UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

INCORPORACIÓN CLAVE 8968-22 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CIRUJANO DENTISTA

ANALISIS DE LA PREVALENCIA DE LESIONES EN TEJIDO BLANDO ORAL EN PACIENTES DE LAS CLINICAS DE REHABILITACION ORAL E INTEGRAL DEL ADULTO DE LA LICENCIATURA DE CIRUJANO DENTISTA CUI

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

Areli Andrés Sánchez

Asesor: M. en FD. Julio Cesar Bermúdez Barajas

Ixtlahuaca, México, Agosto 2024.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

INDICE

Introducción 1

1. Antecedentes 2

1.1 Salud bucal y tejido blando oral 2
1.2 Factores de riesgo 4
1.3 Lesiones de tejido blando oral 7

2. Planteamiento del problema 16

3. Justificación 17

4. Hipótesis 19

5. Objetivos 20

5.1 Objetivo principal 20
5.2 Objetivos específicos 20

6. Materiales y métodos 21

6.1 Diseño del estudio 21
6.2 Muestreo 21
6.3 Criterios de inclusión 21
6.4 Criterios de exclusión 21
6.5 Criterios de eliminación 21

7. Variables de estudio 22

8. Procedimientos y métodos 23

9. Diagrama de flujo 27

10. Consideraciones bioéticas 28

11. Resultados 29

12. Discusión 36

13. Conclusiones 38

14. Referencias bibliográficas 40

15. Anexos 42

Introducción

Las lesiones de la mucosa oral constituyen un grupo heterogéneo de alteraciones,(1) siendo el asiento de una amplia diversidad de entidades, que involucran variaciones anatómicas y estados patológicos. La mucosa bucal se encuentra continuamente sujeta a modificaciones debido a diferentes factores irritantes que actúan en esta; así mismo, conforme aumenta la edad también se modifican los tejidos, influyendo en el estado de salud-enfermedad, lo cual conlleva a que las manifestaciones locales y sistémicas, sean distintas entre las etapas de la vida e interfieran con las actividades sociales del paciente ya que algunas de ellas tienen efectos negativos en la masticación y deglución e incluso pueden provocar otros síntomas como la xerostomía y halitosis, cambiando por completo el diagnóstico y tratamiento entre la población.

En un estudio previo realizado en México, la mayoría de las lesiones encontradas fueron de origen infeccioso, traumático o irritativo. Dentro de las lesiones irritativas más frecuentes se encuentran las lesiones traumáticas agudas, ulceras, hiperqueratosis friccional, *morsicatio buccarum*, fibroma traumático, entre otros (2). Por lo anterior es importante identificar el tipo y la incidencia de lesiones en tejido blando oral en los pacientes que asisten a las clínicas de rehabilitación oral, mejorar la calidad de la atención bucodental y ayudar a la formación de profesionales en clínicas de la licenciatura en Cirujano Dentista de la Universidad de Ixtlahuaca CUI.

1. Antecedentes

1.1 Salud bucal y tejido blando oral

La salud bucodental es el estado psicosocial y biológico de un individuo y su grupo que les permite lograr: La mayor permanencia posible de los dientes y funcionamiento eficaz de la estructura de soporte y tejido de los mismos. Funcionamiento eficaz de la cavidad bucal, de cara y cuello, y de las interrelaciones de estos con el complejo orgánico individual. Calidad estética dental y bucal según las pautas culturales del grupo. Motivación y capacidad para elegir el consumo de alimentos y la expresión oral como actividades básicas para la vida y la interacción social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió salud como: la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedad periodontal, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. (3)

Tejido blando oral

Tiene entre sus funciones la protección a los tejidos subyacentes de la cavidad bucal, la sensibilidad, la regulación de la temperatura y la secreción de saliva, enzimas y anticuerpos (tabla I). Presenta adaptaciones variantes de la normalidad que son el resultado de cambios evolutivos, no heredados, y algunas son resultados de la función durante la vida del individuo.

Tabla I. Funciones de tejido blando.

Protección	**Sensación Receptores para:**	**Secreción**	**Regulación Térmica**
Tejidos subyacentes	Tacto	Saliva	Mínima
Fuerzas masticatorias	Dolor	Fluidos cerviculares	
Invasión de microorganismos	Gusto	Enzimas	
Bacterias		inmunoglobulinas	
Virus			

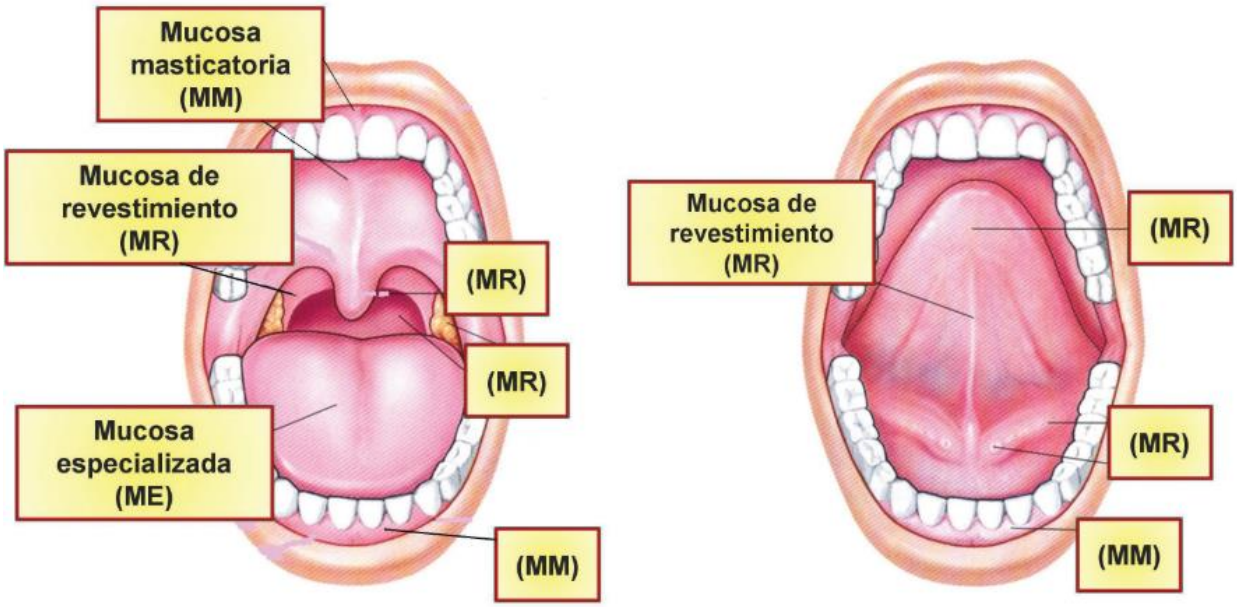
Hongos

La mucosa bucal, de acuerdo con su estructura, se clasifica en tres tipos: a) de cubierta o revestimiento, b) masticatoria y c) especializada. (4)

Tabla II. Organización de la mucosa bucal

Revestimiento	**Masticatoria**	**Especializada**
Mucosa de los carrillos	Encías	Dorso de la lengua
Piso de la boca	Paladar duro	
Paladar blando		
Vientre de lengua		

Figura 1. Tipos de mucosa bucal de acuerdo con su función.



Thibodeau G, Patton G. 2010 (4)

1.2 Factores de riesgo

Se considera factor de riesgo a la característica o exposición de un individuo que aumenta la posibilidad de desarrollar una enfermedad, en este caso, bucodental. Tomando en consideración la frecuencia de visitas al odontólogo, hábitos de higiene y alimentación, uso de prótesis dentales, estructura dentaria, sistema inmune, el nivel educativo, social, cultural, económico, así como el estilo de vida en cada individuo.
Diversos estudios epidemiológicos demuestran que las alteraciones patológicas y condiciones de la mucosa oral se incrementan conforme aumenta la edad del individuo, y que existe variabilidad en las lesiones encontradas en la población infantil con respecto a la adulta.

Cualquier enfermedad sistémica puede presentarse con manifestaciones en la cavidad oral. En algunos casos, estos pueden preceder a cualquier otro signo clínico de la enfermedad. La facilidad de examen de esta zona hace que sea importante que el médico esté familiarizado con las presentaciones orales más comunes de varias enfermedades. La familiaridad con las diversas manifestaciones orales también puede ayudar al médico a diferenciar entre sistémico y neoplásico dentro de la cavidad bucal. (5)

Higiene oral

Las bacterias en la cavidad oral son microorganismos que naturalmente habitan la boca de los seres humanos. La boca es un ambiente cálido y húmedo, ideal para el crecimiento y desarrollo de una amplia variedad de bacterias. Si bien la mayoría de estas bacterias son inofensivas y desempeñan un papel importante en la salud bucal, algunas pueden ser patógenas y causar problemas si se desequilibra la micronbiota oral. La higiene bucal adecuada, que incluye el cepillado regular, el uso de hilo dental y las visitas periódicas al dentista, es fundamental para mantener el equilibrio y la salud de la flora oral.(6)

Diabetes

La diabetes mellitus provoca alteraciones en la cavidad bucal tales como lesiones en la mucosa oral, caries dental, candidiasis oral, mucormicosis, aftas bucales, síndrome de boca ardientes, liquen plano, halitosis, lengua fisurada, estomatitis protésica, glositis, alteración del gusto, enfermedades periodontales e inclusive infección post extracción siendo unas de las cuantas alteraciones específicas que se presentan frecuentemente en la población. (6)

La diabetes se puede clasificar en las siguientes categorías generales:

- Diabetes tipo 1 (debido a la destrucción autoinmune de las células B, que generalmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina, incluida la diabetes autoinmune latente en la edad adulta)
- Diabetes tipo 2 (debido a una pérdida progresiva no autoinmune de la adecuada secreción de insulina de las células B con frecuencia en el contexto de resistencia a la insulina y síndrome metabólico)
- Diabetes mellitus gestacional (diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo).
- Tipos específicos de diabetes debidos a otras causas, por ejemplo, síndromes de diabetes monogénica (como la diabetes neonatal y la diabetes juvenil de inicio en la madurez) en el tratamiento del VIH/SIDA o después de un trasplante de órganos). (7)

Hipertensión

La hipertensión arterial sistémica (HTA) es definida como el aumento sostenido de la presión arterial por arriba o igual a 140 mm Hg para la presión sistólica y superior o igual a 90 mm Hg para la diastólica. La única manifestación oral de la presencia de HTA son las hemorragias petequiales debidas al aumento severo de la presión arterial, pero pueden identificarse lesiones y condiciones secundarias al empleo de antihipertensivos. En seguida se describen las manifestaciones orales más frecuentes causadas por los antihipertensivos: hiposalivación, hiperplasia gingival, úlceras aftosas, alteraciones del gusto, eritema multiforme. (8)

Tabaquismo

La nicotina contenida en el tabaco es sumamente adictiva, y el consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y respiratorias, así como de más de 20 tipos o subtipos diferentes de cáncer y muchas otras enfermedades debilitantes. En la región oral, las principales manifestaciones en los fumadores son: Tinciones y manchas en la superficie dentaria, halitosis, disminución del gusto, retraso en la cicatrización de las heridas, mayores índices de periodontitis y de gingivitis ulcero necrotizante aguda, fallos en los implantes dentales, aumento importante del número de casos de cáncer y pre cáncer oral. Este mayor riesgo disminuye notablemente en un período entre 5 y 10 años después de dejar de fumar. Considerando el efecto sinérgico entre el tabaco y el alcohol en el desarrollo del cáncer oral, mayor número de casos de candidiasis oral, “paladar del fumador”, “melanosis del fumador”, alteraciones en la composición y la cantidad de saliva que se produce. (9)

Uso de prótesis dentales

La pérdida dental genera alteraciones en las posiciones de los dientes remanentes, de manera que, si no se interviene a tiempo esto conlleva a pérdidas dentarias, alteración estructural y funcional del sistema estomatognático. El uso de prótesis removibles, conduce a una la irritación mecánica constante que ejerce la prótesis removible, ya sea total o parcial, mal adaptada o fracturada, contribuyen además una mala higiene bucal y el uso nocturno de la prótesis. Generalmente genera un trauma, provocado por el asentamiento de los bordes protésicos en el surco vestibular como consecuencia de la reabsorción alveolar progresiva que sufren los maxilares al usar una prótesis mucosoportada o mucodentosoportadas por un tiempo prolongado. (10) El tiempo de uso prolongado de la prótesis dental según la literatura no debe ser superior a 5 años ya que se produciría un desajuste de la misma, dando lugar a sobreinfecciones o lesiones de microfiltración que generarían la desadaptación y alteración de los tejidos blandos. Las principales lesiones asociadas al uso de prótesis dentarias son las siguientes: Estomatitis subprotésica, queilitis angular, hiperplasia fibrosa o épulis fisurado, úlceras traumáticas – aftas e hiperplasia papilar inflamatoria. (7,11)

1.3 Lesiones de tejido blando oral

En los últimos años, en Latinoamérica, se han realizado investigaciones al respecto, todas ellas abordadas desde distintos puntos, como etiología, patogénesis, clínica e histopatología; no obstante, siguen siendo muy pocas en comparación con otras patologías como caries, enfermedades periodontales y maloclusiones. Las lesiones de tejido blando son traumatismos o daños multifactoriales en la cavidad bucal. Estudios reportan que aproximadamente el 10% de individuos mayores a 35 años tienen, cuando menos, una alteración en boca y que, por lo general, es raro que haya sido registrada por su odontólogo. Lo anterior implica un elevado porcentaje si lo asociamos con las lesiones potencialmente malignas que pudieron ignorarse. (12)

De acuerdo con una investigación realizada en 2018 en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez Chihuahua, fueron examinados 650 pacientes (424 mujeres y 226 hombres) con un rango de edad de 18 a 89 años (media=42,27), a los cuales se les realizo historia clínica y exploración intraoral detallada. Dentro de esta investigación las lesiones encontradas fueron: queratosis friccional (30,46 %) e hiperplasia fibrosa (6,92 %), melanosis fisiológica (42,92 %) y los gránulos de Fordyce (36,46 %) fueron las condiciones más identificadas (tabla III). (2)

Tabla III. Frecuencia de lesiones observadas en mucosa oral por sexo.

	Total		**Masculino**		**Femenino**	
Lesiones	#	%	#	%	#	%
Queratosis friccional	198	30,46	71	38,85	127	64,154
Hiperplasia fibrosa	45	6,92	14	31,11	31	68,89
Ulceras traumáticas	39	6	17	43,58	22	56,42

Párulis	31	4,76	10	32,25	21	67,75
Aumento tisular sin causa aparente	28	4,30	104	35,71	18	64,29
Estomatitis Protésica II (macula generalizada)	22	3,38	11	18,18	18	81,82
Anquiloglosia	14	2,15		78,57	3	21,43

Donohue-Cornejo 2018 (2)

Tabla IV. Condiciones de la mucosa oral encontradas en la muestra.

	Total		Masculino		Femenino	
Condiciones	#	%	#	%	#	%
Melanosis fisiológica	279	42,92	98	35,12	181	64,88
Gránulos de Fordyce	237	36,46	109	45,99	128	54,01
Leucodema	166	25,53	78	46,98	88	53,02
Torus mandibular	153	23,53	77	50,32	76	49,68
Línea alba oclusal	131	20,15	32	24,42	99	75,58
Varices linguales	111	17,07	39	35,13	72	64,87
Torus palatino	87	13,69	22	25,28	65	74,72
Lengua fisurada	45	6,92	18	40	27	60

Donohue Cornejo 2018 (2)

Los resultados de la investigación antes citada, se han tomado como cimiento para nuestra investigación de las posibles lesiones en tejido blando oral que se pudieran encontrar, aunque la población de ambos estudios es de distintas regiones de la república mexicana, comparten afinidad en las características de estudio de ambas investigaciones.

De acuerdo con el registro más reciente del SIVEPAB 2021, los datos epidemiológicos sobre incidencia y mortalidad de cáncer bucal (CIE-10: C00-C08) ubica a México como uno de los países con las tasas más bajas a nivel mundial. La vigilancia y la investigación son cruciales para la planificación, seguimiento y la evaluación eficaz y eficiente de los programas de control de las patologías bucales.(13) A continuación, se hace una breve mención de las lesiones en tejido blando oral que se encontraron en nuestra investigación.

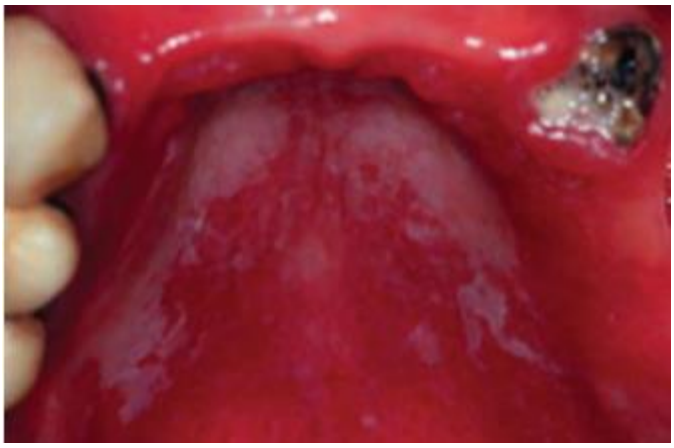
Enfermedad periodontal: Es producida por la acumulación de microorganismos que soportan y rodean al diente; constituyen un grupo de alteraciones del periodonto, en su mayoría de origen infeccioso, que en la mayoría de los casos es a consecuencia de una higiene bucal deficiente. Clasificada en gingivitis (Figura 2), si afectan al tejido de protección, o periodontitis, si están involucrados los tejidos de soporte. (5)

Figura 2. Gingivitis

Fuente: C. CHI Angela, (s.f) (5)

Estomatitis subprotésica: Es un proceso inflamatorio de la mucosa bucal, asociada con la utilización de prótesis removibles acrílicas y de metal, afectando principalmente al paladar, caracterizado por el enrojecimiento persistente del área de soporte de la prótesis. La patología involucra diferentes factores predisponentes como prótesis desajustadas y en mal estado, siendo esta la causa de mayor prevalencia, junto con la mala higiene y el uso continuo de la prótesis dental.(5)

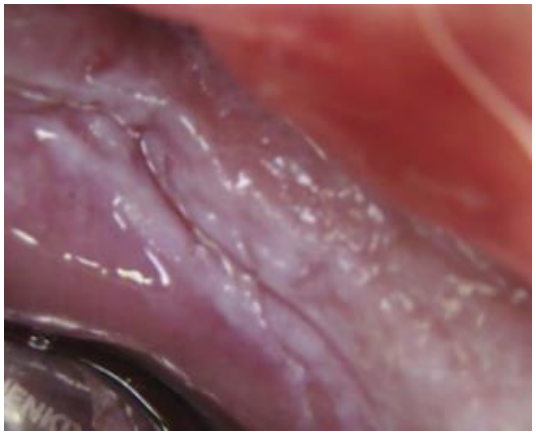
Figura 3. Estomatitis subprótesica.



Fuente: Collado Pérez, 2023 (5)

Candidiasis oral: Este hongo se encuentra normalmente de manera saprofítica, pero bajo ciertas condiciones que disminuyen las defensas como diabetes descontrolada, mala higiene, neoplasias malignas, etc. se proliferan de manera excesiva, resultando en un crecimiento excesivo del hongo Cándida albicans, pudiendo llevar al desarrollo de la enfermedad de forma agresiva. (Figura 4).

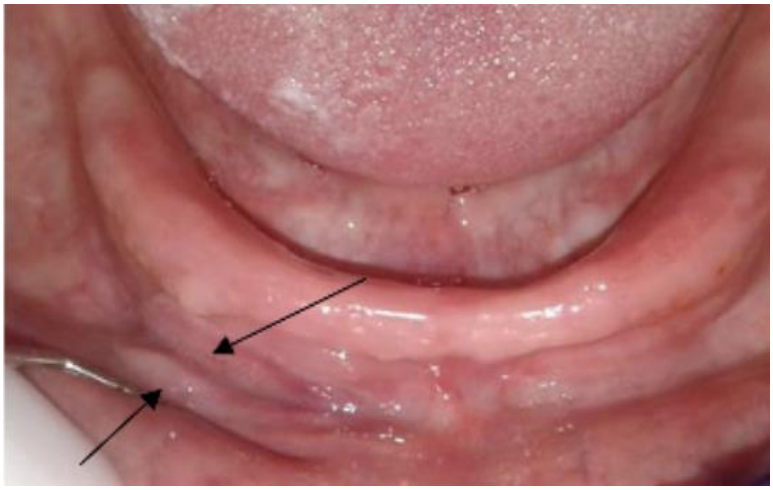
Figura 4. Cadidiasis en paladar duro y Candida en zona retromolar edentula.



Fuente: Zahid E, (s.f) (5)

Hiperplasia fibrosa inflamatoria: Es una lesión que se desarrolla por la disminución del soporte (debido a la reabsorción alveolar) y la prótesis se profundiza poco a poco sobre el fondo de surco, ejerciendo una presión anormal sobre los tejidos blandos. (Fig. 5) Es una lesión oral comúnmente relacionad al uso de prótesis removible. Si bien puede presentarse en pacientes no portadores de prótesis, esto es extremadamente inusual y mayormente la presencia de hiperplasia fibrosa inflamatoria asocia a su uso. Puede presentarse como una lesión única o bilobulada y tiene una base sésil; suele estar relacionada al uso de una prótesis mal adaptada y típicamente posee una invaginación en medio de la lesión que coincide con las zonas de compresión del borde protésico (donde encaja el borde de la prótesis). Puede desarrollarse en ambos maxilares, sin embargo, hay una mayor prevalencia en el sector vestíbulo-mandibular.(10)

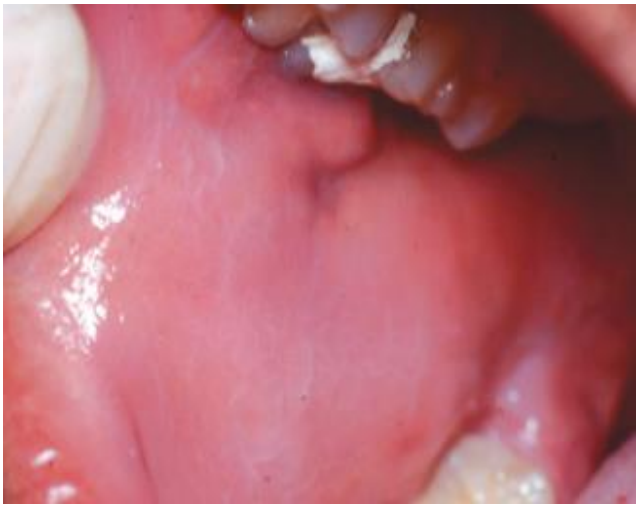
Figura 5. Hiperplasia fibrosa inflamatoria



Fuente: García Orellana, 2023 (10)

*Morsicatio buccarum***:** O mordedura de carrillo, son lesiones de causa mecánica, por chupeteo y mordisqueo de la mucosa, correspondiente a una hiperqueratosis.(1) La línea alba, línea blanquecina en la mucosa yugal, habitualmente bilateral, es un ejemplo de esto. Se debe hacer su diagnóstico clínico en el contexto adecuado (paciente joven sin factores de riesgo) y la respuesta a la retirada del mecanismo de lesión (cambio de hábito, férulas) y su control evolutivo o incluso biopsia en caso de sospechar otro tipo de lesión. (Fig.6)

Figura 6. *Morsicatio buccarum*



Fuente: Velia Ramírez (s.f) (4)

Estomatitis aftosa recurrente: Lesión levemente eritematosa con una úlcera central (figura 7), cubierta por una membrana fibrinopurulenta (coloración blanquecino-amarillenta), de origen mecánico (mordisqueo, cepillado de dientes) (1). La estomatitis aftosa recurrente es la enfermedad ulcerosa más común y está presente en aproximadamente el 20% de la población general (14). Sin embargo, la prevalencia varía del 5% al 50% dependiendo del grupo poblacional y, en algunos casos, del estrés personal y laboral. Se desconoce la etiología exacta, pero se han correlacionado con varios factores, ya que se han encontrado niveles bajos de hierro, zinc, folato y vitaminas B1, B2, B6 y B12 el doble de veces.

Otros factores relacionados son los altos niveles de estrés y la hipersensibilidad a ciertos alimentos como el chocolate y el maní han sido implicadas en algunos pacientes. Con respecto al tabaco, la incidencia de EAR fue menor en fumadores que en no fumadores. Esto puede deberse a que el tabaco tiende a aumentar la queratinización de la mucosa oral, haciendo así que la mucosa sea menos susceptible a la ulceración oral. La EAR se ha asociado a trastornos médicos subyacentes como deficiencias nutricionales que incluyen anemia, síndrome de Behcet, VIH, neutropenia cíclica y síndrome MAGIC, por nombrar algunos. La ulceración similar a EAR es una característica clínica del síndrome de Behcet y puede involucrar úlceras mayores y herpetiformes. (15)

Figura 7: Estomatitis aftosa en piso de lengua.

Fuente: Collado Pérez, 2023 (14)

Liquen plano: Enfermedad mucocutánea (afecta piel, mucosas o ambas), caracterizada por la aparición de pápulas planas de unos 2 mm (pueden crecer), poligonales, pruriginosas, situadas típicamente de forma bilateral y en superficies flexoras de las extremidades, de origen autoinmune. En las mucosas con diferentes presentaciones clínicas: Liquen plano reticular, liquen plano en forma de placa, liquen plano erosivo (Fig. 8) y liquen plano atrófico. Es una enfermedad de adultos mayores de 30 años. (1)

Figura 8. Liquen plano erosivo.

Fuente: Velia Ramírez, (s.f) (4)

Mucocele: Son lesiones quísticas, benignas, que contienen moco de las glándulas salivales menores (figura 9) y pueden aparecer como nódulos fluctuantes lisos, elevados, únicos o múltiples, redondos, lisos (5). Los mucoceles se clasifican como quiste de extravasación mucosa (MEC) o quiste de retención mucosa (MRC) según las características histológicas. La ránula tambien es un tipo de mucocele que se encuentra en la piso de la boca. Los mucoceles orales no causan problemas importantes, pero los individuos pueden experimentar molestias y problemas con el habla, la deglución y la masticación dependiendo del tamaño de la lesión y la ubicación.(14)

Figura 9. Mucocele en labio inferior.

Fuente: Velia Ramírez, (s.f) (9)

Nevo: Los nevos melanociticos orales (Figura 10) son lesiones poco comunes, son neoplasias benignas, a diferencia de su contraparte cutanea (Incidencia 4.35/10 millones de personas). Pueden ser adquiridos congenitos (se cree que la mayoria de ellos son adquiridos). Se presenta en paladar duro, encias, mucosa oral y labios como pequenas maculas o papulas, cuya pigmentacion va de gris al negro o azul. Esta pigmentacion corresponde a una proliferacion de nidos de nevomelanocitos (tecas) en el peitelio, el corion o en ambos, pueden estar ligeramente elevados cuando son intramucosos o compuestos.

Figura 10. Nevo intramucoso

Fuente: Elaboración propia, 2023.

2. Planteamiento del problema

La cavidad oral alberga una amplia gama de condiciones que abarcan desde variaciones anatómicas hasta estados patológicos, experimentando cambios constantes debido a diversos factores irritantes a los que está expuesta. Las lesiones en tejidos blandos de la cavidad oral pueden manifestarse en diferentes etapas de la vida humana, como durante la gestación, adolescencia o el envejecimiento, pueden surgir como consecuencia de desequilibrios emocionales, servir ocasionalmente como primeros signos de trastornos sistémicos o enfermedades infecciosas, y en los casos más críticos y alarmantes, marcar el punto de partida de un posible cáncer oral. (6)
En este contexto surge la siguiente interrogante como eje central de nuestra investigación:

¿Cuál es la prevalencia de lesiones orales en tejido blando entre los pacientes que asisten a las clínicas de rehabilitación oral e integral del adulto, pertenecientes a la licenciatura en cirujano dentista en CUI?

3. Justificación

La exploración bucal dentro del proceso diagnóstico o en consultas de seguimiento cobra una importancia crucial en la evaluación de la prevalencia de lesiones orales en las clínicas de rehabilitación oral y en el cuidado integral de pacientes adultos y de la tercera edad. Este enfoque permite no solo el diagnóstico temprano, sino también orientar de manera adecuada a los pacientes en función de la naturaleza de la lesión que presentan. Dado que, tanto en la formación académica como en la práctica cotidiana, los cirujanos dentistas se encuentran en la posición de identificar diversas lesiones bucales, muchas veces desconocidas o pasadas por alto por los pacientes, por lo cual es crucial establecer un conocimiento preciso sobre la prevalencia de estas lesiones.

En este sentido, esta investigación busca elucidar sobre la verdadera magnitud de las lesiones orales en tejido blando que se encuentran en las clínicas de rehabilitación oral destinadas a la atención de pacientes adultos, en el marco de la licenciatura en cirujano dentista en UICUI. Mediante el conocimiento y análisis de esta prevalencia, será posible mejorar la capacidad de diagnóstico y tratamiento, brindando una atención más informada y personalizada a los pacientes.

Además, muchas de estas lesiones orales pueden ser indicativos de enfermedades sistémicas graves o de deterioros en la salud general. Al detectar y abordar estas lesiones de manera temprana, se podría contribuir al manejo integral de la salud de los pacientes, proporcionando una mejor calidad de vida y previniendo posibles complicaciones futuras.

Cabe destacar que estas alteraciones en los tejidos bucales pueden ser influidas por una variedad de factores incluyendo la edad, el género, el estado socioeconómico, los hábitos de higiene, el uso de prótesis dentales y hábitos como el tabaquismo y el alcoholismo. Además, pueden estar relacionadas con enfermedades sistémicas que afectan la salud bucal. La identificación de estos factores y su relación con las lesiones orales permitirá una comprensión más profunda de los posibles desencadenantes y, en última instancia, contribuirá a estrategias de prevención y tratamiento más efectivas.

Por todo lo anterior, esta investigación busca promover el conocimiento acerca de la prevalencia de lesiones orales en tejido blando en el contexto de las clínicas de rehabilitación oral integral para adultos, lo que a su vez puede tener un impacto significativo en la atención odontológica, la formación de los futuros cirujanos dentistas y la salud general de los pacientes.

4. Hipótesis

Hipótesis de trabajo (H1)

- La prevalencia de lesiones en tejido blando oral es alta en las clínicas de rehabilitación oral e integral del adulto de la licenciatura en cirujano dentista.

Hipótesis Nula (H0)

- La prevalencia de lesiones en tejido blando oral es baja en las clínicas de rehabilitación oral e integral del adulto de la licenciatura en cirujano dentista.

5. Objetivos

5.1 Objetivo principal:

Determinar la prevalencia de lesiones orales en tejido blando oral entre los pacientes que acuden a las clínicas de rehabilitación oral e integral para adultos de la licenciatura en cirujano dentista en UICUI.

5.2 Objetivos específicos:

- Identificar las lesiones orales en tejido blando presentes en los pacientes que asisten a las clínicas de rehabilitación oral e integral para adultos de la licenciatura en cirujano dentista en CUI.

- Analizar la influencia de factores como la edad, el género, el uso de prótesis, los hábitos de higiene oral y la presencia de enfermedades sistémicas en la manifestación de estas lesiones

- Establecer conclusiones sobre la prevalencia de lesiones orales en tejido blando en las clínicas de rehabilitación oral e integral para adultos de la licenciatura en cirujano dentista en CUI, y su relevancia en la atención odontológica y la formación profesional.

- Proponer recomendaciones basadas en los hallazgos de la investigación que puedan contribuir a la mejora de la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones orales en tejido blando, así como a la formación de los futuros cirujanos dentistas.

- Documentar en un panorama general si la prevalencia de lesiones en tejido blando oral es alta o baja.

6. Materiales y métodos

6.1 Diseño del estudio

- Observacional y transversal descriptivo.

Población y universo de estudio

- 110 personas
- Participantes de ambos sexos

6.2 Muestreo

- No probabilístico por cuota y conveniencia

6.3 Criterios de inclusión

- Personas que acudan a las clínicas de rehabilitación oral e integral del adulto.
- Personas que presenten una lesión oral en tejido blando.
- Personas que deseen participar en el estudio.

6.4 Criterios de exclusión

- Pacientes que no lleguen el día de la recopilación de datos.
- Formatos mal llenados.
- Pacientes no cooperativos.

6.5 Criterios de eliminación

- Pacientes dentro del estudio que decidieron retirarse.

7. Variables de estudio

Variable	Descripción conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición	Etiqueta
Lesiones Orales en Tejido Blando	Refiere a las distintas alteraciones, trastornos o irregularidades en el tejido blando de la cavidad oral que pueden incluir úlceras, aftas, lesiones traumáticas, lesiones precancerosas u otras condiciones patológicas	Número total de lesiones orales en tejido blando presentes en cada paciente al momento del examen bucal	Escala discreta (números enteros).	Número de lesiones.	Lesión oral
Edad	Representa la edad cronológica de cada paciente al momento de su consulta en las clínicas de rehabilitación oral e integral.	Valor numérico en años que indica la edad del paciente en el momento de la consulta.	Escala continua (números reales).	Años	Edad
Género	Indica el género con el que cada paciente se identifica.	Categoría categórica que refleja el género del paciente (Masculino, Femenino, Otro)	Nominal	Categoría	Genero
Prótesis Dentales	Presencia del uso de prótesis dentales (parciales o completas) por parte del paciente.	Categoría que describe si el paciente usa prótesis dentales (Sí, No).	Nominal	Categoría	Prótesis
Higiene Oral	Refleja la frecuencia y calidad de los hábitos de higiene oral del paciente.	Valor numérico (escala de 1 a 5) que indica la percepción del paciente sobre la frecuencia y calidad de sus hábitos de higiene oral, donde 1 representa "Muy Bajo" y 5 representa "Muy Alto	Escala ordinal	Valor numérico	Higiene
Enfermedades Sistémicas	Indica la presencia o ausencia de enfermedades sistémicas en el paciente que puedan tener relación con la manifestación de lesiones orales.	Categórica que describe si el paciente tiene una enfermedad sistémica (Sí, No) y, en caso afirmativo, especificar el tipo de enfermedad.	Nominal	Categoría	Enfermedad
Empleo	Indica el tipo de empleo de cada paciente correlacionándose a lesiones.	Formal (Profesional). Informal (Trabajo de campo)	Nominal	Categoría	Empleo

8. Procedimientos y métodos

En este estudio, se llevará a cabo un enfoque de investigación observacional de corte transversal en las clínicas de rehabilitación oral e integral para adultos de la licenciatura en cirujano dentista en CUI.

La población bajo investigación se compone de pacientes adultos que acuden a las clínicas de rehabilitación oral e integral de la licenciatura en cirujano dentista en CUI para recibir tratamiento odontológico.

La muestra será seleccionada a través de un método de muestreo sistemático, abarcando un total de 110 pacientes (hombres y mujeres) que cumplan con los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión abarcan pacientes mayores de 20 años y aquellos que están recibiendo atención en las clínicas de rehabilitación oral e integral para adultos de la licenciatura en cirujano dentista en CUI. Por otro lado, los pacientes menores de 20 años y aquellos que no están siendo atendidos o que decidan no participar en la investigación serán excluidos.

Las variables de estudio son:

- Lesiones Orales en Tejido Blando.
- Edad.
- Género.
- Uso de Prótesis Dentales.
- Hábitos de Higiene Oral.
- Enfermedades Sistémicas.
- Empleo

La recolección de datos se llevará a cabo mediante un formulario diseñado específicamente para este (véase en los anexos). Este formulario incluirá preguntas estructuradas destinadas a recopilar información detallada sobre las variables de estudio, como la identificación y tipo de lesiones orales en tejido blando, la edad del paciente, su género, el uso de prótesis dentales, los hábitos de higiene oral y la presencia de enfermedades sistémicas.

El proceso consistirá en abordar a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión en las clínicas de rehabilitación oral e integral, donde se les explicará el objetivo del estudio y se les invitará a participar de manera voluntaria, obteniendo su consentimiento informado firmado por cada paciente. Aquellos que consientan en formar parte del estudio completarán el formulario, el cual será administrado por personal de investigación o estudiantes debidamente entrenados. Se garantizará la confidencialidad de los datos recopilados.

Materiales:

- Barreras de protección para el paciente y ejecutor (set-bio)
- Básico 1x4 (3B) y/o abatelenguas
- Sonda periodontal
- Espejos intra orales (3B)
- Separadores de carrillos
- Dispositivo fotográfico
- Fichas de identificación
- Formularios

La exploración se realizará de la siguiente forma:

1. Labios, se inicia observando tamaño y color, la simetría, la textura, las comisuras y cualquier anomalía del borde bermellón superior o inferior. Palpar si se observa algún aumento de volumen. (8)

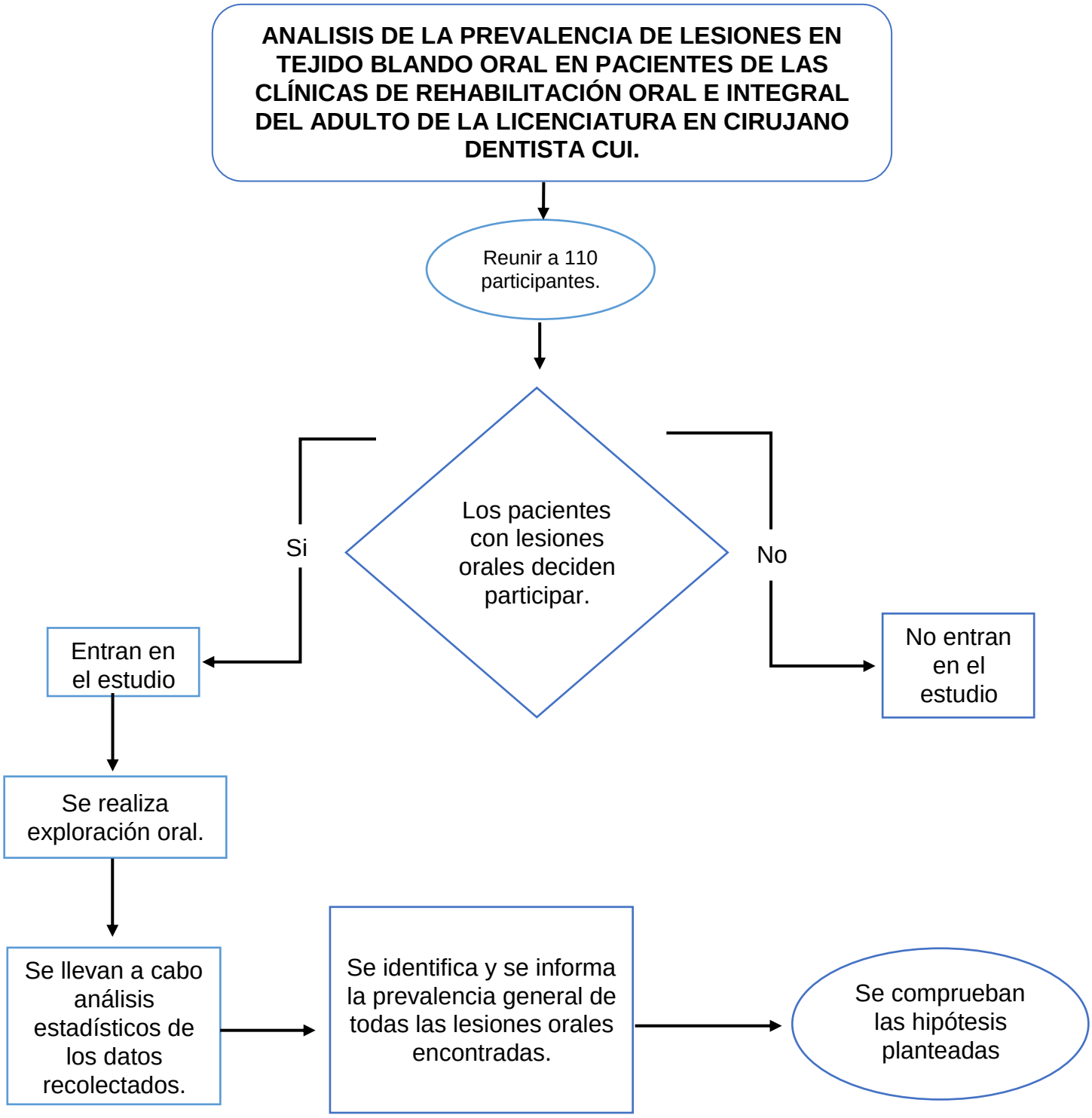
2. Mucosa labial: Retraer el labio superior, observando y examinando el color, la textura y cualquier otra anomalía de la mucosa, el fondo de saco y los frenillos vestibulares continuando de la misma manera en la región inferior.
3. Encía: Examinar la parte bucal y labial de la encía y los procesos alveolares, iniciando en la parte posterior derecha del maxilar para posteriormente moverse alrededor del arco a la parte posterior izquierda. Bajar a la zona mandibular iniciando en la parte posterior izquierda para terminar en la parte posterior derecha. Seguidamente revisando la parte palatina y lingual, iniciando en sentido de derecha a izquierda en la maxila y de izquierda a derecha en la mandíbula.
4. Mucosa bucal: Retraer la mucosa bucal en dirección contraria a los dientes, observe primero el lado derecho y después el izquierdo, extendiendo la mucosa desde el límite labial hasta el pilar anterior de las amígdalas. Observar el color, la textura y describa cualquier anormalidad. Palpar si es necesario. Para separar adecuadamente la mejilla puede ayudarse con un abatelengua.
5. Lengua: En posición de descanso inspeccionar el dorso, observando cualquier cambio de color, de textura, busque cualquier úlcera o crecimiento. Examinar la punta lingual. Utilizando un espejo o un abatelengua se examinarán los márgenes derecho e izquierdo. En completa protrusión examinar los bordes laterales y los más posteriores. Por último, examine la superficie ventral y palpe suavemente con sus dedos para detectar cualquier crecimiento.
6. Piso de boca: Bimanualmente palpar el piso de la boca para detectar cualquier anormalidad. Observando cualquier cambio en color, de textura, crecimiento u otras anomalías de la superficie.
7. Paladar: Examinar minuciosamente con los dedos el paladar blando y duro, indicando al paciente que abra la boca e incline ligeramente su cabeza hacia atrás para poder observar y palpar. Primero el paladar duro. Presionando suavemente la base de la lengua para poder observar la región del paladar blando, la úvula y los pilares amigdalinos.(8)

Para analizar los datos, se emplearán métodos descriptivos. Esto permitirá abordar la prevalencia de lesiones orales en tejido blando y entender las características demográficas de los pacientes. Además, se aplicarán pruebas estadísticas adecuadas, como análisis de chi-cuadrado y regresión logística, para explorar las relaciones entre las variables y las lesiones orales en tejido blando.

En términos éticos, se obtendrá el consentimiento informado de todos los participantes antes de su inclusión en el estudio. Se asegurará la confidencialidad de los datos y el anonimato de los pacientes en la presentación de los resultados. El estudio se conducirá en conformidad con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. Es importante señalar que existen limitaciones potenciales, como que la muestra puede no ser completamente representativa de la diversidad de pacientes atendidos en las clínicas, y que la información sobre hábitos de higiene oral y enfermedades sistémicas se basará en la autoevaluación de los pacientes.

El estudio tiene como objetivo principal obtener un entendimiento más profundo de la prevalencia de lesiones orales en tejido blando entre los pacientes de las clínicas de rehabilitación oral e integral para adultos de la licenciatura en cirujano dentista en UICUI. También se pretende identificar posibles relaciones entre estas lesiones y factores demográficos, hábitos y enfermedades sistémicas. Los resultados potencialmente influirán en la atención odontológica y la formación de futuros profesionales en el campo dental.

9. Diagrama de flujo



10. Consideraciones bioéticas

De acuerdo con la Ley General de Salud, en su Artículo 17 apartado I, la siguiente investigación se considera como investigación de riesgo Tipo II, ya que se realizarán exploraciones intraorales para rectificar las lesiones que el paciente refiera.

El presente proyecto tiene su valor teórico en base a ciencia básica, por ello es necesario el contacto físico con las personas que participaran en dicha investigación para rectificar los datos recabados en la historia clínica.

Los resultados serán evaluados mediante el paquete estadístico IBM SPSS, versión 23, realizando estadística descriptiva.

11. Resultados

La población de estudio estuvo formada por 110 fichas clínicas, que corresponden a 110 personas, 47 hombres y 63 mujeres en un rango de edad de 20 a 85 años, atendidas en las clínicas de rehabilitación oral e integral del adulto de la Universidad de Ixtlahuaca CUI en el mes de octubre del año 2023, descartando a 10 personas del género masculino que no entraron al estudio acorde los criterios de exclusión, quedando una distribución de la población de estudio en 100 personas, 37 hombres y 63 mujeres. La edad promedio de los participantes fue de 47 años, con una edad mínima de 21 años y una edad máxima de 82 años, en cuanto al género, el femenino prepondero con un 63% sobre el masculino con 37% (tabla V).

Es importante recalcar que al evaluar el cuidado bucal (tabla VI), la valoración fue acorde la percepción que cada uno de los participantes tenía en cuanto a su higiene bucal. Los resultados indican que un 12% dice tener una higiene bucal excelente, otro 38% reportan una higiene bucal promedio o regular. El 16% dice tener una higiene bucal muy deficiente, dentro de este porcentaje de personas se relacionan con el 6 % de participantes con gingivitis (Figura 11) y el 2% de participantes con candidiasis pseudomembranosa.

Figura 11. Gingivitis.

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al empleo (tabla VII), el trabajo informal (trabajadores agrícolas, comerciantes, empleados, etc.) prevaleció en un 89%, por lo contrario, el empleo formal (maestros y jubilados) representó el 11%, esta variable de estudio fue tomada en cuenta por la correlación que tiene con la higiene bucal, ya que el tipo de empleo que desarrolla cada uno y el lugar en donde lo realiza influye demasiado, ya que los participantes, pueden o no tener disposición de tiempo y/o de las herramientas y materiales para tener una higiene bucal adecuada.

Dentro de los antecedentes patológicos, impresionantemente el 70% de la población de estudio no padecía de ninguna enfermedad. Una de las enfermedades sistémicas más predominantes fue la diabetes con un 8%, seguida de la a hipertensión Arterial con un mismo 8%. En nuestra investigación también encontramos a participantes que padecían de artritis 6%, deficiencia renal 2%, deficiencia renal. Un 3% de los participantes padecían de enfermedades múltiples (diabetes, hipertensión arterial y artritis) siendo estos pacientes controlados y sin ninguna lesión de tejido blando oral.
El tabaquismo fue una variable de estudio, siendo de 1%, en el cual encontramos al 1% con quemadura por tabaco (Figura 12) el consumo de alcohol 1% e inmunodeficiencias 1% presentaron los porcentajes más bajos dentro de los antecedentes.

Figura 12. Quemadura por tabaco

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a uno de los factores principales predisponentes a lesiones en tejido blando, como es el uso de prótesis dentales (ver tabla IX), el 93% de los participantes indicó no utilizarlas y en el 7% indicó el uso de prótesis, correlacionándose con el 1% de estos pacientes presentando hiperplasia fibrosa (figura 13).

Figura 13. Hiperplasia fibrosa (Maxilar superior derecho)

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar las lesiones (Figura 21) es importante destacar que la mayoría de los participantes no padecía de ninguna lesión oral teniendo un porcentaje de 55% (Figura 14). Encontramos que las aftas menores fueron las lesiones con mayor incidencia siendo esta del 10% (Figura 16), recalcando que todos los pacientes que presentaban aftas menores, no referían ninguna molestia y tampoco se percataban de su presencia en la cavidad oral.

Figura 14. Atfas menores en mucosa vestibular

Fuente: Elaboración propia.

El Morsicatio buccarum o mordedura de carillo (Figura 15) fue también una lesión con mayor prevalencia siendo esta de 7%, seguida de la gingivitis con un 8%, a periodontitis con un 6%, nevos con un 5% (Figura 18), candidiasis pseudomembranosa con un 3%, mucoceles con un 2% (Figura 19), quemadura por tabaco 1 % y e hiperplasia fibrosa con un 1% (Figura 13) e Hiperplasia gingival con un 1% (Figura 20) y la melanosis gingival con un 4 %, en estas 3 ultimas lesiones de tejido blando oral, se les sugirió a los alumnos y participantes realizar estudios para poder corroborar el presunto diagnóstico de la lesión y descartar una lesión de tipo cancerosa.

Figura 15. Mordedura de carrillo o *Morsicatio buccarum* y línea alba oclusal.

Figura 18. Nevos

Fuente: Elaboración propia.

Figura 19. Mucocele

Figura 20. Hipérplasia gingival.

Fuente: Elaboración propia.

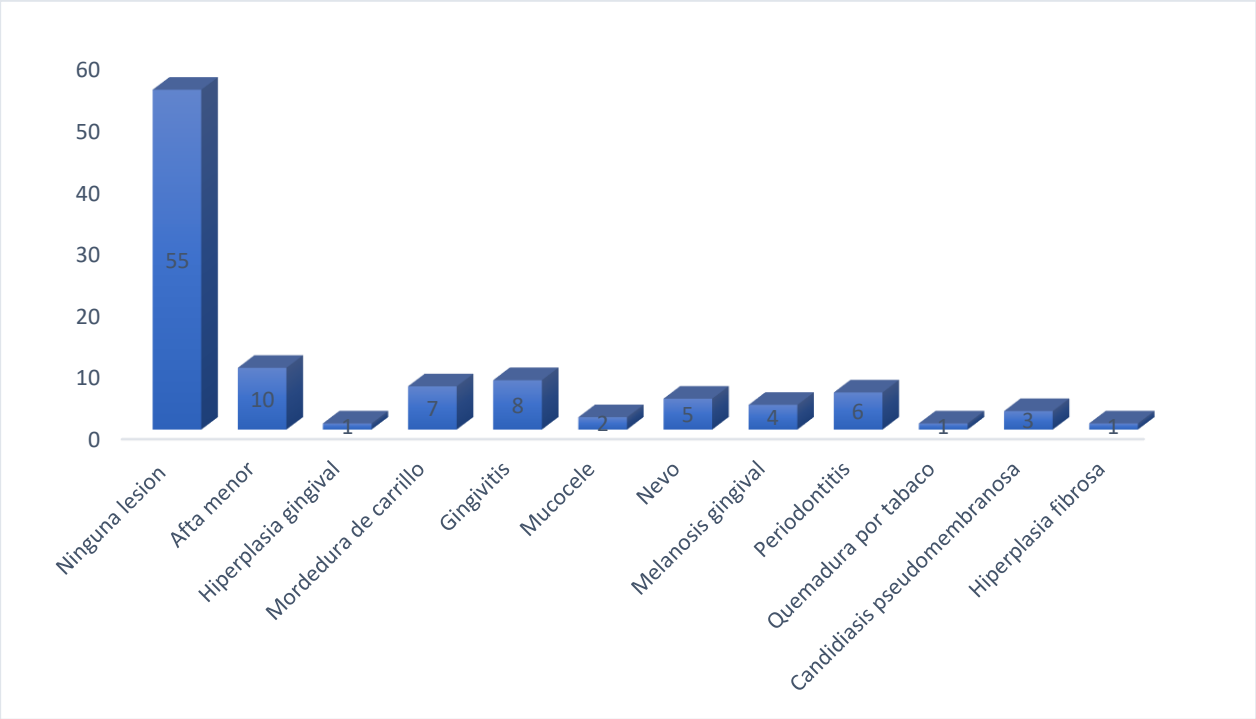


Figura 21. Incidencia de lesiones orales

Tabla V. Representativa del sexo en los encuestados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	63	63.0	63.0	63.0
	MASCULINO	37	37.0	37.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Tabla VI. Higiene bucal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy bajo	16	16.0	16.0	16.0
	Bajo	17	17.0	17.0	33.0
	Medio	38	38.0	38.0	71.0
	Alto	17	17.0	17.0	88.0
	Muy alto	12	12.0	12.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla VII. Empleo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Formal	89	89.0	89.0	89.0
	Informal	11	11.0	11.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Tabla VIII. Antecedentes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diabetes	8	8.0	8.0	8.0
	Hipertensión	8	8.0	8.0	16.0
	Inmunodeficiencias	1	1.0	1.0	17.0
	Tabaquismo	1	1.0	1.0	18.0
	Consumo de alcohol	1	1.0	1.0	19.0
	Artritis	6	6.0	6.0	25.0
	Deficiencia renal	2	2.0	2.0	27.0
	Ninguna	70	70.0	70.0	97.0
	Múltiples enfermedades sistémicas	3	3.0	3.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

12. Discusión

Los datos epidemiológicos sobre entidades patológicas en el tejido blando oral son limitados en comparación con la caries, periodontitis o maloclusiones, por lo que su estudio representa un avance en la odontología interdisciplinaria, más allá de la simple observación de dientes. Analizar la incidencia de lesiones en los tejidos blandos orales más frecuentes en la población de 20 a 85 años es de suma importancia para obtener diagnósticos sobre esta problemática y comprender cuáles son los problemas que afectan a esta población, ya que no se cuenta con un perfil epidemiológico de este problema en la universidad.

De acuerdo con los resultados más recientes del SIVEPAV, durante el año 2021, la enfermedad reportada con mayor frecuencia fue la Hipertensión Arterial (8.76%), seguida por Diabetes Mellitus (8.55%)(13) es importante señalar que con esta información ratificamos que estas enfermedades sistémicas fueron las de mayor prevalencia en nuestro estudio, enfermedades que inmunosuprimen el cuerpo y dan paso a organismos oportunistas. E igual en estos resultados encontramos que a toda persona que al examen clínico presenta en la mucosa bucal una úlcera, una lesión blanca (leucoplasia), roja (eritroplasia) o mixta que puede presentar nódulos, o bien un aumento de volumen (masas) que no se resuelva por sí mismo en tres semanas y que no se caracteriza como ninguna otra entidad de origen infecciosos inflamatorio o traumático.

Guzmán, Marín y Valero,(16) encontraron como principales hallazgos clínicos en una población de 400 pacientes la enfermedad en lengua, identificándose como la más común la lengua fisurada, lengua geográfica y glositis. Esta investigación nos ayuda a ratificar que estas lesiones en lengua son de carácter benigno y de gran prevalencia en nuestro estudio.

Por otro lado, en una investigación realizada por F. López-Simarro y E. Redondo Margüello, se destaca que la periodontitis es 4 veces más frecuente en personas con diabetes y está considerada la sexta complicación más común en estos pacientes, al igual que la gingivitis(15), lo cual reafirma los datos obtenidos, ya que la diabetes es uno de los antecedentes con mayor porcentaje en nuestra investigación, asociándose a la periodontitis y gingivitis como lesiones de alta prevalencia.

La OMS nos dice que la mayoría de las alteraciones o lesiones bucodentales son prevenibles en gran medida y pueden tratarse en sus etapas iniciales. La mayor parte de estas afecciones son caries dental, enfermedades periodontales, pérdida de dientes, cánceres bucodentales y traumatismos bucodentales. En 2022 estimó que las enfermedades bucodentales afectan a cerca de 3500 millones de personas en todo el mundo, y que 3 de cada 4 de estas personas viven en países de ingresos medios. Se estima que las periodontopatías graves afectan aproximadamente al 19% de los adultos, lo que representa más de mil millones de casos en todo el mundo. Sus principales factores de riesgo son la mala higiene bucodental y el consumo de tabaco.

El cáncer bucal abarca los cánceres de labio, otras partes de la boca y la orofaringe, y combinados son el 13.º tipo de cáncer más común en todo el mundo. La incidencia mundial estimada de los cánceres de labio y de la cavidad bucal en 2020 fue de 377 713 nuevos casos y 177 757 muertes. El cáncer bucal es más común en los hombres y las personas mayores, más letal en los hombres que en las mujeres y afecta de manera muy distinta en función de las circunstancias socioeconómica. (17)

Es importante mencionar que la poca higiene oral, el tabaquismo, alcoholismo, el uso de prótesis, la edad y las enfermedades sistémicas son factores de riesgo para la aparición de lesiones en tejido blando oral y aún más en pacientes con enfermedades descontroladas. Existen microorganismos oportunistas que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar estas lesiones, comprometiendo aún más la salud de los pacientes. Estas lesiones pueden aumentar en cantidad, tamaño y presentarse simultáneamente, lo que dificulta al odontólogo el diagnóstico y la planificación del tratamiento. Por ello, es importante que estudiantes y todo cirujano dentista tengan conocimientos sobre las lesiones en tejido blando de la cavidad oral.

13. Conclusiones

Entre las 100 fichas clínicas, las aftas menores fueron la lesión con mayor incidencia en tejido blando oral, seguidas del *Morsicatio buccarum*, periodontitis, gingivitis, hiperplasia fibrosa, cándida, nevos, quemadura por tabaco, por último, la hiperplasia gingival. El género femenino predominó en nuestra investigación, así como la hipertensión, diabetes y tabaquismo, siendo los antecedentes de mayor prevalencia. El 38% de los participantes tiene una higiene bucal regular y el 93% no usaba ninguna prótesis dental.

De acuerdo con los resultados de nuestro estudio y con los estudios revisados, se coincide en la necesidad de realizar más investigaciones dentro de la universidad y/o el estado con el fin de precisar su magnitud y buscar los factores de riesgo que condicionan su presencia y evolución. Esto permitirá establecer y/o adecuar las medidas de prevención y control, dado que estas alteraciones pueden manifestarse de manera distinta entre cada enfermedad sistémica, en pacientes con alguna adicción o en la población.

Asimismo, es obligatorio reforzar los conocimientos que nos permitan concientizar a los pacientes para que sepan que estas alteraciones no son normales en la cavidad oral.

El diagnóstico de nuestra investigación fue meramente clínico. Se sugiere, por lo tanto, corroborar con diagnósticos histopatológicos y/o imagenológicos en investigaciones futuras, así como ampliar el número de personas y el acceso a todas las clínicas de la universidad. Esto ayudará a contar con más investigaciones para tener una realidad más acertada de estas patologías y actualizar los planes de estudio en la Facultad de Odontología de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, fortaleciendo las actividades de diagnóstico, tratamiento y prevención en el ejercicio profesional.

Con nuestra investigación, se aporta información sobre las lesiones de tejido blando oral con mayor incidencia en todas las clínicas de rehabilitación oral e integral de adultos mayores para correlacionar el posible diagnóstico y plan de tratamiento de cada paciente según la lesión que presente.

La principal limitante para la realización de nuestro estudio fue la cooperación de los pacientes, ya que les daba vergüenza mostrar la cavidad oral y responder a las preguntas del cuestionario para la recopilación de datos, incluso cuando se les informó que sería una investigación de manera anónima y que ayudaría a contribuir con la formación de los estudiantes en Cirujano Dentista. Hablar con cada uno de los participantes, informándoles sobre las lesiones orales y la repercusión que tienen en la salud y el estilo de vida, ayudó a completar el número de fichas clínicas para la obtención de resultados de la investigación. De igual forma, en cada paciente que presentaba alguna lesión de tejido blando oral, se proporcionó información sobre la lesión, las causas, cuidados, observaciones y el tratamiento. Esta información debería ser proporcionada a cada paciente que acuda a consulta con el cirujano dentista y que presente alguna lesión oral.

14. Referencias bibliográficas

1. González S, Fernando O, Marín G, Luis J, Carretero C. Lesiones de la mucosa oral Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial.
2. Donohue-Cornejo A, De la Torre-y-Morán A, De la Torre-Morán G, Francisco Espinosa-Cristóbal L, Abril Guzmán-Gastelum D, Graciela García-Calderón A, et al. Frequency of Lesions and Oral Conditions in Patients Older than 18 Years in a Primary Care Clinic in Mexico. Vol. 12, Int. J. Odontostomat. 2018.
3. Medina CE, Rogelio S, Scougall J, Lara VE, Norma C, Robles L, et al. Ciencia Odontológica 2.0 Editores / Coordinadores under a Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).
4. Manual para la Detección de Alteraciones de la Mucosa Bucal Potencialmente Malignas. (s.f)
5. Chi AC, Neville BW, Krayer JW, Gonsalves WC. Oral Manifestations of Systemic Disease [Internet]. Vol. 82. (s.f). Available from: www.aafp.org/afpAmericanFamilyPhysician
6. Rivera Mejía Damaris Michelle. MANEJO CLÍNICO DE LESIONES ORALES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS. 2023.
7. Elsayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2023. Diabetes Care. 2023 Jan 1;46:S19–40.
8. Beatriz M, Aldape C, Participante B, Areli CDL, Sandoval D. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES PATOLOGÍA BUCAL Guía de Estudio. (s.f)
9. Zahid E, Bhatti O, Zahid MA, Stubbs M. Overview of common oral lesions. Vol. 17, Malaysian Family Physician. Academy of Family Physicians of Malaysia; 2022. p. 9–21.
10. García Orellana BA, León Vintimilla M de L, Cornejo Córdova MA. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: Reporte de un caso. Revista Médica del Hospital José Carrasco Arteaga. 2021 Jul 31;13(1):136–40.
11. F. RODRÍGUEZ LOZANO. Consumo de tabaco y patología odontoestomatológica. (s.f)

12. Tejada García A. Prevalencia de lesiones bucales en tejido blando encontradas en la Clínica de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes. Periodo 2015-2018. Revista de la Asociación Dental Mexicana. 2020;77(1):11–6.
13. RESULTADOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE PATOLOGÍAS BUCALES SIVEPAB 2021.
14. Bánóczy J. Oral cancer and precancerous lesions. Fogorv Sz. (s.f) ;90 Spec No:27.
15. De La V, Collado Pérez C, De La M, Pérez Suárez C, Collado Hernández CM, Pérez Núñez V. PREVALENCE OF RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS IN A FAMILY MEDICAL OFFICE, MANZANILLO, CUBAN. A CROSS-SECTIONAL STUDY. 2023;11(4):172.
16. Conejero del Mazo R, García Forcén L, Navarro Aguilar ME. Recurrent aphthous stomatitis. Vol. 161, Medicina Clinica. Ediciones Doyma, S.L.; 2023. p. 251–9.

17. García Orellana B, León Vintimilla M, Cornejo Córdova M Revista Médica del Hospital José Carrasco Arteaga (2021) 13(1) 136-140

15. Anexos

I. Formato de referencia para las lesiones en tejido blando oral.

Anexo. Formato de referencia para lesiones potencialmente malignas

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO DE REFERENCIA
ESTUDIO DE LESIONES POTENCIALMENTE MALIGNAS

SIVEPAB 1

Fecha de elaboración: ☐☐☐☐☐☐
Folio de módulo: ☐☐☐☐☐

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1. NOMBRE _____
Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s)

2. DATOS DE NACIMIENTO _____
Estado | Jurisdicción | Municipio

3. FECHA DE NACIMIENTO ☐☐☐☐☐☐☐☐ (D D M M A A A A) 4. EDAD ☐☐☐☐☐☐ (A A M M D D) 5. SEXO 1) Masculino 2) Femenino

6. OCUPACIÓN _____ 7. ESCOLARIDAD _____

8. CURP ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 9. TIPO DE PACIENTE _____

10. RESIDENCIA HABITUAL _____
Calle y número | Colonia | Estado

Jurisdicción | Municipio | Localidad

II. DATOS DE LA UNIDAD

Clave | Estado | Jurisdicción

Municipio | Localidad | Institución

Nombre de unidad | Odontólogo notificante | Matrícula

III. ANTECEDENTES

11. MARQUE EL (LOS) QUE REFIERA EL PACIENTE

☐ 0) Ninguno ☐ 2) Inmunodeficiencias ☐ 4) Hipertensión arterial ☐ 6) Otra
☐ 1) Diabetes Mellitus ☐ 3) Tabaquismo ☐ 5) Embarazo Especifique _____

IV. EXPLORACIÓN (Marque con el código correspondiente lo encontrado en la exploración

12. LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL

12a. Tipo de lesión
☐ 0) Ninguno
☐ 1) Úlcera
☐ 2) Mancha Blanca (Leucoplasia)
☐ 3) Mancha Roja (Eritroplasia)
☐ 4) Mixta (Leucoeritroplasia)
☐ 5) Aumento de volumen

12b. Tiempo de evolución
☐ 1) Menos de tres semanas
☐ 2) Tres semanas o más _____

13. LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN _____

14. SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA _____

15. TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS AL PACIENTE Y/O MANIOBRAS REALIZADAS _____

UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

I. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

1. Folio del paciente _____ 2. Edad _____ 3. Sexo **F M**

4. Ocupación_____Uso de prótesis SI NO

II. ANTECEDENTES

Marque el/los que refiera el paciente

DIABETES ☐ HIPERTENSION ARTERIAL ☐ INMUNODEFICIENCIAS ☐

TABAQUISMO ☐ EMBARAZO ☐ CONSUMO DE SUSTANCIAS ☐

ALCOHOLISMO ☐ NINGUNO ☐ OTRA ☐ Especifique_____

III. EXPLORACION

1. Tipo de Lesión oral de tejido blando encontrado_____

_____

2. Localización de la lesión _____

3. Sintomatología asociada_____

_____

4. Duración de la lesión _____

5. Califique sus hábitos de higiene oral (tomando en cuenta que **1** es Muy bajo, **2** Bajo, **3** Medio, **4** Alto, **5** Muy alto) _____

UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGICO

A usted querido paciente, se le invita a participar en este estudio de investigación tipo odontológico que lleva por nombre "**Análisis de la prevalencia de lesiones en tejido blando oral en pacientes de las clínicas de rehabilitación oral e integral del adulto de la licenciatura en cirujano dentista CUI"** que tiene como objetivo principal, determinar la prevalencia de lesiones orales en tejido blando entre los pacientes que acuden a las clínicas de rehabilitación oral e integral para adultos de la licenciatura en cirujano dentista en UICUI.

Antes de decidir si participa o no, debe de saber que la información que usted nos proporcione será confidencial y solo tendrán acceso a ella los investigadores encargados de dicha investigación; cualquier publicación o comunicación de los resultados de esta serán completamente anónima. Su participación en esta investigación es **totalmente voluntaria**, siéntase con absoluta libertad de preguntar cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas.

Si usted acepta participar, será sometido a un proceso de exploración bucal, por un periodo mínimo de aproximadamente 10 minutos, con materiales estériles y desinfectados en donde se explorará detalladamente cada una de las zonas anatómicas (carrillos, lengua, piso de la boca, paladar, fondo de saco, encía, etc.) para identificar algún tipo de lesión; en caso de encontrar alguna lesión, será necesario tomar fotografías. Es una investigación gratuita, teniendo como beneficio promover el conocimiento acerca de la prevalencia de lesiones orales en tejido blando en las clínicas de rehabilitación oral integral para adultos, teniendo un impacto significativo en la atención odontológica para la formación de los futuros cirujanos dentistas y la salud general de los pacientes.

Estoy de acuerdo en participar SI ☐ NO ☐