

385
2y.



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES
EN LA POBLACIÓN QUE ASISTE A LA
CLÍNICA DE PERIODONCIA 1997”

T E S I S

Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

Logo
[Signature]

GIANMARCO TERRY CRIADO

Director de Tesis

C.D.M.O. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS

Asesor de Tesis

C.D.M.P.H. S. AÍDA BORGES YAÑEZ



México, D.F. 1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

268228



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la familia que tengo.

A mis hermanos por su apoyo
incondicional.

A mis padres por apoyarme
siempre y por darme la
oportunidad de estudiar en esta
magnífica universidad.

Los Amo.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Beatriz Aldape Barrios por dirigir esta investigación dándome siempre su apoyo y empuje para salir adelante.

A la Dra. Aída Borges Yañes por asesorarme en la elaboración de esta tesis.

A la Dra. Magdalena Paulín Pérez por permitirme realizar esta investigación en la clínica de Periodoncia, igualmente el agradecimiento a todos los doctores de esta clínica por su ayuda y orientación.

A la Dra. Sara A. Montaña González por su amistad y apoyo en la elaboración de esta investigación.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología por los conocimientos adquiridos en el paso por sus aulas.

INDICE

	PAG.
1. - RESUMEN	1
2. - INTRODUCCIÓN	2
3. - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
4. - JUSTIFICACIÓN	9
5. - OBJETIVOS.....	10
5.1. GENERALES.	
5.2. ESPECÍFICOS.	
6. - MATERIALES Y MÉTODOS.....	11
6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.	
6.2. UNIVERSO DE ESTUDIO.	
6.3. SUJETOS DE ESTUDIO.	
6.4. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.	
6.5. VARIABLES DE ESTUDIO Y DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS ENTIDADES A ESTUDIAR.	
6.6. MÉTODO DE RECOLECCION DE DATOS.	
6.7. MATERIALES Y EQUIPOS A EMPLEAR.	
7. - RESULTADOS.....	24
8. - DISCUSIÓN.....	38

9. - CONCLUSIÓN.....	41
10. - BIBLIOGRAFÍA.....	42
11. - APÉNDICE.....	46

1. RESUMEN.

El propósito de este estudio fue conocer la prevalencia de lesiones bucales en la población que asistió a la clínica de periodoncia, entre los meses de junio y julio de 1997, teniendo en consideración al tabaquismo y alcoholismo así como la presencia de enfermedad periodontal. La población de estudio fue de 238 pacientes mayores de 18 años (42% de sexo masculino y 58% de sexo femenino).

Se realizó la prueba estadística de χ^2 con corrección de Yates para obtener el nivel de significancia y la asociación de cada una de las alteraciones bucales con respecto al consumo de tabaco, encontramos que el Leucoedema, Hiperqueratosis, Estomatitis nicotínica y Eritroplasia tuvieron una asociación positiva. Se compararon las proporciones de las lesiones anteriormente mencionadas entre los fumadores y los no fumadores y se obtuvo que 12 de 126 fumadores (9.5%) y 4 de 356 no fumadores (1.1%) presentaron lesiones de este tipo y se encontró que existe una diferencia significativa $\chi^2 = 17.9$ $p < 0.0001$. Esto significa que los fumadores presentaron más lesiones de este tipo que los no fumadores.

No se encontró diferencias entre el sexo masculino y el femenino de padecer enfermedad periodontal, asimismo entre los pacientes que consumen y no consumen tabaco.

No se pudo relacionar el consumo de alcohol con la instalación de la enfermedad periodontal.

Estos resultados corroboran que el tabaquismo es un factor predisponente para presentar alteraciones o lesiones en la cavidad bucal, no así con el consumo de alcohol o la presencia de la enfermedad periodontal.

2. - INTRODUCCIÓN.

Estudios epidemiológicos de varias instituciones en el mundo nos muestran cifras que indican la presencia de patologías y alteraciones periodontales en la cavidad bucal, sin descartar la relación que algunos de estos puedan guardar entre sí.¹

Estos estudios han permitido al cirujano dentista establecer la prevalencia de ciertas patologías e investigar las variaciones anatómicas que se presentan. La epidemiología nos ayuda a determinar la relación entre las alteraciones periodontales y factores condicionantes a la aparición de otras lesiones².

En esta investigación pretendo encontrar la relación que las diversas patologías bucales tienen con las alteraciones periodontales y a su vez la asociación de estas con el consumo de alcohol y tabaco en un determinado grupo de individuos.

Cabe mencionar que el enfoque de una enfermedad o evento epidemiológico generalmente es de naturaleza multicausal. No se pretende que una enfermedad pueda tener solamente una causa por lo tanto la asociación puede ser únicamente de significación estadística, sin que la relación de categorías de eventos tenga alguna razón lógica para explicarla.³

La investigación periodontal presenta dificultades para la identificación, diagnóstico, cuantificación de las manifestaciones clínicas de enfermedades en la cavidad bucal. Dentro de los métodos para determinar la gravedad de la gingivitis todos coinciden en un punto, o más de los siguientes: color gingival, contorno, hemorragia, extensión de la afección y flujo del líquido del surco gingival, en cuanto a la periodontitis y otras lesiones se basan en el método primario de evidencias radiográficas como la pérdida ósea ⁴.

En los estudios contemporáneos de periodontitis las radiografías cobran menos importancia, mientras que los niveles de inserción determinados por el sondeo periodontal directo en sitios seleccionados son de mayor importancia.

Es importante establecer la prevalencia de lesiones y condiciones en la cavidad bucal, ya que permitirá planear y evaluar los programas de estudio, así como prevenir y diagnosticar tempranamente alteraciones bucales en una población específica ⁵.

Hay que tener muy en cuenta el cambio de coloración de la mucosa bucal, este es a menudo un signo temprano y a veces único de las alteraciones que están sufriendo los tejidos. Las lesiones pueden observarse rojas cuando el epitelio es muy delgado o poco queratinizado y permite transmitir el color del tejido conectivo subyacente; también se aprecia este cambio cuando el epitelio es normal, es aquí cuando el cirujano dentista debe saber diferenciar una entidad patológica de un tejido normal. ⁶

En el caso de la Enfermedad Periodontal, al haber un proceso inflamatorio en los tejidos de soporte del diente los vasos sanguíneos contenidos en el tejido conectivo de la encía sufren estasis sanguínea o dilatación, pudiendo sufrir erosiones o ulceraciones en el epitelio de la mucosa. ⁶

Un estudio del departamento de Patología del Colegio Odontológico del Instituto Karolinska en Estocolmo, se realizó con la finalidad de observar en que población hay más acumulo de placa y cálculo. Revelando un mayor porcentaje de pacientes afectados de sexo masculino, considerándose además el tabaquismo, ya que los pacientes fumadores tienen mas afectado el periodonto y tiene mayor riesgo de presentar alguna lesión ⁷.

Otras investigaciones realizadas con pacientes jóvenes de diferentes grupos étnicos (Negros, Asiáticos, Hispanos blancos y Mexicanos Americanos) nos muestran el incremento en la prevalencia de recesiones gingivales moderadas y severas, bolsas periodontales de 4mm a 6 mm, y pérdida de hueso los cuales van aumentando con la

edad. Estos estudios nos revelan que la enfermedad periodontal tiene más incidencia y extensión en personas de raza negra, con menor nivel socio cultural o que no han tenido atención dental por más de tres años ^{8,9,10}.

Estudios realizados por Linden y Mullally de la universidad de Belfast ¹, revelan el grado de afección que produce el cigarrillo en el establecimiento y la progresión de la enfermedad periodontal, independientemente de la causa bacteriana por el acumulo de placa o la evidencia genética en la expresión de la enfermedad periodontal. Se utilizó una población de 82 pacientes atendidos regularmente con un rango de 20 a 33 años de edad, de los cuales 21 fumaban un promedio de 15 +/-7 cigarros diarios y 61 pacientes no fumadores. Realizando comparaciones entre los miembros de esta población se concluyo en que el fumar cigarro es un factor asociado con la destrucción periodontal acelerada y el establecimiento de una periodontitis a temprana edad.¹

El consumo de tabaco en ciertos grupos demográficos del mundo se ha triplicado en los últimos 20 años a pesar de ser de conocimiento público de que es una sustancia extremadamente adictiva. El incremento a sucedido en un alto porcentaje en la población adolescente."²

El consumo de tabaco en la población es de relevancia ya que es un gran factor de riesgo para el establecimiento de lesiones como la leucoplasia, la cual es una lesión premaligna, el cáncer bucal y enfermedades sistémicas por efectos de la nicotina, además de establecer una enfermedad periodontal de rápida progresión"³.

En el año 1997, en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México se realizó un estudio en 500 pacientes, el cual revela la asociación entre los factores de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco con la presencia de lesiones en la cavidad bucal ¹².

En México se han realizado muy pocos estudios sobre lesiones en la mucosa bucal, uno de ellos es el que realizaron los Doctores Díaz Guzmán y Castellanos de la

Escuela de Odontología de la Universidad del Bajío, en una población de 7297 pacientes de los cuales las dos terceras partes fueron mujeres, en este estudio se evaluó a largo plazo grupos mayores de población que acuden espontáneamente a solicitar atención odontológica, por razones distintas a lesiones de la mucosa bucal, lo cual permitió conocer las lesiones de este tipo, que con mayor frecuencia y/o significancia aquejan a la población en general y determinó cuales son las que constituyen un problema de salud bucal y/o general.⁶

Son pocos los estudios que relacionen las neoplasias y tumores con la enfermedad periodontal. Las neoplasias representan una pequeña proporción de los agrandamientos gingivales y representan un porcentaje mínimo del número total de neoplasias bucales. En un estudio de 257 tumores bucales [Mc Carthy 1941] aproximadamente se presentaron 8% en la encía. En otro estudio [Bernick 1948], de 868 crecimientos de la encía y paladar, de los cuales 57% eran neoplásicos y el resto inflamatorios, se observó la siguiente frecuencia de tumores; Carcinoma, 11%; Fibroma, 9.3%; Tumor de Células Gigantes, 8.4%; Papiloma, 7.3%; Leucoplasia, 4.9%; Tumores Mixtos (tipo glándulas salivales), 2.3%; Osteofibroma, 1.3%; Angioma 1.5%; Sarcoma, 0.5%; Melanoma, 0.5%; Mixoma, 0.45%; Fibropapiloma, 0.4%; Adenoma, 0.4% y Lipoma, 0.3%.¹³

Muchas enfermedades dermatológicas se acompañan con complicación de la mucosa bucal así como de otras mucosas. Aunque en la enfermedad dermatológica, las lesiones bucales y de la piel con frecuencia ocurren juntas, los cambios en la cavidad bucal marcan el primer acceso de la enfermedad y preceden a las lesiones de la piel por meses o años. Las lesiones bucales constituyen la única manifestación en muchas enfermedades como el Liquen plano y Eritema multiforme. Cuando estas ocurren en ausencia de afecciones en piel suelen ser resultado de medicamentos capaces de causar dermatosis. En los trastornos dermatológicos y en las reacciones por medicamentos, la afección gingival representa un problema diagnóstico y terapéutico.¹³

La mayor parte de los estudios bien controlados muestran una prevalencia mas alta y enfermedad periodontal grave en los diabéticos que en los no diabéticos con irritación local similar que comprende una mayor perdida de adherencia, aumento de hemorragia a la exploración y aumenta la movilidad dentaria. Sin embargo, otros estudios no muestran correlación entre el estado diabético y el estado periodontal. Es posible que los diferentes grados de afección diabética y el control de la enfermedad en pacientes examinados y la diversidad de índices y modelos de enfermos sean responsables de esta poca consistencia ¹³.

Shlossman y colaboradores estudian el estado de salud bucal de indios Pima en Arizona. Casi el 40% de los adultos en esta tribu nativa americana tienen diabetes no dependiente de insulina. La comparación entre los indios Pima diabéticos y no diabéticos muestra un claro aumento en la prevalencia de periodontitis destructiva en los individuos diabéticos así como el 15% de incremento en edéntulos.¹³

Se han realizado numerosos estudios epidemiológicos en el mundo acerca de la prevalencia de enfermedad periodontal y lesiones bucales de forma independiente, de tal manera que no hay reportes de investigaciones sobre el condicionamiento o no de la enfermedad periodontal en el asentamiento de otras patologías, o la presencia de ambas simultáneamente¹⁴.

Como se menciona en los párrafos anteriores algunas investigaciones realizadas en la década de los cuarenta hablan de la presencia de patologías en mucosa bucal y tejidos periodontales, mas no como factor condicionante o predisponente para el establecimiento de una enfermedad periodontal o viceversa¹⁵.

Entre otras investigaciones epidemiológicas acerca de la salud periodontal realizadas en determinadas poblaciones tenemos el estudio realizado por Stoltemberg¹⁶ del Centro de investigación de Enfermedades Periodontales de la Universidad de Minnesota, en donde al revisar a 1090 sujetos entre varones y mujeres encontraron una gran variación de severidad de enfermedad periodontal

según los hábitos de higiene y consumo de tabaco de estos pacientes. Otro estudio como el de Papapanou PN¹⁵ del Departamento de microbiología de la Universidad de Gotemburgo, señala la importancia de la exploración del paciente con métodos eficaces para la detección temprana de posibles lesiones en mucosa bucal, a la vez de realizar un correcto interrogatorio al paciente ya que los factores de riesgo como el consumo de tabaco, los malos hábitos de higiene que contribuyen al acumulo de microorganismos subgingivales y problemas sistémicos como la diabetes mellitus condicionan y/o predisponen al paciente al padecimiento de enfermedad periodontal en sus diferentes niveles como a cualquier lesión en la mucosa bucal ^{14,15}.

3. - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Es difícil para el periodoncista dar un diagnóstico adecuado de las patologías que se puedan presentar en la población que asiste a la clínica de periodoncia, esto nos lleva la mayoría de veces a un diagnóstico tardío que puede ocasionar dificultades para remitir a los pacientes al servicio que necesiten. Teniendo en consideración que el cirujano dentista tiene contacto con diversas alteraciones que se presentan en la cavidad bucal, es necesario conocer las lesiones y condiciones normales que se presenten en la población que asiste a la clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAM.

4. - JUSTIFICACIÓN.

Son pocos los estudios realizados en México^{5, 6, 16-18} sobre este tema, por lo que se considera importante hacer una investigación en la población que asiste a la clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAM, para identificar por medio de una exploración completa, las principales alteraciones en una población adulta, lo cual servirá para dar mayor importancia a la revisión integral de la cavidad bucal de los pacientes, independientemente de la clínica a la cual han sido remitidos, y dar diagnósticos tempranos. Asimismo se considera importante la presencia de un Patólogo Bucal en las clínicas de la Facultad de Odontología.

5. - OBJETIVOS.

5.1. GENERAL.

- Establecer la prevalencia de condiciones y lesiones en la cavidad bucal de los pacientes mayores de 18 años, que acuden a la Clínica de Periodoncia de Licenciatura de la Facultad de Odontología de la UNAM en los meses de junio y julio de 1997.

5.2. ESPECIFICOS

- Establecer las características clínicas de las lesiones encontradas en la mucosa bucal de los pacientes de nuestro grupo de estudio.
- Establecer la prevalencia de lesiones en la mucosa bucal en la población mayor de 18 años de la Clínica de Periodoncia en los meses de junio y julio de 1997.
- Determinar la prevalencia de condiciones de la mucosa bucal por grupo de edad y sexo en la Clínica de periodoncia en los meses de junio y julio de 1997.
- Determinar si existen diferencias en el padecimiento de lesiones en la mucosa bucal por sexo y edad de los pacientes.
- Conocer si existen diferencias en la prevalencia de lesiones de acuerdo al consumo de alcohol y tabaco en pacientes mayores de 18 años de la Clínica de Periodoncia en los meses de junio y julio de 1997..

6. - MATERIALES Y MÉTODOS.

6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- Transversal, Descriptivo.

6.2. UNIVERSO DE ESTUDIO:

- Pacientes que acudieron a la Clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAM, durante el curso de verano entre los meses de Junio y julio del año 1997.

6.3. SUJETOS DE ESTUDIO:

- Pacientes de sexo masculino y femenino mayores de 18 años.

6.4. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se examinaron todos los pacientes mayores de 18 años que asistieron a la Clínica de Periodoncia de Licenciatura de la Facultad de Odontología de la UNAM, durante el curso de verano junio - julio 1997.

6.5. VARIABLES DE ESTUDIO Y DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS ENTIDADES A ESTUDIAR

- **Independientes:**

Edad, Sexo, Alcoholismo, Tabaquismo.

Tabaquismo : Intoxicación aguda o crónica por el abuso en el consumo del tabaco durante un determinado periodo de tiempo, los efectos nocivos de las sustancias y gases que contiene predisponen al paciente a padecer diferentes lesiones y/o enfermedades en la cavidad bucal o en el organismo en general^{20,21}.

Escala de medición: 1 NO
 2 DIARIO
 3 OCASIONAL
 4 PREVIO

Alcoholismo : Es definido tanto como un padecimiento crónico como un trastorno de la conducta, caracterizado en cualquier caso por la ingestión de bebidas alcohólicas a tal grado que sobrepasa las costumbres sociales, llegando a interferir con las relaciones interpersonales, la salud del bebedor y su situación económica, creando una tolerancia cada vez mayor a sus efectos intoxicantes y, cuando se interrumpe su ingestión, muestra signos y síntomas de abstinencia^{20,21}.

Escala de medición: 1 NO
 2 DIARIO
 3 OCASIONAL
 4 PREVIO

- **Dependientes:**

1) foveolas comisurales, 2) hiperplasia epitelial focal, 3) gránulos de fordyce, 4) leucoplasia, 5) liquen plano, 6) queratosis friccional, 7) morsicatio buccarum, 8) línea alba oclusal, 9) leucoedema, 10) aumento tisular con causa aparente, 11) úlceras traumáticas, 12) úlceras recurrentes menores, 13) úlceras recurrentes mayores, 14) torus palatino, 15) estomatitis por prótesis I (petequias), 16) estomatitis por prótesis II (mácula generalizada), 17) estomatitis por prótesis III (hiperplasia papilar), 18) candidiasis atrófica crónica, 19) candidiasis pseudomembranosa, 20) eritroplasia, 21) lengua fisurada, 22) lengua geográfica, 23) atrofia central de papilas, 24) anquiloglosia, 25) varices linguales, 26) úlceras sin causa aparente, 27) torus mandibular, 28) épulis fisuratum, 29) parúlisis, 30) melanosis racial, 31) mácula melanótica intraoral, de acuerdo a las definiciones aprobadas por la O.M.S.²²

A la definición de estomatitis por dentadura (Newton 1962) publicada por Budtz-Jorgensen en 1981²⁹ y al cuaderno CBS publicado por la U.A.M. xochimilco¹⁶ 32] gingivitis, 33] periodontitis.

Las definiciones operacionales estuvieron basadas en los criterios establecidos en la "Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions" de la O.M.S., y en las referencias mencionadas³⁰.

Las entidades estudiadas se dividieron para fines prácticos en condiciones y lesiones; tomando como CONDICIONES a todas aquellas entidades que son consideradas como variantes de lo normal o parte de un proceso fisiológico y que no es considerada una verdadera patología y LESIONES a todas las alteraciones que son consideradas una verdadera patología.

Las lesiones y condiciones se registraron según su localización, estas se presentan en el anexo número tres.

FOVEOLAS COMISURALES

Invaginación unilateral o bilateral al nivel de las comisuras labiales que no desaparecen al estirar los labios y que permiten la penetración de un milímetro de una sonda.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL

Lesiones múltiples, planas, de base sésil, del mismo color de la mucosa adyacente sobre cualquier área de tejidos blandos.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

GRANULOS DE FORDYCE

Puntos pequeños o ligeramente elevados de color amarillo, que se presentan aislados o en grupos, por lo general en forma bilateral en la mucosa de los carrillos, en mucosa interna de los labios y región retromolar.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

LEUCOPLASIA

Placa blanca que no se desprende al cortarla y que no se puede caracterizar clínica ni patológicamente como ninguna otra enfermedad.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

LIQUEN PLANO

Lesiones en mucosa bucal usualmente múltiples que muchas veces tienen distribución simétrica y consiste en pequeñas pápulas blanquecinas que crecen y coalescen formando un patrón reticular, anular o de placa, una característica importante es la presencia de líneas delgadas que radian las pápulas conocidas como estrías de Wickham.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

LESION BLANCA FRICCIONAL

Area blanca en mucosa bucal generalmente bien delimitada, que no se desprende al raspado, de largo tiempo, relacionada a traumatismo de tipo friccional, que desaparece después de eliminado él estímulo.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

MORSICATIO BUCCARUM

Area blanca, eritematosa o ulcerada en la mucosa yugal o labial que es provocada por habito crónico de morderse la mucosa.

Escala: * Ausencia.

* Presencia

Localización: * Poner códigos.

del anexo tres.

LINEA ALBA OCLUSAL

Zona elevada de color blanco, ubicada en la mucosa de los carrillos a nivel del plano de oclusión de los dientes.

Escala: * Ausencia.

* Presencia

Localización: * Poner códigos.

del anexo tres.

LEUCOEDEMA

Superficie de color blanco grisácea, membranosa o suave, de distribución simétrica en la mucosa bucal, la forma severa presenta arrugas o pliegues de coloración blanquecina que desaparece al distender la mucosa.

Escala: * Ausencia.

* Presencia

Localización: * Poner códigos.

del anexo tres.

AUMENTO TISULAR CON CAUSA APARENTE

Crecimiento firme recubierto por mucosa, de color normal o blanquecino, de tamaño y forma variable, sésil o pediculada, no asociada a aparato protésico pero si otra causa como; trauma masticatorio, habito de morderse el carrillo, diastema y mal posición dentaria.

Escala: * Ausencia.

* Presencia

Localización: * Poner códigos.

del anexo tres.

ULCERAS TRAUMATICAS

Pérdida de continuidad del epitelio, que clínicamente se observan como lesiones cubiertas por un exudado blanco amarillento rodeado por un halo eritematoso, la intensidad del dolor varia y existe sensibilidad al contacto o presión, asociada a

prótesis, aparatos de ortodoncia, bordes dentarios agudos y cortantes o trauma accidental.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

ULCERAS RECURRENTE MENORES Y MAYORES

Pérdida de la continuidad del epitelio, de forma redonda u ovoide, de bordes bien definidos, cubierta de una membrana blanca amarillenta, de límites enrojecidos y dolorosas a la palpación, con historia previa de lesiones similares.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

TORUS PALATINO

Crecimiento exofítico, bien delimitado, de varios tamaños y formas, de consistencia dura, cubierto por una mucosa normal, en la línea media del paladar duro.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

ESTOMATITIS POR PROTESIS

Eritema de la mucosa del paladar asociada a un aparato protésico superior.

TIPO I: En forma de petequias.

TIPO II: Mácula generalizada.

TIPO III: Hiperplasia papilar.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

CANDIDIASIS ATROFICA CRONICA

Lesión eritematosa y edematosa, localizada en paladar duro en la zona de contacto de un aparato protésico, que puede o no presentar sintomatología.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA

Placa blanca aperlada que puede ser removida al frotarla dejando una zona eritematosa sangrante y dolorosa.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

ERITROPLASIA

Placa aterciopelada de color rojo intenso, que no se puede caracterizar clínica ni patológicamente como ninguna otra entidad.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

LENGUA FISURADA

Lengua con fisuras, ranuras o surcos en la cara dorsal, a menudo irradiadas hacia afuera desde una ranura a lo largo de la línea media.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

LENGUA GEOGRAFICA

Lesión solitaria o múltiple, intermitente o constante; clínicamente están presentes como placas no ulceradas, que van de color rosa a rojo, desprovistas de papilas con un borde o halo de color amarillo, de tamaño y formas variables, que desaparecen sin tratamiento, apareciendo en distintas zonas.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

ATROFIA CENTRAL DE PAPILAS

Área rosa o roja, central, bien delimitada con ausencia de papilas, de tamaño variable en el tercio medio del dorso de la lengua.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

ANQUILOGLOSIA

Frenillo lingual corto, que no permite la protrusión de la punta de la lengua mas allá del borde bermellón del labio inferior.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

VARICES LINGUALES

Vasos sanguíneos de color rojo o púrpura, con trayecto tortuoso e irregular en la superficie ventral de la lengua.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

ULCERAS SIN CAUSA APARENTE

Pérdida de la continuidad del epitelio, de forma irregular, con fondo limpio o recubierto por una membrana amarillenta, asintomática y dolorosa, en la cual no puede establecerse un factor físico o químico que la haya originado.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

TORUS MANDIBULAR

Exostosis o protuberancias redondas u ovales, única o múltiple, unilateral o bilateral, localizadas en la cara lingual de la mandíbula al nivel de los premolares.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

EPULIS FISURATUM

Aumento de volumen de tejido directamente asociado a un aparato protésico removible, de consistencia firme, de color rosa y que puede presentar áreas blancas o rojas.

Escala: * Ausencia.

* Presencia

Localización: * Poner códigos.

del anexo tres.

PARULIS

Pequeña elevación de color blanco amarillento, dolorosa, que puede presentar eritema y a través de la cual drena exudado purulento, por lo general asociado a una infección dental o periodontal.

Escala: * Ausencia.

* Presencia

Localización: * Poner códigos.

del anexo tres.

MELANOSIS RACIAL

Pigmentación melánica, de color café, de bordes difusos, localizada principalmente, aunque no exclusivamente en mucosa bucal, encía y labios.

Escala: * Ausencia.

* Presencia

Localización: * Poner códigos.

del anexo tres.

MACULA MELANOTICA

Lesión focal pigmentada, bien delimitada o ligeramente elevada, que puede corresponder a varias lesiones.

Escala: * Ausencia.

* Presencia

Localización: * Poner códigos.

del anexo tres.

GINGIVITIS

Inflamación de la encía y tejidos blandos que rodean al diente, de etiología múltiple pero su primer factor causal es la placa dentobacteriana y factores locales como malposición dentaria, maloclusión, prótesis removibles, ortodoncia, etc.

Esta inflamación incluye cambio de color, forma, posición, aspecto de la superficie y hemorragia, exudado o ambos ^{13,20}.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

PERIODONTITIS

Lesión inflamatoria causada por microorganismos, que se origina y suele permanecer localizada en los tejidos del periodonto (cemento, ligamento periodontal y hueso), progresando de la inflamación gingival a los tejidos periodontales más profundos y en la cresta ósea alveolar con pérdida de hueso ^{13,20}.

Escala: * Ausencia.
* Presencia

Localización: * Poner códigos.
del anexo tres.

6.6. METODO DE RECOLECCION DE DATOS.

La calibración del examinador se realizó con fotos clínicas en dos carruseles con diapositivas.

Se realizó la exploración de la cavidad bucal de los pacientes mayores de 18 años en la Clínica de Periodoncia, utilizando unidad dental con luz blanca, guantes, cubrebocas, abate lenguas y gasas, con base en el esquema secuencial publicado por la O.M.S., para estudios epidemiológicos de tejidos blandos de la cavidad bucal, el cual esta basado en la clasificación propuesta por Roed Pettersen y Renstrup²²

Labios :

Exploración de labio superior e inferior con la boca cerrada y abierta con énfasis en su color y textura.

Bermellón :

Tanto superior como inferior (área entre la mucosa labial y la piel)

Comisuras labiales:

Superior e inferior [área rectangular que se extiende del borde del bermellón a 1 cm. aproximadamente de la parte profunda del surco bucal y lateralmente a una línea vertical imaginaria del ángulo de la boca].

Surco bucal:

Superior e inferior [zona comprendida entre la línea mucogingival y la parte profunda del surco, aproximadamente a 1 cm. de la mucosa del labio].

Mucosa bucal:

Superior e inferior [área localizada entre el surco bucal superior e inferior y por delante se extiende hasta una línea vertical imaginaria en el ángulo de la boca].

Encía y proceso alveolar posterior:

Superior e inferior [área posterior rectangular que se extiende de la superficie distal de los caninos al pilar anterior de las amígdalas y del margen libre de la encía a la parte posterior del proceso alveolar edéntulo y a la zona mucogingival inferior].

Encía y proceso alveolar anterior:

Superior e inferior [área rectangular que se extiende de distal de caninos al margen libre de la encía].

Frenillo labial:

Superior e inferior [banda continua del tejido blando, localizada en la línea media que une a la mucosa labial con la mucosa alveolar].

Paladar duro:

Área triangular comprendida entre el proceso alveolar y la línea de demarcación del paladar duro y blando, que la zona anterior presenta las rugas palatinas.

Paladar blando:

Área rectangular posterior al paladar duro delimitado por los pilares anteriores amigdalinos y por la úvula.

Amígdalas :

Pliegue de tejido que forma el margen de la fosa amigdalina.

Dorso de la lengua:

Área triangular posterior a la punta de la lengua delimitada por el surco terminal y los bordes laterales.

Base de la lengua:

Area rectangular posterior al surco terminal entre los dos pilares anteriores de las amígdalas.

Punta de la lengua:

Área circular en la parte anterior de la lengua que mide aproximadamente 1 cm. de radio.

Bordes de la lengua:

Derecho e izquierdo, área que abarca 1 cm. posterior a la punta de la lengua, se extiende hasta los pilares anteriores abarcando también 1 cm. aproximadamente del plano dorsal y ventral de la lengua.

Cara ventral de la lengua:

Área triangular, localizada 1 cm. posterior a la punta de la lengua, limitada lateralmente por los bordes y posteriormente por el piso de la boca.

Piso de boca:

Frontal (área triangular con vértice en el frenillo lingual formada por un área comprendida entre las caras linguales de los caninos y el proceso alveolar inferior.

Laterales (localizados entre el área frontal, entre la línea mucogingival y la zona de flexión de la lengua).

Frenillo lingual:

Banda de tejido blando, que une la cara ventral de la lengua con el piso de la boca.

Mandíbula :

Exploración de cuerpo y ramas mandibulares.

Ganglios :

Exploración de ganglios cervicales.

La recolección de datos hará a través de una cédula precodificada, así como un instructivo para el llenado de la cédula (ver apéndices anexos 1,2,3 y 4).

En caso necesario se realizará la toma de biopsia y el estudio histopatológico.

- Se le pedirá autorización verbal al paciente para la realización de la biopsia y el estudio histopatológico.
- Si el paciente se niega a la toma de biopsia, se le explicará el riesgo al que queda expuesto.

6.7. MATERIALES Y EQUIPOS A EMPLEAR.

Cédulas de recolección, abatelenguas, guantes, cubrebocas, gasas, unidad dental, computadora e instrumental quirúrgico para la toma de las biopsias.

7. - RESULTADOS.

Durante el período comprendido entre los meses de junio y julio de 1997, se llevó a cabo en la clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAM. , una investigación sobre la "Prevalencia de lesiones bucales en la población que asiste a la clínica de Periodoncia", la cual se realizó de la siguiente manera.

El número de pacientes revisados para el estudio fue de 238, el número de pacientes de sexo masculino fue de 100 (42%) y de sexo femenino 138 (58%), con un rango total de 18 a 74 años, la distribución por grupos de edad y sexo de la población estudiada la podemos observar en la tabla 1.

En el tabaquismo con lo que respecta a la edad encontramos que en los pacientes que fuman diariamente predomina la edad de 18 a 29 años (21), en los que fuman ocasionalmente predomina la edad de 18 a 29 años (28) y en los que previamente fumaban sobresalió la edad de 60 a 69 años (2) en los de sexo masculino y de 40 a 49 años (2) en los de sexo femenino. Con lo que respecta al sexo, los que más fumaban fueron los de sexo masculino; diario (26 %), ocasional (30 %) y previo (5 %), ver tablas 2 y 3 respectivamente.

Con respecto al Alcoholismo, encontramos que en los pacientes que beben ocasionalmente predomina la edad de 18 a 29 años (64), en los que bebían diariamente predomina la edad de 18 a 29 años (1) y los de 40 a 49 años (1) y ninguno bebió previamente. Con respecto al sexo, los que más bebían fueron los de sexo masculino; diario (2 %) y ocasional (76 %), ver tablas 4 y 5 respectivamente.

En la tabla 6, se observa la frecuencia de las alteraciones bucales en orden descendente, de las cuales las que más se presentaron fueron la Línea Alba Oclusal (177), seguida de la Melanosis racial (128), Lengua fisurada (79), Torus palatino (41), las alteraciones que no se presentaron fueron ocho (Liquen plano, Ulceras

recurrentes mayores, Atrofia central de papilas filiformes, Ulcera sin causa aparente, Epulis fisurado, Parúlisis, Atrofia de papilas fungiformes y filiformes).

La distribución de las alteraciones de acuerdo a su localización la podemos ver en la tabla 7, en esta la zona de la cavidad bucal que más veces presentó alguna de las alteraciones fue la Mucosa bucal derecha (258), seguida de la Mucosa bucal izquierda (252), Lengua dorso 1/3 medio (87), Encía adherida superior (82) y Encía adherida inferior (74).

La distribución del Tabaquismo y el Alcoholismo con respecto a las alteraciones estudiadas las podemos observar en las tablas 8 y 9 respectivamente, con fines de estudio se ordenaron en orden descendente y se dividieron en nunca, diario, ocasional y previo de acuerdo a la presencia de los hábitos.

El tratamiento al que fueron remitidos los pacientes se observa en la tabla 10 y 11 respectivamente de acuerdo al sexo, en lo que respecta al sexo masculino el 83.6 % no requería tratamiento, el 4.1 % requerían observación periódica, el 8.2 % requería biopsia y el 4.1 % servicio en otro departamento. Lo que corresponde al sexo femenino, el 86.4 % no requería tratamiento, el 3.6 % requería observación periódica, el 8.6 % requería biopsia y el 1.4% servicio en otro departamento.

Los diagnósticos periodontales obtenidos en la revisión clínica de nuestra población se clasificaron según si requerían o no la toma de biopsia y estudio histopatológico, ver tabla 12.

En la tabla 13 podemos observar los diagnósticos clínicos que sugirieron toma de biopsia, se presentaron Aumentos tisulares sin causa aparente (13), Aumentos tisulares con causa aparente (1), y Otras (6), en esta última se encuentran alteraciones como Osteomielitis, Granulomas piógenos y una Lesión granular inespecífica.

Con fines de estudio se realizó otra distribución de las alteraciones encontradas según el consumo de Alcohol y Tabaco, de las cuales las que más se presentaron según el consumo de tabaco son Línea alba (32), Melanosis racial (28) y Lengua fisurada (24). Con respecto al consumo de alcohol las alteraciones que más se presentaron son las antes mencionadas pero sin significancia alguna, ver tabla 14.

La distribución de los diagnósticos periodontales por sexo y según el consumo de alcohol y tabaco, la podemos ver en las tablas 15,16 y 17 respectivamente.

En la tabla 18, se observa la distribución de las lesiones o alteraciones bucales que tienen relación con el consumo de tabaco, de las cuales las que más se encontraron son Melanosis racial (28), Estomatitis nicotínica (7), Leucoedema (3) e Hiperqueratosis (2).

En el transcurso de la investigación se observaron alteraciones catalogadas en este estudio como "Otras" y en las que no era necesaria la toma de biopsia estas son; Hiperqueratosis, Estomatitis nicotínica, Hiperplasia gingival, Máculas melanóticas, Anodoncia, Macrodoncia, Dientes supernumerarios y un tapón mucoso del conducto salival.

Al efectuar la prueba estadística de X^2 con corrección de Yates para obtener el nivel de significancia y la asociación de cada una de las alteraciones bucales con respecto al consumo de tabaco, encontramos que el Leucoedema, Hiperqueratosis, Estomatitis nicotínica y Eritroplasia tuvieron una asociación positiva. Se compararon las proporciones de las lesiones anteriormente mencionadas entre los fumadores y los no fumadores y se obtuvo que 12 de 126 fumadores (9.5%) y 4 de 356 no fumadores (1.1%) presentaron lesiones de este tipo y se encontró que existe una diferencia significativa $X^2 = 17.9$ $p = <0.0001$. Esto significa que los fumadores presentan más lesiones que los no fumadores, ver tabla 18.

Cabe mencionar que dentro del estudio se observo un paciente de sexo masculino de 19 años de edad, que refería ser homosexual y que le habían diagnosticado sífilis primaria.

TABLAS

Tabla 1. Distribución de la población en estudio por grupo de edad y sexo, clínica de periodoncia junio - julio 1997.

Edad	Sexo					
	Masc		Fem		Total	
	Núm	%	Núm	%	Núm	%
18-29	52	45.2	63	54.8	115	100(48.3)
30-39	10	32.3	21	67.7	31	100(13)
40-49	18	45	22	55	40	100(17)
50-59	10	35.7	18	64.3	28	100(11.7)
60-69	9	47.4	10	52.6	19	100(8)
70-74	1	20	4	80	5	100(2)
Total	100	42	138	58	238	100

Fuente: Clínica de periodoncia

Tabla 2. Distribución de la población masculina que consume tabaco por grupos de edad, Clínica de periodoncia junio - julio 1997

Edad	Fuma Masculino									
	No		Diario		Ocasional		Previo		Total	
	Núm	%	Núm.	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%
18-29	21	40.4	14	26.9	16	30.8	1	1.9	52	100(52)
30-39	3	30	4	40	2	20	1	10	10	100(10)
40-49	6	33.3	6	33.3	5	27.8	1	5.6	18	100(18)
50-59	5	50	2	20	3	30	0	0	10	100(10)
60-69	4	44.4	0	0	3	33.3	2	22.2	9	100(9)
70-74	0	0	0	0	1	100	0	100	1	100(1)
Total	39	39	26	26	30	30	5	5	100	100

Fuente: Clínica de periodoncia

Tabla 3. Distribución de la población femenina que consume tabaco por grupos de edad, Clínica de periodoncia junio - julio 1997

Fuma										
Femenino										
Edad	No		Diario		Ocasional		Previo		Total	
	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%
18-29	44	69.8	7	11.1	12	19	0	0	63	100(45.7)
30-39	15	71.4	4	19	1	4.8	1	4.8	21	100(15.2)
40-49	16	72.7	1	4.5	3	13.6	2	9.1	22	100(15.9)
50-59	15	83.3	2	11.1	1	1	0	0	18	100(13)
60-69	6	60	3	30	0	0	1	10	10	100(7.2)
70-74	3	75	1	25	0	0	0	0	4	100(3)
Total	99	71.7	18	13	17	12.3	4	3	138	100

Fuente: Clínica de periodoncia

Tabla 4. Distribución de la población en estudio del sexo masculino que consume alcohol por grupos de edad, Clínica de periodoncia junio - julio 1997

Alcoholismo										
Masculino										
Edad	No		Diario		Ocasional		Previo		Total	
	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%
18-29	17	32.7	1	1.9	34	65.4	0	0	52	100(52)
30-39	2	20	0	0	8	80	0	0	10	100(10)
40-49	1	5.6	1	5.6	16	88.9	0	0	18	100(18)
50-59	1	10	0	0	9	90	0	0	10	100(10)
60-69	1	11.1	0	0	8	88.9	0	0	9	100(9)
70 - 74	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100(1)
Total	22	22	2	2	76	76	0	0	100	100

Fuente: Clínica de periodoncia

Tabla 5. Distribución de la población en estudio del sexo femenino que consume alcohol por grupos de edad, Clínica de periodoncia junio – julio 1997

Edad	Alcoholismo									
	Femenino									
	No		Diario		Ocasional		Previo		Total	
Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%	
18-29	33	52.4	0	0	30	47.6	0	0	63	100(45.7)
30-39	11	52.4	0	0	10	47.6	0	0	21	100(15.2)
40-49	13	59.1	0	0	9	40.9	0	0	22	100(15.9)
50-59	9	50	0	0	9	50	0	0	18	100(13)
60-69	4	40	1	10	5	50	0	0	10	100(7.2)
70 - 74	2	50	0	0	2	50	0	0	4	100(3)
Total	72	52.2	1	0.7	65	47.1	0	0	138	100

Fuente: Clínica de periodoncia

Tabla 6. Distribución de las alteraciones encontradas más frecuentemente por sexo en los pacientes que asistieron a la Clínica de Periodoncia junio - julio 1997.

Alteración	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Núm	%	Núm	%	Núm	%
Línea alba	75	42.4	102	57.6	177	100(27.2)
Melanosis racial	50	39	78	61	128	100(19.7)
Lengua fisurada	40	50.6	39	49.4	79	100(12.2)
Torus palatino	16	39	25	61	41	100(6.3)
Gránulos de fordyce	19	54.3	16	45.7	35	100(5.4)
Anquiloglosia	15	57.7	11	42.3	26	100(4)
Varices lingual	6	27.3	16	72.7	22	100(3.2)
Torus mandibular	13	68.4	6	31.6	19	100(2.9)
Aumento tisular sin causa aparente	9	47.4	10	52.6	19	100(2.9)
Úlcera traumática	5	33.3	10	67	15	100(2.3)
Queratosis friccional	7	46.7	8	53.3	15	100(2.3)
Aumento tisular con causa aparente	7	50	7	50	14	100(2.2)
Candidiasis atrófica crónica	2	25	6	75	8	100(1.2)
Leucoedema	4	66.7	2	33.3	6	100(0.9)
Lengua geográfica	4	66.7	2	33.3	6	100(0.9)
Morsicatio buccarum	1	20	4	80	5	100(0.8)
Úlcera recurrente menor	1	33.3	2	66.7	3	100(0.5)
Foveolas comisurales	0	0	2	100	2	100(0.3)
Candidiasis pseudomembranosa	0	0	1	100	1	100(0.2)
Estomatitis por prótesis	1	100	0	0	1	100(0.2)
Eritroplasia	0	0	1	100	1	100(0.2)
Hiperplasia epitelial focal	1	100	0	0	1	100(0.2)
Otras	18	69.2	8	30.8	26	100(4)
Total	294	45.3	355	54.7	650	100

Tabla 7. Distribución de las Alteraciones encontradas por localización en la población que asistió a la Clínica de Periodoncia junio – julio 1997

Alteraciones	Ier mell ón supere rior	Muc osa bucal supere rior	Fon do de saco supere rior	Fon do de saco infe rior	Pala dar blan do	Pala dar blan do	Pila res antic rior es 1/3 post erior	Ier mell ón infe rior	Muc osa labial supere rior	Muc osa labial infe rior	Co mis ura al izqu ierda	Co mis ura dere cha	Muc osa bucal al izqu ierda	Len gua dors o 1/3 med io	Len gua dors o punta	Len gua bor des	Len gua vent rai	Piso de boca	Prc nillo ling ual	Proc esso alve olar supere rior	Proc esso alve olar infe rior	Encl a adhe rida supere rior	Encl a adhe rida infe rior	Encl a adhe rida infe rior	Muc osa reir como lla r infe rior	Total	
Línea alba	0	175	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	176	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	351
Melanosis racial	29	19	1	0	2	0	0	22	3	2	0	0	17	7	4	0	14	1	0	1	1	2	80	73	0	0	278
Lengua fisurada	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	73	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	83
Tonus palatino	0	0	0	0	41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41
Granulos de Fordyce	2	21	0	0	0	0	1	1	5	5	1	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53
Anquiloglosia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	0	0	0	0	0	0	26
Varietes lingual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
Tonus mandibular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	0	17
Aumento tisular sin causa aparente	1	6	0	0	1	0	1	0	0	1	5	0	3	0	2	1	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0	26
Úlcera traumática	0	6	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
Queratosis friccional	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26
Aumento tisular con causa aparente	0	7	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
Candidiasis atrofica crónica	0	0	0	0	7	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Leucodema	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
Lengua geográfica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Moretatio buccarum	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Úlcera recurrente menor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Foveolas conisurales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Candidiasis pseudomembranosa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Esomatitis por prothesis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Eritroplastia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hiperplasia epitelial focal	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Otras	2	3	0	0	7	1	0	1	0	2	2	2	2	0	0	1	3	0	0	0	2	0	1	1	1	0	30
Total	34	258	2	2	59	2	1	3	25	6	17	9	5	232	87	14	2	39	1	1	1	52	2	82	74	1	1031

Tabla 8. Distribución de las alteraciones encontradas según el consumo de tabaco, en la población que asistió a la Clínica de Periodoncia junio – julio 1997

Alteración	Tabaquismo									
	Nunca		Diario		Ocasional		Previo		Total	
	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%
Línea alba	108	61	26	14.7	37	20.9	6	3.4	177	100(27.2)
Melanosis racial	70	54.7	22	71.2	30	23.4	6	4.7	128	100(19.7)
Lengua fisurada	41	52	20	25.3	14	17.7	4	5	79	100(12.2)
Torus palatino	25	61	7	17	7	17	2	5	41	100(6.3)
Gránulos de fordyce	18	51.4	6	17.1	8	22.9	3	8.6	35	100(5.4)
Anquiloglosia	17	65.4	3	11.5	5	19.2	1	3.9	26	100(4)
Varices lingual	9	40.9	4	18.2	7	31.8	2	9.1	22	100(3.2)
Torus mandibular	9	47.4	2	10.5	7	36.8	1	5.3	19	100(2.9)
Aumento tisular sin causa apar.	10	52.6	6	31.6	3	15.8	0	0	19	100(2.9)
Úlcera traumática	7	46.7	2	13.3	6	40	0	0	15	100(2.3)
Queratosis friccional	13	86.7	2	13.3	0	0	0	0	15	100(2.3)
Aumento tisular con causa apar.	4	28.6	6	42.9	3	21.4	1	7.1	14	100(2.2)
Candidiasis atrófica crónica	6	75	1	12.5	1	12.5	0	0	8	100(1.2)
Leucoedema	1	16.7	3	50	2	33.3	0	0	6	100(0.9)
Lengua Geográfica	3	50	1	16.7	2	33.3	0	0	6	100(0.9)
Morsicatio buccarum	2	40	2	40	0	0	1	20	5	100(0.8)
Úlcera recurrente menor	0	0	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100(0.5)
Foveolas comisurales	2	100	0	0	0	0	0	0	2	100(0.3)
Candidiasis pseudomembranosa	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100(0.2)
Estomatitis por prótesis	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100(0.2)
Entroplasia	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100(0.2)
Hiperplasia epitelial focal	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100(0.2)
Otras	10	38.5	12	46.2	3	11.5	1	3.8	26	100(4)
Total	356	54.7	126	19.4	139	21.4	29	4.5	650	100

Tabla 9. Distribución de las alteraciones encontradas según el consumo de Alcohol, en la población que asistió a la Clínica de Periodoncia junio – julio 1997

Alteración	Alcoholismo									
	Nunca		Diario		Ocasional		Previo		Total	
	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%
Línea alba	72	40.7	2	1.1	103	58.2	0	0	177	100(27.2)
Melanosis racial	56	43.7	1	0.8	71	55.5	0	0	128	100(19.7)
Lengua fisurada	27	34.2	0	0	52	65.8	0	0	79	100(12.2)
Torus palatino	10	24.4	1	2.4	30	73.2	0	0	41	100(6.3)
Gránulos de Fordyce	13	37.1	0	0	22	62.9	0	0	35	100(5.4)
Anquiloglosia	9	34.6	0	0	17	65.4	0	0	26	100(4)
Varices lingual	8	36.4	1	4.5	13	59.1	0	0	22	100(3.2)
Torus mandibular	3	15.8	0	0	16	84.2	0	0	19	100(2.9)
Aumento tisular sin causa aparente	7	36.8	0	0	12	63.2	0	0	19	100(2.9)
Úlcera traumática	4	26.7	0	0	11	73.3	0	0	15	100(2.3)
Queratosis friccional	6	40	1	6.7	8	53.3	0	0	15	100(2.3)
Aumento tisular con causa apar.	6	42.9	0	0	8	57.1	0	0	14	100(2.2)
Candidiasis atrófica crónica	3	37.5	0	0	5	62.5	0	0	8	100(1.2)
Leucoedema	1	16.7	0	0	5	83.3	0	0	6	100(0.9)
Lengua Geográfica	3	50	0	0	3	50	0	0	6	100(0.9)
Morsicatio buccarum	1	20	1	20	3	60	0	0	5	100(0.8)
Úlcera recurrente menor	1	33.3	0	0	2	66.7	0	0	3	100(0.5)
Foveolas comisurales	1	50	0	0	1	50	0	0	2	100(0.3)
Candidiasis pseudomembr.	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100(0.2)
Estomatitis por prótesis	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100(0.2)
Eritroplasia	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100(0.2)
Hiperplasia epitelial focal	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100(0.2)
Otras	7	26.9	0	0	19	73.1	0	0	26	100(4)
Total	240	36.9	7	1.1	403	62	0	0	650	100

Tabla 10. Tratamientos realizados a los pacientes del sexo masculino que asistieron a la Clínica de Periodoncia junio – julio 1997 por grupos de edad.

Edad	Tratamiento									
	Masculino									
	No Requiere		Observación periódica		Biopsia		Serv. Otro dpto.		Total	
	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%
18-29	40	80	3	6	3	6	4	8	50	100(51)
30-39	8	80	0	0	2	20	0	0	10	100(10.2)
40-49	16	88.9	0	0	2	11.1	0	0	18	100(18.4)
50-59	8	80	1	10	1	10	0	0	10	100(10.2)
60-69	9	100	0	0	0	0	0	0	9	100(9.2)
70-74	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100(1)
Total	82	83.6	4	4.1	8	8.2	4	4.1	98	100

Fuente: Clínica de periodoncia

Tabla 11. Tratamientos realizados a los pacientes del sexo femenino que asistieron a la Clínica de Periodoncia junio – julio 1997 por grupos de edad.

Edad	Tratamiento									
	Femenino									
	No Requiere		Observación periódica		Biopsia		Serv. Otro dpto		Total	
	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%
18-29	55	83.4	1	1.5	9	13.6	1	1.5	66	100(47.2)
30-39	18	90	1	5	1	5	0	0	20	100(14.3)
40-49	19	86.4	2	9.1	1	4.5	0	0	22	100(15.7)
50-59	15	83.2	1	5.6	1	5.6	1	5.6	18	100(12.9)
60-69	10	100	0	0	0	0	0	0	10	100(7)
70-74	4	100	0	0	0	0	0	0	4	100(2.9)
Total	121	86.4	5	3.6	12	8.6	2	1.4	140	100

Fuente: Clínica de periodoncia

Tabla 12. Distribución de los diagnósticos periodontales según la realización o no de la toma de biopsia en la población que asistió a la Clínica de Periodoncia junio – julio 1997

Dx. Periodontal	Sin biopsia		Con biopsia		Total	
	Núm	%	Núm	%	Núm	%
Gingivitis	72	90	8	10	80	100[33.6]
Periodontitis	93	92.1	8	7.9	101	100[42.4]
Clínicamente sano	53	92.9	4	7.1	57	100[24]
Total	218	91.6	20	8.4	238	100

Tabla 13. Distribución de los diagnósticos periodontales según el diagnóstico clínico que sugería la toma de biopsia en la población que asistió a la Clínica de Periodoncia junio – julio 1997

Dx. Periodontal	Diagnostico clínico							
	Aumento tisular con causa aparente		Aumento tisular sin causa aparente		Otras		Total	
	Núm	%	Núm	%	Núm	%	Núm	%
Gingivitis	1	12.5	6	75	1	12.5	8	100[40]
Periodontitis	0	0	4	50	4	50	8	100[40]
Clínicamente sano	0	0	3	75	1	25	4	100[20]
Total	1	5	13	65	6	30	20	100

Tabla 14. Distribución de las alteraciones encontradas según el consumo de Alcohol y Tabaco en la población que asistió a la Clínica de Periodoncia junio – julio 1997

Alteración	Tabaquismo			Alcoholismo		
	Fuma	No fuma	Total	Alcohol	No alcohol	Total
Línea alba	32	145	177	2	175	177
Melanosis racial	28	100	128	1	127	128
Lengua fisurada	24	55	79	0	79	79
Torus palatino.	9	32	41	1	40	41
Gránulos de fordyce	9	26	35	0	35	35
Anquiloglosia	4	22	26	0	26	26
Varices lingual	6	16	22	1	21	22
Torus mandibular	3	16	19	0	19	19
Aumento tisular sin causa aparente	6	13	19	0	19	19
Úlcera traumática	2	13	15	0	15	15
Queratosis friccional	2	13	15	1	14	15
Aumento tisular con causa aparente	7	7	14	0	14	14
Candidiasis atrófica crónica	1	7	8	0	8	8
leucoedema	3	3	6	0	6	6
Lengua geográfica	1	5	6	0	6	6
Morsicatio buccarum	3	2	5	1	4	5
Úlcera recurrente menor	2	1	3	0	3	3
Foveolas comisurales	0	2	2	0	2	2
Candidiasis pseudomembranosa	0	1	1	0	1	1
Estomatitis por prótesis	0	1	1	0	1	1
Eritroplasia	0	1	1	0	1	1
Hiperplasia epitelial focal	0	1	1	0	1	1
otras	13	13	26	0	26	26
Total	155	495	650	7	643	650

Tabla 15. Distribución de los diagnósticos periodontales según el sexo en la población que asistió a la Clínica de Periodoncia junio – julio 1997

Diagnostico periodontal	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Gingivitis	37	43	80
Periodontitis	41	60	101
Clinicamente sano	21	36	57
Total	99	139	238

Tabla 16. Distribución de los diagnósticos periodontales según el consumo de Alcohol en la población que asistió a la Clínica de Periodoncia junio – julio 1997

Diagnostico periodontal	Alcoholismo		Total
	Alcohol	No alcohol	
Gingivitis	0	80	80
Periodontitis	2	99	101
Clinicamente sano	1	56	57
Total	3	235	238

Tabla 17. Distribución de los diagnósticos periodontales según el consumo de tabaco en la población que asistió a la Clínica de Periodoncia junio – julio 1997

Diagnostico periodontal	Tabaquismo		Total
	Fuma	No fuma	
Gingivitis	19	61	80
Periodontitis	24	77	101
Clinicamente sano	10	47	57
Total	53	185	238

Tabla 18. Distribución de alteraciones de la mucosa bucal relacionadas con el consumo de tabaco en la población que asistió a la Clínica de Periodoncia junio – julio 1997

Alteraciones	Tabaquismo		Total
	Fuma	No fuma	
Melanosis racial	28	100	128
Leucoedema	3	3	6
Hiperqueratosis	2	0	2
Estomatitis nicotínica [otras]	7	0	7
Eritroplasia	0	1	1
Total	40	104	144

$$\chi^2 = 17.9$$

$$P = < 0.00$$

8. – DISCUSIÓN.

En esta investigación se observaron similitudes y diferencias respecto al incremento en el consumo de alcohol y tabaco en la población estudiada, la prevalencia de lesiones o alteraciones de la mucosa bucal y enfermedad periodontal respectivamente con investigaciones o estudios realizados en años anteriores ³, teniendo en consideración que la raza, los hábitos, costumbres, así como la localidad en que habita la población de estudio repercute en las manifestaciones clínicas de la cavidad bucal.

El departamento de Patología del Colegio Odontológico del Instituto Karolinska en Estocolmo⁷, realizó un estudio en cavidad bucal considerando al tabaquismo, ya que los pacientes fumadores tienen más afectado el periodonto y tiene mayor riesgo de presentar alguna lesión en la mucosa bucal siendo los más afectados los pacientes de sexo masculino⁷. En nuestro estudio podemos observar similitud en el alto porcentaje de consumo de tabaco en jóvenes del sexo masculino entre los 18 y los 29 años de edad, estas cifras resultantes de la investigación nos indican el grado de exposición que presenta nuestra población mexicana menor de 30 años de padecer alguna lesión en la mucosa bucal por tener este hábito desde muy temprana edad, asimismo no se encontró diferencia entre los pacientes que fuman y no fuman de padecer algún tipo de enfermedad periodontal.

En lo que respecta al sexo femenino podemos ver un menor porcentaje en el consumo de tabaco comparándolo con el sexo masculino, pero de igual manera observamos un incremento en el consumo de tabaco en la población de sexo masculino y femenino con respecto a otra investigación realizada en el año 1996 - 97, en la población que asistió a la Facultad de Odontología de la U.N.A.M.¹², asimismo no se encontró diferencia entre los pacientes de sexo masculino y femenino de padecer algún tipo de enfermedad periodontal.

Spangler, manifiesta que el tabaquismo por efectos de la nicotina es un gran factor de riesgo para el establecimiento de lesiones como la leucoplasia, la cual es una lesión premaligna, el cáncer bucal y enfermedades sistémicas, además de establecer una enfermedad periodontal de rápida progresión¹¹; durante esta investigación no se encontró asociación del consumo de tabaco con el establecimiento de una lesión como la leucoplasia por efecto de la nicotina, ya que en los pacientes estudiados que tienen el hábito de fumar no se encontró presente esta lesión, pero si se pudo establecer la asociación de otras lesiones como el leucoedema, hiperqueratosis, eritroplasia y estomatitis nicotínica con el consumo de tabaco.

Los Doctores Díaz Guzmán y Castellanos de la Escuela de Odontología de la Universidad del Bajío⁶, realizaron un estudio en una población de 7297 pacientes el cual permitió conocer lesiones en la mucosa bucal que con mayor frecuencia y/o significancia aquejan a la población en general y determinó cuales son las que constituyen un problema de salud bucal y/o general, las que más se presentaron en orden de importancia fueron Queratosis friccional, Ulcera traumática, Candidiasis atrófica, Hiperplasia fibrosa, Leucoedema, etc., llegando a enlistar 24 diferentes lesiones de las cuales hubo mayor frecuencia en el sexo masculino, pero más variedad en el sexo femenino. En nuestro estudio no se investigó en que sexo predominaron más alteraciones o lesiones de la mucosa bucal o en que sexo hubo más variedad, lo que sí se observó es que a diferencia del estudio de los Doctores Díaz Guzmán y Castellanos las lesiones mencionadas anteriormente fueron de las que se presentaron en menor cantidad de 23 lesiones o alteraciones según sea el caso, encontradas en nuestra investigación.

En nuestra investigación la Queratosis friccional ocupó la posición número 11, Ulcera traumática la 10ª, Candidiasis atrófica crónica 13ª, Hiperplasia fibrosa 9ª y el Leucoedema la posición 14. Las alteraciones que tuvieron mayor frecuencia fueron Línea alba oclusal, Melanosis racial, Lengua fisurada y Torus palatino.

Pensamos que las diferencias existentes entre el estudio anteriormente mencionado y el nuestro se deben a las posibles diferencias en la raza, costumbres, medio ambiente, etc., las cuales repercutieron en las manifestaciones clínicas de la cavidad bucal de nuestra población estudiada con respecto al estudio de los Doctores Díaz Guzmán y Castellanos.

McCarthy¹³ realizó un estudio sobre tumores en cavidad bucal, encontrando cierto porcentaje de estos en la encía, años después Bernick¹³ realiza otra investigación similar estudiando 868 crecimientos en encía y paladar, donde más de la mitad de los casos eran neoplásicos y el resto inflamatorios; en esta investigación no se encontró ningún tipo de neoplasia maligna, solo se presentaron hiperplasias fibrosas, granulomas piógenos, leucoedema, y un fibroma de fibroblastos gigantes, además de lesiones de origen inflamatorio como mucocelos. Sólo hubo una lesión infecciosa en el cuerpo de la mandíbula y fue una Osteomielitis crónica.

En este estudio pudimos observar que el número de pacientes de nuestra población que consume alcohol es minoritario a comparación con el consumo de tabaco, por lo tanto no se puede ver alguna asociación del consumo de alcohol con la presencia de enfermedad periodontal ni con la presencia de lesiones o alteraciones en la mucosa bucal, tampoco podemos asegurar que la presencia de ciertas lesiones o alteraciones en la mucosa bucal se deba directamente al consumo de alcohol y/o tabaco, en lo que sí coincidimos con estudios anteriores³ es que los pacientes que fuman tienen mayor predisposición al padecimiento de alguna lesión en la mucosa bucal.

9. - CONCLUSIONES.

Los pacientes que consumen tabaco tienen mayor riesgo de padecer alguna lesión en la mucosa bucal.

La mucosa yugal (Mucosa bucal izquierda y derecha) es la que presenta mayor grado de afección debido al traumatismo o fricción al que esta expuesto a lo largo de la vida.

No hay diferencia entre el sexo masculino y el femenino de padecer enfermedad periodontal.

No hay diferencia entre los pacientes que fuman y no fuman de padecer enfermedad periodontal.

No se pudo relacionar el consumo de alcohol con la instalación de la enfermedad periodontal.

El consumo de alcohol y tabaco se inicia a temprana edad (18-29 años) y lo consumen más los del sexo masculino.

Los pacientes de sexo femenino presentan con mayor frecuencia lesiones o alteraciones de la mucosa bucal que los de sexo masculino.

10. - BIBLIOGRAFÍA.

1. Lindhen GJ, Mullally BH. Cigarette smoking and periodontal destruction in young adults. *J Periodontol* 1994;65:718-23.
2. Genco JR, *Periodoncia*, Edit. Interamericana 1ª Edición 1993. p.p. 99-106.
3. Kahl MC, *Fundamentos de Epidemiología*. Ediciones Díaz de Santos, S.A. 1990.p.p 15
4. Carranza FA., *Clinical Periodontology*, WB. Saunders Company. 8ª edición 1996. p.p 61-79.
5. Donohue CA, *Prevalencia de alteraciones bucales en una población adulta mexicana*, Tesis de Maestría en Odontología 1994. p.p 10
6. Diaz GL, Castellanos JL. Lesiones de la mucosa bucal. Estudio Epidemiológico en 7297 pacientes. *A.D.M.* 1991; 48 : 75-80.
7. Per-Osten S, Li J, Birgitta S, Sune W. Periodontal status in an urban adult population in Sweden. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1994;22:106-11.
8. Brown LJ, Bwnelle JA, Kingman AJ. Periodontal status in the united states, 1988-91., prevalence, extend and demographic variations. *J Dent Res* 1996;75:672-83
9. Oliver RC. Variations in the prevalence and extent of periodontitis. *J Am Dent Assoc* 1991;122:43-48.
10. Perry D, Newman M. Occurrence of periodontitis in an urban adolescent population. *J Periodontol* 1990;61:185-88.
11. Spangler JC, Salisbury PL. 3^o. Smokeless tobacco: epidemiology, health effects and cessation strategies. *Am Fam Physician* 52; 1421-30 Oct.1995.

12. Pineda–Lopez. Asociación de Tabaquismo, Alcoholismo y Diabetes con Alteraciones bucales en la Clínica de Admisión Facultad de Odontología, UNAM 1997.
13. Carranza Jr, FA. Periodontología clínica de Glickman, Editorial Interamericana. 7ª Edición 1993. p.p. 155-159.
14. Stoltembergh JL. Prevalence of periodontal disease in a health maintenance organization and comparisons to the natural surgery of oral health. J Periodontol 1993;64:853-58.
15. Papapanou PN. Periodontal diseases; epidemiology. Ann Periodontol 1996;1:1–36.
16. Ramirez AVA, Mosqueda TA, Hernández LLH,. Estudio epidemiológico de las lesiones de la mucosa oral. Cuadernos CBS U.A.M. Xochimilco 1986 N° 11. p.p 5 –6, 36 –39 .
17. Ramirez AVA, Mosqueda TA. Manual de Patología Básica. Cuadernos CBS U.A.M. Xochimilco 1981 126-130.
18. Diaz GL, Castellanos JL. Lesiones de la Mucosa Bucal. Estudio Epidemiológico en 5868 pacientes de la Clínica de Diagnóstico de la Universidad del Bajío. A D M 1988;45:333-36.
19. Diaz GL, Castellanos JL. Lesiones rojas y mixtas (blancas/rojas) de la mucosa bucal. Estudio Epidemiológico en 5868 pacientes. A D M 1989;46:126-130.
20. Harrison.EBW Principios de Medicina Interna. Vol 2. Editorial Interamericana 10ª Edición 1986. p.p 1789
21. Cecil.JB Tratado de medicina Interna. Vol 1. Editorial Interamericana. 19ª Edición 1994. p.p 48
22. W.H.O. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. Comm Dent Oral Epidemiol 1980;8:1-26.
23. Budtz-Jorgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. J Oral Pathol Med 1981;10:65-80.

24. Lindhe J, Periodontología clínica, 2ª Edición 1992. Editorial Panamericana p.p. 51-63.
25. Neville BW, Damm D.D, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. w.b. Saunders Company 1995. p.p. 4-18, 362,.
26. Regezi AJ, Sciubba JJ. Patología bucal. Editorial Interamericana, 1995. p.p. 503-512.
27. Langlais RP, Miller CS. Color Atlas of common Oral Disease. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, 1990 p.p. 11-66, 78-98.
28. Kay LW, Haskell R. Atlas de Enfermedades Orofaciales. Editorial Científico Medica, 1994. p.p 102-125.
29. Pindborg JJ. Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. 5ª Edición. 1994. p.p. 22-142.
30. Pindborg JJ, Van der Waal Y. Disease of the Tongue. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, 1986. p.p 133-184.
31. Tyldesley WR. Medicina Bucal. Editorial Interamericana, 1ª Edición 1989. p.p. 66-95.
32. Tyldesley WR. Atlas de Enfermedades Orofaciales. Editorial Mosby-Year Book Wolfe Publishing. 2ª Edición 1992. p.p 141-170.
33. Tyldesley WR. Atlas a Color de Medicina Oral. Editorial Year Book Medical Publishers Inc 1978. 1ª Edición. p.p. 34-68.
34. Portilla R.J., Aguirre MO, Gaitan CL. Texto de Patología Oral. Editorial Ateneo, 1989. p.p. 29-56.
35. Shafer GW, Hine KM and Levy MB. Tratado de Patología Bucal. Nueva Editorial Interamericana, 1994. p.p. 86-233.
36. Eversole RL. Patología Bucal. Editorial Medica Panamericana, 1991. p.p. 12-197.

37. Straham J.D, Atlas a Color de Periodontología. Year Book Medical Publishers. Chicago and Londres. p.p 140.
38. Saenz DLC, Exploración Clínica en Estomatología. Editorial Paz Montalvo, 3ª Edición. p.p. 1-15.

APÉNDICE.

ANEXOS:

ANEXO 1

CODIGOS

PREVALENCIA DE LESIONES Y CONDICIONES DE LA MUCOSA BUCAL

SEXO

1. Masculino.
2. Femenino.

TABAQUISMO

1. No.
2. Diario.
3. Ocasional.
4. Previo.

ALCOHOLISMO

1. No.
2. Diario.
3. Ocasional.
4. Previo.

TIPO DE BEBIDA

- | | |
|-----------|-----------|
| 1 Ron | 2 Brandy. |
| 3 Cerveza | 4 Vodka. |
| 5 Whiskey | 6 Vino. |
| 7 Otras. | |

ANEXO 2

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA HISTORIA CLINICA DEL ESTUDIO DE LESIONES Y CONDICIONES DE LA MUCOSA BUCAL

REQUISITOS PARA EL LLENADO.

NO SE DEBE DEJAR NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER

El número de EXPEDIENTE corresponde al registro de la historia clínica en la clínica de periodoncia.

La FECHA se registra con números arábigos, indicándola de la siguiente forma: día - mes - año.

En la casilla correspondiente al SEXO se indicara si es FEMENINO (F) o MASCULINO (M).

En la pregunta que corresponde a ocupación se indicara la principal actividad de la persona entrevistada. Cuando su actividad sea HOGAR, ESTUDIANTE o NUNCA HA TRABAJADO, se preguntara la ocupación de la persona de la que dependa económicamente. Cuando sea DESEMPLEADO se preguntara ¿cuál fue la ultima ocupación que desarrollo?.

En los apartados correspondientes a TABAQUISMO se tiene que marcar alguna de las respuestas (NO SE DEBE DEJAR EN BLANCO). Cuando la respuesta sea NO entonces no se contestan las preguntas de DURACION DEL HABITO EN AÑOS y PROMEDIO POR OCASIÓN. Cuando la respuesta sea afirmativa entonces se debe indicar el número de años de duración del habito, y en PROMEDIO POR OCASIÓN el número de cigarrros por día.

CONSUMO DE ALCOHOL se responde de la misma manera que TABAQUISMO.

ANEXO 3**CODIGOS DE REGISTRO****AREAS TOPOGRAFICAS LESIONES**

- | | |
|--|---|
| 1. - BERMELLON SUPERIOR. | 1. - FOVEOLAS COMISURALES. |
| 2. - BERMELLON INFERIOR. | 2. - HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL. |
| 3. - MUCOSO LABIAL SUPERIOR. | 3. - GRANULOS DE FORDYCE. |
| 4. - FRENILLO LABIAL SUPERIOR. | 4. - LEUCOPLASIA. |
| 5. - MUCOSA LABIAL INFERIOR. | 5. - LIQUEN PLANO. |
| 6. - FRENILLO LABIAL INFERIOR. | 6. - QUERATOSIS FRICCIONAL. |
| 7. - COMISURA IZQUIERDA. | 7. - MORSICATIO BUCCARUM. |
| 8. - COMISURA DERECHA. | 8. - LINEA ALBA OCLUSAL. |
| 9. - MUCOSA BUCAL IZQUIERDA. | 9. - LEUCOEDEMA. |
| 10. - MUCOSA BUCAL DERECHA. | 10.-AUMENTO TISULAR CON CAUSA APARENTE. |
| 11. - FONDO DE SACO SUPERIOR.
(SURCO MUCOBUCAL) | 11. - ULCERAS TRAUMATICAS. |
| 12. - FONDO DE SACO INFERIOR.
(SURCO MUCOBUCAL) | 12. - ULCERAS RECURRENTES MENORES |
| 13. - PALADAR DURO. | 13. - ULCERAS RECURRENTES MAYORES |
| 14. - PALADAR BLANDO. | 14. - TORUS PALATINO. |
| 15. - PILARES ANTERIORES
OROFARINGEO. | 15. - ESTOMATITIS POR PROTESIS I
(PETEQUIAS). |
| 16. - LENGUA DORSO 1/3 POST. | 16. - ESTOMATITIS POR PROTESIS II
(MACULA GENERALIZADA) |
| 17. - LENGUA DORSO 1/3 MEDIO. | 17. - ESTOMATITIS POR PROTESIS III
(HIPERPLASIA PAPILAR) |
| 18. - LENGUA DORSO PUNTA. | 18. - CANDIDIASIS ATROFICA CRONICA |
| 19. - LENGUA BORDES. | 19. - CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA. |

20. - LENGUA (CARA VENTRAL).
21. - PISO DE BOCA.
22. - FRENILLO LINGUAL .
23. - PROC. ALVEOLAR SUP.

24. - PROC. ALVEOLAR INF.
25. - ENCIA LIBRE SUPERIOR.
26. - ENCIA ADHERIDA SUP.
27. - ENCIA LIBRE INFERIOR.

28. - ENCIA ADHERIDA INFERIOR.
29. - MUCOSA RETROMOLAR INF.
30. - MUCOSA RETROMOLAR SUP.

20. - ERITROPLASIA.
21. - LENGUA GEOGRAFICA.
22. - LENGUA FISURADA.
23. - ATROFIA CENTRAL DE PAPILAS FILIFORMES.
24. - ANQUILOGLOSIA.
25. - VARICES LINGUALES.
26. - ULCERA SIN CAUSA APARENTE.
27. - AUMENTO TISULAR SIN CAUSA APARENTE.
28. - TORUS MANDIBULAR.
29. - EPULIS FISURADO.
30. - PARULIS.
31. - MELANOSIS RACIAL.
32. - MACULA MELANOTICA INTRAORAL
33. - OTRAS (ESPECIFICAR).
34. - ATROFIA DE PAPILAS FUNGIFORMES Y FILIFORMES.

**ESTA TESIS NO DEBE
CALIR DE LA BIBLIOTECA**

DIAGNOSTICO PERIODONTAL

1. -GINGIVITIS.
2. -PERIODONTITIS.
3. -CLÍNICAMENTE SANO.

TRATAMIENTO

1. - NO REQUIERE.
2. - OBSERVACIÓN PERIÓDICA EN EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA.
3. - BIOPSIA Y ESTUDIO HISTOPATOLOGICO.
4. - SERVICIOS EN OTRO DEPARTAMENTO.

BIOPSIA

1. -SÍ.
2. -NO.

ANEXO 4

FECHA _____ N° EXPEDIENTE _____ N° REGISTRO _____
 NOMBRE _____
 EDAD _____ SEXO _____
 DOMICILIO _____
 TELEFONO _____ OCUPACION _____

HABITOS

TABAQUISMO 1 NO 2 DIARIO 3 OCASIONAL 4 PREVIO _____
 DURACION DEL HABITO EN AÑOS _____ PROMEDIO POR OCASIÓN _____
 CONSUMO DE ALCOHOL 1 NO 2 DIARIO 3 OCASIONAL 4 PREVIO _____
 TIPO DE BEBIDA _____
 DURACION DE HABITO EN AÑOS _____ PROMEDIO POR OCASIÓN _____

DIAGNOSTICO POR LOCALIZACION DIAGNOSTICO TRATAMIENTO PERIODONTAL

	1	2	3	4	5	6	7	8			
1	<input type="checkbox"/>										
2	<input type="checkbox"/>										
3	<input type="checkbox"/>										
4	<input type="checkbox"/>										
5	<input type="checkbox"/>										
6	<input type="checkbox"/>										
7	<input type="checkbox"/>										
8	<input type="checkbox"/>										

OTROS _____
 BIOPSIA _____
 ESTUDIO HISTOPATOLOGICO _____