



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANUAL PARA LA DETECCIÓN DE ALTERACIONES DE
LA MUCOSA ORAL.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

GUSTAVO BAUTISTA LÓPEZ

TUTORA: Mtra. MIRIAM ORTEGA MALDONADO

MÉXICO, D.F.

2012



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

1. Introducción.....	4
2. Marco teórico.....	6
3. Objetivo generales.....	7
4. Justificación.....	8
5. Características clínicas de la mucosa oral.....	9
5.1 Lesiones elementales.....	10
5.2 Lesiones primarias sólidas.....	10
5.3 Lesiones primarias líquidas.....	15
5.4 Lesiones secundarias por pérdida de sustancia.....	17
6. Clasificación de las lesiones precancerizables.....	18
6.1 Lesiones (pre) cancerizables.....	20
6.2 Estado (pre) cancerizable.....	24
7. Exploración Oral.....	31
8. Manual para la detección de alteraciones de la mucosa oral.....	39



Agradecimientos:

A Dios: Por acompañarme todos los días, porque me ha dado la oportunidad de vivir la experiencia del saber y por ayudarme a alcanzar mis metas.

A la UNAM: Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de estudiar en la Facultad de Odontología, por todos los profesores y compañeros, por el aprendizaje en esta etapa de formación personal, académica y profesional.

A mi tutora: Mtra. Miriam Ortega Maldonado, por haberme compartido su tiempo, y sus conocimientos para poder realizar mi trabajo de tesina, muchas gracias, sin su ayuda no lo hubiera podido concluir.

A mis padres: Betty y Justino, muchas gracias por apoyarme en todos los momentos, sobre todo en los más difíciles, por sus consejos tan inteligentes cuando creí que ya no había salida, por motivarme a seguir adelante, por creer en mí y hacer realidad uno de mis más grandes sueños. Gracias.

A mis hermanos: Por su apoyo, paciencia, ayuda incondicional y por la confianza gracias hermanos. Gracias por hacerme reír y hacer que el tiempo de la carrera no fuera tan pesado. Los amo.

A mi Familia: Por ser mi apoyo, mi inspiración a seguir siendo exitoso y una mejor persona muchas gracias.

A Viryadiana: Gracias por ser una gran mujer, por tu amor y confianza, tu apoyo incondicional. Por nuestros sueños juntos, nuestras ilusiones, por llenar de amor y esperanza mi vida y permitirme soñar. Gracias por nunca dejarme caer y llenarme de aliento para poder concluir este gran paso en nuestra vida. TE AMO.



1. Introducción

El cáncer oral representa un serio problema de salud por la severidad de las secuelas de su tratamiento, la alta incapacidad en las personas que lo padecen y la disminución en la calidad de vida

En México se cuenta con algunos reportes al respecto. Durante el periodo 1985 – 1994, el cáncer oral se encontraba dentro de las diez principales neoplasias no genitales, ocupando el cuarto lugar en las mujeres y tercero en los hombres respecto a su morbilidad^{1,2}. Sin embargo, aún no existen reportes sistemáticos que presenten tasas de incidencia de esta enfermedad, debido por un lado a la ausencia de registros nominales de cáncer y la poca utilización de los registros. El Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM) realiza una importante labor integrando información del sector público (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud), privado y de otras instituciones (Sedena, Semar, Pemex, Servicios de Salud Estatales) derivada de la notificación de patólogos, médicos oncólogos y otros especialistas agrupados en más de 702 unidades médicas³.

Por ejemplo, durante el año 2000 se notificaron en el IMSS 1389 casos de neoplasias malignas localizadas en labio, cavidad oral y faringe, lo que, representa 1.51% de los 91 913 casos de neoplasias malignas registrados en ese año⁴.

Así mismo, el RHNM informó que durante el periodo de 1993 a 1997 la cavidad oral ocupó el lugar 22 con respecto a la localización de cáncer en ambos sexos, correspondiendo a 1% del total de casos registrados. Dentro de éstos, el carcinoma escamoso (llamado así porque se desarrolla a partir de los epitelios escamosos), es la neoplasia maligna más frecuente reportada en la cavidad oral (90 – 98%), siendo los sitios más afectados el



piso de la boca y los bordes laterales de la lengua. Generalmente, en etapas iniciales, el cáncer oral es clínicamente difícil de detectar, por lo que es necesario que el Cirujano Dentista, así como el Médico, adquieran conocimientos para detectar cambios sutiles en la cavidad oral que puedan corresponder a alteraciones potencialmente malignas^{5,6}.

En la actualidad el Odontólogo y el Médico Familiar poseen los elementos cognoscitivos suficientes, y la destreza necesaria, para identificar cualquier alteración premonitoria de una neoplasia o la presencia de ésta en sus distintas etapas clínicas por incipiente que sea, sólo nos falta crear las condiciones requeridas para que todas las personas pertenecientes a los grupos de más alto riesgo sean sistemáticamente pesquisados.

Por lo anterior, el objetivo del presente manual de procedimientos es enfatizar la importancia del examen oral sistemático basado en la observación directa, reconocimiento, evaluación, tratamiento, pronóstico y prevención de alteraciones cancerizables para el fácil manejo del estudiante de odontología.



2. Marco Teórico

El cáncer oral representa un significativo reto a nivel mundial con un promedio de 300 000 nuevos casos identificados cada año. El rango de supervivencia a los cinco años es del 50% pero cuando las lesiones son tratadas precozmente, el rango de supervivencia a los cinco años se incrementa al 80% y mejora la calidad de vida del enfermo ya que pueden llevarse a cabo tratamientos menos agresivos y complejos⁷.

Muchos carcinomas se desarrollan sobre lesiones cancerizables tales como leucoplasias y eritroplasias. Por ello, el diagnóstico y tratamiento precoz de las mismas constituye la llave para reducir la morbilidad, mortalidad y costo del tratamiento. Además, se conoce que los pacientes mayores de 45 años, fumadores y bebedores presentan un riesgo mayor por lo que se deben examinar con mayor detenimiento⁸.

En los estadios iniciales el carcinoma oral es asintomático hasta que se comienza a ulcerar y muchos pacientes acuden a consulta sólo cuando presentan un dolor severo y persistente. La queja más frecuente es una llaga, úlcera o irritación en la boca. De forma menos frecuente cuando el paciente acude a consulta por un “bulto” o inflamación en el cuello que puede representar una metástasis en un nódulo linfático procedente de una lesión bucal, de la cual el paciente está sin percatarse⁹.



3. Objetivo general

Diseñar un manual formativo e informativo para que el alumno de Odontología identifique con facilidad alteraciones de la mucosa bucal con probabilidad de ser cancerizables.



4. Justificación

La mucosa oral al ser una membrana de revestimiento, sufre de diversas agresiones las cuales en el peor de los casos se transforman en alteraciones orales. Por ello, la importancia de la detección e identificación oportuna como entidades patológicas y no patológicas.

La examinación bucal y peribucal, sistemática y rutinaria, puede ayudar a identificar variaciones de lo normal, lesiones benignas o malignas en estadios iniciales y manifestaciones de enfermedades sistémicas con ayuda de los auxiliares de laboratorio.

Por ello, la exploración peribucal y bucal debe ser vista como una herramienta indispensable y rutinaria para el estudiante de Odontología, ésta debe ser de fácil manejo para que el alumno se familiarice con las lesiones que se encuentran con mayor frecuencia en la boca y pueda diferenciarlas de las lesiones u alteraciones que requieran un seguimiento diferente.

Esto en el entendimiento de que existen lesiones que tienen características que pueden confundirse con lesiones malignas y contrariamente algunas lesiones malignas vistas en un estadio temprano pueden ser confundidas con lesiones benignas.

5. Características clínicas de la Mucosa Oral.

La mucosa oral es una membrana húmeda que reviste la cavidad fisiológica y sirve de comunicante con el exterior. La mucosa bucal reviste la cavidad oral y es el lugar de transición entre la piel y el resto del aparato digestivo, la humedad de la mucosa lo segregan las glándulas salivales.^{10,11} La mucosa oral, tiene entre sus funciones la *protección* a los tejidos subyacentes de la cavidad bucal, la *sensibilidad*, la *regulación de la temperatura*, y la *secreción* de saliva, enzimas y anticuerpos. Presenta adaptaciones o variantes de la normalidad que son el resultado de cambios evolutivos, no heredados, y algunas son resultado de la función durante la vida del individuo.

La mucosa oral, de acuerdo a su estructura, se clasifica en tres tipos:

- a) De revestimiento:** Reviste la parte interna de los carrillos, los labios, el paladar blando, el vientre de la lengua y el piso de la boca;
- b) Masticatoria:** cubre estructuras inmóviles como las encías y el paladar duro y blando.
- c) Especializada:** se localiza en el dorso de la lengua. (Figura 1).¹⁰⁻¹³

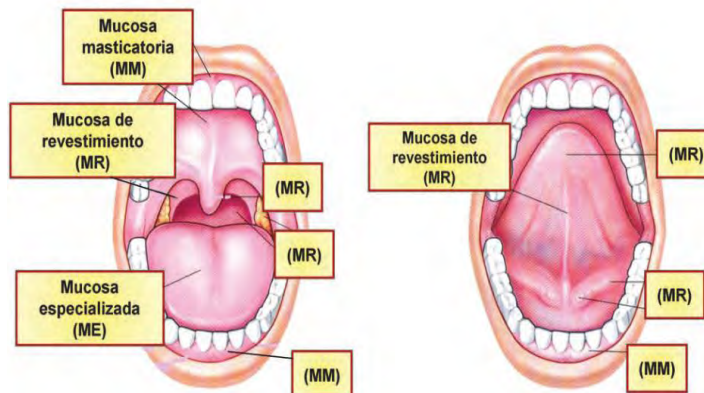


Fig. 1 Esquema de la clasificación y localización de la mucosa oral.

5.1 Lesiones elementales

Las enfermedades de la mucosa bucal se caracterizan por el origen de varios tipos de lesiones que tienen diferentes características y morfología. Estas lesiones elementales son las bases para la interpretación del diagnóstico nosológico.

Las lesiones elementales pueden ser primarias o secundarias. Las lesiones elementales primarias son las que brotan en la mucosa y semimucosa. Estas manifestaciones primarias sirven como base para la clasificación antes del diagnóstico diferencial. Casi todas las anomalías intraorales pueden ser consideradas como una alteración de color, pérdida de integridad, ampliación del tejido blando, lesión ósea con manifestaciones radiográficas, o una combinación de anomalías “síndrome clínico”. Características adicionales de la anomalía se consideran características secundarias.^{12,14,15}

5.2 Lesiones primarias sólidas

- **MACULA**

Representa un cambio en la coloración de la piel o mucosa sin variaciones en espesor, la consistencia y el relieve (Figura 2 y 3). La mancha es la lesión más frecuente de la cavidad bucal.



Fig. 2 Macula melánica en el labio superior



Fig. 3 Macula melánica en el labio inferior

Su origen obedece a factores:

- a) Vasculares,
- b) Pigmentarios y
- c) de otra naturaleza.^{12,15}

a) Vasculares

- **Eritema:** Se origina por la dilatación de los vasos. Es una mancha cuyo color varía de rosado al rojo intenso (Figura 4). Puede hacerse desaparecer la lesión si por compresión digital o por diascopia se isquemia el territorio mucoso correspondiente.^{12,14}



Fig. 4 Eritema en el paladar

- **Púrpura:** Es provocada por la extravasación sanguínea y depósito en la dermis de pigmento hepático. La lesión persiste aunque se realice una isquemia por compresión. Semiológicamente, cuando una mancha purpúrica, tiene forma redonda y pequeña (no más de 2 mm de diámetro), se le denomina petequia (Figura 5). Si su forma es

lineal, se le nombra víbice, y si se presenta en forma expandida, equimosis (Figura 6).¹⁴⁻¹⁶

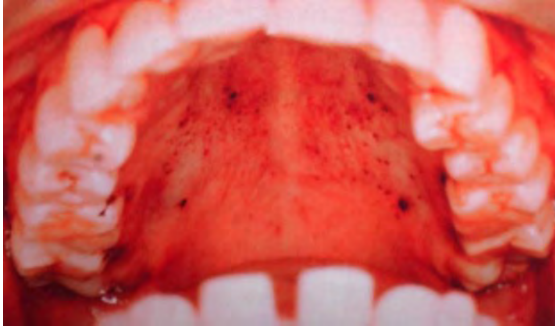


Fig. 5 Petequías en el paladar.



Fig. 6 Equimosis en el paladar

b) Pigmentarias: Las manchas de etiología pigmentaria más frecuentes es la producida por alteraciones en la melanogénesis. Estas pueden ser divididas en dos:

- **Hiperocrómica:** Cambio de color por aumento de pigmento melánico.
- **Acrómica:** Disminución del pigmento melánico.

c) De otra naturaleza: Varios procesos pueden determinar manchas pigmentarias difusas o generalizadas: por ejemplo, podemos mencionar la pigmentación amarillo-verdosa de la piel y mucosa por aumento de bilirrubina en sangre (ictericia); la ingestión excesiva de alimentos con carotenos (zanahoria, naranja, etc), los tatuajes que se producen por la colocación de sustancias colorantes que se introducen en la mucosa o piel.^{12,14,15}

- **PLACA**

Es la formación de una capa córnea que hace relieve más o menos extenso (de 1 cm de diámetro) en piel o mucosa (Figura 7 y 8). Estas se observan engrosadas y de color blanco.¹²



Fig. 7 Queratosis



Fig. 8 Leucoplasia en la lengua

- **PÁPULA**

Es una formación cutánea sólida circunscrita, que hace relieve en la piel o en la mucosa y no deja cicatriz al evolucionar espontáneamente (Figura 9). Mide de 1 mm a 1 cm. Las pápulas unas veces aparecen aisladas, en otras ocasiones confluyen formando placas de dimensiones variables (mayor de 1 cm) que pueden alcanzar gran extensión.



Fig. 9. Pápula en el labio

NÓDULO

Formación sólida, circunscrita y de localización profunda; la mayor parte se ubica en la submucosa. Es palpable, poco visible y está recubierta por piel o mucosa, sana o alterada (Figura 10).^{12,16}



Fig. 10 Nódulo

PAPILOMA

Es una lesión que eleva la mucosa a la manera de dedo de guante, como una hernia (Figura 11 y 12). Esta cubierto por un epitelio prácticamente normal o poco modificado. La base del papiloma ocasionalmente presenta una estrangulación o esbozo de cuello. Su tamaño y consistencia son variables, dependiendo del mayor o menor contenido del tejido conjuntivo.^{12,13}



Fig 11 y 12. Papiloma en el labio.

- **TUMOR**

Lesión de consistencia sólida, de forma y tamaño variables, con tendencia a persistir y crecer indefinidamente (Figura 13). Desde el punto de vista histopatológico, puede tratarse de: verdadero tumor (blastomas), falso tumor (hiperplasia simple y malformativas) y procesos inflamatorios (tumefacción).



Fig. 13 Tumor. Sarcoma de Kaposi en paladar.

5.3 LESIONES PRIMARIAS LIQUIDAS

- **VESÍCULAS**

Elevación circunscripta, con contenido líquido y estructura lobulada o tabicada. El contenido de las vesículas, puede reabsorberse y no dejar secuelas, o eliminar por ruptura y deja una erosión, o bien desecarse y forma costra o pseudomembranas. (Figura 14)^{12,13,15}



Fig. 14 Vesícula

- **AMPOLLAS**

Lesión superficial de la piel y mucosa, de contenido líquido seroso, seropurulento o sanguinolento y uniloculadas. Las ampollas son de mayor tamaño que las vesículas y cuando se punzan se deprimen totalmente. En la cavidad bucal las ampollas son efímeras, siendo común observar la erosión secundaria a la ruptura. (Figura 15).^{12,15}



Fig. 15 Ampolla

ABSCESO

Un absceso es inflamación del tejido del organismo caracterizado por la hinchazón y la acumulación de pus (Figura 16). Puede ser externo y visible, sobre la piel, o bien interno. Cuando se encuentra supurado se denomina apostema.^{12,14}



Fig. 16 Absceso

5.4 LESIONES SECUNDARIAS POR PÉRDIDA DE SUSTANCIA

- **ÚLCERA Y ULCERACIÓN**

Es una pérdida de sustancia que afecta el corion (Figura 17). Se diferencia en que la ulceración es de evolución aguda o subaguda, y tiende a la cicatrización, mientras que la úlcera es de evolución crónica y no tiende a la cicatrización.¹²



Fig. 17 Úlcera en la mucosa yugal

- **GRIETA O FISURA**

Es la pérdida de sustancia lineal, sobre todo a nivel de los pliegues cutáneomucosos como son las comisuras labiales, en engrosamientos córneos y en situaciones de pérdida de elasticidad. (Figura 18)^{12,15,16}



Fig.18 Grieta en el labio inferior



6. Clasificación de las lesiones precancerizables

Schwimmer en 1887, propone el término Leucoplasia dando un sentido a la lesión anatomoclínico. Más adelante la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1967, define el término como *“placa blanca que no puede desprenderse por raspado y que no puede clasificarse como ninguna otra lesión”* así mismo, le da una connotación de que *“no es una entidad histopatológica, porque en ella puede observarse una gran variedad de alteraciones microscópicas”*.

Posteriormente la OMS en 1978, utiliza el término precáncer, haciendo énfasis a dos categorías.

1. Lesión (pre) cancerizable
2. Condición o Estado (pre) cancerizable

Ambos conceptos implican el incremento en el riesgo de desarrollo de Cáncer Oral, sin embargo, conllevan connotaciones clínicas diferentes.

- La lesión (pre) cancerizable, es un tejido morfológicamente alterado en el cual las posibilidades de que se inicie un cáncer son más altas que su contrapartida tisular normal.

De acuerdo a la OMS las lesiones pre – cancerizables clasificadas clínicamente son:

- 1) LEUCOPLASIA
- 2) ERITROPLASIA
- 3) QUELITIS ACTÍNICA



Las lesiones pre – cancerizables clasificadas histológicamente son:

- 1) DISPLASIA EPITELIAL
- 2) CARCINOMA ESPINOCELULAR IN SITU
- 3) QUERATOSIS SOLAR

- La condición o estado (pre) cancerizable, es un estado generalizado del organismo asociado con un incremento significativo de riesgo de desarrollo de Cáncer Oral. Y dentro de las condiciones (pre) cancerizables descritas por la OMS son:

- 1) LIQUEN PLANO
- 2) FIBROSIS ORAL SUBMUCOSA ORAL
- 3) DISFAGIA SIDEROPENICA (Síndrome de Plummer-Vinson)
- 4) LUPUS ERITEMATOIDE DISCOIDE
- 5) SÍFILIS
- 6) XERODERMA PIGMENTADO
- 7) CIRROSIS HEPÁTICA
- 8) QUERATOSIS ACTÍNICA ^{10,17}

6.1 Lesiones (pre) cancerizables

- **LEUCOPLASIA**

Características. Mancha o placa de color blanco, que asienta sobre la mucosa bucal, que no puede ser raspada o desprendida ni ser atribuida clínica o patológicamente a ninguna otra enfermedad. (Figura 19 y 20)

Causas. Asperezas en los dientes o en las prótesis dentales, obturaciones y coronas. Fumar u otros usos del tabaco (queratosis del fumador), especialmente pipas, mantener el tabaco de mascar o rapé en la boca por un período de tiempo prolongado.

Tratamiento. La eliminación de la fuente de irritación es importante y puede llevar a la desaparición de la lesión. ^{18- 20}



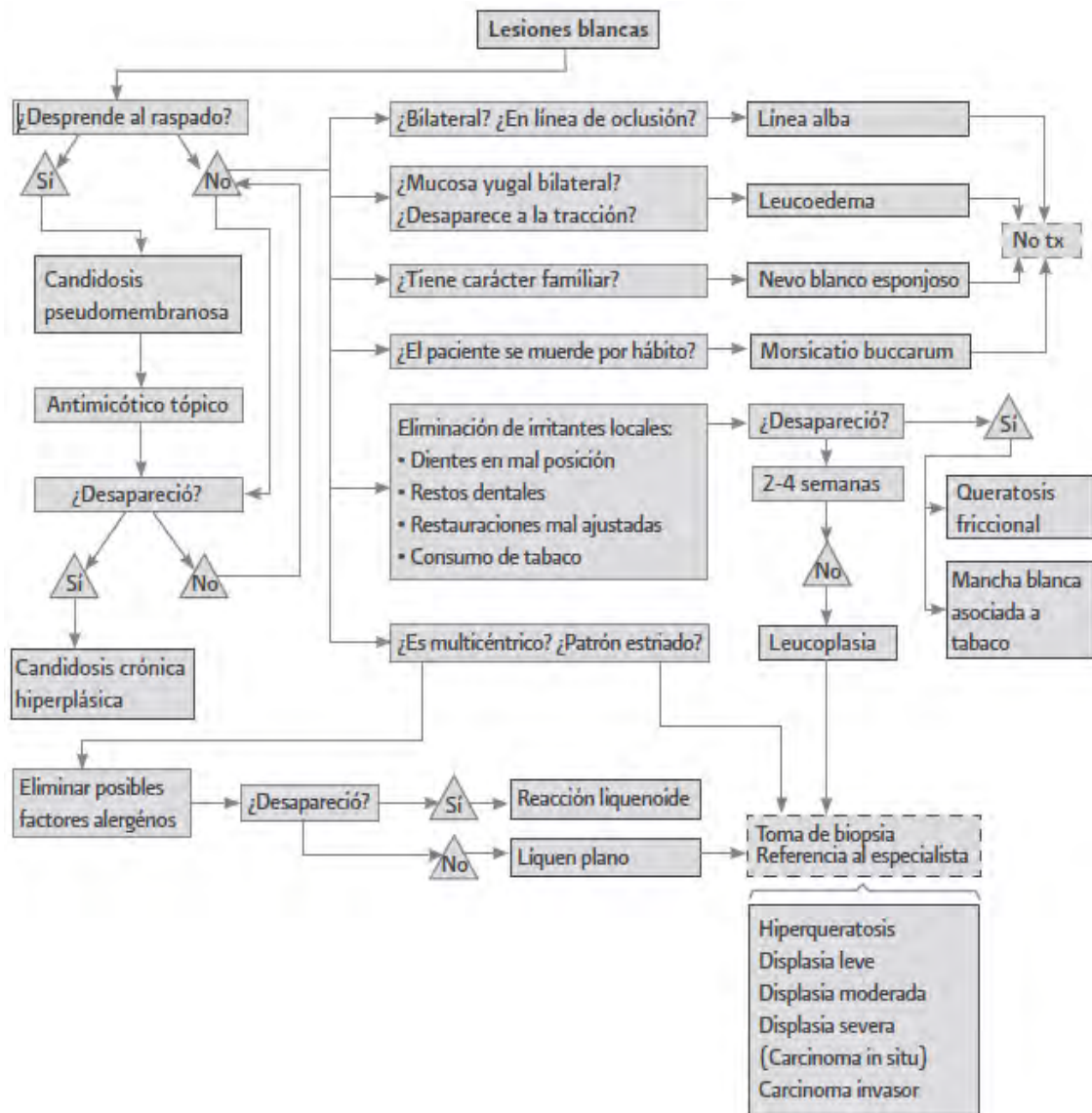
Fig. 19 Leucoplasia en el paladar blanco



Fig. 20 Leucoplasia en la lengua.

El diagnóstico definitivo se realizará ejecutando el ejercicio de ruta diagnóstica para lesiones blancas. Es decir, una vez que se hallan descartando los posibles factores traumáticos o infecciosos de todas las entidades que se presentan como manchas o placas blancas, y si la lesión

persiste después de tres semanas, es obligatorio remitir el caso a la consulta especializada, ya sea segundo nivel o de patología para el establecimiento del diagnóstico definitivo.



Esquema 1. Ruta diagnóstica lesiones blancas

- **ERITROPLASIA**

Características. Placa roja que no puede caracterizarse clínicamente ni histológicamente con otra entidad. (Figura 21)

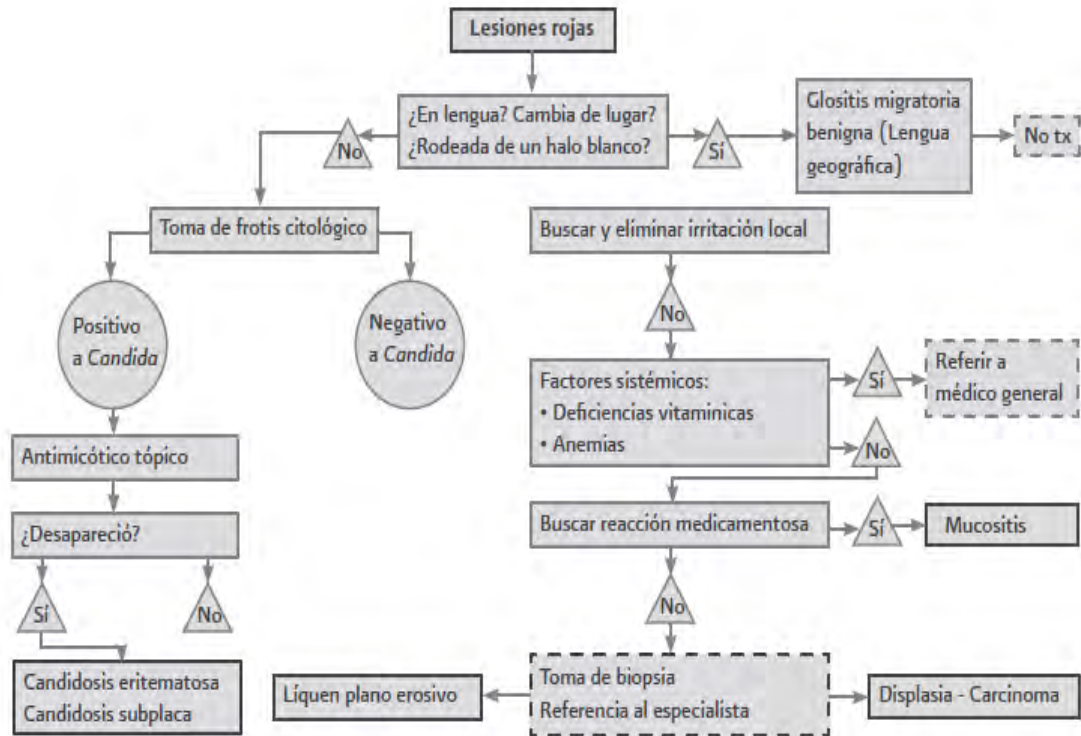
Causas. La etiología es multifactorial, en su mayoría y dentro de estas se encuentran combinación de factores predisponentes y causales exógenos y endógenos. Fumar, alcohol pueden aumentar el riesgo.

Tratamiento. Una vez diagnosticada la lesión, clínica e histológicamente, el tratamiento es quirúrgico. ^{18,21,22}



Fig. 21 Eritroplasia

Al igual que las lesiones blancas, las lesiones rojas tienen una ruta diagnóstica. Si la lesión persiste después de tres semanas, es obligatorio remitir el caso a la consulta especializada, ya sea segundo nivel o de patología para el establecimiento del diagnóstico definitivo.



Esquema 2. Ruta diagnóstica lesiones rojas

- **QUEILITIS ACTÍNICA**

Características. Una lesión de bordes difusos y de superficies levemente atrofica, hiperqueratósica, descamativa que en el labio. (Figura 22 y 23)

Causas. Exposición crónica a los rayos ultravioletas, fumar, y exposición crónica al sol.

Tratamiento. El tratamiento es emplear crioterapia, electrocoagulación, cirugía ablativa (vermellectomía), quimioterapia tópica con 5-fluorouracilo o imiquimod.^{18,22,23}



Fig. 22 y 23 Queilitis actínica en el labio

6.2 Estado (pre) cancerizable

- **LÍQUEN PLANO**

Características. Estrias blancas, a veces lesiones atroficas y erosivas, pero rodeadas de estrias, es frecuente su localización bilateral en mucosas yugales. (Figura. 24-26)

Causas. La etiología es desconocida, si bien existen fenómenos de hipersensibilidad celular ante determinados antígenos, hoy por hoy desconocidos.

Tratamiento. El objetivo del tratamiento en el liquen plano es controlar los diferentes brotes existentes, ya que normalmente no se puede conseguir la resolución. El tratamiento es con antiinflamatorios esteroideos.²⁴⁻²⁶



Fig. 24,25 Liqueur Plano en lengua



Fig. 26 Liqueur Plano en Labios

FIBROSIS ORAL SUBMUCOSA ORAL

Características. La fibrosis oral submucosa afecta al tejido oral de la mucosa yugal, los labios, el paladar blando y, a veces la faringe. Un síntoma frecuente es la rigidez progresiva de las mejillas, que dificulta la capacidad para abrir la boca. (Figura 27)

Causas. Causadas habitualmente por el contacto frecuente y prolongado con nuez de betel, tabaco o pimienta picante; las lesiones tienen un riesgo superior al normal de desarrollar un carcinoma epidermoide

Tratamiento. La fibrosis submucosa oral suele diagnosticarse cuando la enfermedad está en una etapa avanzada y las lesiones son generalizadas. En esta etapa, el tratamiento quirúrgico no suele ser posible, pero las

inyecciones sistémicas e intra lesionales de corticoides se han utilizado con algún éxito.^{18,22,23}



Fig. 27 Fibrosis Oral Submucosa

- **DISFAGIA SIDEROPENICA (Síndrome de Plummer-Vinson)**

Características. El síndrome incluye una lengua dolorosa roja, atrofia de la mucosa, disfagia causada por membranas esofágicas. (Figura 28 y 29)

Causas. Se desconoce la causa del síndrome pero los factores genéticos y una falta de ciertos nutrientes (deficiencias nutricionales) pueden jugar un papel. Es un raro trastorno que puede estar ligado a cánceres del esófago y la garganta y es más común en las mujeres.

Tratamiento. Los pacientes con el síndrome de Plummer-Vinson deben recibir suplementos de hierro, lo cual puede mejorar la dificultad para deglutir.

Si los suplementos no ayudan, se puede ensanchar la membrana durante una endoscopia de vías digestivas altas para permitir la deglución y paso normal de los alimentos.^{24,25}



Fig. 28 y 29 Disfagia Sideropenica

- **LUPUS ERITEMATOIDE DISCOIDE**

Características. Son lesiones deprimidas, atroficas y a veces ulceradas, rodeada por estrías blancas radiantes y eritema. (Figura 30 y 31)

Causas. La etiología de la enfermedad es desconocida. Como en otras enfermedades autoinmunes, aparecen multiples autoanticuerpos e inmunocomplejos capaces de originar lesiones en uno o varios organos.

Tratamiento. No existe un tratamiento especifico, el objetivo debe ser controlar la actividad inflamatoria en los brotes y disminuir la produccion de anticuerpos.^{10,24,25}



Fig. 30 Lupus Eritematoide Discoide en mucosa Yugal



Fig. 31 Lupus Eritematoide Discoide en el Labio

- **SÍFILIS**

Características. Las lesiones características son las placas. Consiste en maculopápulas blanquesinas, multiples, sobreelevadas y con tendencia a agruparse adquiriendo un aspecto serpentiforme.(Figura 32 y 33)

Causas. Es provocada por el *Treponema pallidum*.

Tratamiento. El tratamiento es farmacologico, Penicilina G benzatina, en caso de ser alergico a la penicilina se administrara tetraciclina o eritromicina.^{10,11}



Fig. 32 Lesión por sífilis en la Mucosa Yugal



Fig. 33 Lesión por sífilis en la Lengua

- **XERODERMA PIGMENTADO**

Características. Una quemadura solar que no sana después de un poco de exposición al sol, ampollas después de un poco de exposición al sol, vasos sanguíneos aracnoides bajo la piel, parches de piel decolorada que empeoran, formación de costra en la piel, descamación de la piel, superficie de la piel en carne viva que supura, molestia al estar con luz brillante. (Figura 34 y 35)

Causas. Es un desorden raro, autosómico recesivo, con una incidencia estimada de 1 por cada 250 00 habitantes. Se caracteriza por la sensibilidad a la luz ultravioleta, la cual afecta los mecanismos de reparación dañando el DNA de las células.

Tratamiento. No existe por el momento un tratamiento efectivo para esta enfermedad por lo que solo se recomienda evitar la exposición al sol y realizar la extirpación de tumores que vayan apareciendo.^{28,29}



Fig. 34 y 35 lesiones en lengua y cara por Xeroderma Pigmentado

- **CIRROSIS HEPÁTICA**

Causas. El consumo excesivo de alcohol (cirrosis etílica, alcohólica), la hepatitis crónica por virus C (cirrosis por virus C), otros virus, como el de la hepatitis crónica por virus de la hepatitis B y la infección crónica mixta por virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis D. (Figura 36 y 37)

Tratamiento. La cirrosis como tal carece de tratamiento médico específico dado que es, en general, irreversible. Se pueden tratar algunas de las enfermedades que la producen y evitar o retardar la evolución de una cirrosis en estado inicial a las fases avanzadas.^{18,22,24}



Fig. 36 y 37 lesiones por cirrosis hepática

- **QUERATOSIS ACTÍNICA**

Características. Erosion y formación de costras blancas y de color marrón en el bermellón del labio inferior. (Figura 38 y 39)

Causas. Es causada por exposición a la luz ultravioleta especialmente la proveniente de luz solar.

Tratamiento. Algunas queratosis actínicas se convierten en cáncer de piel escamo celular, razón por la cual todos los tumores cutáneos se deben hacer examinar por un médico tan pronto como se detecten. ^{16,18,19}



Fig. 38 y 39 lesiones en el labio por queratosis actínica



7. EXPLORACIÓN ORAL.

Es importante saber que algunas alteraciones se pueden convertir en lesiones precancerizables, por tal motivo, hemos de buscar un método sencillo y práctico que nos permita conocer cualquier cambio que acontezca en la boca de nuestros pacientes. Este método puede ser la autoexploración o autoexamen para el cáncer oral.

La primera vez que el paciente realiza la exploración es preciso guiarlo, siguiendo todos los pasos del examen y confirmando los hallazgos del paciente. La mejor forma es que el paciente se siente ante un espejo grande y el operador detrás del paciente o a su lado, de forma que ambos puedan observar bien la boca del mismo.

En primer lugar hay que ayudarlo a identificar las estructuras normales de la cavidad oral, o bien estructuras y variaciones fisiológicas que no deben preocuparle. Para que comprenda cuáles son los estados normales es necesario que realicemos nosotros en primer lugar cada uno de los pasos, y a continuación preguntarle: “¿Ve usted esto?; bien, tóquelo. Es normal. Cuando no esté así, será anormal y deberá venir al consultorio para que lo revisemos... Se seguirán todos los pasos que a continuación se señalarán”.

LABIOS

Paso 1: Colocarse frente un espejo, con los dedos medio, índice y pulgar, jalar el labio inferior hacia abajo para ver la cara interna. Se palpará el labio apretando suavemente para poder detectar zonas duras al tacto, manchas o zonas dolorosas. (Figura 40).



Fig. 40 Forma de retraer el labio inferior Fuente Directa

Paso 2: Se repetirá la exploración en el labio superior, jalando hacia arriba el labio (Figura 41). Buscando alteraciones y zonas con dolor, hay ocasiones que se presentan pequeñas elevaciones color amarillas las cuales se les nombra Gránulos de Fordyce los cuales no causan ninguna complicación. (Figura 42).



Fig. 41 Forma de retraer el labio superior

Fuente Directa



Fig. 42 Gránulos de Fordyce

Fuente Directa

MUCOSA YUGAL. (Cara interna de las mejillas)

Paso 3: Del lado derecho de la mucosa yugal introducir el dedo índice entre los dientes y el carrillo, tirando de él hacia fuera para ver los tejidos del interior o en el caso de poder colocar el dedo índice y medio en el caso de que sea posible. (Figura 43)

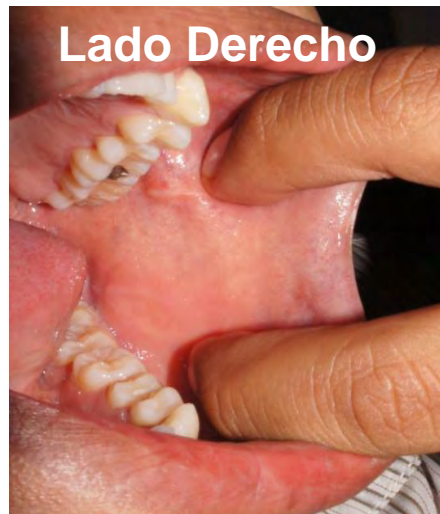


Fig. 43. Fuente Directa

Paso 4: Se repetirá el mismo procedimiento que en el paso 3, solo que en esta ocasión será del lado izquierdo. (Figura 44)



Fig.44 Fuente Directa

En muchos pacientes se distinguen una línea blanca a altura donde los órganos dentarios realizan el contacto, a la cual se le nombra línea alba. (Figura 45)

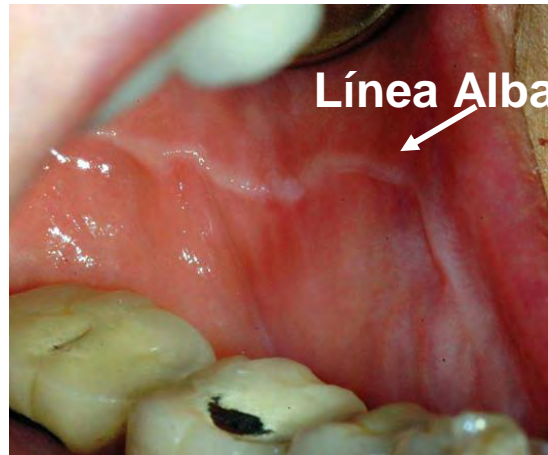


Fig. 45

PALADAR

Paso 5: Para la exploración del paladar flexiona la cabeza hacia atrás, Con el dedo índice se presionará suavemente contra el paladar buscando nódulos o aumentos de volumen también buscando cambios de color. El paladar duro cuenta con rugas palatinas y papila incisiva que son características normales. No olvidar el paladar blando la úvula y los pilares amigdalinos. (Figura 46- 49)

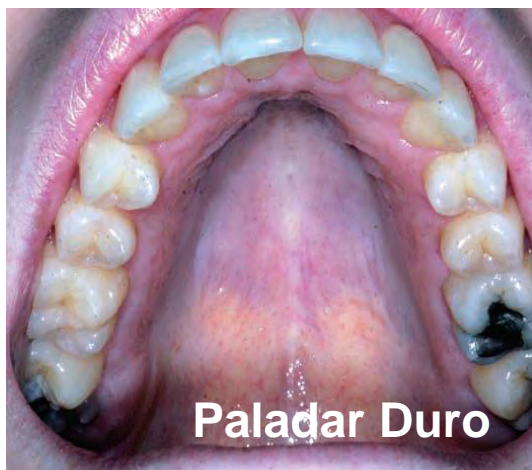


Fig. 46 Fuente Directa



Fig. 47 Fuente Directa

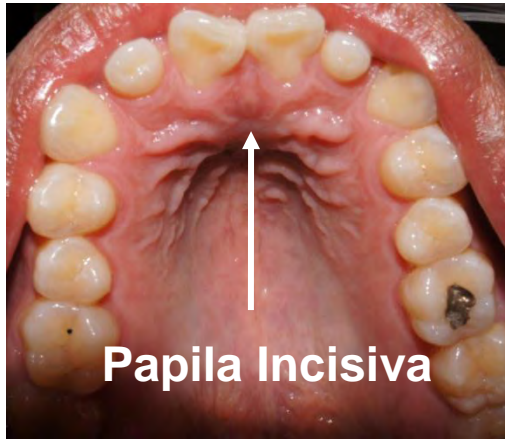


Fig. 48 Fuente Directa

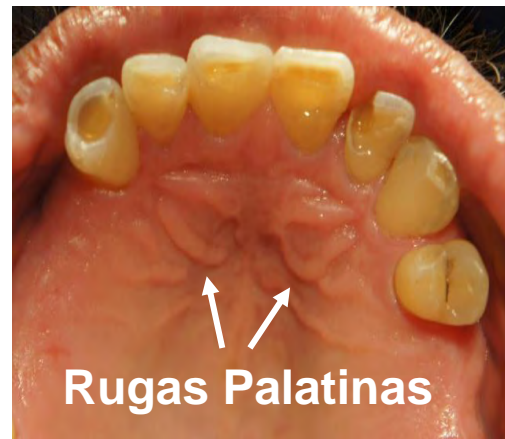


Fig. 49 Fuente Directa

ENCÍA

Paso 6: Colocarse frente al espejo y con la boca cerrada, y con el dedo índice palpar la encía. Se deben de observar las encías buscando cambios de coloración, protuberancias y nódulos o tumoraciones. ¿Hay lesiones que no hayan cicatrizado en un periodo de dos semanas?. ¿Existen zonas que sangran sin causa?. En el caso de que las respuestas sean si a esas preguntas es necesario ser revisado por un especialista. (Figura 50)



Fig. 50

LENGUA

Esta es una estructura importante porque en ésta zona es frecuente la patología tumoral. Para la exploración la hemos dividido en: Frontal, lateral y piso de boca.

Paso 7: Para revisar la parte frontal de la lengua el paciente saca la lengua frente al espejo, observando cualquier lesión que se presente (manchas blancas, úlceras,...). Seguidamente le pediremos que palpe el espesor de la lengua con los dedos, buscando cualquier tumoración. Es importante identificar las papilas filiformes y fungiformes como estructuras normales, así como las foliadas. En la lengua también se pueden observar las papilas caliciformes o circunvaladas. (Figura 51 y 52)



Fig. 51 Fuente Directa



Fig. 52 Fuente Directa

Pase 8: Con una gasa tomamos la punta de la lengua y se jala a la derecha para observar los bordes laterales y la raíz de la misma (asiento frecuente de tumoraciones que pasan desapercibidas). Se observarán úlceras, zonas de hemorragia, resistencia a la movilidad y a la palpación, dolor. Las lesiones blancas pueden aparecer también en la lengua. (Figura 53)



Fig. 53 Fuente Directa

Paso 9: Se repite el paso 8 solo que en esta ocasión se jala hacia el lado derecho. (Figura 54)



Fig. 54 Fuente Directa

La línea alba debe estar exactamente donde los dientes tienen contacto, y tiene la característica que se adosan a los bordes de los órganos dentarios. (Figura. 55)



Fig. 55 Fuente Directa

Paso 10: Con la punta de la lengua tratar de tocar el paladar para de esta forma poder ver la parte inferior de la lengua y el piso de boca (Figura 56). La presencia de varices linguales son frecuentes (Figura 57).

La palpación del suelo de la boca se realizará haciendo una presión suave con el dedo, contra la zona del suelo, buscando nódulos, protuberancias o tumoraciones. Cualquier alteración que él pueda observarse debe ser informada al dentista que será el encargado de descartar la posible existencia de una lesión precancerosa o incluso, maligna.³⁰⁻³²



Fig. 56 Fuente Directa

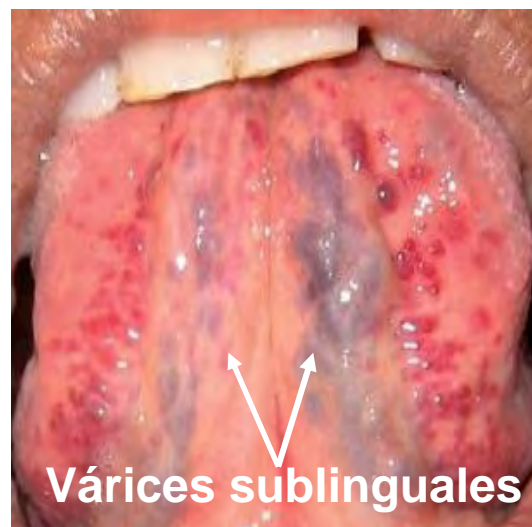


Fig. 57 Fuente Directa



MANUAL PARA LA DETECCIÓN DE ALTERACIONES DE LA MUCOSA ORAL.



IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN DE LAS ALTERACIONES

La prevención y educación sanitaria de los pacientes adquiere cada vez mayor importancia en el campo de la Odontología. Si bien la prevención de la caries, enfermedad periodontal y maloclusiones, es de un gran interés desde el punto de vista odontológico, la prevención del cáncer oral, aún siendo una enfermedad relativamente poco frecuente con relación a las anteriores, multiplica su importancia debido a que pone en juego la vida del paciente.

Es bien sabido que el diagnóstico precoz del cáncer, esto es, la detección de lesiones en sus estadios iniciales cuando tienen menos de 2 cm. de tamaño y sin que haya habido metástasis, junto con el tratamiento adecuado, son las medidas más efectivas para controlar el cáncer oral. En este sentido, aunque el papel que juega el odontólogo es importantísimo, no menos importante es la participación del paciente en la detección de estas lesiones.

El cáncer oral es una enfermedad que suele afectar a personas mayores de 45 años (60 años de edad promedio), y más frecuentemente a varones que a mujeres. El tipo de tumor más frecuente es el Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE), aunque la boca puede ser asiento de otros tipos de tumores y de lesiones metastásicas.



CARACTERÍSTICAS DE LA MUCOSA ORAL.

La mucosa oral es una membrana húmeda que reviste la cavidad fisiológica y sirve de comunicante con el exterior. La mucosa oral, tiene entre sus funciones la *protección* a los tejidos subyacentes de la cavidad bucal, la *sensibilidad*, la *regulación de la temperatura*, y la *secreción* de saliva, enzimas y anticuerpos. La mucosa oral se encuentra dividida en zonas para una mejor revisión:

Labios: El color de la mucosa de los labios debe ser rojizo-rosado, de textura suave, no debe presentar elevaciones o manchas y debe tener buena movilidad.

Lengua: Es una estructura móvil la cual tiene tejido especializado para distinguir sabores y está dividida en: frontal, lateral y parte inferior.

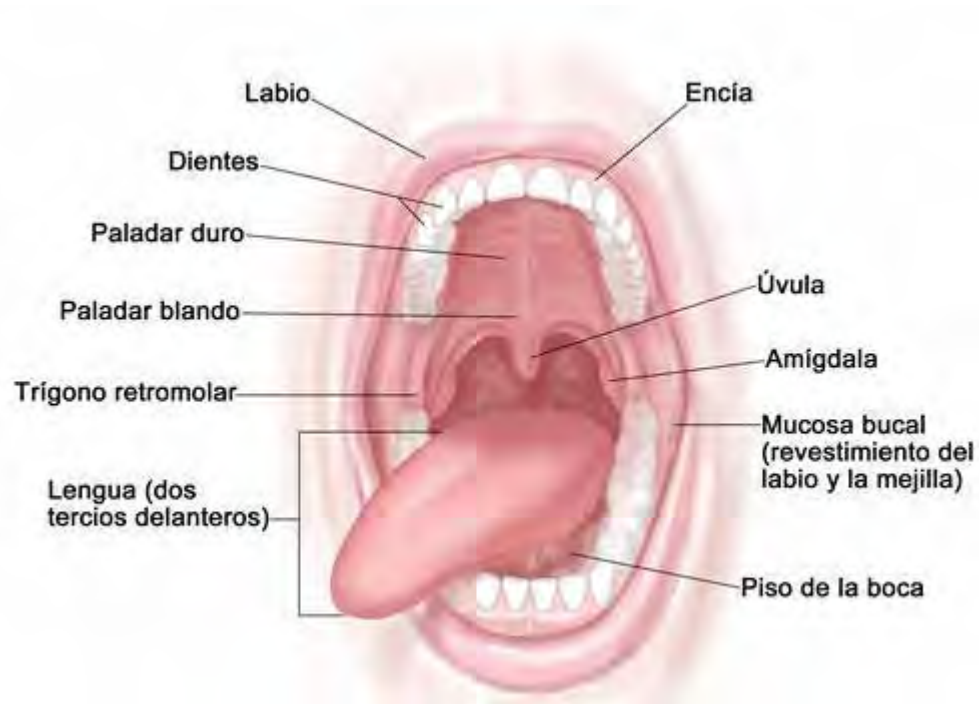
La lengua es de color rosa pálido, presenta papilar en la parte frontal como pequeñas cabezas de alfiler, sin presentarse muy elevadas, en la cara lateral algunas veces se presentan líneas blancas a la altura de los dientes lo cual se le denomina línea alba, la cual no es patológica. En la parte inferior se encuentra el frenillo lingual, y unas venas a los lados de color azul. En ocasiones pueden ser muy marcadas y son várices sublinguales.

Paladar: Es la parte superior de la cavidad oral, se encuentra dividida en blando y duro. El paladar duro es de color rosa de consistencia dura, cuenta con rugas palatinas y papila incisiva. El paladar blando es de color rosa pálido, se encuentra en esta zona la úvula.

Mucosa yugal: Es la parte interna de las mejillas de lado izquierdo y derecho, es de textura blanda y color rosa pálido, a la altura del primero y segundo molar se encuentra un conducto salival, también puede presentarse la línea alba.

Piso de boca: Es de color rosa pálido, se encuentran varias glándulas salivales, no se deben encontrar estructuras sólidas duras, ni lesiones blancas o rojas. Ni zonas donde haya dolor al tocarlas.

Estructuras de la cavidad oral



FUENTE: <http://www.cancer.gov>



EXPLORACIÓN ORAL.

Es importante saber que algunas alteraciones se pueden convertir en lesiones precancerizables, por tal motivo, hemos de buscar un método sencillo y práctico que nos permita conocer cualquier cambio que acontezca en la boca de nuestros pacientes. Este método puede ser la autoexploración o autoexamen para el cáncer oral.

La primera vez que el paciente realiza la exploración es preciso guiarlo, siguiendo todos los pasos del examen y confirmando los hallazgos del paciente. La mejor forma es que el paciente se siente ante un espejo grande y el operador detrás del paciente o a su lado, de forma que ambos puedan observar bien la boca del mismo.

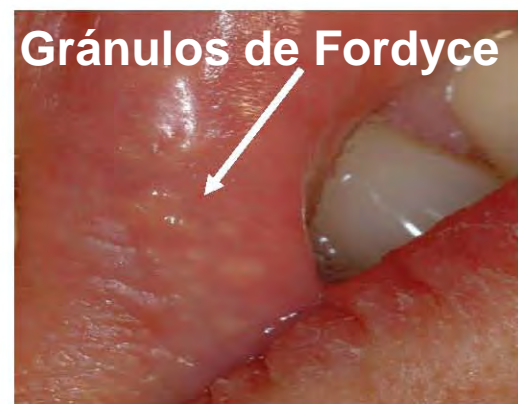
En primer lugar hay que ayudarlo a identificar las estructuras normales de la cavidad oral, o bien estructuras y variaciones fisiológicas que no deben preocuparle. Para que comprenda cuáles son los estados normales es necesario que realicemos nosotros en primer lugar cada uno de los pasos, y a continuación preguntarle: “¿Ve usted esto?; bien, tóquelo. Es normal. Cuando no esté así, será anormal y deberá venir al consultorio para que lo revisemos... Se seguirán todos los pasos que a continuación se señalarán”.

LABIOS

Paso 1: Colocarse frente un espejo, con los dedos medio, índice y pulgar, jalar el labio inferior hacia abajo para ver la cara interna. Se palpará el labio apretando suavemente para poder detectar zonas duras al tacto, manchas o zonas dolorosas.

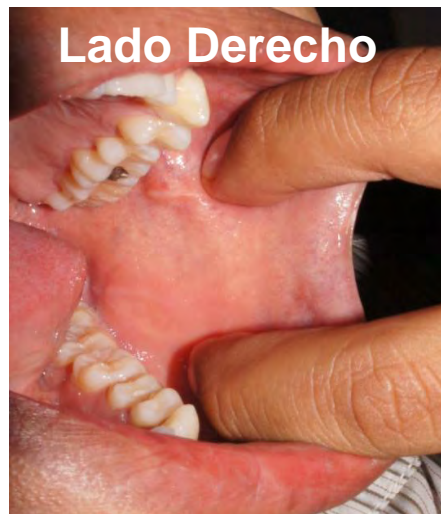


Paso 2: Se repetirá la exploración en el labio superior, jalando hacia arriba el labio. Buscando alteraciones y zonas con dolor, hay ocasiones que se presentan pequeñas elevaciones color amarillas las cuales se les nombra Gránulos de Fordyce los cuales no causan ninguna complicación.



MUCOSA YUGAL. (Cara interna de las mejillas)

Paso 3: Del lado derecho de la mucosa yugal introducir el dedo índice entre los dientes y el carrillo, tirando de él hacia fuera para ver los tejidos del interior o en el caso de poder colocar el dedo índice y medio en el caso de que sea posible.



Paso 4: Se repetirá el mismo procedimiento que en el paso 3, solo que en esta ocasión será del lado izquierdo.

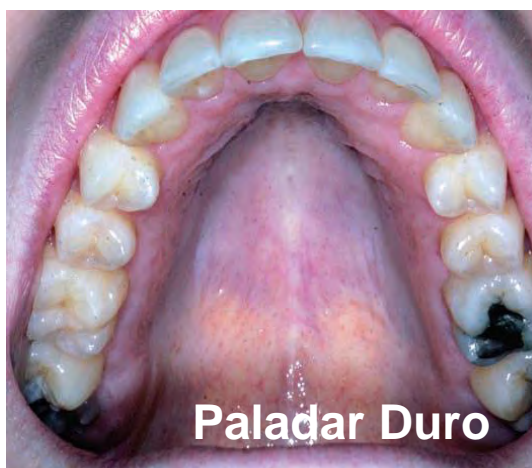


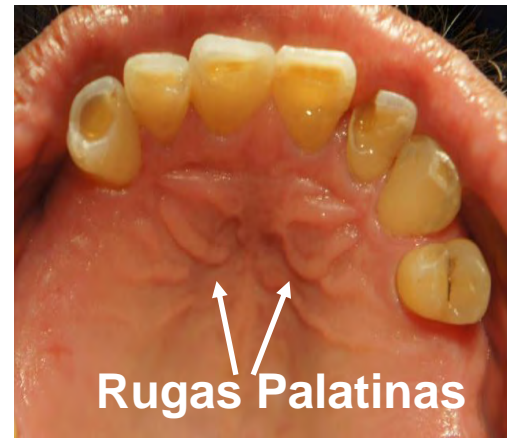
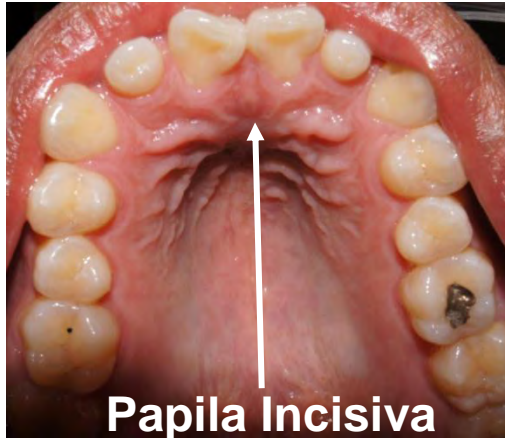
En muchos pacientes se distinguen una línea blanca a altura donde los órganos dentarios realizan el contacto, a la cual se le nombra línea alba.



PALADAR

Paso 5: Para la exploración del paladar flexiona la cabeza hacia atrás, Con el dedo índice se presionará suavemente contra el paladar buscando nódulos o aumentos de volumen también buscando cambios de color. El paladar duro cuenta con rugas palatinas y papila incisiva que son características normales. No olvidar el paladar blando la úvula y los pilares amigdalinos.





ENCÍA

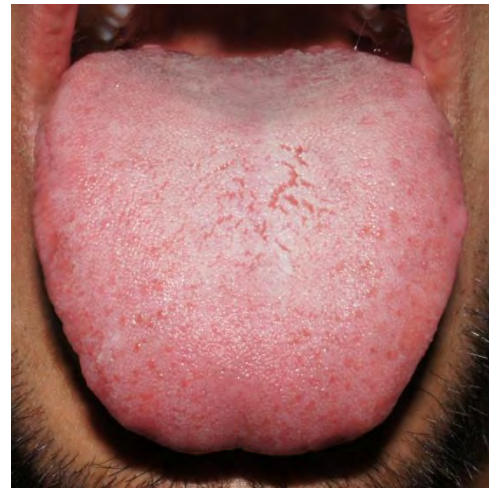
Paso 6: Colocarse frente al espejo y con la boca cerrada, y con el dedo índice palpar la encía. Se deben de observar las encías buscando cambios de coloración, protuberancias y nódulos o tumoraciones. ¿Hay lesiones que no hayan cicatrizado en un periodo de dos semanas?. ¿Existen zonas que sangran sin causa?. En el caso de que las respuestas sean si a esas preguntas es necesario ser revisado por un especialista.



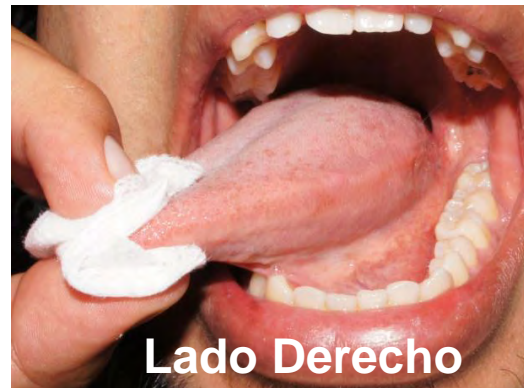
LENGUA

Esta es una estructura importante porque en ésta zona es frecuente la patología tumoral. Para la exploración la hemos dividido en: Frontal, lateral y piso de boca.

Paso 7: Para revisar la parte frontal de la lengua el paciente saca la lengua frente al espejo, observando cualquier lesión que se presente (manchas blancas, úlceras,...). Seguidamente le pediremos que palpe el espesor de la lengua con los dedos, buscando cualquier tumoración. Es importante identificar las papilas filiformes y fungiformes como estructuras normales, así como las foliadas. En la lengua también se pueden observar las papilas caliciformes o circunvaladas.



Pase 8: Con una gasa tomamos la punta de la lengua y se jala a la derecha para observar los bordes laterales y la raíz de la misma (asiento frecuente de tumoraciones que pasan desapercibidas). Se observarán úlceras, zonas de hemorragia, resistencia a la movilidad y a la palpación, dolor. Las lesiones blancas pueden aparecer también en la lengua.



Paso 9: Se repite el paso 8 solo que en esta ocasión se jala hacia el lado derecho.

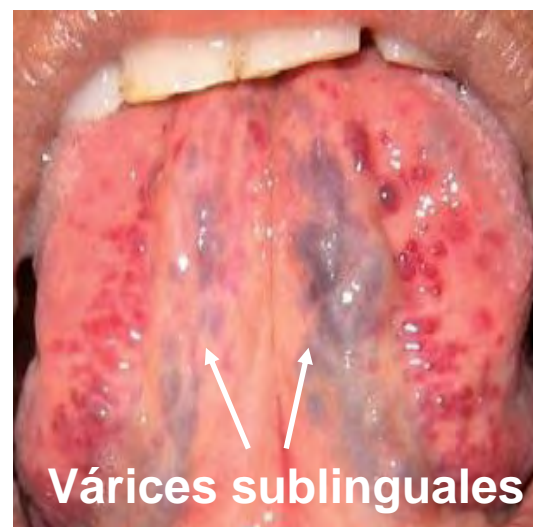


La línea alba debe estar exactamente donde los dientes tienen contacto, y tiene la característica que se adosan a los bordes de los órganos dentarios.



Paso 10: Con la punta de la lengua tratar de tocar el paladar para de esta forma poder ver la parte inferior de la lengua y el piso de boca. La presencia de varices linguales son frecuentes.

La palpación del suelo de la boca se realizará haciendo una presión suave con el dedo, contra la zona del suelo, buscando nódulos, protuberancias o tumoraciones. Cualquier alteración que él pueda observarse debe ser informada al dentista que será el encargado de descartar la posible existencia de una lesión precancerosa o incluso, maligna.



LESIONES MÁS FRECUENTES.

En la mucosa oral, pueden surgir diferentes lesiones las cuales las podemos encontrar al realizar la exploración bucal a continuación se mencionaran las más frecuentes. En caso de detectar alguna de estas alteraciones en la boca acudir con un Cirujano Dentista para un diagnóstico más certero.

LESIONES SÓLIDAS

- **Macula:** Cambio de color, sin elevación.



- **Placa:** Capa que forma un relieve en la mucosa.



- **Pápula:** Elevación sólida que mide menos de 1 centímetro de ancho.



- **Nódulo:** Formación sólida, circunscripta y de localización profunda.



- **Papiloma:** Elevación en forma de dedo de guante, como una hernia.



- **Tumor:** Lesión de consistencia sólida, de forma y tamaño variables, con tendencia a persistir y crecer indefinidamente.



LESIONES LIQUIDAS

- **Vesículas:** Elevación llena de líquido <5 mm de diámetro



- **Ampolla:** Elevación llena de fluido > 5 mm de diámetro.

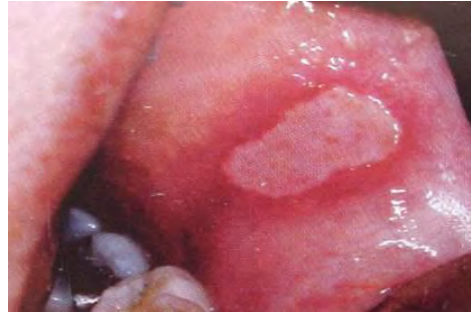


- **Absceso:** Un absceso es inflamación del tejido del organismo caracterizado por la hinchazón y la acumulación de pus.



LESIONES POR PÉRDIDA DE CONTINUIDAD

- **Úlcera y ulceración:** Es pérdida de espesor de la epidermis / epitelio y dermis / corion.



- **Grieta o fisura:** Hendidura lineal.



IDENTIFICACIÓN DE PATOLOGÍAS BUCALES

Es importante distinguir ciertos signos que son más agresivos en la mucosa oral y es importante identificarlos oportunamente para no tener complicaciones a continuación se mostraran las más importantes. En el caso de tener hábitos como fumar y/o tomar aumenta el riesgo de poder desarrollar algunas de estas complicaciones.

LEUCOPLASIA: Mancha o placa de color blanco, que asienta sobre la mucosa bucal, que no puede ser raspada o desprendida ni ser atribuida clínica o patológicamente a ninguna otra enfermedad.



ERITROPLASIA: Placa roja que no puede caracterizarse clínicamente ni histológicamente con otra entidad.



QUEILITIS ACTÍNICA: Una lesión de bordes difusos y de superficies levemente atrofica, hiperqueratósica, descamativa que en el labio.



LIQUEN PLANO: Estrias blancas, a veces lesiones atroficas y erosivas, pero rodeadas de estrias, es frecuente su localización bilateral en mucosas yugales.



FIBROSIS ORAL SUBMUCOSA ORAL: El síndrome incluye una lengua dolorosa rojo, atrofia de la mucosa, disfagia causada por membranas esofágicas.



DISFAGIA SIDEROPENICA (Síndrome de Plummer-Vinson): El síndrome incluye una lengua dolorosa roja, atrofia de la mucosa, disfagia causada por membranas esofágicas.



LUPUS ERITEMATOIDE DISCOIDE: Son lesiones deprimidas, atroficas y a veces ulceradas, rodeada por estrías blancas radiantes y eritema.



SÍFILIS: Las lesiones características son las placas mucosas. Consiste en maculopápulas blanquesinas, múltiples, sobreelevadas y con tendencia a agruparse adquiriendo un aspecto serpentiforme.



XERODERMA PIGMENTADO: Una quemadura solar que no sana después de un poco de exposición al sol, ampollas después de un poco de exposición al sol, vasos sanguíneos aracnoides bajo la piel, parches de piel decolorada que empeoran, formación de costra en la piel, descamación de la piel, superficie de la piel en carne viva que supura, molestia al estar con luz brillante.



CIRROSIS HEPÁTICA: El estado de salud oral en pacientes con problemas de cirrosis tiende a ser deficiente y presentar, lesiones en lengua y comisura labial y presentando un olor mohozo y dulzón.



QUERATOSIS ACTÍNICA: Erosion y formación de costras blancas y de color marrón en el bermellón del labio inferior.



Esta exploración se recomienda hacer cada seis meses, y tener en cuenta los síntomas de alerta que se mencionaran a continuación: problemas para tragar o sensación de que hay algo en la garganta, dolor de oídos o de garganta que no desaparece, dentaduras postizas que causan molestias o no se ajustan bien, mal aliento persistente, pérdida de peso inexplicada y bulto o engrosamiento en cuello, cara, mandíbula, mejillas, lengua o encías.

Es importante que en el caso de encontrar alguna patología de las que se mencionaron o presentar algún síntoma de los mencionados, acudir inmediatamente a la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la UNAM al Área de Patología Bucal ubicada en Circuito Institutos S/N Ciudad Universitaria, Colonia Copilco Universidad, Delegación Coyoacán, México Distrito Federal.



Glosario:

Atrófica: Disminución importante del tamaño.

Descamativa: Caerse la piel en forma de escamas.

Disfagia: Dificultad para comer, la cual es acompañada de dolor.

Erosión: Pérdida de continuidad formando una depresión en la superficie.

Gránulos de Fordyce: Granos diminutos, indoloros y de color blanco, amarillo o crema, de tamaños de 1 a 3 mm de diámetro

Maloclusión: Se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí.

Metástasis: Es el proceso por el cual el cáncer se propaga desde el lugar en el que surgió a otro lugar.

Patologías: Enfermedades.



Referencias Bibliográficas

1. Mohar A, Frías – Mendivil M, Suchil - Bernal L, Mora-Macías T, de la Garza JG. Descriptive epidemiology of cáncer at the Instituto Nacional de Cancerología of Mexico. *Salud Pública Mex* 1997; 39:253 – 258.
2. División Técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en cifras. Los tumores malignos en población derechohabiente, 1990-2003. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2005; 43(4):349-356.
3. Registro histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM) de México. Disponible en <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm>
4. Secretaría de Salud. Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México (2000). Disponible en <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/online/infonal-RHNM-y2k.htm>
5. Secretaría de Salud. Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México (1993 – 1997). México: SSA; 1999.
6. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Espinel-Bermúdez MC, Mould-Quevedo J, Gómez-Dantés H, et al. Egresos hospitalarios por cáncer bucal en el IMSS (1991 – 2000). *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46(1): 101-108
7. Curado Morger P, Hashibe M. Recent changes in the epidemiology of head and neck cancer. *Curr Opin Oncol*. 2009; 21(3):194-200.
8. Rosin Mahesh P, Poh F, Mark J, Williams M, Gallagher R, Mac Aulay C, et al. New hope for an oral cancer solution:together we can make difference. *J Can Dent Assoc*. 2008;74(3):261-6.



9. Mishra M, Mohanty J, Sengupta S, Tripathy S. Epidemiological and clinicopathological study of oral leukoplakia. *J Dermatol Venereol Leprol.* 2005;71(3): 161-5.
10. Strasburg M, Knolle G, *Mucosa Oral: Atlas a color de enfermedades*, Editorial Madrid Marban, Tercera Edición, 1996.
11. Pindborg JJ, *Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral*, Editorial Salvat, Quinta Edición, 1994.
12. Giglio MJ, Nicolasi LN, *Semiología en la Práctica de la Odontología*, Primera Edición, Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2000.
13. Secretaria de Salud. *Manual para la Detección de Alteraciones de la Mucosa Bucal Potencialmente Malignas (2009)*. Disponible en <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2011/10/alteraciones-mucosabucal.pdf>
14. Bagan JV, colaboradores. *Medicina oral*, Primera Edición, Editorial Masson, 1995.
15. Nelson JF, Coleman GC, *Principles of Oral Diagnosis*, Primera Edición, Editorial Mosby Year Book, 1992.
16. Scully C, Flint S, Bagan J, Porter SR, Moos KF. *Oral and Maxillofacial Diseases*, Cuarta Edición, Editorial Informa Healthcare, 2010.
17. World Health Organization. In *Histological Typing of Cancer and Precancer of the Oral Mucosa*, (2nd edn), Pindborg JJ, Reichart PA, Smith CJ, van der Wall I (eds). Springer-Verlag: Berlin, 1997; 21–31.



18. Sapp JP, Eversole LR, Wyso GP. Patología Oral y Maxilofacial contemporánea, Segunda Edición, Editorial Harcourt, 2005.
19. Regezi JA, Sciubba J. Patología Bucal, Segunda Edición, Editorial Interamericana-Mc Graw Hill, 1993.
20. Thoma KH, Gorlin RJ, Goldman HM. Patología Oral, Primera Edición, Editorial Salvat Editores, 1977.
21. World Health Organization Collaborating Centre for Oral Precancerous Lesions. Definition of Leukoplakia and related: An aid to studies on oral precancer. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1978; 46:518-9.
22. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de Patología Bucal, Cuarta Edición, Editorial Interamericana, 1988.
23. Laskaris G. Atlas de Enfermedades Orales, Primera Edición, Editorial Barcelona Masson, 2005.
24. Bruch JM, Treister NS, Clinical Oral Medicine and Pathology, Primera Edición, Editorial Humana Press, 2010.
25. Grinspan D. Enfermedades de la Boca. Tomo I y II. Primera Edición, Editorial Mundi. 1970.
26. Lanfranchi HE, Aguas SC, Sano SM. Transformación Maligna del Liquen Plano Bucal atípico: análisis de 32 casos. Med Oral 2003. 8: 2-9.



-
27. http://screening.iarc.fr/atlasoral_detail.php?flag=0&lang=1&Id=A8000001&cat=A8
28. Hebra F, Kaposi M. On diseases of the skin including exanthema. New Syndeham Soc. 1874. 1874; 61:252-8
29. Kraemer KH, Lee MM, Andrews AD, Lamber WC. The role of sunlight and DNA repair in melanoma and non melanoma skin cáncer. The xeroderma Pigmentosum paradigm. Arch Dermarol. 1994;130 (8): 1018-21.
30. Hernández RD, colaboradores. Citología Exfoliativa y Biopsia en Cavidad Bucal, Primer Edición, Elaborado por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, 2000.
31. Cuevas F, Manual de Técnicas. Propedéutica Médica, Decima Edición, Editorial Méndez Cervantes. 1980.
32. Abreu, Martín L, Castillo J. Fundamentos del Diagnóstico: Las Bases Fisiopatológicas para la interpretación de los fenómenos Clínicos. Primera Edición, Editorial Interamericana, 1998.



Referencias Bibliográficas de Figuras

Figura 1, Esquema 1, 2: Secretaría de Salud. Manual para la Detección de Alteraciones de la Mucosa Bucal Potencialmente Malignas (2009). Disponible en: <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2011/10/alteraciones-mucosabucal.pdf>

Figura 2, 3, 5 - 7, 9, 10 - 12, 16, 18 - 20, 22 - 25, 28, 42, 45, 50: Scully C, Flint S, Bagan J, Porter SR, Moos KF. Oral and Maxillofacial Diseases, Cuarta Edición, Editorial Informa Healthcare, 2010.

Figura 4, 8: Bagan JV, colaboradores. Medicina oral, Primera Edición, Editorial Masson, 1995.

Figura 13 - 15: Nelson JF, Coleman GC, Principles of Oral Diagnosis, Primera Edición, Editorial Mosby Year Book, 1992.

Figura 17, 21, 26, 30 - 33, 36 - 39, 55: Strasburg M, Knolle G, Mucosa Oral: Atlas a color de enfermedades, Editorial Madrid Marban, Tercera Edición, 1996.

Figura 27, 29: Bruch JM, Treister NS, Clinical Oral Medicine and Pathology, Primera Edición, Editorial Humana Press, 2010.

Figura 34, 35: Disponible en:

http://screening.iarc.fr/atlasoral_detail.php?flag=0&lang=1&Id=A8000001&cat=A8