



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---



## FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE LESIONES Y ALTERACIONES ORALES EN  
MÉXICO DE 1991 A 2021.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N O   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

MARIO EDUARDO ANAYA KING

TUTORA:

Dra. MIRIAM ORTEGA MALDONADO

ASESOR:

Esp. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **Agradecimientos.**

A Dios, que nunca me abandono y siempre puso en mi camino a todas las personas que me apoyaron durante todo este proceso.

A mis padres, Socorro y Mario, que siempre estuvieron conmigo, que me guiaron y apoyaron con todo este proceso, que siempre estuvieron en mis momentos más difíciles motivándome a seguir adelante.

A mi hermano Beto, por acompañarme y ser un gran apoyo en este proceso.

A mis amigos, Emanuel, Mariana, Evelyn, Santiago y Lucy, que siempre me acompañaron en toda la carrera, gracias por ser mi equipo de trabajo y estudio.

A mis doctores de la carrera, que siempre me apoyaron y me compartieron su conocimiento para ser un buen profesionalista.

A mi tutora la Dra. Miriam y a mi asesor el Dr. Jesús por apoyarme, orientarme y darme sus consejos en la elaboración de este proyecto.

A todas las personas que estuvieron conmigo en este proceso dándome Fuerza, Apoyo, Bienestar emocional y mucha Inspiración para concluir este gran viaje.

A todos, Gracias.

*Es la naturaleza de las cosas lo que importa, no su forma. Ω*

# Índice.

<b>1. Introducción.</b> .....	1
<b>2. Objetivo.</b> .....	2
<b>3. Lesiones y alteraciones orales y su clasificación.</b> .....	3
<b>4. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales y Observatorio Global de Cáncer.</b> .....	12
<b>5. Comportamiento de las lesiones y alteraciones orales en México de 1991 a 2021.</b> .....	14
<b>6. Registros de lesiones y alteraciones en otras partes del mundo.</b> .....	25
<b>7. Conclusiones.</b> .....	27
<b>8. Referencias.</b> .....	29
<b>Referencias de imágenes.</b> .....	33
<b>9. Anexos.</b> .....	35

## **1. Introducción.**

El SIVEPAB es un sistema encargado de recolectar la información sobre las principales enfermedades que afectan a la población no solo a nivel nacional sino también a nivel mundial, las enfermedades que se estudian en estos reportes son la caries dental, la gingivitis, la enfermedad periodontal, el edentulismo, la fluorosis dental y reporta los casos nuevos de cáncer oral; sin embargo, es importante mencionar que estas enfermedades no son las únicas patologías presentes en la cavidad oral, ya que podemos encontrar una gran variedad de lesiones y alteraciones orales.

A lo largo de los años se han publicado estudios enfocados a describir las características clínicas de estas patologías, en México, muchos de los trabajos que se han publicado son enfocados a algunas lesiones o alteraciones que se manifiestan como consecuencia de enfermedades como el VIH/SIDA o sobre las principales fracturas y traumatismos dentales en población infantil, así como su tratamiento y pronóstico; mientras que los estudios enfocados a la prevalencia de lesiones y alteraciones orales son limitados debido a que algunos datos se ven subestimados el no tener clara la forma de clasificar estas patologías de acuerdo a la clasificación de MIND.

Por lo que el objetivo de este trabajo es describir la prevalencia de las lesiones y alteraciones orales en México, a través de la revisión de los trabajos publicados en el periodo de 1991 a 2021.

## **2. Objetivo.**

Describir la prevalencia de las lesiones y alteraciones orales para conocer su comportamiento en la población mexicana entre los años de 1991 a 2021, a través de la revisión bibliográfica.

### **3. Lesiones y alteraciones orales y su clasificación.**

La piel y las mucosas recubren la mayoría del cuerpo de una persona, se encargan de brindar protección del medio ambiente ante agentes externos, estos tejidos están compuestos por epitelio, un tejido que se puede dividir en capas y estas a su vez se pueden dividir en estratos <sup>1</sup>.

La piel es el mayor órgano de todo el cuerpo, con aproximadamente dos metros cuadrados, se divide en tres capas principales, la epidermis, la dermis y el tejido subcutáneo; la epidermis es la capa más superficial, en esta primera capa se encuentran los melanocitos, las principales células de este tejido, además otras células especializadas como las células de Langerhans (con funciones inmunológicas) y las células de Merckel (con funciones sensoriales), esta capa se compone de hasta cinco estratos, los cuales en orden ascendente son: el estrato basal, estrato espinoso, estrato granuloso, estrato lúcido y estrato córneo; la siguiente capa es la dermis, una capa compuesta de tejido conectivo, en donde podemos encontrar vasos sanguíneos, terminaciones nerviosas, fibroblastos (la principal célula de esta capa), folículos pilosos, fibras de colágeno y células del sistema inmunológico (como macrófagos, mastocitos y células cebadas); por último el tejido subcutáneo es la capa más inferior de la piel, está compuesto de tejido fibroso y adiposo, además de múltiples vasos sanguíneos y nervios<sup>1</sup>.

Las mucosas al igual que la piel se compone de epitelio, sin embargo, tiene diferentes características, la mucosa oral tiene tres tipos de epitelio, de revestimiento, masticatorio y especializado; la mucosa de revestimiento recubre y da protección a la mayor parte de la cavidad oral, se ubica en los carrillos, mucosa labial, piso de boca y fondo de saco; la mucosa masticatoria es un tejido que se encuentra en zonas que tiene más fricción como la encía insertada y el paladar duro; por último la mucosa especializada es exclusiva del dorso de la lengua, se compone de papilas gustativas de las cuales hay cuatro tipos, filiformes, fungiformes, foliadas y caliciformes <sup>2</sup>.

En la cavidad oral puede haber un gran número de condiciones patológicas que pueden variar desde entidades de enfermedades comunes hasta muy raras, afectan a los tejidos blandos y duros de la cavidad oral, estos cambios son definidos como lesiones o alteraciones orales. Las lesiones orales ocurren debido a que las mucosas están continuamente en contacto con diversos factores externos (mecánicos, químicos o biológicos), tiene características propias, a partir de las cuales se pueden identificar y diagnosticar como una enfermedad, la mayoría son benignas y pueden ser fácilmente tratadas, sin embargo, existen lesiones malignas que deben ser atendidas con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes <sup>1,3</sup>. Las lesiones se podemos clasificar en dos grupos: lesiones elementales primarias y lesiones secundarias, en el CUADRO 1, se describen y ejemplifican estos dos grupos, así como las características de cada una de estas lesiones <sup>3,4</sup>.

Por otro lado, las alteraciones orales son manifestaciones presentes desde el nacimiento o durante el crecimiento y desarrollo de un individuo, este tipo de manifestaciones por lo general no son malignas, pero si pueden modificar el número, tamaño, color y la forma de la mucosa o los tejidos duros, a diferencia de las lesiones, su clasificación es dada por la clasificación de MIND la cual se describen con mayor detalle más adelante, esta clasificación las clasifica en alteraciones del desarrollo, anomalías anatómicas de lo normal, quistes y síndromes <sup>3,5</sup>.



## CUADRO 1. Lesiones elementales primarias y secundaria

Las **lesiones elementales primarias** son aquellas lesiones presentes sobre la piel o las mucosas sanas; este grupo de lesiones a su vez las podemos agrupar en inconsistentes, sólidas, de contenido líquido y con pérdida de la continuidad.

**Inconsistentes:** No presentan elevaciones o aumentos de volumen, son lesiones planas con cambios de color, dentro de esta clasificación están; *maculas, manchas, nevos, petequias y efélides*, son lesiones de tamaños entre un milímetro hasta tres centímetros, aunque puede haber de mayor tamaño (IMÁGENES 1, 2).



IMAGEN 1. Mancha en mucosa alveolar.



IMAGEN 2. Petequias sobre paladar blando.

**Sólidas:** Son lesiones de consistencia firme, elevadas, bien delimitadas, de un tamaño entre 0.5 a más de tres centímetros, ubicadas sobre los tejidos blandos y en ocasiones sobre tejidos duros, algunos ejemplos son:

- *Los nódulos*, son lesiones elevadas, bien delimitadas, con movilidad, de un tamaño entre 0.5 a tres centímetros (IMAGEN 3).
- *Las placas*, son lesiones planas, elevadas de uno a dos milímetros, de consistencia firme, bien delimitada (IMAGEN 4).
- *Las pápulas*, son lesiones elevadas de un tamaño no mayor a 0.5 cm, de consistencia firme, bien delimitadas. (IMAGEN 5).
- *Los tumores*, son lesiones mayores de tres centímetros muy similares a los nódulos de consistencia firme que pueden estar adheridos a planos más profundos y tiene varias clasificaciones; benignos y malignos (IMAGEN 6).
- *La roncha*, es una lesión sólida, elevada, eritematosa, mal definida, de tamaño variable, dura horas y desaparece sin dejar huella, puede aparecer como consecuencia de la picadura de un insecto, alergias o enfermedades como urticaria.



IMAGEN 3. Nódulo sobre comisura labial.



IMAGEN 4. Placa blanca sobre carrillo.



IMAGEN 5. Pápula en labio superior.



IMAGEN 6. Carcinoma de células escamosas en lengua.

**De contenido líquido:** Son lesiones no mayores de tres centímetros que están bien delimitadas, son elevadas, de consistencia fluctuante que pueden tener un ligero cambio de color, a continuación, se mencionan y ejemplifican estas lesiones:

- *Las vesículas*, son lesiones no mayores de 0.5 cm bien delimitadas, únicas o múltiples ubicadas sobre los tejidos blandos (IMAGEN 7).
- *Las ampollas*, son lesiones únicas no mayores de un centímetro, bien delimitadas, con bordes definidos, se encuentra a nivel intra epidérmico, con un contenido seroso (IMAGEN 8).
- *Las pústulas*, son lesiones llenas de pus, con características similares de las ampollas y vesículas, de color blanco o amarillo (IMAGEN 9).



IMAGEN 7. Vesícula por herpes simple en labio superior.



IMAGEN 8. Ampolla sobre mucosa de labio superior por pénfigo.



IMAGEN 9. Absceso periodontal del diente lateral inferior derecho.

**Con pérdida de la continuidad:** Son aquellas lesiones en las que la continuidad del epitelio se pierde dejando expuestas las capas más profundas, los principales ejemplos de estas lesiones son:

- *La erosión*, es una pérdida parcial del epitelio como consecuencia de un roce excesivo o traumatismos sobre la piel (IMAGEN 10).
- *La úlcera*, es una lesión redonda en donde se pierde gran parte del epitelio y se deja expuesto el tejido conectivo, tiene un borde eritematoso y deja una cicatriz cuando desaparece (IMAGEN 11).
- *Fisura*, es una lesión lineal en forma de “grieta” muy característica de zonas con mucha fricción o que presentan queratosis (IMAGEN 12).



IMAGEN 10, Erosión de la mucosa palatina por liquen plano erosivo.



IMAGEN 11. Úlcera traumática sobre el borde de la lengua.



IMAGEN 12. Lengua fisurada.

Las **lesiones secundarias:** Son lesiones que se presentan como consecuencia de una lesión primaria o sobre la misma lesión, este grupo de lesiones se menciona a continuación:



IMAGEN 13. Cicatriz sobre mucosa palatina.

- *La cicatriz*; es una lesión que es el resultado de una lesión preexistente cuando sana, puede presentarse con bordes elevados y tener un color diferente al de los tejidos adyacentes (IMAGEN 13).
- *La escara*; es una lesión de tejido necrótico que el cuerpo intenta eliminar. La profundidad es muy variable en función del proceso que la produce, son muy comunes en pacientes que están mucho tiempo en una sola posición.
- *La costra*; es una lesión que se produce como consecuencia de una lesión preexistente profunda que expone capas más profundas del epitelio, se compone de una sustancia ya sea el suero, sangre, exudado o restos celulares. Pueden ser finas y friables o gruesas adheridas a la superficie. El color puede ser variable de rojo oscuro hasta marrón (IMAGEN14).
- *La fístula*; es un tracto o conducto patológico, que conducen un líquido o exudado desde una cavidad, quiste o absceso a la superficie de la epidermis (IMAGEN 15).



IMAGEN 14. Costras en mucosa de labio inferior por eritema multiforme.



IMAGEN 15. Fistulografía de incisivos centrales superiores.

Para identificar y clasificar las patologías orales, existe la clasificación de MIND, una clasificación universal fácil de usar por los practicantes de la odontología o estomatología; esta clasificación abarca las lesiones y alteraciones desde un enfoque etiopatogénico, Carpenter W. en 1999 describió esta clasificación con el fin de identificar las lesiones y alteraciones de la cavidad oral, utilizó dos criterios; el primero basado en la etiopatología de la lesión y el segundo en la apariencia clínica de la misma, combinó ambas clasificaciones permitiendo poder diagnosticar varias lesiones, elegir el tratamiento y dar seguimiento a las mismas, describió la clasificación de etiopatogenia de estas lesiones con el acrónimo MIND (Metabólicas, Inflamatorias, Neoplásicas y del Desarrollo) <sup>5</sup>.

Para detallar de mejor manera la clasificación de MIND se describen a continuación en el CUADRO 2 de forma ordenada y detallada cada uno de los grupos y subgrupos de esta clasificación, definiendo los principales ejemplos de cada subgrupo de lesiones y alteraciones <sup>5, 6</sup>.

## Cuadro 2. Clasificación de MIND

### Metabólicas

Son el grupo de lesiones orales que ocurren como resultados de enfermedades sistémicas, estas pueden ser nutricionales o de origen hormonal que afectan la cavidad oral de forma directa, un ejemplo es la enfermedad de Addison que genera pigmentaciones intraorales (IMAGEN 16) o por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que tiene manifestaciones intra y extraorales (IMAGEN 17) <sup>5</sup>.



IMAGEN 16. Pigmentación intraoral por enfermedad de Addison.



IMAGEN 17. Sarcoma de Kaposi.

### Inflamatorias

Son las lesiones orales más comunes y tienen varias subcategorías, todas estas lesiones presentan los signos clásicos de la inflamación: rubor, calor, dolor y aumento de volumen, se mencionan a continuación las subcategorías de este grupo de lesiones <sup>5,6</sup>:

- **Lesiones reactivas:** Suelen ser lesiones que se deben a traumatismo físicos o mecánicos accidentales, en donde la relación causa-efecto es evidente, incluso algunas de ellas suelen desaparecer una vez retirado el factor etiológico, algunos ejemplos son: La hiperplasia fibrosa, el granuloma piógeno, el mucocele, la ránula, las úlceras traumáticas, la estomatitis aftosa recurrente (EAR), la lengua saburral y el *mordiscatum buccarum* (IMÁGENES 18-21) <sup>6,7</sup>.
- **Las infecciones orales:** Son enfermedades que tienen como factor etiológico algún microorganismo, se presentan de forma oportunista, por falta de cuidados (higiene) o en situaciones de inmunosupresión, estas infecciones se pueden clasificar en <sup>6,8</sup>  
**infecciones bacterianas;** causadas por un número de diferentes bacterias, que pueden transmitirse de una persona a otra, por lo general este tipo de infecciones requieren de tratamiento con antibióticos y cuidados para evitar una recidiva, algunos ejemplos son; el impétigo, la escarlatina y los abscesos dentales (IMÁGENES



IMAGEN 18. Hiperplasia fibrosa.



IMAGEN 19. Granuloma piógeno.



IMAGEN 20. Mucocele.



IMAGEN 21. Úlcera traumática.

22-23) <sup>6-8</sup>; las infecciones virales, son enfermedades causadas por virus ADN o ARN que infectan células del cuerpo generando cambios en la célula infectada, estas infecciones tienen un tiempo de resolución una vez que el sistema inmunológico hace frente a la infección, sin embargo, siempre permanecen en latencia, algunos ejemplos son; el herpes simple, el virus de papiloma humano (VPH), la mononucleosis infecciosa y el herpes zoster (IMAGEN 24) <sup>6-8</sup>; las infecciones fúngicas, son patologías de la piel y las mucosas ocasionadas por hongos, generalmente son oportunistas y se manifiestan en situaciones que tienen comprometida la salud del paciente, algunos ejemplos son; la candidiasis y queilitis angular (IMAGEN 25) <sup>6-8</sup> y las enfermedades por priones, son un grupo de enfermedades neurodegenerativas de etiología idiopática, adquirida o genética. Son trastornos de la conformación de las proteínas, que se manifiestan como encefalopatía espongiiforme en animales y como enfermedades neurodegenerativas en los humanos. Un prion es una forma alterada de una proteína celular funcional (PrP en mamíferos) que ha podido perder su función normal pero que ha adquirido la propiedad de transformar la forma normal en patológica <sup>9</sup>.

- **Enfermedades autoinmunes:** Son una familia de más de 100 enfermedades que se desarrollan cuando defectos subyacentes en sistema inmune conducen a que el sistema inmunológico ataque a las células, tejidos y órganos del mismo cuerpo, se estima que alrededor del 8% de la población padece una de estas enfermedades, algunos ejemplos son; liquen plano, pénfigo vulgar y lupus eritematoso (IMAGEN 26) <sup>6, 7</sup>.



IMAGEN 22. Impétigo.



IMAGEN 23. Absceso dental.



IMAGEN 24. Herpes simple recidivante.



IMAGEN 25. Candidiasis pseudomembranosa.



IMAGEN 26. Liquen plano reticular.



## Neoplásicas

Son procesos celulares de forma descontrolada, cubren una gran cantidad de neoplasias epiteliales y mesenquimales, a continuación, se describe la clasificación de estas lesiones <sup>4-7</sup>:

- **Neoplasias benignas**: Son crecimientos celulares que se suelen caracterizar por ser de crecimiento lento, pueden generar una expansión en tejidos adyacentes, están bien delimitadas, son de un color similar a los tejidos circundantes y no generan metástasis, algunos ejemplos son; las neoplasias de origen mesenquimal como los hemangiomas, schwannomas y lipomas, las neoplasias de origen epitelial, los tumores odontogénicos como los odontomas, ameloblastomas y el mixoma, displasias óseas como osteomas y neoplasias de glándulas salivales como el adenoma pleomorfo (IMÁGENES 27, 28) <sup>6, 7</sup>.
- **Las lesiones potencialmente malignas de la mucosa oral**: Los trastornos orales potencialmente malignos (OPMD por sus siglas en inglés) son un grupo heterogéneo de condiciones clínicamente definidas asociadas con un riesgo variable de progresión de desarrollo de cáncer en la cavidad oral. La mayoría de estas lesiones produce lesiones clínicamente visibles, una lesión precursora como la leucoplasia o eritroplasia en una zona aparentemente sana (IMÁGENES 29, 30) <sup>6, 7</sup>.
- **Neoplasias malignas**: Al contrario que las neoplasias benignas son crecimientos rápidos y agresivos que generan una expansión y presión en tejidos adyacentes, no están encapsuladas o bien delimitadas, son infiltrativas y pueden generar metástasis, algunos ejemplos son; el melanoma, carcinomas de células escamosas, carcinoma basocelular y linfomas (IMAGEN 31) <sup>6, 7</sup>.



IMAGEN 27. Hemangioma de mucosa yugal.



IMAGEN 28. Lipoma.



IMAGEN 29. Leucoplasia en todo el borde de la lengua.



IMAGEN 30. Eritroplasia en mucosa yugal.



IMAGEN 31. Carcinoma oral de células escamosas.

## Del desarrollo

Son alteraciones genéticas o que se manifiestan durante el desarrollo de una persona, no requieren de un tratamiento, dentro de este grupo hay cinco subgrupos que se describen a continuación<sup>5</sup>:

- **Variaciones anatómicas de lo normal:** Son hallazgos clínicos de la mucosa oral no patológicos que se desarrollan durante el crecimiento y desarrollo de la persona, algunos ejemplos son; la melanosis fisiológica, los gránulos de Fordyce, el leucoedema, la lengua fisurada, la glositis migratoria benigna o lengua geográfica, la línea alba oclusal, los torus mandibulares y maxilares, las exostosis y la estomatitis nicotínica (IMÁGENES 32-33)<sup>6</sup>.
- **Anomalías del desarrollo:** Son hallazgos clínicos presentes desde el nacimiento y que pueden o no representar un estado patológico, algunos ejemplos son; las foveolas comisurales, las fositas labiales congénitas, las alteraciones al frenillo lingual o anquiloglosia, el nevo blanco esponjoso, labio y paladar fisurado, la úvula bífida, la macroglosia y el labio doble (IMÁGENES 34-35)<sup>6</sup>.
- **Las lesiones pigmentadas:** Son lesiones originadas por acumulación anómala de pigmentos habitualmente presentes en el epitelio; es un aumento de melanina sin un aumento en el número de melanocitos o agentes que no pertenecen al mismo, algunos ejemplos son; los nevos, los tatuajes, la melanosis del fumador y las efélides (IMAGEN 36)<sup>7,8</sup>.
- **Quistes:** Es una cavidad patológica que presenta una cápsula de tejido conectivo y que puede o no estar revestida por epitelio, se puede formar en cualquier parte del cuerpo y por lo general presenta contenido líquido, algunos ejemplos son; los quistes de origen odontogénico como el queratoquiste, el quiste dentígero, el quiste lateral y el quiste periapical (IMAGEN 37)<sup>6,7</sup>.
- **Los síndromes:** Son un conjunto de signos y síntomas de una enfermedad característica de la misma etiopatogenia y diferente fisiopatología, algunos ejemplos de síndromes que tienen manifestaciones orales son; el síndrome de Down y el síndrome de Sjögren<sup>2</sup>.



IMAGEN 32. Melanosis fisiológica.



IMAGEN 33. Lengua geográfica.



IMAGEN 34. Foveolas comisurales.



IMAGEN 35. Anquiloglosia.



IMAGEN 36. Tatuaje por amalgama.



IMAGEN 37. Queratoquiste.

#### **4. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales y Observatorio Global de Cáncer.**

En México el SIVEPAB (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales) es un sistema encargado de recolectar y analizar los datos estadísticos de diferentes enfermedades orales como la caries dental, la gingivitis, la enfermedad periodontal, el edentulismo y la fluorosis dental, desde 2002 con el aval del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), estableció los lineamientos de operación epidemiológica para estos estudios, así como las funciones individuales de cada uno de los diferentes niveles administrativos; además de incorporar los aspectos clínicos que el odontólogo de la unidad centinela debe vigilar para el correcto llenado del formato de estudio de caso <sup>10, 11</sup>.

Este sistema se basa en un modelo de monitoreo que sigue tres fases:

1. La permanente, obteniendo la información de los pacientes que acuden a recibir atención odontológica, principalmente a los servicios de primer nivel de atención del Sector Salud.
2. La encuesta, encargada de estudiar a la población por medio de grupos poblacionales.
3. Llevar a cabo diversas investigaciones especiales que surgirán a partir de los problemas detectados en las fases anteriores.

La primera entidad federativa en donde se realizó la primera prueba piloto fue Puebla, en noviembre del 2004. A medida avanzaba la prueba piloto, otras entidades comenzaron a tener interés en formar parte del programa, por lo que para el año 2005 estados como: Campeche, Nuevo León, Sinaloa y Tabasco se unieron al programa; concluyendo con un total de 103 unidades centinela en los 32 estados del país y para el año 2006 otras entidades tenían talleres regionales como el Estado de México y la Ciudad de México <sup>11</sup>.

Para el 2006 se creó el módulo de captura en la plataforma única de la Dirección General de Epidemiología, con lo cual se integró al SIVEPAB como un sistema especial dentro del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) <sup>11</sup>.



En 2009 se continuo con la inclusión de nuevas unidades centinela, esto se hizo con el fin de obtener un panorama más amplio de la situación de salud bucal de la población mexicana, durante este periodo de tiempo. Se ubicaron nuevas unidades centinela en puntos geográficos donde originalmente no se contaba con el sistema; esto originó el incremento de unidades a 393 (año 2010), 406 (año 2011), 413 (año 2012), 419 (año 2013), 420 (año 2014), 427 (año 2015), hasta el año 2019 se cuentan con 459 unidades centinela distribuidas en las 32 entidades federativas <sup>11</sup>.

En el 2012 en la División de Estudios de Posgrado e Investigación (DEPEI) de la Facultad de Odontología de la UNAM, se creó la plataforma virtual del Centro de Diagnóstico Virtual de Patología Bucal (CEDIVIPA), un servicio gratuito con el objetivo de asesorar a los cirujanos dentistas y especialistas, en la identificación, diagnóstico y manejo clínico e histopatológico de lesiones de la cavidad bucal <sup>12</sup>.

Otra institución a nivel mundial es el Observatorio Global de Cáncer (GLOBOCAN, por sus siglas en inglés), una plataforma de monitoreo digital de la Organización Mundial de la Salud (OMS) creada para conocer los niveles de incidencia del cáncer en los cinco continentes, además de poder enfocar los datos de un país en específico; esta plataforma del mismo modo que el SIVEPAB monitorea los casos de cáncer y cáncer oral en México, en donde los principales tipos de cáncer en México de acuerdo al GLOBOCAN en 2021 son: el cáncer de mama en primer lugar con 29,929 casos, en segundo lugar el cáncer de próstata con 26,742 casos, los cánceres de labios y cavidad oral en vigésimo segundo lugar con 1,500 casos y el cáncer de glándulas salivales en vigésimo octavo lugar con 599 casos <sup>13</sup>.

## **5. Comportamiento de las lesiones y alteraciones orales en México de 1991 a 2021.**

En 1997, Pineda publica la tesis, “Asociación de tabaquismo, alcoholismo y diabetes con alteraciones bucales en la clínica de admisión, Facultad de Odontología, UNAM”, de noviembre de 1996 a marzo de 1997, durante este periodo asistieron a la clínica un total de 4384 pacientes mayores de 18 años, 1741 hombres y 2643 mujeres, sin embargo, para llevar a cabo este estudio solo se tomaron en cuenta a 500 pacientes, 220 hombres y 280 mujeres con un intervalo de edad entre los 18 y 86 años. Se observó que el tabaquismo y el alcoholismo estaban relacionados con pacientes que tenían alteraciones y lesiones orales, siendo el sexo masculino el más afectado. Las lesiones y alteraciones orales con mayor prevalencia que se presentaron con estos hábitos dentro de este estudio fueron; la melanosis fisiológica con 228 casos, la línea alba oclusal con 180 casos, el leucoedema con 133 casos, los gránulos de Fordyce con 127 casos y dos alteraciones potencialmente malignas como eritroplasia y leucoplasia. Para los pacientes que presentaban diabetes se observó que afectaba más al sexo femenino y que las infecciones por candidiasis aumentaba (en pacientes con prótesis removible) la presencia de lesiones rojas y blancas en estos pacientes <sup>14</sup>.

García en 1998 publicó la tesis: “Lesiones de la mucosa bucal en individuos del estado de Oaxaca, en donde estudiaron a 472 pacientes de origen zapoteco mayores de 19 años (139 hombres y 333 mujeres), de los 472 pacientes examinados, 395 presentaron por lo menos una lesión o alteración oral, mientras que en otros 77 no se encontró ninguna patología. En los 395 pacientes que presentaron al menos una lesión se identificaron 764 lesiones o alteraciones diferentes, de acuerdo con el estudio se identificó una mayor prevalencia entre la 3ra y 4ta década de la vida, siendo el sexo femenino el que presentaba un mayor número de casos prevalentes. Las lesiones y alteraciones orales fueron: melanosis fisiológica (206 casos), la línea alba oclusal (121 casos), la queratosis friccional (68 casos), el leucoedema (56 casos), los gránulos de Fordyce (53 casos) y las máculas melanóticas (42 casos) <sup>15</sup>.

Ese mismo año, Terry, publicó la tesis “Prevalencia de lesiones bucales en población que asiste a la clínica de periodoncia 1997” en la Facultad de Odontología, realizó su estudio con 238 pacientes, 100 hombres y 138 mujeres, el intervalo de edad de los pacientes examinados fue de los 18 a 74 años, dentro del estudio relacionó los hábitos de tabaquismo y alcoholismo con la presencia de estas lesiones y alteraciones, observando que hay una mayor prevalencia en los hombres entre los 18 y 29 años con consumo diario y ocasional. En los 238 pacientes examinados se encontraron 650 lesiones y alteraciones, las cinco más frecuentes descritas en el estudio fueron: Línea alba oclusal (177 casos), melanosis fisiológica (128 casos), lengua fisurada (79 casos), torus palatino (41 casos) y los gránulos de Fordyce (35 casos) <sup>16</sup>.

Wilbert, en el año 2000, realizó un estudio en el Departamento de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Quetzalcóatl de Irapuato, para establecer la prevalencia de las lesiones bucales más comunes en pacientes de la Región del Bajío; en el estudio participaron 18 instituciones recolectando la información de un lapso de tiempo de seis años (1990-1996); se canalizaron las biopsias de estas instituciones para el diagnóstico histopatológico correspondiente, sin embargo, el 53% de las instituciones participantes optaron por realizar sus propios estudios histopatológicos, recabaron un total de 1,047 biopsias, 395 correspondieron al sexo masculino y 652 al femenino, la década de vida que presentó la mayor prevalencia de lesiones orales fue de los 20 a 29 años, se diagnosticaron 300 lesiones diferentes bien diferenciadas; en donde las lesiones más frecuentes fueron: el granuloma periapical crónico infectado (103 casos), el quiste periapical (59 casos), el fibroma (30 casos), los procesos inflamatorios inespecíficos (28 casos), el quiste dentígero (26 casos) y el granuloma piógeno (18 casos) y con respecto a las lesiones malignas se presentaron 38 casos en total, siendo el carcinoma epidermoide con 17, seguido por el carcinoma basocelular con 10 casos, dos casos de carcinoma adenoide quístico y un caso de melanoma, neuroblastoma, linfoma, carcinoma mucoepidermoide, angiosarcoma, sarcoma

alveolar de partes blandas, rhabdomioma, carcinoma mucoepidermoide y sarcoma de Kaposi <sup>17</sup>.

En este orden de ideas para el año 2002 Nava presentó la tesis: “Frecuencia de diagnósticos clínicos de enero a diciembre del 2001, en el laboratorio de patología bucal de la DEPeI, FO, UNAM”, en donde analizaron un total de 393 expedientes, en donde se identificaron 660 lesiones, predominando el sexo femenino con 387 casos y 273 para el sexo masculino, además la distribución por décadas de la vida fue más frecuente en la quinta y sexta década para mujeres y hombres. Las lesiones y alteraciones más frecuentes fueron: la hiperplasia fibrosa con 53 casos, las úlceras recurrentes con 39 casos, la candidiasis con 34 casos, los gránulos de Fordyce con 29 casos y las lesiones blancas friccionales con 25 casos <sup>18</sup>.

Dos años después, Reynoso y col. publicaron el trabajo “Magnitud de lesiones bucales de tejidos blandos en niños de 1 a 6 años de edad de la ciudad de México” en donde se estudiaron a 1057 niños (590 del sexo masculino y 467 femenino) de cinco planteles públicos en ambos turnos, solo 466 niños revisados dentro del estudio presentaron alguna lesión o alteración bucal (287 hombres y 179 mujeres) de las 466 lesiones se dividieron en 5 grupos para su clasificación, siendo la pigmentación melánica (145 casos) la que se presentó con mayor frecuencia, seguida por las úlceras traumáticas (131 casos), la gingivoestomatitis herpética primaria (98 casos), la glositis migratoria benigna (82 casos) y candidiasis (10 casos), también se observó que en el sexo masculino fue el más afectado con estas lesiones y alteraciones teniendo diferentes rangos de edad para los diferentes grupos como por ejemplo; de uno a tres años fue más frecuente la melanosis fisiológica con respecto a los niños de cuatro y seis años que presentaban una mayor frecuencia úlceras traumáticas <sup>19</sup>.

Peña en 2006 presentó su tesis: “Prevalencia de alteraciones bucales en pacientes de las clínicas periféricas de la Facultad de Odontología de la UNAM, de enero a septiembre de 2005”, durante el lapso de tiempo de enero a septiembre de 2005 se atendieron a 8353 pacientes en las nueve clínicas periféricas, de los cuales solo

1602 presentaban alguna patología oral, el intervalo de edad de los pacientes fue de 1 a 95 años con un promedio de edad de 31.1 años, se utilizó la clasificación MIND para estudiar y clasificar las lesiones y alteraciones de los 1602 pacientes; se identificaron 54 patologías distribuidas en 2602 alteraciones y lesiones en total. Las cinco lesiones más prevalentes fueron: La lengua saburral (367 casos), el *mordiscatum buccarum* (360 casos), la melanosis fisiológica (329 casos), la hipoplasia del esmalte (308 casos) y las máculas melánicas (257 casos)<sup>20</sup>.

Ese mismo año (2006) Espinosa y col. publicaron el artículo “Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos. Informe preliminar” el estudio se llevó a cabo en el Centro de Especialidades Odontológicas del Instituto Materno-Infantil del Estado de México, en Toluca entre el 1ro de noviembre al 23 de diciembre de 2004, con el fin de identificar y analizar las lesiones de la mucosa bucal con mayor frecuencia en niños y adolescentes con un intervalo de edad de uno a 16 años, se examinaron a 1165 pacientes encontrándose 86 lesiones distribuidas en 51 hombres y 35 mujeres, las más frecuentes fueron hiperplasia fibrosa (37 casos), candidiasis (22 casos), úlceras (14 casos), dermatitis por contacto (ocho casos), granuloma piógeno (dos casos) y nevos, mucocele e hiperplasia epitelial focal (un caso de cada uno)<sup>21</sup>.

En León Guanajuato en 2008, Castellanos y col. llevaron a cabo un estudio con 23,785 pacientes, representando el estudio más grande realizado en México sobre la prevalencia de lesiones y alteraciones orales, utilizaron los expedientes del Departamento de Medicina y Diagnóstico Oral de la escuela Dental de La Salle del Bajío, en León Guanajuato con fechas de enero de 1982 hasta diciembre de 2003. Determinaron una prevalencia de lesiones bucales del 36.5% de la población total de estudio, mencionando que la tasa iba del 0.55 al 105.36 por cada 1,000 personas dentro de este mismo estudio realizado. Se diagnosticaron un total de 7859 lesiones diferentes, de ellas, los casos más prevalentes fueron: Variaciones anatómicas de lo normal con 2810 casos, las de origen reactivo con 2381 casos, seguidos por las lesiones potencialmente malignas con 1518 casos, las infecciones micóticas con 565 casos, las infecciones virales con 276 casos, lesiones pigmentadas con 226 y

por último las neoplasias benignas y de origen autoinmune con 54 y 29 casos respectivamente <sup>22</sup>.

Ya en 2009, Alba publica la tesis "Prevalencia de lesiones bucales en pacientes de la clínica de admisión de noviembre de 2008 a marzo de 2009, Facultad de Odontología, UNAM", se revisaron 500 pacientes, 243 pacientes masculinos y 257 femeninos, los cuales pertenecen al turno matutino, fueron mayores de 18 años, además se asociaron algunos hábitos a la aparición de lesiones orales, observando que el sexo masculino tiene una mayor prevalencia de consumo de alcohol y tabaquismo en relación al sexo femenino. Las lesiones se clasificaron de acuerdo con la clasificación MIND, siendo las de mayor frecuencia las inflamatorias con 225, seguido por las variaciones de los normal con 146, del desarrollo con 38 y neoplásicas con 11, ambas fueron las que se manifestaron en menor medida <sup>23</sup>.

En Monterrey, Nuevo León 2010, Romero de León y col. publican en su artículo: "Frecuencia de diagnósticos histopatológicos en un periodo de 20 años (1989-2008)", se analizaron un total de 2183 biopsias que se tenían dentro del registro en el Departamento de Patología Oral de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, 370 correspondían a pacientes femeninos, 796 a pacientes masculinos y 17 no tenían una referencias del género del paciente; del total de las 2183 biopsias del estudio se identificaron 687 patologías en tejido óseo de las cuales las más frecuentes fueron: Los quistes odontogénicos (246 casos), las lesiones inflamatorias (201 casos) y las neoplasias odontogénicas (54 casos), 1529 patologías en tejidos blandos, las más frecuentes fueron: Las hiperplasias (705 casos), las alteraciones en glándulas salivales (223 casos) y las alteraciones del desarrollo (211 casos) y 17 patologías asociadas a tejidos dentales, las más frecuentes fueron: La caries (nueve casos), las alteraciones de estructura (tres casos) y las anomalías de número (dos casos) <sup>24</sup>.

En el año 2013 se realizó un estudio por parte de Ruiz y col. para el laboratorio de Patología Bucal, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Yucatán, se clasificaron a los pacientes en grupos de acuerdo al tiempo de uso de prótesis

removible en; menos de un año, de uno a cinco años, de seis a 10 años y más de 10 años se estudiaron 140 pacientes, 93 mujeres y 47 hombres, este estudio buscó identificar la frecuencia de lesiones en la mucosa bucal en portadores de prótesis removible. Los pacientes que usaron prótesis en los grupos de uno a cinco y más de 10 años reportaron el mayor porcentaje de lesiones (52 pacientes en cada grupo), seguidos por los pacientes que usaron su prótesis de seis a 10 años (27 pacientes) y menos de un año de uso (nueve pacientes), además se registraron los siguientes resultados: El grupo etario más afectado fue el de 50-59 (28.6%), los pacientes femeninos registraron el mayor número de lesiones (66.4%); las prótesis elaboradas con acrílico y alambre wipla causaron el mayor número de lesiones (51.4%) y la lesión elemental más frecuente fue el eritema (59 pacientes presentaron esta lesión). Las lesiones y alteraciones más frecuentes fueron: Las lesiones rojas con 59 casos, las úlceras con 26 casos, los abscesos y lesiones blancas con 14 casos cada una y 4 casos de nódulos; además de haber 21 pacientes sin lesiones <sup>25</sup>.

En el estado de Nayarit en 2013 López y col, realizaron un estudio para determinar la frecuencia de patologías bucales en una clínica de atención primaria odontológica, se citaron a 146 pacientes, de los cuales solo 84 fueron incluidos dentro del estudio, 27 hombres y 57 mujeres, el promedio de edad de 44.4 años. Se identificaron 28 patologías bucales diferentes, con un total de 101 lesiones y alteraciones orales, siendo las cinco patologías de mayor frecuencia: El fibroma traumático (13 casos), la queratosis friccional, la candidiasis, la melanosis no fisiológica, la queratosis friccional (11 casos cada una) y la lengua geográfica (nueve casos). Las neoplasias malignas reportadas en el estudio fueron un carcinoma de células escamosas y un carcinoma mucoepidermoide (con un caso respectivamente) <sup>26</sup>.

Otro estudio en la ciudad de México publicado en 2013 fue hecho por Linares y col. del mes de enero de 2006 a julio del 2009 revisaron 1228 expedientes de la clínica odontológica San Lorenzo Atemoaya de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, las edades de los niños del estudio eran desde los 0 hasta los 12 años,

solo 367 expedientes presentaban alguna lesión oral. La distribución por sexo fue de 167 para el sexo femenino y 200 para el masculino, la lesión más frecuente fue la queilitis simple (151 casos), seguida de las máculas melánicas (67 casos), las petequias (62 casos), úlceras traumáticas (44 casos), lengua geográfica (33 casos), lengua fisurada (siete casos), queratosis friccional (cinco casos), herpes simple (cuatro casos), úlceras recurrentes (tres casos), mucocelos (dos casos) y la hiperplasia epitelial multifactorial (un caso) <sup>27</sup>.

Sagrado Corazón y col. en 2014 realizaron un estudio de sobre las lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán, se estudió a 62 pacientes, 43 mujeres y 19 hombres, el estudio se realizó de febrero de 2011 a enero de 2012, en donde se determinó que las cinco lesiones bucales más frecuentes fueron; la estomatitis sub protésica con 20 casos, seguida de la hiperplasia fibrosa con 9 casos, la queilitis angular con 8 casos, la eritroplasia con seis casos y la leucoplasia con tres casos respectivamente. El 25.8% de la población que se estudió (15 pacientes) no presentó lesiones en la mucosa bucal <sup>28</sup>.

En 2015 en Baja California norte se publicó el estudio “Lesiones mucosas y óseas de cavidad bucal en una población adulta de Mexicali, Baja California (México)” por Meráz y col. debido a que no se habían realizado estudios sobre la prevalencia de lesiones en cavidad bucal en la zona noroeste de México; se estudiaron 220 pacientes mayores de 30 años, 111 mujeres y 109 hombres, se registraron un total de 942 lesiones distribuidas en 26 diagnósticos diferentes, el mordisqueo fue la lesión con mayor frecuencia (163 casos), seguido por la queratosis friccional (113 casos), la melanosis fisiológica (109 casos) la línea alba oclusal (74 casos) y la enfermedad periodontal (64 casos), mientras que la patología que se presentó por única vez fue el lipoma <sup>29</sup>.

En 2016 el pleno de la Cámara de Diputados, por unanimidad de 440 votos aprobó modificar la Ley General de Salud para crear el “Registro Nacional de Cáncer”, el cual tiene su base de información del Sistema Nacional de Información Básica en



materia de salud, dicho registro contará además de los datos del paciente la situación médica actual del paciente, el diagnóstico, localización anatómica, incidencia, resultados histológicos del tumor y su comportamiento, tratamiento aplicado y pronóstico. El diputado Octavio Íñiguez Mejía, presidente de la Comisión de Salud, indicó que, al crearse el Registro Nacional de Cáncer, las instituciones de salud podrán promover una campaña de prevención para brindar atención oportuna y dar seguimiento a quienes lo padecen <sup>30</sup>.

Durante el 2016 Ledesma y col. publicaron: “Estudio de frecuencia de alteraciones del desarrollo dental en una población de una escuela mexicana”, se revisaron 3522 pacientes de la clínica de admisión de la Facultad de Odontología, de los cuales solo 179 presentaban alguna lesión o alteración dental, 98 mujeres y 81 hombres, cuyas edades estaban entre los dos hasta los 78 años, con una media de edad de 16.7 años. Se identificaron 18 patologías dando un total de 394 lesiones y alteraciones, de las cuales cinco alteraciones fueron las más comunes: los dientes supernumerarios con 107 casos, hipodoncia con 90 casos, dilaceraciones con 29 casos, fusión con 14 casos y microdoncia con 13 casos. Los adultos representaron el 30% de los pacientes del estudio y en ellos la alteración más frecuente fueron los dientes supernumerarios <sup>31</sup>.

En 2017 relacionado con este tipo de lesiones se involucra al Centro Dermatológico: Dr. Ladislao de la Pascua, se describieron cuáles eran las lesiones orales más comunes atendidas en el periodo de tiempo de 2010 a 2014. Se revisaron 1,670 expedientes de los que únicamente 532 cumplieron los criterios de selección; en el grupo de estudio se encontró que 156 correspondieron al género masculino. La mediana de edad fue de 45 años. Se diagnosticaron 612 lesiones y alteraciones orales divididas en 69 diagnósticos diferentes, las manifestaciones más frecuentes fueron; el eritema causado por infecciones de candida (173 casos), seguido por el aumento de volumen por hiperplasia fibrosa inflamatoria (62 casos), infecciones de virus de papiloma humano (39 casos), mucocelos (38 casos) y úlceras traumáticas (33 casos) <sup>32</sup>.

Donohue y col. publicaron en ese mismo año (2017) el estudio; “Frecuencia de lesiones orales y variantes de lo normal en pacientes del Departamento de Estomatología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez”; en donde se estudiaron un total de 186 pacientes todos mayores de 18 años, 119 correspondieron al sexo femenino y 67 al masculino; la media de edad fue de 42.7 años. Las lesiones bucales más frecuentes encontradas en el estudio fueron la lesión blanca friccional (31 casos), el aumento tisular con causa aparente (16 casos) y la hiperplasia fibrosa inflamatoria (13 casos); las variantes de lo normal que más se identificaron en nuestra población fueron la melanosia fisiológica (89 casos), los gránulos de Fordyce (81 casos) y los torus maxilares/mandibulares 35 casos <sup>33</sup>.

Guerrero y col. publicaron el artículo: “Prevalencia de patologías orales y maxilofaciales en el Hospital General Regional Núm. 1, Querétaro”, en el 2017, los datos se recolectaron entre los meses de mayo y julio de 2016, se estudiaron 356 expedientes de los cuales se eliminaron 16 por no contar con algún dato completo en la ficha de expedientes, por lo que solo 341 expedientes de diagnósticos histopatológicos se emplearon en el estudio, las patologías más frecuentes fueron; la hiperplasia fibrosa (38 casos), los fibromas por irritación (25 casos), el carcinoma epidermoide (24 casos), el granuloma piógeno (22 casos) y el quiste dentígero (19 casos) <sup>34</sup>.

Durante ese mismo año 2017, Ornelas, publicó su tesis: “Diagnóstico clínico de 500 pacientes en la clínica de admisión CREDP de 2014 a 2015”, se estudiaron un total de 928 alteraciones en 500 pacientes que asistieron a la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP), 314 mujeres y 186 hombres, se eligieron solo pacientes mayores de 18 años sin un límite de edad máxima. Las lesiones fueron clasificadas en de acuerdo con la clasificación MIND; se encontró que 108 lesiones fueron de origen metabólico, 242 lesiones inflamatorias (las más frecuentes fueron la línea alba oclusal y el *mordiscatum buccarum* con 111 y 97 casos), cinco de tipo neoplásico (nevus con tres casos y lipomas y papilomas con 1 caso cada una) y 573 alteraciones del desarrollo (las más frecuentes fueron la melanosia fisiológica y las varices linguales con 173 y 82 casos respectivamente) <sup>35</sup>.

En 2018, Donohue y col. realizan otro estudio en una clínica de atención primaria odontológica de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, en donde fueron examinados 650 pacientes mayores de 18 años (424 mujeres y 226 hombres) con un intervalo de edad de 18 a 89 años con una media de edad de 42.27 años. Las lesiones más frecuentes fueron la queratosis friccional (198 casos), la hiperplasia fibrosa (45 casos), las úlceras traumáticas (39 casos), los abscesos (31 casos) y los aumentos de volumen sin causa aparente (28 casos), mientras que las alteraciones orales más frecuentes fueron; la melanosis fisiológica (279 casos), los gránulos de Fordyce (237 casos), el leucoedema (166 casos), los torus mandibulares (153 casos) y la línea alba oclusal (111 casos) <sup>36</sup>.

Ese mismo año Caudillo y col. publicaron el artículo “Lesiones Orales en Tejidos Blandos de una Población Escolar en la Ciudad de México”, su población de estudio consistió en 2394 niños de entre los seis y 12 años con una distribución de 1218 para el sexo masculino y 1176 para el femenino. Solo 365 niños presentaron alguna lesión oral, 187 presentaron lesiones traumáticas en carrillos, labios o lengua, 65 úlceras en labios, fistulas y abscesos en 75 casos, 16 alteraciones en la lengua y cinco pigmentaciones en la encía, entre otras alteraciones y lesiones <sup>37</sup>.

Y siguiendo la línea de tiempo Sánchez Hernández publicó la tesis “Diagnóstico clínica de 500 pacientes en la clínica de admisión CREDP de 2017 a 2018”, su muestra de estudio consistió en 500 pacientes que asistieron a la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP), 278 del sexo femenino y 222 del sexo masculino; se identificaron 906 lesiones diferentes las cuales se clasificaron de acuerdo a la clasificación de MIND; se distribuyeron de la siguiente manera: 517 del desarrollo (Las alteraciones más frecuentes fueron; lengua fisurada con 99 casos, gránulos de Fordyce con 65 casos, melanosis fisiológica con 51 casos, torus mandibulares con 48 casos, hipoplasias del esmalte con 39 casos y alteraciones en el apéndice del frenillo labial con 39 casos), 360 inflamatorias (Las lesiones más frecuentes en este grupo fueron; lengua saburral con 81 casos, línea alba oclusal con 21 casos, fibromas con 20 casos, hiperplasias fibrosas con 20 casos, atrición dental con 19 casos y queilitis exfoliativa con 18 casos), 26

neoplásicas (15 casos de nevos, cuatro casos de papiloma y un caso de leucoplasia, odontomas, Schwannoma, tumor de células granulares, displasia epitelial, carcinoma epidermoide y aumentos de volumen del labio) y 3 metabólicas (3 casos de lengua lisa). Se encontró que la década de la vida más afectada es la tercera con 107 pacientes, seguida de la segunda, quinta y sexta década <sup>38</sup>.

En 2020 en Oaxaca, Arias y col. publicaron el artículo “Prevalencia y Factores de Riesgo de las Lesiones de la Mucosa Oral en la Población de Oaxaca de Juárez”, se revisaron a 685 personas, 281 mujeres y 287 hombres, de edades entre 18 a 91 años con una media de 39.1 años. La prevalencia de lesiones orales fue 113 lesiones y alteraciones diferentes, las más prevalentes fueron: Las máculas con 47 casos, las úlceras con 21 casos, las pápulas con 7 casos, los nódulos con 16 casos, placas sobre la mucosa con ocho casos, un caso de tumor (sin especificar) y otras tres lesiones diferentes (sin especificar) <sup>39</sup>.

<b>Año</b>	<b>Autor</b>	<b>No. de expedientes</b>	<b>Total de lesiones/alteraciones</b>
1997	Pineda Escalante A., López Corona Ma.	500	1183
1998	De la Rosa García E., Frías Mendivil M.	472	764
1998	Terry Criado G., Aldape Beatriz C.	238	650
2000	Ovalle Castro José W.,	1047	486
2002	Nava V. Mario, Aldape Beatriz C.	393	660
2004	Reynoso Licono Adriana, Mendoza Núñez V.	1057	466
2006	Peña Echevarría Iván, Aldape Barrios C.	1602	2602
2006	Espinoza Zapata Marisol, Loza Hernández G.	86	86
2008	L. Castellanos José, Díaz Guzmán L.,	23,785	7859
2009	Alba Murillo K., Powell Castañeda E.	500	500
2010	Romero de León E., Sepúlveda infante R.	2166	2183
2013	Ruiz Torres R., Lama González E.,	140	119
2013	López Verdín S., Bologna Molina R.	84	101
2013	Linares Vieyra Celia, Meza Sánchez J.	367	622
2014	Rodríguez Fernández Ma., Portillo Recio A.	62	47
2015	Meráz Acosta H., Rodríguez Archilla A.	220	942
2016	Constantino Ledesma-Montes	179	269
2017	Donohue Cornejo A., Tovar Carrillo K.	186	391
2017	Marx Sánchez Pontón M, Fernández Cuevas L.	532	612
2017	Ornelas Escalante G, Aldape Beatriz.	500	928
2017	Guerrero Soto E., Lara Pérez E.	341	341
2018	Donohue Cornejo A., De la Torre y Morán A.	650	1586
2018	Caudillo joya Tomás, Adriano Anaya Ma.	2394	365
2019	Sánchez Hernández G., Aldape Barrios B.	500	729
2020	Arias Fernández C., Ramírez Santiago A.	568	113

## **6. Registros de lesiones y alteraciones en otras partes del mundo.**

A través de los años se han llevado a cabo diversos estudios sobre las lesiones y alteraciones orales; uno de los primeros trabajos enfocado al estudio de la prevalencia y comportamiento dentro de una población se llevó a cabo en 1976 por Axell T., en el Departamento de Cirugía Oral de la Universidad de Lund en Malmö, Suecia; el estudio se realizó en colaboración con una organización de detección de salud en el centro de Suecia, con este trabajo se estableció la importancia de conocer estas alteraciones en la cavidad oral y de contar con sistemas de registro de este tipo de lesiones y alteraciones para poder tener datos más exactos dentro de la población <sup>40</sup>.

Otro estudio se llevó a cabo en 2002 por García M. y col. en el departamento de patología oral de la universidad de Oviedo España, se estudiaron 753 pacientes, de los cuales, sólo 308 fueron tomados en cuenta en el estudio 138 hombres y 170 mujeres. Muchas de las lesiones reportadas en el estudio se determinaron que tienen una relación con el uso de prótesis mal ajustada y a los hábitos como el consumo de alcohol y el tabaquismo. Las lesiones y alteraciones se agruparon en 7 grupos diferentes siendo las más frecuentes las lesiones y alteraciones en la lengua con 92 casos, las lesiones blancas con 47 lesiones, las lesiones asociadas al uso de prótesis mal ajustadas con 36 casos, las infecciones (virales y micóticas) con 33 casos, las úlceras traumáticas y recurrentes con 28 casos y por último las alteraciones de pigmentación y lesiones con aumento de volumen con 18 casos cada grupo <sup>41</sup>.

Se realizó un estudio en el 2011, de prevalencia de lesiones bucales en una muestra de 100 adultos en Colombia en la Universidad de Santo Tomás, en donde 60 de los pacientes examinados eran mujeres y 40 hombres con una media de edad de 67.68 años; 67 pacientes presentaban lesiones blancas de las cuales las más frecuentes fueron los gránulos de Fordyce fueron los más frecuentes con 76 casos, seguido de hiperqueratosis friccional con siete casos. Las lesiones rojas estuvieron presentes en 79 de los pacientes examinados y las más frecuentes fueron las vrices linguales con 46 casos, la mucositis protésica con 48 casos y las petequias con 10 casos (no

se especifica el origen). Las lesiones pigmentadas también se presentaron en 32 pacientes, la más frecuente fue la pigmentación fisiológica con 71 casos <sup>42</sup>.

<b>Año</b>	<b>Autor</b>	<b>País de publicación</b>	<b>No. de expedientes</b>	<b>Total de lesiones/alteraciones</b>
<b>1976</b>	Axell T.	Suecia.	18,659	60 lesiones y alteraciones diferentes.
<b>2002</b>	García Vallejo O.	España.	753	308
<b>2011</b>	Aránzazu Moya G.	Colombia.	100	100

## 7. Conclusiones.

En México no existe una base de datos nacional que permita llevar a cabo el registro de lesiones y alteraciones orales que se presentan durante la atención odontológica y, por lo tanto, se desconoce su frecuencia. Ciertamente la planeación y el registro de estas lesiones y alteraciones orales involucra recursos financieros, material e insumos clínicos para cada caso (revisión, tratamiento y seguimiento de ser necesario), así como de infraestructura (áreas de trabajo), registro y control de los datos, además de personal capacitado para brindar la atención requerida, lo que es una limitante que desafortunadamente no se puede hacer a un lado.

Pero además de los recursos humanos, materiales y financieros algo que se pudo observar durante la revisión de la información es la falta de unificación en los criterios al momento de clasificar las lesiones y las alteraciones, probablemente porque no existe una clasificación que se tome como universal o el por nulo o bajo manejo de la clasificación de MIND. Lo anterior se menciona porque al revisar la información de los trabajos, se pudo observar que hay patologías que pese a tener un mismo factor etiológico (infecciones, trauma o lesiones potencialmente malignas) tienen diferentes nombres por su aspecto clínico como: estomatitis subprotésica tipo I, II o III, candidiasis pseudomembranosa, candidiasis atrófica crónica, candidiasis eritematosa o queilitis angular por *Candida*, fibroma traumático, fibromas, hiperplasia fibrosa inflamatoria, lesiones blancas friccionales y las queratosis friccionales, lo que ocasiona que no se clasifiquen de manera correcta en la clasificación de MIND, porque estas lesiones podrían estar dentro de las categorías de lesiones Inflamatorias, en los grupos de infecciones por candidiasis (*Candida albicans*), lesiones reactivas como hiperplasia fibrosa o en la categoría de Neoplasias en el grupo de lesiones potencialmente malignas como leucoplasias, esto genera que se subestime el total de casos de una misma lesión dentro de un estudio de acuerdo a la clasificación de MIND.

Esto ocasiona que a pesar de que los datos de los estudios revisados en este trabajo están referenciados, al llevar a cabo un análisis de manera más detallada para

determinar la prevalencia de una lesión, los datos sean diferentes a los reportados en los trabajos, esto resulta en que hay más casos de una misma lesión o alteración con un mismo factor etiológico dentro de un mismo estudio, pero están referenciados con un nombre distinto.

Se deben buscar alternativas para clasificar estas lesiones y alteraciones con el fin de tener un mejor control de estas patologías, una opción para tener un registro de estas patologías pueden ser el realizar estudios de este tipo de forma anual dentro de las instituciones que realizan atención odontológica y reportarlas en una base de datos con el fin de tener un control de los nuevos casos de estas lesiones y alteraciones, además, es importante que los odontólogos de practica general conozcan las características de estas lesiones y alteraciones, con el fin de diagnosticarlas y de ser necesario dar un tratamiento oportuno a aquellas patologías que lo requieran, ya que hay lesiones que desde muy temprano pueden ser diagnosticadas como úlceras, aumentos de volumen sin causa aparente, procesos inflamatorios que no disminuyen después de un tiempo determinado o como lesiones potencialmente malignas como consecuencia de un hábito nocivo.



## 8. Referencias.

1. Quesada MC., Sánchez UI, Quesada GA. Lesiones elementales en dermatología. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2010;67(594): 345-348.
2. Gómez MF, Campos AM., Capítulo 5: Cavidad bucal. En: *Histología y embriología bucodental*. Gómez MF. España. Editorial Panamericana 2002. p. 114, 131.
3. Boraks S., Capítulo 2: Alteraciones bucales dentro de los patrones normales. En: *Diagnóstico bucal*. Boraks S. São Paulo: Artes Médicas 2004. p. 11, 87
4. Langlais RP., Miller Cs, Nielti-Gehrig JS. Sección 2: "Terminología diagnóstica y descriptiva" En: *Atlas a color de enfermedades bucales*. Langlais RP. México, 4ta edición, Manual Moderno, 2011. p. 18, 20, 22, 24.
5. Jacobsen P, Carpenter W. MIND: a method of diagnosing oral pathology. *Dentistry today*. 2000;19(12):58-61. PubMed PMID: 12524836.
6. Neville Brad W., Chapter 1: Developmental Defects of the Oral and Maxilofacial Region En: *Oral and Maxilofacial Pathology*. Neville BW. 4<sup>th</sup> edition, USA, St. Louis Missouri, Elsevier, 2017. p. 5, 9, 10, 18, 27, 165, 167, 230, 244, 436, 445, 785.
7. Regezi JA., Chapter 1: Vesiculobullous Diseases En: *Oral Pathology; Clinical Pathologic Correlations*. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RC. 7<sup>th</sup> edition, USA, St. Louis Missouri, Elsevier, 2017. p. 11, 52, 80, 141, 153.
8. Sapp JP. Capítulo 1: Alteraciones del desarrollo de la región oral. En: *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Sapp JP. 2da. edición, España, Elsevier, 2004. p. 22-25, 27, 39, 160-164, 173, 197, 222, 228.
9. Arranz ME., Trillo SG, Ruiz GA, Ares BS. Prionopatías: Las encefalopatías por priones. *SEMERGEN-Medicina de Familia*. 2010;36(8): 443-448. DOI: [10.1016/j.semerg.2010.06.004](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2010.06.004).
10. Secretaría de Salud: Subsecretaría de prevención y promoción de la salud dirección general de epidemiología 2020. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles SIVEPAB 2020 [Internet]. México: 2020

[citado 14 de septiembre 2023] Disponible en:  
<https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-sivepab-2019>

11. Secretaría de Salud: Subsecretaría de prevención y promoción de la salud dirección general de epidemiología 2020. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB), 10 años Vigilando la Salud Bucal de los mexicanos, [Internet]. México: 2020 [citado 14 de septiembre 2023] Disponible en: [10Anos\\_SIVEPAB.pdf \(salud.gob.mx\)](#)
12. La Evolución del INCan, Contada por sus Directores. Cáncer bucal: Patología mortal y silenciosa, Revista Líderes Médicos [internet] febrero-marzo 2016 [citado 17 de septiembre 2023]; primera edición, México, p. 46-47. Disponible en: [12-OK22-INCan-Exdirectores-Feb-Mar16-1.pdf \(lideresmedicos.org\)](#)
13. GLOBOCAN. Global Cancer Observatory. Cancer Today. [internet] Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, Mexico; 2021 [citado septiembre 2023]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheets.pdf>
14. Pineda Escalante A. Asociación de tabaquismo, alcoholismo y diabetes con alteraciones bucales en la clínica de admisión de la Facultad de Odontología [tesis de licenciatura]. México: UNAM, Facultad de odontología, 1997. 61 p.
15. De la Rosa García E. Lesiones de la mucosa bucal en individuos del estado de Oaxaca [tesis de licenciatura]. México: UNAM, Facultad de Odontología, 1998. 92 p.
16. Terry Criado G. Prevalencia de lesiones bucales en la población que asiste a la clínica de periodoncia 1997 [tesis de licenciatura]. México: UNAM, Facultad de Odontología, 1998. 58 p.
17. Ovalle JW. Prevalence of oral histopathological lesions in the Region of the Bajío. (August 1990 to December 1996). Revista de la Asociación Dental Mexicana. 2000;57(4):132-6.
18. Nava Villalba M. Frecuencia de diagnósticos clínicos de enero a diciembre del 2001, en el laboratorio de patología bucal de la DEPeI, FO, UNAM [tesis de licenciatura]. México: UNAM, Facultad de Odontología, 2002. 75 p.

19. Licona AR, Núñez VMM. Magnitud de lesiones bucales de tejidos blandos en niños de 1 a 6 años de edad de la Ciudad de México. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 2004;61(2):65-9.
20. Peña EI. Prevalencia de alteraciones bucales en pacientes de las clínicas periféricas de la Facultad de Odontología de la UNAM, de enero a septiembre de 2005 [tesis de licenciatura]. México: UNAM, Facultad de Odontología, 2006. 97 p.
21. Espinosa ZM, Loza HG, Mondragón BR. Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos. Informe preliminar. *Cirugía y Cirujanos*. 2006;74(3):153-7.
22. Castellanos JL, Díaz GL. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, Endodontics*. 2008;105(1):79-85. DOI: 10.1016/j.tripleo.2007.01.037. PMID: 17560136.
23. Alba MK. Prevalencia de lesiones bucales en pacientes de la clínica de admisión de noviembre de 2008 a marzo de 2009, Facultad de Odontología, UNAM [tesis de licenciatura]. México: UNAM, Facultad de Odontología, 2009. 76 p.
24. Romero LE, Sepúlveda IR. Frecuencia de diagnósticos histopatológicos en un periodo de 20 años (1989-2008). *Revista Cubana de Estomatología*. 2010;47(1):96-104.
25. Ruiz TR, Lama GE, Rodríguez FM, Godoy MC. Frecuencia de lesiones en la mucosa bucal debidas al uso de aparatos protésicos removibles. *Revista Odontológica Latinoamericana*. 2013;5(2):47-50.
26. López VS, Bologna MR, Sánchez AE, Horta AC. Frecuencia de patologías bucales en una clínica de atención primaria odontológica. *Revista Tamé*. 2013;2(4):100-6.
27. Linares VC, Meza SJ, González MB, Murrieta JF, Salgado SJ, Morales JR. Lesiones de mucosa bucal. Factores asociados en población infantil. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2013;51(3):320-5.

28. Rodríguez FM, Recio AP, González ML, Solís EH. Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 2014;71(5):221-5.
29. Acosta FM, Anchilla AR. Lesiones mucosas y óseas de cavidad bucal en una población adulta de Mexicali, Baja California (México). *Oral*. 2015;16(50):1196-203.
30. México. Cámara de diputados. Aprueban diputados reforma que crea Registro Nacional de Cáncer, Boletín N° 2451 (3 nov 2016) [citado 2023 octubre 18] Disponible en: [2451 - Aprueban diputados reforma que crea Registro Nacional de Cáncer / 03 / Noviembre / 2016 / Boletines / Comunicación / Inicio - Camara de Diputados](#)
31. Ledesma MC, Garcés OM, Salcido JF, Hernández FF. Study on frequency of dental developmental alterations in a Mexican school-based population. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2016;21(3):316-320
32. Pontón MS, Fernández CL, Alcalá PD, Tercero QG, Esquivel PL. Prevalence of oral disorders at Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, México City. *Dermatología Revista Mexicana*. 2017;61(2):87-97.
33. Donohue CA, Tovar KL, la Torre MD, Espinosa LF, Guzmán DA, García AG. Frecuencia de lesiones orales y variantes de lo normal en pacientes del Departamento de Estomatología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 2017;74(6):298-303
34. Soto EG, Pérez EL, Corona MAG, Vidal LSG, Aspeitia JV. Prevalencia de patologías orales y maxilofaciales en el Hospital General Regional Núm. 1 Querétaro. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial*. 2017;13(1):29-35.
35. Ornelas Escalante G. Diagnóstico clínico de 500 pacientes en la clínica de admisión CREDP de 2014 a 2015 [tesis de licenciatura]. México: UNAM, Facultad de Odontología, 2017. 84 p.
36. Donohue CA, Torres DI, Torre DI, Espinosa LF, Guzmán DA, García AG. Frecuencia de lesiones y condiciones orales en pacientes mayores de 18 años

- en una clínica de atención primaria en México. *International Journal of Odontostomatology*. 2018;12(1):129-33.
37. Caudillo JT, Adriano AP, Caudillo PA. Lesiones orales en tejidos blandos de una población escolar en la Ciudad de México. *International Journal of Odontostomatology*. 2018;12(2):177-81.
  38. Sánchez HG. Diagnóstico clínico de 500 pacientes en la clínica de admisión CREDP de 2017 a 2018 [tesis de licenciatura]. México: Facultad de Odontología, UNAM, 2019. 74 p.
  39. Arias FC, Ramírez AC. Prevalencia y Factores de Riesgo de las Lesiones de la Mucosa Oral en la Población de Oaxaca de Juárez. *Revista Espacio Universitario*. 2020;15(39):45.
  40. Axéll T. A prevalence study of oral mucosal lesions in an adult Swedish population. *Odontologisk revy. Supplement*. 1976; 36:1-103. PubMed PMID: 186740.
  41. Garcia VM, Martinez DA, Garcia MJ, Gonzalez GM. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2002;30(4):277-85. DOI: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2002.00048.x>
  42. Moya CA, Carvajal MF, Calvo SJM, Bermúdez MS. Prevalencia de patologías orales en adultos. *Revista de la División de Ciencias de la Salud*. 2011;10(2):98-102.

#### Referencias de imágenes.

1. Imágenes 1-7, 9, 10, 12, 13, 15, 18-20, 26, 32-34, 37 obtenidas de Langlais RP., Miller Cs, Nieldi-Gehrig JS. Sección 2: "Terminología diagnóstica y descriptiva" En: Atlas a color de enfermedades bucales. Langlais RP. México, 4ta edición, Manual Moderno, 2011. p. 19, 21, 23, 25, 33, 73, 113, 143, 149.
2. Imágenes 8, 11, 14, 21, 23-25, 27-31, 33, 36 obtenidas de Bagán JV. Tema 1: Lesiones reactivas por agentes mecánicos, químicos y físicos en la mucosa oral En: Medicina Bucal, Bagán JV. Editorial Edita. Medicina Oral, S. L., Valencia, España, 2010. p. 3, 17, 31, 35, 50, 104, 128, 140, 148, 149, 158, 196.

3. Imágenes 16, 17, 22, 35 obtenidas de Neville Brad W., Chapter 1: Developmental Defects of the Oral and Maxilofacial Region En: Oral and Maxilofacial Pathology. Neville BW. 4<sup>th</sup> edition, USA, St. Louis Missouri, Elsevier, 2017. p. 10, 165, 244, 785.

## 9. Anexos.

Categoría	Subcategoría	Nombre	Frecuencia	Total
Metabólicas	Hormonal	Lengua lisa	3	3

Categoría.	Subcategoría.	Nombre.	Frecuencia.	Total.
<b>Del desarrollo.</b>	<b>Variación anatómica de lo normal.</b>	Melanosis fisiológica.	1865	8655
		Gránulos de Fordyce.	822	
		Leucoedema.	3052	
		Lengua fisurada.	699	
		Glositis migratoria benigna.	485	
		Linea alba.	836	
		Torus maxilar/mandibular.	617	
		Esostosis.	16	
		Apéndice del frenillo.	86	
		Estomatitis nicotínica.	126	
		Atrofia de las papilas.	16	
		Cicatriz.	35	
		<b>Anomalía del desarrollo.</b>	Fositas comisurales.	
	Fosas labiales.		12	
	Várices.		416	
	Anquiloglosia.		94	
	Nevo blanco esponjoso.		38	
	Lengua dentada.		212	
	Labio y paladar fisurado.		176	
	Úvula bífida.		1	
	Macroglosia.		7	
	Nódulos de Bonh.		1	
	<b>Patologías de dientes.</b>	Fusión.	23	807
		Hipoplasia del esmalte.	360	
		Microdoncia.	32	
		Macrodoncia.	16	
		Supernumerarios.	160	
		Hipodoncia.	115	
		Amelogénesis imperfecta.	5	
		Cúspide en garra.	23	
		Dilaceración	29	
		Diente ectópico.	6	
		Taurodontismo.	4	
		Perlas del esmalte.	4	
		Dens in dente.	2	
		Geminación.	9	
		Atrición.	19	
	<b>Quistes</b>	Quistes de origen odontogénico.	413	618
		Quistes del desarrollo.	28	
		Quistes de tejidos blandos.	177	
	<b>Lesiones pigmentadas.</b>	Máculas.	549	802
		Léntigo.	8	
		Tatuajes.	16	
Nevos.		147		
Melanosis del fumador.		60		
Petequias.		22		
<b>Síndromes.</b>	Síndrome de Sjögren.	15	17	
	Síndrome de Steven-Jhonsosn.	1		
	Síndrome de Down.	1		
<b>Total.</b>				<b>11894</b>

Categoría.	Subcategoría.	Nombre.	Frecuencia.	Total.
<b>Inflamatorias.</b>	<b>Lesiones reactivas.</b>	Lesion central de células gigantes	33	<b>6797</b>
		Fibroma osificante periférico.	20	
		Hiperplasia fibrosa.	1819	
		Granuloma priógeno.	223	
		Mucocele.	149	
		Ránula.	7	
		Silolitos.	12	
		Úlcuera traumática.	1503	
		Estomatitis aftosa recurrente.	338	
		Reacción liquenoide.	9	
		Fibroma de fibroblastos gigantes.	1	
		Hiperplasia papilar aguda.	60	
		Sialometaplasia necrozante.	7	
		Lengua saburral.	518	
		Mordiscatum bucarum.	1353	
		Inflamación inexplicable.	89	
		Inflamación con causa aparente.	143	
		Hematomas.	9	
		Osteitis condensante.	4	
		Hiperplasia gingival por farmacos.	36	
	Otras lesiones inflamatorias (sin especificar).	464		
	<b>Infecciones bacterianas.</b>	Abscesos.	317	<b>355</b>
		Faringo amigdalitis.	5	
		Sialoadenitis.	18	
		Impétigo.	2	
		Tonsilolitiasis.	0	
		Otras infecciones.	13	
	<b>Infecciones virales.</b>	Herpes simple.	335	<b>623</b>
		Virus de papiloma humano.	214	
Mononucleosis infecciosa.		73		
VIH		1		
<b>Infecciones micóticas.</b>	Candidiasis.	945	<b>1080</b>	
	Queilitis actínica.	135		
<b>Lesiones autoinmunes.</b>	Penfigo vulgar.	52	<b>132</b>	
	Penfigoide.	8		
	Lupus eritematoso.	8		
	Liquen plano.	64		
<b>Total.</b>				<b>8987</b>



<b>Categoría.</b>	<b>Subcategoría.</b>	<b>Nombre.</b>	<b>Frecuencia.</b>	<b>Total.</b>
<b>Neoplásicas.</b>	<b>Benignas.</b>	<b>Noplasias de origen mesenquimal.</b>	205	<b>409</b>
		<b>Noplasias de origen epitelial.</b>	91	
		<b>Tumores de origen odontogénico.</b>	80	
		<b>Displasias óseas.</b>	33	
	<b>Lesiones potencialmente malignas.</b>	<b>Leucoplasias.</b>	1425	<b>2199</b>
		<b>Eritroplasia.</b>	752	
		<b>Displasias.</b>	22	
	<b>Malignas.</b>	<b>Carcinoma mucoepidermoide.</b>	191	<b>234</b>
		<b>Carcinoma oral de células escamosas.</b>	1	
		<b>Carcinoma basocelular.</b>	11	
		<b>Linfomas.</b>	1	
		<b>Linfomas no Hodgkin.</b>	6	
		<b>Sarcomas.</b>	24	
<b>Total.</b>				<b>2842</b>