

**UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA DE
CIENCIA Y TECNOLOGÍA.
U.L.A.C.I.T.**

**Dirección Académica.
Facultad de Odontología.**

TEMA:

**"ESTUDIO DE LAS PRINCIPALES LESIONES
DE TEJIDO BLANDO EN LA CAVIDAD ORAL
Y PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS. HOSPITAL
MÉXICO".**

TESIS DE GRADO.

**Para optar por el grado de Licenciatura en
Odontología.**

Autor: Ana Mercedes Solano Picado.

**San José, Costa Rica.
2001**

**UNIVERSIADAD LATINOAMERICANA DE
CIENCIA Y TECNOLOGÍA.
U.L.A.C.I.T.**

**Dirección Académica.
Facultad de Odontología.**

TEMA:

**"ESTUDIO DE LAS PRINCIPALES LESIONES
DE TEJIDO BLANDO EN LA CAVIDAD ORAL
Y PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS. HOSPITAL
MÉXICO".**

TESIS DE GRADO.

**Para optar por el grado de Licenciatura en
Odontología.**

Autor: Ana Mercedes Solano Picado.

**San José, Costa Rica.
2001**

TRIBUNAL EXAMINADOR.

Representante del Rector Presidente del Tribunal. Dr. Rafael Porras Madrigal.

Tutor del Trabajo Final de Graduación. Dr. Alejandro Marín Mesén.

Primer lector del Trabajo Final de Graduación. Dra Ruth Borloz Montero.

Segundo lector del Trabajo Final de Graduación Dr.Francisco Portuguéz

Morales.

DEDICATORIA.

Primero que todo dedicó este Trabajo Final de Graduación a DIOS todopoderoso, a la Virgen Santísima y a San Judas Tadeo.

Al mismo tiempo quiero dedicar esta labor a mis padres y hermanos con los que he compartido cada alegría y cada tristeza a lo largo de mi vida y que estuvieron a mi lado en todo el camino de este trabajo.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a DIOS, a la Virgen Santísima y a San Judas Tadeo; el haberme permitido llegar hasta aquí, el lograr un triunfo más en mi vida que sin duda alguna me llena de mucha felicidad.

Agradezco a mis padres todo su esfuerzo, su dedicación y sobre todo su apoyo incondicional siempre, no tengo palabras para decirles gracias; muchas gracias por todo.

A Pri mil gracias por escucharme y apoyarme cuando más lo necesitaba, por ir y venir conmigo de un lado para otro, por ayudarme cada vez que me desesperaba, gracias. A German gracias por todos los mandaditos que me hiciste para este trabajo. A Etel gracias por escucharme.

Al Chino, gracias por consolarme y ayudarme cuando creía que todo lo había perdido, muchas gracias.

Al Dr. Alejandro Marín le agradezco toda su dedicación en la elaboración de mi Trabajo Final de Graduación.

Al Msc. Francisco Martínez Arias por su esmero y apoyo en la confección de la parte gramatical y metodológica de este trabajo.

A Lizbeth le agradezco su paciencia y ayuda en este trabajo, a Orietta y a Doña Ligia sus palabras de aliento.

Agradezco al Dr. Rafael Porras por su esfuerzo y su apoyo de siempre.

Al Dr. Juan Francisco Morales le agradezco su gran apoyo.

Agradezco a don Carlos Lastres y a don Bernardo su ayuda durante la elaboración de este trabajo.

Agradezco a mis amigas Monse y Cristi por compartir conmigo todos los años de carrera. A Ernesto y a Ricardo por apoyarme siempre.

Agradezco a todos los doctores que de una u otra manera contribuyeron en mi formación profesional y a todo el personal de la Clínica de Especialidades Odontológicas de U.L.A.C.I.T., en especial al Dr. Alejandro Hernández y a Wendy.

A todos muchas gracias, que DIOS les bendiga y recompense...

PENSAMIENTO.

*La mejor forma de seguir adelante...
es escuchar tu corazón*

*En la vida, tenemos que
tomar decisiones
que no son fáciles.
Tememos que cualquier
cosa que decidamos
disgustará a alguien que amamos.
Es en esos momentos
cuando debemos buscar adentro
y escuchar esa
voz interior que hay en nosotros.
Si sólo escuchamos
los deseos de quienes nos rodean
e ignoramos nuestros propios sentimientos,
nunca seremos verdaderamente felices.
Escucha lo que sabes
que es correcto
y defiéndelo,
porque cuando lo hagas,
serás feliz.*

Bethanie Brevik

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN -----	1
CAPÍTULO I -----	3
MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO -----	4
1 Justificación y campo de estudio-----	9
1.1 Antecedentes -----	5
1.1.1 Desarrollo histórico del problema-----	5
1.1.2 Hallazgos principales sobre el tema-----	7
1.1.2.1 Nacionales -----	7
1.1.2.2 Internacionales -----	8
1.1.2.3 Estado del arte-----	9
1.2 Planteamiento del problema, su importancia y originalidad--	10
1.3 Objetivos-----	11
1.3.1 Objetivo general-----	11
1.3.2 Objetivos específicos-----	11
1.3.3 Hipótesis-----	12
1.4 Marco conceptual-----	13
1.5 Definición de las fuentes-----	14
1.5.1 Aspectos importantes en el diagnóstico y las lesiones -	14
orales-----	14
1.6 Método de observación -----	15
1.7 Conceptualización de las variables-----	16
CAPÍTULO II -----	17
DIAGNÓSTICO Y LESIONES BÁSICAS -----	17
2 Diagnóstico bucal en la odontología moderna-----	18
2.1 Lesiones macroscópicas o clínicas básicas-----	20
2.1.1 Lesiones planas o sobreelevadas-----	20
2.1.1.1 Mácula-----	20
2.1.1.2 Pápula-----	20
2.1.1.3 Placas-----	21
2.1.1.4 Nódulo-----	21
2.1.1.5 Tumor-----	21
2.1.2 Lesiones de contenido líquido-----	22
2.1.2.1 Vesícula-----	22
2.1.2.2 Ampolla-----	22
2.1.2.3 Pústula-----	22
2.1.2.4 Quiste-----	22
2.1.3 Lesiones que cursan con pérdida de sustancia-----	23
2.1.3.1 Atrofia-----	23
2.1.3.2 Erosión-----	23
2.1.3.3 Fisura-----	23
2.1.3.4 Úlcera-----	23
CAPÍTULO III -----	25
ANATOMÍA Y VARIACIONES NORMALES -----	25
3 Anatomía y variaciones normales-----	26
3.1 Examen de cabeza y cuello-----	26

3.1.1	Extraoralmente-----	26
3.1.2	Intraoralmente-----	26
3.1.2.1	Examen de labios-----	26
3.1.2.2	Examen de carrillos-----	27
3.1.2.3	Examen de paladar blando y úvula-----	27
3.1.2.4	Examen de lengua-----	28
3.1.2.5	Examen de piso de boca-----	28
3.1.2.6	Examen de región retromolar inferior-----	28
CAPÍTULO IV-----		30
MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO ORAL -----		30
4	Medios diagnósticos en medicina oral-----	31
4.1	Biopsia-----	31
4.1.1	Indicaciones de la biopsia en tejido blando oral-----	32
4.1.2	Contraindicaciones de la biopsia en tejido blando oral---	32
4.2	Citología exfoliativa-----	33
4.2.1	Indicaciones de la citología exfoliativa-----	33
4.2.2	Contraindicaciones de la citología exfoliativa-----	33
CAPÍTULO V-----		34
TUMORES BENIGNOS DE TEJIDO BLANDO EN CAVIDAD ORAL-----		34
5	Tumores benignos de la mucosa oral-----	35
5.1	Tumores de estirpe epitelial-----	35
5.1.1	Papiloma escamoso-----	35
5.1.2	Queratoacantoma-----	37
5.2	Tumores de estirpe conectivo-----	38
5.2.1	Fibromas-----	38
5.2.2	Fibroma traumático-----	39
5.2.3	Épulis fisurado-----	40
5.2.4	Hiperplasia fibrosa gingival circunscrita-----	41
5.3	Tumores de estirpe vascular-----	42
5.3.1	Hemangioma-----	42
5.3.2	Granuloma piógeno-----	43
5.3.3	Granuloma de células gigantes-----	44
5.3.4	Granuloma gravidarum-----	45
5.4	Lesiones de glándulas salivales-----	47
5.4.1	Mucocele-----	47
5.4.2	Ránula-----	48
5.5	Algunas Hiperplasias importantes-----	49
5.5.1	Hiperplasias para prótesis-----	49
5.5.2	Hiperplasia papilar inflamatoria-----	49
5.5.3	Hiperplasia pseudoepiteliomatosa-----	49
CAPÍTULO VI-----		50
LESIONES PRENEOPLÁSICAS Y NEOPLÁSICAS-----		50
6	Enfermedades benignas y malignas-----	51
6.1	Lesiones preneoplásicas y neoplásicas-----	53
6.1.1	Individuos de riesgo-----	53
6.1.2	Localizaciones de riesgo-----	53
6.1.3	Concepciones erróneas-----	54

6.1.4 Carcinomas múltiples-----	55
6.2 Neoplasias de tejidos blandos-----	56
6.2.1 Labios, encía y lengua-----	56
6.2.2 Mejilla-----	56
6.2.3 Paladar-----	56
6.2.4 Glándulas salivales-----	57
CAPÍTULO VII-----	58
LESIONES BENIGNAS ORALES Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL	
CÁNCER ORAL -----	58
7.1 Lesiones benignas orales y diagnóstico diferencial del cáncer oral----	59
7.1.1 Hiperplasia inflamatoria-----	59
7.1.2 Hemangioma-----	60
7.1.3 Mucoccele-----	60
7.1.4 Glositis romboidal media-----	60
7.1.5 Fibroma por irritación-----	61
7.1.6 Tumor de células granulares-----	61
7.1.7 Granuloma piógeno-----	61
7.1.8 Papiloma-----	62
7.1.9 Úlcera traumática-----	62
CAPÍTULO VIII -----	63
DISEÑO METODOLÓGICO-----	63
8.1 Tipo de estudio-----	64
8.2 Universo de estudio-----	64
8.3 Operacionalización de variables-----	64
8.4 Instrumentos-----	67
8.5 Alcances y limitaciones-----	67
8.6 Recursos humanos-----	68
8.7 Recursos materiales-----	68
8.8 Recursos financieros-----	68
CAPÍTULO IX-----	69
ANÁLISIS DE Y ROCESAMIENTO DE RESULTADOS-----	69
9.1 Retrospectivo-----	70
9.1.1 Variaciones anatómicas-----	70
9.1.2 Variaciones anatómicas según el sexo-----	72
9.1.3 Variaciones anatómicas según su lugar de residencia-----	74
9.1.4 Variaciones anatómicas según su edad-----	76
9.1.5 Variaciones anatómicas según su ocupación-----	78
9.1.6 Lesiones de glándulas salivales-----	80
9.1.7 Lesiones de glándulas salivales según el sexo-----	82
9.1.8 Lesiones de glándulas salivales según su lugar de residencia---	84
9.1.9 Lesiones de glándulas salivales según su edad-----	86
9.1.10 Lesiones de glándulas salivales según su ocupación-----	88
9.1.11 Lesiones de estirpe conectivo-----	90
9.1.12 Lesiones de estirpe conectivo según el sexo-----	92
9.1.13 Lesiones de estirpe conectivo según su lugar de residencia---	94
9.1.14 Lesiones de estirpe conectivo según su edad-----	96
9.1.15 Lesiones de estirpe conectiva según su ocupación-----	98

9.1.16 Lesiones de estirpe vascular-----	100
9.1.17 Lesiones de estirpe vascular según el sexo-----	102
9.1.18 Lesiones de estirpe vascular según su lugar de residencia	104
9.1.19 Lesiones de estirpe vascular según su edad-----	106
9.1.20 Lesiones de estirpe vascular según su ocupación-----	108
9.1.21 Otras lesiones importantes-----	110
9.1.22 Otras lesiones importantes según el sexo-----	112
9.1.23 Otras lesiones importantes según su lugar de residencia-	114
9.1.24 Otras lesiones importantes según su edad-----	116
9.1.25 Otras lesiones importantes según su ocupación-----	118
9.2 Prospectivo-----	120
9.2.1 Distribución de las lesiones orales con respecto al diagnóstico de referencia-----	120
9.2.2 Lesiones encontradas en el trimestre del 2000-----	122
9.2.3 Sexo de los pacientes con lesiones orales en este período--	124
9.2.4 Raza de la población estudiada en el trimestre del año 2000-	126
9.2.5 Población estudiada según su lugar de residencia-----	128
9.2.6 Población estudiada en el 2000 según su edad-----	130
9.2.7 Población estudiada en el 2000 según su nivel educativo----	132
9.2.8 Población estudiada en el año 2000 según su acceso a consulta privada-----	134
CONCLUSIONES -----	136
RECOMENDACIONES -----	142
NORMATIVA PARA UNA DETECCIÓN PRECOZ DE LESIONES DE TEJIDO BLANDO EN LA CAVIDAD ORAL -----	144
CAPÍTULO X -----	146
PROPUESTA -----	146
10 Introducción-----	147
10.1 Principios de propuesta-----	150
10.2 Objetivo general-----	151
10.3 Objetivos específicos-----	151
10.4 Estrategia de capacitación-----	152
10.5 Estrategia de prevención-----	153
BIBLIOGRAFÍA -----	155
ANEXOS -----	156

INTRODUCCIÓN.

La salud es imprescindible en el desarrollo de la persona y de la sociedad. Sin embargo, son muchos y diversos aspectos los que condicionan la salud colectiva e individual.

Cada vez surgen más patologías que amenazan a las poblaciones y a pesar de todos los esfuerzos humanos, científicos y avances tecnológicos, aún se presentan grandes problemas.

Muchos de éstos se deben a prácticas inadecuadas en el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las enfermedades, que conlleve a evitar complicaciones como las que se presentan en los tejidos blandos y de soporte dental.

No es posible que aún en el siglo XXI, exista la creencia de que los problemas que maneja un odontólogo general, no implican muchas veces grandes riesgos que puedan poner en peligro la vida del paciente. Existe un sin número de complicaciones que se pueden presentar, y la acción profesional no se puede limitar a una revisión del tejido dentario y dejar de lado los tejidos blandos y de soporte de las piezas dentales.

Por tal motivo, el presente estudio tiene como propósito precisar la magnitud de las principales lesiones de tejido blando en cavidad oral, la existencia de problemas diagnósticos y de tratamiento que han conducido a complicaciones, con el fin de diseñar una normativa que oriente la práctica odontológica general hacia un resultado eficiente.

Este estudio se realizará en el Servicio Maxilo-Facial del Hospital México. Se ha decidido hacer un estudio mixto retrospectivo y prospectivo que posibilite el cumplimiento del propósito. La parte retrospectiva abarca el período de enero a diciembre de 1999 y el prospectivo del 15 de junio al 15 de setiembre del 2000.

La finalidad de este estudio consiste en beneficiar sobre todo a los nuevos pacientes que presenten indicios de algún tipo de lesión en cavidad oral y así evitarles mayores complicaciones.

Se parte del principio que todos nos merecemos estar saludables y cuando esto no es posible, al menos se debe contar con excelentes profesionales que nos guíen y ayuden en el momento que lo necesitamos.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO.

1 JUSTIFICACIÓN Y CAMPO DE ESTUDIO.

En nuestro medio cada día se observan numerosas patologías que asechan a la población, lo que constituye un reto para los profesionales de la salud, quienes deben responder a estas necesidades.

Sin embargo, el éxito puede radicar en la capacidad del profesional para diagnosticar y ofrecer un tratamiento temprano y eficaz.³

Como se mencionó anteriormente en la práctica general de la odontología, existe la creencia de que los problemas que se manejan no implican grandes riesgos que puedan poner en peligro la vida del paciente. Sin embargo, esto es un grave error pues, el odontólogo se limita a realizar una inspección clínica y en algunos casos radiográficas de las piezas dentales, deja de lado los tejidos blandos y se olvida de que éstos también forman parte importante de una buena condición oral.

Esta situación revela que el odontólogo general, debe corregir ciertas conductas para ofrecer un tratamiento más integral.

Es por las razones citadas anteriormente que se decide llevar a cabo este trabajo de investigación basado en un estudio cuantitativo mixto retrospectivo y prospectivo, sobre las principales lesiones de tejido blando en cavidad oral, y detectar si existen problemas diagnósticos. El mismo se realizará en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México, la parte retrospectiva comprende el período de enero a diciembre de 1999 y la prospectiva el trimestre comprendido entre el 15 de junio al 15 de setiembre del 2000.

1.1. ANTECEDENTES.

1.1.1. DESARROLLO HISTÓRICO DEL PROBLEMA.

Los antecedentes más primitivos se remontan a la civilización egipcia. Las primeras percepciones racionales que asocian las lesiones a la enfermedad se deben a los griegos clásicos, de los que destacaremos a Herófilo quien descubrió la corteza cerebral, el cuarto ventrículo y la prensa o tórculo que lleva su nombre y Herasístrato que mediante visecciones distingue nervios motores y sensitivos. Celso añadió los signos cardinales de los procesos inflamatorios y Galeno escribió una obra imaginativa titulada "De locis affectis" (lugar afectado) que podría considerarse una "anatomía patológica teórica" (Bascones. A., 1999).

Los primeros tratados de anatomía se deben a Mondino de Luzzi y a Vesalio. En los albores del siglo XVI se dieron a conocer las observaciones de lesiones en autopsias realizadas por Antonio Benivieni, médico florentino a quienes algunos lo consideran como el primer patólogo del Renacimiento (Op cit).

Con las aportaciones de Lancisi, Boerhaave y Albertini las lesiones pasaron a considerarse clave diagnóstica y explicación de las causas últimas de muerte. Fue Morgagni, "Majestad Anatómica" quien formuló el método anatómo-clínico y desarrolló la anatomía patológica orgánica y la cual descubrió las lesiones de los distintos órganos. La concepción tisular llegó con Xavier Bichat, finalmente la anatomía patológica entra en una concepción citológica con la "Cellularpathologie" de Rudolph Virchow a la que Ramón y Cajal añadiría la doctrina "Doctrina Neuronal" que impulsó con las observaciones iniciadas al aplicar el método de impregnación argentina de Golgi que le enseñó Luis Simarro (Op cit).

La microscopía electrónica posibilitó la patología subcelular que decepcionó a los que pusieron en ella demasiadas esperanzas. César Milstein con la técnica del hibridoma que permite obtener anticuerpos monoclonales con cantidades y costos aceptables, abrió

la puerta de la inmunohistología que simultáneamente a la hibridación "in situ", la reacción en cadena de la polimerasa y la citofotometría de flujo han revolucionado la anatomía patológica aportó un caudal torrencial de nuevas técnicas y datos obtenidos en su aplicación que llevarían a reescribir nuestra disciplina en clave de patología molecular (Op cit).

1.1.2. HALLAZGOS PRINCIPALES SOBRE EL TEMA.

1.1.2.1. NACIONALES.

En la literatura revisada se encuentran las siguientes investigaciones:

En 1963, el Dr. Marco Antonio Bolaños investigó 1197 casos de lesiones en las estructuras bucales y vecinas obtenidas de 40250 biopsias. Los resultados del estudio anteriormente citado fueron los siguientes por orden de importancia: un elevado porcentaje de las lesiones fue procesos inflamatorios, pero una cifra muy significativa, 229 casos, fueron diagnosticados como carcinomas. Los demás resultados pueden observarse en el anexo # 1 (Bolaños, M. A., 1963).

En 1999, el Dr. Oscar Mejía realiza un estudio del comportamiento del cáncer oral en la población costarricense en el período de 1977- 1995. Del mismo se concluye que la prevalencia del cáncer oral va en aumento lo mismo que la mortalidad de quienes la presentan y que la predilección por sexo es mayor para los hombres en una relación 2-1 (Mejía, O., 1999).

1.1.2.2. INTERNACIONALES

Según un estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de las defunciones por tumores malignos en las Américas en los períodos de 1960-1964 y 1985-1989, van en aumento (anexo # 2) (www.paho-who.hn/salud).

Gerardo Rodríguez Baciero, F.J. Goiriena de Gandarias y Luciano Mallo Pérez, en su estudio de lesiones orales en personas mayores de 65 años encuentran que el 40% de los ancianos presenta alguna alteración mucosa El 1,9% de los ancianos presenta úlceras de origen no traumático. El 2,8% de los ancianos tenía leucoplasia, y el 1,1% líquen plano oral. Todas estas lesiones pueden considerarse de malignizables y afectan a un número importante de ancianos (www.infomed.es/uv/medicina).

Según la Dra. Angeles Milián, del Departamento de Medicina Bucal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia La incidencia de tumores bucales malignos ha aumentado notablemente, los últimos estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos y en países de la Europa septentrional han establecido en dos hombres por cada mujer afectada. Los datos aportados por la experta muestran que el 90 por ciento de los tumores malignos bucales son de células escamosas. Respecto a los tumores benignos, los más frecuentes presentan un origen de reacción a un proceso irritativo, como el granuloma o el fibroma, aunque también existen carcinomas de origen viral, concretamente el provocado por el virus del papiloma humano. Con todo, la etiología no siempre se conoce, como en el caso del angioma, de tipo congénito, o del linfangioma ([DentalWordNoticias,http://gbsystems.com/news/15htm.](http://DentalWordNoticias.gbsystems.com/news/15htm))

1.1.2.3. ESTADO DEL ARTE

Es importante recalcar que con los antecedentes anteriormente mencionados nos queda una gran inquietud pues, son muchas las lesiones de tejido blando que se pueden encontrar en la cavidad oral, pero la importancia fundamental consiste en emitir por parte del profesional un diagnóstico eficaz en estadíos tempranos de dichas manifestaciones y de esta manera evitar el mayor número de complicaciones o evoluciones perjudiciales para el individuo que las presenta.

El profesional debe estar atento a cualquier anomalía que se encuentre en la cavidad oral, porque puede estar frente a una lesión incipiente de un carcinoma oral. Es importante evidenciar que la cantidad de carcinomas orales va en aumento y que es responsabilidad básica del odontólogo general, detectar y brindar un tratamiento oportuno a las lesiones encontradas.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, SU IMPORTANCIA Y ORIGINALIDAD.

El problema de la presente investigación se plantea así:

¿Cómo determinar cuales son las principales lesiones de tejido blando en la cavidad oral y la existencia de problemas diagnósticos?.

Se pretende demostrar que es fundamental que los profesionales en odontología conozcan bien cuáles son las lesiones orales de tejido blando más frecuentes, su apariencia clínica y los estados precancerosos que se puedan presentar. De aquí se deriva la importancia de mantenerse actualizado y no dejar pasar ninguna lesión que nos parezca poco importante, además de el valor de seguir un correcto seguimiento de los medios diagnósticos por parte del profesional en odontología, para efectuar un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno al enfrentarse con diferentes manifestaciones orales. Por tal motivo en el presente estudio se parte de las siguientes premisas como interrogantes:

¿Cuáles son las manifestaciones orales más frecuentes? y

¿Existen problemas diagnósticos que conllevan a estas complicaciones?

1.3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO.

A continuación se enunciarán los objetivos generales y específicos, así como las hipótesis que guiarán la presente investigación.

1.3.1. OBJETIVO GENERAL.

" Determinar cuales son las principales lesiones de tejido blando en la cavidad oral, del Servicio Maxilo-Facial del Hospital México durante el año 1999 y detectar la existencia de problemas diagnósticos que conducen a estas patologías en el trimestre comprendido entre el 15 de junio y el 15 de setiembre del 2000."

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ❖ Identificar cuales son las lesiones orales de tejido blando más comunes y la magnitud de las mismas.
- ❖ Analizar las características sociodemográficas de los pacientes que presenten lesiones orales en los tejidos blandos en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México.
- ❖ Identificar la existencia de problemas diagnósticos que llevan a las complicaciones descritas.
- ❖ Diseñar una normativa que oriente al odontólogo general en la detección precoz de lesiones de tejido blando en la cavidad oral

1.3.3. HIPÓTESIS.

¿ Son muchas y diversas lesiones de tejido blando las que podemos encontrar en cavidad oral, las cuales se ven condicionadas por distintos factores de la población ?.

1.4. MARCO CONCEPTUAL

Antes de introducir el tema de las características propias de las manifestaciones orales y la importancia del diagnóstico precoz es fundamental conocer algunos conceptos como diagnóstico y patología.

El diagnóstico es producto de la recolección de una serie de datos que permiten establecer el tipo de padecimiento que presenta el individuo evaluado, en tal sentido por definición viene a ser un conjunto de signos y síntomas que sirven para fijar el carácter de una enfermedad, padecidos por una persona con determinadas características (Mosby, 2000).

Este es un elemento esencial en el progreso de la enfermedad, de aquí se deriva que un diagnóstico correcto posee un gran valor tanto para el paciente como para el profesional y en común para la salud oral.

Patología por definición es la parte de la medicina que estudia la naturaleza de las enfermedades, especialmente los cambios estructurales y funcionales en el organismo (Mosby, 2000).

Estudia los cambios que se presentan en nuestro organismo en el ámbito celular, de tejidos u órganos, donde el individuo pasa de poseer salud a la enfermedad como efecto de los mecanismos de agresión respuesta de la materia viva.

Una enfermedad es producto de un desequilibrio en la salud dado por ciertas condiciones de existencia (hábitos nutricionales e higiénicos, herencia, costumbres, valores, vida social). Es un producto social. Puede deberse tanto a causa externas como internas (Op cit).

1.5. DEFINICIÓN DE LAS FUENTES.

1.5.1. ASPECTOS IMPORTANTES EN EL DIAGNÓSTICO y LAS LESIONES ORALES.

El propósito de esta sección es presentar un abordaje conciso y lógico del estudio de las manifestaciones orales y su importancia diagnóstica, su orientación se evidencia en la clasificación, de las lesiones benignas y malignas, así como de aquellas que son fácilmente confundibles con los carcinomas orales. Inicialmente se presenta un abordaje completo de la importancia diagnóstica y de la anatomía y variaciones normales de la misma, así como de las lesiones iniciales de patologías orales con el fin de ubicarse en los aspectos que se salen de los parámetros citados.

Esta parte descriptiva proporciona conocimientos para el comienzo de la comprensión y estudio del tema que vamos a desarrollar, puesto que servirá para decidir los criterios de observación del estudio.

Es importante destacar que las formas que asumen las patologías difieren de acuerdo a la calidad de vida, en la que confluyen, la posición que tienen las personas en la estructura productiva, su lugar de residencia y la influencia del ambiente. Todos estos aspectos determinan un acceso diferente a la educación y a la atención en este caso de la salud oral.

1.6. MÉTODO DE OBSERVACIÓN.

Se realizará una investigación estadística descriptiva longitudinal cuantitativa retrospectiva y prospectiva.

En el campo retrospectivo el universo de estudio estará conformado por los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México, durante el período de enero a diciembre de 1999. Y la parte prospectiva se efectuará con una recolecta directa, mediante una encuesta cerrada de la información de los pacientes que se atiendan en el período del 15 de junio al 15 de setiembre del 2000 en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México.

1.7. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Las variables constituyen el elemento fundamental que tiene la metodología científica para poder operacionalizar los conceptos de la investigación, traduciéndolos de un plano teórico a uno empírico. Por tanto las variables pueden definirse como la traducción empírica de la teoría que sustenta la investigación. Permite el tránsito del conocimiento teórico al empírico a través de sustituir el aparato conceptual por el instrumento de obtención de los datos empíricos.

En la presente investigación se manejan como variables dependientes aquellas que están sujetas a diferentes niveles de atención de salud oral y educación general del paciente y como variables independientes tenemos el tipo, cantidad y condición de las lesiones que se manifiestan en la cavidad oral de los pacientes en estudio.

CAPÍTULO II
DIAGNÓSTICO Y LESIONES BÁSICAS.

2. DIAGNÓSTICO BUCAL EN LA ODONTOLOGÍA MODERNA.

El diagnóstico de las enfermedades orales constituye el eslabón entre la teoría y la práctica de la odontología científica moderna. Entre los temas teóricos tradicionales, están aquellos que tienen un valor académico para el odontólogo y que son; anatomía, anatomía e histología patológicas, bacteriología, patología dental e higiene bucal. En contraste con estas materias teóricas están aquellas relacionadas exclusivamente con el tratamiento, motivo por el cual la terapéutica odontológica ha venido a formar parte de la práctica. El diagnóstico, es pues, un lazo de unión entre la odontología teórica y la práctica (Hayes, L., 1967).

Las bases sobre las que debe descansar el ejercicio de la odontología clínica son biología, medicina, estomatología fundamental, fisiología que sirven de guía en el diagnóstico (Op. Cit).

Terapéutica racional.

La diagnosis es la base del tratamiento racional. Para establecer el diagnóstico correcto, el odontólogo debe conocer perfectamente, cuando menos desde el punto de vista clínico, el cuadro patológico de las enfermedades de la boca que puedan presentarse en el ejercicio diario de su profesión. El odontólogo debe conocer totalmente la cavidad bucal así, como la relación que ésta tiene con el cuerpo humano, en la salud y la enfermedad. Debe estar familiarizado con los principios biológicos y con su aplicación al estudio de la estomatología. Debe poseer amplios conocimientos de anatomía patológica general y especial. De acuerdo con los conceptos modernos, para que el odontólogo pueda ejercer científicamente su profesión, es preciso que asuma la responsabilidad de médico especializado en una de las ramas de la medicina (Hayes, L., 1967).

Ciertas enfermedades de la boca obligan al odontólogo a ir más allá del límite de sus actividades como especialista en las enfermedades de la cavidad bucal, para establecer el diagnóstico clínico. En tales casos necesita investigar los antecedentes del enfermo, sus enfermedades pasadas, su estado presente, los medicamentos que le han sido prescritos, todo lo cual requiere un concepto más amplio de su interés práctico (Op. cit).

2.1. LESIONES MACROSCÓPICAS O CLÍNICAS BÁSICAS.

Todas las enfermedades de la mucosa oral se manifiestan por la presencia clínica de lesiones macroscópicas visibles clínicamente. Estas lesiones se presentan por un número pequeño de formas o tipos básicos. Un tipo específico de lesión macroscópica como una masa papilar emergente puede deberse a distintas variedades de alteraciones celulares, como inflamación, neoplasia benigna o maligna. Sin embargo, una enfermedad de la mucosa oral solo puede diagnosticarse definitivamente por la correlación de las características macroscópicas y microscópicas. En raras circunstancias el aspecto macroscópico de las lesiones básicas puede ser tan característico de una enfermedad específica, que el diagnóstico puede ser solo clínico. (Bascones A, 1999).

Las lesiones macroscópicas que se presentan o proyectan en la mucosa bucal se puede clasificar en: lesiones planas o sobrelevadas, lesiones de contenido líquido y lesiones que cursan con pérdida de sustancia (Op cit).

2.1.1. LESIONES PLANAS O SOBRELIVADAS.

2.1.1.1. MÁCULA.

Se trata de un área circunscrita, no prominente de coloración alterada, de tamaño que varía entre el de la cabeza de un alfiler y varios centímetros de diámetro; generalmente tiene un color que se destaca del de la mucosa normal circundante y puede ser rojo, rojo marrón o marrón negro. Su forma puede variar desde la circular a la ovoide o ser lineal (Op cit).

2.1.1.2. PÁPULA.

Se trata de un área sólida elevada, circunscrita, pequeña, cuyo tamaño varía desde el de la cabeza de un alfiler a 5mm. La base redondeada u ovoide y la configuración de

la superficie puede ser punteada, redondeada o aplanada La erupción papular en la mucosa oral generalmente consiste en gran número de lesiones individuales como cabezas de alfiler dispuestas según distintas normas o patrones (Op cit).

El color de las pápulas en la mucosa oral es generalmente gris blanco, y la lesión macroscópica compuesta de numerosas pápulas puede ser blanca (Op cit).

2.1.1.3. PLACAS.

Es un área pequeña o grande, sobrelevada, firme, claramente demarcada, de color gris o blanco. La superficie puede ser relativamente lisa o rugosa y áspera, como un empedrado. Puede observarse grietas o fisuras dividiendo las lesiones (Op cit).

2.1.1.4. NÓDULO.

Es una lesión sólida elevada sobre la mucosa, cuyo tamaño se encuentra entre 5mm y 2cm. Se trata de una masa compuesta de tejido conectivo que fuerza al epitelio subyacente hacia fuera (Op cit).

2.1.1.5. TUMOR.

Es una lesión debida al crecimiento sólido de una masa de tamaño variable que se eleva sobre la mucosa y se proyecta hacia fuera. Los tumores pueden ser verdaderos, desde el punto de vista histológico, o varias lesiones que remedan tumores como ocurre con los quistes glandulares de la mucosa (mucocele) o inflamación con proliferación vascular (angiogranuloma) (Op cit).

2.1.2. LESIONES DE CONTENIDO LÍQUIDO.

2.1.2.1. VESÍCULA.

Se trata de una lesión pequeña (2 a 5mm), circunscrita, elevada, compuesta por una superficie fina que la recubre, conteniendo un acúmulo de líquido. Una erupción vesicular puede consistir en una lesión única o múltiple en diferentes estadios de formación y curación. La cubierta o membrana vesicular puede ser muy fina y delicada o considerablemente gruesa dependiendo de si la vesícula es de naturaleza subepitelial o intraepitelial (Op cit).

2.1.2.2. AMPOLLA.

Es una lesión de tipo vesicular, grande, cuyo tamaño supera los 5 mm, hasta alcanzar varios centímetros. La cubierta externa de la ampolla puede ser delgada o relativamente gruesa, dependiendo del carácter subepitelial o intraepitelial de la lesión la membrana que la recubre puede ser tensa o laxa, dependiendo de la cantidad de líquido de edema que contenga. Una lesión ampollar puede desarrollarse de la unión de varias vesículas que erupcionarán próximas entre sí (Op cit).

2.1.2.3. PÚSTULA.

Es una lesión de tipo vesicular, que contiene material purulento, en lugar de líquido claro (Op cit).

2.1.2.4. QUISTE.

Formación patológica en forma de bolsa cerrada, provista de membrana, que contiene una sustancia líquida o semilíquida. Muchas formaciones semejantes no tienen membrana y en realidad son falsos quistes o pseudoquistes (Op cit).

2.1.3. LESIONES QUE CURSAN CON PÉRDIDA DE SUSTANCIA.

2.1.3.1. ATROFIA.

Puede aparecer como zonas enrojecidas. El epitelio es fino y la vascularización del tejido conectivo se pone claramente de manifiesto. Puede existir un área levemente deprimida. Donde existen estructuras epiteliales especiales, éstas pueden ser sustituidas por un epitelio adelgazado (Op cit).

2.1.3.2. EROSIÓN.

Es un defecto superficial o poco profundo en la mucosa, que representa la pérdida parcial del epitelio, sin alcanzar la capa de células basales. Las erosiones de la mucosa se producen generalmente por traumas mecánicos y pueden ser lineales con márgenes inapreciables. Se ven de color rojo, debido a la pérdida de la mayor parte del epitelio, que hace más visible la vascularidad del tejido conectivo subyacente (Op cit).

2.1.3.3. FISURA.

Es una solución de continuidad o surco superficial normal o patológico. Se aplica más a mucosas, huesos, dientes, contrastando con el término rágade, más propio de las fisuras limitadas de la piel o zonas limítrofes mucocutáneas (queilitis comisural) (Op cit).

2.1.3.4. ÚLCERA.

Es un defecto o interrupción de la continuidad del componente epitelial de la mucosa que se traduce a una depresión o un área "comida" (como con un socabocados). El suelo de la úlcera es tejido conectivo y fibrina con infiltrado leucocitario polimorfonuclear. Una úlcera puede ser pequeña (2mm) o bastante grande (varios centímetros). Los bordes de una úlcera pueden ser mellados o afilados, pueden ser

socavados, o sobrelevados e indurados como en los tumores malignos. La configuración general de una úlcera es redondeada, pero pueden producirse áreas ulceradas alargadas, particularmente como respuesta a un trauma mecánico o químico. El suelo de la úlcera puede ser amarillento y purulento, rojizo o gris blanco (Op cit).

CAPÍTULO III.

ANATOMÍA Y VARIACIONES DE LO NORMAL.

3. ANATOMÍA Y VARIACIONES NORMALES.

Hay un sin número de lesiones de tejidos blandos que se pueden encontrar en la cavidad oral y es obligación del odontólogo realizar una evaluación general y emitir un diagnóstico correcto ante las manifestaciones orales encontradas. El diagnóstico se debe realizar haciendo una evaluación clínica de los tejidos extra e intraoralmente; de un examen completo de cabeza y cuello (Ceccotti, E., 1993).

3.1. EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO.

3.1.1. EXTRAORALMENTE.

En esta porción del examen se valoran todas las estructuras de la cabeza y el cuello a saber: forma facial, cabello, piel, ojos, oídos, ganglios linfáticos, nariz, articulación temporo-mandibular, músculos y glándula parótida (Op cit).

3.1.2. EXAMEN INTRAORAL

El examen completo de la cavidad oral incluye la evaluación de: labios, carrillos, pliegue mucogingival, paladar duro, paladar blando, úvula, orofaringe, lengua, piso de boca, periodonto, dientes y maxilares (Op cit).

3.1.2.1. EXAMEN DE LABIOS.

La superficie interna del labio puede presentar múltiples nódulos de tamaño pequeño que representan glándulas salivales accesorias y pueden ser palpadas. Con cierta frecuencia se observa a nivel del frenillo labial superior un pequeño crecimiento de tejido denominado pólipo fibroepitelial, el cual se origina por trauma en esta área. Al examinar el bermellón de los labios se buscan cambios en su color, textura y consistencia. La inspección visual puede revelar agrandamiento unilateral o bilateral de

los labios. Se utiliza palpación bidigital para examinar los labios y buscar anomalías tales como nódulos submucosos (Op cit).

3.1.2.2. EXAMEN DE CARRILLOS.

La línea alba es una línea blanca hiperqueratótica, que sigue la línea de oclusión de los dientes. Se origina por la presión ejercida por el músculo buccinador sobre la mucosa bucal presionándola hacia las cúspides de los dientes maxilares superiores y la línea de oclusión. En la terminación de la línea alba se localiza un pequeño nódulo llamado *calculus angularis*. Los gránulos de Fordyce y el leucoedema constituyen variaciones de la anatomía topográfica de ésta área. Los gránulos de Fordyce son acúmulos de glándulas sebáceas; y se manifiestan como estructuras maculopapulosas múltiples, pequeñas de color amarillento y aspecto miliar, que miden de 1-2mm de diámetro. El leucoedema es una alteración del epitelio oral caracterizada por la acumulación de líquido (edema) en la capa de las células espinosas; la mucosa afectada es asintomática y presenta un aspecto membranoso difuso y transparente de color grisáceo, en casos extremos la mucosa puede estar agrietada o arrugada, cuando se estira, sus características se mitigan considerablemente (Sapp J., 1998).

El conducto de Stensen se localiza en la mucosa bucal a nivel de la segunda molar maxilar, este conducto usualmente es rodeado por un crecimiento de tejido denominado la papila parotídea (Ceccotti, E., 1993).

3.1.2.3. EXAMEN DE PALADAR BLANDO Y ÚVULA

El paladar blando tiene una apariencia más rojiza comparado con el paladar duro; si el paladar blando asume una apariencia amarillenta se debe a la presencia de tejido adiposo. Es importante buscar eritema, hiperplasia papilar, torus palatino, úlceras, quemaduras (Bascones, A.,1999).

3.1.2.4. EXAMEN DE LENGUA.

No se debe confundir el tejido linfoide hipertrófico con las papilas foliadas. En algunas ocasiones se observa un pequeño nódulo a nivel del foramen ciego que representa un nódulo tiroideo y que puede ser el único tejido tiroideo del paciente. Es importante explorar las papilas linguales y la superficie ventral de la lengua (mucosa, pliegues fimbriales, venas y variscosidades), buscar anomalías de color o forma, de tamaño desaparición o crecimiento de las papilas, placas blancas o rojas, úlceras, nódulos, verrugas, (Op cit).

3.1.2.5. PISO DE BOCA.

Es importante explorar el pliegue sublingual, los conductos sublinguales, el vestíbulo lingual, los tubérculos genianos y el reborde milohioideo. Aquí debemos buscar placas rojas y blancas, litiasis en Wharton, ránulas y torus mandibulares (Op cit).

3.1.2.6. REGIÓN RETROMOLAR INFERIOR.

En esta zona se debe explorar el reborde oblicuo externo, el arco palatogloso, el ligamento pterigomandibular y el triángulo retromolar. Aquí debemos buscar úlceras, pericoronitis e hiperqueratosis (Op cit).

Una vez finalizada la anamnesis y examen clínico el siguiente paso de la secuencia diagnóstica consiste en la clasificación de las anomalías encontradas de acuerdo a diferentes criterios tales como: apariencia clínica, localización, tipo de crecimiento, síntomas, características asociadas y otros. Posteriormente se establece una lista con todos los posibles diagnósticos. Esta parte del proceso diagnóstico es fundamental y depende directamente del grado de conocimientos que tenga el odontólogo sobre anatomía, hallazgos normales, variaciones de lo normal y alteraciones patológicas; se encuentra basado en la comparación sistemática de los hallazgos clínicos encontrados en el paciente. El clínico que carece de dichos conocimientos no podrá

emitir un diagnóstico apropiado aunque siga una secuencia diagnóstica adecuada. Por lo tanto es de suma importancia señalar que la habilidad para diagnosticar requiere de la adquisición constante de conocimientos.

Es importante tomar en cuenta que en la cavidad oral podemos encontrar una gran variedad de lesiones que pueden estar asociadas algún trastorno en la salud general del paciente. Entre las lesiones que se pueden presentar son todos los tipos de carcinomas, sarcomas, lesiones asociadas a enfermedades venéreas, lesiones por radioterapia, lesiones en pacientes inmunosuprimidos. Además hay muchas lesiones que son producidas por trauma, alergia, bacterias, virus, hongos, malos hábitos y stress entre otros; que son las que se presentan con mayor frecuencia.

CAPÍTULO IV

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO ORAL.

4. MEDIOS DIAGNÓSTICOS EN MEDICINA ORAL

Además de las técnicas utilizadas para reconocimiento de infecciones, alteraciones hemáticas, enfermedades de naturaleza autoinmune y todas aquellas enfermedades de origen sistémico que tienen repercusión en la cavidad oral, tenemos una serie de pruebas que sin ser exclusivas de la cavidad oral, alcanzan aquí su máxima expresión ya que nos van a permitir, a veces de forma relativamente sencilla, hacer un diagnóstico de precisión y por tanto realizar un enfoque terapéutico adecuado (Bascones A., 1999).

Presentaremos en primer lugar la biopsia que nos permitirá separar procesos benignos y malignos y que cada vez se hace más imprescindible en el quehacer diario de un gabinete odontológico. También veremos la citología exfoliativa, variante de la biopsia, técnica muy sencilla y nada traumática que nos resolverá de forma rápida muchas dudas, pero en la que hay que tener presentes las limitaciones de la misma (Op cit).

4.1. BIOPSIA.

Etimológicamente proviene del griego y significa "visión de la vida". Es una técnica totalmente generalizada en todas las especialidades médicas, que en el campo de la estomatología no ha alcanzado la difusión que se merece, probablemente por desconocimiento de la técnica y falta de contacto entre el ejercicio privado de la profesión y los lugares donde es necesaria su interpretación como son los servicios de anatomía patológica. Quizás también existe el miedo a la posible diseminación de los procesos tumorales. Si tenemos en cuenta que gran número de los cánceres orales son vistos en primer lugar por el estomatólogo y que dada la malignidad del cáncer bucal la vida del paciente va depender en gran medida del diagnóstico precoz, se hace necesaria la difusión de esta técnica y su incorporación rutinaria a toda lesión que sea sospechosa (Op cit).

4.1.1. INDICACIONES DE LA BIOPSIA EN TEJIDO. BLANDO ORAL.

En toda lesión de la mucosa oral o labial en la que estén excluidos los irritantes locales, que persista durante 2 ó 3 semanas (Op cit).

- ◆ Lesiones pigmentadas: se hará biopsia por escisión ante la duda de que se trate de un melanoma (Op cit).
- ◆ Cualquier tumefacción sospechosa de ser una neoplasia (Cecotti E.,1993).
- ◆ Cualquier lesión hiperqueratósica persistente (Op cit).
- ◆ Cualquier tejido eliminado quirúrgicamente (Op cit).
- ◆ Cualquier tejido eliminado espontáneamente (Op cit).

4.1.2. CONTRAINDICACIONES DE LA BIOPSIA EN TEJIDO BLANDO ORAL.

- Tumores de extirpe vascular (Bascones A., 1999).
- Tumores parotídeos (Op cit).
- Melanomas y similares (Op cit).

Algunos observadores han sugerido que la remoción de una porción de tejido puede provocar diseminación de las células con producción de metástasis tempranas. En verdad, el peligro mínimo representado por la toma biopsica, es mucho menos grave que el que realiza e intente un tratamiento sin un diagnóstico seguro (Cecotti E., 1993).

4.2. CITOLOGÍA EXFOLIATIVA.

Aprovecha la descamación natural de los epitelios o bien las células desprendidas mediante el raspado de las mismas para reconocer procesos tumorales, pénfigos, enfermedades virícas, micosis. Es por tanto un proceso previo a la biopsia en el que se pueden observar distintos tipos de células y distintos niveles de maduración y por supuesto las alteraciones propias de los procesos tumorales (Bascones A., 1999).

4.2.1. INDICACIONES DE LA CITOLIGÍA EXFOLIATIVA.

Lesión no sospechosa de cáncer, cuando el paciente no acepta una biopsia, cuando hay múltiples lesiones y ninguna es adecuada para hacer biopsia, lesiones localizadas de difícil acceso quirúrgico, sospecha de herpes o candidiasis y prevenir recurrencias de cáncer tratado (Op cit).

4.2.2. CONTRAINDICACIONES DE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA.

Certeza o sospecha de cáncer en cuyo caso se hará biopsia, un paciente que no puede ser relegado a una segunda visita para reconocer la lesión, una lesión submucosa con cambios debajo de una superficie epitelial normal, una lesión seca incrustada en los labios, una lesión blanca que no puede ser raspada (Op cit).

CAPÍTULO V.

TUMORES BENIGNOS DE TEJIDO BLANDO EN CAVIDAD ORAL.

5. TUMORES BENIGNOS DE LA MUCOSA ORAL.

El término tumor bucal define semiótica a una lesión exofítica, cuyo diagnóstico se realiza por exclusión de otras lesiones elementales elevadas. Clínicamente se caracterizan por tener un crecimiento lento, limitado, no invasivo e irreversible.

5.1. TUMORES DE ESTIRPE EPITELIAL.

5.1.1. PAPILOMA ESCAMOSO.

El papiloma escamoso es una proliferación benigna de epitelio. La etiología del papiloma escamoso es desconocida. Posiblemente esté inducido por el virus del papiloma. Se desconoce el modo de transmisión (Bascones A, 1999).

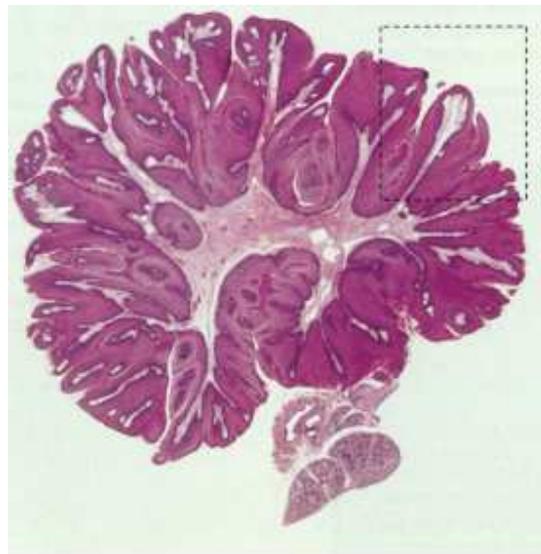


Fuente: Pindborg, Atlas de la mucosa oral, pág 67.

Aunque aparece a cualquier edad, son más frecuentes entre la tercera y quinta década. No hay predilección por el sexo. La lesión elemental que lo define, es una vegetación o verrucosidad. Clínicamente se observa una tumoración con prolongaciones digitiformes, de aspecto de "coliflor", con base ancha o pediculada, de consistencia firme. El color varía de rosa a blanquecino. Se suele localizar en la lengua, labios paladar blando, mucosa yugal y encía. Son asintomáticos y su hallazgo puede ser

casual. El tamaño que puede adquirir oscila entre los dos milímetros hasta varios centímetros.

Histológicamente el papiloma está constituido por prolongaciones de epitelio normal sobre un eje de tejido conjuntivo. En el epitelio hay acantosis e hiperqueratosis, características que aportan el aspecto macroscópico blanquecino. En el corion los capilares pueden estar dilatados y existir un pequeño infiltrado inflamatorio. Los cambios displásicos son sumamente raros y no hay riesgo de transformación maligna (Op cit).



Fuente: Sapp, .Patología oral y Maxilofacial Contemporánea, pág 247.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con la verruga vulgar y con el condiloma acuminado. Por tanto el diagnóstico siempre debe confirmarse con el estudio histopatológico e investigar la posible presencia del virus del papiloma (Op cit).

El tratamiento se basa en la exéresis quirúrgica. La extirpación se realizará a través de una incisión en torno a la periferia del tumor. La hemorragia se puede controlar mediante electrocoagulación. Si la resección es adecuada no recidiva (Op cit).

5.1.2. QUERATOACANTOMA.

El queratoacantoma aparece generalmente en zonas de la piel expuestas al sol. En algunas ocasiones se desarrolla en la semimucosa labial y raras veces en la mucosa oral (Op cit).

Es más frecuente observarlos en varones entre los 50 y 70 años de edad. Entre el 7 y el 10% de los queratoacantomas desarrollados en la región cervicofacial se localizan en los labios (Op cit).

La evolución clínica es uno de sus aspectos más característicos. Empieza como un nódulo de 1-2 cm de diámetro, indoloro y firme que se desarrolla totalmente en un período de cuatro a ocho semanas. Después permanece estático durante otras cuatro u ocho semanas, para finalmente sufrir una regresión espontánea mediante la expulsión de la queratina central. En otras ocasiones la duración del proceso es de hasta dos años. La lesión elemental también puede ser una costra más o menos dura, que no tiende a sangrar. Son pocos los casos que se manifiestan con dolor y linfadenopatía regional (Op cit).

Aunque es un tumor benigno, para algunos autores es una lesión precancerosa, por lo que debe tenerse en cuenta la consideración de que puede transformarse en un carcinoma epidermoide (Op cit).

El diagnóstico siempre se debe realizar con la biopsia. El tratamiento es la extirpación quirúrgica, ya que la regresión espontánea no ocurre siempre. En el 2% de los casos la lesión recidiva (Op cit).

5.2. TUMORES DE ESTIRPE CONECTIVO.

5.2.1. FIBROMAS.

Los fibromas verdaderos de la mucosa bucal son sumamente raros y cuando aparecen es muy difícil distinguirlos de las hiperplasias fibrosas no neoplásicas. El fibroma es una masa circunscrita de tejido conectivo fibroso denso cubierta por un epitelio escamoso estratificado. Desde el punto de vista práctico la gran mayoría de las tumoraciones fibrosas son benignas (Op cit).

Su etiología es desconocida cuando se localiza en la encía sobre todo a nivel de los caninos se denomina épolis fibroso. Son más frecuentes en el sexo femenino. Se presentan a cualquier edad, pero su incidencia máxima es de la tercera a la quinta década de la vida. Debuta en cualquier localización pero es más frecuente en la encía, mucosa yugal, labios, lengua y paladar (Op cit).

Clínicamente aparece como una tumoración sésil o pediculada, de base amplia, asintomática. El tamaño que llega alcanzar es muy variable, desde varios milímetros a varios centímetros. Su superficie es lisa, uniforme y mantiene la coloración de la mucosa sobre la que asienta. Cuando alcanza gran tamaño puede sufrir traumatismos y como consecuencia queratinizarse o ulcerarse. La palpación es indolora, de textura dura y firme (Op cit).

Histológicamente esta formado por tejido conectivo denso en fibras colágenas, escasamente vascularizado y cubierto por un epitelio escamoso estratificado. Dependiendo del tipo de traumatismo que contribuye al progreso de la lesión y al grado evolutivo de la misma, el epitelio puede adelgazarse, y presentar cresta poco prominentes, debido a la presión de la masa de tejido conectivo denso, hiperqueratinizado o ulcerado (Op cit).

El tratamiento del fibroma es su extirpación quirúrgica junto al tejido normal circundante. No recidivan, si se consigue realizar la resección completa (Op cit).

5.2.2. FIBROMA TRAUMÁTICO.

Se denomina fibroma traumático o nódulo fibroso a aquellos fibromas que han sido ocasionados por un traumatismo crónico sobre la mucosa oral, siendo la reparación del tejido conectivo la que origina dicha tumoración (Op cit).

Se desarrollan más frecuentemente en las mujeres que en los hombres, con una relación de 2 a 1. Las décadas de edad donde se observan más habitualmente son la cuarta, quinta y sexta (Op cit).

El fibroma irritativo se localiza fundamentalmente en la mucosa yugal, a lo largo de la línea oclusal, o en la proximidad a espacios edéntulos, donde es más factible la succión de la mucosa adyacente. También se puede localizar en la mucosa labial, lingual y gingival. La coloración de la lesión es similar a la de la mucosa que la rodea. En algunos casos es blanquecina, como consecuencia del traumatismo crónico que sobre ella recae. La mayoría son sésiles, aunque en algunos casos es pediculado.



Fuente: Pindborg, . Atlas de la mucosa oral pág72.

El tamaño medio es de 1,5 cm de diámetro. La lesión es asintomática, aunque puede acompañarse de dolor si su superficie se úlceras (Op cit).

La histopatología es la de una masa de tejido conectivo cubierto por epitelio escamoso estratificado. El tejido conectivo es denso y colagenizado. Las bandas de colágeno adoptan formas radiadas, circulares o entrelazadas. El epitelio es atrófico y se hiperqueratiniza en función del trauma. Puede acompañarse de infiltrado inflamatorio crónico (Op cit).

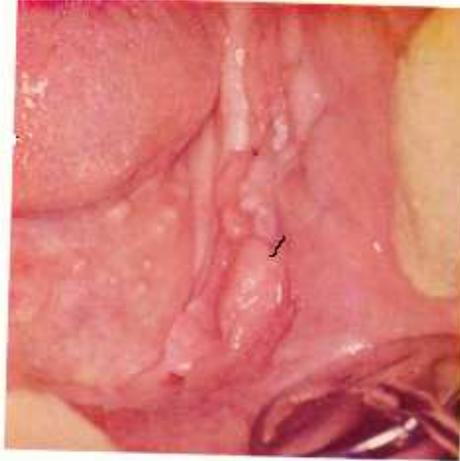


Fuente: Pindborg, .Atlas de la mucosa oral, pág74.

El tratamiento consiste en su excisión quirúrgica. Si además se reponen protéticamente los espacios edéntulos, la recurrencia es entonces extremadamente rara (Op cit).

5.2.3. ÉPULIS FISURADO.

Es una hiperplasia fibrosa seudotumoral del tejido conectivo gingivo vestibular. Se podría considerar como una variante del fibroma de traumático, ya que consiste en hipertrofias de los tejidos que cubren los rebordes alveolares, ocasionados por el roce repetitivo con los límites de una prótesis mal adaptada. La lesión adopta una forma vegetante sobre la mucosa, que recuerda a las hojas de un libro. Inicialmente o con el tiempo puede presentar ulceraciones (Op cit).



Fuente: Pindbora,.Atlas de la mucosa oral, pág77.

Microscópicamente está formado por epitelio de tejido conectivo denso muy rico en fibras colágenas y fibroblastos, cubierto por un epitelio pavimentoso estratificado delgado. Se pueden observar áreas de acantosis y papilomatosis epitelial, y en las lesiones muy avanzadas fenómenos de hiperqueratosis y paraqueratosis (Op cit).

El tratamiento es quirúrgico, enfocando la exéresis hacia una cirugía preprotética, con la realización de una vestibuloplastía para restablecer adecuadamente el espacio protético y posteriormente realizar la elaboración de una prótesis nueva (Op cit).

5.2.4. HIPERPLASIA FIBROSA GINGIVAL CIRCUNSCRITA.

En el 50% de los casos, puede mostrara focos de calcificación, posiblemente de causa irritativa, de evolución lenta, indolora. Puede provocar desplazamiento dentario y ser pediculada. No es infrecuente observar estas lesiones en bocas con abundante presencia de placa bacteriana; también se observa en bocas desdentadas y en mucosa alveolar palatina. Tratamiento: escisión quirúrgica. Pronóstico: excelente (Sapp J., 1998).

5.3. TUMORES DE ESTIRPE VASCULAR.

5.3.1. HEMANGIOMA.

Son malformaciones pseudotumorales que pueden aparecer en cualquier sector de la boca. Hay simples y sistémicos; los primeros son representados como una ectasia o vasodilatación permanente y los que se presentan como una hiperplasia vascular. Las ectasias o dilataciones simples pueden manifestarse clínicamente como lesiones rojas o azulada, únicas o múltiples con aspecto estelar. En general son congénitas, aunque pueden ser de origen traumático. Las dilataciones también se manifiestan clínicamente como pequeños angiomas, múltiples, azulados, a veces producen dolor en los carrillos. A las formas hiperplásicas se les clasifica en capilar, cavernoso y juvenil. El capilar muestrahistológicamente una gran cantidad de capilares arracimados, mientras que el cavernoso presenta grandes espacios llenos de sangre con una pared de epitelio delgado. A pesar de la diferencia histológica no hay distinción clara en su aspecto clínico y el tratamiento es el mismo. Pueden ser de distintos tamaño, elevados, localizados en semimucosa o mucosa bucal. Existen casos de involución sin tratamiento (Sapp. J., 1998).

Los hemangiomas son proliferaciones benignas, relativamente frecuentes, de los canales vasculares que pueden estar presentes al nacer o manifestarse durante la primera infancia. Algunos evolucionan lentamente, su tamaño se estabiliza y persisten durante toda la vida o desaparecen lentamente. Otros pueden crecer de forma gradual pero continua. En la exploración clínica se observa una lesión de tamaño variable y un color que varía entre rojo intenso y vinoso. Al palpar la lesión transmite un tacto blando, y cuando se presiona sobre ella se pierde la coloración para recuperarla al cesar la presión. En ocasiones la lesión se ulcera y provoca hemorragias. Unas veces la lesión es plana y otras es sobrelevadas. Raramente está circunscrito (Op cit).

Las localizaciones más frecuentes son los labios, lengua, mucosa bucal, paladar y las encías. Microscópicamente el tumor no está encapsulado. Histológicamente existen

diferentes patrones. Hemangioma capilar constituido por numerosos vasos sanguíneos de pequeño diámetro con apariencia normal y separados por tejido conectivo. En el hemangioma cavernoso los vasos son mayores, tortuosos y de apariencia irregular. Otras veces la conformación es mixta (Op cit).

El hecho de no estar encapsulado dificulta su exéresis quirúrgica y puede provocar hemorragias importantes, para evitarlas deben ligarse los vasos aferentes al tumor. Algunos autores han propuesto alternativas a este tratamiento, así en algunos casos la administración de corticosteroides consigue disminuir el tamaño y facilitar con ello la exéresis (Op cit).

5.3.2. GRANULOMA PIÓGENO.

Con frecuencia esta lesión es considerada como una hiperplasia reactiva ocasionada por un agente irritante local (placa, obturaciones desbordantes, restos radiculares, mordeduras, heridas con cáscara de pan, cerdas de cepillo dental). Ceballos añade la relación de estos tumores con algunos tratamientos farmacológicos (corticosteroides, anticonceptivos orales, antidiabéticos) (Op cit).



Fuente: Pindborg,. Atlas de la mucosa oral, pág79.

Puede aparecer a cualquier edad, pero predomina en la tercera y cuarta década. Es más frecuente en el sexo femenino. La lesión es sobreelevada sésil o pediculada, redondeada, de superficie lisa o lobular, frecuentemente ulcerada, de color rojo brillante, sangrante e indolora, con una consistencia blanda. La localización más

frecuente es sobre la encía fundamentalmente en la región antero superior, seguida de labios, lengua, mucosa yugal, paladar, surco mucolabial y áreas edéntulas (Op cit).

Clínicamente es asintomático. Por su lenta patocronía y rica vascularización, en su crecimiento puede verse traumatizado y sangrar. Histológicamente la lesión aparece cubierta por un epitelio de tipo escamoso estratificado, generalmente de escaso espesor atrófico.

Cuando el epitelio está ulcerado se cubre de un exudado fibrinoso. Por debajo del epitelio existe una gran proliferación de pequeños vasos capilares, dispuestos a menudo en islotes o lóbulos, rodeados por un tejido conectivo laxo y edematoso, que alberga una infiltración celular discreta o densa, compuesta por polinucleares neutrófilos, plasmocitos, linfocitos e histiocitos. Se ha intentado correlacionar el tiempo de evolución con la presencia de infiltrados inflamatorios, señalándose que en las lesiones iniciales la reacción inflamatoria es muy escasa (Op cit).

El tratamiento del granuloma piógeno oral es su excisión quirúrgica bajo anestesia local. Los fenómenos de recurrencia son frecuentes, sobre todo si la excisión es incompleta, por todo ello, es recomendable ser sumamente cautos en legar toda la base de la lesión e incluso, si es preciso, realizar la extracción de alguna pieza dentaria. Esta también indicada una revisión periodontal, se instruirá al paciente para que elimine correctamente la placa gingival. Además se eliminarán los restos radiculares y se pulirán las obturaciones desbordantes (Op cit).

5.3.3. GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES.

Se desconoce su etiopatogenia. En la actualidad está considerado como una respuesta proliferativa tisular ante agentes irritativos o traumáticos locales. Un segundo factor a considerar podría ser el defecto endotelial vascular (Op cit).

Aparece a cualquier edad. Tiene preferencia por el sexo femenino. La localización más frecuente es la encía, seguida por la lengua, paladar, mucosa yugal y labios (Op cit).

Clínicamente es asintomática y se presenta como una masa sésil o pediculada. La lesión es firme, de consistencia blanda, de coloración roja oscura, vinosa o púrpura. El tamaño no suele ser superior a los 2 cm. Se suele localizar en la papila gingival, ocupando un alvéolo, o en la encía marginal extendiéndose hacia el vestibulo o hacia el paladar o la lengua. En su crecimiento puede tapar la corona del diente (Op cit).

Microscópicamente se observa una lesión no encapsulada revestida de un epitelio estratificado y constituida por un tejido conectivo que alberga abundantes elementos inmaduros de tipología oval o fusiforme, en un estroma fibroangiomatoso denso junto a numerosas células gigantes multinucleadas. La lesión aparece muy vascularizada con amplia red capilar y ocasionalmente puede encontrarse células gigantes multinucleadas dentro de las luces vasculares. Las células gigantes que se observan en el área medular, son de dos tipos. Las células tipo A son eosinófilas con citoplasma amplio y varios núcleos prominentes. Las células tipo B tienen un citoplasma más cromático (Op cit).

El tratamiento del granuloma periférico de células gigantes es su excisión quirúrgica con un legrado amplio de la base de la lesión para evitar las recidivas (Op cit).

5.3.4. GRANULOMA GRAVIDARUM.

Histológicamente idéntico al granuloma piógeno, esta hiperplasia simple aparece en la región gingival de la embarazada. Suele evolucionar a partir del tercer mes de gestación. Frecuentemente aparece en el mismo sitio en varios embarazos. Coexisten generalmente con gingivitis de embarazo y puede tomar grandes dimensiones y asustar a la paciente por su aspecto tumoral (Sapp J., 1998).

Tratamiento: como generalmente remite en forma espontánea en el postparto, la conducta suele ser expectante. Si hay hemorragias constantes o el crecimiento llegó a cubrir las piezas dentarias en zonas estéticas o avanzó sobre la cara oclusal, se debe extirpar parcial o totalmente o cauterizar químicamente por sectores (Op cit).

5.4. LESIONES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

5.4.1. MUCOCELE.

Se produce cuando, debido a un traumatismo, se rompe el conducto excretor de una glándula salival menor en los labios, los carrillos o la cara ventral de lengua; al no evacuarse en la cavidad bucal la saliva que sigue secretando esa glándula, esta se concentra en el espesor del tejido. De esa forma, se hace visible una lesión pequeña y circunscrita en la mucosa, generalmente elevada, translúcida o azulada. Si la localización es profunda, se puede palpar una información que se desplaza como un "balín" (Sapp J., 1998).

Una característica del mucocele, muy útil para su reconocimiento clínico es además el cambio de tamaño periódico. Esto se produce, pues la saliva es eliminada ante un traumatismo vaciándose el mucocele. La glándula se colapsa, parece curada totalmente, pero al tiempo vuelve a llenarse. La punción con la punta de un explorador permite ver el filamento mucoso que queda adherido al instrumento (Op cit).

Histología: no es un quiste verdadero, pues no existe membrana epitelial, sino que el mucus esta rodeado de tejido de granulación o, en lesiones de larga duración, por colágeno denso que le confiere un aspecto encapsulado. La glándula puede hiperplasiarse. Se ve un infiltrado de neutrófilos, linfocitos y plasmocitos. Tratamiento: la evacuación del mucus y la extirpación de toda la glándula producen la curación definitiva. Pronóstico: excelente (Op cit).

5.4.2. RÁNULA.

Una obstrucción en el conducto de Wharton o en el de Bartholin producen acumulación, manifestándose clínicamente como una tumoración grande en el piso de la boca, de color azulado y cuya histología es idéntica a la del mucocele. Tratamiento: extirpación del pseudoquiste y la glándula o marsupialización (Sapp J., 1998).



Fuente: Pindborg, .Atlas de la mucosa oral, pág103.

5.5. ALGUNAS HIPERPLASIAS IMPORTANTES.

5.5.1. HIPERPLASIA PARA PROTÉTICA.

La irritación producida por una prótesis mal adaptada puede predisponer el crecimiento hiperplásico en fondo de surco, reborde y paladar. Se presenta como una lesión blanda, rosada, a veces múltiple, que pueden mostrar áreas necróticas blanco amarillentas en el lugar de asiento del flanco protésico. Suelen infectarse periódicamente, produciendo flemones que llevan a la consulta (Sapp J., 1998).

5.5.2. HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA.

Suele ser provocada por la desadaptación de una prótesis completa superior sumándose como oportunista la *Cándida albicans*.

Tratamiento: algunas veces desaparece si el paciente accede a interrumpir el uso de la prótesis por un promedio de quince días. O bien la extirpación quirúrgica de una vez o por sectores, y la solución protésica terminan definitiva y rápidamente con el problema. Pronóstico: excelente (Sapp J., 1998).

5.5.3. HIPERPLASIA PSEUDOEPITELIOMATOSA.

Estas lesiones pueden presentarse sin causa aparente (idiopática) o en forma secundaria asociadas a úlceras crónicas, infecciones micóticas y secuestros óseos. Clínicamente puede verse como una úlcera, un nódulo o una placa. Histológicamente se observa una acentuada proliferación del epitelio y una aparente invasión de los tejidos subyacentes. Esa proliferación se parece a un carcinoma; no obstante, todas las células son normales y no muestran disqueratosis. Tratamiento: algunos involucionan sin tratamiento. En general, la extirpación quirúrgica es lo indicado (Sapp J., 1998).

CAPÍTULO VI

LESIONES PRENEOPLÁSICAS Y NEOPLÁSICAS.

ENFERMEDADES BENIGNAS Y MALIGNAS.

El término neoplasia significa neoformación de tejido. Si se excluye ésta cuando se relaciona con el desarrollo y la hiperplasia inflamatoria, existen básicamente dos categorías de neoplasia: benignas y malignas. Cualquier tejido del organismo que puede dividirse es posible que genere una neoplasia, la que es una respuesta hística a distintos estímulos. En las neoplasias, el mecanismo que controla el crecimiento está alterado y como resultado puede haber cambios celulares con muy poca variación morfológica o fisiológica respecto a lo normal; eso es uno de los extremos de lo que puede ocurrir. En el otro extremo, cuando las células no se parecen o comportan como las que las originaron, se les llama mal diferenciadas. Por lo tanto, la neoformación puede ser hiperplásica y, si se elimina la causa, se detiene el crecimiento del tejido normal. El crecimiento puede ser anormal cuando la variación de lo normal es escasa se considera benigno, pero cuando es acentuada se cataloga como maligno (Lynch Malcolm, 1986).

Los tumores benignos son los no malignos o no son altamente nocivos y sus células son similares a las del tejido que los origina. Suelen ser de crecimiento lento y pasan el límite del tejido normal cuando se expanden; entonces aparece una cápsula de tejido conectivo alrededor de la neoformación manteniéndola localizada. Estas tumoraciones suelen extirparse con facilidad, la recuperación es favorable y no recurren. Sin embargo, como neoformación, producen una tumoración que debe distinguirse del cáncer (Op cit).

En contraste, las tumoraciones malignas son sumamente nocivas; sus células son atípicas y difieren de manera considerable de las que las originan. Los núcleos suelen ser grandes y ocupan la mayor parte de la célula, la que aumenta de tamaño; puede haber formación de células gigantes. En ocasiones las células pierden toda semejanza con las normales y no pueden reconocerse. El crecimiento es muy rápido debido a las numerosas mitosis. Las células pierden su contacto con las demás y su disposición es desordenada; crecen por infiltración e invasión del tejido normal circundante; no se forma cápsula laguna, así que no son localizadas. El signo principal de una tumoración maligna es su capacidad para diseminarse, esto es, de metastatizar, lo que ocurre de

manera directa mediante extensión o con el envío de células por los conductos linfáticos o vasculares. Las células pueden crecer en regiones lejanas, pero suelen mostrar preferencia por zonas con circulación abundante (Op cit).

CARACTERÍSTICAS QUE DIFIEREN EN LOS DISTINTOS TIPOS DE NEOPLASIAS.

Neoplasia.	Benigna.	Maligna.
Clínica.	Tumoración. Cápsula (localizada). Crecimiento lento. Sin metástasis. No suele ser mortal.	Tumoración. Sin cápsula (infiltrante). Crecimiento rápido. Metástasis. Mortal si no se trata.
Microscópica.	Células típicas; normales. Disposición regular. Escasas mitosis. Núcleo normal.	Células atípicas; tamaño y forma anormal. Pérdida de la disposición regular. Abundantes mitosis, muchas veces anormales. Núcleo grande.

Fuente: Lynch, Malcolm A. Medicina Bucal de Burket: diagnóstico y tratamiento, pág136.

6.1. LESIONES PRENEOPLÁSICAS Y NEOPLÁSICAS.

Cada año se comunican alrededor de 30.000 nuevos casos de cáncer oral (principalmente escamosos) en EE.UU., que representan aproximadamente el 5 % de cánceres en varones y el 2 % en mujeres. El estadio de estos cánceres es, más que cualquier otro factor, lo que determina el pronóstico. Mientras que los cánceres orales < 1 cm de diámetro se curan fácilmente, la mayoría de las lesiones no se diagnostican antes de alcanzar los estadios III o IV, y más del 50 % de los casos ya han metastatizado en los ganglios linfáticos. En consecuencia, las tasas de supervivencia a los 5 años se sitúan entre el 30 y el 40 %. Esta desafortunada situación parece deberse a un conocimiento incorrecto de los procedimientos de detección adecuados y a concepciones erróneas fuertemente arraigadas. Merck, Lesiones Preneoplásicas y Neoplásicas (www.msd.es/mmerck/m).

6.1.1. Individuos de riesgo. Aunque las pruebas de detección son suficientemente sencillas para incluir a todos los pacientes, es obligatorio prestar gran atención a aquellos con factores de riesgo claramente definidos: individuos de más de 40 años, los que fuman cigarrillos y los que ingieren bebidas alcohólicas regularmente. Otros factores de riesgo menos frecuentes son el consumo de puros y la pipa. Al parecer, el tabaco de mascar está relacionado con el carcinoma verrugoso (una variante del carcinoma espinocelular con alto grado de diferenciación celular). Se ha comunicado que las pruebas de detección en estos individuos aumentan las tasas de descubrimiento de cáncer precoz en estas poblaciones de alto riesgo a 1/200-1/250 (Op cit).

6.1.2. Localizaciones de riesgo. El 90 % de los cánceres orales se detectan en unas pocas localizaciones de alto riesgo: suelo de boca, porción ventrolateral de la lengua y complejo del paladar blando (úvula, paladar blando propiamente dicho, pilar anterior y porción lingual del triángulo retromolar). Deben considerarse los carcinomas bucal y vestibular labial en pacientes que mascan tabaco (Op cit).

6.1.3. Concepciones erróneas. A la mayoría de los médicos y los odontólogos se les ha enseñado que las leucoplasias (lesiones blancas) son las lesiones precancerosas más frecuentes de la boca y que los cánceres precoces son lesiones blancas. De hecho < 5 %

de estas lesiones resultan finalmente ser cancerosas. El cáncer oral asintomático precoz se presenta más a menudo como una lesión roja (eritroplasia). Estas lesiones no son precancerosas, sino carcinomas precoces. Las superficies tienen aspecto inflamatorio, probablemente como resultado del infiltrado de células redondas submucosas que ha aparecido bajo las células escamosas malignas, en respuesta a la neoplasia en desarrollo. Cuando están secas, estas lesiones rojas tienen un aspecto más granular o ligeramente abrasionado. En consecuencia, deberían secarse suavemente con un pedazo de gasa y examinarlas con cuidado bajo una iluminación adecuada. Se han identificado 2 tipos diferentes de lesiones eritroplásicas: (1) una lesión roja granular (aspecto de terciopelo desgastado), moteada con islotes de mucosa queratinizada (blanca) o normal en el interior o en la periferia del componente eritematoso, y (2) una lesión roja no granular lisa, con una cantidad de queratinización asociada mínima, semejante a una inflamación inespecífica. Ambos tipos tienen bordes irregulares mal definidos; en general, la palpación no tiene utilidad diagnóstica, dado que pocas están sobreelevadas o induradas. Cualquier lesión eritroplásica que no responda al tratamiento y que persista más de 14 días debe considerarse un carcinoma in situ o un carcinoma invasivo y requiere biopsia. Desgraciadamente, el carcinoma de células escamosas no suele diagnosticarse en sus fases precoces, y de forma tardía, se presenta como una úlcera profunda con bordes lisos, indurados y evertidos, fija a tejidos más profundos. Como método diagnóstico adyudante puede utilizarse la tinción con azul de toluidina. Sin embargo, para diagnosticar el carcinoma hay que recurrir a la biopsia (Op cit).

Otras lesiones malignas de la cavidad oral son: carcinoma epidermoide de labio, mejilla y lengua, linfopitelioma, melanoma, adenocarcinomas de las glándulas salivales principales y accesorias, y leucemias mielocíticas y linfocíticas. Entre las lesiones benignas que pueden encontrarse en la cavidad oral destacan: "fibroma por irritación", papiloma, granuloma (incluyendo tumor del embarazo), glositis de la avitaminosis, lengua geográfica, glositis romboidal media, hemangioma y linfangioma, hipertrofia fibrosa de la encía, melanososis, mioblastoma, quistes de retención (incluyendo la ránula), xantomatosis, cálculos del conducto submaxilar, hipertrofia de las papilas foliáceas. También deben considerarse en el diagnóstico diferencial sífilis, líquen plano

erosivo, úlceras benignas, leucoplasias y abscesos dentarios. La citología exfoliativa es útil como prueba de detección, pero para establecer el diagnóstico es esencial la biopsia (Op cit).

6.1.4. Carcinomas múltiples. Los pacientes con cáncer oral tienen un riesgo elevado (hasta el 33 %) de desarrollar una segunda neoplasia primaria en boca, faringe, laringe, esófago o pulmón. En consecuencia, los pacientes identificados como portadores de un cáncer oral deben ser investigados en busca de cáncer en todas esas localizaciones y controlados con intervalos anuales (p.ej., exploración de boca y faringe, laringoscopia indirecta, radiografía de tórax) (Op cit).

Tratamiento

Se debe corregir o eliminar cualquier agente irritante reconocido (p.ej., restauraciones y prótesis defectuosas). Debe eliminarse el tabaco en todas sus formas e interrumpirse el empleo de agentes que secan la mucosa, como bebidas alcohólicas y colutorios con vehículos alcohólicos, a fin de prevenir la aparición de nuevos cánceres primarios (Op cit).

Generalmente, el tratamiento de las neoplasias orales consiste en la extirpación local amplia de las lesiones de pequeño tamaño y la extirpación en bloque de las lesiones mayores, en continuidad con la disección radical de cuello si existe afectación de los ganglios linfáticos. Puede ser apropiado el empleo de radioterapia aislada en ciertas lesiones pequeñas o grandes o bien combinada con cirugía. Puede utilizarse quimioterapia como terapia paliativa o como coadyuvante de la cirugía y la radioterapia (Op cit).

6.2. NEOPLASIAS DE TEJIDOS ESPECÍFICOS.

6.2.1. Labios, encía y lengua. La placa del fumador es una placa queratósica pardusca y firme que aparece sobre el borde bermellón del labio inferior y es más frecuente en fumadores que sujetan el cigarrillo o la pipa en una sola localización. Sólo una biopsia puede descartar la presencia de un carcinoma de células escamosas. Se recomiendan el cese del hábito y una atenta observación, incluso cuando la lesión no es maligna. La queilosis actínica se produce en adultos, especialmente pelirrojos de piel clara, que pasan gran parte de su tiempo al aire libre. Los labios están secos y presentan muchas áreas de erosión. Las personas con esta lesión precancerosa deben controlarse de 3-6 meses, evitar la exposición prolongada a la luz solar, emplear un sombrero con amplia visera y utilizar una crema antiactínica. El carcinoma de células escamosas suele aparecer sobre el borde bermellón del labio inferior como una úlcera tórpida con márgenes convexos e indurados o con menor frecuencia como una placa queratósica. Puede estar fija a los tejidos subyacentes. Si se trata precozmente el pronóstico es excelente. En la leucemia el tejido gingival puede estar infiltrado y tener propensión a sangrar. El rabiomioma lingual causa una masa interior palpable. Es mucho más raro que el carcinoma de células escamosas, que aparece en la mucosa. Merck, Lesiones Preneoplásicas y Neoplásicas (www.msd.es/mmerck/m).

6.2.2. Mejilla. A menudo se produce irritación de la mucosa en el pliegue mucobucal, donde puede retenerse tabaco de mascar. La irritación puede progresar a eritroplasia o leucoplasia y carcinoma de células escamosas. Es bastante frecuente una tumefacción firme, nodular y no dolorosa en la mejilla, cubierta por mucosa de aspecto normal, que en general se debe a la mordedura de la mejilla. Este "fibroma irritativo" se considera una lesión benigna (Op cit).

6.2.3. Paladar. El tumor de glándulas salivales accesorias suele ser un tumor mixto con componentes mesenquimales y epiteliales, un carcinoma adenoide quístico o un carcinoma mucoepidermoide. Típicamente se presenta como una masa firme lisa e indolora en una situación lateral a la línea media. Cualquier tumefacción de este tipo que no tenga consistencia ósea debe considerarse un tumor de glándulas salivales hasta

que la biopsia demuestre lo contrario. Si se realiza un diagnóstico histológico de carcinoma mucoepidermoide o adenocarcinoma en una lesión del paladar, hay que descartar la sialometaplasia necrosante, un proceso benigno pero que presenta rasgos clínicos e histológicos que sugieren malignidad. La plenitud del paladar puede representar la extensión de un tumor maligno del revestimiento de la nariz o del antro más que una lesión primaria del paladar. El paladar blando puede quedar inmovilizado si existe un cáncer en la nasofaringe (Op cit).

6.2.4. Glándulas salivales. Los 2 principales tipos de tumores son el tumor mixto (adenoma pleomorfo), el 60 % de los cuales aparece en las glándulas parótidas, y el carcinoma mucoepidermoide. Estos tumores se presentan sobre todo en las glándulas salivales mayores pero alrededor del 20 % se encuentra en las glándulas salivales accesorias, localizadas principalmente en el paladar y en la mucosa bucal. Aproximadamente uno de cada 6 tumores de la glándula parótida, uno de cada 3 de los de la glándula submaxilar, alrededor del 50 % de los palatinos y casi la totalidad de los tumores de la glándula sublingual son malignos (Op cit).

Las tumefacciones parotídeas de desarrollo lento pueden ser indoloras, y el paciente referir un cambio en su aspecto; sin embargo, las tumefacciones agudas de la glándula parótida son dolorosas debido a la densa fascia que las rodea. Un tumor parotídeo causa parálisis facial si comprime o infiltra el nervio facial, que también puede lesionarse de forma inadvertida durante la intervención para extirpar el tumor. Los tumores de las glándulas submaxilares suelen ser dolorosos debido a la íntima asociación con la rama lingual del nervio trigémino (Op cit).

CAPÍTULO VII.
LESIONES BENIGNAS ORALES Y DIAGNÓSTICO
DIFERENCIAL DEL CÁNCER ORAL.

7.1. LESIONES BENIGNAS ORALES Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL CÁNCER ORAL.

Severas condiciones benignas pueden clínicamente ser semejantes al cáncer oral. Entre estas condiciones podemos citar la hiperplasia inflamatoria, las ulceraciones, las malformaciones de desarrollo vascular y neoplasias benignas frecuentemente encontradas (Shklar, 1984).

7.1.1. HIPERPLASIA INFLAMATORIA.

La hiperplasia inflamatoria se localiza probablemente en mayor grado como masas parecidas a los tumores que se originan en la cavidad oral. Estas lesiones evolucionan respondiendo a la variedad de traumas e influencias irritantes a las que está la cavidad oral constantemente esta sujeta. Histológicamente hay una gran cantidad de fibras y de tejido de granulación con una envoltura hiperplásica de epitelio escamoso estratificado. La hiperplasia puede superficialmente ser muy semejante al carcinoma por lo que es muy importante la examinación al microscopio. Múltiples lesiones papilares se desarrollan con frecuencia en la mucosa del paladar y el maxilar. El trauma por mordedura puede producir hiperplasia inflamatoria en la mucosa bucal y por debajo del labio. Las hiperplasias inflamatorias también frecuentemente se desarrollan a nivel bucal y del surco labial asociados al flanco o borde de una dentadura total o parcial. En el sitio el tejido hiperplásico es usualmente fisurado con la forma del flanco de la prótesis, y de forma secundaria la ulceración es muy común. La hiperplasia inflamatoria es más probable en la zona donde la prótesis tiende a acumular restos de alimento que no se eliminan constantemente, en otras palabras donde la dentadura es antihigiénica por parte del paciente. Estas lesiones pueden ser estrechamente semejantes a las neoplasias porque algunos cánceres epidermoidales se desarrollan en la mucosa por debajo de la dentadura, de ahí la importancia de buscar la verdadera naturaleza del tejido por medio de la biopsia (Op cit, pág 113).

7.1.2. HEMANGIOMA.

Los hemangiomas son malformaciones vasculares que se observan comunmente en la región de cabeza y cuello. Estas lesiones pueden hasta cierto punto desfigurarse y el control quirúrgico puede ser dificultoso. La naturaleza vascular del tejido blando del hemangioma es usualmente apreciable clínicamente porque presenta un color desde lo profundo de rojo a azul y la consistencia del tejido es suave. La parte mucosa donde se encuentra el hemangioma puede ser semejante a la mucositis o eritroplasia de naturaleza neoplásicos estadíos tempranos del carcinoma oral de células escamosas o carcinoma in situ puede manifestarse como una mancha roja; la distinción entre el hemangioma y la enfermedad neoplásica temprana es importante considerarla. La superficie capilar del hemangioma podría ser usualmente blanqueada o palidecer a la presión digital de la lesión. La biopsia es necesaria para establecer el diagnóstico definitivo (Op cit, pág 113).

7.1.3. MUCOCELE.

El mucocele es una lesión oral extremadamente común, resultado de la obstrucción severa de los conductos salivares, con resultado de retención mucosa y distorsión del tejido glandular. La mucosa usualmente es demasiado elevada por la retención mucosa y la resultante inflamación. El sitio más común de ocurrencia es por debajo del labio debido a accidentes habituales en una pequeña parte del labio. La historia de trauma o recurrencia múltiple del tejido inflamatorio local con frecuencia es producido por el paciente. La biopsia excisional es tanto el diagnóstico como el tratamiento (Op cit, págs 113-114).

7.1.4. GLOSITIS ROMBOIDAL MEDIA.

Esta condición benigna consiste en puntos rojos en forma de rombos o manchas ovaladas en la región posterior de la línea media de la mucosa lingual. La superficie de

la lesión es usualmente lobulada, y la mucosa es suave como resultado de la pérdida de las papilas filiformes.

Aunque en la región posterior de la línea media de la lengua es un sitio poco común de ocurrencia del carcinoma de células escamosas, si aparecen lesiones induradas es prudente realizar una biopsia en la región afectada (Op cit, pág 114).

7.1.5. FIBROMA POR IRRITACIÓN.

La irritación constante de proliferación de tejido conectivo submucoso resulta en la formación de un nódulo submucoso que es envuelto por mucosa aparentemente normal, es el sitio más común es la mucosa bucal y la línea de oclusión (Op cit, pág 115).

7.1.5. TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES (MYOBLASTOMA).

El tumor de células granulares intraoral se manifiesta como una masa blanda submucosa sobre la superficie dorsal de la lengua. Clínicamente la mucosa es elevada. Microscópicamente la lesión consiste en células grandes con citoplasma eosinófilo granular y pequeños núcleos. Estos tumores no son encapsulados pero su comportamiento es benigno. El tumor esta cubierto de epitelio escamoso, es usualmente sorprendente el grado de hiperplasia con la formación de extensiones profundas y perlas queratinizadas. Es inusual confundir las características de este con el carcinoma de células escamosas (Op cit, pág 115).

7.1.6. GRANULOMA PIÓGENO.

Es una masa blanda de epitelio de granulación resultado de una irritación crónica de la mucosa oral. El granuloma piógeno frecuentemente se encuentra en la gingiva donde la placa dental y el cálculo son agentes precipitantes. Esa lesión es ricamente vascular y puede sangrar con el menor trauma, el epitelio con frecuencia es ulcerado. El

desarrollo del Granuloma Piógeno, puede estar sujeto a alteraciones hormonales, como el embarazo y la pubertad, durante el embarazo estas lesiones pueden recurrir por cálculo dental u otro agente causal que no fue removido a tiempo. La lesión se debe extirpar, durante el embarazo estas lesiones pueden regresar espontáneamente (Op cit, págs 115-116).

7.1.7. PAPILOMA.

Es una lesión exofítica en forma de coliflor el color puede llegar a ser de rosado a blanco dependiendo del grado de vascularidad y queratinización. La lengua, el paladar duro y blando son sitios comunes de aparición. Microscópicamente el papiloma consiste en largas proyecciones de epitelio escamoso con un núcleo fibrovascular delicado.

Aunque el epitelio de la displasia tiene características histológicas comunes, la evolución no es considerada como premaligna, reportes recientes sugieren que muchos papilomas cutáneos y mucosos son de origen viral (Op cit, pág 116).

7.1.8. ÚLCERA TRAUMÁTICA.

Las úlceras traumáticas de la mucosa oral son lesiones extremadamente comunes. Son resultado de un trauma continuo asociado con fracturas afiladas, caries dental o restauraciones defectuosas, además de prótesis antihigiénicas. Esos episodios traumáticos son el resultado de cortezas afiladas, restos de alimentos, trauma al cepillarse o por introducción de objetos a la cavidad oral, son frecuentemente causas de úlceras orales. Las lesiones son usualmente bien circunscritas con una zona de eritema adyacente al margen. Los márgenes de la úlcera traumática no son elevados, como los márgenes ulcerados del carcinoma oral. Por el contrario, la malignidad de las úlceras orales es usualmente asintomática, la úlcera oral traumática es frecuentemente acompañada por dolor. La úlcera traumática oral usualmente desaparece de siete a diez días. Las úlceras orales persisten por mas de dos semanas debería realizárseles biopsia (Op cit, pág 117).

CAPÍTULO VIII
DISEÑO METODOLÓGICO.

DISEÑO METODOLÓGICO.

8.1 TIPO DE ESTUDIO.

Se realizará una investigación estadística descriptiva longitudinal cuantitativa retrospectiva y prospectiva.

8.2. UNIVERSO DE ESTUDIO.

En el campo retrospectivo el universo de estudio estará conformado por los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México, que presenten lesiones en los tejidos blandos orales durante el período de enero a diciembre de 1999. Y la parte prospectiva se efectuará con una recolecta directa, mediante una encuesta cerrada de la información de los pacientes que se atiendan en el período del 15 de junio al 15 de setiembre del 2000 del Servicio Maxilo Facial del Hospital México que manifiesten algún tipo de lesión en el tejido blando a nivel bucal.

8.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

La operacionalización de variables se hará con base a los objetivos de la investigación de la siguiente manera:

RETROSPECTIVO.

Objetivo	Descriptor	Variable	Indicador.	Fuente.
Identificar cuales son las lesiones orales de tejido blando más comunes y la magnitud de las mismas.	Lesiones presentes y magnitud de las mismas	Tipo de lesiones y prevalencia de las mismas.	# de casos con lesiones en tejido blando/total de casos por 100.	Expediente clínico.
Analizar las características sociodemográficas de los pacientes que presenten lesiones orales en los tejidos blandos, Servicio Maxilo-Facial.H. México	Características sociales y demográficas.	Sexo, edad, ocupación y lugar de residencia	Urbano. Rural. Femenino. Masculino. Menos de 25 años. De 25-45 años. Más de 45 años.	Expediente clínico.

PROSPECTIVO.

Objetivo	Descriptor	Variable	Indicador	Fuente
Identificar cuales son las lesiones orales de tejido blando más comunes y la magnitud de las mismas.	Lesiones presentes y magnitud de las mismas	Tipo de lesiones y prevalencia de las mismas.	# de casos nuevos con lesiones en tejido blando/total de casos por 100	Tabla de recolección de datos.
Analizar las características sociodemográficas de los pacientes que presenten lesiones orales en los tejidos blandos, Servicio Maxilo-Facial H. México.	Características sociales y demográficas	Sexo, edad, ocupación, lugar de residencia, nivel educativo, acceso a consulta privada y raza.	Urbano. Rural. Femenino. Masculino. Menos de 25 años. De 25-45 años. Más de 45 años	Tabla de recolección de datos.
Identificar la existencia de problemas diagnósticos que conllevan a las complicaciones descritas.	Problemas diagnósticos.	El acertar o equivocar el diagnóstico.	Diagnóstico de referencia. Diagnóstico definitivo.	Tabla de recolección de datos.

8.4. INSTRUMENTOS.

La técnica de recolección de datos se hará con base en una planilla que contiene todos los puntos a evaluar (anexo # 3 y # 4).

Para el análisis de resultados se utilizará la teoría sustentada en el marco teórico, cuadros comparativos de las lesiones más frecuentes, con la finalidad de diseñar una normativa para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las mismas.

Los cálculos y datos van a ser procesados y revisados por medio de una computadora PENTIUM-S CPU 233 MHz en programas de Microsoft Windows 98, Excel 98, Power Point 98, Photo shop; durante el período de investigación.

Los datos serán procesados en tablas y gráficos, se efectúa un análisis descriptivo de cada uno de ellos y posteriormente se evalúa toda la información en conjunto para establecer conclusiones acordes a los objetivos planteados; se elaboran algunas recomendaciones y finalmente se proyecta la normativa para el diagnóstico temprano de las lesiones de tejido blando de la cavidad oral.

8.5. ALCANCES Y LIMITACIONES.

La revisión de los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México en el período estudiado es bastante accesible, así como de que éstos están completos y cuentan con la información necesaria para la investigación, sin embargo; hay 11 expedientes a los que no podremos acceder por motivo del cambio de número de asegurado que está realizando la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) por el número de cédula del paciente para agilizar los servicios médicos que brinda esta institución.

8.6. RECURSOS HUMANOS.

Estarán conformados por una estudiante universitaria, promotora del estudio, así como de un guía en la parte estadística del Hospital México, un Cirujano Maxilo Facial que orientará la parte odontológica del estudio y un filólogo que guiará lo concerniente a la metodología y gramática de la presente investigación.

8.7. RECURSOS MATERIALES.

- Equipo de computación.
- Planillas para la recolección de datos.
- Lapiceros.

8.8. RECURSOS FINANCIEROS.

La investigación se llevará a cabo mediante recursos propios.

CAPÍTULO IX.

ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE RESULTADOS.

9. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Este capítulo tiene como propósito brindar un abordaje completo y conciso de todos los datos obtenidos en la investigación, con la finalidad de responder a los objetivos e hipótesis planteadas inicialmente. A continuación se presentan los resultados en tablas y gráficos para su mayor comprensión.

9.1. RETROSPECTIVO.

9.1.1 VARIACIONES ANATÓMICAS.

TABLA #1.

DISTRIBUCCION DE LAS LESIONES CORRESPONDIENTES A VARIACIONES ANATÓMICAS ENCONTRADAS EN LA POBLACION ESTUDIADA. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.

Variaciones anatómicas	#	%
Pólipo fibroepitelial	5	28
Hipertrofia del frenillo labial	8	44
Hipertrofia del frenillo lingual	5	28
Total	18	100

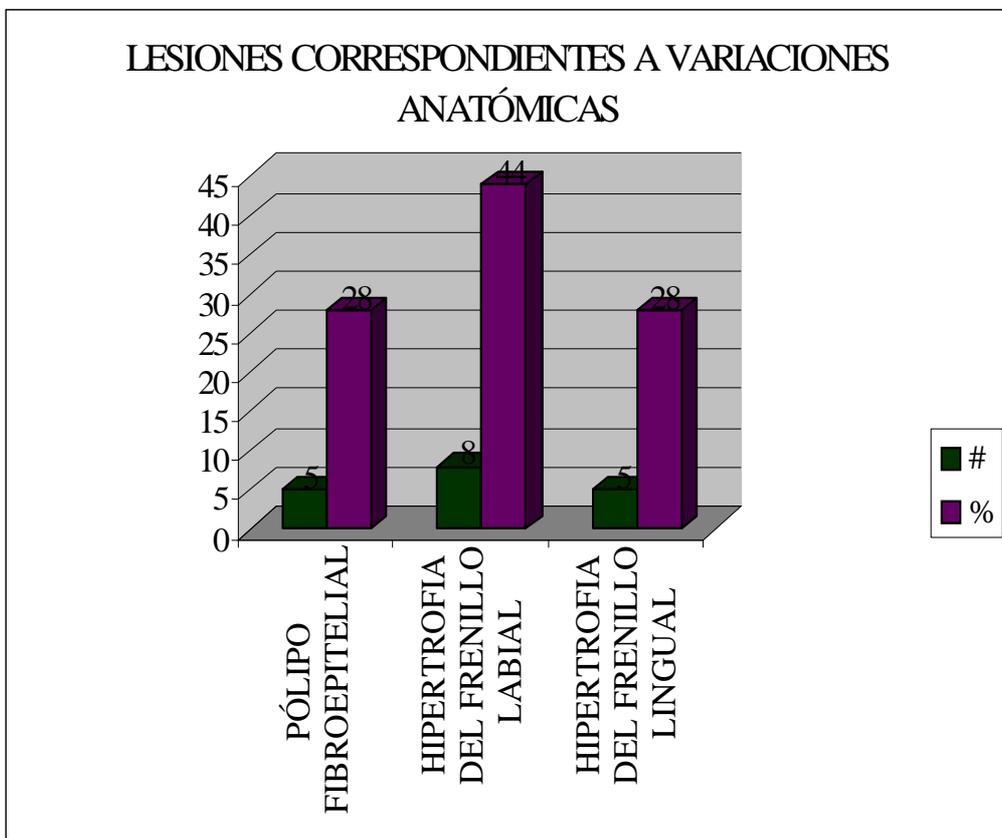
Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

Las lesiones que corresponden a variaciones anatómicas registradas durante el período de investigación en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México, se distribuyen en un 44% hipertrofia del frenillo labial, y un 28% para cada una de las lesiones; hipertrofia del

frenillo lingual y pólipo fibroepitelial, lo cual nos muestra que la hipertrofia del frenillo labial es mucho más común en este servicio con respecto a las otras dos lesiones.

GRÁFICO #1.



9.1.2 VARIACIONES ANATÓMICAS SEGÚN EL SEXO.

TABLA #2.**DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES CORRESPONDIENTES A VARIACIONES ANATÓMICAS SEGÚN EL SEXO. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.**

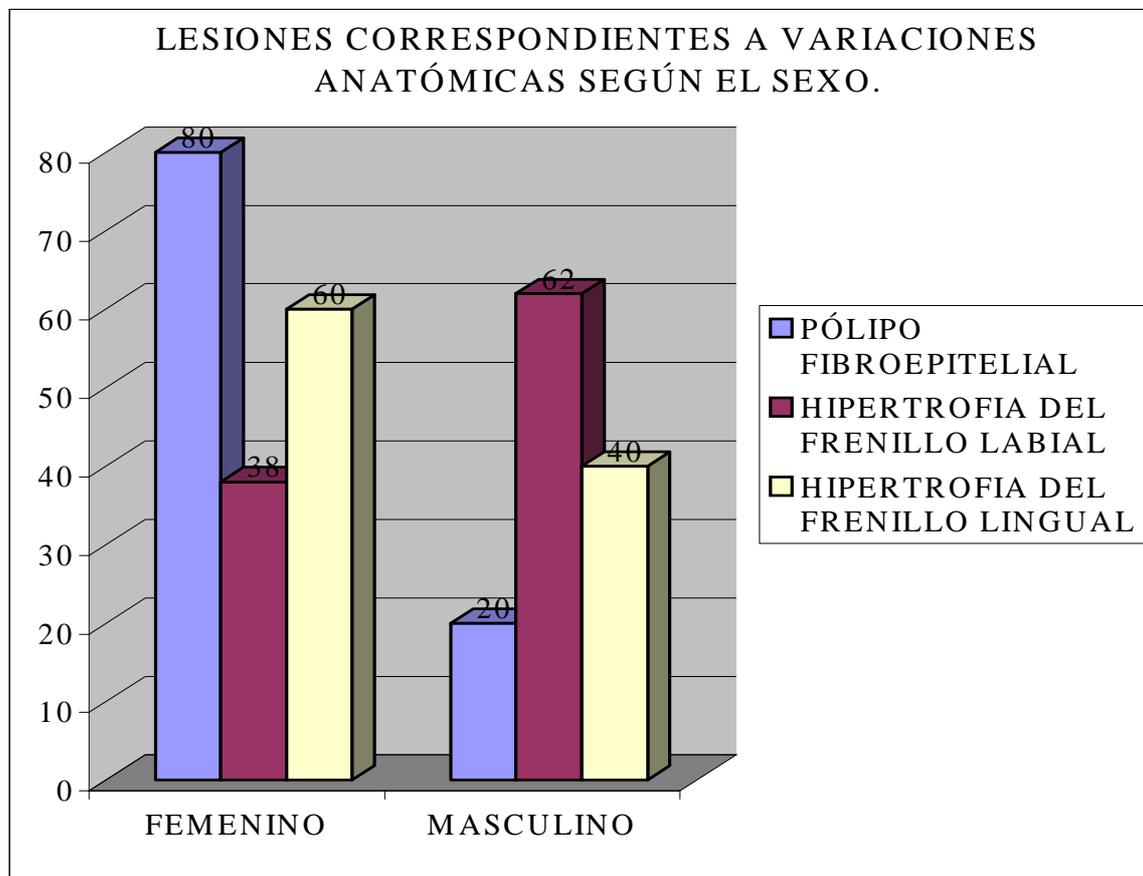
Lesión correspondientes a variaciones anatómicas	Femenino		Masculino		Total	
	#	%	#	%	#	%
Pólipo fibroepitelial	4	80	1	20	5	100
Hipertrofia del frenillo labial	3	38	5	62	8	100
Hipertrofia del frenillo lingual	3	60	2	40	5	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

En el Servicio Maxilo Facial del Hospital México el pólipo fibroepitelial y la hipertrofia del frenillo lingual tuvieron preferencia por el sexo femenino; mientras que la hipertrofia del frenillo labial se inclinó por el sexo masculino. El 80% de las personas con pólipo fibroepitelial eran mujeres y un 20% eran varones. De los pacientes que registraron hipertrofia del frenillo labial el 62% eran machos y el 38% eran hembras. En lo que respecta a la hipertrofia del frenillo lingual un 60% eran damas y un 40% caballeros.

GRÁFICO #2.



9.1.3 VARIACIONES ANATÓMICAS SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA.

TABLA #3.

DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES CORRESPONDIENTES A VARIACIONES ANATÓMICAS SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO, 1999.

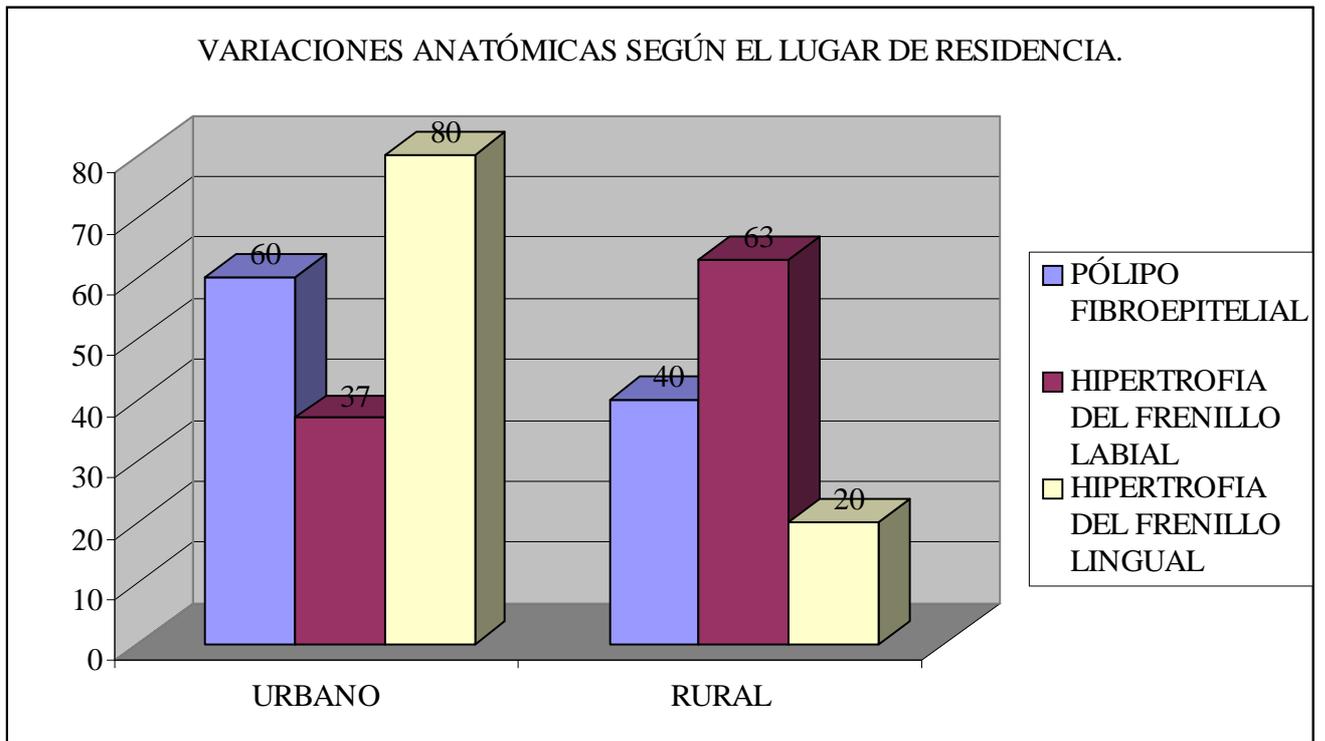
Lesión correspondiente a variación anatómica	Urbano		Rural		Total	
	#	%	#	%	#	%
Pólipo fibroepitelial	3	60	2	40	5	100
Hipertrofia del frenillo labial	3	37	5	63	8	100
Hipertrofia del frenillo lingual	4	80	1	20	5	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

Los pacientes que registraron lesiones correspondientes a variaciones anatómicas en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México presentaron diversidad al relacionar la lesión con el lugar de residencia. De los pacientes que manifestaron pólipo fibroepitelial el 60% habita en lugares urbanos y el 40% en lugares rurales. Por otra parte los pacientes que reportaron hipertrofias del frenillo labial el 63% vive en sectores urbanos y el 37% en sectores rurales del país. En cuanto a los que presentaron hipertrofia del frenillo lingual el 80% habita en zonas urbanas y el 20% en zonas rurales. Por lo que podemos considerar que las lesiones que corresponden a variaciones anatómicas se manifestaron más en este servicio durante el período de estudio.

GRÁFICO #3.



9.1.3 VARIACIONES NORMALES SEGÚN LA EDAD.

TABLA #4.

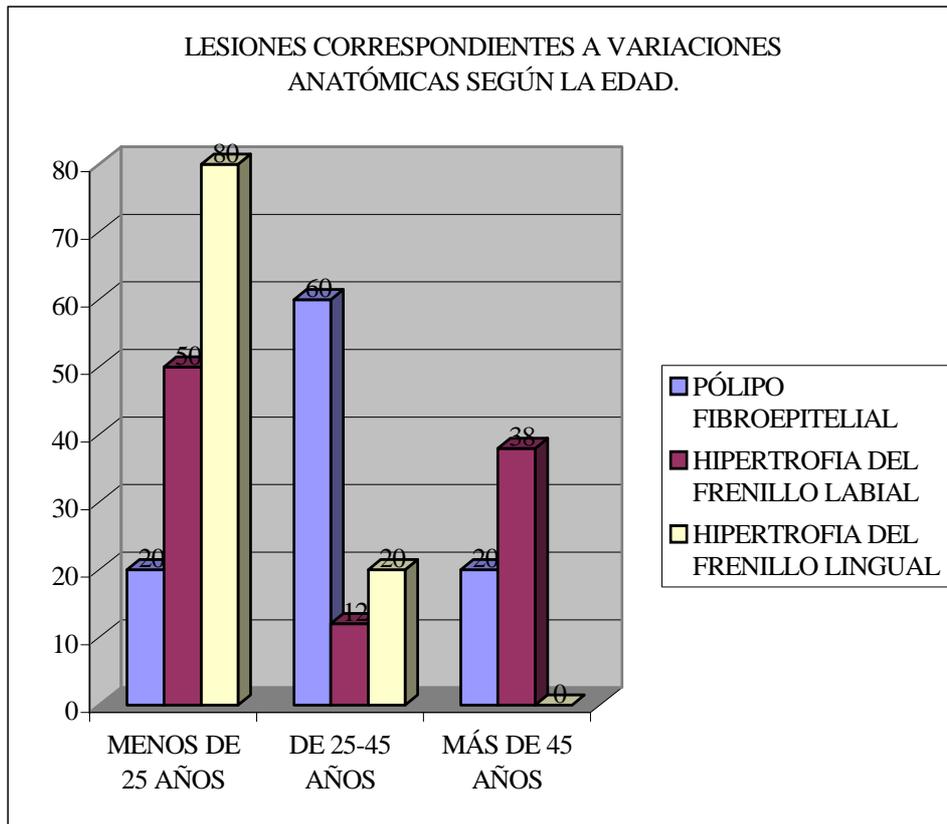
DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES CORRESPONDIENTES A VARIACIONES ANATÓMICAS SEGÚN LA EDAD. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.

Lesión correspondiente a variaciones anatómicas.	-25 años		26-45 años		+45 años		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Pólipo fibroepitelial	1	20	3	60	1	20	5	100
Hipertrofia del frenillo labial	4	50	1	12	3	38	8	100
Hipertrofia del frenillo lingual	4	80	1	20	0	0	5	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

En el Servicio Maxilo Facial del Hospital México los pacientes que presentaron lesiones correspondientes a variaciones anatómicas según su edad se distribuyeron de la siguiente manera; de los pacientes con pólipo fibroepitelial el 60% se encontraba en las edades de 25-45 años, el 20% era menor de 25 años y el otro 20% mayor de 45 años, de las personas que registraron hipertrofia del frenillo labial el 50% eran menores de 25 años, el 38% mayores de 25 años y el 12% se encontraba dentro del rango de 25-45 años de edad y de los pacientes que manifestaron hipertrofia del frenillo lingual el 80% eran menores de 25 años y el 20% restante tenían edades que oscilaban entre los 25-45 años de edad. De lo cual podemos concluir que el pólipo fibroepitelial se presentó con más frecuencia en personas mayores de 45 años y que las hipertrofias de los frenillos labial y lingual predominaron en individuos menores de 25 años

GRÁFICO #4.

9.1.5 VARIACIONES NORMALES SEGÚN SU OCUPACIÓN.

TABLA # 5.

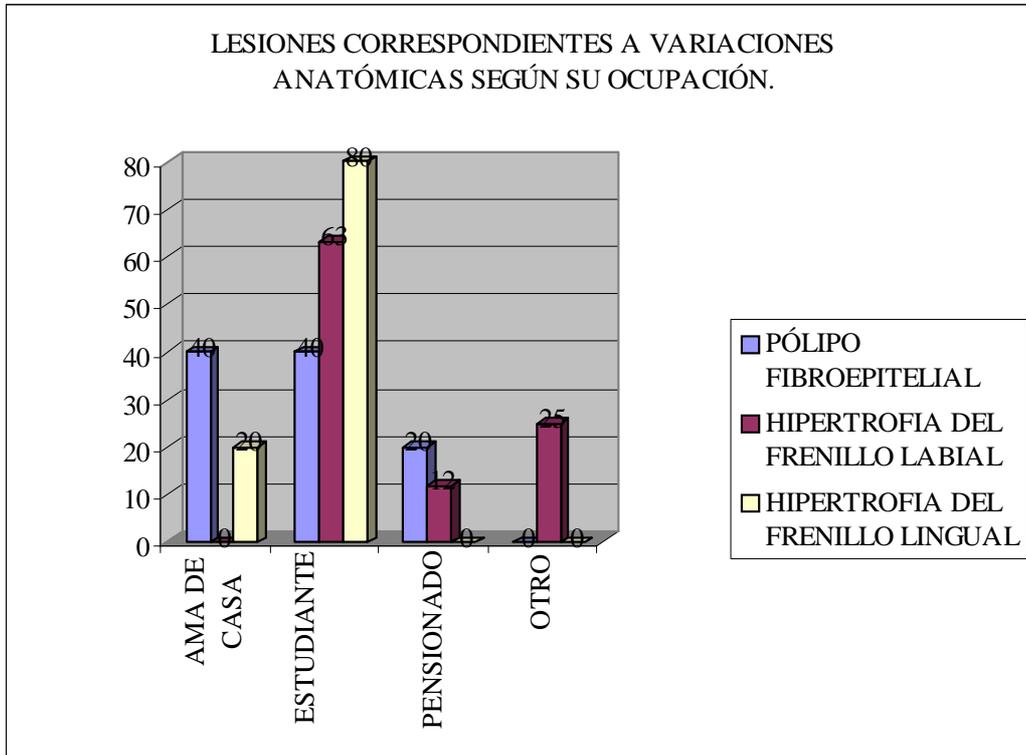
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON LESIONES
CORRESPONDIENTES A VARIACIONES ANATÓMICAS, SEGÚN SU
OCUPACIÓN. SERVICIO MAXILO-FACIAL.HOSPITAL MÉXICO. SAN
JOSÉ, 1999.**

Lesión correspondiente a variaciones anatómicas	Ama de casa		Estudiante		Pensionado		Otro		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Pólipo fibroepitelial	2	40	2	40	1	20	0	0	5	100
Hipertrofia frenillo labial	0	0	5	63	1	12	2	25	8	100
Hipertrofia frenillo lingual	1	20	4	80	0	0	0	0	5	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

En el Servicio Maxilo Facial del Hospital México los pacientes que reportaron lesiones correspondientes a variaciones anatómicas; según su ocupación los que presentaron hipertrofias de frenillos lingual y labial en su mayoría eran estudiantes, en cuanto al pólipo fibroepitelial estuvo bastante repartido pues, un 40% eran amas de casa, otro 40% estudiantes y un 20% eran pensionados. De los que manifestaron hipertrofia del frenillo labial el 63% eran estudiantes, un 12% pensionados y un 25% se dedican a otros oficios no específicos. En cuanto a los que reportaron hipertrofias del frenillo labial el 80% eran estudiantes y un 20% amas de casa.

GRÁFICO #5.

9.1.6 LESIONES EN GLÁNDULAS SALIVALES.

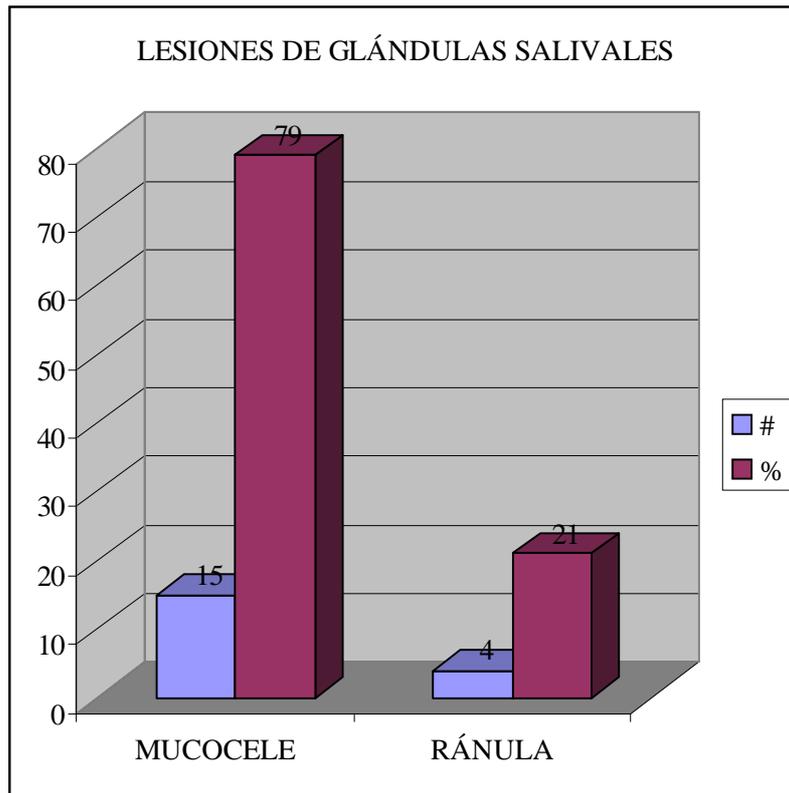
TABLA #6.

**DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES EN GLÁNDULAS SALIVALES
ENCONTRADAS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA. SERVICIO MAXILO-
FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.**

Lesión en glándula salival	#	%
Mucocele	15	79
Ránula	4	21
Total	19	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.
En el Servicio Maxilo Facial del Hospital México la distribución de las lesiones de glándulas salivales encontradas en una población de 19 personas (100%), los mucoceles ocuparon el 79% y las ránulas un 21%, lo cual nos demuestra que en este servicio los mucoceles se presentaron con más frecuencia en el período estudiado.

GRÁFICO #6.

9.1.7 LESIONES EN GLÁNDULAS SALIVALES SEGÚN EL SEXO.

TABLA #7.

DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES EN GLÁNDULAS SALIVALES SEGÚN EL SEXO. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.

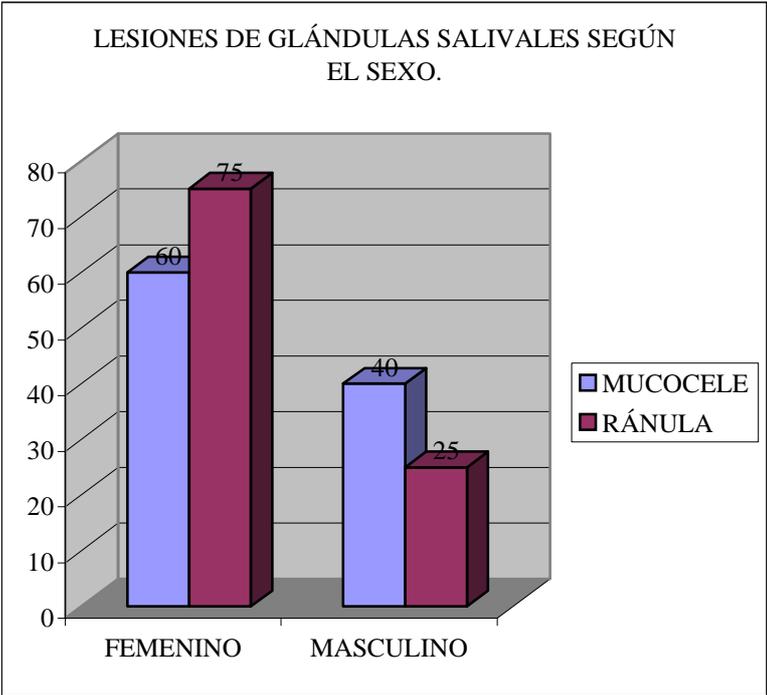
Lesión en glándula salival	Femenino		Masculino		Total	
	#	%	#	%	#	%
Mucocele	9	60	6	40	15	100
Ránula	3	75	1	25	4	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

De los pacientes que registraron lesiones en glándulas salivales en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México en el período estudiado la mayoría fueron mujeres. El 60% de los pacientes que manifestaron mucocelos eran de sexo femenino y un 40% eran de sexo masculino. En lo que respecta a las ránulas el 75% estuvo representado por mujeres y un 25% por hombres.

GRÁFICO #7.



9.1.8 LESIONES EN GLÁNDULAS SALIVALES SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA.

TABLA #8.

DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES EN GLÁNDULAS SALIVALES SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.

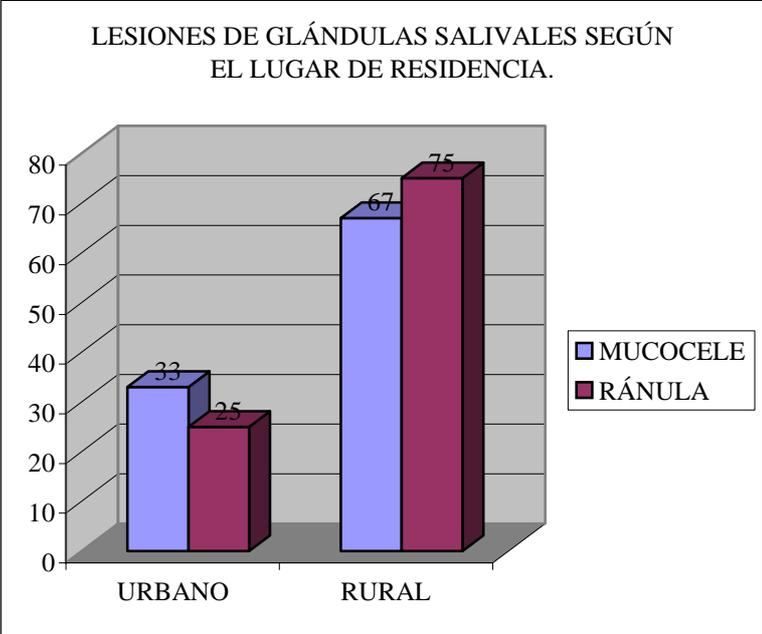
Lesión en glándula salival	Urbano		Rural		Total	
	#	%	#	%	#	%
Mucocele	5	33	10	67	15	100
Ránula	1	25	3	75	4	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

Dentro de los pacientes que reportaron lesiones en glándulas salivales en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México se reflejó que la mayor parte de esta población pertenece a sectores rurales de nuestro país. De las personas con mucocelos el 67% habita en lugares rurales y el 33% en lugares urbanos. Algo parecido ocurre con las personas que manifestaron ránulas; el 75% vive en zonas rurales y el 25% en zonas urbanas.

GRÁFICO #8.



9.1.9 LESIONES EN GLÁNDULAS SALIVALES SEGÚN LA EDAD.

TABLA #9.

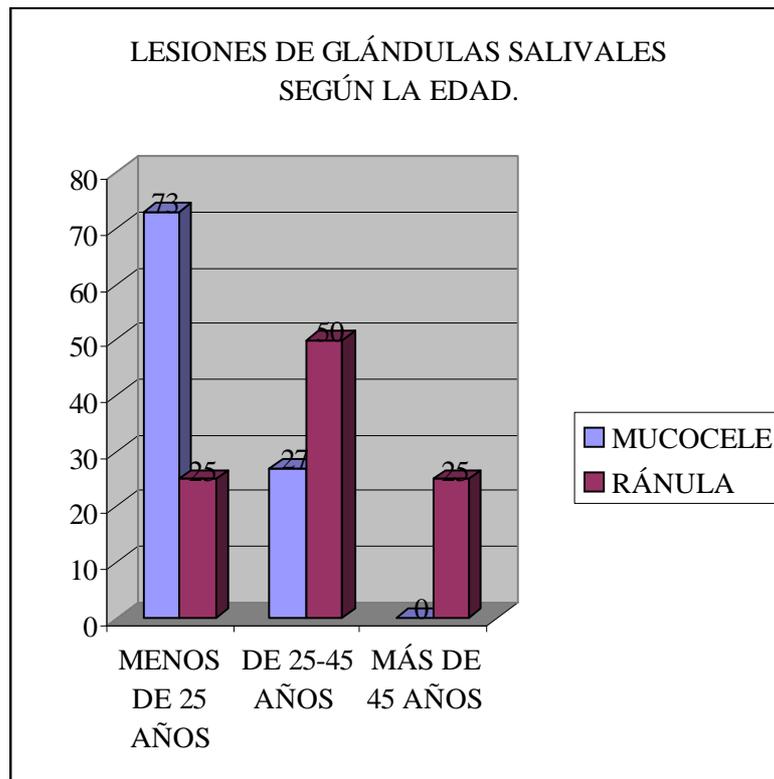
DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES EN GLÁNDULAS SALIVALES SEGÚN LA EDAD. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.

Lesión en glándula salival	-25 años		26-45 años		+45 años		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Mucocele	11	73	4	27	0	0	15	100
Ránula	1	25	2	50	1	25	4	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

Los pacientes que reportaron lesiones de glándulas salivales en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México, registraron diferentes edades según la lesión. El mucocele se presentó con más frecuencia en personas menores de 25 años (73%), y un 27% en personas de 25-45 años. En personas mayores de 45 años no se presentó. La ránula se presentó más en pacientes de 26-45 años; un 50% y para las personas menores de 25 años un 25% al igual que para las personas mayores de 45 años.

GRÁFICO #9.

9.1.10 LESIONES EN GLÁNDULAS SALIVALES SEGÚN SU OCUPACIÓN.

TABLA # 10.

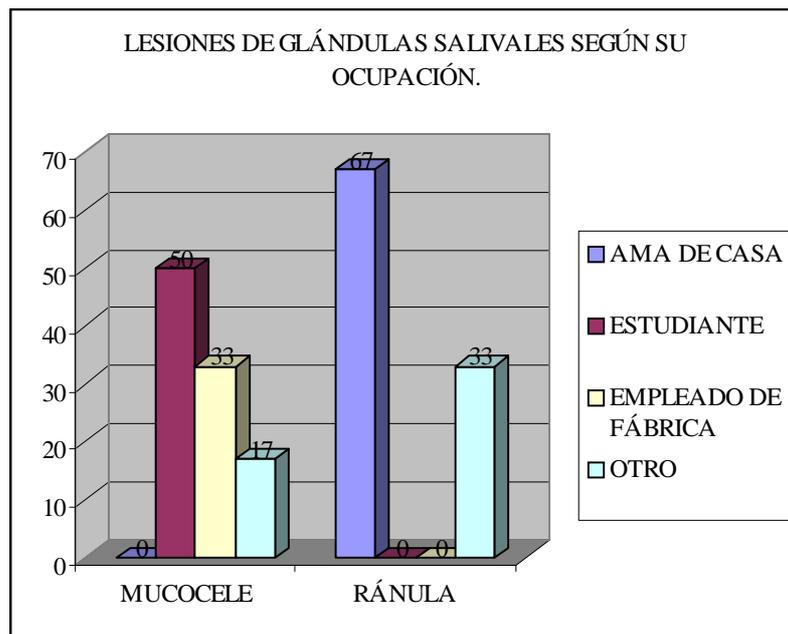
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON LESIONES EN LAS
GLÁNDULAS SALIVALES, SEGÚN SU OCUPACIÓN. SERVICIO
MAXILO-FACIAL.HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.**

Lesión en glándula salival	Ama de casa		Estudiante		Empleado de fábrica		Otro		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Mucocele	0	0	8	54	5	33	2	13	15	100
Ránula	3	75	0	0	0	0	1	25	4	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

De los pacientes que manifestaron mucocelos en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México según su ocupación la mayoría eran estudiantes un 54%, un 33% empleados de fábrica y un 13 % tenía otro tipo de oficio. En lo que respecta a las ránulas el 75% eran amas de casa y un 25% se dedicaba a otras funciones.

GRÁFICO # 10.

9.1.11 LESIONES DE ESTIRPE CONECTIVO.

TABLA #11.

**DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES DE ESTIRPE CONECTIVO
ENCONTRADAS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA. SERVICIO MAXILO-
FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.**

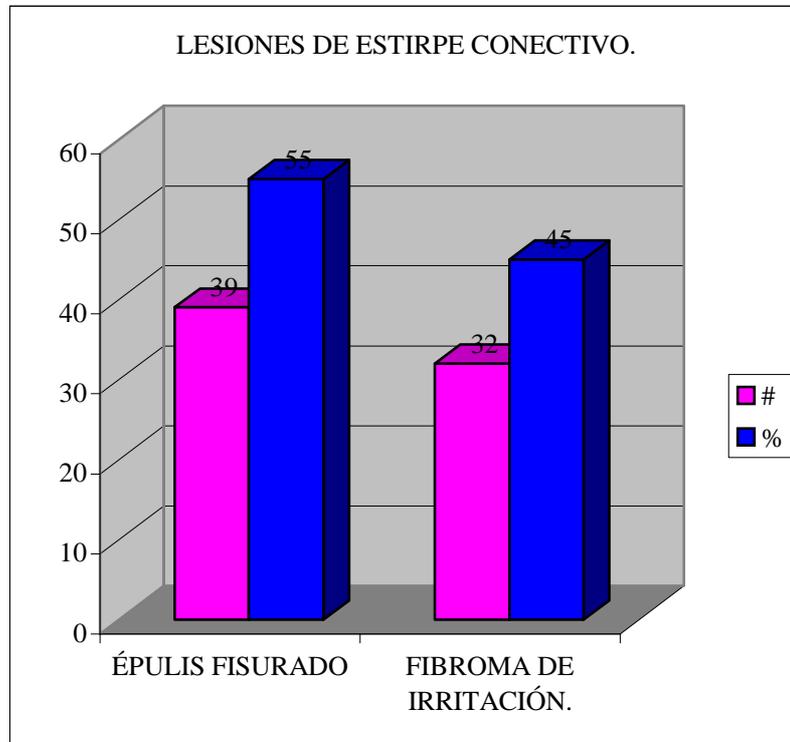
Lesión de estirpe conectivo	#	%
Épulis fisurado	39	55
Fibroma de irritación	32	45
Total	71	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

En el Servicio Maxilo Facial del Hospital México la distribución de las lesiones de estirpe conectivo encontradas en un población de 71 personas (100%), el épulis fisurado abarco el 55% y el fibroma de irritación un 45%, por lo que se refleja que en este servicio los épulis fisurados son presentados por más pacientes.

GRÁFICO #11.



9.1.12 LESIONES DE ESTIRPE CONECTIVO SEGÚN EL SEXO.

TABLA #12.

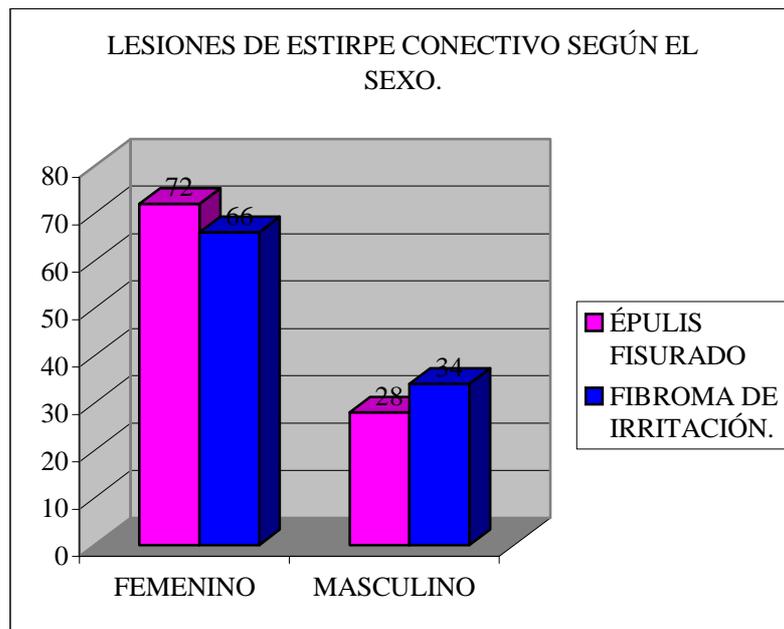
DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES DE ESTIRPE CONECTIVO SEGÚN EL SEXO. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.

Lesión de estirpe conectivo	Femenino		Masculino		Total	
	#	%	#	%	#	%
Épulis fisurado	28	72	11	28	39	100
Fibroma de irritación	21	66	11	34	32	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

Los pacientes que registraron lesiones de estirpe conectivo en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México en su mayoría eran mujeres. De los pacientes que presentaron épulis fisurado un 72% eran mujeres y un 28% varones. En cuanto al fibroma de irritación el sexo femenino ocupó un 66% y el sexo masculino un 34%.

GRÁFICO #12.

9.1.13 LESIONES DE ESTIRPE CONECTIVO SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA.

TABLA #13.

DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES DE ESTIRPE CONECTIVO SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.

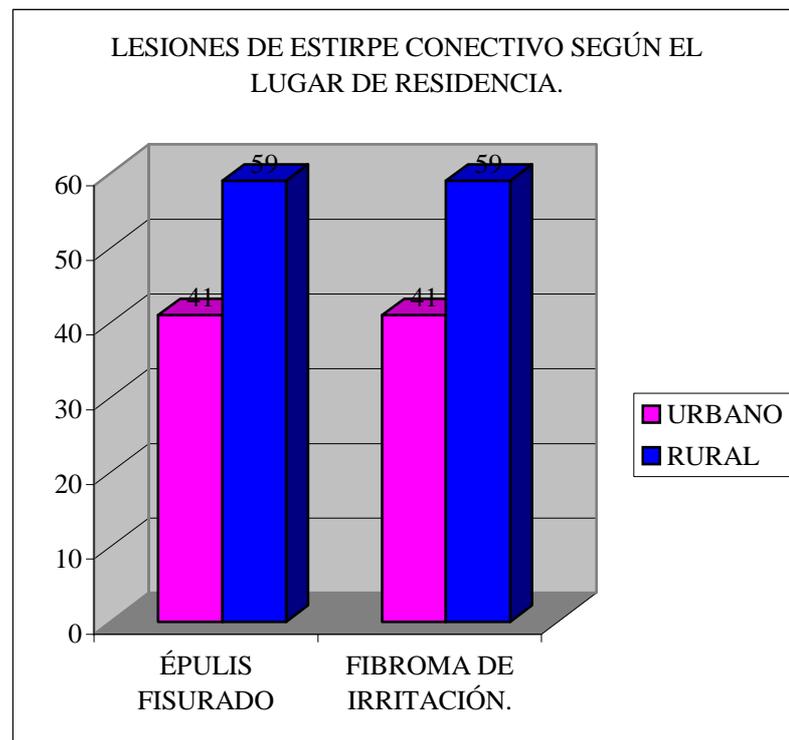
Lesión de estirpe conectivo	Urbano		Rural		Total	
	#	%	#	%	#	%
Épulis fisurado	15	38	24	62	39	100
Fibroma de irritación	13	41	19	59	32	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

Los pacientes que presentaron lesiones de estirpe conectivo en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México en general registraron pertenecer a sectores rurales de nuestro país. De las personas que manifestaron épulis fisurado el 62% habita en lugares rurales y el 38% en lugares urbanos. En lo que respecta al fibroma de irritación el 59% vive en zonas rurales y el 41% en zonas urbanas.

GRÁFICO #13.



9.1.14 LESIONES DE ESTIRPE CONECTIVO SEGÚN LA EDAD.

TABLA #14.

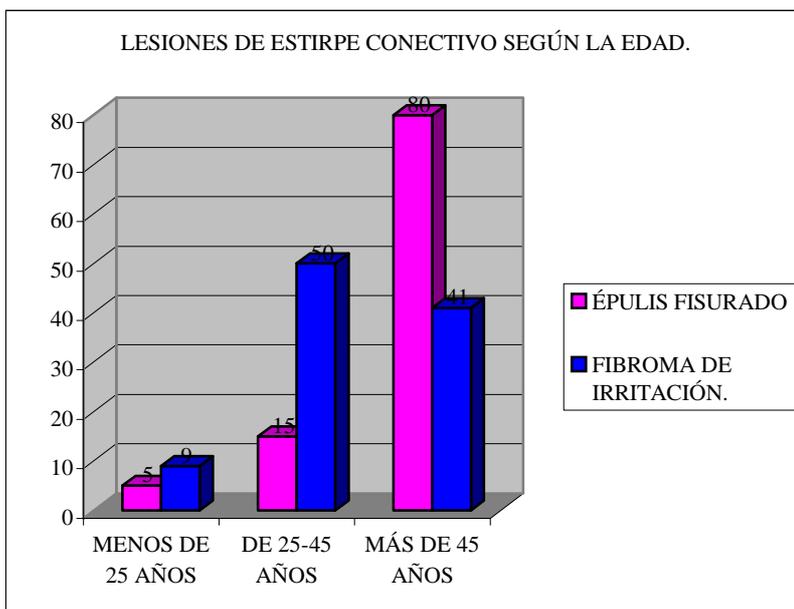
DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES DE ESTIRPE CONECTIVO SEGÚN LA EDAD. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.

Lesión de estirpe conectivo	-25 años		26-45 años		+45 años		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Épulis fisurado	2	5	6	15	31	80	39	100
Fibroma de irritación	3	9	16	50	13	41	32	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

En el Servicio Maxilo Facial del Hospital México los pacientes con lesiones de estirpe conectivo en el período estudiado; presentaron un dominio por las personas de más de 45 años para el épulis fisurado y por las personas de 25-45 años para el fibroma de irritación. El épulis fisurado reporto un 80% de personas mayores de 45 años, un 15% en individuos de 26-45 años y un 5% en personas menores de 25 años. El fibroma de irritación registro un 50% en pacientes de 25-45 años, un 41% en personas mayores de 45 años y un 9% en individuos menores de 25 años.

GRÁFICO #14.

9.1.15 LESIONES DE ESTIRPE CONECTIVO SEGÚN SU OCUPACIÓN.

TABLA # 15.

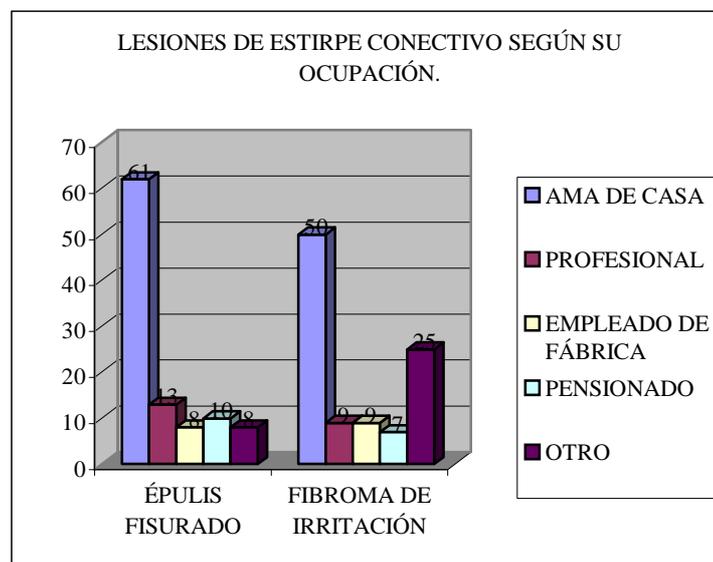
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON LESIONES DE ESTIRPE
CONECTIVO SEGÚN SU OCUPACIÓN. SERVICIO MÁXILO-
FACIAL.HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.**

Lesión de estirpe conectivo	Ama de casa		Profesional		Empleado de fábrica		Pensionado		Otro		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Épulis fisurado	24	61	5	13	3	8	4	10	3	8	39	100
Fibroma de irritación	16	50	3	9	3	9	2	7	8	25	32	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo # 3.

En el Servicio Maxilo Facial del Hospital México los pacientes que presentaron lesiones de estirpe conectivo en su mayoría eran amas de casa. El épulis fisurado presento un 61% de amas de casa, un 13% personas profesionales, un 10% eran pensionados y un 8% empleados de fábrica; el restante 8% lo ocuparon personas dedicadas a otro oficio. En cuanto al fibroma de irritación el 50% lo ocuparon las amas de casa, un 25% pacientes de otros oficios, un 9% profesionales, otro 9% empleados de fábrica y un 7% personas pensionadas.

GRÁFICO # 15.

9.1.16 LESIONES DE ESTIRPE VASCULAR.

TABLA #16.

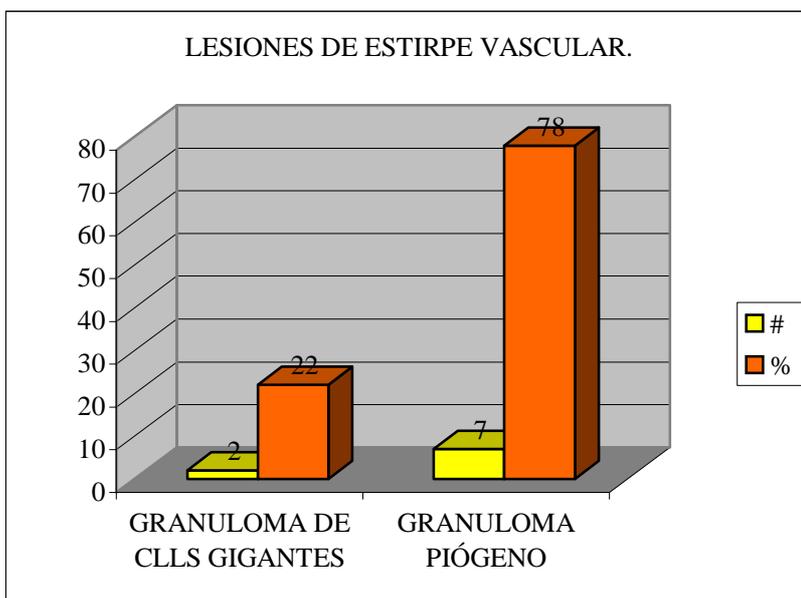
**DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES DE ESTIRPE VASCULAR
ENCONTRADAS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA. SERVICIO MAXILO-
FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.**

Lesión de estirpe vascular	#	%
Granuloma de clls gigantes	2	22
Granuloma piógeno	7	78
Total	9	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.
En el Servicio Maxilo Facial del Hospital México las lesiones de estirpe vascular de una población de 9 personas (100%), se distribuyeron en un 78% granuloma piógeno y un 22% granuloma de células gigantes; lo cual demuestra que este último se presentó con menor frecuencia en este servicio durante el período de investigación.

GRÁFICO #16.



19.1.17 LESIONES DE ESTIRPE VASCULAR SEGÚN EL SEXO.

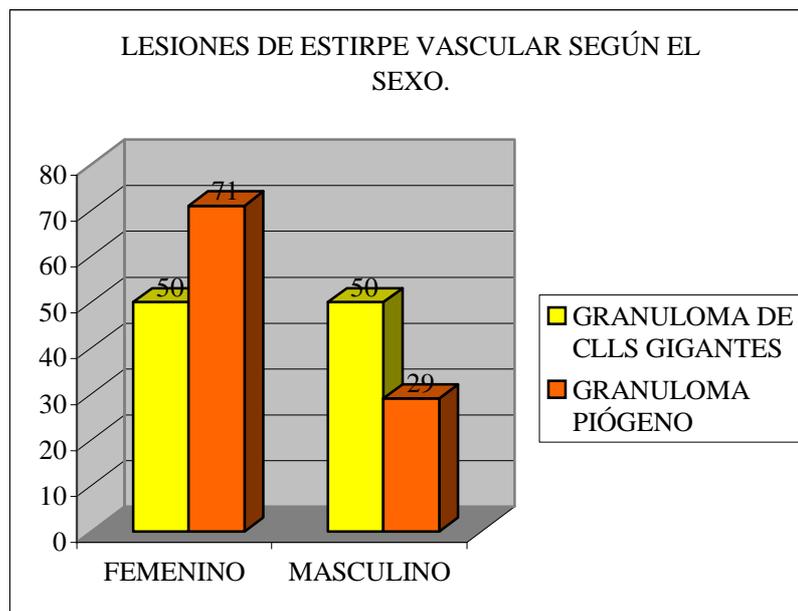
TABLA #17.

DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES DE ESTIRPE VASCULAR SEGÚN EL SEXO. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.

Lesión de estirpe vascular	Femenino		Masculino		Total	
	#	%	#	%	#	%
Granuloma de clls gigantes	1	50	1	50	2	100
Granuloma piógeno	5	71	2	29	7	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3. En el Servicio Maxilo Facial del Hospital México las lesiones de estirpe vascular presentaron un distribución según el sexo diferente para cada lesión. El granuloma de células gigantes se manifestó igual en ambos sexos. Mientras que el granuloma piógeno tubo predilección por el sexo femenino con un 71% , contra un 29% que ocupó el sexo masculino.

GRÁFICO #17.

9.1.18 LESIONES DE ESTIRPE VASCULAR SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA.

TABLA #18.

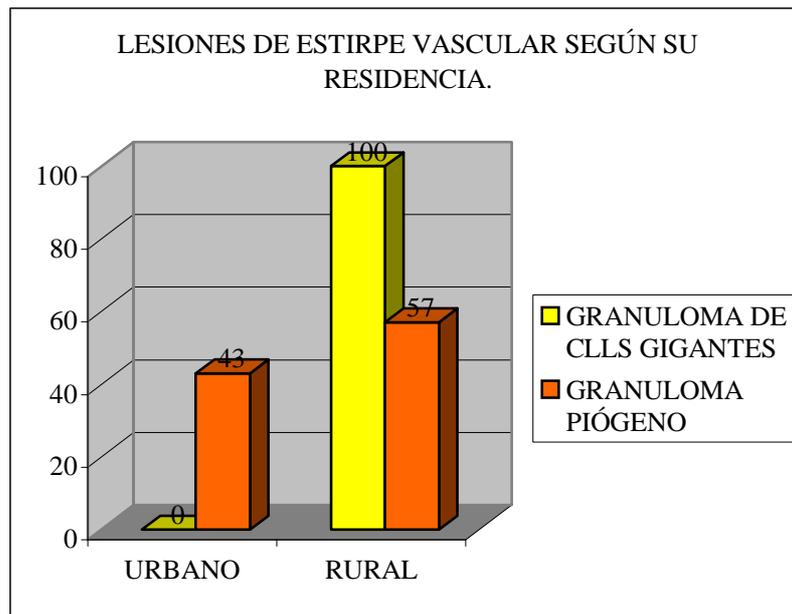
**DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES DE ESTIRPE VASCULAR SEGÚN EL
LUGAR DE RESIDENCIA. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO.
SAN JOSÉ, 1999.**

Lesión de estirpe vascular	Urbano		Rural		Total	
	#	%	#	%	#	%
Granuloma de clls gigantes	0	0	2	100	2	100
Granuloma piógeno	3	43	4	57	7	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

De los pacientes que registraron lesiones de estirpe vascular en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México en el período estudiado se muestra que la mayor parte de ellos pertenece a sectores rurales del país. Los pacientes que manifestaron granuloma de células gigantes en su totalidad habitan en zonas rurales, es decir el 100% pertenece al sector rural. Los paciente que reportaron granuloma piógeno el 57% pertenece a lugares rurales y un 43% a sectores urbanos.

GRÁFICO #18.

9.1.19 LESIONES DE ESTIRPE VASCULAR SEGÚN LA EDAD.

TABLA #19.

DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES DE ESTIRPE VASCULAR SEGÚN LA EDAD. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.

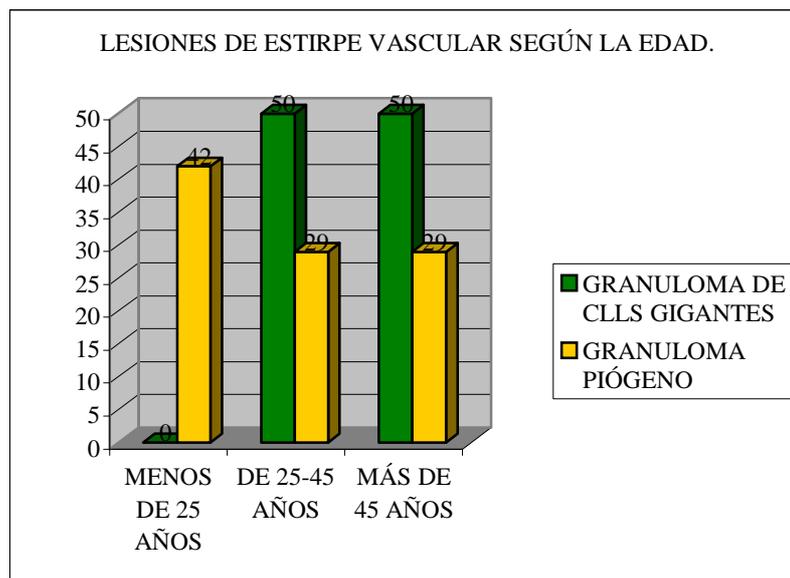
Lesión de estirpe vascular	-25 años		26-45 años		+45 años		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Granuloma de clls gigantes	0	0	1	50	1	50	2	100
Granuloma piógeno	3	42	2	29	2	29	7	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

Los pacientes que registraron lesiones de estirpe vascular en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México presentaron una distribución distinta en cuanto a la edad de los pacientes con respecto a la lesión registrada. El granuloma de células gigantes se manifestó equitativamente en los pacientes de 25-45 años y en los pacientes de más de 45 años; con un 50% en cada grupo. Por otra parte, el granuloma piógeno se presentó en mayor cantidad en las personas menores de 25 años con un 42%, los pacientes con edades de 25-45 años y de más de 45 años presentaron un 29% cada uno de esta lesión.

GRÁFICO #19.



9.1.20 LESIONES DE ESTIRPE VASCULAR SEGÚN SU OCUPACIÓN.

TABLA # 20.

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON LESIONES DE ESTIRPE
VASCULAR SEGÚN SU OCUPACIÓN. SERVICIO MAXILO-
FACIAL.HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.**

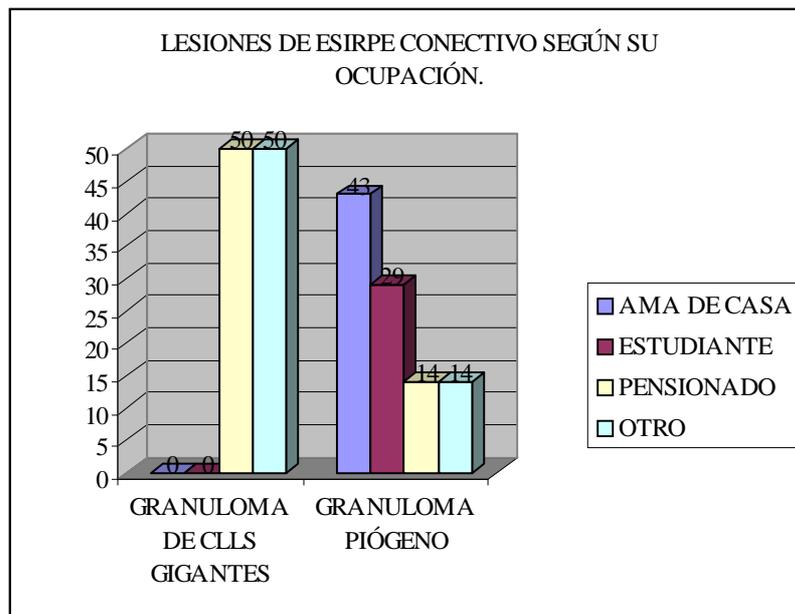
Lesión de estirpe vascular	Ama de casa		Estudiante		Pensionado		Otro		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Granuloma de clls gigantes	0	0	0	0	1	50	1	50	2	100
Granuloma piógeno	3	43	2	29	1	14	1	14	7	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

En el Servicio Maxilo Facial del Hospital México los pacientes que presentaron granuloma de células gigantes un 50% eran pensionados y un 50% se dedica a otro tipo de funciones. En cuanto a los paciente que manifestaron granuloma piógeno el 43% eran amas de casa, un 29% estudiantes, un 14% pensionados y el restante 14% eran personas que llevan a cabo otras actividades no específicas.

GRÁFICO # 20.



9.1.21 OTRAS LESIONES IMPORTANTES.

TABLA #21.

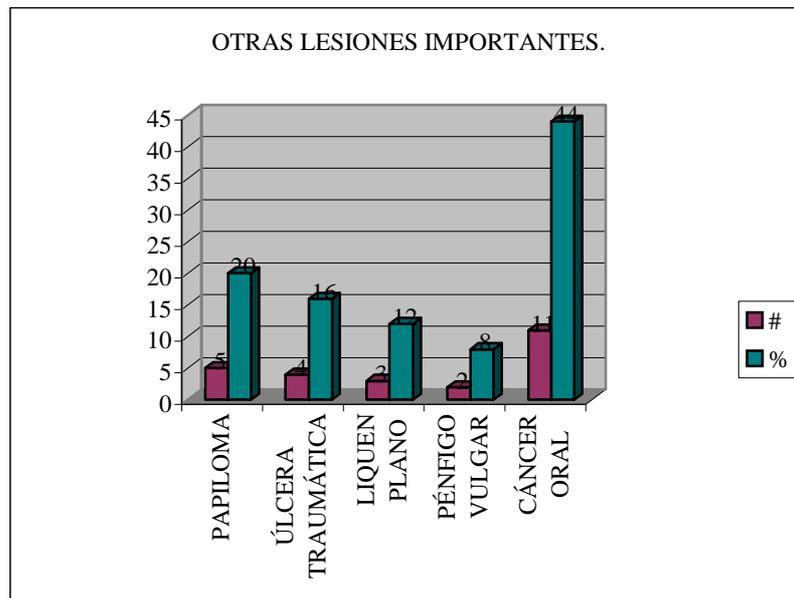
**DISTRIBUCIÓN DE LAS OTRAS LESIONES IMPORTANTES ENCONTRADAS
EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL
MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.**

Tipo de lesión	#	%
Papiloma	5	20
Úlcera traumática	4	16
Liquen plano	3	12
Pénfigo vulgar	2	8
Cáncer oral	11	44
Total	25	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

Dentro de otras lesiones no menos importantes encontradas en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México en el período encontrado es fundamental destacar que el 44% lo ocupó el cáncer oral, el 20% los papilomas, un 16% la úlcera traumática, un 12% el liquen plano y el restante 8% al pénfigo vulgar. Es importante observar que el cáncer oral está ocupando un lugar bastante alto en este servicio y que es necesario tomar precauciones para evitar este incremento.

GRÁFICO #21.

9.1.22 OTRAS LESIONES IMPORTANTES SEGÚN EL SEXO.

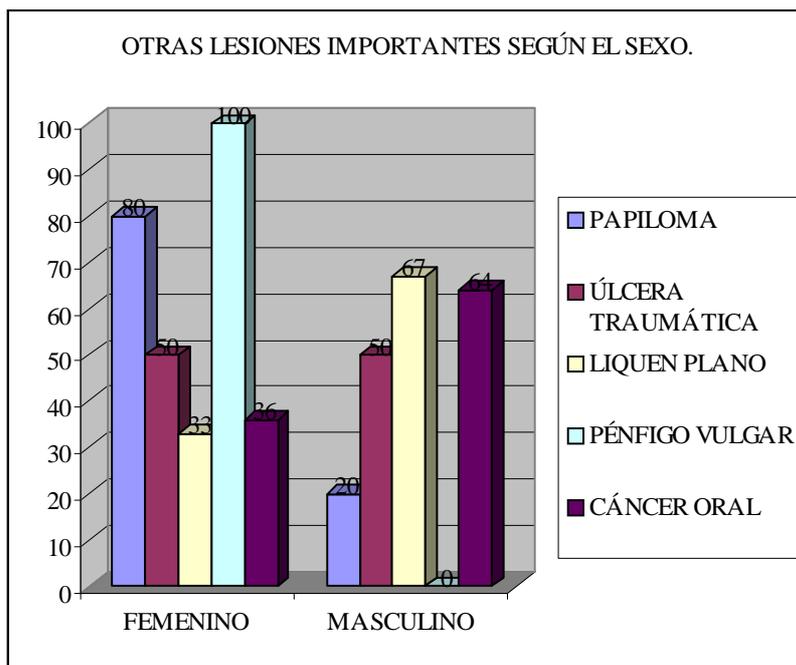
TABLA #22.**DISTRIBUCIÓN DE LAS OTRAS LESIONES IMPORTANTES SEGÚN EL SEXO. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.**

Otras lesiones importantes	Femenino		Masculino		Total	
	#	%	#	%	#	%
Papiloma	4	80	1	20	5	100
Úlcera traumática	2	50	2	50	4	100
Liquen plano	1	33	2	67	3	100
Pénfigo vulgar	2	100	0	0	2	100
Cáncer oral	4	36	7	64	11	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.
 En el Servicio Maxilo Facial del Hospital México de los pacientes que presentaron papilomas el 80% eran mujeres y el 20% varones. Los que manifestaron úlcera traumática permanecieron equitativamente 50% mujeres y 50% varones. De los que reportaron liquen plano el 67% eran machos y el 33% hembras. En cuanto a los que registraron pénfigo vulgar el 100% eran mujeres y en lo que respecta a los pacientes que presentaron cáncer oral el 64% eran de sexo masculino y el 36% de sexo femenino.

GRÁFICO #22.



9.1.23 OTRAS LESIONES IMPORTANTES SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA.

TABLA #23.

DISTRIBUCIÓN DE LAS OTRAS LESIONES IMPORTANTES SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.

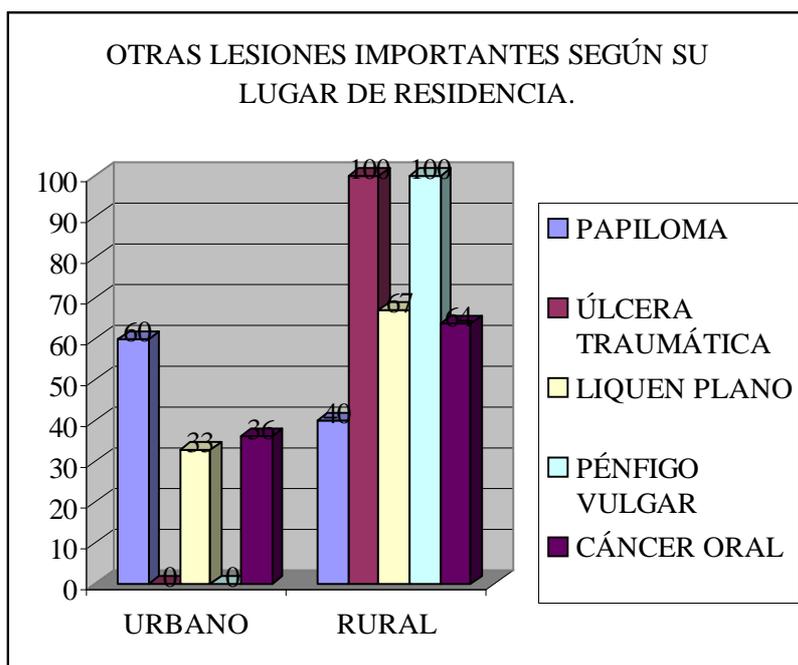
Lesión correspondiente a variación anatómica	Urbano		Rural		Total	
	#	%	#	%	#	%
Papiloma	3	60	2	40	5	100
Úlcera traumática	0	0	4	100	4	100
Líquen plano	1	33	2	67	3	100
Pénfigo vulgar	0	0	2	100	2	100
Cáncer oral	4	36	7	64	11	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

Dentro de estas lesiones encontradas en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México se puede observar que a excepción del papiloma hubo predilección por el sector rural. De los individuos que reportaron papiloma el 60% habita en lugares urbanos y el 40% en lugares rurales. Los pacientes que reportaron úlcera traumática y pénfigo vulgar en su totalidad (100%) viven en zonas rurales. En lo que respecta a los que registraron líquen plano el 67% habita en lugares rurales y un 33% en urbanos y en cuanto a los que presentaron cáncer oral el 64% vive en sectores rurales y el 36% en sectores urbanos de nuestro país.

GRÁFICO #23.



9.1.24 OTRAS LESIONES IMPORTANTES SEGÚN SU EDAD.

TABLA #24.

DISTRIBUCIÓN DE OTRAS LESIONES IMPORTANTES ENCONTRADAS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN LA EDAD. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.

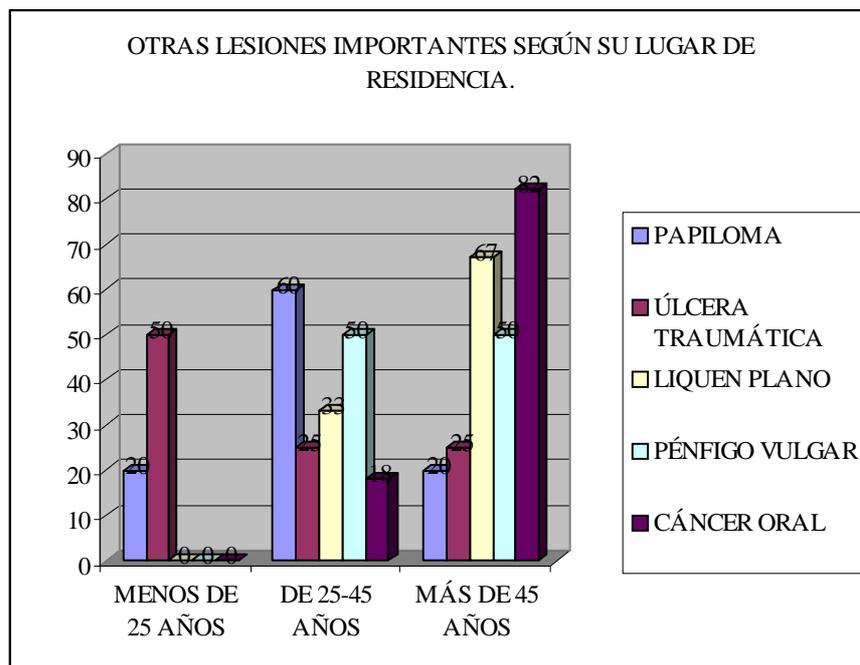
Otra lesiones importantes	-25 años		26-45 años		+45 años		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Papiloma	1	20	3	60	1	20	5	100
Úlcera traumática	2	50	1	25	1	25	4	100
Líquen plano	0	0	1	33	2	67	3	100
Pénfigo vulgar	0	0	1	50	1	50	2	100
Cáncer oral	0	0	2	18	9	82	11	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo #3.

En el Servicio Maxilo Facial del Hospital México en el período de estudio se encontró que de los pacientes que manifestaron papiloma el 60% tenía entre 25-45 años, un 20% eran menores de 25 años y un 20% mayores de 45 años. De las personas que reportaron úlcera traumática el 50% eran menores de 25 años, un 25% se encontraba en edades de 25-45 años y otro 25% eran mayores de 45 años. De los individuos que registraron líquen plano el 67% eran mayores de 45 años y el 33% tenía de 25-45 años. En lo que respecta a los pacientes con pénfigo vulgar el 50% oscilaban entre 25-45 años y el otro 50% eran mayores de 45 años. En lo que respecta a los que presentaron cáncer oral el 82% eran personas mayores de 45 años y un 18% personas de 25-45 años de edad.

GRÁFICO #24.



9.1.25 OTRAS LESIONES IMPORTANTES SEGÚN SU OCUPACIÓN.

TABLA #25.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON OTRAS LESIONES IMPORTANTES SEGÚN SU OCUPACIÓN. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 1999.

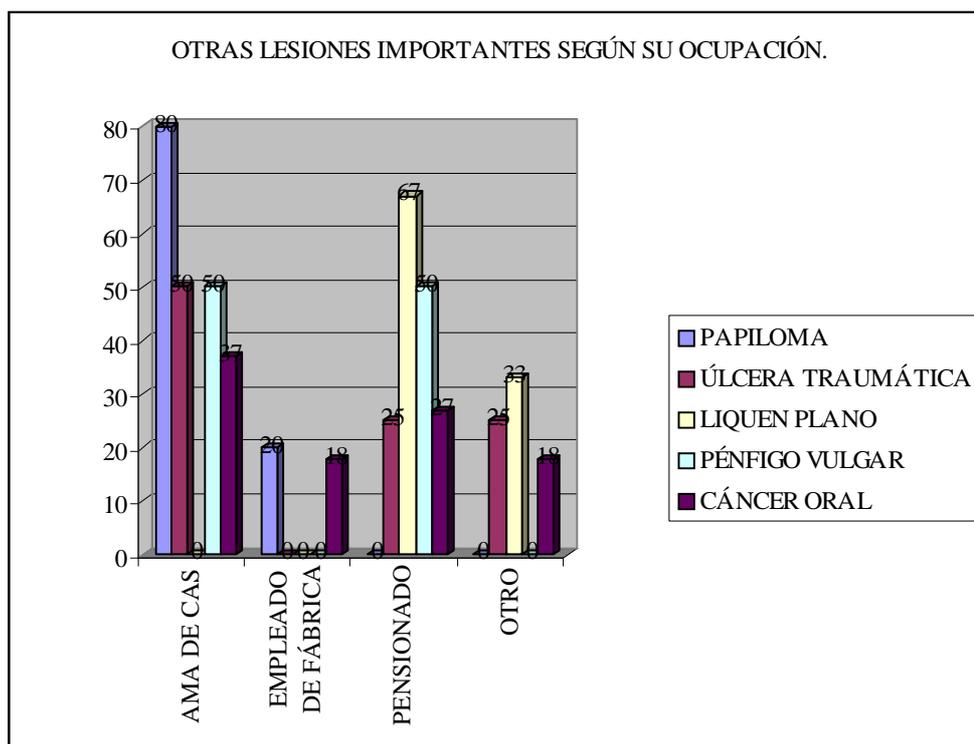
Otras lesiones importantes	Ama de casa		Empleado de fábrica		Pensionado		Otro		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Papiloma	4	80	1	20	0	0	0	0	5	100
Úlcera traumática	2	50	0	0	1	25	1	25	4	100
Líquen plano	0	0	0	0	2	67	1	33	3	100
Pénfigo vulgar	1	50	0	0	1	50	0	0	2	100
Cáncer oral	4	37	2	18	3	27	2	18	11	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos; basada en el expediente clínico. Anexo # 3.

En el Servicio Maxilo Facial del Hospital México en el período estudiado se registró que de los pacientes que reportaron papilomas el 80% eran amas de casa y el 20% empleados de fábrica. De las personas con úlcera traumática el 50% eran amas de casa, el 25% pensionados y otro 25% se dedica a otro tipo de funciones. En cuanto a los pacientes con líquen plano el 67% eran pensionados y el 33% realizan otras actividades no específicas. De los pacientes que manifestaron pénfigo vulgar 50% eran amas de casa y 50% pensionados y de los pacientes que presentaron cáncer oral el 37% eran amas de casa, el 27% pensionados, el 18% empleados de fábrica y el restante 18% se ocupan en otras actividades.

GRÁFICO #25.



9.2 PROSPECTIVO.

9.2.1 DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA.

TABLA #26.

DISTRIBUCCION DE LAS LESIONES CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA.SERVICIO MAXILO-FACIAL.HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ,2000.

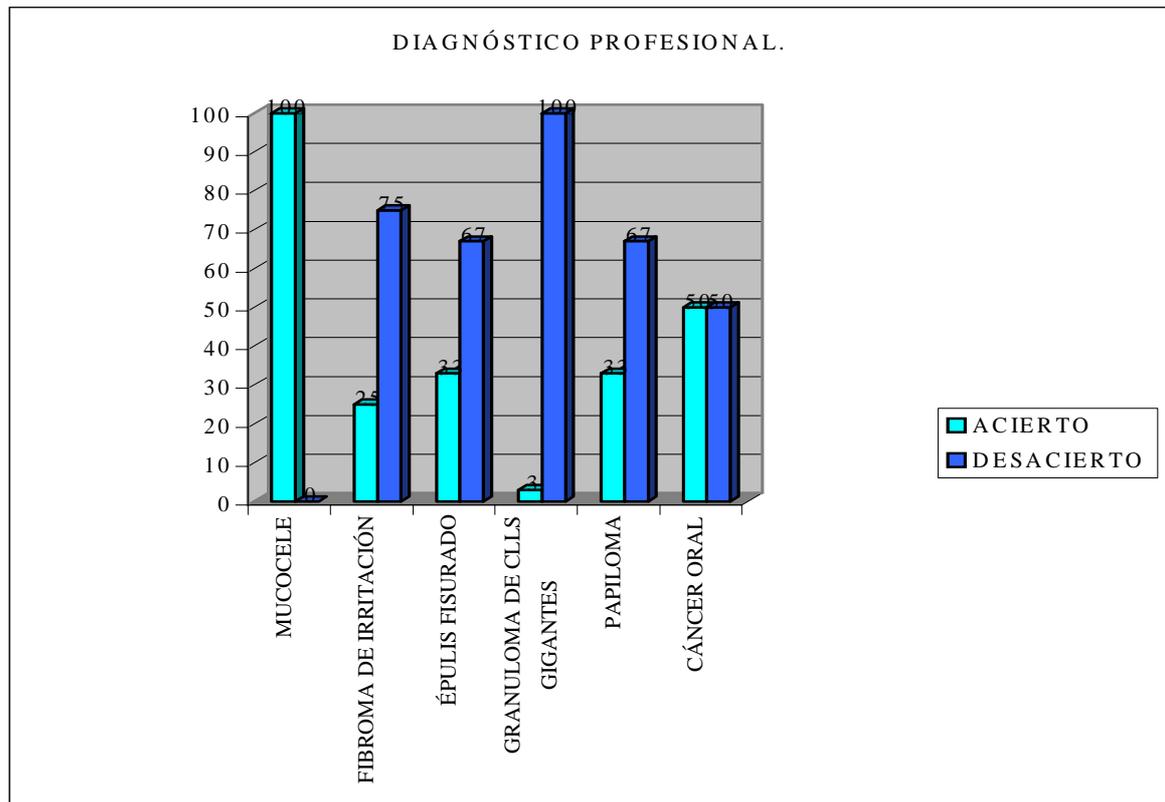
Lesión	Acierto		Desacierto		Total	
	#	%	#	%	#	%
Mucocele	1	100	0	0	1	100
Fibroma de irritación	1	25	3	75	4	100
Épulis fisurado	1	33	2	67	3	100
Granuloma de clls gigantes	0	0	1	100	1	100
Papiloma	1	33	2	67	3	100
Cáncer oral	1	50	1	50	2	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos. Anexo # 4.

En el Servicio Maxilo Facial del Hospital México en el trimestre estudiado del año 2000 se refleja que en general si existen problemas diagnósticos al encontrarse ante una lesión en los tejidos blandos orales. Únicamente con los pacientes que presentaron mucocelos el diagnóstico fue aceptado en un 100%. En cuanto a los pacientes que reportaron cáncer oral hubo un 50% de acierto y un 50% de desacierto en el diagnóstico. Por otra parte se muestra un 75% de desacierto contra un 25% de acierto en los pacientes que manifestaron fibroma de irritación. Las lesiones conocidas como épulis fisurado y papiloma reportaron un 67% de desacierto en su diagnóstico y un 33% de acierto cada una. Por otro lado los pacientes que registraron granuloma de células gigantes en un 100% no acertaron en su diagnóstico.

GRÁFICO #26.



9.2.2 LESIONES ENCONTRADAS EN EL TRIMESTRE ESTUDIADO DEL AÑO 2000.

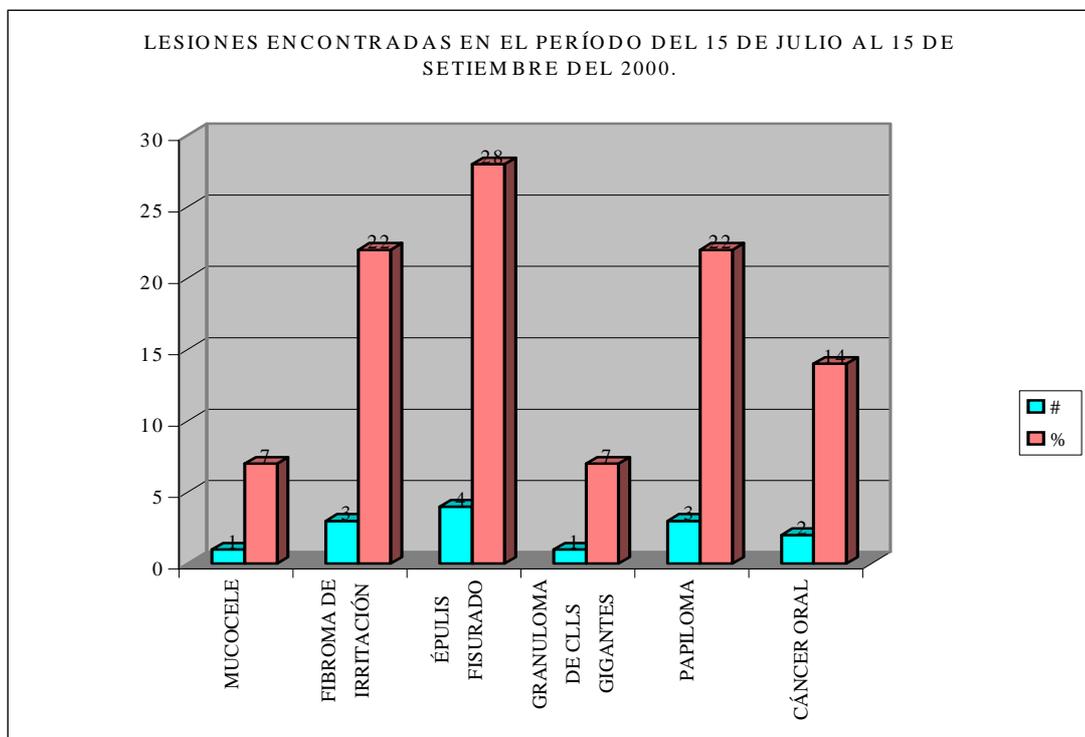
TABLA #27.
PRINCIPALES LESIONES ENCONTRADAS EN EL TRIMESTRE COMPENDIDO ENTRE EL 15 DE JUNIO Y EL 15 DE SETIEMBRE DEL 2000. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO.

Lesiones	#	%
Mucocele.	1	7
Épulis fisurado.	3	22
Fibroma de irritación.	4	28
Granuloma de clls gigantes.	1	7
Papiloma.	3	22
Cáncer oral.	2	14
Total.	14	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos. Anexo #4.

En el trimestre estudiado del año 2000 en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México en una población de 14 personas (100%); las lesiones se distribuyeron en un 28% fibromas de irritación, un 22% los épulis fisurados y el papiloma, un 14% el cáncer oral y un 7% el mucocele y el granuloma de células gigantes. Lo cual nos muestra que las lesiones de estirpe conectivo como el épulis fisurado y el fibroma de irritación, lo mismo que el cáncer oral ocupan lugares altos en este servicio.

GRÁFICO #27.

9.2.3 SEXO DE LOS PACIENTES CON LESIONES ORALES EN ESTE PERÍODO.

TABLA # 28.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN EL SEXO.SERVICIO MAXILO-FACIAL.HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 2000.

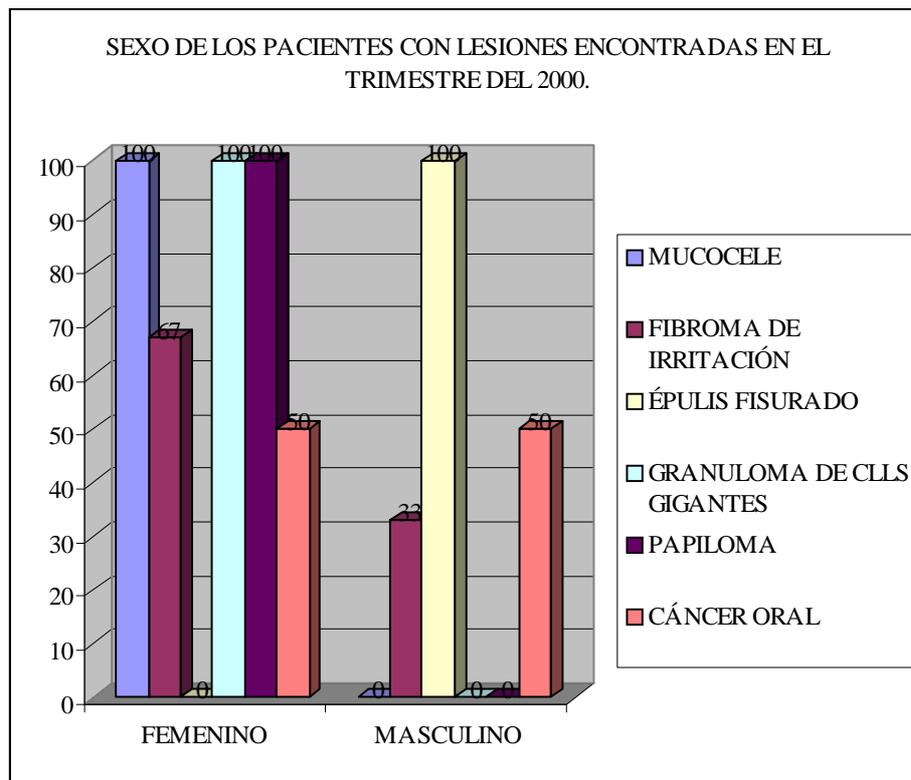
Lesión encontrada	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		#	%
	#	%	#	%		
Mucocele	1	100	0	0	1	100
Épulis fisurado	2	67	1	33	3	100
Fibroma de irritación	0	0	4	100	4	100
Granuloma de clls gigantes	1	100	0	0	1	100
Papiloma	3	100	0	0	3	100
Cáncer oral	1	50	1	50	2	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos. Anexo # 4.

En el Servicio Maxilo Facial del Hospital México en cuanto a las lesiones encontradas en el período comprendido entre el 15 de junio y el 15 de setiembre del 2000 con respecto a la edad se registro el mucocele, el granuloma de células gigantes y el papiloma 100% en el sexo femenino y el fibroma de irritación 100% en el sexo masculino. El épulis fisurado también se presentó más en mujeres con un 67% y en los varones un 33%. Por otra parte el cáncer oral estuvo repartido 50% en hembras y 50% en machos.

GRÁFICO #28.



9.2.4 RAZA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA EN EL TRIMESTRE DEL AÑO 2000.

TABLA # 29.

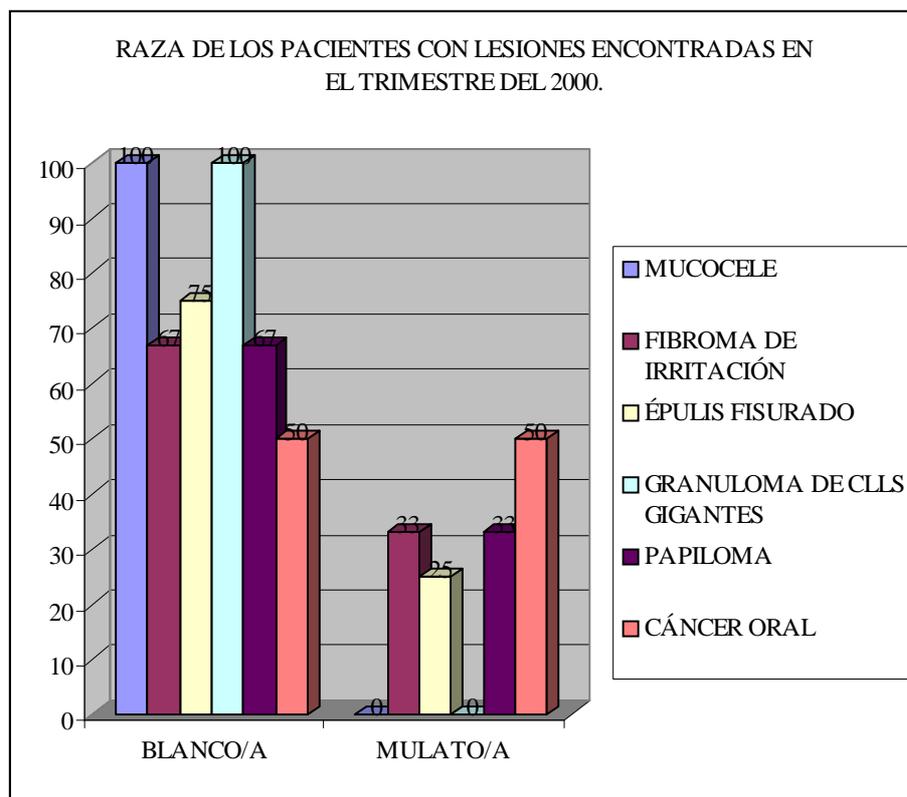
**DISTRIBUCCION DE LA POBLACION ESTUDIADA SEGUN LA RAZA DE LOS
PACIENTES. SEVICIO MAXILO-FACIAL.HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ,
2000.**

Lesión encontrada	Raza				Total	
	Mulato/a		Blanco/a		#	%
	#	%	#	%		
Mucocele	0	0	1	100	1	100
Épulis fisurado	1	33	2	67	3	100
Fibroma de irritación	1	25	3	75	4	100
Granuloma de clls gigantes	0	0	1	100	1	100
Papiloma	1	33	2	67	3	100
Cáncer oral	1	50	1	50	2	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos. Anexo # 4.

En el Servicio Maxilo Facial del Hospital México de los pacientes que manifestaron lesiones de tejido blando en cavidad oral en el trimestre estudiado la mayoría eran personas blancas. Los pacientes que reportaron mucocelos y granulomas de células gigantes en su totalidad (100%) eran blancos. El épulis fisurado y el papiloma se presentaron 67% en personas blancas y 33% en personas mulatas. El fibroma de irritación se reporto 75% en blancos y 25% en mulatos. El cáncer oral se registro 50% en blancos y 50% en mulatos.

GRÁFICO #29.

9.2.5 POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN SU LUGAR DE RESIDENCIA.

TABLA # 30.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN SU LUGAR DE RESIDENCIA. SERVICIO MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 2000.

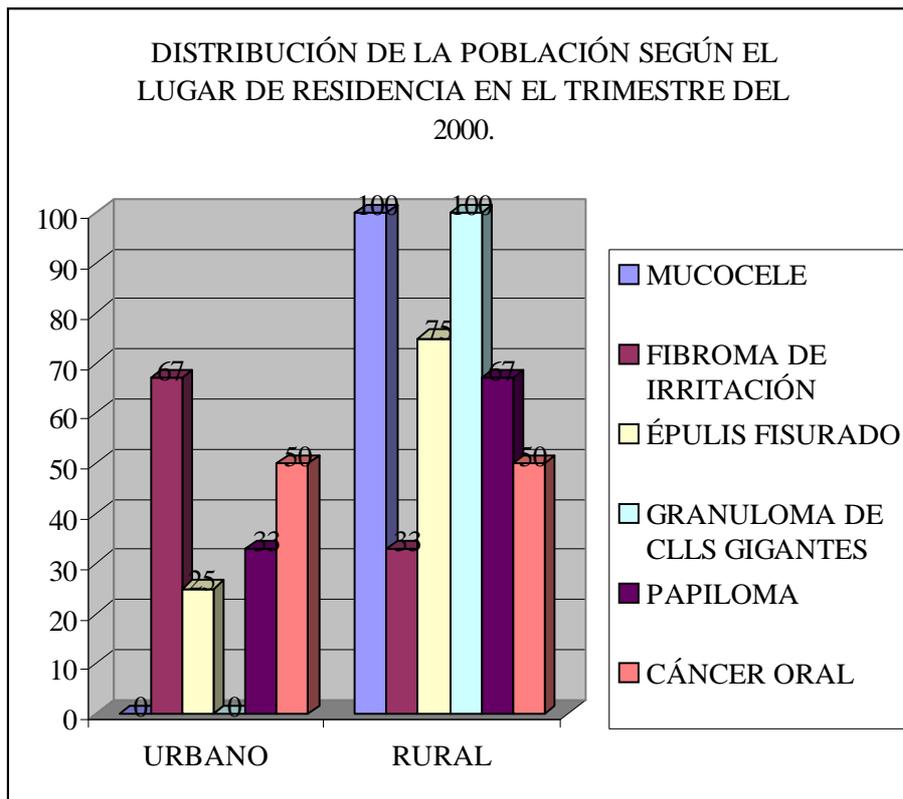
Lesión	Urbano		Rural		Total	
	#	%	#	%	#	%
Mucocele	0	0	1	100	1	100
Épulis fisurado	1	25	3	75	4	100
Fibroma de irritación	2	67	1	33	3	100
Granuloma de clls gigantes	0	0	1	100	1	100
Papiloma	1	33	2	67	3	100
Cáncer oral	1	50	1	50	2	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos. Anexo # 4.

En el Servicio Maxilo Facial del Hospital México de los pacientes que presentaron lesiones en el trimestre estudiado podemos concluir que la mayoría habitan en zonas rurales. El 100% de las personas que manifestaron mucocelos y granulomas de células gigantes pertenece a sectores rurales. De los pacientes con épulis fisurado un 75% vive en lugares rurales y un 25% en lugares urbanos. En cuanto a los que reportaron papilomas el 67% habita en zonas rurales y el 33% en zonas urbanas. En cambio los que registraron fibroma de irritación el 67% vive en sectores urbanos y el 33% en sectores rurales. Por otra parte la mitad (50%) de los que presentaron cáncer oral habitan en lugares rurales y el otro 50% en lugares urbanos.

GRÁFICO #30.



9.2.6 POBLACIÓN ESTUDIADA EN EL 2000, SEGÚN SU EDAD.

TABLA # 31.

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA CON LESIONES EN LOS
TEJIDOS BLANDOS ORALES SEGÚN SU EDAD. SERVICIO MAXILO-FACIAL.
HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 2000.**

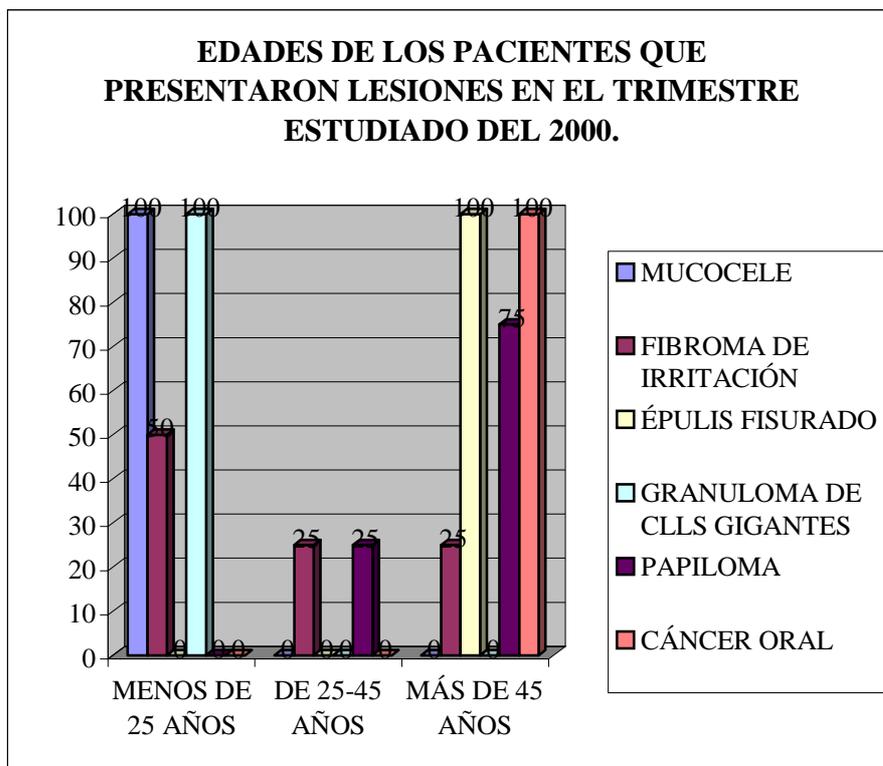
Lesión	-25 años		25-45 años		+45 años		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Mucocele	1	100	0	0	0	0	1	100
Épulis fisurado	0	0	0	0	3	100	3	100
Fibroma de irritación	2	50	1	25	1	25	4	100
Granuloma de clls gigantes	1	100	0	0	0	0	1	100
Papiloma	0	0	1	25	2	75	3	100
Cáncer oral	0	0	0	0	2	100	2	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos. Anexo # 4.

En el Servicio Maxilo Facial del Hospital México los pacientes que manifestaron lesiones en el trimestre comprendido entre el 15 de junio y el 15 de setiembre del 2000 presentaron diferentes edades según la lesión que registraron. El 100% de los pacientes con mucocele y granuloma de células gigantes eran menores de 25 años de edad. El total (100%) de las personas que reportaron épulis fisurado y cáncer oral tiene más de 45 años de edad. En cuanto a los pacientes que presentaron fibroma de irritación el 50% eran menores de 25 años, el 25% mayores de 45 años y el otro 45% tenían edades entre los 25-45 años. Por otra parte los que manifestaron papilomas el 75% eran mayores de 45 años y el 25% tenían de 25-45 años.

GRÁFICO #31.



9.2.7 POBLACIÓN ESTUDIADA EN EL 2000, SEGÚN SU NIVEL EDUCATIVO.

TABLA #32.

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA CON LESIONES EN LOS
TEJIDOS BLANDOS ORALES SEGÚN SU NIVEL EDUCATIVO. SERVICIO
MAXILO-FACIAL. HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 2000.**

Lesión	Profesional		No profesional		Total	
	#	%	#	%	#	%
Mucocele	0	0	1	100	1	100
Épulis fisurado	1	33	2	67	3	100
Fibroma de irritación	0	0	4	100	4	100
Granuloma de clls gigantes	0	0	1	100	1	100
Papiloma	0	0	3	100	3	100
Cáncer oral	0	0	2	100	2	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos. Anexo # 4.

Del total de pacientes que reportaron lesiones en tejido blando a nivel de cavidad oral en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México en el trimestre comprendido entre el 15 de junio y el 15 de setiembre del año 2000 se puede concluir que la totalidad de esta personas (100%); excepto los que manifestaron épulis fisurados no son profesionales. De los pacientes que registraron épulis fisurado el 67% no eran profesionales y un 33% si eran profesionales.

GRÁFICO #32.

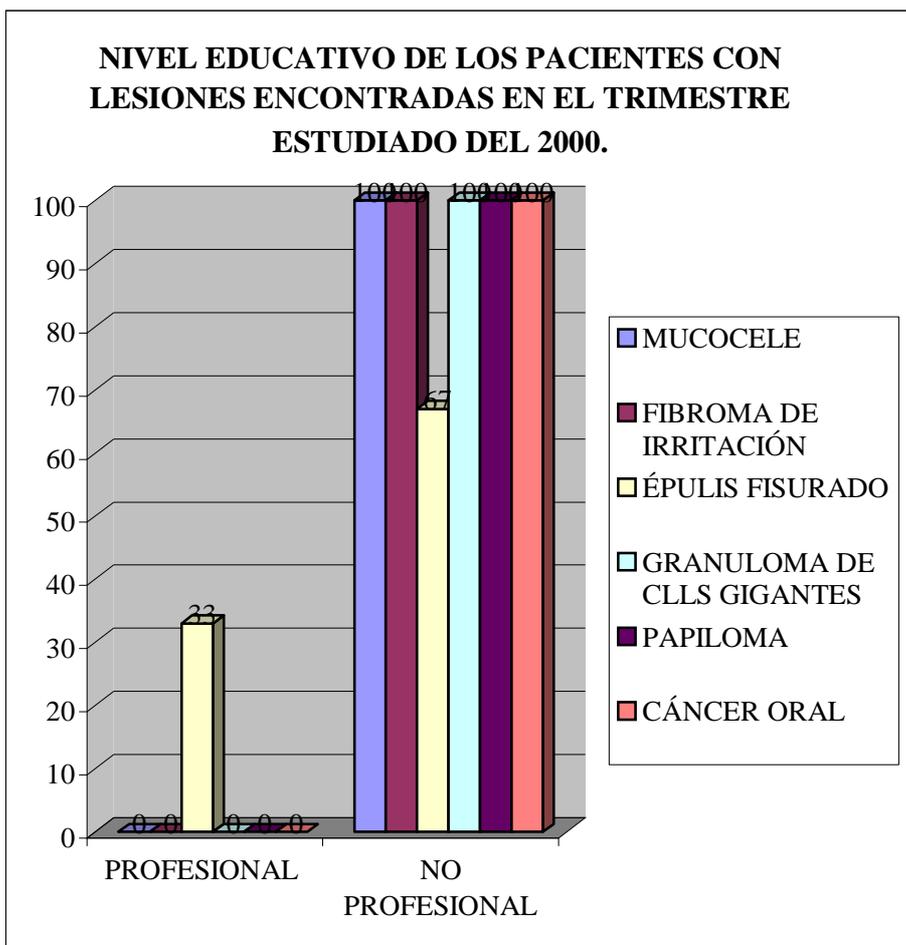


TABLA #33.

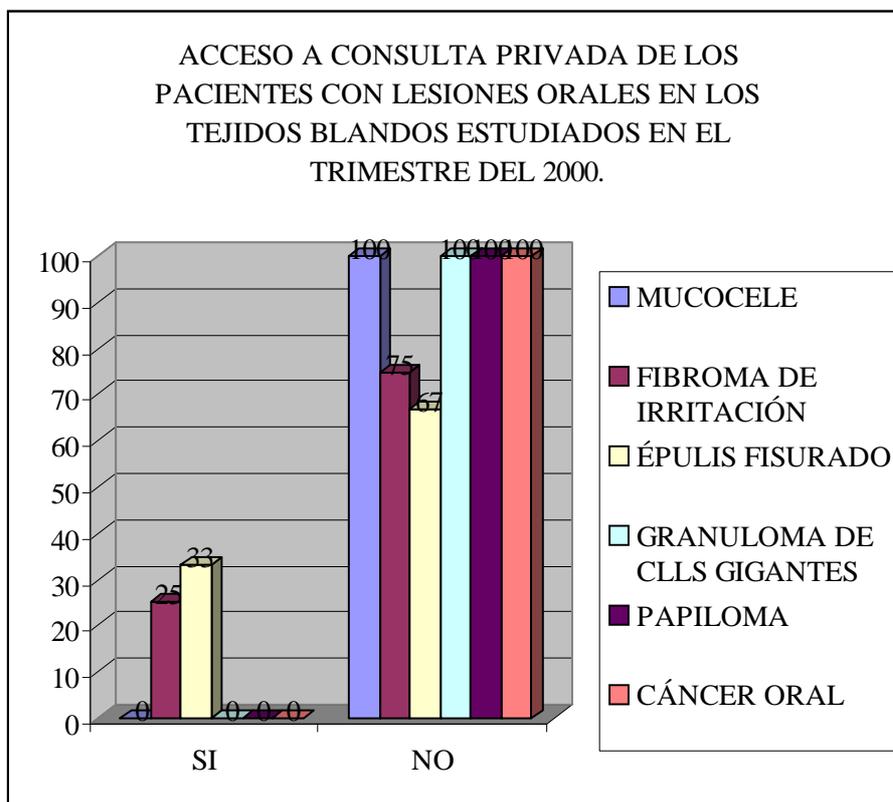
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA CON LESIONES EN LOS TEJIDOS BLANDOS ORALES SEGÚN SU ACCESO A CONSULTA PRIVADA. SERVICIO MAXILO FACIAL DEL HOSPITAL MÉXICO. SAN JOSÉ, 2000.

Lesión de tejido blando	Acceso a consulta privada				Total	
	SI		NO		#	%
	#	%	#	%		
Mucocele	0	0	1	100	1	100
Épulis fisurado	1	33	2	67	3	100
Fibroma de irritación	1	25	3	75	4	100
Granuloma de clls gigantes	0	0	1	100	1	100
Papiloma	0	0	3	100	3	100
Cáncer oral	0	0	2	100	2	100

Nota

Fuente: tabla de recolección de datos. Anexo # 4.

Del total de pacientes que reportaron lesiones en tejido blando a nivel de cavidad oral en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México en el trimestre comprendido entre el 15 de junio y el 15 de setiembre del año 2000 se puede concluir que la mayoría de estas personas no tienen acceso a la consulta privada. El 100% de los pacientes con mucoceles, granuloma de células gigantes, papiloma y cáncer oral no tienen acceso a consulta privada. De los pacientes con épulis fisurado el 67% no tiene acceso a consulta privada y un 33% si tiene acceso a servicios privados. En cuanto a las personas que manifestaron fibroma de irritación el 75% no tiene acceso a servicios privados y un 25% si tiene acceso a estos servicios.

GRÁFICO #33.

CONCLUSIONES.

GENERALES.

En el estudio realizado en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México se manifestaron como lesiones frecuentes algunas variaciones anatómicas, ciertas afecciones de glándulas salivales, de estirpe conectivo, de estirpe vascular, y otro tipo de lesiones no menos importantes; en las que el cáncer oral ocupó un lugar bastante importante.

La mayoría de los pacientes que presentaron lesiones orales en los tejidos blandos de la cavidad bucal en el período estudiado eran de sexo femenino.

Un elevado porcentaje de los pacientes con afecciones bucales en el período evaluado habitan en sectores rurales de nuestro país.

Las edades de los pacientes que registraron algún tipo de lesión en los tejidos blandos a nivel de cavidad oral variaron según la lesión que manifestaron.

Una gran parte de las personas que manifestaron algún tipo de lesión en tejido blando a nivel bucal durante el período de estudio tenían como ocupación ser amas de casa.

Se puede concluir que la mayor cantidad de pacientes que se atendieron en el Servicio Maxilo Facial del Hospital México en el período estudiado pertenecen a un nivel social medio bajo y bajo bajo de nuestra sociedad.

Se lograron satisfactoriamente las expectativas del estudio realizado y la hipótesis de nuestro trabajo queda demostrada al comprobarse que la existencia de diversas lesiones de tejido blando en la cavidad oral se ve condicionada por distintos factores de la población.

PARTE RETROSPECTIVA.

Dentro de las variaciones anatómicas encontradas la que se presentó con más frecuencia fue la hipertrofia del frenillo labial. También se encontró hipertrofia del frenillo lingual y pólipo fibroepitelial en la misma medida.

Con respecto a las variaciones anatómicas el pólipo fibroepitelial y la hipertrofia del frenillo lingual presentaron predilección por el sexo femenino y la hipertrofia del frenillo labial por el sexo masculino.

En cuanto a las variaciones anatómicas la hipertrofia del frenillo labial presento dominio por el sector rural. El pólipo fibroepitelial y la hipertrofia del frenillo lingual manifestaron predominio por el sector urbano.

El pólipo fibroepitelial domino en los pacientes de 26-45 años. La hipertrofia del frenillo labial y la hipertrofia del frenillo lingual predomino en los pacientes menores de 25 años.

La hipertrofia del frenillo labial y del frenillo lingual predominaron en estudiantes.

Dentro de las lesiones de glándulas salivales el mucocele ocupó un elevado porcentaje con respecto a la ránula.

En las lesiones de glándulas salivales el mucocele se presentó más en mujeres que en hombres no así la ránula que tuvo predilección por el sexo masculino.

De los pacientes que presentaron lesiones en las glándulas salivales se presento un predominio por el sector rural; según su lugar de residencia.

El mucocele se presentó más en personas menores de 25 años, no así la rínula que se manifestó igual en todas las edades estudiadas.

La mayor parte de los pacientes que presentaron mucocele son estudiantes y la mayoría que manifestó rínula son amas de casa.

En lo que respecta a las lesiones de estirpe conectivo, el épolis fisurado obtuvo una mínima ventaja sobre el fibroma de irritación. Estas lesiones son las que se presentaron con mayor frecuencia en todo el estudio.

En las lesiones de estirpe conectivo el épolis fisurado y el fibroma de irritación predominaron en el sexo femenino.

Los pacientes que manifestaron lesiones de estirpe conectivo también presentaron mayoría en el sector rural.

El épolis fisurado se presentó más en personas mayores de 45 años y el fibroma de irritación en las personas que su edad oscila entre los 26 –45 años.

El épolis fisurado y el fibroma de irritación se presentaron más en amas de casa.

Las lesiones de estirpe vascular fueron conformadas por el granuloma de células gigantes y el granuloma piógeno. Este último se presentó con mayor frecuencia.

En las lesiones de estirpe vascular el granuloma de células gigantes se manifestó igual para ambos sexos. El granuloma piógeno presentó predominio por las mujeres.

Las lesiones de estirpe vascular manifestaron un predominio por el sector rural.

En las lesiones de estirpe vascular el granuloma piógeno se presentó más en personas menores de 25 años. El granuloma de células gigantes no se presentó en

personas menores de 25 años; pero si de una forma igualitaria en personas de más de 45 años y en personas de edades entre los 26-45 años.

El granuloma piógeno se manifestó más en amas de casa.

Es importante recalcar que dentro de las otras lesiones encontradas el cáncer oral ocupó un alto porcentaje, seguido por el papiloma y la úlcera traumática.

En cuanto a las otras lesiones el cáncer oral y el líquen plano predominaron en los varones; mientras que las mujeres presentaron mayor cantidad de papiloma y pénfigo vulgar. La úlcera traumática se manifestó igual para ambos sexos.

Los pacientes que presentaron úlcera traumática, líquen plano, pénfigo vulgar y cáncer oral habitan la mayor parte en lugares rurales, en cambio, los que manifestaron papiloma en lugares urbanos.

El papiloma se presentó más en personas de 26-45 años. La úlcera traumática se manifestó más en pacientes menores de 25 años. El líquen plano y el cáncer oral presentaron elevados porcentajes en los pacientes mayores de 45 años.

El papiloma, la úlcera traumática y el cáncer oral dominaron en las amas de casa.

PARTE PROSPECTIVA.

Al comparar el diagnóstico de referencia con el diagnóstico de biopsia se observó que el mucocele no presentó problema en su diagnóstico, no así el fibroma de irritación, el épolis fisurado, el granuloma de células gigantes y el papiloma los cuales no coincidían su diagnóstico de referencia con el diagnóstico definitivo de biopsia. Esto nos hace suponer que los problemas diagnósticos se están presentado frecuentemente, lo que se desconoce a cien si acierta es la causa principal, pues puede deberse a falta de conocimientos del profesional en odontología o bien a un seguimiento incorrecto de los instrumentos diagnósticos o a falta del equipo necesario para un buen diagnóstico.

En la parte prospectiva predomino el fibroma de irritación, el épolis fisurado y el papiloma se presentaron en la misma medida al igual que el mucocele y el granuloma de células gigantes. Es importante destacar que estos últimos se presentaron menos que el cáncer oral.

Las lesiones encontradas en la parte prospectiva tuvieron preferencia por el sexo femenino a excepción del fibroma de irritación que se presento solo en varones.

La mayoría de los pacientes que conformaron está parte prospectiva del estudio eran de raza blanca.

La mayor parte de la población estudiada en la parte prospectiva habita en lugares rurales.

En la parte prospectiva el mucocele, el fibroma de irritación y el granuloma de células gigantes se presentaron con mayor frecuencia en pacientes menores de 25 años. Mientras que el épolis fisurado, el papiloma y el cáncer oral en pacientes mayores de 45 años.

De la población estudiada en la parte prospectiva la mayoría no son profesionales o su nivel educativo es relativamente bajo.

La población estudiada en la parte prospectiva no tiene acceso a la consulta privada en su mayoría.

RECOMENDACIONES.

- ◆ Es importante que el profesional en odontología y su equipo estén actualizándose constantemente y no menosprecien aquellas afecciones que consideren poco comunes como lo son las lesiones de tejido blando en cavidad oral, por que podemos estar ante un cuadro de una patología mayor que comprometa la salud general del paciente y le produzca mayores daños por falta de un poco más de atención por parte del profesional. Es fundamental recalcar que estas lesiones están aumentado considerablemente. Por lo que es indispensable que los odontólogos, sus auxiliares y los agentes de atención primaria conozcan bien la apariencia clínica de los estados precancerosos de la boca para poder enviar esos casos a un nivel superior de asistencia por los conductos adecuados.

- ◆ Sería importante crear un espacio dentro del Servicio Maxilo Facial del Hospital México, que de un servicio más integral al paciente con lesiones de tejido blando en cavidad oral; donde se le explique detalladamente su padecimiento, las posibles causas que produjeron la aparición de esa lesión y el tratamiento a seguir. Es cierto que estas pautas no se obvian por todos los profesionales del Servicio pero no son tan específicas y no se llevan datos sobre la incidencia y prevalencia de las lesiones en tejido blando.

- ◆ Sería ideal crear un plan de prevención para las afecciones orales y ser puesto en práctica por todos los profesionales en el campo o por la mayoría de los mismos. O bien que en las campañas de salud oral se de un espacio para informar al público de la presencia de este tipo de lesiones pues, si las personas conocen de su existencia y de algunos factores precipitantes habrían menos casos y los que llegarían serían atacados en sus primeras manifestaciones.

- ◆ Realizar estudios similares en los diferentes centros de atención odontológica del país o bien en el área metropolitana a nivel de los diferentes niveles de atención y en períodos más extensos con la finalidad de comparar la incidencia y prevalencia nacional de las lesiones orales de los tejidos blandos en Costa Rica.

NORMATIVA PARA UNA DETECCIÓN PRECOZ DE LESIONES DE TEJIDO BLANDO EN LA CAVIDAD ORAL.

Es fundamental que el profesional en odontología se encuentre capacitado para responder a las necesidades de sus pacientes y actuar con eficacia ante cualquier eventualidad que se le manifieste.

Por tal razón a continuación se muestra una normativa básica par la detección precoz de lesiones de tejido blando en la cavidad oral.

- ◆ Realizar una ficha clínica completa, para averiguar algunas condiciones sociales del individuo, a saber; edad, ocupación, antecedentes patológicos familiares y personales, antecedentes patológicos no personales y tratamientos a los que se ha sometido.
- ◆ Realizar un examen clínico minucioso, con palpación bidigital de todas las estructuras blandas de la cavidad oral, poniendo en práctica los conocimientos básicos de anatomía normal y sus variaciones.
- ◆ En caso de encontrar algo indagar con el paciente desde cuando le apareció, si hay dolor, si ha recibido tratamiento o si es la primera vez que le aparece. Es fundamental no olvidar lo que el paciente nos halla dicho al realizar la ficha clínica.
- ◆ Posteriormente se debe realizar una clasificación de las anormalidades encontradas basados en diversos criterios como: apariencia clínica, localización, tipo de crecimiento, síntomas, características asociadas.
- ◆ Si se conoce el diagnóstico es muy importante comunicarselo al paciente y explicarle las posibles causas y el tratamiento a seguir para combatir la lesión encontrada. Hay

muchas lesiones que son fácilmente reconocibles, sin embargo, cuando se tiene duda lo ideal es realizar una biopsia o una citología exfoliativa (va a depender de la lesión), para asegurar el diagnóstico definitivo. No debemos olvidar que la biopsia actualmente es el medio diagnóstico más efectivo para diagnosticar diferentes lesiones no solo a nivel oral sino del cuerpo humano en general. Si no se cuenta con los medios necesarios para efectuar un diagnóstico eficaz por falta de un laboratorio o de un equipo para realizar la biopsia, es fundamental referir al paciente a un servicio más especializado, es de buenos profesionales conocer nuestras propias limitaciones.

- ◆ Es importante dar un seguimiento al paciente por un tiempo determinado según la lesión que éste manifestó.

Si seguimos estas pautas probablemente le ofreceremos a nuestros pacientes una condición oral libre de patologías y una mejor condición de vida, pues sin duda alguna los pacientes serán más educados en el campo bucal.

CAPÍTULO X
PROPUESTA.

10. INTRODUCCIÓN.

Una parte importante de la odontología es el estudio de los tumores de la cavidad bucal y de las estructuras adyacentes, ya que el dentista desempeña un papel de importancia en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones.

Aunque los tumores sólo constituyen una pequeña minoría de las entidades patológicas que el odontólogo ve, son de gran importancia porque poseen una potente capacidad que pone en peligro la salud y la longevidad del paciente. Rara vez el dentista encuentra muchos tumores; sin embargo, es indispensable que se familiarice con ellos, de manera que al momento de toparse con uno sea capaz de instituir el tratamiento adecuado o de referir al paciente con el especialista.

Es fundamental atacar las lesiones de tejido blando en cavidad oral porque muchas de ellas tienden a malignizarse y traer serios problemas no sólo para el paciente, sino para el equipo de salud. Vale la pena destacar que la complicación de estas lesiones aumenta grandemente los costos en el sector salud y que lo ideal sería prevenir estas situaciones y de esta manera contribuir con el desarrollo de nuestro país.

Desafortunadamente, dados los conocimientos actuales sobre la etiología de algunas de las afecciones orales, aún no se pueden prevenir muchas de ellas. Las medidas de salud pública más eficaces para combatirlas se pueden tomar en los escalones de prevención secundario y terciario, es decir, la detección precoz y su pronto y adecuado tratamiento. Sin embargo, la mayoría de los responsables estiman que la supresión de los irritantes locales (prótesis y restauraciones mal adaptadas, cantidades excesivas de cálculo, y otros irritantes químicos o mecánicos crónicos) es importante en la prevención primaria. Esto es cierto sobre todo en el caso de las afecciones cancerosas y precancerosas claramente relacionadas con diversos hábitos que van desde el fumar tabaco (especialmente fumar al revés) hasta el mascar betel tabaco.

De aquí se deriva la importancia de capacitar al profesional en salud y al público en general. Las campañas de prevención son parte importante en la incidencia y prevalencia de las enfermedades pues, el conocimiento de quién las padece o de quienes pueden presentarlas juega un papel primordial en la detección precoz y prevención necesaria respectivamente. Sin embargo, antes de realizar campañas preventivas de las lesiones orales en los tejidos blandos los profesionales en el campo odontológico deben estar al tanto de este problema y con los conocimientos necesarios para enfrentarlos.

La mayoría de los odontólogos trabajan en sus clínicas privadas o como odontólogos de empresa con los conocimientos que obtuvieron cuando eran estudiantes universitarios y es probable que en sus labores diarias durante su trabajo dentro del gremio odontológico, se les hallan presentado pocas lesiones orales en tejido blando o bien que las hallan pasado desapercibidas; esto no quiere decir que sean menos importantes, porque si pudieramos cuantificar las lesiones de cavidad bucal en tejido blando que detecta cada odontólogo de este país en sus consultas nos daríamos cuenta que estamos ante un gran problema que esta avanzando día a día.

Es fundamental recordar que el cáncer y las lesiones precancerosas de la boca son afecciones neoplásicas causadas por irritantes químicos o mecánicos locales o de etiología desconocida. La mayoría de los cánceres de la boca son carcinomas de células escamosas.

En los países muy industrializados, el cáncer oral representa sólo del 5-7% de todos los cánceres, a diferencia de algunos países en desarrollo, donde estas afecciones representan más del 40% de todos los cánceres. Las localizaciones más corrientes del cáncer oral, enumeradas por orden de frecuencia, son: los labios inferiores (en el varón), el borde lateral y la superficie inferior de la lengua, la comisura de los labios y la mucosa bucal.

El tratamiento del cáncer oral y de otras afecciones de la mucosa bucal puede necesitar importantes operaciones quirúrgicas y cirugía plástica posoperatoria, que originan gran estrés psicológico y físico en el paciente y gastos elevados para el país.

Por este motivo es importante que el odontólogo, sus auxiliares y los agentes de atención primaria conozcan bien la apariencia clínica de los estados cancerosos y precancerosos de la boca para poder enviar esos casos a un nivel superior de asistencia por los conductos adecuados.

Por lo que es fundamental que el profesional en odontología general se este actualizando constantemente, en cursos sobre lesiones de tejido blando; sobre todo en reconocimiento de lo normal y las variaciones de lo normal para así descartar la existencia de otro tipo de lesión. Y no dejar pasar, lesiones incipientes a un nivel mayor de complicación.

10. 1 PRINCIPIOS DE LA PROPUESTA.

Partiendo de que en éste trabajo final de graduación titulado "*Estudio de las principales lesiones de tejido blando en cavidad oral y existencia de problemas diagnósticos. Hospital México.*", se detecto la existencia de problemas diagnósticos por parte del profesional en odontología, si bien es cierto, se desconoce la causa principal de este motivo pues, no fue objetivo de este trabajo investigar las causas que inducen a problemas en el diagnóstico oral de lesiones en los tejidos blandos; en el Capítulo IX; de resultados la tabla #26 y el gráfico #26 nos demuestran la existencia de los problemas diagnósticos ante la presencia de lesiones orales en los tejidos blandos.

Por otra parte la doctora Madeline Howard; Patóloga oral asegura que:

"Es cierto que actualmente se manifiestan muchas lesiones orales en los tejidos blandos y que no reciben un tratamiento adecuado y oportuno. Para mí si existen problemas en el diagnóstico, generalmente el odontólogo si detecta alguna lesión no la reconoce y son pocos los que le dan un seguimiento adecuado"

Por las razones mencionadas anteriormente es que mi propuesta se dirige principalmente a la capacitación del profesional en odontología para que enfrente con más propiedad a este tipo de lesiones y al mismo tiempo en la fomentación de campañas publicitarias de prevención de las lesiones de tejido blando en cavidad oral.

10.2 OBJETIVO GENERAL.

" Planificar capacitaciones para los profesionales en odontología en el ámbito de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las lesiones de tejido blando en cavidad oral."

10.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ❖ Impartir charlas de refrescamiento sobre la anatomía y las variaciones normales de los tejidos blandos en cavidad oral y los métodos diagnósticos orales en la detección precoz de este tipo de afecciones.
- ❖ Instruir con cursos formativos sobre las principales lesiones de tejido blando a nivel bucal.
- ❖ Crear un plan de prevención para este tipo de lesiones orales en los tejidos blandos.

10.4 ESTRATEGIA DE CAPACITACIÓN.

Es cierto que el cumplimiento de estos objetivos lleva tiempo, sacrificio y mucho dinero, pero es importante tomar medidas y llevar a cabo todo lo posible por evitar que estas lesiones sigan aumentando y en ocasiones cobrando la vida de nuestros pacientes.

Considero que una opción bastante viable sería que las asociaciones de congresos odontológicos de nuestro país incluyan expositores que toquen estos temas y despierten el interés de los odontólogos sobre este tema. O bien que en los cursos de actualización que imparte el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica se planifiquen algunas charlas sobre el tema que guíen de una forma más adecuada e integral al profesional al brindar su servicio odontológico.

Otra opción que nos llevaría a un camino más completo con el enriquecimiento de todos los profesionales en este campo sería que la conocida institución encargada de brindar los servicios de salud pública en nuestro país la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), apoyara este tipo prevención a nivel oral, capacitando a los odontólogos que laboran para la caja y realizando campañas preventivas pues, de esta manera aún los que no trabajan para esta entidad se darán cuenta de la importancia de ofrecer al paciente un servicio más integral.

10.5 ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN.

Sería ideal establecer un programa nacional o por sectores poblacionales de prevención. O en última instancia lograr un espacio en las campañas de salud oral para informar sobre la existencia de lesiones en los tejidos blandos y algunos factores importantes que inducen a ellas. Los objetivos de este programa serían:

- Reducir el número de nuevos casos de afecciones orales (supresión de los hábitos o agentes predisponentes)
- Intensificar la labor de detección precoz de las afecciones orales (reconocimiento sistemático de los posibles grupos de riesgo para su pronta detección)
- Reducir la tasa de mortalidad en los nuevos casos confirmados y nuevos de lesiones mortales como el Cáncer oral (reforzando los oportunos servicios de tratamiento)

En los programas de prevención considerados se deben tener en cuenta los aspectos siguientes:

1. Conviene informar al público acerca de:

El riesgo de que las lesiones precancerosas de la boca degeneren en cáncer;

La importancia del diagnóstico precoz y del tratamiento global de las lesiones de la mucosa oral.

2. Hay que estimular a la gente que abandone los hábitos nocivos que pueden causar enfermedades de la mucosa bucal (tabaquismo, hábito de mascar betel tabaco), intensificando la labor de educación y fomento sanitarios con el apoyo de medidas fiscales y en el marco de la estrategia de promoción de la salud.

3. Se debe mantener una estrecha observación y vigilancia a los individuos con síntomas clínicos que pueden estar relacionados con el desarrollo de lesiones de la mucosa bucal.

4. Conviene crear servicios eficaces para el diagnóstico y tratamiento precoz de las lesiones precancerosas de la mucosa bucal.

Siguiendo estas pautas podemos disminuir notablemente las nuevas lesiones que se presenten en los tejidos blandos orales, las que se presenten podrán tener un adecuado y oportuno tratamiento, y al mismo tiempo disminuiríamos los casos de cáncer oral que aunque parezca mentira aumenta grandemente cada día y al mismo tiempo tendríamos odontólogos altamente capacitados y muy competitivos.

BIBLIOGRAFÍA.

Bascones, M. Antonio. Tratado de Odontología Ediciones Avances, 1999.

Bolaños E., Marco Antonio. Estudio de la Patología quirúrgica de la boca y regiones anexas en 40250 biopsias del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Juan de Dios. Tesis de grado. UCR, 1963.

Carter C., Laurie. Glositis romboide media. Compendium. Art # 8 págs 50-53) 1991.

Ceccotti, Eduardo. Cáncer. SIDA y otras afecciones Editorial Médica Panamericana, Primera Edición, Buenos Aires Argentina, 1993.

Charles Miller Samuel. Diagnóstico y tratamiento bucal. Editorial Médica, 1957.

Giunta John L. Patología Bucal. Tercera edición. México 1991.

Hayes, Louis. Diagnóstico clínico de las enfermedades de la boca Editorial Hispanoamericana. México, 1954.

Howard Mora Madeline. Principios de diagnóstico oral. (1976).

Howard Mora Madeline. Diagnóstico y manejo de condiciones patológicas de interés para el odontólogo. Video, 1984.

Lawrence M., Tierney, Jr y otros. Diagnóstico clínico v tratamiento. Edición # 29. Editorial Maual Moderno S.A. México, 1994.

Lynch Malcolm A. Medicina bucal de Burket: diagnóstico y tratamiento. Cuarta edición. Editorial Interamericana, 1986.

Mejía, Oscar. Análisis descriptivo del Cáncer oral en Costa Rica de 1977 a 1995. Tesis de Grado, ULACIT, 1999.

Pindborg J. J. Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral. Editorial SALVAT, Barcelona (España), 1971.

Regezi A., Joseph y Sciubba J., James. Patología Bucal. Edit. McGraw-Hill Interamericana, México. 1991.

Sapp J. Philip, Eversole Lewis R. y Wysocki George P., Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Editorial Harcourt Brace, España, 1998.

Shafer, William G. Tratado de Patología Bucal. Maynard K Hine Barnett M. Levy. Segunda edición. México Interamericana, 1986.

Shklar, Gerald, DSS, MS. Oral Cancer. The daignosis. therapv. management and rehabilitation and oral cancer patient. W. S. Sunden Company U.S.A., 1984.

Direcciones en INTERNET EXPLORER:

(www.paho-who.hn/salud).

([www./infomed.es/uvd/medicina](http://www.infomed.es/uvd/medicina).)

(www.msd.es/mmerck/m).

(www.uv.es/derma).

(www.coelp.org/casos/granulom.htm).

(www.uv.es/medicina-oral/docencia/atlas/tumoresbenignos/1.htm).

(www.gbsysytems.com/news/15htm).

ANEXOS.

ANEXO #1.

	MO	LS	LI	MS	M I	ES	EI	T D	P	L	M	A	GP	GS	Total
Carcinoma	29														229
Linfoma															13
Sarcoma	1														14
Tejido conjuntivo benigno	11	3	4	4	4	1	2		4	14	7		2	2	58
Fibrosis			2	1	3	1	1	1		2	1				12
Inflamación	27	7	24	17	16	25	20	11	15	24	7	38 7	2	18	600
Tejido epeitelial benigno	8	11	11	6	3	1	2		4	10	721	1	1	2	67
Tumor mixto		1	1		1				3	2	1	1	36	8	54
Osteoclastoma						1									1
T. vasculares	4	12	14	3	1	1	2		1	13	5		1	1	58
Épulis								6							6
Granuloma gigante celular				3					3						6
Melanoma				1											1
Adamantinoma				1											1
Quiste	2	2	2	4	6			2		2	2		1	5	28
Litiasis														5	5
Malformación	2	1			1										4
Metaplasia			1												1
Displasia									2	3					5
Control			1	2	2	1	2		4			1	1	1	15
Normal	1	2		3	2				3			3	5		19
Total	85	69	97	69	53	41	37	21	58	97	39	41 8	63	50	1197

Fuente: Estudio de la Patología Quirúrgica y sus regiones anexas en 40250 biopsias del Servicio de Anatomía Patológica, Hospital San Juan de Dios. Tesis de grado, UCR, 1963.

MO = mucosa oral.

LS = labio superior.

LI = labio inferior.

MS = maxilar superior.

MI = maxilar inferior.

EI = encía inferior.

ES = encía superior.

TD = tejidos dentales y periodontales.

P = paladar.

L = lengua.

M = mejillas.

A = amígdalas.

GP = glándula parótida.

GS = glándula submaxilar y sublingual.

ANEXO #2.

Estimaciones del número de defunciones anuales por tumores malignos, en las Américas, 1960-1964 y 1985-1989.

Región/sub-región	Total	Hombres	Mujeres
Región de las Américas 1960-1964	5200000	270000	250000
1985-1989	900000	470000	430000
América del Norte 1960-1964	315000	170000	145000
1985-1989	54000	290000	250000
América Latina y el Caribe 1960-1964	205000	100000	105000
1985-1989	360000	180000	180000

Fuente: las condiciones de salud en las Américas. Edición 1994, Tabla 48, página 230, Referencia 2.

ANEXO # 3.

**TABLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:
LESIONES DE TEJIDO BLANDO.
ENERO DE 1999 / DICIEMBRE DE 1999.**

Nombre: _____.

Expediente: _____.

Diagnóstico definitivo: _____.

Lesión/variable	Sexo		Urbano	Rural	-25 años	26-45 años	+ 45 años	Ocupación
Mucocele								
Ránula								
Epulis fisurado.								
Hemangioma								
Granuloma de clls gigantes								
Granuloma gravidum								
Granuloma piógeno								
Hipertrofia de frenillo lingual								
Papiloma								
Fibroma								
Úlcera traumática								
Liquen plano.								
Estomatitis.								
Cáncer oral								
Otros.								

Si la lesión que indica el expediente clínico no se encuentra contemplada en la tabla, favor anotarla aquí: _____.

DECLARACIÓN JURADA.

San José, 07 de marzo del 2001.

Bajo la fe de juramento declaro que este trabajo es de mi propia autoría y que en el no he reproducido como si fueran míos, total o parcialmente lo expresado por otras personas en libros o documentos impresos o no; sino que he destacado entre comillas los textos transcritos y he consignando los datos del autor y su obra.

Ana Mercedes Solano Picado.

Cédula: 1-1005-882.