



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**PREVALENCIA DE ALTERACIONES BUCALES EN
PACIENTES DE LAS CLÍNICAS PERIFÉRICAS DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM
DE ENERO A SEPTIEMBRE DEL 2005**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA**

Presenta:

IVÁN ALEJANDRO PEÑA ECHEVERRÍA

**DIRECTORA: C.D. DOLORES CARRASCO ORTIZ.
ASESORA: MTRA. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS
ASESOR: C.D. BERNARDO CRUZ LEGORRETA**

MÉXICO, D.F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

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.

AGRADECIMIENTOS

A mis Padres, por dedicar gran parte de su vida a creer y confiar en mí, gracias por enseñarme su gran capacidad de liderazgo, su entrega y dedicación por el trabajo. Mi fuente de fortaleza para seguir adelante y mis dos grandes cerebros...**Blanca:** Gracias por estar a mi lado, por entregarme tu amor de mil y un maneras, no sabes cuanto significa para mí toda la confianza que me has tenido...**Dino:** El JEFE, la persona con más hambre de conocimiento que he conocido, te admiro y respeto, tu apoyo y consejos me han servido para madurar. A los dos los quiero con todo mi corazón, ojalá algún día pueda ser como ustedes....por cierto!: No lloré...

A mis hermanos Dona y Dany, los grandes amigos con los que he compartido toda mi vida, hemos crecido juntos por diferentes caminos y circunstancias pero desde el principio hasta el fin los admiraré por hacer lo que yo nunca pude. Cuenten conmigo siempre.

KOKO: El rompecabezas que más me ha costado trabajo, por fin lo he terminado. Te lo dedico, pero no creas que aquí termina todo, más bien es el principio de un gran camino en el cual siempre estarás conmigo – así como ahora-. GRACIAS.

REBECA: La persona por la cual ha valido la pena esperar todos estos años; volviste a mí la esperanza y tranquilidad que necesité por mucho tiempo. Uno de tantos propósitos se nos ha cumplido, nos esperan muchos otros juntos. Te amo y creo en ti. Me superaré día a día por ti, por nosotros...RBK a tu lado tengo todo. Sabes que no hubiera sido posible sin tu apoyo todos estos años...mi Bobs¹.

A mi Familia: Goya, Rafa, Tía Lupe, Pera, Abue Clara, Tía Lucha, Tía Chela.

A mis pacientes de toda la carrera, ¿Qué hubiera sido sin ustedes?, gracias por poner en mis manos su confianza y amistad, ustedes son los que me han enseñado el gran valor de esta profesión; por ustedes he ido creciendo y lo seguiré haciendo. GRACIAS.

A la Facultad de Odontología “Mi gran sueño”.

A los profesores y Jefes de Enseñanza que hicieron posible la revisión, realización y culminación de este trabajo. GRACIAS por su confianza.

A mis amigos del 11 con los que he compartido cosas buenas como malas. Somos un grupo y quiero que lo seamos siempre.

Mención especial a todos los amigos –antes que patólogos- que he conocido y con los que he tenido la oportunidad de convivir: Fabián, Mario, Gerardo, Rey, Fer, Aurora, Jeannette, Sr. Teo, estos años me han enseñado a trabajar en equipo, a dejar a un lado la indiferencia y sobresalir en cada proyecto en el que se enlistan, gracias por su paciencia, sus consejos, su dedicación y cariño.

Dr. Bernardo: El apoyo que me ha brindado ha sido esencial, gracias por los consejos, gracias por el apoyo.

Dra. Beatriz Aldape: Que gran orgullo ha sido para mí poder contar con su amistad y comprensión, gracias por confiar en mí, por permitirme conocerla y por compartir tanto conocimientos como consejos. Gracias por ayudarme a hacer realidad esta meta. CON ADMIRACIÓN.

Dra. Dolores: Mi maestra, gracias por todo el apoyo brindado, por los regaños, por los consejos, por mostrarme con su ejemplo el valor de la superación, a enseñarme que la dedicación es fundamental en esta profesión. Gracias por su amistad.

GRACIAS TOTALES

Por mi raza hablará el espíritu



ÍNDICE	Página
Resumen	1
Introducción	2
Antecedentes	7
Clasificación MIND	14
Diagnóstico clínico	17
Definición de patología bucal y maxilofacial	18
Definición de medicina bucal	18
Exploración de cabeza y cuello	19
Exploración bucal	22
Auxiliares de diagnóstico	29
Diagrama de pasos para el diagnóstico	31
Planteamiento del problema	32
Justificación	32
Hipótesis	33
Objetivo general	34
Objetivos específicos	34
- Universo de estudio	35
- Tamaño de la muestra	35
- Tipo de estudio	35
- Criterios de inclusión	35
- Criterios de exclusión	35
- Materiales y equipo	35
- Metodología	36
Análisis estadístico	40
Resultados	40



Discusión y análisis de resultados	51
Conclusiones	60
Propuestas de investigación	63
Referencias	65
Glosario	69
Anexos	
1. Historia clínica	71
2. Base de datos	72
3. Variables y codificación	73



ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Fig. 1 Inauguración de la Clínica Periférica Vallejo	3
Fig. 2 Clínica Periférica Azcapotzalco	4
Fig. 3 Inauguración de la Clínica Periférica Las Águilas	4
Fig. 4 Inspección de cara y cráneo	20
Fig. 5 Palpación de la cadena ganglionar cervical	20
Fig. 6 Articulación temporomandibular	21
Fig. 7 Labios	23
Fig. 8 Mucosa labial superior	24
Fig. 9 Mucosa yugal	24
Fig. 10 Encía	25
Fig. 11 Paladar duro y blando	25
Fig. 12 Pilares amigdalinos posteriores y úvula	26
Fig. 13 Exploración de la lengua	27
Fig. 14 Piso de boca	28
Fig. 15 Órganos dentarios	28
Fig. 16 Auxiliares de diagnóstico	30
Fig. 17 Porcentaje de alteraciones según su localización	48



ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Distribución y porcentaje de las alteraciones por edad y género	42
Tabla 2. Porcentaje y número de casos de alteraciones, lesiones y variaciones de lo normal	43
Tabla 3. Pacientes que presentaron más de una alteración	44
Tabla 4. Porcentaje de los auxiliares de diagnóstico utilizados	47
Tabla 5. Número y porcentaje de biopsias realizadas	47
Tabla 6. Distribución entre los grupos de alteraciones y localización.	49
Tabla 7. Referencias donde predomina el género femenino	52
Tabla 8. Referencias donde predomina el género masculino	53
Tabla 9. Resultados	86



ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Página
Gráfica 1. Prevalencia de alteraciones bucales de los pacientes de las Clínicas Periféricas de enero a septiembre del año 2005.	40
Gráfica 2. Distribución y porcentaje de alteraciones por década de la vida	41
Gráfica 3. Distribución de alteraciones por género	42
Gráfica 4. Cantidad de alteraciones y porcentaje de acuerdo a clasificación MIND	45
Gráfica 5. Frecuencia y porcentaje de los tipos de alteraciones inflamatorias mostradas en el estudio	45
Gráfica 6. Tipos de alteraciones del desarrollo	46
Gráfica 7. Número y porcentaje de muestras obtenidas por clínica	50



RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia relativa de las alteraciones bucales en pacientes de las Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología de la UNAM de enero a septiembre del 2005. **Metodología:** Se utilizó el método de clasificación propuesto por Carpenter W. en 1999 (MIND). Se recibieron 8353 pacientes; obteniendo una muestra de 1602. El rango de edad fue 1 - 95 años; con una media de 31.1 y desviación estándar $\pm$ 19.9. De los 1602 pacientes, se identificaron 54 tipos de alteraciones diferentes, tabulando un total de 2602 -el 62 % presentó más de una -. El grupo que predominó, de acuerdo a la clasificación fue del desarrollo $n= 1527$, seguido de las inflamatorias $n= 999$ y neoplásicas $n= 6$; el grupo de las metabólicas no presentó ningún caso que le representara. El género femenino predominó (986 casos), 20% más que el masculino (616 casos). Las variaciones de lo normal, alteraciones y lesiones más frecuentes fueron lengua saburral (367 casos), *mordiscatum bucarum* (360 casos) y melanosis racial (329 casos). Las estructuras bucales que presentaron más alteraciones fueron dorso de lengua (19.47%), mucosa yugal (18.16%) y labios (14.10%). **Conclusiones:** Se determinó la prevalencia de alteraciones encontradas en las Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología de la UNAM; así como su distribución y frecuencia. Este tipo de estudios brinda un registro detallado de las posibles variaciones de lo normal, alteraciones y lesiones presentadas por los pacientes en un lugar y tiempo determinado.



INTRODUCCIÓN

En la Ciudad de México, la década del setenta se caracterizó por la gran demanda estudiantil para ingresar a la Escuela Nacional Preparatoria (ENP) y algunas carreras de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); entre ellas Odontología. Para ese entonces, las instalaciones universitarias resultaban insuficientes, motivo por el cual se propuso descentralizar los distintos planteles. Los profesores Rafael Ayala Echevarri y Antonio Zimbrón Levy, catedráticos de la Escuela Nacional de Odontología (ENO), fueron quienes analizaron un programa de estudio proveniente de la Universidad de Oakland, California, E. U., cuyo objetivo era brindar atención dental a las poblaciones de áreas rurales. El programa les pareció útil para poder aplicarlo a los problemas de ese entonces de la ENO; dentro de los cuales se hallaban la sobrepoblación estudiantil, motivo que sería solucionado de gran manera mediante la descentralización del plantel además de proporcionar ayuda a los habitantes de escasos recursos de zonas marginadas de la Ciudad de México, esto mismo proporcionaría mayor práctica a los estudiantes en beneficio de los pacientes, llevando un servicio dental económico a lugares populares donde residían personas carentes de prestaciones sociales, pudiendo de esta manera aumentar la cobertura de atención que la escuela brindaba.^{1,2}

El 26 de Enero de 1971, el H. Consejo Universitario aprobó los proyectos de creación y construcción de los Colegios de Ciencias y Humanidades, las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales y las Clínicas Periféricas de la Escuela Nacional de Odontología. Después de varias negociaciones con la Regencia de la Ciudad, y el Gobierno del Estado de México, se determinaron sitios estratégicos dentro del área metropolitana, cuyos terrenos fueron donados a la UNAM para la ejecución de los proyectos. Fue así que el 23 de Agosto de 1971, dieron inicio los trabajos de construcción



de las clínicas de Vallejo, Agrícola Oriental, Azcapotzalco y Naucalpan. Tras dos años de construcción y equipamiento, el 11 de Mayo de 1973, se inaugura la Clínica Periférica Vallejo, en una ceremonia precedida el Rector de la UNAM, Guillermo Soberón Acevedo, dando así inicio a las actividades de las primeras cuatro Clínicas Periféricas. (Fig. 1)



**Fig. 1.- Inauguración de la Clínica Periférica Vallejo
(11 de mayo de 1973)**

Dentro de la organización de las clínicas se contaba con un coordinador, el primero de ellos fue el profesor José Luis Zimbeck Escobedo; un Jefe de Enseñanza para cada turno; dieciséis profesores para cada clínica, ocho por turno; un administrador, que dirigía al personal no docente; empleados de confianza y almacén; 192 alumnos de cuarto año, repartidos en turnos matutino y vespertino, todos ellos para ejecutar un promedio de 1,500 consultas diarias, a lo largo de doce horas de atención. Para este motivo fue necesario la implementación de algunas asignaturas, entre ellas, clínica integral, cuyo objetivo según señalaba el programa de estudios era “conjuntar los conocimientos adquiridos a lo largo de los tres años anteriores y que el alumno aplicara como antesala a la práctica profesional”; clínica infantil, cirugía bucal, ortodoncia, en el séptimo semestre y cirugía máxilo-facial, en el octavo, asimismo materias optativas; oclusión, emergencias médico- dentales y medicina estomatológica. (Fig. 2.)



**Fig. 2 Clínica Periférica
Azcapotzalco**

La siguiente etapa de desarrollo del proyecto de las Clínicas Periféricas se inicia con la inauguración de otras cuatro nuevas clínicas: Las Águilas, Milpa Alta, Aragón y Xochimilco, el cuatro de Junio de 1974. (Fig. 3.)



**Fig. 3.- Inauguración de la Clínica Periférica Las Águilas, 4 de junio de
1974**



El 23 de Abril de 1975 se inauguran tres clínicas más: una en Padierna y otras dos en Ciudad Nezahualcóyotl -Benito Juárez y Las Águilas-, el 8 de diciembre de 1976 la Clínica Periférica Santo Domingo (que posteriormente forma parte de la clínica de ortodoncia); mientras que en 1979 hace su aparición la Clínica Periférica Venustiano Carranza y en 1980, la Clínica Morelos en Cuernavaca.

En la Facultad de Odontología de la UNAM se inauguró el 2 de octubre de 1989 la Clínica de Admisión y Diagnóstico la cual, desde entonces, es la encargada de brindar el primer contacto entre los pacientes y los servicios prestados por esta institución, mediante la elaboración del expediente o historia clínica, en la cual se obtienen datos importantes como el estado de salud o enfermedad actual y la necesidad de atención. Es desde este momento que se establece la ruta clínica que deberá seguir el paciente para poder ofrecer una adecuada atención, tomando en cuenta la presencia o ausencia de enfermedades sistémicas y su relación con alteraciones bucales. Las clínicas de la Facultad de Odontología, en conjunto con las nueve Clínicas Periféricas brindan atención buco-dental a los habitantes de la zona metropolitana y de algunos estados de la república.¹

Cabe mencionar que anualmente se reciben cerca de 25 000 pacientes –aproximadamente 200 diarios-, los cuales requieren diversos niveles de atención, cuya mayoría se encuentra entre los 11 y 30 años (lo que representa el 40% de las pacientes recibidos).²

Las Clínicas Periféricas son parte fundamental de la formación de los cirujanos dentistas; en ellas estuvieron al frente durante más de 15 años, algunos Jefes de Enseñanza, en cuyo homenaje, varias clínicas llevan sus nombres; Oriente, Dr. Salomón Evelson Guterman; Azcapotzalco, Dr. Víctor Díaz Pliego; y Vallejo, Dr. José Salazar Ilarregui Ludwig.



En la actualidad, la Facultad de Odontología cuenta con nueve Clínicas Periféricas, ya que las clínicas de Ciudad Nezahualcóyotl (Las Águilas y Benito Juárez), son ahora parte de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FESZ); la Clínica Morelos es extensión de la UNAM en el Estado de Morelos; mientras la Clínica Naucalpan es parte de la FES Iztacala (FESI).

El crecimiento exponencial de la Ciudad de México y la zona conurbada ha atrapado a las clínicas, mismas que continúan su práctica de servicio a la comunidad y han extendido sus zonas de influencia a diversos municipios de Estado de México y algunos del estado de Morelos.^{1,2}

A 30 años de distancia, el trabajo de las nueve Clínicas Periféricas ha mejorado con la práctica constante, también ha evolucionado con la implementación de nuevas técnicas y equipos, además que los profesores reciben capacitación continua.

Debido a la demanda de atención de la población es necesario que los estudiantes sepan reconocer y asumir un papel decisivo en el diagnóstico y tratamiento de los problemas buco-dentales para poder ofrecer al paciente una atención digna y oportuna. Además el gran número de pacientes que acuden a las clínicas, hace necesario la realización de diversos estudios para obtener registros epidemiológicos y poder de esta forma valorar la necesidad de atención requerida por la población.



ANTECEDENTES

Los estudios de prevalencia permiten determinar las alteraciones o lesiones que se presentan con más frecuencia en determinado grupo o población, evaluar el grado de atención requerida, así mismo, para determinar la elaboración de programas preventivos de salud.

La obtención y archivo de datos comenzó de manera metodológica cuando Hipócrates introdujo un tipo de historia clínica de sus pacientes, en la cual registraba los datos más importantes de sus procesos “morbosos”, haciendo una comparación de estos datos con otros que presentaban los mismos signos y síntomas ³, aunque algunos autores consideran que fue Platón el primero en utilizar un formato de historia clínica en el cual clasificaba a sus pacientes, ⁴ se puede pensar en los comienzos, quizá inconscientes, de estudios epidemiológicos, en esos momentos.

Los primeros ensayos para lograr un tipo de clasificación de enfermedades corresponden a finales del siglo XVIII en el trabajo denominado *Nosologia methodica* de Sauvages y la *Sinopsis methodical* de Cullen. Desde ese entonces, uno de los principales objetivos perseguidos fue realizar estudios estadísticos que puedan ser comparables. ⁵

En 1962 se llevó a cabo en Ginebra la reunión especial de odontólogos, en la cual se establece una clasificación internacional; que después de varios años de estudio, se denominó “Clasificación internacional de enfermedades aplicadas a la odontología y estomatología”. Previamente a esta se encuentra la Clasificación Internacional de Enfermedades, propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y aceptada hasta 1968, la cual consta de un programa para establecer y estandarizar métodos diagnósticos mediante el denominado “Banco de datos oral”.



Tomando en cuenta las variantes que se presentan en cada entidad estudiada, la OMS realizó una “Guía para la epidemiología y diagnóstico de las enfermedades de la mucosa bucal”, teniendo como desventaja que no aporta una clasificación precisa y detallada, propiciando que diversos autores propongan alternativas de clasificación a la propuesta por la OMS.^{6,7}

Los estudios epidemiológicos tienen diversas aplicaciones (entre ellas los estudios de prevalencia), los cuales tienen como propósito determinar el número de casos de una enfermedad que están presentes en una población y tiempo específicos, además de brindar una visión importante de la extensión y severidad de las mismas; en su mayoría, este tipo de estudios se enfocan a los temas de caries y enfermedad periodontal, siendo así que la investigación epidemiológica de las alteraciones bucales principalmente se desarrollan en algunos países alrededor del mundo; entre ellos, Estados Unidos, algunos países de Asia, India y Europa.⁸⁻¹⁶

Los primeros estudios acerca de prevalencia de lesiones en mucosa bucal fueron realizados en Suecia y Asia por Axéll T.¹⁷⁻¹⁸ y en Estados Unidos, por Bouquot J.¹⁹ El estudio de Bouquot J., acerca de las alteraciones más comunes encontradas en mucosa bucal en Estados Unidos durante el periodo comprendido entre 1957 y 1972 en los cuales se revisaron 32,391 pacientes, obteniendo que aproximadamente el 10 % de la población examinada (3,783) presentaba al menos una lesión; predominaron en el estudio la población comprendida entre los 40 a 60 años, haciendo una mención especial a que la entidad conocida como leucoplasia fue la lesión más común encontrada durante la examinación, aproximadamente el 26 % de los casos; para lo cual fue necesario la toma de biopsias, obteniendo como resultado que en el 13.8 % se diagnosticó como displasia epitelial, mientras que el 12.2 % fue diagnosticado como carcinoma de células escamosas; localizándose en la mayoría de los casos en mucosa yugal.¹⁹



De acuerdo a diversos estudios realizados entre ellos, los de Andreasen J. y Pindborg J., entre el 25 y 40 % de las personas presentan alteraciones en la mucosa bucal, dependiendo de la población estudiada, en donde los resultados dependían de factores locales, de riesgo o predisponentes.²⁰

Para la realización de estudios de prevalencia de alteraciones bucales han sido utilizados diferentes diseños metodológicos, algunos corresponden a pacientes que acuden a escuelas de odontología, mientras que otros corresponden a pacientes de hospitales y otros cuantos a consultorios particulares. Además también existen diversas formas de selección de los pacientes; entre ellas, edad, género y en algunos estudios se incluyen estudiantes de diversas escuelas y facultades, etc., orientándose en algunas situaciones por la búsqueda de factores de riesgo.

En España se realizaron estudios de prevalencia y factores de riesgo de alteraciones de tejidos blandos en adultos mayores a 30 años así como su relación con factores predisponentes y de riesgo como son el consumo de tabaco y el alcohol, además de pacientes portadores de prótesis.⁸

En Chile, Espinoza I., realizó un estudio de prevalencia de lesiones de mucosa bucal en una población de Santiago, mayores a 65 años basándose en la clasificación de la OMS, obteniendo como resultado que los pacientes portadores de prótesis tienen mayor susceptibilidad a presentar algún tipo de alteración en la mucosa bucal, siendo las de tipo hiperplásico y reactivo las más frecuentes; debido al mal ajuste o la deficiencia en la higiene de las mismas.²¹

Miller A., evaluó la necesidad de realización de estudios histopatológicos para la elaboración de diagnósticos en las escuelas de odontología en los Estados Unidos, ya que en su estudio observaron que fueron escasos los



servicios realizados por los laboratorios de histotecnología en décadas anteriores debido a la poca información de parte de los alumnos y por el mal diseño funcional de los laboratorios, mismos que con el paso del tiempo han mostrado un incremento de un 37 % en sus servicios, además de ofrecer a los especialistas en patología bucal nuevas diversidades de proceso, análisis y resultado de muestras.²²

En el estudio realizado por Shulman J., acerca de la prevalencia de las lesiones de la mucosa bucal en niños y adolescentes en los Estados Unidos, describe los resultados del Examen Nacional de Salud y Nutrición y los compara con los del Examen Nacional de Salud Oral en Niños escolares de USA., encontrando que no existía una diferencia significativa entre una y otra institución.²³

En la comunidad de Trondelag, Noruega, se desarrolló un estudio en el cual crearon programas de salud específicos a ciertas regiones previamente estudiadas, con el propósito de prevenir y reducir el índice de frecuencia, incidencia y prevalencia de las alteraciones y lesiones que se encontraban comúnmente en cada región. En el estudio se identificó una disminución en el número de casos manifestados por los habitantes de las regiones en donde los programas de salud fueron aplicados.²⁴

En Hong Kong y en Brasil se desarrollaron estudios en poblaciones de personas adultas mayores; en la primera se describe la prevalencia de lesiones, mientras la segunda evaluó el grado de salud y enfermedad, obteniendo como resultados que menos de la mitad de los pacientes examinados se encontraban en condiciones de salud bucal, mostrando que el 58.9% de las personas presentaban una o más lesiones.^{25, 26}



En México los estudios encontrados de prevalencia de alteraciones bucales; incluyen el denominado “Prevalencia de lesiones orales en niños mexicanos con VIH adquirido vía perinatal”, en el cual se evalúa de forma organizada las lesiones presentes en la mucosa bucal y predilección por género y edad.²⁷ González J. aporta datos de incidencia y prevalencia de lesiones en cavidad bucal para la población del Bajío, mostrando los 6 estudios más importantes reportados en el país desde 1988 a 1991.²⁸

Otro tipo de estudios reportados son “Tumores odontogénicos en México”, el cual se enfoca a la comparación de cuatro diferentes laboratorios de estudio histopatológico (dos correspondientes a Escuelas de Odontología, uno al Hospital de Cancerología y otro a una Institución privada), los cuales se basaron en los criterios de clasificación de la OMS, mostrando la utilidad de los servicios de laboratorio histopatológico para la emisión correcta de un diagnóstico, así como sus correspondientes distribuciones,²⁹ Ovalle W. realiza el estudio de prevalencia de las lesiones histopatológicas bucales encontradas en un periodo de 6 años en el cual participan en conjunto 18 instituciones, de las cuales más de la mitad de las muestras obtenidas de toma de biopsia para su estudio histopatológico fueron canalizadas por universidades³⁰; Díaz M., por su parte realiza lo correspondiente en el Estado de México, teniendo como característica que se enfoca a pacientes de clínicas de escuelas de odontología (Facultad de Odontología de la UAEM)³¹. En San Luís Potosí, Beltrán B., realiza un amplio estudio de prevalencia de tumores odontogénicos –de 1952 a 1997- en el Hospital Central de dicha entidad basándose en la clasificación de la OMS de 1992 para los tumores odontogénicos, siendo el ameloblastoma el observado con mayor frecuencia.³²



Uno de los mayores estudios en México fue el desarrollado por Sedano H. en el cual fueron revisados más de 32, 000 niños mexicanos (16, 473 niños y 15, 549 niñas) de manifestaciones bucales de las enfermedades congénitas, el cual es un estudio multicéntrico con variaciones en la posición económica, edad y género, clasificando los resultados del estudio por edades, localizaciones de las alteraciones y/o lesiones, la importancia de este estudio fue el gran tamaño de la muestra así como la multicentricidad.³³

Por su parte, dentro de la Facultad de Odontología de la UNAM, existen diversos estudios realizados entre estos se encuentran los de Rosa E de la, et al, que estudia una población del estado de Oaxaca³⁴, Chavarría R. realiza su estudio en la FESZ³⁵, mientras que Terry G. se enfoca únicamente a los pacientes de una clínica de especialidades³⁶. Donohue A., et al³⁷ en 1994 realiza un estudio muy detallado de las alteraciones observadas de pacientes de la clínica de admisión de la División de Estudios de Posgrado e Investigación (DEPeI) y de la Clínica de Admisión y Diagnóstico de la Facultad de Odontología. Nava M.³⁸ y Tecozautla O.³⁹ realizaron una revisión tanto clínica de los pacientes que acuden al Laboratorio de Patología Clínica y Experimental de la misma Institución.

Existen además diversos artículos de prevalencia de lesiones bucales publicados, llevando el enfoque de enfermedades o entidades que se requieren estudiar. Entre los estudios de manifestaciones bucales de pacientes con VIH + / SIDA, se encuentran: Pindborg J.,⁴⁰ el cual, con el apoyo de la Federación Dental Internacional (FDI) en 1988, realiza la publicación de un folleto ilustrado con las lesiones bucales más frecuentes, Chidzonga M.⁴¹ reporta las lesiones orofaciales manifestadas por pacientes de dos de los centros hospitalarios más grandes de Zimbawe; Martínez A.⁴² muestra las alteraciones bucales del VIH en pacientes pediátricos del



Hospital Infantil de México, resultando que la candidosis es la lesión más frecuente en dicha población.

Jahanbani J.⁴³ realizó su estudio con obreros de fábricas textiles, y valoró la posible relación de los que presentaron leucoplasia y liquen plano con el tabaquismo; Haya M.⁴⁴ reportó la presencia de leucoplasia en 20% de los pacientes con carcinoma de células escamosas. En otras instancias, los estudios se enfocan a un rango de edad específico; Rueda J.⁴⁵ presenta un estudio de la prevalencia de lesiones en mucosa bucal detectadas en 150 personas adultas mayores, residentes de la ciudad de Puebla, encontrando que las manifestaciones correspondían a alteraciones del desarrollo según la clasificación MIND, mismas que se describirán más adelante; Jainkittivong A.⁴⁶ examina las condiciones de salud o enfermedad en que se encuentra la población de estudio; la cual se enfoca a personas adultas mayores, sus resultados muestran cifras similares a los estudios reportados y mencionados con anterioridad, pero con la característica de que en cada zona existen factores de riesgo para manifestar algún tipo de alteración.

Cabe mencionar que durante el paso del tiempo, se han desarrollado de igual manera y paralelamente, estudios sobre necesidad de atención requerida y programas de salud, los cuales han tenido un gran impacto en las comunidades a las que dichos proyectos se han podido poner en práctica, los resultados se han dirigido con fines preventivos, además que los servicios de salud para las comunidades pueden contar con una base de datos y de esta manera poder realizar comparaciones de mayor eficacia a largo plazo y obtener resultados confiables.^{47- 54}



CLASIFICACIÓN MIND

Carpenter W ⁵⁵ describe dos procedimientos para su clasificación; la primera se basa en la etiopatogenia de la lesión y la segunda en el aspecto clínico, comparando ambos procedimientos e integrándolos.

Metabólicas

Grupo de alteraciones sistémicas con manifestaciones bucales, pudiendo ser hormonales o nutricionales; este tipo de alteraciones deben afectar directamente la cavidad bucal (diabetes mellitus, enfermedad de Adisson, hipertiroidismo, etc).

Inflamatorias

Representan el tipo de lesión más común y presenta varias subcategorías. Presentan los signos clásicos de inflamación –eritema, calor, tumor y dolor. Dentro de las subcategorías se encuentran el trauma, lesiones reactivas, hiperplásicas, enfermedades infecciosas e inmunes. (Virales, bacterianas, micóticas, reactivas).

Neoplásicas

Representan los procesos benignos, premalignos y malignos que cubren un gran número de enfermedades epiteliales y mesenquimatosas que crecen de manera no controlada (carcinoma, ameloblastoma).



Desarrollo

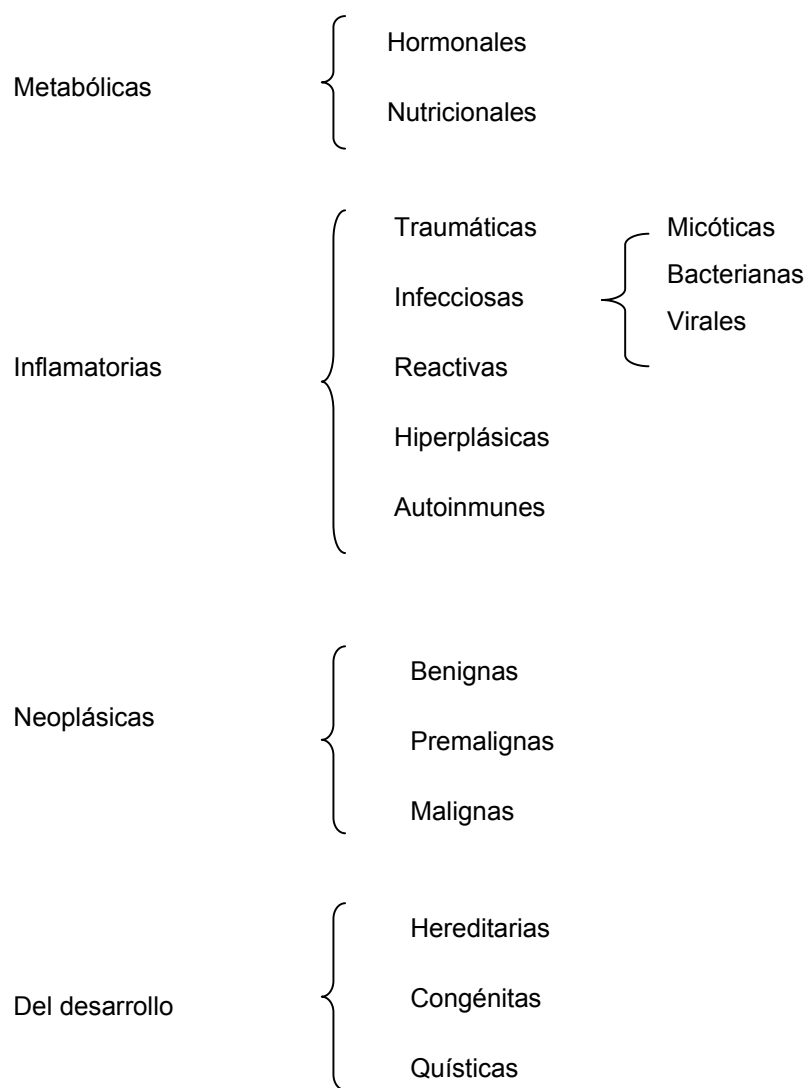
Pueden ser asociadas a genes o *adquiridas*, de naturaleza *congénita* o desarrollan manifestaciones bucales durante el desarrollo. Estas alteraciones representan un gran número; tales como quistes y diversos síndromes (quiste dentígero, síndrome de Melkersson-Rosenthal, síndrome de Down).

Mediante la realización de la historia clínica y la exploración, el odontólogo obtendrá signos y síntomas característicos de las enfermedades, basándose en datos importantes como son: edad, género, raza. En cuanto a las alteraciones, se deben de tomar en cuenta signos como el tiempo de evolución, dolor, localización, color, textura, superficie y forma.

2) POR SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Carpenter W. las clasificó de la siguiente manera:

- Lesiones blancas
- Lesiones rojas
- Lesiones vesículobulbosas
- Úlceras
- Pigmentaciones
- Inflamación.





DIAGNÓSTICO CLÍNICO

La palabra “*diagnóstico*” se entiende, como el procedimiento por el cual se reconoce y denomina con un nombre específico el proceso patológico o alteración que padece el paciente. Además, existen otros calificativos que pueden aumentar la definición de este concepto; *diagnóstico de presunción*, *histopatológico*, *anatomopatológico*, de *imagenología*, de *certeza*, de *laboratorio*, *diferencial* y de “*acera*” o “*telefónico*” (estos dos últimos se deben evitar).

En este trabajo se habla de diagnóstico clínico como: la identificación de la enfermedad basada solo en la observación y valoración de los signos y síntomas clínicos de la alteración o entidad patológica, es decir, aquellos que se observen o se palpen; apoyado en los datos que se obtienen en la historia clínica del paciente, mediante interrogatorio, y en estudios complementarios que se soliciten, como radiografías o pruebas de laboratorio, las cuales tienen como objetivo auxiliar a obtener un mejor diagnóstico.^{56, 57} Sin embargo, este tipo está limitado a la identificación de aquellas con signos y síntomas que son específicos de si mismas; esto significa que son *patognomónicas*; y los casos en que la alteración o el proceso patológico tiene poco o ningún parecido a otra.⁵⁸

Cuando un paciente presenta una alteración o lesión y esta es difícil de identificar, el diagnóstico clínico se convierte en diagnóstico de presunción, y conjuntamente se obliga a crear una serie de diagnósticos diferenciales, los cuales serán descartados a medida que se obtengan los resultados de los auxiliares de diagnóstico (biopsia, citología, imagenología, análisis de laboratorio, etc).



La Academia Americana de Patología Bucal y Maxilofacial, define de la siguiente manera: *“Oral and maxillofacial pathology is the specialty of dentistry and pathology which deals with the nature, identification, and management of diseases affecting the oral and maxillofacial regions. It is a science that investigates the causes, processes and effects of these diseases. The practice of oral and maxillofacial pathology includes research, diagnosis of diseases using clinical, radiographic, microscopic, biochemical or other examinations, and management of patients”*. Es decir, es una especialidad de la odontología y patología, encargada de la naturaleza, identificación y manejo de las enfermedades que afectan las regiones bucales y maxilofaciales. Es una ciencia que investiga las causas, proceso y efectos de las enfermedades. Dentro de la práctica de la patología bucal y maxilofacial se encuentran la investigación, diagnóstico de enfermedades mediante el examen clínico, radiográfico, microscópico y bioquímico, entre otros, así como del manejo de pacientes.⁵⁹

Por otra parte, la Academia Americana de Medicina Bucal define: *“Oral Medicine is the specialty of dentistry concerned with the oral health care of medically compromised patients and with the diagnosis and non-surgical management of medically-related disorders or conditions affecting the oral and maxillofacial region”*. Siendo que, la Medicina Bucal es la especialidad de la odontología encargada de la salud bucal de los pacientes comprometidos sistémicamente, así como del diagnóstico y tratamiento no quirúrgico de los desórdenes o condiciones que afectan las regiones bucales y maxilofaciales⁶⁰. Dentro de los propósitos de la misma se encuentran promover la excelencia en la educación, investigación y el cuidado para el paciente, dentro del campo de la medicina bucal, siendo el objetivo principal promover e incrementar la calidad de vida de los pacientes con manifestaciones sistémicas de la región bucal y maxilofacial.



EXPLORACIÓN

La exploración bucal comprende una serie de aspectos de gran importancia en cuanto a la necesidad de evaluación global del paciente, que no sólo incluya la cavidad bucal, sino que involucre metódica y ordenadamente al conjunto craneofacial. En ocasiones, el cirujano dentista de práctica general olvida esta premisa, concretándose a explorar exclusivamente las estructuras dentarias; provocando con esto una limitante en la capacidad diagnóstica ofrecida al paciente.

A continuación se describe la técnica empleada en las historias clínicas de las clínicas periféricas de la Facultad de Odontología de la UNAM (se realiza primero la exploración de cabeza y cuello y posteriormente la bucal).

El examen de cabeza y cuello incluye las estructuras del cráneo, cara y cuello, aplicando los métodos convencionales de exploración como son la inspección (observación visual), palpación (tacto), percusión (golpeteo) y auscultación (oído).

EXPLORACIÓN DE CABEZA Y CUELLO

Cráneo: Este examen comienza con la observación del paciente y permite al clínico obtener datos de forma, tamaño y signos característicos de posibles alteraciones; en cambio, por medio de la palpación se obtienen datos acerca de la consistencia en donde se pueden detectar alteraciones no perceptibles.

Cara: La inspección de esta zona permite la apreciación generalizada del paciente en la cual va implícita la expresión, tipo de facie, coloración facial,



configuración anatómica, asimetrías, deformaciones óseas y musculares y, con la palpación se obtienen datos de sensibilidad y temperatura. (Fig. 4).



Fig. 4 Inspección de cara y cráneo

Cuello: A la inspección de éste se observan las posibles asimetrías, aumentos de volumen, limitación de movimientos, entre otros; a la palpación, -de particular importancia-, las cadenas ganglionares linfáticas cervicales. Se pueden identificar en casos específicos procesos infecciosos o neoplásicos con presencia de aumento de volumen, dolor, o cambio de consistencia. (Fig. 5)



Fig. 5. Palpación de la cadena ganglionar cervical



Articulación témporo-mandibular: El estudio se realiza de forma comparativa de ambos lados, el clínico debe colocarse por detrás del paciente, con el dedo índice sobre el cóndilo mandibular, indicando al paciente que realice movimientos mandibulares de apertura y cierre, además de movimientos de lateralidad, en donde se determina la apertura o las limitaciones de movimiento. Mediante la auscultación se pueden obtener ruidos diagnósticos denominados chasquidos o crepitaciones, que pueden ir acompañados de dolor. (Fig. 6)



Fig. 6 Articulación temporomandibular



EXPLORACIÓN BUCAL

La exploración bucal se realiza mediante la observación y la palpación, además de instrumentos auxiliares que nos permitan ver adecuadamente la zona analizada; con la vista se observa cualquier alteración de color o forma y con el tacto se pueden palpar cambios en la consistencia, siendo estos datos importantes sobre el entendimiento de la alteración o lesión, para realizar dicha exploración siempre es necesario utilizar barreras de protección física para evitar contagios e infecciones cruzadas, para ello se utilizan guantes de látex que sean de la medida adecuada para cada examinador; cubreboca y lentes de protección como barreras físicas mínimas para cada exploración.

Para realizar adecuadamente la exploración, se recomienda la iluminación adecuada para conseguir una mejor visión, siendo necesario que las lámparas de la unidad dental sean de preferencia de luz fría (halógena), para evitar posibles cambios en las tonalidades de las estructuras bucales, o en su defecto, lámparas con intensidad de luz de 60 watts.

En algunas circunstancias los abatelenguas son necesarios, aunque lo ideal es utilizar espejos bucales estériles, dichos instrumentos son muy útiles para abatir la lengua o retraer la mucosa yugal y observar las zonas que no son visibles en una posición relajada de los tejidos y en el caso particular de los espejos, para obtener una mejor visión de las zonas posteriores o donde la perspectiva horizontal no es suficiente.

Para la exploración de la lengua la gasa ayuda a sujetarla para observar con mayor detenimiento los bordes laterales o para raspar y desprender placas blancas como aquellas que puedan corresponder a candidosis. Un



instrumento de acrílico transparente plano ayuda a realizar vitropresión en el diagnóstico de lesiones vasculares o congestivas.

Por lo general los pacientes pueden presentar aumento de volumen, cambio de color o pigmentación, firmeza de la mucosa, sangrado o una variedad de síntomas que acompañan a las alteraciones o lesiones bucales asintomáticas que son descubiertas por el clínico como hallazgos accidentales durante una examinación de rutina de los tejidos. Estas lesiones pueden ser localmente agresivas, premalignas o cancerizables, malignas o autoinmunes e incluso manifestación de procesos sistémicos; es debido a esto la importancia que aporta la exploración bucal, misma que debe ser sistémica y rutinaria (incluso en pacientes que no refieran signos ni síntomas que hagan sospechar alteraciones).

Labios: Se revisan abiertos y cerrados; se observa su color, superficie, hidratación, presencia de algún aumento de volumen o depresión, simetría, asimismo se palpan en busca de cualquier tumefacción o induración. A continuación se pide al paciente que abra la boca para observar las comisuras -aunque algunos autores las consideran inherentes a la anatomía de los labios-, se observa si existen escamas, grietas profundas, grado de hidratación, superficie y se valora la pérdida de dimensión vertical. (Fig. 7)



Fig. 7 Labios



Los labios se retraen para observar a plenitud la mucosa labial, inferior y superior respectivamente; se palpan con la intención de sentir las glándulas accesorias, inserciones musculares a nivel de fondo de saco,



Mucosa labial Superior

posibles cambios en la consistencia o aumentos de volumen, se observa la hidratación y color.

(Fig. 8)



Fig. 8 Mucosa labial Inferior

Mucosa Yugal: Se retrae con la ayuda de espejos bucales, retractores de carrillo o abatelenguas, para obtener una mejor visibilidad e inspeccionar adecuadamente, se valora la permeabilidad del conducto parotídeo, la hidratación de la mucosa, superficie, aumentos de volumen, laceraciones y cambios de color. (Fig. 9)



Derecha



Izquierda

Fig. 9 Mucosa yugal



Encía: Se logra ver al distender los labios y carrillos, de la cual se reconoce la encía anterior y posterior, valorando los mismos parámetros de forma, color superficie, aumentos de volumen, ulceraciones; se analiza si existe algún proceso patológico identificable que afecte directa o indirectamente el periodonto. (Fig. 10)



Fig. 10 Encía

Paladar duro: Se pide al paciente inclinar la cabeza levemente hacia atrás, dirigiendo la luz de la lámpara hacia el paladar, observando la superficie de la mucosa, hidratación, cambios de color o forma, se palpa en busca de aumentos de volumen. (Fig. 11)



Fig. 11 Paladar duro y blando

Paladar blando: Se observan los pilares faríngeos deprimiendo la lengua y se valora el estado de las tonsilas, alteraciones de la úvula y las alteraciones que se lleguen a percibir. (Fig 11 y 12)



Fig. 12 Pilares amigdalinos posteriores y úvula

Lengua: Se pide al paciente que muestre la misma; se observa su dorso y se inspecciona el estado de las papilas (atrofia o hipertrofia), aumentos de volumen, color, tersura, grado de higiene; enseguida, auxiliándose con una gasa, se “laza” la lengua para poder manipularla de mejor manera y observar los bordes laterales de ambos lados, posteriormente se indica al paciente que con la punta de la lengua toque el paladar, observando de esta forma el vientre lingual realizando la inspección con la finalidad de detectar cualquier alteración que presente el paciente. (Fig. 13).

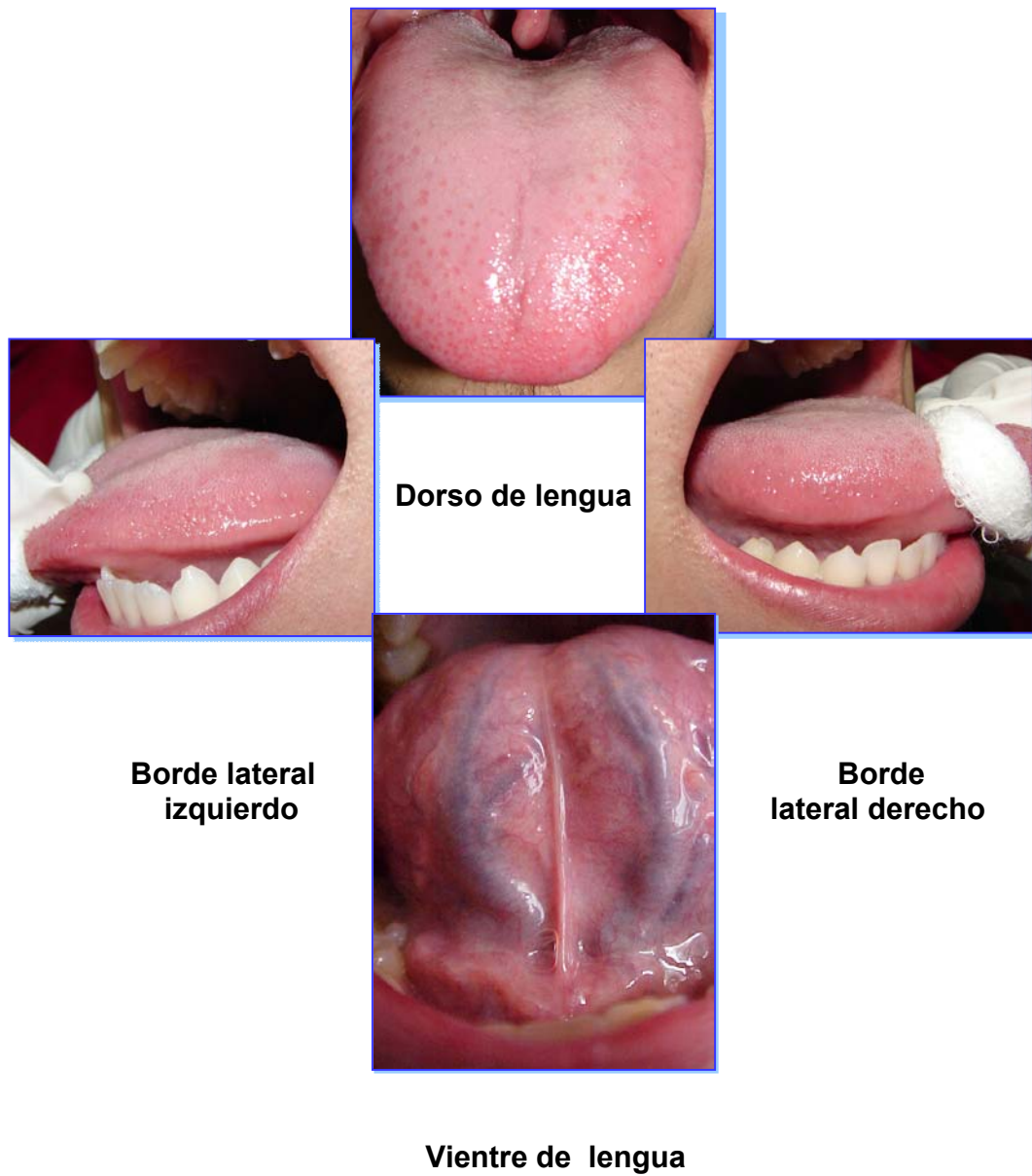


Fig. 13 Exploración de la lengua



Piso de boca: Se revisa al mismo tiempo que la zona ventral de la lengua y se observa la salida de los conductos de las glándulas submandibulares, así como su permeabilidad, la lubricación, vascularización, color, aumentos de volumen; se procede a la palpación de las mismas, colocando el dedo índice en la zona interna del espacio del piso de boca y sujetando con la otra mano el borde submandibular, lo cual permite determinar la presencia del espacio que ocupan estas estructuras. (Fig.14)



Fig. 14 Piso de boca

Órganos dentarios: Son analizados de la misma manera anteriormente descrita, valorando el grado de necesidad de atención específica para cada órgano dentario. (Fig. 15)



Vista oclusal superior



Vista oclusal inferior

Fig. 15 Órganos dentarios



El fin de realizar la exploración bucal sistémica es identificar alteraciones o lesiones, las cuales pueden ser primarias o secundarias, mismas que se describen de manera detallada en la historia clínica con el fin de que otros clínicos puedan analizarlas cuando consulten los expedientes de cada paciente. Los parámetros que se emplean son: tipo de lesión (úlceras, nódulo, vesícula, etc.), topografía de la lesión (plana, elevada, endofítica, etc.), consistencia (firme, dura, blanda, fluctuante, etc.), base –si tiene- (sésil o pedunculada), tamaño aproximado (en centímetros), forma (oval, huso, irregular, etc.), superficie (lobulada, granular, papilar, etc.), color (rojo, azul, café, blanca, etc.), localización de la lesión (zona intra o extrabucal).⁶¹⁻⁶³

AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

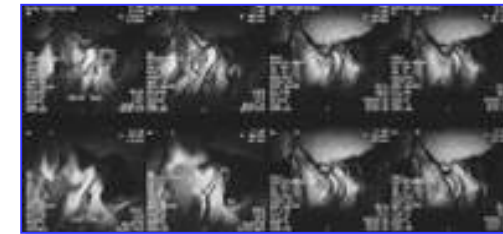
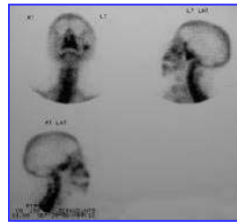
Estos elementos son indispensables en aquellas alteraciones o lesiones que son de difícil diagnóstico clínico, éstos funcionan a medida que los resultados van descartando los posibles diagnósticos diferenciales. Estos exámenes complementarios son solicitados en base a la valoración de los datos obtenidos en la historia clínica y la exploración clínica y pueden ser: biopsia, citología, imagenología y pruebas de laboratorio. (Fig. 16)

AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO



Radiografía
convencional
(panorámica)

Gammagrafía



Resonancia
magnética



Laboratorio de análisis clínicos

Biopsia

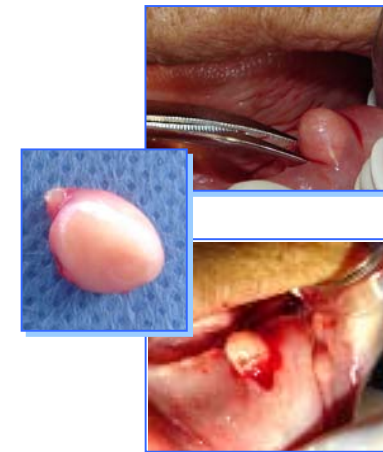
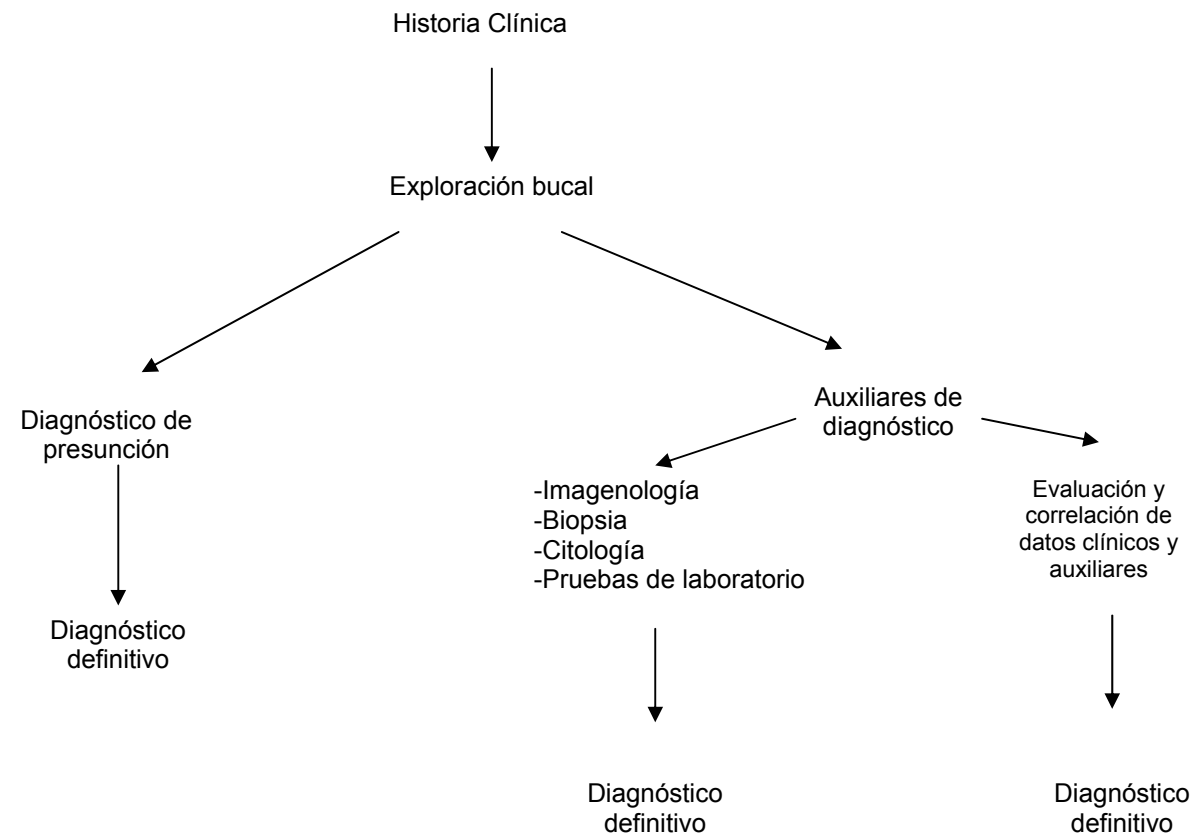


Fig. 16 Auxiliares de diagnóstico



PASOS PARA EL DIAGNÓSTICO





PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, aunque se cuenta con suficientes datos estadísticos, no se han reportado estudios multicéntricos recientes de prevalencia de alteraciones y lesiones bucales en la Facultad de Odontología de la UNAM. Cabe mencionar que no en todos los casos se registran las alteraciones o variaciones de lo normal ya que en ocasiones pasan desapercibidas para el clínico o les dan poca importancia; en algunos casos esto puede ser indicativo de características únicas de nuestra población, por tanto, la importancia del diagnóstico clínico oportuno es fundamental para la prevención y el correcto tratamiento de las alteraciones o lesiones, así como la necesidad de interconsulta con especialistas en patología bucal, cuando sea necesario, dando la capacidad de tener un pronóstico y plan de tratamiento adecuado ofreciendo al paciente una mejor atención.

JUSTIFICACIÓN

Los estudios de prevalencia ofrecen una amplia gama de aplicaciones dentro del campo de acción de la salud; brindando informes acerca de diversas alteraciones y lesiones presentadas por una población en determinado tiempo y espacio, así como características únicas de los objetos de estudio, ya que de una entidad a otra, existe variación con respecto a género, edad, hábitos, alimentación, etc.

Las Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología de la UNAM surgieron con la finalidad de brindar atención odontológica a los habitantes de la periferia del área metropolitana; mismas que desde hace más de 30 años han cumplido su propósito, por tanto, como anteriormente se señala, la población ha ido variando con el tiempo y los estudios previos reportados por



esta institución, sirven de base a investigaciones posteriores estableciendo una continuidad en los trabajos desarrollados, mencionando la necesidad de desarrollar programas de salud adecuados a cada región y a la población, esto permitirá a los estudiantes, profesionistas del área de la salud, e incluso a los mismos pacientes tomar en cuenta el aspecto de que existen diversas alteraciones que pueden y deben ser diagnosticadas acertada y oportunamente, ya que la salud bucal es necesaria para la salud sistémica y evitar complicaciones.

HIPÓTESIS

- 1.- La prevalencia de alteraciones bucales se presenta en uno de cada 10 pacientes que acuden a las Clínicas Periféricas; por tanto, el número de pacientes que presenten alteraciones o lesiones bucales, será menor al total de pacientes recibidos.
- 2.- Las alteraciones o lesiones bucales tienen predilección por el género femenino; por tanto, se identificarán mayor número de ellas en dicho género.
- 3.- El mayor número de pacientes atendidos es en la tercera y cuarta década de la vida; por lo que, en ellas se encontrarán mayor distribución en el número de alteraciones o lesiones bucales.
- 4.- Las alteraciones encontradas con mayor frecuencia dentro de la clasificación MIND son las del desarrollo.
- 5.- Las lesiones encontradas con mayor frecuencia dentro de la clasificación MIND son de origen inflamatorio.



6.- Las estructuras bucales con mayor índice de alteración son: lengua y mucosa yugal, por lo que presentarán mayor variedad de alteraciones con respecto a las demás estructuras.

7.- El 10% de los pacientes presentan más de una alteración en cavidad bucal, por lo tanto, el número de alteraciones sobrepasará el número de expedientes.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia relativa de las alteraciones bucales de los pacientes que acuden a las Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología de la UNAM en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2005.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Determinar la predilección de edad y género de los pacientes que presenten alteraciones bucales en las Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología.
- 2) Conocer el tipo de alteraciones de acuerdo a la clasificación MIND, que se presentan con mayor frecuencia en las Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología.
- 3) Comprobar que los pacientes atendidos pueden manifestar más de una alteración.
- 4) Identificar las zonas que presenten alteraciones con mayor frecuencia.
- 5) Reconocer el origen de las alteraciones o lesiones encontradas.



a) Universo de estudio.- Pacientes que acudan a las Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2005.

b) Tamaño de la muestra.- Pacientes de las Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología que presentaron alteraciones bucales en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2005.

c) Tipo de estudio.- Prospectivo – Transversal descriptivo

d) Criterios de inclusión.- Pacientes que presenten alteraciones o lesiones bucales.

e) Criterios de exclusión.- Pacientes que no presenten alteraciones ni lesiones bucales.

f) Materiales y equipo.- Historias clínicas (Anexo 1), cámara digital, discos de 3 1/2“, espejos intraorales, espejos bucales, guantes, cubre bocas, bata, lentes de protección, abatelenguas, retractores de carrillos, lámpara de mano, computadora con programa Microsoft Access y Microsoft Excel, tablas de registro (Anexo 2).

Las variables, definición y codificación se muestran en el anexo 3 (Pág. 73).



METODOLOGÍA

Este trabajo se basó en el sistema de clasificación de enfermedades propuesta por Carpenter W., siendo el propósito de esta investigación conocer la prevalencia relativa de las alteraciones bucales encontradas en los pacientes que acuden a las Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología de la UNAM en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2005.

Para la realización del estudio se elaboró un formato de historia clínica de patología (Anexo 1) con datos correspondientes a los fines del estudio; entre los cuales se encuentran:

- *Número de expediente.*- Número personalizado a cada paciente.
- *Edad.*- Forma de medición de la duración de la existencia de un individuo expresada en términos del periodo transcurrido desde su nacimiento. De particular importancia para el diagnóstico, debido a que existen alteraciones y lesiones que presentan predilección y manifestaciones propias de cada década de la vida.
- *Género.*- Categoría a la que se asigna a un individuo según el sexo al que pertenece. Se designará como femenino o masculino.
- *Auxiliares de diagnóstico:* Elementos indispensables para algún tipo de diagnóstico.
- *Necesidad de toma de biopsia:* Biopsia.- Extirpación de una muestra de tejido vivo para su estudio en laboratorio. En caso necesario para emitir un diagnóstico.



- *Localización*: Zona en donde se encuentra presente la alteración o lesión.
- *Diagnóstico clínico*: Aquel que se basa en signos, síntomas y datos obtenidos de laboratorio en vida del sujeto. Establecido por las características físicas de cada alteración: color, consistencia, forma, tamaño, superficie, localización y los signos y síntomas encontrados en cada alteración o entidad patológica. Valorar la posibilidad de diagnóstico diferencial.
- *Clínica Periférica de procedencia*: Clínica Periférica de donde provienen los datos, de importancia con fines de clasificación.

Para la recolección de información fue necesario el diseño de una base de datos informática mediante un programa de cómputo (Microsoft Access, Anexo 2), en donde se creó una base específica para cada paciente revisado clasificando los registros obtenidos en la historia clínica, ordenándolos de acuerdo a edad, género, diagnósticos clínicos, localizaciones y necesidad de toma de biopsia, obteniendo de esta forma, un registro individual de las alteraciones o lesiones bucales de los pacientes que las presentaron en las Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología de la UNAM en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2005.



La forma de trabajo se realizó de la siguiente manera:

- Se asistió a las clínicas periféricas de la Facultad de Odontología de la UNAM.
- Fueron seleccionados los expedientes de los pacientes que presentaron alteraciones o lesiones bucales en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2005.
- Se revisaron clínicamente a los pacientes que acudieron a las clínicas periféricas.
- Se realizó la exploración de cabeza y cuello; así como la bucal, de acuerdo a los parámetros mencionados anteriormente, reportando en la historia clínica (anexo 1) a los pacientes que presentaron alteraciones o lesiones bucales, observando y tomando registros de la apariencia, color, superficie, consistencia y tamaño, además de datos como son género, edad y localización.
- Los datos anteriormente señalados fueron utilizados para la emisión de un diagnóstico clínico.
- En los casos necesarios se indicó la necesidad de toma de biopsia, de acuerdo a las instancias de cada clínica periférica.
- Se tomaron fotografías clínicas de las alteraciones y



- lesiones más representativas manifestadas por los pacientes, previo consentimiento.
- Los datos obtenidos fueron registrados y clasificados en un programa de cómputo (Microsoft Access).
- Se realizaron registros de acuerdo a edad, género, diagnósticos clínicos (tomando en cuenta que existen pacientes con más de una alteración y un diagnóstico diferencial), localizaciones (en caso de presentar más de una zona afectada), auxiliares de diagnóstico y necesidad de toma de biopsia.
- Se desarrolló el análisis estadístico de los resultados de la muestra total de los pacientes que manifestaron variación de lo normal, alteraciones y lesiones bucales.
- Se obtuvo la prevalencia de dichas variaciones de lo normal, alteraciones y lesiones bucales, así como distribución.

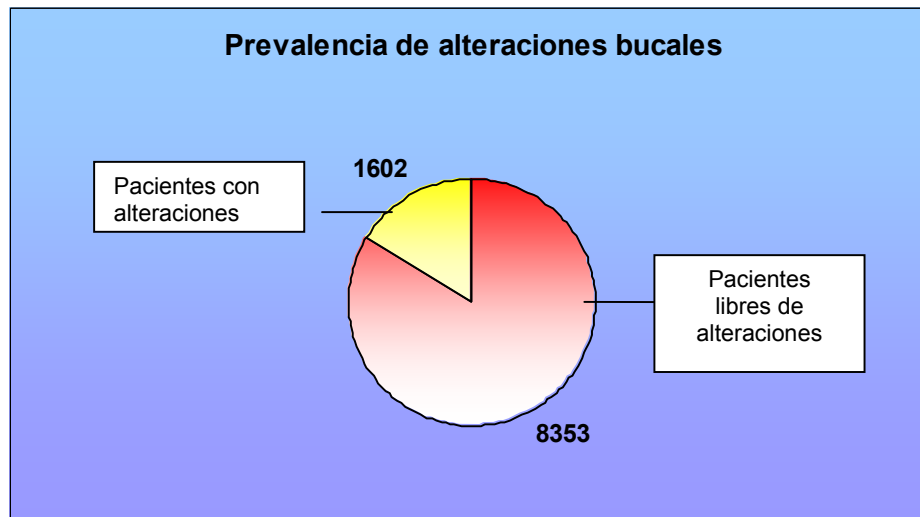


ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó a través de un análisis descriptivo, obteniendo la cuantificación de los diagnósticos clínicos en un orden decreciente por categoría de enfermedades y de manera individual a cada alteración, variación de lo normal o lesión.

RESULTADOS

En el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2005, fueron recibidos 8353 pacientes en las nueve Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología de la UNAM; y fueron elaborados el mismo número de expedientes, de los cuales se obtuvo una muestra de 1602 pacientes que corresponde a la **PREVALENCIA**, los cuales presentaban alteraciones bucales (Gráfica 1). Uno de cada 19 pacientes presentó por lo menos una variación de lo normal, alteración o lesión.

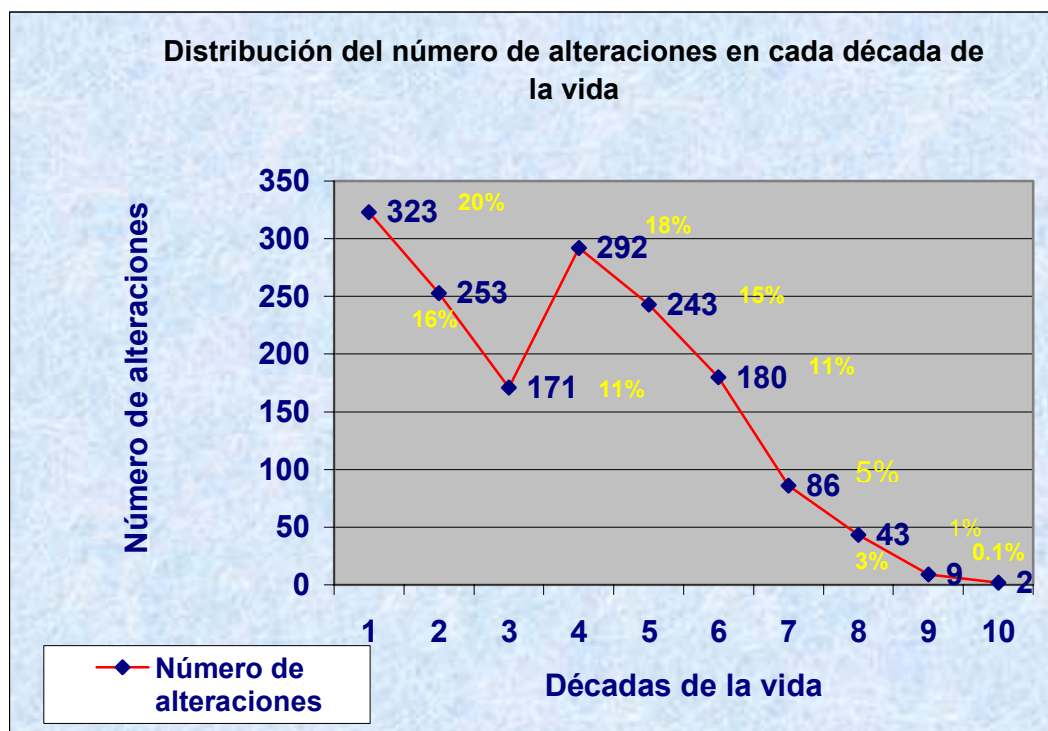


Gráfica 1. Prevalencia de alteraciones bucales de los pacientes de las Clínicas Periféricas de enero a septiembre del año 2005.

El rango de edad fue de 1 a 95 años; siendo la media de edad 31.1 años, con una desviación estándar de ± 19.9 , las décadas de la vida en donde se

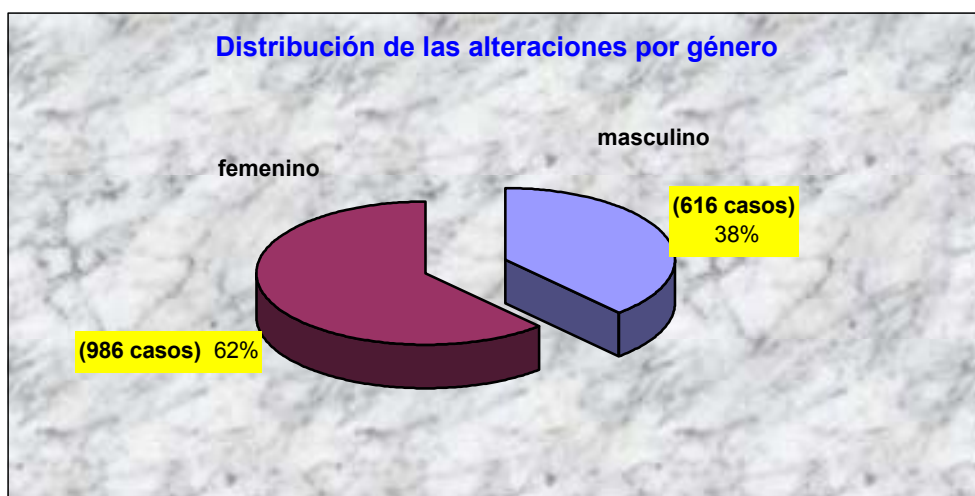


encontraron más alteraciones fueron la primera y la cuarta, seguidas de la segunda y la quinta. (Gráfica 2)



Gráfica 2. Distribución y porcentaje de alteraciones por década de la vida

De los 1602 pacientes que presentaron variaciones de lo normal, alteraciones y lesiones, se obtuvieron 54 diferentes tipos de alteraciones y en total se tabularon 2602 de las mismas, ya que en algunos pacientes se identificó más de una alteración, mismas que se ilustran en este trabajo, más adelante. La distribución de las alteraciones mostró un predominio por el género femenino (986 casos), con aproximadamente 20% más que en el género masculino (616 casos). (Gráfica 3).



Gráfica 3. Distribución de alteraciones por género

La distribución del género por décadas de la vida muestra que existe una mayor frecuencia de ambos en la primera y cuarta; mientras que el menor número de pacientes se encontró en la décima y novena décadas de la vida. (Tabla 1).

		Décadas de la vida									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Género	Femenino	155	107	61	89	70	64	41	25	2	1
	Masculino	168	146	110	203	173	116	45	18	7	1
Total		323	253	171	292	243	180	86	43	9	2

Tabla 1. Distribución de las alteraciones por edad y género.



Las cinco variaciones de lo normal, alteraciones y lesiones más frecuentes fueron lengua saburral con 367 casos, *mordiscatum bucarum* con 360 casos, melanosis racial con 329 casos, hipoplasia del esmalte con 308 casos y máculas melánicas con 257 casos. En conjunto representan aproximadamente el 62% del total de alteraciones (Tabla 2).

Lugar	No. de casos	Variación, alteración y/o lesión	Porcentaje
1	367	Lengua saburral	14.1
2	360	<i>Mordiscatum bucarum</i>	13.8
3	329	Melanosis racial	12.6
4	308	Hipoplasia del esmalte	11.8
5	257	Máculas melánicas	9.8
6	139	Lengua fisurada	5.3
7	109	Gránulos de Fordyce	4.1
8	91	Fístula	3.4
9	82	Várices linguales	3.1
10	67	Lengua geográfica	2.5
11	51	Torus mandibular	1.9
12	44	Leucoedema	1.6
13	41	Nevo de unión	1.5
14	36	Úlcera traumática	1.3
15	33	Hiperplasia fibrosa	1.2
16	27	Microdoncia	1.0
17	22	Petequia	0.8
18	22	Dientes supernumerarios	0.8
19	21	Cúspide espolonada	0.8
20	21	Hipodoncia	0.8
21	19	Herpes simple	0.7
22	17	Anquiloglosia	0.6
23	12	Fositas labiales congénitas	0.4
24	11	Torus palatino	0.4
25	11	Estomatitis nicotínica	0.4
26	10	Cándida atrófica	0.3
27	9	Geminación	0.3
28	9	Mesiodens	0.3
29	8	Úlcera aftosa	0.3
30	8	Fusión	0.3
31	7	Queratosis friccional	0.2
32	7	Cándida pseudomembranosa	0.2
33	7	Queilitis angular	0.2
34	6	Macroglosia	0.2

Continúa en la siguiente página



Lugar	No. de casos	Variación, alteración y/o lesión	Porcentaje
35	4	Papiloma	0.1
36	3	Mucocele	0.1
37	3	Hiperplasia epitelial focal	0.1
38	3	Exostosis	0.1
39	2	Diente invaginado	0.07
40	2	Nevo azul	0.07
41	2	Tatuaje por amalgama	0.07
42	2	Granuloma piógeno	0.07
43	2	Granuloma periapical	0.07
44	1	Gran. perif de cél. Gigantes	0.03
45	1	Hematoma	0.03
46	1	Verruga	0.03
47	1	Hiperplasia papilar inflamatoria	0.03
48	1	Queilitis actínica	0.03
49	1	Hemangioma capilar	0.03
50	1	Lesión fibro-ósea benigna	0.03
51	1	Osteoma	0.03
52	1	Macrodoncia	0.03
53	1	Quiste de erupción	0.03
54	1	Melanosis del fumador	0.03
TOTAL	2602		99.9%

Tabla 2. Porcentaje y número de casos de alteraciones, lesiones y variaciones de lo normal

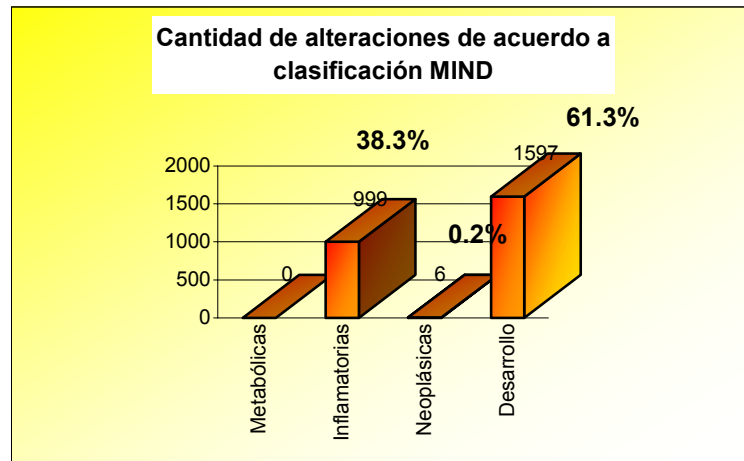
De los 1602 pacientes, el 62 % presentó más de una alteración, es decir, cada paciente podía presentar de 1 a 5 alteraciones. Tabla 3

No. de alteraciones	No. de pacientes	Porcentaje que representa
2	646	40.32 %
3	243	15.16%
4	84	5.24 %
5	21	1.31 %
TOTAL	994	62.03 %

Tabla 3. Pacientes que presentaron más de una alteración
(corresponde el 32 % restante a los pacientes con sólo una alteración)

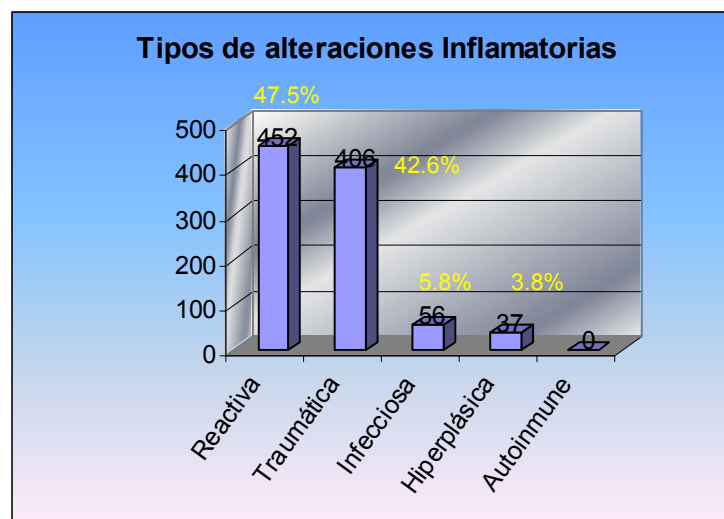


El grupo de alteraciones que más predominó de acuerdo a la clasificación MIND, fue del desarrollo, seguido de las inflamatorias y neoplásicas; mientras que el grupo de metabólicas no presentó alteraciones. (Gráfica 4)



Gráfica 4. Cantidad de alteraciones y porcentaje de acuerdo a clasificación MIND

Dentro de la clasificación de enfermedades infecciosas, predominaron las alteraciones reactivas y traumáticas, seguidas por las hiperplásicas y autoinmunes (Gráfica 5).

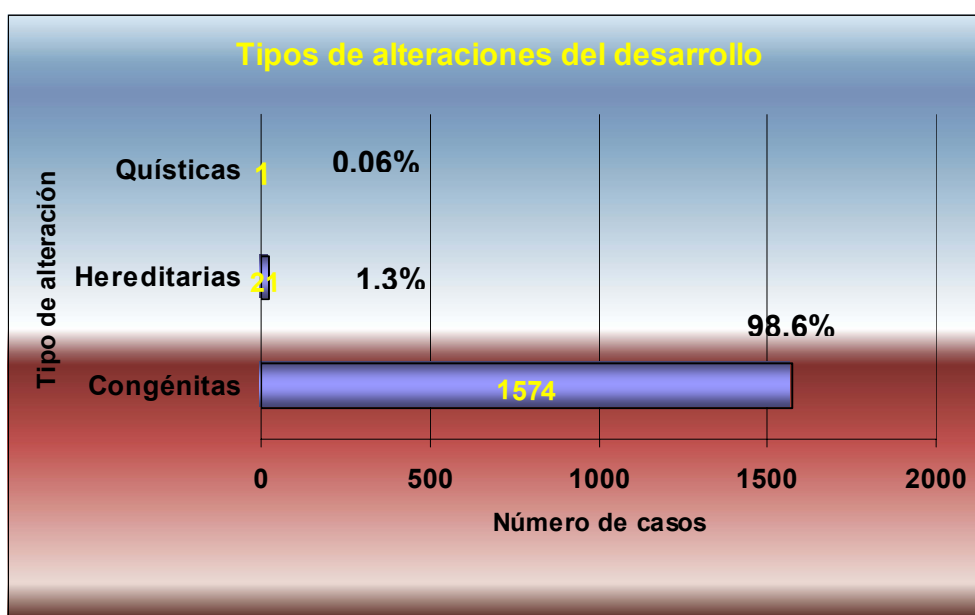


Gráfica 5. Frecuencia y porcentaje de los tipos de alteraciones inflamatorias mostradas en el estudio



Las alteraciones del tipo neoplásico mostraron ser de origen benigno en los cuatro casos presentados en el estudio.

Las alteraciones del desarrollo con mayor frecuencia fueron las congénitas, seguidas por las hereditarias y en último lugar las quísticas. (Gráfica 6)



Gráfica 6. Tipos de alteraciones y porcentaje de alteraciones del desarrollo

El estudio mostró que en cerca del 94 % no fueron necesarios los auxiliares de diagnóstico (1525 casos), debido a las características clínicas de cada alteración; mientras que el auxiliar más solicitado resultó ser la radiografía dentoalveolar con 51 casos (3.17%). (Tabla 4)



Auxiliar de diagnóstico	No. de casos	Porcentaje
No solicitado	1525	94.8%
Radiografía dentoalveolar	51	3.1%
Radiografía panorámica	25	1.5%
Radiografía oclusal	4	0.2%
Otros (vitropresión)	2	0.1%
TOTAL	1607	99.7%

Tabla 4. Porcentaje de los auxiliares de diagnóstico utilizados

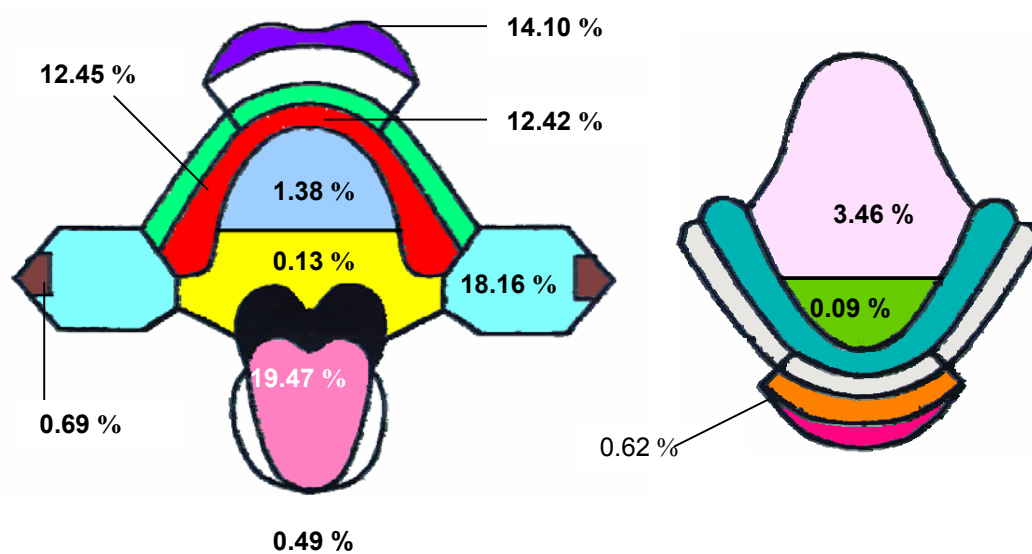
La necesidad de toma de biopsia registró que en el 99.1% de los casos no fue requerida; mientras que el 0.74% del total de casos fue del tipo excisional; mientras que solo el 0.12 % de los casos fue incisional. Tabla 5

Tipo de biopsia	Número de casos	Porcentaje
No requerido	1588	99.1%
Excisional	12	0.7%
Incisional	2	0.1%
TOTAL	1602	99.9 %

Tabla 5. Número y porcentaje de biopsias realizadas



Las estructuras bucales en donde se encontraron alteraciones con mayor frecuencia fueron: el dorso de la lengua, labios, dientes, encía posterior y encía anterior; mientras que las zonas con menor índice de presencia, resultaron ser: rama de mandíbula, piso de boca y paladar blando. (Fig. 17)



Proceso superior	0.19 %
Proceso inferior	2.07 %
Maxila	0.82 %
Cuerpo de la mandíbula	0.19 %
Rama de la mandíbula	0.03 %
Órganos dentarios	13.15 %

Fig. 17 Porcentaje de alteraciones según su localización



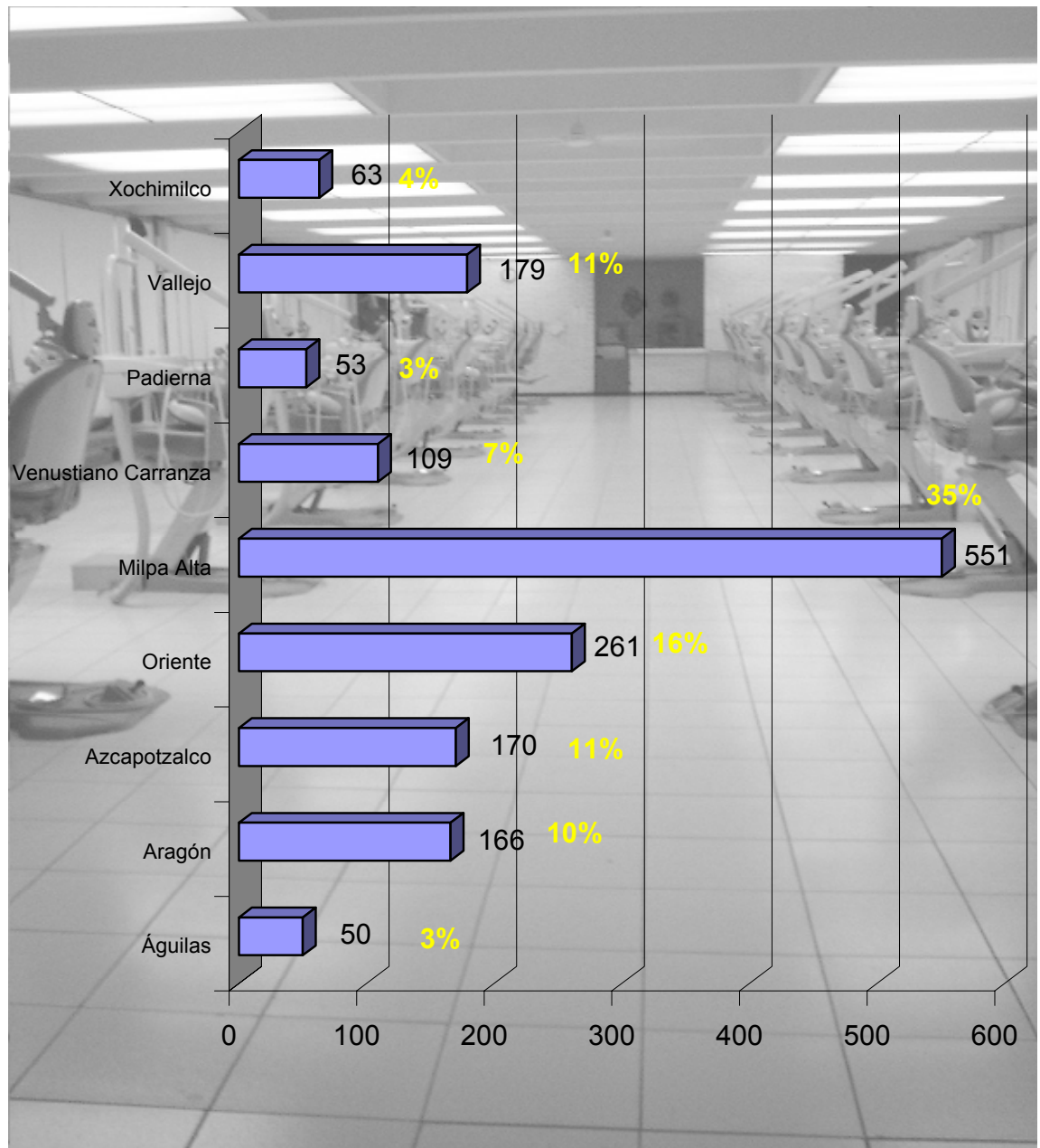
La relación entre localización y diagnóstico clínico muestra una tendencia al establecimiento de alteraciones del desarrollo en las zonas más frecuentes de acuerdo a la figura 17, que son: dorso de la lengua, labios, dientes, encía posterior y encía anterior. El segundo grupo corresponde a las alteraciones inflamatorias, cuya principal localización fue la mucosa yugal, seguida del dorso de la lengua. Por último, las alteraciones neoplásicas resultaron con una tendencia de localización en el proceso superior con 4 casos. (Tabla 6).

Localización	Inflamatorias	Neoplásicas	Desarrollo
Labios	38	-	358
Comisuras	6	-	12
Mucosa labial	17	-	2
Mucosa yugal	391	1	153
Encía anterior	45	-	312
Encía posterior	53	-	324
Paladar duro	25	-	14
Paladar blando	4	-	-
Piso de boca	1	-	-
Dorso de lengua	364	-	223
Bordes de lengua	9	-	7
Ventre de lengua	2	-	81
Istmo	-	-	-
Proceso superior	2	4	-
Proceso inferior	9	-	45
Maxila	-	-	25
Cuerpo de mandíbula	-	-	6
Rama de mandíbula	-	1	-
Órganos dentarios	2	-	386
Zona peribucal	-	-	-
Piel	-	-	-
Toda la cavidad	-	-	-
Otra	-	-	-

Tabla 6. Distribución entre los grupos de alteraciones y localización.



Muestras obtenidas por clínica



Gráfica 7. Número de muestras obtenidas por clínica y porcentaje



DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Las alteraciones de la mucosa bucal se manifiestan como entidades patológicas o verdaderas lesiones y no patológicas; son variaciones de la normalidad de la mucosa, consideradas como lesiones no verdaderas.

En el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2005, fueron recibidos 8353 pacientes en las nueve Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología de la UNAM; siendo elaborados el mismo número de expedientes, obteniendo una muestra de 1602 pacientes que corresponde a la **PREVALENCIA**, de los cuales uno de cada diecinueve pacientes presentaban variación de lo normal, alteraciones o lesiones bucales, por tanto, la hipótesis 1 se descarta, debido a que la prevalencia resultó menor que la esperada (1 de cada 10).

El rango de edad mostrado en el estudio es muy amplio (1 a 95 años) que muestra la diversidad de pacientes que acuden a las Clínicas Periféricas. Se han desarrollado estudios con gran rango de edad como son los de Bouquot J¹⁹. (19 a 90 años) , con mayor número de población en el estudio -23, 616-; seguido de Zain R. B.⁶⁴ (25 a 115 años) con un universo de 11 707; existen otros cuantos en donde si bien, la población de estudio no es tan grande como en las anteriormente mencionadas, el rango de edad es igualmente amplio: Mumcu G¹⁵. (5-95 años) , Tecozautla O³⁹. (11 meses a 83 años), Nava M³⁸. (2 meses a 90 años), Ovalle W³⁰. (1 a 90 años). Otro tipo de estudios se enfocan a un rango de edad específico entre los que predominan los dirigidos hacia personas adultas mayores como los de Espinoza I.²¹, Jainkittivong A⁴⁶. Corbet E.²⁵, Taiyeb⁶⁵ T. y Nevalainen⁶⁶; mientras que sólo algunos se encargan del estudio de niños y adolescentes (Shuldman J²³., Sedano H.³³ y Vöros T.¹¹). Los estudios realizados con personas adultas mayores encontraron en su mayoría alteraciones del desarrollo, la más



frecuente várices linguales, y lesiones inflamatorias del tipo reactivas, hiperplásicas y micóticas; entre las que predominaron, hiperplasia fibrosa irritativa, lengua saburral y diferentes tipos de candida álbicans^{21, 42, 25, 66}.

Los estudios enfocados a un rango de edad, detallan las características de alteraciones o lesiones a las que la población son más propensas a padecer o manifestar; mientras que los estudios sin predilección de edad –como el presente–, muestran una visión más completa de la distribución de las alteraciones y lesiones bucales que se presentan con mayor frecuencia en las poblaciones estudiadas, pudiendo variar de una zona a otra, con la ventaja de obtener datos que sean comparables entre sí.

La distribución de género obtenida en el estudio, 62% para el género femenino y 38% para el masculino, por tanto, la hipótesis 2 se confirma, debido a que en el estudio, las alteraciones mostraron mayor distribución para el género femenino. A continuación se muestra un resumen de los resultados obtenidos por diferentes autores en los que algunos predominó el género femenino y otros, aunque son menos, en donde los resultados señalan ser el género masculino; encontrando que sólo en un estudio mostraba igual número de pacientes tanto femeninos como masculinos.²⁶ (Tablas 7 y 8).

Autor	Porcentaje Femenino	Porcentaje Masculino
Buoquot J. ¹⁹	64%	36%
Tecozautla O. ³⁹	63%	37%
Espinoza I. ²¹	62%	38%
Jainkittivong A. ⁴⁶	61%	39%
Zain R. B. ⁶⁴	60%	40%
Beltrán B. ³²	60%	40%
Nava M. ³⁸	59%	41%

Tabla 7. Referencias donde predomina el género femenino



Autor	Porcentaje Femenino	Porcentaje Masculino
Campisi G. ⁶⁷	34%	66%
Mumcu G. ¹⁵	49%	51%
Vöros T. ¹¹	49%	51%
Arendorf T. ⁹	49%	51%
Sedano H. ³³	49%	51%

Tabla 8. Referencias donde predomina el género masculino

Como puede observarse, la variación de porcentaje entre uno y otro es mínima, aunque se encontró una variación mayor en otros estudios.^{10, 31, 35, 66,68} La misma es debida principalmente a que en gran parte de los estudios el universo del género femenino es mayor.

El mayor número de alteraciones encontradas en los pacientes corresponde a la primera y cuarta décadas de la vida; por lo que la en la hipótesis 3 se confirma que la cuarta década predominó en el estudio, mientras que se descarta que sea la tercera década la de segundo orden, debido a que el mayor número de pacientes a los que se identificó algún tipo de alteración correspondió a la primera década de la vida, antes que la tercera. (Gráfica 2).

La variación de lo normal más frecuente encontrada fue la lengua saburral con 367 casos, que representan el 14.1% del total de las alteraciones, tales resultados son similares a los reportados por Garcia-Pola M. J. en Oviedo, España⁶⁹ en una población infantil (16.02%); el mayor porcentaje de esta alteración fue reportado por Campisi G⁶⁷. en el año 2000 (51.4%); seguido por otros dos trabajos, los cuales reportan resultados obtenidos de hospitales en pacientes con enfermedad sistémica; el primero proveniente de Barcelona, dirigido por Díaz M.L.⁷⁰ en donde muestra un porcentaje de



28.3%, mientras Rosa E. de la ⁷¹, realiza lo correspondiente en una población de Xochimilco, presentando la alteración 22% de los pacientes revisados, cabe mencionar que dichos estudios fueron desarrollados en una población con características similares a las del presente estudio. El predominio de la alteración resultó en su mayoría en pacientes a partir de la quinta década de la vida, mostrando un incremento paulatino a partir de esta edad, aunque en otros casos, la población infantil también la presentó en menor grado. Por las características morfológicas de la lengua y los cambios fisiológicos que se presentan con la edad al envejecer, se hace mención en que la higiene es fundamental para prevenir la presencia de esta alteración, ya que la mayoría de los pacientes que la padece, carecía de información acerca de las medidas de higiene necesarias o éstas eran insuficientes.

En segundo lugar, la alteración con mayor frecuencia fue *mordiscatum bucarum* con 360 casos, que representan el 13.8% del total de alteraciones. Yamada H. refiere posibles complicaciones de esta alteración ⁷², Zain R.B ⁶⁴, reportó en su estudio un porcentaje de 16.0%; mientras que Shulman J.D ²³, muestra un porcentaje menor 1.89%. Buquot J ¹⁹, también refiere en su estudio que aproximadamente el 1.2% de la población la presentaba. Estos dos últimos hacen referencia a que fue encontrado en mayor porcentaje en individuos adolescentes y adultos jóvenes. En la mayoría de los casos se presenta de manera bilateral, la cual es asociada a diversos factores, entre los que se destacan la maloclusión dental –generalmente causada por la oclusión de los terceros molares o restauraciones que invaden el espacio libre interoclusal-, el uso de aparatos ortopédicos-ortodóncicos y prótesis sobreextendidas, así como hábitos perniciosos y posturales.

En tercer lugar, se encuentra la melanosis racial con 329 casos correspondientes al 12.6% del total de alteraciones. Aguirre A., muestra que es la alteración más predominante con un 48.8% de los casos. Shulamit S.



⁷³, estudió la relación entre la pigmentación fisiológica de la piel y la bucal; donde encontró que los pacientes con presencia de pigmentaciones cutáneas mostraban aproximadamente en 50% de los casos, melanosis racial. Ünsal E. ⁷⁴, muestra que además de los factores genéticos predisponentes para presentar este tipo de alteraciones, se han encontrado con la asociación con factores irritativos locales entre los que se encuentra el consumo de tabaco. Por las características genéticas de la población estudiada, variación es muy frecuente, encontrándose en el estudio que aunque el clínico identifica este tipo de variación, son pocos los estudios las que las reportan, creando una discrepancia significativa, debido a que en teoría la población de estudio reportada en otras investigaciones pudieron o no considerarlas dentro de sus resultados. De igual manera, son asociados los factores irritativos locales en esta alteración.

En cuarto lugar se encontró la hipoplasia del esmalte con 308 casos correspondientes al 11.8% del total de alteraciones. Budipranama E. S. ⁷⁵, Ruan J.P. ⁷⁶, y Hamdan M.A. ⁷⁷ determinaron en su estudio la prevalencia y severidad de la fluorosis dental dentro de un área endémica; el segundo y tercero se enfocaron a una población rural infantil. Otros autores han encontrado su correlación con enfermedades sistémicas o infecciosas ^{78,79}. Esta alteración fue en su mayoría encontrada en pacientes pediátricos, con diferentes grados de severidad, los cuales van asociados desde fluorosis hasta hipoplasia severa inducida por fármacos. Se hace mención que en los estudios de años recientes se ha encontrado un número significativo en cuanto a la disminución de la presencia de esta alteración, debida a los programas de salud preventivos, entre los que se encuentran la estandarización en los índices de contenido de partes por millón de iones fluoruro (F) en agua y sal, suplementos nutricionales proporcionados por el sector salud a las mujeres embarazadas y personas de bajos recursos económicos, entre otros. Una característica importante dentro de la



identificación de esta alteración es, como lo muestra el estudio, que la cultura de prevención ha aumentado con el paso del tiempo, de manera lenta pero continua, esto se demuestra con el incremento en el número de pacientes recibidos en las Clínicas Periféricas; resultando ser la primer década de la vida el primer lugar de atención, mientras que la segunda década ocupa el tercer lugar. (Tabla 1).

La clasificación de Carpenter W ⁵⁵., mostró ser una forma eficiente de ordenar las diferentes alteraciones agrupándolas de modo que su etiopatogenia definan su grupo, simplificando de gran manera la forma de registro de cada alteración.

El grupo de alteraciones que más predominó de acuerdo a la clasificación MIND, fue del desarrollo, con 1597 de 2602 posibles casos representando el 61.4% del número total de casos, y de estas, las alteraciones congénitas fueron las que más predominaron con 1574 (98.6%), seguidas de las hereditarias con 21 (1.31%) y quísticas con 1 caso (0.06%). Este tipo de alteraciones son de particular importancia, ya que la gran mayoría de las personas que las presentan, no a manifiestan signos ni síntomas, sino que es el clínico el que debe identificarlas mediante la exploración; aunque en general, no requieren tratamiento, por tanto, la hipótesis 4 se confirma y se muestra que se obtuvieron resultados similares a los reportados por Mumcu G.¹⁵, Avcu N.¹⁴, Jainkittivong A.⁴⁶, Vörös T.¹¹, Kovac M.¹⁶, Axéll T.¹⁷, Corbet E.F.²⁵. y Sedano H.³³.

El grupo de alteraciones inflamatorias de la clasificación MIND fueron las segundas con mayor frecuencia con 999 casos de 2602 posibles (38.4%), siendo las reactivas con 454 casos (45.3%) las más frecuentes, seguidas de las traumáticas con 408 casos (40.8%), infecciosas con 56 casos (5.6%) y las hiperplásicas con 37 casos (3.7%); por lo que la hipótesis 5 se confirma y se



muestran resultados similares a los obtenidos en los estudios de Shuldman J. J.²³, Espinoza I.²¹, Tecozautla O.³⁹, García M.⁸, Gaitán L.²⁷, Nava M.³⁸, Campisi G.⁶⁷, Rosa E. de la ⁷¹, Arendorf T.⁹, Zain R ⁶⁴. y Díaz G ³¹. Dentro de la clasificación MIND, este tipo de alteraciones son las que refieren con mayor frecuencia los pacientes, debido a que en la mayoría hay manifestación de síntomas –el más frecuente el dolor-, dentro de esta categoría, se podrían diferenciar procesos agudos y crónicos, en gran medida son los primeros por los que los pacientes acuden a solicitar servicio odontológico.

En tercer lugar encontramos a las alteraciones de origen neoplásico cuya totalidad es representada por 6 casos de 2602 posibles (0.23% del total), mostrando ser el 100% procesos benignos. Este tipo de alteraciones frecuentemente son el resultado de alteraciones a nivel sistémico, pudiendo o no presentar sintomatología.

No se reportaron alteraciones de origen metabólico como tales, en los pacientes revisados durante el presente estudio; se encontraron enfermedades sistémicas diversas (diabetes e hipertensión las más frecuentes), pero no mostraron correlación con manifestaciones bucales.

Se realizaron un total de 14 biopsias, registrando que el 85.7% del total de casos fue del tipo excisional (12 casos); mientras que solo el 14.3 % de los casos fue incisional (2 casos). Se destaca de esta manera el estudio publicado por Miller A. ²² en donde se evalúa el grado de necesidad de toma de biopsia muy bajo con respecto a las alteraciones reportadas en las universidades donde fue desarrollado el estudio; en la presente investigación el diagnóstico clínico fue emitido por los signos y síntomas patognomónicos, y en otras instancias mediante auxiliares de diagnóstico (1588 casos de 1602 posibles). Las biopsias fueron procesadas por el Departamento de Patología



Bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación, en donde se encontró que en las doce biopsias excisionales se corroboró el diagnóstico clínico; mientras que en las dos biopsias incisionales el diagnóstico clínico correspondió con el diagnóstico histopatológico (un caso) mientras que el otro caso no correspondió; obteniendo de esta forma un 85.7% de eficacia en la emisión de diagnósticos clínicos con relación al histopatológico.

Las localizaciones más frecuentes de las variaciones, alteraciones y lesiones presentadas fueron: el dorso de la lengua (19.47%), entre las que se encontró en orden decreciente: lengua saburral, lengua fisurada y lengua geográfica; mucosa yugal (18.16%), *mordiscatum bucarum*, gránulos de Fordyce y leucoedema; labios (14.10%) mácula melánica, nevo, y úlcera traumática; órganos dentarios (13.15%) hipoplasia del esmalte, microdoncia y dientes supernumerarios, por último, encía posterior (12.45%) melanosis racial, fístula y tatuaje por amalgama, por lo que la hipótesis 6 se confirma, y se observan resultados similares obtenidos por Shulman J.²³, Jainkittivong A.⁴⁶ y Taiyeb T.⁶⁵

El número de alteraciones sobrepasó el número de expedientes (62%); esto quiere decir que hubo pacientes que tuvieron más de una alteración (de 2 a 5); en otras palabras, 646 pacientes reportaron 2 alteraciones (40.32%), 243 presentaban 3 alteraciones (15.16%), 84 presentaban 4 alteraciones (5.24%) y sólo 21 presentó 5 alteraciones (1.31%). Con estos resultados se confirma la hipótesis 7. Estos resultados son de particular importancia para destacar que la exploración es imprescindible para identificar y evaluar globalmente cualquier tipo de alteraciones y lesiones que presenten los pacientes, mismas que en gran porcentaje son asintomáticas y sólo pueden ser identificadas mediante este proceso.



La identificación de las alteraciones y lesiones mediante la exploración, la correlación de signos y síntomas y los auxiliares de diagnóstico nos permiten emitir un diagnóstico de presunción, mismo que deberá ser explicado de manera clara y concisa a los pacientes acerca del estado de salud o enfermedad bucal o sistémico en el que se encuentren actualmente, debe hacerse partícipe al paciente para que concientice que la salud bucal es necesaria para mantener una salud sistémica, esto crea un impacto en el paciente en cuanto a que su participación es primordial para el tratamiento. Estos estudios poseen una amplia gama de aplicaciones dentro del campo de acción a la salud, los cuales pueden servir para crear bases y modelos preventivos específicos para cada población.



CONCLUSIONES

- Los estudios de prevalencia ofrecen una amplia gama de aplicaciones dentro del campo de la salud; brindando informes acerca de diversas alteraciones y lesiones presentadas por una población en determinado tiempo y espacio, así como características únicas de los objetos de estudio.
- Uno de cada diecinueve pacientes que acudieron a las Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología de la UNAM en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2005, presentó por lo menos una variación de lo normal, alteración y/o lesión bucal; por lo que la hipótesis I no se confirma, debido a que fue menor que la mencionada (uno de cada diez pacientes).
- El género femenino predominó en el estudio con 62% de alteraciones encontradas contra 38% del masculino, por tanto, la hipótesis II se confirma, en donde encontramos que el género femenino presentó mayor número de alteraciones, esto es debido principalmente a que dentro del total de pacientes admitidos en las clínicas (8353 pacientes), la mayoría corresponde al género femenino (aproximadamente 68%).
- El mayor número de pacientes revisados corresponde a la primera y cuarta décadas de la vida, en la hipótesis III se hace mención que las décadas de la vida en donde que presentaría más frecuencia de pacientes con alteraciones corresponderían a la tercera y cuarta; se confirma que, la cuarta década predominó en el estudio, mientras, se descarta que sea la tercera década la de segundo orden, debido a que el mayor número de pacientes q los que se identificó algún tipo de



alteración correspondió a la primera década de la vida, antes que la tercera.

- La hipótesis IV se confirma ya que las variaciones y alteraciones que se encontraron con mayor frecuencia fueron dentro de la clasificación MIND fueron las del desarrollo con un total de 1597 casos de 2602 posibles.
- Las lesiones que se encontraron con mayor frecuencia dentro de la clasificación MIND fueron de origen inflamatorio con 999 casos de 2602 posibles, siendo la lengua saburral la variación más frecuentemente encontrada en el estudio con 367 casos.
- Se encontró que las estructuras bucales afectadas con mayor frecuencia fueron: el dorso de la lengua y la mucosa yugal, seguidos de los labios, órganos dentarios y encía posterior; por tanto la hipótesis VI se confirma.
- La hipótesis VII se descarta debido a que se encontró que el 62% de los pacientes revisados presentaron más de una alteración, esto implica que se rebasó por mucho el porcentaje esperado (10%). En el estudio se identificaron 54 alteraciones y/o lesiones diferentes, de las que se tabularon un total de 2602, confirmando lo anteriormente mencionado.
- Se encontró que la clasificación MIND es útil para agrupar las alteraciones de acuerdo a su etiopatogenia.
- El grupo de alteraciones metabólicas no mostró procesos que le representaran, ya que los pacientes que presentaban alteraciones



sistémicas, no mostraron correlación entre manifestaciones bucales debidas a alteraciones sistémicas.

- La radiografía dentoalveolar fue el auxiliar de diagnóstico más utilizado para emitir diagnósticos clínicos con 3.18% de los casos, misma que resultó ser la más asequible –por su fácil manejo, proceso y bajo costo-, al momento de requerirse algún auxiliar.
- Cuando se indicó la necesidad de toma de biopsia, la más utilizada fue la excisional (85.7%), seguida de la incisional (14.2%). El resultado de las biopsias excisionales realizadas correspondieron en un 96% al diagnóstico clínico, el 4% restante, correspondió al diagnóstico diferencial emitido; mientras que los resultados de las biopsias incisoriales -representadas por dos casos-, una correspondió con el diagnóstico clínico y la otra no.
Esto enfatiza que el diagnóstico clínico emitido fue de gran eficacia.
- El orden de frecuencia de diagnósticos de acuerdo a la clasificación MIND resultó ser: Del desarrollo, Inflamatorias, Neoplásicas y Metabólicas.
- La lengua saburral, presentó el mayor número de casos (367), lo cual representa el 14.1% del total de los casos. La mayoría de los pacientes que la padece, carecía de información acerca de las medidas de higiene necesarias o éstas eran insuficientes.



PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN

- ✓ Se sugiere la realización de estudios posteriores acerca de frecuencia, prevalencia e incidencia debido al gran número de pacientes recibidos día con día no sólo en las Clínicas Periféricas, sino además en la Facultad de Odontología y las diferentes Instituciones que competen al área de la salud estomatológica.
- ✓ Realizar investigaciones con mayor número de muestras, sin rango de edad específico y en diferentes tipos de poblaciones, para que los resultados sirvan de muestra comparativa.
- ✓ Se recomienda mayor capacitación a los estudiantes de odontología para la identificación y registro de las alteraciones bucales que presenten los pacientes, brindando de esta manera un diagnóstico del estado de salud o enfermedad en que se encuentren, además de poder ofrecer un mejor plan de tratamiento.
- ✓ Realizar exploraciones sistémicas y periódicas de la mucosa bucal a los pacientes que se les lleguen a asociar factores de riesgo, como son: el consumo de tabaco o alcohol y la exposición al sol, entre otros, además de pacientes que se sospeche deficiencias nutricionales; y de esta manera, tener un registro más detallado de las alteraciones bucales asociadas a enfermedades sistémicas, las cuales, dentro de la clasificación MIND están catalogadas dentro de las metabólicas.



- ✓ Se recomienda que se pueda contar con el apoyo en las clínicas periféricas de especialistas o estudiantes de patología bucal; aunque si bien, no todos los días se presentan lesiones que requieran de la opinión diagnóstica de los mismos, sería una fuente de apoyo importante que proporcionaría un mejor servicio a los pacientes.



REFERENCIAS

- 1.- DÍAZ K.M. ORTEGA H. RODRÍGUEZ D.; et al. AGENDA 2005 Facultad de Odontología Universidad Nacional Autónoma de México. 2005.
- 2.- www.odonto.unam.mx.
- 3.- RING M. Historia ilustrada de la odontología. Ed. Mosby. España 1995.
- 4.- PIEDROLA G. Medicina preventiva y salud pública 9ª ed. Ed. Masson-Salvat. México 1992.
- 5.- BORGHELLI R. Historia de la medicina. Tomo I Ed. Mundi Buenos Aires 1979.
- 6.- OVALLE. W. Diseño y comprobación de un modelo de registro y referencia por computación aplicado a la patología oral. *Práctica odontológica* 1989; 10: (12) 11-19.
7. - BARMES D. A global view of oral diseases: today and tomorrow. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 2-7.
8. - GARCÍA M. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Community dent oral epidemiol* 2002; 30: 277-85.
9. - ARENDORF T. Oral soft tissue lesions in black pre-school South African population *Commun Dent oral epidemiology* 1996; 24: 296-7.
10. - IKEDA N. Prevalence study of oral mucosal lesions in a selected Cambodian population. *Community dent oral epidemiol* 1995; 23:49-54.
11. - VÖRÖS T. - Prevalence of tongue lesions in Hungarian children *Oral Diseases* 2003; 9: 84-87.
12. - PATTON I. Prevalence and classification of HIV-associated oral lesions *Oral Diseases* 2002; 8 (2): 98-109.
13. - NICOLATAOU O. Effect of PI-HAART on the prevalence of oral lesions in HIV-1 infected patients. A Greek study *Oral Diseases* 2004; 10: 145-150.
14. - AVCU N. The prevalence of tongue lesions in 5150 Turkish dental outpatients *Oral Diseases* 2003; 9: 188-195
15. - MUMCU G. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey *Oral Diseases* 2005; 11: 81-87.
16. - KOVAC The prevalence of bucal mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *Journal of bucal pathology and medicine*, 2000; 29: 331-35.
17. - AXÉLL T. Prevalence of oral soft tissue lesions in out-patients at two Malaysian and Thai dental schools. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 95-9.
- 18.-AXÉLL T. A prevalence study of oral mucosal lesions in an adult Swedish population. *Odont rev* 1976; 27: 1-9.
19. - BOUQUOT J. Common oral lesions found during a mass screening examination *JADA* 1986; 112: 50-57.
20. - ANDREASEN J. et al. Oral Health care: more than caries and periodontal disease. A survey of epidemiological studies on oral disease. *Int. Dent J* 1986; 36:207-14
21. - ESPINOZA I. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral pathol med* 2003; 32:571-5.
22. - MILLER. A. Survey of tissue diagnostic services in U.S. dental schools-1990. *Oral surg oral med oral path* 1992; 73: 717-719.
- 23.-SHULMAN J.D. Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in



- the USA. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2005; 15: 89-97.
- 24.-SCHULLER. A. Changes in the oral health of adults from Trondelag, Norway, 1973-1983-1994. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26: 201-208.
25. CORBET E. Oral mucosal lesions in 65-74-years-old Hong Kong Chinese. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 392-395.
26. - JORGE J. Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 173-175.
27. - GAITÁN L. Prevalence of oral lesions in Mexican children with perinatally acquired HIV: Association with immunologic status, viral load, and gender. *AIDS PATIENT CARE and STDs* 2002; 16: (4) 151-156.
- 28.- GONZÁLEZ J. Estudio comparativo y revisión bibliográfica de los reportes en incidencia y prevalencia de lesiones en cavidad oral. *Revista ADM* 1994; 51: (3) 145-148.
- 29.-MOSQUEDA A. Odontogenic tumours in Mexico. A collaborative retrospective study of 349 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol oral radiol endod* 1997; 84:672-5.
- 30.- OVALLE W. Prevalencia de lesiones histopatológicas bucales en la zona del Bajío (agosto del 90 a diciembre del 96). *Revista ADM* 2000; 57 (4): 132-136.
- 31.- DÍAZ G. Prevalencia de lesiones de la mucosa oral en pacientes de las clínicas de la Facultad de Odontología de la UAEM. *Práctica odontológica* 1993; 14 (10): 37-48.
- 32.- BELTRAN. B. Prevalencia de tumores odontogénicos en el hospital central de San Luis Potosí de 1952-1997. *Revista ADM* 1998; 55 (3): 173-176.
- 33.- SEDANO. H. Clinical orodental abnormalities in Mexican children. *Oral surgery oral med pathol*. 1989; 68:300-311.
- 34.-ROSA de la E. Lesiones de la mucosa bucal en individuos del estado de Oaxaca. Tesis Maestría (Maestría en Odontología)-UNAM, Facultad de Odontología 1998.
- 35.-CHAVARRÍA R. Prevalencia de alteraciones en la mucosa oral en pacientes que acuden a la UMAI de la FES Zaragoza. 1998. Tesis Licenciatura (Cirujano Dentista)-UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. 1998.
- 36.-TERRY G. Prevalencia de lesiones bucales en la población que asiste a la clínica de periodoncia 1997. Tesis de Licenciatura. UNAM.
- 37.-DONOHUE A. Prevalencia de alteraciones bucales en una población adulta mexicana. México D.F. UNAM, 1994 74 p. Tesis (maestría en Odontología).
- 38.- NAVA M. Frecuencia de diagnósticos clínicos de Enero a Diciembre del 2001 en el laboratorio de patología bucal de la DEPeI, FO, UNAM. 2001. Tesis de Licenciatura. 2001
- 39.- TECOZAUTLA O. Diagnósticos clínicos de 500 pacientes que se revisaron en el año 2003. Tesina de Licenciatura. UNAM 2003
- 40.- PINDBORG J. Lesiones bucales en pacientes con infecciones por VIH. Retomado del Boletín de la FDI 1988; 161:54-55.
41. - CHIDZONGA M. HIV/AIDS orofacial lesions in 156 Zimbabwean patients at referral oral and maxillofacial surgical clinics. *Oral diseases* 2003; 9: 317-322.
- 42.- MARTÍNEZ A. Prevalencia de lesiones orales en pacientes pediátricos mexicanos con infección por el virus de la



- inmunodeficiencia humana. Bol Med. Hosp. Infant. Mex. 2000; 57 (8): 423-431.
43. - JAHANBANIJ. Prevalence of oral leukoplakia and lichen planus in 1167 Iranian textile workers. Oral diseases 2003, 9, 302-304
- 44.-HAYA-FERNÁNDEZ M. The prevalence of oral leukoplakia in 138 patients with oral squamous cell carcinoma. Oral diseases 2004; 10: 346-348.
- 45.- RUEDA J. Prevalencia de lesiones en mucosa oral en ancianos. PO. 1987; 8 (12): 38-47.
46. - JAINKITTIVONG A. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. Oral diseases 2002, 8, 218-223.
47. - WATT R. Oral health promotion evaluation time for development Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29: 161-166.
48. - FEINE J.S. The impact of patient preference on the design and interpretation of clinical trials. Community Dent Oral Epidemiol 1998; 26: 70-74.
49. - BUDTZ-JORGENSEN E. Effects of an oral health program on the occurrence of oral candidosis in a long-term care facility. Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28: 141-149.
- 50.-SLADE G. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. Community Dent Oral Epidemiol 1998; 26: 52-61.
51. - KLEINMAN D. Epidemiologic studies of oral mucosal conditions-methodologic issues. Community Dent Oral Epidemiol 1991; 19: 129-140
52. - STELLA Y. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. Bulletin of the WHO 2005; 83:677-685.
53. - BRAINE T. More oral health care needed for ageing populations. Bulletin of the WHO/ September 2005, 83(9).
54. - HANSEN I. Use a national database for strategic management of municipal oral health services for Danish children and adolescents. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29:92-98.
- 55.-CARPENTER W. Two Approaches to the diagnosis of oral lesions of the bucal mucosa CDA: Journal, 1999; vol. 27: 8 p. 619-23.
- 56.-ZAGARELLI E. Diagnóstico en patología bucal. Ed. Salvat. España, 1979
- 57.- GOLT A. Semiología médica. Ed. Mediterráneo. Chile 1989.
- 58.- LYNCH M. Medicina bucal de Burket diagnóstico y tratamiento. Ed. Mac Graw-Hill Interamericana. México 1996.
- 59.-NEVILLE B. Definition of oral pathology. 2005 URL www.aaomp.org
- 60.-SIEGEL A. Definition of oral medicine 2005 URL www.aaom.com
- 61.- CECCOTTI C. Clínica estomatológica. SIDA, cáncer y otras afecciones. Ed. Panamericana México, 1993.
- 62.- BATES B. Propedéutica médica. Ed. Mac Graw-Hill Interamericana, México 1992.
- 63.- SIDEL H. Manual "Mosby" de exploración física 2ª. ed. Ed. Mosby 1993.
64. ZAIN R.B. A national epidemiological survey of bucal mucosal lesions in Malaysia. Community Dent Oral Epidemiol 1997; 25: 377-383.
65. TAIYEB T.B. An epidemiological survey of bucal lesions among elderly Malaysians. Gerodontology, 1995; 12(1), 37-40.
66. NEVALAINEN M.J. Bucal mucosal lesions and bucal hygiene habits in the



- home-living elderly. *Journal of bucal rehabilitation*, 1997; 24, 332-337.
67. CAMPISI G. Bucal mucosal lesions and risk habits among in an Italian study population. *Journal of Oral Pathology and Medicine*. 2001; 30: 22-28.
68. VIGILD M. Bucal mucosal lesions among institutionalized elderly in Denmark. *Community Dent Oral Epidemio* 1987; 15:309-313.
69. Garcia-Pola MJ Prevalence of oral lesions in the 6-year-old paediatric population of Oviedo (Spain). *Med Oral*. 2002 May-Jun; 7(3):184-91.
70. Díaz M.L Estudio del estado bucodental del paciente transplantado hepático. *Med Oral Pato Oral Cir Bucal* 2005; 10:66-76.
- 71.- ROSA E. DE LA. Lesiones bucales en un grupo de pacientes con transplante renal. *Med Oral Pato Oral Cir Bucal* 2005; 10:196-204.
72. - Yamada H. Facial emphysema caused by cheek bite. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2005 Nov 5.
73. - SHULAMIT S. The relationship between physiologic pigmentation of the skin and oral mucosa in Yemenite Jews. *Oral Surg. Oral Medicine and Oral Pathology*. January 1965 Vol 16 No. 1: 32-38.
- 74.- ÚNSAL E. Oral melanin pigmentation related to smoking in a Turkish population. *Community Dent Oral Epidem* 2001; 29:272-277.
75. - BUDIPRAMANA E.S. Dental fluorosis and caries prevalence in the fluorosis endemic area of Asembagus, Indonesia. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2002; 12: 415-422.
76. - RUAN J.P. Dental fluorosis in primary teeth: a study in rural schoolchildren in Shaanxi Province, China. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2005; 15: 412- 419.
77. - HAMDAN M. The prevalence and severity of dental fluorosis among 12-year-old schoolchildren in Jordan. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2003; 13: 85-92.
78. - ARROW P. Enamel hypoplasia of the primary dentition in a 4-year-old with intestinal lymphangiectasia. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2005; 15: 380-384.
79. -KIMOTO S. Hypoplasia of primary and permanent teeth following osteitis and the implications of delayed diagnosis of neonatal maxillary primary molar. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2003; 13: 35-40.
- 80.- SAPP P. Contemporary oral and maxillofacial pathology. Ed. Harcourt. 2001.
- 81.- ANESA/ NOGUER/ RIZZOLI/ LAROUSSE. El mundo de la medicina. 1975.
- 82.- TORTORA. G. Principios de anatomía y fisiología 5ª ed. Ed. Harla. 1991.
83. - HARMENING D. Clinical hematology and fundamentals of hemostasis. 3ª ed. Ed. F.A. DAVIS COMPANY. 2001
- 84.- SURÓS A. Semiología médica y técnica exploratoria 8ª. ed. Ed. Masson.
- 85.- DORLAND Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina A-J 28ª. ed. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 1997.
- 86.- DORLAND Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina K-Z 28ª. ed. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 1997.



GLOSARIO

Adquirido. No genético, sino producido por influencias originadas fuera del organismo.

Afección. Estado morbosos, enfermedad; estado emocional o sentimental.

Alteración. Cualquier cambio en la naturaleza, forma o cualidades de un cuerpo o una sustancia.

Biopsia. Extirpación de una muestra de tejido vivo para su estudio en laboratorio.

Congénito. Que se presenta al nacer y por lo regular antes; denota estados que se advierten en el nacimiento, sea cual sea la etiología.

Diagnóstico. Determinación de la naturaleza de un caso de enfermedad. Arte de diferenciar una enfermedad de otra.

Anatomopatológico: Diagnóstico establecido mediante la examinación de un órgano.

Citohistológico: Diagnóstico de enfermedades benignas y malignas, por el estudio de células descamadas.

Clínico: Aquel que se basa en signos, síntomas y datos de laboratorio en vida del sujeto.

Diferencial: Arte de precisar cual de las dos o más enfermedades o trastornos sufre un paciente, al comparar sistémicamente sus datos clínicos.

Histopatológico: El que se hace al observar las lesiones histológicas estructurales presentes.

De presunción: Que se presume; tipo de diagnóstico de primera intención establecido al paciente mediante la exploración física sistémica del organismo.

Edad. Duración de la existencia de un individuo medida en unidades de tiempo.

Estado morbosos. Enfermo; que pertenece a una enfermedad, está afecto por ella o la induce.



Frecuencia. Número de veces que ocurre un proceso periódico o recurrente por unidad de tiempo. Número de veces que ocurre un suceso determinado o el número de miembros de una población o muestra estadística que pertenecen a una determinada categoría.

Género. Categoría a la que se asigna a un individuo según el sexo al que pertenece.

Lesión. Cualquier discontinuidad patológica o traumática de tejido, o pérdida de la función de una parte. Daño orgánico o funcional a los tejidos.

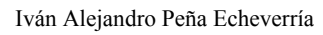
Multicéntrico. Que posee varios centros.

Patognomónico. Dícese de lo específicamente distintivo de una enfermedad o condición patológica; signo o síntoma por el cual puede establecerse un diagnóstico.

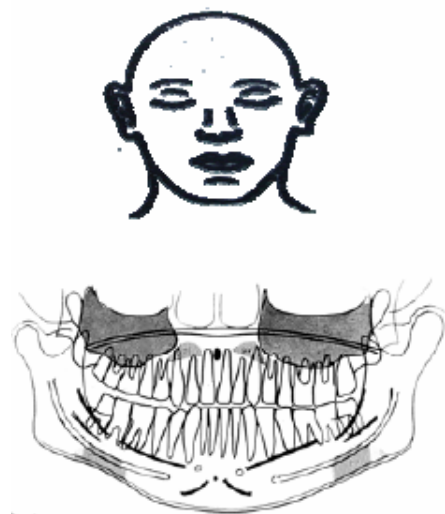
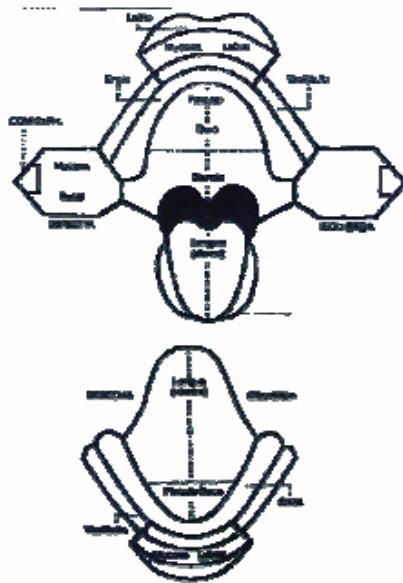
Prevalencia. Número de casos de una enfermedad que están presentes en una población determinada en un momento dado.

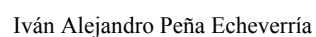
Variación de lo normal. Desviación de los caracteres típicos a los que pertenece un sujeto.

Vitropresión. Presión ejercida con un vidrio o plástico transparente aplicada a la piel, que sirve como medio auxiliar de diagnóstico; comúnmente empleado en dermatología para descubrir coloraciones cutáneas anormales que pudieran estar ocultas por la hiperemia.



EXPEDIENTE: _____
 EDAD: _____
 GÉNERO: _____
 DIAGNÓSTICO: _____
 AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO: _____
 TOMA DE BIOPSIA: SI _____ NO _____
 LOCALIZACIÓN: _____
 CLÍNICA PERIFÉRICA: _____





BASE DE DATOS

72



Anexo 3 DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	CODIFICACIÓN
1) No. DE EXPEDIENTE	No. personalizado asignado a cada paciente. A cada clínica corresponde un código.	Águilas: 52000-53999 Aragón: 56000-57999 Azcapotzalco: 60000-61999 Oriente: 62000-65999 Milpa Alta: 66000-69999 Venustiano Carranza: 70000-70999 y 80000-80999 Padierna: 70000-71999 Vallejo: 74000-76999 Xochimilco: 01001-29014
2) EDAD	Duración de la existencia de un individuo medida en unidades de tiempo. (años)	Correspondiente al número de años
3) GÉNERO	Categoría a la que se asigna a un individuo según el sexo al que pertenece.	1 Femenino 2 Masculino 3 No determinado
4) AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	Aquellos elementos que sirven para establecer un diagnóstico	1.0 Radiografía 1.1 Dentoalveolar 1.2 Oclusal 1.3 Panorámica 1.4 Bite-wing 1.5 Lateral 1.6 A-P 1.7 P-A 1.8 Transfaríngea 1.9 Otra 2.0 Estudios de gabinete 2.1 Biometría hemática 2.2 Química sanguínea 2.3 Exudado 2.4 Otra 3.0 Otros 4.0 Negativo



5) TOMA DE BIOPSIA	Biopsia.- Extirpación de una muestra de tejido vivo para su estudio en laboratorio.	1.0 Positivo 1.1 Incisional 1.2 Excisional 1.3 Punch 1.4 Aspiración 1.5 Brush 1.6 Otra 2.0 Negativo
6) LOCALIZACIÓN	Zona en donde se encuentra presente la alteración y/o lesión	1 Labios 2 Comisuras 3 Mucosa labial 4 Mucosa yugal 5 Encía anterior 6 Encía posterior 7 Paladar duro 8 Paladar blando 9 Piso de boca 10 Lengua-dorso 11 Lengua- bordes 12 Lengua-vientre 13 Istmo 14 Proceso alveolar superior 15 Proceso alveolar inferior 16 Maxila 17 Mandíbula-cuerpo 18 Mandíbula-rama 19 Órganos dentarios 20 Zona peribucal 21 Piel 22 Toda la cavidad 23 Otra



7) Diagnóstico

200 (ALTERACIONES Y/O LESIONES INFLAMATORIAS)

VARIABLE ALTERACIÓN O CONDICIÓN	DEFINICIÓN DE VARIABLE	CODIFICACIÓN
Candidiasis	a) PSEUDOMEMBRANOSA.-Infección por <i>Candida albicans</i> que consiste en placas blandas, cremosas, de epitelio descamativo que contiene numerosos micelios enmarañados sobre la mucosa eritematosa que se elimina fácilmente. b) ATRÓFICA.- Infección por <i>Candida albicans</i> en la cual la mucosa está adelgazada, lisa y de color rojo brillante con síntomas de ardor y aumento de sensibilidad; normalmente en el paladar asociada al uso de prótesis. c) HIPERPLÁSICA.- Infección por <i>Candida albicans</i> que consiste en placas o pápulas blancas sobre un fondo eritematoso que contiene hifas.	201-a 201-b 201-c
Mucocele	Tumefacción tisular formada por moco acumulado tras escapar al tejido conjuntivo a partir de un conducto excretor roto.	202
Glositis romboidea media	Placa eritematosa alargada y asintomática de mucosa atrófica de la superficie dorsal media de la lengua, debida a infección por <i>Candida albicans</i> .	203
Psoriasis	Desorden crónico inflamatorio de la piel con fuerte carga genética	204
Síndrome de boca dolorosa	Condición compleja de sensación quemante y dolorosa que tiene lugar en los labios, lengua y algunas zonas de la mucosa bucal sin razón aparente. El desorden ha sido asociado a una gran variedad de condiciones; las cuales incluyen: menopausia, problemas psicológicos, deficiencias nutricionales. Estudios más recientes han reportado que la posible causa podría ser por disfunción o daño neurálgico.	205
Síndrome de Sjögren	Grupo de enfermedades autoinmunes con marcada predilección por mujeres, cuyo componente más llamativo es un intenso proceso autoinmune mediado por linfocitos T en glándulas salivales y lagrimales.	206
Xerostomía	Falta en la producción normal de saliva	207
Papiloma	Proliferación papilar exofítica benigna del epitelio plano estratificado.	208
Odontalgia	Dolor agudo de los órganos dentarios	209
Hiperplasia fibrosa	Hiperplasia del tejido conjuntivo fibroso que surge como respuesta a una irritación crónica en la que se observa abundante elaboración de colágeno, por lo que semeja tejido cicatricial.	210
Granuloma periférico de células gigantes	Lesión de células gigantes; se origina a partir de la membrana periodontal en forma de nódulo de color rojo-púrpura formado por células gigantes multinucleadas en un fondo de células mononucleadas y eritrocitos.	211
Trombocitopenia	Disminución del número de plaquetas circulantes.	212
Tatuaje por amalgama	Implantación accidental de compuestos de plata en el tejido conjuntivo mucoso, dando coloración negra-gris permanente.	213



Sialolito	Estructura calcificada dentro de un conducto	214
Liquen plano	Enfermedad cutánea frecuente en cavidad oral, manifestándose en forma de lesiones reticulares blancas, placas o lesiones erosivas con gran respuesta de linfocitos T.	215
Queratosis friccional	Capa de estrato córneo engrosada constituida por orto o para queratina, ocasionada por fricción en la mucosa	216
Lengua depapilada	Pérdida o atrofia de las papilas linguales asociada generalmente a deficiencias nutricionales.	217
Lengua saburral	Lengua edematosa recubierta por espesa capa blanquecina.	218
Hematoma	Colección de sangre que se establece en el seno de los tejidos y los disocia.	219
Úlcera traumática	Lesiones traumáticas dentro de la mucosa bucal, que pueden ser agudas o crónicas; siendo resultado de accidentes.	220
Herpes simple	Vesículas visibles llenas de líquido que se rompen, forman úlceras y se resuelven en forma de lesiones costrosas color pardo	221
Neuralgia del trigémino	Síndrome doloroso del nervio trigémino no referible a alteraciones anatómicas, sin causa aparente	222
Telangiectasia	Desorden vascular asociado con el sangrado	223
Petequia	Mancha pequeña en la piel, debida a efusión interna de sangre.	224
Fisura	Surco, dobles o hendidura que puede ser normal o anormal	225
Mordiscatum bucarum	Mucosa mordisqueada	226
Granuloma piógeno	Proliferación reactiva de crecimiento rápido de las células endoteliales, frecuente en las encías, generalmente en respuesta a una irritación crónica.	227
Estomatitis nicotínica	Cambio de color blanco difuso del paladar y/o de la mucosa bucal causado por una combinación de hiperqueratosis y acantosis, que contiene frecuentemente múltiples nódulos umbilicados pequeños; presentes en grandes fumadores.	228
Penfigoide	Trastorno descamativo de las mucosas en el cual la reacción autoinmune se produce a nivel de la membrana basal y suele afectar a las encías antes de extenderse a otras localizaciones.	229
Granuloma central de células gigantes	Tipo más frecuente de lesión de células gigantes; se origina a partir del periostio en forma de nódulo de color rojo-púrpura formado por células gigantes multinucleadas en un fondo de células mononucleadas y eritrocitos.	230
Reacción liquenoide	Presencia de lesiones similares a las del liquen plano, principalmente en la mucosa bucal, asociadas con la ingesta de fármacos.	231
Mononucleosis infecciosa	Enfermedad infecciosa de los linfocitos B causada por el virus de Epstein- Barr y que produce intensa leucocitosis mononuclear.	232
Lengua pilosa	Aumento de volumen en el tamaño de las papilas laterales de la lengua	233
Erosión	Lesión provocada por una herida que afecta sólo los estratos superficiales de la epidermis y cura rápidamente	234
Infección crónica	Proceso morboso provocado por agentes vegetales, animales o virus al penetrar al organismo de tiempo de evolución pronunciado	235



Verruga	Hiperplasia epitelial papilar focal que contiene comúnmente células coilocíticas del VPH-2 o el VPH-6; se presenta frecuentemente en manos y en la cara anterior de la boca en niños.	236
Ránula	Tumor blando, lleno de un líquido glutinoso, que suele formarse debajo de la lengua.	237
Hiperplasia epitelial focal (enf. de Heck)	Áreas múltiples, papilares o sésiles, de hiperplasia epitelial de la mucosa oral, en pacientes jóvenes de poblaciones específicas aisladas que con frecuencia regresa espontáneamente; el epitelio es intensamente acantósico y contiene coilocitos, así como VPH-13 y VPH-32.	238
Parálisis facial	Abolición de la fuerza y motilidad voluntaria como consecuencia de una supresión funcional del sistema motor en cualquier punto de su curso.	239
Queilitis angular (boqueras)	Fisuras bilaterales sintomáticas de los ángulos de la boca, frecuentemente en pacientes con infección por <i>Candida albicans</i> en otras partes de la boca y suelen acentuarse cuando se cierra la boca firmemente; requieren tratamiento con medicación antifúngica.	240
Quiste periapical	Quiste odontógeno de origen inflamatorio que es precedido por un granuloma periapical crónico y estimulación de los restos de Malassez presentes en la membrana periodontal.	241
Granuloma Periapical	Lesión de origen inflamatorio crónica en la zona periapical de los órganos dentarios involucrados	242
Condiloma	Áreas focales múltiples, papilares o sésiles, de hiperplasia epitelial de las mucosas genital y oral que contienen coilocitos y VPH-6 o VPH-11 y son difíciles de erradicar.	243
Lupus eritematoso sistémico	Trastorno inflamatorio crónico de la piel, el tejido conjuntivo y órganos internos específicos, asociado con anticuerpos circulantes frente al ADN y otras proteínas nucleares asociadas al ARN, causante de lesiones en la mucosa bucal y erupciones eritematosas en la piel expuesta al sol.	244
Impétigo	Erupciones pustulosas agudas de la piel peribucal de los niños con escasa higiene, en las cuales <i>Staphylococcus aureus</i> es el más común.	245
Osteitis condensante	Inflamación de hueso con reducción de los espacios medulares	246
Léntigo	Mácula pigmentada pequeña y circunscrita rodeada de piel de apariencia normal.	247
Pénfigo vulgar	Trastorno descamativo de la mucosa oral y la piel en el cual diversos anticuerpos reaccionan contra componentes antigénicos de los desmosomas de las células intermedias, destruyéndolos y produciendo una separación epitelial por encima de la capa de células basales.	248
Sialometaplasia necrotizante	Trastorno espontáneo, de etiología desconocida que afecta habitualmente el paladar, en el cual se necroza una amplia zona del epitelio, el tejido conjuntivo subyacente y las glándulas salivales menores asociadas, mientras que los conductos sufren una metaplasia epidermoide.	249
Dermatitis atópica	Estado inflamatorio agudo de la piel de etiología idiopática.	250
Amigdalitis	Infección por grupo de estreptococos grampositivos en su mayoría anaeróbios.	251
Queilitis pruriginosa	Lesión papular en comisuras	252
Hiperplasia papilar inflamatoria	Zona de cambios titulares reactivos en el paladar, con aspecto de frambuesa con múltiples nódulos eritematosos.	253



Leucoplasia pilosa	Placas blancas en los bordes laterales de la lengua con tendencia a formar pliegues lineales verticales; se encuentra en etapa de latencia en pacientes infectados por el VIH, presentando el epitelio engrosado una zona superior de células claras (coilocitos), la mayoría de las cuales contienen virus de Epstein-Barr.	254
Sialolitiasis con sialoadenitis	Presencia de una o más estructuras calcificadas ovaladas o redondeadas (cálculos salivales) en el conducto de una glándula salival mayor o menor.	255
Equimosis	Mancha lívida, negruzca o amarillenta de la piel o de los órganos internos, que resulta de la sufusión de la sangre a consecuencia de un golpe, de una fuerte ligadura o de otras causas	256
Queratosis seborréica	Capa de estrato córneo engrosada constituida por orto o para queratina, afectando las glándulas	257
Fibrosis	Formación patológica de tejido fibroso.	258
Celulitis	Tumefacción dolorosa del tejido blando de la boca y cara resultante de una propagación difusa de exudado purulento a lo largo de los planos fasciales que separan los fascículos musculares.	259
Secuestro de erupción	Espículas de tejido calcificado que se expulsan a través de la erupción	260
Laceración	Lesión de la piel que con objeto cortante	261
Hipercementosis	Depósitos excesivos de cemento en un diente	262
Linfadenopatía	Afectación de los ganglios linfáticos.	263
Neurodermatitis	Dermatosis más bien frecuente, caracterizada por manchas de límites difuminados y piel engrosada y rugosa a la palpación, con acentuación de lo normal cuadrícula en mosaico (cutis liquenificado).	264
Queratosis nicotínica	Hiperqueratosis inducida por fumar cigarrillos.	265
Gingivostomatitis herpética	Forma clínica rara de una infección inicial por herpes simple en la cual existen úlceras superficiales múltiples por todas las superficies queratinizadas y glandulares intraorales, acompañadas de síntomas sistémicos con fiebre, linfadenopatías y mialgias.	266
Osteoradionecrosis	Forma aguda de osteomielitis con formación de secuestro debida a una grave lesión por radiación de los vasos sanguíneos intraóseos, que predispone a infecciones refractarias y necrosis, especialmente frecuente en la mandíbula.	267
Sarcoidosis	Enfermedad crónica que afecta a la piel, mucosas, glándulas salivales, pulmones y otros órganos, consiste en múltiples granulomas epitelioides no caesificantes y fibrosis de los tejidos adyacentes.	268
Estomatitis aftosa recurrente	Enfermedad frecuente en humanos; es la afección más frecuente en mucosas, afecta a aproximadamente del 15 al 20% de la población mundial. Se asocia también a síndrome de Behcet.	269
Úlcera aftosa	Lesiones superficiales dolorosas, múltiples y raras, que aparecen en episodios de duración prolongada y afectan mucosas.	270
Osteomielitis	Proceso inflamatorio en el hueso medular (trabecular) que involucra los espacios medulares.	271
Parotiditis	Enfermedad viral causada por virus ARN de la familia paramyxovirus, conocido como	272



	paperas.	
Enfermedad de Crohn	Trastorno de mala absorción gastrointestinal crónica asociado a la presencia de estomatitis aftosa.	273
Tuberculosis	Infección granulomatosa crónica de los pulmones causada por mycobacterium tuberculosis, la cual se extiende por medio de aerosoles; puede asociarse con úlceras orales crónicas y/o ganglios linfáticos nasofaríngeos y cervicales aumentados de tamaño.	274
Queilitis actínica	Edema de los labios	275
Disfunción de ATM	Alteración en la fisiología de la articulación temporomandibular.	276
Molusco contagioso	Enfermedad infecciosa altamente contagiosa	277
Fístula	Elevación circunscrita de color blanco en el centro (contenido purulento) rodeado aro eritematoso, resultado de infección crónica, localizada en la encía a la altura de la zona periapical de los órganos dentarios involucrados	278

**300 (ALTERACIONES Y/O LESIONES NEOPLÁSICAS)**

VARIABLE ALTERACIÓN O CONDICIÓN	DEFINICIÓN DE VARIABLE	CODIFICACIÓN
Leucoplasia	Término clínico usado para designar aquellos trastornos de las mucosas que dotan a éstas de una coloración más blanca de lo normal. Placa blanca situada sobre la mucosa bucal que no se desprende ni puede ser clasificada como ninguna otra enfermedad.	301
Hemangioma cavernoso	Proliferación de canales vasculares grandes que aparecen generalmente en niños; dichas lesiones presentan evolución clínica muy variable. Pueden estar presentes al nacer o manifestarse durante la primera infancia.	302
Carcinoma epidermoide	Neoplasia maligna del epitelio plano estratificado que puede producir proliferación destructiva local y metástasis a distancia.	303
Ameloblastoma	Neoplasia del epitelio odontógeno agresiva localmente que tiene un amplio espectro de patrones histológicos que se asemejan a la odontogénesis temprana.	304
Xantoma	Acumulación cutánea de sustancias lipídicas, como el colesterol, en forma de placas o nódulos de color amarillento	305
Adenoma pleomorfo	Tumor benigno de la glándula salival más frecuente compuesto fundamentalmente por una proliferación de células mioepiteliales y por un amplio espectro de componentes del tejido epitelial y mesenquimal, rodeado por una nítida capa fibrosa	306
Carcinoma basocelular	Lesión maligna frecuente de la piel, localmente destructiva, no metastizante, constituida por agrupaciones medulares de células basaloideas.	307
Mieloma múltiple	Neoplasia diseminada de linfocitos B diferenciados o células plasmáticas, localizado en hueso.	308
Carcinoma verrucoso	Forma distinta, difusa, papilar, superficial y no metastatizante del carcinoma epidermoide bien diferenciado.	309
Leucemia	Leucocitos malignos circulantes originados en la médula ósea a los ganglios linfáticos.	310
Osteoma	Excrecencia nodular exofítica de hueso cortical denso sobre o dentro de la mandíbula o maxila en localizaciones distintas a las ocupadas por los torus o exostosis	311
Lipoma	Neoplasia benigna de células adiposas normales que aparece como una tumefacción blanda y móvil, generalmente de coloración amarilla.	312
Tumor de células granulares	Masa submucosa consistente en capas difusas de células grandes de origen nervioso o muscular con el citoplasma repleto de gránulos eosinófilos (cuerpos lisosomales), localizado habitualmente en la superficie dorsal de la lengua.	313
Dermatofibroma	Fibroma localizado en piel	314
Mixoma	Lesión intraósea agresiva derivada del tejido conjuntivo embrionario asociada con la odontogénesis y constituida principalmente por una sustancia fundamental mucóide con células mesenquimales fusiformes indiferenciadas ampliamente dispersas.	315
Fibroma osificante periférico	Neoplasia benigna periférica derivada del tejido conjuntivo de origen odontógeno que	316



	contiene islotes y hebras ampliamente dispersas de epitelio odontógeno embrionario; así como calcificaciones.	
Lesión fibro-ósea benigna	Conjunto de lesiones intraóseas no neoplásicas que reemplazan el hueso normal y están formadas por un tejido conjuntivo fibroso celular dentro del cual se forman estructuras óseas no funcionales.	317
Odontoma	Lesión habitualmente hamartomatosa que suele encontrarse sobre dientes no erupcionados; contiene esmalte, dentina, pulpa y cemento en formas reconocibles de diente (odontoma compuesto) o bien una masa nudosa sólida (odontoma complejo)	318
Cistadenoma papilar linfomatoso	Lesión benigna de las glándulas salivales, con un potencial de crecimiento limitado, que afecta sobre todo a la cola de la glándula parótida y está formado por espacios quísticos con proyecciones intraluminales, revestidos por una doble capa de células cilíndricas eosinófilas; presenta abundante tejido linfoide en el tejido conjuntivo subyacente.	319
Hemangioma capilar	Proliferación de canales vasculares pequeños que aparecen generalmente en niños; dichas lesiones presentan evolución clínica muy variable. Pueden estar presentes al nacer o manifestarse durante la primera infancia.	320
Hemangiolinfangioma	Acumulación sanguínea en vasos linfáticos.	321
Fibroma verdadero	Neoplasia benigna periférica derivada del tejido conjuntivo de origen odontógeno que contiene islotes y hebras ampliamente dispersas de epitelio odontógeno embrionario; así como calcificaciones.	322
Linfocitoma	Aumento de volumen en los linfocitos	323
Carcinoma in situ	Estadio mas grave de la displasia epitelial, que afecta a todo el espesor del epitelio, permaneciendo intacta la membrana basal epitelial.	324
Neuroma traumático	Proliferación nodular dolorosa del nervio y del tejido fibroso de la vaina nerviosa, resultante del inútil intento de las fibras nerviosas de reunirse con la porción distal seleccionada.	325
Exostosis	Excrecencia nodular exofítica de hueso cortical denso localizada generalmente en el hueso alveolar maxilar o mandibular por lo general en área de molares o premolares.	326

**400 (ALTERACIONES DEL DESARROLLO)**

VARIABLE ALTERACIÓN O CONDICIÓN	DEFINICIÓN DE VARIABLE	CODIFICACIÓN
Fusión	Unión de dos primordios dentales contiguos por medio de la dentina durante el desarrollo, normalmente separados.	401
Lengua geográfica (glositis migratoria benigna)	Aparición de placas eritematosas, múltiples, hipersensibles e irregulares en la lengua, con bordes blancos y arqueados que aumentan y cambian de forma a diario.	402
Pigmentación fisiológica	Pequeñas áreas fisiológicas o reactivas de las superficies mucosas, planas, color marrón, causadas por aumento de la producción de gránulos de melanina, pero no en el número de melanocitos.	403-a máculas melánicas 403-b melanosis racial
Torus	Excrecencia no neoplásica redondeada, con superficie lisa, de hueso nodular denso que se encuentra en línea media del paladar y en las superficies linguales de la mandíbula.	404-a palatino 404-b mandibular
Varices linguales	Lesión elevada, blanda, de color azul-morado propia de la edad particularmente encontrada en personas de la tercera edad.	408
Melanosis del fumador	Pigmentaciones maculares del tejido oral, parduzcas y de forma irregular, asociadas a tabaquismo prolongado.	409
Nevo	Lesión congénita de la piel o las mucosas, benigna, exofítica, habitualmente pigmentada, constituida por acumulo focales de melanocitos. Según su localización se clasifican en intradérmicas (mucosas), de unión o compuestas; existiendo una variante generalmente en paladar duro, denominado nevo azul	410-a Intradérmico 410-b Unión 410-c Compuesto 410-d Azul
Cúspide espolonada	Cúspide supernumeraria observada típicamente en la cara lingual de los incisivos laterales superiores	411
Quiste dermoide	Quiste de la línea media de la parte superior del cuello o de la parte anterior del suelo de la boca, que aparece en pacientes jóvenes y deriva de restos de piel embrionaria, conteniendo anexos cutáneos.	412
Quiste dentígero	Quiste odontógeno que rodea la corona de un diente impactado.	413
Lengua fisurada	Lengua con presencia de surcos en la parte dorsal	414
Dentinogénesis imperfecta	Defecto hereditario que consiste en dientes opalescentes constituídos por dentina formada irregularmente e hipomineralizada que oblitera los conductos radiculares.	415
Quiste óseo solitario (cavidad de Stafne)	Concavidad que aparece en el desarrollo de la cortical lingual de la mandíbula, generalmente situada en el área del tercer molar, suele estar situada por debajo del conducto dentario inferior.	416



Agranulocitosis congénita	Disminución importante del número de granulocitos circundantes, especialmente neutrófilos.	417
Perlas de Epstein	Proyecciones de esmalte a través de la encía.	418
Leucoedema	Acúmulo de líquido en las células epiteliales de la mucosa bucal	419
Incontinentia pigmento	Afección cutánea muy rara que se manifiesta después del nacimiento por la aparición de ampollas y de lesiones, sobre todo en los dedos, con aspectos de verrugas y luego de franjas pigmentadas en el tórax y en los miembros.	420
Estomatitis geográfica	Aparición de placas eritematosas, múltiples, hipersensibles e irregulares en la mucosa bucal, con bordes blancos y arqueados que aumentan y cambian de forma a diario.	421
Nódulo linfático ectópico	Acumulación accesoria de tejido tiroideo que suele ser funcional, situada en la parte posterior del cuerpo de la lengua	422
Queratoquiste	Quiste derivado de los restos de la lámina dental, con un comportamiento biológico similar al de una neoplasia benigna, revestimiento característico de seis a diez células de espesor y una capa basal de células en empalizada junto con una superficie de queratina arrugada.	423
Diente impactado	Dientes que siguen formándose dentro del hueso pero fracasan en el proceso de erupción.	424
Quiste nasolabial	Quiste embrionario del tejido blando del pliegue mucobucal anterior, situado debajo del ala de la nariz.	425
Quiste sebáceo	Quiste con presencia de productos excretores	426
Quiste óseo aneurismático	Lesión rara localizada principalmente en la parte posterior de la mandíbula y la maxila con rasgos clínicos similares a la lesión central de células gigantes; contiene numerosos espacios grandes llenos de sangre separados por tabiques de tejido conjuntivo que contienen tejido de células gigantes.	427
Atrofia hemifacial	Afección caracterizada por la disminución progresiva de un lado de la cara.	428
Parestesia	Trastorno subjetivo de la sensibilidad que consiste en la percepción de sensaciones anormales en una zona más o menos limitada del cuerpo; dichas sensaciones no aparecen por estimulación objetiva, sino a causa de irritación e una de las vías o de los centros nerviosos del sistema sensitivo.	429
Defecto de cierre de suturas palatinas	Defecto del desarrollo del paladar caracterizado por ausencia de fusión completa de las dos crestas palatinas, produciéndose comunicación con la cavidad nasal.	430
Nevo blanco esponjoso	Trastorno hereditario autosómico dominante en el cual la mucosa oral es blanca y está engrosada y plegada.	431
Quiste braquial	Quiste linfopitelial extraordinariamente grande localizado en la cara lateral del cuello	432
Quiste de erupción	Quiste odontogénico con características histológicas de un dentígero, rodea la corona de un diente que ha hecho erupción a través del hueso, pero no del tejido blando.	433
Retardo de la erupción	Retraso en la aparición de los dientes temporales y/o permanentes en relación con el intervalo de edad normal.	434
Mesiodens	Diente supernumerario más frecuente localizado entre los incisivos centrales superiores.	435
Diente retenido	Diente aislado que no llega a la erupción.	436
Quiste residual	Quiste que permanece en el espacio ocupado por un diente extraído.	437



Displasia ectodérmica anhidrótica	Trastorno generalizado hereditario recesivo ligado al cromosoma X, con características de defecto del desarrollo de las estructuras derivadas del ectodermo.	438
Microdoncia	Uno o más dientes cuyo tamaño es inferior al normal	439
Macrodoncia	Uno o más dientes cuyo tamaño es mayor al normal	440
Anodoncia	Ausencia congénita de todos los dientes.	441
Hipodoncia / Agenesia	Ausencia congénita de uno o más dientes	442
Dientes natales / neonatales	Dientes temporales que han hecho erupción al nacimiento / temporales que hacen su erupción durante los primeros 30 días	443
Dislaceración	Incurvación o angulación pronunciada de la porción radicular de un diente	444
Taurodontismo	Molar con una corona alargada y situada en posición apical respecto a la bifurcación de las raíces, que da como resultado una cámara pulpar coronal rectangular de tamaño mayor que el normal.	445
Diente invaginado	Anomalía del desarrollo en el cual un área focal de la corona de un diente está plegada hacia dentro; pudiendo generar un dens in dente	446
Diente evaginado	Anomalía del desarrollo en la cual un área focal de la corona se proyecta hacia fuera y produce lo que parece ser una cúspide adicional	447
Geminación	Corona conformada anormalmente cuya anchura es excesiva debido al desarrollo de dos coronas a partir de un sólo primordio dental	448
Concrescencia	Unión de las raíces por medio del cemento de dos o más dientes.	449
Hipoplasia del esmalte	Hipomineralización de uno o varios órganos dentarios	450
Amelogénesis imperfecta	Defectos hereditarios de la función de los ameloblastos y de la mineralización de la matriz del esmalte que produce dientes con múltiples anomalías generalizadas que afectan sólo al esmalte	451
Displasia de la dentina	Defecto hereditario de la formación de dentina en el cual la dentina coronal y el color del diente son normales; la dentina de la raíz es anormal con un patrón nudoso y raíces acortadas.	452
Fositas labiales congénitas	Defectos del desarrollo que pueden involucrar la parte paramedial del bermellón del labio inferior	453
Anquiloglosia	Falta de movilidad normal de la lengua causada por la presencia de tejido fibroso anormal entre la superficie ventral de la lengua y el piso de boca.	454
Macroglosia	Trastorno que puede ser congénito o secundario en donde la lengua es mayor a su tamaño normal.	455
Gránulos de Fordyce	Acúmulos de glándulas sebáceas que aparecen en diversas localizaciones dentro de la cavidad oral.	456
Supernumerario	Órgano dentario extra al número normal de dientes en cavidad bucal	457

80-86



VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	CODIFICACIÓN
8) CLÍNICA DE PROCEDENCIA	Clínica periférica de donde proviene	1) Águilas 2) Aragón 3) Azcapotzalco 4) Oriente 5) Milpa Alta 6) Venustiano Carranza 7) Padierna 8) Vallejo 9) Xochimilco



TABLA 9: RESULTADOS

	PAÍS	UNIVERSO Y MUESTRA	GÉNERO		RANGO DE EDAD	5 ALTERACIONES Y/O LESIONES MÁS FRECUENTES
			Femenino	Masculino		
SHULMAN J.D. (2005)	USA	U= 10030 M= 976	5098	4934	RE: 2-17 años	<i>Mordiscatum buccarum</i> (1.89%), Estomatitis aftosa recurrente (1.64%), nevo (1.54%), herpes labial recurrente (1.42%) y lengua geográfica (1.05%).
Mumcu G. (2003)	Estambul Turquía	U= 765 M= 765	375	390	RE: 5-95 años M: 31.1 años	Máculas melánicas (6.9%), lengua fisurada (5.2%), estomatitis protésica (4.3%), varices linguales (4.1%) lengua pilosa (3.8%).
Avcu N. (2003)	Ankara Turquía	U= 5150 M= ---	2837	2313	RE: 13-83 años M: 36.2 años	Lengua pilosa (5.9%), lengua crenada (23.3%), lengua fisurada (20.5%), atrofia papilar (2.5%).
Espinoza I. (2003)	Santiago Chile	U= 889 M=---	551	338	RE: 65-74 años M:---	Estomatitis protésica (22.3%), hiperplasia irritativa (9.4%), varicosidades (9%), lesiones pigmentadas (4%), úlceras traumáticas (3.5%)
Tecozautla O. (2003)	UNAM México	U=500 M= 488	305	183	RE: 11 meses a 83 años M:41.0 años	Hiperplasia fibrosa (7.9%), mucoccele (5.2%), absceso (4.0%), granuloma piógeno (3.8%), papiloma (3.4%)
Jainkittivong A. (2002)	Chulalongkorn Thailandia	U=500 M=500	306	194	RE: 60 a > 70 años M: 67.5 años	Varices linguales (59.6%), lengua fisurada (28.0%), úlcera traumática (15.6%), atrofia de las papilas (8.2%) estomatitis protésica (7.2%).
García M. (2002)	Oviedo España	U= 753 M=308	387	366	RE: 30-80 años M:---	Queratosis friccional (7.5%), úlcera traumática (7.1%), estomatitis protésica y candidosis pseudomembranosa (6.5%), máculas melánicas (5.8%), hiperplasia por uso de dentadura (5.2%).
Gaitán L. (2002)	México	U=48 M=---	20	28	RE: 8-151 meses	Candidosis (20.8%), periodontitis/gingivitis (4.2%), herpes simple (2.1%), agrandamiento de la parótida (2.1%)
Nava M.	UNAM	U= 407	387	273	RE: 2 meses	Hiperplasia fibrosa (7.9%), aftas recurrentes



(2001)	México	M= 393			a 90 años M:41.48 años	(5.8%), candidiasis (5.0%), gránulos de Fordyce (4.3%), queratosis friccional (3.7%).
Vörös T. (2001)	Budapest Hungria	U=1017 M=357	495	522	RE: 1-14 años M:---	Lengua fisurada (29.20%), lengua geográfica (5.70%), anquiloglosia (0.80%), atrofia de papilas centrales (0.78%), lengua crenada (0.68%),
Campisi G. (2000)	Pantelleria Italia	U= 180 M=118	—	118	RE: 40-84 años M: 58.79	Lengua saburral (51.4%), leucoplasia (13.8%), lesiones traumáticas (9.2%), candidiasis (7.3%), lengua fisurada (5.5%).
Kovac M. (1999)	Ljubjana Eslovenia	U= 1609 M=555	292	263	RE: 25-75 años M:-----	Gránulos de Fordyce (49.7%), lengua fisurada (21.1%) várices linguales (16.2%), herpes labial (16.0%), historia de aftas recurrentes (9.7%).
AXÉLL T. (1998)	Malaysia Thailand	U= 267 M=267	-	-	M: 33.8 años	Gránulos de Fordyce (61.6%), leucoedema (29.6%), úlceras aftosas recurrentes (26.4%), lengua geográfica (9.6%) y lengua plicada (8.8%).
Rosa E. de la (1998)	México	U= 529 M= 472	333	139	RE: 20-91 años M: 42.7 años	Queratosis friccional (26%), mácula melanótica (16%), aumento tisular con causa aparente (9.6%), xerosquelia (9.2%).
Beltrán B. (1997)	México	U= 83 572 M=1119	669	450	RE: 14-67 años M:---	Ameloblastoma (29.16%), mixoma (16.66%), fibroma odontogénico (16.66%), cementoblastoma (8.33%), fibroma ameloblástico (8.33%).
Mosqueda A. (1997)	México	U= 349 M=---	193	154	RE: 3-79 años M:---	Odontoma (34.6%), ameloblastoma (23.7%), myxoma (17.7%), tumor odontogénico adenomatoide.
Arendorf T.M. (1996)	Town Cape Sudáfrica	U= 1051 M=347	515	536	RE: 18 meses-80 años M: 32.5 años	Queilitis angular (15.1%), fositas labiales congénitas (9.6%), lesiones traumáticas (2.5%), lengua geográfica (1.6%), abscesos dentoalveolares (1.1%).
Ovalle W. (1996)	México	U=1047 M= 300	395	352	RE: 1-90 años M:---	Granuloma periapical (9.84%), quiste periapical (5.64%), fibroma (2.87%), proceso inflamatorio crónico inespecífico (2.67%), quiste dentígero (2.48%)
Taiyeb T.B.	Klang	U=486	55%	45%	RE:60-105	Lesiones en lengua (10.7%), lesiones



(1995)	Malasia	M=111			años M:69.1 años	pigmentadas (4.9%), leucoplasias (4.3%), úlceras (2.9%), lesiones relacionadas con el uso de prótesis (2.5%).
Zain R.B. (1993-1994)	Malasia	U= 11 707 M= 1131	59.8%	40.2%	RE: 25- 115 años M: 44.5 años	Estomatitis protésica (33.5%), <i>mordiscatum bucarum</i> (16.0%), leucoplasia (9.6%), estomatitis nicotínica (4.9%), queilitis angular (3.9%).
Aguirre A. (1993)	UNAM México	U= 10050 M= 1680	65.83%	34.17%	RE: 18-86 años M: ---	Melanosis racial (48.8%), gránulos de Fordyce (42.7%) "lesiones friccionales blancas" (19.9%), hiperplasias fibrosas (8.9%), úlceras traumáticas (8.3%).
Díaz G. (1993)	UAEM México	U= 500 M= 500	357	143	RE: > 18 años M:---	Queratosis friccional (20.2%), "lesión roja traumática" (11.4%), pigmentación melánica (10.6%, fibroma (8.0%), hemangioma (5.6%).
Nair G.B. (1992-1993)	Hong Kong	U= 550 M= 78	43	35	RE: 2-60 años M: ---	Infección periapical (36%), mucocoele (10%), úlceras traumáticas (9%), linfadenopatía (7%), torus palatino (6%).
Ikeda N. (1991)	Kok Trop Camboya	U= 1319 M=	953	366	RE: 15-95 años M: ---	Liquen plano (24n) candidiasis (18 n), leucoplasia (14n), queilitis angular(6n), glositis inespecífica (3n).
Corbet E.F. (1991)	Hong Kong	U= 537 M= 193	---	---	RE: 65-74 años M:---	Varices linguales (7%), queratosis friccional (6%), estomatitis protésica (6%), hiperplasia fibrosa por uso de prótesis (5%).
Nevalainen M.J. (1990.1991)	Helsinki Finlandia	U=338 M= 128	247	91	RE: 76-86 años M:---	Inflamación por prótesis (25%), úlceras por prótesis (7%), lengua saburral (7%), queilitis angular (6%), varices linguales (4%).
Díaz G. (1991)	U. del Bajío México	U= 7297 M= 875	---	---	RE: 15-85 años M: 32.56	Queratosis friccional (2.37%), úlcera traumática (1.81%), candidiasis crónica atrófica (1.62%), hiperplasia fibrosa (1.43%), leucoedema (0.97%).
Jorge J. (1990)	Piracicaba Brasil	U= 270 M=159	136	134	RE: 65-84 años M:---	Estomatitis protésica (20.0%), hiperplasia fibrosa (11.8%), varices linguales (11.5%), queilitis angular (9.3%), pigmentación melánica (8.9%).
Sedano H. (1989)	México	U= 32 022 M=---	15549	16473	RE: 5-14 años	Lengua fisurada (5030), hipoplasia del esmalte (4631), pigmentos exógenos (3448), fosisitas



					M:---	labiales congénitas (1691), lengua geográfica (633).
Vigild M. (1987)	Dinamarca	U= 685 M=---	465	220	RE: 70-85 años M:---	Estomatitis protésica (197n), hiperplasia fibrosa por uso de prótesis (56n), queilitis angular (2n),
Rueda J. (1987)	México	U= 150 M=	110	40	RE: 53-110 años M: 77años	Aumento tisular con causa aparente (6.0%), liquen plano (5.3%), candidosis atrófica crónica (4.6%), leucoplasia (3.3%), queilitis angular (2.6%).
Bouquot J. (1986)	EUA	U= 26616 M= 2824	15139	8477	RE: 10-90 años M: 55.9	Leucoplasia (29.1%), torus palatino y mandibular (27.6%) inflamación o irritación (17.3%), fibroma por irritación (11.9%), gránulos de Fordyce (9.4%).
Hand J. (1986)	Iowa EUA	U=629 M=145	---	---	RE: 65-90 años M:---	Hiperplasia papilar inflamatoria(25%), <i>epullis fisuratum</i> (25%), mucositis crónica (20.5%), lesiones vasculares (20.5%), lesiones premalignas (17.9).