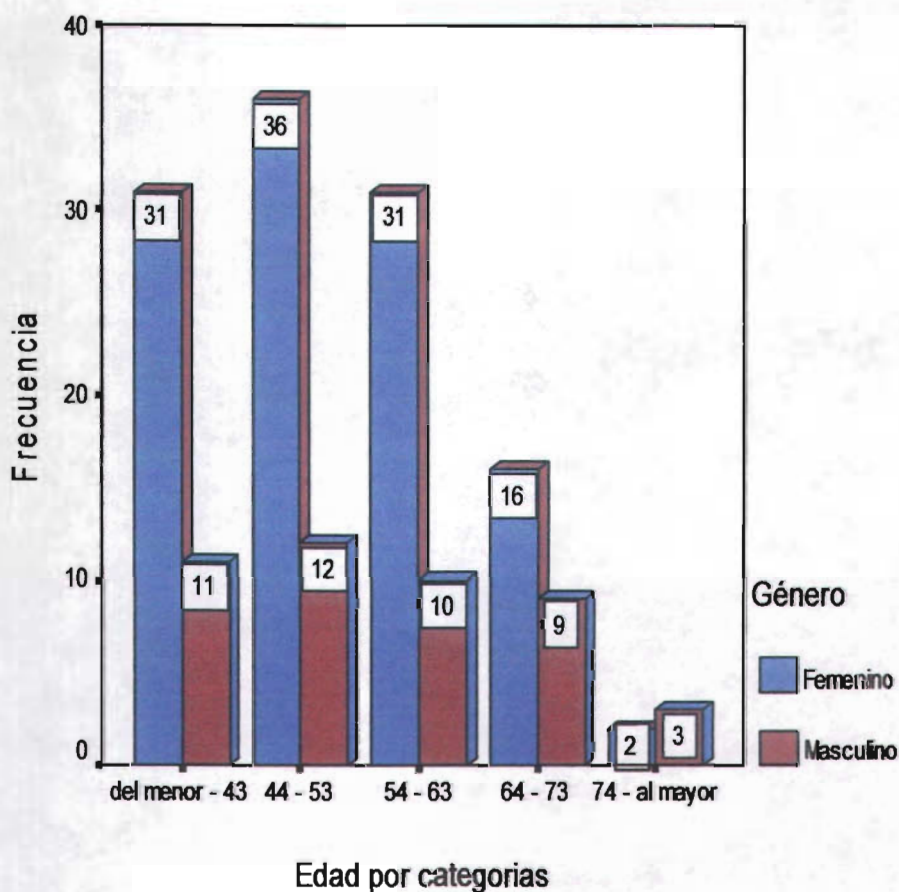
GRÁFICA 1

DISTRIBUCIÓN DE INDIVIDUOS POR GÉNERO.
UNIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS,
SEDENA. 2004



GRÁFICA 2

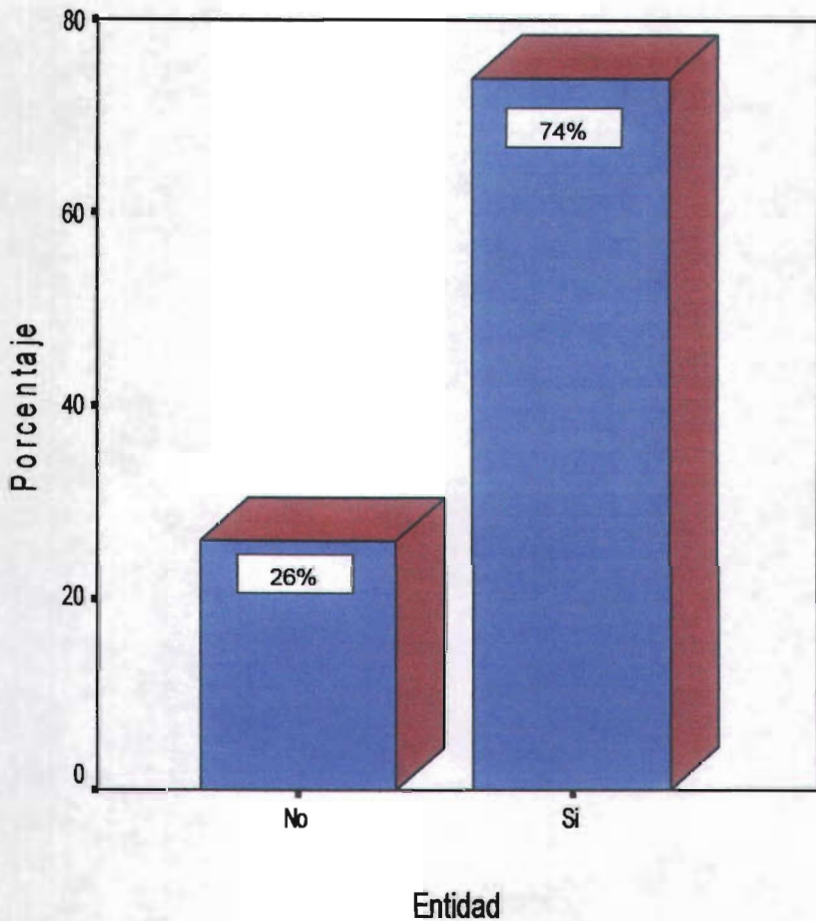
DISTRIBUCIÓN DE INDIVIDUOS POR GÉNERO Y EDAD. UNIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, SEDENA. 2004



GRÁFICA 3

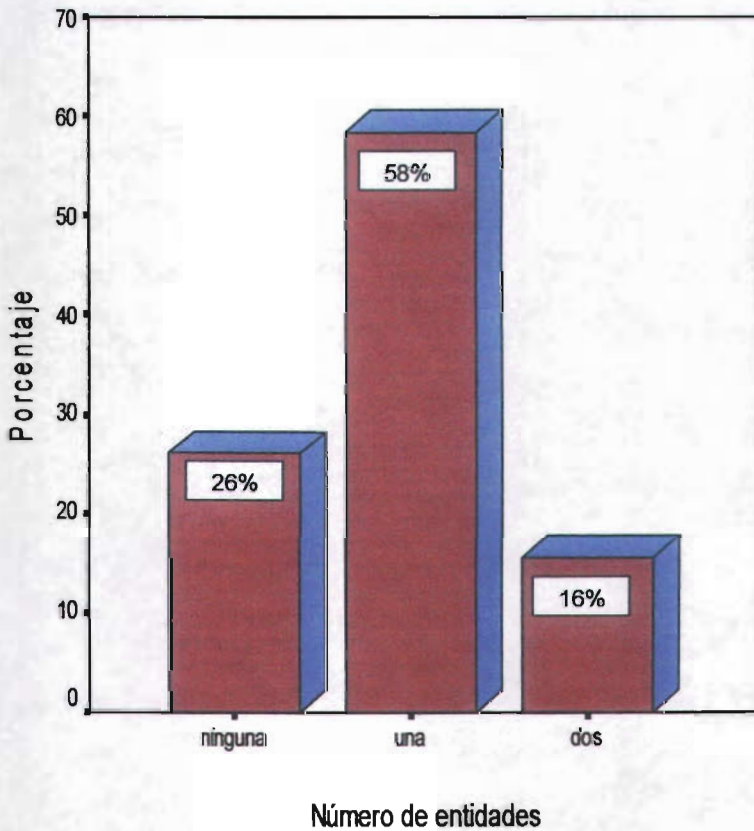
DISTRIBUCIÓN DE INDIVIDUOS QUE PRESENTARON O NO ENTIDAD

UNIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS,
SEDENA. 2004



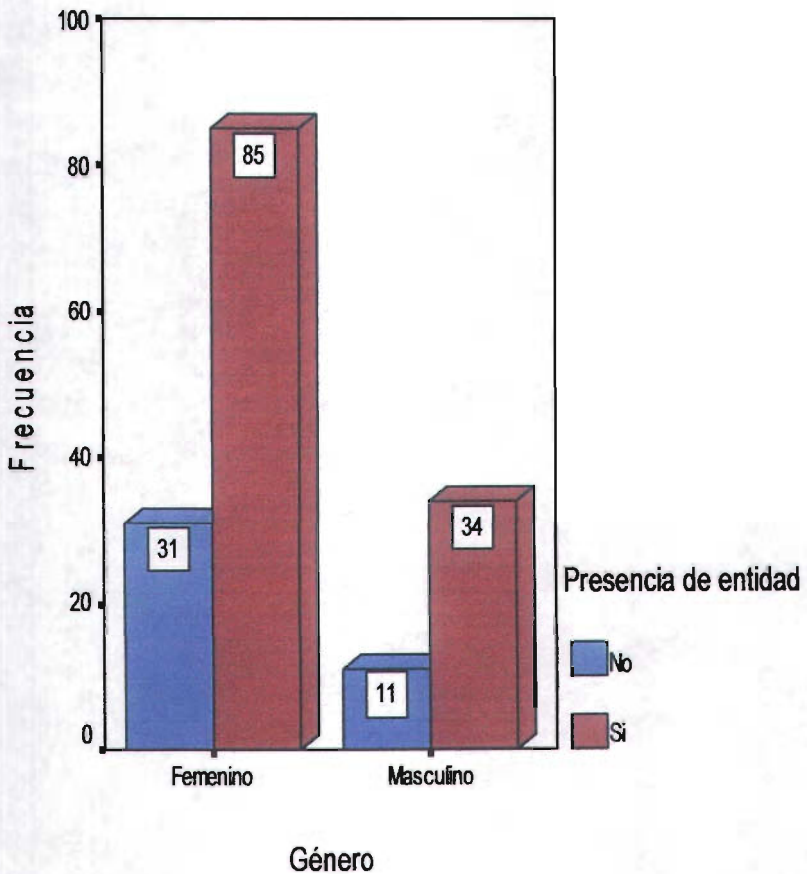
GRÁFICA 4

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE ENTIDADES ENCONTRADAS EN LOS INDIVIDUOS EXAMINADOS UNIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, SEDENA. 2004



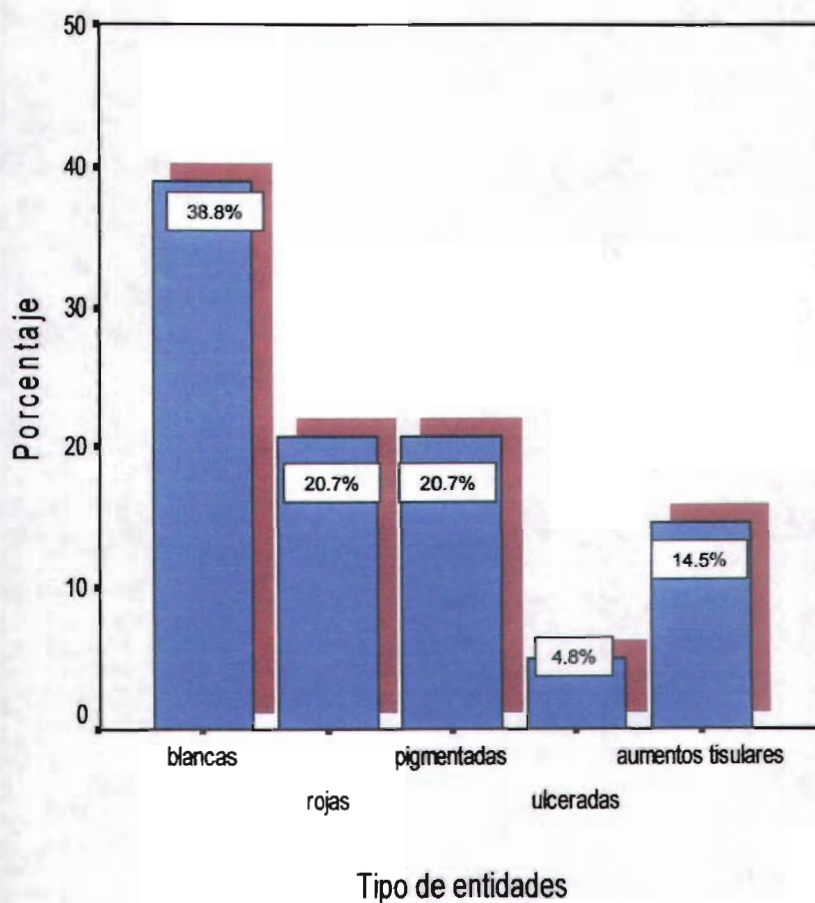
GRÁFICA 5

DISTRIBUCIÓN DE INDIVIDUOS POR GÉNERO Y PRESENCIA DE ENTIDAD UNIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, SEDENA. 2004



GRÁFICA 6

DISTRIBUCION DEL TIPO DE ENTIDADES UNIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, SEDENA. 2004



GRÁFICA 7

DISTRIBUCIÓN DE INDIVIDUOS POR GÉNERO Y TIPO DE ENTIDAD.

UNIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS,
SEDENA. 2004

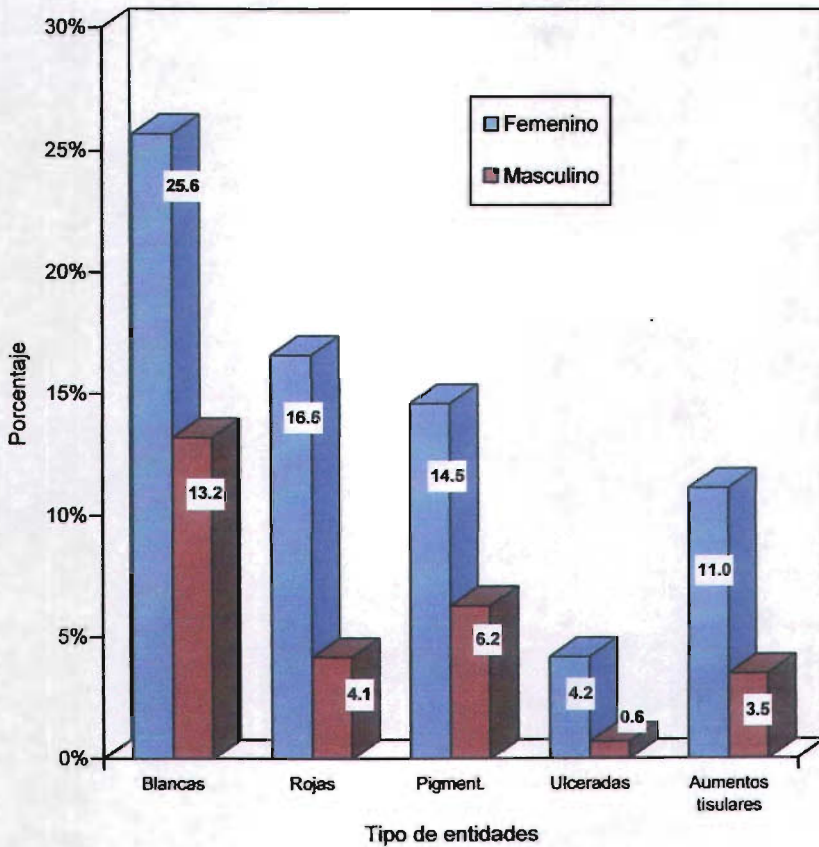


TABLA 1

10 ENTIDADES MÁS FRECUENTES UNIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, SEDENA. 2004

ENTIDAD	TOTAL	%
Queratosis friccional	25	17.33
*Pigmentacion focal	18	12.48
Lengua fisurada	16	11.09
*Leucoedema	14	9.7
Fibroma	13	9.0
*Pigmentación excesiva	12	8.31
*Condición de Fordyce	12	8.31
Úlcera traumática	7	4.85
Lengua geográfica	7	4.85
Hemangioma	7	4.85
Entidades restantes	13	9.0
TOTAL	144	100

* Variantes de la normalidad

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE ENTIDADES POR GÉNERO Y CATEGORÍA DE EDAD
 UNIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, SEDENA. 2004

Edad por categorías	Género	Entidades											
		Biancas	%	Rojas	%	Pigmentadas	%	Uiceradas	%	Aumentos tisulares	%	Total	%
1 del menor al 43	F	7	4.85	8	5.55	7	4.85	3	2.08	3	2.08	28	19.41
	M	6	4.16	1	0.69	1	0.69	0	0	1	0.69	9	6.23
2 44 -53	F	16	11.10	7	4.85	7	4.85	0	0	4	2.77	34	23.57
	M	7	4.85	2	1.38	4	2.77	1	0.69	1	0.69	15	10.38
3 54 -63	F	11	7.63	3	2.08	8	3.47	2	1.38	5	3.47	26	18.03
	M	3	2.08	2	1.38	2	1.38	0	0	0	0	7	4.85
4 64- 73	F	3	2.08	5	3.47	2	1.38	1	0.69	3	2.08	14	9.7
	M	3	2.08	1	0.69	1	0.69	0	0	2	1.38	7	4.85
5 del 74 al mayor	F	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1.38	2	1.38
	M	0	0	1	0.69	1	0.69	0	0	0	0	2	1.38
Total		56	38.83	30	20.78	30	20.78	7	4.84	21	14.54	144	100

TABLA 3

ENTIDADES MÁS FRECUENTES RELACIONADAS CON EL GÉNERO
 UNIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, SEDENA. 2004

ENTIDAD	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
Queratosis friccional	21	14.56	4	2.77	25	17.33
Pigmentación focal	11	7.63	7	4.85	18	12.48
Lengua fisurada	11	7.63	5	3.47	16	11.09
Leucoedema	10	6.94	4	2.77	14	9.7
Fibroma	12	8.31	1	0.69	13	9.0
Pigmentación excesiva	10	6.94	2	1.38	12	8.31
Condición de Fordyce	2	1.38	10	6.94	12	8.31
Úlcera traumática	6	4.16	1	0.69	7	4.85
Lengua geográfica	6	4.16	1	0.69	7	4.85
Hemangioma	7	4.85	0	0	7	4.85
Entidades restantes	8	5.55	5	3.47	13	9.0
TOTAL	104	72.1	40	27.9	144	100

TABLA 4

**ENTIDADES MÁS FRECUENTES RELACIONADAS CON LAS CATEGORÍAS
EDAD**

UNIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, SEDENA. 2004

ENTIDAD	CATEGORÍAS DE EDAD										Total	%
	*1	%	2	%	3	%	4	%	5	%		
Queratosis friccional	5	3.47	11	7.83	7	4.85	2	1.38	0	0	25	17.33
Pigmentación focal	7	4.85	5	3.47	5	3.47	0	0	1	0.69	18	12.48
Lengua fisurada	3	2.08	5	3.47	4	2.77	3	2.08	1	0.69	16	11.09
Leucoedema	3	2.08	6	4.16	4	2.77	1	0.69	0	0	14	9.7
Fibroma	2	1.38	3	2.08	4	2.77	3	2.08	1	0.69	13	9.0
Pigmentación excesiva	1	0.69	6	4.16	2	1.38	3	2.08	0	0	12	8.31
Condición de Fordyce	4	2.77	6	4.16	2	1.38	0	0	0	0	12	8.31
Úlcera traumática	3	2.08	1	0.69	2	1.38	1	0.69	0	0	7	4.85
Lengua geográfica	6	4.16	1	0.69	0	0	0	0	0	0	7	4.85
Hemangioma	0	0	3	2.08	1	0.69	3	2.08	0	0	7	4.85
Entidades restantes	3	2.08	2	1.38	2	1.38	5	3.47	1	0.69	13	9.0
Total	37	25.64	49	33.97	33	22.84	21	14.55	4	2.76	144	100

- * 1 = de la edad menor al 43
 2 = de 44 a 53 años
 3 = de 54 a 63 años
 4 = de 64 a 73 años
 5 = de 74 a la edad mayor

TABLA 5

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES FUMADORES Y PRESENCIA DE ENTIDADES DE LA MUCOSA BUCAL

UNIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, SEDENA. 2004

Factor Tabaco	Presencia de entidades				Totales	
	NO		SI			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
NO	34	36.6	59	63.4	93	100
SI	8	11.8	60	88.2	68	100
Totales	42	26.1	119	73.9	161	100

Chi-Square Tests = .000
Risk Estimate Odds Ratio for Tabaco 4.322

GRÁFICA 8

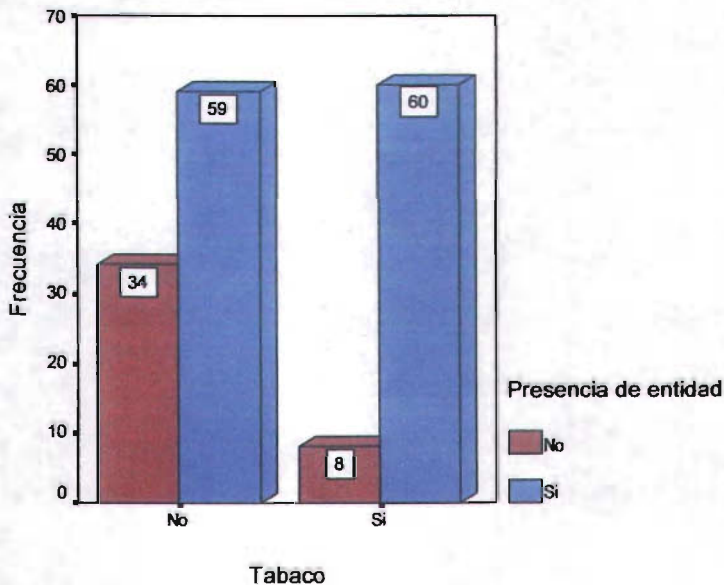


TABLA 6

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES BEBEDORES Y PRESENCIA DE ENTIDADES DE LA MUCOSA BUCAL

UNIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, SEDENA. 2004

Factor Alcoholismo	Presencia de entidades				Totales	
	NO		SI		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
NO	30	27.3	80	72.7	110	100
SI	12	23.5	39	76.5	51	100
Totales	42	26.1	119	73.9	161	100

Chi-Square Tests = .702
Risk Estimate Odds Ratio for Alcohol = 1.219

GRÁFICA 9

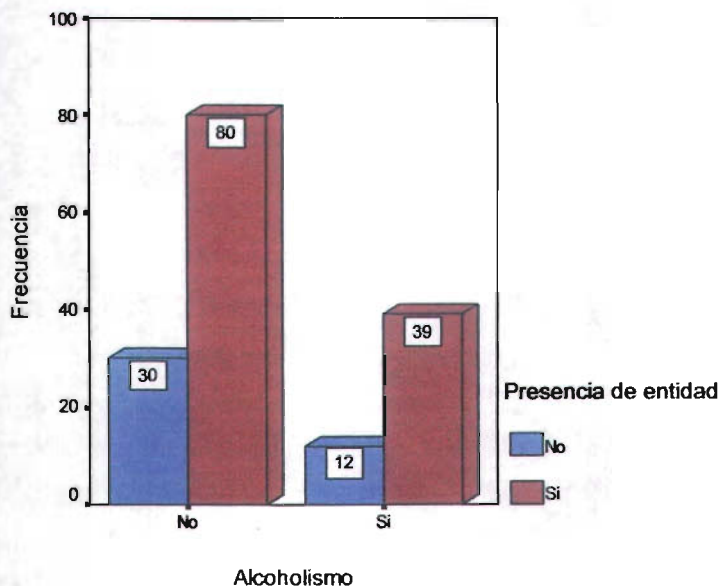


TABLA 7

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HÁBITO DE MORDERSE Y PRESENCIA DE ENTIDADES DE LA MUCOSA BUCAL

UNIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, SEDENA. 2004

Factor Mordeduras	Presencia de entidades				Totales	
	NO		SI		Num.	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
NO	40	36.0	71	64.0	111	100
SI	2	4.0	48	96.0	50	100
Totales	42	26.1	119	73.9	161	100

Chi-Square Tests = .000

Risk Estimate Odds Ratio for Mordeduras 13.521

GRÁFICA 10

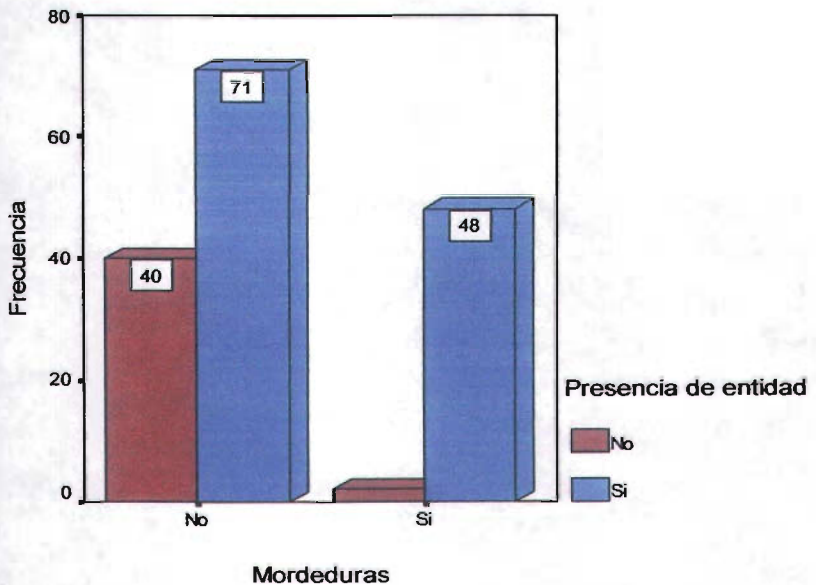


TABLA 8

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES QUE CONSUMEN COMIDA IRRITANTE Y PRESENCIA DE ENTIDADES DE LA MUCOSA BUCAL
 UNIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, SEDENA. 2004

Factor Comida irritante	Presencia de entidades				Totales	
	NO		SI		Num.	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
NO	23	25.3	68	74.7	91	100
SI	19	27.1	51	72.9	70	100
Totales	42	26.1	119	73.9	161	100

Chi-Square Tests = .857
 Risk Estimate Odds Ratio for Comida irritante .908

GRÁFICA 11

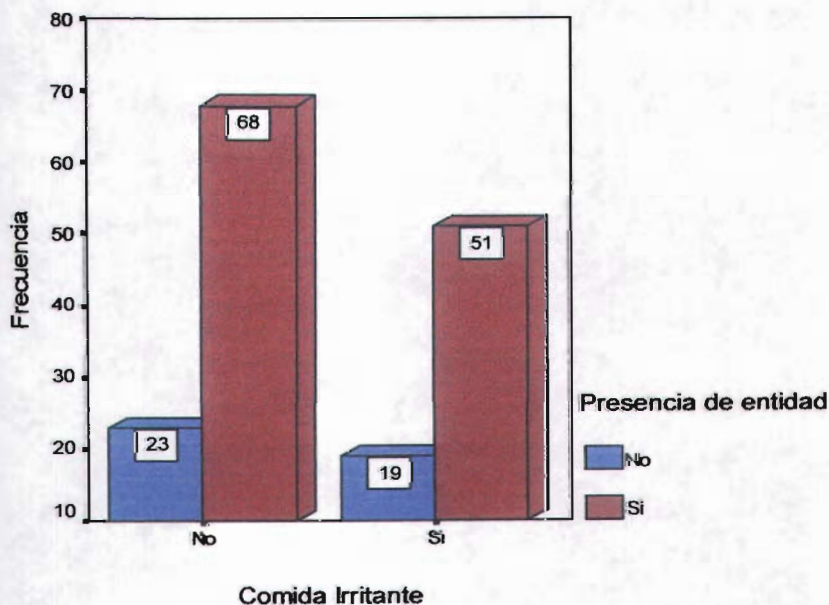


TABLA 9

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES EXPUESTOS A IRRITACIÓN CONTINUA Y PRESENCIA DE ENTIDADES

UNIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, SEDENA. 2004

Factor Irritación continua	Presencia de entidades				Totales	
	NO		SI		Num.	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
NO	39	37.1	66	62.9	105	100
SI	3	5.4	53	94.6	56	100
Totales	42	26.1	119	73.9	161	100

Chi-Square Tests = .000

Risk Estimate Odds Ratio for Irritación continua 10.439

GRÁFICA 12

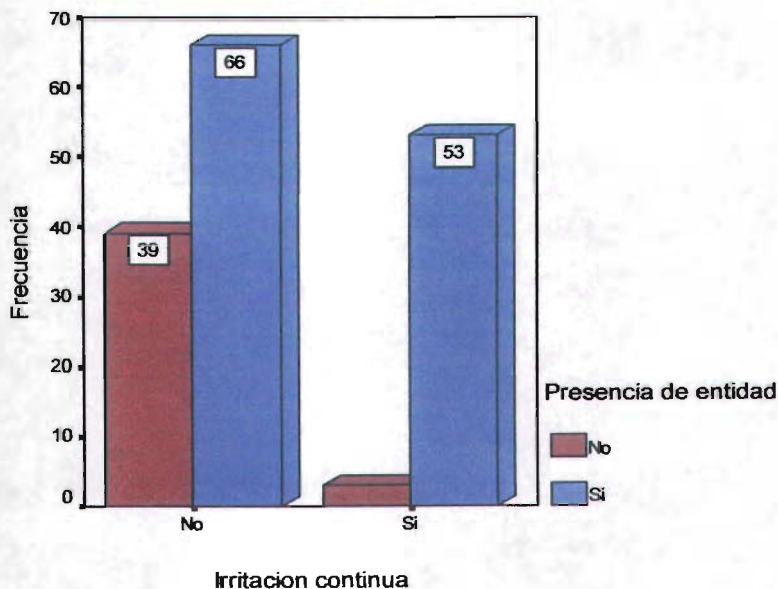


TABLA 10

**RELACIÓN ENTRE LAS 10 ENTIDADES MÁS FRECUENTES Y FACTORES ASOCIADOS
UNIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, SEDENA. 2004**

ENTIDAD	TABACO		ALCOHOL		MORDEDURAS		COMIDA IRRITANTE		IRRITACIÓN CONTINUA	
	X ²	OR	X ²	OR	X ²	OR	X ²	OR	X ²	OR
Queratosis Friccional	.017	2.872	.613	1.259	.000	8.357	.169	1.818	.000	11.11
Pigmentación focal	.760	.855	.873	1.089	.013	.113	.035	2.931	.087	.340
Lengua fisurada	.840	2.50	.545	.695	.531	.717	.298	.559	.156	.401
Leucoedema	.538	1.410	.388	.563	.833	.878	.540	.701	.066	2.750
Fibroma	.383	.583	.053	.163	.000	9.00	.704	.798	.000	12.58
Pigmentación excesiva	.571	1.40	.245	.408	.637	.723	.051	.238	.460	.604
Condición de Fordyce	.075	2.967	.245	.408	.859	1.120	.180	.408	.171	.352
Úlcera traumática	.414	1.875	.021	5.870	.001	15.00	.456	1.778	.037	5.04
Lengua geográfica	.973	1.027	.021	5.870	.490	1.707	.127	3.423	.724	.741
Hemangioma	.454	.533	.516	1.656	.327	.357	.111	.205	.724	.741

Estadísticamente significativo

Chi-Square

Test P < 0.05

Risk Estimate

Odds Ratio

R > 2

Referencias bibliográficas

- 1.- Freyre GJ, Vivanco CB, Carrillo LL, Martínez LB, López BA. Lesiones de tejidos blandos bucodentales en pacientes psiquiátricos hospitalizados, México 1999. ADM 2001 mayo-junio; 58(5): 90-97.
- 2.- Ovalle CJ. Prevalencia de lesiones histopatológicas bucales en la zona del Bajío. ADM 2000 julio-agosto; 57(4): 132-136.
- 3.- González LBS, González HL, Bobadilla DA. Prevalencia de patología bucal y de estructuras relacionadas en pacientes geriátricos de la región I del estado de México. ADM 1995 mayo-junio; 52(3): 129-137.
- 4.- Rodríguez P, Mendoza JLM. Patologías más frecuentes causadas por prótesis totales. Práctica odontológica 1997 abril; 5 (2): 10-17.
- 5.- Gaitán CLA, Borges YAS, Franco MF, Espinosa CAV, Rodríguez ZB. Prevalencia de portadores de *Candida sp.* en orofaringe, en una población de adultos mexicanos. ADM 1998 julio-agosto; 55(4): 182-185.
- 6.- Bello SP, Ortega OO, Zimbrón RA, Reyes VJO. Lesiones clínicas más frecuentes de la mucosa bucal en 600 pacientes mayores de 34 años. Med Oral 2000; 2(1): 9-16.
- 7.- De la Rosa GE, Frías MM, Avila CB, González GM, Yaschine CA. Alteraciones de la mucosa bucal en individuos zapotecos del valle central de Oaxaca. Temas Selectos Investigación Clínica III, UAM-X 1997: 23-35.
- 8.- Juárez R, Lucas O, Gusberti M. Hiperplasia gingival localizada, Fibroma gingival irritativo o periférico. Asociación Odontológica Argentina 1998 noviembre-diciembre; 86(6): 564-566.
- 9.- Mosqueda T, Díaz F, Velázquez A, Irigoyen C, Caballero S, Sida M. [www.cueyatl.uam.mx/temas-selectos/Prevalencia de alteraciones de la mucosa bucal en el adulto mayor.html](http://www.cueyatl.uam.mx/temas-selectos/Prevalencia%20de%20alteraciones%20de%20la%20mucosa%20bucal%20en%20el%20adulto%20mayor.html).
- 10.- Wood K, Sawyer R. Cáncer oral. En: Wood K, Goaz W. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. 5ª. Ed. Atlanta: Harcourt Brace, 1998. P 587-593.
- 11.- Katz, Cáncer Oral. En: Odontología Preventiva en acción. 2ª Ed. Barcelona: McGraw-Hill, 1986. P 343-355.
- 12.- Martín PJ, Medina VLD, Márquez RE, Concepción GJJ, Pérez R MM, Rodríguez AZ. Comportamiento del programa de detección precoz del

cáncer bucal en la clínica estomatológica "Celia Sánchez Manduley".
www.diariomédico.com/estomatología/n110100.html.

- 13.- Castellanos JL. Mucosa bucal. ADM 2002 marzo-abril; 59(2): 73.
- 14.- Maerker R, Burkhardt A. Enfermedades de la mucosa oral. En: H.H. Horch Cirugía maxilofacial Tomo II. Barcelona: Masson, 1998. P 191-217.
- 15.- Castellanos JL. Lesiones blancas de la mucosa bucal. ADM 2002 mayo-junio; 59 (3): 114-115.
- 16.- Regezi JA, Sciubba JJ. Patología bucal: correlaciones clinicopatológicas. 3ª Ed. México: McGraw Hill Interamericana, 2000.
- 17.- Eversole LR. Patología bucal. Argentina: Médica Panamericana, 1983.
- 18.- Zegarelli EV, Kutscher AH, Hyman GA. Diagnóstico en patología oral. 2ª Ed. Barcelona: Salvat, 1982.
- 19.- Ozawa DJ. Estomatología Geriátrica. México: Editorial Trillas, 1994.
- 20.- Bodak GL, Manzione JV. Medicina bucal. Evaluación y manejo del paciente. México: Editorial Limusa, 1987.
- 21.- McCarthy PL, Shklar G. Enfermedades de la mucosa bucal. 2ª ed. Argentina: El Ateneo, 1985.
- 22.- Lozada NF. Oral lichen planus and oral cancer: Is there enough epidemiologic evidence? *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* 2000 marzo; 89(3): 265-266.
- 23.- Tyldesley WR. Ilustraciones diagnósticas en Medicina Bucal. Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill, 1989.
- 24.- Brightman V. Lesiones rojas y blancas de la mucosa bucal. En: Lynch M, Brightman V, Greenberg M. Medicina Bucal de Burket. 9ª Ed. México: McGraw-Hill, 1996. P 51-120.
- 25.- Ramírez AV, Mosqueda TA, Hernández, LH. Estudio epidemiológico de las lesiones de la mucosa bucal. México: Cuadernos de C.B.S. Núm. 11 UAM-X, 1986.
- 26.- Bagán SJ. Lesiones de la mucosa bucal por agentes mecánicos, químicos y físicos. En: Echeverría GJ, El Manual del Odontólogo. Barcelona: Masson, 1998. P 89-91.

- 42.- Giunta JL. Patología bucal. 3ª Ed. México: Interamericana McGraw-Hill, 1991.
- 43.- Castellanos JL. Displasias y carcinomas de la mucosa bucal. ADM 2002 julio-agosto; LIX (4): 155-156.
- 44.- www.casagallega.com/churiguagua/cáncer/carcinoma.htm
- 45.- Carcinoma de células escamosas: técnicas de detección del cáncer. Práctica odontológica 1995; 19 (2): 22-24.
- 46.- Mitchell L, Mitchel DA. Oxford handbook of clinical dentistry. 3er Ed. London: Oxford, 1999
- 47.- www.tabaquismo.freehosting.net/boca/ODONTOLOGÍA.htm
- 48.- Damm DD, Curran A, White DK, Drummond JF. Leukoplakia of the maxillary vestibule - an association with Viadent? Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 1999 enero; 87(1):61-66.
- 49.- <http://odontología.tripod.com.mx/leucoplasias.html>.
- 50.- Rodríguez I, Osorio N, Morales D. Comportamiento de las lesiones bucales y sus factores de riesgo. www.ucmh.sld.cu/rhab/articulorev10/elenita.htm.
- 51.- Ramón TJ. Métodos de investigación en odontología. Bases científicas y aplicaciones del diseño de la investigación clínica en las enfermedades dentales. Barcelona: Masson, 2000.
- 52.- Mendoza N, Romo P, Sánchez R, Hernández Z. Investigación. Introducción a la Metodología. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, 2002.
- 53.- Sánchez R, Sánchez R, Salinas J. SPSS Versión 11 para Windows Milenium o XP. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.: Agosto 2004.
- 54.- Rojas SR. Guía para realizar investigaciones sociales. 6ª Ed. México: Textos Universitarios. 1981.
- 55.- Méndez R, Namihira G, Moreno A, Sosa de M. El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. 2ª Ed. México: Trillas, 1998.

- 27.- Tyldesley WR. Atlas a color de medicina oral. 2ª ed. Holanda: Year Book Medical Publishers, 1980.
- 28.- Castellanos SJ, Díaz GL, Gay ZO. Medicina en Odontología. Manejo dental del paciente con enfermedades sistémicas. 2ª Ed. México: El Manual Moderno, 2002.
- 29.- Catellanos JL. Lesiones rojas de la mucosa bucal. ADM 2002 mayo-junio; 59 (5): 190-191.
- 30.- www.odontocat.com/paoral.htm.
- 31.- www.red-dental.com/oy001601.htm.
- 32.- Cecotti EL. Clínica estomatológica SIDA, cáncer y otras afecciones. 2ª Ed. Argentina: Panamericana, 1993.
- 33.- Meneses GA, Mohar BA. Principales neoplasias malignas en México. México: El Manual Moderno, 1999.
- 34.- Castellanos JL. Mucosa bucal. Lesiones pigmentadas 2002 noviembre-diciembre; 59(6): 223-224.
- 35.- Pindborg JJ. "Atlas of disaeses of the oral mucosa. 3ª Ed. Munksgaard, Copenhagen, 1980.
- 36.- Begán SJ, Ceballos S, Bermejo F, Aguirre Urizar, Peñarrocha D. Medicina Oral. Barcelona: Masson, 1995.
- 37.- Mosqueda TA, Reyes MJ, Herrera ERI. Lesiones ulcerativas de la mucosa bucal. Práctica odontológica. 1999; 17 (7): 18-23.
- 38.- Shafer WG. Patología bucal 3ª Ed. México: Interamericana, 1985.
- 39.- Bouquot JE, Gundlach KKH. Oral exophytic lesions in 23,616 white Americans over 35 years of age. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 1986; 62: 284-291.
- 40.- Jinbu Y, Mikio K, Itoh H, Matsumoto K, Wang Y, Noguchi T. Mucocele of the glands of Blandin-Nuhn: Clinical and histopathologic analysis of 26 cases. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 2003; 95 (4): 467-470.
- 41.- Jinbu Y, Tsukinok K, Mikio K, Watanabe Y. Recurrent multiple superficial mucocele on the palate: Histopatology and laser vaporization. Oral Surgery Oral Medicine Oral Patology 2003 Frebrero; 95 (2):193-197.