



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE 500 PACIENTES EN LA
CLÍNICA DE ADMISIÓN CREDP DE 2017 A 2018.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

GABRIELA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

TUTORA: Mtra. BEATRIZ CATALINA ALDAPE BARRIOS

ASESORA: Esp. ELIZABETH RAQUEL POWELL CASTAÑEDA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Adriana y David, por darme la vida, su apoyo, su cariño y sus cuidados. Gracias todo lo que han hecho por mí. Los amo.

A mis hermanitos Andrea y David, los mejores hermanos del mundo.

A mi abuelito Maximino, que me vio empezar la carrera, pero no acabar. Te quiero mucho Abue.

A Jesús Reyes, por tu apoyo y el de tu familia tan incondicional gracias. Te adoro.

A la doctora Aldape, por darme la oportunidad de realizar este valioso proyecto.

A las doctoras Powell y Ocadiz, por su apoyo en la CREDP.

A la máxima casa de estudios UNAM, que me ha dado todo, felicidad, educación, profesión, prestigio, amistad, historias que recordar, amor, orgullo y sobre todo espíritu.

Finalmente a Dios, que nunca me ha abandonado.

ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
MARCO TEORICO.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
JUSTIFICACIÓN	21
HIPÓTESIS.....	22
OBJETIVO GENERAL.....	23
OBJETIVOS ESPECIFICOS	24
METODOLOGÍA	25
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
CRITERIOS DE SELECCIÓN	26
Inclusión	26
Exclusión.....	26
VARIABLES DEPENDIENTES	27
VARIABLES INDEPENDIENTES.....	28
MATERIAL.....	32
ANÁLISIS DE DATOS	33
RESULTADOS	34
CONCLUSIONES.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS	49
ANEXO 1	50
NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.....	50
ANEXO 2	51
NORMA Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.	51

ANEXO 3	53
FORMATO DE REGISTRO DE LESIONES.....	53
.....	53
ANEXO 4	54
EXPLORACION CLÍNICA	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Comparación de estudios similares.	19
Tabla 2. Variables dependientes.	27
Tabla 3. Variables independientes.	32
Tabla 4. Total de pacientes anual 2017 a 2018.	34
Tabla 5. Muestra de pacientes por sexo.....	34
Tabla 6. Distribución por género de la clasificación MIND	34
Tabla 7. Distribución por número de lesión.....	35
Tabla 8. Distribución por década de vida.	36
Tabla 9. Distribución por clasificación MIND.....	36
Tabla 10. Distribución de variaciones del grupo metabólico.	37
Tabla 11. Distribución de variaciones del grupo inflamatorio.....	37
Tabla 12. Distribución de variaciones del grupo neoplásico.	38
Tabla 13. Distribución de variaciones del grupo del desarrollo.	39
Tabla 14. Distribución por estructura anatómica.....	40
Tabla 15. Población total de estudios similares.	41
Tabla 16. Distribución por sexo, comparación con estudios similares.	42
Tabla 17. Distribución por variaciones del grupo metabólico, comparación con estudios similares.....	42
Tabla 18. Distribución por variaciones del grupo inflamatorio, comparación con estudios similares.....	42
Tabla 19. Distribución por variaciones del grupo neoplásico, comparación con estudios similares.....	43
Tabla 20. Distribución por variaciones del grupo del desarrollo, comparación con estudios similares.....	43

ÍNDICE DE IMAGENES

Fig. 1 Hemangioma capilar	54
Fig. 2 Hemangioma cavernoso	55
Fig. 3 Linfadenopatía	56
Fig.4 Gránulos de fordyce	57
Fig. 6 Impétigo	58
Fig. 7 Displasia	58
Fig. 8 Foveolas comisurales	59
Fig. 9 Queilitis angular	59
Fig. 10 Apéndice de frenillo	60
Fig. 12 Eritema mutiforme	61
Fig 15 Mucocele	62
Fig. 16 Melanosis nicotínica.....	63
Fig. 18 Exostosis	64
Fig. 19. Hiperplasia inflamatoria.....	64
Fig. 20 Agrandamiento gingival inducido por placa	65
Fig.22 Varices linguales	66
Fig. 24 Schwannoma	67
Fig. 27 Épulis fisuratum – canino retenido	68
Fig. 28 Ránula.....	69
Fig. 30 Quiste periapical.....	70
Fig. 31 Odontoma compuesto	70
Fig. 35 Pigmentación por medicamentos	72
Fig. 36 Hipodoncia	73
Fig. 37 Mesiodent	73

RESUMEN

Se trata de un estudio transversal descriptivo de 500 pacientes que se presentaron a la Clínica de Admisión CREDP de la Facultad de Odontología en periodo de 2017 a 2018. Del total de los pacientes, 55.6% fueron en mujeres y 44.4% hombres. Los datos se tomaron al momento de realizar la historia clínica **ECU**, que cuenta con datos como edad y género, además de contar con un apartado de exploración bucal donde se describe macroscópicamente la lesión. Se encontraron 906 lesiones en total, las cuales se agruparon de acuerdo a la clasificación MIND, siendo las del desarrollo las más frecuentes (57.06%), en segundo lugar las de origen inflamatorio (39.73%), posteriormente las neoplásicas (2.86%) y por ultimo las de origen metabólico (0.33%). Las décadas de la vida más afectadas fueron la segunda y la tercera. Las áreas de localización más comunes fueron: lengua, dientes, labio inferior, encía inferior, mucosa yugal, mucosa labial, reborde alveolar mandibular, comisura y paladar duro. El género femenino fue el más afectado.

INTRODUCCIÓN

Facultad de Odontología desde el año 1904 es una institución encargada de la formación de Cirujanos Dentistas de excelencia, además brinda servicio de atención odontológica a la población de la ciudad de México.

En 2 Octubre de 1989 se fundó la clínica de admisión, ahora llamada **CREDP (Clínica de Recepción Evaluación y Diagnóstico)**, la cual es el primer contacto con el paciente. Las funciones de la **CREDP** son:

1. Informar, recibir y atender a los pacientes de primer contacto que solicitan y/o requieren los servicios de la Facultad, a nivel licenciatura.
2. Elaborar la historia clínica. De acuerdo a la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. ANEXO 1
3. Valorar el estado de salud del paciente.
4. Establecer una ruta clínica que cubra los requerimientos del paciente.
5. Expedir y/o reponer el carnet.
6. Canalizar a los pacientes a las clínicas de la facultad.
7. Realizar los procedimientos de interconsulta en pacientes detectados con problemas sistémicos.
8. Canalizar a los pacientes que requieran su atención en la División de estudios de Posgrado de Especialidades e Investigación (**DEPEI**) o a cualquier otra institución de seguridad social que el paciente requiera.

La **CREDP** cuenta con el **Expediente Clínico Único (ECU)** que es una base de datos donde se archiva de forma virtual la historia clínica. Se compone de ficha de identificación, motivo de consulta, interrogatorio por aparatos y sistemas, antecedentes personales no patológicos, exploración física, exploración oral, y notas de interconsulta; proporciona información sobre el estado de salud de los pacientes ayudando a determinar cualquier característica que aumente o descarte la posibilidad de presentar condiciones o lesiones en la cavidad oral.

MARCO TEORICO

En la odontología el diagnóstico clínico es un elemento fundamental, en la práctica clínica, al realizar un diagnóstico correcto, es probable que la terapia también lo sea.

La **Academia Americana de Medicina Oral (AAMO)** define a la medicina oral como una disciplina de la odontología que se ocupa de la atención de la salud oral, incluido el diagnóstico y el tratamiento de afecciones médicas que afectan a la región oral y maxilofacial.¹

La **Asociación Mexicana de Patología y Medicina Bucal (AMPMB)** define a la patología Oral como una especialidad de la odontología y subespecialidad de la anatomía patológica, que estudia la etiología, patogenia, tratamiento y pronóstico de las enfermedades de la cavidad oral y del complejo maxilofacial. La práctica de esta disciplina incluye el uso de auxiliares de diagnóstico, clínicos, radiográficos, microscópicos, bioquímicos y moleculares entre otros, además del manejo de los pacientes.²

Eversole L. especifica el concepto de la patología oral: es el área de especialidad de la odontología que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades orales, así como las enfermedades distintas a la caries dental, la enfermedad periodontal, la odontología restauradora y la terapia de ortodoncia. La medicina oral representa el área clínica de la patología oral, se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las lesiones de los tejidos blandos, mientras que la histopatología oral es el área de especialidad que se centra en el diagnóstico microscópico de lesiones de los tejidos de la cabeza y el cuello.³

Una de las ciencias en la que se apoya la patología oral para el control y seguimiento de las enfermedades en las poblaciones del mundo es la Epidemiología, esta ciencia ha evolucionado a la par con la medicina. Elkin I. en 1961, la define a la epidemiología como una ciencia: “La epidemiología es la ciencia de las leyes objetivas que subyacen en el origen, difusión y descenso de las enfermedades infecciosas en grupos de poblaciones y de la profilaxis y erradicación de estas

enfermedades” esta definición se traduce al idioma inglés quedando como definición “ciencia que estudia las causas de aparición, propagación, mantenimiento y descenso de los problemas de salud en poblaciones, con la finalidad de prevenirlos o controlarlos”.⁴

La epidemiología es la disciplina científica que estudia la frecuencia, distribución de fenómenos relacionados con la salud y la aplicación de estudios para el control de problemas de salud.⁵

La **OMS** publicó un “Informe de un comité de expertos en higiene dental” sobre “Las normas para la notificación de enfermedades y alteraciones dentales” entrando por primera vez la salud oral en el marco de sus preocupaciones. Y en 1969 se establece el “**Banco Mundial de Datos sobre la Salud Bucodental (BMDSB)**” para atender la necesidad de información de la salud bucodental y las tendencias epidemiológicas; el **BMDSB** sirvió de base para la realización del programa de salud bucodental de la **OMS**.⁶

La “**Clasificación Internacional de Enfermedades**” (**CIE**) creada por la **OMS** es una clasificación sistemática de enfermedades sujeta a la aprobación de los gobiernos. Se usa para estadísticas nacionales de mortalidad, morbilidad y se revisa cada decenio. En 1965 en la octava edición de la “**CIE**” se enfoca en las enfermedades orales creando **CIE-AO (Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicada a la Odontología)**.⁷

De acuerdo con la **OMS** la salud oral se define como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, úlceras orales, defectos congénitos, como labio y paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, así como otras enfermedades y trastornos que afectan la cavidad oral.^{8,9}

En la actualidad las enfermedades bucodentales más frecuentes según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** son la caries, la enfermedad periodontal, el cáncer oral, las enfermedades infecciosas bucodentales, los traumatismos y alteraciones congénitas.⁸

En México el sistema que evalúa la incidencia y prevalencia de las enfermedades orales **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIVEPAB)** proporciona un panorama general de los padecimientos orales con el objetivo de informar al cirujano dentista sobre la importancia de la prevención y control de las enfermedades orales.¹⁰

Según la **Dirección General de Epidemiología, (DGE)** las enfermedades orales pueden estar relacionadas con más de 120 padecimientos sistémicos y un aumento del riesgo a enfermedades crónicas como las cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes mellitus y enfermedades respiratorias.¹¹

En un estudio sobre la prevalencia de lesiones en la mucosa oral diagnosticados en el laboratorio central de histopatología oral “Dr. Pedro Tinoco” de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela durante el periodo 1968-1987 dice que las entidades patológicas de la mucosa oral tanto de niños como de adultos se les relaciona con variantes o factores sistémicos o generales (edad, sexo, alteraciones sistémicas), externos (tabaco, alcohol, trauma, entre otros) así como otros factores: agentes infecciosos, tóxicos, genéticos y socioeconómicos, destacando que serán más prevalentes lesiones que tengan su etiopatogenia involucrada en factores culturales, educativos y nutricionales.¹²

En Montevideo Uruguay 2016, la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Uruguay realizó un estudio estadístico observacional, descriptivo y transversal, a 191 niños de 3 a 12 años, según el género, edad, y tipo de dentición; 103 niños presentaron alguna lesión. La lesión con mayor frecuencia fue “morsicatum buccarum” (mordisqueo en la mucosa yugal) y en segundo lugar la lengua geográfica. Concluyó que los niños de 6 a 9 años de edad tuvieron mayor riesgo de presentar alguna lesión que el grupo de 9 a 12 años. Los niños de 6 a 9 tuvieron mayor posibilidad de presentar “morsicatum buccarum”.¹³

Casnati B. en 2013, publica el artículo “Prevalencia y factores de riesgo de las lesiones de la mucosa oral en la población urbana del Uruguay” donde se menciona que un cuarto de los casos de cáncer oral son atribuidos al tabaco, el riesgo de cáncer de cabeza y cuello aumenta cuando el periodo de consumo es superior a los 20 años y cuando la frecuencia de consumo de cigarrillos sobrepasa a los 20 cigarrillos por día. Por otro lado, el alcoholismo aumenta 10 veces el riesgo de neoplasia oral en los grandes consumidores. Entre **7%** y **19%** de los casos de carcinoma de células escamosas en boca es atribuido al consumo de alcohol, así como la combinación de tabaco y alcohol incrementa el riesgo para presentar cáncer. Las lesiones de las mucosas cambian con la edad y aumentan con la morbilidad general. Los exámenes de rutina de la cavidad oral en el envejecimiento son obligatorios, en particular para detectar lesiones potencialmente malignas y otras lesiones de la mucosa. El estudio fue realizado a 922 personas con un rango de edad entre 15 a 74 años en los que las lesiones más frecuentes fueron, la candidiasis y las lesiones proliferativas con predilección en el sexo femenino. La prevalencia de leucoplasia fue del **7%**. Las lesiones en los adultos mayores fueron asociadas al uso de prótesis como la candidiasis **26%**, las hiperplasias fibrosas **8%** y la úlceras traumáticas en un **57%**. También en este estudio se comprueba que la edad es un factor de riesgo para presentar lesiones, ya que el grupo de 65 años o más presentó un porcentaje más alto de lesiones.¹⁴

En la Universidad de Guadalajara México, se realizó un estudio de recolección de datos durante cuatro meses 2010 a 2011 se revisaron **84** pacientes, **27** hombres y **57** mujeres, en este estudio la hiperplasia fibrosa es la lesión más frecuente seguida por la candidiasis y la queratosis friccional.¹⁵

Donohué en 2007, publicó un estudio realizado por la Facultad de Odontología UNAM con el objetivo de determinar la distribución de condiciones y lesiones de la mucosa oral de los pacientes que asistieron a las clínicas de admisión de la Facultad de Odontología UNAM. El total de pacientes examinados fue de 1152 en un periodo de 9 meses: **754** mujeres y **398** hombres, con un rango de edad de entre **18** y **84**

años. Las lesiones más frecuentemente diagnosticadas fueron: lesión blanca friccional con **354** casos (**30.72%**), úlceras traumáticas con **132** casos (**11.45%**) y aumento tisular con causa aparente con **103** (**11.28%**). Las alteraciones de lo normal más frecuentes fueron: melanosis racial con 694 casos (**60,24%**), gránulos de fordyce **634** (**55.03%**) y lengua fisurada **428** (**37.15%**). Se observó que las lesiones y las condiciones aumentaban con la edad, fueron más frecuentes entre la 3ra y 5ta década de vida. Se debe de tomar en cuenta el país, así como los grupos étnicos que habiten en él, ya que existen condiciones como la melanosis racial en la población mexicana es una de las condiciones más frecuentes debido a factores genéticos y grupos étnicos que radican dentro de la región, por lo que es considerada una variante de lo normal.¹⁶

Quintana Díaz realizó un estudio sobre los factores de riesgo asociados a la aparición de lesiones malignas y potencialmente malignas orales con el propósito de educar a la población. Se examinaron a 400 pacientes mayores de 15 años dando como resultado que el **67.5%** de la población tenía algún factor de riesgo de padecer lesiones potencialmente malignas o malignas en la cavidad oral en los que se incluyen: sepsis oral, uso de prótesis, hábito de fumar, ingestión de alcohol, ingestión de comidas calientes y/o picantes exposición solar, siendo el sexo masculino el más afectado con un **55.2%**; en la distribución de factores de riesgo por edad el grupo de 60 años en adelante se encontraron más del **75%** de factores en los que desatacan el uso de prótesis **32%** y el hábito de fumar **34.2%**; las localizaciones más frecuentes de lesiones en primer lugar con mayor afectación es la mucosa del carrillo con el **26%**, le sigue la mucosa del labio inferior con el **21.1%**, el labio superior, la encía inferior, el paladar duro y la lengua todo con el **10.5%**. En este estudio la distribución según el diagnóstico se constató que la leucoplasia es la lesión más frecuente presentándose 7 casos para el **36%**, las neoplasias benignas con el **21%**, los nevos y el liquen plano con el **10.5%**. La leucoplasia es la lesión potencialmente maligna más frecuente, puede transformarse en una lesión

maligna teniendo relación directa con los pacientes fumadores, alcohólicos y personas con exposición solar continua.

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos que incrementa la probabilidad de un daño a la salud, el cirujano dentista tiene la responsabilidad de detectar estos factores de riesgo, para un diagnóstico y tratamiento oportuno, mejorando la calidad de vida del paciente.¹⁷

Los resultados del estudio histopatológico indican el grado de diferenciación, el tipo histológico e infiltración de las neoplasias malignas, que se puedan presentar en boca. Muchas veces el cuadro clínico puede simular varias lesiones, que solamente el examen histopatológico puede determinar.¹⁸

La biopsia, es un estudio complementario, que auxilia al clínico en sus observaciones. Aldape B. realizó un estudio en el periodo de enero de 1997 a diciembre de 2001 de 3,293 registros de diagnósticos histopatológicos del laboratorio de patología oral, la distribución de las lesiones según el género, el femenino fue el más afectado con 2018 casos **(61%)** y el género masculino 1194 casos **(36%)**, se encontraron 357 lesiones diferentes, la hiperplasia fibrosa fue la más frecuente **(14.3%)** seguida del granuloma periapical con 241 casos **(6.8%)** y el mucocele con 187 casos **(5.3%)**. Se obtuvo además que las lesiones de tipo inflamatorio fueron las más frecuentes, contando con 2490 casos **(71.1%)**, seguida de las de tipo neoplásico 501 casos **(14.3%)**, las del desarrollo con 195 casos **(5.5%)** y las de tipo metabólico con un caso **(0.02%)**. En relación con la edad la tercera década de vida es la más afectada con 638 casos **(19.3%)** seguida de la primera y segunda década de vida. Las áreas de localización que más presentaron lesiones fueron mandíbula, maxilar, labio, encía, y mucosa yugal, las menos frecuentes fueron paladar, piso de boca y glándulas salivales. Al realizar la comparación del diagnóstico clínico con el diagnóstico histopatológico, este emitido por el laboratorio, se observó que el **65.6%** coincide y el **26.3%** no coincide. Es muy importante conocer que el estudio histopatológico, es un examen auxiliar complementario, que en ningún momento sustituye al examen clínico.¹⁹

Ovalle C. realizó un estudio para establecer la prevalencia de las lesiones histopatológicas orales definiendo sus características clínicas de paciente en la región del Bajío, México durante un periodo de seis años (agosto de 1990 a diciembre de 1996) en el cual participaron 18 instituciones, se efectuaron un total de 1,047 pacientes, predominando el sexo femenino y los pacientes de edad entre 20 – 29 años. Se diagnosticaron 300 lesiones diferentes. De estas 103 correspondieron a granuloma periapical crónico infectado como el más frecuente. Se diagnosticaron 59 casos de quiste periapical crónico infectado (**5.64%**) y 30 casos (**2.87%**) de fibrosis irritativa. Se obtuvieron 223 (**21.30%**) lesiones odontogénicas como: granuloma periapical, quiste periapical, quiste dentígero y queratociste. Las lesiones reactivas y de procesos inflamatorios correspondieron 151 estudios (**14.42%**) se encontró granuloma piógeno, hiperplasia fibrosa inflamatoria, épulis fisurado, granuloma de células gigantes multinucleadas, fibroma periférico calcificante, hiperplasia fibroepitelial e hiperqueratosis. Entre las lesiones traumáticas los fenómenos de extravasación como mucocele presentaron 38 casos, correspondiendo al **3.63%**. Las lesiones malignas presentaron 38 casos representando el **3.63%** del total de las lesiones, siendo el carcinoma epidermoide la neoplasia maligna más frecuente con 17 casos **44.74%** de 38 casos de neoplasias malignas. El carcinoma basocelular (extraoral), en sus diferentes tipos 10 casos, es decir el **26.32%** de las neoplasias malignas. El melanoma, neuroblastoma, linfoma, angiosarcoma, sarcoma alveolar de partes blandas, rabdomiosarcoma y sarcoma de Kaposi, un caso de cada uno, lo cual representó el **18.42%** de las neoplasias malignas.²⁰

Carpenter W. en su artículo “Two Approaches to the Diagnosis of Lesions of the Oral Mucosa” describe dos enfoques para la clasificación de las lesiones de la mucosa oral. Uno se basa en la etiopatogenia de la lesión y el segundo en la apariencia clínica. La combinación de estos dos esquemas de clasificación permite una excelente comprensión de las diversas lesiones para que pueda resultar un diagnóstico rápido y correcto. Luego poder seguir un tratamiento apropiado. Las

categorías etiopatogénicas generales se pueden sintetizar en cuatro áreas principales que pueden recordarse por el acrónimo MIND (M= metabólico, I= inflamación, N= neoplásico, D= enfermedades del desarrollo).²¹

Nava M. en 2001 realizó un estudio de 393 pacientes en el Departamento de Patología Bucal de acuerdo a la clasificación MIND, observó que el sexo femenino fue el más afectado con el 60% de los casos, en cuanto a edad la quinta y sexta década de vida fueron donde las lesiones aparecen con más frecuencia. Las lesiones más frecuentes son las de tipo inflamatorio, seguidas por las del desarrollo, las lesiones que encontró con mayor frecuencia fueron: hiperplasia fibrosa **7.9%**, úlceras afosas **5.8%**, candidiasis **5%**, gránulos de fordyce **4.3%** y queratosis friccional **3.7%**.²²

Peña I. en el año 2006 realizó un estudio de 1602 pacientes que acudían a las clínicas periféricas, las cuales se encuentran dentro y fuera del área metropolitana. Realizó un análisis estadístico de las lesiones de acuerdo a la clasificación MIND, en los resultados menciona que el sexo femenino es el más afectado con el 62% de los casos y el sexo masculino con el 38% de los casos. La primera y cuarta década de vida son las que presentan mayor número de pacientes. De acuerdo a la clasificación MIND las lesiones del desarrollo son las más frecuentes, seguidas del grupo inflamatorio y por ultimo las neoplásicas, las del grupo metabólico no presentó ninguna lesión.²³

Alba K. realizó un estudio de noviembre de 2008 a marzo de 2009 en la clínica de Admisión CREDP de la Facultad de Odontología UNAM, llevando a cabo la exploración oral de 500 pacientes, 257 del sexo femenino (**51.4%**) y del sexo masculino 243 (**48.6%**). En cuanto a la edad la 3° y 4° década de vida son las que presentan mayor número de lesiones. Las menciona que de acuerdo con la clasificación de MIND las lesiones más frecuentes son variaciones de lo normal, seguidas del grupo de las lesiones de origen inflamatorio, continuando con las lesiones del desarrollo, las lesiones neoplásicas fueron las de menor frecuencia y las metabólicas no presentaron casos. Las lesiones más frecuentes fueron:

leucoedema **32%**, lengua fisurada **32%**, queratosis friccional **14%**, melanosis racial **11%** y lengua saburral **8%**.²⁴

Ornelas G. realizó otro estudio en la clínica de admisión CREDP de 2014 - 2015 de 500 pacientes, el sexo femenino fue el que presentó mayor número de lesiones. En este estudio conforme a la clasificación de MIND, las alteraciones del desarrollo fueron las de mayor frecuencia en un **61.7%**, inflamatorias **26%**, metabólicas **11%**, y neoplásicas con menos del **1%**. En cuanto a la edad la 3ª y 5ª década de vida son las más afectadas. Las lesiones con mayor frecuencia fueron: pigmentación fisiológica **18%**, línea alba **12%**, "morsicatum buccarum" **10%**, varices linguales **8%** y torus mandibular **5.8%**.²⁵

Reyes J. realizó un estudio de 441 pacientes en la clínica de admisión CREDP de 2016 – 2017, siendo el sexo femenino el más afectado con 55.55%. En cuanto a edad describe que la 6ª y 7ª década de vida son las que presentan mayor número de lesiones. De acuerdo a la clasificación MIND, las alteraciones del desarrollo fueron las más frecuentes con n= 279 casos 127 en hombres y 152 en mujeres, seguida por las lesiones de origen inflamatorio con 327 casos, las lesiones de origen neoplásico con 22 casos y las de origen metabólico con 3 casos. Las lesiones más frecuentes fueron: la lengua fisurada **21.76%**, lengua saburral **12.74%**, torus mandibular **7.84%**, fibroma **5.49%** y la melanosis racial **5.68%**.²⁶

AUTOR	LUGAR	AÑO	CLASIFICACIÓN MIND	SEXO	DECADA DE VIDA.	LESIONES MÁS FRECUENTES
Nava M.	Departamento de Patología Bucal	2001	Inflamatorias	F	5° Y 6°	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hiperplasia fibrosa 2. Aftas recurrentes 3. Candidiasis 4. Gránulos de fordyce 5. Queratosis friccional
Peña I.	Clínicas Periféricas.	2006	Del Desarrollo	F	1° Y 4°	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lengua saburral 2. "Morsicatum buccarum" 3. Melanosis racial 4. Hipoplasia del esmalte 5. Máculas melanóticas
Alba K.	CREDP	2008	Del Desarrollo	F	3° Y 4°	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leucoedema 2. Lengua fisurada 3. Queratosis friccional 4. Melanosis racial 5. Lengua saburral
Ornelas G.	CREDP	2015	Del Desarrollo	F	3° y 5°	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pigmentación fisiológica 2. Línea alba 3. "Morsucatum buccarum" 4. Varices linguales 5. Torus mandibular
Reyes J.	CREDP	2017	Del Desarrollo	F	6° y 7°	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lengua fisurada 2. Lengua saburral 3. Torus mandibular 4. Melanosis racial 5. Fibroma
Sánchez G.	CREDP	2019	Del Desarrollo	F	3° y 2°	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lengua fisurada 2. Lengua saburral 3. Gránulos de fordyce 4. Melanosis racial 5. Torus mandibular

Tabla 1. Comparación de estudios similares.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mayoría de los pacientes acuden a por lo menos a 5 personas del área de la salud antes de otorgarles un diagnóstico adecuado, es por eso que el servicio que brinda la **CREDP** es tan importante para el pronóstico y tratamiento de los padecimientos orales de los pacientes que acuden a ésta. El diagnóstico es fundamental en la cadena de actividades que implica una buena atención médica odontológica. La actualización de los docentes y los alumnos sobre las lesiones más frecuentes en la población que acude a la Facultad de Odontología ayudaría al reconocimiento de las mismas.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuáles son las lesiones más frecuentes en la población que acude a la Facultad de Odontología?**

JUSTIFICACIÓN

La importancia de este trabajo radica en el diagnóstico de las lesiones orales, desde las variantes de lo normal, lesiones del desarrollo, las de origen inflamatorio, hasta las neoplásicas. De igual forma enfatizar la importancia del reconocimiento de las lesiones potencialmente malignas en fases tempranas. El reconocer lesiones malignas es determinante para mejorar su pronóstico.

HIPÓTESIS.

- H₁. El sexo femenino presenta mayor número de lesiones orales.
- H₂. La mayoría de las lesiones se encuentran en pacientes entre las 2° y 3° década de vida.
- H₃. Las lesiones del desarrollo son las más frecuentes en la población de estudio.
- H₄. La mandíbula es el sitio más afectado.
- H₅. El cáncer oral se encuentra en menos del 1% del total de los casos.

OBJETIVO GENERAL

Realizar un estudio transversal descriptivo de las lesiones que presentan los pacientes que acuden a la Clínica de Admisión CREDP en el periodo de 2017 a 2018, agruparlas de acuerdo a las clasificación MIND y de esta manera obtener un panorama de las lesiones más frecuentes en la población que llega a la Facultad de Odontología, ayudando a la detección y tratamiento de las mismas.

Así mismo reconocer de lesiones potencialmente malignas como son la leucoplasia, eritroplasia, lesiones mixtas, aumento de volumen y úlceras que no se resuelven en 3 semanas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las lesiones orales de la población que acude a la CREDP de la Facultad de Odontología.
2. Agrupar las lesiones según la clasificación de MIND.
3. Identificar la distribución de las lesiones orales por grupo de edad y sexo.
4. Identificar la localización más frecuente de las lesiones orales.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio transversal descriptivo en el cual se define las características de uno o más grupos de lesiones de acuerdo a la clasificación MIND.

TAMAÑO Y SELECCIÓN DE MUESTRA

Se realizó una calibración en el área de diagnóstico clínico supervisado por un especialista en el área de patología bucal, en los meses de Octubre y Noviembre del 2017 se obtuvo un **kappa de 85%**.

UNIVERSO DE ESTUDIO

12,209 pacientes, acudieron en el turno matutino de la Clínica de Admisión **CREDP** de la Facultad de Odontología UNAM, en un periodo de 12 meses, de 2017 a 2018.

Se realizó la selección de muestra por medio del muestreo por conveniencia.

Se realizó una selección de muestra de 500 pacientes que se presentaron a la Clínica de Admisión UNAM de licenciatura.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó en el horario de 10:00 a.m. a 14:00 p.m. con el consentimiento de la coordinadora de la Clínica de Admisión **CREDP** del turno matutino la C.D.E.E. Elizabeth Raquel Powell Castañeda

1. Se realizó una historia clínica, acompañada de exploración clínica bajo la luz artificial y contacto con guantes de vinil. ANEXO 4
2. Sí el paciente presentó alguna lesión firmó el consentimiento informado de acuerdo con la Norma Mexicana 013 para tomar una fotografía de la misma, si es menor de edad lo firmó el padre o tutor. ANEXO 2
3. Se recolectó los datos del paciente como: fecha, nombre, edad, sexo, enfermedades sistémicas, medicamentos, lesión, número de lesiones presentes y localización. ANEXO 3
4. Cuando el diagnóstico clínico por el alumno no era concluyente, se acudió al especialista en el área de patología oral.
5. Cuando el diagnóstico clínico no era concluyente se realizó una biopsia para definir la ruta clínica.
6. Si el paciente requirió biopsia se canalizó con el área de cirugía oral, o periodoncia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión:

- Pacientes que presentaron lesión en cavidad oral.
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes que acudieron a la clínica de admisión en el turno matutino en el periodo 2017 – 2018.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio y firmaban el consentimiento informado.

Exclusión:

- Pacientes que se negaron a firmar el consentimiento informado.
- Paciente que se negaron a ser fotografiados.
- Menores de edad que no dieran asentimiento a ser revisados.

VARIABLES DEPENDIENTES

LESIÓN	DEFINICIÓN	TIPO
METABÓLICA	Lesiones orales que ocurren como resultado de varias enfermedades sistémicas. Estas enfermedades pueden ser de naturaleza hormonal o nutricional.	Cualitativa
INFLAMATORIA	Son lesiones que pueden manifestar los signos cardinales de la inflamación, enrojecimiento, hinchazón, calor y dolor.	Cualitativa
NEOPLÁSICA	Lesiones que pueden representar un proceso benigno, potencialmente maligno o maligno.	Cualitativa
DESARROLLO	Lesiones que pueden ser de naturaleza genética (hereditaria) adquirida o congénita.	Cualitativa

Tabla 2. Variables dependientes.

VARIABLES INDEPENDIENTES

CONCEPTO	DEFINICIÓN	TIPO
Sexo	Estado orgánico y funcional que distingue a los hombres de las mujeres.	Cualitativa
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Cuantitativa
Localización	Es la determinación del lugar en el cual se halla una persona o una cosa.	Cualitativa
APENDICE FRENILLO DE	Es un fragmento superfluo de tejido mucoso que se proyecta desde el frenillo labial del maxilar superior. No tiene función conocida, es frecuente y parece heredarse como rasgo autosómico dominante.	Cualitativa
CANDIDA CRÓNICA ATRÓFICA	Forma clínica de infección por <i>Cándida albicans</i> en la cual la mucosa está adelgazada, lisa y de color rojo brillante con síntomas de ardor y aumento de sensibilidad; normalmente se encuentra en el paladar debajo de una prótesis, pero también se ve en la lengua y otras superficies mucosas.	Cualitativa
DIENTE SUPERNUMERARIO	Los dientes supernumerarios también llamados hiperdoncia o desarrollo de dientes extras. Pueden ser con morfología normal o dismórficos, siendo estos últimos los que se presentan con más frecuencia y dientes incluidos con una frecuencia escasa. En la etapa de iniciación del desarrollo de la dentición, los dientes supernumerarios posiblemente se forman como resultado de las alteraciones en la hiperactividad de la lámina dental.	Cualitativa
EXOSTOSIS	Las exostosis también conocida como hiperostosis, son protuberancias óseas benignas que se levantan sobre la lámina	Cualitativa

<p>ÉPULIS FISURATUM</p>	<p>central, afectando frecuentemente a la mandíbula</p>	
	<p>Proliferación de tejido conjuntivo fibroso asociado con inflamación crónica, en respuesta a una lesión crónica. Las prótesis mal ajustadas con rebordes de longitud excesiva que irritan el tejido vestibular tras reabsorberse el tejido alveolar, pueden estimular la proliferación fibroblástica y la síntesis de colágeno. Estos procesos de hiperplasia son más frecuentes junto a los rebordes de las prótesis y tienden a ser multilobulados y difusos. Cuando se deben a la intrusión de fijaciones de excesiva Cualitativa longitud, las lesiones suelen contener una depresión alargada con una úlcera lineal en su base. Antiguamente la hiperplasia fibrosa se conocía como «épulis fisurado».</p>	<p>Cualitativa</p>
	<p>Lesión que surge como respuesta a una irritación crónica y en la que se observa abundante elaboración de colágeno, por lo que asemeja tejido cicatrizal. Se localiza fundamentalmente en las encías, los labios y la mucosa oral. Otra localización frecuente son los bordes de la lengua. Estas lesiones nodulares suelen aparecer en las partes blandas del plano de oclusión dental. El aspecto clínico del fibroma por irritación es una masa cupuliforme con superficie lisa y coloración normal.</p>	<p>Cualitativa</p>
<p>FLUOROSIS DENTAL</p>	<p>Hipoplasia generalizada del esmalte inducida químicamente es la resultante de la ingestión de flúor. Aunque la ingesta total de flúor dependerá del consumo total de agua que lo contiene, la hipoplasia del esmalte inducida por el flúor suele ser apenas visible a niveles inferiores a 1,0 ppm en el agua de bebida. Con cantidades de flúor más altas en el agua de bebida, la hipoplasia</p>	<p>Cualitativa</p>

	del esmalte resultante se hace cada vez más evidente	
GRANULOS DE FORDYCE	Múltiples pápulas de 1-2 mm de diámetro de color amarillento, asintomáticas localizadas frecuentemente en mucosa vestibular, área retromolar, borde bermellones. Se deben a glándulas sebáceas ectópicas, predominantemente se presentan en adultos que en niños	Cualitativa
HIPOPLASIA DEL ESMALTE	Línea blanca horizontal de pequeñas fositas o surcos sobre la superficie del esmalte que corresponden a la etapa del desarrollo ya la duración de la agresión. Los factores ambientales sistémicos de duración breve inhiben a los ameloblastos funcionales en un período específico durante el desarrollo del diente.	Cualitativa
HIPODONCIA	Ausencia congénita de uno o más dientes.	Cualitativa
LEUCOPLASIA	Placa blanca que no se desprende y que no pertenece a ninguna otra entidad nosológica.	Cualitativa
LENGUA FISURADA	Se caracteriza por tener superficie dorsal cruzada por surcos de diferente profundidad y extensión. Aumenta con la edad y afecta a ambos sexos. Generalmente presenta un surco central, del cual parten otras fisuras que llegan hasta los bordes de la lengua.	Cualitativa
LENGUA GEOGRÁFICA	Aparece como múltiples áreas atróficas rojas definidas y depapiladas, bien delimitadas por papilas filiformes ligeramente elevadas formando bordes festoneados, generalmente asintomática, es variante de lo normal. No requiere tratamiento.	Cualitativa

LÍNEA ALBA	Línea blanca bilateral distribuida a la altura de las coronas o cúspides de los dientes posteriores, que no desprende al raspado. Se debe a trauma por irritación crónica de los dientes, produciendo ocasionalmente queratosis y no requiere tratamiento.	Cualitativa
MUCOCELE	Tumefacción tisular formada por moco acumulado tras escapar al tejido conjuntivo a partir de un conducto salival roto.	Cualitativa
PIGMENTACIÓN FISIOLÓGICA	Mancha de bordes difusos de color marrón o café oscuro localizado en las encías inferior y superior en individuos de color de piel morena y oscura.	Cualitativa
QUERATOSIS FRICCIONAL	Entidad de etiología traumática, debida a irritación crónica de la mucosa por agentes traumáticos como prótesis mal ajustadas, retenedores directos lacerantes, aparatos de ortodoncia y que no se desaparece cuando se tracciona o se raspa. Siempre se identificará el agente causal asociado. Se recomienda cuando se identifique una lesión de este tipo, se eliminen los factores traumáticos asociados y si en el curso de tres a cuatro semanas la entidad no desaparece, se debe referir al paciente a un servicio de especializado de patología oral o de segundo nivel para realizar una biopsia.	Cualitativa
QUEILITIS ANGULAR	Inflamación de las comisuras en forma de boqueras.	Cualitativa
QUEILITIS DESCAMATIVA /EXFOLIATIVA	Los borde bermellones se observan resecos, fisurados con exfoliación de las capas superficiales epiteliales, asociado a múltiples factores.	Cualitativa
TORUS	Exostosis de forma ovoide, redonda o lobulada conocidos como torus, se pueden encontrar mandibulares y palatinos.	Cualitativa
ÚLCERA TRAUMÁTICA	Pérdida de la continuidad del epitelio causada por un traumatismo.	Cualitativa

VARICES LINGUALES	En individuos de la tercera edad, es común observar en el vientre lingual, vasos sanguíneos tortuosos y de color oscuro formando várices sublinguales.	Cualitativa
VERRUGA VULGAR	Hiperplasia epitelial papilar focal que contiene comúnmente células coilocíticas del VPH-2 o el VPH-6; se presenta frecuentemente en las manos y en la cara anterior de la boca en los niños.	Cualitativa

Tabla 3. Variables independientes.

MATERIAL

Los pacientes que acudieron:

1. Firmaron del consentimiento informado ANEXO 2
2. Se realizó el pago de carnet de la Facultad de Odontología, además adquirir un paquete de exploración que contiene:
 - Espejo de uso único.
 - Explorador de uso único.
 - Pinzas de uso único.
 - Babero desechable.
3. El operador portaba:
 - Bata desechable
 - Gorro desechable
 - Guates de vinil desechables.
4. Para el llenado de historia clínica:
 - I Pad
 - Sillón dental
 - Estetoscopio y esfigmomanómetro
 - Tabla de apuntes
 - Bitácora

ANÁLISIS DE DATOS

1. Los datos obtenidos fueron ingresados en una base de datos en Microsoft Excel 2016 en el siguiente orden: Nombre, edad, sexo, estado sistémico general, medicamentos y alteración, para que de esta manera hacer más fácil su análisis.
2. Se realizó un análisis estadístico por medio de medidas de frecuencia para evaluar la distribución de las lesiones orales y de acuerdo a la clasificación MIND.
3. Se realizó la χ^2 mediante software IBM SPSS Statistics Base 25.0.

RESULTADOS

El total de la población que acudió a la Clínica de Admisión CREDP en el turno matutino del periodo de 2017 a 2018 fue de N=12,209 pacientes, se tomó una muestra de n=500 pacientes representando el 4% del total.

TOTAL DE PACIENTES ANUAL		MUESTRA
PACIENTES	12,209	500
PORCENTAJE	100%	4%

Tabla 4. Total de pacientes anual 2017 a 2018.

De la muestra de 500 pacientes, n=278 pertenecen al sexo femenino representando el 55.6%, y del sexo masculino n=222 representando el 44.4% del total.

MUESTRA DE PACIENTES POR SEXO			
	Total de pacientes	Femeninos	Masculino
Muestra (n)	500	278	222
Porcentaje	100%	55.6%	44.4%

Tabla 5. Muestra de pacientes por sexo.

Se realizó la prueba de χ^2 al 95% de confianza con 3 grados de libertad con un resultado de $\chi^2 = 0.35$ lo cual no es estadísticamente significativo.

DISTRIBUCIÓN POR GENERO CLASIFICACIÓN MIND				
MIND	No. De lesiones (n)	No. de lesiones Sexo femenino (n)	No. de lesiones Sexo masculino (n)	Porcentaje (%)
Metabólicas	3	3	0	0.33%
Inflamatorias	360	181	179	39.73%
Neoplásicas	26	18	8	2.86%
Desarrollo	517	265	252	57.06%
Total	906	467	439	100%

Tabla 6. Distribución por género de la clasificación MIND

Los pacientes con una sola lesión son n=247 (93 hombres y 154 mujeres) representando el 49.4% de la población total de la muestra, con dos lesiones son n=161 (77 hombres y 84 mujeres) 32.2%, con tres lesiones son n=55 pacientes (31 hombres, 24 mujeres) 11%, con cuatro lesiones son n=24 pacientes (14 hombres, 10 mujeres) representando el 4.8%.

DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE LESIÓN			
Número de alteraciones	Hombres (n)	Mujeres (n)	Total %
1	93	154	49.4%
2	77	84	32.2%
3	31	24	11%
4	14	10	4.8%
5	2	5	1.4%
6	2	0	0.4%
7	2	1	0.6%
8	1	0	0.2%
	222	278	100%

Tabla 7. Distribución por número de lesión.

En el presente estudio se encontró que la década de vida más frecuente es la tercera década con n=107 pacientes representando el 21.4%, seguida de la segunda década de vida n=103 pacientes (20.6%), después la quinta década de vida con 13.6% (n=68), y por último la sexta década de vida con n= 66 pacientes correspondiente al 13.2% de la población.

DISTRIBUCIÓN POR DÉCADA DE VIDA						
Rango de edad	Incidencia Masculino (n)	Porcentaje Masculino (%)	Incidencia Femenino (n)	Porcentaje Femenino (%)	Incidencia Ambos (n)	Porcentaje ambos (%)
0-10	15	3%	16	3.2%	31	6.2%
11-20	52	10.4%	51	10.2%	103	20.6%
21-30	47	9.4%	60	12%	107	21.4%
31-40	23	4.6%	25	5%	48	9.6%
41-50	24	4.8%	44	8.8%	68	13.6%
51-60	28	5.6%	38	7.6%	66	13.2%
61-70	23	4.6%	36	7.2%	59	11.8%
71-80	8	1.6%	6	1.2%	14	2.8%
81-90	2	0.4%	2	0.4%	4	0.8%
Total	222	44.4%	278	55.6%	500	100%

Tabla 8. Distribución por década de vida.

El total de lesiones presentes en la muestra son de n= 906, las lesiones de origen metabólico son n=3 (0.33%), las de origen inflamatorio n= 306 (39.73%), del desarrollo 517 (57.06%) y de origen neoplásico n= 26 (2.86%).

DISTRIBUCIÓN POR CLASIFICACIÓN MIND		
MIND	No. De lesiones (n)	Porcentaje (%)
Metabólicas	3	0.33%
Inflamatorias	306	39.73%
Neoplásicas	26	2.86%
Desarrollo	517	57.06%
Total	906	100%

Tabla 9. Distribución por clasificación MIND.

Del total de lesiones, el 0.33% (n=3) pertenece al grupo de origen metabólico, la lengua lisa fue la única encontrada.

DISTRIBUCIÓN DE VARIACIONES DEL GRUPO METABÓLICO			
Lesión	MIND	Incidencia	Porcentaje (%)
Lengua lisa	Metabólicas	3	0.33%

Tabla 10. Distribución de variaciones del grupo metabólico.

Las lesiones del grupo de origen inflamatorio se obtuvieron n=360 correspondiendo al 39.73%, las lesiones diagnosticadas más frecuentes fueron la lengua saburral n= 81 (8.9%), la línea alba con 21 casos (2.3%), el fibroma con 20 casos (2.2%), agrandamiento gingival con 20 casos (2.2%), atrición con 19 casos (2%), y la queilitis exfoliativa con 18 casos (1.9%).

DISTRIBUCIÓN DE VARIACIONES DEL GRUPO INFLAMATORIO		
Lesión	Pacientes (n)	Porcentaje (%)
Lengua saburral	81	8.9 %
Línea alba	21	2.3%
Fibroma	20	2.2%
Agrandamiento gingival inducido por placa	20	2.2%
Atrición	19	2.0%
Queilitis exfoliativa	18	1.9%

Tabla 11. Distribución de variaciones del grupo inflamatorio.

Se diagnosticaron n=26 lesiones de origen neoplásico (2.8%), 15 casos de nevo (1.6%), de papiloma 4 casos (0.4%), un caso de leucoplasia, displasia, carcinoma epidermoide, schwannoma, tumor e células granulares, odontoma compuesto, y aumento de volumen.

DISTRIBUCIÓN DE VARIACIONES DEL GRUPO NEOPLÁSICO		
Lesión	Pacientes (n)	Porcentaje (%)
Nevo	15	1.6%
Papiloma	4	0.4%
Leucoplasia	1	0.1%
Odontoma compuesto	1	0.1%
Schwannoma	1	0.1%
Tumor de células granulares	1	0.1%
Displasia	1	0.1%
Carcinoma epidermoide	1	0.1%
Aumento de volumen labio superior	1	0.1%
Total	26	2.8%

Tabla 12. Distribución de variaciones del grupo neoplásico.

Las lesiones correspondientes al grupo de origen del desarrollo fueron $n= 517$ es decir, 57.06% del total, entre las más frecuentes se encuentran la legua fisurada con $n=99$ casos (10.9%), los gránulos de fordyce con $n= 65$ casos (7.1%), la melanosis racial $n=51$ casos (5.6%), torus mandibular con $n= 48$ casos (5.6%), la hipoplasia del esmalte $n=39$ casos (5.2%) así como el apéndice de frenillo labial con $n= 39$ casos (5.2%).

DISTRIBUCIÓN DE VARIACIONES DEL GRUPO DEL DESARROLLO		
Lesión	No. De casos (n)	Porcentaje (%)
Legua fisurada	99	10.9%
Gránulos de fordyce	65	7.1%
Melanosis racial	51	5.6%
Torus mandibular	48	5.6%
Hipoplasia del esmalte	39	5.2%
Apéndice de frenillo labial	39	5.2%

Tabla 13. Distribución de variaciones del grupo del desarrollo.

Las estructuras más frecuentes donde se localizaron las lesiones corresponden a la lengua con n=281 casos (27.7%), diente con n=119 casos (11.7%), labio inferior n=88 casos (8.6%), encía inferior con n= 87 casos (8.5%), labio superior con=71 casos (7%), encía superior con n= 62 casos (6.1%), la mucosa yugal con n= 58 casos (5.7%), la mucosa labial con n=56 casos (5.6%), el reborde alveolar mandibular con n=55 casos (5.4%), la comisura labial con n=45 casos (4.4%) y el paladar duro también con n= 45 casos (4.4%).

DISTRIBUCIÓN POR ESTRUCTURA ANATÓMICA		
LOCALIZACIÓN	Total (n)	Porcentaje (%)
Lengua	281	27.7%
Diente	119	11.7%
Labio inferior	88	8.6%
Encía inferior	87	8.5%
Labio superior	71	7%
Encía superior	62	6.1%
Mucosa yugal	58	5.7%
Mucosa labial	56	5.5%
Reborde alveolar mandibular	55	5.4%
Comisura	45	4.4%
Paladar duro	45	4.4%

Tabla 14. Distribución por estructura anatómica.

DISCUSIÓN

De acuerdo al presente estudio las cinco lesiones inflamatorias más frecuentes son lengua saburral, línea alba, fibroma y agrandamiento gingival inducido por placa, se coincide con López V. de 2013 que el fibroma es de las lesiones más frecuentes, además se coincide que el cáncer oral ocupa menos del 1% del total de lesiones.

En el presente estudio los diagnósticos variaron de 1 a 8 alteraciones por paciente, las variantes de lo normal más frecuentes son la lengua fisurada 99 (10.9%), gránulos de fordyce 65 (7.1%), y la melanosis racial 51 (5.6%) por lo cual se coincide con Donuhé, sin embargo se difiere con el mismo ya que la mayoría de los pacientes presentaron 1 y 2 lesiones mientras que Donuhé refiere que la mayoría de los pacientes presentaron entre 3 y 4 lesiones.

En relación a la edad, la de mayor frecuencia fue la segunda y tercera década de vida, por lo cual se coincide con Aldape 2007 así mismo en que el sexo femenino es el que más lesiones presenta.

Las lesiones malignas representaron un 0.33% correspondiente a 3 casos, esta cifra es inferior a la reportada por Ovalle en casos de malignidad que es de **3.63%** por lo que no se coincide con él.

En el año 2002 se inició una serie de estudios sobre la prevalencia de las lesiones bucales en pacientes que acudían a la Facultad de Odontología o a alguna de las clínicas periféricas que se encuentran dentro de la ciudad de México, el primero fue de Nava en el año 2002, posteriormente Peña en 2006, Alba en 2009, Ornelas en 2017, y por ultimo Reyes en 2019, estos estudios comparan el estado de salud bucal de la población que acude a la Facultad de Odontología UNAM. ^(22, 23, 24, 25, 26)

De acuerdo a la cantidad de pacientes incluidos en los diferentes estudios se puede observar una cantidad constante de pacientes, a excepción de Peña que cuenta con 1602.

POBLACIÓN TOTAL					
NAVA	PEÑA	ALBA	ORNELAS	REYES	SÁNCHEZ
393	1602	500	500	441	500

Tabla 15. Población total de estudios similares.

Se coincide con los anteriores estudios que el género femenino es el que más lesiones presenta, siendo el mayor porcentaje el de Nava con 62% y el menor 51.4% que corresponde al de Alba.

DISTRIBUCIÓN POR SEXO						
	NAVA	PEÑA	ALBA	ORNELAS	REYES	SÁNCHEZ
Femenino	58.6	62	51.4	59.5	55.5	55.6
Masculino	41.4	38	48.6	40.5	44.4	44.4

Tabla 16. Distribución por sexo, comparación con estudios similares.

En el grupo metabólico, Ornelas es quien más registro tiene de estas lesiones con 11.5%, en segundo lugar Reyes con 0.58%, se coincide que es el grupo que menos lesiones presenta.

DISTRIBUCIÓN POR VARIACIONES DEL GRUPO METABÓLICO						
	NAVA	PEÑA	ALBA	ORNELAS	REYES	SÁNCHEZ
	0	0	0	11.5	0.58	0.33

Tabla 17. Distribución por variaciones del grupo metabólico, comparación con estudios similares.

En el grupo de variaciones inflamatorias Nava con 62% es el que presenta mayor porcentaje además es el grupo que abarca mayor cantidad de lesiones en su estudio, por lo tanto es el único que no coincide con los demás.

DISTRIBUCIÓN POR VARIACIONES DEL GRUPO INFLAMATORIO.					
NAVA	PEÑA	ALBA	ORNELAS	REYES	SÁNCHEZ
62	38.3	45	26.1	42.54	39.73

Tabla 18. Distribución por variaciones del grupo inflamatorio, comparación con estudios similares.

En el grupo de las lesiones de origen neoplásico Nava presenta el mayor porcentaje de lesiones con 8%, los de más estudios coinciden y se mantienen por debajo del 3%.

DISTRIBUCIÓN POR VARIACIONES DEL GRUPO NEOPLÁSICO					
NAVA	PEÑA	ALBA	ORNELAS	REYES	SÁNCHEZ
8	0.2	2	0.5	2.15	2.86

Tabla 19. Distribución por variaciones del grupo neoplásico, comparación con estudios similares.

En 5 estudios se coincide que el grupo de las variaciones del desarrollo es el más numeroso a excepción de Nava con 30%.

DISTRIBUCIÓN POR VARIACIONES DEL GRUPO DEL DESARROLLO					
NAVA	PEÑA	ALBA	ORNELAS	REYES	SÁNCHEZ
30	61.3	53	61.7	54.70	57.6

Tabla 20 Distribución por variaciones del grupo del desarrollo, comparación con estudios similares.

CONCLUSIONES

El género con mayor prevalencia fue el femenino con 55.5% lo que representa 278 casos.

Se encontró una cantidad de 906 lesiones en 500 pacientes, por lo cual se presentaron de 1 a 8 lesiones por paciente.

Las lesiones con mayor incidencia fueron lengua fisurada, lengua saburral, gránulos de fordyce y melanosis racial.

El grupo de las lesiones del desarrollo fue el de más incidencia, seguidas por el grupo inflamatorio, posteriormente el neoplásico y por último el metabólico.

En relación con la edad, la de mayor frecuencia fue la segunda década y tercera década de vida.

La mayor incidencia de las lesiones que se encontró en la cavidad bucal fue en lengua, dientes, labio inferior, encía inferior, labio superior, encía superior y mucosa yugal.

Es importante para los alumnos y docentes reconocer las lesiones con mayor incidencia en la población que acude a la facultad de odontología, esto ayuda a su diagnóstico y tratamiento.

En el presente estudio se concluye que las lesiones más frecuentes son las del grupo del desarrollo, las cuales por lo general son variantes de lo normal.

La agrupación de las lesiones por la clasificación MIND permite una revisión rápida y sencilla, la cual ayuda al alumno y al profesional a realizar un diagnóstico clínico con un enfoque etiopatogénico.

Es de gran importancia el reconocimiento de lesiones potencialmente maligna y su remisión al área correspondiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. The American Academy Oral of Medicine [actualizada 28 de junio 2018; citado 20 de julio de 2018] Disponible en <http://www.aaom.com/>
2. Asociación Mexicana de Patología y Medicina Bucal 2018, Colegio AC. Revista Mexicana de estomatología [actualizada 28 de junio 2018; citado 15 de julio de 2018] Disponible en <http://ampmbcolegio.org.mx/>
3. Eversole R. Evidence-based Practice of Oral Pathology and Oral Medicine. CDA Journal. 2006; 34 (6):448-54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16866014>
4. Alarcón J. Epidemiología: concepto, usos y perspectivas. Revista Peruana de Epidemiología, 2009 vol. 13, núm. 1, pp. 1-3 [Internet]. 2009;13(1):1-3. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203120866002>
5. Escuela Nacional de Sanidad (ENS) Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Ciencia e Innovación. Miguel Ángel Royo Bordonada, Javier Damián Moreno, "Método epidemiológico". Madrid: ENS - Instituto de Salud Carlos III, Octubre de 2009. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/2009-0843_Manual_epidemiologico_ultimo_23-01-10.pdf
6. Duque C, Mora II. La representación de la epidemiología de la caries en el mundo a través de mapas. Univ Odontol. 2012 Ene-Jun; 31(66): 41-50. Disponible en: <file:///C:/Users/Lenovo%20G40/Downloads/Dialnet-LaRepresentacionDeLaEpidemiologiaDeLaCariesEnElMun-4051449.pdf>
7. Clasificación internacional de enfermedades con aplicación a odontología y estomatología, 8 edición Organización panamericana de la salud , oficina regional de la organización mundial de la salud, Washinton, D. C. EUA Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170130/40242.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Organización Mundial de la Salud. [Internet] Salud Bucodental Nota informativa N°318. (actualizada Abril 15 del 2017, citado 16 Jullio 2018) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

9. Hidalgo G., Duque de Estrada R., Pérez Q., La caries dental: Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2008 Mar [citado 2018 Jul 18] ; 45(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000100004&lng=es.
10. Secretaria de salud pública, resultados de vigilancia epidemiológica de patologías bucales SIVEPAB 2015. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/212323/SIVEPAB-2015.pdf>
11. Secretaria de salud, Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las patologías bucales, SIVEPAB 2012. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/20_2012_Manual_PatBucal_vFinal.pdf
12. 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, 2006. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/prevalencia_lesiones_mucosa_bucal.asp
13. Casamayou R., Izquierdo R., Der Boghosian E., Nuñez J., Pérez M., Lesiones de la mucosa bucal en una población infantil de Montevideo, Uruguay. Actas Odontol. [Internet]. 2016 [citado 2018 Jul 19] ; 13(2): 4-14. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-63042016000200004&lng=es.
14. Casnati B., Álvarez R, Massa F., Lorenzo S., Angulo M., Carzoglio J, Prevalencia y factores de riesgo de las lesiones de la mucosa oral en la población urbana del Uruguay. Odontoestomatología [Internet]. 2013 Jun [citado 2018 Jul 18] ; 15(spe): 58-67. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000200007&lng=es.
15. López V., Bolonga M., Sánchez B., Horta S., Frecuencia de patologías bucales en una clínica de atención primaria odontológica, México, Revista Tame 2013; 2 (4) pp. 100-105. Disponible en:

http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_4/tam221-02.pdf

16. Donohué Cornejo A., Aldape Barrios B. C., Ponce Bravo S. Distribución de condiciones y lesiones de la mucosa bucal en paciente adultos mexicanos. Rev. Cubana de Estomatol, v. 44 n 1 Ciudad de la Habana ene – mar 2007. Disponible en: http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_4/tam221-02.pdf
17. Quintana D., Fernández F., Laborde R., Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2004 Dic [citado 2018 Jul 22] ; 41(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300007&lng=es
18. Cosio D, Bipsia en Odontologia situa – 15 (1, 2) 2006 Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/situa/2006_n1-2/pdf/a07.pdf
19. Aldape B., Frecuencia de lesiones bucales histopatológicas en un laboratorio de patología bucal. Rev. ADM, Vol. LXIV, No. 2, Marzo – Abril 2007, pp 61-67. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od072e.pdf>
20. Ovalle C. Prevalencia de lesiones histopatológicas bucales en la zona del Bajío. Rev. ADM Vol. LVII, No. 4 Julio – Agosto 2000 pp 132-136
21. Carpenter W. Two approaches to the diagnosis of Lesions of the oral mucosa CDA: Jornal, 199; vol. 27; 8p 619-23.
22. Nava, M., Frecuencia de diagnósticos de Enero a Diciembre del 2001, en el laboratorio de patología bucal DEPel (Tesis licenciatura) México UNAM. Facultad de Odontología; 2001.
23. Peña I. Prevalencia de variaciones bucales en pacientes de las clínicas periféricas de la Facultad de Odontología de Enero a Septiembre del 2005- (Tesis licenciatura) México: UNAM Facultad de Odontología; 2006.

24. Alba M. Prevalencia de lesiones bucales en pacientes de la clínica de admisión de noviembre 2008 a marzo 2009, Facultad de Odontología UNAM. (Tesis licenciatura) México: UNAM Facultad de Odontología; 2009.

25. Ornelas E. Diagnóstico clínico de 500 pacientes en la clínica de Admisión CREDP de 2014 a 2015. (Tesis licenciatura) México: UNAM Facultad de Odontología; 2017.

26. Reyes J., Diagnóstico clínico de 441 pacientes en la clínica de admisión CREDP de 2016 a 2017. (Tesis licenciatura) México: UNAM Facultad de Odontología; 2019.

ANEXOS

ANEXO 1

NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Historia Clínica.

Deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados siguientes:

6.1.1 Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.12 de esta norma) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas;

6.1.2 Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud;

6.1.3 Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros;

6.1.4 Diagnósticos o problemas clínicos;

6.1.5 Pronóstico;

6.1.6 Indicación terapéutica.

6.2 Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:

6.2.1 Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);

6.2.2 Signos vitales, según se considere necesario.

6.2.3 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente;

6.2.4 Diagnósticos o problemas clínicos;

6.2.5 Pronóstico;

6.2.6 Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.

6.3 Nota de Interconsulta.

La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con:

6.3.1 Criterios diagnósticos;

6.3.2 Plan de estudios;

6.3.3 Sugerencias diagnósticas y tratamiento; y pronóstico

ANEXO 2

NORMA Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

9.6 Cartas de consentimiento informado: a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

**CLÍNICA DE RECEPCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO****Indicaciones para el ingreso y atención de pacientes****(Adultos, Adultos Mayores, Niños y Adolescentes)**

- I. Horarios de atención:
 1. Lunes a viernes de 7:00 a 19:00 horas.
 2. Sábados de 8:00 a 13:00 horas.

Nota: el tiempo estimado para la evaluación y entrega del carnet es de 60 minutos (dependiendo de la demanda de pacientes).
- II. Presentarse y solicitar la información relacionada al trámite de ingreso en el mostrador de la CREDP.
- III. Presentar en original, vigente, sin tachaduras ni enmendaduras, dos de los siguientes medios de identificación:
 1. Acta de nacimiento, FM2 o FM3 o carta de naturalización (en caso de ser extranjero).
 2. Documento con fotografía (credencial de elector, cartilla del servicio militar, cédula profesional, licencia de manejo, pasaporte, clave única de registro de población (CURP) INAPAM).
- IV. Pacientes menores de edad:
 1. Presentar credencial escolar vigente.
 2. Presentar medio de identificación del padre, tutor o acompañante.
 3. Llenar el formato para la atención del menor.
- V. Pago
 1. Se realizan en la caja de la dependencia, mismo que no será reembolsable.
 2. El estudiante prestador del Servicio Social le indicará el monto a pagar.
 3. El pago incluye: paquete de exploración (espejo, explorador, pinza, campo y charola desechables) historia clínica, evaluación y carnet con fotografía.
 4. En caso de requerir radiografía panorámica tendrá un costo adicional y el estudiante prestador del Servicio Social le indicará el monto a pagar.
- VI. Vigencia y reposición:
 1. El Expediente Clínico Único (ECU) y el carnet tienen vigencia de 5 años.
 2. La reposición del Carnet tendrá un costo adicional, el estudiante prestador del Servicio Social le indicará el monto a pagar.
- VII. Descuentos del pago:
 1. La cuota de recuperación en la CREDP **no** tiene descuento.
 2. En las diferentes clínicas, los descuentos serán autorizados por la Secretaría General presentando credencial vigente del INAPAM o de estudiante de la Facultad de Odontología. Los descuentos no aplican en los pagos de paquetes de exploración y en las clínicas de Prótesis y Prostodoncia.
- VIII. La Facultad de Odontología es una institución de enseñanza y de atención clínica odontológica que requiere de la elaboración de un expediente clínico*. Para su realización, en la CREDP se le harán preguntas confidenciales sobre su estado de salud, antecedentes familiares, hábitos, formas y estilos de vida. Se llevará a cabo una exploración física para

*NOM 004-SSA3-2012 y NOM 013-SSA2-2006

conocer sus signos vitales (pulso, tensión arterial y frecuencia respiratoria) estatura y peso, así como una exploración bucal. Una vez realizada ésta, se determinará una ruta de atención odontológica acorde a sus requerimientos:

Clinicas en el Edificio Central	Cirugía Oral; Clínica del dolor; Endodontología; Odontología Preventiva; Odontología Restauradora; Odontopediatría; Periodontología; Rehabilitación Oral.
Clinicas Periféricas	Cínica Integral de Adultos y Adultos Mayores; Clínica Integral de Niños y Adolescentes; Área de Profundización.
Clinicas de Especialidad	Alta Especialización en Implantología Oral Quirúrgica y Protésica; Cirugía Oral y Maxilofacial; Endodoncia, Odontopediatría; Odontología Restauradora Avanzada; Ortodoncia; Patología Bucal; Periodoncia e Implantología; Prótesis Bucal e Implantología; Prótesis Maxilofacial. Clínica del dolor y Fisiología.
Otros	Diplomados y Seminarios de Titulación.

En cada clínica le informarán los horarios de atención.

IX. Información adicional


1. No se atenderán pacientes que alteren el orden de la clínica o estén bajo los efectos del alcohol o algún tipo de droga.
2. Una vez que sea remitido a las diferentes áreas de atención, debe asistir a todas las citas con el carnet; llegar temprano y avisar al estudiante (la tolerancia será de 10 minutos); en caso de no poder acudir a la cita, cancelar con 24 horas de anticipación con el estudiante, (se le dará de baja a la tercera falta injustificada). Ante un imprevisto, su cita puede ser cambiada.
3. Será responsabilidad del paciente la aceptación del tratamiento, comprometiéndose a cumplir con los lineamientos de cada área clínica de atención.
4. El tiempo que dure el tratamiento será el que el estudiante supervisado por el docente considere necesario para lograr el éxito y los objetivos deseados; puede ser modificado por causas ajenas a la Institución o por causas de fuerza mayor por parte del paciente.
5. Los casos de urgencias odontológicas se atenderán en la División de estudios de Posgrado en horario de atención de 7.30 am. A 3.30 pm. Y solamente Ortodoncia, Periodoncia y Ortopedia hasta las 7.30 pm.

fecha _____

Recibí indicaciones para el ingreso y atención de pacientes

Nombre y firma del paciente o tutor

ANEXO 3 FORMATO DE REGISTRO DE LESIONES



**Universidad Nacional
Autónoma de México**

Expediente Clínico Único

Facultad de Odontología

HISTORIA CLÍNICA No. 10148-4-19

MODIFICAR DATOS DE CAVIDAD BUCAL

NOMBRE: GONZALEZ ALVAREZ ERICKA ARACELI

LESIÓN: MODIFICAR ELIMINAR

DAR DE ALTA LESIÓN TEJIDOS BLANDOS

NO SI

Localización:

Especificar localización:

Localización:

Localización:

Forma:

Color:

Superficie:

Bordes:

Consistencia:

Base:

Tiempo de evolución años:

Tiempo de evolución meses:

[Cerrar ventana](#)

ANEXO 4

EXPLORACION CLÍNICA

La exploración oral es el primer contacto que se tiene clínicamente con la cavidad oral del paciente. Esto dará pauta a seguir en el diagnóstico de alguna variación de lo normal, o enfermedad de los tejidos duros/blandos para prevenir o rehabilitar adecuadamente.

EXPLORACIÓN EXTRORAL

La exploración debe ser de manera metódica y ordenada. El paciente debe estar en posición recta bien recargada en el sillón viendo al horizonte, el operador debe colocarse por detrás del paciente.



Fig. 1 Hemangioma capilar



Fig. 2 Hemangioma cavernoso

Se comienzan a palpar las cadenas ganglionares submentoniana, submandibluar, cervical superficial y retroauricular.



Fig. 3 Linfadenopatía

La ATM se explora con el dedo índice y medio se palpa 5 milímetros por delante del canal auricular, indicando al paciente que realice movimientos de apertura y cierre. Se debe verificar que no exista dolor, crepitación o desviación.

EXPLORACIÓN INTRAORAL

El paciente debe estar colocado en una posición cómoda, se verifica la iluminación. Se retira prótesis dentales removibles o cualquier objeto que pueda interferir con la exploración.

Labios: Por medio de la palpación con los dedos índice y medio se comienza la exploración de los labios., se revisa simetría forma, textura, y color.



Fig.4 Gránulos de fordyce



Fig.5 Queilitis exfoliativa



Fig. 6 Impétigo



Fig. 7 Displasia

Se palpa con la yema de los dedos el revestimiento cutáneo del borde libre de los labios, las comisuras labiales y el revestimiento mucoso.



Fig. 8 Foveolas comisurales



Fig. 9 Queilitis angular

Se pide al paciente que abra lo más que pueda, se continúa con la superficie interna de la mucosa labial superior e inferior. Se retrae los labios con los dedos pulgar por dentro e índice por fuera en forma bimanual. Se observa color textura y humedad. Registra variaciones de lo normal, alteraciones patológicas.



Fig. 10 Apéndice de frenillo



Fig. 11 Hemangioma cavernoso



Fig. 12 Eritema mutiforme

Mucosa yugal: Se visualiza la mucosa por retracción de la parte más posterior hacia la parte anterior. Se anota color, textura y humedad. Se señala el conducto parotídeo. (Stenon).



Fig. 13 Leucoedema



Fig. 14 Gránulos de fordyce



Fig 15 Mucocele



Fig. 16 Melanosis nicotínica

Encía: Se palpa con el dedo índice toda la superficie se verifica el color, textura y forma. Registra variaciones de lo normal, alteraciones patológicas.



Fig. 17 Melanosis racial



Fig. 18 Exostosis



Fig. 19. Hiperplasia inflamatoria



Fig. 20 Agrandamiento gingival inducido por placa

Lengua: Se pide al paciente que abra la boca ampliamente para observar la superficie en su totalidad. Se observa y palpa las partes anatómicas de la lengua, base, punta, cara dorsal y ventral. Se sujeta firmemente con ayuda de una gasa la lengua, se realiza movimientos de lateralidad, para observar sus bordes. Registra variaciones de lo normal, alteraciones patológicas.



Fig. 21 Lengua fisurada, geográfica y saburral.



Fig.22 Varices linguales



Fig. 23 Tumor de células granulares



Fig. 24 Schwannoma

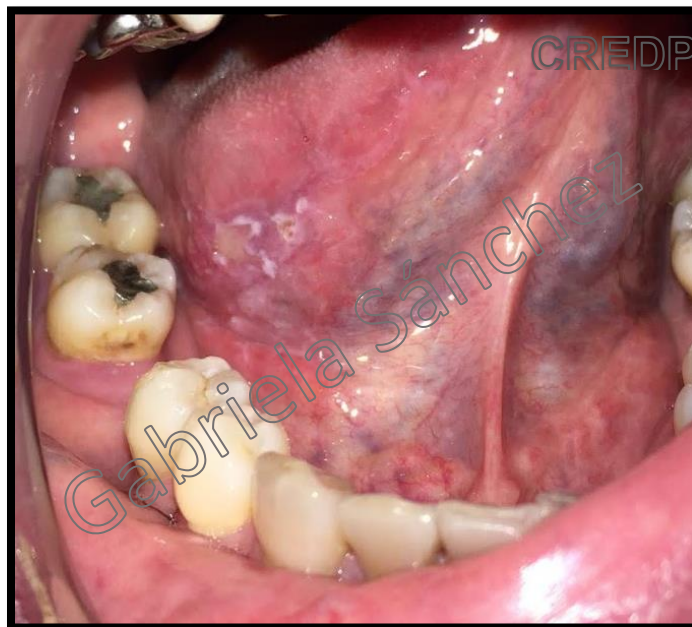


Fig.25 Carcinoma epidermoide

Piso de boca: Se revisa los conductos de las glándulas sublinguales, visibles en los pliegues sublinguales y carúnculas. Se revisa la permeabilidad estimulando la secreción. Se palpa la consistencia intra y extraoral, de manera bimanual con el dedo índice. Registra variaciones de lo normal, alteraciones patológicas.



Fig. 26 Torus mandibular



Fig. 27 Épulis fisuratum – canino retenido



Fig. 28 Ránula

Paladar duro: Observa paladar duro, paladar blando, se palpa la papila incisiva, rugas palatinas, y rafé medio. Se observa paladar blando. Registra variaciones de lo normal, alteraciones patológicas.



Fig. 29 Torus palatino



Fig. 30 Quiste periapical



Fig. 31 Odontoma compuesto

Úvula y faringe: Se pide al paciente que pronuncie una "A" prolongada. Revisa la pared posterior de la cavidad oral, delimitada por el borde inferior del paladar blando y la base de la lengua, revisa el arco palatogloso, y úvula, forma color textura.



Fig. 32 Faringoamigdalitis



Fig. 33 Enfermedad de Heck

En último lugar se revisan los dientes, se observa la forma, color, tamaño y número, así como de los tejidos que componen su estructura.



Fig. 34 Fluorosis dental



Fig. 35 Pigmentación por medicamentos



Fig. 36 Hipodoncia



Fig. 37 Mesiodent