

Prevalencia de las lesiones en los tejidos blandos en la cavidad oral, en la clínica de diagnóstico del Colegio Odontológico Colombiano Sede Santiago de Cali. (2006-1)



***Colegio Odontológico Colombiano
Sede Santiago de Cali***

Autores:

Escobar A., Evelyn

Hoyos C., Mary L.

Salazar H., Olga N.

Atehortua F., Diana M.

Asesores Científico y metodológico

Amaya Sánchez, Sandra

Asesor estadístico

Mueses Marín, Héctor Fabio

Artículo producto de investigación como trabajo de grado para optar al título de profesional en Odontología.

Institución Universitaria Colegios de Colombia

Colegio odontológico colombiano - COC

Sede Santiago de Cali.

2006-5-30

PREVALENCIA DE LAS LESIONES EN LOS TEJIDOS BLANDOS EN LA CAVIDAD ORAL, EN LA CLINICA DE DIAGNOSTICO DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO, EXTENSION SANTIAGO DE CALI

Escobar A, Evelyn¹, Hoyos C, Mary Luz², Salazar H, Olga Nelly², Atehortua F, Diana Maria², Amaya, Sandra³, Mueses, Hector⁴

1Investigador principal, 2Estudiantes de X semestre. Colegio Odontológico Colombiano extensión Santiago de Cali, 3Asesor científico y metodológico, Periodoncista. 4Asesor estadístico, Estadístico.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia de las lesiones en los tejidos blandos de la cavidad oral en las personas que asisten a la clínica de diagnóstico del Colegio Odontológico Colombiano Extensión Santiago de Cali. **Materiales y métodos:** Se estudiaron 156 pacientes de 18 años en adelante, de los cuales 59 eran del sexo masculino y 97 del sexo femenino. El estudio se basó en la identificación, diagnóstico y determinación de la frecuencia con que se presentan las lesiones en los tejidos blandos de la cavidad oral en un grupo de pacientes que asisten a la clínica de diagnóstico del Colegio Odontológico Colombiano. A los pacientes que participaron se les explicó el procedimiento que se va a realizar, firmaron un consentimiento informado, luego se procedió a diligenciar una encuesta, se examinó intraoralmente al paciente con instrumental básico odontológico, para la identificación y diagnóstico del tipo de lesión que presenta. A los pacientes que presentaron lesiones se les pidió la colaboración para examinarlos intraoralmente y tomarles fotografía, después de haberles explicado el procedimiento y firmar el consentimiento informado. Es un estudio descriptivo – observacional, que incluye un grupo de 156 pacientes con aspectos sociodemográficos, pacientes sanos y comprometidos sistémicamente, los cuales fueron examinados durante el mes de Noviembre – 2005 y Enero – 2006. **Resultados:** Dentro de este grupo de pacientes 40 pacientes (25.6%), presentaron lesiones en los tejidos blandos de la cavidad oral con mayor frecuencia la Estomatitis subprotésica con 5.1% (n=8), Úlcera traumática con el 4.4% (n=7), Fibroma 2.6% (n=4), lesión blanca asociada a posible Leucoplasia 3.2% (n=5), las Úlceras aftosa se encontraron con un porcentaje de 1.9% (n=3), el Herpes Labial se encontró con 1.3% (n=2) lesión roja asociada a posible Eritroplasia con 0.6% (n= 1). **Conclusiones:** Se encontró lesiones en los tejidos blandos de la cavidad oral considerados premalignos como Leucoplasia, Eritroplasia y Úlceras Traumáticas. Para evitar la evolución de estas lesiones, el mejor tratamiento es

continuar con chequeos regulares y biopsias si es necesario para brindarle una mejor calidad de vida al paciente.

Palabras claves: Manifestaciones orales de enfermedades generales / leucoplasia / Diagnóstico bucal / Hábito de fumar.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to know the prevalence of the lesions in the soft tissues of the oral cavity in people that attend the clinic of diagnosis of the Colombian Odontologic School, Santiago de Cali extension. 156 patients were studied 18 year-old from now on, of which 59 were of masculine sex and 97 were of the feminine sex. The study was based on the identification, diagnosis and to determine with which frequency is presented the lesions in the soft tissues of the oral cavity in the patients that attend the clinic of diagnosis of the of the Colombian Odontologic school. The patients that attended these clinics are explained the procedure that will be carried out, they signed an informed consent, then you proceeded to obtain a survey, finished this part, one examines within the oral to the patient with basic odontologic instrumental, for identification and diagnosis of the lesion type that presents. To the patients that presented lesions they were requested the collaboration to examine them within the oral and to take them photographs, after having explained to them the procedure and to sign the informed consent. **Materials and methods:** Are an observational descriptive study that includes a group of 156 patients with aspects demography society, healthy patients and systematically committed, which were examined during the month of November - 2005 and January – 2006. **Results:** inside this group of patient, 40 patients (25.6%), they presented lesions in the soft tissues of the oral cavity with more frequency the denture stomatitis with 5.1% (n= 8), it ulcerates traumatic with the 4.4% (n= 7), fibroma 2.6% (n= 4), leukoplakia with the 3.2% (n=5), the aftosa ulcerate were found with a percentage of 1.9% (n= 3) the labial herpes was found with 1.3% (n= 2) and the eritoplakia with 0.6% (n=1). **Conclusions:** Lesions were found in

the soft tissue of the oral cavity; considered pre-malignant like Leukoplakia, Eritoplakia, and Ulcerates traumatic. To avoid the evolution of these lesions the best treatment to follow is with regular checkups and if it is necessary biopsies should be taken, in order to offer a better quality of life.

INTRODUCCIÓN

El odontólogo puede cumplir un papel de mucha importancia al detectar lesiones en cavidad oral pero se ha observado la falta de diagnostico de lesiones de tejidos blandos en cavidad oral por parte del profesional tal vez relacionado con factores inherentes como el desconocimiento de la importancia de su reconocimiento oportuno y falta de capacidad para llegar a establecer un diagnostico, esto es tal vez, a la importancia que se le ha dado a las estructuras dentarias llevando a un ultimo plano la inspección de las mucosas y estructuras diferentes a las dentarias como lengua, oro faringe y cadenas ganglionares.

Esta actitud debe ir cambiando ya que el odontólogo debe estar concientizado y preparado para reconocer que en la cavidad oral se puede presentar lesiones en los tejidos blandos y estructuras adyacentes que pueden ir desde manifestaciones de enfermedades sistémicas hasta lesiones capaces de establecer enfermedades tan comprometedoras con la vida del paciente como el cáncer.

Un factor desfavorable de la presencia de estas lesiones también es que el paciente las ignora ya que en muchos casos son asintomática en sus periodos iniciales. Por lo tanto, si no acostumbra a realizar controles de rutina con su odontólogo, la enfermedad seguirá avanzando.

Otras veces, el paciente es consciente de la lesión, pero se automedica o niega su existencia por temor a que en la consulta le confirmen su sospecha.

En la actualidad las personas están más expuestas a presentar alteraciones en la cavidad oral por factores como el tabaquismo, microorganismos, hábitos y manifestaciones orales de enfermedades sistémicas. En su mayoría el odontólogo no las identifica ni diagnostica, olvidando la importancia de estas lesiones en boca y su oportuno diagnostico y tratamiento.

Las lesiones que se presentan en la cavidad oral afectan a personas de cualquier edad, raza, género y nivel socioeconómico. Estas lesiones pueden ser de origen benigno o maligno y algunas de ellas son

muy importantes por ser consideradas lesiones premalignas.

Las lesiones premalignas como se sabe, existen en la mucosa bucal, lesiones potencialmente malignas, esto quiere decir, que tienen una posibilidad estadística de transformarse en cáncer. Dentro de estas lesiones encuentran la leucoplasia en sus diferentes presentaciones clínicas, las úlceras traumáticas, las queilitis crónicas y algunos nevos melánicos.

Estas lesiones ante la presencia de ciertos factores hacen que el paciente tenga un riesgo mayor de desarrollar un cáncer. Los principales factores de riesgo incluyen el hábito de fumar, el alcohol algún tipo de anemia (desnutrición), alteraciones del medio ambiente (contaminación química), prótesis dentales desadaptadas y estados de inmunosupresión, ya sea provocada como en los trasplantes o adquirida.

Cómo odontólogos, el saber manejar estas lesiones nos permite aprovechar la única oportunidad de salvar una vida.

Así de simple se puede tratar las lesiones en los tejidos blandos de la cavidad oral que tenían posibilidades de transformarse en cáncer o de eliminarse y evitar comprometer la vida del paciente.

Hay muchas formas de clasificar las lesiones de los tejidos blandos según su forma, color, tamaño, localización y etiología. Las lesiones intrabucales se presentan de modo general por algunas razones. Las lesiones pueden tener atrofia epitelial, aumento en el número de vasos sanguíneos en la mucosa o por extravasación sanguínea hacia los tejidos blandos, engrosamiento de la capa de queratina, acantosis epitelial.¹

Las lesiones blancas de la mucosa bucal obtienen su aspecto característico de la dispersión blanca a través de una superficie mucosa con alteraciones en las capas engrosadas de queratina, hiperplasia del estrato, edema intracelular de células epiteliales. Las consecuencias de las lesiones blancas son trastornos físico crónico, uso de tabaco, consumo de alcohol, anomalías genéticas, enfermedades mucocutáneas y reacciones inflamatorias.¹

Han sido descritas las características histológicas de normalidad de la mucosa lesiones blancas,

displasias, Carcinomasa, lesiones rojas pigmentadas y lesiones vesiculares.

El color normal de las mucosas variará por regiones anatómicas y estará influenciado por grosor y número de estratos celulares y por el grado de vascularidad; ésta, a su vez, determinada por el volumen y grosor de los vasos sanguíneos. La variedad

Histológica, registrará consecuentemente la gran variedad clínica. Las variaciones de la normalidad dependerán de lo que sea normal o típico en cada región bucal

Específica.

El enrojecimiento de los tejidos o eritema, estará determinado por diversas razones entre las que se encuentran de manera independiente o combinada:

A) Adelgazamiento o pérdida de la capa epitelial regional

B) Aumento del diámetro vascular (dilatación)

C) Aumento del número de vasos sanguíneos

D) Aumento de hemoglobina sanguínea.

E) Extravasación sanguínea.²

Se busca establecer el grado de frecuencia y el diagnóstico de las lesiones rojas y blancas en pacientes mayores de 18 años de edad, que asisten a la clínica de diagnóstico del Colegio Odontológico Colombiano.

Este estudio se realizó con el fin de evaluar la frecuencia con que se presentan las lesiones rojas y blancas en los tejidos blandos de la cavidad oral, con el fin de mejorar su identificación y establecer la importancia de su diagnóstico por parte de alumnos y docentes del Colegio Odontológico Colombiano Extensión Santiago de Cali.

De los 156 pacientes examinados 135 no se encuentran comprometidos sistémicamente y 21 de ellos fuman.

La leucoplasia ha sido definida como lesión predominantemente blanca que no puede ser caracterizada clínica o histopatológicamente.³

La etiología de la leucoplasia no ha sido bien definida, habiéndose sugerido como origen factores Intrínsecos y extrínsecos, entre los cuales se encuentran los siguientes: consumo de tabaco, alcohol, trauma o rose, problemas nutricionales y microorganismos.³

La prevalencia varía del 1% al 5%, la proporción es similar en ambos sexos y afecta principalmente a adultos mayores de 40 años. La leucoplasia ha sido reconocida como una lesión potencialmente

maligna, la tasa de transformación varía de 3 al 18 %.³

La Leucoplasia es una lesión blanca de la mucosa que no desprende al frotarse y no posee características de alguna otra enfermedad o *que* no se consideran parte de algún trastorno como liquen plano, candidiasis, lucodema o nevó esponjoso.

Clínicamente se asocia mucho su presencia a el hábito del cigarrillo y a respuesta a una irritación CRÓNICA, los sitios donde más se presentan actualmente es en mucosas vestibulares maxilares y mandibulares y lengua, siguiendo con paladar rebordes maxilares edentulos y labio inferior y aunque en muy baja incidencia se encuentran también en piso de boca y zona retromolar. Como es notorio esta lesión se puede presentar en cualquier sitio de la boca.

La irritación puede ser producto de asperezas en los dientes o en las prótesis dentales, obturaciones, coronas, etc. También puede ser causada por el CONSUMO DE TABACO (queratosis del fumador). Fumar con pipa constituye un alto riesgo para el desarrollo de la leucoplasia, así como mascar tabaco o tomar rapé por tiempo prolongado y la presencia de *Cándida albicans*.

Su presencia exige realización de biopsia, ya que se ha establecido claramente que el hallazgo de una displasia en el estudio histológico puede convertirse en un carcinoma.

Se aclara que el tamaño y características clínicas de la lesión no son relacionados con los hallazgos histológicos, lesiones pequeñas que parecen inocuas llegan a presentar alteraciones histológicas altamente premalignas.

Ocasionalmente, los parches de leucoplasia se desarrollan en el área genital externa femenina, pero se desconoce la causa. Al igual que otras úlceras de la boca, la leucoplasia puede transformarse en una lesión cancerosa. El trastorno es más común en las personas de edad avanzada.

La leucoplasia "vellosa" de la boca es una forma poco usual de leucoplasia que se observa sólo en individuos VIH positivos. Consiste en parches blanquecinos, lisos y peludos (vellosos) en la lengua y con menor frecuencia en otras partes de la boca. Pueden adultos con SIDA y VIH. La

leucoplasia vellosa puede ser uno de los primeros signos de infección con el virus de VIH.

El síntoma principal de leucoplasia es una lesión cutánea con las siguientes características:

- localización
 - ❖ usualmente en la lengua
 - ❖ puede estar en zona del carrillo
 - ❖ en la mujeres ocasionalmente en los genitales
- color
 - ❖ usualmente blanco o gris
- Textura
 - ❖ Gruesa
 - ❖ ligeramente elevada
 - ❖ de superficie dura

El signo típico de leucoplasia es un parche blanquecino que se ha desarrollado lentamente por semanas o meses. La lesión puede finalmente presentar una textura áspera y puede ser sensible al tacto, calor, alimentos con especias u otro tipo de irritación.

La biopsia de la lesión confirma el diagnóstico y un examen de la muestra de la biopsia puede revelar cambios que indican cáncer oral.

El objetivo del tratamiento es eliminar la lesión. La eliminación de la fuente de irritación es importante y puede llevar a la desaparición de la lesión.

- ❖ Es necesario tratar las causas dentales (dientes ásperos, superficie irregular en las prótesis, obturación y otros) tan pronto como sea posible.
- ❖ Se debe dejar de fumar o suspender cualquier otro uso de tabaco.

La extirpación quirúrgica de la lesión puede ser necesaria y generalmente se lleva a cabo en el consultorio del médico bajo anestesia local.

Algunas investigaciones han mostrado que la vitamina A o la vitamina E pueden reducir el tamaño de las lesiones, pero éstas sólo se pueden administrar bajo supervisión estricta del médico.

Usualmente, la leucoplasia no es peligrosa y las lesiones se resuelven en pocas semanas o meses después de eliminar la fuente de irritación. Aproximadamente un 3% de las lesiones por leucoplasia desarrollan cambios cancerosos.

La leucoplasia vellosa a menudo es un signo de infección por VIH e indica una alta posibilidad de desarrollo de SIDA.

Complicaciones

- ❖ Incomodidad CRÓNICA
- ❖ infección de la lesión
- ❖ cáncer oral

Se debe minimizar el consumo del cigarrillo o dejar de fumar o suspender cualquier otro uso del tabaco, al igual que tratar los dientes ásperos y reparar las prótesis dentales lo más pronto posible.

La Queratitis angular presenta mayor prevalencia en sujetos que presentan pliegues profundos en las comisuras, en pacientes que tienen hábito de chuparse los labios y en pacientes que utilizan prótesis. Su presencia se asocia al acumulo de saliva que se produce en esta zona de comisuras labiales proporcionando a su vez un ambiente favorable para la colonización de hongos.

Clinicamente se observan fisuras, erosiones y costras, produciendo a su vez dolor de intensidad moderada que al no controlarse puede aumentar y presentar un cuadro severo.

Las Ulceras son lesiones que se presentan por la pérdida de epitelio, incluyen una etiología diversa y amplia que va desde lesiones reactivas o neoplásicas hasta manifestaciones bucales de enfermedades dermatológicas.

La de mayor relevancia actualmente es la úlcera reactiva (Úlcera traumática) por considerarse actualmente una lesión premaligna. Clínicamente afecta los tejidos blandos o sometidos a un traumatismo mecánico accidental o continuo, relacionado siempre causa-efecto.

En la facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias medicas de la habana (ISCM-H). Los pacientes fueron examinados y por observación directa de la mucosa palatina se constato si esta mostraba macroscopicamente los signos de estomatitis subprotésica, la cual se clasifico según el criterio de Newton donde grado I: Son puntos de hiperemia, Grado II es un eritema difuso y Grado III: Es una Inflamación granular o hiperplasia.⁴

Tanto en las lesiones cancerigenas, como en aquellas que pueden ser ya un cáncer, es imprescindible usar el sentido común.

Si una lesión no mejora su aspecto clínico en una semana, habiendo intentado eliminar los posibles factores locales, debe ser biopsiada o derivada a un centro especializado. No debe creerse que el

que recibe el paciente va a pensar que lo que usted derivó era intrascendente. Afortunadamente muchas lesiones sospechosas, tienen pronósticos excelentes, pero en otras usted fue el eslabón más importante, en la lucha contra el cáncer. Aunque su sospecha sea negativa, su actitud será positiva.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó el presente estudio con el objetivo de conocer la prevalencia de las lesiones de la cavidad oral en pacientes que asistieron a las clínicas de diagnóstico del Colegio Odontológico Colombiano. El tamaño de muestra se calculó por medio de la técnica de muestreo aleatorio simple proporcional. La investigación realizada fue de riesgo mínimo⁵ y el tipo de estudio fue descriptivo observacional. Se estudiaron pacientes que asistieron a esta clínica durante el periodo de noviembre del 2005 y enero de 2006 que cumplieran con los criterios de inclusión que son los siguientes: pacientes mayores de 18 años, pacientes del género masculino y femenino, pacientes atendidos en la clínica de diagnóstico y pacientes que voluntariamente deseen colaborar en el estudio y se aplicó los criterios de exclusión la discontinuación en el momento de estar realizando la encuesta y el retiro voluntario de los pacientes siguiendo el protocolo del comité de ética del Colegio Odontológico Colombiano. Se tuvieron en cuenta los sesgos de información como Mala información dada por los entrevistados (pacientes), Mala identificación por parte del investigador (a la hora de la entrevista no recepcionen los datos reales), por que el entrevistador desconoce conceptos clínicos para la recolección de datos, por presentar el instrumental incompleto en el momento de realizar el examen intraoral, los sesgos de selección fueron mala selección de pacientes, pacientes que no presentan ninguna de las lesiones seleccionadas. Cuando uno de los investigados tienen una enfermedad similar que no es conocida con el objeto materia de investigación y los sesgos de clasificación como que existan datos erróneos en la historia clínica a la hora de la entrevista y no se recepcione los datos reales.

La participación de los pacientes fue voluntaria con previa explicación, huella digital y firma de un consentimiento informado explicándole claramente al paciente el motivo de su participación en el estudio y sus condiciones. Se tuvieron en cuenta los datos sociodemográficos, que incluían edad, sexo, raza, estrato socioeconómico, estudios realizados.

Se tomó un registro de la frecuencia de cepillado, hábitos, uso de prótesis y hábito de cigarrillo. De igual manera se desarrolló un examen clínico de inspección visual y palpación con la ayuda del instrumental básico odontológico, para determinar la presencia de las lesiones en los tejidos blandos de la cavidad oral como los carrillos, surco vestibular, encía, papilas, reborde alveolar, lengua, frenillo lingual, linguals, glándulas salivales, paladar duro, piso de la boca y paladar blando.

Se tuvo en cuenta para su diagnóstico el color, tamaño, forma, textura y consistencia de las lesiones, todos estos datos fueron consignados en sus respectivos formularios.

El diagnóstico presuntivo de la lesión se realizó por el grupo de investigadores y se confirmó con la asesora científica para el establecimiento de un diagnóstico definitivo.

Se tomaron fotografías de las lesiones, se le explicó al paciente la lesión que presentaba, su localización y su posible evolución y tratamiento.

ANALISIS ESTADISTICO

Se elaboró una base de datos en Excel para Office 2000. Se utilizó el paquete estadístico EPINFO 3.3, versión 2004 del Centro de Control y Prevención de Enfermedades. Se realizó un análisis univariado que permite describir todas las variables del estudio.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 156 pacientes y se determinaron en ellos las variables sociodemográficas, presencia de lesiones, hábito de cigarrillo, usos de prótesis y diagnóstico presuntivo de la lesión.

El rango de edad fue de 31 a 50 años, El 62% (n=97) eran de género femenino, el 54% pertenecía a una raza blanca, con un nivel educativo de estudios de secundaria en un 50% (n=79), el 70.5% (n=110) perteneciente a un estrato 3. (Tabla 1)

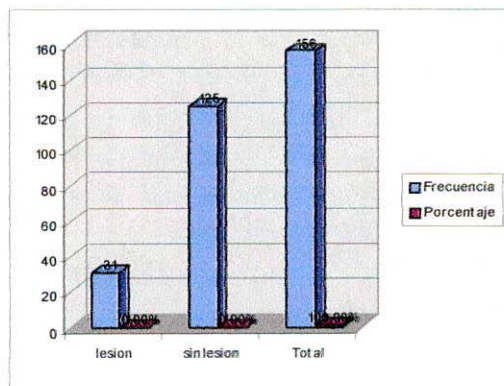
Tabla N° 1. Características sociodemográficas

	n	%
Genero		
Masculino	59	37.80%
Femenino	97	62.20%
Raza		
Mestizo	55	35.30
Blanco	85	54.40
Negro	13	8.30
Zambo	1	0.60
Indio	2	1.30
Nivel Educativo		
Primaria	26	16.70
Secundaria	79	50.60
Universitarios	40	25.60
Est. Superiores	1	0.60
Otros	10	6.40
Estrato Socioeconomico		
1 y 2	29	18.60
3 y 4	110	70.5
5 y 6	17	10.90

n= 156 Rango de Edad 18 – 50 años

De los 156 pacientes observados 40 de ellos (25.6%) presentaron algún tipo de lesión. (Figura 1)

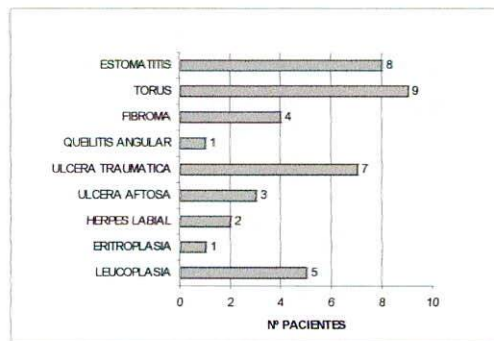
Figura 1. Pacientes que presentaron algún tipo de lesión



Los diagnósticos presuntivos que se establecieron fueron en un 3.2% (n=5) de lesión blanca asociada a una posible leucoplasia, un 0.6% (n=1) presento lesión roja asociada a una posible eritoplasia, se presento herpes labial en el 1.3% (n=2), Ulcera aftosa en un 2% (n=3), ulcera

traumática 4.4% (n= 7), Queilitis angular 0.6% (n=1), Estomatitis subprotesica en un 5.1% (n=8), Fibroma 2.6% (n=4). (Figura 2)

Figura N° 2. Diagnostico Presuntivo de lesiones



Pacientes que presentaron lesiones en los tejidos blandos, (Tabla 2)

Tabla N°2, lesiones en los tejidos blandos

Lesiones	Frecuencia	Porcentaje
Leucoplasia	4	2,60%
Eritoplasia	1	0,60%
Leucoplasia Eritoplasia	1	0,60%
Herpes Labial	2	1,30%
Ulcera Aftosa	3	1,90%
Ulcera Traumática	6	3,80%
Ulcera aftosa Ulcera traumática	1	0,60%
Queilitis	1	0,60%
Estomatitis	8	5,10%
Fibroma	4	2,60%
Total	31	19.70%

Se tuvo en cuenta la localización de las lesiones encontrando que el sitio mas frecuente de predilección para las lesiones fue en paladar duro seguido por carrillos. (Tabla 3)

Tabla No 3. Localización de lesiones

Ubicación	Nº	%
Paladar Duro	16	10,1%
Carrillos	8	5.0%
Lengua	7	4.4%
Piso de la boca	3	1,9%
Labios	2	1,3%
Surco vestibular	2	1,3%
Comisuras labiales	2	1.3%
TOTAL	40	100%

Dentro de los pacientes que presentaron lesiones de tejidos blandos (n=40), 21 (13.50%) refirieron presentar el habito de cigarrillo (9 veces por día) con relación a una posible leucoplasia

El 16.7% (n=26), presenta uso de prótesis dental, de las cuales 8 pacientes presentaron estomatitis subprotesica y un paciente presento lesión roja asociada Eritoplasia.

De los 40 pacientes teniendo en cuenta a que factores estaban asociadas las lesiones en los tejidos blandos de la cavidad oral se encontró que en 4 pacientes 2 de ellas presentaron leucoplasia asociada a fumadores, 6 pacientes presentaron ulceras traumáticas asociadas a mordeduras, 8 pacientes de las cuales 6 presentaron estomatitis subprotesica asociadas a prótesis dental y 2 asociada a trauma, 3 pacientes ulceras aftosa, 1 paciente presento una lesión roja asociada a una posible Eritoplasia asociada a prótesis dental, 2 pacientes presentaron Herpes Labial, 1 paciente presento Queilitis Angular, 4 paciente presento Fibroma asociado a trauma, 1 paciente presento lesiones rojas y blancas asociada una posible Leucoplasia y Eritoplasia, 1 paciente presento Ulcera Aftosa y Ulcera Traumática. De los 40 pacientes que presentaron lesiones 26 utilizaban cualquier tipo de prótesis.

En el 100% de pacientes se encontraban baja tratamiento odontológico mayor a dos meses y ningún momento nadie les había diagnosticado las lesiones. La mayoría de los pacientes nunca sintieron ningún síntoma de presentar alguna alteración en boca.

Se observaron pacientes que presentaron Torus palatino y mandibular o lingual, estas lesiones que son benignas y no son consideradas una lesión de tejidos blandos, se tuvieron en cuenta por su frecuente aparición en los pacientes que asistieron a la clínica de diagnostico, el porcentaje fue de 2.6% (n=4 para cada una), y un paciente con torus lingual y palatino. (Tabla 4)

Tabla N° 4. Diagnostico de lesiones óseas (Torus palatino y mandibular)

Torus palatino	4	2.6%
Torus lingual	4	2.6%
Torus lingual y palatino	1	0.6%
Total	9	5.8%

DISCUSIÓN

La justificación de la investigación es establecer la frecuencia e identificación de las lesiones que se presentan en los tejidos blandos de la cavidad oral en los pacientes mayores de 18 años que asisten a las clínicas de diagnostico del Colegio Odontológico Colombiano extensión Santiago de Cali.

El odontólogo como profesional de la salud, puede cumplir un papel muy importante al detectar las lesiones en los tejidos blandos de la cavidad oral.

En el estudio realizado se observo que el odontólogo y el alumno, al realizar el examen clínico (inspección visual) no le prestan mucha importancia a estas lesiones, de lo contrario, hay demora en el diagnostico definitivo, que puede atribuirse a factores inherentes al paciente y al profesional.

El paciente ignora la presencia de la lesión, no se realizan controles rutinarios con el odontólogo y al mismo tiempo el odontólogo le hace falta practica en la realización de biopsias, todo lo anterior hace que la lesiones avancen a un grado de lesiones malignas.

La prevalencia nacional de las patologías de mucosa oral incluidas en este estudio es de 11.4%. La baja frecuencia presentada no permite hacer un análisis profundo de su comportamiento en relación con una de las variables de interés,

tales como: región, tipo de afiliación a la seguridad social, nivel socioeconómico ENSAB III – 1998.⁶

La prevalencia de cáncer oral continúa en aumento en los países occidentales una de las mejores armas para combatirlo es su diagnóstico precoz, estudio y control de las lesiones precancerosas. El cáncer oral, como la mayoría de los cánceres, está relacionado con el envejecimiento, hecho este último de gran trascendencia tanto en España como en los países de nuestro entorno.⁷

La prevalencia de Leucoplasia fue de 2.8%, la de líquen plano oral de 1.1 y la eritoplasia de 0.4%. No encontramos relación estadísticamente significativa entre la prevalencia de estas lesiones precancerosas y el sexo, ni con el grupo de edad, ni con la presencia de prótesis dentales.⁷

La etiología del cáncer oral y de las lesiones precancerosas es múltiple. Los factores más comúnmente citados son el tabaco, alcohol, genética, nutrición, virus, radiaciones y riesgo ocupacionales. La mayoría de ellos tienen un efecto acumulativo en el tiempo, lo que da consistencia al hallazgo epidemiológico de mayores prevalencias de cáncer en las personas de mayor edad, que ha hecho, afirmar a muchos autores que la edad es el principal factor de riesgo en el desarrollo del cáncer, y específicamente del cáncer oral.⁷

La definición de leucoplasia ha ido sufriendo modificaciones y acotaciones con el paso del tiempo. La actual definición proviene de la conferencia de Uppsala de 1994 y propone que la leucoplasia "es una lesión de la mucosa oral, predominantemente como otra entidad específica. Algunas leucoplasias se pueden transformar en cáncer oral". Por lo tanto, las Leucoplasias son un diagnóstico clínico con una confirmación anatomopatológica negativa, lo cual constituye una curiosa excepción en el campo de la Medicina.⁷

En el estudio realizado, la leucoplasia se presentó en 4 pacientes, observándose en el paladar duro y lengua, una lesión blanca, no removible, asintomática, en la mayoría de los pacientes no se habían diagnosticado la lesión.

El tabaco ha sido asociado con una amplia gama de riesgos de salud, entre ellos los cánceres tracto respiratorio y digestivo, bronquitis crónica y enfermedades cardiovasculares (Elson and Betts, 1981, 1996; Gac chihiines 1985; Doll 1986, Peto

1986 Stellam 1986) Algunos estudios por ejemplo tiene el estimado que el fragmento etiológico atribuible a fumar y masticar tabaco es 70% para el cáncer de cavidad oral, 84% para la faringe oral, 75% para laringe y 50% para el esófago. En el sur y en el sur Oriente de Asia, fumar junto a otros hábitos de tabaco suman para cada 90% todos los cánceres orales. Actualmente, hay un miedo mundial creciente que los tres millones de muertes asociadas al tabaco estimadas para tempranos años noventa pueden subir a 10 millones para el año 2020. Tales observaciones han llevado a una llamada mundial para la intervención contra el uso de tabaco, particular el fumar cigarrillo.⁸

En el estudio realizado, los pacientes que presentaron Leucoplasia, se observó que unas de sus causas era por el consumo del cigarrillo.

Las Ulceras orales pueden ser un hallazgo común durante el examen de pacientes infectados. Debido a que las úlceras en la mucosa oral son dolorosas, ellas pueden ser la razón para consultar al odontólogo. Las Ulceras pueden resultar de infección, inflamación, trauma, malignidad, o ser de etiología no específica.⁹ Un correcto diagnóstico es la base para un adecuado tratamiento y prevención de la diseminación sistémica en caso de etiología infecciosa. Hacer un diagnóstico es importante además por el potencial de transmisibilidad que tienen algunas de estas lesiones como la Sífilis y Herpes.⁹

Cuando quiera que una lesión ulcerativa sea encontrada en la boca, el odontólogo deberá considerar la posibilidad de una enfermedad infecciosa. Son más comunes las ulceraciones causadas por el virus del herpes Simple. Aun cuando la duración de estas ulceraciones herpéticas puede ser la misma observada en los individuos inmunocompetentes, en muchos casos la úlcera puede persistir por varias semanas, puede extenderse a la mucosa oral no queratinizada, y puede causar morbilidad severa en los pacientes.⁹

Otras infecciones herpéticas como las del virus Zoster y el Citomegalovirus pueden también causar ulceraciones en la cavidad oral.⁹

Otras lesiones ulcerativas comunes es la úlcera aftosa recurrente. El paciente puede presentar una lesión única o varias lesiones en diversas áreas de la mucosa bucal. La principal

característica clínica de este tipo de lesión es que generalmente ocurre sobre áreas de mucosa no queratinizada, como la mucosa labial, mucosa vestibular, piso de boca y paladar blando. En contraste, las lesiones herpéticas están usualmente localizadas en áreas queratinizadas como los labios, el paladar duro y la encía adherida. Las aftas pueden ser resultado de trauma, medicación sistémica, leucopenia, o no tener una causa específica. Estas aftas pueden recurrir con frecuencia. El diagnóstico es usualmente clínico. Mas aun, cuando se detecta una úlcera aislada sin cicatrizar el odontólogo, debe considerar la posibilidad de malignidad. El carcinoma de células escamosas es el más común. Cuando se sospeche de malignidad, esta posibilidad deberá colocarse de primera. Una biopsia es el procedimiento diagnóstico más indicado. Las infecciones micóticas profundas y las infecciones bacterianas también pueden presentarse clínicamente como lesiones ulcerativas.⁹

Las lesiones ulcerativas en la investigación fue de una prevalencia de 3.8%, tanto el docente, alumno y paciente, no diagnosticaba, había presencia de síntomas pero el paciente se automedicaba o no consultaba a un profesional de la salud.

La mayor parte de los países industrializados tienen una tasa de edentulos relativamente baja, mientras que en los países subdesarrollados por el contrario, gran parte de la población es portadora de al menos de una prótesis removible, ya sea total o parcial. La presencia de prótesis dental en la boca de estos sujetos predispone al desarrollo de una lesión característica: Estomatitis Subprotésica.¹⁰

La Estomatitis Subprotésica ha sido definida como una inflamación de la mucosa de soporte que esta en la superficie interna de las prótesis, siendo estas mas frecuentes en el maxilar superior.¹⁰

Hoy en día es considerada únicamente como una inflamación causada por la irritación de la mucosa del paladar, por la presencia de prótesis dentales mal adaptadas, alimentación deficiente y uso continuo de prótesis dental.¹⁰

Actualmente la Estomatitis Subprotésica, constituye el principal motivo de consulta de los pacientes que asisten al servicio de Clínica Estomatológica "Magdalena Meta de Hunning" de la facultad de odontología universidad central de Venezuela por tal razón, es necesario implementar tratamientos

adecuados como la erradicación, tomando en cuenta, claro esta, la etiología de la misma.¹⁰

La estomatitis subprotésica (E.S.P) es un termino que se ha aplicado a la inflamación de las mucosas por el uso de las prótesis afectando principalmente a la población de edad avanzada portadores de prótesis dentales.¹¹

Newton en 1962 propuso una clasificación de esta identidad basada en la apariencia clínica de la inflamación de la mucosa de los maxilares por de baja de la prótesis, a saber: Tipo I: Puntos eritematosos o áreas hiperémicas localizadas Tipo II: zona difusa hiperémica en los tejidos de soporte de la prótesis, Tipo III: lesión de aspecto papilomatoso.¹¹

Se reporta que las causas de la estomatitis subprotésica son trauma ocasionada por la dentadura, higiene de la prótesis, reacción irritante y alergia al material de la base de prótesis, factores dietéticos, infección micótica y factores sistémicos.¹¹

Las estomatitis subprotésica es frecuentemente sintomática, no obstante, algunos pacientes pueden presentarse sangrado e inflamación de la mucosa de soporte de las prótesis, sensación de ardor halitosis desagradable y sequedad de la boca. También se a podido demostrar que además de la *Candida albicans*, otros microorganismos pueden estar implicados en su etiología.¹¹

El termino de Estomatitis subprotésica es usado para describir cambios patológicos en la mucosa bucal en el área de soporte de la dentadura. Estos cambios se caracterizan por la presencia de un eritema en los tejidos, siendo comúnmente encontradas en el maxilar superior y raramente en el inferior.¹²

La mucosa se encuentra brillante, eritematosa y eventualmente hemorrágica. Puede presentarse además con múltiples petequias en el paladar duro. La mucosa inflamada y enrojecida esta muchas veces limitada a los tejidos en contacto directo con la dentadura.¹²

En nuestro estudio se observo y se diagnosticaron que 8 pacientes presentaron Estomatitis subprotésica, relacionada a prótesis dentales mal adaptadas, afectando el paladar y

rebordo alveolar, presentando inflamación, irritación de la mucosa.

Existen muchos virus que causan infecciones en la mucosa bucal, entre ellos el mas común es el virus del Herpes Simple (VHS); el cual se caracteriza por producir una primera infección casi imperceptible o subclínica teniendo la propiedad de no eliminarse del organismo y quedar latente produciendo la recurrencia de la enfermedad cuando el individuo se expone a múltiples factores desencadenantes.¹³

Los factores desencadenantes severos, que influyen son el estrés emocional y físico, exposición a severa a la luz solar, temperaturas muy bajas, disminución de la resistencia; entre otros, hacen que se desarrolle la recurrencia. EL periodo de incubación de la enfermedad varía desde algunos días, hasta dos semanas después de la cual, se producen manifestaciones clínicas.¹⁵ Las lesiones secundarias típicas extraorales de la infección por VHS, se producen sobre la semimucosa oral (labios) y piel perioral en forma de múltiples vesículas que tienden a coalescer precedida por síntomas prodrómicos perceptibles en un 65% a 85% de las personas, tales como pirosis, disestesia y eritema de la zona afectada. Estas vesículas generalmente se asocia a dolor intenso interfiriendo con funciones tan vitales como hablar, reír, o alimentarse entre otras; causando alteraciones al individuo de tipo social, laboral y efectivo. Estas vesículas vacían su contenido y pueden o no ulcerarse produciendo costras en 48 horas y cicatrizando completamente entre 8 a 15 días dependiendo de la severidad de la recurrencia, el dolor es mucho mas intenso en las 24 primeras horas luego de aparecer las vesículas.¹³

La sintomatología dolorosa y molestias ocasionadas por las lesiones herpéticas recurrentes, conduce a el cuestionamiento y a la investigación de la eficacia de las alternativas de tratamiento que existen para la patología.¹³

En el estudio se encontró una prevalencia de 1.3% (n=2), observándose clínicamente, vesículas sintomáticas, en el labio superior los pacientes, se referían a presentar mucho estrés emocional relacionado con el trabajo y problemas personales. El termino queilitis es el mas común para designar estados inflamatorios de la submucosa labiales en forma de boqueras. Esta lesión en los labios algunos autores la clasifican dentro de las formas de presentación de la queilitis. La Candidiasis es la

micosis mas frecuentes de la boca que aparece en la infancia aunque puede aparecer en adultos provocando placas blancas adherentes distribuidas irregularmente en la mucosa bucal, acompañándose de inflamación y grietas en las comisuras labiales y de costras en los labios.¹⁴

En el estudio se encontró un paciente con queilitis angular, observándose clínicamente en las comisuras de los labios, el paciente presentaba inflamación, grietas y dolor en el momento de apertura.

CONCLUSIONES

Se encontraron un porcentaje importante de lesiones cavidad oral, en los pacientes que asistieron a la clínica de diagnóstico del Colegio Odontológico Colombiano, la mayoría no se habían diagnosticado por el docente y alumno.

Se encontró lesiones en los tejidos blandos de la cavidad oral considerados premalignos como Leucoplasia, Eritoplasia y Ulceras Traumáticas. Para evitar la evolución de estas lesiones, el mejor tratamiento es continuar con chequeos regulares y biopsias si es necesario para brindarle una mejor calidad de vida al paciente.

La falta de conocimiento del paciente sobre el hábito del cigarrillo, es una causa de lesiones premalignas en la cavidad oral, la mayoría de ellos no prestan atención sobre este hábito.

La importancia de realizar una biopsia, para llegar aun diagnóstico definitivo y así brindarle al paciente las posibles alternativas de tratamiento.

RECOMENDACIONES

Concientizar a los docentes, alumnos y odontólogos, que la inspección con conciencia de las mucosas orales, es brindarle al paciente un buen diagnóstico y tratamiento, para así evitar que evolucione a una lesión maligna.

En La realización del estudio con biopsias en el caso de que no se pueda identificar bien la lesión y el diagnóstico.

La realización de un material alusivo para el paciente, y concientizarlo que las lesiones de la cavidad oral pueden evolucionar a lesiones

cancerígenas que puede afectar la cavidad oral y resto del organismo.

BIBLIOGRAFIA

1. REGEZI, Joseph A. Patología bucal correlaciones clinicopatológicas. Tercera Edición. MacGraw – Hill. Interamericana.
2. CASTELLANOS, José L. IV Mucosa bucal lesiones rojas. [online] Revista de la asociación dental Mexicana. [Ciudad de México, México] Vol. IIX.No 5. Septiembre octubre 2002. pp190-191
3. CEDENO, Floribel; FINOL, Héctor; BRAVO, Inés; BELLO, Beatriz. Patología ultraestructurales de la lesión leucoplasica. [online]. Cielo. [Caracas, Venezuela] Acta odontol.Venez V.39.No1. Caracas ene 2001.Available from Wide World web:<http://www.actaodontologica.com>
4. CAREIRA PILOTO, Victoria; ALMARGO URRUTIA, Soraya. La estomatitis subprotésica en pacientes en pacientes desdentados [online]. Rev. Cubana Estomatol. Vol.37.No3. Ciudad de la Habana spt-dec 2000. Available from World Wide web: <<http://bv18fd.hotmail.msn.com/>
5. Republica de Colombia Ministerio de salud, Resolución No. 082 430 de 1993 (4 de octubre de 1993).
6. III Estudio Nacional de Salud Bucal – ENSAB III, II Estudio Nacional de Factores de Enfermedades Crónicas ENFREC II. Serie documento técnico. Tomo VII: Estudio Nacional Salud Bucal; Republica de Colombia, Ministerio de salud. Colombia 1999.
7. MALLO PEREZ, Luciano; RODRÍGUEZ BACIERO Gerardo; LAFUENTE, Pedro. Lesiones orales precancerosas en los ancianos situación en España. [online] sei elo España. [Madrid España] RCOE Vol. 7. No. 2 Madrid mar – abr. 2002. Available from world wide web:<<http://scielo.isciii.es/scielo....>
8. F.G., Macigo; D.L. Mwaniki, SW, Guthua; E.K Nijeru. Influencia del cigarrillo con filtro para desarrollar leucoplasia oral en la población de Kenyan. [online] Oral Medicine. [Nairobi, Kenya]: medicina oral 2001, 7 – 101 – 105. Available from world wide web:<<http://www.munks-gaard.dk>
9. MIGLIORATI, Cesar, KJ, Erica. Lesiones orales y VIH. [online]. Odontomarket. [Caracas, Venezuela]. Available world wide web: <http://www.odontomarket.com>
10. CARDOZO, Inés Elba; PARDI, Germán; SALAZAR, Esmeralda. Estudio de la eficacia del miconazol tópico en pacientes con estomatitis sub-protésica inducida por candida. [online].Acta odontológica venezolana. [Caracas, Venezuela]. Home ediciones volumen 39 N° 3 / 2001. Available form World Wide Web: <http://www.Actaodontologica.com>
11. LAZARDE, Janet. Estomatitis subprotésica [online] acta odontológica venezolana. [Caracas - Venezuela] acta odontol. Venez V. 39 No. 3 Caracas dic. 2001. Available from world wide web:<<http://scieloorg.ve/scielo.php?pid=s0001>.
12. PERDI, Germán; CARDOZO DE PERDI, Elba Inés. Relación entre placa dental y la estomatitis subprotésica. [online] acta odontológica. [Caracas, Venezuela]. Home> ediciones> Volumen 41 No. 1/2003. Available from word wade web: http://actaodontologica.com/41_1_2003/63.asp.
13. PULIDO ROZO, Miyam; CARMORLA LORDUY, María; ZARCO, Iliana Margarita. Tratamiento de Virus Trepes Simple con láser Blando de Arseniuro de Galio y aluminio. [online] ACCO (Cartagena. España).
14. LOPEZ GARCIA, Eneida; BLANCO Ruiz, Antonio Osvaldo. Queilitis Revisión bibliografica. [online] Odontología online (Habana, Cuba). Available from word wade web: <http://www.odontologia-online.com>.