

TOCa
0086

PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS ORALES DE TEJIDOS BLANDOS
ENCONTRADOS EN PACIENTES QUE FUERON ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS DEL
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO EN EL
AÑO 2001, SEDE SANTIAGO DE CALI

CLAUDIA DONADO
VIVIAN PRIMERO
MONICA TENORIO
FELIPE TRUJILLO

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI
2002



PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS ORALES DE TEJIDOS BLANDOS
ENCONTRADOS EN PACIENTES QUE FUERON ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS DEL
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO EN EL
AÑO 2001, SEDE SANTIAGO DE CALI

CLAUDIA DONADO
VIVIAN PRIMERO
MONICA TENORIO
FELIPE TRUJILLO

Monografía presentada para optar al título
de Odontóloga

Asesor
Dr. FREDDY BENTRAN
Odontólogo

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI
2002



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. FREDDY BELTRAN, director de la investigación por su colaboración, tiempo dedicado y por compartimos su experiencia y conocimientos desinteresadamente.

DEDICATORIA

- A Dios por haber estado con nosotros paso a paso en este camino
- A nuestros padres y hermanos por su apoyo incondicional en nuestra carrera y por habernos acompañado a alcanzar esta valiosa meta.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. OBJETIVOS	6
3.1 OBJETIVO GENERAL	6
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
4. DISEÑO METODOLÓGICO	7
4.1 TITULO	7
4.2 MUESTRA	7
4.3 TIPO DE METODOLOGÍA	7
4.4 METODO	7
4.5 DISEÑO	8
4.5.1 Recolección	8
4.5.2 Observación	8
4.6 FUENTES PRIMARIAS	8
4.7 PLAN DE ACCIÓN	8
4.8 ACTIVIDADES A REALIZAR PARA CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS	8
4.9 ESTRATEGIA	9
4.10 RECURSOS	9
4.10.1 Físicos	9
4.10.2 Humanos	9
4.11 TIEMPO	9

	Página
5. MARCO TEÓRICO	11
6. PATOLOGÍAS ORALES DE TEJIDOS BLANDOS HALLADAS EN LA INVESTIGACIÓN	14
7. PATOLOGÍAS ORALES DE TEJIDOS BLANDOS DE MAYOR PREVALENCIA HALLADAS EN LA INVESTIGACIÓN	15
8. CLASIFICACIÓN DE TUMORES BENIGNOS NO ODONTOGÉNICOS	16
8.1 EXOSTOSIS (TORUS PALATINO Y MANDIBULAR)	16
8.1.1 Aspectos clínicos	17
8.1.1.1 Torus Palatino	17
8.1.1.2 Torus mandibular	17
8.1.1.3 Etiología	17
8.1.1.4 Diagnóstico diferencial	18
8.1.1.5 Tratamiento	18
9. CLASIFICACIÓN DE LESIONES DEL TEJIDO CONECTIVO	20
9.1 ESTOMATITIS POR PRÓTESIS	21
9.1.1 Aspectos clínicos	22
9.2 FACTORES ETIOPATOGÉNICOS	23
9.2.1 El trauma protético	24
9.2.2 Higiene de prótesis	24
9.2.3 Reacciones alérgicas e irritación	25
9.2.3 Infección candidiasis	25
9.2.5 Factores sistémicos predisponentes	25
9.2.6 Aspectos diagnósticos	26
9.3 ASPECTOS TERAPÉUTICOS	26
10. CLASIFICACIÓN DE LESIONES BLANCAS	28
11. LENGUA SABURRAL	30

	Página
11.1 ETIOLOGÍA	30
11.2 ASPECTOS CLÍNICOS	30
11.3 TRATAMIENTO	31
12. LENGUA GEOGRÁFICA O "GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA"	32
12.1 ETIOLOGÍA	32
12.2 ASPECTOS CLÍNICOS	32
12.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	32
12.4 TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO	33
13. LENGUA FISURADA	34
13.1 ETIOLOGÍA	34
13.2 ASPECTOS CLÍNICOS	34
13.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	35
13.4 TRATAMIENTO	35
14. MORDEDURA DE CARRILLO	37
14.1 ASPECTOS CLÍNICOS	37
14.2 ETIOLOGÍA	38
14.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	38
14.4 TRATAMIENTO	38
15. CLASIFICACIÓN DE PIGMENTACIONES DE LOS TEJIDOS BUCALES Y PERIBUCALES	39
16. PIGMENTACIONES DE LOS TEJIDOS BUCAL Y PERIBUCAL	40
16.1 MELANOSIS	40
16.2 ETIOLOGÍA	40
16.3 PIGMENTACIÓN FISIOLÓGICA	41
16.3.1 Características Clínicas	41
16.3.2 Diagnóstico	41

	Página
16.3.3 Diagnóstico diferencial	41
16.3.4 Tratamiento	41
16.3.5 Pronóstico de la melanositis bucal	42
16.4 MELANOSIS RELACIONADAS CON TABAQUISMO	43
16.4.1 Características y patogenia	43
16.4.2 Características clínicas	43
16.4.3 Diagnóstico diferencial	43
16.4.4 Tratamiento	43
16.5 MACULA MELANÓTICA BUCAL	43
16.5.1 Características clínicas	43
16.5.2 Diagnóstico diferencial	44
16.5.3 Tratamiento	44
17. TRASTORNOS ULCERATIVOS	45
17.1 LESIONES REACTIVAS (ULCERAS)	46
17.1 Aspectos clínicos	46
17.1.2 Etiología	47
17.1.3 Diagnóstico	48
17.1.4 Tratamiento	48
18. ANÁLISIS DE RESULTADOS	49
19. DISCUSIÓN	52
20. CONCLUSIONES	54
21. RECOMENDACIONES	56
GLOSARIO	57
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	61

**PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS ORALES DE TEJIDOS BLANDOS ENCONTRADOS EN
PACIENTES QUE FUERON ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO DURANTE EL AÑO 2001, SEDE SANTIAGO DE CALI**

RESUMEN

El propósito de esta monografía es presentar al lector un análisis de las patologías de tejidos blandos que prevalecieron en los pacientes que fueron atendidos en las Clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali en el año 2001.

Así mismo realizar una clasificación propia de dichas patologías, las cuales fueron encontradas en las historias clínicas de los pacientes atendidos en la institución mencionada.

Inicialmente se escoge una muestra de forma aleatoria, tomando como universo 1100 historias clínicas. Posteriormente y de manera analítica se tomo un subuniverso de 98 historias clínicas, las cuales presentaban las siguientes características:

- Historias clínicas completas
- Historias clínicas de ambos sexos
- Historias clínicas de pacientes de 14 años en adelante
- Historias clínicas con patologías orales de tejidos blandos
- Historias clínicas de pacientes atendidos en el año 2001 en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, sede norte y sur en Santiago de Cali.

INTRODUCCIÓN

A través de la práctica clínica se puede hallar en la cavidad oral diferentes patologías, las cuales se pueden clasificar en tejidos duros y blandos, así pues, el profesional debe estar lo suficientemente capacitado para la detección oportuna e intervención adecuada del manejo de dichas patologías.

La investigación se basó en la revisión de 1100 historias clínicas pertenecientes a pacientes atendidos en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, el año 2001, sede Santiago de Cali, recolectando datos de este documento clínico legal, siendo éstos reportados por los estudiantes de clínica durante el desarrollo del contenido de la misma.

Una vez realizado este estudio estadístico, se puede centrar la importancia que representa para el estudiante el conocer la mayor prevalencia de patologías orales de tejidos blandos, para así realizar un análisis profundo en su práctica clínica personal.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- Determinar el índice de la patología bucal de tejidos blandos que más se presenta en los pacientes atendidos en las Clínicas del Colegio Odontológico Colombiano en el año 2002, sede Santiago de Cali, mediante la revisión de las respectivas historias clínicas.

2. JUSTIFICACIÓN

La motivación para realizar esta investigación, radica en la ausencia de información estadística respecto a la prevalencia de patologías orales de tejidos blandos presentes en los pacientes que fueron atendidos en el área clínica del Colegio Odontológico Colombiano, sedes Santiago de Cali, año 2001.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las patologías orales de los tejidos blandos que prevalecieron en pacientes que fueron atendidos en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, en el año 2001, seccional Cali.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Clasificar en su respectivo grupo de lesión, cual es la enfermedad oral de tejidos blandos de mayor prevalencia en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali durante el año 2001.
- Analizar por grupos etareos cual es la patología oral mas prevaleciente en la población analizada.
- Determinar estadísticamente según género y raza cual es la patología oral de tejidos blandos de mayor prevalencia.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TITULO

Prevalencia de patologías orales de tejidos blandos encontradas en pacientes que fueron atendidos en las clínica del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali durante el año 2001.

4.2 MUESTRA

Información recolectada en 1.100 historias clínicas escogidas aleatoriamente de pacientes que fueron atendidos en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali durante el año 2001.

4.3 TIPO DE METODOLOGÍA

La metodología es descriptiva, ya que se propone investigar cuáles son las patologías orales de mayor prevalencia, realizando una revisión de las historias clínicas de pacientes atendidos en el Colegio Odontológico Colombiano sede Santiago de Cali durante el año 2001.

4.4 METODO

El método es INDUCTIVO DE SINTESIS, ya que se investigó cada una de las partes, que en este caso corresponden a las 1.100 historias clínica revisadas en la central de historias, con el propósito de conocer la "prevalencia de patologías orales de tejidos blandos de pacientes atendidos en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano durante el año 2001 , seccional Santiago de Cali"

4.5 DISEÑO

4.5.1 Recolección. Se realiza en un periodo de 2 semanas dentro de la central de Historias del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali; durante el cual se tomaron datos de 1100 historias clínicas previamente seleccionadas de forma aleatoria.

4.5.2 Observación. Se limitó a la revisión de 1100 historias clínicas en las páginas 1, 5 y 10 correspondientes a datos personales, examen físico oral y diagnósticos definitivos.

4.6 FUENTES PRIMARIAS

Se recopila información proveniente de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Colegio Odontológico Colombiano, diligenciadas por los estudiantes de diferentes semestres, donde se relatan las descripciones clínicas observadas en pacientes que ingresaron durante el año 2001.

4.7 PLAN DE ACCIÓN

Una vez terminada la recolección de datos, se hallaron las patologías orales de tejidos blandos presentes en los pacientes atendidos en el área clínica del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali en el año 2001, a estos datos tomados de las historias clínicas se les realizó un análisis estadístico para establecer su prevalencia.

4.8 ACTIVIDADES A REALIZAR PARA CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS

Recolectar la mayor información posible, clasificarla, tabular y analizar detalladamente para obtener resultados y determinar cual es la patología oral de tejido blando de mayor prevalencia.

4.9 ESTRATEGIA

Se recopilará información en la central de historias clínicas, tomando como muestra 1.100 historias clínicas de pacientes atendidos en el año 2001, esta información servirá como análisis estadístico para hallar las patologías orales de tejidos blandos de mayor prevalencia, una vez realizado lo anterior, se continúa con la descripción detallada de cada una de estas patologías orales, tomando como referencia información bibliográfica, artículos científicos e internet.

4.10 RECURSOS

4.10.1 Físicos

- Historias clínicas año 2001 (Central Historias)
- Papelería
- Biblioteca
- Journals
- Computador
- Internet
- Bibliografía

4.10.2 Humanos

- Grupo trabajo
- Tutor de monografía
- Asesor de monografía
- Biobliotecóloga

4.11 TIEMPO

- Durante un semana aproximadamente se realizará la recolección de la información en las 1100 historias clínicas.

- Se dispondrá de dos semanas para la recopilación de información y análisis de la literatura que complementará la investigación.

5. MARCO TEÓRICO

A través de la práctica clínica, se puede hallar en la cavidad oral diferentes patologías, las cuales se pueden clasificar en tejidos duros y blandos, por lo que se hace necesario para el estomatólogo, conocer con precisión los factores etiológicos, así como la patogenia y factores que determinan la especificidad de las alteraciones bucales.

Existen muy pocos estudios publicados sobre prevalencia de lesiones de la mucosa bucal, siendo este el primer estudio realizado en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali, por lo que el propósito del presente trabajo es mostrar los resultados de un estudio de prevalencia de entidades patológicas a nivel oral de tejidos blandos en 1.100 historias clínicas de pacientes residentes en el suroccidente colombiano, principalmente en la ciudad de Cali, los cuales solicitaron algún tipo de atención bucal en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali.

Este es un estudio de tipo descriptivo, el cual tiene por objeto conocer la prevalencia de diversas alteraciones de la mucosa bucal en adultos que fueron atendidos en las sedes del Colegio Odontológico Colombiano en la ciudad de Cali.

La exostosis es una patología que pertenece a la certificación de tejidos duros, pero se tuvo en cuenta en esta investigación, ya que observándose clínicamente compromete la mucosa oral, además, las historias clínicas no presentaban radiografías que pudieran ser utilizadas como soporte para diagnosticarlas como lesiones de tejidos duros.

La población en estudio quedó conformada por grupos de personas de ambos sexos, de raza blanca, mestiza y negra, y en edades comprendidas entre los 14 y 81 años, distribuidos de la siguiente manera: 14 a 44 años, 45 a 60 años y 60 o más, residentes en el suroccidente Colombiano, que solicitaron atención estomatológica en forma consecutiva en el área de Clínica de la Avenida Roosevelt y centro durante el año 2001.

La muestra de estudio se obtuvo por medio de una escogencia aleatoria, tomando en cuenta la población asistente a los centros mencionados, con previa autorización del Dr. Rafael Valderrama, director de Clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali.

Se recolectó información de las historias clínicas, teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- Nombre
- Edad
- Sexo
- Raza
- Examen físico oral
- Diagnósticos definitivos de tejidos blandos

Según la OMS se define como morbilidad a “toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar fisiológico” y como enfermedad a “un estado que teórica o prácticamente impide al individuo desempeñar sus funciones sociales, profesionales o de otro tipo”.

La morbilidad puede medirse en términos de personas enfermas o episodios de enfermedad y en cualquiera de estas circunstancias, estimarse la duración del fenómeno correspondiente.

En el proceso de medición deben tomarse en cuenta varios factores propios de la morbilidad, incidencia y prevalencia.

Prevalencia: Mide la frecuencia total de casos de enfermedad durante el lapso especificado, bien sea que hayan empezado antes o en el curso del lapso.

Incidencia: Puede usarse el término en función de cifras absolutas o de tazas, y en cualquiera de los casos, referirse a episodios o personas enfermas.

Relación entre los anteriores indicadores. El conocimiento de una enfermedad es muy útil, pues permite medir la carga de esa enfermedad sobre la población en una fecha o lapso dado.

En general, puede decirse que la incidencia es un indicador de especial utilidad para el investigador, bien sea que busque agentes causales o que quiera conocer el impacto de ciertas medidas sobre el desarrollo de una enfermedad.

La prevalencia en cambio, es una medida que tiene especial interés para el administrador, quien se interesa en conocer la carga de una enfermedad dada, que se representa en la comunidad.

6. PATOLOGÍAS ORALES DE TEJIDOS BLANDOS HALLADAS EN LA INVESTIGACIÓN

- Exostosis (Torus palatino y mandibular)
- Estomatitis por prótesis
- Lengua fisurada
- Hiperqueratosis local (friccional)
- Manchas melánicas
- Ulceraciones de carrillos y de tejidos blandos (paladar, frenillos)
- Lengua geográfica
- Lengua saburral
- Macroglosia
- Glositis migratoria
- Petequias
- Tatuaje por amalgama
- Melanoma
- Nevus
- Hemangioma
- Gránulos de Fordyce
- Mucocelo

7. PATOLOGÍAS ORALES DE TEJIDOS BLANDOS DE MAYOR PREVALENCIA HALLADAS EN LA INVESTIGACIÓN

- Exostosis (Torus palatino y mandibular)
- Estomatitis por prótesis
- Lengua saburral
- Lengua geográfica
- Lengua fisurada
- Manchas melánicas
- Mordedura de carrillos
- Ulceraciones de carrillos y de tejidos blandos (paladar, frenillos)

8. CLASIFICACIÓN DE TUMORES BENIGNOS NO ODONTÓGENOS

- Fibroma Osificante
- Displasia Fibrosa
- Fibroma Desmoplásico
- Osteblastoma
- Osteoma Osteoide
- Condroma
- Osteoma
- Granuloma central de células gigantes
- Tumor de células gigantes
- Hemangioma del hueso
- Enfermedad de células de Langerhans
- **Torus y exostosis (Torus palatino y mandibular)**
- Hiperplasia coronoides

8.1 EXOSTOSIS (TORUS PALATINO Y MANDIBULAR)

Las exostosis son protuberancias nodulares de hueso maduro, cuya denominación precisa depende de su localización anatómica. Estas lesiones tienen poca importancia clínica, ya que no son neoplásicas y solo en raras ocasiones producen molestias. En algunos casos la mucosa que las recubre pueden ulcerarse debido a traumatismo, lo que produce una herida dolorosa cuya cicatrización es lenta. (5)

8.1.1 Aspectos Clínicos

8.1.1.1 Torus Palatino: El torus palatino es una masa ósea sesil, nodular que se localiza en la línea media del paladar duro. Esta lesiones dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y, por lo general, aparece durante la segunda o tercera décadas de la vida, aun que puede presentarse a cualquier edad como una masa ósea de crecimiento lento y a menudo asintomática, con frecuencia la lesión es simétrica a lo largo de la línea media del paladar y puede tener forma nodular fusiforme, lobular o plana. Los torus grandes se manifiestan en la radiografías como lesiones radiopacas difusas (5) (19).

8.1.1.2 Torus mandibular. Los torus mandibulares son excrescencias óseas en la región lingual de la mandíbula, por arriba del borde milohioideo son casi siempre bilaterales, aparecen en la región premolar y rara vez son unilaterales.

Las lesiones son asintomáticas, de crecimiento lento y se presenta durante la segunda o tercera décadas de la vida.

Pueden manifestarse como masas nodulares solitarias o múltiples que parecen coalescer. No presentan diferencias en la presentación por sexos (5).

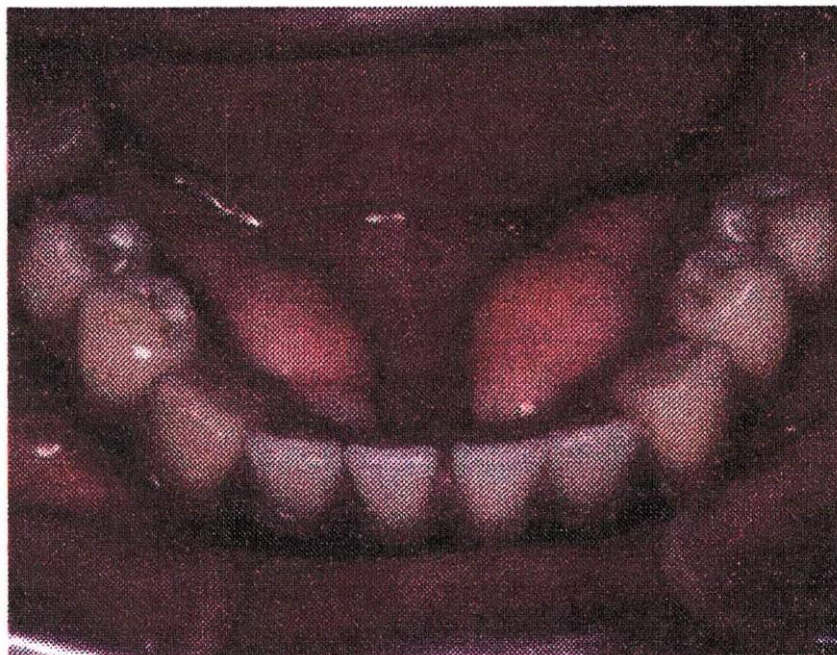
8.1.1.3 Etiología. Puede ser el resultado de la presión apacible del septum nasal, produciendo isquemia en el periostio (torus palatino), o la acción de torque del arco de la mandíbula (torus mandibular). (21)

La etiología precisa no es clara, aunque hay evidencias que indican que el torus puede ser un trastorno hereditario.

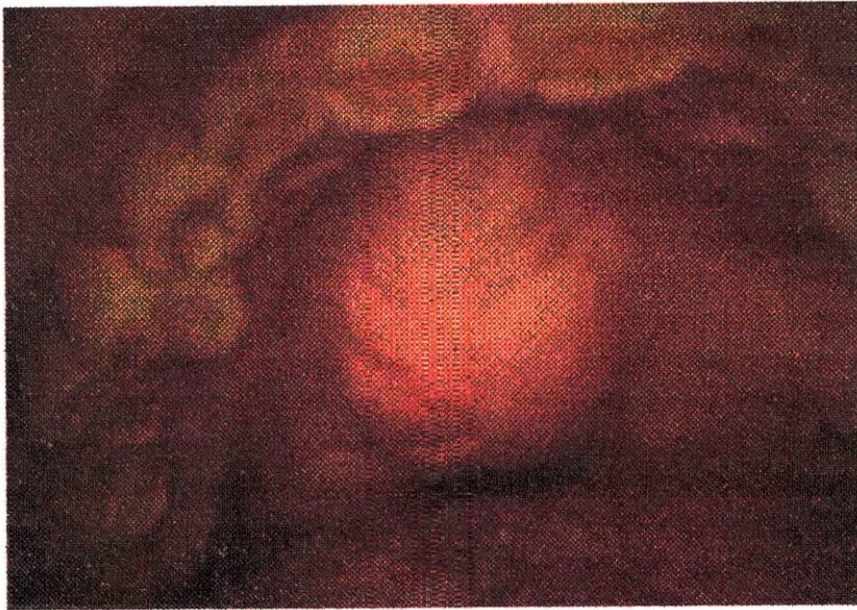
Los torus mandibulares se presentan con mayor frecuencia en ciertos grupos raciales, como negros y algunos asiáticos (2). También puede ser una anomalía del desarrollo, la cual se presenta generalmente en la vida adulta (21).

8.1.1.4 Diagnóstico diferencial. Se deben diferenciar de hiperplasia ósea secundaria a un absceso periapical crónico, displasia fibrosa y enfermedad de Paget (2).

8.1.1.5 Tratamiento. Esta lesión tiene poca importancia clínica, porque es benigna y nunca maligna. Por lo regular no se trata el torus, aunque en ocasiones puede ser de tal tamaño y forma que es imposible o impráctico elaborar una prótesis parcial o total sobre la estructura, a causa de los socavados, de la posibilidad de producir traumatismo, a la mucosa que lo cubre, o de la incapacidad de asentar la prótesis debido al escollo. En dichos casos se debe apreciar la situación y quitar el torus quirúrgicamente antes de hacer el aparato protético.(4)



Torus mandibular



Torus palatino

9. CLASIFICACIÓN DE LESIONES DEL TEJIDO CONECTIVO

❖ LESIONES DEL TEJIDO CONECTIVO FIBROSO

- **Hiperplasias reactivas**
 - Granulomas piógeno y periférico de células gigantes
 - Fibroma periférico
 - Hiperplasia gingival generalizada
 - Fibroma traumático
 - Estomatitis inducida por prótesis dental

- **Neoplasia**
 - Mixoma
 - Angiofibroma nasofaríngeo
 - Fasciitis nodular
 - Fibromatosis
 - Fibrosarcoma
 - Histiocitoma fibroso benigno
 - Histiocitoma fibroso maligno

❖ LESIONES VASCULARES

- **Lesiones reactivas**
 - Venas varicosas

- **Lesiones congénitas**
 - Hemangioma
 - Linfangioma

- Neoplasia
 - Hemangiopericitoma
 - Angiosarcoma
 - Sarcoma de kaposi

- ❖ LESIONES NERVIOSAS
- Lesiones reactivas
 - Neuroma traumático
- Neoplasia
 - Tumores de células granulares
 - Schwannoma
 - Neurofibroma
 - Neuronas mucosas del síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo III
 - Neuronas encapsulado en palizada
 - Sarcoma neurógeno
 - Neuroblastoma olfatorio

- ❖ LESIONES DEL MUSCULO Y TEJIDO ADIPOSEO
- Lesiones reactivas
 - Miositis osificante
- Neoplasias

9.1 ESTOMATITIS POR PROTESIS

La estomatitis Subprotesis (ES), es una de las alteraciones que con más frecuencia se diagnostica dentro de la Patología Bucal. Habitualmente se localiza en el paladar duro de los pacientes que utilizan prótesis dentales mucosoportadas, por lo que se define como un proceso inflamatorio de la mucosa oral relacionado con una prótesis removable. Los dos parámetros fundamentales de esta enfermedad son la inflamación de la mucosa y la prótesis.(1)

En esta patología, presenta una serie de particularidades tales como su elevada frecuencia y sus diferentes características clínicas de manifestación en la cuales confluyen dos aspectos fundamentales que son: el trauma y la infección. (1)

9.1.1 Aspectos clínicos. Puede ser de color rojo a escarlata y las salientes muy apretadas y tumefactas semejan una fresa muy madura. Son friables y sangran con el menor traumatismo, pueden estar recubiertas con un exudado blancuzco delgado.

Cuando se elimina la infección por candida, quitando la dentadura o con la administración tópica de un antimicótico, la lesión papilar toma un color ligeramente diferente del resto del paladar y consiste en proyecciones nodulares apretadas. Si son muy pequeñas, solo confieren una textura de fieltro a esa porción del paladar y es posible que la lesión pase incluso inadvertida a menos que se golpee con un instrumento o se altere por un chorro de aire si es mayor, las proyecciones polipoides son obvias y al paciente suele notar el trastorno. (2)

Un estudio realizado indica que la ES es más frecuente entre las mujeres. (1)

Desde el punto de vista clínico existen varios tipos de ES, dependiendo fundamentalmente del aspecto de la mucosa inflamada, la cual, en el curso evolutivo de la enfermedad sufre modificaciones donde puede variar la gravedad inflamatoria e incorporarse cambios fibroproliferativos en sus etapas más avanzadas.

Grado I. Signos inflamatorios mínimos, generalmente asintomáticos. Pueden aparecer áreas hiperémicas localizadas o en forma de pequeños puntos eritematosos. Es la lesión mínima visible a la inspección.

Grado II. Lesión francamente inflamatoria. Puede observarse el dibujo de los contornos de la prótesis, la superficie mucosa es de color rojo brillante, aparecen áreas eritematosas difusas que pueden cubrirse total o parcialmente por un exudado blanco-grisáceo. Generalmente el paciente expresa alguna sensación subjetiva.

Grado III. Lesión constituida por una mucosa gruesa, con gránulos irregulares que, a veces, toman aspectos papilar con las alteraciones máximas en la parte central de la mucosa palatina. La magnitud de los signos inflamatorios es variable y generalmente sobre estos predominan los fenómenos proliferativos.

Generalmente la sintomatología puede ser variable o está ausente. En numerosas ocasiones se descubre el proceso al retirar la prótesis en una exploración rutinaria o al inicio de un tratamiento rehabilitador. Se plantea que un porcentaje de los pacientes pueden presentar síntomas, señalándose entre estos, inflamación de la mucosa, sangrado, sensación de quemazón, dolor, mal gusto, halitosis, xerostomía, etc.

9.2 FACTORES ETIOPATOGÉNICOS

Dentro de los factores involucrados, hay varios a los que se les concede especial importancia, como son:

- El trauma protético ocasionado por el desajuste del aparato y los malos hábitos de utilización
- Higiene de la prótesis donde se involucran elementos microbiológicos debido a la placa bacteriana subprotésica que conforma un especial ecosistema con características muy particulares en su pH, en el que influyen la dieta, características salivares, etc.
- Posibles reacciones alérgicas e irritación causada por los materiales que componen la prótesis (resinas o aleaciones metálicas).
- Infección candidiásica
- Enfermedades sistémicas predisponentes

9.2.1 El trauma protético. Generalmente se admite que la ES Grado I es causada únicamente por el trauma. Las alteraciones provocadas por estas prótesis inadecuadas pueden tener diferentes orígenes relacionados, por ejemplo, con la impresión definitiva.

La secuencia de una correcta estabilidad protética conlleva a un desplazamiento de la prótesis durante su función. Debe recordarse que una prótesis, técnicamente bien concebida, debe constituir un estímulo a los tejidos de sostén y no una agresión.

Es muy frecuente observar la ES asociada a prótesis parciales removibles que presentan diseños incorrectos donde faltan el suficiente alivio en las zonas gingivales paradentarias.

El uso continuado de la prótesis puede favorecer la ES por varios motivos. Por una parte va a provocar un incremento de las lesiones locales y, por otro lado, aumenta el tiempo de exposición de la mucosa a la placa de la dentadura. Se ha observado un incremento de la frecuencia y densidad de *Cándida albicans* en la superficie de asiento de la prótesis en aquellos pacientes que la utilizan noche y día. Es por ello que muchos investigadores le confieren gran importancia al tiempo de uso diario y recomiendan un receso entre seis y ocho horas al día.

9.2.2 Higiene de la prótesis. La deficiencia higiene ha sido considerada como un factor etiológico importante de la ES. Para algunos estudios la placa bacteriana que se forma en la superficie interna de la prótesis es, probablemente, la causa de mayor significado en la etiopatogenia de este proceso. (23) (24)

La formación de la placa bacteriana en la prótesis está facilitada por el cúmulo de residuos debido, no solo, a una mala higiene, sino también, a las limitaciones que en muchas ocasiones ofrece el propio material de base. La porosidad y las irregularidades del relieve de la superficie interna de la prótesis posibilita el acúmulo de placa. En los casos de los pacientes con prótesis parciales removibles, la presencia de dientes con caries o trastornos periodontales, pueden agravar la ES. (25)

9.2.3 Reacciones alérgicas e irritación. Se acepta en general que la aparición de una verdadera alergia a los materiales constituyentes de la base protética es muy rara, además, los criterios en los que se basa el diagnóstico de alergia son variables y están mal definidos.

La alergia de contacto de las resinas de las bases protéticas es un fenómeno de hipersensibilidad Tipo IV, para su diagnóstico precisa el cumplimiento de criterios como:

- a. La exposición previa al alérgeno
- b. Patrones patológicos como enrojecimiento, necrosis o ulceración
- c. Resolución cuando el alérgeno es retirado
- d. Reaparición al exponerse nuevamente el alérgeno
- e. El path test positivo

9.2.4 Infección candidiásica. Desde 1936 se ha relacionado la ES con la Cándidas. Se han realizado múltiples estudios en los que se ha demostrado un significativo aumento en los pacientes que presentan ES con relación a otros sanos, así como la activación proteolítica del precursor de la interleuquina 1 beta por lo que esto sugiere un rol fundamental en la patogenia de la reacción inflamatoria característica de estos procesos. Por otra parte, el importante papel de este agente es la ES, viene también apoyado a la respuesta favorable lograda en muchos pacientes con terapia antifúngica. No obstante, a pesar de reducir el número de levaduras con este tratamiento y la temporal desaparición del eritema y la sintomatología clínica tras la suspensión del medicamento, se observa una rápida recolonización.

9.2.5 Factores sistémicos predisponentes. Existe un conjunto de enfermedades sistémicas que disminuyen las defensas del organismo, entre ellas la Diabetes, Anemias, Inmunodeficiencias, Alteraciones renales, Hipoparatiroidismo, déficit nutritivo. Además, permanecen otros factores, también predisponentes como son, la antibióticoterapia inadecuada, el tratamiento con corticoides o inmunosupresores, ciertos psicofármacos, xerostomía, tabaquismo y la radioterapia.

9.2.6 Aspectos diagnósticos. El diagnóstico de la ES se basa preferentemente en la clínica y el adecuado empleo de los medios auxiliares, diagnóstico tales como procedimiento bióptico, estudios citológicos, exámenes microbiológicos.

Una correcta y completa historia clínica que recoja los antecedentes personales, familiares, así como el proceso actual y su sintomatología. Es de suma importancia, anotar cuidadosamente el tipo de prótesis, su estado, la función, su estabilidad, la adaptación marginal, las relaciones, el desgaste, tiempo de utilización de la última prótesis y el total de años que se lleva como portador de prótesis. Debe conocerse, además, el nivel de higiene bucodentaria y protéica y la situación del resto de los elementos de la cavidad oral (caries, infecciones, leucoplasias, queilitis).

9.3 ASPECTOS TERAPÉUTICOS

En todo tratamiento, la eliminación o corrección de los factores etiológicos es de suma importancia. Uno de los grandes problemas en el seguimiento de el ES es el componente psicosocial del paciente afectado, por cuanto es recomendable la suspensión temporal del aparato que se encuentra utilizando para dar comienzo, una vez recuperada la persona, a la confección de una nueva prótesis. Por tal razón, se recurren a soluciones alternativas en un intento de eliminar los efectos de adaptación y ajustes de las prótesis, empleando acondicionadores de tejidos, los cuales, mejoran la adaptación de la prótesis a los relieves, disminuyendo su movilidad y evitando rozamientos y compresiones inadecuadas sobre la mucosa.

Es recomendable el tratamiento previo con esquemas antifúngicos (miconazol, fluconazol), higienización profunda de la prótesis, teniendo en cuenta la adhesión de la C. Albicans a la superficie acrílica (Ej. ozono), incorporación de agentes antimicóticos al polvo del acondicionador antes de realizar la mezcla con el líquido. Debe recordarse que los acondicionadores se deterioran con mucha facilidad en la cavidad bucal, por lo que deben ser sustituidos cada dos o tres días, de no hacerlo así, estos productos se convierten en un reservorio de gérmenes que favorecerán aún más, la inflamación.

Los casos mas graves, diagnosticados como Grado III en los cuales predominan los fenómenos fibroproliferativos, el proceso de recuperación del paciente, tras la suspensión del uso de la prótesis o el empleo de acondicionadores mucosos, puede no tener éxito. En estos casos resulta imprescindible recurrir a técnicas quirúrgicas para la eliminación de las correspondientes papilas y su respectivos estudio anatomopatológico. (1)



Estomatitis por prótesis en el maxilar

10. CLASIFICACIÓN DE LESIONES BLANCAS

❖ ENFERMEDADES HEREDITARIAS

- Leucodema
- Nevo esponjoso blanco
- Disqueratosis intraepitelial benigna hereditaria
- Queratosis folicular

❖ LESIONES REACTIVAS

- **Hiperqueratosis (friccional) o mordedura de carrillos**
- Lesiones blancas relacionadas con tabaco no fumado
- Estomatitis nicotínica
- Queilitis solar

❖ OTRAS LESIONES BLANCAS

- Leucoplaquia idiopática
- Leucoplaquia pilosa
- Lengua pilosa
- **Lengua fisurada**
- **Lengua geográfica**
- **Lengua saburral**
- Liquen plano
- Esfuerzo relacionado con dentífricos

❖ LESIONES NO EPITELIALES BLANCO – AMARILLENTAS

- Candidiasis
- Quemaduras en la mucosa
- Fibrosis submucosa
- Gránulos de Fordyce
- Tejido linfoide ectópico
- Quistes gingivales
- Parulis
- Lipoma

11. LENGUA SABURRAL

11.1 ETIOLOGÍA

La saburra lingual es un aumento de la capa de revestimiento de la superficie dorsal de la lengua, normalmente constituida por células descamadas, provenientes de las papilas filiformes, leucocitos, mucus, microorganismos y restos alimenticios.

Todas estas sustancias anteriormente mencionadas, se ubican entre la papilas filiformes y con los movimientos fisiológicos de la masticación son eliminadas.

Cuando estas sustancias se depositan en el tercio posterior de la lengua, se considera normal, sin embargo, si el depósito tiene lugar en los dos tercios anteriores y en cantidades excesivas se considera patológico.

Existen factores que impiden la adecuada descamación de queratina de las papilas filiformes y con ello la sabura lingual, entre ellos tenemos:

- Factores Fisiológicos: No comer, no hablar, no dormir emociones fuertes
- Factores Patológicos: Alimentación por sonda, postración prolongada, estados febriles xerostomia, obstrucción intestinal, uremia, alteraciones motoras (Parálisis del XII par), alcohol, tabaco.

11.2 ASPECTOS CLÍNICOS

Clínicamente el dorso de la lengua se nota recubierto por una densa capa de material, que puede ser de color blanco, amarillento o pardo. El paciente relata sabor amargo y halitosis. No se aprecia

hipertrofia de las papilas filiformes. Estas suelen estar aumentadas en ciertos momentos del día, sobre todo por las mañanas, (ya que durante el sueño la producción de saliva, el arrastre mecánico y los movimientos deglutorios están disminuidos).

11.3 TRATAMIENTO

Mejorar las condiciones higiénicas mediante: Uso local de clorhexidina. Impedir la xerostomía.

Eliminación del tabaco. Cambio de hábitos alimenticios (ingerir alimentos duros). (15)



Lengua Saburral

12. LENGUA GEOGRÁFICA O “GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA”

12.1 ETIOLOGÍA

La lengua geográfica, también conocida como sistema migrante y glositis migratoria benigna, es una enfermedad de causa desconocida. Se ha propuesto varias hipótesis que vinculan este trastorno con el estrés emocional o la infección por hongos o bacterias. La lengua geográfica acompaña, tal vez de manera coincidental, a varias enfermedades diferentes, entre ellas psoriasis, dermatitis, seborreca, síndrome de Reiter y atopia. Se ha notado diferencia significativa en la prevalencia de esta enfermedad en sujetos atópicos que padecen asma intrínseca y rinitis y la prevalencia en individuos con reacción cutánea negativa a diferentes alérgenos. (5)

12.2 ASPECTOS CLÍNICOS

Esta afección se caracteriza al principio por la presencia de áreas pequeñas, circulares o irregulares de desqueratización y descamación de papilas filiformes. Las regiones descamadas aparecen rojas y algo dolorosas. Los márgenes predominantes que rodean las zonas rojas son de color blanco o blanco amarillento y a menudo poseen un patrón circinado. Conforme una área sana, el proceso se extiende a las áreas adyacentes. Existe una correlación clínica positiva entre lengua geográfica y lengua plegada o fisurada; se desconoce el significado de cada relación aunque los síntomas pueden ser más comunes en presencia de lengua fisurada, presuntamente por infección micótica secundaria. (5)

Es un cuadro asintomático la inmensa mayoría de las veces, aunque en ocasiones los pacientes refieren sensación de quemazón e irritabilidad, sobre todo al ingerir alimentos como ciertas frutas y vinagre. (15)

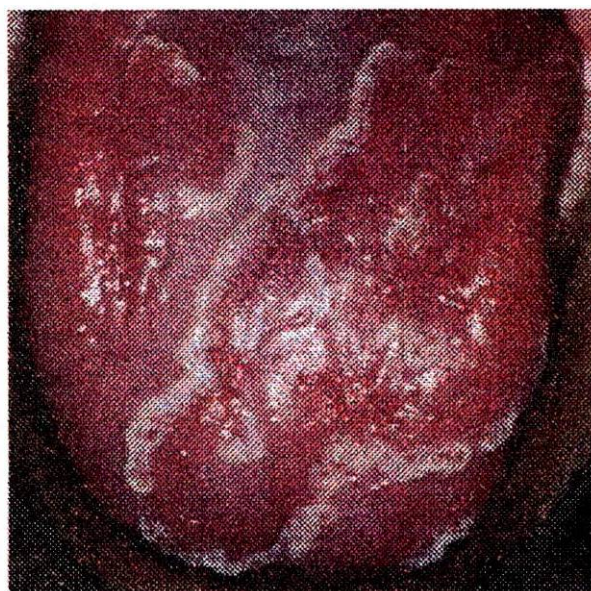
12.3 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En ocasiones es necesario establecer el diagnóstico diferencial, con pacientes aquejados de psoriasis, los cuales presentan en el dorso lingual, lesiones típicas de esta enfermedad que recuerdan en gran medida a la lengua geográfica. El diagnóstico en estos casos lo realizamos mediante la historia clínica del paciente y por confirmación histo-patológica previa biopsia. (15)

En casos dudosos deben incluirse en el diagnóstico clínico diferencial candidiasis, leucoplaquia, liquen plano y lupus eritematoso (5).

12.4 TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

Debido a la naturaleza autolimitantes y en general asintomática de esta enfermedad no es necesario la terapéutica. Empero, cuando aparecen síntomas, el tratamiento es empírico. Pueden ser útiles los esteroides tópicos, especialmente los que contienen un agente antimicótico. Infundir confianza a la persona aclarándole que este padecimiento es completamente benigno y que no se presagia enfermedad más grave ayuda a aliviar la ansiedad. (5)



Lengua geográfica

13. LENGUA FISURADA

La lengua fisurada es una malformación manifestada clínicamente por numerosas ranuras o surcos en la superficie dorsal, a menudo radiadas hacia afuera desde una ranura central a lo largo de la línea media de la lengua. (4)

13.1 ETIOLOGÍA

Desde el punto de vista etiológico, se piensa que existe un factor hereditario poligénico que tiene mucha importancia en su aparición, así como factores exógenos predisponentes tales como el trauma crónico y los déficits vitamínicos. (15)

13.2 ASPECTOS CLÍNICOS

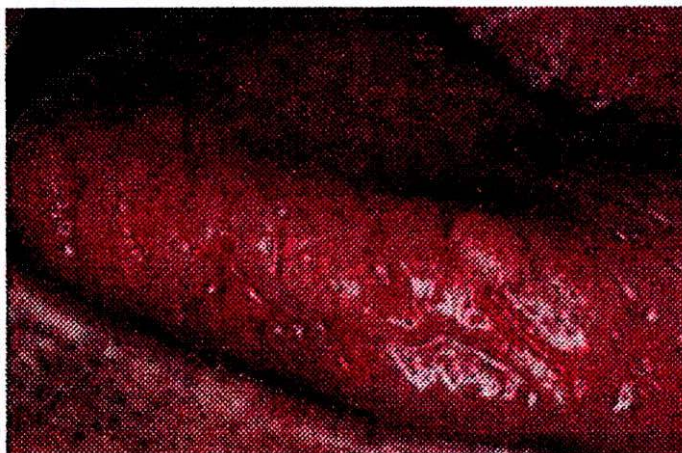
Con frecuencia, en personas con lengua fisurada que se quejan de ardor o de otros síntomas se prescriben mayores esfuerzos de higiene lingual, porque se piensa que las bacterias y desechos que se retienen en las fisuras contribuyen a la molestias. Si bien las lenguas fisuradas suelen carecer del aspecto "limpio" de las que no presentan este trastorno y son más rojas, no existen pruebas que sugieran que ello representa inflamación o alguna alteración o que es la causa de los síntomas linguales. Cuando se examina la boca es costumbre separar las paredes de fisuras profundas de la lengua y examinar la base de cada fisura en busca de úlceras, nódulos y otras lesiones. Los factores que se relacionan con un aumento de la prevalencia y grado de fisuración lingual con la edad incluyen disminución de la función salival y posible deficiencia de vitamina B, candidiásis y lesiones liquenoides crónicas (en placa) (3).

13.3 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

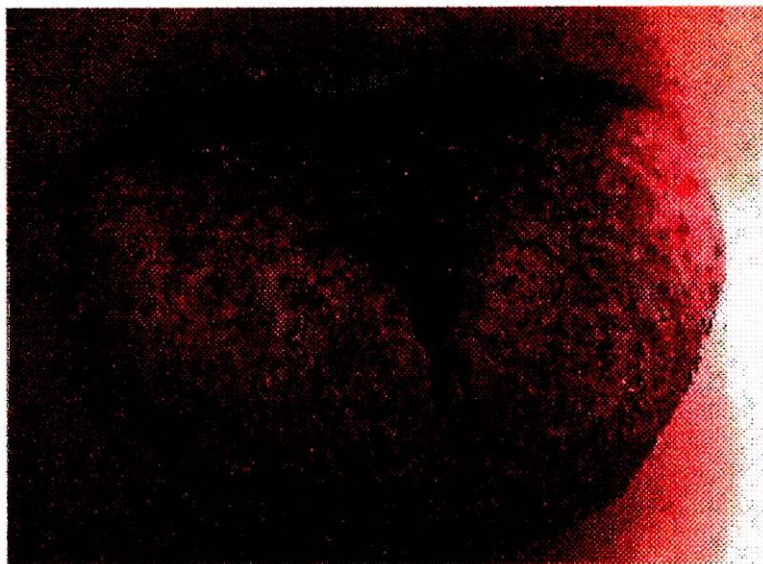
La frecuencia de personas con fisuración bien marcada, aumenta con la edad, igual que el número, anchura y profundidad de las fisuras en los afectados. La frecuencia de lengua fisurada es cuatro a cinco veces mayor en personas institucionalizadas, con retraso mental y en psicóticos, un hecho que se explica cuando menos en parte por la frecuencia de la lengua fisurada en el mongolismo de la trisomía. La lengua fisurada también es una característica de varios síndromes hereditarios. Se utilizan diversos términos para describir los patrones bien marcados y precisos de fisuración (por ejemplo, lengua plegada, escrotal o cerebriforme), pero no existen pruebas adecuadas que demuestren que la fisura en si o cualquier otro tipo de esta alteración sea diagnóstico de una anomalía o enfermedad en particular.

13.4 TRATAMIENTO

Eliminar de la dieta alimentos picantes y excesivamente condimentados. Eliminar restos y detritus alimenticios que pueden quedar retenidos en los pliegues linguales, mediante una higiene cuidadosa. Realizar colutorios con agua oxigenada al 3%. En ocasiones el surco puede estar sobreinfectado por colonias de *Cándida Albicans*, requiriendo en tal caso, el uso de medicación específica (derivados imidazólicos, nistatina), bien en colutorios o en uso tópico. (15)



Lengua fisurada



Lengua fisurada

14. MORDEDURA DE CARRILLO

Los hábitos orales parafuncionales, han sido ampliamente implicados como factores que intervienen en el desarrollo y perpetuación del síndrome y se considera como actividad parafuncional aquella relación lesiva o no en dependencia de la tolerancia del individuo, que se caracteriza por una serie de movimientos paralelos a la función normal sin un objetivo funcional, por lo que se hallan alterados y pervertidos y constituyen una fuente productora de fuerzas traumáticas que se caracterizan por una dirección anormal, intensidad excesiva y por ser frecuentes y duraderas.

Dentro de los hábitos parafuncionales se encuentra el apretamiento y rechinar dental, la mordedura de lengua, labios, carrillos u otros objetos, la onicofagia, masticación unilateral y protracción lingual

14.1 ASPECTOS CLÍNICOS

Pueden producirse úlceras de gravedad variable, por lo general con bordes contusos característicos que permiten identificar su origen traumático.

Alrededor de estas úlceras es común encontrar colgajos blanquizcos pasajeros de tejido necrótico. El área traumatizada puede tomarse más gruesa, con cicatrices y más pálida que la mucosa vecina.

Las lesiones se sienten gruesas al tacto y se ven como áreas enrojecidas, maceradas, mal delineadas, con epitelio superficial desprendido.

14.2 ETIOLOGÍA

La mordedura de labios, lengua, carrillos pueden constituir una vía de escape para la tensión emocional acumulada, suele ocurrir por una costumbre nerviosa inconsciente o por movimientos no controlados de empuje de la lengua o de masticación y trituración de la mandíbula como la disnea tardía. Puede ser producida también por movimientos repetidos de succión, masticación y fricción. (2) (4)

14.3 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial incluye el nevo esponjoso blanco, quemaduras químicas, reacción a medicamentos aplicados localmente y candidiasis (2).

14.4 TRATAMIENTO

Con frecuencia, solo es necesario que el paciente se de cuenta de esta costumbre para eliminar las lesiones, aunque quizá se necesite vigilar las masas de alimento, discrepancias oclusales o superficies dentales ásperas que estimulan el hábito (2).

Se le recomienda al paciente discontinuar el hábito causal cuando es una respuesta queratósica o lesión traumática, pero si la etiología de la lesión es dudosa es necesario realizar biopsia (5).



Mordedura de carrillos

15. CLASIFICACIÓN DE PIGMENTACIONES DE LOS TEJIDOS

BUCALES Y PERIBUCALES

❖ LESIONES BENIGNAS DE ORIGEN MELANOCITO

- **Pigmentación fisiológica (manchas melánicas)**
- **Melanosis relacionadas con tabaquismo**
- **Mácula melanótica bucal**
 - Efélides
 - Léntigo

❖ NEOPLASIAS

- Nevus
- Melanomas
- Tumor neuroectodermo de la lactancia

❖ PIGMENTACIÓN A CAUSA DE DEPÓSITOS EXOGENOS

- Tatuaje por amalgama o argirosis local
- Pigmentación por metales pesados
- Pigmentaciones inducidas por fármacos

16. PIGMENTACIONES DE LOS TEJIDOS BUCAL Y PERIBUCAL

16.1 MELANOSIS

La melanina es un pigmento endógeno

Los melanocitos se encuentran en toda la mucosa bucal, pero no se notan debido a la producción relativamente escasa de pigmento y a su citoplasma transparente, cuando producen pigmento o prolifera a niveles focal y general pueden provocar diferentes entidades en la mucosa bucal, desde la pigmentación fisiológica hasta la neoplasia maligna.

La pigmentación bucal melánica puede variar desde marrón hasta negra o azul, según sea la cantidad de melanina liberada y la profundidad o localización del pigmento. En general, la pigmentación superficial es marrón, en tanto que la pigmentación más profunda es negra o azul. El oscurecimiento no estimulado por factores conocidos de una lesión previa sugiere que las células pigmentarias están produciendo más melanina o invadiendo tejido más profundo. (5)

16.2 ETIOLOGÍA

La etiología de la pigmentación es variada, estando asociada a trauma, como morder la mejilla o los labios, otros casos asociados a drogas antipalúdicas (sulfato de quinina, minociclina) y pacientes HIV positivos. Brown , Houston (1991) mostraron la melanosis del fumador como una pigmentación benigna de la mucosa bucal, predominante observada en la encía adherida y en la papila gingival.

En sentido más amplio, algunos autores consideran que las pigmentaciones de la mucosa bucal son causadas por: 1) lesiones vasculares (hematomas, varices y hemangiomas); 2) tatuajes metálicos (normalmente amalgama); 3) lesiones melanocíticas (mácula melanocítica bucal, nevus pigmentados, melanoma maligno y otros síndromes como la enfermedad de Addison, el síndrome de Albright, el síndrome de Peutz –Jeghers o la enfermedad de Recklinghausen (6).

16.3 PIGMENTACION FISIOLÓGICA

16.3.1 Características Clínicas. Es una pigmentación simétrica y persistente que no altera las estructuras normales. Puede observarse en personas de cualquier edad y no muestra predilección por sexo. La pigmentación fisiológica aparece en cualquier sitio, aunque la gingiva es el tejido intra - bucal afectado con mayor frecuencia. Algunas veces se reconoce un tipo relacionado de pigmentación, conocido como pigmentación post - inflamatoria, después de una reacción de la mucosa a una lesión.

16.3.2 Diagnóstico: Los patrones de pigmentación de las manchas melánicas fueron definidos por Dummett; Gupta en 1964, como castaño claro, mediano y profundo. La encía es frecuentemente el tejido bucal más pigmentado. No obstante prevalece más en la raza negra; los franceses, filipinos, árabes, chinos, indios, alemanes, italianos, judíos, griegos, rumanos y otros, pueden exhibir estas manchas. Parece que hay una correlación positiva entre pigmentación gingival y el grado de pigmentación de la piel.

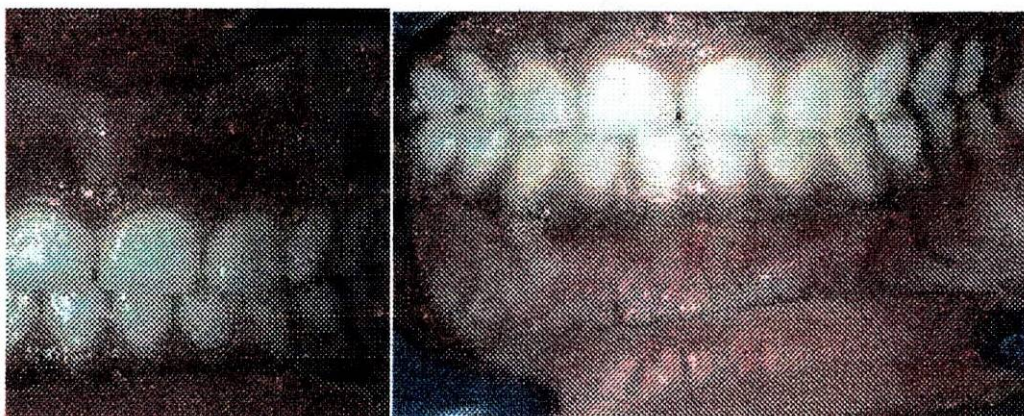
16.3.3 Diagnostico diferencial. El diagnóstico clínico diferencial debe incluir melanositis relacionada con tabaquismo, síndrome de Peutz-Jegher, enfermedad de Addison y melanoma. Aunque la pigmentación fisiológica suele ser un diagnóstico clínico, la biopsia puede justificarse si las características clínicas son atípicas (5).

16.3.4 Tratamiento. Las técnicas usadas para eliminar las manchas melánicas más comunes citadas son: el uso de agentes químicos, los injertos gingivales libres, la abrasión con instrumentos

de rotación, la gingivectomía y, más recientemente el uso de láser. La solución mencionada como gingivectomía, en realidad se trata generalmente de gingivoplastia, ya que los casos no presentan una profundidad de sondaje que caracterice a la bolsa periodontal. Así, procedimientos de resección gingival, cuando se ejecutan solamente por razones cosméticas no ofrecen resultados permanentes.

Actualmente en la práctica clínica se ha visto que la eliminación de estas manchas o pigmentaciones con la técnica de láser dental tiene buenos resultados ya que elimina completamente el defecto y no tiene porcentajes de residiva considerada. Por lo tanto, se considera que las pigmentaciones melánicas de encía tratadas con láser ND – YAG no dejan secuelas negativas para el paciente, y además, que es un tratamiento fácil, cómodo y rápido, con muy buenos resultados.

16.3.5 Pronóstico de la melanosis bucal. Su pronóstico es favorable, puesto que elimina los pigmentos pardo-negruzcos causados por un aumento de la melanina en las células del organismo, y sus porcentajes de residiva disminuyen considerablemente, ya que no existen condiciones clínicas para que este procedimiento se forme de nuevo (6).



Pigmentación fisiológica (Manchas melánicas)

16.4 MELANOSIS RELACIONADAS CON TABAQUISMO

16.4.1 Etiología y patogenia. La pigmentación melanínica anormal de la mucosa bucal se ha vinculado con el hábito de fumar cigarrillos y se le designa como melanos por tabaquismo o melanositis del fumador. La patogenia tal vez se relaciona con algún componente del humo del tabaco que estimula los melanocitos. También se piensan que las hormonas sexuales femeninas pueden modificar este tipo de pigmentación, puesto que las mujeres (en especial quienes ingieren pastillas para el control natal) son afectadas más a menudo que los hombres.

16.4.2 Características clínicas. La región afectada casi siempre es la gingiva labial anterior. La pigmentación del paladar y la mucosa bucal se atribuye al hábito de fumar en pipa. El consumo de tabaco no fumado no se ha vinculado con melanositis bucal. En la melanositis por tabaquismo la intensidad de la pigmentación guarda relación con tiempo y dosis.

16.4.3 Diagnóstico diferencial. Otras entidades que deben considerarse antes de establecer un diagnóstico definitivo son la pigmentación fisiológica, síndrome de Peutz-Jeghers, enfermedad de Addison y melanosis.

16.4.4 Tratamiento: Con la eliminación del hábito de fumar es de esperar que la situación mejore en el curso de unos meses o años. La melanositis del fumador parece tener por sí misma poca importancia. Sin embargo, a veces puede enmascarar otras lesiones o ser objeto desde el punto de vista estético (5).

16.5 MÁCULA MELANÓTICA BUCAL

16.5.1 Características clínicas. La mácula melanótica bucal (o melanositis focal) es una lesión pigmentada focal que puede evidenciarse: a) pecas intrabucales, b) pigmentación post inflamatoria, c) manchas relacionadas con el síndrome de Peutz-Jegher o enfermedad de Addison.

Las máculas melanóticas se describen como lesiones predominantes sobre el borde rojo labial y la gingiva, aunque pueden aparecer en cualquier superficie mucosa. Son asintomáticos y no tienen potencial maligno.

16.5.2 Diagnóstico diferencial. Esta pigmentación debe diferenciarse del melanoma superficial temprano. Algunas veces se confunde con nevo azul o tatuaje por amalgama. Si es abundante, deben considerarse como una posible clínica el síndrome de Peutz-Jeghers y la enfermedad de Addison.

16.5.3 Tratamiento. Puede ser necesaria la biopsia para establecer el diagnóstico definitivo de esta lesión. Por otra parte, no está indicado tratamiento alguno (5).

17. TRASTORNOS ULCERATIVOS

❖ LESIONES REACTIVAS

- **Úlceras**

❖ ENFERMEDADES BACTERIANAS

- Sífilis
- Gonorrea
- Tuberculosis
- Lepra
- Actinomicosis
- Noma

❖ ENFERMEDADES MICÓTICAS

- Enfermedades micóticas profundas
- Enfermedades micóticas subcutáneas: Esporotricosis
- Enfermedades micóticas oportunistas: Ficomycosis

❖ ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ALTERACIONES INMUNITARIAS

- Úlcera aftosa
- Síndrome de Behçet
- Síndrome de Reiter
- Eritema multiforme
- Lupus eritematoso
- Reacciones medicamentosas
- Alergias por contacto

- Granulomatosis de Wegener
- Granuloma de la línea media
- Enfermedad granulomatosa crónica
- Neutropenia cíclica

❖ NEOPLASIAS

- Carcinoma de células escamosas
- Carcinoma del seno maxilar

17.1 LESIONES REACTIVAS (ULCERAS)

Una úlcera por definición, es la pérdida de continuidad del epitelio por cualquier causa. En boca, las úlceras pueden tener como precedentes vesículas o bulas de corta duración y en este caso, forman parte del grupo de trastornos que se clasifican como enfermedades vesiculobulares ulcerativas, el antecedente clínico de las úlceras con vesículas previas es clave importante y permite limitar el diagnóstico diferencial a este grupo específico de trastornos.

En los pacientes que acuden a atención dental, con frecuencia se encuentran lesiones ulcerativas, muchas de las cuales presentan un aspecto similar pero cuya etiología a veces es muy diversa y varía desde lesiones reactivas o neoplásica hasta manifestaciones bucales de enfermedades dermatológicas. Es muy importante tanto para el paciente como para el clínico, que se establezca el diagnóstico ya que las úlceras infecciosas en ocasiones son contagiosas y deben explorarse con precaución.

17.1.1 Aspectos clínicos. Las úlceras reactivas agudas de la mucosa bucal presentan los mismos signos y síntomas clínicos de la inflamación aguda, se observan lesiones cubiertas por exudado blanco amarillento y rodeadas por un halo eritematoso la intensidad del dolor varía y hay sensibilidad al contacto o a la presión.

Las úlceras reactivas crónicas son poco dolorosas o bien indoloras, presentan bordes elevados por la hiperqueratosis y las cubre una membrana amarilla, además se observa induración causada por las cicatrices e infiltración inflamatoria crónica.

En ocasiones se observa una úlcera benigna crónica con aspecto de cráter con origen en lesiones profundas de los tejidos blandos, y se conoce como granuloma traumático, esta lesión mide 1 a 2 cms de diámetro, se localiza en la lengua, pero también puede presentarse en mucosa bucal o labios y tarda varias semanas en curar.

17.1.2 Etiología. En la mayor parte de los casos, se debe a traumatismo mecánico accidental y si se consideran los antecedentes clínicos, la relación causa- efecto es evidente. Se localizan en zonas que se traumatizan fácilmente como el labio inferior, lengua y mucosa bucal.

La prótesis, casi siempre dentaduras, se relacionan con frecuencia a las úlceras traumáticas que pueden ser agudas o crónicas. En los casos en que se relacionan con trastornos psicológicos, las lesiones pueden ser autoinducidas por un hábito anormal, estas úlceras, a las que se denominan artificiales, presentan dificultades en su tratamiento y pueden ser frustrantes para el clínico, en especial si no se sospecha la etiología, pues en ocasiones requieren tratamiento psicológico para la solución del problema.

En algunos casos, la causa es yatrógena, es muy importante que se respete la fragilidad de los tejidos blandos de la boca,

Otra causa son las sustancias químicas por su carácter ácido o básico y su capacidad irritativa o alergena, las lesiones pueden ser autoinducidas o accidentales.

También los medicamentos cavitarios, en especial los que contienen fenol, causan úlceras bucales, así como el uso excesivo del ácido fosfórico (sustancias para grabar esmalte) o

procedimientos de endodoncia donde se utilizan sustancias oxidantes muy fuertes (peróxido de hidrógeno al 30%), se relacionan con quemaduras químicas de la mucosa.

Las úlceras que se producen por quemaduras por calor son poco frecuentes, aunque se observan en paladar "quemaduras por pizza", producidas por el queso caliente y algunos de origen yatrogénicos debidas al uso imprudente de materiales de impresión dental como cera, hidrocoloides y otros compuestos.

De modo característico, se encuentran úlceras bucales durante la radioterapia para el cáncer de cabeza y cuello. Las úlceras por radicación persisten durante todo el tratamiento y varias semanas después de suspenderlo, al cabo de la cuales curan de manera espontánea sin dejar cicatrices.

17.1.3 Diagnóstico. En las úlceras reactivas agudas la reacción causa-efecto se evidencia por el examen físico y la historia clínica, cuando se trata de una lesión artificial, el diagnóstico representa un reto mayor.

El diagnóstico de las úlceras crónicas es más difícil ya que la causa a menudo no es aparente, en estas circunstancias, debe establecerse un diagnóstico diferencial, en el que se consideren enfermedades infecciosas (sífilis, tuberculosis, micosis profundas) o cáncer.

Cuando se piensa que la lesión es de origen traumático, se recomienda un período de observación de dos semanas, si no hay cambios o la lesión aumenta de tamaño, debe realizarse una biopsia para establecer el diagnóstico definitivo.

17.1.4 Tratamiento. La mayor parte de las úlceras reactivas bucales, requiere solo observación, cuando el dolor es intenso, puede indicarse tratamiento sintomático que consiste en enjuagues de tetraciclina, nistatina y difenhidramina o corticosteroides tópicos.

18. ANALISIS DE RESULTADOS

Se analizó un total de 1.100 historias clínicas de pacientes mayores de 14 años, atendidos en el Colegio Odontológico Colombiano en el año 2001, comprendidos en los rangos de edad 14 - 44, 45-60, 61 o mas respectivamente, de los cuales fueron estudiadas 98 historias clínicas de pacientes que presentaron patologías de tejidos blandos, encontrándose un total de 62 mujeres y 36 hombres, ocupando un subgrupo las patologías orales de tejidos blandos de mayor prevalencia un total de 86 historias clínicas tomadas de las 98 historias clínicas ya mencionadas.

Resaltando el grupo de 863 historias clínicas de pacientes que presentaron (enfermedad Periodontal, caries, enfermedad Endodóntica); además de 122 historias clínicas incompletas y 17 historias clínicas de pacientes sanos, las cuales no se tuvieron en cuenta en la investigación.

863	Historias clínicas son enfermedades bucales (enfermedad periodontal, caries, enfermedad endodóntica)
122	Historias clínicas incompletas
98	Historias clínicas de pacientes con patologías de tejidos blandos
17	Historias clínicas de pacientes sanos

Total 1.100 historias clínicas

78,45%	Historias clínicas son enfermedades bucales (enfermedad periodontal, caries, enfermedad endodóntica)
11.09%	Historias clínicas incompletas
8.90%	Historias clínicas de pacientes con patologías de tejidos blandos
1.54%	Historias clínicas de pacientes sanos
100%	

Análisis gráfica 1. El 100% corresponde a 1.100 historias clínicas donde se observó el 78.45% de la población, presentó enfermedad periodontal, caries o enfermedad endodóntica, siendo el % más representativo de esta población.

El 11.09% corresponde a historias clínicas incompletas, lo cual llama la atención ya que el porcentaje es mayor al de patologías de tejidos blandos.

El 8,9% corresponde a patologías de tejidos blandos siendo una cifra poco significativa en comparación con el volumen de población observada.

El 1,54% corresponde a pacientes sanos, esto indica que es un porcentaje muy pequeño y que la población atendida en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, son pacientes enfermos.
(Ver anexo 1)

Análisis gráfica 2. Esta gráfica representa el estudio realizados a un subgrupo de 86 historias clínicas que corresponden al total de historias clínicas con patologías de mayor prevalencia de tejidos blandos de las cuales, la enfermedad con mayor prevalencia fue la exostosis (Torus palatino y mandibular con un total de 11 mujeres y 15 hombres seguida de estomatitis con 18 mujeres y 6 hombres, lengua fisurada 7 mujeres y 4 hombres, mordedura de carrillo 4 mujeres y 3 hombres, manchas 4 mujeres y 3 hombres, ulceraciones 3 mujeres y 2 hombres, lengua geográfica 3 mujeres y 1 hombre, lengua saburral 2 mujeres.

El anterior análisis muestra que la patología de mayor prevalencia fue la exostosis (torus palatino y mandibular), donde el sexo masculino fue el más afectado. (Ver gráfica 2)

Análisis gráfica 3. Esta gráfica representa el estudio realizado a un subgrupo de 846 historias clínicas que corresponden al total de historias clínicas con patologías de mayor prevalencia de tejidos blandos, de las cuales, la raza blanca fue la que presentó mayor prevalencia en todas las

patologías orales de tejidos blandos, presentándose mayor grado en la estomatitis. (Ver anexo gráfica 3)

Análisis tabla 1. En un total de 1100 historias clínicas revisadas, 98 corresponden a patologías orales de tejidos duros y blandos, dentro de los cuales se encuentran 18 diferentes tipos de patologías orales. (Ver anexo 2)

Análisis tabla 2. En un total de 98 historias clínicas, las enfermedades con mayor prevalencia fueron en total 9, su orden de mayor a menor es: Exostosis, estomatitis, lengua fisurada, hiperqueratosis (mordedura de carrillo), manchas melánicas, ulceraciones de tejidos blandos, lengua geográfica y lengua saburral.

El sexo femenino es el más afectado por estas patologías en la edad de 14 – 44 años, correspondiente a un 37.2%. (Ver anexo 2)

Análisis tabla 3. en un total de 98 historias clínicas revisadas, la raza blanca fue la mayor prevalencia con un total de 33,72%. (Ver anexo 2)

19. DISCUSIÓN

Es importante mencionar que las entidades que fueron detectadas con mayor frecuencia, en su mayoría variaciones de la normalidad, seguidas por cambios debidos a procesos de adaptación de la mucosa ante estímulos locales tales como: irritación mecánica y química por aparatos protésicos, tabaco, etc., y en menor proporción están las lesiones correspondientes a manifestaciones de enfermedades sistémicas y procesos precancerosos.

Entre las lesiones producidas por mecanismos de adaptación y respuesta a la agresión crónica o aguda de la mucosa se detectaron úlceras traumáticas (5,8%), hipequeratosis friccional (8.1%). En la gran mayoría de estas condiciones se identificó como agente causal a prótesis desajustadas, las que a menudo presentaban sobre-extensión y trauma sobre los tejidos móviles del fondo de surco o piso de boca, o bien, favorecerían mordeduras crónicas en mucosas de carrillo. La elevada prevalencia de estas condiciones resalta la necesidad de valorar periódicamente a todo portador de prótesis, a fin de prevenirlas y evitar tratamientos posteriores..

Con respecto a lesiones erosivas en el presente estudio, se detectó un paciente con estomatitis, entidad que debe estudiarse por medio de biopsia y exploración dermatológica, ya que su presencia puede representar desde una reacción de hipersensibilidad local a material de restauración dental, o ser la expresión de una condición mucocutánea como liquen plano, lo que plantea diferencia en el abordaje terapéutico y pronóstico de la condición.

En este estudio se detectaron 26 casos de exostosis (torus palatino y mandibular) y correspondiente al 26.53%, las cuales, aunque presentes desde la infancia o juventud, no desaparecen y pueden requerir de eliminación quirúrgica para colocación de prótesis.

La pigmentación de la mucosa bucal es otra condición relativamente frecuente, la cual generalmente está asociada a la intensidad de la pigmentación cutánea y tiende a aumentar con la edad.

Adicionalmente se encontró un caso de tatuaje por amalgama, cuyo diagnóstico se basó en las características de color e historia de restauración en la zona afectada.

Finalmente, es importante mencionar que los hallazgos obtenidos en este tipo de trabajos a pesar de las limitaciones, proporcionan información valiosa para definir la orientación de futuras investigaciones en el área, las cuales tendrán como objetivo determinar el perfil de morbilidad bucal con mayor prevalencia en el paciente adulto de las Clínicas del Colegio Odontológico Colombiano

20. CONCLUSIONES

- En las clínicas del colegio odontológico colombiano se desconoce la prevalencia de las patologías bucales de tejidos duros y blandos en pacientes que asisten a estas clínicas.
- Los resultados de la investigación realizada con base a las historias clínicas de pacientes atendidos en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, año 2001, permite apreciar que existen diferencias en el perfil de salud bucal de la población joven, en comparación con el de los adultos mayores, teniendo en cuenta sexo y raza, lo cual se debe considerar para el manejo adecuado de las necesidades de atención en salud bucal.
- Es evidente que las mujeres son el sexo más afectado por las patologías de tejidos blandos, sobretodo en el rango de 14 - 44 años al compararlo con el sexo masculino, al igual la raza blanca en este mismo rango fue la que tuvo mayor prevalencia, esto se ve reflejado por la cantidad de pacientes de sexo femenino que acuden a tratamiento en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano.
- Las cifras obtenidas de los pacientes sanos no son significativas ya que la mayoría de la población solo acude cuando cree necesitar algún tratamiento o presenta dolor, pero también cuando el estudiante requiere de su presencia para realizar su práctica clínica.
- Como resultado de la investigación se destacaron con mayor prevalencia de patologías de tejidos blandos como estimatitis por prótesis y patologías iguales, además de patologías de tejidos blandos, la exostosis (torus palatino y mandibular), la estomatitis por prótesis y patologías linguales, teniendo un valor significativo. Dentro del grupo de patologías de tejidos blandos encontrados en pacientes atendidos en las clínicas del Colegio Odontológico

Colombiano, año 2001, sede Santiago de Cali, al demostrar que son las de mayor frecuencia, requiere un estudio más profundo y enfático.

- Se concluye que para mejorar los indicadores reflejados en las tablas elaboradas en la investigación, es necesario ajustar las actividades de promoción, prevención y asistencia al perfil de morbilidad oral, así como a las representaciones, conocimiento y prácticas en salud bucal para orientarlas prioritariamente hacia aquellos grupos de edad, sexo y raza más afectados.

21. RECOMENDACIONES

- El alumno de Colegio Odontológico Colombiano en la exploración clínica debe tomarse un tiempo prudente, con el fin de realizar un examen concienzudo de las estructuras anatómicas y funcionales de la cavidad oral, para así determinar las alteraciones que puedan o no ser patologías.
- Los alumnos debe reforzar los conocimientos clínicos y teóricos, con el fin de no solo mencionar características clínicas de la lesión, si no de enunciar un Dx presuntivo o diferencial de la alteración que está observando.
- El alumno debe desarrollar meticulosamente la historia clínica, tratando de no dejar espacios en blanco, ni inconsistencia que pueda interferir con el estudio de la historia natural de la enfermedad.
- Crear un equipo de trabajo integrado por estudiantes de clínica y docentes del área de patología oral, con el fin de hacer un seguimiento del comportamiento de estas alteraciones, a través del tiempo y a su vez, sirva esto de entrenamiento a los estudiantes para que estos tengan una formación integral en el área de la estomatología.
- Que los docentes sean más incisivos y exigentes en el manejo de la historia clínica, en cuanto a presentación de contenido y desarrollo de los mismos.

GLOSARIO

FRIABLE: Que se desmenuza o reduce a polvo fácilmente

SESIL: Forma plana, superficie llana

PSORIASIS: Enfermedad que se presenta como lesión en zona de traumatismo

SEBORREA: Lesión de aparición espontánea, exofíticas, bien delimitadas

ACANTOSIS: Hiperplasia epidérmica. Desarrollo excesivo de un órgano con aumento del número de células que lo componen

DETRITUS: Resultado de la desagregación de una masa sólida en partículas

COLUTORIOS: Enjuagatorios

VITILIGIO: Enfermedad cutánea caracterizada por manchas blancas debidas a una despigmentación de la piel

GINGIVECTOMÍA: Eliminación de una porción de encía, usualmente realizada para reducir la pared blanda de la bolsa periodontal.

GINGIVOPLASTIA: Remodelado quirúrgico de la encía

PERPETUACIÓN: Conservación de algo durante mucho tiempo

COALESCER: Unirse o fundirse

POLIGÉNICO: Variedad de oxígenos en la especie humana

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BERNAL, Angel Emilio. Estomatitis Subprótesis. Parada de reflexión En: Revista Sociedad Colombiana de Prostodoncia
www.encolombia.com/prosto_estomatitis5.htm
- (2) LUNCH, BRIGHMAN, GRENGERG. Medicina bucal de bucket: Diagnóstico y tratamiento. 8ª Edición. México. Mc.Graw-Hill. Interamericana, 1996.
- (3) LUNCH, BRIGHMAN, GRENGERG. Medicina bucal de bucket: Diagnóstico y tratamiento. 9ª Edición. México. Mc.Graw-Hill. Interamericana, 199. P. 57 - 261.
- (4) SHAFER W.G. B.M. Levy. Tratado de Patología Bucal. Cuarta edición 1992. P. 22 – 575.
- (5) REGEZI, Joseph A. y SCICUBBA, James J. patología bucal: Correlaciones clínico patológicas. Tercera edición 1999. Mc-Graw-Hill. Interamericana México. P. 22 – 187.
- (6) CAIDFERON, L., Rogelio Tratamiento de la melanosis bucal con láser de ND: YAG.
www.amld.com.mx/articulos/articulo%20cientifico%202.html
- (7) Mucoabrási3n. En: Especialidades: Estética dental (agosto 2001).
www.odontocat.com/estetica9.htm
- (8) GUGGENHEIMER, James; MOORE, Paul; ROSSIE, Karen. MYERS, Daniel. Insulin –depent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies: Prevalence and characteristics of non-candida lesions. En: Journal oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology and endodontics, triple O. Vol. 89 No. 5 (May, 2000). P 563 – 569.
- (9) GIBSON, Jhon, WRAY, David, BAGG, Jeremy. Oral staphylococcal mucositis: A new clinical entity in exofacial granulomatosis and crohn's disease. En: Journal oral surgery oral medicine oral pathology, oral radiology and endodontics, triple O. Vol. 89, Nol. 2 (Feb. 2000), P. 171 – 175.
- (10) LI CUI -YING. SHIRASUNA, Kanemitsu; INSHIBASHI, Hiroaki. Epithelial -myoepithelial carcinoma arising in pleomorphic adenoma of the palate. En: Journal oral surgery oral medicine oral pathology, oral radiology and endodontics, triple O. Vol. 90, No. 4 (Oct.. 2000), P. 460 - 490.
- (11) KLEINEGGER, Cynthia; HAMMOND, Harold. FINKELSTEIN, Michael. Oral mucosal hyperpigmentation secondary to antimalarial drug therapy. En Journal oral surgery oral medicine oral pathology, oral radiology and endodontics, triple O. Vol. 90, No. 2 (Ag. 2000), P. 189 – 194.
- (12) YEH, CHIN - Jyh. Simple cryosurgical treatment of the oral melanotic macule. En.: Journal oral surgery oral medicine oral pathology, oral radiology and endodontics, triple O. Vol. 90, No. 1 (Jul. 2000), P. 12 – 13.
- (13) OZBAYRAK, Semih; DUMLU, Asim. Treatment of milan inpigmented gingiva and oral mucosa by CO₂ laser. En: Journal oral surgery oral medicine oral pathology, oral radiology and endodontics, triple O. Vol. 90, No. 1 (Jul. 2000), P. 14 – 15.
- (14) ----- . patologías linguales más frecuentes. www.red-dental.com/o+001601.htm

- (15) VIÑALS I., Helena. Resumen de las conferencias dictadas en el colegio durante el mes de Enero: "Patología lingual". En: Revista Profesión Dental. Vol. 2 No. 2 (Enero, 1999). www.coem.org/revista/vol2-n2/form3.html
- (17) Patología lingual. En: Especialidades: Medicina oral (Agt. 2001) www.odontocat.com/patoralpl.htm
- (18) BOND, Jr., Thomas, BOUQUOT, J.E. Torus palatinus & Torus mandibularis. En: the maxillofacial center: Diagnostics & Research. www.maxillofacialcenter.com/BondBook/bone/torus.html
- (19) Torus palatinus. www.fpnotebook.com/DENZO.htm
- (21) BRAMBILA. I, Javier. Lengua fisurada- General. En: Revista dental world: Consultas respondidas. Vol. 2 No. 2. www.gbsystems.com/trabajo/respon29.htm
- (22) CASTILLO. H, Rolando; REYES C., Aliety; GONZALEZ H., Mariluz, MACHADO M., Mirian. Mordedura de Carrillos: Hábitos parafuncionales y ansiedad versus disfunción temporomandibular. www.amld.com.mx/articulos/articulo/20cientifico/20.htm
- (23) ROBBINS, COTRAN, KUMAR. Manual de patología estructural y funcional. Edición 5. México: Mc-Graw-Hill. Interamericana. 1997.
- (24) ATKINSON C., Jane; O'CONNELL, Anne. AFRAMIAN, Doran. Oral manifestations of primary immunological diseases. En: Journal of the American Dental Association. Vol 131, (March, 2000) P. 345 - 354.
- (25) VALERON, Pachi. Lesiones blancas de la mucosa oral www.thassos.com/patologiaoral/ficha9.htm
- (26) BAGAN, José. Atlas clínico de medicina oral: Patología de la lengua. En: Revista medicina oral. www.uv.es/medicina-oral/Docencia/atlas/lengua/1.htm
- (27) NOVEL, Arthur. Torus palatino y mandibular www.infocompu.com/adolfo-arthur/torus.htm-4k
- (28) Candidiasis. En: Especialidades: Medicina oral (Agt., 2001) www.odontocat.com/patoralcand.htm
- (29) BAGAN, José. Atlas clínico de medicina oral: Candidiasis oral www.uv.es/medicina-oral/Docencia/atlas/4/1.htm
- (30) JAINKITTIVONG.A, Langlais. Buccal and palatal exostoses: prevalence and concurrence with tori. EN: Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology and endodontiotriple O. Vol. 90, No. 1 (Jul. 2000). P. 48 - 53.
- (31) Smoker's palate: Stomatitis nicotina. www.fpnotebook.com/DEN19.htm
- (31) Tumores benignos de la mucosa oral. En: Especialidades: medicina oral (Agt. 2001). www.odontocat.com/patoral+b.htm
- (33) Oficina de epidemiología. Ministerio de salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal - Ensab III. En: Informe semanal No. 8, 2000.

(34) MOSQUERA T., Adalberto; DIAZ F., Marco; VELASQUEZ A. María del consulado. Prevalencia de alteraciones de la mucosa bucal en el adulto mayor. Estudio en dos grupos del sur de la ciudad de México.

www.cuevatl.vam.mx/temas_selectos/Prevalencia_de_alteracione.htm

(35) GUERRERO V., Rodrigo; GONZALEZ, Carlos; MEDINA, Ernesto. Epidemiología. addison - Wesley Iberoamericana E.U. 1996. P. 43 - 46.

ANEXOS

ANEXO 1. GRÁFICOS

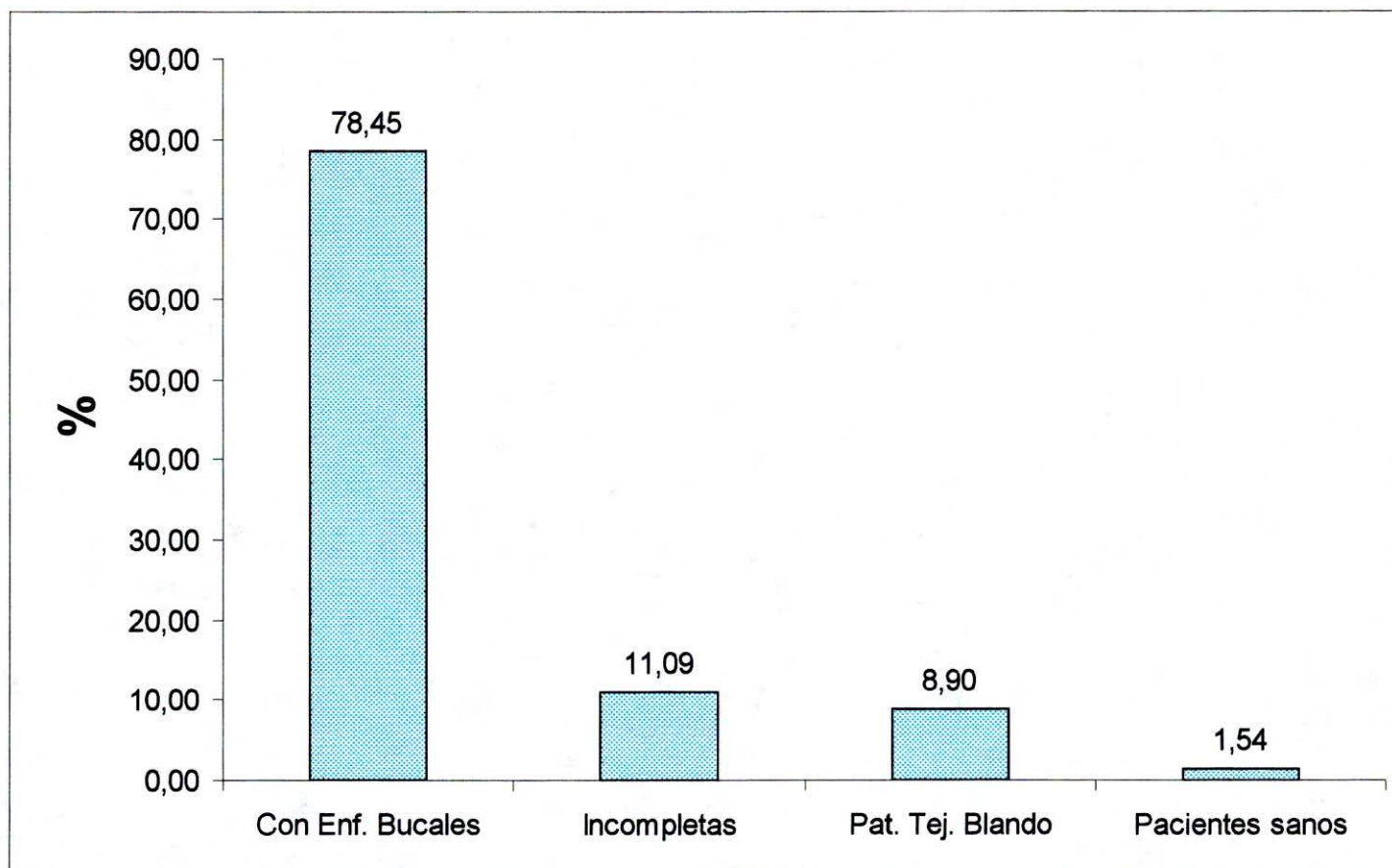


Gráfico 1. Muestra aleatoria de historias clínicas de pacientes atendidos en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, año 2001 - Sede Santiago de Cali.

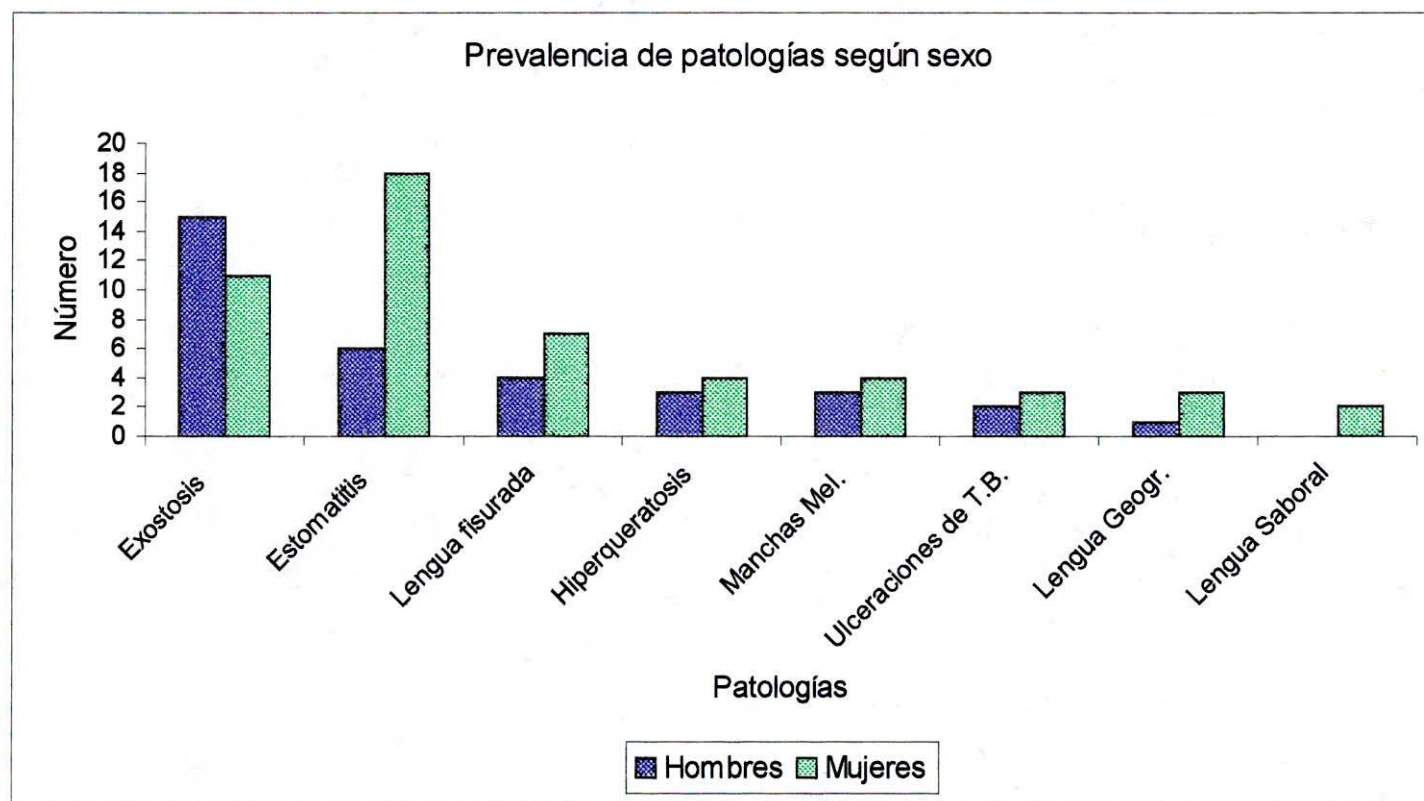


Gráfico 2. Prevalencia de patologías orales según sexo en pacientes atendidos en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, año 2001, sede Santiago de Cali

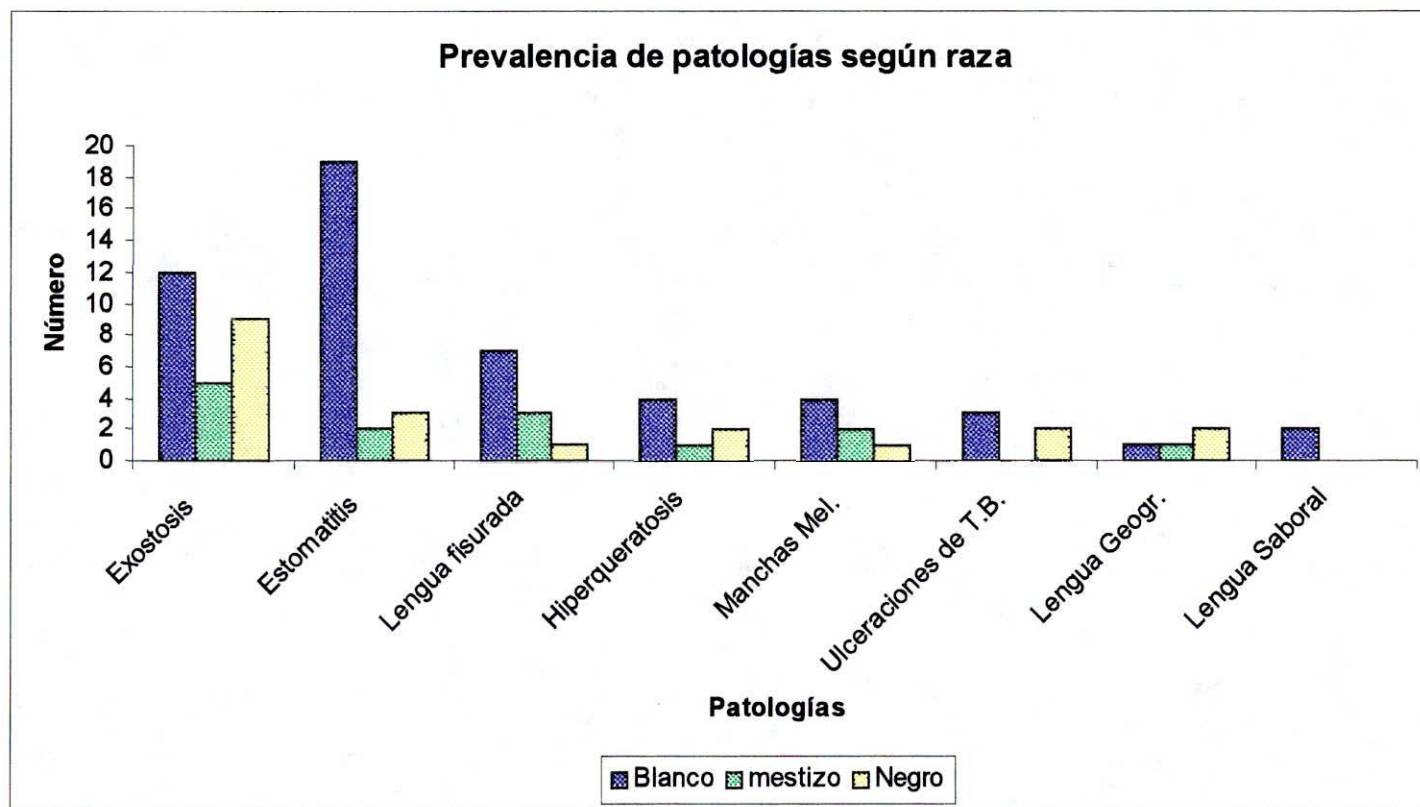


Gráfico 3. Prevalencia de patologías orales según raza en pacientes atendidos en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, año 2001, sede Santiago de Cali

ANEXO 2 TABLAS

Tabla 1. Enfermedades bucales presentes en pacientes según sexo, que fueron atendidos en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, en el año 2001, sede Santiago de Cali, basándose en la revisión de 1.100 historias clínicas de dicha institución

Patología	Edad (años)		14 - 44		45 - 60		60 - +		Total	
	H	M	H	M	H	M	H	M	24	%
Enfermedades										
Exostosis (Torus palatino y mandibular)	12	9	2	2	1	0			26	26.53%
Estomatitis	1	7	3	10	2	1			24	24.4%
Lengua fisurada	1	3	1	2	2	2			11	11.2%
Hiperqueratosis (Mordedura de Carrillo)	2	4	0	0	1	0			7	7.14%
Manchas melánicas	2	4	0	0	1	0			7	7.1%
Ulceraciones de tejidos blandos	1	2	1	1	0	0			5	5.1%
Lengua geográfica	1	3	0	0	0	0			4	4.1%
Sobreinserción fr.	0	1	0	1	0	0			2	2.04%
Mucocele	0	1	0	1	0	0			2	2.04%
Lengua saburral	0	1	0	0	0	1			2	2.04%
Macrogloria	0	0	0	0	1	1			2	2.04%
Nevus	0	0	0	1	0	0			1	1.02%
Hemangioma	0	0	0	1	0	0			1	1.02%
Gránulos fordyce	0	0	0	0	0	1			1	1.02%
Melanoma	0	1	0	0	0	0			1	1.02%
Petequias	0	1	0	0	0	0			1	1.02%
Tatuaje x Ag.	1	0	0	0	0	0			1	1.02%
TOTAL	21	37	7	19	8	6			98	100%
%	21.4 %	37.7 %	7.1 %	19.3 %	8.1 %	6.1% 			100%	

Tabla 2. Prevalencia de patologías orales de tejidos blandos según sexo en pacientes que fueron atendidos en las clínicas Colegio Odontológico Colombiano, año 2001, sede Santiago de Cali

Edad (años) Patología	14 - 44		45 - 60		60 - +			
	H	M	H	M	H	M	Total	%
Enfermedades								
Exostosis (torus palatino y mandibular)	12	9	2	2	1	0	26	30.23%
Estomatitis	1	7	3	10	2	1	24	27.9%
Lengua fisurada	1	3	1	2	2	2	11	12.7%
Hiperqueratosis (Mordedura de Carrillo)	2	4	0	0	1	0	7	8.1%
Manchas melánicas	2	4	0	0	1	0	7	8.1%
Ulceraciones de tejidos blandos	1	2	1	1	0	0	5	5.8%
Lengua geográfica	1	3	0	0	0	0	4	4.6%
Lengua saburral	0	1	0	0	0	1	2	2.3%
Total	20	33	7	15	7	4	86	100%
%	23.29	38.3	8.1	17.4	8.1	4.6	100%	
	%	%	%	%	%	%		

Tabla 3. Prevalencia de patologías orales de tejidos blandos según raza en pacientes que fueron atendidos en las clínicas Colegio Odontológico Colombiano, año 2001, sede Santiago de Cali

Patología \ Edad	14 - 44			45 - 60			60 - +				
	B	M	N	B	M	N	B	M	N	Total	%
Exostosis (torus palatino y mandibular)	9	5	7	2	0	2	1	0	0	26	30.23%
Estomatitis	6	1	1	10	1	2	3	0	0	24	27.9
Torus	8	5	6	2	0	1	1	0	0	23	26.74
Lengua fisurada	3	1	0	1	2	0	3	0	1	11	12.79
Hiperqueratosis (Mordedura de Carrillo)	4	1	1	0	0	0	0	0	1	7	8.14
Manchas melánicas	4	2	0	0	0	0	0	0	1	7	8.14
Ulceración tejidos bland	2	0	1	1	0	1	0	0	0	5	5.8
Lengua geográfica	1	1	2	0	0	0	0	0	0	4	4.65
Lengua saburral	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2.32
Total	30	11	12	14	3	5	8	0	3	86	100%
%	34.8 %	12.7 %	13.9 %	16.2 %	3.48 %	5.8 %	9.3 %	0	3.48 %	100%	