

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CENTRO DERMATOLÓGICO "DR. LADISLAO DE LA PASCUA"

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA



SECRETARÍA DE  
SALUD

**"PREVALENCIA DE LAS ALTERACIONES BUCALES EN EL CENTRO DERMATOLÓGICO DR.  
LADISLAO DE LA PASCUA. EXPERIENCIA DEL PERIODO 2010-2014."**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

TÉSIS PROFESIONAL PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

**D E R M A T O L O G Í A**

PRESENTADO POR: **DR. MARIANO MARX SÁNCHEZ-PONTÓN**

DIRECTOR: DR. FERMÍN JURADO SANTA CRUZ

JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN: DRA. MARTHA ALEJANDRA MORALES SÁNCHEZ

ASESORA DE TESIS: DRA. LAURA FERNÁNDEZ CUEVAS

CO-ASESORA DE TESIS: DRA. LILLY ESQUIVEL PEDRAZA

CO-ASESOR DE TESIS: DR. DANIEL ALCALÁ PÉREZ

ASESOR METODOLÓGICO: DRA. MARTHA ALEJANDRA MORALES SÁNCHEZ



**Cd.Mx., 2016**



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.

"Prevalencia de las alteraciones bucales en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua (CDP).  
Experiencia del periodo 2010-2014"

**PREVALENCIA DE LAS ALTERACIONES BUCALES EN EL CENTRO  
DERMATOLÓGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA. EXPERIENCIA DEL  
PERIODO 2010-2014.**

Dr. Mariano Marx Sánchez-Pontón

Vo. Bo.

Dr. Fermín Jurado Santa Cruz

Profesor titular del curso de Especialización en Dermatología

Vo. Bo.

Dr. Ignacio Carranza Ortiz

Director de Educación e Investigación

Vo. Bo.

Dra. Laura Fernández Cuevas  
Jefa del Servicio de Patología Bucal del CDP

Vo.Bo.

Dra. Lilly Esquivel Pedraza  
Jefa del Servicio de Derma-Boca INCMNSZ

Vo. Bo.

Dr. Daniel Alcalá Pérez  
Dermatólogo y Jefe del servicio de Oncología del CDP.

Vo.Bo.

Dra. Martha Alejandra Morales Sánchez  
Jefa de Enseñanza e Investigación

## **DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS**

A Dios.

A mi familia.

A mis profesores.

A mis pacientes.

A mis amigos.

## **C O N T E N I D O**

### **1. MARCO TEÓRICO**

#### 1.1 Antecedentes

### **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

### **4. JUSTIFICACIÓN**

### **5. HIPÓTESIS**

### **6. OBJETIVOS.**

#### 6.1 Objetivo General

#### 6.2 Objetivos Específicos

### **7. MATERIAL Y MÉTODO**

#### 7.1 Diseño de estudio

#### 7.2 Universo de estudio

#### 7.3 Tamaño de la muestra

#### 7.4 Criterios de selección

##### 7.4.1 Criterios de inclusión

##### 7.4.2 Criterios de exclusión

#### 7.5 Definición de variables

### **8. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

### **9. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

**10. RECURSOS (MATERIALES, FÍSICOS, HUMANOS)**

**11. RESULTADOS**

**12. DISCUSIÓN**

**13. CONCLUSIONES**

**14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

**15. ANEXOS**

15.1 Hoja de recolección de datos

**16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

"Prevalencia de las alteraciones bucales en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua (CDP).  
Experiencia del periodo 2010-2014"

"Mouth is the mirror of the body which reflects systemic diseases."

Sir William Osler



## **1. MARCO TEÓRICO**

### **1.1 ANTECEDENTES**

La patología bucal es la rama que se encarga de conocer el origen, la identificación, el diagnóstico y el manejo de las enfermedades que afectan la región bucal y maxilofacial, siendo además una ciencia que investiga las causas, los procesos y efectos de dichas enfermedades.<sup>1</sup> Basado en esta definición, se han documentado un gran número de alteraciones de distintas etiologías que pueden presentarse en la cavidad oral, manifestándose de diversas formas clínicas.

Los estudios epidemiológicos de la mucosa oral son escasos, la mayoría de los trabajos descriptivos de la cavidad oral conciernen a la enfermedad periodontal, al cáncer bucal y a las manifestaciones orales de VIH/SIDA, y más infrecuentes son aquellos realizados en el ámbito dermatológico. Debido a que las enfermedades se presentan de manera distinta según la población y el país en cuestión, es necesario realizar estudios epidemiológicos de forma particular, para así reconocer las necesidades en salud bucal de cada región.<sup>2</sup>

La Organización Mundial de Salud (OMS) menciona que las enfermedades bucales son la cuarta causa de morbilidad más costosa de tratar. En nuestro país las alteraciones bucales se encuentran entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud. En países de altos ingresos económicos, la enfermedad oral se ha abordado mediante la creación de servicios de salud bucodental avanzados que ofrecen la prevención, diagnóstico y el tratamiento a los pacientes. En la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos, la inversión en el cuidado de la salud oral es pobre y los recursos se asignan principalmente a la atención oral de emergencia y alivio del dolor.<sup>3</sup>

Existen investigaciones que han mostrado que más de 600 enfermedades sistémicas pueden originarse en la cavidad bucal (liquen plano, pénfigo, lupus, por mencionar algunas). Las patologías bucales también se han asociado con alteraciones nutricionales, cáncer, xerostomía, neumonía, septicemia, EPOC, cardiopatías, diabetes mellitus, complicaciones en cirugías cardíacas y de cabeza y cuello, entre otras. Además, las afecciones bucales aumentan el riesgo de enfermedades crónicas como los padecimientos cardiovasculares y cerebrovasculares, la diabetes mellitus y las neumopatías.<sup>4</sup>

Las posibilidades diagnósticas ante una lesión en boca son muy variadas, lo que ha motivado a la realización de estudios en diversos países para conocer la epidemiología y comportamiento clínico de estas patologías. Sin embargo, ha sido muy difícil lograr transpolar los resultados de los estudios por las diferencias metodológicas y sociodemográficas de los grupos o bien porque los mismos están realizados en clínicas de distinto nivel de atención (primarias o especializadas) o de distinta especialidad (odontológicas o médicas).<sup>5</sup>

Algunos de los principales estudios de prevalencia en alteraciones bucales realizados en clínicas u hospitales de distintos niveles de atención tanto en México como en otras ciudades del mundo comprenden poblaciones con características sociodemográficas diversas y fueron realizados por especialistas tales como odontólogos, dermatólogos o estomatólogos. Algunos de estos estudios incluyen a la población de un centro odontológico, otros a la población abierta; o bien, son pacientes dermatológicos de alguna institución de salud.

En México, en la ciudad de León Guanajuato, se realizó un estudio retrospectivo de prevalencia de las alteraciones bucales en la clínica odontológica universitaria. En este trabajo retrospectivo de 22 años se incluyeron 23,785 pacientes en quienes las lesiones de mayor prevalencia fueron el leucodema, la úlcera traumática, la queratosis friccional, el eritema traumático, el morsicatio buccarum y la candidiasis atrófica crónica. Este estudio fue realizado por odontólogos, en una clínica dental con pacientes ambulatorios en su mayoría sanos.<sup>6</sup>

En el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara (2013) se realizó también por odontólogos un estudio transversal con el objetivo de determinar la prevalencia de las alteraciones bucales más frecuentes en un servicio de atención primaria odontológica. Se incluyeron 84 pacientes en quienes se diagnosticaron 28 alteraciones bucales, dentro de las cuales se observaron lesiones reactivas, autoinmunes, infecciosas, neoplásicas benignas y malignas, entre otras.

**Cuadro 1. Frecuencia de patologías bucales.**

El cuadro 1 (Frecuencia de patologías bucales)

describe estos resultados.<sup>7</sup>

1	Fibroma traumático	13	(15.4%)
2	Candidiasis *	11	(13.0%)
3	Melanosis no fisiológica	11	(13.0%)
4	Queratosis friccional	11	(13.0%)
5	Lengua geográfica	9	(10.7%)
6	EAR**	6	(07.1%)
7	Paladar de fumador	5	(05.9%)
8	Herpes	4	(04.7%)
9	Epulis fisurado	3	(03.5%)
10	Granuloma piógeno	3	(03.5%)
11	Mucocele	3	(03.5%)
12	Leucoplasia	2	(02.3%)
13	Malformación vascular	2	(02.3%)
14	Papiloma	2	(02.3%)
15	Queilitis descamativa	2	(02.3%)
16	Úlcera traumática	2	(02.3%)
17	Ca Mucoepidermoide	1	(01.1%)
18	COCE***	1	(01.1%)
19	Fibroma osificante	1	(01.1%)
20	GCCG****	1	(01.1%)
21	Hemangioma	1	(01.1%)
22	Leucoplasia vellosa	1	(01.1%)
23	Lipoma	1	(01.1%)
24	Odontoma	1	(01.1%)
25	Pénfigo Vulgar	1	(01.1%)
26	Quiste dentígero	1	(01.1%)
27	Reacción liquenoide	1	(01.1%)
28	Úlcera inespecífica	1	(01.1%)
TOTAL		101	

La topografía de la cavidad bucal afectada con mayor frecuencia fue la mucosa yugal, seguido de la encía, mucosa labial y paladar duro.

Se incluye en el cuadro 2 la descripción de dichos resultados.<sup>7</sup>

**Cuadro 2. Frecuencia de zonas de cavidad bucal afectadas por patologías bucales.**

Localización		
Borde bermellón	5	5.9%
Borde lengua	11	13.0%
Comisura	5	5.9%
Dorso de lengua	14	16.6%
Encía	23	27.3%
Mucosa labial	20	23.8%
Mucosa de carrillo	22	26.1%
Paladar blando	2	2.3%
Paladar duro	18	21.4%
Piso de boca	2	2.3%
Total	117	

El cuadro 3 compara los resultados obtenidos en dicho estudio con los ya existentes.<sup>7</sup>

**Cuadro 3. Porcentajes de patologías bucales en diversos estudios.**

Patología bucal	Presente estudio	Axell T. (1976)	Marija (2000)	Ramírez A. (2000)	Martínez A. (2002)	Shulman (2004)	Moret Yuli (2007)	Castellanos (2008)	Ravi (2010)
Hiperplasia Fibrosa	15.4%	-	-	1.6%	1.4%	0.1%	23.4%	-	-
Candidiasis	13.0%	-	4.7%*	8.3%	3.4%‡	8.6%	-	2.3%∞	-
Melanosis no fisiológica	13.0%	-	-	5.0%	24.6%	-	2%¶	0.9%~	4.1%
Queratosis friccional	13.0%	-	2.2%	3.3%	11.5%	2.6%	-	3.2%	-
Lengua geográfica	10.7	8.4%	2.2%	2.1%	0.8%	1.8%	-	0.7%	-
Estomatitis aftosa recurrente	7.1	-	9.7%	6.7%	2.3%	0.8%	-	0.8%	-
Paladar de fumador	5.9	-	0.5%	-	-	0.5%	2.1%	0.4%	-
Herpes	4.7	-	16%	6.7%	2.3%	1.6%	0.04%	0.7%	-
Epúlis fisurado	3.5	-	-	-	5%	-	-	0.3%	-
Granuloma piógeno	3.5	-	-	3.3%	-	-	9.7%	0.08%	-
Mucocele	3.5	-	0.9%	-	-	0.02%	5.1%	0.1%	-
Neoplasias malignas	2.3	-	-	-	-	-	-	-	0.9%

† Se seleccionaron las patologías bucales de este estudio que se presentaron >2 veces

- No mencionan dato

\* Se unieron los porcentajes reportados de queilitis angular (0.4%) y estomatitis subprotésica (4.3%)

‡ Se unieron los porcentajes de candidiasis pseudomembranosa (2%) y queilitis angular (1.4%)

¶ Se unieron los porcentajes de nevus (1.02%) y melanosis focal (0.98%)

∞ Se unieron los porcentajes de candidiasis atrófica crónica (2%) y queilitis angular (0.3%)

~ Se unieron los porcentajes de mácula melánica labial (0.38%), melanosis de fumador (0.24%) y nevo (0.31%)

En la Ciudad de México, entre los años 1981-1983, especialistas en patología bucal de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), realizaron un estudio en población abierta en las comunidades de San Francisco Tlaltenco, Tepepan (Xochimilco) y la UAM donde se examinaron 812 individuos mayores de 34 años, de ambos sexos. Establecieron la prevalencia de 22 entidades nosológicas de la mucosa oral, siendo la pigmentación melánica (39.6%), la condición de *Fordyce* (31.5%), las manchas blancas (24.5%) y los aumentos tisulares (12.8%), los que se observaron con mayor frecuencia. La prevalencia de lesiones cancerizables fue de 1.2%, englobando esta cifra a la leucoplasia (0.9%) y la candidosis crónica hiperplásica (0.2%). El análisis estadístico mostró asociación de varias de las lesiones y condiciones bucales encontradas con la edad y sexo. El cuadro 4 resume lo anterior.<sup>8</sup>

**Cuadro 4. Entidades bucales más frecuentes, encontradas en 812 individuos adultos y su distribución por sexo.**

Lesión bucal	Frecuencia		Total
	Masculino %	Femenino %	
1. Condición de Fordyce	47.5	15.9	31.5

<b>2.Pigmentación melánica no gingival</b>	26.9	28.8	27.8
<b>3.Queratosis friccional</b>	21.4	10.5	15.9
<b>4.Pigmentación melánica gingival</b>	8.2	15.4	11.8
<b>5.Leucoedema</b>	17.4	4.6	10.8
<b>6.Aumento tisular con causa aparente</b>	7.2	4.9	6.03
<b>7.Candidosis atrófica crónica</b>	5.2	5.4	5.3
<b>8.Aumento tisular por prótesis</b>	1.7	5.4	3.6
<b>9.Úlcera con causa</b>	4.0	2.9	3.4
<b>10.Aumento tisular sin causa aparente</b>	2.8	3.7	3.2
<b>11.Absceso</b>	2.5	2.9	2.8
<b>12.Leucoqueratosis nicotínica palatil</b>	4.5	0	2.2

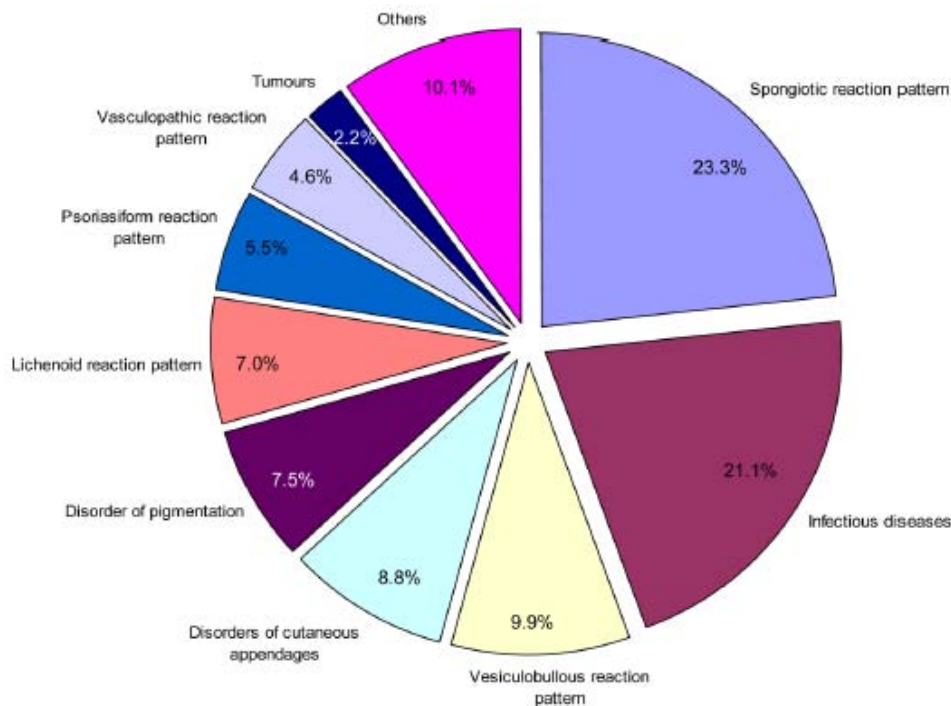
Fuente: Estudio epidemiológico de las lesiones de la mucosa oral. UAM

Los estudios en el campo dermatológico son escasos. A nivel internacional, en Sudán en el 2011, se realizó un trabajo de prevalencia de lesiones de mucosa oral en pacientes dermatológicos en el *Khartoum Teaching Hospital (KTH) - Dermatology Clinic*.<sup>9</sup>

De los 544 pacientes incluidos con afección dermatológica, 315 de ellos presentaron por lo menos una lesión en mucosa bucal. De éstos, 202 (64.1%) presentaron una lesión, 78 (24.8%) presentaron dos lesiones orales y 35 (11.1%) presentaron tres o más lesiones de mucosa oral. La edad de los sujetos de estudio estuvo en el intervalo de 18-81 años con una edad media de 38.6 años (+/- 16.5 años).

Las alteraciones dermatológicas fueron agrupadas como se muestra en la figura 1.

**Figura 1. Frecuencia por categorías de las alteraciones dermatológicas.**



Suliman et al. BMC Oral Health 2011, 11:24.

Las dermatosis más frecuentes fueron las inflamatorias agudas o de tipo espongíóticas (23.3%), seguidas de las infecciosas (21.1%) y las ampollosas (9.9%).

En el cuadro 5 se muestra el tipo de lesión encontrada en la mucosa oral en el contexto de las alteraciones dermatológicas subyacentes. Se puede observar que las alteraciones linguales fueron más frecuentes en el grupo de dermatosis psoriasiformes. Las lesiones blancas y rojas predominaron en aquellos pacientes con trastornos de la pigmentación. Las alteraciones bucales vesículo-ampollosas, ulcerativas y fúngicas fueron más comunes en las enfermedades ampollosas y las lesiones de tejido conectivo se presentaron con mayor frecuencia en el contexto de trastornos tumorales.

**Cuadro 5. Frecuencia de distribución de los pacientes con lesiones en mucosa oral dentro de las 10 categorías más comunes de alteraciones dermatológicas.**

\*Prevalencia de las alteraciones bucales en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua (CDP).  
Experiencia del periodo 2010-2014\*

Skin diseases (groups)	Patients with any OML (n = 315)	Tongue (n = 127)	White (n = 104)	Red (n = 60)	Vesiculobullous (n = 32)	Ulcerative (n = 24)	Pigmented (n = 21)	Connective (n = 11)	Fungal (n = 10)	Others (n = 23)
Spongiotic (n = 126)	59 (46.8)	27 (21.4)	22 (17.5)	16 (12.7)	-	3 (02.4)	6 (04.8)	-	1 (00.8)	5 (04.0)
Infectious lesions (n = 115)	65 (56.5)	25 (21.7)	18 (15.7)	12 (10.4)	9 (07.8)	2 (01.7)	3 (02.6)	-	1 (00.9)	7 (06.1)
Vesiculobullous (n = 54)	39 (72.2)	11 (20.4)	3 (05.6)	-	22 (40.7)	5 (09.3)	3 (05.6)	1 (01.9)	4 (07.4)	2 (03.7)
Cutaneous (n = 48)	26 (54.2)	9 (18.8)	9 (18.8)	3 (06.3)	-	3 (06.3)	1 (02.1)	3 (06.3)	-	1 (02.1)
Pigmentation (n = 41)	24 (58.5)	7 (17.1)	18 (43.9)	7 (17.1)	-	-	1 (02.4)	2 (04.9)	-	-
Lichenoid (n = 38)	23 (60.5)	11 (28.9)	13 (34.2)	5 (13.2)	-	2 (05.3)	1 (02.6)	1 (02.6)	1 (02.6)	-
Psoriasiform (n = 30)	17 (56.7)	10 (33.3)	7 (23.3)	5 (16.7)	-	-	1 (03.3)	1 (03.3)	1 (03.3)	1 (03.3)
Vasculopathic (n = 25)	13 (52.0)	8 (32.0)	2 (08.0)	3 (12.0)	-	3 (12.0)	1 (04.0)	-	1 (04.0)	-
Tumour (n = 12)	8 (66.7)	3 (25.0)	1 (08.3)	-	-	1 (08.3)	-	1 (08.3)	-	2 (16.7)
Others (n = 55)	41 (74.5)	16 (29.1)	11 (20.0)	9 (16.4)	1 (01.8)	5 (09.1)	4 (07.3)	2 (03.6)	1 (01.8)	5 (09.1)

Suliman et al. BMC Oral Health 2011, 11:24

La prevalencia de las múltiples lesiones en mucosa oral encontradas en pacientes dermatológicos se ilustra en el cuadro 6.

**Cuadro 6. Prevalencia de las lesiones en mucosa oral en el grupo total de pacientes dermatológicos (n=544), en el grupo de pacientes dermatológicos con lesiones orales y entre los 14 grupos más frecuentes de lesiones bucales.**

Oral mucosal lesions	Proportion with a specific lesion in the total group of patients (n = 544)	Proportion with a specific lesion in the total group of patients with any OML (n = 315)	Proportion with specific lesion within 14 OML groups	Biopsy
<b>Red and blue lesions</b>				
Erythema	29 (5.3)	9.2	48.3	2(-ve)
Petechia	25 (4.6)	7.9	41.7	
Erosion	7 (1.3)	2.2	11.7	
Hemangioma	3 (0.6)	1.0	5.0	
Total number of patients with any red and blue lesion ¶	60 (11)	19.0	100	
<b>Vesiculobullous diseases</b>				
Pemphigus vulgaris	15(2.8)	4.8	46.9	9(8+ve)
Chickenpox	8(1.5)	2.5	25	
Bullous pemphigoid	6(1.1)	1.9	18.7	3(-ve)
Herpes labialis	2(0.4)	0.6	6.2	
Vesiculobullous lesion (not verified)	1(0.2)	0.3	3.1	
Total number of patients with any vesiculobullous disease	32 (6)	10.2	100	
<b>Ulcerative conditions</b>				
RAS	16 (2.9)	5.1	66.7	1(+ve)
Drug reaction	3 (0.6)	1.0	12.5	
Stevens-Johnson syndrome	2 (0.4)	0.6	8.3	
Erythema multiforme	1 (0.2)	0.3	4.2	
Traumatic ulcer	1 (0.2)	0.3	4.2	
Unspecified ulcer	1 (0.2)	0.3	4.2	
Total number of patients with any ulcerative condition	24 (4.5)	7.6	100	
<b>Pigmented Lesions</b>				
Melanotic macules	20 (3.7)	6.3	95	1(+ve)
Gingival tattoo	1 (0.2)	0.3	4.8	



**Cuadro 6 (continuación). Prevalencia de las lesiones en mucosa oral en el grupo total de pacientes dermatológicos (n=544), en el grupo de pacientes dermatológicos con lesiones orales y entre los 14 grupos más frecuentes de lesiones bucales.**

Oral mucosal lesions	Proportion with a specific lesion in the total group of patients (n = 544)	Proportion with a specific lesion in the total group of patients with any OML (n = 315)	Proportion with specific lesion within 14 OML groups	Biopsy
Total number of patients with any pigmented Lesion	21 (3.9)	6.7	100	
<b>Connective tissue lesions</b>				
Fibroepithelial polyp	9 (1.7)	2.9	81.8	4(+ve)
Denture induced fibrous hyperplasia	2 (0.4)	0.6	18.2	
Total number of patients with any connective tissue lesion	11 (2.1)	3.5	100	
<b>Fungal infections</b>				
Acute erythematous candidiasis	3 (0.6)	1.0	30	1(-ve)
Median rhomboid glossitis	3 (0.6)	1.0	30	
Pseudomembranous candidiasis	3 (0.6)	1.0	30	
Angular cheilitis	2 (0.4)	0.6	20	
Chronic hyperplastic candidiasis	1 (0.2)	0.3	10	
Total number of patients with any fungal infection ¶	10 (1.8)	3.2	100	
<b>Benign nonodontogenic tumors</b>				
Soft tumor like lesion	4 (0.7)	1.3	66.7	1(-ve)
Exostosis	1 (0.2)	0.3	16.7	
Palatal tori	1 (0.2)	0.3	16.7	
Total number of patients with any benign nonodontogenic tumor	6 (1.1)	1.9	100	
<b>Perioral lesions</b>				
Perioral dermatitis	4 (0.7)	1.3	80	
Perioral wart	1 (0.2)	0.3	20	
Total number of patients with any perioral lesion	5 (0.9)	1.6	100	
<b>Lip lesions</b>				
Unspecified cheilitis	2 (0.4)	0.6	40	
Hypopigmented lips	2 (0.4)	0.6	40	
Cheilitis glandularis	1 (0.2)	0.3	20	
Total number of patients with any lip lesion	5 (1.0)	1.6	100	
<b>Verrucal papillary lesions</b>				
Papillary hyperplasia	3 (0.6)	1.0	75	1(+ve)
Focal epithelial hyperplasia	1 (0.2)	0.3	25	
Total number of patients with any verrucal papillary lesion	4 (0.7)	1.3	100	
<b>Salivary gland diseases</b>				
Mucocele	2 (0.4)	0.6	100	2(+ve)
Total number of patients with any salivary gland disease	2			
<b>Malignant tumours</b>				
Kaposi sarcoma	1 (0.2)	0.3	100	
Total number of patients with any malignant tumour	1			

El cuadro 6 resume que entre los 544 pacientes con afección dermatológica, el 11.6% de las alteraciones linguales correspondió a la lengua saburral, el 5.5% de las lesiones blancas fue por estomatitis nicotínica, el eritema constituyó el 5.3% de las lesiones rojas. De los trastornos vesículo-ampollosos de la mucosa oral, el pénfigo vulgar fue el más frecuente (2.8%). La estomatosis aftosa recurrente representó el 2.9% de las lesiones ulcerativas y la pigmentación melánica el 3.7%. La candidiasis fue la manifestación infecciosa más frecuente y los tumores fibroepiteliales los más prevalentes en alteraciones de tejido conectivo. En alteraciones de las glándulas salivales el mucocele representó el 0.4 y para tumores malignos el Sarcoma de Kaposi el 0.2%.

En nuestro país un trabajo realizado por especialistas en patología bucal en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición en la Ciudad de México, incluyó 60 sujetos con alguna afección sistémica previa, en su mayoría mujeres (80%) en un periodo de dos años. Las patologías más frecuentes fueron pénfigo vulgar, seguido del liquen plano, candidiasis, estomatitis aftosa recurrente, lesiones herpéticas y traumáticas, como motivo de consulta.<sup>10</sup>

La comparación entre los estudios ya mencionados no es equiparable por la disparidad de tamaño entre las muestras, tipo de población y por el sesgo diagnóstico (odontólogos, dermatólogos y especialistas en patología bucal en clínicas de distintos nivel de atención), así como el objetivo de estudio.

Existen algunos trabajos internacionales sobre la prevalencia de lesiones de la mucosa oral en población pediátrica.

Las lesiones que más frecuentemente aparecen en los diferentes estudios son: la estomatitis aftosa recurrente (0.9% al 10.8%), el herpes labial (0.78% al 5.2%) la lengua fisurada (1.49% al 23%), la lengua geográfica (0.60% al 9.8%), la candidosis oral (0.01% al 3.7%) y las lesiones traumáticas.

En la ciudad de Oviedo, España (2002) se realizó un estudio de prevalencia de las lesiones orales que afectaban a pacientes de seis años de edad. El cuadro 7 muestra como las alteraciones más prevalentes a la lengua saburral, la ulceración traumática, la lengua geográfica, los angiomas y las fístulas.<sup>11</sup>

**Cuadro 7. Prevalencia de las lesiones orales en niños de 6 años de edad (n=624).**

Tipo de lesión	Niños (307)	Niñas (317)	Total	% (624)	% de lesión (n= 343)
Lengua saburral	47	53	100	16.02	29.15
Ulceración traumática	41	35	76	12.17	22-15
Lengua geográfica	13	15	28	4.48	8.16
Angioma	7	17	24	3.84	6.99
Fistula	10	10	20	3.2	5.83
Afta recidivante	5	9	14	2.24	4.08
Anquiloglosia	9	4	13	2.08	3.79
Queilitis angular	10	3	13	2.08	3.79
Herpes labial	4	6	10	1.6	2.91
Absceso dentoalveolar	5	3	8	1.28	2.33
Frenillo labial hiperplásico	1	7	8	1.28	2.33
Manchas melánicas	2	5	7	1.12	2.04
Gránulos de Fordyce	5	1	6	0.96	1.74
Mucocele	2	3	5	0.8	1.45
Queilitis facticia	2	2	4	0.64	1.16
Lengua vellosa	2		2	0.32	0.58
Verruga vulgar	1		1	0.16	0.29
Miscelánea	2	2	4	0.64	1.16

Una revisión realizada en 2005 titulada “Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños” reportó los siguientes resultados comparativos entre diversos países (cuadro 8). Nótese como la prevalencia cambia mucho de un país a otro, por ejemplo mientras que la lengua fisurada en México representó un 15.7% en Brasil alcanzó hasta el 27.3%.<sup>12</sup> La falta de uniformidad en los criterios de elaboración de los estudios epidemiológicos explica que el porcentaje de las lesiones orales observadas en los diferentes grupos de niños estudiados ofrezca una gran variabilidad con valores comprendidos entre el 4.1% y 52.6%.

**Cuadro 8. Prevalencia de las lesiones mucosas que se manifiestan en la cavidad oral de escolares.**

TIPO DE LESIÓN	Bessa CFN (Brasil) <sup>(10)</sup> 2004 n=1211	Benevides dos Santos PJ (Brasil) <sup>(4)</sup> 2004 n=587	García Pola (España) <sup>(3)</sup> 2002 n=343	Arendorf TM (Sudáfrica) <sup>(20)</sup> 1996 n=1051	Sedano HO (Mejico) <sup>(2)</sup> 1989 n=32022	Crivelli MR (Argentina) <sup>(9)</sup> 1988 n=846	Kleinman (EEUU) <sup>(3)</sup> 1986-87 n=39206
<b>Lengua</b>							
Lengua sabural			29,15%				
Lengua geográfica	9,08%	4,9%	8,16%	1,6%	1,98%	2,95%	0,60%
Lengua bífida					0,55%		
Lengua fisurada	1,49%	27,3%		0,6%	15,7%		
Lengua vellosa			0,58%				
Candidiasis	0,91%	3,7%					0,01%
Anquiloglosia	0,50%		3,79%	15,1%	0,83%	1,41%	
<b>Labios</b>							
Herpes labial	0,82%	0,2%	2,91%	0,8%		5,20%	0,78%
Queilitis angular	0,08%		3,79%			3,54%	
Queilitis facticia		1,7%	1,16%				
Queilitis alérgica						0,23%	
Hoyuclos comisurales	0,74%			9,6%	5,28%	6,38%	
Frenillo labial hiperplásico			2,33%			0,11%	
<b>Mucosa oral</b>							
Lesiones traumáticas	2,23%	6%	22,15%	2,5%		1,41%	0,09%
Les por mordedura	6,11%						
Lesiones por tabaco							0,71%
Hiperpl focal epitelial		21%			0,06%		
Gránulos de fordyce	0,33%	3,8%	1,74%		0,12%		
Lesiones vasculares	0,17%	0,7%	6,99%				
Fístula			5,83%				
Afta recidivante	1,57%	0,9%	4,08%			10,87%	1,23%
Absceso dentoalveolar		0,3%	2,33%	1,1%			
Manchas melánicas	2,56%	2,4%	2,04%				
Mucocele	0,08%	2,2%	1,45%			1,18%	0,03%
Verruga vulgar		0,2%	0,29%	0,2%			0,03%
Hiperplasia gingival						0,11%	0,04%
Estomatitis herpética	0,33%	0,3%		0,2%			0,02%
Guna				0,2%			0,03%
Papiloma				0,2%			
Impétigo	0,17%	0,7%				0,94%	
Miscelánea			1,16%	0,8%			0,31%
<b>Porcentaje de lesiones orales en los niños explorados.</b>	27%	52,6%	38,9%	32,9%	25,2%	39%	4,1%

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La falta de un diseño metodológico estandarizado y de la uniformidad de criterios diagnósticos predominantemente por evaluaciones por diversos facultativos, ha provocado una gran discrepancia en la prevalencia de las lesiones orales en las diferentes regiones del mundo. En general, los estudios parecen ilustrar que los pacientes masculinos y de mayor edad así como las personas con mayor consumo de alcohol y tabaco son el grupo más afectado.

En la práctica clínica, la dermatología y la patología bucal se han tornado complementarias debido a que las manifestaciones de la mucosa oral pueden ser los primeros síntomas o signos, o en ocasiones las únicas manifestaciones de una enfermedad mucocutánea. Pese a esto, no hay suficientes estudios que se enfoquen en la prevalencia del amplio espectro de las alteraciones de la mucosa oral en pacientes con enfermedades dermatológicas.

Las alteraciones bucales en las enfermedades dermatológicas merecen especial atención, tomando en cuenta que algunas de ellas pueden llegar a comprometer la vida, mientras que otras (no menos importantes) pueden demeritar la calidad de vida de las personas que las padecen por dolor crónico y limitaciones tanto sociales como funcionales.

Las enfermedades crónicas forman parte de los principales problemas de salud pública en la mayor parte del mundo, incluyendo a México. Las alteraciones bucales están

estrechamente relacionadas con los estilos de vida y los determinantes socio-ambientales. La epidemiología de las enfermedades se ha transformado en todo el mundo debido principalmente a los cambiantes estilos de vida, que incluyen las dietas ricas en azúcares, hábito tabáquico y el aumento del consumo de alcohol, sobre todo a edades más tempranas, entre otros.

Las patologías de la boca son consideradas como uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo, teniendo la mayor carga en las poblaciones desfavorecidas y marginadas socialmente. Las graves repercusiones en términos de dolor y sufrimiento, deterioro de la función y el efecto en la calidad de vida también deben ser considerados. El tratamiento de las enfermedades puede ser extremadamente costoso y no es factible en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos.

El desconocimiento de las enfermedades bucales más frecuentes por parte de los trabajadores de la salud como los médicos generales, odontólogos, y dermatólogos retrasan el diagnóstico oportuno exponiendo a los pacientes a tratamientos inadecuados, costosos e inútiles.

En México, la vigilancia epidemiológica constituye una obligación de todo el Sector Salud (IMSS, Oportunidades, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX, DIF, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y los Servicios de Salud Estatales) con la coordinación de la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Epidemiología y el Programa de Salud Bucal.

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

El SIVEPAB tiene por objeto obtener conocimiento confiable, oportuno, completo y con criterios uniformes, referente al estado de salud bucal de la población mexicana urbana y rural, para ser utilizado en la planeación, investigación y evaluación de los programas de prevención y control de las enfermedades bucales.

Sin embargo, los datos obtenidos sólo contemplan la enfermedad dental y periodontal (trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes, enfermedades de la pulpa dentaria y los tejidos periapicales, anomalías dentofaciales, maloclusiones) así como las lesiones premalignas y malignas, dejando de lado al numeroso grupo de lesiones benignas de la mucosa bucal.

Las lesiones de la mucosa oral no se limitan únicamente a aquellas alteraciones premalignas o malignas (úlceras, leucoplasias, eritroplasias o tumores) como lo indica el SIVEPAB (ver cuadro 9), sino también a diversas manifestaciones bucales de padecimientos como los infecciosos, inmunológicos, inflamatorios, procesos reactivos, vasculares, secundarios a tratamientos de quimioterapia y radioterapia, procesos degenerativos e incluso variantes normales de la mucosa, de las cuales no hay registro en nuestro sistema de salud. Las lesiones de la mucosa oral suelen ser infraestimadas aún en programas de detección como el SIVEPAB lo que conlleva no solamente a una vigilancia

epidemiológica poco precisa sino a la falta de detección de dichas patologías, que en algunos casos son signos o síntomas de otras enfermedades sistémicas.

El cuadro 9 muestra la distribución de las lesiones de la mucosa bucal encontradas en los usuarios mexicanos del sector salud durante el año 2012. Se registraron 590 lesiones sospechosas de cáncer bucal (tres o más semanas de evolución). El tipo de lesión predominante fue el aumento de volumen.

**Cuadro 9. Distribución de las lesiones de mucosa bucal en usuarios de los servicios de salud. México, SIVEPAB 2012.**

Grupo	Tipo de Lesión					Total
	úlceras	Leucoplasia	Eritroplasia	Mixta	Aumento de volumen (tumor)	
Menos de tres semanas	478	42	38	8	845	1,411
Tres semanas o más	45	14	40	22	518	639
Total	523	56	78	30	1,363	2,050

\*\* Tomado de SIVEPAB Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucleas. Informe 2012. <sup>13</sup>

Sin embargo, este registro no menciona con base en qué se realizaron los diagnósticos de leucoplasia y eritroplasia, qué tipo de lesiones fueron, cuál fue su etiología, si fueron resueltas o si hubo un seguimiento de las mismas. Tampoco se menciona cuáles fueron las alteraciones bucales que no fueron sospechosas de cáncer bucal, ni tampoco la sintomatología o tiempo de evolución de las mismas. Esta información fue recabada por cirujanos dentistas los cuales no son especialistas en patología de la mucosa oral.



El Centro Dermatológico Pascua (CDP) es el centro que en toda Latinoamérica brinda el mayor número de consultas dermatológicas por año (más de 100,000 consultas dermatológicas anualmente). Actualmente, el CDP cuenta con un servicio especializado en Patología Oral desde el año 2010 hasta el año en curso. Previo a esta fecha, las alteraciones de la mucosa oral eran en su mayoría referidas a otros centros de atención. Todo lo anterior exhibe la importancia de conocer las necesidades principales en salud bucal de la población que acude al Centro. Como dermatólogos es obligado saber identificar las patologías principales de piel y mucosas que son motivos de consulta en dermatología.

En Medicina Bucal las afecciones dermatológicas han adquirido especial importancia ya que las alteraciones de la mucosa oral pueden ser en ocasiones la primera manifestación de una enfermedad cutánea. A pesar de esto, no existen suficientes estudios de prevalencia sobre la amplia gama de alteraciones de la mucosa oral en pacientes con afecciones dermatológicas. Diversas afecciones orales están estrechamente ligadas a lesiones cutáneas que para el odontólogo o el médico pueden pasar inadvertidas por una deficiente exploración física llevándolos a un diagnóstico erróneo. Por ende, mejorar el conocimiento sobre la frecuencia y la diversidad de las alteraciones de la mucosa oral en una clínica dermatológica puede fortalecer y mejorar el abordaje interdisciplinario.

Siendo los trastornos de la mucosa oral un área compartida entre el dermatólogo y el especialista en patología bucal, es que el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua (CDP) estableció desde el año 2010 una clínica de especialidad dentro de su centro a cargo de la Dra. Laura Fernández Cuevas, especialista en patología y medicina bucal, para el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de los pacientes derivados de la

consulta externa que acudían por padecimientos de la mucosa oral, relacionados o no con alteraciones cutáneas.

En el CDP los estudios ya planteados anteriormente, no han sido reproducidos, por lo que se desconoce la diversidad de las lesiones bucales en el Centro. Por tanto, es necesario conocer las características demográficas y las entidades que con mayor frecuencia afectan a nuestra población de atención para así poder realizar diagnósticos certeros y tratamientos oportunos, e implementar medidas encaminadas a su detección y manejo adecuado.

### **3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la prevalencia de las alteraciones de la mucosa bucal en la consulta de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua en el periodo comprendido entre los años 2010-2014?

### **4. JUSTIFICACIÓN**

La prevalencia de lesiones cancerizables y no cancerizables de la mucosa bucal en México, no es conocida. Actualmente son pocos los estudios de este tipo realizados en población no seleccionada, particularmente en Latinoamérica, como se muestra en la revisión de la literatura presentada en este trabajo. El sistema de vigilancia epidemiológica en salud bucal sólo presta atención a las lesiones precancerosas y al cáncer bucal sin tomar en cuenta al resto de las condiciones que son causa de morbilidad bucal en nuestro país, por lo que se desconoce su prevalencia.

Se requieren estudios de prevalencia para establecer protocolos de actuación y conocer las necesidades de tratamiento. En México hay pocos estudios que muestren la epidemiología de la patología no dentaria. Los datos proporcionados por los trabajos existentes son difícilmente extrapolables a otras poblaciones debido a la influencia de variables como la raza, la edad, el sexo, los hábitos de vida, el estrato socioeconómico, etc. Por ello resulta fundamental llevar a cabo estudios con el objetivo de establecer la frecuencia con la que se presentan estas enfermedades.

Los hallazgos obtenidos se podrán utilizar tanto para orientar la planeación y organización de servicios estomatológicos y dermatológicos como para la revisión de los contenidos académicos de manera que ofrezcan las herramientas necesarias para que el dermatólogo general pueda reconocer, diagnosticar y tratar o derivar de forma oportuna estas patologías al patólogo bucal.

## **5. HIPÓTESIS**

La prevalencia de las alteraciones bucales en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua en el periodo comprendido de los años 2010-2014 corresponde a la reportada por otros autores en la literatura mundial.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 Objetivo General**

Describir la prevalencia de las alteraciones bucales diagnosticadas en el servicio de patología oral durante el periodo comprendido entre los años 2010 y 2014 en el Centro Dermatológico Pascua (CDP).

## **6.2 Específicos**

- a) Comparar la prevalencia obtenida con estudios existentes.
- b) Identificar las patologías que se relacionen con afección mucocutánea y que son motivo frecuente de consulta en un centro dermatológico.

## **7. MATERIAL Y MÉTODO**

### **7.1 Tipo de estudio:**

Observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

### **7.2 Universo de estudio:**

Todos los expedientes clínicos de los pacientes que acudieron al servicio de patología bucal del CDP entre los años 2010-2014.

### **7.3 Tamaño de muestra:**

Se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

### **7.4 Criterios de selección:**

#### **7.4.1 Criterios de inclusión.**

1. Expedientes clínicos electrónicos de pacientes que acudieron al servicio de patología oral del CDP.

#### **7.4.2 Criterios de exclusión.**

1. Expedientes clínicos incompletos para los fines del estudio.

2. Expedientes clínicos donde aún no se haya concretado el diagnóstico.

### 7.5 Definición de variables.

VARIABLE (Índice/indicador)	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	UNIDAD DE MEDICION
<b>Sexo</b>	Constitución orgánica que distingue masculino y femenino	Se asignó de acuerdo al rubro de sexo registrado en el expediente clínico.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenino
<b>Edad</b>	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Se asignó de acuerdo al rubro de edad registrado en el expediente clínico.	Cualitativa Ordinal	<20 años 21-40 años 41-60 años 61 y más años
<b>Topografía</b>	Áreas o zonas de la cavidad oral donde se asienta la lesión.	Se asignó de acuerdo al rubro de topografía registrado en el expediente clínico.	Cualitativa Nominal Politómica	Labial; yugal y fondo de saco/mucosa alveolar; piso de la boca; lengua ventral y frenillo lingual; paladar blando; úvula y orofaringe; dorso lingual; bordes laterales lengua; paladar duro; encía y proceso alveolar; bermellón/piel labio; punta de la lengua; comisura labial.
<b>Tiempo de evolución de la lesión</b>	Tiempo desde que el paciente refirió la lesión hasta el momento en que se le realizó el diagnóstico.	Se asignó de acuerdo al tiempo de evolución registrado en el expediente clínico.	Cualitativa Ordinal	Desconoce <1 año 1 a 5 años 6 a 10 años >10 años
<b>Síntomas y</b>	Manifestación	Se asignó de	Cualitativa	Ausencia de síntomas,

<b>Signos</b>	percibida por el paciente o por el médico como una alteración en la mucosa oral y como inicio de enfermedad.	acuerdo a los síntomas referidos o signos encontrados a la exploración registrados en el expediente clínico.	Nominal Politémica	dolor, ardor, prurito, sangrado, eritema, sensación de cuerpo extraño, ulceración, aumento de volumen, xerostomía, mancha blanca, fisuras, hiperpigmentación, atrofia, ampolla, fístula, descamación.
<b>Afección en otras topografías</b>	Manifestación percibida por el paciente o por el médico como una alteración en la piel, genitales u ojos y como inicio de enfermedad.	Se asignó según lo registrado en el expediente en caso de que exista afección extrabucal de la misma patología.	Cualitativa Nominal Politémica	Ausente  Genital  Ocular  Piel  Piel cabelluda
<b>Topografía afectada inicialmente.</b>	Sitio donde aparecieron los primeros síntomas o signos de la alteración o enfermedad.	Se asignó según lo registrado en el expediente.	Cualitativa Nominal Politémica	Boca  Piel  Piel cabelluda  Ocular  Genital
<b>Índice tabáquico</b>	Estimación acumulativa de consumo de tabaco.	Se calculó el IT en caso que el expediente contara con el número de cigarrillos por día y número de años de tabaquismo.  IT= (Número de cigarrillos fumados al día) (Número de años de fumador)/20	Cualitativa Ordinal	<10 Nulo  10-20 Moderado  21-40 Intenso  >40Alto

<b>Hábito de alcohol</b>	Consumo de alcohol	Se asignó según lo registrado en el expediente respecto a si el paciente toma alcohol o no y con qué frecuencia. En caso de contar con esta información.	Cualitativa Nominal Politómica	Ausente Semanal Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual Más de 1 vez por semana.
<b>Toxicomanías</b>	Consumo de estupefacientes.	Se asignó según lo registrado en el expediente respecto al consumo o no de drogas o estupefacientes	Cualitativa Nominal Politómica	Ausente Marihuana LSD Cocaína Heroína Metanfetaminas Anfetaminas Hongos Esteroides Crack Otras
<b>Prótesis Bucal</b>	Elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, restaurando también la relación entre los maxilares, a la vez que devuelve la dimensión vertical, y repone los	Se asignó según lo registrado en el expediente respecto al uso o no de aparatos dentales de metal, cerámica o resina; removibles o no removibles.	Cualitativa Nominal Politómica	Ausente Fija Removible

	<b>dientes.</b>			
<b>Uso de colutorios</b>	Es una forma farmacéutica tipo solución acuosa viscosa usada para el tratamiento tópico de afecciones bucales. Un colutorio puede ser astringente, emoliente o calmante y antiséptico.	Se asignó según lo registrado en el expediente respecto al uso o no de enjuagues bucales como parte de su rutina de higiene bucal o como tratamiento odontológico previo.	Cualitativa Nominal Politómica	Ausente  Diario  Discontinuo
<b>Comorbilidades</b>	Antecedente de enfermedades crónico-degenerativas, endócrinas, cardiológicas, pulmonares, renales, urológicas, hepáticas infecciosas, autoinmunes, neoplásicas, etcétera además del motivo de consulta.	Se asignó según lo registrado en el expediente respecto a enfermedad o enfermedades crónicas distintas a su motivo de consulta.	Cualitativa Nominal Politómica	Ninguna, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, artritis reumatoide, lupus eritematoso, otras enfermedades reumáticas, hipertiroidismo hipotiroidismo, desnutrición/anemia, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, VIH-SIDA, neoplasia, gastrointestinal, inmunológica, dermatológica, alcoholismo neurológicos, cardiopatía, pulmonares, oftalmológicos, neuropsiquiátricos, dislipidemia, ginecológicos, ORL, genéticos, urológicos, vasculares.
<b>Fármacos</b>	Fármacos consumidos por el paciente en los últimos 30 días.	Se asignó según lo registrado en el expediente	Cualitativa nominal Politómica	Ninguno, esteroides, antiviral, antimicótico, antibacteriano, quimioterapia,



		respecto al consumo o no de algún fármaco en el último mes.		antihipertensivos, hipoglucemiantes, analgésicos, broncodilatadores/antihistamínicos, AINES, ansiolíticos/antidepresivo, antiácidos, polivitamínicos, naturista, homeopáticos, alternativos, control de tiroides, tópicos bucales, ahorradores de esteroides (MTX, AZA, MFM), hipolipemiantes, antimalárico, THS (tratamiento hormonal sustitutivo) retinoides tópicos, retinoides sistémicos, antiarrítmicos, D-penicilamina, colchicina, venotónicos, biológicos, antirretrovirales, talidomida, imiquimod, otros.
<b>Tratamientos previos</b>	Haber recibido tratamiento curativo de cualquier tipo previo a su visita al CDP.	Se asignó según lo registrado en el expediente respecto a la aplicación de tratamiento de cualquier tipo antes de acudir al CDP.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente Ausente
<b>Tipo de facultativo</b>	Ramo de la medicina que ejerce el facultativo.	Se asignó según lo registrado en el expediente respecto si el especialista consultado previamente era médico, odontólogo, u	Cualitativa Nominal Dicotómica	Ausente Médico Odontólogo Homeópata

		homeópata		
<b>Número de facultativos consultados previamente</b>	Cantidad de facultativos consultados para diagnóstico antes del diagnóstico final.	Se asignó según lo registrado en el expediente respecto al número de facultativos previamente consultados.	Cualitativa  Ordinal	0 1 2 3 4 5
<b>Diagnóstico Clínico</b>	Diagnóstico clínico de la lesión.	Se asignó según lo registrado en el expediente como la impresión clínica diagnóstica del médico que revisó al paciente.	Cualitativo  Nominal  Politómico	Candidiosis, condición de <i>Fordyce</i> , leucoedema, liquen plano, morsicatio buccarum, lesión liquenoide, queratosis friccional, leucoplasia, úlcera traumática, eritema multiforme, lengua geográfica, lengua vellosa, lengua fisurada, lengua atrófica, macroglosia, pigmentación melánica y racial, etc.  **Ver anexo
<b>Biopsia</b>	Estudio anatomopatológico de una muestra de la lesión en estudio.	Se asignó según lo registrado en el expediente en caso de contar con reporte histológico en el expediente clínico.	Cualitativa  Nominal  Dicotómica	No  Sí

## **8. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Las variables se describieron por medio de frecuencias y proporciones. Para describir la relación entre el tipo de diagnóstico dermatológico y el diagnóstico bucal se utilizó la  $r^{\circ}$  de Spearman. Todas las pruebas se realizaron con un nivel de confianza del 95% y una  $p < 0.05$ . Lo anterior se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS versión 21.

## **9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

El presente trabajo fue aprobado por el Comité en Investigación y el Comité de Ética de acuerdo a la Declaración de Helsinki y el GCP (*Good Clinical Practices*). Este trabajo de tesis respetó el derecho a la salud del paciente como valor fundamental y primario por encima del objetivo de la propia investigación. Todos los pacientes recabados en esta casuística fueron debidamente diagnosticados y tratados; algunos continúan en vigilancia siendo citados periódicamente en la clínica de patología oral del CDP.

No se requirió que los pacientes firmaran un consentimiento informado de participación ya que únicamente se realizó la revisión de sus expedientes clínicos.

Los datos clínicos y la información de los sujetos de estudio se han mantenido de forma confidencial.

## 10. RECURSOS (materiales, físicos, humanos).

Para la realización de esta tesis de especialización se requirió de una computadora con los programas de Word y Excel de Microsoft Office, SPSS versión 20, papelería básica (hojas de papel, lápiz, bolígrafo) y cámara fotográfica.

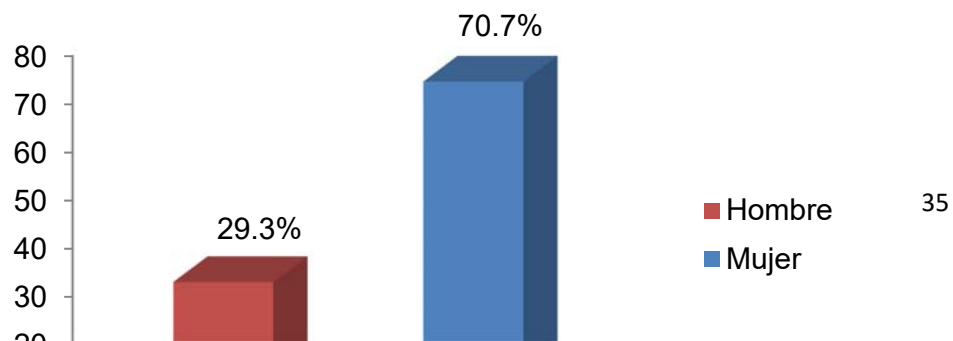
## 11. RESULTADOS.

Se revisaron 1,670 expedientes de los cuales únicamente 532 expedientes clínicos cumplieron los criterios de selección, durante el periodo comprendido entre los años 2010 a 2014, en la consulta del servicio de Patología Bucal del Centro Dermatológico Pascua.

### Sexo y Edad.

En el grupo de estudio se encontró que el 29.3% (n=156) correspondió al género masculino, y el 70.7% (n=376) al femenino. La mediana de edad fue de 45 años, el intervalo de edad fue desde 1 año hasta los 90 años de edad, de los cuales 8.8% (n=47) fueron menores de edad con un promedio de 10.45 años y 91.16% (n=485) mayores de edad con un promedio de 47.31 años. El 55.6% de los casos ocurrió en el intervalo de edad de 31-60 años.

**Figura 2. Porcentaje de pacientes del servicio de patología bucal por sexo del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**



En el cuadro 10 se puede observar que los porcentajes más altos se encontraron en los grupos de mayor edad.

**Cuadro 10. Distribución de pacientes por grupos de edad del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
1 a 5 años	7	1.3
6 a 11 años	18	3.4
12 a 18 años	26	4.9
19 a 30 años	86	16.2
31 a 40 años	83	15.6
41 a 50 años	108	20.3
51 a 60 años	105	19.7
61 y más años	99	18.6
Total	532	100.0

#### **Topografía.**

**Cuadro 11. Topografía afectada con mayor frecuencia en cavidad bucal en pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Dorso lingual	215	40.4

Mucosa labial	201	37.8
Yugal y fondo de saco/mucosa alveolar	175	32.9
Bermellón/piel labio	127	23.9
Bordes laterales lengua	93	17.5
Encía y proceso alveolar	72	13.5
Lengua ventral y frenillo lingual	53	10.0
Paladar duro	52	9.8
Paladar blando, úvula y orofaringe	46	8.6
Punta de la lengua	31	5.8
Comisura labial	30	5.6
Piso de la boca	14	2.6

La mayoría de los pacientes tuvieron afectación de más de una topografía bucal (n=1109). Las de mayor afectación fueron el dorso lingual con 40.4% y la mucosa labial 37.8%; la menos afectada fue el piso de la boca (2.6%).

#### **Tiempo de evolución.**

Sólo el 3.8% acudió a consulta con el especialista antes del primer mes. El 65% asistieron antes del primer año. El tiempo de evolución antes del diagnóstico fue de 2-5 años en el 22% de los casos. Sólo en el 4.7% de los pacientes el tiempo de evolución fue igual o mayor a los 11 años antes del ingreso al servicio de patología bucal del CDP. (Cuadros 12 y 13).

#### **Cuadro 12. Tiempo de evolución de la alteración bucal en pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Menos de 30 días	20	3.8
1 a 36 meses	407	76.5

37 a 60 meses	36	6.8
61 a 120 meses	44	8.3
121 a 180 meses	11	2.1
181 a 240 meses	9	1.7
241 y más meses	5	0.9
<b>Total</b>	<b>532</b>	<b>100.0</b>

**Cuadro 13. Tiempo de evolución por grupos de la alteración bucal en pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
< 1 año	346	65.0
2 a 5 años	117	22.0
6 a 10 años	44	8.3
> 11 años	25	4.7
<b>Total</b>	<b>532</b>	<b>100.0</b>

### **Signos y síntomas.**

La manifestación más frecuente fue el eritema (34.2%) seguido por el aumento de volumen (32.3%), la ulceración (28%), el ardor (21.1%), las fisuras (17.7%) y el dolor (15.4%). Las fístulas (1.5%) y la sensación de cuerpo extraño (0.6%) fueron las manifestaciones menos frecuentes (Cuadro 14).

**Cuadro 14. Signos y síntomas en pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Eritema	182	34.2
Aumento de volumen	172	32.3
Ulceración	149	28.0

Ardor	112	21.1
Fisuras	94	17.7
Dolor	82	15.4
Xerostomía	76	14.3
Hiperpigmentación	65	12.2
Atrofia	60	11.3
Mancha blanca	53	10.0
Descamación	34	6.4
Ampolla	33	6.2
Prurito	27	5.1
Sangrado	18	3.4
Fístula	8	1.5
Sensación de cuerpo extraño	3	0.6

**n= no. signos y síntomas presentados en cavidad bucal  
(un mismo paciente podía presentar más de uno)**

### **Topografía inicial.**

En enfermedades sistémicas con manifestaciones orales (n=110) la topografía inicial más afectada fue la cavidad bucal con un 8.45% (n=45) seguida de la piel con el 7.7% (n=41). La menos afectadas fueron la genital y la piel cabelluda con el 1.3% como se muestra en el cuadro 15.

**Cuadro 15. Topografía de afectación inicial en enfermedades con manifestaciones orales y sistémicas de pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Boca	45	8.45



Piel	41	7.7
Ocular	10	1.9
Piel cabelluda	7	1.3
Genital	7	1.3

### Otras topografías.

El 79.3% de los pacientes de la muestra sólo presentó afectación bucal. La topografía no bucal más afectada fue la piel seguida por la piel cabelluda.

**Cuadro 16. Topografías no bucales afectadas en enfermedades con manifestaciones orales y sistémicas de pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ausente	422	79.3
Piel	90	16.9
Piel cabelluda	46	8.6
Genital	23	4.3
Ocular	17	3.2

El 47.2% de los pacientes tuvo afectación de por lo menos una topografía bucal, el 20.5% de dos topografías bucales y el 1.3% hasta de 6 topografías.

**Cuadro 17. Cantidad de topografías bucales afectadas en pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
--	-------------------	-------------------

1	251	47.2
2	109	20.5
3	88	16.5
4	51	9.6
5	26	4.9
6	7	1.3
<hr/>		
Total	532	100.0

### **Hábito tabáquico.**

El 16.2% (n=86) de los pacientes consumían tabaco vs el 83.8% (n=446) que no lo hacían. El cuadro 18 muestra el riesgo que tenían los pacientes fumadores de desarrollar enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el cual fue nulo (<10 paquetes/año) para la mayoría de los fumadores y alto para el 0.8%.

**Cuadro 18. Índice tabáquico en pacientes fumadores del servicio de patología bucal Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
< 10 Nulo	65	12.21
10 - 20 Moderado	16	3.0
21 - 40 Intenso	1	0.2
> 40 Alto	4	0.8

El 4.7% de los fumadores habían fumado hasta por 20 años. (Cuadro 19).

**Cuadro 19. Duración del hábito tabáquico en pacientes del servicio de patología bucal Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

<b>Años</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
1 a 10	24	4.5
11 a 20	25	4.7
21 a 30	20	3.8
31 a 40	11	2.1
41 a 50	5	0.9
51 a 60	1	0.2
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>16.2</b>

La mayoría de los fumadores (13.5%) consumían menos de 10 cigarros al día (Cuadro 20).

**Cuadro 20. Número de cigarros/día consumidos entre los pacientes del servicio de patología bucal Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
1 a 10	72	13.5
11 a 20	11	2.1
21 a 30	2	0.4
31 a 40	1	0.2
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>16.2</b>

### **Consumo de alcohol.**

El 10.9% de los pacientes (n=58) consumían alcohol vs el 89.1% (n=474) que no lo hacía. De los 58 pacientes que consumían alcohol, el 5.1% lo hacía mensualmente, el 4.1% semanalmente y el 1.3% más de una vez por semana.

(Cuadro 21)

**Cuadro 21. Frecuencia del consumo de alcohol en pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Semanal	22	4.1
Mensual	27	5.1
Bimestral	0	0.0
Trimestral	1	0.2
Semestral	1	0.2
Anual	0	0.0
Más de 1 vez por semana	7	1.3
Total	58	10.9

### **Toxicomanías.**

El 3.2% de la población del estudio (n=17) consumía algún tipo de droga vs el 96.8% (n=515) que no lo hacía. Se puede observar en el cuadro 22 que la marihuana y la cocaína fueron consumidas con mayor frecuencia. Algunos pacientes consumían más de una droga.

**Cuadro 22. Distribución de pacientes por consumo de alguna droga del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>

Marihuana	13	2.4
Cocaína	12	2.3
Otras	5	0.9
LSD	2	0.4
Heroína	2	0.4

### **Prótesis bucales.**

En el cuadro 23 se muestra que 8.3% de los pacientes utilizaban algún tipo de prótesis fija (3.8%) o removible (4.5%). El 91.7% no utilizaba prótesis bucales.

**Cuadro 23. Porcentaje de pacientes por uso de prótesis bucales del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Ausente	488	91.7
Fija	20	3.8
Removible	24	4.5

### **Colutorios.**

El cuadro 24 refleja que el 21.2% de los pacientes utilizaba colutorios en su higiene bucal; el 16.9% los utilizaba diariamente.

**Cuadro 24. Frecuencia de uso de colutorios en pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Ausente	418	78.6
Diario	90	16.9
Discontinuo	23	4.3

**Comorbilidades.**

En el cuadro 25 se puede observar que 49.2% de los pacientes presentaron al menos una comorbilidad, 12.8% dos comorbilidades y solo un paciente hasta seis comorbilidades; 30.6% eran previamente sanos.

**Cuadro 25. Número de comorbilidades presentadas por pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentajes (%)</b>
0	163	30.6
1	262	49.2
2	68	12.8
3	26	4.9
4	7	1.3
5	5	0.9
6	1	0.2
Total	532	100

Las comorbilidades más prevalentes en el grupo de estudio fueron las de tipo dermatológico (51.7%) seguidas por la hipertensión arterial (12.2%), la diabetes mellitus (7.0%), otras enfermedades reumáticas (5.5%) y las alteraciones neuropsiquiátricas (5.3%) como se ilustra en el cuadro 26.

**Cuadro 26. Comorbilidades en pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Dermatológica	275	51.7
Ninguna	163	30.6
Hipertensión arterial sistémica	65	12.2
Diabetes Mellitus	37	7.0
Otras enfermedades reumáticas	29	5.5
Neuropsiquiátricos	28	5.3
Dislipidemia	23	4.3
Gastrointestinal	21	3.9
Hipotiroidismo	14	2.6
Neurológicos	14	2.6
Desnutrición/anemia	11	2.1
Cardiopatía	11	2.1
Ginecológicos	11	2.1
VIH-SIDA	9	1.7
Artritis Reumatoide	6	1.1
Alcoholismo	5	0.9
Pulmonares	5	0.9
Urológicos	5	0.9
Neoplasia	4	0.8

Oftalmológicos	4	0.8
ORL	4	0.8
Vasculares	4	0.8
Hipertiroidismo	3	0.6
Insuficiencia Hepática	3	0.6
Inmunológica	3	0.6
Genéticos	3	0.6
Lupus Eritematoso	2	0.4
Insuficiencia Renal	2	0.4

### Fármacos.

El 24.8% de los pacientes consumían por lo menos un fármaco en los últimos 30 días previos a la consulta en el centro. El 38.2% no había consumido ningún tipo de fármaco al momento de su ingreso al servicio.

**Cuadro 27. Número de fármacos consumidos en los últimos 30 días por pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
0	203	38.2
1	132	24.8
2	79	14.8
≥3	118	22.2
Total	532	100

Los fármacos más utilizados por los pacientes al ingreso fueron los esteroides tópicos o sistémicos (18.8%), seguido de los tópicos bucales con 17.7% (Cuadro 28).



**Cuadro 28. Fármacos utilizados en pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ninguno	202	38.0
Esteroides	100	18.8
Tópicos bucales	94	17.7
Antibacteriano	61	11.5
Antihipertensivos	58	10.9
Antimicótico	57	10.7
Antiviral	53	10.0
Naturista. homeopáticos. Alternativos	34	6.4
Hipoglucemiantes	34	6.4
Ahorradores de esteroides (MTX. AZA. MFM)	30	5.6
AINES	28	5.3
Ansiolíticos/antidepresivos	24	4.5
Broncodilatadores/antihistamínicos	22	4.1
Polivitamínicos	21	3.9
Antimalárico	19	3.6
Hipolipemiantes	17	3.2
Control de tiroides	13	2.4
Antiácidos	11	2.1
Otros	10	1.9
Analgésicos	8	1.5
D-penicilamina	7	1.3
Talidomida	5	0.9
Antirretrovirales	5	0.9
Venotónicos	2	0.4
THS (tratamiento hormonal sustitutivo)	2	0.4
Colchicina	2	0.4
Biológicos	2	0.4
Retinoides tópicos	1	0.2
Imiquimod	1	0.2

Antiarrítmicos	1	0.2
Retinoides sistémicos	1	0.2

---

### Tratamiento previo.

El 36.8% de los pacientes habían consultado a algún facultativo buscando tratamiento médico antes de acudir al centro dermatológico (Cuadro 29).

**Cuadro 29. Número de pacientes del servicio de patología bucal que acudieron al facultativo antes que al Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua.**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ausente	336	63.2
Presente	196	36.8
Total	532	100.0

### Tipo de facultativo.

Se encontró que el 30.5% de los pacientes habían consultado al médico general como primera opción antes de acudir al especialista, 6.0% al odontólogo y el 2.6% al homeópata. Algunos pacientes habían consultado a los dos o a los tres (Cuadro 30).

**Cuadro 30. Tipo de facultativo consultado previamente por los pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Médico	162	30.5

Odontólogo	32	6.0
Homeópata	14	2.6

**Número de facultativos consultados previamente.**

El 27.6% de los pacientes habían visitado previamente a un facultativo y el 6.6% a dos. Uno de los pacientes había incluso visitado a cinco médicos anteriormente.

**Cuadro 31. Número de facultativos consultados antes del diagnóstico por pacientes en el servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	Frecuencia (n)	Porcentajes (%)
0	336	63.2
1	147	27.6
2	35	6.6
3	10	1.9
4	3	0.6
5	1	0.2
Total	532	100.0

Sólo el 6.6% de los pacientes tuvieron un diagnóstico acertado por el facultativo antes de acudir al CDP. (Cuadro 32).

**Cuadro 32. Diagnóstico acertado en su consulta previa al ingreso al Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No	497	93.4

Si	35	6.6
Total	532	100.0

### **Biopsia.**

A 38.5% de los pacientes se les realizó toma de biopsia para el diagnóstico bucal. En el 61.5% de los casos el diagnóstico fue clínico (Cuadro 33).

**Cuadro 33. Toma de biopsias en pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Sin biopsia	327	61.5
Con biopsia	205	38.5
Total	532	100.0

De las 205 biopsias de cavidad bucal, hubo correspondencia del diagnóstico clínico con el histológico en el 96% de los casos.

**Cuadro 34. Correlación clínico-patológica en pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Sin correlación	8	4.0
Con correlación	197	96.0

Total	205	100
-------	-----	-----

### Diagnósticos Dermatológicos

De acuerdo al diagnóstico dermatológico, 11.28% de éstos correspondieron a padecimientos infecciosos, 9.77% a padecimientos autoinmunes y/o a enfermedades de la colágena, 8.65% a anexos cutáneos, 8.08% a enfermedades inflamatorias y 6.58% a trastornos pigmentarios. Farmacodermias y alteraciones vasculares sólo el 0.19%. (Cuadros 35 y 36)

#### **Cuadro 35. Prevalencia de las dermatosis en los pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua 2010-2014.**

<b>INFECCIOSOS</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Verrugas vulgares	16	3.01
Onicomycosis	11	2.07
Condiloma acuminado	6	1.13
Herpes simple	5	0.94
Molusco contagioso	4	0.75
Tiña plantar	3	0.56
Intértrigo candidiasico	2	0.38
Verrugas filiformes	2	0.38
Verrugas planas	2	0.38
Dermatosis papular por VIH	1	0.19
Fístula perianal	1	0.19
Herpes genital	1	0.19
Impétigo secundario	1	0.19
Pediculosis capitis	1	0.19
Sífilis	1	0.19
Tiña pedís	1	0.19
Tuberculosis micronodular	1	0.19
Verrugas plantares	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>60</b>	<b>11.28</b>
<b>COLAGENOPATIAS/AUTOINMUNES</b>		
Lupus eritematoso cutáneo	23	4.32
Esclerodermia sistémica	10	1.88

Lupus eritematoso sistémico	7	1.32
Síndrome de Sjögren	4	0.75
Dermatomiositis	3	0.56
Enfermedad mixta del tejido conectivo	2	0.38
Liquen escleroso y atrófico	2	0.38
Paniculitis lúpica	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>52</b>	<b>9.77</b>

#### **ANEXOS CUTANEOS**

Acné	14	2.63
Dermatitis seborreica	13	2.44
Alopecia androgenética	4	0.75
Dermatitis acneiforme	3	0.56
Alopecia areata	2	0.38
Onicodistrofia	2	0.38
Dermatitis perioral	1	0.19
Dishidrosis palmo plantar	1	0.19
Elastoidosis a quistes y comedones	1	0.19
Foliculitis de la barba	1	0.19
Foliculitis queiloidea	1	0.19
Hidrosadenitis	1	0.19
Onicocriptosis	1	0.19
Queratosis pilar	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>46</b>	<b>8.65</b>

#### **INFLAMATORIOS**

Psoriasis	13	2.44
Dermatitis atópica	8	1.50
Liquen plano pigmentado	5	0.94
Rosácea	5	0.94
Liquen plano	3	0.56
Dermatitis numular	1	0.19
Liquen nitidus	1	0.19
Liquen plano eruptivo	1	0.19
Liquen plano erosivo	1	0.19
Liquen simple	1	0.19
Mastitis granulomatosa	1	0.19
Pioderma gangrenoso	1	0.19
Pitiriasis liquenoide crónica	1	0.19
Pitiriasis rosada de Gibert	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>43</b>	<b>8.08</b>

#### **PIGMENTARIOS**

Melasma	18	3.38
Vitiligo	8	1.50
Léntigos solares	4	0.75

Dermatitis cenicienta	2	0.38
Dermatitis solar hipocromiante	1	0.19
Melanoniquia racial	1	0.19
Melanosis friccional	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>35</b>	<b>6.58</b>
<b>AMPOLLOSAS</b>		
Pénfigo vulgar	23	4.32
Penfigoide ampolloso	2	0.38
Epidermolisis bulosa distrofica	1	0.19
Pénfigo seborreico	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>27</b>	<b>5.08</b>
<b>TUMORES BENIGNOS</b>		
Fibromas blandos	6	1.13
Quiste epidérmico	2	0.38
Linfocitoma	1	0.19
Lipoma	1	0.19
Nevo sebáceo	1	0.19
Pilomatrixoma	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>12</b>	<b>2.26</b>
<b>NEOPLASIAS MALIGNAS</b>		
Carcinoma basocelular	6	1.13
Enfermedad de Bowen	2	0.38
Sarcoma de Kaposi	2	0.38
Micosis Fungoide	1	0.19
Papulosis bowenoide	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>12</b>	<b>2.26</b>
<b>REACCIONALES</b>		
Dermatitis por contacto	8	1.50
Corticoestropeo	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>9</b>	<b>1.69</b>
<b>PRECANCEROSAS</b>		
Queratosis actínicas	9	1.69
<b>Sub-total</b>	<b>9</b>	<b>1.69</b>
<b>PSICODERMATOSIS</b>		
Delirio de parasitosis	1	0.19
Excoriaciones neuróticas	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>2</b>	<b>0.38</b>
<b>REACTIVAS</b>		
Eritema anular centrífugo	1	0.19
Granuloma anular	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>2</b>	<b>0.38</b>
<b>FOTOSENSIBILIDAD</b>		

Erupción polimorfa lumínica	2	0.38
<b>Sub-total</b>	<b>2</b>	<b>0.38</b>
<b>FARMACODERMIAS</b>		
Eritema pigmentado fijo	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>1</b>	<b>0.19</b>
<b>VASCULARES</b>		
Complejo vasculocutáneo	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>1</b>	<b>0.19</b>
<b>TOTAL</b>	<b>313</b>	

En total se obtuvieron 313 diagnósticos dermatológicos en 276 pacientes, ya que algunos de ellos tenían una o más alteraciones dermatológicas. Las alteraciones dermatológicas más prevalentes en los pacientes del servicio de patología bucal correspondieron a pénfigo vulgar y lupus eritematoso cutáneo (4.32%).

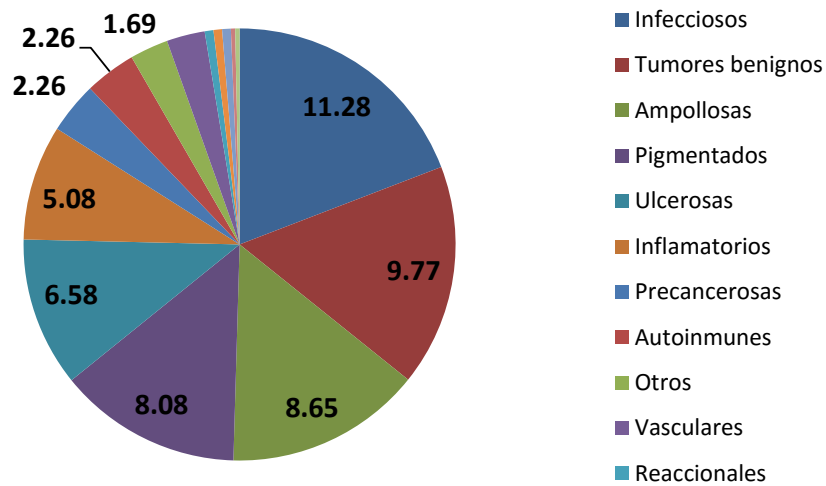
**Cuadro 36. Prevalencias de las dermatosis por categorías en pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Infecciosos	60	11.26
Autoinmunes/Colágenas	52	9.76
Anexos cutáneos	46	8.63
Inflamatorios	43	8.07
Pigmentarios	35	6.57
Ampollosas	27	5.07
Tumores Benignos	12	2.25
Neoplasias Malignas	12	2.25
Reaccionales	9	1.69
Precancerosas	9	1.69



Psicodermatosis	2	0.38
Reactivas	2	0.38
Fotosensibilidad	2	0.38
Farmacodermias	1	0.19
Vasculares	1	0.19

**Figura 3. Prevalencia de las categorías por alteraciones dermatológicas en pacientes del servicio de patología bucal del CDP 2010-2014**



### Alteraciones bucales.

El 41.17% de las alteraciones bucales correspondieron a trastornos infecciosos, 23.87% a tumoraciones benignas, 10.34% a enfermedades ampollas, 6.95% a trastornos pigmentarios, 6.39% a procesos ulcerativos y 6.2% a alteraciones inflamatorias. Sólo el 0.38% correspondieron a neoplasias malignas y el 0.19% a casos de hipersensibilidad.

**Cuadro 37. Prevalencia de las alteraciones bucales en los pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua 2010-2014.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>INFECCIOSOS</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Candidiasis	154	28.95
Papiloma escamoso	20	3.76
Hiperplasia epitelial multifocal (Enf. de Heck)	18	3.38
Queilitis candidiasica	17	3.20
Fístula odontogénica	5	0.94
Herpes simple	2	0.38
Verrugas filiformes	1	0.19
Condilomas	1	0.19
Absceso periapical	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>219</b>	<b>41.17</b>
<b>TUMORES BENIGNOS</b>		
Hiperplasia fibrosa	62	11.65
Mucocele	38	7.14
Granuloma piógeno	12	2.26
Hiperplasia linfoide	5	0.94
Hemangioma	4	0.75
Quiste de retención mucoso	2	0.38
Adenoma pleomorfo	1	0.19
Quiste epidérmico	1	0.19
Hemangioliinfangioma lingual	1	0.19
Fibroma esclerótico pleomorfo	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>127</b>	<b>2387</b>
<b>AMPOLLOSAS</b>		
Pénfigo vulgar	48	9.02
Penfigoide ampoloso	5	0.94
Epidermolisis bulosa	1	0.19
Síndrome de Stevens-Johnson	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>55</b>	<b>10.34</b>
<b>PIGMENTADOS</b>		
Melanosis friccional	13	2.44

Melanosis racial	12	2.26
Léntigos solares	5	0.94
Nevo melanocítico adquirido	2	0.38
Tatuaje por metal	2	0.38
Hiperpigmentación por fármacos	1	0.19
Nevo melanocítico congénito	1	0.19
Pigmentación artificial	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>37</b>	<b>6.95</b>

#### ULCEROSAS

Estomatosis aftosa recurrente	23	4.32
Úlcera traumática	10	1.88
Úlcera mayor recurrente	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>34</b>	<b>6.39</b>

#### INFLAMATORIOS

Lengua geográfica	12	2.26
Liquen plano	10	1.88
Queilitis descamativa	6	1.13
Reacción liquenoide	2	0.38
Liquen plano erosivo	1	0.19
Morsicatio	1	0.19
Queilitis angular	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>33</b>	<b>6.20</b>

#### PRECANCEROSAS

Prúrigo actínico	20	3.76
Queilitis actínicas	5	0.94
Leucoplaquia	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>26</b>	<b>4.89</b>

#### AUTOINMUNES

Enfermedad de Behcet	10	1.88
Síndrome de Sjögren	7	1.32
Lupus eritematoso cutáneo	3	0.56
Lupus eritematoso sistémico	2	0.38
Enfermedad mixta del tejido conectivo	1	0.19

Liquen escleroso y atrófico	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>24</b>	<b>4.51</b>

#### OTROS

Xerostomía	7	1.32
Queratosis friccional	3	0.56
Macroglosia	1	0.19
Maloclusión	1	0.19
Queilitis facticia	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>13</b>	<b>2.44</b>

#### VASCULARES

Lago venoso	10	1.88
Mancha en vino de Oporto	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>11</b>	<b>2.07</b>

#### REACCIONALES

Dermatitis por contacto	10	1.88
<b>Sub-total</b>	<b>10</b>	<b>1.88</b>

#### NUTRICIONALES

Estomatitis carencial por deficiencia de vitamina B	2	0.38
Estomatitis carencial por deficiencia de hierro	2	0.38
Glositis carencial	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>5</b>	<b>0.94</b>

#### ANEXOS MUCOSOS

Condición de Fordyce	4	0.75
<b>Sub-total</b>	<b>4</b>	<b>0.75</b>

#### REACTIVOS

Eritema polimorfo menor	2	0.38
Glositis romboidea media	2	0.38
<b>Sub-total</b>	<b>4</b>	<b>0.75</b>

#### VARIANTES NORMALES

Lengua fisurada	4	0.75
<b>Sub-total</b>	<b>4</b>	<b>0.75</b>

### FARMACODERMIAS

Eritema pigmentado fijo	3	0.56
<b>Sub-total</b>	<b>3</b>	<b>0.56</b>

### NEOPLASIAS MALIGNAS

Carcinoma espinocelular <i>in situ</i>	1	0.19
Carcinoma espinocelular infiltrante	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>2</b>	<b>0.38</b>

### HIPERSENSIBILIDAD

Angioedema	1	0.19
<b>Sub-total</b>	<b>1</b>	<b>0.19</b>

**TOTAL** **612**

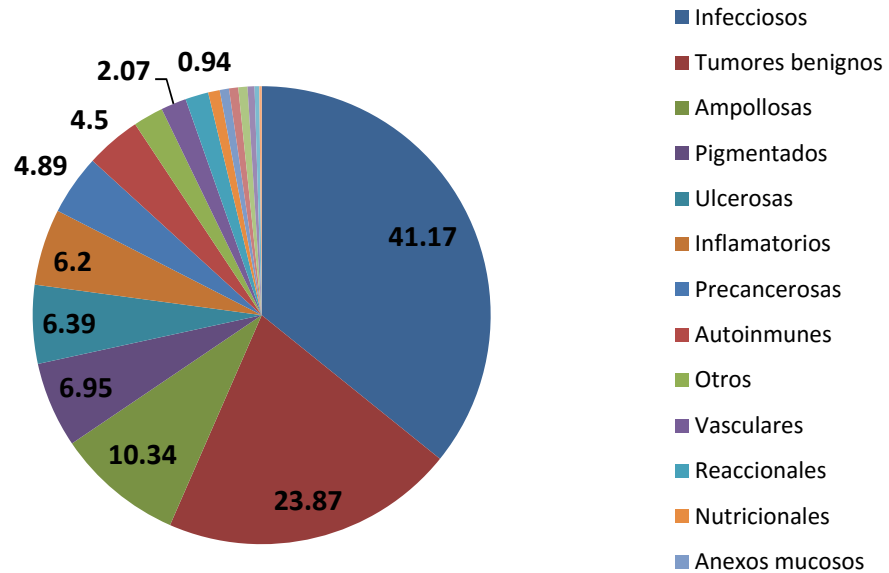
Se diagnosticaron 612 alteraciones bucales en 532 pacientes. Algunos de ellos tenían más de una alteración bucal. Las más prevalentes dentro de sus categorías en orden descendente fueron la candidiasis, la hiperplasia fibrosa, el pénfigo vulgar, la melanosis friccional, la estomatosis aftosa recurrente, la lengua geográfica, el prúrigo actínico, la enfermedad de Behcet, el lago venoso y la xerostomía.

**Cuadro 38. Prevalencia por categorías de las alteraciones bucales en pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Infeciosos	219	41.17
Tumores benignos	127	23.87
Ampollosas	55	10.34
Pigmentados	37	6.95
Ulcerosas	34	6.39
Inflamatorios	33	6.20

Precancerosas	26	4.89
Autoinmunes	24	4.51
Otros	13	2.44
Vasculares	11	2.07
Reaccionales	10	1.88
Nutricionales	5	0.94
Anexos mucosos	4	0.75
Reactivos	4	0.75
Variantes normales	4	0.75
Farmacodermias	3	0.56
Neoplasias malignas	2	0.38
Hipersensibilidad	1	0.19

**Figura 4. Prevalencia de las alteraciones bucales en pacientes del servicio de patología bucal del CDP 2010-2014**

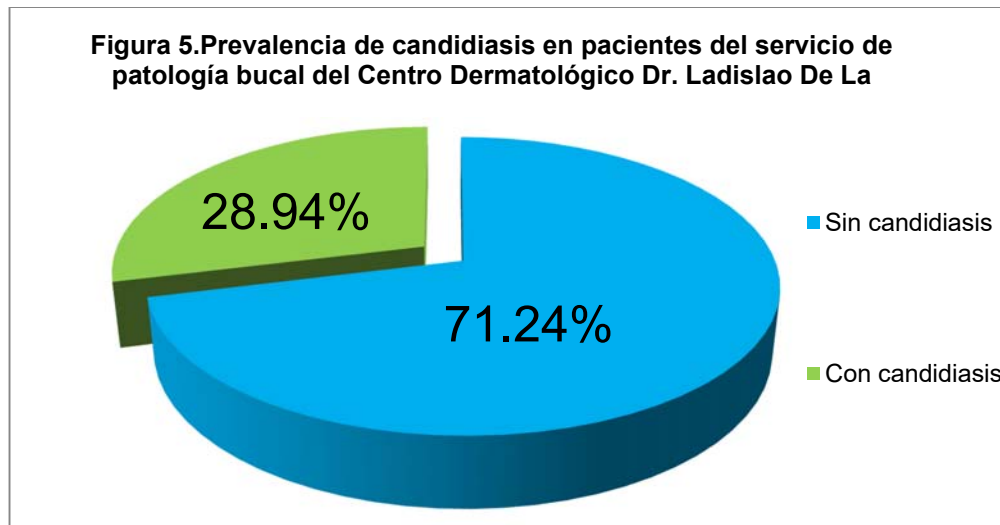


### Prevalencia de Candidiasis.

En el total de pacientes del CDP que fueron remitidos al servicio de patología bucal se encontró una prevalencia de candidiasis del 28.94%. Siendo ésta la alteración más prevalente en toda la muestra, se decidió resaltar esta información con la siguiente tabla y figura.

**Cuadro 39. Prevalencia de candidiasis en pacientes del servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao De La Pascua 2010-2014.**

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No	379	71.24
Si	154	28.94
Total	532	100.0



### ANÁLISIS BIVARIADO.

Para determinar la asociación entre el tipo de diagnóstico dermatológico y la patología bucal se utilizó la  $r^\circ$  de Spearman encontrándose una muy baja correlación negativa entre ambas ( $r^\circ=-0.146$ ,  $p=0.001$ ).

## 12. DISCUSIÓN

Se incluyeron 532 expedientes clínicos electrónicos, los cuales cumplieron con los criterios de selección ya mencionados, de pacientes con una o más alteraciones de la cavidad bucal. El 70.7% correspondió a mujeres y el 29.3% a hombres. Esto se aproxima a lo reportado por Ramírez Amador y Esquivel Pedraza en el año 2000 en la Ciudad de México en el servicio de Derma-boca del Instituto Nacional de la Nutrición, mujeres 80% y hombres 20%.<sup>10</sup> López Verdin y cols., en una clínica odontológica de la ciudad de Guadalajara, México reportaron un 68% para mujeres y un 32% para varones.<sup>7</sup> Lo anterior coincide con este estudio y parece indicar que el género femenino suele asistir con mayor frecuencia a solicitar valoración médica en nuestro país.

Contrario a lo anterior un estudio realizado por Suliman y cols.<sup>9</sup> en una clínica dermatológica en Sudán en 2011, reportó mayor prevalencia de hombres (57.9%) que de mujeres (45.6%). Se podría atribuir esta diferencia a que posiblemente en estas comunidades los hombres tienen mayores beneficios sociales y de salud que el género femenino, por lo que consultan más.



En este trabajo el promedio de edad fue de  $43.32 \pm 15.2$  años, con una mediana de 45 años y un intervalo de 1 a 90 años. Las edades más frecuentes comprendieron entre los 41 a 50 años de edad, lo que representó el 20.3% del total de los expedientes incluidos. Para López Verdín y cols.<sup>7</sup> el promedio de edad fue de  $44.4 \pm 15.3$  años, con un rango de 12 a 72 años. Entonces, se puede decir que ambos estudios coincidieron en que la quinta década de la vida es la etapa de presentación más frecuente. Para Suliman y cols.<sup>9</sup> en Sudán, el 62.4% de las alteraciones bucales (en pacientes con enfermedad dermatológica) se presentó entre los 33-85 años de edad. La edad promedio fue de  $37.1 \pm 15.9$  años con un rango de 18-85 años. Las diferencias son atribuibles a que todos los estudios emplean un rango de edad muy distinto y el de este trabajo es el rango más amplio de todos, desde el primer año de vida hasta los 90 años.

Las topografías bucales afectadas con mayor frecuencia en este estudio fueron el dorso lingual con 40.4% y la mucosa labial 37.8%; la menos afectada, el piso de la boca (2.6%). Para López Verdín y cols., las topografías de mayor frecuencia fueron encía (27.3%) y mucosa yugal (26.1%) con el piso de la boca igualmente en último lugar (2.3%). Estas diferencias pudieran atribuirse en que la patología bucal de un centro odontológico y uno dermatológico es distinta.

En cuanto al tiempo de evolución de las lesiones bucales, antes del diagnóstico fue del 65% antes del primer año, y del 22% entre los 2 y 5 años vs 57.1% reportado por López Verdín y cols.<sup>7</sup> Esto refleja que la mayoría de los pacientes acuden antes del primer año a solicitar atención médica especializada

probablemente por la disminución de la calidad de vida que estas afecciones conllevan.

La manifestación más frecuente fue el eritema (34.2%) seguido por la neoformación o aumento de volumen (32.3%), la ulceración (28%), el ardor (21.1%), las fisuras (17.7%) y el dolor (15.4%). Las fístulas (1.5%) y la sensación de cuerpo extraño (0.6%) fueron las manifestaciones menos frecuentes. El dolor no se encuentra dentro de las tres primeras manifestaciones, lo que posiblemente explica el por qué la mayoría de los pacientes esperan hasta cinco años para acudir al especialista. Siendo el acceso a la salud aún un problema en México, muchos de los pacientes con nivel socioeconómico bajo no consultan a menos que sientan dolor. El ardor bucal es un motivo de consulta frecuente y aunque la mayoría de las veces estos pacientes son diagnosticados como síndrome de boca ardorosa (ardor sin causa atribuible), la exploración minuciosa por un especialista en patología bucal revela la mayoría de las veces la presencia de infección por *Candida* la cual pasa inadvertida para otros facultativos e incluso para los dermatólogos.

De los 532 pacientes incluidos en esta investigación, 422 tuvieron sólo afectación bucal y 110 de ellos algún padecimiento que involucraba boca y alguna otra topografía derivada del mismo diagnóstico. De los 110 pacientes con enfermedad mucocutánea, la manifestación inicial del padecimiento fue en el 8.45% en boca, 7.7% en piel seguida de la topografía ocular (1.9%); piel cabelluda y genitales ocuparon el último lugar. Las topografías más afectadas después de la boca fueron en orden descendente: piel (16.9%), piel cabelluda

(8.6%), genital (4.3%) y ocular como la menos afectada (3.2%). Lo anterior aplica por ejemplo en patologías como el pénfigo vulgar, en que la afectación suele iniciar en mucosas en la mayoría de los casos y posteriormente diseminarse a piel y piel cabelluda. No fue posible determinar el tiempo transcurrido entre la afección de la topografía inicial y las demás topografías ya que no se contaba con esa información en los expedientes electrónicos.

En cuanto a los antecedentes de hábitos nocivos para la salud, en este estudio el 10.9% de los pacientes consumían alcohol y el 16.2%, tabaco. En el estudio de López Verdin y cols.<sup>7</sup>, la frecuencia en el consumo de tabaco y de alcohol fue de 21.4% y 13.5% respectivamente. Lo anterior sugiere que la población mexicana al parecer consume más tabaco que alcohol. El 12.21% de los pacientes se encuentran aún en la categoría de riesgo nulo (IT= <10 paquetes/año) para desarrollar enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El 3.2% consumió una o más de una droga, siendo las más frecuentes marihuana y cocaína.

En la investigación en el centro odontológico<sup>7</sup>, la cantidad de personas que hacían uso de prótesis removible correspondió al 14.6% (n=13), de las cuales el 69.2% (n=9) dormían con ellas.<sup>7</sup> En el presente estudio 8.3% de los pacientes utilizaban algún tipo de prótesis fija (3.8%) o removible (4.5%), aunque se desconoce si los pacientes con prótesis removibles tenían un adecuado uso e higiene de las mismas y si dormían o no con ellas ya que esa información no se encontraba asentada en los expedientes clínicos.

El uso de colutorios en la población fue del 21.2% lo que significa que cerca del 80% no los utiliza como parte de su higiene bucal. El 16.9% los utiliza diariamente en su rutina de aseo y el 4.3% de manera discontinua. La experiencia clínica y los estudios de población demuestran que los métodos de higiene se utilizan de manera insuficiente por la gran mayoría de los pacientes y por ello, el uso de colutorios se considera una ayuda en el control de la placa y la prevención de enfermedades orales. Aún así, la mayoría no los utiliza.

El porcentaje para los que padecían alguna enfermedad sistémica fue del 37.1% en la investigación de López-Verdin<sup>7</sup>; en este estudio fue del 69.4% vs 30.6% sanos. De los 369 pacientes con alguna comorbilidad, 49.2.% de los pacientes presentaron al menos una comorbilidad, 12.8% dos y solo un paciente hasta seis (0.2%). Esta discrepancia puede atribuirse probablemente al tipo de población que se compara; es decir, en el estudio de la Universidad de Guadalajara se incluyeron sujetos de la población general que acudían a una clínica odontológica y en el presente estudio se incluyeron pacientes dermatológicos de los cuales al menos 276 de ellos ya contaban con alguna alteración dermatológica de inicio, por ende el 51.7% de las comorbilidades fueron de tipo dermatológico. La hipertensión arterial (12.2%), la diabetes mellitus (7.0%), las enfermedades reumáticas (5.5%) y las alteraciones neuropsiquiátricas (5.3%) le siguieron en frecuencia.

El 61.8% de los pacientes habían consumido en los últimos treinta días algún tipo de fármaco al momento de su ingreso al servicio de patología bucal. El 24.8% de los pacientes consumió uno, el 14.8% dos y el 22.2% tres o más fármacos. El medicamento más utilizado por los pacientes al ingreso fueron los

esteroides tópicos o sistémicos 18.8%, seguido de los tópicos bucales con 17.7% y los antimicóticos 10.7%. Estos 3 agentes terapéuticos fueron frecuentemente prescritos erróneamente por médicos generales o incluso automedicados entre nuestros pacientes.

El 27.6% de los pacientes consultaron por lo menos a un facultativo buscando tratamiento médico antes de acudir al centro dermatológico. El 36.8% de los pacientes habían recibido tratamiento previo antes de ingresar al centro dermatológico y sólo el 6.6% de los pacientes tuvieron un diagnóstico acertado lo que se aproxima con lo observado por López Verdin y cols.<sup>7</sup> quienes encontraron que el 32.1% de los pacientes con patología bucal habían consultado algún profesional de la salud previamente, principalmente el odontólogo (25%) seguido del médico general (4.8%). En este estudio fue al contrario, el médico general fue consultado en un 30.5% como primera opción y el odontólogo en un 6.0% de los casos. López Verdin y cols.<sup>7</sup> mencionan también que algunos pacientes acudieron al otorrinolaringólogo y al infectólogo, en el presente estudio los pacientes acudieron también al homeópata en el 2.6%.

Al 38.5% de los pacientes se les realizó toma de biopsia para el diagnóstico bucal. En el 96% de los casos hubo correspondencia clínico-histológica. En el estudio de Sudán<sup>9</sup> sólo el 15.9% de los pacientes aceptaron la toma de biopsia con sacabocado, lo que sugiere que en nuestro Centro la población es más accesible a la realización de procedimientos diagnósticos.

En este estudio se encontraron 612 alteraciones orales con 69 diagnósticos bucales diferentes entre sí en 532 pacientes dermatológicos en su mayoría mujeres (70.7%), ya que cierto número de pacientes tuvieron más de una alteración bucal. En el estudio por Suliman y cols.<sup>9</sup> se registraron 438 alteraciones bucales con 51 diagnósticos bucales distintos entre sí en 315 pacientes de un total de 544 pacientes dermatológicos, esto con predominio en varones 57.9%. En la clínica odontológica de la Universidad de Guadalajara se registraron 101 alteraciones bucales con un total de 28 patologías bucales diferentes entre sí en 84 pacientes con predominio del sexo femenino (67.85%).

En esta investigación se registraron 69 diagnósticos bucales de los cuales las alteraciones infecciosas representaron el 41.17%. La candidiasis con el 28.95%, el papiloma escamoso con el 3.76% y la hiperplasia epitelial multifocal o enfermedad de Heck con el 3.38%, fueron las más frecuentes. Le siguieron las tumoraciones benignas con el 28.87%; de éstas el 11.65% correspondieron a hiperplasias fibrosas, el 7.14% a mucocelos y el 2.26% a granulomas piógenos. En orden descendente, las alteraciones ampollosas ocuparon el 10.34%. De éstas el pénfigo vulgar fue la entidad más frecuente con el 9.02%. Los trastornos pigmentarias se observaron en el 6.39%. La melanosia friccional representó el 2.44% y la melanosia racial el 2.26%. Los procesos ulcerativos fueron diagnosticados en el 6.39% dentro de los cuales la estomatosis aftosa recurrente ocupó el 4.32%. Cabe considerar que posiblemente la prevalencia del herpes simple y las infecciones por VPH pudieran ser mayores debido a que ambas afecciones son habitualmente

resueltas por el dermatólogo en la consulta general y no es necesario referir al paciente al servicio de patología bucal. De igual manera, algunas de las tumoraciones benignas en cavidad oral son resueltas en el servicio de consulta externa del Centro lo que pudiera estar reflejado en las prevalencias obtenidas.

Para Suliman y cols.<sup>9</sup> las lesiones linguales fueron las más prevalentes (23.3%), seguidas de lesiones de tipo blanco (liquenoides, queratosis friccional, leucoplaquia y estomatitis por tabaco; 19.1%), lesiones de tipo rojo y azules o vasculares (11%) y enfermedades vesículo-ampollosas (6%).

López Verdin y cols<sup>7</sup> en Guadalajara hallaron un mayor porcentaje de fibromas (15.4%). La queratosis friccional tuvo la misma frecuencia que las melanosis no fisiológicas e infecciones por *Candida* (13%).

Otro estudio realizado en una clínica dermatológica en la Ciudad de México (1996-1998), Ramírez-Amador y cols., recolectaron una muestra de 60 pacientes (mujeres 80% vs hombres 20%) donde las alteraciones bucales más frecuentes fueron: pénfigo vulgar (18.3%), liquen plano (8.3%), candidiasis (8.3%), estomatosis aftosa recurrente (6.7%), lesiones herpéticas, xerostomía y lesiones traumáticas, las tres con un 6.7% cada una. El 35% (n=21) de los pacientes con enfermedades mucocutáneas presentaron alteraciones bucales.<sup>10</sup> La candidiasis, el pénfigo vulgar y la estomatosis aftosa recurrente fueron, entre otras alteraciones, las más frecuentes también en este estudio.

Castellanos y cols., en una clínica odontológica universitaria en León, Guanajuato, realizaron un estudio retrospectivo de 22 años con una muestra de 23,785 pacientes. Ellos reportaron como las lesiones de mayor prevalencia el leucoedema, la úlcera traumática, la queratosis friccional, el eritema traumático, el morsicatio buccarum y la candidiasis crónica.<sup>14</sup>

Dos de los estudios mexicanos fueron realizados en una clínica odontológica y uno de ellos en una clínica dermatológica. En los tres estudios el común denominador son las alteraciones infecciosas (candidiasis), los tumores benignos (fibroma traumático) y las alteraciones pigmentarias o melanosis no fisiológicas. Las lesiones traumáticas y la estomatosis aftosa recurrente también se mencionan con alta prevalencia. El pénfigo vulgar tuvo una alta prevalencia en el estudio de la clínica dermatológica al igual que en esta casuística (9.02%), dado que se trata de una enfermedad mucocutánea.

Ramírez-Amador y cols. en la UAM Xochimilco, México, establecieron la prevalencia de 22 entidades nosológicas de la mucosa oral, siendo la pigmentación melánica (39.6%), la condición de *Fordyce* (31.5%), las manchas blancas (24.5%) y los aumentos tisulares (12.8%), los que se observaron con mayor frecuencia en población abierta.<sup>8</sup>

Esquivel-Pedraza y cols. realizaron un estudio de prevalencia de alteraciones bucales en una población cautiva en una penitenciaría en la ciudad de México donde encontraron asociación de alteraciones bucales con toxicomanías. El 75% de los individuos mencionaron el antecedente de consumo de droga. Se



detectaron lesiones bucales en el 94% de los sujetos; siendo las más comunes la hiperpigmentación melánica y las cicatrices. Se observó mayor frecuencia de lesiones pigmentadas entre usuarios de marihuana ( $p=0.03$ ) y de cicatrices entre aquellos que emplean ansiolíticos ( $p=0.04$ ); así como una menor prevalencia de la condición de *Fordyce* entre usuarios de heroína pura ( $p=0.04$ ), independientemente de factores de confusión.<sup>15</sup>

Marija y Uros en el año 2000, realizaron un estudio en la población de Eslovenia en el cual encontraron con mayor frecuencia a las variantes de lo normal (gránulos de *Fordyce*, lengua fisurada y várices linguales), seguidas en orden descendente de herpes labial, estomatosis aftosa recurrente, estomatitis subprotésica y leucoplasia.<sup>16</sup>

En un estudio realizado en la Universidad de Oviedo, España por Martínez, en el que también se incluyeron las variantes de lo normal, obtuvieron las lesiones pigmentadas como las más frecuentes, seguidas de queratosis friccionales incluyendo al *morsicatio buccarum*.<sup>17</sup>

Axell y cols., encontraron en una población de Suecia cerca de 60 condiciones bucales diferentes. Ellos mencionan a la hiperplasia epitelial multifocal, leucoedema, lengua geográfica y liquen plano con una alta prevalencia.<sup>18</sup>

Campisi y Margiotta en el año 2001, realizaron un estudio sobre lesiones en la mucosa bucal y factores de riesgo en una población de 118 hombres italianos. El 81.3% del grupo en estudio mostró lesiones en la mucosa bucal. La lesión

más frecuente fue la lengua pilosa, seguida por la leucoplasia, la queilitis actínica, las lesiones bucales traumáticas como úlceras traumáticas y lesiones blancas friccionales.<sup>19</sup>

En Estados Unidos, Schulman reportó una alta prevalencia a las lesiones por cándida, tatuajes por amalgama, morsicatio bucarum y la queratosis friccional.<sup>20</sup> Este es de los pocos estudios que menciona a las lesiones pigmentarias por amalgama como frecuentes. En el presente trabajo las lesiones pigmentarias tuvieron una prevalencia alta 6.94%, el tatuaje por metal correspondió al 0.38%.

En lo referente a neoplasias malignas, en este estudio sólo el 0.38% (n=2) correspondió a neoplasias malignas; un carcinoma epidermoide *in situ* y un carcinoma epidermoide infiltrante. Para López Verdín y cols.<sup>7</sup> las neoplasias malignas encontradas fueron un carcinoma epidermoide y un carcinoma mucoepidermoide constituyendo el 2.3% (n=2). Suliman y cols.<sup>9</sup> reportaron un caso de Sarcoma de Kaposi lo que constituye el 0.2%. El estudio de Moret Yuli en Venezuela reportó un caso de melanoma (0.04%)<sup>21</sup> y Campissi y Margiotta reportaron un caso de carcinoma de células escamosas (0,9%).

En el estudio realizado en Sudán<sup>9</sup> en pacientes dermatológicos con alteraciones bucales, se registraron 94 diagnósticos dermatológicos distintos agrupados en 22 categorías. Las enfermedades dermatológicas que tomaron el primer lugar fueron las de tipo espongióticas o inflamatorias agudas (23.2%), seguidas por las infecciones (21.1%; micóticas 9.6%, virales 6.8%, bacterianas

2.9% y por protozoarios 1.8%), las enfermedades vesículo-ampollosas (9.9%) y las alteraciones de los anexos cutáneos (8.8%). El grupo menos prevalente fue el de los tumores (2.2%). Las alteraciones ampollosas fueron más frecuentes a mayor edad (67.3% vs 32.7%;  $p < 0.05$ ).

En el presente trabajo las alteraciones dermatológicas más frecuentes en pacientes del servicio de patología bucal fueron, en orden descendente, las alteraciones infecciosas con el 11.28%, de las cuales las verrugas vulgares correspondieron al 3%, la onicomycosis al 2.07%, los condilomas acuminados al 1.13%, el herpes simple al 0.94% y el molusco contagioso al 0.75%. Las enfermedades autoinmunes y/o colagenopatías ocuparon el 9.76%, dentro de las cuales el lupus eritematoso cutáneo se diagnosticó en el 4.32%. El 8.63% de los pacientes tuvieron alteraciones de los anexos cutáneos, el acné correspondió al 2.63%. Las enfermedades inflamatorias ocuparon el 8.07%, de éstas la psoriasis correspondió al 2.44%. Los trastornos pigmentarios correspondieron al 6.57% de los cuales el melasma ocupó el 3.38%. Aunque la clasificación utilizada en ambos estudios es distinta, se podría coincidir en que los trastornos infecciosos y de tipo inflamatorio agudo y crónico fueron frecuentes en ambas poblaciones.

En Sudán, las alteraciones bucales en pacientes dermatológicos fueron más frecuentes a mayor edad (62.4% adultos mayores vs 52.7% jóvenes,  $p < 0.05$ ). También fueron más frecuentes en varones (63.2% hombres vs 52.6% mujeres,  $p < 0.05$ ). Aumentó la frecuencia de alteraciones bucales también en quienes padecían enfermedades sistémicas (65.2% con enfermedades

sistémicas vs 51.9% sanos,  $p < 0.05$ ). En los pacientes que consumían tabaco masticable también hubo un incremento significativo en la frecuencia de alteraciones bucales (77.7% consumidores vs 54.8% no consumidores,  $p < 0.00$ ).<sup>9</sup>

La relación tan baja encontrada entre el tipo de diagnóstico dermatológico y el diagnóstico bucal ( $r^{\circ} = -0.146$ ,  $p = 0.001$ ) confirma que la presencia de lesiones en la cavidad bucal de los pacientes dermatológicos puede estar afectada por múltiples factores sociodemográficos, entre ellos la edad, las adicciones o el consumo de tabaco y alcohol, por mencionar algunas.

### **13. CONCLUSIONES**

Las alteraciones de la mucosa bucal pueden ser la primera o única manifestación de enfermedades mucocutáneas, lo que obliga a conocer las alteraciones bucales más prevalentes a las que un dermatólogo pueda enfrentarse en la práctica cotidiana.

La prevalencia de las lesiones en la cavidad bucal, varía de acuerdo al lugar donde se haya tomado la muestra y al tipo de población (abierta u hospitalaria). En el presente estudio se observó una mayor frecuencia de las lesiones infecciosas (principalmente cándida), tumorales benignas, ampollosas y pigmentadas. La mayor prevalencia de entidades infecciosas pudiera sugerir la mala higiene bucodental y la falta de cuidados a los tejidos blandos en cavidad bucal. .

Una conducta errónea al realizar tanto una exploración convencional de la mucosa oral como al establecer el diagnóstico diferencial de las lesiones bucales puede suponer el pasar por alto lesiones importantes e indicar tratamientos inadecuados.

Se recomiendan nuevos estudios prospectivos aleatorizados en la población general para describir el impacto que tienen las alteraciones bucales en la salud de los mexicanos. El presente trabajo pretende estimular a otros investigadores en este campo para la realización de estudios semejantes en nuestro país, para así obtener datos que conformen el panorama de morbilidad bucal en México.

#### **14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Los hallazgos de este estudio deben ser interpretados cuidadosamente y en el contexto en que fueron obtenidos dado que existieron algunas limitaciones para su realización.

1. El carácter retrospectivo del estudio en el que los expedientes clínicos incompletos se eliminan de la muestra, modifica la prevalencia de las patologías.
2. Los expedientes clínicos de los pacientes que no hayan aceptado la realización de biopsia para ser diagnosticados o clasificados fueron

retirados del estudio, por ende la frecuencia de algunas entidades que requieren confirmación histológica pudo estar afectada.

3. La ausencia de criterios metodológicos estandarizados y la falta de uniformidad de los criterios diagnósticos complican la comparación entre estudios epidemiológicos de prevalencia de las alteraciones bucales.

4. El trabajo se realizó dentro una institución de salud, por lo que estos resultados no pueden extrapolarse o generalizarse a la población mexicana abierta. Lo anterior debido a que el país cuenta con una amplia variedad geográfica y sociocultural y algunas zonas rurales aún no cuentan con fácil acceso a sistemas de salud.

5. La muestra obtenida no fue de tipo aleatoria en población abierta sino que se realizó un muestreo de casos consecutivos de los expedientes clínicos incluidos en el servicio de patología oral, lo que pudiera incrementar la frecuencia de aquellas patologías por las que las personas consultan más y pasar inadvertidas otro tipo de alteraciones por las que las personas no acuden a buscar tratamiento a una institución de salud.

6. Dado que la precisión de las frecuencias tiende a disminuir con prevalencias bajas, se recomienda interpretar con cautela la prevalencia de alteraciones raras.

7. Los estudios previos y el presente no son totalmente comparables sin ser ajustados previamente ya que los factores de riesgo de las poblaciones se distribuyen de forma distinta.

8. Algunas variables como adicciones, tabaco y alcohol pudieran estar infraestimadas por falta de registro en los expedientes o bien porque los pacientes evitan mencionarlo por estigma social.

## 15. ANEXOS

### 15.1 Hoja de recolección de datos.

#### EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA MUCOSA BUCAL EN PACIENTES DEL CENTRO DERMATOLÓGICO PASCUA.

<b>NOMBRE</b> _____	<b>Exp</b> _____	<b>Edad</b> _____	<b>Sexo</b> ___ 1=masc 2=fem	<b>F. Consulta</b>
____/____/____				
<b>Afección sistémica:</b> _____ 0=Ausente, 1=diabetes no controlada; 2=diabetes controlada por dieta; 3= diabetes controlada por hipoglucemiantes; 4=diabetes controlada con insulina; 5= enf. reumática; 6= desnutrición/anemia; 7=HTA; 8=tiroides; 9=neurólogicas; 10= Tiroides, 11= neoplasia; 12=dermatológica; 13=gastrointestinal; 14=inmunológica; 15= artritis reumatoide, 16= lupus eritematoso, 17= insuficiencia hepática, 18= insuficiencia renal, 19 asociado a VIH-SIDA, 20 otras esp _____.				
<b>Fármacos(&lt;30 días)</b> _____ 0=Ausente; 1=esteroides; 2=antiviral; 3=antimicótico; 4=antibacteriano; 5=Quimiotx;				
6=antihipertensivos 7=hipoglucemiantes; 8=analgésicos; 9=broncodilatadores/antihistamínicos; 10=antiinflamatorios no esteroideos;				
11=ansiolíticos/antidepresivos; 12=antiácidos; 13=polivitamínicos, 14=naturista,homeopáticos,alternativos,etc. 15=control de tiroides 16=otros Esp _____				
<b>Afección en otras áreas</b> _____ 0=Ausente, 1= ocular, 2= vaginal, 3= Otras esp.				
<b>Edad inicio manif.</b> _____ 0= Desconoce, 1= <1año, 2= 1 a 5 años, 3= 6 a 10 años, 4= >10 años.				
<b>No. Médicos consultados</b> _____ <b>Tipo de especialista</b> _____ 0=Desconoce , 1=Médico,2=Odontólogo, 3= Homeópata.				
<b>Dx previos</b> _____ <b>Tx. previos</b> _____				

Factores locales	
<b>Tabaquismo</b> _____ 1=Positivo; 2= Ausente.	<b>Alcoholismo</b> __ 1=Positivo ; 2=Ausente
<b>Uso colutorios</b> __ 0=Ausente; 1=diario; 2=discontinuo	<b>Prótesis dental</b> _____ 0=Ausente; 1=fija; 2=removable

Observaciones:
<b>Otros medicamentos tópicos bucales</b> _____

<b>LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL</b>		
Diagnóstico Inicial: _____		
<b>Diagnósticos</b>	<b>de</b>	<b>certeza:</b>
<b>Otros:</b> _____		
___ _ 1. Candidosis hiperplásica	___ _ 2. Candidosis subplaca	___ _ 3. Fordyce . ___
___ 4. Línea alba oclusal		
___ _ 5. Paladar fumador	___ _ 6. Leucoedema	___ _ 7. Galvanismo _
___ 8. Liquen plano		
___ _ 9. Morsicatio buccarum	___ _ 10. Lesión liquenoide	___ _ 11. Quer. friccional _
___ 12. Leucoplasia		
___ _ 13. Lesiones hemorrágicas ( ___ _ petequias, ___ _ equimosis, ___ _ hematomas)		
___ _ 14. úlcera traumática		
___ _ 15. Eritema multiforme	___ _ 16. Dermatitis peribucal	___ _ 17. Eritroplasia
___ _ 18. Lengua geográfica		
___ _ 19. Lengua vellosa	___ _ 20. Lengua fisurada	___ _ 21. Lengua atrófica
___ _ 22. Macroglosia		
___ _ 23. Pigm. melánica racial	___ _ 24. Mácula melánica	___ _ 25. Palidez _



\_\_\_ 26. Nevo pigment.

\_\_\_ 27. Infección de mucosa de origen dental c/fístula  
origen dental s/fístula

\_\_\_ 28. Infección de mucosa de

\_\_\_ 29. Infección de mucosa de origen parodontal c/fístula  
de origen parodontal s/fístula

\_\_\_ 30 Infección de mucosa

\_\_\_ 31. Infección de mucosa por otra causa c/fístula  
otra causa s/fístula

\_\_\_ 32. Infección de mucosa por

\_\_\_ 33. Hiperplasia gingival medicamentosa  
tisulares con causa aparente:

\_\_\_ 34. Aumentos

\_\_\_ 35. Aumentos tisulares sin causa aparente:  
causa diferente a prótesis:

\_\_\_ 36. Aumentos tisulares con

\_\_\_ 37. Otras especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_ 38. Cand. pseudo.

\_\_\_ 39. Cand. eritematosa

\_\_\_ 40. Leucoplasia vellosa

\_\_\_ 41. Sarc. de Kaposi

\_\_\_ 42. Queilitis descam.

\_\_\_ 43. Queilitis angular

\_\_\_ 44. Xerostomía objetiva

\_\_\_ 45. Úlcera mayor

\_\_\_ 46. Úlc. menor/ herpetif.

\_\_\_ 47. Úlcera inesp.

\_\_\_ 48. Herpes simple

\_\_\_ 49. Hiperpig. melánica

\_\_\_ 50. Eritema lineal ging.

\_\_\_ 51. Ging. ulceronecr.

\_\_\_ 52. Period. ulceronecr.

\_\_\_ 53. Otras les. asoc.HIV

\_\_\_ 54. Mácula eritematosa

\_\_\_ 55. Cicatriz

\_\_\_ 56. Erosión

\_\_\_ 57. Papilitis

\_\_\_ 58. Indentación

\_\_\_ 59. Lengua saburral

\_\_\_ 60. Várices

Códigos de localización

<b>1= labial</b>	<b>2 = yugal y fondo de saco/mucosa alveolar</b>
<b>3 = piso de boca</b>	<b>4 = lengua ventral y frenillo lingual</b>
<b>5 = paladar blando, úvula y orofaringe</b>	<b>6 = lengua dorso</b>
<b>7 = bordes laterales lengua</b>	<b>8 = paladar duro</b>
<b>9 = encía y proceso alveolar</b>	<b>10=bermellón/ piel labio</b>

## 16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology.
- <sup>2</sup> Thorpe S. Oral Health Issues in the African Region: Current Situation and Future Perspectives. J Dent Educ 2006; 70:8-15.
- <sup>3</sup> Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dentistry and Oral Epidemiology. Volume 31, Issue Supplement 1, pages 3–24, December 2003.
- <sup>4</sup> Karcioğlu Z, Sommeran A. Practical Surgical Pathology. Toronto the Collamore Press DC. Health ed Co. 1985; 2: 158-9.
- <sup>5</sup> Espinoza I, Rojas R, Aranda W, et al. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. J Oral PatholMed 2003, 32(10):571-575.
- <sup>6</sup> Castellanos J, Díaz-Guzmán L. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. Oral Surg Oral med Oral pathol Oral radiol Oral endodontology. 2008; 105 (81): 79-85.
- <sup>7</sup> López-Verdín S, Bologna-Molina R, Sánchez-Becerra A, Horta-Sandoval A. Frecuencia de patologías bucales en una clínica de atención primaria odontológica. Rev Tamé 2013; 2 (4):100-105.

- <sup>8</sup> Ramírez-Amador V, Mosqueda-T A, Hernández –LL H. Estudio epidemiológico de las lesiones de la mucosa oral. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. División de Ciencias Biológicas y de la Salud. 1986; 1-75.
- <sup>9</sup> Suliman et al. Oral mucosal lesions in skin diseased patients attending a dermatologic clinic: a cross-sectional study in Sudan. BMC Oral Health. 2011; 11:24.
- <sup>10</sup> Ramírez-Amador V, Esquivel-Pedraza L, Orozco-Topete Rocío. Frequency of oral conditions in a dermatology clinic. International Journal of Dermatology. 2000; 39: 501-5
- <sup>11</sup> García Pola MJ, García JM, González M. Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de Oviedo. Medicina Oral 2002; 7: 184-91.
- <sup>12</sup> Rioboo-Crespo MR, Planells-del Pozo P, Rioboo-García R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10:376-87.
- <sup>13</sup> Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México, 2012.
- <sup>14</sup> Castellanos J, Díaz-Guzmán L. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. Oral Surg Oral med Oral pathol Oral radiol Oral endodontology. 2008; 105 (81): 79-85.
- <sup>15</sup> Esquivel-Pedraza L y cols. Alteraciones de la mucosa bucal en una población cautiva de México. Revista Odontológica Mexicana 2007;11 (1): 38-45

- <sup>16</sup> Marija K, Uros S. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med.* 2000; 29:331-5.
- <sup>17</sup> Martínez AI y Díaz-Canel. Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en pacientes de la Escuela de Estomatología de Oviedo. *Medicina Oral* 2002; 7(1):4-9.
- <sup>18</sup> Axell T. A prevalence study of oral mucosa lesions in an adult Swedish population. *Odontol Rev.* 1976; 27:1-103
- <sup>19</sup> Campisi G, Margiotta V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. *J Oral Pathol Med.* 2001; 30:22-8.
- <sup>20</sup> Shulman J, Miles B, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults. *JADA* 2004; 135: 1279-86.
- <sup>21</sup> Moret Y, Rivera H, Cartaya M. Prevalencia de lesiones en la mucosa bucal de pacientes diagnosticados en el laboratorio central de histopatología bucal "Dr. Pedro Tinoco" de la facultad de odontología de la universidad central de Venezuela durante el periodo 1968-1987. *Acta Odontológica Venezolana* 2007; 45 (2): 1-7.