



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

REPORTE DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN TEJIDOS
BLANDOS, EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE DE LA
FO DURANTE EL PERÍODO 2011-2012.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

KRISTEL LIZZETH GARCÍA GUTIÉRREZ

TUTOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME

ASESORA: Dra. MIRELLA FEINGOLD STEINER



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.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

Gracias a mis padres Carmen y Patricio por darme la vida y disfrutar de este momento. Por brindarme todo el apoyo a lo largo de mi formación profesional, por ser mi ejemplo a seguir para lograr todo lo que me propongo, por ser mis mejores amigos y darme los ánimos necesarios en los momentos difíciles, pero principalmente por el amor y paciencia, les estaré eternamente agradecida. Los amo.

Gracias a mi abuelita Juanita, a mi hermano Gibrán y a mi Tía Ciri, por ser esos ángeles que tengo en el cielo y sé que estarían orgullosos de mí por este gran logro. Los extraño.

Gracias a mis hermanos Wendy, Armando y Omar por los esfuerzos que han hecho para apoyarme, por su cariño, por esa gran amistad incondicional, por ser parte de mi familia, pero en especial por formar parte importante en mi vida.

A mis abuelos Carmen, Ignacio y Cayetano por su gran ayuda a este gran momento de mi vida y por tenerlos aún conmigo.

Gracias a mis amigos de la facultad Cecilia, Quetzalli, Diana, Oscar, Sergio, Misael y Christian que han compartido conmigo momentos buenos y malos durante estos años.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología por brindarme los conocimientos necesarios para realizar esta etapa tan importante.

A cada uno de los profesores que tuvieron la amabilidad de señalar mis errores o aciertos en los momentos indicados. A mi tutor, el doctor Alfonso Bustamante Bácame, gracias por compartir un poco de su gran conocimiento en la realización de mi tesina y en la Clínica Periférica y gracias a mi asesora, la doctora Mirella Feingold Steiner por sus grandes aportaciones a este trabajo.

Esta tesina significa un gran esfuerzo durante muchos años, sintiéndome agradecida con la vida por llegar hasta este momento.

ÍNDICE

	Página.
1. Introducción.	7
2. Antecedentes.	8
2.1. Exploración de tejidos blandos.....	8
2.2. Condiciones y lesiones.....	12
2.3. Condiciones.....	13
2.3.1 Lengua saburral.....	13
2.3.2 Lengua geográfica o glositis migratoria.....	14
2.3.3 Lengua fisurada.....	15
2.3.4 Lengua pilosa.....	16
2.3.5 Melanosis racial.....	17
2.3.6 Hiperplasia gingival.....	18
2.3.7 Morsicatum buccarum.....	19
2.3.8 Anquiloglosia.....	20
2.3.9 Torus mandibular.....	21
2.3.10 Várices linguales.....	22
2.4. Lesiones.....	23
2.4.1 Abscesos periodontales.....	23
2.4.2 Gingivoestomatitis herpética primaria.....	24
2.4.3 Labio y paladar fisurado.....	25
2.4.4 Gránuloma periférico de células gigantes.....	27
2.4.5 Gingivitis.....	28

2.4.6 Fístulas.....	29
2.4.7 Pericoronitis.....	30
2.4.8 Candidiasis pseudomembranosa.....	31
2.4.9 Periodontitis crónica.....	32
2.4.10 Periodontitis agresiva.....	33
2.4.11 Hematoma de erupción.....	35
2.4.12 Xerostomía.....	36
2.4.13 Fibroma traumático.....	37
3. Planteamiento del problema.....	38
4. Justificación.....	39
5. Objetivos.....	39
5.4. General.....	39
5.5. Específicos.....	39
6. Material y métodos.....	40
6.1. Tipo de estudio.....	41
6.2. Población de estudio.....	41
6.3. Muestra.....	41
6.4. Criterios de inclusión.....	41
6.5. Criterios de exclusión.....	41
6.6. Variables de estudio.....	42

7. Recursos.....	42
7.1. Humanos.....	42
7.2. Materiales.....	42
7.3. Físicos.	43
7.4. Financieros.....	43
8. Plan de análisis.....	43
9. Resultados.....	53
10. conclusiones.	53
11. Referencias bibliográficas.....	54



REPORTE DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN TEJIDOS BLANDOS, EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE DE LA FO DURANTE EL PERÍODO 2011-2012.



1. INTRODUCCIÓN.

Este estudio de expedientes tipo retrospectivo longitudinal de corte transversal, se realizó con el objetivo de dar a conocer los principales hallazgos clínicos en tejidos blandos intra y extra bucales, en la Clínica Periférica Oriente de la FO durante el período 2011-2012, para ofrecer a los estudiantes de odontología y a los cirujanos dentistas los padecimientos que se pasan por alto al no realizar una historia clínica a conciencia, así también una inspección armada deficiente.

El presente trabajo se llevó a cabo a partir del 12 de agosto hasta el 12 de septiembre del 2013, en las instalaciones de la Clínica Periférica Oriente de la FO para la revisión exhaustiva de los expedientes de pacientes atendidos en el período 2011-2012.

Se realizó la evaluación absoluta y relativa de las lesiones en tejidos blandos reportados por los alumnos. Se examinaron un total de mil noventa expedientes, de los cuales cuatrocientos treinta y cinco presentaron hallazgos clínicos que interesaban para esta tesina, representando estos un 39.90% del universo total.

Después de recolectar los datos, se diseñaron tablas y gráficas con su interpretación correspondiente.



2. ANTECEDENTES.

La cavidad bucal es asiento de una amplia diversidad de entidades que involucran variaciones anatómicas y estados patológicos; continuamente se encuentra sujeta a modificaciones debido a diferentes factores irritantes que actúan sobre la mucosa; asimismo, conforme aumenta la edad también se modifican los tejidos influyendo en el estado de salud-enfermedad, lo cual conlleva a que las manifestaciones locales y sistémicas sean distintas entre las etapas de la vida y que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos sean diferentes entre una población y otra.^{2,3,4.}

Como profesionistas encargados del cuidado de la salud oral, el cirujano dentista debe estar adiestrado para evaluar los tejidos orales mediante un examen físico clínico donde se incluyen técnicas como la inspección, palpación, auscultación y percusión.⁵

2.1. EXPLORACIÓN DE TEJIDOS BLANDOS.

La exploración debe ser detallada, minuciosa y siguiendo una metodología ordenada avanzando desde los labios hasta las fauces.⁵

LABIOS.

Son repliegues mucocutáneos en los que se distinguen tres partes de revestimiento cutáneo, borde libre y revestimiento mucoso interno.

El revestimiento cutáneo se examina en primer lugar y con la boca cerrada. Conforman sus límites la base de la nariz y el surco nasogeniano que es una línea que baja desde la pupila y que pasa generalmente a medio centímetro



**REPORTE DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN TEJIDOS
BLANDOS, EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE DE
LA FO DURANTE EL PERÍODO 2011-2012.**



por fuera de las comisuras y el surco mentolabial. Se deben observar la forma, el tamaño, el color, la textura y las alteraciones, si las hubiera.⁵

El borde libre está constituido por semimucosa. Se evalúa por medio de la inspección y la palpación digital (con los dedos pulgar e índice). Se estira la semimucosa y se observan los sectores comisural derecho, centro e izquierdo.⁵

El revestimiento mucoso interno (mucosa) debe ser explorado de la siguiente forma: se evierten ambos labios con los dedos pulgar por dentro e índice por fuera, en forma bimanual. Deben analizarse el color, la textura y la humedad de la mucosa. Se procede al secado de esta utilizando una gasa para evaluar la secreción de las glándulas salivales accesorias.⁵

MUCOSA YUGAL.

Es de color rosado y aspecto liso. Para su examen se consideran las siguientes áreas:

Mucosa yugal anterior o retrocomisural, a la que se accede evertiendo el carrillo con los dedos índice y pulgar de ambas manos.

Mucosa yugal posterior, que se examina en forma indirecta, empleando el espejo bucal para separar los carrillos.

También se evalúan los orificios de salida de los conductos de Stensen y la línea alba bucalis o interoclusal. Los primeros se ubican a la altura del primer molar superior, tienen aspecto de papila y al comprimir la glándula parótida



**REPORTE DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN TEJIDOS
BLANDOS, EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE DE
LA FO DURANTE EL PERÍODO 2011-2012.**



homolateral, se observa la excreción de saliva fluida y clara. La segunda, de color blanco, sobresaliente y de dirección anteroposterior, coincide con la línea de oclusión y es modificada por el trauma masticatorio y el edema yugal.

En la mucosa yugal se palpa el borde anterior del músculo masetero, la arteria facial, la bola adiposa de Bichat y el trayecto del conducto de Stensen.⁵

PALADAR.

Está compuesto por dos partes: paladar duro y paladar blando. El paladar duro, está formado por mucosa firme, fuertemente adherida al hueso subyacente y paraqueratinizado. Es de un color rosa más pálido que el resto. Se delimitan en él dos sectores: anterior y posterior. En el primero, que se examina en forma indirecta con espejo bucal, se observan la papila interincisiva, las rugas palatinas y el rafe medio. En el segundo, que se evalúa por visión directa, se encuentran las foveolas palatinas. El paladar blando, posee una mucosa delgada y lisa, de color rosado, no queratinizada. Contiene gran cantidad de glándulas salivales menores. Para su inspección, se pide al paciente que pronuncie “ahhh” o se induce el reflejo nauseoso.⁵

ISTMO DE LAS FAUCES.

Está situado entre el borde inferior del velo del paladar, la base de la lengua y los pilares anteriores. Es el límite posterior de la cavidad bucal y la comunica con la faringe. Los pilares anteriores y posteriores delimitan la fosa



**REPORTE DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN TEJIDOS
BLANDOS, EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE DE
LA FO DURANTE EL PERÍODO 2011-2012.**



amigdalina. El velo, la orofaringe y la fosa amigdalina deben ser examinadas en cuanto a forma y tamaño de las tonsilas palatinas.⁵

LENGUA.

Se la examina en reposo y en movimiento. La evaluación en reposo, mediante inspección directa y en extensión, se realiza sujetando la punta con una gasa para observar la cara dorsal, la base y los bordes. Se evalúa la movilidad activa solicitando al paciente que realice movimientos linguales hacia afuera, arriba, a los lados y analizando también la punta.⁵

En la cara dorsal se hallan las papilas filiformes, fungiformes, foliadas y caliciformes y el foramen caecum o agujero ciego, ubicado en el vértice de la V lingual que es un vestigio del conducto tirogloso.⁵

La amígdala lingual, constituida por cúmulos linfoides, se ubica en el borde lingual más posterior. Para su observación debe traccionarse la lengua hacia los lados.⁵

En la cara ventral de la lengua se observan las venas raninas, el frenillo y, cerca de la punta, las glándulas linguales anteriores, cuyos conductos excretores se abren en pequeñas protuberancias en los pliegues frimbriados.⁵

PISO DE BOCA.

Para examinar el piso de boca el paciente debe estar sentado, con la espalda recta y la mandíbula perpendicular al piso. Se observa en él la



REPORTE DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN TEJIDOS BLANDOS, EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE DE LA FO DURANTE EL PERÍODO 2011-2012.



mucosa que lo recubre, la cual es fina y deslizante. Las carúnculas sublinguales, eminencias redondeadas que se ubican a ambos lados del frenillo, corresponden al relieve de las glándulas sublinguales. En los pliegues sublinguales son visibles las desembocaduras de los conductos salivales.⁵

La palpación del piso de la boca es endobucal, exobucal y bimanual. Consiste en colocar el dedo índice de una mano dentro de la boca (endobucal) para que recorra y reconozca las distintas estructuras, y la mano contraria (exobucal) haciendo plano submandibular. Deben palparse sistemáticamente la cara interna de la mandíbula, la línea oblicua interna, el torus mandibular, la apófisis geni, las glándulas y los ganglios submandibulares.⁵

2.2. CONDICIONES Y LESIONES.

El examen de la mucosa y semimucosa bucal posibilita la detección de procesos patológicos mediante signos y síntomas.

Según los criterios establecidos en la Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal disease and conditions de la OMS, definen como **condiciones** a todas aquellas entidades que son consideradas como variante de lo normal o parte de un proceso fisiológico y que no son consideradas una verdadera patología, y **lesiones** a todas las alteraciones que son consideradas una verdadera patología.^{1,4.}



2.3. CONDICIONES.

2.3.1. Lengua saburral.

Se da cuando se produce una excesiva descamación epitelial, depositándose en el dorso de la lengua restos de células descamadas, bacterias, restos de alimentos, conformando la denominada “saborra”. Esta lesión puede ir de un blanco amarillento a negro; cuando intervienen factores externos, como tabaco o alimentos, produce halitosis y sensación de quemazón.⁶

El espesor de la saborra es mayor por la mañana, ya que durante la noche, al disminuir el flujo salival, disminuye la acción de limpieza de ésta. También se encuentra aumentada en personas con nutrición enteral y otras enfermedades como procesos febriles que cursan con disminución de la saliva. Su tratamiento es una adecuada limpieza oral.⁶



fig. 1. Lengua saburral.

(Fuente: <http://www.saludysintomas.com/2011/09/mal-aliento-causas.html>).



2.3.2. Lengua geográfica o glositis migratoria.

Es otra alteración del dorso de la lengua en la que aparece una zona irregular de color rojiza, lisa y brillante, producida por la descamación de las papilas filiformes, encontrándose limitada por bordes elevados de color blanquecino amarillento que varían de morfología y de localización. Como su aspecto recuerda a un mapa de geografía y por su cambio de zona, recibe la denominación de migratoria.⁶

Es una condición benigna de factores que afectan entre 1,0 % y 2,5 % de la población, parece ocurrir con más frecuencia en niños y adultos jóvenes que en las personas mayores.⁷

La lengua geográfica es autolimitada y normalmente asintomática, y el tratamiento generalmente no es necesario. Los pacientes pueden tener la seguridad de que la condición es benigna.⁷



fig. 2. Lengua geográfica.

(Fuente: <http://www.pediatrpractica.com.ar/front/ote.php?id=59>).



2.3.3. Lengua fisurada.

Son hendiduras lineales profundas y múltiples en la superficie dorsal, normalmente atrófica, de pacientes ancianos. Suele ser asociada con muchas entidades sistémicas locales y pueden ser asintomáticas y sufrir infecciones secundarias. Las fisuras pueden ser superficiales o tener de 5 a 6mm de profundidad.¹⁰



Fig 3. Lengua fisurada.

(Fuente: Harrison T. principios de medicina interna. 18ª. Ed. Mc Graw Hill. 2012).



2.3.4. Lengua pilosa.

Esta condición benigna implica el alargamiento de las papilas filiformes en la superficie dorsal de la lengua. Mientras lengua vellosa es generalmente idiopática, varias sustancias están asociadas posiblemente como el amplio espectro de antibióticos, esteroides sistémicos, enjuagues bucales que contienen peróxido de hidrógeno, el tabaco, la radioterapia para el cáncer de cuello, también pueden estar implicados bacterias, hongos. Los pacientes suelen ser asintomáticos, pero pueden llegar a tener una sensación de náuseas.⁷

En la inspección, el color puede variar de marrón oscuro a negro. Estas características son influenciadas por la dieta del paciente, higiene oral y la composición de las bacterias que habitan en la superficie papilar.⁷



fig. 4. Lengua pilosa.

(Fuente: http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?tem=Lengua+Vellosa&lang=2).

2.3.5. Hiperplasia gingival.

La hiperplasia gingival es una condición patológica benigna de forma lenta y gradual en la que aumenta volumen de tejido gingival. Causando importantes molestias estéticas y funcionales en los pacientes. Se clasifica como idiopática, inflamatoria, hereditaria y asociada a drogas, según su etiología.¹⁷



Fig. 5. Hiperplasia gingival.

(Fuente: <http://www.uv.es/bagan/Docencia/casos/caso02/>).



2.3.6. Melanosis racial.

Consiste en áreas pigmentadas de color café de intensidad variable, multifocales y de bordes poco definidos, las cuales se localizan predominantemente en la encía insertada, carrillos y bordes linguales, y con menor frecuencia en otros sitios de la mucosa bucal. El diagnóstico se basa en la correlación positiva de estas áreas con la presencia de pigmentación cutánea de base étnica, la aparición durante los primeros años de vida, la ausencia de factores inductores de melanogénesis reactivas o causadas por estímulo exógeno u hormonal, su distribución habitualmente simétrica y la ausencia de sintomatología.²⁷

Por consiguiente, se considera una condición relacionada con factores genéticos que debe ser interpretada como una característica normal que no requiere tratamiento.²⁷



Fig. 6. Melanosis racial.

(Fuente: <http://www.ionzabalegui.com/tratamientos/estetica-de-la-sonrisa/encias-oscuras-melanosis-gingival/>).



2.3.7. Morsicatum buccarum.

Morsicatio buccarum es el término científico (latín) de mordedura crónica de carrillo; morsus en latín significa mordida. Esta lesión autoinducida es de origen irritacional y reactivo, en que la mucosa responde al trauma crónico produciendo queratina con su consecuente engrosamiento, el cual se vuelve ulcerado o erosionado dependiendo del grado de fricción.^{8,9}

La causa de esta lesión autoinducida está relacionada con todo aquel factor traumático que promueva un hábito de mordedura crónica, tal como restauraciones desajustadas, maloclusión, desgaste dental o pérdida dientes.⁹

Las lesiones son asintomáticas y se localizan con mayor frecuencia en la mucosa bucal y labio inferior, pudiendo ser uni o bilaterales.⁹



Fig. 7. Mosaicatum buccarum.

(Fuente: <http://pictures.doccheck.com/de/photos/78326/17293/morsicatio-buccarum/>).

2.3.8. Anquiloglosia.

La anquiloglosia, es una anomalía del desarrollo caracterizada por un frenillo lingual anormalmente corto y situado en la parte anterior que origina una restricción intensa de los movimientos de la lengua y alteración del habla. El frenillo lingual anormal une, a veces, la punta de la lengua a la encía lingual anterior, sometiendo a tensión el tejido gingival y produciendo enfermedad gingival y periodontal localizada en la región de la inserción del frenillo. La anquiloglosia se trata con éxito mediante reinserción quirúrgica del frenillo lingual.^{10,15.}



Fig. 8. Anquiloglosia.

(Fuente: <http://www.drjaversaldivar.com/Laser%20Dental%20YSGG.htm>).

2.3.9. Torus mandibular.

Es una excrecencia ósea, no neoplásica, de crecimiento lento, que se manifiesta habitualmente antes de los treinta años. El torus mandibular tiene una incidencia de 8%, se manifiesta como un reborde óseo lobulado, localizado en la cara interna de la mandíbula generalmente en la región premolar. Frecuentemente aparece de forma bilateral. Clínicamente son asintomáticos, de crecimiento lento, aunque en algunos casos la mucosa que los cubre puede ulcerarse debido a un traumatismo.¹¹



Fig. 9. Torus mandibular.

(Fuente: <http://odontoayuda.com/presentaciones/revision-torus-palatino-y-mandibular/>).



2.3.10. Várices Linguales.

Las varices pueden observarse en muchos lugares de la boca como la superficie ventral de la lengua, el piso de boca, los labios y la mucosa bucal de la comisura, etc, entre todas estas localizaciones intraorales, la superficie ventral de la lengua y el piso de la boca son los más comunes para su aparición. Las várices linguales clínicamente aparecen como, nódulos violáceos pequeños, lateral a la vena sublingual. Las várices linguales son comunes entre las personas mayores de 50 años, y la aparición tiende a ser más evidente con la edad.¹²

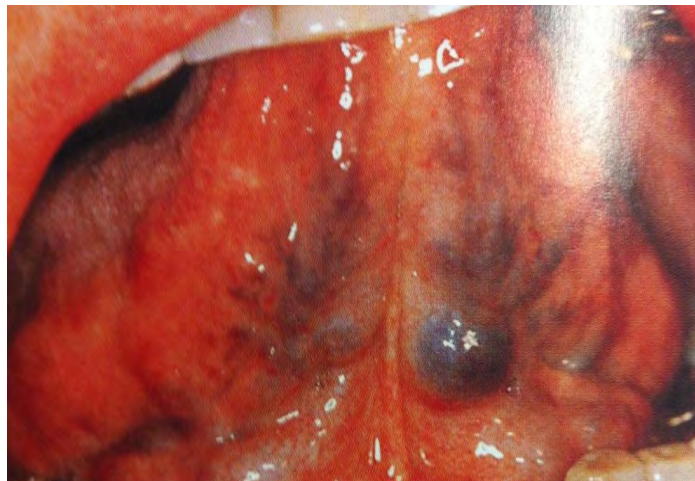


Fig. 10. Várices linguales.

(Fuente: <http://www.studyblue.com/notes/note/n/pathology/deck/2948497>).



2.4. LESIONES.

2.4.1. Abscesos periodontales.

Los abscesos incluyen un amplio grupo de infecciones agudas que se originan en los dientes o en el periodonto. Esos abscesos se asocian con una serie de síntomas entre los que figura una inflamación purulenta localizada en los tejidos periodontales que produce dolor y tumefacción y constituyen una de las causas principales de que los pacientes soliciten asistencia dental. Se han propuesto diversas clasificaciones para los abscesos periodontales: crónico, agudo, único o múltiple, gingival o periodontal.¹³



Fig. 11. Absceso periodontal.

(Fuente: <http://personal.globered.com/olyshernandez/categoria.asp?idcat=683>).



2.4.2. Gingivostomatitis herpética primaria.

Se define la gingivostomatitis herpética primaria, como una infección primaria de la cavidad bucal, causada por el virus del herpes simple de tipo I (VHSI), el cual es transmitido por la saliva, es más frecuente en recién nacidos y menores de 6 años de edad, pero también se registra en adolescentes y adultos lo que constituye una urgencia en odontología.^{13,14,15}

Las siguientes características ayudan en el diagnóstico:

- Fiebre y linfadenopatía cervical.
- Presencia de vesículas en encía, paladar, mucosa bucal y lengua.
- En algunos casos, los pacientes serán incapaces de comer y beber.¹⁶



Fig. 12. Gingivostomatitis herpética primaria.

(Fuente: Sapp J, Eversole L, Wysocki G. Patología Oral y Maxilofacial contemporánea. 2ª. Ed. España: Editorial Elsevier, 2005.)



REPORTE DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN TEJIDOS BLANDOS, EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE DE LA FO DURANTE EL PERÍODO 2011-2012.



2.4.3. Labio y paladar fisurado.

El labio fisurado, es un trastorno del desarrollo, habitualmente afecta al labio superior, caracterizado por un defecto en forma de cuña que es consecuencia de una ausencia de fusión de las dos partes del labio en una sola estructura.¹⁰

La fisura palatina, es un defecto del desarrollo del paladar caracterizado por ausencia de fusión completa de las dos crestas palatinas, produciéndose una comunicación con la cavidad nasal.¹⁰

En la población de pacientes con labio y paladar hendido ocurre paladar hendido sin defecto en el labio 30%, paladar hendido con hendidura labial y alveolar 45% y labio hendido sin defecto en el paladar 25%. Se ha observado que la incidencia es ligeramente mayor (65.4%) en mujeres con fisuras en el paladar secundario.²⁰

Clínicamente las hendiduras del labio y paladar pueden agruparse en cuatro clases principales:

1. Labio fisurado.
2. Fisura palatina.
3. Fisura labiopalatina unilateral.
4. Fisura labiopalatina bilateral.



Fig. 13. Fisura labiopalatina.

(Fuente: Sapp J, Eversole L, Wysocki G. Patología Oral y Maxilofacial contemporánea.2ª. Ed. España: Editorial Elsevier, 2005.)

Mientras que las fisuras de labio superior pueden clasificarse de la siguiente manera:

1. Unilateral incompleta.
2. Unilateral completa.
3. Bilateral incompleta.
4. Bilateral completa.

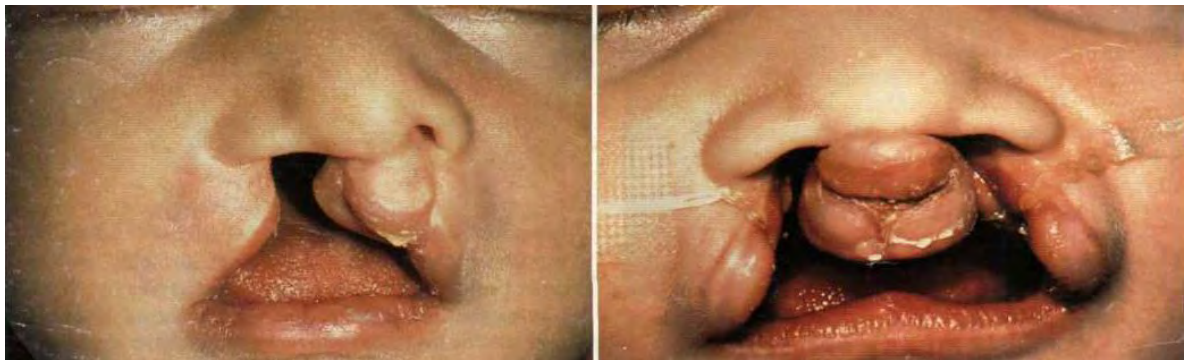


Fig. 14. Labio leporino.

(Fuente: Sapp J, Eversole L, Wysocki G. Patología Oral y Maxilofacial contemporánea.2ª. Ed. España: Editorial Elsevier, 2005.)



2.4.4. Granuloma periférico de células gigantes (GPCG).

El Granuloma Periférico de Células Gigantes, es una lesión reactiva que se origina a partir del periostio o de la membrana periodontal tras una irritación o trauma crónico local. Aparece a cualquier edad con una importante predilección por el sexo femenino. Generalmente se manifiesta como una lesión de naturaleza tumoral, de color rojo-púrpura y localizado en el tejido gingival.¹⁸

La etiología en la actualidad permanece sin aclarar, pero el trauma oclusal o irritantes crónicos podrían favorecer el desarrollo de esta lesión.¹⁸

Los factores traumáticos que contribuyen a su desarrollo incluyen: uso indiscriminado de palillos dentales, problemas periodontales severos, extracciones recientes, infecciones crónicas, cirugías periodontales, irritación por dentaduras y dientes en mal posición o fracturados, tratamientos ortodónticos e influencia hormonal.¹⁸



Fig. 15. Granuloma periférico de células gigantes.

(Fuente: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852007000400003&script=sci_arttext).



2.4.5. Gingivitis.

La gingivitis es el tipo de enfermedad periodontal que se observa con más frecuencia en los tejidos blandos que rodean al diente; se caracteriza por el edema, sensibilidad, enrojecimiento y sangrado gingival. Está muy asociada a la deficiente higiene bucal y a los cambios hormonales.¹⁹

La placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival constituyen el factor de riesgo que más se asocia con el origen y la evolución de la gingivitis debido al contacto mantenido de los microorganismos con la encía. Estos microorganismos y sus productos inician el proceso, pues al acumularse en las proximidades gingivales estimulan la respuesta inmunoinflamatoria en la que los elementos celulares, vasculares y humorales, intentan destruir, neutralizar o reducir la acción irritante de ellos y también tratan de reparar los daños, lo que provoca una respuesta de carácter defensivo, pues el hospedero en sus esfuerzos por contrarrestar las bacterias libera diversas sustancias que pueden causar un mayor daño a los tejidos periodontales; por lo tanto la presencia de gingivitis puede ser considerada como un factor de riesgo de periodontitis crónica.^{15,19}



Fig. 16. Gingivitis.

(Fuente: <http://www.rdnatural.es/enfermedades/gingivitis/>).

2.4.6. Fístulas.

Vía de drenaje o comunicación anormal entre dos superficies revestidas de epitelio, debida a destrucción del tejido interpuesto entre ambas.¹⁰

Clínicamente, la fístula odontogénica se presenta como un nódulo blando, depresible, adherido a estructuras subyacentes, con una apertura central por donde drena secreción purulenta. A la palpación, los tejidos que rodean la fístula revelan un tracto acordonado unido al hueso alveolar en el área del diente que se sospecha es el afectado.²¹



Fig. 17. Fístula.

(Fuente: <http://endodoncia.org/?hg=0&nr=0>).



2.4.7. Pericoronitis.

Es una reacción inflamatoria que se desarrolla en los tejidos que rodean un tercer molar o parcialmente erupcionado de la mandíbula. Los tejidos involucrados son la encía y la mucosa que recubre la corona del diente con continuo trauma mecánico de la mucosa subyacente y encía vecina, la mala higiene oral genera un sobrecrecimiento bacteriano y el desarrollo de la lesión.²²

Clínicamente, se observa enrojecimiento, inflamación de la encía y la mucosa que recubre y que rodea el diente. La pericoronitis es acompañado de dolor intenso, halitosis, fiebre, linfadenopatía regional y malestar general.²²



Fig. 18. Pericoronitis.

(Fuente: <http://www.meetadentist.com/dentalcare/pericoronitis-infection-near-wisdom-teeth/>).



2.4.8. Candidiasis pseudomembranosa.

La candidiasis oral es una infección micótica. El agente etiológico es el género de hongos de *Candida albicans*. Típicamente es una infección superficial benigna, la candidiasis tiene muchos factores predisponentes, como la diabetes mellitus, embarazo, el tratamiento con esteroides sistémicos, corticosteroides tópicos, la higiene bucal deficiente, mala absorción, o mal nutrición, terapia antibiótica sistémica, quimioterapia y la radiación y otras causas de inmunosupresión. No tiene predilección de edad y género. En pacientes inmunocomprometidos, incluyendo aquellos con SIDA, la infección puede extenderse al tracto alimenticio.⁷

Clínicamente se presenta como pseudomembranas blanquecinas que se desprenden fácilmente, dejando un lecho eritematoso y brillante. Pueden formar pequeñas placas o confluir cubriendo una proporción importante de la mucosa yugal, gingival, palatina o del dorso de la lengua. Dichas pseudomembranas están formadas por componentes del hongo, células epiteliales descamadas, células inflamatorias y restos alimentarios.²³



Fig. 19. Candidiasis pseudomembranosa.

(Fuente: Sapp J, Eversole L, Wysocki G. Patología Oral y Maxilofacial contemporánea. 2ª. Ed. España: Editorial Elsevier, 2005.)



2.4.9. Periodontitis crónica.

La periodontitis crónica comienza como una gingivitis inducida por placa. Las lesiones asociadas con la periodontitis crónica incluyen pérdida de inserción y hueso y se consideran irreversibles.¹⁵

Las características clínicas de la periodontitis crónica incluyen síntomas como:

1. Alteraciones de color, la textura y el volumen de la encía marginal.
2. Sangrado durante el sondeo (SS) de la zona de la bolsa gingival.
3. Menor resistencia de los tejidos marginales blandos al sondeo (aumento de la profundidad de la bolsa o formación de bolsas periodontales).
4. Pérdida de nivel de inserción con el sondeo.
5. Retracción del margen gingival.
6. Pérdida de hueso alveolar.
7. Exposición de la furca radicular.
8. Aumento de la movilidad dentaria.
9. Migración y finalmente exfoliación de los dientes.¹⁵

La periodontitis crónica se clasifica como localizada cuando está afectado <30% de los sitios y como generalizada cuando se excede este límite.¹⁵



Fig. 20. Periodontitis crónica.

(Fuente: <http://odontored.files.wordpress.com/2011/08/agresiva.jpg>).



**REPORTE DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN TEJIDOS
BLANDOS, EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE DE
LA FO DURANTE EL PERÍODO 2011-2012.**



2.4.10. Periodontitis agresiva.

La periodontitis agresiva comprende un grupo de formas raras y a menudo graves de periodontitis que rápidamente progresa y que a menudo se caracteriza por comenzar a edad temprana y con tendencia distintiva a la agregación familiar de los casos.¹⁵

La periodontitis agresiva se caracteriza por:

1. Pérdida de inserción y destrucción ósea rápidas.
2. Agregación familiar de los casos.¹⁵

Clasificación:

1. Periodontitis agresiva localizada.
2. Periodontitis agresiva generalizada.

Periodontitis agresiva localizada:

- Aparición en el periodo de la pubertad.
- Localizada en el primer molar y los incisivos, con pérdida de inserción interproximal al menos en dos dientes permanentes, uno de los cuales es un primer molar; no afecta a más de dos dientes.
- Potente respuesta de anticuerpos séricos contra los agentes infecciosos.¹⁵



Periodontitis agresiva generalizada:

- Afecta casi siempre a personas menores de 30 años ocasionalmente los pacientes pueden ser mayores.
- La pérdida de inserción interproximal generalizada afecta al menos a tres dientes permanentes que no son primeros molares ni incisivos.
- Escasa respuesta de anticuerpos séricos contra los agentes infecciosos.¹⁵



Fig. 21. Periodontitis agresiva.

(Fuente: <http://odontored.files.wordpress.com/2011/08/agresiva.jpg>).

2.4.11. Hematoma de erupción.

No tiene una causa determinada, se atribuye a cambios degenerativos quísticos en la terminación del epitelio reducido del esmalte a raíz de la amelogénesis. Otros surgieron que se desarrolla a partir de los restos epiteliales de la lámina dental, que cubre el diente en erupción.²⁴

Clínicamente se presenta una tumefacción gingival, generalmente se producen en los dientes que están recubiertos por mucosa y que están a punto de erupcionar. El quiste presenta una coloración azul, transparente, compresible, elevado, en forma de cúpula lesión en el reborde alveolar.²⁴



Fig. 22. Hematoma de erupción.

(Fuente: <http://patoral.umayor.cl/quismax/quismax.html>).



REPORTE DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN TEJIDOS BLANDOS, EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE DE LA FO DURANTE EL PERÍODO 2011-2012.



2.4.12. Xerostomía.

La xerostomía es la producción de saliva escasa, el paciente autopercibe una escasez o carencia absoluta de saliva en la cavidad oral. También denominada asialia o boca seca, en ningún caso constituye una entidad clínica por sí misma, sino más bien una manifestación de la disfunción de su aparato glandular.

Son múltiples las causas que en la actualidad que conocemos de este signo. Entre ellas encontramos la diabetes mellitus, el síndrome de Sjögren primario y secundario con origen autoinmune, uso de ciertos fármacos entre los que destaca el grupo de los quimioterápicos, así como el empleo de tratamientos basados en la aplicación de radiaciones ionizantes.²⁵



Fig. 23. Xerostomía.

(Fuente: <http://www.deltadent.es/blog/2009/11/11/xerostomia-el-sindrome-de-la-boca-seca/>).



2.4.13. Fibroma traumático.

El fibroma es el tumor benigno más frecuente en la cavidad bucal, consta de tejido conectivo completamente desarrollado, presenta una localización superficial o profunda y los hay de distintos tipos, dependiendo de su origen pueden ser odontogénicos y no odontogénicos, entre este último resalta el fibroma periférico o por irritación.²⁶

El fibroma por irritación también llamado hiperplasia fibrosa o cicatriz hiperplásica, es de larga duración, puede aparecer en cualquier lugar de la cavidad bucal, asociado a la reacción de traumatismos crónicos, como mordisqueo de carrillos, queilofagia, un borde afilado de un diente, amalgama fracturada o irritación por prótesis, que en muchos casos tiene que ver con rebasados acrílicos defectuosos o dentaduras mal adaptadas que irritan el paladar, induciendo un sobre crecimiento patológico de los fibroblastos y del colágeno producido por ellos, lo que origina una masa submucosa. En la observación clínica se muestra como una tumoración solitaria, lisa, con un color igual al de la mucosa bucal, una consistencia dura o blanda, de base sésil o pediculada, cuyo crecimiento suele ser lento y continuo.²⁶



Fig. 24. Fibroma traumático.

(Fuente: <http://files.sld.cu/cirurgiamaxilo/files/2012/10/neoplasias-origen-mesodermico-publicacion.pdf>).



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Una de las causas importantes de complicaciones es una mala exploración bucal por parte del odontólogo y hasta el mismo descuido del paciente. Por lo tanto nuestro deber es brindarle información al paciente para la detección de alguna lesión en tejidos blandos.

La recopilación de datos arroja pacientes de diferentes grupos etéreos y de sexo. Esto nos refleja la incidencia de las condiciones y lesiones presentes en mucosa bucal de cada paciente. A partir de ahora procederemos a organizar las variables en efecto de realizar la investigación organizada en escalas para dar una clara visualización de los datos obtenidos.

Por lo mismo se plantea el siguiente problema:

1. ¿Cuál es la prevalencia de condiciones y lesiones encontradas en los expedientes de los pacientes de la Clínica Periférica Oriente?



REPORTE DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN TEJIDOS BLANDOS, EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE DE LA FO DURANTE EL PERÍODO 2011-2012.



4. JUSTIFICACIÓN.

Esta revisión de expedientes se llevó a cabo para determinar las condiciones y lesiones que presentan los pacientes. Con la intención de realizar carteles informativos de Educación para la Salud para el conocimiento de la población.

5. OBJETIVOS.

5.1. OBJETIVO GENERAL.

La evaluación de los expedientes clínicos tratará de determinar la importancia de la distribución de condiciones y lesiones de la mucosa bucal de pacientes que asistieron a la Clínica Periférica Oriente de la FO durante el periodo 2011-2012.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Determinar la prevalencia de lesiones en tejidos blandos dependiendo del sexo y edad.
2. Dar información al paciente sobre la importancia de la autoexploración bucal así mismo de las revisiones periódicas con el odontólogo.
3. Concientizar al odontólogo para que realice una historia clínica y una buena exploración bucal.



6. MATERIAL Y MÉTODOS.

En la clínica Periférica oriente de la Facultad de Odontología de la UNAM se llevó a cabo un estudio retrospectivo longitudinal, transversal en el cual se examinaron un total de 1090 pacientes en un período de 8 meses, 596 fueron mujeres (54.68%) y 494 hombres (45.32%). La unidad de muestreo consistió en un grupo de 435 pacientes de ambos sexos seleccionados por la presencia de condiciones y lesiones. Las variables dependientes del estudio se dividieron en 2 categorías: condiciones y lesiones. El grupo de *condiciones* se incluyeron las siguientes: anquiloglosia, hiperplasia gingival, lengua fisurada, lengua saburral, lengua geográfica, lengua pilosa, macroglosia, melanosis racial, morsicatum buccarum, torus mandibular y várices linguales. Dentro del grupo de las *lesiones* las variables fueron: abscesos periodontales, candidiasis pseudomembranosa, estomatitis gingivoherpética, fibroma traumático, fístula, granuloma periférico de células gigantes, hematoma de erupción, labio y paladar fisurado, pericoronitis, periodontitis agresiva, periodontitis crónica, queratosis friccional, úlcera aftosa y xerostomía.

Para la recolección de información, se utilizó principalmente la historia clínica de admisión de pacientes atendidos en admisión de la clínica. Se usó el programa Excel para el vaciado de los datos donde se mencionaron las variables (edad, sexo, condiciones y lesiones presentes en tejidos blandos), posteriormente se realizaron gráficas para su interpretación.



REPORTE DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN TEJIDOS BLANDOS, EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE DE LA FO DURANTE EL PERÍODO 2011-2012.



6.1. TIPO DE ESTUDIO.

Retrospectivo longitudinal de corte transversal en historias clínicas.

6.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Universo: 1090 expedientes de pacientes.

6.3. MUESTRA.

Se tomó una muestra de 435 expedientes de pacientes donde se seleccionaron dependiendo de los criterios de exclusión e inclusión.

6.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Expedientes de pacientes que presenten alguna condición y/o lesión en tejidos blandos.
2. Expedientes de los pacientes en la Clínica Periférica Oriente.
3. Expedientes atendidos durante el periodo 2011-2012.

6.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

1. Expedientes de pacientes que no presenten lesiones y/o condiciones en tejidos blandos.
2. Expedientes de pacientes que no hayan sido atendidos en la clínica periférica oriente durante el periodo 2011-2012.



6.6. VARIABLES DE ESTUDIO.

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD.	Años cumplidos.	Cuantitativa.	0 a más de 60 años.
SEXO.	Categoría fenotípica.	Cualitativa.	Masculino y Femenino
HALLAZGOS CLINICOS.	Presencia de condiciones o lesiones.	Cualitativa y cuantitativa	Lesiones y condiciones en tejidos blandos.

7. RECURSOS.

7.1. HUMANOS.

1. Tutor.
2. Asesora.
3. Tesista.

7.2. MATERIALES.

1. Expedientes clínicos.
2. Computadora.
3. Historia clínica de admisión de pacientes.
4. Programas Word y Excel.



REPORTE DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN TEJIDOS BLANDOS, EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE DE LA FO DURANTE EL PERÍODO 2011-2012.



7.3. FÍSICOS.

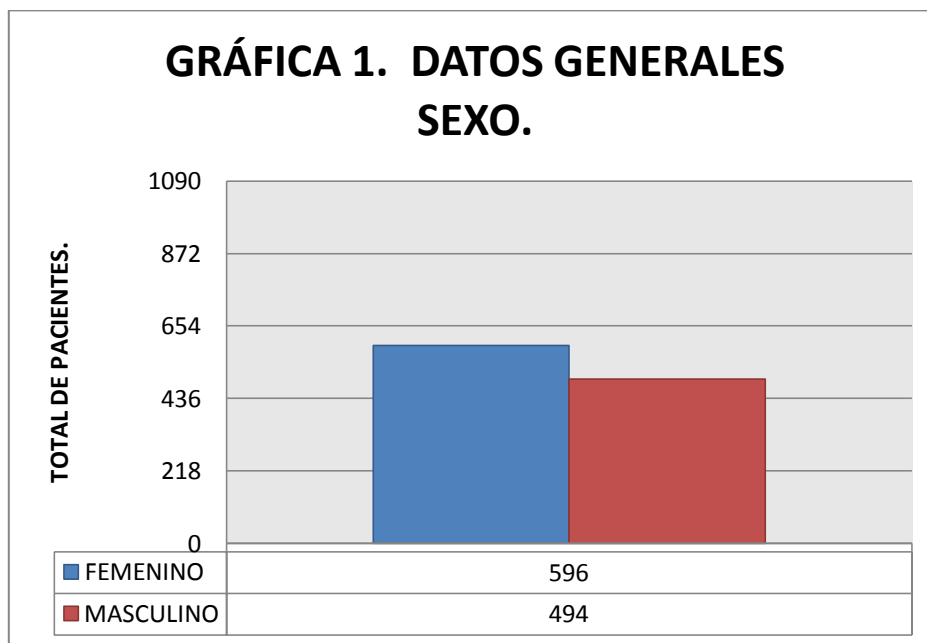
1. Biblioteca de la Facultad de odontología.
2. Biblioteca Central UNAM.
3. Clínica Periférica Oriente.

7.4. FINANCIEROS.

- Solventados por la tesista.

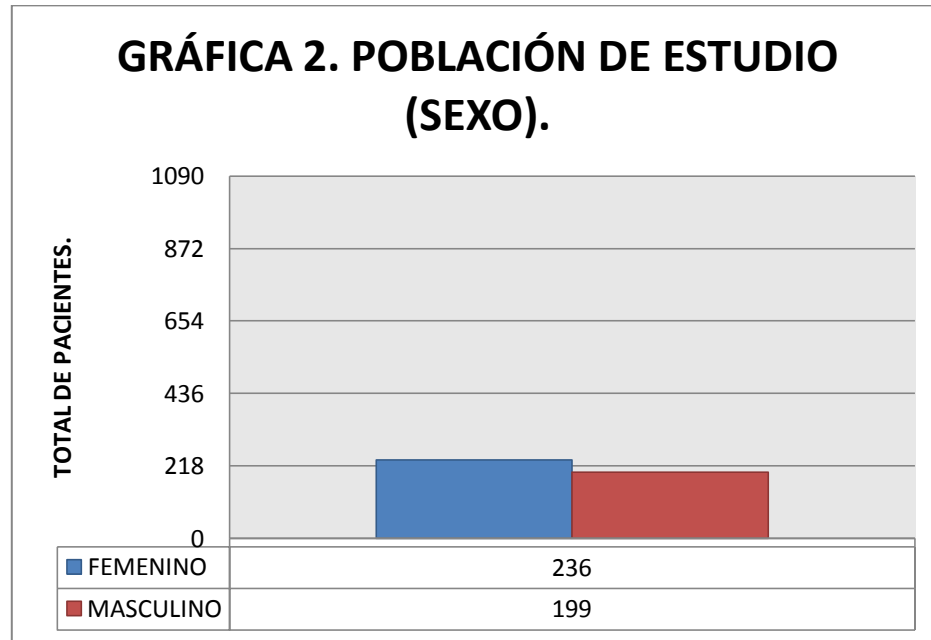
8. PLAN DE ANÁLISIS.

Este estudio se realizó en la Clínica Periférica Oriente de la Facultad de Odontología durante el periodo 2011-2012. Con la recolección de datos de las historias clínicas de admisión de pacientes se capturaron en Excel representando las variables por emplear (edad, sexo y presencia de condiciones y lesiones).



INTERPRETACIÓN GRÁFICA 1: DATOS GENERALES SEXO.

Los datos obtenidos según el género, dio como resultado que la mayor población que acude para atención odontológica integral en la Clínica Periférica Oriente de la FO, son del sexo femenino, representando un 54.68% del total y el sexo masculino un 45.32%.

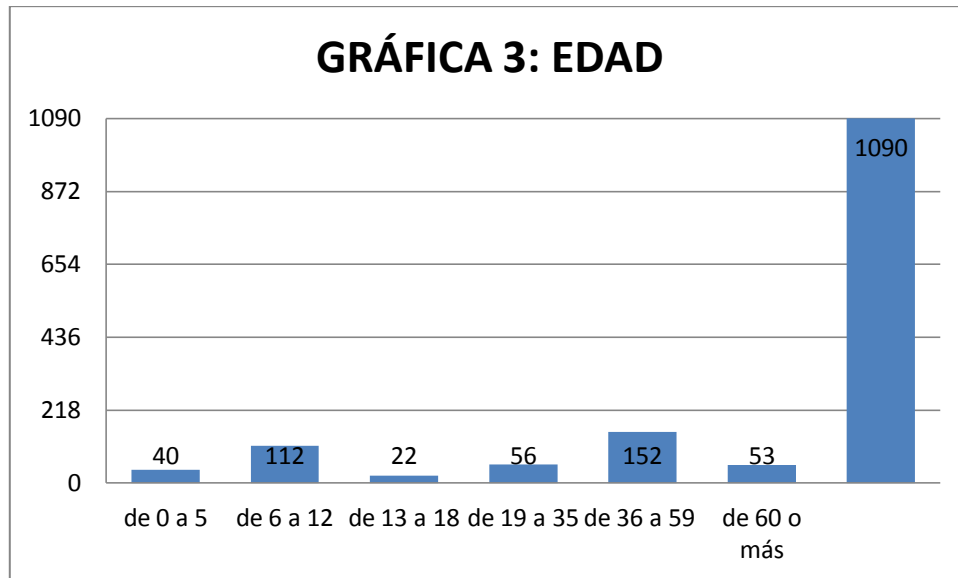


INTERPRETACIÓN GRÁFICA 2. POBLACIÓN DE ESTUDIO (SEXO).

En esta gráfica, se observa el total de pacientes estudiados, por lo que se clasificó en sexo, se registraron 236 pacientes femeninos, que presentarán condiciones o lesiones en tejidos blandos orales: siendo el 54.25% del total de pacientes muestra, mientras que el sexo masculino representa 45.75%. Por lo tanto la población de estudio fue 39.90% del universo total.



REPORTE DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN TEJIDOS BLANDOS, EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE DE LA FO DURANTE EL PERÍODO 2011-2012.



INTERPRETACIÓN GRÁFICA 3: EDAD.

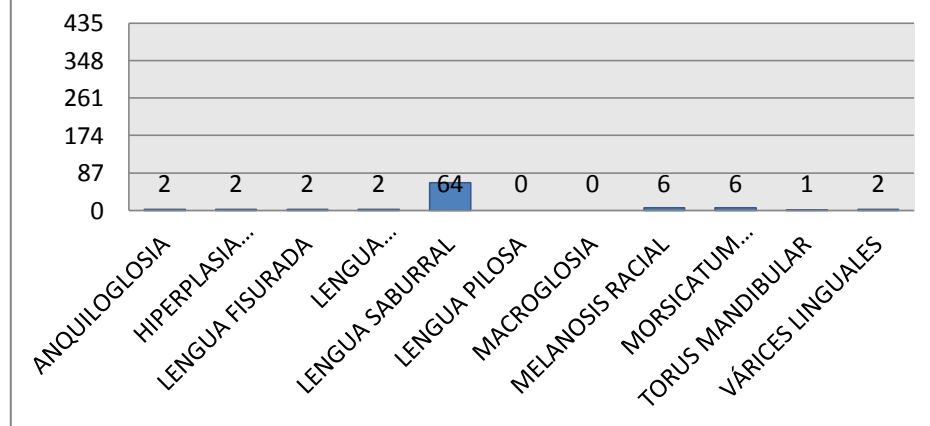
Los registros estadísticos fueron agrupados de acuerdo a normas establecidas por la Organización Mundial de la Salud. Se iniciaron los grupos etáreos de 0 a 5 años y concluyendo el estudio hasta 60 o más años.

En los datos que se registraron y expresaron en la gráfica se obtuvieron las siguientes deducciones:

El grupo etáreo de mayor significancia es el de 36 a 59 años con un valor de 174 sobre 1090, por lo que representa el 15.9 %, el grupo con menor es el comprendido de 13 a 18 años, con 28 casos que representa tan solo el 2.5%. El promedio es de 92.1 casos.



GRÁFICA 4. PREVALENCIA DE CONDICIONES EN TEJIDOS BLANDOS (MUJERES).

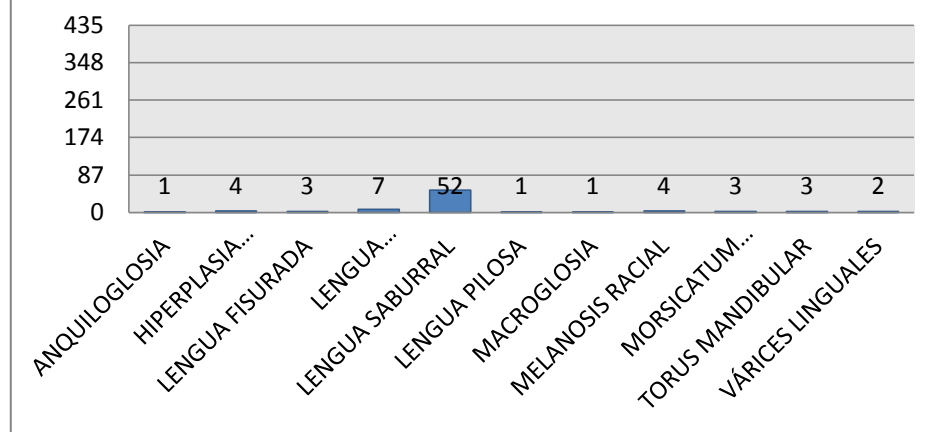


INTERPRETACIÓN GRÁFICA 4. PREVALENCIA DE CONDICIONES EN TEJIDOS BLANDOS (MUJERES).

De un grupo de 435 pacientes analizados, 236 son del sexo femenino, de las que 87 presentan alguna condición en tejidos blandos orales; la gráfica registra que existe mayor prevalencia de lengua saburral en las pacientes representando 75.30%, mientras que las de menor prevalencia según las variables estudiadas son lengua pilosa y macroglosia.



GRÁFICA 5. PREVALENCIA DE CONDICIONES EN TEJIDOS BLANDOS (HOMBRES).

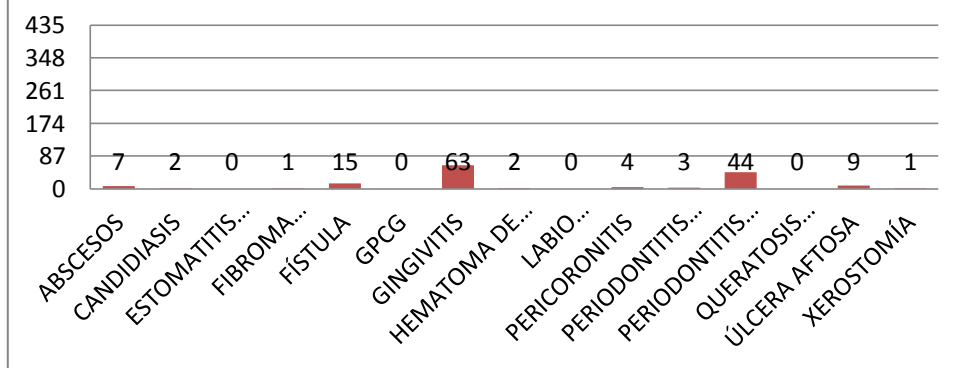


INTERPRETACIÓN GRÁFICA 5. PREVALENCIA DE CONDICIONES EN TEJIDOS BLANDOS (HOMBRES).

De un total de 435 pacientes estudiados, 199 pertenecen al género masculino; en cuanto a condiciones 81 presentan alguna, con una prevalencia mayor lengua saburral representando 64.20%, mientras que las de menor significancia se encuentran anquiloglosia, lengua pilosa y macroglosia.

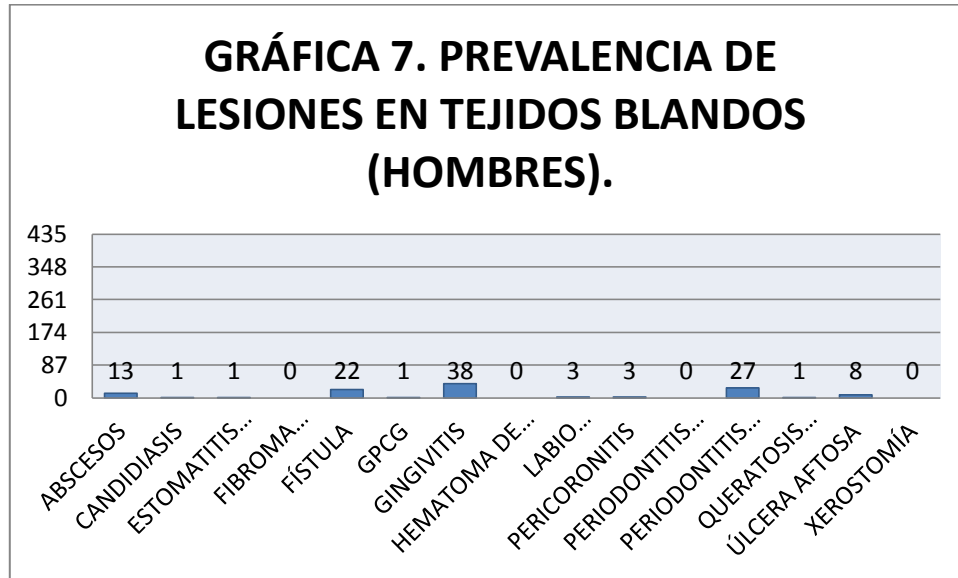


GRÁFICA 6. PREVALENCIA DE LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS (MUJERES).



INTERPRETACIÓN GRÁFICA 6. PREVALENCIA DE LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS (MUJERES).

En una población de estudio de 435 pacientes, 236 pertenecen al género femenino, de las cuales 151 presentan alguna lesión en tejidos blandos. En la gráfica se presenta que la lesión con más prevalencia corresponde a la gingivitis, con 41.72%; mientras que las lesiones con menor prevalencia estudiadas son estomatitis gingivoherpética, GPCG, labio y paladar fisurado y queratosis desde el punto vista de la variable de lesiones estudiada.

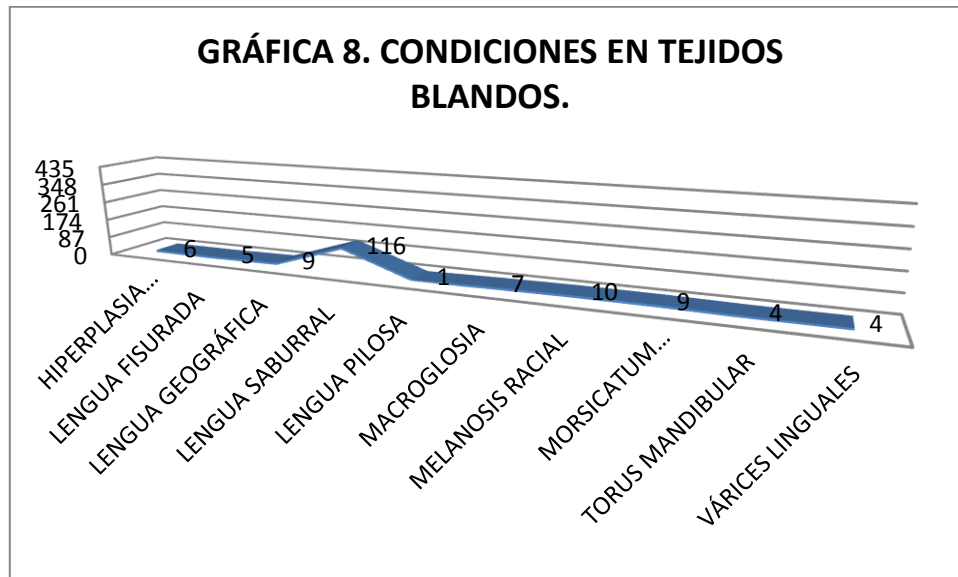


INTERPRETACIÓN GRÁFICA 7. PREVALENCIA DE LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS (HOMBRES).

En la gráfica se observaron que de un total de 435 pacientes estudiados, de 118 presentan alguna lesión en tejidos blandos. La lesión con mayor predisposición es la gingivitis con 32.20%, seguida de la periodontitis crónica con 22.90%; mientras que las de menor prevalencia según el estudio son el fibroma traumático, el hematoma de erupción, la periodontitis agresiva y la xerostomía.



REPORTE DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN TEJIDOS BLANDOS, EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE DE LA FO DURANTE EL PERÍODO 2011-2012.



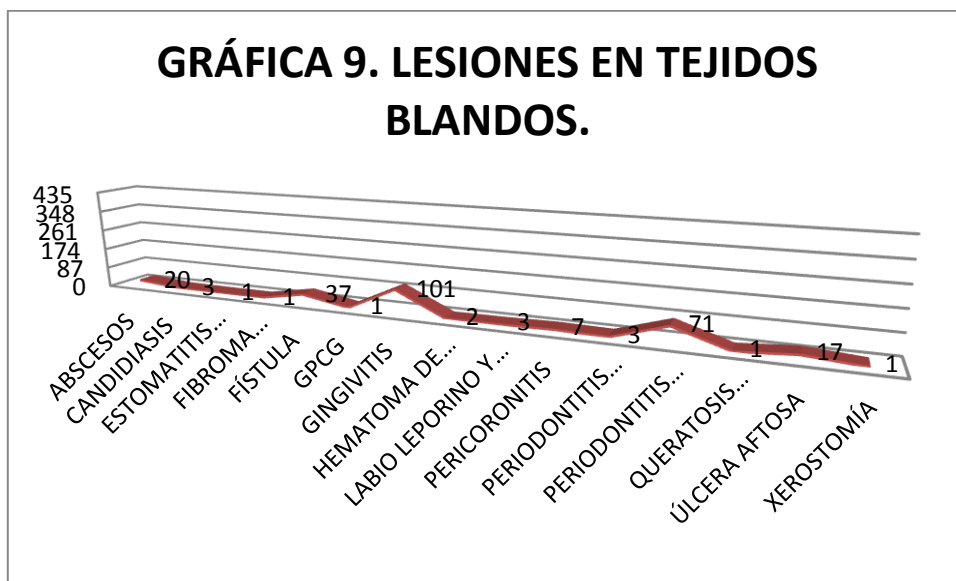
INTERPRETACIÓN GRÁFICA 8. CONDICIONES EN TEJIDOS BLANDOS.

En la gráfica se muestran las condiciones que se presentaron 174 pacientes estudiados de un total de 435 estudiados.

La condición con mayor incidencia fue la lengua saburral representando el 66.67% encontradas en tejidos blandos orales, mientras que la lengua pilosa fue la de menor prevalencia. Apoyándome en el estudio, siendo de las de menor significancia.



GRÁFICA 9. LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS.



INTERPRETACIÓN GRÁFICA 9. LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS.

El universo de acción de 1090 expedientes se estudiaron 435 pacientes, de los cuales 269 presentaron alguna lesión en tejidos blandos, siendo la gingivitis con mayor incidencia con un 37.54% y las de menor fueron estomatitis gingivoherpética, fibroma traumático, GPCG, queratosis friccional y xerostomía.



**REPORTE DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN TEJIDOS
BLANDOS, EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE DE
LA FO DURANTE EL PERÍODO 2011-2012.**



9. RESULTADOS.

Se revisaron un total de 1090 historias clínicas, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión; se tomó una muestra de 435 expedientes (39.90%) del total de pacientes que fueron atendidos durante el periodo 2011-2012 en la Clínica Periférica Oriente de la Facultad de Odontología.

De los expedientes revisados, 236 pertenecieron al sexo femenino (54.25%) y 199 del género masculino (45.75%).

10. CONCLUSIONES.

De los pacientes que asistieron a la Clínica Periférica Oriente en el ciclo 2011-2012. La condición con mayor prevalencia fue lengua saburral representada por 116 pacientes, mientras que la de menor prevalencia corresponde a la anquiloglosia. La lesión con mayor prevalencia en tejidos blandos es la gingivitis, mientras que la estomatitis gingivoherpética fibroma traumático, GPCG, queratosis friccional y xerostomía arrojaron una menor incidencia.

Es primordial hacer concientizar a la población y a los profesionales de salud oral sobre la problemática de las condiciones y lesiones en tejidos blandos que afectan a nuestra sociedad.

Es importante hacer que el paciente se interese en la detección de este tipo de padecimientos para recibir un buen tratamiento a tiempo. Es de gran importancia que el Odontólogo realice una buena historia clínica y exploración bucal para realizar un diagnóstico adecuado dependiendo de cada situación del paciente.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Kramer, Horton I, Jorgen J, Sardo I. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and condition. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1980;8:1-26.
<http://apps.who.int/iris/handle/10665/53085#sthash.s3kvRLo9.dpuf>.
2. American Association of Dental Schools. Curriculum guidelines for pathology and oral pathology. *J Dent Educ* 1985; 49(8):599-606.
3. Halperin V, Kolas S, Jefferies K, Hudleston S, Robinson HBG. The occurrence of Fordyce spots benign migratory glossitis, median rhomboideal glossitis and fissured tongue in 2 478 dental patients. *Oral Surg* 1953;6:1972-7.
4. Donohué A, Leyva E, Ponce S, Aldape B, Quezada D, Borges A, Aguirre A. distribución de condiciones y lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos mexicanos. *Rev. Cubana Estomatol* 2007; 44:n1.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072007000100001&script=sci_arttext
5. Giglio M, Nicolosi. *Semiología en la práctica de la Odontología*. Chile: Editorial Mc Graw Hill, 2000. Pp 5-12.
6. Palma A, Sánchez F. *Técnicas de ayuda Odontológica y Estomatológica*. 1ª. Ed. España: Editorial Paraninfo, 2010. Pp 168.
7. Rizzolo D, Sedrak M. *Oral Pathology*. *Clinician Reviews*. 2009; 19(6): 26-30. Available from: Academic Search Complete.
8. Castillo F, *Morsicatum Bucarum*, reporte de un caso clínico en paciente odontopediátrico.
<http://www.expreso Chiapas.com/noticias/criptex/2128-morsicatum-bucarum-reporte-de-un-caso-clinico-en-paciente-odontopediatrico.html>.



**REPORTE DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN TEJIDOS
BLANDOS, EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE DE
LA FO DURANTE EL PERÍODO 2011-2012.**



9. Cogorno V, Pañuela A, Veitia J, Jiménez C. Facticia en niños y adolescentes manifestaciones bucales. Revisión de la literatura. Acta Odontológica Venezolana 2010; 48:n2. actaodontologica.com/ediciones/2010/2/art17.asp.
10. Sapp J, Eversole L, Wysocki G. Patología Oral y Maxilofacial contemporánea. 2^a. Ed. España: Editorial Elsevier, 2005.
11. Raspall G. Cirugía maxilofacial: patología quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello. 1^a. Ed. España: editorial panamericana, 2001.
12. Purkait S. Essentials of Oral Pathology. 3a. Ed. Editorial Jaypee, 2011. Pp. 25.
13. Salinas Y, Millan R. Gingivoestomatitis herpética primaria. Conducta Odontológica. Acta Odontológica Venezolana 2008; 46: n2.
14. Carranza F, Newman M, Takei H. Periodontología Clínica. 9^a. Ed. España: Editorial McGraw-Hill, 2004.
15. Lindhe J, Karring T, Lang N. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 4^a. Edición. Buenos aires argentina: Editorial Médica Panamericana, 2005.
16. Ireland R. Higiene dental y tratamiento. México: Editorial Manual Moderno, 2008. Pp. 57-70.
17. Guiduccl R, Vieira M, De Oliveira M, Chaves M, Lourenço, A, Júnior, E. Tratamiento de la hiperplasia gingival en una escuela Odontológica de Brasil. Conceptos generales, diagnóstico y tratamiento. Int. J. odontostomat, 2009, 3: n1. Pp. 55-60.
18. López J, Moret Y, Virguez Y. Granuloma periférico de células gigantes: reporte de dos casos y revisión de literatura. Acta Odontológica Venezolana, 2008, 46:n1.
19. Doncel C, Vidal M, Del Valle M. Relación entre higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. Rev. Cub. Med. Mil. 2011, 40: n1.



**REPORTE DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN TEJIDOS
BLANDOS, EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA ORIENTE DE
LA FO DURANTE EL PERÍODO 2011-2012.**



20. Jiménez K, González J. Uso de plasma rico en factores de crecimiento para disminuir la recurrencia de fístulas nasopalatinas en pacientes con antecedente de paladar hendido. An. Orl. Mex. 2011, 56:n2.
21. Fernández L, Rodas A. fítula odontogénica. Rev Cent Dermatol Pascua. 2011, 20:n3. www.medigraphic.org.mx.
22. Laskaris G. color Atlas of Oral Diseases. 3a. Ed. Atenas: Editorial Thieme. 2003. Pp. 176.
23. Vilata J. Micosis Cutáneas. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2006. Pp. 97.
24. Angulo M, De la Teja E, Duran A. El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido. Acta Pediatr Mex. 2013, 34:196-204.
25. González E, Aguilar M, Guisado R, Tristán J, García P, Álvarez J. Xerostomía: Diagnóstico y Manejo Clínico. Rev. Clin. Med. Fam. 2009, 2:n6
26. Suarez D, Venegas S, Santos M, Godoy A. Fibroma traumático Evaluación Clínica e Histológica de un caso. Acta bioclínica. 2011, 1:n1.
27. Domínguez L. Las Lesiones Pigmentadas de la Mucosa Bucal, ¿Cuándo y cómo tratarlas? Academia Nacional de Medicina. 2007. 16:n4.