

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

DIAGNÓSTICO PRECOZ Y PREVALENCIA
DE CÁNCER BUCAL EN TEJIDOS BLANDOS:
ESTUDIO REALIZADO EN LAS UMAL ZARAGOZA,
TAMAULIPAS, ESTADO DE MÉXICO
Y LOS REYES

TESIS REALIZADA POR LOS ALUMNOS

Mario Bonnabel Nuñez

Eduardo Martínez Capistrán

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE

Cirujano Dentista

México, D.F. 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

259673



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“EMPIEZA POR HACER LO NECESARIO,
LUEGO LO QUE ES POSIBLE
Y DE PRONTO TE ENCONTRARÁS
HACIENDO LO IMPOSIBLE”.**

San Francisco de Asís

A LA VIDA.

Por darme la oportunidad de luchar
y ser mejor cada día.

A MIS PADRES.

A quienes debo todo lo que soy.
Gracias por estar siempre a mi lado,
guiándome por el mejor camino el
cual me ha llevado a formar esta base
moral y profesional tan importante para
el resto de mi vida.
Gracias por enseñarme a tener los pies
sobre la tierra e inculcarme todos esos
valores que a ustedes los engrandecerán
por siempre.
¡GRACIAS POR SER MIS PADRES !

A MIS HERMANAS.

Silvia y Adriana:

Gracias por el apoyo incondicional que
de ustedes siempre he recibido, por
compartir momentos inolvidables y aun
más, por estar siempre cerca de mí, en
las buenas y en las malas. lo cual siempre
estará dentro de mi corazón.

A MI HERMANO.

Andy:

Gracias por ser un estímulo y llegar a ser
un ejemplo para ti, enseñarte que todo lo
que tú quieras lograr lo obtendrás siempre
y cuando tengas bien claras tus metas.
Recuerda que para alcanzar una meta debes
ir paso a paso, ser constante y poner el mayor
de tus esfuerzos.

A MIS ABUELOS.

Por ser parte fundamental en mi existencia y
por hacerme la persona más afortunada al
tenerlos siempre conmigo.

A DANY:

Por ser la mujer que llena de energía mi corazón
dándome fuerza e ilusión para seguir adelante y
a quien llevo siempre dentro de mi ser en todo lo que hago.

Mi amor:

Gracias por hacerme el hombre mas afortunado
al tenerte cerca de mí y contar contigo incondicionalmente.

TE AMO.

A LA U.N.A.M.

Máxima Casa de Estudios y a la F.E.S. Zaragoza
por ser tierra fértil en donde crecí profesionalmente,
además de ser mi segunda casa en la cual pasé una
de las etapas más importantes de mi vida de la cual
tengo recuerdos imborrables.

A LA C.D. LETICIA RIVERA TRUJILLO.

Por su valor como ser humano y aún más por
su gran capacidad de compartir su sabiduría y
ayuda invaluable para la culminación de esta meta.

A LA C.D. ROSA DIANA HERNANDEZ PALACIOS.

Por la capacidad de enseñanza, superación y por la
confianza que siempre tuvo hacia nosotros.
Gracias por haber sido nuestra profesora.

AL HONORABLE JURADO.

A MIS AMIGOS.

Gaby, Sara, Bere, Guadalupe, Edgar, Adrian:
Por permitirme crecer a la par profesionalmente y
por contar con su amistad incondicional con la cual
compartimos momentos únicos e imborrables los
cuales son parte de mi ser.
Con especial admiración a mi compañera de trabajo,
que durante cuatro largos años siempre estuvo a mi
lado luchando por la misma meta.

Dos mil Gracias a:

C.D. GABRIELA HERNANDEZ ALBA.

A LA FAMILIA NOVELO HERRERA.

Por su confianza y apoyo que han depositado en mí. Estoy y estaré eternamente agradecido. Gracias por ser parte importante en mi desarrollo profesional y aún más por ser imprescindibles en mi vida.

**A LAS FAMILIAS HERRERA HERNANDEZ
E**

IBARRA HERRERA.

Por llegar a ser mis amigos y por la confianza que de ustedes siempre he recibido.
Muchas gracias por su sincera amistad.

A MIS TIOS, PRIMOS Y AMIGOS.

~ Quiénes de alguna forma tuvieron que ver en mi formación profesional y la realización de esta tesis.

“EL AMANECER DEL HOMBRE,
ES EL CONOCIMIENTO. CULTÍVALO,
TU ENTRE LAS MARAVILLAS DE LA CREACION
... ERES GRANDE
ELÉVATE TAN ALTO COMO TUS SUEÑOS E IDEALES
COMPITE CON LAS AVES
CRUZANDO EL FIRMAMENTO
Y SERÁS EL SER DE LOS MIL RECURSOS
JAMÁS EL PORVENIR DEBE SER SORPRESIVO
CONOCES EL ARTE DE ESCAPAR A LOS MALES INCURABLES
SOLO LA MUERTE DETENDRÁ TU CARRERA HUMANA,
PERO TE INTEGRARÁ AL UNIVERSO Y NO TENDRÁS FIN”.

Anónimo

**DIAGNOSTICO PRECOZ Y
PREVALENCIA DE CANCER BUCAL
EN TEJIDOS BLANDOS**

**ESTUDIO REALIZADO EN LAS UMAI ZARAGOZA,
TAMAULIPAS, ESTADO DE MEXICO Y LOS REYES.**

DIRECTOR DE TESIS

LETICIA RIVERA TRUJILLO.

ASESOR DE TESIS

ROSA DIANA HERNANDEZ PALACIOS.

PASANTES DE ODONTOLOGIA

**MARIO BONNABEL NUÑEZ
EDUARDO MARTINEZ CAPISTRAN.**

INTRODUCCION

En la actualidad el cáncer es considerado como un padecimiento complejo y multifactorial. Existen numerosos estudios que han revelado su gravedad y magnitud, al grado de establecerlo como uno de los principales problemas de salud en las grandes urbes. (43)

En México no existen estudios epidemiológicos confiables que midan el impacto del cáncer en los índices de morbilidad; sin embargo hay grupos que citan al padecimiento como uno de los principales problemas de salud. (43)

En el mundo industrializado moderno la desnutrición y las epidemias son problemas que ya han sido controlados; por ello el cáncer se presenta como una de las enfermedades más temidas por el hombre. (43)

En las naciones en desarrollo, el cáncer ha adquirido una relevancia especial. Podría pensarse que el cáncer tiene dos formas de presentación en nuestro mundo: el de las naciones ricas y el de las naciones pobres. Mientras que en las primeras los cánceres de mama y de colón son más prevalentes, en las segundas lo es el cervicouterino. Aunque el cáncer no es la causa más frecuente de muerte en el mundo, ya que ocurre con menos frecuencia que la enfermedad cardiovascular, sigue teniendo la reputación de ser una condición fatal y progresiva, para la cual no existe tratamiento efectivo.

Analizando la epidemiología del cáncer en el hombre, parece claro que la mayoría de las diversas formas de cáncer son condicionadas en su mayor parte, por factores que se encuentran en nuestro ambiente, que varían de un lugar a otro y de una generación a la siguiente. Por lo que aún sin conocer en su totalidad cuáles son estos factores, podemos deducir, en principio por lo menos que el cáncer puede ser previsible.

Así pues la actitud del clínico debe ser de sospecha de cáncer ante cualquier lesión que no pueda ser diagnosticada clínicamente y el empleo de auxiliares adecuadamente, es con mucho, una de las principales armas en la lucha contra esta enfermedad.

El cáncer debe ser la hipótesis de trabajo, frente a cualquier lesión dudosa de la cavidad bucal; en otros casos, antes de establecer otro diagnóstico es preciso descartar el cáncer y en este contexto no es permisible esperar nuevos signos ni acontecimientos. Sin embargo, hay que considerar también que en muchas enfermedades es prudente la observación y es preferible aplicar algún tratamiento farmacológico con el fin de descartar al cáncer.

Cuando se está frente a cualquier lesión sospechosa de ser maligna, es obligatorio tomar de inmediato las medidas necesarias para su diagnóstico, como son en este caso la técnica de azul de toluidina, la citología exfoliativa y la biopsia.

Desafortunadamente en la práctica profesional el común denominador es que aún y cuando se sospeche de cáncer, se sigue recurriendo demasiadas veces a ensayos terapéuticos de distintos tipos, con la esperanza de estar frente a una lesión benigna.

Un diagnóstico precoz puede salvar la vida del paciente, por lo que retrasar él mismo repercute negativamente en el pronóstico de vida para el paciente.

Por lo tanto en patología oral se considera como una regla a seguir el hecho de que ante toda lesión que persista por más de dos semanas, se está obligada la toma de biopsia.

Asimismo, en caso de realizar la técnica de azul de toluidina y la citología exfoliativa obteniendo resultados positivos la toma de biopsia es el siguiente paso. El retraso disminuye mucho las probabilidades de curación del enfermo.

El cirujano dentista debe ser quien asuma la iniciativa para establecer un diagnóstico, su insistencia debe ser rotunda y él mismo debe tomar las disposiciones del caso.

Hay que brindar todo tipo de ayuda al paciente, la tarea de poner al paciente en las manos indicadas para estudios ulteriores y biopsias, corresponden fundamentalmente al dentista o al médico que atendió al enfermo por primera vez.

Queda claro entonces que el diagnóstico es fundamental y la base de todo tratamiento médico u odontológico completo y de primera calidad.

El presente trabajo muestra una metodología clínica de diagnóstico, para la mucosa bucal, sencilla, rápida y de bajo costo el cual tiene como base la observación clínica, se complementa con exámenes de laboratorio rápidos, eficientes y de bajo costo (citología exfoliativa y técnica de azul de toluidina) y corroborado por medio de la biopsia.

Asimismo, pretende mostrar la prevalencia de cáncer bucal y entidades nosológicas más frecuentes en mucosa bucal de los pacientes adultos mayores de 40 años que acuden a las UMAI de la FES Zaragoza al que se encuentran dentro de grupo de riesgo y estar en contacto con los factores predisponentes estadísticamente comprobados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es posible efectuar el diagnóstico oportuno de cáncer bucal, así como conocer su prevalencia mediante una revisión clínica metodológica sencilla, en pacientes que pudieran entrar en grupo de riesgo y estar en contacto con los factores predisponentes al cáncer bucal.

JUSTIFICACION

El cáncer es un padecimiento para el que hasta el presente no existe una cura precisa. Aún y cuando existen tratamientos como la radioterapia y la quimioterapia, entre otros, en la mayoría de los casos el porcentaje de curación total es bajo, pues generalmente el cáncer a tratar se encuentra en estadios avanzados en el momento de su atención, además de que los tratamientos generalmente causan secuelas sumamente desagradables y dolorosas al paciente.

Es un hecho que los tratamientos para el cáncer implican un alto costo y requieren de un largo tiempo. Actualmente se acepta que el diagnóstico oportuno es la medida más eficiente, de bajo costo, rápida y simple.

En el campo de la estomatología se considera a la cavidad bucal como una zona bastante accesible para realizar el examen minucioso y así detectar precozmente el cáncer. Lo anterior contrasta visiblemente al determinar a través de la revisión de historias clínicas en hospitales de tercer nivel de atención, que un alto porcentaje de pacientes con cáncer oral asistieron a consultas dentales previamente. (5)

Esto muestra contundentemente la necesidad de capacitación a los trabajadores de la salud (cirujanos dentistas, médicos, etc.) en el diagnóstico precoz del cáncer oral así como el desarrollo de campañas de salud tendientes a proporcionar información a la población.

Por lo anteriormente expuesto, se pretende realizar la presente investigación con el fin de resaltar la importancia de un diagnóstico oportuno para la prevención de estados avanzados, lo cual redundará en un mejor tratamiento para los pacientes, abatiendo además costos y estancias hospitalarias.

MARCO TEORICO

Actualmente existen mas de 100 registros especializados sobre el cáncer en diferentes partes del mundo que continuamente analizan la frecuencia en poblaciones específicas. El resultado más evidente de estos estudios es que la frecuencia y la mortalidad por esta enfermedad varían enormemente de país a país y de tiempo en tiempo. (43)

Así, se tiene por ejemplo que en estadísticas en el ámbito mundial publicadas por Parkin en 1988 (23), se observan datos importantes:

De acuerdo a las áreas geográficas y ambos sexos, el cáncer más frecuente hasta 1980 se presentó en estómago, comprendiendo 10.5% del total refiriéndose con mayor frecuencia a países como Japón, China y el este de Asia y algunas regiones de la Unión Soviética.

Asimismo, efectúa un estudio comparativo de frecuencia de cáncer mundial con nuestro país, específicamente los registrados en la ciudad de México en el año de 1983 por el registro nacional de cáncer. Reporta que los tipos de cáncer más frecuentes de acuerdo a su importancia son los de estómago, pulmón, mama, colón, recto y cervix y en la ciudad de México, ocupando el primer lugar el carcinoma del cervix en segundo el de mama, seguido por el linfoma, cáncer de próstata y por último el de pulmón.

Los cánceres de la boca y de la laringe que en la estadística mundial ocupan el sexto lugar, en México ocupan el decimoséptimo; el cáncer del esófago que se encuentra en séptimo lugar en la estadística mundial, en nuestro país se encuentra apenas en el lugar vigésimo sexto y el cáncer hepático ocupando el octavo lugar en la estadística mundial, en la nacional apenas aparece en el vigésimo quinto. (23)

Según The Public Information and Report Section, NIDR. Cada año se diagnostican mas de 30, 000 cánceres de boca y faringe en Estados Unidos de los cuales 8, 000 pacientes mueren por esta causa. (4, 19)

Aproximadamente 815,000 nuevos cánceres de todos los sitios(excluyendo piel) fueron diagnosticados en los Estados Unidos en 1981, De éstos se refiere que 27,100 casos (3.4%) se presentan en labio, lengua, piso de boca, paladar, gingiva y mucosa alveolar, mucosa bucal y orofaringe. Se estima que una de cada mil personas padece cáncer así como dos de cada tres familias tienen algún nexo con la enfermedad.

En una revisión de casuística de cáncer oral en el hospital universitario "Virgen del Rocío" en España entre los años de 1974 a 1986 se demostró un predominio en el sexo masculino con 527 casos(85.1%) sobre mujeres, que hicieron un total de 92 casos(14,9%). Se observó que la localización más frecuente en los hombres fue mucosa bucal mientras que en las mujeres lo fue en lengua, las edades promedio con mayor frecuencia se ubicaron entre la 5a y 6a década (51).

Otro estudio realizado en la universidad de Tel Aviv que abarco los años de 1970 a 1980 con una muestra de 879 personas en Israel, demostró que el cáncer oral alcanzó su mayor índice a partir de los 40 años en adelante y que el carcinoma más frecuente es el carcinoma de células escamosas con un 95%(38)

En México el cáncer en cavidad oral representa un alto porcentaje de todos los casos de cáncer en el cuerpo humano. Él ultimo registro anual en el D. F. fue de 400 nuevos casos de cáncer oral, existiendo un incremento de casos por cada año de 30%. (5)

Es de gran importancia señalar que el tracto aerodigestivo alto se considera dentro de los campos cancerizables, por su continua exposición a carcinógenos como el cigarro, que aumenta el riesgo de desarrollar un cáncer epitelial primario del tracto aerodigestivo alto y medio. (7)

ENTIDADES CANCERIZABLES

Las lesiones cancerizables bucales de acuerdo a la OMS, pueden presentarse clínicamente como lesiones blancas (leucoplasia), lesiones rojas (eritroplasia) o una combinación de ambas y Liquefación Erosiva.

* Dato obtenido del registro Nacional de Cáncer. DGE,SSA. 1987-1988.

LEUCOPLASIA

Desde 1886 en que un dermatólogo húngaro, Schwimmer, describió por primera vez la leucoplasia bucal, ésta ha sido reconocida como una lesión cancerizable.

Sir. James Paget reconoce que la lesión tiene alto potencial de transformación y que a su vez ésta se relaciona con el consumo de tabaco o el uso de la pipa, por lo que la describe como una leucoqueratosis y lo diagnostica como el parche del fumador. Ciento cuarenta años después la leucoplasia bucal se reconoce como un gran ejemplo de lesión premaligna en el hombre. (8)

La leucoplasia se define de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978) como una mancha o placa blanca que no puede ser caracterizada clínica o patológicamente como otra enfermedad. (1, 8, 32, 41).

Es más frecuente entre los 40 y 60 años, y prevalece en el sexo masculino; no parece haber relación con la raza, aunque algunos clínicos pretenden que la leucoplasia es menos frecuente en la raza negra. (32)

Factores predisponentes de la leucoplasia bucal:

1. - Generales:

A) Posibles características constitucionales.

B) Posibles factores de nutrición.

- Carencia de vitamina A.

- Carencia de vitaminas del complejo B.

2. - Locales:

a) Traumatisms: Bordes agudos de dientes o raíces dentarias, irritación por mala implantación o prótesis defectuosas, costumbre inconsciente de morder los tejidos bucales.

b) Químicos y térmicos: Aplicación repetida de fármacos y cáusticos a lesiones irritativas o no diagnosticadas de mucosa bucal.

c) Bacterianos: Mala higiene bucal, enfermedad periodontal.

Características clínicas. Estas varían desde una pequeña mancha de hiperqueratosis hasta una amplia lesión hiperqueratósica de la mucosa bucal. Una de las principales características es la falta de dolor. Con frecuencia el primer síntoma que refiere el paciente y muchas veces el único es la falta de flexibilidad de la mucosa afectada.

La transformación maligna es más frecuente cuando la leucoplasia se localiza en la superficie lingual inferior, piso de la boca y borde alveolar del maxilar inferior. Pueden aparecer leucoplasias en bordes maxilares edentulos o en el paladar debajo de una prótesis. (44)

Varios autores explican los hallazgos de la leucoplasia debido a que un porcentaje variable de estas lesiones presentan cambios malignos al examen histológico, los cuales pueden ir desde un 6.3% a un 30% según diversos estudios realizados en el mundo(1)

Sin embargo no es posible establecer comparaciones entre las cifras reportadas ya que el criterio para esta lesión así como la técnica de muestreo del material estudiado varían de una investigación a otra.

Es importante mencionar también que las tasas de transformación maligna de leucoplasia en estudios anteriores reportaban cifras elevadas en comparación con los estudios mas recientes, los cuales se fundamentan en la definición de leucoplasia dada por la OMS. Y reportan tasas menores que las sugeridas previamente. A manera de ejemplo se tiene que en Estados Unidos en el estudio realizado por Weisberger en 1957 reportó un 36% de transformación maligna contra un 6% reportado por Silverman y Colbs. En 1968. (1)

Es en Hungría y la India donde se inician los estudios sobre prevalencia e incidencia de lesiones precancerosas y cáncer bucal en población no seleccionada. En la tabla 1 se mencionan los principales estudios realizados para establecer la tasa de prevalencia de leucoplasia bucal.

PREVALENCIA DE LEUCOPLASIA BUCAL ENCONTRADA EN ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS (tabla 1).

PAIS	AUTOR	AÑO	MUESTRA	TASA
Hungría.	Bruszt.	1962	5610	3.6
Nueva Guinea.	Atkinson y Colbs.	1964	3966	8.1
Nueva Guinea.	Pindborg y Colbs.	1968	1226	4.6
India.	Mehta y Colbs.	1969	50915	0.2 a 4.9
Hungría.	Bánoczy y Colbs.	1969	16332	0.57
India.	Wahi y Colbs.	1970	7286	5.2
India.	Mehta y Colbs.	1972	101761	0.67
Hungría.	Sonkodi y Toth.	1973	1071	1.2
India.	Smith y Colbs.	1975	57518	11.7
Suecia.	Axell.	1976	20333	3.6
Alemania.	Wilsch y Colbs.	1978	4000	2.2
Birmania.	Lay, K.M. y Colbs.	1982	6000	1.7

Varios factores pudieran explicar este hecho, como la composición de la población estudiada en cuanto a edad y sexo, diferencias culturales y de hábitos, así como educacionales, económicos y ocupacionales.

En cuanto a los estudios sobre el comportamiento de las lesiones leucoplásicas, Pindborg y colbs. Encontraron que de 61 lesiones precancerosas detectadas que mostraban características de displasia epitelial seguidas por 7 años, el 6.6% desarrolló carcinoma bucal y el 14 % tuvo regresión espontánea. (41)

Silverman y colbs. Encontraron que seis individuos (0.13 %) con leucoplasia bucal desarrollaron carcinoma bucal en dos años. Esta incidencia de transformación maligna equivaldría a 63 por 100 000 habitantes por año. Bánoczy y Csiba encontraron un 13.2 % de transformación maligna en 68 pacientes con leucoplasia bucal, las cuales mostraban histológicamente displasia epitelial.

En América latina se han llevado a cabo algunos estudios para determinar la frecuencia con la que se presenta la leucoplasia bucal (tabla 2). (1, 41)

PREVALENCIA DE LEUCOPLASIA BUCAL EN INDIVIDUOS ADULTOS EN ESTUDIOS REALIZADOS EN AMERICA LATINA (TABLA 2)

PAIS	AUTOR	AÑO	MUESTRA	FRECUENCIA %
Colombia.	Jiménez-Gómez y Bojanini.	1980	248	9.3
Cuba.	Santana.	1979 --	503	1.8
Argentina.	Borghelli	1968 - 1971	8995	0.4 2.4
Colombia.	Moncada y Herazo.	1977 - 1980	-	3.8
Cuba.	Rodríguez y Colbs.	1983	749	2.1
México	Mosqueda y Colbs.	1982	802	1.2

Los diversos puntos de vista impiden tener resultados comparables por lo que algunos autores han dividido de acuerdo a criterios la leucoplasia, además de dar una fase a cada aspecto de la lesión y el riesgo de cancerización, como se muestra a continuación en la tabla 3. (8)

TABLA 3.

FASE	DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO CON EL TERMINO COMÚNMENTE USADO	RIESGO DE TRANSFORMACIÓN MALIGNA
I	Leucoplasia insípida Preleucoplasia Leucoplasia homogénea	+/-
II	leucoplasia leucoplasia fisurada leucoplasia homogénea	++
III	Leucoplasia granular Leucoplasia verruciforme Leucoplasia rugosa Candidiasis hiperplásica Leucoplasia homogénea	+++
IV	Eritroleucoplasia Leucoplasia candidótica Leucoplasia no homogénea	++++

ERITROPLASIA.

La eritroplasia bucal se refiere a una rara pero importante lesión cancerizable que es definida por la OMS como una “placa aterciopelada de color rojo brillante que clínicamente o patológicamente no corresponde a alguna entidad diagnóstica conocida”.

Se desconoce la causa de la lesión pero probablemente intervienen los mismos factores etiológicos del cáncer bucal. Es posible que el tabaco tenga una función importante en la producción de muchas de estas lesiones. (9, 16)

Otros factores que contribuyen o actúan como modificadores etiológicos son consumo de alcohol, efectos nutricionales, la irritación crónica y otros. (10)

Características clínicas. La eritroplasia se presenta con menos frecuencia que la leucoplasia; sin embargo se considera más grave pues un porcentaje elevado se relaciona con cáncer. (40,21)

La lesión es una placa roja de bordes bien definidos que se localiza en cualquier región de la boca, aunque es más frecuente en el piso de la misma y en la zona retromolar; en algunas lesiones se observan áreas blancas que corresponden a queratosis. (40,21)

No tiene predilección por algún sexo en especial y afecta a sujetos de 50 a 70 años. Es una lesión blanda, aunque en los trastornos invasores puede encontrarse induración. (44)

La importancia clínica de la eritroplasia como lesión cancerizable se fundamenta en los estudios de Mashberg, Kramer, Mashberg y Meyers(1). Los hallazgos de estos autores indican que la apariencia clínica de los carcinomas bucales en mayor porcentaje corresponden: a una lesión roja, o roja con blanco.

Mashberg enfatiza que con los datos acumulados actualmente, la eritroplasia bucal se debe considerar como un carcinoma hasta probar lo contrario; así Shafer y Waldron(1) que estudiaron 58 casos de eritroplasia bucal, encontraron que el 91 % de los casos mostraban ser carcinoma invasivo, carcinoma in Situ o displasia severa, en comparación con el 8 % encontrado en el estudio realizado por Waldron y Shafer en 3360 casos de leucoplasia.

Es importante por lo tanto considerar la afirmación de Mashberg y Colbs. , en cuanto a que “ Una lesión eritroplásica, sintomática, parece ser el signo temprano de carcinoma escamo-celular bucal invasivo o in Situ”. Así, se considera que una lesión roja en boca que persiste por mas de 14 días sin causa específica, debe ser considerada sospechosa e indicar la toma de biopsia. (1)

Shear describió tres variaciones clínicas de la eritroplasia bucal:

- 1) Homogénea,
- 2) Eritroplasia con manchas de leucoplasia
- 3) Eritroplasia granular o moteada.

Ackerman y Johnson así como Shafer y Waldron enfatizaron en sus trabajos que había un tipo de leucoplasia bucal caracterizada por manchas blancas en forma nodular o difusa entremezcladas con áreas rojas, que frecuentemente estaba asociada con atipia celular o carcinoma. Es la llamada leucoplasia moteada por Pindborg y Colbs. Erosiva por Bánoczy y Sugar o eritroplasia moteada por Kramer. La importancia de este tipo de eritroplasia como una lesión de alto riesgo se basa en los trabajos de varios autores. (1)

LIQUEN PLANO

El Liquen plano es una enfermedad mucocutánea inflamatoria crónica, que tiene manifestaciones en cavidad bucal. Afecta por igual a mujeres y hombres de edad mediana y en raras ocasiones a niños.

Algunos autores mencionan que la etiología del liquen plano se puede atribuir a causas inmunológicas, además de asociársele a factores de tipo irritativo crónico, algunos más lo asocian a factores vírales o farmacológicos, así como a estrés y problemas depresivos(33)

Las manifestaciones bucales de la enfermedad son muy variables, pues se pueden presentar en forma reticular, de placa, atrófica y erosiva.

De éstas, se manejará la forma erosiva ya que se ha observado con cierta predisposición a la transformación maligna. (28)

El Dr. Ellen Eisberg y colbs. han realizado estudios en donde se busca encontrar reportes de soporte más que epidemiológico para poder caracterizar el liquen plano como entidad cancerizable. (28)

El tipo erosivo es el más persistente (mientras que su transformación maligna es controversial), los investigadores reportan un 0.2 % a un 10 % como positivo asociado al tipo erosivo, en estos mismos estudios se observa que el sexo más afectado es el femenino.

El liquen plano erosivo presenta una superficie granular, eritematosa, brillante y puede sangrar a la manipulación mas leve. Las zonas donde se encuentra la erosión están cubiertas por una pseudomembrana o placa fibrinosa.

En el examen cuidadoso muestra un componente queratósico localizado en la periferia del sitio de erosión que se manifiesta en forma reticular o en estrías finas radiadas. (44)

CANCER ESPINOCELULAR

La mayoría de los cánceres bucales consisten de carcinomas de células escamosas, tumores malignos que se originan de epitelio mucosal. Un porcentaje hasta ahora desconocido de estos carcinomas de células escamosas, son precedidos durante varios meses o años, por alteraciones de la mucosa clínicamente visibles, que muy a menudo tienen una apariencia blanca (leucoplasia) con o sin un componente rojo o ser incluso totalmente de color rojo (eritroplasia). Estos cambios son llamados lesiones precancerosas, premalignas o en términos generales lesiones precursoras. (26, 40, 41)

Actualmente se conoce que la mayoría de las neoplasias malignas de cavidad bucal son de origen epitelial.

El cáncer bucal se incluye en la clasificación internacional de enfermedades (CIE) (OMS, 1977), se puede obtener de diversas formas, una de las más comunes ha sido adoptar las frecuencias relativas, donde la cantidad de casos de cáncer bucal de una población dada se expresa como porcentaje de la cantidad total de cánceres en todas las localizaciones del cuerpo.

La publicación de la OMS, "Tipificación Histológica de Tumores Bucales y Bucofaríngeos" (Wahi y col. 1971), describe al carcinoma espinocelular bucal como un tumor consistente en nidos, columnas o riendas irregulares de células epiteliales malignas que se infiltran debajo del epitelio. Las células tumorales pueden semejar cualquiera de las capas del epitelio pavimentoso estratificado o todas. Se prefiere decir "Carcinoma espinocelular" en lugar de "carcinoma epidermoide", porque este último término suele referirse a la piel. (1)

Los grados severos de displasia epitelial se pueden fusionar con la lesión que se puede denominar "Carcinoma in situ" (sinon. Carcinoma intraepitelial, carcinoma no invasor), lesión en que todo el espesor del epitelio exhibe rasgos de malignización celular. (1)

La importancia clínica de la leucoplasia, eritroplasia y Liquefación Plana radica en el riesgo que tienen de transformarse en carcinoma espinocelular.

Los datos sobre la tasa de prevalencia, incidencia y transformación maligna de estas lesiones varían de un autor a otro, ya que además de las diferencias geográficas y culturales, ha existido metodología diversa para efectuar estos estudios. (55)

Es importante considerar también a aquellos factores de riesgo que se han relacionado con la aparición y comportamiento biológico de estas lesiones.

El carcinoma espinocelular es la lesión maligna más frecuente y de mayor importancia de la región oral y representa más del 90% de todos los cánceres orales. Dado que estas lesiones son cánceres de superficie originados en la mucosa de recubrimiento, el diagnóstico precoz en una fase curable debe conseguirse en un número razonable de enfermos. La importancia de la detección precoz del carcinoma oral ha sido subrayada por numerosos autores. (41, 55)

La etiología del carcinoma espinocelular de la cavidad oral al igual que las demás formas de cáncer, es aún desconocida. Se ha sugerido que el carcinoma bucal se acompaña de una cierta variedad de estímulos tanto de origen intrínseco como de origen extrínseco. De los primeros hay algunos altamente sospechosos como la malnutrición derivada del alcoholismo, deficiencia vitamínica, deficiencia de hierro y sífilis. Entre los extrínsecos estarían el tabaco, la luz solar (en el cáncer labial), diversos estímulos profesionales y desconocidos. (41)

La lesión inicial puede adoptar un aspecto inocuo, manifestándose solo como una zona aplanada de la mucosa eritematosa, o ligeramente rugosa o bien como una placa blanca o incluso una masa polipoide con ulceración superficial o sin ella.

Al ir evolucionando clínicamente los carcinomas orales muestran tendencia a adoptar uno de estos tres tipos de crecimiento: exofítico, ulcerado y verrugoso.

La lesión exofítica se presenta como una masa elevada de amplia base y superficie algo nodular. La palpación descubre induración en la base y bordes. A medida que el tumor va haciéndose más voluminoso, aparece generalmente necrosis, ulcerándose consiguientemente la porción central de la masa exofítica.

El carcinoma ulcerado se presenta como un defecto crateriforme de bordes encorvados y elevados. Este tipo de carcinoma tiene una mayor tendencia a invadir profundamente los tejidos en comparación con el de tipo exofítico.

La forma Verrugosa del carcinoma la consideran muchos como un tipo clínico anatomopatológico bien definido, en tanto que otros la clasifican junto a las otras formas del carcinoma exofítico. Este se caracteriza por un crecimiento papilar excesivo acentuado de múltiples pliegues extensivos.

Los carcinomas espinocelulares de la cavidad bucal metastatizan fundamentalmente por vía linfática englobando los ganglios regionales. (26, 27)

FACTORES DE RIESGO

La variación existente en las tasas de incidencia del cáncer y lesiones cancerizables bucales en las diversas regiones del mundo en donde se han llevado a cabo estudios epidemiológicos al respecto parece guardar una estrecha relación con ciertos factores biológicos y ambientales.

Ciertos factores predisponen el desarrollo de algunos cánceres, lo que ha generado varios estudios para determinar la relación que guardan estos factores (sexo, edad, sitio, factores dentales, dieta, candida albicans, tabaco, alcohol) con la frecuencia de cáncer bucal.

Sexo:

Se han realizado varios estudios para determinar la relación que guarda el sexo con la etiología del cáncer. Thoma describe la incidencia de la leucoplasia en una relación hombre-mujer de 95:5; Shafer y Waldron en 1961, encontraron que en una muestra de 321 pacientes con leucoplasia, el 32% ocurrían en mujeres observándose un aumento en la frecuencia en el sexo femenino. Posteriormente en 1975 reportan un estudio con 3256 casos, solo el 54.2% eran del sexo masculino. La razón del aumento en el número de leucoplasias entre el sexo femenino es desconocida, pero puede atribuirse a que cada vez mayor número de mujeres tienen el hábito de fumar.

En cuanto al desarrollo del carcinoma a partir de lesiones leucoplásicas, Roed-Petersen, Banoczy y Sugar, Banoczy, y Banoczy y Csiba, han encontrado que las mujeres parecen presentar mayor riesgo de transformación maligna que los hombres.

En cuanto a la eritroplasia su incidencia por sexo no puede ser establecida con exactitud. Aunque Shafer y Waldron mencionan que no existe predilección por sexo ya que de 58 pacientes que presentaban esta lesión, 31 eran del sexo masculino y 27 del sexo femenino (53% y 43%) respectivamente.

El liquen plano es una enfermedad que afecta por igual a mujeres y hombres, afecta a todas las razas y su incidencia es de 0.2 del 1 % de la gente. Esta enfermedad se relaciona con el grado de estrés del paciente. (1, 19)

Edad:

De acuerdo con los diversos estudios epidemiológicos la mayor prevaencia de leucoplasia ocurre en individuos mayores de 35 años.

Waldron y Shafer encontraron que el 58.1 % de sus casos de leucoplasia se detectaron después de los 50 años. Con relación a la eritroplasia, se observa que ésta es más frecuente después de la sexta década de vida.

Con respecto al liquen plano en el estudio realizado por Pusey observo una frecuencia entre los 20 y 40 años. (1, 46)

Sitio:

Varios investigadores han demostrado que existen ciertas áreas dentro de la cavidad oral en las cuales el riesgo de transformación maligna es mayor. Shafer y Waldron reportan al surco mandibular, mucosa bucal y paladar como los sitios de mayor frecuencia, por otra parte Silverman y Rozen y Banóczy, refieren como las zonas de mayor frecuencia las comisuras bucales.

La distribución de las lesiones se relaciona a la presencia de ciertos hábitos.

Moore y Catlin reportaron que aproximadamente el 75 % del cáncer bucal se origina en una área en forma de herradura que comprende desde la parte anterior del piso de la boca hacia atrás, extendiéndose a lo largo del surco lingual bilateralmente, incluyendo los bordes laterales de la lengua y la parte anterior de los pilares amigdalinos y zona retromolar.

Esta área representa un 20 % de la superficie de la mucosa bucal. Estos investigadores mencionan que los carcinógenos disueltos o en suspensión en la saliva se encuentran acumulados principalmente en estas zonas.

La frecuencia de las lesiones bucales del liquen plano, y la proporción de pacientes con lesiones limitadas a la mucosa de la boca, son mucho mayores de lo que suelen pensarse. En 307 pacientes con liquen plano inicial. Altman y Perry encontraron el 27% de los casos lesiones de mucosa únicamente, y en 39% de piel y mucosa simultáneamente.

Por lo tanto, había lesiones bucales en más de 65% de los pacientes con liquen plano inicial. En la variedad crónica de la enfermedad, se encontraron lesiones de mucosa bucal en más de 70% de los casos.

Solo tres de los 50 pacientes con liquen plano bucal atendidos por Cooke presentaban lesiones dérmicas. Shklar y McCarthy estudiaron detalladamente 100 enfermos con lesiones de liquen plano. El 50 % de los pacientes que en el momento de la revisión presentaban lesiones cutáneas o habían sufrido lesiones en piel.

Estos autores señalaron que “la mayor parte de los casos terminaron presentando simultáneamente lesiones de piel y de mucosa bucal”.

Puede afectar la mucosa de las mejillas, los tejidos alveolares edentulos, la lengua, las encías vecinas y el paladar. Debe buscarse cuidadosamente en los labios de los pacientes susceptibles de sufrir liquen plano, las lesiones típicas lineales en forma de llama o dendríticas. (1, 46)

Cándida Albicans.

Desde 1965, varios investigadores dirigieron la atención al hecho de que cierto número de leucoplasias se asociaban a la presencia de Cándida Albicans.

En la actualidad, existe evidencia que sugiere que las leucoplasias asociadas a Cándida presentan un mayor riesgo de transformación maligna, que aquellas no están asociadas con este microorganismo sin embargo, aún existe controversia en cuanto a que si la infección por Cándida es la causa de la lesión o si por el contrario, como suponen Jetsen y Winther, es ésta una infección agregada.

El rol del *Candida albicans* como un posible factor etiológico es todavía poco claro. En varios pacientes con leucoplasia bucal ninguno de los factores etiológicos antes mencionados parecían estar presentes, siendo de causa desconocida y considerada entonces como idiopática. (1,3, 8).

Dieta:

Existen algunos datos que sugieren que la deficiencia de algunas vitaminas guarda relación con esta entidad. Orr, en su estudio clásico sobre cáncer bucal en mascaradores de nuez de betel en Travacore, India implicó en su etiología además del mascar cal y tabaco a una deficiencia vitamínica, especialmente de vitamina A, la cual él consideraba causa de metaplasia epitelial.

Sin embargo, aunque se ha mencionado que las deficiencias nutricionales pueden actuar como factor etiológico asociada al desarrollo de cáncer bucal, muy pocos estudios han analizado a fondo este factor. En las investigaciones de Felman y Colbs. Y Graham y Colbs. no se hallaron diferencias significativas entre las dietas de pacientes al cáncer oral y los pacientes control. (1 y 10)

No se ha observado en los estudios realizados alguna relación del líquen plano con respecto a la dieta. Sin embargo, se ha asociado con factores de estrés. (46)

Factores Dentales:

Estudios como el de Lucas a hecho notar que aunque la proliferación de tejido fibroso causado por la presión de una prótesis es común, la transformación maligna del epitelio superficial o del tejido fibroso es rara.

En los estudios realizado por University Hospital of Umea, Sweden los resultados indicaron que la remoción de restauraciones de amalgama afecta a las lesiones favorablemente y que en la prueba del parche epicutaneo es valoración de pronóstico temprano en pacientes con lesiones de mucosa oral de características liquenoides (14).

Debido a que la frecuencia con que se presentan factores irritantes dentro de la cavidad bucal es muy alta, resulta sumamente difícil probar una relación causa efecto entre estos y el desarrollo del cáncer bucal. (1)

Hábito de fumar:

El hábito de fumar es la causa más importante y que se ha estudiado más profundamente con relación a la etiología con el cáncer. Wynder y cols. en un estudio de casos y controles basado en 659 pacientes con cáncer bucal, de los cuales 543 eran varones y 116 mujeres, encontraron que el hábito de fumar es un factor importante en el desarrollo de esta enfermedad, ya que solo en 3% de los varones nunca habían fumado, en contraste con el 10 % del grupo control. Así mismo el 29 % de los individuos con cáncer bucal habían fumado 35 o más cigarrillos o su equivalencia en puros o pipas diariamente (un puro igual a 5 cigarrillos y una pipa igual a 2.5 cigarrillos) por lo menos durante 20 años, en contraste con un 17 % del grupo control.

Además observaron que el riesgo relativo de padecer esta enfermedad aumenta con relación al tipo y a la cantidad de tabaco consumido.

En Puerto Rico, Martínez encontró que el riesgo de padecer cáncer bucal es 2.5 a 5 veces mayor en fumadores en exceso que en no fumadores.

Se sabe que el fumar produce la queratinización de mucosas no queratinizadas, produciendo lesiones clínicamente observables como leucoplasia.

Baric y cols. en un estudio longitudinal 925 varones sanos entre 25 y 75 años de edad encontraron una prevalencia de leucoplasia de 22.8 % en fumadores, en contraste con sólo 3.8 % en no fumadores ($p < 0.01$). La prevalencia de esta lesión fue mayor en individuos que fumaban puro y pipa conjuntamente que en aquellos que fumaban solamente cigarrillos o puros. (1)

Banoczy y Sugar en un estudio de seguimiento de 520 pacientes con leucoplasia bucal durante 25 años (promedio 8.7 años), encontraron una tasa de transformación maligna de 5.9 % (31 casos). (1)

Einhorn y Wersall en un estudio de seguimiento a 782 pacientes con leucoplasia durante un periodo de 1 a 44 años (promedio 12 años) observaron una tasa de transformación maligna de 2.4 % a los 10 años y de 4 % en 20 años, notando que la presencia de leucoplasias es mucho más común entre aquellos individuos que mascan tabaco o fuman una pipa o cuando menos 5 cigarrillos diarios regularmente, que en aquellos que no fuman o mascan esta sustancia.

Estos autores llaman la atención al observar que la frecuencia de neoplasias malignas en pacientes con leucoplasia sin antecedentes de tabaquismo es 8 veces mayor que en aquellos con algunos de los hábitos descritos. En vista de lo anterior estos investigadores sugieren que la leucoplasia asociada a tabaquismo no parece tener un gran potencial maligno, ya que sólo uno de 250 casos desarrollo carcinoma en los primeros 5 años.

Resultados semejantes fueron obtenidos en el estudio de Roed-Petersen, quien observó transformación maligna en 11.1 % de leucoplasias de pacientes con antecedentes de tabaquismo ocasional o negativo en contraste con sólo un 2.1 % observado en pacientes con tabaquismo diario positivo en una muestra de 331 pacientes observados durante un periodo promedio de 4.3 años.

En general se acepta que el tabaco es una de las causas más comunes de la leucoplasia.

En otros estudios se observo que el cigarro es factor importante en el cáncer de boca y faringe y que su adición incrementa el riesgo en la enfermedad (1, 3, 4, 11, 9, 15, 16, 32, 34, 47, 48, 49)

Otros hábitos.

Existen numerosos estudios que indican que en donde el hábito de mascar tabaco es común, se presenta una elevada frecuencia de leucoplasia y carcinoma con relación al sitio de donde se coloca la mezcla, siendo el vestíbulo la localización más frecuente. Sin embargo, debido a la variación existente en las mezclas utilizadas para mascar, aún existen dudas con respecto al verdadero potencial carcinógeno del tabaco. (1, 9, 12).

Alcohol:

Al estudiar la posible correlación entre el ingerir bebidas alcohólicas en exceso y el desarrollo de cáncer oral, Winder y cols en E. U. encontraron que aquellos individuos que toman más de 6 onzas de whisky o su equivalente presentan un riesgo relativo de desarrollar cáncer oral aproximadamente 10 veces mayor que aquellos individuos que consumen cantidades mínimas de alcohol. (9, 15)

Graham y Colbs y Martínez también hallaron que la ingestión de bebidas alcohólicas en exceso se asocia con un incremento en el riesgo relativo de desarrollar cáncer bucal. (1)

ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS DE ENTIDADES NOSOLOGICAS QUE SE PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA EN LA MUCOSA BUCAL.

Otros investigadores han realizado estudios de prevalencia de entidades que se presentan en mucosa bucal como lo es el estudio realizado por el doctor Adalberto Mosqueda Taylor y Colbs. de la UAM Xochimilco (13). El cual realizó una investigación de diagnóstico precoz de lesiones cancerizables con una población de 812 personas de ambos sexos mayores a los 34 años, de estos 402 eran hombres y 410 mujeres.

En este estudio además de determinar el porcentaje de entidades cancerizables determinó la frecuencia de lesiones más comunes en mucosa bucal en donde las pigmentaciones melánicas y las manchas blancas fueron las que presentaron una mayor frecuencia; dentro de las entidades cancerizables se encontró un total de 1.2% y un 23.2% de entidades no cancerizables.

Además determinaron las lesiones bucales más frecuentes por grupo siendo los resultados los siguientes: Pigmentación Melanica 33.5%; Manchas blancas 24.5%; Aumento Tisular 11.8%; Ulceras bucales 5.7%.

De esta manera el grupo más elevado fue el de las manchas blancas quedando de la siguiente manera: Queratosis Friccional 15.8%; Leucoedema 10.9%, Leucoqueratosis Nicotini Palatini 2.2%; Liquen Plano 0.7%; leucoplasias 0.9; Candidiosis Crónica Hiperplásica 0.2%.

Dentro de las entidades bucales más frecuentes, encontradas fueron: Condición de Fordyce 31.5%; Pigmentación Melanica no gingival 27.8%; Queratosis Friccional 15.9%; Pigmentación Melanica Gingival 11.8%; leucoedema 10.9%; Aumento Tisular con causa aparente 6.03%. (13)

Por su parte Díaz Guzmán Mariluz Coordinadora de patología Bucal de la Universidad Autónoma del Estado de México(UAEM) realizó un estudio para

determinar las lesiones más frecuentes en las clínicas de la Facultad de la UAEM, en una población de 500 pacientes de ambos sexos y los resultados fueron:

hiperqueratosis irritacional 20.20%; Lesiones rojas traumáticas 11.40%; pigmentación melánica 10.60%; Fibroma 8.0%; Hemangioma 5.60%; Herpes Simple 5.60%, Puntos de Fordyce 3.80%; Varices lingual 3.40 %; Ulcera traumática 3.60%; Nevó 2.80%; Petequias 2.80%. , candidiasis 2.80%. (6)

Además de identificar 50 lesiones diferentes en total.

En otro estudio el Dr. Juan Carlos González Reyes y el Dr. José Wilbert Ovalle Castro realizaron un estudio retrospectivo y comparativo de los estudios más importantes reportados en el país de 1988 a 1899. su primer artículo revisado fue: El estudio Prevalencia de tumores orales y alteraciones de glándulas salivales y amígdalas, realizado en el hospital general Manuel Gea González de la Secretaría de Salud realizado en 1988 los resultados reportaron al fibroma como la entidad más frecuente y dentro de las malignas al carcinoma epidermoide.

El segundo artículo reportado fue Clinical orodental abnormalities in Mexican children, revisando 32,022 niños mexicanos enfatizan la incidencia de lesiones congénitas orales y las anomalías paranormales.

El tercer artículo Diseño y comprobación de un modelo de registro y referencia por computación aplicado a la patología bucal, realizaron una revisión retrospectiva de las biopsias elaboradas en el área de histopatología oral en la ENEP Zaragoza durante un periodo de 4 años se resalta que el 50% de los pacientes queda contemplado entre la segunda y tercera décadas de la vida, se anuncia que un 46% de las lesiones intraorales diagnosticadas estaban asociadas a estructuras dentales, el quiste dentigero fue la alteración más frecuente, por su parte para lesiones extraorales el más frecuente fue el nevó intradérmico.

El cuarto artículo estudiado fue Prevalencia de las lesiones en cabeza y cuello en la Universidad Tecnológica de México UNITEC, realizaron un estudio retrospectivo de las biopsias extraorales e intraorales de 124,456 pacientes que acudieron a consulta durante 2 años y medio, dentro de las lesiones biopsiadas más frecuentes se encontró en primer lugar el tejido inflamatorio crónico, en segundo lugar el fibroma por irritación, en tercer lugar la candidiasis, en cuarto lugar el papiloma y en quinto lugar el hemangioma. (36)

El artículo titulado Lesiones de la mucosa bucal se presentan pacientes ambulatorios mayores de 15 años que solicitaron servicio dental integral entre el periodo Enero de 1982 a junio de 1989 en la Universidad del Bajío, resaltan que la queratosis friccional fue la lesión más frecuente, en segundo lugar se presentó la úlcera traumática, en tercer lugar la candidiasis crónica atrófica, en cuarto lugar la hiperplasia fibrosa y en quinto lugar el leucoedema.

El artículo Lesiones orales comunes encontradas durante un examen masivo publicado en Enero de 1986, se manifestó que más de 10% de 23,616 americanos de raza blanca tenían cuando menos una lesión oral y que las 30 lesiones más frecuentes correspondieron al 93% de todas las lesiones reportadas, en primer lugar reporta la leucoplasia, en segundo lugar aparece el Torus Mandibular y en tercer lugar la Inflamación por irritación, en Cuarto lugar los gránulos de Fordyce, en quinto lugar el hemangioma, en sexto lugar la ulcera inflamatoria después en orden sucesivo: el papiloma, el epulis fisurado y al final las varices linguales.

Por último el artículo Integración de las Ciencias básicas en el campo clínico odontológicos datos obtenidos de las biopsias procesadas y diagnosticadas de agosto a diciembre de 1900 por la sección de patología oral de la Escuela de Odontología en la Universidad del Bajío, las lesiones más frecuentes fueron el granuloma periapical, el quiste periapical y el quiste dentigero, prevaleciendo las lesiones de tipo odontogénico. (37)

Prevalencia de alteraciones bucales en una población adulta mexicana, es otro trabajo que presentó el CD. Alejandro Donohue Cornejo (50), durante el periodo comprendido de Junio de 1991 a Marzo de 1992 se llevó a cabo el trabajo clínico de este estudio, en el cual asistieron a las clínicas de admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM un total de 12,414 pacientes mayores de 18 años, de los cuales 8,206(61.17%) fueron del sexo femenino y 5,208(38.83%) del sexo masculino.

Dividió las entidades en condición y Lesión. Dentro de las condiciones encontró los siguientes resultados: Melanosis Racial 694(60.24%), Gránulos de Fordyce 634(55.03%), Lengua Fisurada 428(37.15%), Torus Palatino 353(30.64%), Línea alba Oclusal 226(19.61%), Varices Linguales 201(17.44%), Torus Mandibular 87(7.55%), Foveolas Comisurales 70(6.07%), Leucoedema 70 (6.07%) Mácula Melanótica 36(3.12%), lengua geográfica 20(1.73%) y Anquiloglosia 8 (0.69%).

Por otra parte en lo que refiere a las lesiones reporta los siguientes resultados: Lesión blanca friccional 354(30.72%), úlceras traumáticas 132(11.45%), aumento tisular con causa aparente 130(11.28%), Parulis 64(5.55%), Estomatitis por prótesis II 43(3.73%), aumento tisular sin causa aparente 42(3.64%), estomatitis por contacto I 40(3.47%), candidiasis atrófica crónica 27(2.34%), atrofia de papilas 24(2.08%), úlceras recurrentes menores 22(1.90%), morsicatio buccarum 14(1.21%), candidiasis pseudomembranosa 14(1.21%), leucoplasia 10(0.86%), Úlceras recurrentes mayores 9(0.78%), estomatitis por prótesis III 8(0.69%), eritroplasia 6(0.52%), similar a esta las úlceras sin causa aparente y el epulis fisuratum, la hiperplasia epitelial focal 3(0.26%) y el liquen plano 2(0.17%). (50)

OBJETIVO GENERAL

Diagnosticar oportunamente el cáncer bucal y conocer su prevalencia en pacientes adultos (40 años en adelante), que acuden a las Unidades Multiprofesionales de Atención Integral de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar la prevalencia de Carcinoma espinocelular incipiente en pacientes adultos (40 años en adelante).

Determinar la prevalencia de lesiones cancerizables bucales en pacientes adultos (40 años en adelante).

Proponer una metodología clínica para el diagnóstico precoz de cáncer bucal.

Determinar en este estudio el porcentaje de efectividad de la citología exfoliativa y la prueba de azul de toluidina en el diagnóstico precoz de cáncer bucal.

Retroalimentar el programa Académico de la carrera de Cirujano Dentista con base en los resultados de este estudio.

Sentar las bases metodológicas para futuras líneas de investigación en el área.

HIPOTESIS

Si se efectúa una revisión clínica metodológica, en pacientes adultos (40 años en adelante) que acuden a las Unidades Multiprofesionales de Atención Integral, los cuales pudieran entrar en grupo de riesgo al estar en contacto con los factores predisponentes al cáncer bucal, probablemente sea posible detectar precozmente lesiones cancerizables y/o carcinoma espinocelular incipiente, además de conocer su prevalencia.

METODOLOGIA

El presente estudio será de tipo **observacional**; el cual se aplicará a los pacientes que acuden a las Unidades Multiprofesionales de Atención Integral de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza del tercer y cuarto año de la carrera.

El período de esta investigación comprenderá de Marzo a Junio de 1996, será de tipo **prospectivo** ya que la información necesaria para el estudio se planea y se obtiene durante el desarrollo de la investigación y las variables son medidas en una sola ocasión, siendo de evolución **transversal**.

Asimismo, este estudio es de tipo **descriptivo** por el hecho de que pretende determinar el perfil de morbilidad con relación a lesiones cancerizables y carcinoma espino celular incipiente en esta población.

El **universo** de este estudio serán todos los pacientes que acuden a las UMAI de la FES Z. en el período de Marzo a Junio de 1996. La **población** estudiada será: Pacientes adultos, de ambos sexos su **grupo etáreo** comprenderá a todos los pacientes de 40 años en adelante.

Dentro de las **variables independientes** se tendrán a las lesiones cancerizables las cuales comprenden las siguientes: 1) Leucoplasia, 2) Eritroplasia, 3) Liquefación Plano Erosiva.

Además se consideró una cuarta lesión que es el Carcinoma espino celular incipiente, ya que la detección temprana de esta entidad puede dar un mejor pronóstico de vida al paciente. No se excluirá cualquier otra variable de cáncer bucal, la cual será remitida al especialista para su tratamiento.

Como **variables dependientes** tendremos los métodos auxiliares de diagnóstico, en este caso serán según su orden de aplicación: 1) Citología exfoliativa, 2) Técnica de azul de toluidina y 3) Biopsia."

Como **variable interviniente** tendremos el tabaquismo ya que se interpone entre la variable independiente y la dependiente, por lo tanto influye en la presencia del fenómeno causa-efecto.

" En caso de resultado positivo en la citología exfoliativa y/o azul de toluidina se realizará la toma de biopsia.

Asimismo, existen otras características a medir en el estudio como son: edad, sexo, ocupación, y sitio de localización de las lesiones. Estos los ubicaremos como **variables auxiliares** que aunque no son fundamentales proporcionan información al proceso estudiado.

Para poder diagnosticar el cáncer bucal o entidades cancerizables, es necesario realizar un diagnóstico de descarte mediante entidades nosológicas con características clínicas similares al cáncer bucal y entidades cancerizables.

Las entidades nosológicas serán anotadas para poder conocer su prevalencia y realizar una comparación de resultados con estudios similares realzando la importancia del estudio detallado de la mucosa bucal.

MATERIALES Y METODO

La población a estudiar se basará en adultos de ambos sexos de 40 años en adelante que acudirán a las UMAI de la FES Zaragoza. : Estado de México, Tamaulipas, Los Reyes y Zaragoza.

En esta muestra se realizará la inspección en los pacientes que acuden a estas clínicas a tratamiento integral. Se contará con dos examinadores los cuales se distribuirán en las clínicas odontológicas anteriormente mencionadas.

A cada uno de los pacientes se le realizará un examen clínico bucal siguiendo la metodología de Beltrán (ver anexo 3), anotando la información en una cédula de recolección de datos de la cual se obtendrán los siguientes:

- a) Nombre, dirección y teléfono.
- b) Sexo y edad.
- c) Ocupación.
- d) Hábitos de consumo de tabaco y alcohol.
- e) Tipo de lesión detectada con su descripción

(Anexo 2, se incluye cédula de recolección así como la guía para su llenado).

Para llevar a cabo la revisión de la mucosa bucal se establecieron los siguientes pasos:

1) Selección de las entidades cancerizables y cáncer bucal a contemplar en el estudio, así como de las lesiones más frecuentes que se presentan en mucosa bucal:

De acuerdo con la bibliografía actual se determinarán cuatro lesiones a estudiar. Dentro de las cancerizables: **Leucoplasia, Eritroplasia y Liquen Plano Erosivo.** Para el caso del cáncer, se elegirá al **Carcinoma espino-celular** en su fase incipiente, debido a que si se detecta éste será canalizado para su tratamiento

* Se selecciono la metodología de Beltrán por su simplificación y accesibilidad, así como por haber sido utilizado en estudios previos en América Latina.

oportuno, no dejando de diagnosticar sin embargo el cáncer bucal en sus fases avanzadas.

Dentro de este rubro, también se determinarán entidades nosológicas frecuentes que se localizan en la mucosa bucal de acuerdo a estudios realizados anteriormente al nuestro con la finalidad de conocer su prevalencia y realizar comparación de resultados. Para cada una de ellas se establecerá un criterio clínico específico que se definirá en el anexo 1.

2) Determinación de la metodología para el examen clínico:

El examen clínico se realizará siguiendo un procedimiento metódico y uniforme basado en “ La Guía Para Epidemiología y Diagnóstico De Las Condiciones y Enfermedades De Mucosa Oral ” (1). Para la revisión sistemática de la mucosa bucal se establecerán 30 áreas diferentes de acuerdo a la división topográfica de la mucosa bucal. (1)

Cada examen clínico bucal tomará un lapso aproximado de tres minutos. (ver anexo 3, técnica del examen sistemático)

3) Determinación de códigos y criterios:

Se determinarán diversos **códigos** para cada lesión los cuales serán representados numéricamente.

Los **criterios** son las definiciones que se tienen de cada lesión establecidas por la OMS. (ver anexo 1)

4) Equipo necesario para el examen de mucosa bucal:

- Unidad dental y lámpara dental.
- Equipo de protección (guantes, cubrebocas, eyectores, anteojos y bata)
- Gasas y abatelenguas.
- Instrumental básico
- Portaobjetos y citoespray.

- Azul de toluidina al 1%.
- Acido acético al 1%.
- Vasos desechables.
- Toallas desechables.
- Cámara fotográfica.
- Rollos fotográficos
- Ficha de recolección de datos.

En caso de encontrar clínicamente una lesión sospechosa se realizará la toma de citología exfoliativa, cuyo reporte será anexado a la ficha de recolección de datos.

Posteriormente se realizarán enjuagues con la solución de azul de toluidina al 1% seguido de la solución de ácido acético, verificando las zonas que se tiñen más intensamente. Anotando el resultado obtenido en la ficha anteriormente mencionada.

Las técnicas y criterios para los resultados de citología exfoliativa y azul de toluidina están incluidos en el anexo 4.

Si el resultado es positivo con los métodos anteriores, se confirmará el diagnóstico presuntivo por medio de la biopsia, la cual se realizará en el departamento de cirugía bucal de UMAI Zaragoza y será analizada en el departamento de histopatología de la misma, anexando el resultado en la ficha de recolección de datos.

Si el resultado es positivo a cáncer, la conducta a seguir será: remisión del paciente al Servicio de Cabeza y Cuello del Instituto Nacional de Cancerología de la Secretaría de Salud, en donde el paciente tendrá seguimiento hasta su tratamiento final.

Se tomará fotografía a las lesiones observadas clínicamente, las cuales serán archivadas.

5) Calibración de los examinadores.

Se realizará una calibración clínica de los examinadores como procedimiento importante en el estudio, lo cual servirá para:

- a) Asegurar una interpretación, comprensión y aplicación uniforme de los criterios clínicos de las patologías a observar y registrar. Asimismo, se incluirá la revisión

de las entidades nosológicas más frecuentes en mucosa bucal con el fin de realizar el diagnóstico de cáncer o lesiones cancerizables, por eliminación de las primeras.

- b) Asegurar que cada examinador sea consistente en sus observaciones y que la variación entre examinadores sea la mínima posible.
- c) Esta calibración incluirá ejercicios de diagnóstico clínico con material visual (diapositivas), así como revisión clínica de pacientes de las clínicas estomatológicas, supervisada por especialistas en el área.

RECURSOS

Recursos físicos:

- Se cuenta con las facilidades otorgadas por las UMAI Los Reyes, Estado de México, Tamaulipas y Zaragoza.
- Unidad de patología bucal(cubículo ciclo III de la carrera de cirujano dentista).
- Recursos materiales:
- Unidad dental
- Cuatro paquetes de abatelenguas
- Cuatro cajas de guantes desechables de polietileno.
- Una caja de porta y cubre objetos.
- Azul de toluidina
- Acido acético.
- Un bote de 289 grms. de Aqua Net(para fijación de citología).
- Un paquete de 100 gasas.
- Computadora e impresora.
- Artículos de papelería(papel, plumas, lápices, gomas, sacapuntas, marcadores, cinta adherible).

Recursos Humanos:

- Rosa Diana Hernández Palacios (Asesora de Tesis).

- Leticia Rivera Trujillo (Directora de Tesis).
- Alba Solis Crespo (Apoyo en calibración clínica y diagnósticos histopatológicos).
- Daniel Quezada Rivera (apoyo en diagnósticos histopatológicos).
- PO. Mario Bonnabel Nuñez
- PO. Eduardo Martínez Capistrán.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	AGOST.	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.
ELABORACION DE PROTOCOLO	X	X	X	X	X							
CALIBRACION						X	X					
RECOLECCION DE DATOS								X	X	X	X	
ANALISIS DE DATOS											X	
PRESENTACION DE RESULTADOS											X	X
EDUCACION A LA COMUNIDAD.										X	X	X

ANALISIS DE RESULTADOS

La población total fue de 373 pacientes de ambos sexos mayores de 40 años que acudían a consulta a las UMAI: Zaragoza, Los Reyes, Tamaulipas, Estado de México. Las UMAI citadas tienen como área de influencia a los habitantes de los Municipios del Estado de México que son: Ciudad Nezahualcóyotl, Los Reyes la Paz, Ecatepec, Aragón, Chimalhuacán; además de habitantes del D.F. de las delegaciones de Iztapalapa e Iztacalco principalmente, la gran mayoría de los habitantes pertenecen a un estatus socioeconómico medio y bajo, en su gran mayoría son comerciantes en pequeño y empleados de entidades gubernamentales.

La inspección clínica se llevó a cabo por dos examinadores mediante la metodología de Beltrán(1), la población total fue de 373 personas en un periodo de 5 meses los cuales fueron interrumpidos por los periodos vacacionales de noviembre y diciembre. Los pacientes fueron los mismos que llegaban a consulta odontológica y que contaban con los parámetros predeterminados para el estudio.

De estas 373 personas se observó que 106 (28%) fueron del sexo masculino y 267(72%) del sexo femenino, es de gran importancia para nuestro trabajo ya que por estudios anteriores al nuestro observamos que las entidades cancerizables bucales son en mayor porcentaje en el sexo masculino, además nos muestra que el sexo femenino se preocupa más por su salud bucal, por otra parte al verificar los datos de distribución de población en el Estado de México y D.F. el mayor porcentaje lo presenta las mujeres, dato que es comparativo con el de nuestra muestra.

Dentro de la población total se encontró que 87(23.3%) fumaban refiriendo la gran mayoría el hábito como de baja frecuencia e intensidad es decir que la gran mayoría de fumadores reportó que tenían en general entre 3 y 5 años fumando y que la cantidad de cigarrillos estaba entre 1 y 2 al día esto se distribuye entre el sexo masculino y femenino. Por otra parte, 45 pacientes (12%) del total bebían sin embargo aquí se reportó que los pacientes llevaban de 8 a 10 años en general con el hábito y que por lo general se bebía 2 veces por semana siendo mayor el número de pacientes masculinos.

Observamos con relación a los diferentes grupos etáreos que el porcentaje en la frecuencia se presentaba de mayor a menor, es decir que las personas de edad avanzada acuden con menor frecuencia a los servicios del área de odontología de las UMAI Zaragoza.

Se observa que el mayor número y porcentaje por grupo etáreo fue el de 40 a 45 disminuyendo a medida que la edad avanza esto es importante ya que el cáncer se presenta después de los 40 años siendo mayor el porcentaje de candidatos a padecerlo a medida que la edad avanza. (Ver tabla y gráfica No. 1)

Se encontraron 28 tipos de lesiones en la población, cabe resaltar que al revisar la bibliografía, la frecuencia de las entidades que se presentan y el orden en que se presentan es similar al de otros estudios que se han hecho en poblaciones aledañas seguidas por alteraciones a la zona en donde se presenta el estudio. (ver tabla y gráfica No. 2) .

Los resultados muestran en los primeros lugares a las entidades nosológicas, Blancas, pigmentadas y ulceradas, los cuales se comparan con los estudios realizados por el Dr. Adalberto Mosqueda y el Dr. Alejandro Donohue. (1, 50)

Al dividir las entidades nosológicas por sexo, encontramos que la mayor prevalencia de pacientes que presentaron alguna entidad nosológica se concentró en el sexo femenino a excepción de la estomatitis nicotínica, el herpes simple y la quemadura física, que se presentaron más en el sexo masculino. (ver tabla y gráfica No. 2)

El total de entidades nosológicas fue de 864 en los 373 pacientes, diagnosticándose 713 en el sexo femenino y 151 en el sexo masculino, el porcentaje de entidades nosológicas fue mayor en el sexo femenino(ver tabla y gráfica No. 3), solo en los casos de la estomatitis nicotínica, el herpes simple y la quemadura física, los porcentajes aumentaron en el sexo masculino.

El porcentaje de entidades nosológicas encontradas, pareciera irreal tomando en cuenta el número total de nuestra población, sin embargo la gran mayoría de los pacientes presentó más de una entidad nosológica, cabe señalar que el orden de las entidades nosológicas no se modificó y aunque con diferentes porcentajes las entidades nosológicas: Blancas, pigmentadas y ulceradas son las que ocupan el primer lugar. (ver tabla y gráfica No.3)

Realizando los análisis antes descritos identificamos las entidades nosológicas que se presentaron con mayor prevalencia dividido por sexo y grupo, fueron los grupos de las entidades nosológicas: Blancas, pigmentadas y ulceradas (ver tablas y gráficas 4, 5 y 6).

Por último se realiza un comparativo de los tres grupos destacando en primer lugar el grupo de entidades nosológicas blancas, seguido por las pigmentadas y por último el de las ulceradas, la suma de los tres resultados nos muestra como entre los tres grupos se presenta en más de la mitad del total de entidades nosológicas diagnosticadas. (ver tabla y gráfica 7)

De gran relevancia es este dato ya los tres grupos comprenden más del 75% de las entidades nosológicas diagnosticadas y dentro de estos grupos encontramos entidades nosológicas cuyo reconocimiento es muy importante para realizar el diagnóstico diferencial con lesiones cancerizables como lo es el grupo de las blancas, incluso en estudios realizados en décadas anteriores se situaba a las queratosis dentro de la leucoplasia motivo por el cual los porcentajes que presentaban llegaban a ser altos, sin embargo actualmente se considera a la queratosis por fricción una entidad separada de la leucoplasia.

En forma general observamos que se confiere poco interés a las entidades nosológicas que se presentan en tejidos blandos motivo por el cual no se diagnostican y lo peor en algunos casos no se les da algún tratamiento alguno.

Al revisar estudios semejantes realizados en zonas aledañas a la de nuestro estudio, observamos que las entidades nosológicas que nosotros encontramos son comparativas con las que ellos presentan y en algunos casos incluso los porcentajes son muy semejantes.

En otros casos la comparación resulta un tanto confusa ya que los autores de los otros estudios manejan en el caso de algunas entidades, otros conceptos, distintos a los que nosotros manejamos además que los grupos seleccionados varían en sus edades y sus resultados los presentan de acuerdo a otras variables distintas a las nuestras.

COMPARATIVO CON ESTUDIOS SIMILARES REALIZADOS EN NUESTRA INVESTIGACION.

Actualmente la determinación de la prevaencia y/o frecuencia de entidades bucales, así como el diagnóstico de lesiones cancerizables cobra gran importancia lo cual se observa al ver la diversidad de investigaciones que existen al respecto, sin embargo cabe señalar que los investigadores manejan diferentes conceptos y criterios lo que redundante en la variedad de resultados. Las costumbres, región geográfica, entre otras, causan que algunas entidades se presenten con más frecuencia en algunos lugares y que en algunos incluso sean exclusivas.

En el estudio realizado por el Dr. Adalberto Mosqueda Taylor: Diagnóstico precoz de cáncer oral con una población de 812 pacientes mayores de 34 años. (1)

Los resultados que obtiene en las entidades diagnosticadas, así como la similitud en la distribución de su población por sexo y por edad, son similares a las que arroja nuestro estudio ya que el sexo femenino se presenta con mayor porcentaje, así como el grupo etáreo de mayor porcentaje resulta el comprendido entre los 40 y 45 años, por otra parte las entidades de mayor porcentaje resultan las pigmentadas con 33.5%; las blancas con 24.5%; los aumentos tisulares con 11.8% y las ulceradas con 5.7%; con relación al estudio realizado por nosotros esto es muy similar ya que los resultados fueron: Entidades blancas 92.4%; las pigmentadas con 51.1 y las ulceradas con 15.4.

Por otra parte la Dra. Díaz Guzmán Ma. de la Luz en su estudio realizado en las clínicas de la facultad de odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México con una población de 500 pacientes mayores de 18 años localizo 50 lesiones diferentes(6), aunque su población es muy distinta a la nuestra sus resultados pueden ser comparables, cabe señalar además que los conceptos en cuanto a la definición de entidades son diferentes a los manejados por nosotros, lo que crea cierta incertidumbre al comparar los resultados. Reporta que dentro de las lesiones más frecuentes se destacan las hiperqueratosis con 20.20%; la pigmentación melanica con 11.40%; la úlcera traumática con 3.60%; las varices linguales con

3.40%; puntos de Fordyce 3.80%; mordedura bucal 1.40%; estomatitis nicotínica 2.40%; lengua fisurada 1.40%.

El Doctor Donohue Cornejo en una investigación realizada en la facultad de odontología de la UNAM (50), en un período de 9 meses, con pacientes mayores de 18 años con una población de 1,152 pacientes. Presenta los siguientes resultados: Lesión blanca friccional 30.72%; úlceras traumáticas 11.45; úlcera recurrente menor 1.90%; morsicatio buccarum 1.21%; melanosis racial 60.24%; gránulos de Fordyce 55.03; lengua fisurada 37.15%; línea alba oclusal 19.61%; varices linguales 17.44%; mácula melanotica 3.12%.

Sus resultados son muy semejantes a los obtenidos por nosotros: Queratosis friccional 21%; Úlcera recurrente menor 4.2%; mordedura de carrillo 18.4%; melanosis racial 22.2%; condición de Fordyce 7.7%; Línea alba oclusal 37.80%; varices linguales 12.3%; mácula melanotica 26%.

En el Estudio: Lesiones de la mucosa bucal realizado por la Dr. Laura Díaz Guzmán en una población de 7,297 pacientes mayores de 15 años en un período de 7 años y medio realizado en las clínicas de Admisión de la Escuela de Odontología de la Universidad del Bajío. (37) Las entidades que reporta con mayor frecuencia son las blancas y ulceradas, los porcentajes que presenta la Dra. son muy bajos sin embargo se destaca que las entidades que ocupan los primeros lugares son las mismas en las de nuestro estudio y los estudios anteriormente mencionados.

CONCLUSIONES.

El estudio se centra en el diagnóstico precoz de lesiones cancerizables en un grupo de 373 pacientes examinados, no se diagnóstico alguna entidad cancerizable o cáncer bucal como tal. Este resultado no es desfavorable por los puntos que a continuación se consideran:

Aun y cuando la hipótesis de trabajo en el presente estudio fue el diagnóstico precoz de cáncer bucal, los resultados arrojaron la ausencia de lesiones cancerizables en la población estudiada. Lo anterior pudiera deberse a muchos factores, tales como la mayor proporción de pacientes del sexo femenino, el bajo índice de tabaquismo y la mayor atención bucal que se confiere a las mujeres, entre otras.

No obstante lo anterior, el no haber encontrado casos de carcinoma bucal ni de lesiones cancerizables, no invalida la importancia de haber obtenido un perfil patológico bucal en la población que acude a las UMAI de la FES Zaragoza, por el contrario proporciona un panorama real de la morbilidad que la población y que pudiera condicionar la retroalimentación de los programas académicos tanto de patología bucal como de Atención Clínica Estomatológica.

En algunos pacientes masculinos se encontró estomatitis nicotina pero esto fue una minoría y al momento de explicarles su problema lo tomaron con una actitud positiva encontrándose mejorías.

Revisando estudios realizados con anterioridad dentro de la FEZ Zaragoza, observamos que los diagnósticos de cáncer son bajos o negativos.

Se acudió a hospitales y clínicas así como centros de salud aledaños a la zona de nuestro estudio y que por lo tanto manejan una población similar a la nuestra y en estas instituciones nos reportaron que el porcentaje de cáncer bucal es muy bajo e incluso negativo, reportan al cáncer de mamas y cervicouterino en mujeres así como el de próstata y pulmonar en el masculino.

Por otra parte las técnicas auxiliares de diagnóstico precoz no se pudieron aplicar, sin embargo observamos que la metodología propuesta es muy favorable ya que si se toma como principio una buena observación clínica y una detallada historia clínica

se pueden dar diagnósticos con alto grado de certeza, ahorrándole al paciente dinero en estudios y sin llegar a técnicas más estresantes.

Observamos que cada paciente estudiado se presentó con una o más entidades nosológicas, lo que es de suma importancia, esto quiere decir que un porcentaje de pacientes puede presentar alguna lesión o alguna entidad que pudiera pasar desapercibida o su mal diagnóstico y repercutir en el mal manejo del paciente, por lo que sugerimos que durante el proceso de formación profesional la patología bucal debe ser considerada como objeto de estudio en forma integral a lo largo de todos los años académicos, tanto en fase teórica y de práctica clínica, de tal suerte que el Cirujano Dentista deberá estar capacitado para el diagnóstico, tratamiento y manejo de toda patología bucal y por ende en el manejo integral del paciente.

Es evidente también la falta de capacitación del profesorado para el abordaje del diagnóstico en forma integral, esto implica el reordenamiento del programa académico se mencionó anteriormente, así como la capacitación continua de los profesores del área y clínica y la colaboración directa de los profesores de patología en el área clínica.

Es un hecho que el cáncer bucal existe, lo demuestran los registros de los diferentes centros hospitalarios, sin embargo el diagnóstico se establece en etapas avanzadas y cuando generalmente el pronóstico es desfavorable, concluimos que es necesario que el cirujano dentista de práctica general y los futuros profesionistas sean realmente capacitados en el diagnóstico precoz y detección de lesiones cancerizables y por ende en el tratamiento y manejo del paciente.

PROPUESTAS

Las siguientes son sugerencias que se colocan con el afán de retroalimentar el contenido en los planes de estudios de la FES Zaragoza:

- Sugerimos el desarrollo de cursos en donde se fomente el detallado estudio clínico de la mucosa bucal e incluso se incluya un rubro dentro de la historia clínica en la cual el estudiante ponga en practica el diagnóstico de entidades nosológicas en la mucosa bucal.
- Capacitación de los profesores de clínica en el estudio detallado de la mucosa bucal así como en el diagnóstico de entidades nosológicas, además de la formación de equipos interdisciplinarios en la UMAI, integrado por clínicos, cirujanos y patólogos con el fin de crear un vinculo más cercano entre los mismos que redunde en la emisión de diagnósticos precisos, tratamientos concretos y/o manejo adecuado de los pacientes a los centros de atención.
- Apoyar las actividades de investigación e internalizarlas para retroalimentar los objetivos de la carrera de Cirujano Dentista en la FES Zaragoza.
- Por último, al realizar la investigación nos percatamos que dentro de las clínicas se debe dar un ajuste en los objetivos que se les solicitan a los estudiantes ya, que al solicitarles cierta cantidad de objetivos, los alumnos excluyen dentro de su aprendizaje todo lo que quede fuera de los objetivos mencionados, creando con esto una falacia en la atención, ya que al volver selectiva su atención pasan por alto todos los problemas bucales que los pacientes presentan, faltando así al objetivo de atención integral que tienen las UMAI. La evaluación se debe fundamentar por la calidad en el tratamiento integral de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA:

1. Mosqueda T., Adalberto: Cuadernos CBS. Estudio Epidemiológico de las Lesiones de la Mucosa Oral. UAM. México D.F. 1986.
2. Detección Precoz de Cáncer con Azul de Toluidina. Facultad de Odontología UNAM. Trabajo Original, México 1992-1993.
3. Waal, Ivander: Diagnóstico y Tratamiento de Lesiones Precancerosas. Waal, Ivander. FDI World Dental Press.p.-6. Marzo-Abril 1995.
4. NIDR: Prevention and Early Detection:Keys To Oral Cancer. JADA, Vol 124, p.-81. January 1993.
5. Fuentes González, Ma. de la Luz: Detección temprana de Cáncer Oral. Revista ADM, Vol XLIX, No. 3, p- 143. Mayo-Junio 1992.
6. Díaz Guzmán, Mariluz: Prevalencia de Lesiones de la Mucosa Oral en Pacientes de las Clínicas de la Facultad de Odontología de la UAEM. Práctica Odontológica, Vol 14, No 10. 1993. pp. 37-48.
7. Granvill L. Hays; Scott M. Lippman, et al. : Co-carcinogenesis and Field Cancerization: Oral Lesions Offer First Signs. JADA Vol 126, January, 1995.p.-47.
8. Bouquot, Jerry E.; Whitaker S. Bryan: Oral Leukoplakia-Rationale For Diagnosis and Prognosis of Its Clinical Subtypes or "Phases". Quintessence International, Vol. 25, No 2, 1994. p.133.
9. Tatiana V. Evstifeeva and David G. Zaridze.Nas use, Cigarette Smoking, Alcohol Consumption and Risk of Oral and Oesophageal Precáncer. Oral Oncol, Eur Cancer, Vol. 28B, No 1, pp. 29-35, Great Britain 1992.
- 10.Winn, DM: Diet and Nutrition in the Etiology Of Oral Cancer. Am-Jour-Clin-Nutr. 1995, Febrero; 61(2): 437S-445S.
11. Horowitz :U.S. Adult Knowledge of Risk Factors and Signs of Oral Cancer 1990. JADA, 1995 January 126(1): 39-45

12. Robles, Juan Manuel: El Cáncer Bucal en la sociedad Moderna. Dr. Juan Manuel Robles, México 1992. Boletín de la UNAM. p.-19
13. Ramírez, Velia A.; Mosqueda T, Adalberto: Diagnóstico Precoz de Cáncer Oral.
14. Skoglund-A: Value of epicutaneous patch testing in patients with Oral. Mucosal Lesions of Lichenoid Character. Scand-J-Dent-Res. 1994 Aug; 102(4): 216-22.
15. James R. Maerhall, et al.: Smoking, Alcohol, Dentition and Diet in The Epidemiology of Oral Cancer. Oral Oncol Eur Jour Cancer. Vol 28B. No. 1. Pp.9-15, 1992.
16. Andrei Barasch, et al: Smoking, Gender, and Age as Risk Factors for Site-Specific Intraoral Squamous Cell Carcinoma. CANCER. February 1, 1994 Vol. 73, No. 3.
17. Mathew, B: Evaluation of mouth self-examination in the control oral cancer. BR-Jour-Cancer. 1995 feb 71(2).
18. Vera Roman, José M: Factores pronósticos en el cáncer. Patología vol. 31, pp. 231-240.
19. Palomo, Francisco: Sistema de Diagnóstico de Cáncer Oral. Revista del Colegio de Cirujanos Dentistas, A.C. México 1994. Vol 1. No. 2
20. Douglas E. Morse y colbs: An assement of oral cancer undergistration at the connecticut. Oral Sur. Oral Med. Oral Phatol. 1995; 79: 753-5.
21. Toranzo Fernández, J. Martín; Noyola Frías, Miguel A.: Lesiones Premalignas Bucales. Revista de Difusión Odontológica. Vol 3, Año 3, No. 1, Enero-Febrero de 1996.
22. Lobos, Nelsón; Canales, María Luisa : Sistema de Atención para el Diagnóstico Precoz y Control del Cáncer de Boca en Chile, Mediante la estrategia del Auto-Examen. Odont. Chilena 37: 280-287, 1989.
23. Benítez Bribiesca, Luis; Quiñones Silva, Guadalupe: El Cáncer. ¿Un Problema de Salud en México?. Revista Medica IMSS(México) 1991; 29: 195.

24. Guerrero del Angel, Fermón; Toranzo Fernández, José Martín; Meléndez Hernández, José; Reyes Macías Juan. Estudio Comparativo entre Biopsia y Citología Exfoliativa en lesiones Malignas de Cavidad Oral. Revista de Difusión Odontológica. Vol 3, Año 3, No 1, Enero- Febrero de 1996.
25. Silverman, Sol Jr. Oral Cancer. ed. The American Cancer Society. New York. May 1981.
26. Thoma. Patología Oral. ed. SALVAT 1983. pp. 745-993
27. Kirsch, TH. Tumores de la cavidad bucal y maxilares
28. Einsberg, Ellen, Krutchkoff, David J. Controversies in oral pathology. Lewis R. Eversole. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathology. June 1992. vol. 73. No. 6. p-699.
29. Migliorati, Cesar A. Et al: Use of exfoliative in the diagnosis of oral hairy leukoplakia. Oral Surg. Oral Med. Oral Path. 1993; 76: 704-10
30. Epstein, Joel B. Et al: Exfoliative Cytology and electron microscopy in the diagnosis hairy leukoplakia. Oral Surg. Oral Med Oral Path. Oral Radiol Endod. 1995;79:564-9.
31. Redman, Robert S. Et al: Evaluation of the Carcinogenic Potential Toluidine Blue O in The Hamster Cheek Pouch. Or. Surg. Or. Med Or. Path. 1992; 74: 473-80.
32. Vigneswaran, Nadarajah. et al.: Tobacco use and Cancer. Or. Surg. Oral med. Oral Pathol. Oral Radiol Endod 1995; 80: 178-82.
33. Axell T.: The Oral Mucosa as a Mirror of General Health or Disease. Scand Jour Dent Resch. 1992; 100: 9-16.
34. Toth, Bela B. et al: Chemoprevention as a Form of Cancer Control. JADA vol. 124, July 1993.
35. Greenspan, Deborah; Greenspan, John S.: Significado de la Leucoplasia Velloso Oral. Revista Asociación Odontologica Argentina. Vol 83, No. 2, Abril- Junio 1995.

36. Ovalle Castro, José Wilbert: Estudio comparativo y revisión bibliográfica de los reportes en incidencia y prevalencia de lesiones en cavidad oral. Revista ADM vol. LI, may-jun 1994 no. 3.
37. Díaz Guzmán, Laura: Lesiones de la mucosa bucal (estudio epidemiológico en 7,297 pacientes). Rev. ADM, vol XLVIII-2 , p.75, mar-abr 1991.
38. Gorsky, Meir et al: The Prevalence of Cancer in Relation to the Ethnic origin of Israeli Jews. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology. Vol. 78, Number 3, 1994.
39. F. Borghelli, Ricardo: Conceptos actuales sobre el la biología del cáncer. Temas de patología bucal clínica. Tomo I. ed. Mundi Buenos Aires Argentina 1979.
40. Patología bucal . Shaffer. p.-140
41. Cancer y Precancer Bucal. Pindborg
42. Cade, J: Cancer education curriculum at the Louisiana State Universiti School of Dentistry. J-Cancer-Educ.1994,9(1):14-8.
43. CECIL, Tratado de Medicina Interna. ed. Interamericana. 1985
44. Patología Bucal. Regezi. 1a edición, editorial Interamericana Mc.Graw-Hill. México D.F. 1991.
45. A. Linke. Generalidades sobre diagnóstico precoz de los tumores malignos
46. Mashberg
47. Mathew-B. Et al.:Evaluation of mouth self-examination in the control of oral cancer. Br-J-Cancer. 1995 Feb, 71 (2): 397-9
48. Einsberg, E: Lichen planus and oral cancer: is there connection between the two?.J-Am-Dent-Assoc.1992 May;123 (5):104-8.
49. Thomas-JE: A phisician's guide to early detection of oral cancer.;Faecher-RS.Geriatrics .1992 Jan; 47 (1):58-63.

50. Donohue Cornejo, Alejandro.:Prevalencia de alteraciones bucales en una población adulta mexicana, tema propuesto para la maestría de patología bucal. México D.F. 1994.
51. Oliveras Moreno, J. Montes Jiménez, J.L. Gutiérrez Pérez: Epidemiología del Cáncer Bucal en el Suroeste Español. Análisis de 619 casos. J.M. Revista Europea de Odonto-Estomatología.
52. Eisenberg, Ellen. Et al.Lichenoid Lesions of Oral Mucosa. Oral Surgery Oral Medicine and Oral pathology. 1992; 73: 699-704.
53. Diagnóstico Diferencial de las Lesiones de la Mucosa Oral. W. Bengel, Dr. Med. Dent. Quintessence, edición española. Vol. IV, No. 6, Junio-Julio. 1991.
54. Diagnóstico Diferencial de las Lesiones de la Mucosa Oral. W. Bengel, Dr. Med. Dent. Quintessence, edición española. Vol. IV, No. 10, Diciembre de 1991.
55. Silverman-S: Oral Cancer.. Semin-Dermatol. 1994 Jun; 13(2): 132-7
56. Silverman-S Jr. Oral Cancer education and HIV-associated malignancies. J-Cancer-Educ. 1994 Fall,9(3):152-4
57. Lokshin-MF: Preventive oral health care: a review for family physicians..Am-Fam-physician.1994 Dec,50(8):1677-84, 1687.

ANEXO 1

CODIGOS Y CRITERIOS DE LAS LESIONES

1. **leucoplasia:** Mancha o placa blanca que no puede ser caracterizada clínica o patológicamente como otra enfermedad, que no desprende al raspado con instrumento romo. Se divide en homogénea, moteada y nodular.
2. **Eritroplasia:** Mancha o placa roja que clínica o patológicamente no corresponde a alguna entidad diagnóstica conocida. Se divide en homogénea, moteada y nodular.
3. **Liquen Plano Erosivo:** Lesión mucocutánea máculo-papular inflamatoria crónica la cual muestra estrías queratósicas que irradian hacia la periferia de apariencia granular, eritematosa, brillante y puede sangrar a la manipulación más leve. La zona erosionada esta cubierta por una pseudomembrana o placa fibrinosa.
4. **Carcinoma incipiente espinocelular:** Neoplasia maligna que puede presentarse en forma de úlcera, mancha o placa blanca o roja, aumento de volumen o bien, una combinación de los anteriores y que se caracteriza clínicamente por ausencia de dolor y baja de peso sin causa aparente.
5. **Leucoedema.** Variación de la mucosa bucal, se presenta como una película blanquecina opalescente en las primeras etapas, más definido de color blanco grisáceo con superficie gruesa y arrugada en etapas tardías.
6. **Línea alba oclusal.** Queratosis inducida por traumatismo crónico en la línea oclusal.
7. **Queratosis friccional.** Queratosis inducida por traumatismo crónico presentándose principalmente en forma de mancha o placa blanca.
8. **Mordisqueo de carrillo.** Lesión queratósica resultante de un habito crónico, se observa de color blanco y en ocasiones puede presentar ulceraciones.
9. **Candidiasis pseudomembranosa.** Infección micótica producida por el hongo *Cándida albicans*, generalmente asociada a inmunodepresión, desnutrición y lactantes; se presenta en forma de placa blanquecina que desprende al raspado, dejando un lecho eritematoso y doloroso.

10. **Estomatitis por deficiencia nutricional.** Producida principalmente por deficiencia de complejo B12. Se observa la mucosa bucal enrojecida y brillante, mucosas deshidratadas y lengua depapilada.

11. **Estomatitis nicotínica.** Es aquella ocasionada por el hábito de fumar o mascar tabaco se presentan pápulas blanquecinas con un punto central eritematoso correspondiente al conducto salival inflamado en mucosa palatina.

12. **Úlcera traumática.** Perdida de continuidad causada por alguna forma de trauma en mucosa bucal, localizada con mayor frecuencia en bordes laterales de la lengua, labio y en ocasiones en el paladar.

13. **Hiperplasia fibrosa.** Aumento de volumen de color similar a la mucosa y que se asocia a un traumatismo crónico.

14. **Varices lingual.** Conjunto de venas tortuosas dilatadas sujetas a presión hidrostática aumentada, afectando principalmente venas raninas linguales.

15. **Lengua fisurada.** Malformación manifestada clínicamente por numerosas ranuras en la superficie dorsal de la lengua a menudo irradiadas desde una ranura central a lo largo de la lengua.

16. **Úlcera recurrente menor.** Lesión ulcerada que se presenta frecuentemente en mucosa bucal, de 1 a 2 mm. de diámetro y de patrón cíclico.

17. **Estomatitis por contacto.** Reacción localizada eritematosa causada por el contacto con un agente alérgico.

18. **Candidiasis atrófica crónica.** Infección micótica producida por *Cándida albicans* asociada generalmente a prótesis total desajustada, presentándose como una zona eritematosa delimitada a la zona que cubre la prótesis.

19. **Epulis fisurado.** Hiperplasia fibrosa asociada a prótesis mal ajustada presentándose en forme de pliegues y de color similar a la mucosa circundante. En ocasiones se llega a ulcerar secundariamente.

20. **Mácula melanótica labial.** Entidad pigmentada oscura localizada en labio inferior paramedial.

21. **Pigmentación melanica racial.** Es una variante de la normalidad más frecuente en personas de piel oscura, localizada en cualquier zona de la mucosa bucal, en forma de manchas oscuras irregulares.

22. **Pigmentación por bismuto.** Pigmentación que se produce por una substancia externa que se acumula en el organismo y se presenta en la encía papilar y mucosa; se observa una línea delgada de color negro azulada.

23. **Pigmentación por amalgama.** Pigmentación oscura que se presenta frecuentemente en la mucosa adyacente a un órgano dentario obturado con amalgama.

24. **Herpes simple.** Enfermedad viral infecciosa aguda y dolorosa que se presenta en forma de vesículas, que tienden a ulcerarse, afectando principalmente labio externo. Su patrón es cíclico.

25. **Condición de Fordyce.** Anomalía del desarrollo caracterizada por colección heterotópica de glándulas sebáceas en diversos sitios de la cavidad bucal presentándose como pequeñas manchas amarillas o formando placas relativamente grandes, proyectándose ligeramente por arriba de la superficie del tejido.

26. **Torus mandibular.** Protuberancia ósea de lento crecimiento en superficie lingual de la mandíbula a menudo bilateral

27. **Torus palatino.** Protuberancia ósea de lento crecimiento localizada en la línea media del paladar.

28. **Mucocele.** Fenómeno de retención mucosa asociado a traumatismo se puede presentar en labio inferior, paladar, carrillo, piso de boca y en lengua apareciendo como un aumento de volumen de mm. hasta un cm. de diámetro, de coloración azulada o de color pálido con relación a la mucosa normal.

29. **Granuloma piogeno.** Aumento de volumen de color rojo violáceo que se presenta generalmente en encía asociado a un factor irritante crónico, presenta tendencia al sangrado.

30. **Hemangioma.** Lesión plana o elevada de la mucosa de color rojo profundo o rojo azulado, rara vez bien circunscrita, más común en labios, lengua, mucosa bucal y paladar. Puede ulcerarse e infectarse si existe traumatismo.

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

EDPC

No _____
EXAMINADOR: _____
UMAI: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
EDAD: ___ SEXO: ___ OCUPACION: _____ DIRECCION: _____
TELEFONO: _____

LESION: ___ AREA TOPOGRAFICA: _____

OBSERVACIONES: _____

RESULTADOS DE LOS EXAMENES:

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: ___ AZUL DE TOLUIDINA: ___

BIOPSIA: _____

HABITOS:

TABACO _____ ALCOHOL _____

FOTOGRAFIA DE LA LESION:

Si: _____ No: _____ Num: _____

GUIA DE LLENADO PARA LA FICHA DE RECOLECCION.

La ficha tiene el nombre de “Examen para el Diagnóstico Precoz de Cáncer Bucal.

- En el primer apartado contiene los términos “No. , Examinador y UMAI” en la parte de “No.” Se colocará un número arábigo en forma progresiva, y este será el número designado a cada paciente.

En el sitio de “Examinador” se colocará el nombre del clínico que realice la inspección.

En el lugar donde dice “UMAI” se colocará el nombre de la clínica en la que se realice la inspección(Los Reyes, Estado de México, Tamaulipas, Zaragoza).

- En el siguiente apartado se concentra la ficha de recolección de datos del paciente donde se debe asentar su “Nombre, Edad, Sexo, Ocupación, Dirección y Teléfono”, estos datos serán necesarios en caso de que se requiera tener seguimiento del paciente.

- En el siguiente apartado aparecen los términos “Lesión, Area Topográfica y Observaciones”.

En el término lesión se colocará la clave de cada lesión en las líneas que aparecen delante de la palabra se anotara un número o más, si existieran más lesiones. Las claves quedan en el siguiente orden:

0. Normal
1. Leucoplasia
2. Eritroplasia
3. Liquen Plano Erosivo
4. Carcinoma Espinocelular Incipiente
5. Otra lesión. (Especificando de la lesión de que se trata y colocándole el código establecido en el anexo 1.)

Delante de la palabra “Area Topográfica” se colocará él o las áreas topográficas que abarca la lesión encontrada, las áreas son descritas por medio de un número clave el cual fue designado según la metodología de Beltrán. (1)

Se deja el termino “Observaciones” con el fin de registrar datos que pudieran servir en la conformación del diagnóstico; Así como ampliar los datos respecto a alguna otra lesión de las contempladas que se pudiera encontrar.

- “Resultados” es el siguiente apartado. En él se contemplan los resultados de “la citología exfoliativa y azul de toluidina, así como los resultados de la biopsia que incluirá su descripción y diagnóstico. Para fines de la investigación los resultados serán reportados únicamente como positivos o negativos empleando los signos “+ y -”.

- En el rubro de “Hábitos” se colocara “Si o No” si la persona ingiere alcohol o fuma.

- Por último toda lesión encontrada y que sea contemplada como entidad cancerizable será fotografiada y archivada. Para su mejor control la(s) foto(s) se registrarán con el mismo número que aparezca en la ficha de recolección del paciente.

ANEXO 3

AREAS TOPOGRAFICAS

CODIGO	LOCALIZACION
1	LABIO EXTERNO SUPERIOR.
2	LABIO EXTERNO INFERIOR.
3	BERMELLÓN SUPERIOR.
4	BERMELLÓN INFERIOR.
5	COMISURA DERECHA.
6	COMISURA IZQUIERDA.
7	MUCOSA LABIAL SUPERIOR.
8	MUCOSA LABIAL INFERIOR.
9	SURCO BUCAL SUPERIOR.
10	SURCO BUCAL INFERIOR.
11	MUCOSA BUCAL DERECHA.
12	MUCOSA BUCAL IZQUIERDA.
13	FRENILLO LABIAL SUPERIOR.
14	FRENILLO LABIAL INFERIOR.
15	PALADAR DURO.
16	PALADAR BLANDO.
17	AMÍGDALAS.
18	LENGUA DORSO BASE.
19	LENGUA DORSO TERCIO MEDIO.
20	LENGUA DORSO PUNTA.
21	LENGUA DORSO BORDES LATERALES.
22	LENGUA VENTRAL.
23	PISO DE BOCA FRONTAL.
24	PISO DE BOCA LATERAL.
25	FRENILLO LINGUAL.
26	SURCO LINGUAL.
27	ENCÍA LIBRE.
28	ENCÍA ADHERIDA.
29	PROCESO ALVEOLAR SUPERIOR.
30	PROCESO ALVEOLAR INFERIOR.

TECNICA DE EXAMEN SISTEMATICO.

Para realizar el examen sistemático será obligatorio el empleo de guantes estériles y cubrebocas.

En caso de que el paciente porte prótesis dentales removibles o totales, estas deberán ser retiradas.

Para realizar el examen se recomiendan dos espejos bucales, sin dejar de olvidar que se puede cubrir con estos alguna lesión pequeña.

Si se detecta una lesión sospechosa, debe procederse a la palpación digital, tomando todas las precauciones que correspondan.

Se recomienda el siguiente procedimiento, descrito por el Manual Para Mucosa Bucal de la OMS (Organización Mundial de la Salud 1980) y en The Early Detection of Oral Cáncer and Precancerous Lesions (Basic Dental Research Unit, Tata Institute of Fundamental Research, 1973).

- **Los labios** deben examinarse con la boca cerrada y con la boca abierta. Nótese color, textura y toda anomalía superficial del borde bermellón.

- **Mucosa y surco del labio inferior.** Con la boca entreabierta, obsérvese el color y toda tumefacción de la mucosa vestibular y encía.

- **Mucosa y surco del labio superior.** Hágase el examen visual del vestíbulo y frenillo con la boca entreabierta.

- **Comisuras labiales, mucosa bucal, surco bucal (superior e inferior).** Empleando los espejos bucales como separadores y con la boca bien abierta, examínese toda la mucosa bucal, desde las comisuras hasta el pilar anterior de las fauces. Nótese todo cambio de color y la movilidad de la mucosa, cerciorándose de que las comisuras se examinen con detenimiento y no sean cubiertas por los espejos al hacer la separación del carrillo.

- **Crestas alveolares, incluso encía.** Examínese los tejidos de soporte tanto la encía insertada como la marginal en sus áreas vestibular y palatina-lingual observando su coloración y consistencia.

- **Lengua.** Con la lengua en el dorso y la boca abierta en parte, inspecciónese el dorso de la lengua en busca de toda tumefacción, ulceración, cubierta o variación de color o de textura. Tómese nota, además de todo cambio en la distribución de las papilas que cubren la superficie lingual. A continuación hágase sacar la lengua y anotesé toda movilidad anormal. Con la ayuda de los espejos bucales, inspecciónese los bordes de la lengua y después obsérvese la superficie ventral.

- **Piso de la boca.** Con la lengua elevada todavía, inspecciónese el piso de la boca en busca de ulceraciones y cambios de color. Junto con el surco alveololingual, el piso de la boca es un área difícil de visualizar bien. En vista de que en esta región se origina una alta proporción de cánceres se requiere un examen minucioso.

- **Paladar duro y blando.** Con la boca bien abierta y la cabeza del paciente hacia atrás, deprímase la base de la lengua con suavidad presionando con el espejo bucal. Primero inspecciónese el paladar duro y después el blando.

Los tejidos faciales que parecen ser anormales, así como los ganglios linfáticos submaxilares y cervicales, se deben palpar y consignar. (41)

ANEXO 4

TECNICA DE AZUL DE TOLUIDINA

Se realizará una serie de soluciones de enjuagues bucales para tener una mejor visualización de los tejidos anormales y se involucran cuatro etapas en el proceso:

1. - Enjuague previo con Orascan al 1% de solución acética, con el objeto de eliminar residuos de la cavidad oral.
2. - Enjuague con Orascan al 1% con azul de toluidina, para caracterizar al tejido anormal con una coloración azul real.
3. - Enjuague posterior con solución de Orascan al 1% de solución acética para remover el exceso del caracterizador.
4. - Examen visual por el clínico.

El procedimiento de diagnóstico se realiza en menos de cinco minutos.

Orascan se basa en parte en una patente de National Institute of Health USA, según en las investigaciones del Dr. Arthur Mashberg; ZILA, INC. (19, 25, 31)

Si el lugar donde se localiza la lesión se tiñe se tomará como positivo de lo contrario se le designará negativo, el termino positivo nos orienta a auxiliarnos de la biopsia. (5, 19, 25, 31, 42)

TECNICA DE CITOLOGIA EXFOLIATIVA

La citología en la cavidad bucal es un auxiliar en el diagnóstico de algunas lesiones malignas siendo útil en el diagnóstico temprano de las neoplasias malignas de la cavidad bucal o para seleccionar el sitio más apropiado para la toma de la biopsia. La técnica empleada es sencilla no sustituye a la biopsia ya que es un coadyuvante en el diagnóstico de las lesiones bucales como son: Ampollares, lesiones blancas o en úlceras tiene indicaciones precisas. (24, 25, 29, 30)

Indicaciones:

1. La biopsia es necesaria para el diagnóstico definitivo.
2. Mediante la combinación de la citología exfoliativa bucal y la biopsia se pueden establecer el diagnóstico.
3. En algunas instancias la citología puede persuadir a los pacientes para que consientan un procedimiento como la biopsia.
4. En el caso de diagnóstico citológico positivo es obligatoria la biopsia.

Generalmente la citología constituye un método simple que no tiene contraindicaciones y que requiere de poco instrumental, además de ser un método no invasivo e inocuo rápido, seguro, indoloro y simple. (24, 25, 29)

Esta técnica diagnóstica consiste en la limpieza de la superficie de la lesión bucal de restos y de mucina por medio de un enjuague con un antiséptico* seguida por el raspado vigoroso de toda la superficie de la lesión en una sola dirección, tres veces con espátula de cemento metálico.

El material que se obtiene se extiende rápidamente en sentido horizontal sobre un portaobjetos y se fija de inmediato. El fijador será el spraycyte*. Después de que el portaobjetos se impregna con el fijador, se debe dejar secar por 30 min.

Como norma se tomará dos frotis por cada lesión detectada. (40)

* Se utilizarán antisépticos tales: isodine, clorexidina, amosan, astringosol

* Aqua Net, composición química: alcohol, agua, Propano, Isobutano, Resina 2829-30, AminometilPropano, Hidroxido de Amonio, Benzoato de Amonio, Fragancia.

Los resultados serán siguiendo la clasificación de la Organización Mundial de la salud que para cáncer se tiene:

Clase	Definición
Clase I	(Normal). Indica que solo se observaron células normales.
Clase II	(Atípico). Indica la presencia de atipia menor pero sin datos de cambios malignos.
Clase III	(Indeterminado). Esta es una citología intermedia que separa el diagnóstico de cáncer del de no cáncer. Las células presentan una atipia más amplia que puede sugerir un cáncer, pero no están delimitadas en forma clara y pueden representar lesiones precancerosas, in situ. Está obligada la toma de un segundo frotis. Se recomienda la toma de biopsia.
Clase IV	(Sugestivo de cáncer). Unas pocas células con características malignas o muchas células con características limítrofes. Es indispensable la biopsia.
Clase V	(Positivo para el cáncer). Células que son obviamente malignas. Es obligatoria la biopsia.

Para la investigación se tomará como positivo para cáncer de la clase II a la clase V y como negativo las clases I y II. Esto es con el fin de que al presentar los resultados, sea posible contrastarlos con los de la Biopsia y el azul de toluidina.

TABLA Y GRAFICA No.1

TABLA Y GRAFICA No. 1

Tomando como punto de partida los 40 años de edad, se divide la población por grupos que abarcan 5 diferentes edades (40-45, 46-50, etc.) quedando diez grupos etáreos para el estudio.

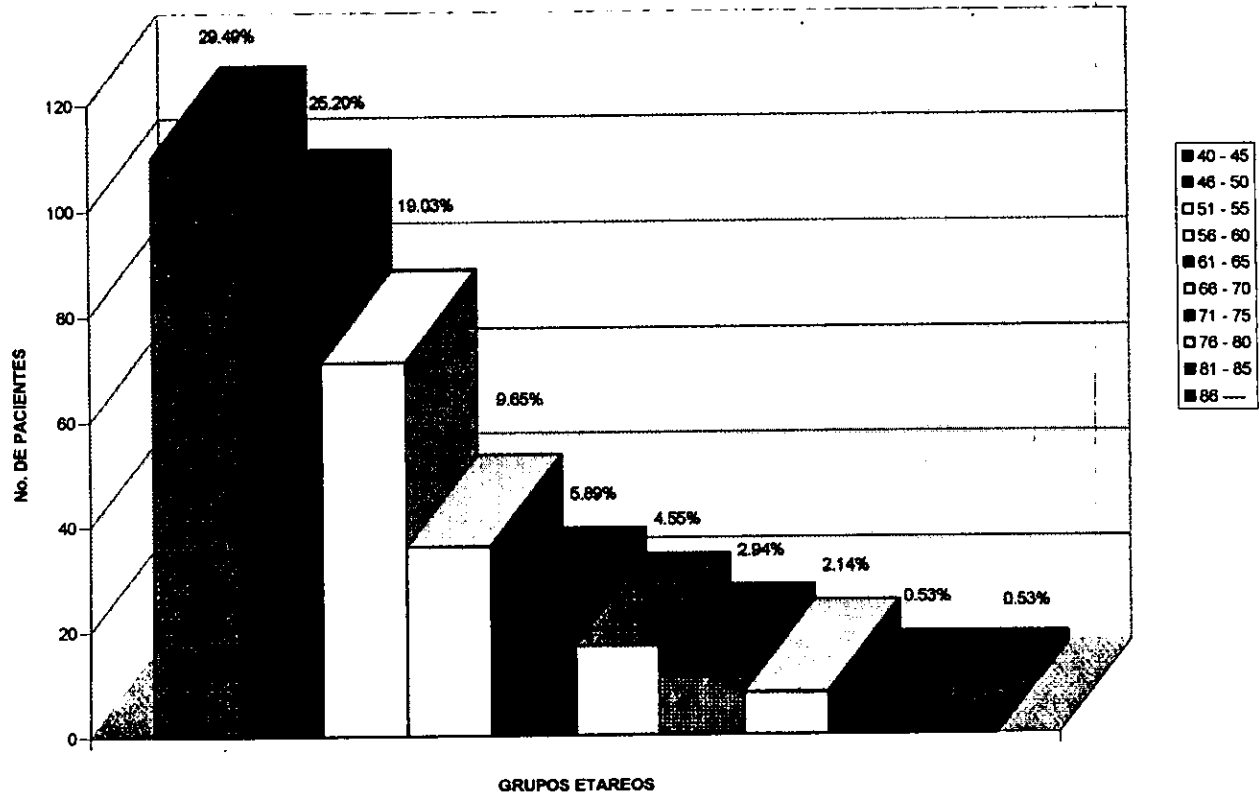
En la tabla uno se muestran 3 bloques, en el primer bloque se observa la división de los grupos etáreos, en el segundo el total de pacientes por cada grupo etáreo, el último bloque presenta el porcentaje de cada grupo etáreo, el porcentaje se obtuvo tomando al total de los pacientes (373 pacientes) como el cien por cien y mediante la regla de tres.

En la gráfica uno, en el eje de las Y, observamos diez columnas los cuales representan los diez grupos etáreos estudiados. En el eje de la X, se presenta el número de los pacientes que se presenta en cada una de las diez divisiones que se hicieron.

**PORCENTAJE DE PACIENTES ESTUDIADOS EN LOS
DIFERENTES GRUPOS ETAREOS (TABLA 1)**

GRUPO ETAREO	PACIENTES	%
40 - 45	110	29.49
46 - 50	94	25.20
51 - 55	71	19.03
56 - 60	36	9.65
61 - 65	22	5.89
66 - 70	17	4.55
71 - 75	11	2.94
76 - 80	8	2.14
81 - 85	2	0.53
86 ----	2	0.53

PORCENTAJE DE PACIENTES ESTUDIADOS EN LOS DIFERENTES GRUPOS ETAREOS.



**TABLA Y
GRAFICA No.
2**

TABLA Y GRAFICA No. 2.

Se Observan las 28 lesiones estudiadas, se presentan de mayor número y porcentaje a la de menor número y porcentaje de acuerdo a como se diagnosticaron en la población, además de presentar los resultados dividiendo los pacientes de acuerdo a su sexo.

La tabla dos se divide en 7 bloques; en el primer bloque encontramos las 28 entidades nosológicas estudiadas.

En el segundo bloque se presentan los números, de los pacientes masculinos que presentaron alguna de las entidades nosológicas estudiadas, el tercer bloque presenta los porcentajes de pacientes a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica en el sexo masculino, las cuales se obtuvieron tomando el total de pacientes (373 pacientes) como el cien por ciento y mediante una regla de tres.

En el cuarto bloque se presentan los números, de pacientes femeninos que presentaron alguna de las entidades nosológicas estudiadas; el quinto bloque presenta los porcentajes de pacientes a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica en el sexo femenino, los cuales se obtuvieron tomando el total de las pacientes (373 pacientes) como el cien por ciento y mediante una regla de tres.

El sexto bloque presenta los resultados de las sumas de las entidades nosológicas diagnosticadas en ambos sexos, siendo estos a su vez los números totales de cuantos pacientes presentaron cada una de las 28 lesiones estudiadas, el séptimo y último bloque presenta los porcentajes totales de cada una de las 28 entidades nosológicas estudiadas, los cuales se obtuvieron tomando el total de las pacientes (373 pacientes) como el cien por ciento y mediante una regla de tres.

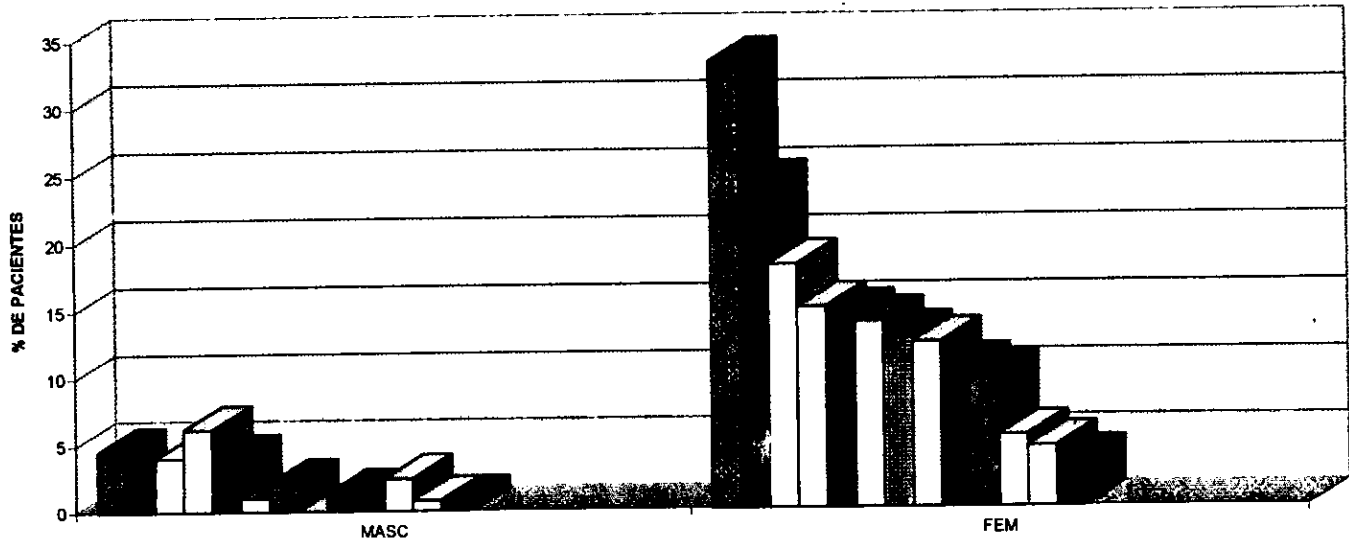
En la última fila se presentan los resultados del total de pacientes masculinos y su porcentaje, él cual se obtuvo tomando el total de la población como el cien por ciento y mediante una regla de tres; El total de pacientes femeninos y su porcentaje el cual se obtuvo tomando el total de la población como el cien por ciento y mediante una regla de tres. Por último se observa el total de la población 373 pacientes siendo éste número el cien por ciento de los pacientes.

La gráfica muestra en el eje de las Y dos bloques que representan al sexo masculino y al sexo femenino los que a su vez están divididos en 28 columnas que representan las 28 entidades nosológicas estudiadas; en el eje de la X se presenta el porcentaje de pacientes que se les diagnosticaron las entidades nosológicas estudiadas.

**PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON
ALGUNA ENTIDAD NOSOLOGICA, DIVIDIDO POR
SEXO. (TABLA 2)**

ENTIDAD NOSOLOGICA.	MASC	%	FEM	%	TOTAL DE PAC.	%
LINEA ALBA	17	4.55	124	33.24	141	37.80
MACULA MELANOTICA LABIAL	7	1.87	90	24.12	97	26
PIGMENTACION MELANICA RACIAL	15	4.02	68	18.23	83	22.2
QUERATOSIS FRICCIONAL	23	6.16	56	15.01	79	21
MORDISQUEO DE CARRILLO	15	4.02	54	14.47	69	18.4
LEUCOEDEMA	4	1.07	52	13.94	56	15
HIPERPLASIA FIBROSA	8	2.14	48	12.86	56	15
VARICES LINGUALES	-	-	46	12.33	46	12.3
LENGUA FISURADA	5	1.34	39	10.45	44	11.7
ULCERA TRAUMATICA	5	1.34	37	9.91	42	11.2
CONDICION DE FORDAYCE	9	2.41	20	5.36	29	7.7
MUCOCELE	3	0.80	17	4.55	20	5.3
ULCERA RECURRENTE MENOR	3	0.80	13	3.48	16	4.2
ESTOMATITIS NIC.	12	3.21	2	0.53	14	3.75
HERPES SIMPLE	6	1.60	5	1.34	11	2.94
NEVO	2	0.53	7	1.87	9	2.41
TORUS MAND.	3	0.80	6	1.60	9	2.41
EST. POR DEF. VIT.	3	0.80	6	1.60	9	2.41
EPULIS FISURADO	2	0.53	6	1.60	8	2.14
ESTOMATITIS POR CONTACTO	-	-	5	1.34	5	1.34
CANDIDIASIS PSEUDOM.	1	0.26	4	1.07	5	1.34
HEMANGIOMA	1	0.26	3	0.80	4	1.07
CANDIDIASIS ATROFICA	-	-	3	0.80	3	0.80
QUEMADURA FISICA	2	0.53	1	0.26	3	0.80
GRANULOMA PIOGENO	2	0.53	-	-	2	0.53
TATUAJE POR AMALGAMA	2	0.53	-	-	2	0.53
TORUS MAX.	1	0.26	-	-	1	0.26
PIG. POR BISMUTO	-	-	1	0.26	1	0.26
TOTAL	106	28	267	72	373	100

**PREVALENCIA Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON ALGUNA ENTIDAD NOSOLOGICA,
DIVIDIDO POR SEXO**



■ LINEA ALBA	■ MACULA MELANOTICA LABIAL	□ PIGMENTACION MELANICA RACIAL
□ QUERATOSIS FRICCIONAL	■ MORDEDURA DE CARRILLO	□ LEUCOEDEMA
■ HIPERPLASIA FIBROSA	□ VARICES LINGUALES	■ LENGUA FISURADA
■ ULCERA TRAUMATICA	□ CONDICION DE FORDAYCE	□ MUCOCELE
■ ULCERA RECURRENTE MENOR		

**TABLA Y
GRAFICA No.
3**

TABLA Y GRAFICA No. 3

Se presenta la prevalencia de entidades nosológicas diagnosticadas y dividiendo la población por sexo.

La tabla se divide en 7 bloques en el primer bloque tenemos las 28 entidades nosológicas estudiadas.

En el segundo bloque observamos los números totales de entidades nosológicas diagnosticadas en el sexo masculino, la tercer columna presenta los porcentajes de las entidades nosológicas diagnosticadas en el sexo masculino, él cual se obtuvo tomando el total de las entidades nosológicas (864 entidades nosológicas) como el cien por ciento y mediante la regla de tres.

En el cuarto bloque observamos los números totales de entidades nosológicas diagnosticadas en el sexo femenino, el quinto bloque presenta los porcentajes de las entidades nosológicas diagnosticadas en el sexo femenino, él cual se obtuvo tomando al total de las entidades nosológicas (864 entidades nosológicas) como el cien por ciento y mediante la regla de tres.

En el sexto bloque observamos los resultados de las sumas de entidades nosológicas diagnosticadas en ambos sexos, la que es a su vez es el total de entidades nosológicas diagnosticadas en la población estudiada; la séptima columna muestra los porcentajes del total de entidades nosológicas diagnosticadas en la población estudiada, el porcentaje se obtuvo tomando el total de entidades nosológicas diagnosticadas (864 entidades nosológicas) como el cien por ciento y mediante la regla de tres.

En la última fila observamos el número y porcentaje total de entidades nosológicas diagnosticadas en el sexo masculino; el número y porcentaje total de entidades nosológicas diagnosticadas en el sexo femenino; por último se presentan el número total de entidades nosológicas (864 entidades nosológicas) siendo este el cien por ciento.

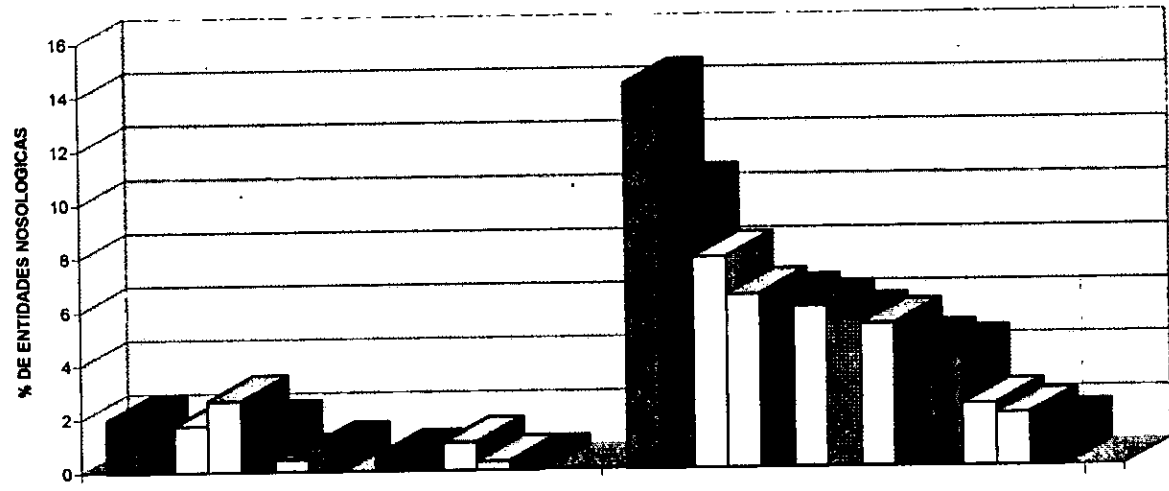
En la gráfica se presenta en el eje de las Y dos bloques que representan al sexo masculino y femenino, los que su vez se dividen en 28 columnas que representan las entidades nosológicas, en el eje de la X se presenta el porcentaje de entidades nosológicas diagnosticadas en la población estudiada.

PREVALENCIA DE ENTIDADES NOSOLOGICAS DIAGNOSTICADAS, DIVIDIDA POR SEXO. (TABLA 3)

ENTIDAD NOSOLOGICA	MAS	%	FEM	%	TOTALDE ENT. NOSOLOG.	%
LINEA ALBA	17	1.96	124	14.35	141	16.31
MACULA MELANOTICA LABIAL.	7	0.81	90	10.41	97	11.22
QUERATOSIS FRICC.	15	1.73	68	7.87	83	9.60
PIGMENTACION. MEL. RAC.	23	2.66	56	6.48	79	9.14
MORDISQUEO DE CARRILLO	15	1.73	54	6.25	69	7.98
LEUCOEDEMA	4	0.46	52	6.01	56	6.48
HIPERPLASIA FIBROSA	8	0.92	48	5.55	56	6.48
VARICES LINGUALES	-	-	46	5.32	46	5.32
LENGUA FISURADA	5	0.57	319	4.51	44	5.09
U. TRAUMATICA	5	0.57	37	4.28	42	4.86
C. DE FORDYCE	9	1.04	20	2.31	29	3.35
MUCOCELE	3	0.34	17	1.96	20	2.31
ULCERA REC. MENOR	3	0.34	13	1.50	16	1.85
EST. NICOTINICA.	12	1.38	2	0.23	14	1.62
HERPES	6	0.69	5	0.57	11	1.27
NEVO	2	0.23	7	0.81	9	1.04
TORUS MAND.	3	0.34	6	0.69	9	1.04
EST. POR DEF. VIT.	3	0.34	6	0.69	9	1.04
EPULIS FIS.	2	0.23	6	0.69	8	0.92
EST. POR CONTACTO	-	-	5	0.57	5	0.57
CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA	1	0.11	4	0.46	5	0.57
HEMANGIOMA	1	0.11	3	0.34	4	0.46
CANDIDIASIS ATROFICA	-	-	3	0.34	3	0.34
QUEMADURA FISICA	2	0.23	1	0.11	3	0.34
GRANULOMA PIOGENO	2	0.23	-	-	2	0.23
TATUAJE POR AMALGAMA.	2	0.23	-	-	2	0.23
TORUS MAX.	1	0.11	-	-	1	0.11
PIG. POR BISMUTO	-	-	1	0.11	1	0.11
TOTAL	151	17.47	713	82.53	864	100

ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

PREVALENCIA DE ENTIDADES NOSOLOGICAS DIAGNOSTICADAS DIVIDIDAS POR SEXO



■ LÍNEA ALBA	■ MACULA MELANOTICA LABIAL.	□ QUERATOSIS FRICC.	□ PIGMENTACION. MEL. RAC.
■ MORDISQUEO DE CARRILLO	□ LEUCOEDEMA	■ HIPERPLASIA FIBROSA	□ VARICES LINGUALES
■ LENGUA FISURADA	■ U. TRAUMÁTICA	□ C. DE FORDYCE	□ MUCOCELE
■ ULCERA REC. MENOR			

**TABLA Y
GRAFICA No.
4**

TABLA Y GRAFICA No. 4

Se muestran las entidades nosológicas que se presentaron con mayor porcentaje del grupo de las blancas las cuales son: Línea alba oclusal, queratosis friccional, mordisqueo de carrillo y leucoedema.

La tabla se divide en 7 bloques, en el primer bloque se observan las entidades nosológicas del grupo de las blancas.

En el segundo bloque se presentan los números totales de pacientes masculinos a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las blancas, el tercer bloque muestra los porcentajes de los pacientes masculinos que presentaron alguna entidad nosológica del grupo de las blancas, el porcentaje se obtuvo tomando el total de pacientes (373 pacientes) como el cien por ciento y mediante la regla de tres.

En el cuarto bloque se presentan los números totales de pacientes femeninos a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las blancas, el quinto bloque muestra los porcentajes de los pacientes femeninos que presentaron alguna entidad nosológica del grupo de las blancas, el porcentaje se obtuvo tomando el total de pacientes (373 pacientes) como el cien por ciento y mediante la regla de tres.

En el sexto bloque se presenta el número total de la suma de ambos sexos, que es a su vez el total de pacientes a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las blancas, el séptimo bloque presenta los porcentajes de las entidades nosológicas del grupo de las blancas que fueron diagnosticadas en el total de la población, el porcentaje se obtuvo tomando como cien por ciento el total de pacientes (373 pacientes) y mediante la regla de tres.

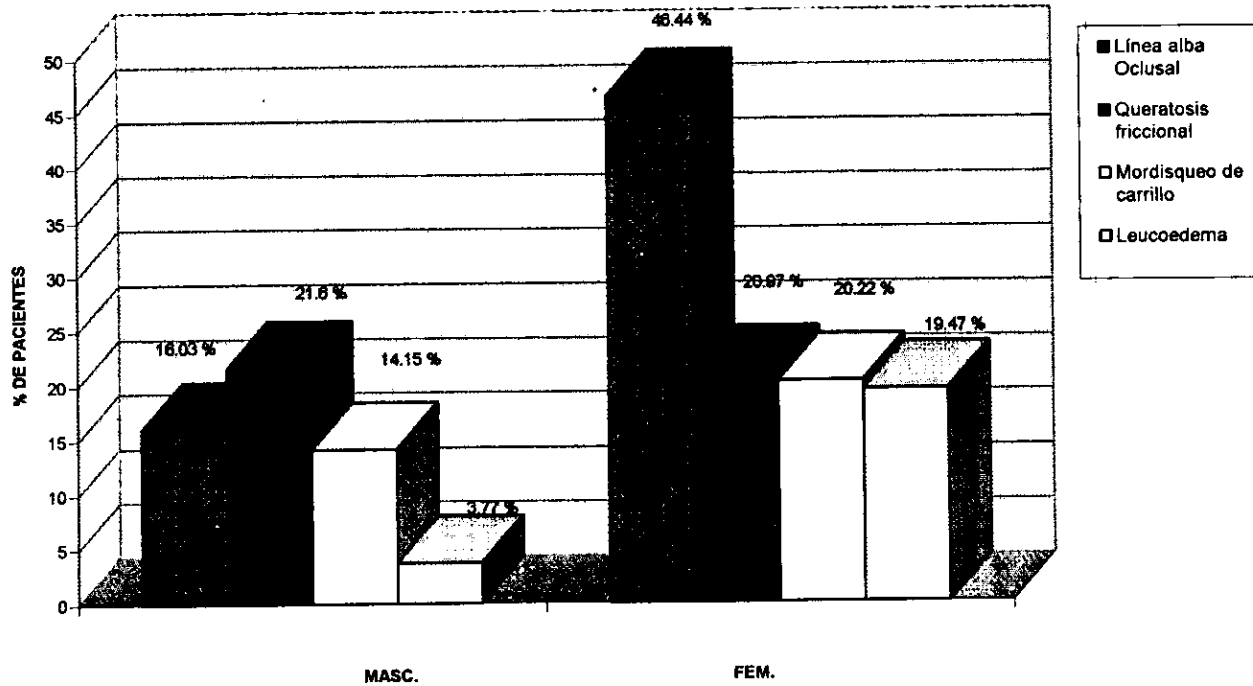
La última fila presenta el número y porcentaje total de pacientes del sexo masculino a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las blancas; además observamos el número y porcentaje total de pacientes femeninos a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las blancas. Por último se presenta el número total de pacientes que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las blancas y el porcentaje se obtuvo tomando el total de pacientes (373 pacientes) como el cien por ciento.

En la gráfica se presenta en el eje de la Y dos bloques que representan al sexo masculino y el sexo femenino, los que a su vez se dividen en cuatro columnas que representan las entidades nosológicas del grupo de las blancas, en el eje de la X se presenta el porcentaje de pacientes a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las blancas.

**ENTIDADES NOSOLOGICAS DEL GRUPO DE LAS
BLANCAS MAS FRECUENTES.
(TABLA 4)**

ENTIDAD	MASC	%	FEM	%	TOTAL	%
Línea alba Oclusal	17	4.55	124	33.24	141	37.80
Queratosis friccional	23	6.16	56	15.01	79	21
Mordisqueo de carrillo	15	4.02	54	14.47	69	18.4
Leucoedema	4	1.07	52	13.94	56	15
RESULTADO	59	15.81	286	76.67	345	92.4

ENTIDADES NOSOLOGICAS DEL GRUPO DE LAS BLANCAS MAS FRECUENTES



**TABLA Y
GRAFICA No.
5**

TABLA Y GRAFICA No 5.

Se presentan las entidades nosológicas del grupo de las pigmentadas que se presentaron con mayor porcentaje.

La tabla se divide en siete bloques. En el primer bloque se encuentran las entidades nosológicas del grupo de las pigmentadas que se presentaron con mayor porcentaje, las cuales son: Mácula melanótica labial, pigmentación melanica racial, nevo y tatuaje por amalgama.

En el segundo bloque se observa los números de pacientes masculinos a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las pigmentadas, el tercer bloque presenta el porcentaje total de pacientes masculinos a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las pigmentadas, el porcentaje se obtuvo tomando como cien por ciento el total de los pacientes (373 pacientes) y mediante la regla de tres.

En el cuarto bloque se presenta los números de pacientes femeninos que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las pigmentadas, el quinto bloque presenta el porcentaje de pacientes del sexo femenino a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las pigmentadas, el porcentaje se obtuvo tomando como cien por ciento el total de los pacientes (373 pacientes) y mediante la regla de tres.

El sexto bloque muestra el resultado de la suma de ambos sexos a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las pigmentadas, que a su vez es el total de pacientes a los que se les diagnosticaron las entidades antes mencionadas. El séptimo bloque muestra el porcentaje total de los pacientes a los que se les diagnosticaron alguna de las entidades del grupo de las pigmentadas, el porcentaje se obtuvo tomando el total de los pacientes (373 pacientes) como el cien por ciento y mediante la regla de tres.

La última fila muestra el número y porcentaje total de pacientes masculinos a los que se diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las pigmentadas, además muestra el número y porcentaje total de pacientes femeninos a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las pigmentadas, por último muestra el total de

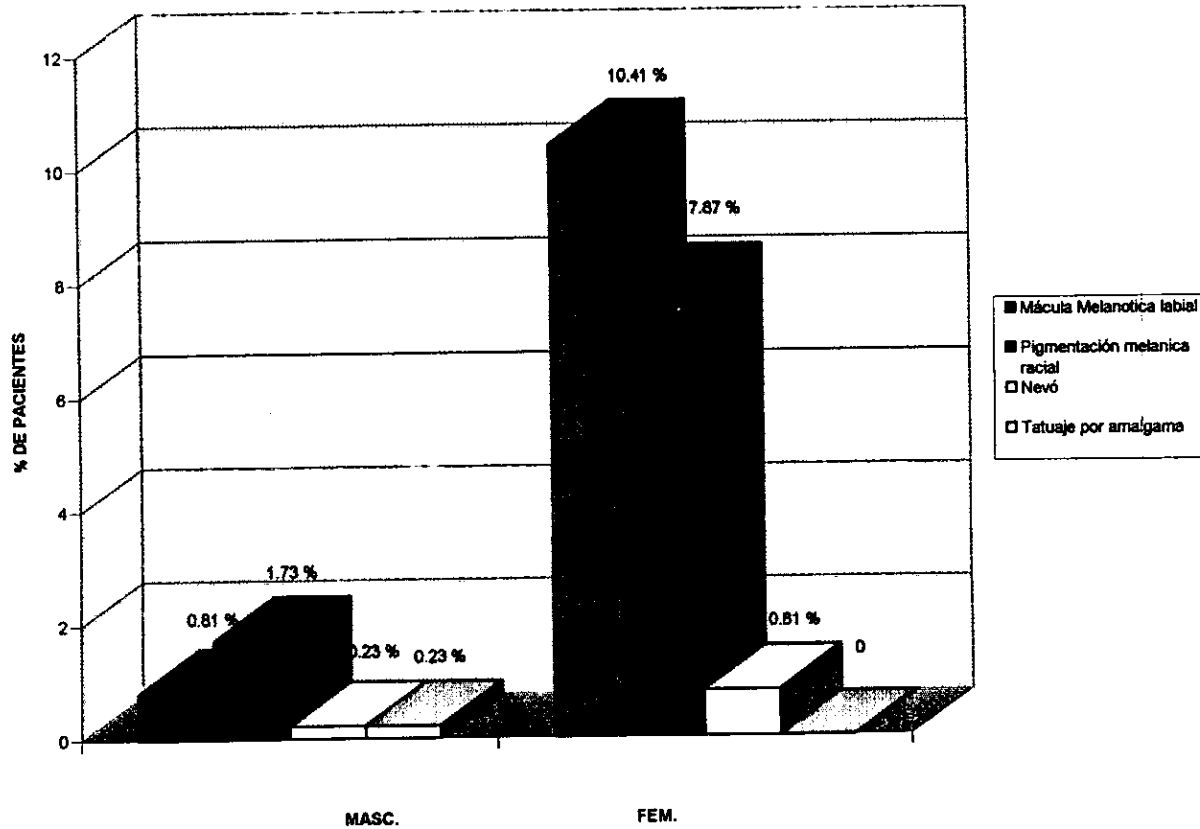
pacientes y su porcentaje a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica, el porcentaje se obtuvo tomando al total de los pacientes (373 pacientes) como el cien por ciento y mediante la regla de tres.

La gráfica muestra en el eje de la Y dos bloques que representan al sexo masculino y femenino, los que a su vez se dividen en cuatro columnas las cuales representan a las entidades del grupo de las pigmentadas; el eje de la X muestra el porcentaje de los pacientes a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las pigmentadas.

ENTIDADES NOSOLOGICAS DEL GRUPO DE LAS PIGMENTADAS MAS FRECUENTES. (TABLA 5)

ENTIDAD	MASC	%	FEM	%	TOTAL	%
Mácula melanótica labial	7	1.87	90	24.12	97	26
Pigmentación melanica racial	15	4.02	68	18.23	83	22.2
Nevó	1	0.53	8	1.87	9	2.41
Tatuaje por amalgama	2	0.53	-	-	2	0.53
RESULTADO	25	6.70	166	44.50	191	51.20

ENTIDADES NOSOLOGICAS DEL GRUPO DE LAS PIGMENTADAS MAS FRECUENTES



**TABLA Y
GRAFICA No.
6**

TABLA Y GRAFICA No. 6

Se presentan las entidades nosológicas de mayor porcentaje del grupo de las ulceradas, las cuales son: Úlcera traumática y úlcera recurrente menor.

Se divide la tabla en 7 bloques, en el primer bloque se presentan las entidades nosológicas del grupo de las ulceradas que se presentan con mayor porcentaje.

En el segundo bloque se muestran los números de pacientes masculinos a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las ulceradas, el tercer bloque muestra el porcentaje de pacientes masculinos a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las ulceradas, el porcentaje se obtuvo tomando al total de los pacientes (373 pacientes) como el cien por ciento y mediante la regla de tres.

En el cuarto bloque observamos el total de pacientes femeninos a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las ulceradas, el quinto bloque presenta el porcentaje de pacientes femeninos a los que se les diagnóstico alguna entidad del grupo de las ulceradas, el porcentaje se obtuvo tomando al total de los pacientes (373 pacientes) como el cien por ciento y mediante la regla de tres.

En el sexto bloque observamos el total de pacientes a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las ulceradas, el séptimo bloque presenta el porcentaje del total de pacientes a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las ulceradas, el porcentaje se obtuvo tomando el total de la población (373 pacientes) como el cien por ciento y mediante la regla de tres.

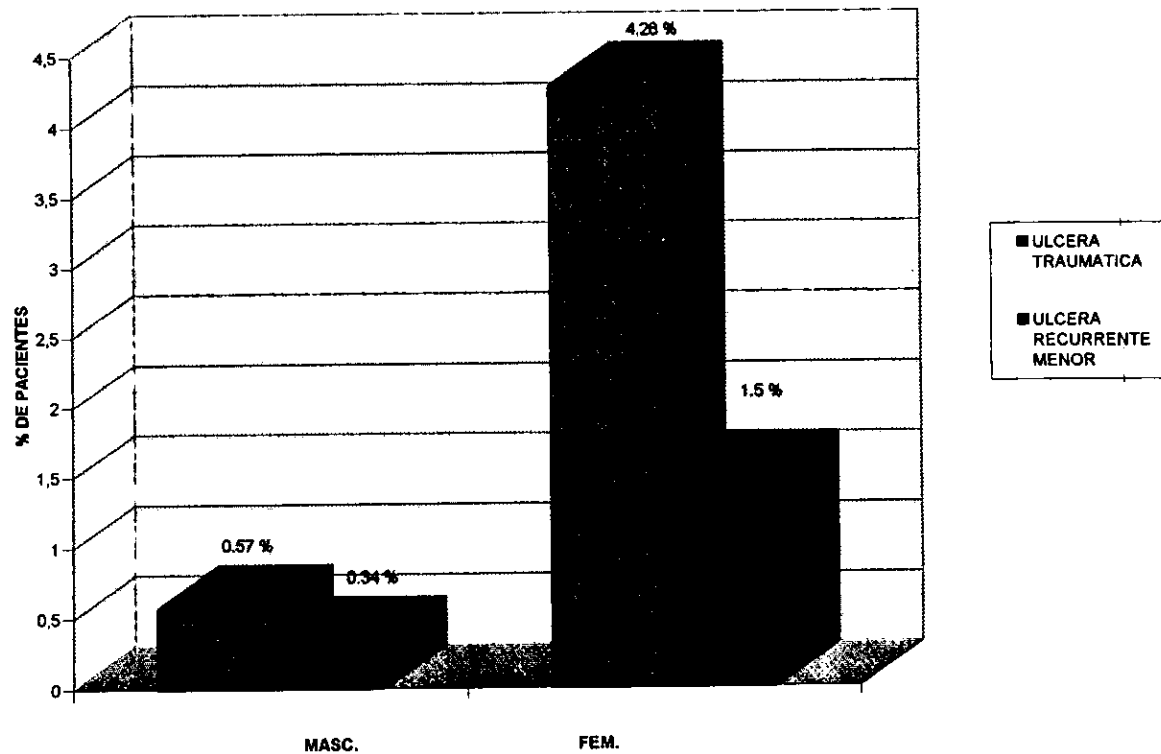
En la última fila se muestra el número y porcentaje total de pacientes del sexo masculino a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las ulceradas, el porcentaje se obtuvo tomando al total de la población (373 pacientes) y mediante la regla de tres.

En la gráfica se muestra en el eje de las Y dos bloques que representan al sexo masculino y las que a su vez se dividen en dos columnas que representan las entidades nosológicas, en el eje de la X se presenta el porcentaje de pacientes a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica del grupo de las ulceradas.

ENTIDADES NOSOLOGICAS DEL GRUPO DE LAS ULCERADAS MAS FRECUENTES. (TABLA 6)

ENTIDAD	MASC.	%	FEM	%	TOTAL	%
ULCERA TRAUMATICA	5	1.34	37	9.91	42	11.2
ULCERA RECURRENTE MENOR	3	0.80	13	3.48	16	4.2
RESULTADO	8	2.14	50	13.40	58	15.54

ENTIDADES NOSOLOGICAS MAS FRECUENTES DEL GRUPO DE LAS ULCERADAS



**TABLA Y
GRAFICA No.
7**

TABLA Y GRAFICA No 7.

Se presenta un comparativo entre los grupos de entidades nosológicas de mayor porcentaje, los cuales son: el grupo de las blancas, el de las pigmentadas y el de las ulceradas.

La tabla se divide en 7 bloques, el primer bloque muestra los diferentes grupos de entidades nosológicas, que presentan mayor porcentaje, en la población estudiada.

En el segundo bloque se presentan los números totales de pacientes masculinos a los que se les diagnóstico alguna de las entidades nosológicas de los tres grupos de mayor porcentaje, el tercer bloque muestra el porcentaje de los pacientes a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica de los tres grupos referidos, el porcentaje se obtuvo tomando al total de los pacientes (373 pacientes) como el cien por ciento y mediante la regla de tres.

El cuarto bloque muestra los números totales de pacientes femeninos a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica de los tres grupos de mayor porcentaje, el quinto bloque presenta el porcentaje de pacientes a los que se les diagnóstico alguna entidad nosológica de los tres grupos de mayor porcentaje, el porcentaje se obtuvo tomando el total de los pacientes (373 pacientes) como el cien por ciento y mediante la regla de tres.

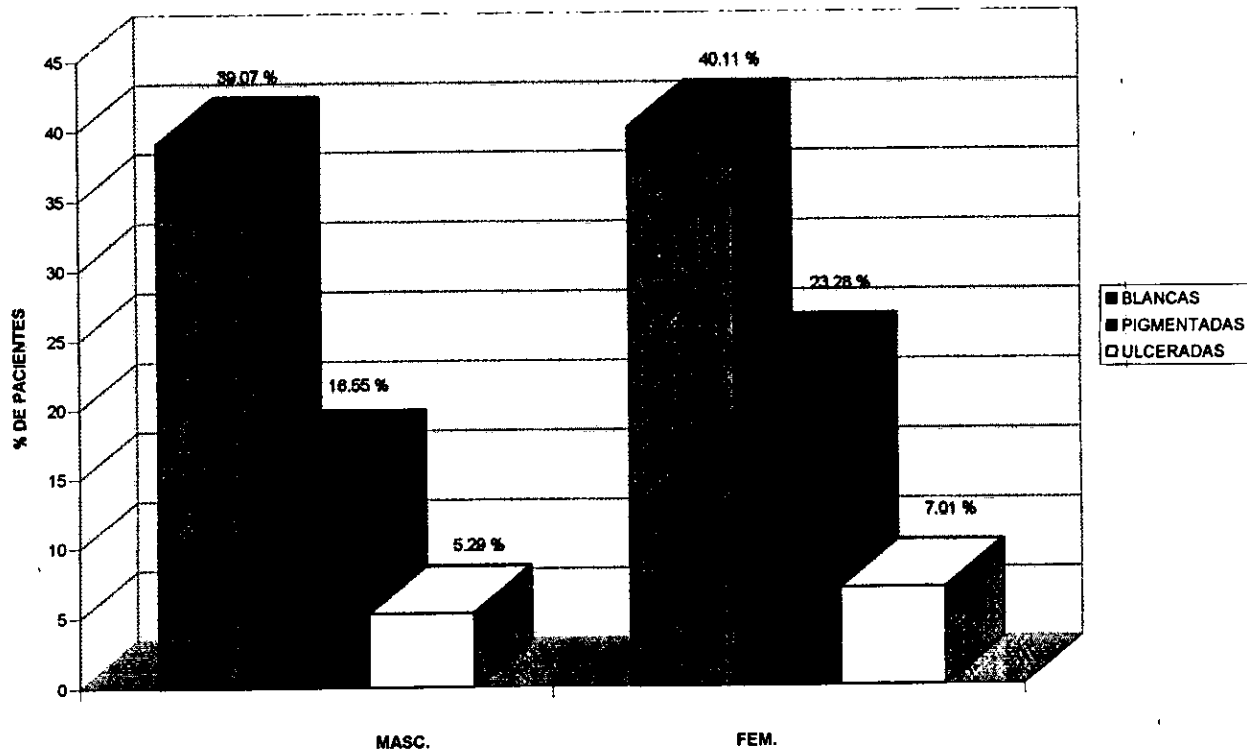
El sexto bloque presenta el número total de pacientes que presentaron alguna entidad nosológica de los tres grupos de mayor porcentaje, el séptimo bloque presenta el total de porcentajes de los tres grupos de entidades nosológicas que se presentaron en mayor porcentaje, el porcentaje se obtuvo tomando el total de los pacientes (373 pacientes) como el cien por ciento y mediante la regla de tres.

La gráfica muestra en el eje de la Y dos bloques que representan al sexo masculino y al sexo femenino, los que a su vez se dividen en tres columnas que representan a las entidades nosológicas del grupo de las blancas, las pigmentadas y las ulceradas. El eje de la X muestra el porcentaje de pacientes que presentaron alguna entidad nosológica de las tres entidades antes referidas.

**NUMERO Y PORCENTAJE COMPARATIVO DE
LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LOS
DIFERENTES GRUPOS DE ENTIDADES
NOSOLOGICAS. (TABLA 7)**

GRUPO	MASC	%	FEM	%	TOTAL	%
BLANCAS	59	15.8 1	286	76.67	345	92.4
PIGMENTADAS	23	6.70	168	44.50	191	51.20
ULCERADAS	8	2.14	50	13.40	58	15.54

NUMERO Y PORCENTAJE COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LOS DIFERENTES GRUPOS DE ENTIDADES NOSOLOGICAS(864 DIAGNOSTICADAS).



INDICE

INTRODUCCION	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
MARCO TEORICO	6
OBJETIVO GENERAL	27
OBJETIVOS ESPECIFICOS	27
HIPOTESIS	28
METODOLOGIA	29
MATERIALES Y METODO	31
RECURSOS	35
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	37
ANALISIS DE RESULTADOS	38
COMPARATIVO CON ESTUDIOS SIMILARES REALIZADOS EN NUESTRA INVESTIGACION.	41
CONCLUSIONES.	43
PROPUESTAS	45
ANEXO 1	51
CODIGOS Y CRITERIOS DE LAS LESIONES	52
ANEXO 2	55
ANEXO 3	59
ANEXO 4	63

TABLA Y GRAFICA NO.1	67
TABLA Y GRAFICA NO. 2	71
TABLA Y GRAFICA NO. 3	76
TABLA Y GRAFICA NO. 4	80
TABLA Y GRAFICA NO. 5	85
TABLA Y GRAFICA NO. 6	90
TABLA Y GRAFICA NO. 7	94