



8
29.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

"FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA"

"PREVALENCIA DE ALTERACIONES EN LA
MUCOSA ORAL EN PACIENTES QUE ACUDEN
A LAS UMAI DE LA FES ZARAGOZA"

T E S I S

Q U E P R E S E N T A :

ROSA MARIA CHAVARRIA PRIMAVERA

PARA OBTENER EL TITULO DE:

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

DIRECTOR: C.D.P. ROSA DIANA HERNANDEZ PALACIOS.

ASESOR: C.D.P. LETICIA RIVERA TRUJILLO.



MEXICO, D. F.

1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

257676



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 está 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.

Toda Sabiduría viene de Dios
y con él está por siempre.
La arena de los mares, las gotas de la lluvia,
los días de la eternidad ¿Quién los puede contar?
La altura del cielo, la anchura de la tierra,
la profundidad del abismo ¿Quién los alcanzará?
Antes de todo estaba creada la Sabiduría,
la inteligente prudencia desde la eternidad.
A raíz de la sabiduría ¿a quién fue revelada?,
sus recursos, ¿quién los conoció?
Sólo uno hay sabio, en extremo temible,
el que en su trono está sentado
Dios mismo la creó
la vió y la contó
y la dispensó a los que le aman.

Ami familia

**A mis padres
A quién dedico con todo corazón,
Gloriosos y benditos ellos,
por quien eh nacido,
nada soy, y lo que soy a ellos debo.
¿Cómo pagarles lo que conmigo han hecho?
Gracias.**

**A mis hermanos
Con inmensa gratitud pues con su complacencia,
fidelidad, sabiduría y enseñanza,
me ayudan a perseverar
y seguir en el camino.**

Al Honorable Jurado

**El juez sabio adoctrina su pueblo,
Según el juez del pueblo, así serán sus ministros.**

**Con gratitud y respeto por sus ilustres enseñanzas
e instrucciones, por su paciencia y de poder gozar
del privilegio que sean ustedes, quienes conducen
nuestra preparación profesional.**

Índice General

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	Página
Introducción	1
Planteamiento del problema	2
Objetivos	3
Hipótesis	4
Justificación	5
MARCO TEÓRICO	
Capítulo I Antecedentes	6
Panorama mundial de prevalencia de enfermedades en mucosa bucal	
Panorama mundial de cáncer bucal	
Capítulo II Anatomía Normal	12
Características normales de la mucosa bucal	
Capítulo III Procesos patológicos que involucran a la Mucosa Bucal	18
Lesiones elementales de la mucosa bucal	
Capítulo IV Lesiones y Condiciones de la mucosa bucal	23
Leucoedema	24
Condición de Fordyce	26
Queratosis friccional	27
Liquen plano	29
Leucoplasia	31
Candidiasis crónica atrófica	34
Estomatitis nicotínica	36
Pigmentación mélanica racial	38
Nevo pigmentado	39

Úlcera traumática	40
Úlcera recurrente menor	41
Úlcera recurrente mayor	42
Úlceras herpetiformes recurrentes	44
Hiperplasia fibrosa	45
Epulis fisurado	46
Mucocele	47
Papiloma	49
Lengua fisurada	50
Estomatitis geográfica	51
Várices linguales	53
MARCO REFERENCIAL	54
Diseño metodológico	57
Resultados	63
Discusión	86
Conclusiones	92
Cronograma	94
Anexos	95
Bibliografía	110

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de mayor prevalencia que se presentan en la cavidad oral, son caries dental y periodontopatías; sin embargo, la mucosa bucal es sitio frecuente de manifestaciones y alteraciones patológicas locales, caracterizadas por aumentos de volumen, cambios de coloración, ulceraciones, etc., que pueden pasar desapercibidas por el individuo que las presenta, por que algunas de ellas no desarrollan sintomatología en sus primeras fases.

Estas alteraciones son de suma importancia porque de alguna manera, nos reflejan el estado de salud general del individuo, y no sólo de cavidad bucal, sino también de padecimientos sistémicos como la Tuberculosis, Sífilis, Diabetes mellitus, Cáncer y SIDA, entre otras; que en la última década son temas de gran impacto dentro del medio estomatológico. Desafortunadamente, en la práctica profesional tanto institucional como privada, no se ha logrado establecer un sistema de diagnóstico integral para la detección de entidades patológicas en cavidad bucal; puesto que la revisión bucal esta enfocada básicamente a dientes y periodonto, dejando a un lado otras zonas que comprende la cavidad bucal que también son de suma importancia para un diagnóstico completo del individuo. Lo anterior también pudiera deberse a que durante la formación del estomatólogo se da poca importancia a este aspecto, en donde no se maneja adecuadamente el diagnóstico, entendido este como el procedimiento integrador racional, sistematizado y objetivo que se aplica en el método clínico y epidemiológico.

El panorama de morbilidad en México no es conocido con exactitud actualmente, ésto responde a que tanto en Latinoamérica como en nuestro país, son pocos los estudios que se han realizado; como el Díaz G.M. en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM) en 1993; el de Castellanos J.L. en la escuela de Odontología de la Universidad del Bajío en 1991; además estos estudios sólo reflejan la problemática específica de esas zonas por lo que el propósito de la siguiente investigación, es colaborar en la conformación del perfil patológico, en México a través de

la determinación de un estudio epidemiológico sobre la prevalencia de alteraciones en la mucosa bucal de la población, de ambos sexos de 3 a 75 y más años de edad, que acude a las Unidades Multidisciplinarias de Atención Integral (UMAI) Estado de México, Zaragoza y los Reyes para atención estomatológica. Esta investigación es de tipo descriptiva y estos resultados representaran una primera aproximación de la magnitud del problema.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México existen hasta la fecha pocos estudios confiables de prevalencia que nos den un perfil patológico sobre morbilidad oral en la población, se han realizado algunos estudios sobre prevalencia de caries y enfermedad periodontal; sin embargo, no se cuenta hasta la fecha con algún estudio en relación a las alteraciones de la mucosa bucal y menos aún en el área de influencia de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES Z).

Por lo anterior se considera necesario conocer las entidades patológicas y no patológicas que se presentan con mayor frecuencia en la mucosa bucal de la población de ambos sexos infantil y adulta, que asiste a las UMAI de la FES ZARAGOZA la cual es una población controlada, que facilita la investigación; esto permitirá obtener un panorama epidemiológico para priorizar las acciones de salud bucal en esta área.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las alteraciones que con mayor frecuencia se presentan en la mucosa bucal de la población de 3 a 75 y más años de edad, de ambos sexos que acude a las UMAI de la FES Zaragoza a atención estomatológica en el período escolar 95-2.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar las entidades que con mayor frecuencia se presentan en la mucosa bucal, de acuerdo a los estudios ya realizados.
2. Elaborar una cédula de captación de datos, para el registro de lesiones en mucosa bucal.
3. Caracterizar cada una de las lesiones que se presentan con mayor frecuencia en la mucosa bucal.
4. Unificar los criterios para el diagnóstico de lesiones bucales.
5. Aplicar el método de exploración o revisión sistematizada de la cavidad oral.
6. Registrar las entidades que se presentan con mayor frecuencia en la población.
7. Presentar los resultados obtenidos.

HIPÓTESIS

**LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADULTA DE AMBOS SEXOS QUE ACUDEN A LAS
UMAI EDO. DE MÉXICO, REYES Y ZARAGOZA PRESENTAN UNA ALTA
PREVALENCIA DE ALTERACIONES EN MUCOSA BUCAL.**

Las enfermedades de la mucosa bucal son particularmente importantes porque se presentan frecuentemente en la población y son poco conocidas tanto por su naturaleza como por su distribución. El Cirujano Dentista en su práctica profesional relega a un segundo término las actividades de diagnóstico y básicamente efectúa tratamiento curativos y mutilatorios, de aquí el interés por reforzar el aspecto de diagnóstico en patología bucal.

En relación a los estudios realizados para el diagnóstico de alteraciones en mucosa bucal, es necesario mencionar que en varios países se han realizado investigaciones epidemiológicas, tal es el caso de Axell quien en una población Sueca (1976) reportó una alta prevalencia para las lesiones de la mucosa oral, estos resultados difieren de los encontrados en otras partes del mundo (Filadelfia, Nueva Guinea, Americanos y Sudamericanos) (2) y pueden presentar una verdadera diferencia en la prevalencia o diferencias por interpretación diagnóstica o clasificación de enfermedades.

En México la situación epidemiológica bucal de la población, se conoce parcialmente debido a los escasos estudios que se han realizado. Particularmente en la FES Zaragoza, se considera la necesidad de realizar una investigación para dar a conocer las alteraciones de la mucosa bucal más frecuentes que se presentan en la población de ambos sexos de 3 a 75 y más años de edad que acude a las UMAI (Zaragoza, Reyes y Estado de México), permitiendo establecer bases para la realización o modificación de programas educativos y de servicio, que permitan al alumno o profesional en estomatología aumentar sus conocimientos y procedimientos para la detección de lesiones en la cavidad oral, pero sobre todo en aquellas que pudieran poner en peligro la vida de nuestros pacientes, aplicando oportunamente un tratamiento adecuado.

De esta manera se facilitará la formación de profesionales capaces de brindar una atención estomatológica integral a la población.

Capítulo I

ANTECEDENTES

Se han realizado estudios de prevalencia de alteraciones de la mucosa oral, en varias partes del mundo y en México, pero éstos han sido poco extensos y representativos sólo de pequeñas poblaciones.

Por otra parte, se han efectuado también estudios que de alguna manera presentan sesgos para poder hablar de la representatividad de la población, como es el caso de estudios en los negros americanos o en indios sudamericanos, así como también estudios epidemiológicos de segmentos de una población general fácilmente accesibles, como trabajadores industriales o personal militar, etc.

Es del consenso general que uno de los estudios más extensos y mejor controlado hasta la fecha sobre la prevalencia de alteraciones de la mucosa bucal es el realizado por Axell (1976) en una población de suecos adultos mayores de 15 años de edad en ambos sexos en un total de 20,333 individuos, en donde se observa un alto porcentaje para la condición de Fordyce (82.80%), el leucoedema (48.89) y estomatitis por prótesis (16.02%), datos de suma importancia para el perfil de morbilidad oral de dicha población. (1)

En un estudio realizado por Mc Carthy (25) sobre 4728 pacientes con enfermedades bucales había 268 casos de carcinoma bucal, 139 casos de lengua geográfica y 107 casos de lengua fisurada.

Bouquot J. (1986) en E.U (7) en americanos de raza blanca, reportó que más del 10% de esta población tenía por lo menos una lesión oral y que las 30 lesiones más frecuentes correspondieron al 93% de todas las lesiones reportadas en una población de 23,616 adultos, además encontró que la lesión más frecuente fué con orden de importancia la leucoplasia

(29.1%), torus (27.6%), inflamación o irritación (17.3%), fibroma irritativo (11.9%) y gránulos de Fordyce (9.4%).

Asimismo, Halperin y Cols. en 1953(17) revisaron 2478 pacientes y observaron una prevalencia de gránulos de Fordyce de 82.49% lengua fisurada (5.14%). Kolas y cols. (5) en 1953 encontraron una prevalencia para el torus palatino de 20.9% y de torus mandibular de 7.75% en 2478 pacientes.

En México se han realizado algunos estudios epidemiológicos entre los que destaca el de:

Ramírez V. y cols. (31), quienes realizaron un estudio en la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco de 812 individuos adultos mayores de 34 años de ambos sexos, en el cual establecieron la prevalencia de veintidos entidades nosológicas de la mucosa oral, siendo la pigmentación melánica (33.5%), la condición de Fordyce (31.5%), las manchas blancas (24.5%) y aumentos tisulares (11.8%) los que se observaron con mayor frecuencia.

Díaz G.L. y Castellanos J.C. (11) realizaron un estudio en la Universidad del Bajío (1982-1989). En una evaluación de 7297 pacientes registraron 40 entidades distintas en mucosa oral, encontraron para la queratosis irritacional un 2.37%, úlcera traumática en un 1.81%, candidiasis crónica atrófica en 1.62%, hiperplasia fibrosa 1.43%, leucoedema 0.97% y herpes labial en un 0.77%.

Quezada D. y Cols (17) En la Facultad de Odontología revisaron 1929 pacientes y observaron un total de 6200 alteraciones, encontraron como lesiones más frecuentes la queratosis friccional en un 22.08%, hiperplasia fibrosa 8.81%, la úlcera traumática 7.56% y las condiciones de mayor prevalencia como la melanosis racial en un 50.95%, los gránulos de Fordyce en un 44.89% y torus palatino en un 36.02%.

Díaz G.M. (12) en un estudio realizado en la UAEM, en 500 pacientes mayores de 18 años identificó 50 lesiones, encontrando entre los primeros sitios a la hiperqueratosis irritacional en un 20.2%, lesión roja traumática en un 11.4%, úlcera traumática en un 3.6%, pigmentación melánica en un 10.6%, fibroma en un 8.0% y el hemangioma en un 5.6%.

Sedano H. (21) (1989) en una revisión de 32,022 niños mexicanos en varios estados de la República Mexicana como Torreón, Zacatecas, Jalisco, Nuevo León, San Luis Potosí y Oaxaca; encontró que la prevalencia de los gránulos de Fordyce correspondió al 1.2%, además de que la lengua bifida se presentó en 1 de cada 187 niños examinados, a pesar de su alta prevalencia, se reporta por primera vez en la literatura; así mismo la lengua fisurada con 15.7% demostró una diferencia estadística importante entre los niños y niñas, siendo más frecuente para los varones.

Ovalle Castro JW. (21) en 1988 realizó una revisión de informes quirúrgicos de cabeza y cuello en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital General Manuel Gea González. En dicho estudio se resalta que de 21,131 biopsias, 969 correspondieron al estudio de cabeza y cavidad oral. Observando que el fibroma fue la lesión más frecuente y para las lesiones malignas el Carcinoma epidermoide fue la lesión más frecuente, con una relación hombre-mujer de 3:1.

El cáncer de cavidad oral abarca un alto porcentaje de todos los casos de cáncer en el cuerpo humano, cifra que varía según el país de que se trate.

Se estima que en casi todo el mundo se ha incrementado fuertemente la mortalidad por cáncer. A través de los años, la tasa aumentó un 50% encontrándose entre las tres primeras causas de muerte en los países desarrollados. (37)

El cáncer de mucosa oral se ubica en el segundo lugar de frecuencia entre los cánceres de cabeza y cuello después del de piel y corresponde al 10% de ellos en la mayoría de los países occidentales. (3)

El cáncer oral es el octavo tipo más común de cáncer en los E.U. y Europa. En la India y SriLanka ocupa el primer sitio, correspondiendo al 40% de todos los cánceres. (44)

Los estudios epidemiológicos realizados en todo el mundo aseveran que el cáncer oral es más frecuente en hombres que en mujeres en una relación de 2.1, en edades por arriba de la cuarta edad (45 a los 70 años). (3)

Aproximadamente el 90% de las metástasis bucales aparecen en ambos maxilares, el 72% en la mandíbula y el 18% en el maxilar superior casi el 9% la metástasis están ubicadas en los tejidos blandos. (47)

Los estudios de la American Cancer Society (47) indican que en 1977 se produjeron 24,000 nuevos casos y aproximadamente 8,500 muertos por cáncer bucal. Las cifras correspondientes a la década de los 50 estaban alrededor de 15,000 nuevos casos y 6000 muertes por año.

El número de diagnósticos en cáncer oral en los Estados Unidos aumentan cada año, en 1989 se reportaron 31,000 casos. Desafortunadamente, sólo el 50% sobreviven a su enfermedad. Durante los doce años pasados no se ha presentado cambios en edad (promedio 63) sexo (hombres supera a mujeres dos a uno) o localización (lengua es más frecuente). (39)

Se menciona además que más de un millón de carcinomas en todas las localizaciones (excluyendo el carcinoma espinocelular en piel), serán diagnosticados en los Estados Unidos en 1990 (39).

Para 1991 en Estados Unidos (10) el cáncer de boca y laringe ocurre en 40,000 individuos, resultando en aproximadamente 13,000 muertes; del 50% al 70% de estas muertes son asociadas al tabaquismo.

En México, de acuerdo a De la Loza (31), el cáncer ocupa el sexto lugar entre las causas de muerte con 20,000 defunciones anuales la mortalidad es mayor en mujeres (42 por 100,000) que en hombres (30 por 100,000). Los tipos de tumores, más frecuentes correspondieron a los del útero (16%), estómago (14%) y tráquea, bronquios y pulmón (8%).

En 1971 las estadísticas indican que anualmente mueren en México 20,000 individuos por Cáncer, la mortalidad por Cáncer de boca y faringe fue de 0.94 por 100,000 habitantes hombres y 0.59 por 100,000 habitantes mujeres en el país. (37)

De acuerdo a Pérez Tamayo (31) en los últimos 50 años la tasa de mortalidad por neoplasias malignas ascendió en México de 14 a 37.5 por 100,000 habitantes, que ocasionan el 5% de las muertes. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que un gran número de defunciones por neoplasia puede pasar desapercibido debido a la falta de certificación médica. Según informes publicados por la Secretaría de Programación y Presupuesto, en 1975 y 1976 fueron registradas 21,674 y 22,635 defunciones anuales por tumores malignos respectivamente. Se encontró que en el grupo de edad de 50-64 años, los tumores malignos ocuparon el segundo

lugar de importancia y en la población de 64 años y más los tumores malignos ocuparon el tercer lugar.

El Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional (31) en donde se encontró de acuerdo a Olper, que el cáncer bucal ocupa el 12vo. lugar (1.7%) de todas las localizaciones; correspondientes el 7mo. lugar en hombres (4.3%) y el 13vo. en mujeres (0.7%) en un estudio de 33,328 casos comprendidos desde 1960 hasta 1975.

Según el último reporte del Registro Nacional de Cancerología(16) y la Dirección General de Enfermedades de S.A. (1982-1988) los tumores malignos de boca, encía y glándulas salivales ocuparon del 14vo al 18vo. lugar dentro de las principales localizaciones anatómicas en el cuerpo humano.

Aunque no se cuenta con estadísticas nacionales, en el Instituto Nacional de Cancerología de México, D.F.(27) se observaron de enero de 1986 a diciembre de 1991, 17,355 pacientes con cáncer en diferentes localizaciones; de éstos 270 (1.5%) lo presentaron en la cavidad bucal y más del 90% tenían historia de tabaquismo con más de 10 años duración (especialmente la población masculina).

El último registro anual del Distrito Federal fue de 400 nuevos casos de cáncer oral, y el incremento de casos por cada año es del 30%. (19)

Capítulo II

ANATOMÍA NORMAL

La mucosa bucal se presenta al estomatólogo como la estructura de más fácil acceso para su visualización y estudio. De aquí la importancia de conocer las características clínicas normales de labios, mejillas, lengua, paladar duro, blando y encías. Y así proporcionar adecuadamente una atención integral al paciente contribuyendo con oportunidad a la prevención de las enfermedades.

De manera que, examinaremos primero estas estructuras de la mucosa bucal para después introducirnos en los procesos patológicos que la involucran.

La mucosa bucal, revestimiento de esa cavidad, tapiza su interior continuándose a nivel del orificio bucal con la semimucosa de los labios, que la separa de la piel, y a nivel de las fauces, con la mucosa faríngea. Presenta características clínicas particulares en sus distintos sectores.

En general, aparece como una superficie húmeda, de color rosado de intensidad variable según la zona, en sectores móvil y en otros fija, lisa, plegada, rugosa o cubierta de papilas según la región, en gran parte sembrada de orificios de las glándulas salivales menores.

La mucosa bucal puede ser dividida en áreas, correspondiendo a la configuración anatómica de los maxilares y su musculatura asociada. Estas áreas son: la encía o gingiva, mucosa yugal, y de los surcos vestibulares, mucosa labial, lengua, piso de boca, paladar duro y paladar blando.

ENCÍA (GINGIVA).

La gingiva o encía es el tejido que rodea al diente y cubre el hueso alveolar. El tejido gingival está fuertemente adherido al periostio del hueso alveolar que cubre la porción radicular de los dientes. El tejido gingival ocupa los espacios interproximales, entre las piezas dentarias y no son normalmente vistos cuando están alineados en la arcada dentaria.

La porción de la gingiva que se extiende mas allá del hueso alveolar y se adhiere al diente es llamada encía marginal o margen gingival libre, porque no está relativamente soportada por tejido duro y forma una banda continua en la unión corono-radicular de los dientes. El tejido gingival se une a la superficie dentaria justo por debajo del margen gingival, de tal manera que el surco gingival o crévice gingival, de 1 a 2 mm de profundidad, se encuentra normalmente por debajo del margen gingival. La naturaleza exacta de la adherencia gingival al diente aún no ha sido establecida, pero su unión es firme, la superficie del margen gingival es lisa; la de la encía adherente es graneada. El tejido gingival es normalmente de un color rosa pálido.

Más allá de la encía, y separada por una demarcación clara, se encuentra la mucosa alveolar. La línea de demarcación es llamada unión. Unión muco-gingival; la mucosa alveolar, más allá de esta unión se encuentra libre, como un tejido delicado, no unido al hueso subyacente. La mucosa alveolar en sus aspectos externos o bucales se continúa con la mucosa del labio y del carrillo, y el vestíbulo bucal se forma cuando estos dos sectores confluyen. Esta zona es conocida como pliegue mucovestibular, o vestíbulo de la boca.

MUCOSA YUGAL Y LABIAL.

La mucosa yugal es la mucosa del carrillo; cubre el músculo buccinador. Esta mucosa se mueve libremente y descansa sobre tejido conectivo laxo y tejido adiposo, como la musculatura,

la mucosa yugal es de color rosa pálido y de textura suave. Por lo general, un puente o pliegue de tejido aparece a lo largo de la línea oclusal de los dientes; ésta es la respuesta del tejido a una estimulación constante hecha por los dientes durante la masticación. Este pliegue puede ser de color blanco grisáceo y confundirse, a veces, con lesiones blancas de la mucosa bucal. Por encima de la línea oclusal, y en la parte posterior de la mucosa yugal opuesta a los molares del maxilar superior, se encuentra la papila de la salida del conducto excretor de la parótida (conducto de Stenon). Esta estructura bilateral es normalmente de apariencia grande y al hallarse inflamada puede simular un tumor, en el sector anterior la mucosa bucal converge con la mucosa labial, que cubre la musculatura del labio. Esta es una unión mucocutánea, y las superficies de la mucosa y de la piel están separadas por la semimucosa del labio. Cuando los labios están ocluidos, el área corresponde a la piel.

Hacia el sector posterior, la mucosa yugal converge en el área tonsilar o amígdala.(25)

La mucosa del labio, observable por eversión de los mismos, muestra una superficie lisa, húmeda, brillante y rosada, en la que por palpación, y a veces a simple vista, se percibe una sensación o un aspecto nodular correspondiente a las glándulas salivales menores de la submucosa. En la línea media y a la altura de caninos y premolares los frenillos labiales se extienden del labio a la región gingival. La mucosa yugal, también rosada y lisa, suele mostrar una línea más blanquecina y saliente, extendida en sentido anteroposterior desde la región retrocomisural hasta el relieve del ligamento pterigomandibular, es la línea blanca o "línea alba bucalis", coincidente con la línea de oclusión y aparece más o menos marcada según los individuos, el trauma masticatorio y la presencia de edema yugal. (6)

LENGUA

La lengua es un órgano altamente especializado, con numerosas funciones: el gusto, el habla, la masticación y la sensación, por mencionar solo las más importantes. La mucosa lingual cubre un sistema muscular muy complejo y debe adaptarse constantemente a estímulos irritativos de la naturaleza variable.

La mucosa que cubre la superficie dorsal es de textura áspera y está compuesta por un gran número de diminutas papilas. El número mayor las papilas linguales está formado por las papilas filiformes que son de aspecto pequeño y puntiforme, dando a la lengua una textura semejante a la lima. Distribuidas entre estas se encuentran otras papilas de aspecto fungiforme y de tamaño grande, de color más rojizo. En el borde posterior del dorso lingual se encuentran las papilas caliciformes, distribuidas configurando una V, con su vértice orientado hacia la orofaringe. Son aproximadamente 8 a la 10 papilas distribuidas en dos líneas diagonales.

En la porción posterior del borde lateral de la lengua se encuentran las papilas foliadas, de color rojo que son masas blandas de tejido linfoide de forma irregular. La mucosa de la superficie ventral de la lengua es suave y delicada, sin estructuras papilares. La mucosa ventral confluye con la mucosa del piso de la boca; el frenillo lingual se extiende desde la superficie ventral de la lengua hasta el piso de la boca.

PISO DE BOCA.

La mucosa es muy fina y deslizable y recubre en este sector a las glándulas sublinguales y a los músculos milohioideo y geniohioideo. Es una área relativamente pequeña, anterior a la inserción de la lengua y a los molares inferiores. En la zona anterior de la mucosa del piso de la boca se une a la porción lingual de la gingiva mandibular. Por delante de la inserción del frenillo lingual se hallan dos elevaciones en forma diagonal, encontrándose en la línea media, configurando una V de vértice anterior. a lo largo de estas elevaciones o carúnculas sublinguales se abren numerosas conductos sublinguales excretores de las glándulas sublinguales.

PALADAR DURO.

La mucosa del paladar duro cubre la estructura ósea palatina y está firmemente unida al tejido conectivo subyacente, aunque es posible un pequeño desplazamiento del tejido mucoso.

Numerosas glándulas mucosas descansan bajo la mucosa palatina, y sus conductos aparecen en gran número en la superficie palatina como pequeños poros.(25)

De adelante hacia atrás y en la línea media se observa la papila incisiva y el rafe medio con numerosos pliegues de tejido firme llamadas "rugos palatinas" a ambos lados de su tercio anterior.

PALADAR BLANDO.

El paladar blando es la mucosa palatina posterior a la estructura ósea del paladar. Tiene una movilidad mayor que el paladar duro, y de la demarcación entre uno y otro es fácilmente observable en una persona con la boca abierta, exponiendo su garganta. Con esta acción el paladar blando converge en la úvula.

Tiene una mucosa delgada, lisa, más rosada y no queratinizada, con numerosas glándulas salivales menores. Entre el borde inferior del velo, la base de la lengua y los pilares anteriores del velo se circunscribe el istmo de las fauces que limita la cavidad bucal y la comunica con la faringe. Por detrás, los pilares posteriores delimitan la fosa amigdalina.(6)

ÁREA AMIGDALINA (Istmo de las fauces).

Las amígdalas palatinas son bilaterales y descansan en espacios que continúan al paladar blando en su sector inferior. Estos espacios están formados hacia adelante por el arco

glosopalatino y por detrás por el arco faringo palatino. Los espacios amigdalinos y el área entre ellos, son también llamados istmo de las fauces. Los arcos glosopalatino y faringopalatino se designan pilares anteriores y posteriores de las fauces. El piso está representado por el dorso de la porción posterior de la lengua.

Las amígdalas están formadas por tejido linfóide, son blandas y tienen una superficie papilar de color rojo a rosado oscuro.

OROFARINGE.

Más allá de los pilares posteriores de las fauces se halla la orofaringe, que parte de la faringe descansando entre la nasofaringe y la porción laríngea; se extiende desde el paladar blando hasta la altura del hueso hioides.

La mucosa orofaríngea cubre los músculos de la faringe y muy frecuentemente contiene acúmulos de tejido linfóide de manera que el color de la mucosa faríngea es rosado, con áreas dispersas rojizas.(25)

LIQUEN PLANO (Dermatosis)

El líquen plano es una enfermedad mucocutánea, donde se debe tener como dato importante para el diagnóstico el que frecuentemente las lesiones orales acompañan o preceden a las lesiones dérmicas.

Hasta ahora no se conoce la etiología del líquen plano, pero es importante mencionar que se ha observado en pacientes nerviosos o tensos; los cuales sufren con frecuencia periodos de remisión seguidos por exacerbaciones que corresponden a lapsos de malestar emocional, exceso de trabajo, ansiedad o algunas otras formas de tensión emocional (stress). También se le ha atribuido un posible factor inmunitario. (18,34,38)

Cabe mencionar que el líquen plano afecta preferentemente a los adultos (un poco más en mujeres que en hombres) sin embargo se han reportado algunos casos en niños.

Las manifestaciones del líquen plano en boca son muy variables, de las cuales la más frecuente es la forma reticular, que presenta un aspecto clínico diferente al que se presenta en piel, y se caracteriza por presentar múltiples líneas blancas, interconectadas (estrias de Wickhan) y ubicadas bilateralmente en la mucosa vestibular; también pueden observarse estrias en la lengua y con menor frecuencia en encía y labios, sin embargo, puede manifestarse en cualquier mucosa.

El líquen plano en forma de placa es similar a la leucoplasia de distribución multifocal, y es general una lesión blanca de superficie lisa o ligeramente irregular, localizada principalmente en lengua y mucosa vestibular.

Otro tipo, es la forma erosiva que se presenta como áreas eritematosas, brillantes, de tamaño y forma irregular, son dolorosas y pueden sangrar fácilmente. A pesar de la erosión de la mucosa, se observan cuidadosamente, finas estrias radiantes en la periferia del sitio de erosión. (18,34)

También en el liquen plano existe la forma atrófica, que puede presentarse en conjunto con las variantes reticular o erosiva. Aparecen como áreas mal definidas, lisas, de color rojo, en las que se observan estrias queratósicas que irradian hacia la periferia; se localiza con frecuencia en la encía insertada donde anteriormente se le conocía como gingivitis descamativa. Las lesiones gingivales se distribuyen en parches simétricos sobre los cuatro cuadrantes, donde la encía lingual es afectada con menos frecuencia; siendo casi siempre dolorosa y con ardor en el área de la lesión.

La forma menos común es la variante ampollar, donde se encuentran vesículas cuyo tamaño varía de unos milímetros a varios centímetros de diámetro, los cuales son de corta duración que al romperse dejan una úlcera dolorosa.

Es extremadamente difícil hacer el diagnóstico por el aspecto clínico de las lesiones, pero si se observan con cuidado presentan estrias queratósicas.(18,34,38)

Las variantes del liquen plano pueden confundirse con otras lesiones blancas, entre ellas la forma reticular se separa con facilidad de estas lesiones, pero es más probable aún que se puedan confundir las que tienen forma de placa con leucoplasia, candidiasis y lupus eritematoso. Aunque puede requerirse de una biopsia para establecer el diagnóstico definitivo, las características clínicas de estas diversas enfermedades son suficientes para diferenciar una de otra.

LEUCOPLASIA

"Leucoplasia" es un término clínico que significa mancha o placa blanca en la mucosa bucal, que no se desprende al raspado y no puede ser caracterizada clínica o patológicamente como otra entidad (por lo tanto excluye específicamente todas las otras entidades definidas que también se manifiestan como entidades blancas, como liquen plano, nevo esponjoso blanco, candidiasis, leucoedema, quemaduras químicas, que al ser descartadas estas necesariamente se clasificará como leucoplasia). (34,38)

La importancia clínica de la leucoplasia se justifica por varios autores, quienes han encontrado que un porcentaje variable de estas lesiones presenta cambios malignos. Así también, es fundamental mencionar que las lesiones premalignas no siempre son blancas (como leucoplasia moteada o eritroplasia) y que las leucoplasias persistentes por lo general no siempre son premalignas, pero deben considerarse de acuerdo a su comportamiento y localización, independientemente de los cambios tisulares presentes; ya que por ejemplo una leucoplasia en piso de boca tiene una alta transformación maligna. (31,34)

Muchas leucoplasias se relacionan con su etiología con el consumo de tabaco en cualquiera de sus formas y puede remitir después de que se suspende su consumo; sin embargo, el punto de irreversibilidad no puede definirse en términos de duración del consumo de tabaco, formas de consumo o presentación clínica. Además hay otros factores que intervienen en la etiología de la lesión, por ejemplo es frecuente encontrar lesiones causadas por traumatismos (hiperqueratosis local), como las producidas por prótesis mal ajustadas. En algunas poblaciones, se considera importante la presencia de lesiones relacionadas con deficiencias nutricionales en especial, anemia por falta de hierro y deficiencia vitamínica, alcohol y trastornos endócrinos.

Se presenta preferentemente en varones y es observable principalmente en edades medianas y avanzadas. (18,34,38)

Las lesiones de leucoplasia bucal varían notablemente en tamaño, localización y aspecto clínico.

Aunque se encuentran placas leucoplásicas en cualquier sector de la cavidad bucal, se notaron algunos sitios de predilección empezando por la mucosa vestibular y mandibular, lengua, labios, paladar duro y blando, piso de boca y encía.

La extensión de las lesiones varía de pequeñas placas irregulares bien localizadas a lesiones difusas que cubren una porción considerable de la mucosa bucal.

Al examen clínico, las placas leucoplásicas varían desde una simple lesión vaga y blanquecina no palpable sobre una base de tejido de apariencia normal, hasta una blanca, engrosada, con aspecto de cuero, fisurada, papilomatosa e indurada. (34,38)

En algunas leucoplasias pueden observarse zonas rojas, en estos casos se denomina "leucoplasia moteada". A la palpación del área puede ser suave, lisa o de textura granular fina, o bien rugosa, nodular e indurada.

Una forma de leucoplasia idiopática, denominada leucoplasia simple, presenta algunas características que pueden distinguirla de las leucoplasias en los fumadores, como estrías, fisuras o rugosidad en la superficie, bordes bien definidos y ausencia de induración.

De manera reciente comenzó a considerarse la leucoplasia verrugosa proliferativa como una entidad separada, que se inicia como queratosis simple y con el tiempo se transforma en verrugosa, además es persistente, multifocal, recurrente y con frecuencia se maligniza.(34)

Desde el punto de vista clínico, el liquen plano es probablemente la lesión más importante a considerar en el diagnóstico diferencial de leucoplasia; aunque más, de las veces es posible identificar las lesiones de liquen plano por sus características clínicas.(38)

La variedad de lesiones que se presentan en la clínica como placas blancas disminuye de manera importante al raspar la superficie de la lesión con un instrumento o una gasa, si la lesión no se desprende pueden descartarse muchos de los trastornos que se caracterizan por la formación de una pseudomembrana, y por lo tanto, deben considerarse lesiones como queratosis traumática, quemaduras químicas, hiperplasia verrugosa, carcinoma verrugoso, lupus eritematoso y nevo esponjoso blanco. (34,38)

Muchos casos de leucoplasia no pueden ser diferenciados de otras lesiones bucales blancas específicas sin la biopsia, no se debe dudar en establecer el diagnóstico por este medio.

El paso inicial en el tratamiento consiste en la identificación de las causas, y eliminación de todo factor irritante identificable, corregir prótesis sobreextendidas o inadecuadas, restauraciones en mal estado, suspender hábitos como el consumo de alcohol y tabaco.

Las lesiones relativamente pequeñas pueden ser totalmente extirpadas o cauterizadas aunque siempre hay que tener en cuenta la posibilidad de "cancerización del campo". Cuando las lesiones son muy extensas pueden necesitarse varias biopsias en las que debe incluirse las zonas sospechosas de malignización, como regiones enrojecidas, ulceradas o induradas. Si hay cambios atípicos y displásicos del epitelio, deben indicarse exámenes periódicos y cuidadosos, pero si se encuentran elementos displásicos, es obligatorio eliminar las lesiones mediante procedimientos quirúrgicos como desbridación, criocirugía, electrodesecación o cirugía con láser. (34,38)

CANDIDIASIS CRÓNICA ATRÓFICA

La candidiasis es una enfermedad causada por infección superficial de un hongo levaduriforme: candida (*Mónilia*) albicans.(20)

La candidiasis, es producida por *Candida albicans* y otras especies relacionadas como *C. parapsilosis* *C. tropicalis*. En la mayoría de las personas sanas *C. albicans* es un microorganismo comensal de la cavidad bucal su transformación patógeno se relaciona con factores predisponentes locales o sistémicos como: alteraciones endócrinas, cáncer avanzado, antibioticoterapia y quimioterapia o inmunosupresión.

La candida es oportunista y causa una infección evidente.(34)

Esta enfermedad se conoce como ulceración bucal prótesis y muy frecuentemente ocurre en ancianos que utilizan prótesis totales, presentándose aún mas en mujeres que en hombres. Los factores que contribuyen a esta enfermedad incluyen el traumatismo crónico de baja intensidad producido por una prótesis mal ajustada, la relación oclusal no ideal y el no quitar la prótesis durante la noche. Se presenta con más frecuencia en el paladar que en el proceso alveolar mandibular, la forma que adquiere depende del aparato que cubre a la mucosa y es una superficie roja, brillante, en ocasiones aterciopelada o granular que tiene poca queratinización.

En los casos graves pueden observarse vesículas confluyentes y erosiones acompañada de queilitis angular. Esta alteración tiene mayor prevalencia en sujetos que presentan pliegues profundos en las comisuras secundarios al cierre excesivo de la boca , en estos casos se acumula saliva en los pliegues cutáneos de las comisuras labiales, en los que se forman colonias de hongos. Las lesiones se fisuran, erosionan y encostran, lo que produce dolor de intensidad moderada.(34)

La candidiasis crónica atrófica debe distinguirse de una verdadera reacción alérgica a la resina de la base de la prótesis (que es rarísima). Y a la falta de respuesta del tratamiento antimicótico debe realizarse una biopsia y la consideración de otras enfermedades posibles en el diagnóstico diferencial.(18)

El tratamiento para esta enfermedad, es la aplicación tópica de nistatina en crema sobre los tejidos afectados y en el aparato para prolongar el contacto y eliminar el hongo del mismo, logrando así la rápida resolución del eritema , seguida por el rebasado o la construcción de una prótesis nueva.

ESTOMATITIS NICOTÍNICA (Paladar del fumador)

La estomatitis nicotínica es una forma de queratosis relacionada con el tabaco ya que los trastornos que ocurren con mayor frecuencia en la boca sólo se presentan en individuos fumadores, ya sea de cigarrillo o pipa. La gravedad de la lesión es directamente proporcional a la intensidad del consumo de tal manera que puede apreciarse la importancia del efecto superficial del humo cuando se cubre el paladar duro con una prótesis móvil, pues la mucosa que se localiza debajo del dispositivo no presenta alteraciones y se encuentra hiperqueratosis en las zonas expuestas. Debido a que es típica de fumadores esta alteración predomina en varones, en edad mediana y avanzada.

La acción inicial de la mucosa palatina es un eritema (enrojecimiento e inflamación). A medida que pasa el tiempo se produce queratinización gradual de la misma; pronto este presenta un aspecto nodular o multinodular, engrosado, blanco o grisáceo, difuso con un punto rojo en el centro de cada pequeño nódulo que representa el orificio dilatado, a veces parcialmente ocluido de un conducto de la glándula palatina accesoria, presentándose casi siempre en la parte posterior del paladar duro y la anterior del blando. En los casos graves pueden encontrarse surcos y grietas que dan una apariencia rugosa y de superficie irregular. Muchos investigadores consideran a esta una simple variante de la leucoplasia. (18, 34,38)

En el diagnóstico diferencial de la estomatitis la restricción de las pápulas umbilicadas del paladar en los fumadores de pipa es característica nicotínica. Las pápulas queratósicas orales también pueden verse en la queratosis folicular (Enfermedad de Darier-White), también debe diferenciarse de la papilomatosis (hiperplasia papilar) en que las pápulas de la primera son usualmente focales con una membrana mucosa de apariencia clínica normal, además que la hiperplasia papilar no es queratósica y no exhibe una zona central deprimida.(18)

En raras ocasiones se maligniza a excepción de los individuos que acostumbran "fumar al revés" (hábito en la India) y se intensifica el efecto carcinógeno del calor y el humo que sube al paladar, lo que aumenta de manera considerable el riesgo de cáncer.

En el tratamiento la presencia de estomatitis nicotínica constituye una indicación de que el paciente emplea tabaco a nivel tóxico para su mucosa. Aún cuando no se asocian malignizaciones con este cambio mucoso puede que el paciente manifieste placas leucoqueratósicas en otras ubicaciones de la mucosa. Por lo tanto el hábito debe eliminarse o restringirse muchísimo, y debido a que es alteración de naturaleza benigna que posee un riesgo mínimo de que se transforme en carcinoma del paladar. En algunos casos la lesión remite al suspenderse el consumo del tabaco. Además debe reconocerse que la intensidad de consumo de tabaco necesaria para producir estomatitis nicotínica causa efectos similares en el aparato respiratorio por lo que aumenta de modo importante el riesgo de cáncer en estas regiones. Por esto la estomatitis nicotínica debe considerarse como un indicador potencial de alteraciones epiteliales importantes en otros sitios. (18,34,38)

PIGMENTACIÓN MELÁNICA RACIAL

La pigmentación fisiológica es una variación de la mucosa bucal, considerada dentro de los límites normales, además de que están relacionadas no al número de melanocitos, sino a su actividad individual. Es una característica común de la raza negra o piel oscura, sin predilección de la edad y el sexo. (25)

Las células productoras de melanina(melanocitos) se originan en la cresta neural, se dirigen hacia los epitelios y se depositan entre las células basales. Cuando se estimula la producción de pigmentos de modo local o sistémico estas pueden causar enfermedades de la mucosa bucal que van desde la pigmentación fisiológica hasta las neoplasias malignas. Una célula fisiológica relacionada con los melanocitos produce también lesiones benignas (conocidas como nevos) y malignas (melanomas). El oscurecimiento de una lesión preexistente, sin ser estimulada por factores conocidos sugieren que las células pigmentarias producen más melanina o invaden los tejidos profundos. (34)

Las características clínicas de esta pigmentación son simétricas y persistentes, y no alteran la arquitectura normal como en el caso de la encía moteada punteada por pigmentaciones maculares multifocales y difusas, por lo general de marrón oscuro. Estas zonas pueden aparecer en cualquier punto de la boca y se encuentran con mayor frecuencia en la encía. Las variaciones normales pueden estar localizadas o generalizadas. Son manifestaciones inocuas de origen racial o étnico y carecen de potencial premaligno.

En su diagnóstico diferencial cuando la piel del paciente esta muy pigmentada, puede considerarse normal la pigmentación oral. En los caucásicos se debe prestar atención a otras enfermedades, por ejemplo; la Enfermedad de Addison, ingestión de metales pesados y melanosis con el hábito de fumar, aunque la pigmentación fisiológica se diagnostique de modo clínico, puede justificarse la realización de una biopsia si las características clínicas son atípicas.

Como se considera una variación de la mucosa normal, no requiere tratamiento (18,25,34)

NEVO PIGMENTADO

El nevo pigmentado es una mácula o mancha de color marrón, negra o gris azulado bien delimitado, común sobre la piel pero rara sobre la mucosa bucal, la lesión representa una malformación del desarrollo más que una neoplasia verdadera y está compuesta de una masa de melanoblastos productores de pigmento melánico.(2,40)

No hay predilección por sexo y pueden verse a cualquier edad , pero aveces aparecen hasta la juventud.(18,25)

Clínicamente, los nevos mucosos por lo general afectan la mucosa del labio inferior, pero pueden aparecer sobre la encía y el paladar. Algunas lesiones carecen de pigmentación y son excrescencias planas de color normal, otros aparecen ligeramente elevadas de color marrón, el cual puede variar del casi azul a negro. Los nevos no pigmentados , en la mucosa bucal, se observan como placas rosadas, pero son raros. (18,25,40)

Los nevos no se blanquean bajo presión, en general alcanzan un tamaño dado y el crecimiento se torna estático. Son lesiones bien circunscritas y deben ser diferenciadas de zonas manchadas de pigmentación melánica (comunes en negros) deben distinguirse clínicamente de un tatuaje, un hematoma o un melanoma superficial.

No se sabe si el traumatismo simple de un nevo produce transformación maligna, pero en todas las lesiones pigmentadas de la boca (que se considere posibilidad de un nevus en el diagnóstico diferencial) es aconsejable la excisión quirúrgica como medida profiláctica, debido a su constante irritación de la mucosa en casi todas las zonas intrabucales, provocada por la alimentación, cepillado, aparatos,etc. (18,38)

ÚLCERA TRAUMÁTICA

La úlcera traumática es una lesión causada por diferentes formas de traumatismo como puede ser la mordedura de la mucosa, irritación por prótesis total, lesión por cepillo dental, exposición de la mucosa a un diente filoso por una lesión cariosa, o por algún otro irritante externo como quemadura con "pizza" o lesiones yatrogénicas que se producen en el consultorio dental como lesión por rollo de algodón. La causa se determina en general examinando los posibles factores y los lugares donde ocurre, y con frecuencia se presenta en sitios como el borde lateral de la lengua, mucosa bucal, labios y en ocasiones sobre el paladar. Aunque en la mayor parte las lesiones de la mucosa bucal su cicatrización es rápida y sin problemas, algunos persisten por un largo periodo. Cabe mencionar debido a que este es un factor traumático, no presenta predilección por edad y sexo.

Casi siempre la úlcera es poco profunda, se observa cubierta por un exudado blanco amarillento y rodeadas por un halo eritematoso. La intensidad del dolor varía y hay sensibilidad al contacto o la presión. En su estructura puede presentar bordes arrollados como respuesta del tejido de granulación y es común encontrar eritema marginal, pero no en todos los casos.

Las úlceras traumáticas pueden ser extensas y asociarse con tumefacción, en estos casos debe descartarse por biopsia el carcinoma y la inflamación granulomatosa específica. En éstas úlceras la relación causa-efecto se evidencia por el examen físico y la historia clínica.(18,34,38)

Si se identifican factores traumáticos estos deben eliminarse, y se recomienda un periodo de observación de dos semanas para que ocurra cicatrización, si la lesión no remite se hará necesaria una biopsia, para establecer un diagnóstico definitivo. (18,34)

ÚLCERA RECURRENTE MENOR

Se identifica como úlcera a la pérdida de epitelio originada por cualquier causa. Existe una diversidad de estas entre ellas la úlcera recurrente menor que se presenta con más frecuencia en mujeres que varones y se manifiesta principalmente en la adolescencia y en adultos jóvenes; sin embargo, pueden comenzar mucho antes o en una etapa tardía, y por desgracia la enfermedad persiste con ataques recurrentes en un período de muchos años.

El inicio de la enfermedad se puede presentar con una variedad de manifestaciones, las cuales no están invariablemente presentes en todos los casos, entre estas manifestaciones incluyen la presencia de uno o más nódulos pequeños, edema generalizado de la cavidad bucal (especialmente lengua), parestesia, indisposición, fiebre de pocos grados, linfadenopatía localizada y lesiones parecidas a vesículas que contienen moco.

La úlcera empieza como una erosión superficial plana y aislada o en grupos de forma oval de un diámetro menor a un centímetro, cubierta por una pseudomembrana blanca o amarillenta que por lo general tiene un margen bien circunscrito rodeado por un halo eritematoso, son sumamente dolorosos y persisten de 10 a 14 días, para después remitir en forma espontánea.

Aparecen con mayor frecuencia en los tejidos blandos que no están adheridos al hueso, aunque a veces se ve involucrada la encía. El número de lesiones que se presentan en un paciente durante una sola erupción varían desde una a más de 100.

La frecuencia de estas erupciones varía notablemente entre un paciente y otro, algunas personas sólo tendrán 1 ó 2 ataques al año mientras que otros tendrán 1 a 2 ataques por mes; los pacientes esporádicos presentan erupciones continuas y repetidas, nunca están sin lesiones por intervalos extensos y se pueden presentar en periodos de semanas o años sin la enfermedad. Los sitios más comunes donde se presenta son la mucosa bucal y labial, surcos bucales y linguales, lengua, paladar blando, faringe y encía.

El diagnóstico se establece por la apariencia de las lesiones y los antecedentes clínicos, la estomatitis aftosa debe distinguirse de la neutropenia cíclica por medio de recuentos sanguíneos periódicos cuando la recidiva de las lesiones sea periódica y regular; es importante distinguir a las úlceras de los herpes aunque este no aparece de modo recurrente como estas. (18,34,38)

Los casos en que aparece sólo algunas úlceras pueden tratarse aplicando un hisopo impregnado con nitrato de plata durante algunos segundos, cauterizando el núcleo central de la úlcera. El uso de una suspensión oral de tetraciclina ocasionará una involución temprana de las úlceras que aparezcan en profusión.

La mayor parte de las úlceras reactivas bucales requieren sólo observación; sin embargo, cuando hay dolor intenso algunos tratamientos pueden ayudar, pero no curar, los cuales consisten en enjuagues de nistatina, tetraciclina o corticosteroides tópicos. Los enfermos que presentan botes ocasionales de úlceras aftosas menores no requieren y no solicitan tratamiento porque las molestias son pocas y no se dispone de una terapéutica eficaz. (18)

ÚLCERA RECURRENTE MAYOR

Otro tipo de úlcera que es de nuestro interés por que se encuentra frecuentemente en boca es la "recurrente mayor " de la cual su causa se desconoce, pero se están acumulando pruebas que apuntan a un defecto inmune.

Se caracteriza por la presencia de grandes úlceras dolorosas, que exceden los 5mm de tamaño a varios cm de diámetro, por lo regular se localizan de una a diez en labios, carrillos, lengua, paladar duro y fauces. Estas úlceras se presentan en intervalos frecuentes y muchos pacientes rara vez están libres de la presencia de al menos una úlcera. A diferencia de las úlceras recurrente menor estas lesiones persisten durante más de 6 a 4 semanas, y se observa su curación con formación de escara dejando cicatriz después de que sanan.

Los pacientes que sufren la enfermedad sin remisiones, con dolor intenso y molestias importantes pueden presentar afección sistémica por la dificultad para comer y stress psicológico, por lo que casi todos los pacientes están tensos y ansiosos y las lesiones son muy dolorosas. (18,34,38)

La gran aftosis se diferencia de la estomatitis menor, basándose en el tamaño y la tendencia a curar con formación de cicatrices.

Los intentos iniciales por controlar la gravedad y las molestias de la gran aftosis (no para curarla) incluyen el uso de compresas de gasa empapadas en suspensión oral de tetraciclina y aplicadas 3 veces por día; y a menudo aminora el dolor un enjuagatorio bucal paleativo, como por ejemplo una suspensión oral antihistaminica mezclada en partes iguales con Kaopectate. Si la tetraciclina resulta inefectiva, generalmente la prednisona de 20mg diarios en dosis divididas durante 10 días induce la regresión de las ulceraciones. Estos tratamientos deben repetirse con las nuevas lesiones cuando aparecen en forma periódica. (18)

ÚLCERAS HERPETIFORMES RECURRENTES

Las úlceras herpetiformes recurrentes se caracterizan por crecimientos de múltiples úlceras pequeñas e hinchadas, que con frecuencia son más de 100 y pueden presentarse en cualquier sitio de la cavidad bucal. Y aún se desconoce la naturaleza exacta de esta enfermedad.

Los aspectos clínicos característicos de las lesiones empiezan como unas pequeñas erosiones del tamaño de la cabeza de un alfiler que gradualmente se agrandan y unen. Las lesiones son muy dolorosas y sanan de una a dos semanas, están presentes continuamente desde 1 a 3 años, con remisiones relativamente cortas.

Se diferencia de las úlceras herpéticas porque las lesiones no son precedidas por vesículas, no demuestran células infectadas con el virus, ni es posible relacionarla con una infección viral.(34)

No existe tratamiento específico para las úlceras, por que se desconoce la naturaleza exacta de esta enfermedad , aunque por muchos años se han aconsejado fármacos para ayudar a controlar el dolor que es muy intenso.

El paciente recibe alivio inmediato, pero temporal de los síntomas con un enjuague bucal de tetraciclina (250mg/5ml) usado 4 veces al día durante 5 a 7 días, o bien ungüento de esteroides de acetato de cortizona al 1.5% aplicado localmente.(38)

HIPERPLASIA FIBROSA

La hiperplasia fibrosa es un aumento de volumen provocado por traumatismos, estímulos locales e irritación local. La causa de este crecimiento puede ser trauma masticatorio, hábito de mordedura de carrillos, trauma de mucosa bucal por diastemas, alteraciones de la líneas de oclusión o roce de la mucosa con un diente fracturado o cariado. (31,38)

Es una hiperplasia reactiva por traumatismo y no constituye una verdadera neoplasia.

Puede aparecer en cualquier sitio de la mucosa bucal como bordes laterales de la lengua, encía y labios. Es un aumento de volumen, de forma y tamaño variable, de base sésil o pediculada, superficie lisa, habitualmente de color semejante a la mucosa o ligeramente blanquecino pero puede estar ulcerado por traumatismo y es general asintomática.

Debe diferenciarse del: fibroma, mucocelo profundo y lipoma, ya que su apariencia clínica es muy semejante, debemos auxiliarnos de la historia clínica en la que se destacará un factor traumático presente. (34, 38)

Por lo tanto el tratamiento es eliminación quirúrgica de la lesión, sin antes eliminar el estímulo irritante y observar si desaparece o no la lesión en un período de 3 semanas.

EPULIS FISURADO

El epulis fisurado es una alteración provocada por prótesis. Representa una de las reacciones tisulares más comunes a una prótesis total crónicamente mal ajustada, es la presencia de hiperplasia del tejido a lo largo del borde de la dentadura, pero que no se restringe a su lugar pero que se presenta en muchas zonas donde existe una irritación crónica de cualquier tipo.

Su etiología es el traumatismo crónico por una prótesis mal ajustada. Su frecuencia es en adultos y no existe predilección por el sexo. (34,38)

La hiperplasia fibrosa por prótesis es una lesión frecuente de la mucosa vestibular donde el borde de la dentadura tiene contacto con los tejidos. Este borde se extiende de la manera gradual hacia el vestíbulo ya que el borde óseo de la mandíbula y el maxilar se reabsorben con el uso prolongado de prótesis. La irritación y el traumatismo crónico provocan una respuesta exagerada de reparación del tejido conectivo fibroso, lo que causa la aparición del pliegues indoloros de tejido fibroso que rodean el borde extendido de la dentadura artificial.

Este exceso en el pliegue de tejido por lo general no está muy inflamado, aunque puede existir irritación e incluso ulceración en la base de dicho pliegue dentro del cual ajustan los rebordes de la prótesis total, la lesión es firme a la palpación y el color del epulis casi siempre es normal.

El tejido hiperplásico redundante debe distinguirse de otras tumefacciones gingivales, con inclusión del carcinoma. Su blanda movilidad y amplia base, son en general suficientes para hacerla clínicamente reconocible. (18)

Se requiere extirpación quirúrgica y construir prótesis totales nuevas o un rebase de las que están en uso para proporcionar una retención adecuada, e impedir el restablecimiento de la respuesta hiperplásica. (18,34,38)

MUCOCELE

(Quiste de retención mucosa)

El fenómeno de retención mucosa, al que se le atribuye origen traumático; es una lesión que afecta glándulas y conductos salivales, en donde la distribución es igual por sexo y no hay predilección por edad.

(18,38)

El quiste de retención es una lesión común. Las investigaciones revelan que la sección traumática de un conducto salival menor, producido por el mordisqueo de labios o carrillos, o por pellizcamiento de los mismos con forceps precede a la formación del quiste de retención.

En obstrucción parcial se han comunicado algunos casos de presencia de cálculos en conductos de glándulas salivales accesorias, pero son bastante raras.

El fenómeno de retención que afecta a las glándulas salivales accesorias es más frecuente en el labio inferior pero también aparece en carrillos, paladar, lengua y piso de boca.

Desde el punto de vista clínico, la lesión se localiza a bastante profundidad en el tejido, aunque ocasionalmente puede ser superficial y según la localización presenta un aspecto clínico variable. La lesión es una vesícula elevada y circunscrita de varios milímetros a un centímetro o más de diámetro con un tono azulado translúcido. La lesión más profunda se manifiesta también como una hinchazón, pero debido al espesor del tejido que lo cubre, el color y aspecto superficial son los de una mucosa normal. El mucocele se forma en pocos días, alcanza cierto tamaño y puede persistir durante meses, a menos que se trate, al dejar salir el contenido del quiste se verá que es un material espeso y mucinoso; sin embargo, algunas lesiones remiten y se agrandan periódicamente y pueden desaparecer después de un traumatismo que produce su evacuación, pero casi invariablemente reinciden.

Es interesante y significativo que el fenómeno de retención mucosa está casi en su totalidad restringido al labio inferior; sin embargo, los mucocéles hemorrágicos pueden resultar imposibles de distinguir clínicamente del hemangioma, e incluso de las varices, pero se llega fácilmente al diagnóstico ya que es común encontrar una historia de traumatismo como antecedente.

El tratamiento de este quiste es la excisión. Más, si sólo se incide la lesión, su contenido saldrá pero rápidamente volverá a llenarse en cuanto la incisión cicatrice. Frecuentemente después de enuclear al quiste hay algunas recidivas, pero esto es menos factible si también se eliminan los acinos glandulares salivales correspondientes.(18,38)

PAPILOMA

El papiloma es una neoplasia benigna común que se origina en el epitelio superficial.
(38)

Hasta al fecha no se ha confirmado en el hombre una etiología viral como se ve en la verruga vulgar, sin embargo, al menos en alguno de los casos estudiados se demostró que se asocian con el mismo subtipo de virus del papiloma humano, el cual causa las verrugas cutáneas, que se observan frecuentemente en pacientes que las presenta, y se piensa que son generadas por autoinoculación al succionarse los dedos y morderse las uñas. Por lo tanto tanto no hay predilección por el sexo, y si se ha observado muy frecuentemente en adultos jóvenes.

El papiloma es una proliferación exofítica compuesta de numerosos proyecciones dactiliformes pequeñas que pueden ser blancos o de color normal, que producen una lesión cuya superficie es rugosa, verrucosa y comúnmente conocida como: forma de "coliflor". Casi siempre es un tumor pedunculado, bien circunscrito, ocasionalmente sésil; en la boca se encuentra más comúnmente en labios, lengua, mucosa bucal, encía, paladar, úvula y la mayoría tienden a alcanzar un determinado tamaño que va desde milímetros hasta menos de 1 cm de diámetro después del cual el crecimiento prácticamente se detiene. (18,34,38)

En su diagnostico diferencial, un papiloma focal, en virtud de su superficie papilar en coliflor, se reconoce con facilidad; por lo tanto las lesiones más grandes no deben confundirse con carcinoma verrugoso. En los labios, el papiloma, quizá no se distinga de la verruga vulgar ya que clínicamente son similares. (18)

El tratamiento de elección es la extirpación de la lesión ya sea por cirugía o ablación con láser. Si la excisión del tumor es apropiada la recidiva es rara. (18, 34, 38)

LENGUA FISURADA

(Lengua Escrotal)

La lengua fisurada es una malformación congénita que se manifiesta clínicamente por múltiples pliegues o surcos pequeños en su cara dorsal. (25,38)

Un estudio de Halperin y sus colaboradores comprobó que como la incidencia de esta afección aumenta con la edad, y es probable que no sea una malformación de desarrollo, si no que esté asociada con algún factor extrínseco como el trauma crónico o deficiencias vitamínicas.(24)

En relación a su frecuencia no hay diferencias significativas en su distribución por sexo o raza.

Las características clínicas que presenta son múltiples fisuras o surcos pequeños que pueden ser profundos en su cara dorsal, y además suelen irradiar de un surco central a lo largo de la línea media de la lengua. Las fisuras generalmente se interceptan dando a la superficie un aspecto de cantos rodados o almohadonada. La lengua fisurada suele ser indolora, excepto en casos raros en los cuales los residuos de alimentos tienden a acumularse en las fisuras que prolifera hongos, bacterias hasta producir una irritación.

No está indicada la terapéutica de la lengua fisurada debido a su etiología, de todas formas es bueno recordar que un grado bajo y constante de inflamación crónica existe en relación con la profundidad de las fisuras. Esta respuesta inflamatoria invariablemente se torna exagerada si la mucosa lingual se ve alterada por influencias sistémicas generalizadas como la deficiencia vitamínica, así mismo se recomienda eliminar los residuos alimenticios mediante el estiramiento y aplanamiento de las fisuras y la limpieza de la superficie con un cepillo dental o un gasa. (25, 38)

LENGUA GEOGRÁFICA

(Glositis migratoria benigna, eritema migrante)

El término "lengua geográfica" es descriptivo por que las áreas de desqueratinización y descamación de las papilas filiformes aparecen como islas y continentes en un mar en la mucosa lingual de apariencia normal.(18,34)

Es de etiología desconocida, aunque se ha sugerido ligarla al stress emocional y algunas infecciones bacterianas o micóticas. En ocasiones afecta a los niños pero en general a los adultos, presentando ligera predilección por el sexo femenino.(18,34,38)

Las áreas de desqueratinización y descamación de las papilas filiformes se encuentran en el dorso y los márgenes laterales de la lengua, en forma circinada irregular de color rojo. La porción central de la lesión está a veces inflamada, mientras que el borde se encuentra contorneado por una delgada línea blanca amarillenta. Las papilas fungiformes persisten en las zonas descamadas como puntos rojos elevados.

Las zonas de descamación permanecen corto tiempo en un sitio y cicatrizan para aparecer después en otro sitio, dando así origen a la idea de migración. Las lesiones más pequeñas se pueden unir y formar áreas más grandes y pueden persistir por semanas o meses y después ceder espontáneamente, para reaparecer en una fecha posterior. La mayoría de estos casos son asintomáticos; sin embargo, de modo ocasional presentan irritación o sensibilidad, por lo general cuando se consumen especias, bebidas alcohólicas o al fumar, pero la gravedad de los síntomas varía en el tiempo y a menudo indica la actividad de la lesión.

En su diagnóstico diferencial los rasgos clínicos, edad e historia de cronicidad con tendencia de las lesiones a migrar son características. Otros eritemas difusos que pueden semejar la lengua geográfica incluyen candidiasis y liquen plano erosivo, pero ambos manifiestan lesiones fuera de la mucosa lingual.

Como la etiología es desconocida, el tratamiento es empírico y puesto que la lesión es benigna debemos limitarnos a tranquilizar al paciente. Sin embargo, cuando hay presencia de síntomas puede ser de utilidad la aplicación tópica de esteroides en especial los que contienen medicamentos antimicóticos. También se han administrado dosis elevadas de vitaminas, pero por lo general todos los tratamientos son infructuosos.

VÁRICES LINGUALES

(Varicosidades linguales o sublinguales)

Una várice, es una vena dilatada vascular anormal, comúnmente sometida a gran presión hidrostática pero mal sostenida por los tejidos circundantes.(38)

Puede presentarse en la superficie ventral de la lengua, debiéndose con frecuencia a anomalías en el desarrollo de la misma; también es posible encontrarlos en el labio inferior de los ancianos, en especial en aquellos que sufren exposición crónica al sol; o puede aparecer como una várice localizada la cual puede aparecer como consecuencia de un trauma.

Debido a las pocas investigaciones realizadas, no se ha establecido una asociación directa entre estas varicosidades y otras enfermedades orgánicas específicas.

La frecuencia de edad se determinó en adultos no habiéndose presentado predilección en el sexo debido a que se concluyó que estas varicosidades representan un proceso de envejecimiento; sin embargo, al presentarse antes de los 50 años de edad, indicaran envejecimiento prematuro.

Las várices de venas raninas linguales son relativamente comunes, se presentan como racimos de color rojo, púrpura o violetas, con forma de perdigones en la superficie ventral, bordes laterales de la lengua y piso de boca; sin embargo, las várices también se producen en otros sectores de la boca, como labios, mucosa bucal y comisuras labiales. Estas se presentan como tumefacciones blandas, lisas o ligeramente nodulares.(18,34,38)

En su diagnóstico diferencial las lesiones vasculares profundamente implantadas pueden no mostrar un color rojo y por lo tanto se deben diferenciar del mucocelo y otras neoplasias mesenquimáticas como el neurofibroma y lipoma. Un dato importante al diagnóstico es que al comprimir las estas palidecen.

Las varices venenosas no requieren tratamiento, debido a que es un proceso de envejecimiento manifestado en algunos individuo.

MARCO REFERENCIAL

En la FES Zaragoza, la zona de influencia está representada principalmente por Ciudad Nezahualcóyotl, sin embargo también existen otros municipios del estado de México como los Reyes y la Delegación Iztapalapa. De esta manera es necesario caracterizar esta zona, a través de diversos indicadores. Ya que las desigualdades del desarrollo social entre la ciudad y su periferia es un hecho evidente que se observa a través de estos indicadores.

Por su extensión, Ciudad Nezahualcóyotl, ocupa el décimo segundo lugar entre los 17 municipios principales del Estado de México que forman parte de la zona metropolitana de la Ciudad de México y comparte, con estos municipios una de las consecuencias más relevantes del crecimiento de la Ciudad de México: La segregación y la dispersión de la población en espacios ecológicos no planeados para la urbanización. Otro de los aspectos que le es característico es el de su crecimiento poblacional, que resulta cuantitativamente distinto al resto de la zona metropolitana de la Ciudad de México.

En la cercanía física el Municipio con el Distrito Federal, constituyó uno de los factores que más influyeron para el poblamiento del área, tal vez con la esperanza para algunos, de que pudiera generarse por efecto de demostración, una fisonomía semejante a la de la ciudad central. Lo que si resulta una evidencia es que la zona creció sin proyecto urbano.

Así por ejemplo, tenemos que en 1950 con una población de 5990 habitantes contrastaba con la Delegación Cuauhtémoc que tenía un millón, 49 mil 79 habitantes (la más poblada de ese año) y con la Delegación Cuajimalpa con 10 mil 293 habitantes (la menos poblada), y con relación a otros 17 municipios ocupaba el décimo segundo lugar.

Año:	Población total:	Hombres	Mujeres
1950	5 990	2 983	3 007
1960	69 297	34 779	34 518
1970	610 268	310 244	300 024
1975	1199 055	609 600	589 455
1980	1396 854	693 733	703 121

En este sentido los habitantes no sólo son excluidos a espacios físicos apartados y carentes de servicios públicos; ya que con una gran demanda poblacional éstos resultan insuficientes, teniendo como consecuencia la falta de electrificación tanto como pública como privada en áreas ya habitadas, sin resolver también el problema de agua potable, drenaje, pavimentación y contaminación por basureros a cielo abierto o carencia del servicio de recolección de basura, así como fecalismo al aire libre, mucho menos la edificación de escuelas, mercados, hospitales, parques y jardines de esparcimiento; en donde privan ambientes ecológicos nocivos si no además, son excluidos de la oferta de trabajo bien remunerada que permitiera su integración a la vida urbana en condiciones menos desfavorables.

Nos referimos a la ocupación y de los ingresos del trabajador, que determinan sus condiciones de desgaste y de reproducción en consecuente relación a las condiciones de vida de él y su familia.

Por otra parte, considerando las limitaciones de la oferta de trabajo dentro de la localidad, por que éste carece de establecimientos industriales suficientes para absorber la fuerza del trabajo es obvio que la gran mayoría de los obreros deben desplazarse fuera de su localidad para emplearse, trayendo como consecuencia el gasto de transportación y en un mayor desgaste físico y mental; debería agregarse el tiempo de traslado al tiempo de su jornada de trabajo, que además de reducir su tiempo de ocio le genera angustia y estrés, puesto que siempre está en riesgo su empleo, al acumular retraso o faltas.

Por último y en relación del nivel de ingresos de la población económicamente activa recibe honorarios iguales o inferiores al salario mínimo lo que significa que aproximadamente la mitad de población vive en condiciones de subsistencia y afronta los problemas económicos y sociales derivados de los bajos ingresos.

Resulta imposible definir a la salud como una categoría de rango individual, ya que está influida por diversos factores de tipo social, económico, político-ideológico y en las formas prácticas de cada grupo social identifica como resolutivas de su problemática particular.

En los países subdesarrollados las condiciones de salud-enfermedad de la población constituyen uno de los indicadores más sensibles para definir su grado de pobreza y desigualdad social. Por lo tanto el proceso salud-enfermedad es incomprensible si sólo se aborda por el daño cuantificable a través de las tasas de morbimortalidad, se hace necesario extender su estudios a

las condiciones del individuo o grupo social con sus posibilidades de recreación, educación, participación política, etc., para demostrar el verdadero impacto que las condiciones de salud-enfermedad tienen sobre el desarrollo individual y colectiva de una sociedad.

Puede concluirse que el Sistema de Salud, cuenta con una deficiente infraestructura de servicios médicos, considerando además que las características socioeconómicas y demográficas de la población así como los problemas derivados de su entorno ambiental, y por las dificultades que enfrentan en relación al tipo, cantidad y calidad de los servicios públicos. Fenómenos que afectan permanentemente las condiciones de salud y las relaciones sociales entre los individuos.

En morbilidad general ocupa los primeros lugares las enfermedades infecciosas del aparato respiratorio y digestivo.

En lo referente a cavidad bucal, algunos estudios muestran que las principales enfermedades son caries, enfermedad periodontal y maloclusiones. Lo anterior se presenta de manera general en la población.

Por cierto que son enfermedades determinadas en buena medida, por las condiciones de insalubridad del medio ambiente, los servicios públicos, hábitos y nutrición.

Por lo tanto se puede inferir que el área de influencia de la FES Zaragoza se ubica principalmente en Ciudad Nezahualcóyotl y que presenta particularidad que marcan aspectos importantes en el proceso salud-enfermedad por lo que es necesario identificar aquellos elementos que influyen en la morbilidad bucal.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, Descriptivo, Transversal y prospectivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

371 pacientes de ambos sexos de 3 a 75 y más años de edad que acuden a atención estomatológica a las UMAI Zaragoza, Reyes y Edo. de México.

VARIABLES

Las variables que se utilizarán en esta investigación son las siguientes:

El sexo

La edad

Grupo de lesiones: Pigmentadas

Blancas

Rojas

Aumentos de volumen

Ulceradas

El presente estudio se llevará a cabo durante el período escolar 95-2 que comprende de febrero a junio, en las áreas físicas odontológicas de las UMAI Reyes, Edo. de México y Zaragoza, con un horario de 8:00 a.m. a 13:00 p.m. de lunes a viernes.

Dicho estudio será efectuado por las pasantes de la carrera de Cirujano Dentista dentro del programa de patología oral; las que recibirán previamente una calibración en diagnóstico por los especialistas en patología oral, responsables del programa.

La muestra estará integrada por 371 pacientes de ambos sexos de 3 a 75 y más años de edad, que acuden de manera espontánea por primera vez a consulta dental a las clínicas ya mencionadas.

TÉCNICA E INSTRUMENTO

Para la exploración de la mucosa oral de los pacientes se seguirá la misma metodología planteada en el manual de procedimientos para la revisión sistematizada de la cavidad oral por Roed Petersen y Renstrup (Anexo II) en el cual se establecieron 27 áreas de la mucosa oral de acuerdo a la división topográfica.

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se llevará a cabo en dos tipos de formas, una es la que corresponde a los datos de identificación y la segunda para el registro de las lesiones bucales.

IDENTIFICACIÓN

En el encabezado se pondrá el nombre completo.

ALTERACIÓN SISTÉMICA

Se anotará que tipo de enfermedad padece o si refiere estar sano.

FECHA

Se anota el número del mes, día , así como los últimos dígitos del año.

NÚMERO DE REGISTRO

Cada examinado recibirá un número consecutivo, iniciando del 001, 002 y así sucesivamente.

El número de registro se repetirá en todas las formas, así como en los estudios complementarios que se requieran teniendo cuidado que el número sea el mismo en todas las formas utilizadas para el mismo examinado.

EXPLORADOR

Se anotará el nombre del explorador de la mucosa oral.

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

Se pondrá el código que corresponde a:

1. UMAI ZARAGOZA
2. UMAI REYES
3. UMAI EDO. DE MÉXICO

EDAD

Se anotarán los últimos años cumplidos, cuando el examinado no sabe su edad se dará una aproximación de acuerdo con la edad aparente y el interrogatorio que se haga en relación a eventos históricos.

SEXO

Se anotará M para masculino y F para femenino en la línea correspondiente.

CONSULTA

Se registrará con una "X" a qué tipo de consulta se presenta.

RECURSOS

HUMANOS

1. 2 Pasantes de la Carrera de Cirujano Dentista
2. 4 Especialistas en Patología Bucal.

FISICOS

1. Instalación del área clínica de UMAI ZARAGOZA.
2. Instalación del área clínica de UMAI EDO. DE MÉXICO.
3. Instalación del área clínica de UMAI REYES.

MATERIALES

Los materiales e instrumentos de exploración a utilizar son:

- *Sillón dental
- *Lámpara dental
- *Guantes
- *Cubre bocas
- *Abatelenguas
- *Gasas
- *Espejos dentales
- *Regla flexible
- *Campos
- *Lápiz
- *Cédula de recolección de datos
- *Computadora

Material e instrumental para biopsia.

- *Mango de Bisturí no. 3
- *Hoja de bisturí no. 11 y 15 (Bad-parket)
- *Pinzas de disección
- *Pinzas hemostáticas
- *Pinzas portaguja
- *Básico
- *Jeringa Carpule
- *Jeringa Asepto
- *Riñon metálico
- *Aguja
- *Anestésico
- *Tijeras rectas y curvas

Equipo para citología exfoliativa:

- *Portaobjetos
- *Cubreobjetos
- *Isopos
- *Gasas
- *Alcohol 95
- *Fijador

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en relación a la prevalencia de lesiones y condiciones de la mucosa bucal en los pacientes estudiados.

Es importante destacar que la prevalencia encontrada de las diferentes lesiones y condiciones de la mucosa bucal, si bien nos orientan hacia la magnitud del problema, no son representativas de la problemática de esa zona.

De los 371 pacientes revisados, 228 fueron del sexo femenino (61.45%) y 143 del sexo masculino (38.54%) (Gráfica 1) y el rango de edad del grupo estudiado estuvo constituido en su mayoría por individuos menores de 45 años; mostrándose así mayor concentración para los grupos jóvenes.

Los individuos estudiados presentaron un total de 480 alteraciones, encontrándose que el 88.14% de la población estudiada presentó alteración y el restante 11.85% sin presencia de alguna alteración o condición (Gráfica 2) habiéndose considerado como un individuo afectado el que presenta una o más de estas lesiones y/o condiciones bucales.

Las lesiones y/o condiciones bucales que con mayor frecuencia se presentaron se muestran en el Cuadro 1. En este cuadro sólo se incluyen entidades cuya frecuencia es mayor a 2.0 por ciento.

Es importante destacar que las lesiones bucales más frecuentes encontradas, son consideradas VARIACIONES DE LA MUCOSA BUCAL NORMAL, como son la Pigmentación melánica racial (29.1%), Leucoedema (13.3%) y la Condición de Fordyce (8.5%), encontrando también como anomalía de desarrollo a la lengua fisurada (7.7%) y observando alteraciones de los vasos sanguíneos como las varices linguales (5.4%).

Se observa también que dentro de las diez entidades más frecuentes se encontraron las úlceras ocasionadas por un factor traumático (4.8%), y al nevo pigmentado con un porcentaje de (3.9%).

El absceso bucal (3.25%) quedó incluido entre las entidades más frecuentes, ya que es ocasionado por una de las enfermedades más comunes como es la caries dental.

La hiperplasia fibrosa (2.7%) ocasionado por un factor traumático diferente a prótesis, quedo también contemplado dentro de las más frecuentes.

Se presentan las entidades bucales más frecuentemente encontradas. su distribución por sexo y por grupos de edad (Cuadro 2). Esta relación es importante por que presenta la prevalencia de las lesiones encontradas y dos variables fundamentales como la edad y el sexo, lo que arroja un panorama concreto del tipo de entidades que afectan a la población adulta.

Se realiza una revisión de la prevalencia de algunas lesiones y condiciones más frecuentes por grupos de edad, que se presentan en el siguiente conjunto de gráficas.

Se observará que en relación a la edad, la pigmentación melánica (Gráfica I), el leucoedema (Gráfica II) y la condición de fordyce(Gráfica III) se observaron principalmente en los grupos jóvenes con ligera tendencia a disminuir con la edad.

Las várices linguales (Gráfica V) se presentaron a partir de la cuarta década aumentando su frecuencia con la edad. La lengua fisurada (Gráfica IV), se observó que está lesión se presentó con mayor frecuencia en niños y observandose en casi todos los grupos de edad.

La úlcera con causa aparente (Gráfica VI) se conservo igual en todos los grupos de edad. Analizando e integrando estos datos en la discusión.

La prevalencia de las entidades bucales patológicas y no patológicas encontrada se muestra en la Gráfica 3. Las diferentes alteraciones se agruparon por sus características clínicas en: pigmentadas, alteraciones blancas, lesiones rojas, aumentos tisulares y úlceras; además se consideró un grupo denominado como "otros" en el que se incluyen diferentes lesiones y/o condiciones.

En el grupo de pigmentadas se incorporaron a la pigmentación melánica y el nevo pigmentado (Cuadro 3 y gráfica 4). En el siguiente grupo de entidades blancas se agruparon: leucoedema, queratosis friccional y Condición de Fordyce (Cuadro 4 y gráfica 5). Para el grupo de las lesiones rojas se incluyó a: la lengua fisurada, Candidosis crónica atrófica, estomatitis geográfica y estomatitis nicotínica (Cuadro 5 y gráfica 6). En el grupo de aumento tisular se incorporaron aquellos aumentos con o sin causa aparente como son:

hiperplasia fibrosa, mucocela, épulis fisurado, papiloma (Cuadro 6 y gráfica 7). En el siguiente grupo clasificado como úlceras bucales, se incorporaron las úlceras recurrentes y las úlceras con causa aparente (Cuadro 7 y gráfica 8). El último grupo denominado "otros" en el que se incluyeron alteraciones que no fueron consideradas al principio del estudio, pero que sin embargo se encontraron con cierta frecuencia y se clasifican dentro de este grupo (Cuadro 8 y gráfico 9).

GRAFICA 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO EN PACIENTES DE
LAS UMAI (ZARAGOZA, EDO. DE MEX., REYES)

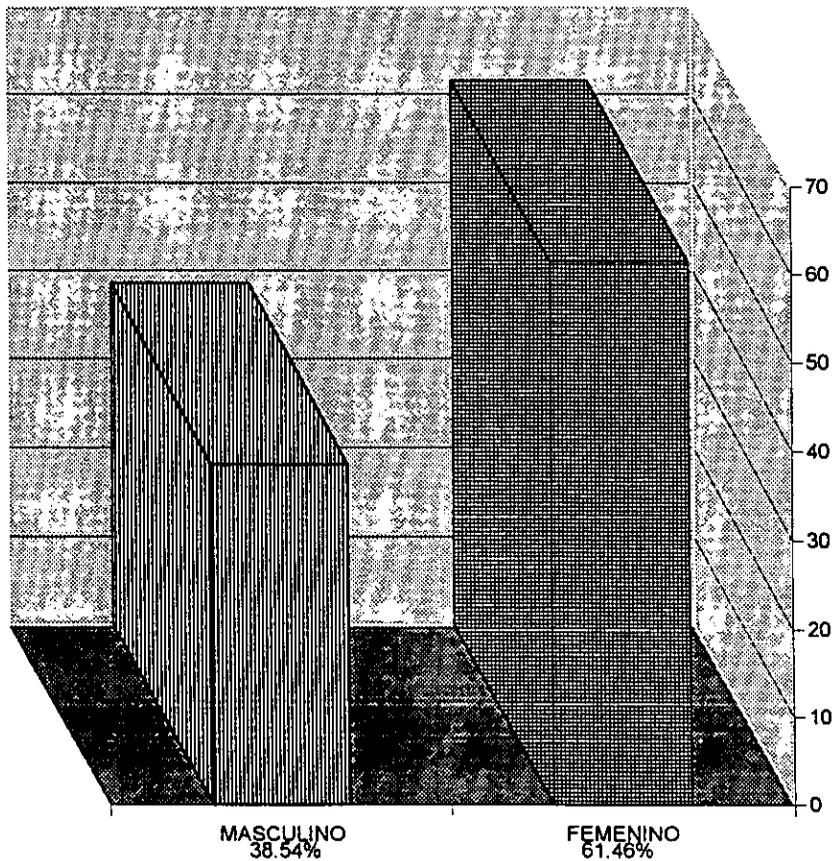
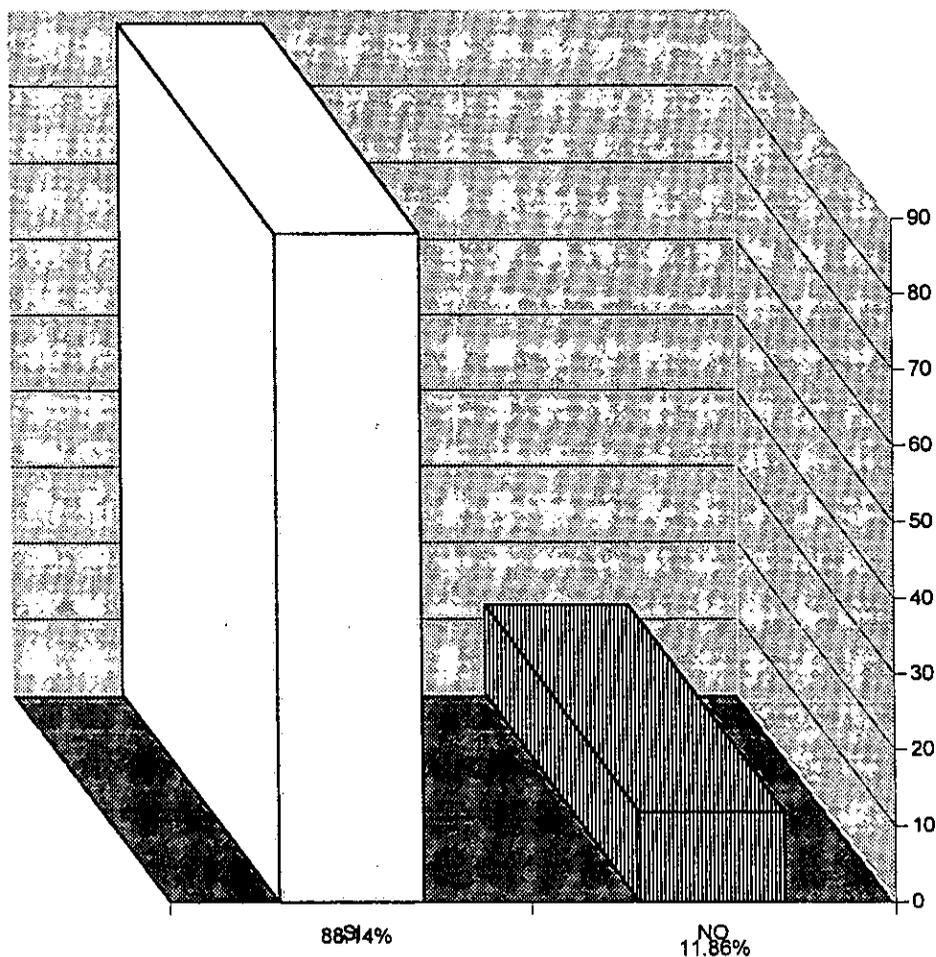


GRAFICO 2
PORCENTAJE DE PACIENTES DE LAS UMAI
(ZARAGOZA, EDO. DE MEX., REYES) CON ALTERACIÓN Y SIN
ALTERACIÓN EN LA MUCOSA BUCAL



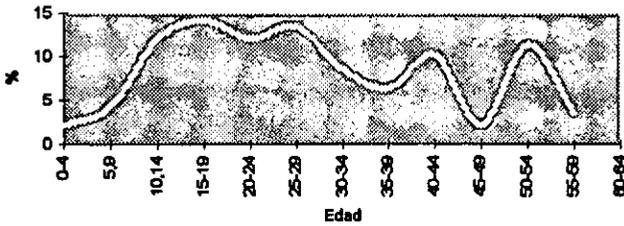
CUADRO 1

ENTIDADES DE LA MUCOSA BUCAL MAS FRECUENTES, ENCONTRADAS EN PACIENTES DE LAS CLINICAS (ZARAGOZA, EDO. DE MÉXICO, REYES) DE LA FES ZARAGOZA.		
ALTERACIÓN BUCAL	TOTAL	PORCENTAJE
1 PIGMENTACIÓN MÉLANICA	141	29.08%
2 LEUCOÉDEMA	64	13.33%
3 CONDICIÓN DE FORDYCE	41	8.54%
4 LENGUA FISURADA	37	7.70%
5 VARICES LINGUALES	25	5.43%
6 ÚLCERA C/C APARENTE	23	4.75%
7 NEVO PIGMENTADO	19	3.92%
8 ABSCESO	15	3.25%
9 HIPERPLASIA FIBROSA	13	2.70%
10 CANDIDIASIS CRÓNICA A.	11	2.28%

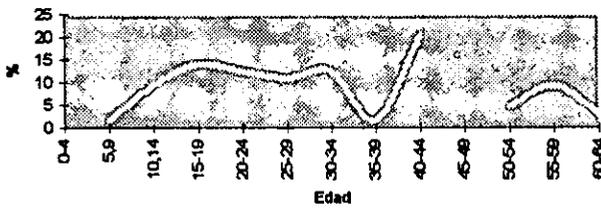
CUADRO 2 PRINCIPALES ENTIDADES Y SU DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y POR GRUPOS DE EDAD EN PACIENTES DE LAS UMAI (ZARAGOZA, EDO. DE MÉXICO, REYES)

GRUPO DE EDAD	PRESENTACION MEDICATA		LEUCOCITOSA		CONDICION DE FORTIPEC		LENGUA ESCURADA		VARIAS LINGUALES		ULCERA DC APARENTE		MENO PERMITIDO		ANCEROS		INFECCION FIBROSA		CAMBIOS CRONICA		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0-4	2	1	1	1	2	6	1	1														
5-9	6	11	1	6	2	8	1	1														
10-14	8	8	2	4	5	5	3	5														
15-19	5	15	6	3	1	8	3	6														
20-24	5	17	5	3	1	8	2	1														
25-29	4	15	2	5	2	9	2	1														
30-34	2	10	2	6	1	3	2	2														
35-39	2	7	1	1	1	3	2	2														
40-44	3	11	3	10	1	1	2	3														
45-49	1	2				1	2	2														
50-54	3	3		2	1	2	2	2														
55-59	3	2		1	1	1	1	2														
60-64				1	1	1	1	1														
65-69																						
70-74																						
75+																						
SUBTOTAL	43	98	13	29	10	29	10	27	6	10	9	14	6	13	4	11	2	11	2	9	92	205
TOTAL	141		41		37		37		25		23		19		15		13		11		207	

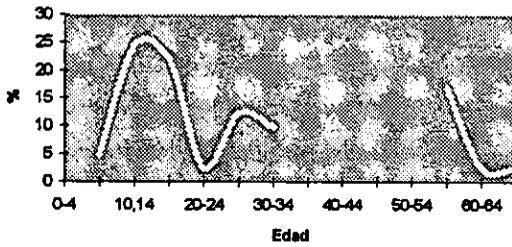
**GRAFICA I Asociación de la frecuencia (%) de Pigmentación
mélanica con edad.**



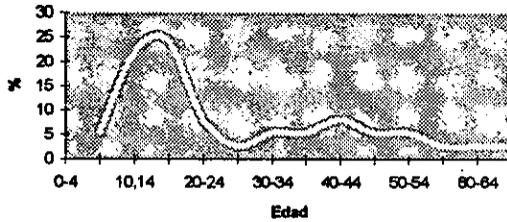
**GRAFICA II Asociación de la frecuencia (%) Leucoedema
con edad**



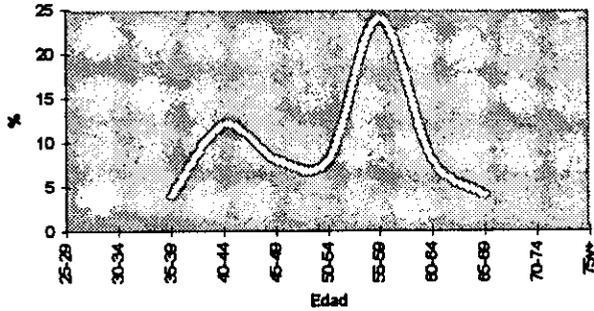
**GRAFICA III Asociación de la frecuencia (%) de
Condición de F. con edad**



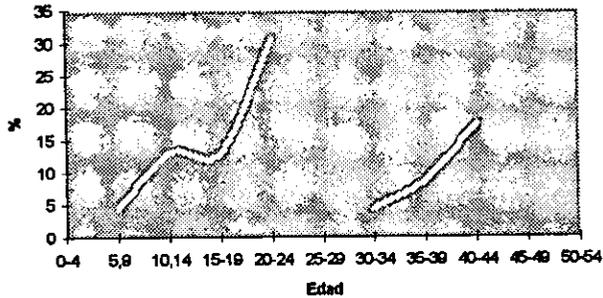
**GRAFICA IV Asociación de la frecuencia
(%) de Lengua F. con edad**



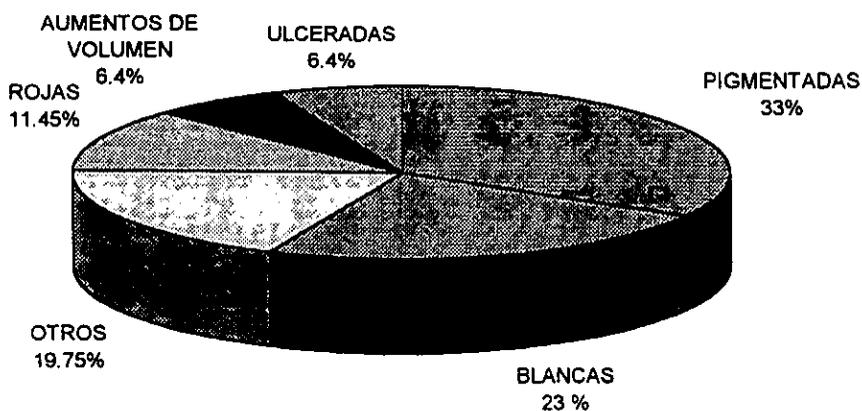
GRAFICA V Asociación de la frecuencia (%) de Várices L. con edad



GRAFICA VI Asociación de la frecuencia (%) de Úlcera c/c aparente con edad



GRÁFICA 3
PORCENTAJE DE ENTIDADES PIGMENTADAS, BLANCAS, ROJAS, ULCKERADAS, AUMENTO DE VOLUMEN DE MUCOSA BUCAL EN PACIENTES DE LAS UMAI (ZARAGOZA, EDO. DE MEX., REYES)

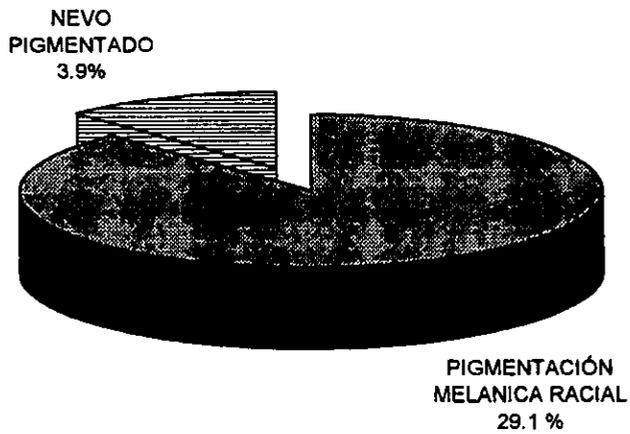


CUADRO 3

PORCENTAJE DE ALTERACIONES PIGMENTADAS EN MUCOSA BUCAL
DE PACIENTES EN UMAI FES ZARAGOZA 1995
(ZARAGOZA, ESTADO DE MEXICO, REYES)

GRUPO	ALTERACIÓN	No. CASOS	%
P I G M E N T A D A S	PIGMENTACIÓN MELÁNICA RACIAL	141	29.1%
	NEVO PIGMENTADO	19	3.9%
	TOTAL	160	33%

GRAFICA 4
PORCENTAJE DE ALTERACIONES PIGMENTADAS EN MUCOSA
BUCAL DE PACIENTES DE LAS UMAI
(ZARAGOZA , EDO. DE MEX., REYES)

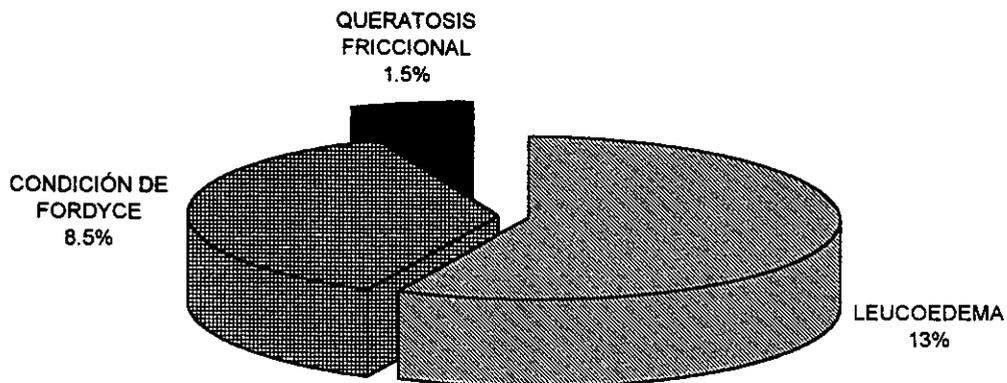


CUADRO 4

**PORCENTAJE DE ALTERACIONES BLANCAS EN MUCOSA BUCAL
DE PACIENTES EN UMAI FES ZARAGOZA 1995
(ZARAGOZA, ESTADO DE MÉXICO, REYES)**

GRUPO	ALTERACIÓN	No. CASOS	%
B L A N C A S	LEUCOEDEMA	64	13.0%
	CONDICIÓN F.	41	8.5%
	QUERATOSIS F.	7	1.5%
	TOTAL	112	23%

GRAFICA 5
PORCENTAJE DE ALTERACIONES BLANCAS EN MUCOSA BUCAL
DE PACIENTES DE LAS UMAI
(ZARAGOZA, EDO. DE MEX., REYES)

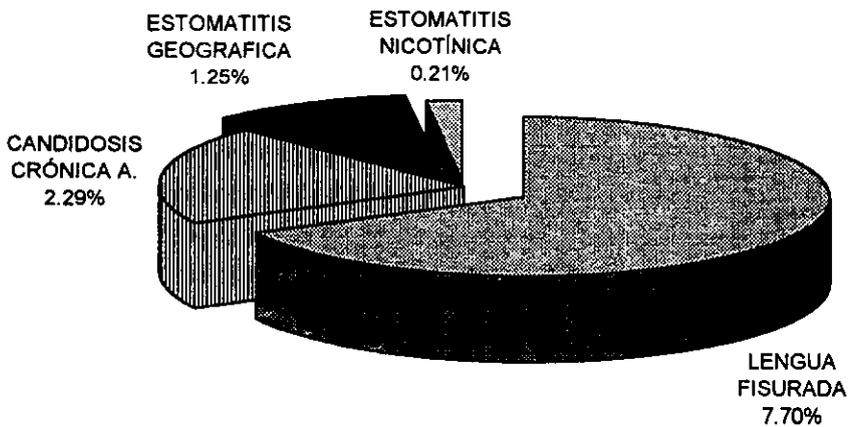


CUADRO 5

**P DE ALTERACIONES ROJAS EN MUCOSA BUCAL
DE PACIENTES EN UMAI FES ZARAGOZA 1995
(ZARAGOZA, ESTADO DE MÉXICO, REYES)**

GRUPO	ALTERACIÓN	No. CASOS	%
R O J A S	LENGUA FISURADA	37	7.70%
	CANDIDIASIS CRÓNICA A.	11	2.29%
	STOMATITIS GEOGRÁFIC	6	1.25%
	ESTOMATITIS NICOTÍNICA	1	0.21%
	TOTAL	55	11.45%

GRAFICA 6
PORCENTAJE DE ALTERACIONES ROJAS EN MUCOSA BUCAL
DE PACIENTES EN UMAI (ZARAGOZA, EDO. DE MEX., REYES)

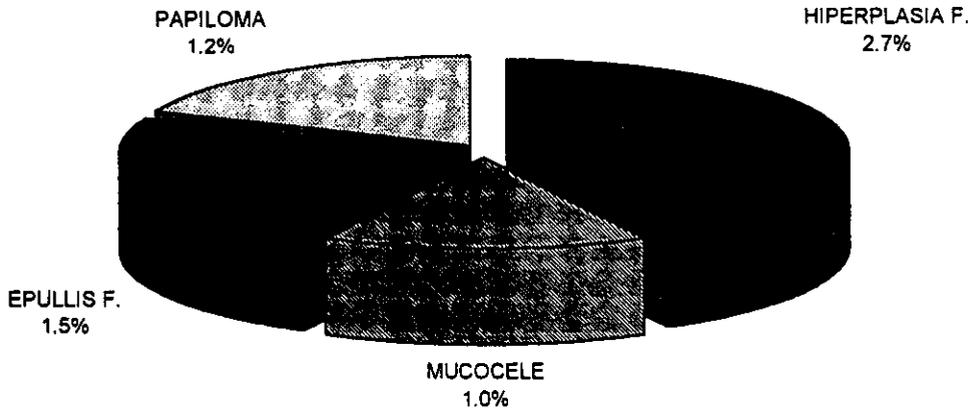


CUADRO 8

**CENTAJE DE AUMENTOS DE VOLUMEN EN MUCOSA BUCAL
DE PACIENTES EN UMAI FES ZARAGOZA 1995
(ZARAGOZA, ESTADO DE MÉXICO, REYES)**

GRUPO	ALTERACIÓN	No. CASOS	%
A U M E N T O R	HIPERPLASIA FIBROSA	13	2.70%
	EPULIS FISURADO	7	1.50%
	PAPILOMA	6	1.20%
	MUCOCELE	5	1.00%
	TOTAL	31	6.40%

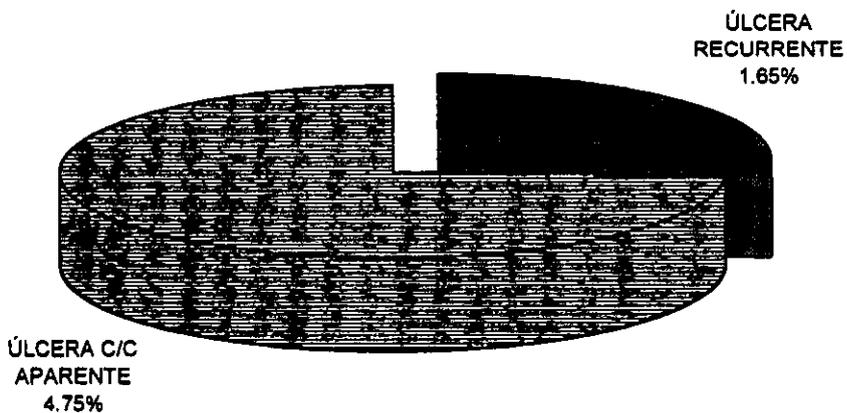
GRAFICA 7
PORCENTAJE DE AUMENTOS DE VOLUMEN EN MUCOSA BUCAL
DE PACIENTES EN UMAI (ZARAGOZA, EDO. DE MEX., REYES)



**PORCENTAJE DE ULCERAS BUCALES EN MUCOSA BUCAL
DE PACIENTES EN UMAI FES ZARAGOZA 1995
(ZARAGOZA, ESTADO DE MÉXICO, REYES)**

GRUPO	ALTERACIÓN	No. CASOS	%
U L C E R A D A S	ÚLCERA RECURRENTE	8	1.65%
	ÚLCERA C/C APARENTE	23	4.75%
	TOTAL	31	6.40%

GRAFICA 8
PORCENTAJE DE ÚLCERAS BUCALES EN MUCOSA BUCAL DE
PACIENTES
EN UMAI (ZARAGOZA, EDO. DE MEX., REYES)

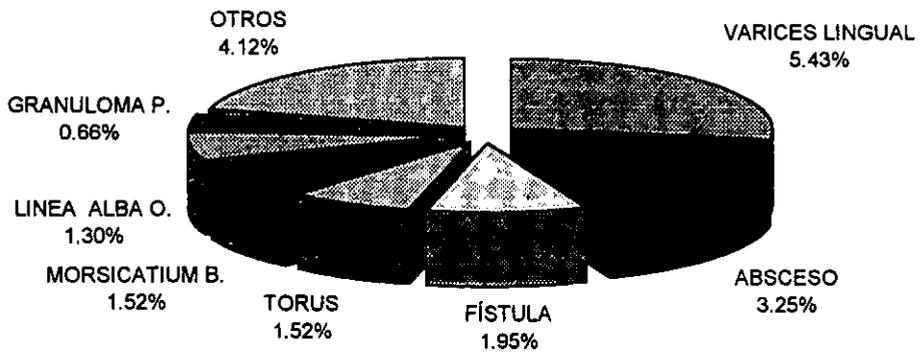


CUADRO 8

PORCENTAJE DE OTRAS ALTERACIONES ENCONTRADAS EN MUCOSA
DE PACIENTES EN UMAI FES ZARAGOZA 1995
(ZARAGOZA, ESTADO DE MÉXICO, REYES)

GRUPO	ALTERACIÓN	No. CASOS	%
O T R O S	VARICES LINGUALES	25	5.43%
	ABSCESO	15	3.25%
	FÍSTULA	9	1.95%
	TORUS	7	1.52%
	MORSICATIUM B.	7	1.52%
	LINEA ALBA O.	6	1.30%
	GRANULOMA P.	3	0.66%
	OTROS	19	4.12%
	TOTAL	91	19.75%

GRAFICA 9
PORCENTAJE DE OTRAS ALTERACIONES ENCONTRADAS EN
MUCOSA BUCAL DE PACIENTES EN UMAI (ZARAGOZA, EDO. DE
MEX., REYES)



DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos en nuestro estudio, se establece que la prevalencia de lesiones de la mucosa bucal, fue significativamente mayor en forma general en el sexo femenino y en grupos etáreos jóvenes.

Lo que puede justificarse al igual que Castellanos (11), el hecho de haber observado que la mayoría de solicitantes del servicio fueron del sexo femenino e individuos menores a los 65 años de edad. Viendose la necesidad de aumentar el número de individuos para obtener mayor precisión en la representatividad.

Para este estudio se seleccionaron 17 entidades de la mucosa bucal patológicas y no patológicas, de las cuales se encontraron 15; lo cual quiere decir que con base en el marco conceptual que se tenía, el tipo de entidades reportadas en estudios anteriores en México, coinciden en forma importante con las reportadas en este estudio.

En relación a la pigmentación melánica, ésta se ubicó en primer lugar con un 29.1%.

La prevalencia de este tipo de pigmentación en boca se ha considerado que está correlacionado con el grado de pigmentación en piel y por consiguiente relacionada primeramente con factores genéticos. A pesar de ser una característica de poblaciones de piel oscura, no es particular a una raza específica. Considerandose como una característica normal en todos los individuos.(31)

Axell (1) la reportó entre las cuatro primeras entidades más frecuentes con un porcentaje de (9.94%). Al comparar nuestros resultados con los de Ramírez V.(31) quien contempló separadamente la pigmentación melánica gingival y la no gingival (33.5%) y el de Quezada (17) (50.95%), se encontró que son similares, ya que es reportada como la entidad más frecuente.

Por los resultados obtenidos en el presente estudio se sugiere que la pigmentación melánica sea considerada como característica normal de la mucosa bucal, cuya frecuencia se relaciona con la edad y el sexo; aunque se observo en este estudio ligera predilección por grupos jóvenes.

En relación al Leucoedema (13.33%) encontramos también que se presenta con una frecuencia muy común. Axell(1) la reportó en segundo lugar(48.89%), mientras que Ramírez V.(31) la ubica en quinto lugar (10.9%) al igual que Díaz y Castellanos (11) con (0.97%).

En relación a la edad, este estudio coincide con otros autores (1) (31) en que se ha notado una tendencia a disminuir progresivamente a medida que aumenta la edad.

Las tasas de prevalencia para esta condición reportadas en diversos países son muy variadas, lo que parece explicarse con base en diferencias étnicas. Y coincidimos con otros autores en que representa más bien una variación de tejido normal que una lesión adquirida.(31)

El tercer lugar de frecuencia en nuestro estudio lo ocupó la Condición de Fordyce con un 8.54%. Los resultados obtenidos son similares a otros estudios; Axell(1) la ubica en primer lugar con una frecuencia de(82.80%) y Bouquot (7) en americanos de raza blanca con una frecuencia de (9.4%).

En México Ramírez V.(31) la ubica en segundo lugar de frecuencia (31.5%) al igual que Quezada (17) (44.89%), mientras que Díaz (12) la ubica con (3.80%) de prevalencia, en una población adulta. Por otra parte Sedano (21) reporta una prevalencia de 1.2% de gránulos de Fordyce, en una población muy amplia en niños de diferentes estados de la República Mexicana.

Debido a la alta frecuencia con que ocurre, varios autores dicen que debe considerarse una situación normal más que una anomalía.(31)

Al igual que Ramírez V. se observó que disminuyó la frecuencia de esta entidad con la edad de los individuos de ambos sexos. Estos resultados son diferentes con la mayoría de los autores(9,31) quienes han reportado un aumento progresivo con la edad.

El cuarto sitio de las alteraciones más frecuentes en nuestro estudio lo ocupó la lengua fisurada (7.70%), con un hallazgo común para todos los grupos de edad lo que concuerda con otros estudios realizados en México y difiere de lo encontrado en otros países, como el de: Bouquot (7) quien reportó con respecto a lengua fisurada (3.2%). Aboyans y col.(24) en 4 009 iraníes detectaron (2.56%) para lengua fisurada. En México Quezada y col. (17) encontraron (29.34%) y Leyva y col.(24) reportaron una alta frecuencia de Lengua fisurada (30.4%) en una población adulta. Por otra parte, Sedano (21) la reportó relativamente alta en niños mexicanos con un (15.7%).

Aparentemente, existe mayor prevalencia de esta alteración en la población mexicana comparada con otros países, fenómeno observado probablemente por los diferentes hábitos alimenticios en dichas poblaciones.(24)

En el quinto lugar de frecuencia encontramos a las Várices linguales (5.43%) con una alta prevalencia para nuestra población. Lo que coincide solamente a nivel nacional con estudios como el de: Díaz y Castellanos(9) quien reportó cifras de prevalencia altas en sujetos mayores de 50 años de edad, al igual que Díaz Guzmán (3.40%) y Quezada y col.(17) con (7.56%) siendo más frecuente en mujeres.

Se menciona en estos estudios que la frecuencia en edad se presenta en individuos mayores de 50 años y que es raro encontrarlos en individuos menores a los 30 años (9). Sin

embargo en este estudio se identificaron 5 individuos con várices en un rango de edad de 25 a 29 años.

En el sexto lugar de frecuencia se encontraron las úlceras con causa aparente con una prevalencia de (4.75%).

Los hallazgos obtenidos en este estudio coinciden con otros estudios como el de Ramirez V.(31) quien reporta (3.4%), Diaz y Castellanos(11) con (1.81%), Diaz Guzmán(12) (3.60%), y Quezada y col.(17) quienes reportan también una alta prevalencia (7.56%).

En la aparición de este tipo de lesiones concuerdan todos los autores antes mencionados, en relación al factor etiológico como: mordedura, irritación por prótesis, aparatos de ortodoncia, obturaciones mal adaptadas, lesiones cariosas con bordes cortantes o por quemaduras de sustancias químicas, etc...

Es por eso que no se define la frecuencia en algún grupo de edad, pero sí se observa en este estudio ligera predilección por el sexo femenino.

Potencialmente se hace posible erradicar o controlar dichos agentes, lo que impactaría significativamente en las cifras de prevalencia disminuyéndolas y permitiendo amentar las posibilidades de su mejor tratamiento y prevención. (11)

El séptimo lugar lo ocupó el nevo pigmentado con una prevalencia de (3.92%).

La prevalencia encontrada en esta población difiere de otros estudios, ya que reportan otras lesiones de mayor frecuencia.

Sin embargo, Diaz Guzmán (12) y Quezada y col.(17) reportan 2.68 por ciento y 0.77 por ciento respectivamente, presentando una similitud con nuestros hallazgos.

Lo anterior representa tasas de prevalencia muy bajas de esta entidad en otras poblaciones y países, sugiriendo la necesidad de efectuar estudios específicos para esta entidad.

En este estudio el Absceso bucal (3.25%) representó al octavo lugar en frecuencia dentro de las diez principales alteraciones y fue la más común de etiología infecciosa.

De acuerdo a Ramirez V. (31) el absceso bucal (2.8%) es una entidad que debe considerarse relativamente frecuente ya que esta lesión es secuela de la enfermedad bucal más frecuente en nuestro país: La caries dental.

Estos resultados no se pueden comparar con otros estudios, ya que éstos no contemplan al absceso bucal afectando a la mucosa bucal.

El noveno lugar de frecuencia lo ocupó la Hiperplasia Fibrosa (2.7%).

Al comparar nuestros resultados con otros estudios se puede ver que hay similitud, ya que Axell (1) encontró una prevalencia de 3.25 %, mientras que Bouquot J.(7) mostró una prevalencia de (11.9%).

Por otra parte, a nivel nacional Ramirez V.(31) reportó una alta prevalencia para este tipo de aumento tisular (6.03 %) con causa aparente, como ella lo clasifica.

Encontramos cifras similares en los estudios de: Quezada y col.(17) con 8.81 por ciento, Díaz Guzmán (12) con 8.0 por ciento, y Díaz y Castellanos con 1.43 por ciento, en una población más grande.

Igual que los autores antes mencionados se considera como principal factor etiológico a los agentes traumáticos como son: mordisqueo crónico, dientes cariados con bordes cortantes y prótesis mal ajustadas o restauraciones cortantes.

Las asociaciones observadas con sexo y edad para los aumentos tisulares con causa aparente pudieran tener su explicación en el hecho de que en general los varones, por diferentes razones, solicitan los servicios odontológicos en menor proporción que las mujeres; y el hallazgo en relación con la edad en ambos sexos se explicaría en que a mayor edad el tiempo de exposición a estos factores traumáticos ha aumentado.(31)

En el último lugar de las diez entidades más frecuentes, encontramos a la Candidosis crónica atrófica (2.29%).

Los resultados obtenidos de esta investigación difieren a los observados en otros estudios, ya que presentan baja o nula frecuencia en relación a estos.

Axell (1) encontró 0.33 por ciento en una población de 20, 333 suecos adultos.

Por otra parte, a nivel nacional; Ramirez V. (31) reportó una prevalencia más alta para esta entidad de 5.3 por ciento, al igual que Díaz y Castellanos (11) 1.62 por ciento en poblaciones más amplias.

La razón del incremento en la frecuencia de esta alteración, podría estar en el hecho de que en los grupos de mayor edad el promedio de dientes perdidos por cualquier causa es mucho mayor, el uso de aparatos prótesis parciales o totales es también más común; como ya ha sido establecido, este tipo de aparatología rehabilitadora favorece el desarrollo de esta infección, en los que además suele existir un número mayor de alteraciones sistémicas y tratamientos farmacológicos predisponentes al desarrollo de la enfermedad, así como mayor susceptibilidad a las infecciones y cierta disminución del efecto del sistema de vigilancia inmunológica mediado por linfocitos T. (9,31)

CONCLUSIONES

*Los resultados obtenidos en el presente estudio sobre prevalencia de alteraciones en mucosa bucal, nos plantean la necesidad de obtener a través de otros trabajos subsecuentes, cifras nacionales de prevalencia con propósitos epidemiológicos, académicos y de servicio.

*Es importante que se inicien potenciales estudios epidemiológicos con muestras de población más grandes en diferentes áreas de nuestro país, para poder llegar así a obtener el panorama de morbilidad bucal en México, y desarrollar de esta manera programas preventivos de Salud bucal y emprender un programa de detección oportuna de cáncer bucal.

*Lo anterior puede justificarse particularmente por el hecho de haber observado que la mayoría de solicitantes del servicio fueron del sexo femenino e individuos menores a los 65 años de edad. Viendose la necesidad de aumentar el número de individuos para obtener mayor precisión en la representatividad.

*Los resultados obtenidos de esta investigación nos reflejan una primera aproximación de la magnitud del problema, por lo que plantea la necesidad de realizar mas investigaciones.

*La prevalencia de melanosis racial, condición de fordyce y leucoedema, demuestran que estas condiciones deben ser consideradas como variaciones de la mucosa bucal normal en la población mexicana.

*Las úlceras traumáticas y la hiperplasia fibrosa fueron las lesiones más frecuentes en nuestro estudio, ya que tienen un factor etiológico importante como es el traumatismo físico asociado a lesiones cariosas, obturaciones mal adaptadas y prótesis mal ajustadas, las mismas que a su vez ocasionan hábitos.

*La etiología de las alteraciones de la mucosa bucal fue muy variada, se produjeron por origen infeccioso, sistémico, traumático, por hábito, por anomalías de desarrollo, por causas hereditarias y congénitas. Lo anterior nos habla de una génesis multifactorial y por lo tanto de una patología oral florida en la población.

***Es necesario ampliar la información a aspectos como: ocupación y hábitos como tabaquismo, alcoholismo, dieta, etc. y poder planear así programas de prevención. Lo anterior sustenta nuevamente la realidad de estudios epidemiológicos más profundos.**

***El Cirujano Dentista debe realizar un estudio sistematizado de la cavidad bucal, y no enfocarse básicamente a dientes y parodonto y proporcionar en conjunto un diagnóstico de la enfermedad del individuo, para poder ofrecer un tratamiento integral y adecuado, así como desarrollar oportunamente la prevención.**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD

TIEMPO APROXIMADO

-
- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. Recopilación de información bibliográfica | Agosto 1994 a septiembre 1994 |
| 1.1. Para determinar las entidades que con mayor frecuencia se han presentado en mucosa bucal en estudios previos. | |
| 2. Elaboración de protocolo de investigación | Septiembre 1994 a noviembre 1994 |
| 2.1. Elaboración de una cédula de captación de datos, para el registro de lesiones en mucosa bucal. | |
| 3. Cursos de capacitación en patología bucal | Noviembre 1994 a diciembre 1994 |
| 3.1. Caracterizar cada una de las lesiones que se presentan con mayor frecuencia en mucosa bucal. | |
| 4. Calibración en diagnóstico en patología bucal | Diciembre 1994 a enero 1995 |
| 4.1. Unificación de criterios. | |
| 5. Recolección de datos | Febrero 1995 a junio 1995 |
| 5.1. Para su captación se aplicó el método de exploración o revisión sistematizada de la cavidad oral. | |
| 6. Análisis e interpretación de resultados. | Agosto 1995 a octubre 1995 |

ANEXO I

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA
UNIDAD DE PATOLOGIA ORAL

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE ALTERACIONES EN MUCOSA ORAL.

Fecha _____ No. _____ Alteración sistémica _____
Explorador _____ Clínica _____ Consulta por otras causas _____
Paciente _____ Consulta por hallazgo propio de la lesión _____
Edad _____ Sexo _____ Hallazgo durante el examen estomatológico _____

ALTERACIÓN

Código _____

Area _____

Trat. req. _____

Observaciones _____

MANUAL DE EXAMINADORES

METODOLOGÍA PARA LA EXPLORACIÓN DE LA MUCOSA ORAL.

La cavidad bucal será examinada cuidadosamente y en forma ordenada desde los labios hasta el istmo de las fauces.

Este examen se llevará a cabo de acuerdo al orden establecido en la división topográfica de la mucosa oral, según Roed- Petersen y Renstrup. Es conveniente auxiliarse con un espejo dental, gasa, abatelenguas y una lámpara de mano para realizar el examen de la mucosa oral, el cual debe seguir una metodología adecuada para que ninguna región escape a la exploración.

Para iniciar el examen de la mucosa bucal se contará con una buena fuente de luz directa ó indirecta, la primera puede ser natural o artificial, la segunda se refleja por un espejo.

Se comenzará el examen primeramente con la exploración de los labios en su parte interna, se observarán sus características con ayuda de un espejo dental como retractor, al mismo tiempo se palparán las comisuras y los labios; el surco vestibular superior e inferior se examinará y palpará en toda su extensión, con la boca abierta, utilizando para ello espejo y abatelenguas, la zona del espacio retromolar se observará por visión indirecta. Inmediatamente se procederá al examen de la mucosa bucal o yugal derecha e izquierda desde las comisuras hasta el pilar anterior. Se examinarán al mismo tiempo los orificios de los conductos de Stenon y frenillos labiales tanto superior como el inferior.

Con la boca abierta y la cabeza del paciente inclinada hacia atrás se observa el paladar duro y blando, la úvula y las amígdalas palatinas. Siguiendo la secuencia, se inspeccionará el dorso de la lengua, estando esta en reposo para detectar cualquier anomalía. Se pedirá al mismo tiempo sacar la lengua para examinar y palpar la punta, con ayuda de una gasa, se envuelve la punta y se tracciona para observar el tercio medio y papilas. Con un espejo presionamos la úvula para observar la base de la lengua y las papilas caliciformes.

Enseguida movemos la lengua cuidadosamente hacia la derecha e izquierda para observar los bordes laterales de la lengua. Se le pide al paciente mover la lengua hacia arriba y a los lados para verificar los movimientos de la misma, posteriormente que toque el paladar con la punta para observar su parte ventral.

Con la lengua aun levantada se observará el piso de la boca en su parte anterior y laterales al igual que el frenillo lingual. Se palpa todo el piso de la boca buscando cualquier endurecimiento o tumefacción.

Por último se examinará la encía comenzando por la parte vestibular del maxilar superior de igual zona del tercer molar izquierdo, auxiliándose de un espejo dental para retraer la mucosa yugal, en seguida se continúa por la parte palatina. Finalmente se explorará la encía del maxilar inferior siguiendo la misma secuencia que en el superior, ayudándose también de un espejo dental para separar la lengua.

CÓDIGOS

CODIGO DE LA ALTERACIÓN

1. Leucoedema
2. Condición de Fordyce
3. Queratosis Friccional
4. Liquen plano
5. Leucoplasia
6. Candidiasis crónica atrófica
7. Estomatitis nicotínica
8. Pigmentación melánica racial
9. Nevo pigmentado
10. Úlcera con causa aparente
11. Úlcera recurrente
12. Hiperplasia fibrosa
13. Epullis fisurado
14. Mucocele
15. Papiloma
16. Lengua fisurada
17. Estomatitis geográfica
18. Otras *

*Otras incluye lesiones como abscesos, fistulas, várices linguales, etc.

ÁREAS TOPOGRÁFICAS

1. Mucosa labial superior
2. Mucosa labial inferior
3. Bermellón superior
4. Bermellón inferior
5. Comisura derecha
6. Comisura izquierda
7. Surco bucal superior
8. Surco bucal inferior
9. Mucosa bucal derecha
10. Mucosa bucal izquierda
11. Frenillo labial superior
12. Frenillo labial inferior
13. Paladar duro
14. Paladar blando
15. Lengua dorso base
16. Lengua dorso tercio medio
17. Lengua dorso punta
18. Lengua dorso bordes laterales
19. Lengua ventral
20. Piso de boca frontal
21. Piso de boca lateral
22. Frenillo lingual
23. Surco lingual
24. Encía libre
25. Encía adherida
26. Proceso alveolar superior
27. Proceso alveolar inferior

CÓDIGO DE TRATAMIENTO REQUERIDO.

- 1. No.**
- 2. Instrucciones de higiene oral.**
- 3. Tratamiento farmacológico.**
- 4. Toma de citología exfoliativa.**
- 5. Referir al paciente a tratamiento estomatológico.**
- 6. Referir al paciente para toma de biopsia.**
- 7. Referir al paciente a centro hospitalario.**

CRITERIOS CLÍNICOS DE LAS LESIONES Y CONDICIONES BUCALES CONSIDERADAS EN EL ESTUDIO

LEUCOEDEMA

Velo blanco-grisáceo, semi-transparente, bilateral, que compromete ampliamente la mucosa del carrillo. Cuando se distiende la mucosa la entidad desaparece. Esta entidad puede encontrarse también en la mucosa labial y lingual.

La importancia del leucoedema reside en diferenciarla de leucoplasia. No debe confundirse el leucodema con la línea blanca oclusal o "línea alba" en el carrillo. No existe evidencia que este tipo de alteración sea precancerosa, por lo que no requiere tratamiento.

CONDICIÓN DE FORDYCE

Pápulas de 1 a 3 mm de diámetro, bien definidas, ligeramente elevadas, aisladas o en grupos, de color amarillo o blanco amarillento. Con mayor frecuencia se disponen en forma bilateral en la mucosa de los carrillos opuestos a los terceros molares pero también en mucosa interna de labios y en región retromolar.

QUERATOSIS FRICCIONAL

Área blanca en la mucosa oral, generalmente bien delimitada y que no se despega con el raspado, lesión asintomática de larga evolución y directamente relacionada con traumatismos de tipo friccional. Desaparece generalmente poco después de eliminar el estímulo.

En caso de no observar cambios regresivos al retirar el agente causal durante un período de 3 meses, es recomendable toma de biopsia.

LIQUEN PLANO

En una enfermedad dermatológica que con frecuencia afecta la mucosa oral. Las lesiones orales generalmente proceden a las cutáneas, las lesiones en boca son comúnmente múltiples y a menudo presentan una distribución simétrica consistente en pequeñas pápulas blanquecinas que crecen y coalescen para formar un patrón reticular, anular o de placa. Una característica distintiva es la presencia de líneas delgadas que radian de las pápulas, conocidas como estrías de Wickham.

Las lesiones orales de liquen plano pueden incluir además formas atrófica, erosiva y vesicular, aunque éstas son raras.

La forma de placa puede ser difícil de distinguir de la leucoplasia, pero en el liquen plano generalmente no hay cambios en la flexibilidad de la mucosa afectada, aunque esto no es un criterio necesariamente exacto por lo que en estos casos se recomienda la toma biopsia.

En aquellos casos de liquen plano, en donde las lesiones son asintomáticas, no hay necesidad de tratamiento. Solo en aquellos, específicamente los tipos atrófico y erosivo, en los que puedan existir molestias, serán referidos para recibir tratamiento.

LEUCOPLASIA

Arca o placa blanca en mucosa oral que no despega al raspado y que no puede diagnosticarse clínicamente como alguna otra entidad.

Debe tenerse en cuenta que este es un diagnóstico por exclusión, es decir, deben destacarse otras entidades que se presentan como manchas blancas en mucosa oral tales como liquiden plano, neví blanco esponjoso, leucoedema, morsication buccarum, etc. Las manchas blancas que no caen dentro de alguna de estas categorías, entran en el grupo de las leucoplasias.

En los casos detectados se debe tomar biopsia, obtener el resultado hispatológico y llevar a cabo el seguimiento del paciente o su referencia.

CANDIDOSIS ATROFICA CRÓNICA

Área o zona roja en la mucosa oral, dolorosa a la palpación o asintomática. Produce atrofia papilar en lengua, es larga evolución (más de cuatro semanas), la citología exfoliativa debe ser positiva a la *Cándida Albicans* y no deben observarse atípicas en las células epiteliales.

En estas lesiones se debe de tomar citología, llevar a cabo cultivo y recomendar un antimicótico.

La candidosis atrófica crónica relacionada con prótesis superior, generalmente es asintomática. Se recomienda tomar citología exfoliativa en los casos "sospechosos" tomando muestras tanto de paladar como de la prótesis.

Si hay atípicas en el extendido, puede tratarse de una eritroplasia con *cándida* asociada, por lo que se tomará una biopsia.

En pacientes en los cuales se confirme esta lesión, debe sospecharse la existencia de algún trastorno sistemático, por lo que deben ser canalizados para llevar a cabo estudios complementarios y su tratamiento.

ESTOMATITIS NICOTÍNICA

Se presenta con mayor frecuencia en hombres con el hábito de fumar pipa o puro. Se presenta en la mucosa palatina, principalmente en la parte posterior del paladar duro y también en el paladar

blando. En su estado inicial la mucosa se encuentra enrojecida y pronto se torna blanco-grisácea. Posteriormente, la mucosa se engrosa y la lesión consiste en numerosas pápulas blanquecinas de 1 a 5 mm, cada una de ellas con un punto central de coloración rojiza correspondiente a la salida de los conductos excretores de las glándulas salivales. La lesión es benigna y tiende a desaparecer al suspender el hábito de fumar, por lo que solamente recomienda cambios de este hábito, después de lo cual se llevará a cabo un período de observación por tres meses con revisión mensual hasta confirmar clínicamente la mayoría de la lesión. En caso contrario se requerirá la toma de biopsia.

PIGMENTACIÓN MELÁNICA RACIAL

Áreas pigmentadas multiformes y difusas en diferentes áreas de mucosa oral (labial, bucal, paladar, lengua, encía, piso de boca), de color pardo o pardo negruzco, asintomáticas.

Esta pigmentación generalmente está relacionada con el color de la piel y aumenta progresivamente con la edad. No requiere tratamiento.

NEVO PIGMENTADO

Mácula o mancha de color café, negra o gris azulado bien delimitada. La lesión puede ser plana, elevada y de superficie nodular.

Se localizan en cualquier sitio aunque son poco frecuentes en la boca y puede confundirse con varios procesos como: nevo pigmentado, tatuaje por amalgama, etc., por lo que es necesario la toma de biopsia y el estudio histopatológico para el diagnóstico definitivo, así como la toma de radiografías en casos de posibles tatuajes por amalgama.

Los nevos pigmentados no se blanquean bajo presión y casi siempre se encuentran en el paladar, encía del maxilar superior y labios.

ÚLCERA O ULCERACION DE MUCOSA ORAL CON CAUSA APARENTE

Pérdida de sustancia del epitelio mucoso, o de forma irregular, cuyo fondo es limpio o recubierto por una membrana gris-amarillenta, asintomática o dolorosa a la palpación y directamente relacionada con una causa que pueda explicarla.

La causa puede ser prótesis total o removible traumática, aparatos de ortodoncia, borden dentarios agudos cortantes o de restauraciones, trauma físico previo accidental o intencional u otros.

En los casos detectados se debe eliminar la causa o hábito que les dio origen. En caso de no desaparecer la lesión después de un periodo aproximado de dos semanas, éstos deben ser remitidos para su estudio y tratamiento.

ÚLCERA O ULCERACION RECURRENTE

Pérdida de sustancias del epitelio mucoso de forma redonda u ovoide, de bordes bien definidos cuyo centro está cubierto por membrana blanco-amarillenta, de límites enrojecidos, dolorosa a la palpación y se halla historia previa positiva de lesiones similares.

Este término incluye tres tipos de úlceras: menores, mayores, y herpetiformes.

Si un sujeto presenta aparentemente una úlcera recurrente y no narra experiencia previa positiva, no se diagnosticará como tal.

A estos pacientes se les remitirá a otros servicios para su tratamiento.

ÚLCERA ORAL SIN CAUSA APARENTE

Lesión destructiva de tejidos blandos orales, de bordes regulares o irregulares, blandos o duros, levantados o no, cuyo fondo es limpio o recubierto de membrana gris amarillenta, asintomática o dolorosa al tacto y para la cual no puede establecerse una causa aparente y que ha persistido por varias semanas.

Una úlcera oral a la cual el examinador no obstante todo su empeño no puede determinarle una causa, se considerará para propósito de análisis como maligna o como manifestación oral de un trastorno sistémico. El sujeto asustado por una úlcera de esta naturaleza debe remitirse de inmediato.

HIPERPLASIA FIBROSA

Aumento de volumen firme recubierto por mucosa de color normal o blanquecino, de base sésil, pediculada, de tamaño y forma variables, asintomática y que tiene una causa demostrable no protésica.

La causa de estos aumentos de tejido puede ser trauma masticatorio, hábito de morderse el carrillo, trauma de mucosa oral por diastemas (ausencia de piezas) entre los dientes mal posiciones (como mordida cruzada y borde a borde), alteraciones en la línea de la oclusión y otros; se localiza en bordes laterales de la lengua, encía y labios.

Lo fundamental es que el aumento de tejido tiene una causa que lo produce y aparentemente no es una prótesis.

Se debe eliminar los factores etiológicos y remitir de inmediato para su tratamiento.

AUMENTO TISULAR PRODUCIDO POR PRÓTESIS

Crecimiento de tejido blando oral, firme, recubierto por mucosa de color normal o blanquecino, de base sésil o pediculada, de tamaño y forma variables, asintomático o doloroso al tacto y directamente relacionado con una prótesis total u otro aparato removible o fijo.

Este paciente debe remitirse de inmediato para tratamiento, así como para cambios de prótesis.

AUMENTO TISULAR SIN CAUSA APARENTE

Crecimiento de tejido blando o duro (hueso), recubierto por mucosa de color normal o blanquecino, de base sésil o pediculada, de tamaño y forma variable, asintomática o dolorosa

al tacto y a la cual por medio del interrogatorio o el examen clínico no puede asociarse con una causa determinada.

El criterio pretende descubrir aquellas lesiones que no tienen causa aparente y que por definición se consideran neoplasias.

Un aumento tisular sin causa aparente de larga evolución puede ser un tumor maligno o la manifestación oral de un trastorno sistémico.

Los casos detectados deben remitirse de inmediato para su estudio y tratamiento.

MUCOCELE

Es una lesión que afecta glándulas y conductos salivales, de origen traumático.

Es una vesícula elevada y circunscrita de varios mm a cm de diámetro, con un tono azulado translúcido o de color semejante a la mucosa que va a depender de la profundidad, y significativamente afecta el labio inferior. Su tratamiento es la excisión.

PAPILOMA

Aumento de volumen de la mucosa oral, bien circunscrito, de base sesil o pediculada, de superficie rugosa de color blanco-grisáceo que semeja una coliflor, el tamaño varía desde mm a 1cm de diámetro. Es asintomático y se localiza preferentemente en labios, mucosa vestibular, encía, paladar y úvula.

El tratamiento consiste en la extirpación incluyendo base de la mucosa.

LENGUA FISURADA

Es una malformación congénita, que clínicamente presenta múltiples pliegues o surcos en el dorso de la lengua.

Es asintomático, sin embargo, cuando se acumulan alimentos en los surcos puede provocar irritación y por consiguiente esta indicada la limpieza con el cepillo dental.

LENGUA GEOGRÁFICA

Localización preferentemente en el dorso de la lengua, al inicio se caracteriza por la presencia de pequeñas áreas redondas e irregulares de desqueratización y descamación de las papilas filiformes, presentándose de color rojo, tienen bordes gruesos y de color blanco amarillento y a menudo están circinados. Las zonas de descamación permanecen por un corto tiempo en un sitio, luego cicatrizan y aparecen en otro sitio.

No requiere tratamiento, es autolimitada y asintomática.

ABSCESO

Colección purulenta localizada, sin fistula prominente, de rápida evolución, localizada en mucosa oral relacionada con tejido dental, la mucosa en relación con la lesión se observa enrojecida.

El criterio no distingue entre un absceso de origen pulpar y un absceso peridontal de origen gingival puesto que clínicamente es difícil distinguir entre los dos.

Al encontrar esta entidad se registra y se refiere a otro servicio para su tratamiento.

FÍSTULA

Pequeña perforación de la mucosa oral o de la piel por la cual emerge pus o existe historia clara de un absceso previo.

El criterio no hace distinción entre una fistula producto de un absceso de origen pulpar y que se observa en mucosa oral vecina a un diente; una fistula de origen pulpar y que se observa en la piel y una fistula producto de un absceso periodontal. En cualquier caso el sujeto necesita tratamiento y es lo que se pretende detectar epidemiológicamente.

Al encontrar esta entidad se registra y se refiere a otro servicio para su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- AXELL T. A. Prevalence study of oral mucosal lesions in an adult. Swedish population. *Odontol Revy.* Vol.27 Suppl. 36, 1976.
- 2.- BASCONES M.A. Atlas de Patología de la Mucosa bucal Ed. Avances en Odontostomatología, S.A. 1989
- 3.- BASILI E. Zuñiga O.y Alarcón Características clínicas del cáncer de la mucosa oral y su correlación con el grado de diferenciación histológica. Análisis de 21 casos. *Rev. Odontológica Chilena* 38:1990, pp76-80.
- 4.- BELTRÁN N. R. Carpio A.J. Examen clínico estomatológico elemental DGE/S.S.A.1981
- 5.- BOCCARDO J.J. La mucosa bucal desde el punto de vista funcional. Niveles de integración funcional. *Rev. Odontostomatología*, Vol.4 No.4, 1992, pp12-18
- 6.- BORGUELLI R.F. Temas de Patología Bucal Clínica. Con nociones de Epidemiología Bucal.Ed..Mundi S.A.I.C. y F. Tomo I y II 1era. Edición.
- 7.- BOUQUOT J. Common oral lesions found during a mass serening examination. *JADA* 1986;112: pp50-57
- 8.- CASTELLANOS J.L. Diaz G.L. Lesiones rojas y mixtas (blancas/rojas) de la mucosa bucal.Estudio epidemiológico en 5868 pacientes. *Rev. ADM* Vol. XLVI/3, 1989,pp 126-128
- 9.- CASTELLANOS J.L. Diaz G.L. Mucosa bucal. Cambios funcionales, involutivos y patológicos estomatológicos con la edad. *Rev. ADM* Vol. XLVI/7, 1989 pp134-137

10.- CASTELLANOS J.L. González S.S. Frecuencia de lesiones bucales en tabaquismo activo por cigarrillo. Rev. ADM, 5, 1991 pp269-272.

11.- CÁZARES H.L. Christen M. y col. Técnicas actuales de Investigación documental. México,D.F. UAM, 1991 3a. edición, De. Trillas

12.- DIAZ G. L. Castellanos J.L. Lesiones de la mucosa bucal, estudio espideimiológico en 7297 pacientes. Rev. ADM 1991, pp75-80

13.- DIAZ G.M. Prevalencia de lesiones de mucosa oral en pacientes de las clínicas de la Facultad de Odontología de la UAEM Rev. Práctica Odontológica, 14 (19) 1993,pp37-38

14.- DICCIONARIO de Odontología Friedenthal, 2a. edición 1996 · Ed. Médica panamericana.

15.- DICCIONARIO Mosby de medicina y ciencias de la salud, atlas en color de Anatomía Humana 1995, De. Mosby / Doyma Libros

16.- DIRECCIÓN General de Enfermedades S.S.A. Veinte principales localizaciones anatómicas y tipos morfológicos de tumores malignos en el sexo masculino y femenino, México, D.F. (1982-1988) Manual del registro nacional del cáncer.

17.- DONOHUE A. y col. Comparación de alteraciones bucales entre jóvenes y viejos en una población adulta mexicana: Un estudio preliminar, División de investigación de la Facultad de Odontología, UNAM 1994

18.- EVERSOLE L.R. Patología Bucal, 1era Edición, Argentina 1983, Ed. Médica Panamericana.

- 19.- FUENTES G.M.A. Detección temprana de cáncer oral. Rev. A.D.M. Vol. XLIX, No. 3, 1992 pp. 143-147
- 20.- GIUNTA J. Patología Bucal 1a. edición, México 1978, Ed. Interamericana
- 21.- GONZALEZ R.J.C.; Ovalle C.J.W. Estudio comparativo y revisión bibliográfica de los reportes en incidencia y prevalencia de lesiones en cavidad oral Rev.. ADM 1994 Vol. LI No. 3 pp.145-14
22. GRINSPAN D. Enfermedades de la boca. Patología clínica y terapéutica de la mucosa bucal, Editorial Mundi S.A.I.C.y F. Argentina; Tomo III 1era. Edición.
- 23.- GUTIERREZ J. Anatomía macroscópica de la mucosa bucal Rev. Odontoestomatología, Vol. 3 No. 3, 1990 pp. 13-24
- 24.- LEYVA H.E. y col. Prevalencia de lengua fisurada, lengua geográfica, glositis romboidea media y atrofia central de papilas. Rev. Practica Odontológica. 13 (4) 1992, pp. 51-59
- 25.- Mc CARTHY P.L. Shklar G. Enfermedades de la mucosa bucal, 2da. Edición, Argentina 1985, Ed. El Ateneo
- 26.- MELÉNDEZ H.J. y col. Estudio comparativo entre biopsia y citología exfoliativa en lesiones malignas de la cavidad oral. Rev. ADM, Vol. LIII 1996, No.2 pp. 86-89
- 27.- OCHOA O. T.J. Tabaquismo, carcinogénesis y cáncer en cavidad bucal. Rev. Practica Odontológica 13 (8) 1992, pp. 11-16
- 28.- O.M.S. Forma standard para el registro de las enfermedades de la mucosa oral. 1980
- 29.- PINDBORG J.J. Atlas de enfermedades de la mucosa oral. 4a. edición, Ed. SALVAT

- 30.- PORTILLA R. J. Aguirre M.A. Textos de patología oral, 1a. edición, México 1989, Ed. El Ateneo
- 31.- RAMIREZ A.V. Mosqueda T.A. Hernández L.L. Estudio epidemiológico de las lesiones de la mucosa bucal. UAM I México 1986, pp. 15-17
- 32.- REA C.R. Gutierrez G.J. Díaz M.G. y col. Estructuración de los capítulos del protocolo de investigación según el tipo de estudio. Parte I Rev. ADM Vol. XLIX, No. 4; 1992:247-255
- 33.- REA C.R. Gutierrez G.J. Díaz M.G. y col. Estructuración de los capítulos del protocolo de investigación según el tipo de estudio. Parte II Rev. ADM Vol. XLIX, No. 5; 1992: 292-298
- 34.- REGEZI J. A. y col. PATOLOGIA BUCAL, 1a. edición, México 1991, Ed. Interamericana
- 35.- RODRIGUEZ O.I. y Palestino E.F. Ciudad de México y Ciudad Nezahualcóyotl. Laberintos de sueños. UNAM. FES México, 1989
- 36.- ROJAS S.R. Guía para realizar investigaciones sociales. México, D.F. 1993, Ed. Plaza y Valdes.
- 37.- SANCHEZ C.J. y Chirino P.J. Resultado del examen practicado a odontólogos para el diagnóstico oportuno de cáncer oral. Rev. ADM, 1984 Vol. XLI, No. 4: 94-96
- 38.- SHAFER W. G. y col. PATOLOGIA BUCAL. 3ra. edición, México 1985, Ed. Interamericana.
- 39.- SOL Silverman, Jr. Meir G. Actualización epidemiológica y demográfica de cáncer bucal: Datos en California y Nacionales. Rev. Educación Continua, Año 7, No. 1, JADA 1991, pp. 49-54

- 40.- SPOUGE J.D. Patología Bucal. 1a. edición, Argentina, Ed. Mundi S.A.I.C. y F.
- 41.- SVIRSKY J.A. Kaugars G.E. y col. The Prevalence of Oral Lesions in Smokeless Tobacco Users and an Evaluation of Risk Factors. Rev. Cáncer. Vol. 70, No. 11, 1992 pp. 2579-2584.
- 42.- SWANGO P.A. Dushanka V.K. Niesen L.C. Epidemiologic studies of oral mucosal conditions - methodologic issues. Community Dent Oral Epidemiol 1991; 19: 129-40.
- 43.- TYLDESLEY W.R. A Colour Atlas of Oral Medicine. 1a. de. 1978, Ed. Year Book Medical Publishers, INC. Chicago, EE.UU.
- 44.- TYLDESLEY W.R. Ilustraciones diagnósticas en Medicina Bucal, 1a. edición, 1989, Ed. Interamericana, Mc Graw-Hill
- 45.- W.H.O. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. Community Dent. and Oral Epidemiologic. 1980, 8: 1980
- 46.- ZEGARRELLI E.V. y col. Diagnóstico en patología oral , 2da. edición, España 1982, Ed. SALVAT
- 47.- ZILA P.I. Sistema de diagnóstico de cáncer oral . Rev. Del colegio nacional de Cirujanos dentistas, A.C. pp. 9-12