



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE 500 PACIENTES  
EN LA CLÍNICA DE ADMISIÓN CREDP  
DE 2014 A 2015.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

GUADALUPE ORNELAS ESCALANTE

TUTORA: MTRA. BEATRIZ CATALINA ALDAPE BARRIOS

ASESORA: ESP. ELIZABETH RAQUEL POWELL CASTAÑEDA

ASESOR: ESP. BERNARDO CRUZ LEGORRETA



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## *Agradecimientos*

*Después de una larga travesía escolar, concluimos con éste simbólico librito depositado en tus manos, que aunque no es la gran cosa, contiene amor, dedicación, desvelos y disciplina que tú mi querido lector, le has brindado a mi vida profesional:*

*A **Dios** por haberme puesto en el camino a las personas indicadas, que ayudaron a impulsar todo lo que conlleva ser alguien en la vida y ser mejor cada día.*

*A la **Ciudad Universitaria** por permitirme expresar el jugo de sus actividades deportivas (voleibol, soccer, ultimate frisbee, lima lama) y académicas.*

*A la **Facultad de Odontología** por sus instalaciones y la orientación profesional, para saber tratar a las personas con calidad y calidez. A mis **Pacientes** por su paciencia y comprensión, ¿qué haría sin ustedes?.*

*A la **Mtra. Beatriz Aldape** con especial cariño, admiración y respeto; por regalarme la oportunidad de trabajar este proyecto a su lado y brindarme los recursos para hacer crecer mi conocimiento.*

*A la **Esp. Elizabeth Powell** y **C.D. Griselda O'Cadiz**, por su cariño, comprensión e impulso para poder realizar este proyecto.*

*Al **Esp. Bernardo Cruz** y **Mtra. Aida Borges** por toda su colaboración y orientación, por llenarme de recursos para poder concluir y aterrizar mi conocimiento.*

*A mis jurados **Mtra. Alejandra Greenham**, **Mtra. Amalia Cruz** y **Esp. Alejandro Macario** por el tiempo, apoyo y orientación que le han brindado a éste libro para su culminación.*

*A mis valorados y amados **PADRES: Mario-Mario** por demostrarme que de los errores se aprende más que de los aciertos y así alcanzar el éxito. **Lupa** por educarme ejemplarmente para que ser puntual, constante y disciplinada. Por todo el amor, la paciencia, las preocupaciones, las lágrimas y el esfuerzo por sacarnos adelante **Muchas Gracias**, es la hora de que disfruten el triunfo de todo lo que han sacrificado por mí, me han regalado las hermanas más maravillosas:*

*A **Jacque** por orientarme en los tiempos más difíciles y regalarme a mis queridos **Jacquita** y **Elliot** por tenerme paciencia y mucho amor. Quiriendo que sepan que tienen en mí a alguien en quien confiar y ayudarlos lo que esté y no esté a mi alcance, hacer lo imposible por ustedes.*

A **Karen** por ser la mejor compañera que pude haber tenido en la infancia, mi hermanita chiquita, cuida y guía a **Leo** para que crezca con ganas de comerse el mundo como alguna vez lo hicimos.

A **Nadia** gracias totales, por tu humildad, nobleza, apoyo monetario, por ser firme con tus ideales y así mostrarme que el mundo es más grande de lo que se vé, pero tan pequeño que puedes recorrerlo si te lo propones, Por **Ian** que cada instante me obsequia la imaginación acumulada de un mundo feliz y diferente para vivir, siempre estaré para él, no importando donde nos encontremos mañana. Te amo Pidos.

A **Sol** por no perder la fé en mí, resguardarme y protegerme del exterior, ser mi cómplice y tolerarme tanto. Por **Evan** que es un peyoyito adorable y que cuando llegue a leer esto, sepa que su tía la loca lo amara y estará para él, Por siempre!

Para **Abraham** por permitirme ese lazo tan fuerte, no sólo contigo, sino también, con tu familia. Por abrir mi mente para visualizar y alcanzar mis propósitos, escucharme y quererme tanto.

A **Gio** por plantarme en el suelo para hacerme ver mis errores, por los consejos, las horas incontables de juego y el cariño.

De corazón y de la manera más humilde **FAMILIA**, les pido me perdonen por las faltas y errores cometidos, que los ha lastimado profundamente. Trato día con día, de vivir para ustedes.

A **Bere** por cuidar cada paso que doy, por ser mi amiga y apoyarme incondicionalmente. Te adoro manigüis!

A **Leti** por ser mi guía y compañera en ésta bella profesión. Ahora sí, Colega!

A **Jacky** por ser mi refugio, desahogo y mi espejo, por estar unidas por siempre!

A **Andie** por escucharme, sapearme y auxiliarme en todo el proceso. Por ser mi hermani!

A la **Banda Ultimatera**, todos y cada uno de los que pertenecemos al clán, por el apoyo, cariño, consejos y lecciones de vida que cada día me regalan. Por castrosos!

A **Longoria** por latoso y leal. Disponible para concluir mi librito. Excelente trabajo!

**POR TODO ESTO Y MUCHO MÁS "GRACIAS"**

**08 DE MARZO DEL 2017**



# ÍNDICE

<b>Introducción</b>	<b>2</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>5</b>
<b>Planteamiento del problema</b>	<b>18</b>
<b>Justificación</b>	<b>20</b>
<b>Hipótesis</b>	<b>22</b>
<b>Objetivos Generales</b>	<b>24</b>
Objetivos Específicos	
<b>Materiales</b>	<b>26</b>
Tamaño de la muestra	
Criterios de Inclusión y Exclusión	
<b>Variables del estudio</b>	<b>28</b>
Dependientes e Independientes	
<b>Método: Recolección de datos</b>	<b>32</b>
Clasificación MIND	
<b>Análisis estadístico</b>	<b>36</b>
<b>Resultados</b>	<b>38</b>
<b>Discusión</b>	<b>44</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>48</b>
<b>Referencias</b>	<b>50</b>
<b>Anexos</b>	<b>57</b>
1) Auxiliares de diagnóstico	58
2) Métodos de exploración	60
<b>Glosario</b>	<b>67</b>



# INTRODUCCIÓN





El 2 de octubre de 1989 se inauguró la Clínica de Admisión y Diagnóstico, dentro de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la cual desde entonces, es la encargada de tener el primer contacto entre los pacientes y los servicios prestados por la institución, utilizando una historia clínica que registra, el estado de salud o enfermedad actual y la necesidad de atención bucodental.

Al inicio se elabora el expediente del paciente, tomando en cuenta la posibilidad de que presente padecimientos sistémicos, que se encuentren relacionados directa o indirectamente con la presencia de alteraciones bucales, para al final establecer la ruta clínica que deberá cursar, para obtener o mantener su salud bucal.

Actualmente se le conoce como Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP),<sup>[1]</sup> centro de administración de pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la UNAM, donde una adecuada capacitación a profesores y alumnos que brindan el servicio en dicha clínica, proporciona el conocimiento de las lesiones bucales más frecuentes en los pacientes que acuden a ella.

Por lo que es importante determinar la frecuencia de las lesiones bucales de la CREDP, para enfrentarlas con una atención integral especializada, de manera rápida y de calidad, a fin de que dichas lesiones bucales sean diagnosticadas y tratadas adecuadamente.

Las clínicas de la Facultad de Odontología, en conjunto con sus nueve clínicas periféricas,<sup>[2]</sup> ofrecen a la población de la Ciudad de México y a los estados colindantes, cerca de cinco mil consultas diarias.<sup>[3]</sup>



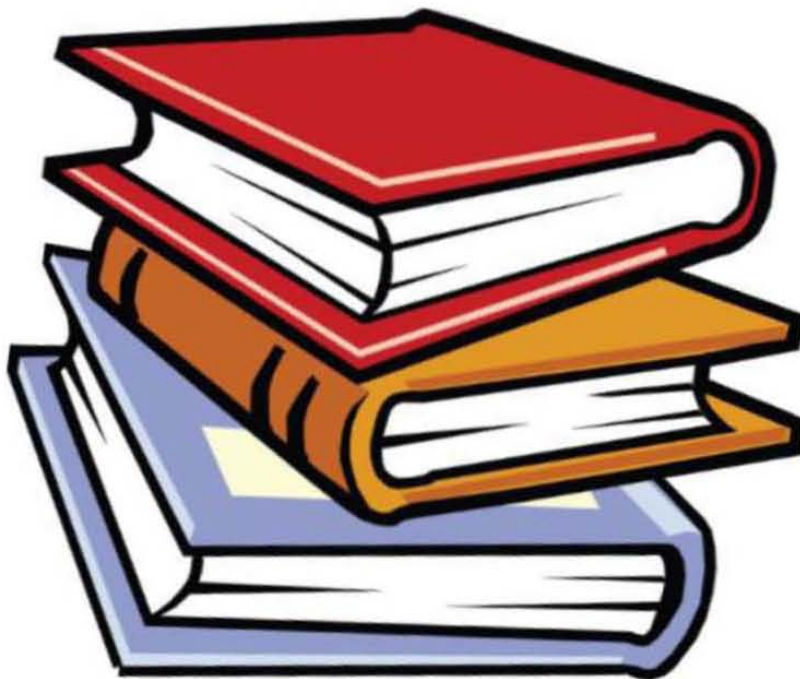
Debido a la demanda de atención bucal, es necesario, que los estudiantes sepan reconocer y asumir un papel decisivo en el diagnóstico de los problemas bucales, esto con el fin, de ofrecer al paciente un tratamiento digno y oportuno. Añadiendo a que el gran número de pacientes, hace posible realizar diversos estudios, que ayudan a obtener registros epidemiológicos y valoraciones de las necesidades de atención requeridas por la población.<sup>[4]</sup>

El presente estudio, hace énfasis en el diagnóstico clínico, que es la identificación de la enfermedad, basada sólo en la observación y valoración de las necesidades de atención a las alteraciones o entidades patológicas; dicho diagnóstico establecido con ayuda de historia clínica; interrogatorio, y estudios complementarios que se soliciten (imagen y pruebas de laboratorio)<sup>[5]</sup> con el objetivo darle estructura a la ruta clínica, que debe seguir el paciente para mejorar su condición bucal. (ANEXO 1. Auxiliares de diagnóstico)





# ANTECEDENTES





El obtener y archivar signos y síntomas, comienza a realizarse por Hipócrates al introducir un recopilación de lo que hoy se conoce como datos clínicos del paciente, donde registraba el comportamiento del cuerpo humano y las disfunciones que pudiesen presentarse, haciendo, con ello, una comparativa entre pacientes que presentaban los mismos procesos fisiológicos.<sup>[6]</sup>

Se continúa estudiando al cuerpo humano hasta llegar a una clasificación de las enfermedades lograda por François Boissier de Sauvages de Lacroix, a mediados del siglo XVIII (1763), con el documento denominado “*Nosología metódica de acuerdo a las clases de enfermedades por género y especie en orden botánico*”, con un contenido de cuatro volúmenes, realizado en Amsterdam.<sup>[7]</sup> Desde entonces se aprecia la realización de diferentes estudios de clasificaciones hacia las enfermedades.

Al hablar del estudio de enfermedades, se debe saber, que la Patología General es una rama de la medicina que las estudia, a través de la etiología; sus mecanismos o desarrollo de la patogenia; y llegar con ellos a un pronóstico de sus posibles consecuencias. Así que, la Patología Bucal es parte de la Patología General, enfocada de manera específica a los padecimientos del aparato Estomatognático e interrelacionada conjuntamente con la fisiología, bioquímica, inmunología, genética, medicina preventiva y social.<sup>[8]</sup>

La Academia Americana de Patología Bucal y Maxilofacial (AAOMP, por sus siglas en inglés), define a la Patología Bucal como una especialidad, encargada de la naturaleza, identificación y manejo de las enfermedades que afectan la región bucal y maxilofacial, siendo una ciencia que identifica las causas, proceso y efectos de las enfermedades.<sup>[9]</sup>



Por otra parte, la Academia Americana de Medicina Oral (AAOM, por sus siglas en ingles), define a la Medicina Bucal, como especialidad de la Odontología encargada de la salud bucal de los pacientes; así como el diagnóstico y tratamiento de los desórdenes o enfermedades que afectan la región bucal y maxilofacial. Dentro de sus objetivos principales, se encuentran; promover la excelencia en educación e investigación, para el cuidado del paciente y aumentar la calidad de vida de los pacientes con manifestaciones sistémicas de la región bucal y maxilofacial.<sup>[10]</sup>

A todo el proceso patológico o alteración que padezca el paciente, se le denomina un nombre específico, conocido como diagnóstico, sus calificativos de este concepto son: diagnóstico de presunción, histopatológico, anatomopatológico, imagenológico, de laboratorio y diferencial.<sup>[11]</sup> Esto es, si un paciente presenta alguna alteración o lesión difícil de identificar, el diagnóstico clínico se convierte en presuntivo, y se obliga a crear una serie de diagnósticos diferenciales, descartados a medida que se obtenga el diagnóstico de laboratorio (biopsia, imagenología, entre otros).<sup>[12]</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS), consta de un programa para establecer y estandarizar métodos diagnósticos por un “Banco de datos oral”. Entre sus datos principales, se encuentra que el 60%-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo, la cual, puede prevenirse manteniendo de forma constante una baja concentración de fluoruro en la cavidad bucal.

Las enfermedades periodontales graves, que desemboca en la pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años). Alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales.



Las alteraciones bucodentales, tanto en niños como en adultos, tienden a ser más frecuentes entre los grupos de bajos recursos económicos, siendo factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades bucodentales, entre otros, la mala alimentación, la falta de higiene bucodental, el tabaquismo, y el consumo nocivo de alcohol, estos dos últimos factores comparten las cuatro enfermedades crónicas más importantes; enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes.<sup>[13]</sup>

De acuerdo con el Programa Nacional de Salud 2007-2012 y de la normatividad vigente en nuestro país, se presenta el Sistema para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucles (SIVEPAB), para dar seguimiento a este grupo de enfermedades dentro de las consideradas no transmisibles.

El sistema está basado en un modelo que plantea tres fases: la primera, la permanente, obtendrá información de los pacientes que acuden a recibir atención odontológica, principalmente a los servicios de primer nivel de atención del Sector Salud; la segunda, la encuesta, estudiará a la población por medio de grupos poblacionales al utilizar un marco de muestra y por último, la de investigaciones especiales, las cuales surgirán a partir de los problemas detectados en las fases anteriores. El SIVEPAB tiene por objeto obtener conocimiento confiable, oportuno, completo y con criterios uniformes, referente al estado de salud bucal de la población mexicana urbana y rural, para ser utilizado en la planeación, investigación y evaluación de los programas de prevención y control de las enfermedades bucales.<sup>[14]</sup>

Los estudios epidemiológicos tienen aplicación en la frecuencia de alteraciones y lesiones bucales, con el propósito, de determinar el número de casos de una enfermedad, presente en una población en tiempo y lugar específicos, de esta manera, brinda una visión de extensión y severidad.<sup>[15]</sup>



Los primeros estudios acerca de prevalencia de lesiones de mucosa bucal fueron en 1976 realizados por Axéll T.,<sup>[16, 17]</sup> colaborador del Departamento de Cirugía Oral, en la Facultad de Odontología, de la Universidad de Lund, en Malmö, Suecia, reportando leucoplasia y pigmentación melanica con el hábito de fumar tabaco y un caso de cáncer bucal. Posteriormente en Estados Unidos, por Bouquet JE.<sup>[18]</sup> investigador en el Departamento de Patología Oral, de la Facultad de Odontología, de la Universidad de Virginia Occidental, estudia diversas alteraciones bucales encontradas durante un periodo entre 1957 y 1972 que comprende la revisión de 32, 391 pacientes, donde el 10% de la población (3, 783 personas) presentaban al menos una lesión; en el estudio la población de 40 a 60 años de edad predomina por la lesión llamada leucoplasia, siendo la más común encontrada durante la examinación, el 26% del estudio de la población requirió la toma de biopsias, obteniendo como resultado que el 13.8% diagnosticado como displasia epitelial, mientras que el 12.2% con presencia carcinoma de células escamosas; localizándose en la mayoría de los casos en mucosa yugal.

De acuerdo a estudios realizados, como los de Andreasen J. y Pindborg J., en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, del Hospital Universitario Rigshospitalet, en Dinamarca, entre el 25 y 40% de las personas presentan alteraciones en la mucosa bucal, en donde los resultados dependen de factores locales, factores de riesgo o predisponentes.<sup>[19]</sup>

En instituciones como la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, los estudios se enfocan a un rango de edad específico, donde Rueda J.,<sup>[20]</sup> presenta un estudio de prevalencia de lesiones de mucosa bucal detectadas en 150 personas adultas mayores, residentes del estado de Puebla, encontrando que las manifestaciones correspondían a alteraciones del desarrollo.

En el Estado de México se realiza un estudio en 1993, teniendo como característica el enfoque a pacientes de las clínicas de la escuela de odontología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), determinando



aspectos epidemiológicos de las lesiones bucales; considerando que la mujer se preocupa por su salud, acudiendo a consultas médicas y dentales con mayor frecuencia.<sup>[21]</sup> Un año más tarde, Donohue A.<sup>[22]</sup> realiza una investigación detallada de las alteraciones observadas en pacientes, de la clínica de Admisión de la Facultad de Odontología y de la División de Estudios de Posgrado e Investigación (DEPeI), indicando que la mayor cantidad de pacientes se encuentra entre los 18 a 35 años de edad existiendo un predominio del género femenino y un incremento en cuanto a la asistencia a consultas a medida que avanza la edad, siendo la población geriátrica la que menos asiste.

Ovalle JW., Jefe del Departamento de Investigación, de la Facultad de Odontología, de la Universidad Quetzalcóatl en Irapuato y especialista en patología bucal, realiza 1,047 biopsias de Agosto de 1990 a Diciembre de 1996, en el Centro Universitario Regional de Patología Oral (CUREPO) de la escuela de Odontología, Celaya Guanajuato; destacando al sexo femenino entre edades de 20-29 años, en las cuales, se diagnostican 300 lesiones diferentes, siendo el granuloma periapical el más frecuente, 395 lesiones histopatológicas encontradas en el sexo masculino y 520 en el sexo femenino. Entre las tres universidades de la región del Bajío, la Universidad del Bajío (pregrado) en León Guanajuato, la Universidad Quetzalcóatl en Irapuato, Guanajuato y el instituto Celayense en Celaya Guanajuato, se manejan 557 biopsias, se diagnostican 819 lesiones intraorales y 213 extraorales. Lesiones inflamatorias como: granuloma piógeno, hiperplasia fibrosa, épolis fisuratum, granuloma de células gigantes multinucleadas, fibroma periférico calcificante, hiperplasia fibroepitelial e hiperqueratosis corresponden a 151 casos del total de las biopsias.

Lesiones traumáticas, fenómeno de extravasación, mucocelo y sialodentitis son de 38 casos. Las neoplasias benignas (fibroma) con 30 casos y en lesiones malignas 38 casos, donde el carcinoma basocelular (extraoral), obtiene 10 casos, el melanoma, neuroblastoma, linfoma, angiosarcoma, sarcoma alveolar de partes blandas, rhabdomyosarcoma y sarcoma de Kaposi, aparecen con un caso respectivamente.<sup>[23]</sup>



En 1999, Carpenter W,<sup>[24, 25]</sup> actual profesor y presidente del Departamento de Patología/Medicina, de la Universidad del Pacífico, describe dos procedimientos basados en la etiopatogenia de la lesión y el aspecto clínico, comparando ambos procedimientos e integrándolos, en la clasificación MIND, descrita en la metodología del presente estudio.

En el Departamento de Patología Bucal de la UNAM, Nava M., determina la frecuencia de diagnósticos clínicos de 393 pacientes con promedio de edad de 41 años, al encontrar 99 diferentes tipos de patologías y obtener 660 lesiones distribuidas por la clasificación MIND;<sup>[24, 25]</sup> con 107 biopsias, 80% de tipo excisional y 20% incisional. Dentro de las patologías más frecuentes: hiperplasia fibrosa, úlceras aftosas, candidosis, granulos de Fordyce y queratosis friccional.<sup>[26]</sup>

Miller A., encargado del Departamento de Patología, de la Facultad de Odontología, en la Universidad de Temple, Philadelphia, en Estados Unidos; evaluó la necesidad de realizar estudios histopatológicos, para obtención de diagnósticos en las escuelas de odontología en los Estados Unidos, debido a que en su estudio, se observan escasos los servicios realizados por laboratorios de histotecnología en décadas anteriores, por la poca información de parte del alumnado y por mal diseño de los laboratorios, mismos que han mostrado un incremento del 37% en sus servicios, además de ofrecer a los especialistas en patología bucal, nuevas diversidades de proceso, análisis y resultados de muestras.<sup>[27]</sup> Estudios basados en los criterios de clasificación de la OMS, muestran la utilidad de los servicios de laboratorio histopatológico, al comparar cuatro diferentes laboratorios (dos en escuelas de Odontología, uno en el Hospital de Cancerología y otro en una Institución privada), con reporte de Tumores odontogénicos en México. <sup>[28]</sup> Existen otros tantos estudios, de prevalencia de tumores odontogénicos de 1952 a 1997 en el Hospital Central de San Luís Potosí, basado en la Clasificación de la OMS de 1992, siendo el ameloblastoma el de mayor frecuencia. <sup>[29]</sup>



Con la misma clasificación, en Santiago de Chile, Espinoza I., del Departamento de Patología Oral, de la Facultad de Odontología, de la Universidad de Chile; realiza la prevalencia de lesiones de mucosa bucal en una población de Santiago, a personas mayores de 65 años y obtener como resultado, que los pacientes portadores de prótesis tienen mayor susceptibilidad a presentar algún tipo de alteración en la mucosa bucal, siendo las de tipo hiperplásico y reactivo las más frecuentes; debido al mal ajuste o deficiencia en la higiene.<sup>[30]</sup>

En el 2006, López P. en su estudio a poblaciones geriátricas, de la región de Murcia, España; con 385 exploraciones bucales, encuentran en relación con la edad, una tendencia decreciente con el aumento de la edad, con 61% en el grupo de 65-69 años hasta el 25% en los individuos de 80 y más años. Las úlceras traumáticas siendo la patología más frecuente, seguidas de candidiasis oral y lengua geográfica, sin ninguna muestra de caso sospechoso de neoplasia oral.<sup>[31]</sup>

Otros estudios respecto a hábitos nocivos, es el de Pineda AA, realizado en la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología, UNAM, los pacientes que beben alcohol tienen mayor posibilidad de presentar estomatitis protésica, sabiendo que las causas directas de ésta lesión bucal son la irritación y mala higiene de la prótesis.<sup>[32]</sup> El estudio de Terry G. en la clínica de Periodoncia, la Facultad de Odontología, UNAM, concluye que jóvenes entre 18 a 29 años de edad con la presencia de hábitos a temprana edad son factores predisponentes a presentar alguna patología bucal, registrando línea alba, melanosis racial, lengua fisurada y torus palatino con la mayor frecuencia.<sup>[33]</sup>

Dentro del mismo año, dos trabajos de diagnóstico de lesiones de la mucosa bucal en una población del estado de Oaxaca realizado por Rosa E.<sup>[34]</sup> y en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FESZ) por Chavarría R.<sup>[35]</sup> además de hábitos nocivos, destaca la deficiencia nutricional y la exposición a rayos solares.





Wei M, del Instituto Cooper, en Dallas Texas, observa a personas alcohólicas, que presentan una disminución de tolerancia a la glucosa, por efecto tóxico del licor, que actúa en las células del islote pancreático o puede causar disminución de la secreción de insulina. [36]

Ponte E, del Departamento de Medicina de la Universidad de Trieste, Italia; estudia a pacientes italianos diabéticos, con una prevalencia de lengua geográfica y atrofia central de papilas filiformes (glositis romboidal media), cuatro veces mayor a todas las lesiones encontradas.[37] Años después, Femiano F, de la Universidad de medicamentos y la cirugía, en Nápoles, estudia una población italiana, donde su investigación describe a las úlceras aftosas como lesiones más frecuentes de la mucosa bucal, pudiendo ser signo de presencia de enfermedades sistémicas, algunas veces coincidiendo con el síndrome de Marshall, caracterizado por fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis, adenopatías, dolor de cabeza, abdomen y articulaciones. [38]

Guggenheimer J, en la Universidad de Pittsburgh, Escuela de Medicina Dental, en los Departamentos de Odontología Restauradora, Medicina y Patología Oral, de Pennsylvania, Estados Unidos; compara el predominio de candida en 405 pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y 268 pacientes no diabéticos, al encontrar manifestaciones clínicas como: atrofia central de papilas filiformes, candida atrófica y queilitis angular, los pacientes diabéticos con atrofia central de papilas filiformes eran más probables de tener complicaciones de neuropatía y retinopatía por el pobre control de la glucosa.[39] Mientras que, la queilitis angular se asocia a deficiencias de vitaminas, anemia, presencia de estafilococos y pérdida de la dimensión vertical.[40]

La disfunción de neutrófilos, es otro factor que puede contribuir a la susceptibilidad creciente en los pacientes diabéticos, a contraer infecciones por candida. La fagocitosis disminuida, la muerte intracelular, la actividad bactericida y la quimiotaxis se han asociado particularmente a diabetes mal controlada.[41] Esta disfunción del neutrófilos se ha demostrado en pacientes diabéticos y candida.



También se sabe que los antibióticos, corticoesteroides e inmunosupresores, puede causar alteraciones bucales, un ejemplo es *Candida albicans* por la xerostomía.<sup>[42]</sup>

Díaz LM, jefe del Departamento de Diagnóstico y Medicina Bucal, de la escuela de odontología, en la Universidad De La Salle Bajío; muestra un estudio donde la gingivitis y periodontitis, dan cifras de prevalencia similares en mujeres embarazadas y no embarazadas, sin embargo la periodontitis severa fue mayor en las mujeres gestantes. El granuloma piógeno y glositis migratoria benigna fueron las lesiones que mostraron mayor prevalencia durante el embarazo.<sup>[43]</sup>

El Departamento de Patología Oral y el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial en Facultad de Odontología, de la Universidad de Oviedo, junto con el Departamento de Salud Pública, del Instituto Regional de Salud en España, seleccionan una población de adultos de más de 30 años de edad, donde poco más de la mitad de la población, presenta lesiones bucales como: queratosis friccional, úlcera traumática, estomatitis protésica, *Candida pseudomembranosa*, pigmentación melánica, hiperplasia inducida por dentadura, liquen plano, hemangioma, queilitis angular, *Morsicatum bucae*, hiperplasia fibrosa y leucoplasia. Dichas lesiones eran cuatro veces mayor en fumadores, asociando la leucoplasia con los hábitos tóxicos.<sup>[44]</sup>

Scheifele C, del Departamento de Cirugía Oral y radiología dental, en el Campus Virchow, de la Facultad de Medicina Charité de la Universidad Humboldt, en Berlín, Alemania; menciona que entre los años 1985-2002, en una investigación de 500 individuos, los estudios epidemiológicos de la incidencia de leucoplasia bucal, representaba el 0.5-1.6% en individuos de edades entre 35-44 años, y 1.1% en individuos de edades entre 65-74 años. Con el paso de los años, se destaca en este trabajo una disminución de dicha alteración bucal durante los últimos 20 años. <sup>[45]</sup>



Chen XM. es actualmente profesor titular y Científico en el Instituto de Investigación Médica Kolling, en la Universidad de Wuhan, en China, se analiza a 674 pacientes con liquen plano, de enero de 1963 a enero de 2003; al obtener 65.9% del sexo femenino y 34.1% del sexo masculino. Las presentaciones clínicas más comunes de liquen plano son de tipo reticular y el erosivo, cerca del 90.9% de los pacientes tienen varias zonas afectadas de la cavidad bucal, cabe mencionar que no hay diferencia estadística entre liquen plano y enfermedades sistémicas (diabetes o procesos cardiovasculares), en cambio, se observan en los factores de tensión (estrés) e higiene deficiente, la exacerbación del liquen plano.<sup>[46]</sup>

Entrando a los años 2000, Aldape B y colaboradores, profesores de Patología Bucal, DEPEI, UNAM; presentan un trabajo de la frecuencia de lesiones histopatológicas registradas en un laboratorio de patología bucal por un periodo de cinco años, de 1997 a 2001. Encuentran 357 lesiones diferentes, siendo las más frecuentes las siguientes: hiperplasia fibrosa, granuloma periapical, mucocele, hiperplasia fibrosa inflamatoria, granuloma piógeno, quiste periapical, folículo dental, papiloma, quiste dentígeno y displasia leve. Las lesiones inflamatorias, seguidas de las neoplásicas fueron las más comunes en el estudio. Las décadas de la vida más afectadas fueron la segunda y la tercera, siendo el género femenino, el más afectado.<sup>[47]</sup> Llegando a la misma conclusión en el 2009, en trabajo escrito por Alba K.<sup>[48]</sup> que habla sobre diagnóstico y prevalencia de alteraciones bucales tanto en la CREDP como en las Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología, UNAM.

Carrozzo M, del Departamento de Medicina Bucal y Periodoncia de la Universidad de Turín, Italia; realiza un estudio de 70 pacientes, diagnosticados con liquen plano y 70 controles, con propósito de determinar la etiología de la enfermedad del hígado con la asociación a liquen plano, obteniendo 22 pacientes con dicha lesión y 9 controles con afección crónica del hígado; concluyendo, que no tienen relación directa, las afecciones de hígado con el liquen plano. Sin embargo, dicha patología bucal, se encuentra asociada al daño hepático, siempre



y cuando se combine con el virus de hepatitis C y abuso del alcohol.<sup>[49]</sup> Después de dos años, Dupond AS, del Departamento de Dermatología, en el Hospital Archet, en Niza; en su estudio retrospectivo de 28 pacientes con liquen plano erosivo en un periodo de 1992 a 1996, determina la relación entre dicha lesión y el VHC, detectando anticuerpos, donde 8 pacientes dieron a positivo y de estos, 7 pacientes tenían enfermedad hepática crónica grave, comprobando que sí existe una fuerte relación entre liquen plano erosivo y VHC.<sup>[50]</sup> Casi diez años más tarde, se estudia a 67 pacientes, provenientes de la consulta de Hepatología del Servicio de Gastroenterología del Ambulatorio Docente del Hospital Clínico Universitario de Caracas (HUC), todos con diagnóstico positivo para VHC, al examen clínico los pacientes evaluados presentaron entidades como: leucoplasia, Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR), fibroma traumático, nevo, candidiasis pseudomembranosa y un solo caso de lique plano, el cual fue confirmado histológicamente.<sup>[51]</sup> En el instituto y Centro de Investigación Leopoldo Mandic, en Brazil; se evalúa la prevalencia de lesiones orales, en los pacientes de enfermedades infecto-contagiosas, siendo tratados en el Hospital Universitario Federal de Pará, en el norte de Brasil, investigados clínicamente 107 pacientes, dentro de las enfermedades sistémicas la tuberculosis era la enfermedad más frecuente, seguido por el SIDA, las hepatitis B y C, y la meningitis, siendo la enfermedad periodontal y la candidiasis las enfermedades más prevalentes, seguido de las aftas recurrentes, lengua saburral, herpes simple, y el carcinoma de células escamosas. Sólo 10 hombres y 6 mujeres no presentaron ninguna manifestación oral.<sup>[52]</sup>

La gran prevalencia de las manifestaciones orales en pacientes hospitalizados con trastorno sistémico hace hincapié en la necesidad de atención dental integral.



Una investigación más, acerca de liquén plano, es de Berasaluce MJ, en su programa de doctorado, en Investigación a la Cirugía, en la Universidad de Oviedo, España; dicha investigación toma relación de esta alteración bucal con problemas tiroideos, donde en un período de cinco años, en el cual se determina, que el liquen plano es más frecuente entre mujeres de rangos de edad entre los 50 a 70 años, ya que, 33 casos presentaron dicha patología bucal y patología tiroidea, siendo mujeres en el total de estos casos, casos que han sido tratados con levotiroxina, medicamento detectado en el estudio, como factor de riesgo para padecer liquen plano.<sup>[53]</sup> Lo que nos hace pensar, que la aparición de liquen plano, no tiene relación con enfermedades sistémicas, sino, con los fármacos administrados para tratar y curar dichas enfermedades.

Se procesan 1,965 diagnósticos histopatológicos, organizados por género, edad, tipo de lesión benigna o maligna; generados por el Servicio de Patología Oral y Maxilofacial de la Unidad de Especialidades Odontológicas, México, D.F., en un periodo de siete años. Los resultados obtenidos nos permite detectar a la hiperplasia fibrosa, ser la patología más frecuentes presentada en la cavidad oral de lesiones benignas (97.4%) y el carcinoma de células escamosas la más frecuente en lesiones malignas (2.56%).<sup>[54]</sup>

Se realiza en el Departamento de Patología Oral de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México, durante el periodo 1989 a 2008, 2 183 biopsias, donde las lesiones de tejido óseo comprendieron 637 casos y las de tejido blando sumaron 1 529, los diagnósticos más frecuentes para tejido óseo fueron: granuloma periapical, quiste periapical, quiste dentígero y queratoquiste odontogénico (tumor odontogénico queratoquístico) y los diagnósticos más frecuentes de tejido blando fueron: fibroma, granuloma piógeno, mucocele, carcinoma epidermoide y papiloma. Las lesiones, fueron más frecuentes encontradas en el género femenino y se presentaron principalmente en los grupos de edades de 20 a 29, 10 a 19 y de 40 a 49 años; añadiendo que las lesiones de tejido blando fueron más frecuentes que las de tejido óseo.<sup>[55]</sup>



# PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA





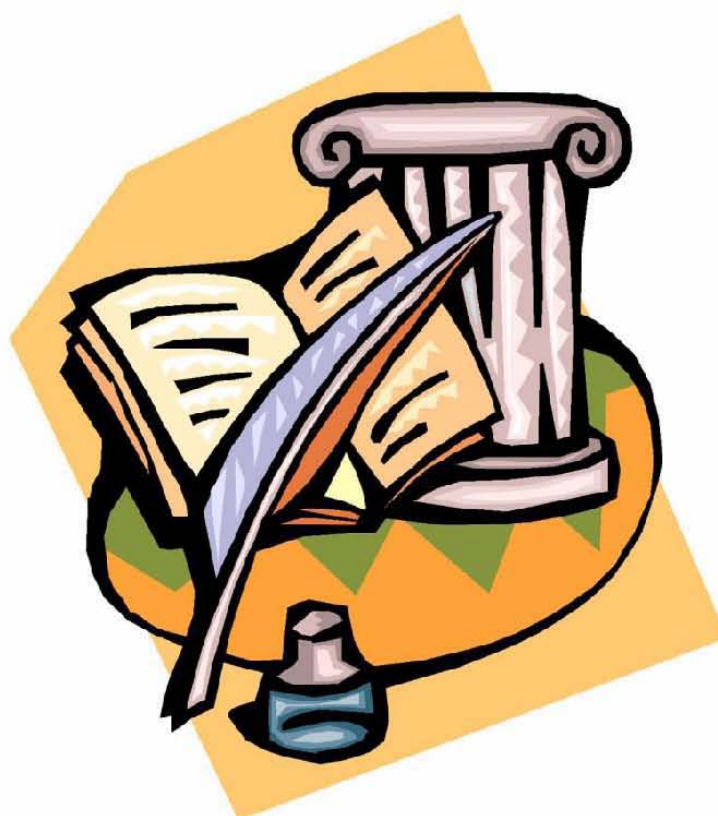
Realizar el servicio social dentro de la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP), considerada como la clínica más importante de la Facultad de Odontología de la UNAM, como su nombre lo dice, recibir y admitir a la población que acude a ella, hace posible evaluar las necesidades de atención bucodental.

Siendo así, el inicio de la presente investigación sobre alteraciones y lesiones bucales que se encuentren con mayor frecuencia en dicha población, y llama la atención el aporte de estudios recientes de frecuencia de lesiones, considerando que el presente estudio sirva de registro, para evaluar pacientes atendidos en la Facultad de odontología de la UNAM.

Todo ello, con el propósito fundamental de que profesores y alumnos, se encuentren preparados para dar un diagnóstico clínico oportuno, que ayude al buen manejo de alteraciones y lesiones bucales, y que se conozca el momento dentro del cual, se deba realizar interconsulta con especialistas en patología bucal, llegando a brindar una atención oportuna, eficaz y de calidad.



# JUSTIFICACIÓN







Investigar la frecuencia de alteraciones y lesiones bucales, servirá de registro, para la planeación de programas de prevención, diagnóstico y tratamiento a utilizarse en la Clínica de Admisión (CREDP). Tomando en cuenta el aspecto, de que existen diversas alteraciones que pueden y deben ser diagnosticadas acertada y oportunamente, ya que la salud bucal es necesaria para la salud sistémica y evitar complicaciones.

Por consecuente, al obtener el diagnóstico presuntivo, se realiza la remisión adecuada, teniendo un ahorro en el tiempo y el buen manejo del tratamiento, para el control de la enfermedad. Y por lo tanto, brindar una mejor atención a los pacientes que acuden a la Clínica de Admisión CREDP y posteriormente, a las clínicas ubicadas dentro de la Facultad de odontología.



# HIPÓTESIS

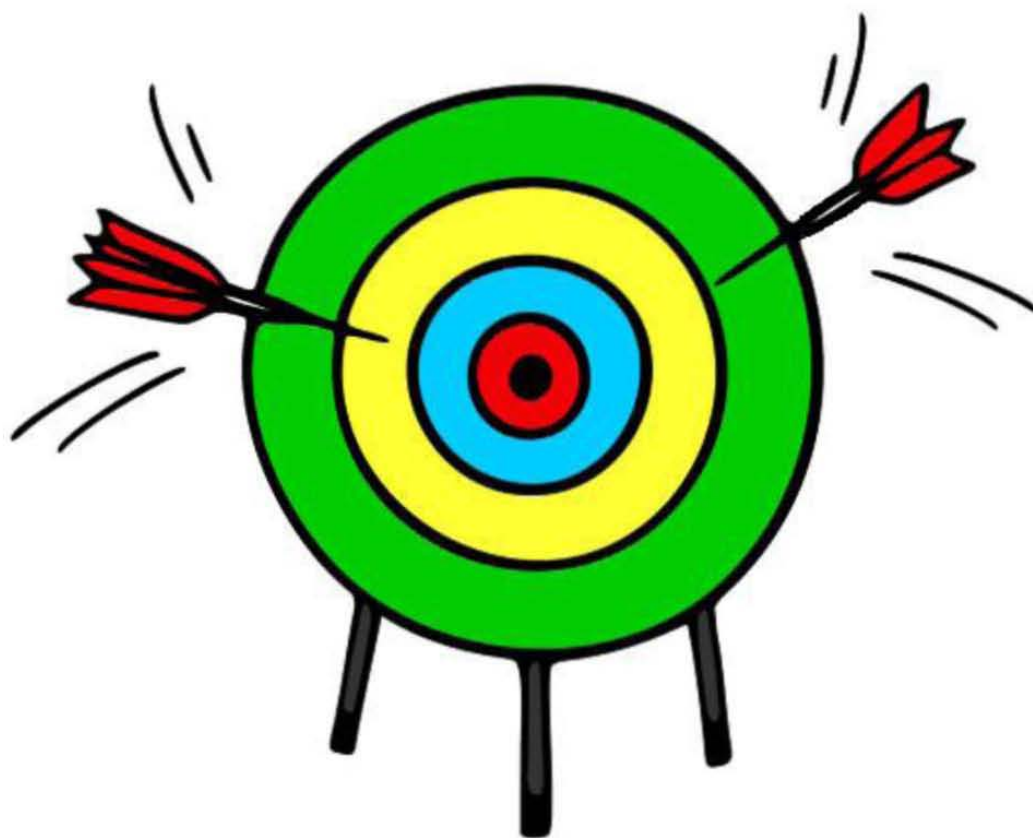




1. La frecuencia de las alteraciones y lesiones bucales que se presentan en los pacientes que acuden a la Clínica de Admisión CREDP, del 2014 al 2015, tenderá a ser mayor en el género femenino con el mayor número de ellas en dicho género.
2. El mayor número de pacientes atendidos se encontrarán en la segunda década de la vida.
3. Las alteraciones metabólicas ubicadas dentro de la clasificación de MIND no presentarán relación directa con las alteraciones o lesiones bucales.
4. Las alteraciones encontradas con mayor frecuencia dentro de la clasificación de MIND son las del desarrollo.
5. Las estructuras bucales con mayor índice de alteración, serán; lengua y mucosa yugal, por lo que presentarán mayor variedad de alteraciones, con respecto a las demás estructuras bucales.
6. El 10% de los pacientes, presentarán más de una alteración y lesión bucal.



# OBJETIVOS





## **OBJETIVO GENERAL**

Conocer la frecuencia de alteraciones y lesiones bucales en los pacientes que acuden a la Clínica de Admisión CREDP, en la Facultad de Odontología, UNAM, del 2014 al 2015.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la predilección de edad y sexo de alteraciones y lesiones bucales que se presenten en 500 pacientes ingresados a la Clínica de Admisión CREDP en el período de un año.
- Identificar el tipo de lesión por metabólicas, inflamatorias, neoplásicas y de desarrollo en los 500 pacientes diagnosticados, de acuerdo con la Clasificación MIND.



# MATERIALES





## **UNIVERSO DE ESTUDIO**

Pacientes que acudieron a la clínica de Admisión CREDP, de la Facultad de Odontología, UNAM, en el turno matutino; en el periodo comprendido de un año, de 2014 al 2015.

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Exploración bucal de 500 pacientes que acudieron a la clínica de Admisión CREDP, del 2014 al 2015.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

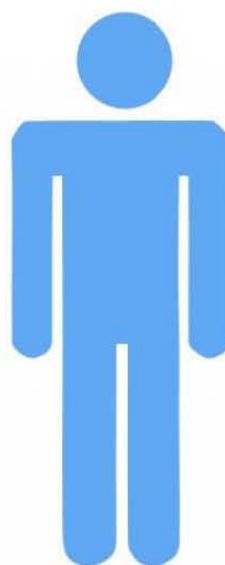
Pacientes de ambos sexos que acudieron a la Facultad de Odontología en el turno matutino, del 2014 al 2015.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes no registrados en la Clínica de Admisión CREDP.
- Pacientes que no desearon participar.
- Pacientes menores de 18 años de edad.



# VARIABLES







## DEPENDIENTES

TIPO DE LESIÓN Es la presencia de alguna alteración bucal en los tejidos blandos de la cavidad oral.

LOCALIZACIÓN Se refiere a la estructura bucal, en la cual se localizan alteraciones y lesiones bucales. (ANEXO 2. Métodos de Exploración)

## INDEPENDIENTES<sup>[56]</sup>

EDAD Es el tiempo en que una persona ha vivido desde que nació.

GÉNERO Es el conjunto de características de un individuo por las que se distingue en hombre y mujer.

ENFERMEDAD Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.

ANSIEDAD Estado de nerviosismo y preocupación crónicos pero fluctuante, cuya severidad varía de las actividades o acontecimientos.

ASMA Enfermedad caracterizada por el estrechamiento de las vías respiratorias, por lo general de manera reversible, en respuesta a ciertos estímulos.

BULIMIA Ingesta excesiva de alimentos que después se intentan compensar con conductas anómalas como vómitos o abuso de laxantes.

CÁNCER CERVICOUTERINO Incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina.

CÁNCER DE MAMA Proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos mamarios.

CÁNCER DE PRÓSTATA Se origina cuando las células de la próstata comienzan a crecer sin control.

CEFALEA Dolor de cabeza intenso y persistente que va acompañado de sensación de pesadez.

DEPRESIÓN Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.



DERMATITIS ATÓPICA Enfermedad inflamatoria crónica recidivante de la piel, intensamente pruriginosa, que afecta fundamentalmente las superficies flexoras de codos y rodillas, el cuero cabelludo, la cara y el torso.

DIABETES Enfermedad endocrina que se caracteriza por falta parcial o absoluta de secreción de insulina por parte de las células pancreáticas.

EMBARAZO Es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto

EPILEPSIA Enfermedad del sistema nervioso, debida a la aparición de actividad eléctrica anormal en la corteza cerebral, que provoca ataques repentinos caracterizados por convulsiones violentas y pérdida del conocimiento.

FARINGITIS Inflamación de la faringe que puede provocar dolor de garganta, sequedad, enrojecimiento de la mucosa y, en ocasiones, fiebre.

GASTRITIS Inflamación de la mucosa del estómago.

HIPERTENSIÓN La presión arterial elevada se define como una elevación anormal de la presión en las arterias. En promedio, con una presión sistólica de 140mmHg o más, o una presión diastólica de 90mmHg o más, o ambas presiones elevadas.

HIPOTIROIDISMO Enfermedad que se caracteriza por la disminución de la actividad funcional de la glándula tiroides y el descenso de secreción de hormonas tiroideas; provoca disminución del metabolismo basal, cansancio, sensibilidad al frío y, en la mujer, alteraciones menstruales.

INFARTO AL MIOCARDIO Muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente una arteria coronaria.

INSOMNIO Falta anormal de sueño y dificultad para conciliarlo que se sufre en el momento en que corresponde dormir.

INSUFICIENCIA VENOSA CIRCULATORIA La insuficiencia venosa es la incapacidad de las venas para realizar el adecuado retorno de la sangre al corazón, tiene como agente etiopatogénico fundamental a la hipertensión venosa.



MIGRAÑA Dolor de cabeza pulsátil, con una intensidad de moderada a intensa, que afecta, generalmente, a un lado de la cabeza y empeora con el esfuerzo físico, la luz, los ruidos o los olores y se asocia a náuseas y vómito.

NEUROCYSTICERCOSIS Enfermedad del sistema nervioso central de origen parasitario que genera una alta morbilidad. Ocasiona sobre todo epilepsia crónica, es causada por el cisticerco del cerdo, puede ser asintomática y tiene buen pronóstico si es tratada a tiempo.

OSTEOARTRITIS (Antes llamada artritis degenerativa o enfermedad articular degenerativa). Es una enfermedad crónica de los cartílagos articulares y de los tejidos circundantes, caracterizada por dolor, rigidez y pérdida de la capacidad funcional.

OSTEOPOROSIS Enfermedad progresiva en la que disminuye la densidad ósea, de modo que los huesos se debilitan y resulta más fácil que se produzcan fracturas.

PARÁLISIS FACIAL La parálisis facial es la disfunción en la zona del par craneal VII que resulta en la incapacidad de controlar los músculos faciales del lado del nervio afectado.

POLIPOSIS INTESTINAL Pólipos en el colon y el recto común en la infancia, la mayoría son benignos y únicos. Cuando son múltiples, se sospecha de síndrome de poliposis intestinal. La mayoría de este síndrome tienen carácter hereditario y asocia a un aumento del riesgo de cáncer de colon.

RINITIS Inflamación de la mucosa de las fosas nasales.

SÍNDROME DE DOWN Trastorno congénito caracterizado por distintos grados de retraso mental y defectos múltiples. Es la anomalía cromosómica más frecuente que determina un síndrome generalizado; se debe a la existencia de un cromosoma 21 adicional (llamado igualmente trisomía 21).

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Cuadro crónico y recidivante caracterizado por la existencia de dolor abdominal y/o cambios en el ritmo intestinal, acompañados o no de una sensación de distensión abdominal.



# MÉTODO





## RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la elaboración de esta investigación, se realizó la calibración individual en los meses de Septiembre a Noviembre del 2014, con 420 imágenes de diversas alteraciones bucales, con la supervisión de especialistas en el área de patología bucal; obteniendo un Kappa de 85, requisito indispensable para poder dar un diagnóstico clínico.

Posteriormente, se solicitó la autorización de la CD. Elizabeth Powell Castañeda, Coordinadora de la Clínica de Admisión del turno matutino, para la realización del presente estudio en dicha clínica, que constó de la exploración bucal de los pacientes que acudieron en el horario de 07:00 a 11:00 horas (4 horas aproximadamente), de Lunes a Viernes, en el periodo de los meses de Octubre del 2014 a Octubre del 2015.

En cada paciente se realizó una Historia Clínica elaborada, seguido de la exploración bucal, utilizando unidad dental, luz artificial, cubrebocas, abatelenguas y guantes para cada paciente.

Así mismo, se le solicitó al paciente permiso para la toma de fotografías de las alteraciones y lesiones bucales presentes, con la ayuda de una cámara digital, espejos intraorales y retractores bucales. Todo el instrumental no desechable fue convenientemente esterilizado para su uso.



Para la recolección de información, fue necesaria la elaboración de una base de datos informática, mediante un programa de cómputo, ordenando los datos por edad y género. Agrupando los diagnósticos clínicos por medio de la clasificación MIND, que se divide en:

### **Metabólicas**

Conjunto de procesos genéticos y metabólicos que generan alteración sistémica, acompañada de manifestaciones bucales (diabetes mellitus, hipertiroidismo, osteoporosis).

### **Inflamatorias**

Encontrando aquí la mayoría de las lesiones bucales, presentando los signos de la inflamación: eritema, calor, tumor, dolor y pérdida de la función.

En las subcategorías se encuentran lesiones traumáticas, reactivas, hiperplásicas, infecciosas e inmunitarias (virales, bacterianas, fúngicas).

### **Neoplásicas**

Siendo procesos benignos, premalignos y malignos, que cubren enfermedades epiteliales y mesenquimatosas que crecen de manera no controlada (carcinoma, ameloblastoma).

### **Desarrollo**

Asociadas a genes o adquiridas, de naturaleza congénita o manifiestan alteraciones bucales durante el desarrollo. Tales como quistes y diversos síndromes (quiste dentígero, síndrome de Melkersson-Rosenthal, síndrome de Down).



La forma de trabajo se realizó de la siguiente manera:

- ✓ Se asistió al Servicio Social en la Clínica de Admisión CREDP de Lunes a Viernes, por un periodo de 4 horas diarias.
- ✓ Se revisaron clínicamente a los pacientes mayores de 18 años.
- ✓ Se realizó la exploración de cabeza y cuello; así como la bucal, de acuerdo a los parámetros mencionados en los métodos de exploración, observando y tomando registros del tipo de lesión, además de datos como son la edad y enfermedades sistémicas.
- ✓ Los datos anteriormente señalados fueron utilizados para la emisión de un diagnóstico clínico.
- ✓ Se tomaron fotografías clínicas de las alteraciones y lesiones más representativas manifestadas por los pacientes, previo consentimiento.
- ✓ Se desarrolló el análisis estadístico de los resultados de la muestra total de los pacientes que manifestaron alteraciones y lesiones bucales.
- ✓ Se obtuvo la prevalencia de dichas alteraciones y lesiones bucales por sexo.



# ANÁLISIS ESTADÍSTICO







- La cuantificación de los diagnósticos clínicos se ordenó de forma decreciente utilizando la clasificación MIND.
- La obtención de porcentajes por género, para asociar la presencia de alteraciones y lesiones bucales.
- Software IBM SPSS Statistics Base 22.0



# RESULTADOS





En el periodo de octubre del 2014 a Octubre del 2015, se revisaron en la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP) un total de 10,000 personas en el turno matutino, se realizo la exploración bucal de una muestra de 500 pacientes mayores de 18 años, de los cuales 314 fueron femeninos y 186 masculinos. Tabla 1.

Tabla 1. Población y Porcentaje de la Muestra.

	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
<b>Población</b>	5950	59.5	4050	40.5	10000	100
<b>Muestra</b>	314	3	186	2	500	5

Fuente: Directa.

La edad de población que asiste a la CREDP va de los 2 años a más de 90 años. Se eligieron pacientes mayores de 18 años sin poner una edad máxima, por lo que el rango de edad que se obtuvo fue de 18 a 87 años, para el análisis de los resultados se agrupo por décadas; de esta manera la tercera década de la vida presento la mayor frecuencia de pacientes examinados. Tabla 2.

Tabla 2. Distribución por edad.

Edad	Femenino	Masculino	Total
18-20	48	39	87
<b>21-30</b>	<b>74</b>	<b>58</b>	<b>132</b>
31-40	43	27	70
41-50	68	18	86
51-60	44	21	65
61-70	19	14	33
71-80	14	8	22
81-90	4	1	5
			<b>500</b>

Fuente: Directa.



De la muestra, 28 pacientes no presentaron alteraciones bucales o padecimientos metabólicos, los cuales sólo acudieron a revisión y limpieza, mientras que los 472 pacientes restantes se enlistaron por número de alteraciones diagnosticadas, con una obtención de 66 alteraciones diferentes, clasificadas en Metabólicas, Inflamatorias, Neoplásicas y del Desarrollo, con una frecuencia total de 928 alteraciones presentes con el 56.7% en mujeres y el 43.3% en hombres. Tabla 3.

Tabla 3. Número de alteraciones por cavidad bucal.

Frecuencia de Alteraciones	Pacientes	Total de Alteraciones
0	28	0
1	163	163
2	205	410
3	70	210
4	27	108
5	5	25
6	2	12
		<b>928</b>

Fuente: Directa.

Las alteraciones metabólicas con un 11.5% de los casos, destacó hipertensión en las enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2 en las enfermedades endócrinas como las más frecuentes. Tabla 4.

Tabla 4. Padecimientos metabólicos.

Enfermedades	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Cardiovasculares	27	2.9	9	0.9	36	3.8
Endócrinas	15	1.6	5	0.5	20	2.1
Gastrointestinales	16	1.7	3	0.3	19	2.0
Neurológicas	11	1.2	1	0.1	12	1.3
Embarazo**	5	0.5	0	0	5	0.5
Respiratorias	1	0.1	4	0.4	5	0.5
Alérgicas	4	0.4	1	0.1	5	0.5
Óseas	5	0.5	0	0	5	0.5
Genéticas	1	0.1	0	0	1	0.1
					<b>108</b>	<b>11.5</b>

\*\*Embarazo: no es una enfermedad, sin embargo la mujer puede llegar a presentar cambios metabólicos, afectando la cavidad bucal.

Fuente: Directa.



Las alteraciones inflamatorias con el 26.1%, obtuvo la mayor frecuencia de línea alba y morsicatum buccarum. Tabla 5.

Tabla 5. Alteraciones Inflamatorias.

Inflamatorias	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Línea Alba	68	7.3	43	4.6	111	12.0
Morsicatum buccarum	59	6.4	38	4.1	97	10.5
Candidiasis	3	0.3	2	0.2	5	0.5
Hiperplasia fibrosa	2	0.2	2	0.2	4	0.4
Absceso	2	0.2	2	0.2	4	0.4
Herpes simple	1	0.1	2	0.2	3	0.3
Estomatitis protesica	3	0.3	0	0	3	0.3
Petequia	0	0	2	0.2	2	0.2
Úlcera Traumática	1	0.1	1	0.1	2	0.2
Granuloma piógeno	2	0.2	0	0	2	0.2
Lengua pilosa	2	0.2	0	0	2	0.2
Estomatitis nicotínica	0	0	1	0.1	1	0.1
Agrandamiento gingival medicamentoso	0	0	1	0.1	1	0.1
Linfadenopatía	0	0	1	0.1	1	0.1
Neuralgia de trigémino	0	0	1	0.1	1	0.1
Úlcera aftosa	0	0	1	0.1	1	0.1
Mucocele	1	0.1	0	0	1	0.1
Sialolito	1	0.1	0	0	1	0.1
					<b>242</b>	<b>26.1</b>

Fuente: Directa.



Las lesiones consideradas dentro de la clasificación de neoplásicas, se diagnosticaron en menos del 1% de los casos. Tabla 6.

Tabla 6. Lesiones neoplásicas.

Neoplásicas	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Nevo	2	0.2	1	0.1	3	0.3
Lipoma	1	0.1	0	0	1	0.1
Papiloma	1	0.1	0	0	1	0.1
Fuente: Directa.					<b>5</b>	<b>0.5</b>

Las alteraciones del desarrollo, con predominio en el estudio del 61.7%, presentaron pigmentación fisiológica y varices linguales como las más frecuentes de esta clasificación. Tabla 7.

Tabla 7. Alteraciones del desarrollo.

Desarrollo	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
<b>Pigmentación fisiológica</b>	<b>100</b>	<b>10.8</b>	<b>73</b>	<b>7.9</b>	<b>173</b>	<b>18.6</b>
<b>Varices linguales</b>	<b>53</b>	<b>5.7</b>	<b>29</b>	<b>3.1</b>	<b>82</b>	<b>8.8</b>
Torus Mandibular	20	2.2	34	3.7	54	5.8
Torus Palatino	34	3.7	13	1.4	47	5.1
Apéndice de frenillo	25	2.7	21	2.3	46	5.0
Lengua fisurada	23	2.5	22	2.4	45	4.8
Granulos de Fordyce	18	1.9	22	2.4	40	4.3
Lengua crenada	8	0.9	9	1.0	17	1.8
Anquiloglosia	10	1.1	3	0.3	13	1.4
Hipoplasia del esmalte	10	1.1	2	0.2	12	1.3
Foveolas comisurales	4	0.4	6	0.6	10	1.1
Exostosis	5	0.5	4	0.4	9	1.0
Lengua geográfica (Glositis migratoria benigna)	3	0.3	3	0.3	6	0.6
Amelogénesis imperfecta	2	0.2	3	0.3	5	0.5
Microdoncia	4	0.4	1	0.1	5	0.5
Supernumerario	2	0.2	3	0.3	5	0.5
Leucoedema	1	0.1	1	0.1	2	0.2
Cúspide espolonada	0	0.0	1	0.1	1	0.1
Úvula Bífida	1	0.1	0	0.0	1	0.1
Fuente: Directa.					<b>573</b>	<b>61.7</b>



Las alteraciones también fueron agrupadas por porcentajes de localización, siendo las estructuras más afectadas mucosa yugal, encía y lengua. Tabla 8.

Tabla 8. Localización de alteraciones bucales.

LOCALIZACIÓN	Número de alteraciones	%
Mucosa Yugal	272	29.3
Lengua	173	18.6
Encía Inferior	124	13.4
Encía Superior	111	12.0
Paladar	65	7.0
Reborde alveolar Mandibular	56	6.0
Fondo de saco	46	5.0
Tejido detario	41	4.4
Piso de boca	15	1.6
Reborde alveolar Maxilar	13	1.4
Labio Inferior	7	0.8
Labio Superior	5	0.5
Fuente: Directa.	<b>928</b>	<b>100</b>



# DISCUSIÓN







Bouquot JE.,<sup>[18]</sup> Andreasen J., Pindborg J.,<sup>[19]</sup> Terry G.<sup>[33]</sup> y Scheifele C.<sup>[45]</sup> (1986, 1998, 2003) mencionan al tabaquismo y al alcoholismo como factores de riesgo para el padecimiento de alteraciones bucales como leucoplasia, diagnosticada en sus estudios entre el 25 al 40% del total de las lesiones. Chaverría R. y Rosa E. en sus estudios de exploración bucal en 1998, destinados a poblaciones de Oaxaca, además de los hábitos del paciente, destaca la deficiencia nutricional y la exposición a los rayos solares. Para el 2002, García MJ.<sup>[44]</sup> señala en su estudio una frecuencia de lesiones bucales cuatro veces mayor en fumadores que en pacientes sin hábitos nocivos. En el presente estudio, solo se diagnosticó un caso de estomatitis nicotínica, lesión correspondiente a la presencia de hábitos nocivos, por lo cual, no se tomaron en cuenta los hábitos del paciente al interrogatorio y no se registro ningún caso de leucoplasia.

Rueda J.,<sup>[20]</sup> Pineda AA.,<sup>[32]</sup> Espinoza I.<sup>[30]</sup> y López P.<sup>[31]</sup> (1987, 1997, 2003, 2006), en sus estudios realizados a personas de la tercera edad portadores de prótesis dental, la frecuencia de alteraciones bucales de tipo inflamatorio y del desarrollo se diagnosticaron en un 32%. En el presente estudio, los pacientes registrados entre los 60 a los 87 años de edad, presentaron 3 casos de estomatitis protésica y 23 casos de varices linguales, propiciadas al ajuste y deficiencia en la higiene de la prótesis dental.

Díaz GM.,<sup>[21]</sup> Donohue A.<sup>[22]</sup> y Aldape B.<sup>[+]</sup> (1993, 1994, 2000), mencionan que las mujeres son las que se preocupan más por su estética e higiene, acudiendo con mayor frecuencia a consultas médicas y dentales, y que se encuentran entre la segunda y tercera década de la vida. El presente estudio coincide con ambas frecuencias; el predominio de mujeres con un 62.8% y la segunda década de vida con 132 pacientes atendidos.



En 1993, Ueta E. en su estudio a pacientes con padecimientos sistémicos que consumen antibióticos, corticosteroides e inmunosupresores, pueden presentar alteraciones bucales.<sup>[42]</sup> Para el 2015, López M. obtiene un 97.4% en la frecuencia de hiperplasia fibrosa de los resultados registrados en 1,965 diagnósticos. El presente estudio diagnosticó agrandamiento gingival, un caso significativo por la ingesta de medicamentos para el tratamiento de epilepsia.

En el 2000, Ovalle JW.,<sup>[20]</sup> Aldape B. y Romero E.<sup>[57]</sup> diagnostican cada uno en su estudio, más de 300 lesiones bucales diferentes, en mujeres entre 20 y 29 años de edad, con frecuencia en lesiones inflamatorias. El presente estudio diagnosticó 45 lesiones diferentes, cabe mencionar que los pacientes con aumento de volumen con causa aparente fueron remitidos para toma de biopsia y posterior diagnóstico histopatológico donde las lesiones inflamatorias contaron con la frecuencia del 29.5%.

En el 2001, Nava M.<sup>[24]</sup> en su estudio a pacientes en promedio de edad a los 41 años, con frecuencia de lesiones como hiperplasia fibrosa, candidiasis y gránulos de Fordyce . El presente estudio, coincide en que dichas lesiones son las más frecuentes, registrando 4 casos de hiperplasia fibrosa, 5 casos de candidiasis y 40 casos de gránulos de Fordyce.

Estudios como el de Guggenheimer J.<sup>[40]</sup> y Ponte E.,<sup>[38]</sup> (2000, 2001) con exploraciones bucales a pacientes diabéticos, las lesiones más frecuentes fueron lengua geográfica, atrofia central de papilas filiformes (glositis romboidal media), y candidiasis. En el presente estudio, el 6% de los pacientes refirió tener algún tipo de diabetes, de estos casos más del 50% se diagnosticó con lesiones como morsicatum buccarum, lengua geográfica, atrofia central de papilas filiformes y candidiasis.



En el 2002 García M.<sup>[15]</sup> hace énfasis, en que los estudios epidemiológicos, ayudan a obtener la frecuencia de lesiones bucales. El presente estudio cumplió el propósito de determinar la frecuencia de enfermedad, lesión y alteración bucal, en un tiempo y lugar específicos.

En el 2004 Díaz LM. en su estudio, las mujeres embarazadas señalan cifras similares de frecuencia en enfermedad periodontal que en mujeres no embarazadas.<sup>[34]</sup> En el presente estudio, se mostraron 5 casos de embarazo, todos ellos con presencia de enfermedad periodontal.

En el 2005, Chen XM. hace énfasis en que el 90.9% de los pacientes cuenta con varias zonas afectadas de la cavidad bucal. Este estudio señala una presencia de hasta 6 lesiones diferentes diagnosticadas por cada cavidad bucal.

En el 2012, la OMS hace mención que casi el 100% de los adultos presenta caries dental en todo el mundo.<sup>[13]</sup> En el presente estudio se obtuvo una frecuencia del 93.4% del total de los casos, coincidiendo con los datos registrados por la OMS.

Para el 2014, Gemaque K.<sup>[54]</sup> de los 107 pacientes examinados por él, sólo 10 hombres y 6 mujeres, no manifestaron alteraciones bucales. En el presente estudio, 8 hombres y 20 mujeres se diagnosticaron sin alteraciones bucales.

Y para el 2015, Berasaluce MJ. relaciona los padecimientos tiroideos con las alteraciones bucales, 33 mujeres manifestaron liquen plano y refirieron patologías tiroideas tratadas con levotiroxina, medicamento detectado en dicho estudio como factor de riesgo para padecer lesiones en cavidad bucal. El presente estudio registró a 3 mujeres con hipotiroidismo tratadas con levotiroxina, sin una sola presencia de alteración bucal.



# CONCLUSIONES





Las alteraciones y lesiones bucales diagnosticadas en la muestra del 5% del total de los pacientes diagnosticados en la Clínica de Admisión CREDP, del 2014 al 2015, predominaron en el género femenino.

Además, manifestar más de una lesión bucal, por cada cavidad bucal, conlleva a obtener un mayor número de diagnósticos (928 alteraciones bucales) que de pacientes examinados (500 personas).

La mayoría de los pacientes se encontraban entre los 21 a los 30 años de edad, refiriendo y destacando la tercera década de la vida como la más frecuente.

La evaluación de alteraciones, con forme a la clasificación MIND, las alteraciones del desarrollo fueron las de mayor frecuencia en un 69.9% y con una frecuencia de localización en mucosa yugal (31.9%), encía (22.1%) y lengua (19.3%).

Con todo esto destacado para que el personal de la salud, se encuentre informado y actualizado de las alteraciones que se presentan con mayor frecuencia, tanto en la parte sistémica como en la bucal, y así obtener un diagnóstico certero para su tratamiento oportuno con mayor eficacia.



# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS





1. Odonto.unam.mx, Requisitos de atención clínica [sede Web]. México: Facultad de Odontología, UNAM; 2009- [actualizada el 2016; acceso 8 de agosto de 2016]. Disponible en:  
<http://www.odonto.unam.mx/admin.php?IDPagina=Cl%EDnica%20de%20admisi&idm=215>
2. Odonto.unam.mx, Clínicas Periféricas [sede Web]. México: Facultad de Odontología, UNAM; 2009- [actualizada el 2010; acceso 8 de agosto de 2016]. Disponible en:  
<http://www.odonto.unam.mx/admin.php?IDPagina=Cl%EDnicas%20perif%E9ri&idm=449>
3. Odonto.unam.mx, Atención al paciente [sede Web]. México: Facultad de Odontología, UNAM; 2009- [actualizada el 2010; acceso 8 de agosto de 2016]. Disponible en:  
<http://www.odonto.unam.mx/index.php?IDPagina=mensajeatencionpa&sec=atencionpaciente>
4. Peña, I. Prevalencia de alteraciones bucales en pacientes de las clínicas periféricas de la Facultad de Odontología de Enero a septiembre del 2005. [Tesis Licenciatura] México: UNAM, Facultad de Odontología; 2006: 5-6.
5. Zegarelli E, Kautscher A, Hyman G. Diagnóstico en patología oral. Salvat. Cap. 14. 1982.
6. Ring M. Historia de la odontología. España: Editorial Elsevier; 1995.
7. Borghelli R. Temas de patología bucal clínica. Tomo 1. Buenos Aires: Editorial Mundi; 1979.
8. Giunta J. Patología bucal. México: Interamericana, McGrawHill; 1991:3.
9. Neville B. Definition of oral pathology. [sede Web] American Academy of Oral & Maxillofacial Pathology; 2005 [actualizada 2016; acceso 18 de agosto de 2016]. Disponible en: [www.aaomp.org](http://www.aaomp.org)
10. Siegel A. Definition of oral medicine. [sede Web] American Academy of Oral Medicine; 2005 [actualizada 2016; acceso 18 de agosto de 2016]. Disponible en: [www.aaom.com](http://www.aaom.com)



11. Lynch M. Medicina bucal de Burket diagnóstico y tratamiento. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México: 1996.
12. Golt A. Semiología médica. Ed. Mediterránea. Chile: 1989.
13. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Abril de 2012 [2016; acceso 10 de agosto del 2016] Salud Bucodental Nota informativa N°318  
Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
14. Revuelta M, Sánchez M, Betancourt A, et al. Dirección General de Epidemiología [sede Web]. México: Epidemiologia.salud.gob.mx; Septiembre del 2012 [acceso 10 de agosto del 2016] Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales [61 pantallas] Disponible en: [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig\\_epid\\_manuales/20\\_2012\\_Manual\\_PatBucal\\_vFinal.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/20_2012_Manual_PatBucal_vFinal.pdf)
15. Garcia M, Martinez A, González M. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. Community Dent Oral Epidemiol; 2002:277-85.
16. Axéll T. Prevalence of oral soft tissue lesions in out-patients at two Malaysian and Thai dental schools. Community Dent Oral Epidemiol; 1990; 18: 95-9.
17. Axell T. A prevalence study of oral mucosal lesions in an adult Swedish population. Odont rev. 1976; 27: 1-9.
18. Bouquot JE. Common oral lesions found during a mass screening examination JADA 1986; 112: 50-57.
19. Andreasen J. Oral health care: more than caries and periodontal disease. A survey of epidemiological studies on oral disease. Int. Dent J 1986; 36:207-214.
20. Rueda J. Prevalencia de lesiones de la mucosa oral en ancianos. PO.1987; 8 (12): 38-47.
21. Díaz GM. Prevalencia de lesiones de la mucosa oral en pacientes de las clínicas de la Facultad de Odontología de la UAEM. Práctica Odontológica 1993; 14(10): 37-48.





22. Donohue A. Prevalencia de alteraciones bucales en una población adulta mexicana. [Tesis Maestría] México: UNAM, Facultad de Odontología; 1994: 74.
23. Ovalle Castro JW. "Prevalencia de lesiones histopatológicas bucales en la zona del Bajío" (Agosto del 90 a diciembre del 96). Rev Asoc Dental Mexicana, 2000; (4): 132- 136.
24. Carpenter W. Two Approaches to the diagnosis of oral lesions of the bucal mucosa CDA: Journal, 1999; vol. 27: 8p 619-23.
25. Jacobsen PL, Carpenter WM. MIND: A method of diagnosing oral pathology. Dentistry Today. 2000; 19: 58-61.
26. Nava M. Frecuencia de diagnósticos clínicos de Enero a Diciembre del 2001, en el laboratorio de Patología Bucal de la DEPeI. [Tesis Licenciatura] México: UNAM, Facultad de Odontología; 2001.
27. Miller A. Survey of tissue diagnostic services in U.S. dental schools 1990. Oral surg oral med oral path 1992; 73: 717-719.
28. Mosqueda A. Odontogenic tumours in Mexico. A collaborative retrospective study of 349 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol oral radiol endod 1997; 84:672-5.
29. Beltran. B. Prevacencia de tumores odontogénicos en el hospital central de San Luis Potosí de 1952 -1997. Revista, México ADM. 1998; 55 (3): 173-176.
30. Espinoza I. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. J Oral pathol med 2003; 32:571-5.
31. López P, Saura M. Prevalencia de lesiones mucosas en población anciana de la Región de Murcia. Av Odontoestomatol. Madrid: 2006;22(6).
32. Pineda AA. Asociación de tabaquismo, alcoholismo y diabetes con alteraciones bucales en la Clínica de Admisión. [Tesis Licenciatura] México: UNAM, Facultad de Odontología; 1997.
33. Terry G. Prevalencia de lesiones bucales en la población que asiste a la clínica de Periodoncia. [Tesis Licenciatura] México: UNAM, Facultad de Odontología; 1998.



34. Rosa E. Lesiones de la mucosa bucal en individuos del estado de Oaxaca. [Tesis Maestría] México: UNAM, Facultad de Odontología; 1998.
35. Chaverría R. Prevalencia de alteraciones de la mucosa oral en pacientes que acuden a la UMAI de la FES Zaragoza. [Tesis Licenciatura] México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza; 1998.
36. Wei M, Gibbons LW, Mitchell TL, Kampert JB, Blair SN. Alcohol intake and incidence of type 2 diabetes in men. *Diabetes Care* 2000; 23(1): 18-22.
37. Ponte E, Tabaj D, Maglione M, Melato M. Diabetes mellitus and oral disease. *Acta Diabetol* 2001; 38(2): 57-62.
38. Femiano F, Lanza A, Buonaiuto C, Gombos F, Cirillo N. Oral aphthous-like lesions, PFAPA syndrome: a review. *J Oral Pathol Med.* 2008;37(6):319-23.
39. Guggenheimer J, Moore PA, Rossie K, Myers D, Mongelluzzo MB, Block HM, Weyant R, Orchard T. Insulin-dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies: II. Prevalence and characteristics of Candida and Candidal lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000;89(5):570-6.
40. Budtz-Jørgensen E. Ecology of Candida-associated Denture Stomatitis. *Microbial Ecology in Health and Disease* 2000;12:170–185.
41. Wilson RM, Reeves WG. Neutrophil phagocytosis and killing in insulin-dependent diabetes. *Clin Exp Immunol.* 1986;63(2):478-84.
42. Ueta E, Osaki T, Yoneda K, Yamamoto T. Prevalence of diabetes mellitus in odontogenic infections and oral candidiasis: an analysis of neutrophil suppression. *J Oral Pathol Med.* 1993;22(4):168-74.
43. Díaz LM, Castellanos JL. Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004;9:430-7.
44. García MJ, Martínez AI, García JM, González M. Risk factors for oral soft tissue lesion in an adult Spanish population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002; 30 (4): 277-285.



45. Scheifele C, Reichart PA, Dietrich T. Low prevalence of oral leukoplakia in a representative simple of the US population. *Oral Oncol* 2003; 39(6): 619-625.
46. Xin-Ming Chen, Ming-Wen, Shuo-Zhi Wang, Xin-Ming Chen, Li Yuan, Li Wang. A clinical study of 674 patients with oral flat lichen in China. *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 467-72.
47. Aldape B, Padilla G, Cruz B. Frecuencia de lesiones bucales histopatológicas en un laboratorio de patología bucal. *Rev Asoc Dental Mexicana* 2007; LXIV(2):61-67. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od072e.pdf>
48. Alba K. Prevalencia de lesiones bucales en pacientes de la clínica de admisión de noviembre 2008 a marzo 2009. [Tesis Licenciatura] México: UNAM, Facultad de Odontología; 2009.
49. Carozzo M, Gandolfo S, Carbone M, Colombatto P, Broccoletti R, Garzino-Demo P, Ghisetti V. Hepatitis C virus infection in Italian patients with oral lichen planus: a prospective case-control study. *J Oral Pathol Med.* 1996;25(10):527-33.
50. Dupond AS, Lacour JP, Lafont C, Ortonne JP. Prevalence of hepatitis C virus in oral erosive lichen. *Ann Dermatol Venereol.* 1998;125(10):676-8.
51. Luna M, De Guglielmo Z, Garassini M, Perrone M, Correnti M. Asociación de liquen plano bucal con virus de Hepatitis C en una muestra de la población venezolana. *Acta odontol venez.* 2007;45(2).
52. Gemaque K, Giacomelli Nascimento G, Cintra Junqueira JL, Cavalcanti de Araújo V, Furuse C. Prevalence of Oral Lesions in Hospitalized Patients with Infectious Diseases in Northern Brazil. *The Scientific World Journal.* 2014;(2014):1-5.
53. Berasaluce MJ. Aportaciones al conocimiento de la comorbilidad de líquen plano oral y la patología tiroidea. [Tesis Doctoral]. España: Vicerrectorado de Internacionalización y Postgrado, Universidad de Oviedo; 2015.  
[http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/37421/1/TD\\_MariaJesusBerasaluceGascon.pdf](http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/37421/1/TD_MariaJesusBerasaluceGascon.pdf)



54. López M, Martínez LE. Prevalencia e incidencia de diagnósticos histopatológicos en cabeza y cuello 2006-2013. Siete años de experiencia del Servicio de Patología Oral y Maxilofacial Unidad de Especialidades Odontológicas México. REV SANID MILIT MEX. 2015; 69(1): 25-33.
55. Romero de León E, Sepúlveda R. Frecuencia de diagnósticos histopatológicos en un periodo de 20 años (1989-2008). Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Disponible en:  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol\\_47\\_01\\_10/est08110.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol_47_01_10/est08110.htm)
56. Mosby. Diccionario de Medicina Océano. 4 ed. Barcelona: Océano grupo editorial; 1996.
57. Alaejos C, Berini L y Gay Escoda C. Valoración de los métodos de tinción con azul de toluidina y lugol en el diagnóstico precoz de cáncer bucal. Avances en Odontoestomatología. 1996.(2); 511-517. Disponible en:  
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/96710/1/114071.pdf>
58. De la Rosa E, Anaya G y Godoy LM. Manual para detección de alteraciones de la mucosa bucal, potencialmente malignas. 2003;12-18. Disponible en:  
<http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/sbucal/Manuales/MANUAL%20PARA%20LA%20DETECCION%20DE%20ALTERACIONES%20DE%20LA%20MUCOSA%20BUCAL.pdf>
- \*Salud para todos. Abril 2014. Disponible en:  
<http://www.sdpt.net/PAT/inspeccionmucosaoral.htm>
59. Sapp P. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 1er ed. España: Elsevier; 2004.
60. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 3ra ed. USA: Saunders Elsevier; 2009.



# ANEXOS





## 1. AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO<sup>[5]</sup>

Elementos indispensables en alteraciones o lesiones de difícil diagnóstico, funcionan con forme se van descartando posibles diagnósticos diferenciales. Estos exámenes son solicitados en base a la valoración de los datos obtenidos en la historia clínica y exploración clínica siendo estos:

- Biopsia:

Método de diagnóstico de mayor precisión y fiabilidad con los que cuenta la medicina. La realización de una biopsia incluye dos acciones: la toma o extracción de una muestra de tejido o de células del organismo y su posterior análisis y estudio al microscopio.

Se clasifican de acuerdo al tipo de tejido o zona anatómica de donde se extrae la muestra para su estudio, y de acuerdo con la técnica utilizada para realizar dicha extracción, ejemplos tipos de biopsia son:

- Biopsia excisional: enucleación de una parte del organismo (un órgano completo o un tumor).
- Biopsia incisional: se retira solo una porción de tejido de un órgano, de una masa o de un tumor para su estudio.
- Biopsia por punción-aspiración: una aguja conectada a una jeringa que penetra en la lesión y por aspiración se obtienen células, más que tejidos, por lo que propiamente se trata de una citología.
- Biopsia por perforación (punch): se utiliza una cuchilla cilíndrica hueca que extrae un pequeño cilindro de tejido, ya sea obtenido dentro o en el perímetro de la lesión.



- Imagenología:

Procedimiento digital de imágenes, que incluye un conjunto de técnicas que operan sobre la representación digital de una imagen, con el objetivo de destacar algunos de los elementos de un tejido u órgano, ejemplos imagenológicos son:

- Rayos Roentgen (rayos X): Radiación electromagnética que atraviesa cuerpos opacos a la luz ordinaria, con mayor o menor facilidad, según sea la materia de que estos están formados, produciendo detrás de ellos y en superficies convenientemente preparadas, imágenes o impresiones, que se utilizan para la exploración médica.
- Tomografía computarizada: método imagenológico que utiliza rayos X en rotación de maquinas y uso de computadora para crear imágenes transversales del cuerpo.

- Estudios de laboratorio:

La aplicación de azul de Toluidina (sal de cloruro de zinc o sal de cloruro de aminodimetilaminotolufenoztionio); utilizado como tinción celular para poner en manifiesto sustancias basófilas y metacromáticas, que da resultados positivos en lesiones inflamatorias.<sup>[57]</sup>



## 2. MÉTODOS DE EXPLORACIÓN<sup>[58]</sup>

La exploración bucal comprende la evaluación global del paciente, que no sólo incluya la cavidad oral. A continuación se describe la técnica empleada en la exploración de cabeza y cuello, y posteriormente la bucal; aplicando los métodos convencionales de exploración como son la inspección, palpación, percusión y auscultación.

### EXPLORACIÓN DE CABEZA Y CUELLO

**Cráneo:** Se observa al paciente y permite al clínico obtener datos de forma, tamaño y signos característicos de posibles alteraciones; y por medio de la palpación obtener datos acerca de la consistencia en donde se pueden detectar alteraciones no perceptibles.

**Cara:** La inspección de esta zona implica la expresión, tipo de facie, coloración facial, configuración anatómica, asimetrías, deformaciones óseas, y musculares; y a la palpación se obtienen datos de sensibilidad y temperatura. Fig. 1.

Figura 1. Cara.



Fuente: Directa





**Cuello:** En la inspección se observan posibles aumentos de volumen o limitación de movimientos; a la palpación las cadenas ganglionares linfáticas cervicales. Identificando en casos específicos dolor o cambios de consistencia. Fig.2.

Figura 2. Palpación de cuello.



Fuente: Directa

**Articulación témporo-mandibular:** se realiza de forma comparativa por ambos lados, donde en la palpación el clínico coloca los dedos índice y medio por delante del tragus con ambas manos, indicando al paciente que realice movimientos de apertura y cierre, y movimientos de lateralidad, donde se determinan las limitaciones del movimiento. Mediante auscultación pueden obtenerse ruidos diagnósticos denominados chasquidos o crepitaciones, que pueden o no, ir acompañados de dolor. Fig.3 y 4.

Figuras 3 y 4. Palpación de apertura y cierre mandibular.



Fuente: Directa



Fuente: Directa



## EXPLORACIÓN BUCAL

Realizada mediante observación de la cavidad bucal cualquier alteración de color o forma, y palpación en la consistencia, siendo datos del entendimiento de la alteración o lesión. Realizada con barreras de protección física para evitar contagios e infecciones cruzadas, con uso de guantes de látex o vinil; cubrebocas y lentes de protección como barreras físicas mínimas para cada exploración.

Se recomienda la iluminación adecuada para conseguir mejor visión, las lámparas de la unidad dental deben ser de luz fría (halógena), para evitar cambios en las tonalidades de las estructuras bucales, o lámparas con intensidad de luz de 60 watts.

Abatelenguas y espejos bucales estériles son necesarios y útiles para abatir la lengua o retraer la mucosa yugal y observar las zonas que no son visibles en la posición relajada de los tejidos.

La gasa ayuda a sujetar la lengua para observar los bordes laterales o para frotar y desprender placas blancas que puedan responder a candidiasis.

**Labios:** Observar color, superficie, hidratación, aumentos de volumen o depresión, simetría, así mismo, se pide al paciente que abra la boca para observar las comisuras, pueden llegar a manifestarse escamas, grietas profundas y valorar la pérdida de dimensión vertical. Fig.5.

Figura 5. Labios.



Fuente: Directa



Los labios se retraen para observar mucosa labial inferior y superior con sus inserciones musculares a nivel de fondo de saco; y se palpa para apreciar glándulas accesorias. Fig.6 y 7.

Figuras 6 y 7. Mucosa labial superior e inferior



Fuente: Directa



Fuente: Directa

**Mucosa yugal:** Se retraen con espejos bucales y retractores de carrillo, para una mayor visibilidad, se valora la permeabilidad del conducto parotídeo, hidratación de la mucosa y la superficie. Fig.8 y 9.

Figuras 8 y 9. Mucosa yugal derecha e izquierda.



Fuente: Directa



Fuente: Directa



**Encía:** Se logra ver al distender los labios y carrillos, de la cual se reconoce la encía anterior y posterior, valorando la forma, color, superficie; se analiza si existe algún proceso patológico que afecte indirectamente el periodonto. Fig.10.

Figura 10. Inspección de encía.



Fuente: Directa

**Paladar Duro:** Se inclina la cabeza del paciente, dirigiendo la luz de la lámpara hacia el paladar, se inspecciona la superficie de la mucosa, hidratación, color, forma, y se palpa en busca de aumentos de volumen. **Paladar Blando:** Observar los pilares faríngeos al deprimir la lengua, así valorar el estado de las tonsilas y úvula. Fig.11.

Figura 11. Inspección de paladar duro y blando.



Fuente: Directa



**Lengua:** Se pide al paciente que saque la lengua; se observa su dorso, se inspecciona el estado de las papilas (atrofia o hipertrofia), aumento de volumen, color, tersura, grado de higiene; con ayuda de la gasa se manipula para observar los bordes laterales, se le indica al paciente que con la punta de la lengua toque el paladar, para inspeccionar el vientre de la misma. Fig.12.

Figura 12. Bordes laterales de lengua.



Fuente: Directa

**Piso de boca:** Observado al mismo tiempo que el paciente sube la punta de la lengua al paladar, para observar la salida de los conductos de las glándulas submandibulares, permeabilidad, lubricación, vascularización y color; se continua la palpación, colocando el dedo índice en la zona interna del espacio del piso de boca y sujetando con la otra mano el borde mandibular, lo cual permite inspeccionar el espacio que ocupan estas estructuras. Fig.13.

Figura 13. Piso de boca.



Fuente: Directa



**Tejido dentario:** Son analizados todos los dientes, valorando el grado de necesidad de atención específica para cada uno. Fig.14 y 15.

Figuras 14 y 15. Dientes superiores e inferiores.



Fuente: Directa



Fuente: Directa

El fin de realizar la exploración bucal es identificar alteraciones o lesiones, describirlas de forma detallada en la historia clínica para apoyar a los clínicos a analizar y consultar el expediente del paciente.

Los parámetros que se emplean son:

- Tipo de lesión
- Localización
- Sintomatología



# GLOSARIO



## Lesiones Bucales.<sup>[59, 60]</sup>

**Agrandamiento gingival:** Aumento generalizado del componente fibroso de las encías, en paciente que han consumido durante largo tiempo fenitoína, ciclosporina o nifedipina. Fig.16.

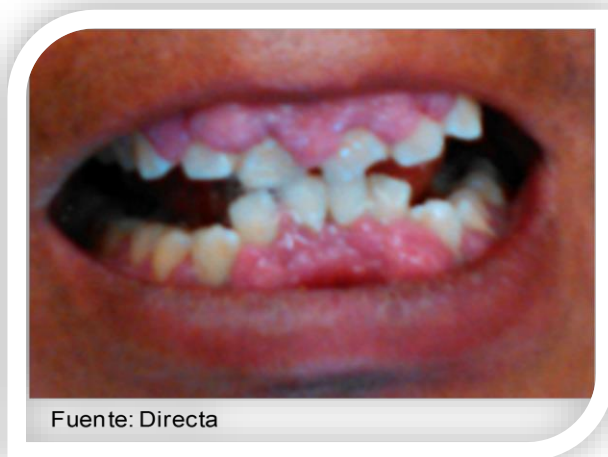


Figura 16. Agrandamiento gingival.

**Anquiloglosia:** Frenillo lingual corto, formado por un pliegue vertical de mucosa que une por su centro la parte delantera de la lengua al piso de boca. Fig.17.



Figura 17. Anquiloglosia.





**Amelogénesis imperfecta:** Defectos hereditarios de la función de los ameloblastos y de la mineralización de la matriz del esmalte que produce dientes con múltiples anomalías generalizadas que afectan sólo al esmalte. Fig. 18.



Figura 18. Amelogénesis imperfecta.

**Atrición:** Un reducido número de dientes en oclusión puede conducir a un mayor desgaste dentario. Los pacientes con desgaste dentario avanzado tienen tendencia a tener la mandíbula más horizontal y un menor ángulo mandibular. Hiperfunción. El bruxismo es la causa más común de atrición patológica. Fig.19.



Figura 19. Atrición.



**Candidiasis: Pseudomembranosa.**-Infección por *Candida albicans* que consiste en placas blandas, cremosas, de epitelio descamativo que contiene numerosos micelios enmarañados sobre la mucosa eritematosa que se eliminan fácilmente. Fig.20.



Figura 20. Candidiasis Pseudomembranosa.

**Atrófica.**-Infección por *Candida albicans* en la cual la mucosa está adelgazada, lisa y de color rojo brillante con síntomas de ardor y aumento de sensibilidad; normalmente en el paladar asociada al uso de prótesis.

**Hiperplásica.**-Infección por *Candida albicans* que consiste en placas o pápulas blancas sobre un fondo eritematoso que contiene hifas.

**Cúspide espolonada:** Cúspide supernumeraria observada típicamente en la cara lingual de los incisivos laterales superiores. Fig.21.



Figura 21. Cúspide espolonada.



**Dermatitis atópica:** Enfermedad inflamatoria crónica recidivante de la piel, intensamente pruriginosa, que afecta fundamentalmente las superficies flexoras de codos y rodillas, el cuero cabelludo, la cara y el torso. Fig.22.



Figura 22. Dermatitis atópica.

**Disfunción de ATM:** Alteración de la fisiología de la articulación temporomandibular.

**Enfermedad Periodontal:** enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes. Fig. 23.



Figura 23. Enfermedad Periodontal.



**Estomatitis nicotínica:** Cambió de color blanco difuso del paladar y/o de la mucosa bucal causado por una combinación de hiperqueratosis y acantosis, que contiene frecuentemente múltiples nódulos umbilicados pequeños; presentes en grandes fumadores. Fig.24.

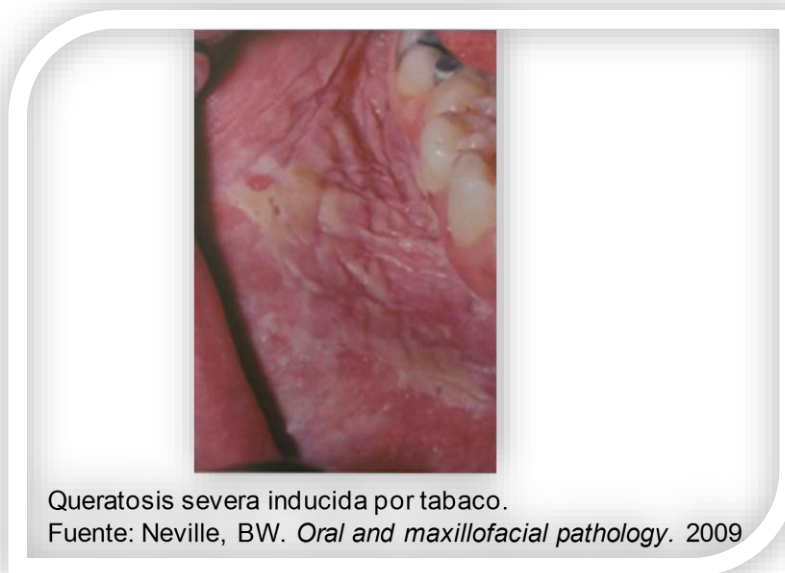


Figura 24. Estomatitis nicotínica.

**Exostosis:** Excrecencia nodular exofítica de hueso cortical denso localizada generalmente en el hueso alveolar maxilar o mandíbula por lo general en área de molares y premolares. Fig.25.



Figura 25. Exostosis maxilar y mandibular.



**Fluorosis:** Hipoplasia o hipomaduración del esmalte o dentina producida por la ingestión crónica o excesiva de fluoruro durante el período de formación del diente. Fig.26.



Figura 26. Fluorosis dental.

**Glositis romboidal media:** Placa eritematosa alargada y asintomática de mucosa atrófica de la superficie dorsal media de la lengua, debida a infección por *Candida albicans*.

**Granuloma piógeno:** Proliferación reactiva de crecimiento rápido de las células endoteliales, frecuentemente en las encías, generalmente en respuesta de una irritación. Fig.27 y 28.



Figuras 27 y 28. Granuloma piógeno.



**Granulos de Fordyce:** Acumulos de glándulas sebáceas que aparecen en diversas localizaciones dentro de la cavidad oral.

**Hemangioma cavernoso:** Proliferación de canales vasculares grandes que aparece en generalmente en niños; dichas lesiones presentan evolución clínica muy variable. Pueden estar presentes al nacer o manifestarse durante la primera infancia.

**Herpes Simple:** Infección causada por el virus de herpes simple tipo 1 (VHS-1) transmitida por contacto boca a boca, causando herpes labial. Fig.29.

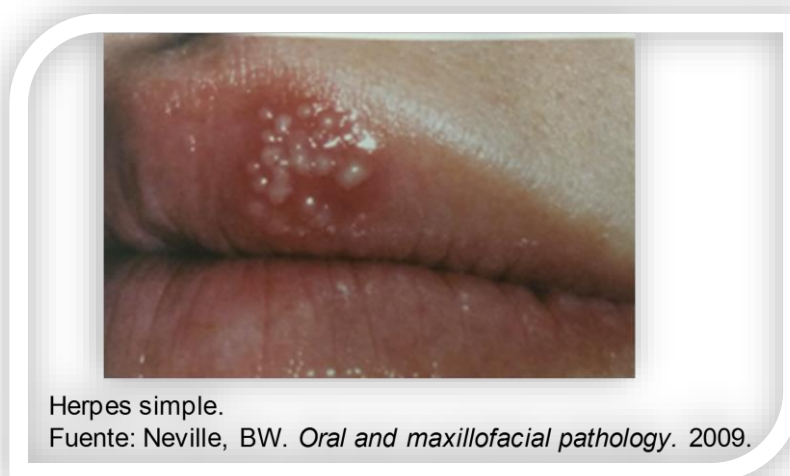


Figura 29. Herpes simple.

**Hiperplasia fibrosa:** Hiperplasia del tejido conjuntivo fibroso que surge como respuesta a una irritación crónica en la que se observa abundante elaboración de colágeno, por lo que semeja tejido cicatrizal. Fig.30 y 31.



Figuras 30 y 31. Hiperplasia fibrosa en lengua y mucosa yugal.



**Hipoplasia del esmalte:** Hipomineralización de uno o varios órganos dentales.

**Lengua Fisurada:** Caracterizada por numerosas fisuras sobre la superficie dorsal de la lengua. Fig.32.



Figura 32. Lengua fisurada.

**Leucoedema:** Acumuló de líquido en las células epiteliales de la mucosa bucal. Fig.33.



Figura 33. Leucoedema.

**Leucoplasia:** Placas blancas en los bordes laterales de la lengua con tendencia a formar pliegues lineales verticales; se encuentra en etapa de latencia en pacientes infectados por el VIH, presentando el epitelio engrosado con una zona superior de células claras (coilocitos), la mayoría las cuales contienen virus de Epstein-Barr.



**Línea Alba:** También llamada hiperqueratosis lineal, observando una línea blanca horizontal a lo largo de la mucosa bucal, a la altura del plano oclusal que en la mayoría de los casos es bilateral. Fig.34.



Figura 34. Línea alba.

**Lipoma:** Neoplasia benigna de células adiposas normales que aparecen como una tumefacción blanda y móvil, generalmente de coloración amarilla.

**Liquen plano:** Enfermedad cutánea frecuente en cavidad oral, manifestándose en forma de lesiones reticulares blancas, placas o lesiones erosivas con gran respuesta de linfocitos T.

**Morsicatum buccarum:** Mucosa mordisqueada. Fig.35.



Figura 35. Morsicatum buccarum





**Mucocele:** Tumefacción tisular formada por moco acumulado tras escapar al tejido conjuntivo a partir de un conducto excretor roto. Fig.36.



Figura 36. Mucocele.

**Nevo:** Lesión congénita de la piel o de las mucosas, benigna, exofítica, habitualmente pigmentada, constituida por acumulo focal de melanocitos. Según su localización se clasifican en intradérmicas (mucosas), de unión o compuestas; existiendo una variante generalmente en paladar duro, denominado nevo azul.

**Papiloma:** Proliferación papilar exofítica benigna del epitelio plano estratificado. Fig.37.



Figura 37. Papiloma en paladar.



**Petequias:** Las petequias en paladar son clásicas de faringoamigdalitis, que se refiere a una infección de la faringe y las amígdalas, mayormente común en niños y adolescentes. Fig.38.



Figura 38. Petequias en paladar.

**Pigmentación fisiológica:** Pequeñas áreas fisiológicas o reactivas de las superficies mucosas de color marrón, causadas por aumento de la producción de gránulos de melanina, pero no en el número de melanocitos.

**Poliposis intestinal:** La presencia de pólipos en el colon y el recto es común en la infancia, la mayoría son benignos y únicos. Cuando son múltiples, debemos sospechar un síndrome de poliposis intestinal. La mayoría de estos síndromes tienen carácter hereditario y asocian a un aumento del riesgo de cáncer de colon. Fig.39.

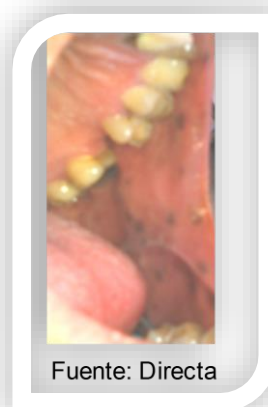


Figura 39. Poliposis intestinal con presencia en boca.



**Síndrome de Down:** Trastorno congénito caracterizado por distintos grados de retraso mental y defectos múltiples. Es la anomalía cromosómica más frecuente que determina un síndrome generalizado; se debe a la existencia de un cromosoma 21 adicional (llamado igualmente trisomía 21). Fig.40.

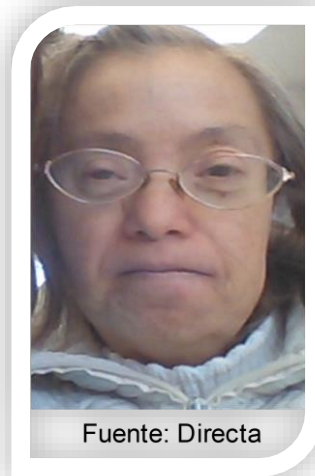


Figura 40. Síndrome de Down.

**Supernumerario:** Órgano dentario extra al número normal de dientes en la cavidad bucal.

**Úlcera Traumática:** Pérdida del epitelio con exposición de tejido conectivo, causada por irritación de un medio externo al tejido. Fig.41.

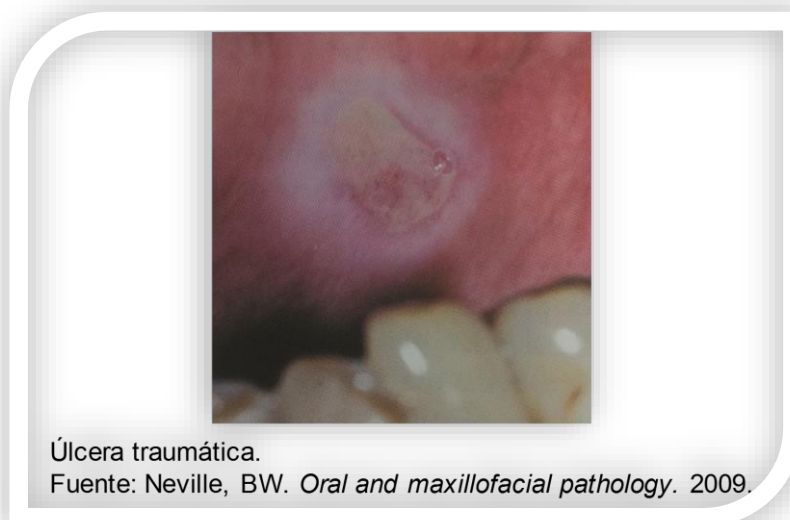


Figura 41. Úlcera traumática.



**Úvula Bífida:** Bifurcación total o parcial de la úvula. Aparece usualmente en el síndrome de Loey-Dietz caracteriza por la tríada de hipertelorismo, paladar hendido o úvula bífida, y aneurismas o tortuosidad arterial. Fig.42.

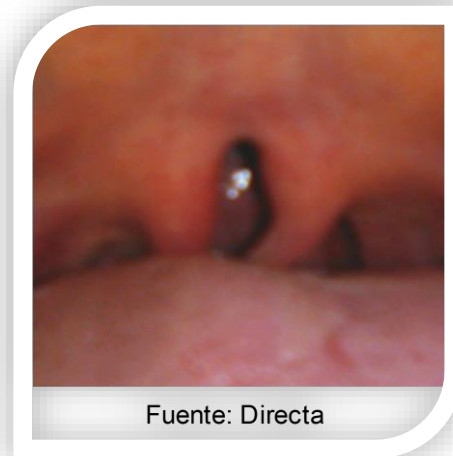


Figura 42. Úvula bífida.

**Varices linguales:** Lesión elevada, blanda de color azul-morado propia de la edad particularmente encontrada en personas de la tercera edad. Fig.43.



Figura 43. Varices linguales.

**Xerostomía:** Falta de la producción normal de saliva.