



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

### **PROGRAMA DE TITULACIÓN POR ALTO PROMEDIO (TAP)**

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LESIONES MÁS  
FRECUENTES EN CAVIDAD ORAL DURANTE UN  
PERIODO DE 10 AÑOS EN EL DEPARTAMENTO DE  
PATOLOGÍA, MEDICINA BUCAL Y MAXILOFACIAL.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A:

CRISTAL VIGOSA MERCADO

TUTORA: Dra. ERIKA HEREDIA PONCE

ASESORA: Mtra. ADRIANA MOLOTLA FRAGOSO



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

*La educación no es llenar un cubo, sino encender un fuego.*

*William Butler Yeats*

## **Agradecimientos**

A mis padres

Que han sido siempre un faro de luz en mi camino, por jamás abandonarme. A ti mamá por ser la definición de amor y comprensión, por ser la mejor madre que cualquier hijo podría pedir, te agradezco toda la educación que le has dado a mi espíritu. A ti papá por hacer del conocimiento una forma de vida, por hacerlo un medio y no el fin, por recordarme a cada paso que “la educación es la llave que abre la puerta de la felicidad”.

A mi hermano

Que ha sido siempre mi mejor ejemplo, mi persona modelo, por darme el cariño más puro que puede existir en el mundo, te agradezco infinitamente el que seas mi compañero de vida, por no dejarme sola nunca. Te quiero y te admiro.

A mis amigos

Por todos los años juntos, por toda la alegría compartida, con ustedes todo fue increíble, hasta en los peores momentos, reímos, cantamos, y lo volvimos a intentar.

A Diego

Por demostrarme que todo aquello que no amas, es porque no lo conoces, por recordarme que todo lo malo, tiene partes buenas.

A mi tutora

Por toda su paciencia y dedicación a éste proyecto, por la confianza que siempre me otorgó.

A mi asesora

Por compartirme sus conocimientos, pero sobre todo, su alegría.

A la UNAM

Por ser mi casa, por la formación académica otorgada en todos éstos años.

# Índice

<b>1. Introducción</b>	6
<b>2. Marco teórico</b>	7
2.1 Anatomía de la cavidad oral	7
2.2 Patologías de cavidad oral	12
2.2.1 Patologías de mucosa y tejido conjuntivo	12
2.2.2 Quistes odontogénicos, tumores odontogénicos y patologías periodontales y gingivales	18
2.2.3 Patologías glandulares	22
2.2.4 Quistes no odontogénicos	24
2.2.5 Neoplasias benignas	24
2.2.6 Neoplasias malignas	25
2.2.7 Patologías de hueso	26
2.3 Clasificaciones	28
<b>3. Antecedentes</b>	31
<b>4. Planteamiento del Problema</b>	33
<b>5. Justificación</b>	34
<b>6. Hipótesis</b>	35
6.1 Hipótesis de trabajo	35
6.2 Hipótesis nula	35
<b>7. Objetivos</b>	36
7.1 Objetivo general	36
7.2 Objetivos específicos	36
<b>8. Materiales y Métodos</b>	37
8.1 Tipo de estudio	37
8.2 Selección y tamaño de muestra	37
8.3 Criterios de selección	37
8.3.1 Criterios de inclusión	37
8.3.2 Criterios de exclusión	37
8.4 Definición operacional y escala de medición de las variables	37

8.5 Método de recolección de la información	38
8.6 Procesamiento de la información	39
8.7 Análisis estadística	39
8.8 Consideraciones éticas	39
<b>9. Resultados</b>	<b>40</b>
<b>10. Discusión</b>	<b>52</b>
<b>11. Conclusiones</b>	<b>56</b>
<b>12. Referencias bibliográficas</b>	<b>57</b>



## 1. Introducción

La detección clínica de lesiones en la cavidad oral ha aumentado de manera significativa, siendo el odontólogo de práctica general el que identifica estas lesiones de manera más constante.

La OMS en el 2012 dictaminó que el estilo de vida cambiante, que incluye dietas altas en azúcares, el uso generalizado de tabaco, el aumento del consumo de alcohol y factores socio-ambientales han sido determinantes en el aumento de patologías en cavidad oral.

La vigilancia epidemiológica de dichas patologías bucales adquiere importancia en la medida en que aportan elementos útiles para la planificación, programación, organización, integración, control y dirección de programas de salud bucal, orientados a la atención de la población en general.

Las lesiones que afectan a la cavidad bucal y estructuras adyacentes han aumentado notablemente en los últimos años, sin embargo, algunas entidades se presentan de forma muy particular, siendo poco frecuentes y en casos aislados; lo cual no permite obtener datos de prevalencia, incidencia por género y edad.

La mayoría de estudios epidemiológicos de lesiones en cavidad oral se han realizado en países como Estados Unidos, Brasil, India, y en determinados países europeos, sin embargo la información que estos nos proporcionan no es equiparable a nuestra población, ya que existen claras diferencias culturales, étnicas y demográficas de aquellas sociedades con respecto a nuestra comunidad.

El presente trabajo pretende informar la situación epidemiológica de las lesiones que afectan a la cavidad bucal en una muestra obtenida del Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial en el periodo 2007-2017.

## 2. Marco teórico

### 2.1 Anatomía de la cavidad oral

La cavidad oral es una región fundamental en el estudio de la cara como un complejo esencial en el funcionamiento general del organismo. Está comprendida entre cuatro límites que le dan forma, siendo una estructura altamente especializada para el inicio no solo de la vía digestiva, sino también de la vía aérea.

De afuera hacia adentro, el techo de la cavidad oral está constituido por el paladar duro y el paladar blando, el piso de boca está conformado en su mayoría por tejidos blandos, glandulares y musculares, y las paredes laterales o carrillos por estructuras musculares que se unen en su porción anterior para formar los labios estableciendo la abertura de la boca. La parte posterior es el istmo de las fauces que se encuentra en la parte oral de la faringe. <sup>14</sup>



Figura 1. Esquema de componentes anatómicos de cavidad oral.<sup>35</sup>

La cavidad bucal puede dividirse en dos partes: el vestíbulo bucal y la cavidad bucal propia. El vestíbulo bucal externo es el espacio entre los dientes con los procesos alveolares de soporte y los labios o mejillas. La cavidad bucal propia interna es el espacio acotado en los planos anterior y lateral por los dientes y los procesos alveolares. (Figura 1)

La boca está revestida totalmente (a excepción de la superficie de los dientes) por la membrana mucosa, compuesta por epitelio plano estratificado y una lámina propia de tejido conectivo relativamente denso.

El epitelio plano estratificado sufre queratinización total, con formación de capa córnea en las partes de la boca expuestas a acción mecánica importante: encías, superficie dorsal de la lengua y paladar duro.

### **Labios y mejillas**

La forma de los labios se debe fundamentalmente al músculo estriado orbicular de los labios, Su superficie incluye la zona cutánea, la zona roja de transición y la membrana mucosa oral. La zona cutánea está cubierta por piel fina, en la que se encuentran folículos pilosos y glándulas sebáceas y sudoríparas. En la parte roja o borde libre se encuentra también epitelio cornificado. Las papilas de tejido conjuntivo son excepcionalmente altas y ricamente vascularizadas, y el color rojo de los labios se debe fundamentalmente a la sangre en éstas papilas. <sup>14 15</sup>

La superficie interna de los labios tiene epitelio no queratinizado con papilas de tejido conjuntivo más bajas, lo que también vale para las mejillas. Tanto en los labios como en las mejillas se encuentra una submucosa que fija la mucosa a los músculos más profundos, en ésta aparecen de igual manera pequeñas glándulas, que son seromucosas o mucosas.



## **Encías**

Las encías tienen epitelio queratinizado con papilas de tejido conectivo altas ricamente vascularizadas, lo que les confiere el color rosado. La lámina propia contiene gruesas fibras de colágeno, que se continúan con el periostio del alveolo dentario, puesto que no existe submucosa. Además no se encuentran glándulas.<sup>17</sup>

## **Lengua**

La lengua es un órgano muscular móvil cubierto por una mucosa. Sus dos tercios anterior se encuentran en la boca y el tercio posterior está en la orofaringe.

El surco terminal divide la lengua en sus dos tercios anteriores y el tercio posterior. El agujero ciego se localiza en el vértice de éste surco. Es el resto del extremo superior del conducto tirogloso. Entre 10 y 12 papilas circunvaladas se encuentran por delante del surco.

La mucosa de los dos tercios anteriores de la lengua posee numerosas papilas filiformes y fungiformes en su cara dorsal. El frenillo conecta la lengua con el piso de la boca. Los pliegues laterales de la mucosa, o pliegue fimbriado, también se observan en la cara ventral de la lengua.

La superficie irregular del tercio posterior de la lengua se debe a las amígdalas linguales subyacentes.

Los vasos de la lengua comprenden las arterias y las venas linguales. El drenaje linfático se dirige hacia los ganglios cervicales profundos, submandibulares y submentonianos.

## **Piso de boca y región submandibular**

Ésta región se extiende entre la mandíbula y el hueso hioides. Contiene las siguientes estructuras:



- Músculos: digástrico, milohiideo, hiogloso, genihiideo, geniogloso y estiloso.
- Glándulas salivales: submandibular y sublingual.
- Nervios: lingual, glossofaríngeo e hipogloso; ganglio submandibular.
- Vasos sanguíneos: facial y lingual.
- Ganglios linfáticos: submandibular.

### **Paladar y amígdalas**

El paladar forma el techo de la boca y el piso de las fosas nasales. Se divide en dos porciones:

- El paladar duro está formado por la apófisis palatina del maxilar y la lámina horizontal del hueso palatino. El epitelio está cornificado con papilas altas. En el rafé palatino falta la submucosa, que por lo regular fija la mucosa al periostio del paladar duro, la submucosa contiene numerosas glándulas mucosas en la parte posterior.
- El paladar blando es una lámina fibromuscular móvil que queda en la zona posterior. Está constituida por músculos y la aponeurosis palatina: la expansión del tendón del tensor del velo del paladar. Está revestido en la superficie oral por epitelio plano estratificado no queratinizado, que en la superficie nasal se transforma en epitelio cilíndrico pseudoestratificado ciliado. Existen glándulas mucosas en la submucosa de la cara oral y glándulas mucoserosas mixtas en la de la cara nasal. La parte principal del paladar blando está formada por músculo esquelético estriado.

La irrigación del paladar procede de las arterias palatinas mayores y menores. Su innervación está a cargo del ganglio pterigopalatino.

Las amígdalas palatinas son masas de tejido linfático que se encuentran en las fositas amigdalinas entre los arcos palatoglosos y palatofaríngeos. Están cubiertas por una mucosa. Su superficie se encuentra perforada por múltiples orificios que

corresponden a las criptas amigdalinas. Los linfáticos drenan en los ganglios cervicales profundos.<sup>16</sup>

### Glándulas salivales

Las glándulas salivales desembocan o secretan en la cavidad oral. La mayoría son glándulas pequeñas que se encuentran en la submucosa o la mucosa del epitelio oral que recubre la lengua, el paladar, las mejillas y los labios, y se abren directamente en la cavidad oral o a través de pequeños conductos.<sup>29</sup>

Además de éstas pequeñas glándulas, hay glándulas mucho más grandes, como las parótidas, las submandibulares y las sublinguales, que son pares.

Todas las glándulas salivales están formadas por acinos glandulares serosos y mucosos, y de acuerdo con el contenido de estos 2 tipos de acinos, las glándulas salivales pueden clasificarse en 3 categorías. Las glándulas serosas contienen exclusivamente acinos glandulares serosos y secretan una saliva fluida conteniendo ptialina, pero sin mucina. Las glándulas mucosas contienen exclusivamente acinos glandulares mucosos y secretan mucina, por lo que el

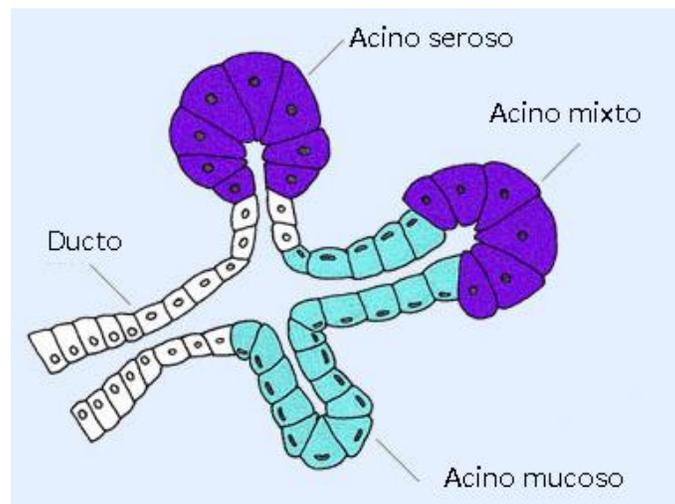


Figura 2. Esquema de glándula<sup>36</sup>

producto es muy viscoso. Las glándulas mixtas contienen acinos serosos y mucosos, y la secreción es viscosa. <sup>17</sup> (Figura 2)

## **Maxilar y mandíbula**

La mandíbula es un hueso, plano, impar, central y simétrico, en forma de herradura, situado en la parte inferior y anterior de la cara. Presenta un cuerpo horizontal y dos ramas ascendentes verticales, situadas a ambos lados del cuerpo. Es el hueso más denso y prominente de la cara.

Los maxilares se sitúan en la cara, por encima de la cavidad bucal, por debajo de la cavidad orbitaria y lateralmente a las cavidades nasales, formando parte de las tres cavidades. Se articula con el del lado contrario y presenta una gran cavidad en su interior: el seno maxilar. <sup>16</sup>

## **2.2 Patologías de cavidad oral**

La patología, es una rama de la medicina que estudia las enfermedades para conocer su etiología, su patogenia y su pronóstico.

Al ser la patología bucal parte de la patología general, se enfoca de manera específica a los padecimientos del aparato estomatognático (tejidos adyacentes, mucosa bucal, músculos, órganos dentarios, etc.). <sup>1</sup>

### **2.2.1 Patologías de mucosa y tejido conjuntivo**

#### **Lesiones pigmentadas**

La mucosa oral está constituida por un epitelio plano estratificado y tejido conjuntivo subyacente. El color de la mucosa normal se debe principalmente a la presencia de melanina en el epitelio y de hemoglobina en los vasos del tejido conjuntivo. <sup>18</sup>

La melanina es producida por los melanocitos y los nevocitos, ambas células originadas en la cresta neural. Los melanocitos predominan en la capa basal del

epitelio y pueden evidenciarse mediante distintas tinciones. Los melanocitos en el tejido conjuntivo son aquellos que se detuvieron en su migración desde la cresta neural hasta el epitelio.

La intensidad de la pigmentación melánica varía en función de la cantidad de pigmento y la profundidad a la que éste se encuentra, desde marrón (localización superficial) hasta negro o azul (localización profunda). (Figura 3) Las lesiones pigmentadas bucales se pueden originar por acumulación anómala de pigmentos habitualmente presentes en la mucosa oral (melanina) o ajenos a ella (pigmentos exógenos y endógenos).<sup>19</sup> (Tabla 1)



Figura. 3 Foto clínica de: A. Mácula B. Argirosis.  
Fuente directa.

**Tabla 1. Lesiones pigmentadas**

<b>Lesiones melanocíticas idiopáticas o inflamatorias</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Pigmentación racial o fisiológica</li><li>○ Melanosis por tabaquismo</li><li>○ Efélides</li><li>○ Mácula melanótica</li></ul>
<b>Neoplasias</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Nevos</li><li>○ Melanoma</li><li>○ Tumor neuroectodémico de la infancia</li></ul>
<b>Pigmentaciones producidas por depósitos exógenos (no melánicas)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Tatuaje por amalgama</li><li>○ Pigmentación por metales pesados: Mercurio, plata, bismuto, arsénico, oro y plomo</li><li>○ Pigmentación por fármacos</li></ul>
<b>Pigmentaciones endógenas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ocronosis</li><li>○ Hemocromatosis</li></ul>
<b>Síndromes y enfermedades relacionadas con pigmentaciones bucales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Síndrome de Peutz Jeghers</li><li>○ Síndrome de Laugier Hunziker</li><li>○ Enfermedad de Addison</li><li>○ Acantosis nigricans</li><li>○ Liquen pigmentario</li></ul>
<b>Seudomanchas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Lengua negra vellosa</li><li>○ Hemangioma</li><li>○ Angioma senil traumático</li><li>○ Varices</li><li>○ Síndrome de Rendú Osler Weber</li><li>○ Granuloma piogénico</li><li>○ Hemoflictenosis</li><li>○ Blue rubber bleb nevus</li></ul>

Fuente: Fernández G. *Lesiones pigmentadas de la mucosa oral. Parte I.*<sup>18</sup>

### **Lesiones reactivas**

Las lesiones de origen reactivo en la mucosa oral son las más frecuentes. Se presentan como aumentos de volumen locales, que generalmente surgen como respuesta a un trauma constante en la zona afectada.

Clínicamente estas lesiones son pedunculadas o de base sésil, indoloras y varía en color, desde rosa claro a rojo. La apariencia de la superficie es variable, puede ser lisa, lobulada o presentar úlcera; el tamaño de la lesión puede ser de algunos milímetros hasta varios centímetros.<sup>20</sup>

Histopatológicamente, las lesiones reactivas pueden estar conformadas por la proliferación de tejido fibroso y puede tener variantes con otro tipo de tejido; así como componentes histológicos: células gigantes multinucleadas, material calcificado o pequeños vasos. Por lo general tienen un inicio rápido y pueden aumentar y disminuir de tamaño. El aspecto clínico de las lesiones reactivas es muy similar a la de las proliferaciones neoplásicas, siendo éste el principal reto diagnóstico.

Las lesiones reactivas localizadas más frecuentes en la cavidad oral son: hiperplasia fibrosa focal, granuloma de células gigantes periféricas, fibroma osificante periférico y granuloma piógeno.

- Hiperplasia fibrosa focal: también denominado fibroma por irritación, es una proliferación semejante al tejido cicatrizal provocada por un factor irritante. La exéresis permite el diagnóstico y es curativa. (Figura 4A)
- Granuloma periférico de células gigantes: reacción hiperplásica endotelial e histiocítica, de etiología desconocida y localización típicamente gingival. Debe hacerse una amplia exéresis porque tiende a la recidiva.
- Fibroma osificante periférico: es un nódulo gingival hiperplásico con zonas de hueso. Se origina a partir del ligamento periodontal. Las áreas óseas se pueden visualizar en las radiografías. Debe extirparse con el periodonto, y hacer un alisado radicular. (Figura 4B).
- Granuloma piógeno: agrandamiento gingival de aspecto tumoral, se caracteriza por ser muy vascularizado, no purulento; puede producirse como respuesta a un trauma menor, su etiología no se relaciona con microorganismos infecciosos. Se localiza en cualquier área de la mucosa bucal, es más común en la encía marginal-vestibular de los dientes anteriores del maxilar. (Figura 4C)



Figura 4. Foto clínica de: A. Hiperplasia fibrosa B. Fibroma osificante periférico C Granuloma piógeno. Fuente directa.

### Lesiones potencialmente malignas

La displasia epitelial (DE) de la mucosa oral constituye en la actualidad una alteración morfológica que traduce una serie de modificaciones de las características histológicas normales del epitelio bucal y que se correlaciona con un riesgo mayor de transformación maligna.<sup>22</sup> (Figura 5)

El término displasia se aplica entonces cuando la alteración arquitectónica se acompaña de atipia citológica (variaciones en el tamaño y la forma de los queratinocitos).<sup>37</sup>

La valoración de la DE es un proceso subjetivo ya que no existen parámetros cuantificables. Aún no existen marcadores definitivos que señalen el riesgo o potencial de transformación. MacDonald y Rennie en 1975 demostraron, que hasta un 25% de lesiones consideradas reactivas y por tanto biológicamente benignas en principio, mostraban datos de DE en el análisis histopatológico. Esto se debe a que muchos de los aspectos reparativos o regenerativos presentes en el epitelio en estas lesiones pueden ser indistinguibles de las alteraciones presentes en la verdadera displasia epitelial. Estos datos vienen de nuevo a resaltar la importancia de la relación clínico-patológica en el diagnóstico de las lesiones orales. (Tabla 2)

En la actualidad en la patología oral y maxilofacial la biopsia y el análisis histopatológico siguen siendo el estándar de oro de las pruebas diagnósticas.<sup>22</sup>

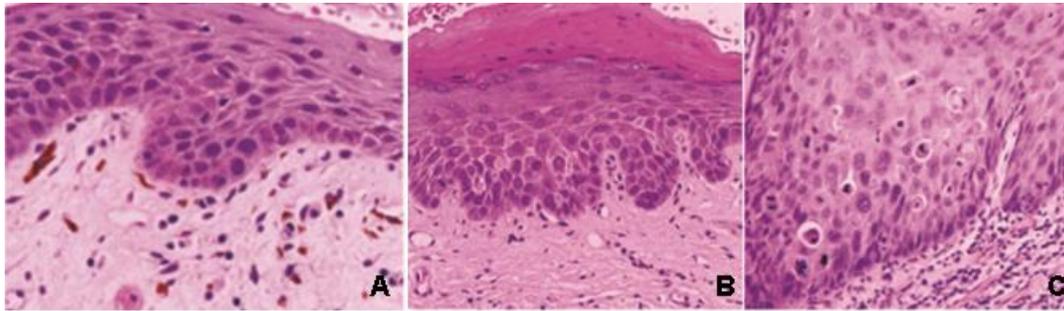


Figura 5. Imagen histológica: A. Displasia leve B. Displasia moderada C. Displasia severa. <sup>37</sup>

**Tabla 2. Datos histopatológicos de la displasia epitelial en la mucosa oral**

<b>Datos arquitecturales.</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estratificación irregular.</li> <li>2. Pérdida de polaridad de las células basales.</li> <li>3. Crestas epiteliales anómalas (en gota, bulbosas)</li> <li>4. Aumento del número de mitosis.</li> <li>5. Mitosis anormales superficiales.</li> <li>6. Queratinización prematura de células aisladas.</li> <li>7. Perlas de queratina dentro de las crestas.</li> </ol>
<b>Datos citológicos</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Variación anormal en el tamaño nuclear.</li> <li>2. Variación anormal en la forma nuclear.</li> <li>3. Variación anormal en el tamaño celular.</li> <li>4. Variación anormal en la forma celular.</li> <li>5. Aumento en la proporción núcleo/citoplasma.</li> <li>6. Aumento del tamaño nuclear.</li> <li>7. Mitosis atípicas.</li> <li>8. Aumento del número/tamaño nucleolos.</li> <li>9. Hiperchromatismo.</li> </ol>

Fuente: Aguirre P *Displasia epitelial. Concepto y significación.* <sup>22</sup>

## Lesiones del tejido conjuntivo

### Hemangiomas

Los hemangiomas orales, son tumores benignos congénitos compuestos por vasos sanguíneos, que proviene de los restos embrionarios del tejido mesodérmico en la primera infancia. (Figura 6) No se conoce la etiología de esta patología, pero la literatura señala un defecto en el desarrollo de los vasos sanguíneos.<sup>23</sup> Histopatológicamente se pueden clasificar en:

- Hemangioma Capilar, que se caracteriza por la gran presencia de capilares de origen endotelial, que se encuentran superficialmente.
- Hemangioma Cavernoso, formado por grandes conductos vasculares dilatados no bien delimitados y que afectan a estructuras profundas.
- Hemangioma Mixto, que es una variante muy poco frecuente.



Figura 6. Foto clínica de hemangioma. Fuente directa.

### 2.2.2 Quistes odontogénicos, tumores odontogénicos y patologías periodontales y gingivales

#### Quistes odontogénicos

Kramer <sup>24</sup> en 1974 definió un quiste como "una cavidad patológica que tiene contenidos fluidos, semifluidos o gaseosos y que no se crea por la acumulación de pus".

Quiste se define entonces como una bolsa conjuntivo-epitelial, tapizada en su interior por epitelio y recubierta en su cara externa por tejido conectivo, que encierra un contenido líquido o semilíquido. Son asintomáticos y se descubren en estudios radiográficos de rutina. De acuerdo a su patogénesis, se clasifican como lesiones del desarrollo o de tipo inflamatorio. (Tabla 3)

**Tabla 3. Quistes**

<b>A. Quistes revestidos de epitelio</b>
Origen del desarrollo
<b>Quiste odontogénico</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Gingival de los lactantes</b></li><li>○ <b>Queratoquiste</b></li><li>○ <b>Quiste dentífero</b></li><li>○ <b>Quiste de la erupción</b></li><li>○ <b>Quistes gingivales de los adultos</b></li><li>○ <b>Quiste periodontal lateral del desarrollo</b></li><li>○ <b>Quiste odontogénico glandular</b></li><li>○ <b>Quiste odontogénico calcificante</b></li></ul>
Origen inflamatorio
<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Quiste radicular, apical y lateral</b></li><li>○ <b>Quiste residual</b></li><li>○ <b>Quiste periodontal juvenil</b></li><li>○ <b>Quiste colateral inflamatorio</b></li></ul>
<b>B. Quistes no revestidos de epitelio</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Quiste óseo solitario</b></li><li>○ <b>Quiste óseo aneurismático</b></li></ul>

Fuente: Shear M *Cysts of the Oral and Maxillofacial Regions.* <sup>25</sup>

Tanto los quistes del desarrollo como los inflamatorios se caracterizan por un crecimiento lento y una tendencia expansiva. A pesar de ser entidades con un comportamiento benigno, pueden alcanzar un tamaño considerable si no se diagnostican y se tratan a tiempo.<sup>25</sup> (Figura 7)



Figura. 7 Imagen radiográfica de quiste dentígero. Fuente directa.

### **Tumores odontogénicos**

Quiste se define como una bolsa conectivo-epitelial, tapizada en su interior por epitelio y recubierta en su cara externa por tejido conjuntivo, que encierra un contenido líquido o semilíquidos.<sup>24</sup> Estos tumores pueden ocurrir en cualquier momento durante la vida de un individuo y su comportamiento puede variar del hamartomatoso al neoplásico. (Figura.8)



Figura. 8 Imagen radiográfica de odontoma. Fuente directa.

El conocimiento de las características clínicas básicas como la edad, el sexo y la ubicación puede ser beneficioso para proporcionar pistas para el desarrollo de un diagnóstico diferencial de trabajo. (Tabla 4)

**Tabla 4. Neoplasias y lesiones tumorales benignas derivadas del aparato odontogénico**

<p><b>Epitelio odontogénico con estroma fibroso maduro.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Ameloblastomas</li><li>○ Sólido / multiquístico</li><li>○ Extraóseo / periférico</li><li>○ Desmoplásico</li><li>○ Uniquístico</li><li>○ Tumor odontogénico escamoso calcificante</li><li>○ Tumor odontogénico epitelial calcificante</li><li>○ Tumor odontogénico adenomatoide</li><li>○ Tumor odontogénico queratinizado quístico</li></ul>
<p><b>Epitelio odontogénico con ectomesénquima odontogénico con o sin formación de tejido dental duro</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Fibroma ameloblástico</li><li>○ Fibrodentinoma ameloblástico</li><li>○ Fibro-odontoma ameloblástico</li><li>○ Odontoma complejo</li><li>○ Odontoma compuesto</li><li>○ Odontoameloblastoma</li><li>○ Tumor odontogénico quístico calcificante</li><li>○ Tumor dentinogénico de células fantasma</li></ul>
<p><b>Mesénquima y/o ectomesenquima odontogénica con o sin epitelio odontogénico incluido</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Fibroma odontogénico "(tipos pobres en epitelio y ricos en epitelio)</li><li>○ Mixoma odontogénico o fibromixoma</li><li>○ Cementoblastoma</li></ul>

Fuente: Reichart P. *Odontogenic Tumors and Allied lesions*.<sup>26</sup>

## Patologías periodontales y gingivales

Las infecciones periodontales son un conjunto de enfermedades localizadas en la encía y en las estructuras de soporte del diente, las cuales están producidas por bacterias provenientes de la placa bacteriana. Estas bacterias son esenciales para

el inicio de la enfermedad, pero existen factores predisponentes del hospedador y microbianos que influyen en la patogénesis de la enfermedad. La microbiota bacteriana periodontopatógena es necesaria pero no suficiente para que exista enfermedad, siendo necesaria la presencia de un hospedador susceptible. Estas enfermedades se han clasificado en gingivitis, limitadas a la encía y periodontitis, extendidas a tejidos más profundos.<sup>28</sup>

### 2.2.3 Patologías glandulares

Las entidades patológicas que afectan a las glándulas salivales son muy diversas, por lo que la etiología de éstas incluye a procesos de tipo: inflamatorio, infeccioso obstructivo, autoinmune, granulomatoso o neoplásico. (Tabla 5)

Los tumores salivales se dividen en benignos y malignos. El 80% de todos los tumores salivales se dan en la parótida, y de estos el 80% son benignos, correspondiendo la mayoría a adenomas pleomorfos. (Figura 9)

El 20% de los tumores parotídeos, el 35% de los submaxilares y el 50% de los de las glándulas menores son malignos. (Figura.10)



Figura. 9 Foto clínica de mucocele.  
Fuente directa.

**Tabla 5. Diagnóstico diferencial de las patologías de las glándulas salivales**

<b>Inflamatorias/ infecciosas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Parotiditis aguda</li><li>○ Parotiditis vírica</li><li>○ Parotiditis por virus de la inmunodeficiencia humana</li><li>○ Parotiditis bacteriana aguda</li><li>○ Parotiditis tuberculosa</li><li>○ Parotiditis por micobacterias no tuberculosas</li><li>○ Parotiditis recurrente juvenil</li></ul>
<b>Obstructivas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Mucocele</li><li>○ Ránula</li><li>○ Litiasis salival</li></ul>
<b>Autoinmunes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Síndrome de Sjögren</li></ul>
<b>Granulomatosas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Sarcoidosis</li><li>○ Granulomatosis</li></ul>
<b>Sialometaplasia necrotizante</b>	
<b>Tumorales</b>	
<b>Epiteliales benignas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Adenoma pleomorfo</li></ul>
<b>Mesenquimales benignas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Hemangioma</li><li>○ Linfangioma</li></ul>
<b>Epiteliales malignas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Carcinoma mucoepidermoide</li><li>○ Carcinoma de células acinares</li><li>○ Carcinoma adenoide quístico</li></ul>
<b>Mesenquimales malignas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Rabdomiosarcoma</li></ul>
<b>Sialoblastoma</b>	



Figura. 10 Foto clínica de: A. Adenoma pleomorfo vista intraoral. B. Adenoma pleomorfo vista extraoral. Fuente directa.

#### 2.2.4 Quistes no odontogénicos

Por definición, un quiste es una cavidad patológica (a menudo llena de líquido) que está recubierta por epitelio, como lo indica su nombre, los quistes de dicha clasificación no provienen de tejidos de origen odontogénico, un ejemplo de ellos es el quiste del conducto nasopalatino.<sup>25</sup>

#### 2.2.5 Neoplasias benignas

Se trata de una serie de entidades que se caracterizan por un crecimiento anormal en los tejidos blandos de la cavidad bucal que no se extienden a otras partes del cuerpo.<sup>31</sup> Los tumores benignos generalmente son únicos y de crecimiento lento, con un periodo de tiempo aproximado de 2 a 6 años. Pueden aparecer en los labios, encías, paladar, piso de boca o lengua. Los signos y síntomas más frecuentes son:

- Aumento de volumen cualquier parte de la boca.
- Ulcerado y sangrante.

La nomenclatura de las neoplasias benignas se basa en criterios histológicos dependiendo de la procedencia del tejido en el que se observa un crecimiento anormal.

La cavidad oral está tapizada por la mucosa oral, una estructura epitelio-conjuntiva que la recubre de forma completa. Los tumores que derivan de esta estructura pueden originarse tanto del epitelio estratificado escamoso como del corion subyacente. <sup>31</sup>

Por lo tanto, se pueden clasificar en:

Tumores de estirpe epitelial: queratoacantoma, papiloma, verruga vulgar, condiloma acuminado. (Figura. 11A)

Tumores de estirpe mesenquimal: lipoma, fibroma, mixoma, xantoma verruciforme, fascitis nodular. (Figura 11B)

Tumores de estirpe muscular: Las neoplasias benignas originadas en el tejido muscular son raras en la cavidad bucal, las más frecuentes son: leioma y rabiomioma.

Tumores nerviosos: el tumor benigno más frecuente que afecta la cavidad bucal es el neurilemoma, el cual deriva de las células de Schwann e histológicamente se caracteriza por estar encapsulado, y la localización más común es la lengua. Se presenta en la 2° y 3° décadas de la vida y tiene predilección por las mujeres.

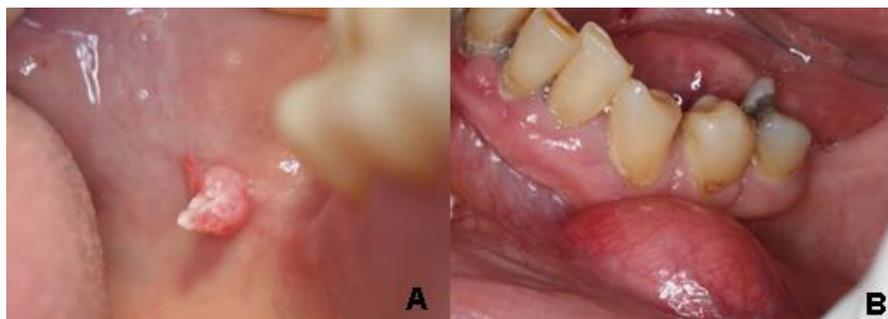


Figura. 11 Foto clínica de: A. Papiloma.  
B. Lipoma Fuente directa.

### 2.2.6 Neoplasias malignas

Las neoplasias malignas de la cavidad bucal pueden ser de origen epitelial o conjuntivo. La lesión más frecuente de origen epitelial es el carcinoma de células escamosas que representa el 90% de los cánceres bucales <sup>32</sup>(Figura 12). Otros tipos de carcinomas menos comunes son el carcinoma verrucoso, mucoepidermoide y el melanoma. Entre los de origen mesenquimal están: el sarcoma de Kaposi, fibrosarcoma, liposarcoma, leiomioma y el rabdomiosarcoma.

La localización más frecuente de los tumores malignos es el borde bermellón de los labios, el borde lateral de la lengua y el suelo de la boca. Clínicamente pueden ser exofíticos, endofíticos o infiltrantes, ulcerados o tener formas combinadas.



Figura. 12 Foto clínica de carcinoma de células escamosas. Fuente directa.

### 2.2.7 Patologías de hueso

Las enfermedades que afectan al tejido óseo de los maxilares, afectan con mayor frecuencia a la segunda y tercera década de la vida, sin embargo la diversidad de entidades nosológicas, abre un gran espectro de posibilidades de cambios histopatológicos en función al tipo de lesión (Tabla 6). Las neoplasias malignas que se desarrollan en los maxilares son menos frecuentes, y pueden ser primarias y/o metastásicas que se forman en tejidos duros.<sup>33</sup> Ejemplos de patologías benignas son el osteoma, o la osteítis condensante.

**Tabla 6. Patologías de hueso**

<b>Tumores mesenquimatosos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mixoma odontogénico: presente en ambos maxilares, encargado de sustituir el tejido esponjoso e incluso la pulpa dentaria con grandes cantidades de tejido colágeno y fibroblastos, con una matriz de mucopolisacáridos, además de verdaderas islas de hueso residuales y algunos capilares.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fibroma odontogénico central: presente en ambos maxilares, se encarga de ocupar sobre todo el hueso esponjoso repercutiendo sobre el hueso cortical con grandes cantidades de fibra colágena</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cementoblastoma: presente en el maxilar inferior y raíces dentarias, afectan el hueso esponjoso de la región posterior del hueso mandibular con tejido fibroso y colágeno derivado del cementoblasto.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Displasia cementaria periapical: en ambos maxilares, considerada como una respuesta ante infecciones y traumatismos. Presenta fibroblastos con tejido cementiforme y hueso inmaduro entremezclado.</li> </ul>
<b>Tumores benignos no odontogénicos</b>	
<b>Fibroma cemento osificante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es una lesión intraósea de los maxilares que se encuentra perfectamente delimitada y encapsulada, formada por tejido fibroso y pequeñas calcificaciones.</li> </ul>
<b>Displasia fibrosa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sustitución completa del hueso esponjoso de ambos maxilares por tejido fibroso anormal, por actividad desordenada de células.</li> </ul>
<b>Osteoblastoma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lesión a nivel óseo del maxilar y la mandíbula corresponde a una variación de manifestaciones óseas reactivas.</li> </ul>
<b>Osteoma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se ubica en el hueso esponjoso de los maxilares ya que es difícil de ubicarlo por su tamaño están constituido por tejido óseo maduro.</li> </ul>
<b>Granuloma central de células gigantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se encuentra en los maxilares se presenta como un granuloma de células gigantes y osteoclastos derivadas de las células mononucleares normales ante una agresión</li> </ul>

Fuente: Vargas M. *Patologías óseas del maxilar*.<sup>33</sup>

## 2.3 Clasificaciones

La presencia de anomalías en la cavidad oral, ha sido siempre tema de interés para el clínico, por ello el poder estudiarlas de manera sistemática ha representado el mejor método de organización y de conocimiento de las mismas, siendo ésta la razón de la constante búsqueda de una clasificación que ayude a su fácil identificación.

Una de las clasificaciones más utilizadas para clasificar las lesiones en boca, es la denominada por su acrónimo como MIND (Tabla 7), que toma la etiología para formar los cuatro apartados.<sup>34</sup>

**Tabla 7. Clasificación MIND**

Metabólicas (sistémicas)
<b>A. Hormonales</b>
<b>B. Nutricionales.</b>
Inflamatorias.
<b>A. Traumáticas</b>
<b>B. Reactivas</b>
<b>C. Infecciosas</b>
<b>1. Bacteriana.</b>
<b>2. Fúngica</b>
<b>3. Viral</b>
<b>D. Inmunológicas</b>
<b>1. Hipersensibilidad</b>
<b>a. Alérgenos endógenos (autoinmune)</b>
<b>b. Alérgenos exógenos</b>
<b>2. Inmunodeficiencia</b>
Neoplásicas
<b>A. Benigna</b>
<b>B. Premaligna</b>
<b>C. Maligna</b>
Desarrollo
<b>A. Adquiridos</b>
<b>B. Genéticos. (Hereditarios)</b>

Fuente: Carpenter A. *Two Approaches to the Diagnosis of Lesions of the Oral Mucosa.*<sup>34</sup>

Sin embargo, a medida que se realizaron más estudios sobre las patologías de la cavidad oral, diferentes autores propusieron sus propias clasificaciones según las necesidades de cada investigación.

Shulman<sup>3</sup> y colaboradores en 2004, realizaron un estudio estadístico de una población estadounidense, en éste, realizó una clasificación de las lesiones dependiendo de las características del paciente dónde las encontraba, en función al consumo de tabaco de los mismos, tomando en cuenta género y edad.

En 2017 Cornejo<sup>2</sup> y colaboradores, realizaron el análisis de una población en Cd. Juárez, en dónde hicieron la división de las patologías encontradas cómo: lesiones bucales y condiciones bucales. (Tabla 8)

**Tabla 8. Principales lesiones y condiciones bucales**

<b>Lesiones bucales</b>
Lesión blanca friccional
Aumento tisular con causa aparente
Épulis fisurado
Úlceras traumáticas
Estomatitis protésica tipo II
<b>Condiciones bucales</b>
Melanosis fisiológica.
Gránulos de Fordyce
Torus palatino y mandibular
Leucoedema
Línea alba oclusal
Várices linguales
Lengua fisurada

Fuente: Cornejo A. *Frecuencia de lesiones orales y variantes de lo normal en pacientes del Departamento de Estomatología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.*<sup>2</sup>

Otra clasificación fue la propuesta en 2006 por Jones-Franklin, los cuales realizaron una clasificación basados en la localización de las lesiones, así como su origen. (Tabla 9)

**Tabla 9. Clasificación Jones –Franklin**

Patologías de mucosa
Quistes odontogénicos
Patologías de dientes
Patologías misceláneas
Patologías de glándulas salivales (no malignas)
Neoplasias benignas
Patologías periodontales
Neoplasias malignas
Patologías de hueso
Patologías de tejido conjuntivo
Quistes de origen no odontogénico.
Tejido normal
Tumores de origen odontogénico

Fuente: Jones A. *Analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period.* <sup>5</sup>

### 3. Antecedentes

El diagnóstico de la gran variedad de lesiones que ocurren en la cavidad oral es una parte esencial de la práctica dental; un elemento importante para establecer un diagnóstico es el conocimiento de la frecuencia de las lesiones. Estados Unidos, India, Brasil, Italia y Reino Unido, son algunos países donde se han realizado diversos estudios analizando la frecuencia de las lesiones que pueden llegar a presentarse; sin embargo en México es un tema poco abordado.<sup>1, 6 3, 5, 8, 38,39</sup>

La hiperplasia fibrosa, es considerada por la mayoría de los autores como la patología más frecuente; caracterizada por ser un agrandamiento del tejido conectivo; se considera una lesión reactiva ya que se presenta como respuesta a un irritante crónico local; es una lesión común en pacientes adolescentes y de edad adulta debido a que su etiología principal se asocia a maloclusión, al uso de aparatología protésica u ortodóntica mal ajustada, así como a la presencia de biofilm. El granuloma periapical coincide de igual manera cómo la segunda lesión más frecuente.<sup>1, 3,6</sup>

Los estudios que se han realizado, han contenido diferentes enfoques, por ello las clasificaciones que se han utilizado para categorizar a las lesiones son distintas; algunas están basadas en la etiología de la lesión (MIND), otras en las características propias del paciente (fumadores, no fumadores, consumidores de tabaco etc.), grupos de edades específicos (población infantil).o la localización y procedencia (Jones-Franklin). Es por esto que existen reportes que difieren sobre que la hiperplasia fibrosa y el granuloma periapical sean las lesiones más frecuente, teniendo a los quistes de origen odontogénico, a la estomatitis nicotínica, o las patologías de glándulas cómo las que se presentan más comúnmente.<sup>8,6, 34</sup>

La mayoría de los estudios sobre la frecuencia de lesiones en cavidad oral, se realizan basados en la información de centros especializados para el diagnóstico de las patologías orales, clínicas o universidades son algunos ejemplos. Sin



embargo también los hay realizados sobre la población en general, lo que representa una modificación en los resultados, siendo la pigmentación melánica la que se presenta con mayor frecuencia. <sup>38,39</sup>

#### 4. Planteamiento del problema

La cavidad oral es una de las partes del cuerpo humano dónde convergen muchos tipos de tejidos, por lo tanto existe una gran variedad de lesiones que pueden presentarse en boca teniendo etiologías muy variadas; algunas muy frecuentes, y otras que se presentan en raras ocasiones, lo que dificulta su análisis epidemiológico.

El estudio de las lesiones presentes en boca, es un tema poco abordado en México, existiendo un gran número de patologías que no cuentan con un análisis de frecuencia y distribución representando un problema para la salud pública, ya que no existe una base que recopile los datos referentes a todos los centros que ofrecen servicio para el diagnóstico y tratamiento de patologías orales.

El conocimiento de las patologías más frecuentes ayuda al odontólogo a la identificación de las mismas, haciendo que el tiempo entre el diagnóstico y tratamiento por el especialista sea breve.

El Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial cuenta con un registro de diagnósticos histopatológicos que data desde 1980. Para éste análisis se tomó desde el año 2007 hasta el 2017.

Por lo anterior expuesto surge la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Cuáles son las lesiones orales más frecuentes diagnosticadas en el Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial en el periodo 2007-2017?



## 5. Justificación

El Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial, realiza diagnósticos histopatológicos de múltiples lesiones diariamente, los cuales se almacenan en una base de datos electrónica, sin embargo carece de un análisis que pueda facilitar su uso e interpretación.

La importancia de éste estudio radica en la información epidemiológica de las lesiones diagnosticadas en éste departamento, obteniendo una base de datos que pueda ser útil para estudios posteriores, no sólo en ésta institución, unificando el conocimiento obtenido y dando a conocer información epidemiológica que es de utilidad tanto a nivel clínico como en la toma de decisiones a nivel de salud pública.



## **6. Hipótesis**

### **6.1 Hipótesis de trabajo**

Ha. Las patologías de mucosa y tejido conjuntivo son las lesiones más frecuentes encontradas en cavidad oral.

### **6.2 Hipótesis nulas**

Ho. Las patologías de mucosa y tejido conjuntivo son las lesiones menos frecuentes encontradas en cavidad oral.



## **7. Objetivos**

### **7.1 Objetivo general**

- Determinar las lesiones orales más frecuentes diagnosticadas en el Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial en el periodo 2007-2017.

### **7.2 Objetivos específicos**

- Conocer la frecuencia de lesiones orales por género y grupo de edad.
- Conocer según la clasificación basada en la de Jones-Franklin, que lesiones son las más frecuentes por género y grupo de edad.

## 8. Materiales y Métodos

### 8.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal retrospectivo.

### 8.2 Selección y tamaño de muestra

No se contemplará el cálculo de tamaño de muestra ya que se incluirán todos los diagnósticos histopatológicos obtenidos en el periodo de 2007 a 2017 en el Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial de la Facultad de Odontología, UNAM.

### 8.3 Criterios de selección

#### 8.3.1 Criterios de inclusión

- Reportes que hayan sido emitidos entre los años 2007 a 2017.
- Diagnósticos cuya localización sea dentro de cavidad oral.

#### 8.3.2 Criterios de exclusión

- Reportes que no incluyan la información de género y/o edad del paciente.
- Reportes de diagnóstico de folículo dental.

### 8.4 Definición operacional y escala de medición de las variables

**Género.** Condición biológica que diferencia al hombre y la mujer, se registró como Masculino y Femenino.

**Edad.** Años de vida cumplidos hasta la fecha del registro.

**Clasificación Jones-Franklin.** Se entiende por la organización de las lesiones basada en la propuesta hecha por Jones A. y Franklin C.<sup>5</sup>, sintetizada en 7 grupos:

- Patologías de mucosa y tejido conjuntivo.
- Quistes odontogénicos, tumores odontogénicos, patologías dentarias, periodontales y gingivales.



- Patologías glandulares no malignas.
- Quistes no odontogénicos.
- Tumores benignos.
- Neoplasias malignas.
- Patologías de hueso.

**Subclasificación:** Se entiende cómo todas aquellas lesiones pertenecientes a los diferentes grupos propuestos por la clasificación basada en la de Jones -Franklin.<sup>5</sup>

### **8.5 Método de recolección de la información**

Se pidió la autorización al Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial de la Facultad de Odontología, UNAM; para el uso de su base de datos, que consistía en un documento realizado en el programa Excel, que contenía el número de registro, el género, la edad y el diagnóstico histopatológico de todas las lesiones ingresadas en la clínica.

Se limpió la base de datos, haciendo homogéneo el registro, eliminando todos los diagnósticos que no contaran con edad y género, así como los que no se consideraran una patología (folículo dental).

Se organizaron los diagnósticos de acuerdo a la clasificación basada en la propuesta de Jones-Franklin, dándoles un número del 1-7, correspondiente a un grupo de patologías. Posteriormente se le asignó un número diferente a cada lesión dependiendo del grupo al que pertenecía, generando así la variable subclasificación.

Con la base de datos ordenados y limpios se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, con el cual se obtuvieron la frecuencia y la distribución de cada grupo de lesiones por edad y género.



## **8.6 Procesamiento de la información**

La información se analizó en el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 25.

## **8.7 Análisis estadístico**

Se realizó un análisis descriptivo con la finalidad de caracterizar a la población. Para establecer diferencias en la distribución del género y edad, se utilizó la prueba t-stuent a un nivel de confianza del 95%.

Para conocer si existían diferencias en la distribución de las lesiones de acuerdo a la clasificación basada en la de Jones-Franklin por género y grupos de edad se utilizó la prueba de  $X^2$  a un nivel de confianza del 95%.

## **8.8 Consideraciones éticas**

Con lo que respecta a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y de acuerdo a los principios de Helsinki vertidos en el reglamento de la Ley General de Salud, no se requiere de consentimiento válidamente informado de los sujetos, ya que se analizó la información vertida en los registros del Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial de la Facultad de Odontología, UNAM.

## 9. Resultados

La base incluyó un total de 5736 registros, de los cuales el 62.6 % pertenecían al sexo femenino y 37.4% al masculino, 63 casos no contaban con registro de género. (Tabla 10)

**Tabla 10. Frecuencia y distribución de la población por género**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Femenino</b>	3549	62.6
<b>Masculino</b>	2124	37.4
<b>Total</b>	5673	100

Fuente: Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial.

El promedio de edad para el total de la población fue de  $42.88 \pm 19.84$ , la distribución por género mostró diferencias estadísticamente significativas donde las mujeres presentaron una mayor media ( $44.20 \pm 19.49$ ). (Tabla 11)

**Tabla 11. Media y desviación estándar de la edad de la población por género**

	<b>Media</b>	<b>DE</b>
<b>Femenino</b>	44.20	19.49
<b>Masculino</b>	40.66	20.22
<b>Total</b>	42.88	19.84

Fuente: Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial.

t-student= 13.10,  $p < 0.001$

La frecuencia y distribución de la clasificación basada en la de Jones Franklin por género es predominante para las mujeres en todas las categorías; representando el 53.6% en las patologías de mucosa y tejido conjuntivo, el 33.6 % en los quistes odontogénicos, tumores odontogénicos, patologías dentarias, periodontales y gingivales, el 10.2% en patologías glandulares no malignas, el 1.0% en quistes no odontogénicos el 8.1% de los tumores benignos, el 3.5% de las neoplasias malignas y el 4.6% de las patologías de hueso. (Tabla 12)

**Tabla 12. Frecuencia y distribución de la Clasificación Jones-Franklin por género**

Género	Clasificación Jones-Franklin															
	Patologías de mucosa y tejido conjuntivo		Quistes odontogénicos, tumores odontogénicos, patologías dentarias, periodontales y gingivales.		Patologías glandulares no malignas		Quistes no odontogénicos		Tumores Benignos		Neoplasias malignas		Patologías de hueso		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Femenino</b>	1902	53.6	804	33.6	295	10.2	23	1.0	272	8.1	88	3.5	165	4.6	3549	100
<b>Masculino</b>	868	40.9	714	22.7	217	8.3	21	0.6	172	7.7	75	2.5	57	2.7	2124	100
<b>Total</b>	2770	48.8	1518	26.8	512	9.0	44	0.8	444	7.8	163	2.9	222	3.9	5673	100

Fuente: Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial.  
 $\chi^2=129.61$ ,  $p < 0.001$

**Tabla 13. Frecuencia y distribución de la Clasificación Jones-Franklin por edad**

Grupo de edad	Clasificación Jones-Franklin															
	Patologías de mucosa y tejido conjuntivo		Quistes odontogénicos, tumores odontogénicos, patologías dentarias, periodontales y gingivales.		Patologías glandulares no malignas		Quistes no odontogénicos		Tumores benignos		Neoplasias malignas		Patologías de hueso		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>1-10</b>	87	3.2	92	6.2	93	18.5	0	0.0	21	4.8	0	0.0	13	5.9	306	5.5
<b>11-20</b>	177	6.5	252	16.9	114	22.7	6	14.0	45	10.3	3	1.8	34	15.5	631	11.3
<b>21-30</b>	254	9.3	248	16.6	116	23.1	12	27.9	63	14.4	11	6.7	21	9.6	725	13.0
<b>31-40</b>	338	12.4	240	16.1	68	13.5	9	20.9	54	12.4	7	4.3	34	15.5	750	13.4
<b>41-50</b>	546	20.0	246	16.5	56	11.1	5	11.6	66	15.1	17	10.4	47	21.5	983	17.6
<b>51-60</b>	651	23.8	211	14.1	25	5.0	7	16.3	92	21.1	33	20.2	42	19.2	1061	19.0
<b>61-70</b>	442	16.2	123	8.2	21	4.2	3	7.0	75	17.2	32	19.6	14	6.4	710	12.7
<b>71-80</b>	175	6.4	64	4.3	10	2.0	1	2.3	15	3.4	39	23.9	10	4.6	314	5.6
<b>81-90</b>	49	1.8	16	1.1	0	0.0	0	0.0	6	1.4	17	10.4	4	1.8	92	1.6
<b>91-100</b>	11	0.4	3	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	2.5	0	0.0	18	0.3
<b>Total</b>	2730	100.0	1495	100.0	503	100.0	43	100.0	437	100.0	163	100.0	219	100.0	5590	100.0

Fuente: Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial.  
 $\chi^2=962.59$ ,  $p < 0.001$



La frecuencia y distribución de la clasificación basada en la de Jones-Franklin por edad muestra que en las patologías de mucosa y tejido conjuntivo, la edad predominante es la comprendida entre 51-60 años, en los quistes odontogénicos, tumores odontogénicos, patologías dentarias, periodontales y gingivales es entre los 11-20 años, las patologías glandulares no malignas es entre los 21-30 años, los quistes no odontogénicos es entre los 21-30 años, los tumores benignos es entre los 51-60 años, las neoplasias malignas es entre los 51-60 años y las patologías de hueso entre los 41-50 años. (Tabla 13)

La frecuencia y distribución de la subclasificación de patologías de mucosa y tejido conjuntivo muestra que la hiperplasia fibrosa presenta la mayor frecuencia, siendo el 56.8 % de las lesiones del grupo, seguida por el fibroma de fibroblastos gigantes que representa el 5.7% y las mucositis con el 3.8%. (Tabla 14)

La frecuencia y distribución de la subclasificación quistes odontogénicos, tumores odontogénicos, patologías dentarias, periodontales y gingivales muestra que el granuloma periapical presenta la mayor frecuencia, representando el 31.6 % de las lesiones, seguido por el quiste periapical, que representa el 17.8 % y el quiste dentífero con el 16.3%. (Tabla 15)

La frecuencia y distribución de la subclasificación patologías glandulares no malignas muestran que la extravasación mucosa presenta la mayor frecuencia, representando el 79.3 % de las lesiones, seguida del adenoma pleomorfo que representa el 9.1 % y la sialoadenitis crónica con el 4.8 %. (Tabla 16)

La frecuencia y distribución de la subclasificación quistes no odontogénicos muestra que el quiste epidermoide presenta la mayor frecuencia, representando el 39.5 % de las lesiones, seguido del quiste nasopalatino que representa el 23.3 % y el quiste linfopitelial con el 16.3%. (Tabla 17)

**Tabla 14. Frecuencia y distribución de la subclasificación patologías de mucosa y tejido conjuntivo**

<b>Patologías de mucosa y tejido conjuntivo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Argirosis focal</b>	65	2.3
<b>Candidiasis</b>	5	.2
<b>Cicatriz fibrosa</b>	24	.9
<b>Mucositis inespecífica</b>	106	3.8
<b>Contenido hemático</b>	17	.6
<b>Dermatofibroma</b>	2	.1
<b>Lesiones potencialmente malignas</b>	103	3.7
<b>Fibroma de fibroblastos gigantes</b>	159	5.7
<b>Fibroma ameloblástico</b>	2	.1
<b>Fibroma cemento osificante periférico</b>	33	1.2
<b>Fibroma odontogénico periférico</b>	7	.3
<b>Fibroma osificante periférico</b>	87	3.1
<b>Granuloma periférico de células gigantes</b>	78	2.8
<b>Hiperplasia fibroepitelial</b>	1	.0
<b>Hiperplasia fibrosa</b>	1590	56.8
<b>Hiperplasia linfoide</b>	14	.5
<b>Hemangioma</b>	67	2.4
<b>Hematoma</b>	13	.5
<b>Hipermelanosis</b>	2	.1
<b>Hiperparaqueratosis</b>	60	2.1
<b>Hiperplasia epitelial multifocal</b>	97	3.5
<b>Hiperplasia gingival</b>	14	.5
<b>Hiperplasia papilar</b>	15	.5
<b>Infiltrado inflamatorio</b>	79	2.8
<b>Mácula melanótica</b>	78	2.8
<b>Mucinosi oral</b>	2	.1
<b>Neuroma</b>	15	.5
<b>Nevos</b>	12	.4
<b>Pólipo fibroepitelial</b>	3	.1
<b>TUGSE</b>	7	.3
<b>Úlcera crónica inespecífica</b>	41	1.5
<b>Total</b>	2798	100.0

Fuente: Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial.

**Tabla 15. Frecuencia y distribución de la subclasificación quistes odontogénicos, tumores odontogénicos, patologías dentarias, periodontales y gingivales**

<b>Quistes odontogénicos, tumores odontogénicos, patologías dentarias, periodontales y gingivales</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Absceso gingival</b>	1	.1
<b>Granuloma periapical</b>	483	31.6
<b>Actinomicosis</b>	14	.9
<b>Ameloblastoma</b>	43	2.8
<b>Calcificación pulpar</b>	10	.7
<b>Cementoblastoma</b>	10	.7
<b>Odontoma compuesto /complejo</b>	139	9.1
<b>Quiste dentígero</b>	249	16.3
<b>Quiste periapical</b>	272	17.8
<b>Quiste de la erupción</b>	6	.4
<b>Quiste de origen odontogénico</b>	15	1.0
<b>Quiste ortoqueratinizado</b>	3	.2
<b>Quiste residual</b>	5	.3
<b>Quiste odontogénico calcificante</b>	30	2.0
<b>Queratoquiste</b>	159	10.4
<b>Fibrodentinoma ameloblástico</b>	3	.2
<b>Fibroma odontogénico</b>	3	.2
<b>Fibromixioma odontogénico</b>	11	.7
<b>Gingivitis crónica</b>	6	.4
<b>Gingivitis de células plasmáticas</b>	2	.1
<b>Hipercementosis</b>	2	.1
<b>Pericoronitis</b>	3	.2
<b>Periodontitis</b>	55	3.6
<b>Pólipo pulpar</b>	5	.3
<b>Total</b>	1529	100.0

Fuente: Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial.

**Tabla 16. Frecuencia y distribución de la subclasificación patologías glandulares no malignas**

Patologías glandulares no malignas.	N	%
Adenoma de células basales	2	.4
Adenoma pleomorfo	47	9.1
Cistadenoma	3	.6
Extravasación mucosa	411	79.3
Neoplasia benigna de glándula salival	1	.2
Sialometaplasia necrotizante	1	.2
Hiperplasia adenomatoide	3	.6
Quiste de retención mucosa	11	2.1
Sialoadenitis crónica	25	4.8
Sialolito	11	2.1
Tumor de Warthin	3	.6
<b>Total</b>	<b>518</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial.

**Tabla 17. Frecuencia y distribución de la subclasificación quistes no odontogénicos**

Quistes no odontogénicos	N	%
Quiste epidermoide	17	39.5
Quiste aneurismático	2	4.7
Quiste nasopalatino	10	23.3
Quiste dermoide	2	4.7
Quiste linfoepitelial	7	16.3
Quiste quirúrgico	5	11.6
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial.



La frecuencia y distribución de la subclasificación tumores benignos muestra que el papiloma presenta la mayor frecuencia, representando el 50.8% de las lesiones, seguido por el lipoma que representa el 18.5% y la verruga con el 13.9%. (Tabla 18)

La frecuencia y distribución de la subclasificación neoplasias malignas muestra que el carcinoma de células escamosas presenta la mayor frecuencia, representando el 68.3% de las lesiones, seguido de los linfomas que representan el 11.4% y el carcinoma basocelular nodular con el 6%. (Tabla 19)

La frecuencia y distribución de la subclasificación patologías de hueso muestra que la osteomielitis presenta la mayor frecuencia, representando el 21.2% de las lesiones, seguido de la displasia cemento ósea florida que representa el 18.1% y el granuloma central de células gigantes con el 15%. (Tabla 20)

La frecuencia y distribución de las lesiones más frecuentes por género es predominante para las mujeres en la mayoría de las categorías, representando el 69.4% en las hiperplasias fibrosas, el 66.8% de los granulomas piógenos, el 55.6% de las extravasaciones mucosas, el 52.8% de los quistes periapicales y el 63.1% de las lesiones de papiloma. Sin embargo el porcentaje del quiste dentígero (65.7%) y el del queratoquiste (50.6%) es predominante para los hombres. (Tabla 21)

**Tabla 18. Frecuencia y distribución de la subclasificación tumores benignos**

Tumores benignos	N	%
Angiofibroma	2	.4
Leiomioma	2	.4
Lipoma	84	18.5
Verruga	63	13.9
Condiloma	2	.4
Coristoma	1	.2
Dermatofibroma	3	.7
Linfangioma	9	2.0
Mixoma	7	1.5
Miofibroma	14	3.1
Schawnoma	10	2.2
Neurofibroma	12	2.6
Papiloma	230	50.8
Pilomatrixoma	3	.7
Rabdomioma	3	.7
Tumor de células granulares	8	1.8
<b>Total</b>	<b>453</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial.

**Tabla 19. Frecuencia y distribución de la subclasificación neoplasias malignas**

<b>Neoplasias malignas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Adenocarcinoma de bajo grado</b>	4	2.4
<b>Carcinoma de células escamosas</b>	114	68.3
<b>Carcinoma ameloblástico</b>	2	1.2
<b>Carcinoma basal de células gigantes</b>	1	.6
<b>Carcinoma basocelular nodular</b>	10	6.0
<b>Carcinoma mucoepidermoide</b>	6	3.6
<b>Cistoadenocarcinoma papilar</b>	4	2.4
<b>Osteosarcoma</b>	3	1.8
<b>Condrosarcoma</b>	1	.6
<b>Fibrosarcoma ameloblástico</b>	2	1.2
<b>Linfomas</b>	19	11.4
<b>Melanoma</b>	1	.6
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial.

**Tabla 20. Frecuencia y distribución de la subclasificación patologías de hueso**

<b>Patologías de hueso</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Cavidad ósea aneurismática</b>	2	.9
<b>Cavidad ósea solitaria</b>	3	1.3
<b>Osteomielitis</b>	48	21.2
<b>Defecto osteoporótico</b>	8	3.5
<b>Displasia cemento ósea focal</b>	1	.4
<b>Fibroma cemento osificante central</b>	25	11.1
<b>Lesión central de células gigantes</b>	4	1.8
<b>Osteítis esclerosante focal</b>	1	.4
<b>Osteoma</b>	24	10.6
<b>Displasia cemento ósea florida</b>	41	18.1
<b>Fibromixioma</b>	3	1.3
<b>Granuloma central de células gigantes</b>	34	15.0
<b>Lesión fibro-ósea benigna</b>	7	3.1
<b>Mixoma</b>	1	.4
<b>Osteítis condensante</b>	6	2.7
<b>Osteocondroma</b>	5	2.2
<b>Osteonecrosis</b>	6	2.7
<b>Secuestro ósea</b>	7	3.1
<b>Total</b>	<b>226</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial.

**Tabla 21. Frecuencia y distribución de las lesiones más frecuentes por género**

			Hiperplasia fibrosa	Granuloma periapical	Extravasación mucosa	Quiste periapical	Quiste dentígero	Papiloma	Queratoquiste	Total
<b>GENERO</b>	Femenino	N	1093	320	225	141	85	142	78	2084
		%	69.4	66.8	55.6	52.8	34.3%	63.1%	49.4%	62.1%
	Masculino	N	481	159	180	126	163	83	80	1272
		%	30.6	33.2	44.4	47.2	65.7	36.9%	50.6%	37.9%
<b>Total</b>		N	1574	479	405	267	248	225	158	3356
		%	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial.

## 10. Discusión

Antes de iniciar la discusión de este trabajo, es importante recalcar que los registros se obtuvieron de la base de datos del Departamento de Patología, Medicina Bucal y Maxilofacial, que es una clínica de recepción y diagnóstico de lesiones orales, así que los resultados no pueden ser extrapolados al resto de la población.

En éste estudio se buscaron las lesiones más frecuentemente diagnosticadas, así como el grupo al que pertenecen, basados en el registro de los diagnósticos histológicos, por ello no se incluyeron estudios previos que se basaran en diagnósticos clínicos con la intención de tener reportes que fueran comparables con los obtenidos.

Las lesiones más frecuentemente diagnosticadas en ésta clínica fueron, en orden descendiente: la hiperplasia fibrosa, el granuloma periapical, la extravasación mucosa, el quiste periapical, el quiste dentígero, el papiloma y el queratoquiste.

La hiperplasia fibrosa fue la patología más común, esto coincide con los reportes de estudios realizados en condiciones similares a éste, con pacientes previamente referidos por un odontólogo general que llega a una clínica de atención especializada en patologías orales, por lo tanto no se puede decir que es la lesión que se presenta con mayor frecuencia en la población en general, en cambio se puede hacer referencia a la hiperplasia como la patología más comúnmente diagnosticada por el especialista.<sup>1, 5, 6, 40,41</sup>

La hiperplasia fibrosa pertenece al grupo de lesiones denominado como patologías de mucosa y tejido conjuntivo, el cual tuvo un total de 2798 diagnósticos representando el 48.7% de todas las lesiones diagnosticadas en 10 años, siendo así el grupo más importante, coincidiendo con lo reportado por Jones.<sup>5</sup>

Existen estudios dónde el análisis se realiza sobre registros de clínicas de admisión general (no especializadas en patología bucal), dónde las lesiones más

frecuentes también pertenecen al grupo de patologías de mucosa y tejido conjuntivo, haciendo referencia a la pigmentación melánica, las lesiones relacionadas con candidiasis y el tatuaje por amalgama, lo cual podría sugerir que las lesiones pertenecientes a éste grupo son las más significativas, sin embargo no se cuentan con los registros necesarios para afirmar ésta idea.

El segundo diagnóstico más frecuente fue el de granuloma periapical, perteneciente al segundo grupo de la clasificación basada en la de Jones-Franklin, sin embargo el número de diagnósticos es considerablemente menor al de la hiperplasia fibrosa, esto coincide con reportes previos.<sup>1, 5, 6,40</sup>

Las lesiones potencialmente malignas son importantes de analizar, a pesar de no estar incluidas en las más frecuentes, representan patologías de gran interés clínico debido a su posible malignización, encontrando así que representan el 3.7% de las lesiones de mucosa y tejido conjuntivo con 103 diagnósticos, sin embargo existen estudios que aseguran no encontrar una variable con la cual se pueda predecir cuándo una displasia epitelial pueda ser en todos los casos un indicativo de la aparición siguiente de un cáncer.<sup>22</sup>

El carcinoma de células escamosas fue la neoplasia maligna más frecuente, coincidiendo esto con los estudios realizados con anterioridad.<sup>1, 5,32</sup>

La literatura reporta que las mujeres presentan con mayor frecuencia lesiones en boca, la mayoría de los investigadores justifican que el sexo femenino tiene características propias que pudieran dar una explicación a éste fenómeno, como es el frecuente aumento de cambios mucosos y la fragilidad capilar a partir de la tercera década de la vida. Además en las mujeres, como resultado del estrés y del climaterio, se desencadenan alteraciones psicosomáticas capaces de alterar la irrigación, el flujo salival y la tasa de anticuerpos circulantes de los tejidos bucales, elementos que, se considera, pueden influir también en estos resultados. Sin embargo, dicha predisposición se considera también como parte de un factor social. Esto coincide con los estudios realizados en México en dónde el género femenino ocupa más del 60% de los diagnósticos.<sup>1, 2 42</sup>



En éste estudio, se encontró un predominio por el género femenino en todos los grupos de lesiones, coincidiendo con los reportes previamente realizados por otros autores.<sup>2, 40, 38</sup>

Se observa de igual manera un predominio del género femenino en las lesiones más frecuentes, sin embargo el quiste dentígero y el queratoquiste presentaron un mayor porcentaje en el género masculino, éste resultado podría hablarnos sobre la predilección de éste género hacia éste tipo de lesiones.

La edad también resulta ser un factor importante, el promedio para el total de esta población fue de 42.88 años, dato que coincide con los estudios realizados por Cornejo<sup>2</sup> donde el promedio de edad fue de 42.7 años, y menor que el encontrado por López,<sup>41</sup> cuyo promedio fue de 44.4 años, ambos estudios se realizaron en instituciones similares a las del presente estudio, siendo clínicas odontológicas de Universidades del país, en Chihuahua y Guadalajara, respectivamente.

Haciendo un análisis de la literatura podemos mencionar que la edad más frecuente en la que son diagnosticadas las lesiones en la cavidad oral, se encuentra entre los 40-50 años, sin embargo, existen estudios que hablan sobre la aparición de lesiones en pacientes cada vez más jóvenes, debido a que la población está expuesta a factores de riesgo como el alcohol y el tabaco desde edades más tempranas, haciendo especial énfasis en las lesiones malignas.<sup>43</sup>

De igual manera se analizó la frecuencia y distribución de las patologías por grupos de edad, dónde se puede observar que las lesiones de mucosa y tejido conjuntivo, el grupo con mayor número de diagnósticos, presenta una predilección entre los 51-60 años, lo cual no coincide con lo reportado por Shulman,<sup>3</sup> en cuyo análisis propone que las lesiones de mucosa se presentan con mucha más frecuencia después de los 70 años, sin embargo la población en la que se basa su análisis es diferente a la utilizada en éste estudio, debido a que las condiciones socio-económicas en Estados Unidos favorecen una esperanza de vida mayor que en México, con lo cual no se pueden equiparar ambos estudios ya que las variables no son las mismas, quizá podría ser comparable con las neoplasias



malignas, cuyo grupo de edad predominante es el comprendido entre los 71-80 años de edad, sin embargo dicho autor no hace referencia a las lesiones malignas al proponer éste grupo cómo el más frecuente de lesiones en mucosa.

El grupo de patologías glandulares no malignas, muestra predilección por el grupo de entre los 11-20 años (114 diagnósticos) y entre los 21-30 años (116 diagnósticos), pudiendo comparar éstos resultados con los obtenidos por Ataide,<sup>8</sup> en cuyo análisis demostraba que el grupo más frecuentemente afectado por las patologías de glándulas salivales era el comprendido entre los 13-16 años, sin embargo no se puede relacionar como coincidente a nuestro estudio debido a que la mayor frecuencia existe en un grupo de edad mayor al propuesto por dicho autor.

A nivel nacional, existen registros sobre la epidemiología de patologías orales realizadas por la SIVEPAB, todos estos datos se enfocan en problemas como: el edentulismo, la prevalencia de caries, el estado dental, la fluorosis, y el estado periodontal, sobre las lesiones en mucosa se mencionan las úlceras, las leucoplasias, las eritroplasias y el aumento de volumen, todos éstos diagnósticos clínicos enfocados hacia el reconocimiento de lesiones potencialmente malignas y no cómo una base de datos sobre la frecuencia y distribución de las mismas.

El Instituto Nacional de Cancerología, cuenta de igual manera con un registro de cáncer en cavidad oral, sin embargo sólo hace referencia a un solo grupo de éste estudio, las neoplasias malignas.<sup>44</sup>

En México, no existe una base de datos que recopile la epidemiología a nivel nacional sobre las lesiones que se presentan en cavidad oral, mucho menos un registro histológico de las mismas. La importancia de éste trabajo radica justo en la inexistencia de dicha información, queriendo dar una pauta para realizar éste análisis en todos los centros de diagnóstico del país, con el fin de poder tener un registro con el cual se pueda conocer los datos de patologías orales de manera más significativa.



## 11. Conclusiones

- Las lesiones más frecuentemente diagnosticadas fueron la hiperplasia fibrosa, el granuloma periapical, la extravasación mucosa, el quiste periapical, el quiste dentígero, el papiloma y el queratoquiste.
- El grupo de patologías de mucosa y tejido conjuntivo es el que presenta un mayor número de diagnósticos.
- Las lesiones potencialmente malignas representan el 3.7% de las patologías de mucosa.
- El carcinoma de células escamosas es la neoplasia maligna más frecuentemente diagnosticada en mujeres de 71-80 años.
- El género mayormente afectado es el femenino en todos los grupos de lesiones a excepción del quiste dentígero y el queratoquiste.
- La edad en la que se presentan con mayor frecuencia lesiones en boca se encuentra entre los 40-50 años.

## Referencias bibliográficas

1. Aldape B., Padilla G., Cruz B., *Frecuencia de lesiones bucales histopatológicas en un laboratorio de patología bucal*. Revista ADM 64 (2007) 61-67.
2. Cornejo A., Tovar K. De la Torre León F. *Frecuencia de lesiones orales y variantes de lo normal en pacientes del Departamento de Estomatología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez*. Revista ADM.74 (2017) 298-303.
3. Shulman D., Miles M., Rivera F., *The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults Data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994*. JADA135 (2004) 1279-1286.
4. Patel K., De Silva H., Tong D. *Concordance between clinical and histopathologic diagnoses of oral mucosa lesions*. J Oral Maxillofac Surg 69 (2011) 125-133.
5. Jones A., Franklin C. *Analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period*. J Oral Pathol Med 35 (2006) 392-401.
6. Cifuentes G. *Análisis estadístico de una década de investigación sobre biopsias 1970-1979 investigación clínica*. [Tesis]. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de odontología; 1981.
7. Almeida J., De Oliveira L., De Nazaré C. *A multicenter study of malignant oral and maxillofacial lesions in children and adolescents* Oral Oncology 75 (2017) 39-45.
8. Ataíde A., Fonseca F., Santos A., Jorge J., Ajudarte M., Vargas P. *Distribution of oral and maxillofacial lesions in pediatric patients from a Brazilian southeastern population*. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 90 (2016) 241-244.
9. Parlak A., Koybasi S., Yavuz T., Yesildal N., *Prevalence of oral lesions in 13- to 16-year-old students in Duzce, Turkey*. Oral Diseases 12 (2006) 553-558.
10. Martínez C., Vallejo J. *Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en pacientes de la Escuela de Estomatología de Oviedo*. Medicina Oral 7 (2002) 4-16.
11. Campisi G., Margiotta V. *Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population*. J Oral Pathol Med 30 (2001) 22-28.
12. Kovac M., Skaleric U. *The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia*. J Oral Pathol Med 29 (2000) 331-335.
13. Espinoza I., Rojas R., Aranda W., Gamonal J. *Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile*. J Oral Pathol Med 32 (2003) 571- 5.
14. Scheid R., Weiss G. *Woelfel Anatomía dental*. 8a ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams et Wilkins; 2012.
15. Dykes A., *Lo esencial en Anatomía*. 2a ed. España: Elsevier; 2003.



16. Richard L., Wayne A., Mitchell A., Gray, *Anatomía básica*. España: Elsevier; 2013.
17. Neville B., Damm D, Allen C., Bouquot J. *Oral and Maxillofacial Pathology* 2a ed. Penn sylvania : Saunders Company; 2002.
18. Fernández G., Guzmán A., Vera I. *Lesiones pigmentadas de la mucosa oral. Parte I*. Dermatología 2 (2015) 139-148.
19. Villalba V., Valenzuela Y., Ramírez M., Faúndez E. *Lesiones pigmentadas de la mucosa oral*. Rev. Chilena Dermatol. 27 (2011) 203-211.
20. Gandhi B., Dhuvad J., Johnson A., Bhavsar D. *Reactive Lesions Of Oral Cavity*. NJIRM 4 (2016) 154-157.
21. Pérez D., González M., Berini L., Gay C. *Fibroma osificante periférico: Presentación de tres casos y revisión de la literatura*. Avances en odontoestomatología. 27 (2011) 183-188.
22. Aguirre P., Aguirre J. *Displasia epitelial. Concepto y significación*. Av. Odontoestomatol 24 (2008) 81-88.
23. Castro C., Raimondi F., Martínez R., Wilson N. *Tumor benigno de tejido blando oral "hemangioma oral": A propósito de un caso*. Rev Méd-Cient "Luz Vida". 2 (2011) 51-54.
24. Vega A., Ayuso R., Salas E., Roig A. *Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos. Revisión*. Avances en odontoestomatología 29 (2013) 81-93.
25. Shear M., Speight P. *Cysts of the Oral and Maxillofacial Regions*. Blackwell Munksgaard. (2007) 1-2.
26. Reichart P., Philipsen H. *Odontogenic Tumors and Allied lesions*. Quintessence Publishing Co. Ltd., London. (2004) 19-21.
27. Valls A., Montané E., Bercós C., Saez M., Munill M., Alberola M. *Manejo quirúrgico del ameloblastoma*. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 34 (2012) 98-104.
28. Bascones A., Figuero R. *Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas*. Av Periodon Implantol. 17 (2005) 147-156.
29. Carlson E., Ord R. *Textbook and color atlas of salivary gland pathology diagnosis and management*. Wiley-Blackwell (2008) 7-12.
30. Viñallonga X. *Patología de las glándulas salivales*. Pediatría Integral 21 (2017) 474 -483.
31. Pérez L., Bascones A. *Tumores benignos de la mucosa oral*. Av. Odontoestomatol 26 (2010) 11-18.
32. Centeno A., Danielo C., Campana R., Orozco M. *Tumores malignos de boca*. Med Cutan Iber Lat Am 2010;38(6):221-228).
33. Vargas M. *Patologías oseas del maxilar*. Revista de Actualización Clínica 43 (2014) 2295-2299.
34. Carpenter W., Jacobsen P. Eversole L. *Two Approaches to the Diagnosis of Lesions of the Oral Mucosa*. CDA Journal, 27 (1999) 619-622.



35. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. [Internet]. n.d *Diccionario de cáncer*. [consultado 16 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/cavidad-oral>.
36. Universidad de Cantabria. [Internet].n.d *Fisiología humana*. . [consultado 16 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://ocw.unican.es/mod/page/view.php?id=566>.
37. Warnakulasuriya S., Reibel J., Bouquot J., Dabelsteen E. *Oral epithelial dysplasia classification systems: predictive value, utility, weaknesses and scope for improvement*. J Oral Pathol Med 37 (2008) 127–133.
38. Martínez A., García P. *Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en pacientes de la Escuela de Estomatología de Oviedo*. Medicina Oral 7(2002) 4-16.
39. Campisi G. Margiotta V. *Oral mucosa lesions and risk habits among men in an Italian study population*. J Oral Pathol Med 30 (2001) 22–8.
40. 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 período 1968-1987*. Acta Odontológica Venezolana 45 (2007) 1-7.
41. López S., Bologna R., Sánchez A., Horta A. *Frecuencia de patologías bucales en una clínica de atención primaria odontológica* Rev Tamé 4 (2013) 100-105.
42. García B, Benet M, Castillo E. *Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor*. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos.8 (2010) 37-40.
43. Rosa N, Gedoz L, Hildebrand L, Carvalho A, Chevarría M *Carcinoma verrugoso en paciente joven* Av.Odontoestomatol 19(2003) 119-122.
44. Tirado L., Granados M. *Epidemiología y Etiología del Cáncer de la Cabeza y el Cuello* Departamentos de Epidemiología y Tumores de Cabeza y Cuello del Instituto Nacional de Cancerología. 2 (2007): 9-17.