

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN ANATÓMICA Y POR GRUPOS DE EDAD Y
SEXO DE LESIONES BÁSICAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD
BUCAL EN PACIENTES INTEGRALES ATENDIDOS EN LA CLINICA DENTAL
DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN
CARLOS DE GUATEMALA, DURANTE EL AÑO 2002**

Tesis Presentada por

JOSÉ DAVID TRABANINO VARGAS

**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, QUE PRACTICO EL
EXAMEN GENERAL PÚBLICO, PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE**

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, Noviembre de 2005

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal Primero:	Dr. Sergio García Piloña
Vocal Segundo:	Dr. Guillermo Alejandro Ruiz Ordóñez
Vocal Tercero:	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Cuarto:	Br. Pedro José Asturias Sueiras
Vocal Quinto:	Br. Carlos Iván Dávila Álvarez
Secretaria Académica:	Dra. Cándida Luz Franco Lemus

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
Vocal Primero:	Dr. Sergio Armando García Piloña
Vocal Segundo:	Dr. Cesar Mendizábal Girón
Vocal Tercero:	Dr. Jorge Ávila Morales
Secretaria Académica	Dra. Cándida Luz Franco Lemus

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Ser supremo gracias por permitirme alcanzar este éxito.

A MIS PADRES:

José Mariano Trabanino Mata. (Q. E. P. D.)

Berta Julia Vargas.

Muchísimas gracias por su sacrificio y apoyo incondicional. Que Dios les Bendiga.

A MIS HERMANOS:

Víctor Gonzalo, Edgar, Romeo y Carlos Trabanino Vargas.

A MI ESPOSA:

Dra. Yadira Eunice Franco Franco de Trabanino.

A MIS HIJOS:

Fernando David y María José Trabanino Franco.

A MIS SUEGROS:

Conchita Franco y Antonio Franco.

A MI CUÑADA:

Mery de Trabanino.

A MI SOBRINO:

Melvin Osvaldo Trabanino.

A MIS SOBRINAS:

Marcela, Krista, Andrea, Cecilia y Mery.

Que el presente trabajo y esfuerzo sirva de ejemplo en sus vidas.

A MI AMIGO:

Rolando Rabbé Archila.

A TODA MI FAMILIA EN GENERAL.

TESIS QUE DEDICO:

A MI PATRIA GUATEMALA

A MI TIERRA ZACAPA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

A MIS CATEDRÁTICOS E INSTRUCTORES

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado:
“FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN ANATÓMICA Y POR GRUPOS DE EDAD Y
SEXO DE LESIONES BÁSICAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD
BUCAL EN PACIENTES INTEGRALES ATENDIDOS EN LA CLINICA DENTAL
DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN
CARLOS DE GUATEMALA, DURANTE EL AÑO 2002”, conforme lo
demandan los Estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos
de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Deseo dar mis más sinceros agradecimientos a todas las personas que han hecho posible
la realización del presente trabajo.

Y a ustedes distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador, acepten mis
muestras de respeto.

HE DICHO.

INDICE

I.	SUMARIO	1
II.	INTRODUCCIÓN	2
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
IV.	JUSTIFICACIÓN	4
V.	REVISIÓN DE LITERATURA	5
VI.	OBJETIVOS	22
VII.	VARIABLES	23
VIII.	METODOLOGÍA	31
IX.	PRESENTACIÓN Y DISCUSION DE RESULTADOS	34
X.	CONCLUSIONES	49
XI.	RECOMENDACIONES	52
XII.	BIBLIOGRAFIA	53
XIII.	ANEXOS	55

I. SUMARIO

En esta tesis se investigó la frecuencia y distribución anatómica y por grupos de edad y sexo de lesiones básicas en tejidos blandos de la cavidad bucal en pacientes integrales de la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala durante el año 2002.

Del total de 1742 pacientes integrales atendidos durante el año 2002 se revisaron 325 expedientes clínicos, en los que en el 99.38% o sea en 323 expedientes se registraron lesiones básicas. Se encontraron 1528 lesiones básicas o sea 4.7 lesiones por cada caso clínico estudiado.

En la distribución por sexo y por grupos de edades, tanto los hombres (99.2%), como las mujeres (99.5%), presentaron lesiones básicas, por consiguiente no hubo diferencia significativa. De igual manera las máculas, placas, pápulas y nódulos; en este orden, son las lesiones más frecuentes entre los distintos grupos de edades y en ambos géneros.

En orden las lesiones más frecuentes en la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos fue la siguiente: máculas 723 (47.32%), placas 396 (25.92%), pápulas 176 (11.52%), nódulos 157 (10.27%), úlceras 54 (3.53%), pústulas 19 (1.24%), vesículas 2 (0.13%), ampollas 1 (0.17%); no se encontró ningún tumor ni crecimiento.

Los sitios anatómicos de la cavidad bucal en donde fue más común encontrar lesiones básicas fueron en orden descendente: labio superior 395 (25.85%), labio inferior 349 (22.84%), encía superior 214 (14%), encía inferior 138 (9.03%), carrillo derecho 108 (7.06%), carrillo izquierdo 81 (5.3%), paladar duro 79 (5.17%) y pequeños porcentajes de lesiones en otros sitios anatómicos de la cavidad bucal.

Tanto en hombres como en mujeres labio superior, labio inferior, encía superior y encía inferior, en ese orden, son los lugares anatómicos en donde se observaron más lesiones.

II. INTRODUCCIÓN

La cavidad bucal esta situada en la parte inferior y anterior de la cabeza, constituye la primera parte o porción cefálica del tubo digestivo. Los tejidos blandos de la cavidad bucal en muchas ocasiones presentan manifestaciones clínicas de patologías de origen sistémico y local las cuales conocemos como lesiones. Para describir de una manera general estas lesiones, usamos una clasificación que conocemos como “lesiones básicas” clasificación que se refiere exclusivamente al aspecto general que tiene una lesión y que no es sinónimo de “diagnóstico”. En el presente trabajo pretendemos identificar cuál es la frecuencia y distribución anatómica (por sexo, edad, localización dentro de la cavidad bucal) de lesiones básicas de tejidos blandos de la cavidad bucal, en pacientes integrales atendidos en la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante el año 2002.

Es un estudio que emerge luego de determinar que como futuros profesionales de las ciencias odontológicas, se deben tener conocimientos del tema, y seguir las conductas clínicas apropiadas cuando encuentren este tipo de lesiones y no pasarlas por alto.

III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cavidad bucal o boca es el primer segmento del aparato digestivo, es una cavidad irregular cuya capacidad varia dependiendo de la proximidad o separación de la mandíbula y el maxilar entre si. Esta dividida por las arcadas gingivodentarias en dos partes, una periférica o vestíbulo de la boca, y la otra central o cavidad bucal propiamente dicha.

Tomando en cuenta el interés creciente por la orientación biológica en la practica odontológica, que subraya la necesidad de que el odontólogo practicante de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala; tenga un conocimiento básico de la estructura de los tejidos blandos que conforman la cavidad bucal y aquellas lesiones o daños que pudieran presentarse, así como la gran cantidad de programas de prevención y salud bucal que se han implementado y fortalecido, es incomprensible que el odontólogo practicante se dedique solamente a reparar los problemas dentales y no identifique los que se presentan en los tejidos blandos que a veces pasan inadvertidos y no les ponen mayor atención.

Al hacer una revisión bibliografica de la información disponible sobre la frecuencia y distribución anatómica de lesiones básicas de la cavidad bucal en pacientes atendidos en la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala; se encuentra que dicha información no existe y por consiguiente no hay estadísticas de referencia para el odontólogo practicante.

No contar con información que corresponda a lo que se pretende estudiar en la presente investigación se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál será la frecuencia y distribución anatómica y por grupos de edad y sexo de lesiones básicas de tejidos blandos de la cavidad bucal en los pacientes integrales de la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante el año 2002?

IV. JUSTIFICACIÓN

Los tejidos blandos de la cavidad bucal en muchas ocasiones son el primer lugar afectado en distintas patologías, y es en ellos en donde podemos ver los primeros signos que presentan las personas en relación a sus enfermedades y que no deben pasar desapercibidos por su valor diagnóstico.

Es indispensable que en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala se enseñe información actualizada y nacional y no solo la proveniente del extranjero, porque puede ser distinta ya que se considera que no corresponda totalmente a lo que pudiera manifestarse en la población guatemalteca.

Después de haber consultado en la biblioteca y en el Departamento de Diagnóstico de la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se observó que no existe estudio previo que indique cuál es la distribución y frecuencia de lesiones básicas en la cavidad bucal de los pacientes integrales que ahí se atienden, y por consiguiente no hay estadísticas que sirvan de referencia al odontólogo practicante y al mismo docente.

V. REVISIÓN DE LITERATURA

1. Lesiones básicas de tejidos blandos de la cavidad bucal

Introducción:

Una de las principales barreras para tener una buena comunicación entre personal de ciencias de la salud, ha sido durante años la falta de calibración y unificación de criterios en cuanto a terminología para descripción de lesiones básicas. (2).

Es muy importante hacer notar que el termino “lesiones básicas” se refiere exclusivamente al ASPECTO GENERAL que tiene una lesión para poder hacer una imagen visual de la misma, y de ninguna manera debe pensarse que este termino sea sinónimo de diagnostico de la lesión determinada, por ejemplo: la lesión básica que presenta el herpes labial recurrente, inicialmente, es una vesícula. (2)

Debe tenerse en cuenta que el termino lesión no implica necesariamente un área elevada o deprimida sino que también puede observarse únicamente como un cambio de coloración como sucede con la mácula o mancha.(2)

Definición de lesión básica:

Daño orgánico de los tejidos blandos de la cavidad bucal, identificado al examen clínico (inspección y palpación); refiriéndose exclusivamente al aspecto general que tiene una lesión y de ninguna manera debe pensarse que este termino sea sinónimo de diagnóstico. (2,3,4,5,6).

Procedimiento para la descripción de lesiones básicas:

El procedimiento para la descripción de lesiones básicas en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, es el que se describe a continuación: (2)

Aspecto general:

Indíquese la apariencia principal que presenta al examen por inspección, utilizando el término más adecuado de acuerdo a la lesión básica que representa tal como: mácula, Pápula, úlcera, tumor vesícula etc. (2)

Forma:

Indíquese la configuración principal utilizando como referencia para ello figuras geométricas tales como: círculo, cuadrado, triángulo, rectángulo, ovalo, elipse, esfera, cubo, pirámide, cilindro, ovoide. (2)

Localización:

Indíquese con precisión el sitio donde se encuentra señalando el área anatómica que ocupa y la posición de sus límites. En algunos casos, es recomendable dividir el área anatómica en tercios o cuadrantes, para facilitar la localización.(2)

Base:

Indíquese si la base es sésil o pedunculada. (2)

Tamaño:

Indíquese en sistema métrico decimal, las dimensiones aproximadas de los distintos ejes preferiblemente después de medirla directamente. (2)

Color:

Indíquese el matiz principal y determínese si este es más intenso o más pálido que la mucosa o la piel vecina. Así mismo, anótese cuando en el mismo se observan diferentes matices. (2)

Bordes:

Indíquese si los bordes son definidos o indefinidos.(2)

Superficie:

Indíquese la apariencia superficial, tal como: lisa, rugosa, ulcerativa, etc.(2)

Consistencia:

Indíquese la consistencia que se aprecia al palparla tal como: blanda, dura, fluctuante, firme. Así mismo anótese cuando en la misma se palpen variaciones en la consistencia. (2)

Movilidad:

Indíquese si se mueve libremente o si esta adherida a los tejidos circundantes, o bien a los planos profundos o superficiales. Agréguese a la descripción cualquier otra característica presente, tal como: secreciones (indicando de que tipo), fístulas, indentaciones y otras. (2)

Síntomas:

Indíquese si la lesión presenta algún síntoma discernible, tal como: dolor, ardor, prurito. En algunos casos, el único síntoma detectable es una molestia indefinida. En otras ocasiones no existe sintomatología alguna por lo que deberá anotarse como asintomático.(2)

Evolución:

Anótese un resumen del desarrollo de la lesión, cuando sea posible establecerlo, de lo contrario se anotara tiempo de evolución desconocido.(2)

Las lesiones básicas de tejidos blandos en la cavidad bucal son:

1. Mácula
2. Pápula
3. Nódulo
4. Tumor
5. Placa
6. Vesícula
7. Pústula
8. Ampolla o Flictena
9. Úlcera
10. Crecimiento.

1.1 MÁCULA: (DEL LATIN MACULE) (8)

Área circunscrita de extensión y tamaño variable, sin elevaciones o depresiones, no palpable, que esta representada por un cambio de coloración en piel como en mucosa y puede ser resultado de una hiperpigmentación de melanina, sangre o sus metabolitos, colorantes biliares, lípidos y carotenoides.
(3)

La mácula también se define como una área bien circunscrita, de tonalidad anormal y aproximadamente 0.5 cm de diámetro. Puede ser de color marrón, rojo, azul, blanco, amarillo o rosa. Un área de mayor tamaño, aplanada y de color anormal, se considera como una placa. (10)

Las máculas se pueden clasificar como hipopigmentadas (blancas o rosadas) ejemplo de ellas el Vitíligo, hiperpigmentadas (marrón) ejemplo de ellas Efélides, Manchas café con leche (puntos café con leche), Lentigo solar (manchas hepáticas) y Melasma (mascara del embarazo) y Eritematosas (rojas) ejemplo de ellas son: Erisipela, telangiectasias, petequias, púrpuras, equimosis y hemorragias subungulares. (10)

Las máculas también pueden deberse a una anomalía de la estructura vascular. Por formación excesiva de vasos pueden observarse eritemas vasculares o bien telangiectasias. Si hay disminución de vasos sanguíneos se producen máculas blancas. (1,2,3,9).

“Para indicar la forma de las máculas se deberá usar idealmente figuras geométricas planas” (3).

1.2 PÁPULA: (DEL LATIN PAPULE) (8)

Es una lesión circunscrita sólida y elevada que mide hasta 0.5 cm. de diámetro y que siempre es de base sésil; la mayor parte de la lesión esta arriba del plano del tejido circundante. Puede ser únicas o múltiples y de cualquier color; para la descripción de la forma se deberá usar figuras geométricas tridimensionales (1,2,3,9).

Una pápula es una prominencia cutánea que mide hasta 0.5 cm. de diámetro. La confluencia de varias que midan más de 0.5 cm puede dar a la formación de una placa (10).

Las pápulas pueden ser fibrosas, que es cuando poseen forma de domo, son firmes y de color carnosos, miden menos de 0.5 cm. y poseen una base ancha; en ocasiones son pedunculadas y aparecen en la edad media y atacan por igual ambos sexos (10).

Como ejemplos de pápulas tenemos el Adenoma Sebáceo (angiofibroma), que se presentan como pápulas solitarias, pequeñas de 0.1 a 0.3 cm, de color carnosos, marrón o rojizo, lisos y brillantes situados a ambos lados de la nariz. Otro ejemplo de pápulas tenemos los Neurofibromas dérmicos que son también de color carnosos, pedunculados o sesiles. (10)

La hiperplasia sebacea, los nevus, los melanomas, la dermatitis peribucal, la foliculitis; todas son ejemplos de lesiones papulares. (10)

“Las pápulas pueden ser el resultado de depósitos metabólicos de hiperplasia de los componentes celulares de la epidermis o de la dermis, o de infiltrado celular localizado en la dermis” (1). “Al curar, las pápulas no dejan secuelas” (3).

1.3 NÓDULO: (DEL LATIN NÓDULOS) (8)

Es una lesión circunscrita o elevada que puede medir desde 0.5 cm hasta 3 cm. de diámetro; puede tener cualquier forma tridimensional. Su consistencia puede ser dura o blanda, puede estar localizada superficialmente en el epitelio o extenderse a tejido conjuntivo, en cuyo caso se considera profunda, y solo es detectable a la palpación. Su base puede ser sésil o pedunculada, característica que la distingue de una pápula que mide 0.5 cm (3)

Un nódulo es una lesión sólida, prominente y circunscrita que mide más de 0.5 cm. (10)

El carcinoma de células basales es un ejemplo de una lesión nodular, que se presenta como un nódulo perlino duro, con vasos telangiectásicos sobre su superficie. El queratoacantoma se caracteriza por un nódulo firme, liso, en forma de domo y de color carnososo o eritematoso. El carcinoma de células escamosas en su etapa inicial se presenta como una lesión nodular aunque al final su aspecto es ulcerativo (10).

Los nódulos tratan de un aumento de tejido o un acumulo celular inflamatorio los cuales pueden ulcerarse. Son resultado de infiltraciones neoplásicas o depósitos metabólicos en la dermis o epidermis que indican desordenes sistémicos. Los nódulos pueden indicar una manifestación benigna o maligna (1, 2, 3,9).

1.4 TUMOR: (DEL LATIN TUMOR, HINCHAZÓN) (8)

“Tumor es una lesión similar al nódulo pero con la diferencia de que mide más de 3 cm. de diámetro, al igual que el nódulo puede tener base sésil o pedunculada y puede ser de cualquier forma tridimensional y cualquier color” (3,8).

“Puede ser de origen benigno o maligno y debe tenerse cuidado de no confundir este término estrictamente morfológico con un sinónimo del término tumor que se aplica a las lesiones neoplásicas, donde la multiplicación de las células no esta totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo” (3,6).

Los tumores benignos no ponen en peligro la vida del paciente, al menos que interfieran con la función de órganos vitales, crecen lentamente y generalmente permanecen estacionarios al alcanzar cierto tamaño. Crecen por expansión separando los tejidos normales sin invadirlos, por lo tanto, son circunscritos bien demarcados y encapsulados, no producen metástasis, no sufren ulceración o necrosis fácilmente, el tratamiento local por remoción es usualmente exitoso y raras veces recurren, histológicamente están compuestos de tejido bien diferenciado, similar al tejido de origen. (9)

Los tumores malignos si no se tratan adecuadamente producen invariablemente la muerte del paciente, crecen rápidamente infiltrando e invadiendo los tejidos vecinos, son mal delimitados y no tienen cápsula, pueden dar origen a metástasis, la remoción quirúrgica no siempre produce una cura completa debido a la dificultad de eliminarlos totalmente, se necrosan y ulceran con facilidad, pueden producir manifestaciones sistémicas, histológicamente están compuestos por tejidos inmaduros que tiende a semejar formas embrionarias y son pobremente diferenciados. (9)

El diagnóstico de los tumores de la cavidad oral constituye un problema importante en la práctica odontológica aun cuando estas lesiones no son muy frecuentes, deben ser estudiadas con especial interés por el odontólogo porque tienen gran repercusión sobre la salud oral y general del paciente. La identificación de los tumores, requiere un procedimiento semejante al de cualquier otra lesión oral, es decir un proceso racional e integral de diagnóstico. Debe tomarse en cuenta, cuando se efectúa el examen de la lesión, que la descripción completa y detallada de las características clínicas y/o roentgenológicas y su análisis es fundamental para el diagnóstico adecuado del caso. Es necesario tener en mente que el diagnóstico clínico es siempre tentativo y que únicamente el estudio histológico de la lesión permite obtener un diagnóstico definitivo. Sin embargo, el análisis de las características clínicas proporciona la información necesaria para establecer con buen grado de certeza, si la lesión es de naturaleza benigna o maligna. (9)

Entre los tumores benignos más comunes de la cavidad bucal tenemos el papiloma oral; que se puede presentar a cualquier edad y en ambos sexos; tenemos también fibromas, lipomas, mixomas, hemangiomas, linfangiomas, mioblastomas, érpulis congénitos, osteoblastomas, osteomas. (9)

Entre los tumores malignos de la cavidad oral podemos mencionar; osteosarcomas, condrosarcomas, sarcoma de Ewing, mieloma múltiple, carcinoma metastático etc. (10)

1.5 PLACA: (DEL LATIN PLAQUE) (8)

“La placa es una área de extensión variable y que no se desprende al tratar de ser removida de la superficie donde se encuentra” (3). “Frecuentemente esta formada por una confluencia de pápulas como ocurre en el caso de lesiones causadas por hongos, psoriasis, liquen plano y gránulos de Fordyce. Algunas veces la placa puede estar atravesada en su superficie por pliegues o fisuras que la dividen en varias partes” (1).

1.6 VESÍCULA : (DEL LATIN VESICLE) (10)

“**Son pequeñas** elevaciones circunscritas de la epidermis que contienen en su interior un fluido blanquecino, amarillento o rojizo del tamaño hasta 0.5 cm. de diámetro” (3)

“Dependiendo del lugar donde se encuentre pueden ser subepiteliales o intraepiteliales de forma siempre redondeada, de superficie lisa y base por lo general sésil” (3).

Si la vesícula es superficial sus paredes son muy delgadas y revienta fácilmente, por ejemplo por el rascado o cepillado; el contenido de la vesícula se vacía a la piel circundante. En la vesícula cuando es intraepidérmica o subepidérmica sus paredes son más resistentes, el contenido en general se reabsorbe y las paredes se transforman en escamas (3, 5,9).

Además hay vesículas producidas por degeneración de células epidérmicas y disolución de los elementos de unión entre las células” (6).

Las vesículas representan una acumulación circunscrita de líquido en el epitelio o justo por debajo de este. (10)

Entre las entidades patológicas bucales que más comúnmente se manifiestan con vesículas tenemos: Infecciones por herpes simple, infecciones por varicela-zoster, dermatitis por contacto, impétigo. (10)

1.7 AMPOLLA (DEL LATIN FLICTENA) (5)

Es una elevación de líquido bien circunscrita de más de 1 cm. de diámetro, de forma redondeada o irregular; la unión de varias vesículas puede formar una ampolla. Por confluencia puede cubrir áreas extensas del cuerpo. Las ampollas pueden aparecer flácidas o tensas. El líquido que contienen es generalmente seroso, ocasionalmente seropurulento o rara vez hemorrágico. Algunas veces son de base sésil y en ocasiones debido al peso del líquido pueden formarse un pedúnculo (3)

Las ampollas localizadas en la epidermis son superficiales y se rompen fácilmente, bien sea espontáneamente o por un ligero trauma, aquellas localizadas debajo de la epidermis son profundas de más consistencia pueden durar varios días sin romperse (3).

La cavidad de las ampollas pequeñas es generalmente unilocular, pero las grandes pueden penetrar varios espacios (multilocular) después de romperse las ampollas pueden secarse, formando una costra delgada, pueden dejar un área exudativa aguda que secreta un exudado seropurulento y en raras ocasiones pueden ser vegetantes como pénfigo vulgar (3).

1.8 PÚSTULA: (DEL LATIN PUSTULE) (1,8)

La pústula es una elevación circunscrita de la piel que contiene exudado purulento sin importar su tamaño. La cavidad puede ser unilocular o multilocular (3).

El color del pus es blanco-amarillento, amarillo-versodo, verde, o verde-rojizo si el pus esta mezclado con sangre. Las lesiones pueden aparecer como pústulas o pueden desarrollarse de pápulas (pápula-pústula) o de vesícula (vesico-pústula) (3).

Las pústulas pueden aparecer aisladas o agrupadas, y pueden estar localizadas en piel, en el orificio de un folículo pelo-sebáceo o un conducto sudoríparo. Las lesiones pueden aparecer en la piel aparentemente normal o pueden presentar una aureola inflamatoria (3).

A medida que las pústulas se secan se forman costras amarillo-verdosas o verde-rojizas (sí el pus esta mezclado con sangre). Grupos de pústulas pueden converger y formar úlceras de bordes policiclicos. Las pústulas son características de las infecciones por estafilococo pero pueden aparecer en muchas enfermedades cutáneas; a menudo indican una infección bacteriana secundaria (3).

1.9 ÚLCERA: (DEL LATIN ULCUS) (8)

Una úlcera se define simplemente como la perdida del epitelio. El termino erosión implica en general un defecto superficial que produce perdida de una porción del epitelio. Sin embargo, con propósitos prácticos, erosión y ulcera se usan como sinónimos; muchas úlceras van precedida por flictenas (vesículas o bullas) (10).

Es un defecto, ruptura o destrucción de la epidermis y pérdida de la continuidad del epitelio que puede invadir la dermis, debido a procesos inflamatorios, a procesos vasculares, lesiones físico-químicas o destrucción por neoplasias (3).

En pacientes odontológicos se observan a menudo lesiones ulcerosas. Aunque el aspecto clínico de muchas úlceras bucales es similar, sus causas pueden ocasionar manifestaciones reactivas, neoplásicas o bucales de enfermedades dermatológicas. El diagnostico es importante no solo para el paciente, sino también para el clínico. Las úlceras infecciosas son potencialmente transmisibles al personal odontológico y deben tratarse con precaución (10).

Las úlceras constituyen la lesión más común de tejidos blandos en la boca. La mayor parte se debe a traumatismo mecánico simple y casi siempre es evidente la relación causa-efecto. Prácticamente todas las úlceras se deben a traumatismo accidental y suelen presentarse en regiones donde es fácil que entren en contacto con los dientes, por ejemplo labio inferior, lengua y mucosa bucal. La úlcera traumática en la porción anterior de la lengua de un lactante con dientes de leche se conoce como enfermedad de Riga-fede. Las prótesis, con mayor frecuencia las dentaduras postizas, se relacionan muchas veces con úlceras traumáticas agudas o crónicas (10).

En circunstancias inusuales, las lesiones pueden ser autoinducidas debido a un hábito anormal relacionado con algún problema psicológico (10).

Las úlceras traumáticas bucales también pueden ser yatrogenas. En el tratamiento de pacientes odontológicos, respetar los frágiles tejidos blandos bucales es, por supuesto, de capital importancia. La excesiva manipulación de tejidos o concentrar la atención sobre todo en el tratamiento de tejidos duros puede dar lugar a lesiones accidentales sobre tejidos blandos que deben evitarse. Ciertas sustancias químicas pueden causar úlceras bucales en virtud de su naturaleza ácida o básica o su capacidad para actuar como irritante o alérgeno (10).

Se pueden producir úlceras por aplicación de ácido acetil salicílico, por agentes quelantes durante un tratamiento endodóntico o por radiación, durante tratamientos por radioterapia (10).

Ocasiona depresión de profundidades variables en cuyo fondo se encuentra tejido conjuntivo que puede estar cubierto por exudado; las úlceras pueden ser puntiformes o llegar a medir varios centímetros de diámetro (3).

Las que miden varios centímetros de diámetro pueden ser confluencia o unión de varias úlceras pequeñas. Cuando se observan úlceras grandes, no debe descartarse la posibilidad de que se hayan unido úlceras pequeñas aun las que parecen puntos y que se llaman puntiformes, para esto es importante la historia clínica y la observación cuidadosa. El contorno de una úlcera puede ser variable, esto se refiere a la forma que tenga la lesión; por lo tanto puede decirse que hay úlceras de forma ovoide, circular y elíptica. Lo que limita el contorno de una úlcera son sus bordes, o sea que sus bordes indican casi siempre, donde termina la pérdida de epitelio y si hay entonces se forma una úlcera (3).

Los bordes de una úlcera pueden ser: suaves, duros, definidos, indefinidos, elevados, crateriformes, excavados, cortados a pico y difusos, diferencia que es solamente clínica. La dureza o la suavidad del borde de una úlcera se determina al palparla (3).

Cuando los bordes de una úlcera pueden establecerse con precisión, se dice que sus bordes están definidos, si no, es que son indefinidos. En una úlcera los límites pueden estar por arriba del fondo de la misma o sobresaliendo de la superficie; si se ve esto clínicamente en la lesión, se dice que la úlcera tiene bordes elevados. Cuando en el borde de una úlcera se observan pequeñas depresiones (continuas o no), se dice que la misma es crateriforme, el borde da la impresión de estar formado por pequeños cráteres. El borde excavado es aquel que se ve como si hubiera sido hecho con un sacabocados; esto se observa clínicamente si el borde de una úlcera tiene una superficie socavada. Cuando el borde de una úlcera se ve como afilado, terminado en sus límites como una punta se dice que es cortado a pico, se ve el borde como biselado al fondo de la úlcera lo que da la forma de un pico (3).

Si tiene sus bordes difusos es cuando no puede indicarse con precisión donde empieza y termina una úlcera, tomando en cuenta que el fondo de la misma se entremezcla (3).

El fondo de una úlcera es lo que está dentro de sus bordes y puede ser de tres tipos: liso, granuloso y cubierto de membrana. Cuando la superficie del fondo es regular en su apariencia se dice que el fondo es liso. Cuando es granuloso está formado por múltiples puntos enrojecidos sobre una base de color blanquecino. El fondo de una úlcera puede tener un exudado, cuando esto ocurre se dice que el fondo de la úlcera está cubierto de membrana; el exudado en el fondo de una úlcera puede variar en cuanto a coloración o sea que un fondo cubierto de membrana puede dar diferente color a una úlcera (3).

Cuando la base de una úlcera (el tejido que la rodea) es dura, se dice que esta infiltrada; el concepto de infiltración implica que algo extraño el tejido de la base, se acumulo alrededor de la úlcera (3).

Las úlceras intra bucales son casi siempre muy dolorosas por lo que se debe tener especial cuidado cuando se quiere determinar el tipo de base que tiene lo cual se realiza palpando (1, 3, 7,9).

Entre las entidades patológicas que se relacionan con úlceras podemos mencionar: enfermedades bacterianas tales como sífilis, gonorrea, tuberculosis, lepra, actinomicosis, noma; enfermedades micóticas; enfermedades relacionadas con disfunción inmunitaria tales como; úlceras aftosas, síndrome de behcet, eritema multiforme, lupus eritematoso, reacciones a fármacos, granuloma de la línea media , enfermedad granulomatosa crónica, neutropenia cíclica y neoplasias tales como carcinoma de células escamosas, carcinoma del seno maxilas (10).

10. CRECIMIENTO:

Lesión elevada de tejido blando no circunscrita que esta diseminada o generalizada no diferenciándose sus márgenes y que además no encaja en la descripción de tamaños y características especiales de cada una de las otras lesiones básicas (3).

VI. OBJETIVOS

Objetivo general:

Establecer cual fue la frecuencia y distribución anatómica de lesiones básicas de tejidos blandos de la cavidad bucal en pacientes integrales atendidos en la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, atendidos durante el año 2002.

Objetivos específicos:

1. Establecer cual es la frecuencia con que se presentan las lesiones básicas de tejidos blandos de la cavidad bucal.
2. Identificar la distribución de las lesiones básicas de tejidos blandos por sexo.
3. Determinar la distribución de las lesiones básicas de tejidos blandos por edad.
4. Identificar la distribución de las lesiones básicas de tejidos blandos según su localización intrabucal o extrabucal.

VII. VARIABLES

1. Lesiones básicas de tejidos blandos de la cavidad bucal.

- 1.1 Mácula
- 1.2 Pápula
- 1.3 Nódulo
- 1.4 Tumor
- 1.5 Placa
- 1.6 Vesícula
- 1.7 Ampolla o Flictena
- 1.8 Pústula
- 1.9 Úlcera
- 1.10 Crecimiento

2. Sexo

3. Edad

4. Localización.

Definición e Indicadores de las Variables.

1. Lesiones básicas de la cavidad bucal.

1.1 MÁCULA:

Es la única lesión básica que esta representada por un cambio de coloración tanto en mucosa y que no ocasiona ninguna depresión o relieve en su superficie. Es un área de extensión y tamaño variable, de cualquier color y puede ser el resultado de una hiperpigmentación o hipopigmentación de melanina u otro pigmento incluyendo los tatuajes. Para indicar la forma de las máculas se deberá usar idealmente figuras geométricas planas, por ejemplo: círculo, ovalo u otros indicadores.

Indicadores:

Manchas de color diferente a la mucosa vecina, de tamaño variable, presentando una imagen de dos planos, siendo siempre su superficie plana.

1.2 PÁPULA:

Es una lesión circunscrita, sólida y elevada que mide hasta 0.5 cm de diámetro y que siempre es de base sésil, la mayor parte de la lesión esta arriba del plano circundante.

Tal elevación puede ser el resultado de depósitos metabólicos, de hiperplasia de los componentes celulares de la epidermis o de la dermis, o de infiltrado celular localizado en la dermis. Puede ser única o múltiple y de cualquier color. Para la descripción de la forma se deberá usar figuras geométricas tridimensionales, en cuanto a la superficie la misma puede ser lisa, rugosa, ulcerada, etc.

Indicadores:

Elevación de base sésil, no mayor de 0.5 cm. de diámetro, única o múltiple; de color igual o diferente de la mucosa vecina, de cualquier forma geométrica tridimensional y de consistencia dura o blanda.

1.3 NÓDULO:

Es una lesión circunscrita y elevada que puede medir desde 0.5 cm hasta 3 cm. de diámetro, puede tener cualquier forma tridimensional.

Su consistencia puede ser dura o blanda, puede estar localizada superficialmente en el epitelio o extenderse a tejido conjuntivo, en cuyo caso se considera profundo y solo es detectable a la palpación. Su base puede ser sésil o pedunculada, característica que la distingue de una pápula que mide hasta 0.5 cm. Cualquier lesión que se descubra a la palpación y que mida hasta 3 cm. de diámetro se clasificara como nódulo.

Indicadores:

Elevación de 0.5 cm. hasta 3 cm. de diámetro, de base sésil o pedunculada, de consistencia variable entre dura y blanda, su forma variable siempre es tridimensional y presenta un color igual o diferente a la mucosa vecina.

1.4 TUMOR:

Es una lesión similar al nódulo pero con la diferencia de que mide más de 3 cm. de diámetro, al igual que el nódulo puede tener base sésil o pedunculada y puede ser de cualquier forma tridimensional y de cualquier color.

Puede ser de origen benigno o maligno y debe tenerse cuidado de no confundir este término estrictamente morfológico como un sinónimo del término tumor que se aplica a lesiones neoplásicas donde la multiplicación de las células no esta totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo.

Indicadores:

Elevación de base sésil o pedunculada mayor de 3 cm. de diámetro; sin importar la forma tridimensional que presente, de consistencia entre dura y blanda y el color que presenta es igual o diferente a la mucosa vecina.

1.5 PLACA:

La placa es un área elevada de extensión variable y que no se desprende al tratar de ser removida de la superficie donde se encuentra. Frecuentemente esta formada por la confluencia de pápulas como ocurre en el caso de lesiones causadas por hongos, psoriasis, liquen plano y gránulos de Fordyce. Algunas veces la placa puede estar atravesada en su superficie por pliegues o figuras que la dividen en varias partes.

Indicadores:

Superficie elevada de extensión variable que no se puede remover a la manipulación, de base sésil, color igual o diferente a la mucosa vecina y de consistencia dura o blanda.

1.6 VESÍCULA O BULA:

Es una lesión circunscrita y elevada que contiene fluido en su interior. A menudo las paredes de la vesícula son tan delgadas que el fluido que contiene (puede ser suero, linfa o sangre) se trasluce, proporcionándole diferente coloración, puede medir hasta 0.5 cm de diámetro; dependiendo del lugar en que se encuentre puede ser sub-epitelial o intra-epitelial, su forma es siempre redondeada, con superficie lisa y su base es por lo general sésil.

La vesícula son tan delgadas que el fluido que contiene (puede ser suero, linfa o sangre) se trasluce, proporcionándole diferente coloración, puede medir hasta 0.5 cm. de diámetro; dependiendo del lugar en que se encuentre puede ser sub-epitelial o intraepitelial, su forma es siempre redondeada, con superficie lisa y su base es por lo general sésil.

Indicadores:

Elevación circunscrita que contiene fluido en su interior. Su tamaño puede ser de hasta 0.5 cm. de diámetro siendo su consistencia fluctuante y su base sésil. El color que presente dependerá de su contenido (seroso o hemorrágico).

1.7 AMPOLLA O FLICTENA:

Tiene las mismas características que una vesícula pero es mayor de 0.5 cm. La unión de varias vesículas puede formar una ampolla. Son colecciones circunscritas de líquido dentro de la epidermis. Su forma puede ser redondeada o irregular, algunas veces son de base sésil y en ocasiones debido al peso del líquido que contienen en su interior dan la impresión de adquirir un pedúnculo que las une a la superficie donde se encuentran.

Indicadores:

Elevación circunscrita que contiene fluido en su interior diferenciándose de la vesícula únicamente en que su tamaño es mayor de 0.5 cm. de diámetro.

1.8 PÚSTULA:

Es una elevación circunscrita de piel y mucosa, con las mismas características que la vesícula y de la ampolla sin importar su tamaño, la diferencia principal radica en que lo que contiene es un exudado purulento. Dependiendo del color del exudado, puede tener una apariencia blanca, amarilla o amarilla-grisáceo y puede variar en forma y tamaño.

Indicadores:

Elevación circunscrita similar a la vesícula o ampolla diferenciándose únicamente en que el contenido interior de la misma es de tipo purulento. No importa el tamaño que presenta y su color variara entre blanco-amarillento y grisáceo. Su consistencia siempre será fluctuante.

1.9 ÚLCERA:

Son lesiones con destrucción de la epidermis y pérdida de continuidad del epitelio. Pueden ser de cualquier tamaño, desde puntiformes hasta llegar a medir varios centímetros de diámetro. Por lo general son muy dolorosas y poseen características muy específicas que las distinguen de las demás lesiones básicas.

Indicadores:

Pérdida de la continuidad del epitelio de cualquier forma y tamaño, dolorosas o no, de márgenes definidos o no.

1.10 CRECIMIENTO:

Lesión de tejidos blandos elevada que se encuentra diseminada o generalizada en las estructuras anatómicas que afecta, no diferenciándose adecuadamente sus márgenes, siendo su tamaño mayor de 10 cm. y no concuerda con la descripción de las demás lesiones básicas.

Indicadores:

Lesión de tejidos blandos elevada que se encuentra diseminada o generalizada en las estructuras anatómicas que afecta, no diferenciándose adecuadamente sus márgenes, siendo su tamaño mayor de 10 cm. y no concuerda con la descripción de las demás lesiones básicas.

2. SEXO:

Condición orgánica que distingue al macho de la hembra o lo masculino de lo femenino.

Indicador:

Lo observado por el investigador de acuerdo a características físicas del evaluado.

3. EDAD:

Es el periodo de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento, como la edad del niño que se expresa en horas, días, meses y la edad de jóvenes y adultos.

Indicador:

Respuesta del paciente a la pregunta ¿cuántos años cumplidos tiene?

4. LOCALIZACIÓN:

Indíquese con precisión el lugar donde se encuentra, señalando el área anatómica que ocupa y la posición de sus límites.

Indicador:

Lesión básica que se encuentre en las estructuras anatómicas de cavidad bucal incluidas en el siguiente listado:

Labio superior

Labio inferior

Encía superior

Encía inferior

Paladar duro

Paladar blando

Piso de boca

Dorso de lengua

Ventre de lengua

Bordes de lengua

Carrillo izquierdo

Carrillo derecho

Ambos carrillos

Frenillo labial superior

Frenillo labial inferior

Frenillo lingual

VIII. METODOLOGÍA

1. CONSENTIMIENTO:

Por ser un estudio retrospectivo se pidió autorización por escrito a la Dirección de Clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para poder revisar las fichas clínicas de los pacientes integrales atendidos durante el año 2002.

2. POBLACIÓN:

Pacientes integrales:

Son los pacientes que se ingresan a la Clínica Dental para realizarles un tratamiento completo y que como mínimo se les atiende en tres disciplinas clínicas. (Periodoncia, cirugía, operatoria dental, prótesis fija, prótesis removible y prótesis total).

Para la presente investigación se tomó en cuenta a todos los pacientes integrales debido a que este grupo de pacientes representan la mayor población atendida, y por consiguiente la muestra que se va a obtener será bastante representativa de lo que se desea estudiar.

Todos los pacientes integrales de ambos sexos y de todas las edades atendidas durante el año 2002 en la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

3. MUESTRA:

Del total de 1742 pacientes integrales atendidos durante el año 2002 se obtuvo el tamaño de la muestra; la cual se calculó de acuerdo a la siguiente fórmula; que nos dio como resultado el tamaño de la misma.

$$n = \frac{N p q}{N-1 (Le) + p q}$$

n= tamaño de la muestra

N= tamaño de la población

P= proporción en la población = 0.5 (tamaño máximo)

q= 1 - p

Le= limite de error máximo aceptable = 10% = 0.1 (máximo error
Permisible en una muestra)

$$n = \frac{(1742) * (0.5) * (0.5)}{(1741) (0.1) + (0.5) * (0.5)}$$

n= 325 casos clínicos.

4. PROCEDIMIENTO:

Se elaboró una ficha guía que servirá para anotar los datos que se encuentren al revisar las fichas clínicas, y estén relacionados con el tema.

Se revisarán las fichas clínicas de la muestra de pacientes y se anotarán los hallazgos clínicos encontrados en las fichas guías diseñadas para la recolección de datos.

Una vez recopilados todos los datos y la información necesaria se procederá a aplicar los métodos estadísticos pertinentes para obtener los resultados.

Con los resultados obtenidos se procedió a realizar el análisis e interpretación de la presente investigación por medio de cuadros, graficas, tablas y textos.

Se hicieron las respectivas conclusiones y recomendaciones.

IX. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación presento lo encontrado en la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Se estudiaron un total de 325 expedientes clínicos de pacientes integrales atendidos en la Clínica Dental durante el año 2002, de los cuales 200 (61.53%) corresponden al sexo femenino y 125 (38.47%) corresponden al sexo masculino.

TABLA No. 1

GRUPOS DE EDADES DE LOS CASOS CLÍNICOS ESTUDIADOS

EDAD (años)	20 o menor	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 o más	TOTAL
frecuencia	81	110	44	45	45	325
porcentaje	24.92	33.84	13.53	13.84	13.84	100

Fuente: Clínica Dental Facultad de Odontología USAC.

De acuerdo a la edad, la mayoría de los casos clínicos estudiados correspondían al grupo de 21 a 30 años (110 / 325 o sea el 33.84% de la muestra estudiada). Siguiendo un orden los de 20 años o menor (81 / 325 o sea el 24.92% de la muestra estudiada, le sigue el grupo de 31 a 40 (44 / 325), los últimos dos grupos que son de 41 a 50 y de 51 o más años de edad, ambos grupos con 45 / 325 respectivamente cada uno o sea el 13.85% cada uno.

TABLA No. 2

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE CASOS CLÍNICOS CON LESIONES BÁSICAS DE TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL POR SEXO EN LA CLÍNICA DENTAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

	Hombres	%	Mujeres	%
Lesión	124	99.2	199	99.5
No-lesión	1	0.8	1	0.5
Total	125	100	200	100

Fuente: Clínica Dental Facultad de Odontología USAC.

De 325 casos clínicos estudiados, 125 corresponden al sexo masculino, de los cuales 124 o sea el 99.2% presentaron algún tipo de lesión, tan solo el 0.8% o sea 1 caso clínico no presento lesiones básicas. De 200 casos clínicos que corresponden al sexo femenino el 99.5% presentaron lesiones básicas tan solo 1 caso no presento lesión alguna (0.5%).

En la distribución de lesiones básicas en tejidos blandos de la cavidad bucal se pudo observar que los hombres y mujeres presentaron lesiones casi en iguales porcentajes.

TABLA No. 3
FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LESIONES BÁSICAS EN
PACIENTES INTEGRALES CLÍNICA DENTAL FACULTAD DE
ODONTOLOGIA USAC.

	Mácula	Pápula	Nódulo	Tumor	Placa	Vesícula	Ampolla	Pústula	Úlcera	Crecimiento	TOTAL
Frecuencia	723	176	157	0	396	2	1	19	54	0	1528
Porcentaje	47.32%	11.52%	10.27%	0.00%	25.92%	0.13%	0.07%	1.24%	3.53%	0.00%	100

Fuente: Clínica Dental Facultad de Odontología USAC.

Las 1528 lesiones se distribuyeron en orden descendente así: máculas 723 (47.32%), placas 396 (25.92%), pápulas 176 (11.52%), nódulos 157 (10.27%), úlceras 54 (3.53%), pústulas 19 (1.24%), vesículas 2 (0.13%), ampollas 1 (0.17%); no se encontró ningún tumor ni crecimiento (Tabla #3).

TABLA No. 4
FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LESIONES BÁSICAS EN PACIENTES
INTEGRALES VARONES CLÍNICA DENTAL FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
USAC.

	Mácula	Pápula	Nódulo	Tumor	Placa	Vesícula	Ampolla	Pústula	Úlcera	Crecimiento	TOTAL
Frecuencia	298	75	60	0	201	0	1	6	30	0	671
Porcentaje	44.41%	11.18%	8.94%	0.00%	29.96%	0.00%	0.15%	0.89%	4.47%	0.00%	100

Fuente: Clínica Dental Facultad Odontología USAC.

Las lesiones básicas que se encontraron en los 125 casos clínicos correspondientes al sexo masculino fueron 671 esto es equivalente a 5.36 lesiones por caso clínico. Las lesiones se distribuyeron en orden descendente de la siguiente manera: máculas 298 (44.41%), placas 201 (29.96%), pápulas 75 (11.18%), nódulos 60 (8.94%), úlceras 30 (4.47%), pústulas 6 (0.89%), ampollas 1 (0.15%); no se encontró tumores, vesículas ni crecimientos en este grupo (Tabla No.4).

TABLA No. 5
FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LESIONES BÁSICAS EN PACIENTES
INTEGRALES MUJERES CLÍNICA DENTAL FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
USAC.

	Mácula	Pápula	Nódulo	Tumor	Placa	Vesícula	Ampolla	Pústula	Úlcera	Crecimiento	TOTAL
Frecuencia	425	101	97	0	195	2	0	13	24	0	857
Porcentaje	49.59%	11.79%	11.32%	0.00%	22.75%	0.23%	0.00%	1.52%	2.80%	0.00%	100%

Fuente: Clínica Dental Facultad Odontología USAC.

Las lesiones básicas que se encontraron en los 200 casos clínicos que corresponden al sexo femenino fueron 857 esto es equivalente a 4.28 lesiones por caso clínico. Las lesiones se distribuyeron en orden descendente de la siguiente manera: máculas 425 (49.59%), placas 195 (22.75%), pápulas 101 (11.79%), nódulos 97 (11.32%), úlceras 24 (2.80%), pústulas 13 (1.52%), vesículas 2 (0.23%); no se encontraron tumores, ampollas ni crecimientos en este grupo (Tabla No. 5).

TABLA No. 6

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LESIONES BÁSICAS EN TEJIDOS BLANDOS SEGÚN SU LOCALIZACIÓN BUCAL EN LA CLÍNICA DENTAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Localización	Fx	Porcentaje
Labio Superior	395	25.85
Labio Inferior	349	22.84
Encía Superior	214	14
Encía Inferior	138	9.03
Paladar Duro	79	5.17
Paladar Blando	6	0.39
Piso de Boca	7	0.45
Dorso de Lengua	5	0.32
Ventre de Lengua	6	0.19
Bordes de Lengua	17	1.11
Carrillo Derecho	108	7.06
Carrillo Izquierdo	81	5.3
Frenillo Labial Superior	49	3.2
Frenillo Labial Inferior	0	0
Frenillo Lingual	0	0
Carrillo Bilateral	74	4.84
TOTAL	1528	100

Fuente: Clínica Dental Facultad de Odontología USAC.

La distribución de lesiones básicas de tejidos blandos según su localización intraoral se describe en la tabla No.6 donde observamos que se encontraron mas lesiones en Labio superior 395 (25.85%), siguiendo en orden descendente: Labio inferior 349 (22.84%), Encía superior 214 (14%), Encía inferior 138 (9.03%), Carrillo derecho 108 (7.06%), Carrillo izquierdo 81 (5.3%), Paladar duro 79 (5.17%), Frenillo labial superior 49 (3.2%), Bordes de lengua 17 (1.11%); no se encontraron lesiones en frenillo labial inferior ni en frenillo lingual.

TABLA No. 7

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LESIONES BÁSICAS DE TEJIDOS BLANDOS SEGÚN SU LOCALIZACIÓN INTRAORAL EN MUJERES Y VARONES EN LA CLÍNICA DENTAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

	Mujeres		Varones	
Localización	Fx	%	Fx	%
Labio Superior	237	27.65%	158	23.55%
Labio Inferior	198	23.10%	151	22.50%
Encía Superior	118	13.77%	96	14.31%
Encía Inferior	63	7.35%	75	11.18%
Paladar Duro	55	6.42%	24	3.58%
Paladar Blando	1	0.12%	5	0.75%
Piso Boca	4	0.47%	3	0.45%
Dorso de Lengua	3	0.35%	2	0.30%
Ventre de Lengua	1	0.12%	5	0.75%
Carrillo Derecho	49	5.72%	59	8.79%
Carrillo Izquierdo	41	4.78%	40	5.96%
Frenillo Labial Superior	31	3.62%	18	2.68%
Frenillo Labial Inferior	0	0.00%	0	0.00%
Frenillo Lingual	0	0.00%	0	0.00%
Carrillos Bilaterales	47	5.48%	27	4.02%
Bordes de Lengua	9	1.05%	8	1.19%
Totales	857	100	671	100

Fuente: Clínica Dental Facultad de Odontología USAC.

Labio superior, labio inferior, encía superior, encía inferior, en ese orden que se puede observar tanto en hombres como en mujeres, que son los lugares anatómicos en donde se observaron más lesiones.

TABLA No. 8

COMPARACIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LESIONES BÁSICAS DE TEJIDOS BLANDOS EN CAVIDAD BUCAL ENTRE GRUPOS DE EDADES ESTUDIADOS DE PACIENTES INTEGRALES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

Edades	20 o menor		21 a 30 años		31 a 40 años		41 a 50 años		51 o mayor	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Mácula	177	50.72%	243	46.55%	111	47.84%	102	47.00%	90	43.27%
Pápula	39	11.17%	66	12.64%	25	10.78%	26	11.98%	20	9.62%
Nódulo	31	8.88%	63	12.07%	20	8.62%	21	9.68%	22	10.58%
Tumor	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Placa	85	24.36%	121	23.18%	65	28.02%	56	25.81%	69	33.17%
Vesícula	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	0.96%
Ampolla	0	0.00%	1	0.19%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Pústula	2	0.57%	9	1.72%	1	0.43%	6	2.76%	1	0.48%
Úlcera	15	4.30%	19	3.64%	10	4.31%	6	2.76%	4	1.92%
Crecimiento	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
TOTAL	349	100	522	100	232	100	217	100	208	100
Sin Lesión	2	2%	0	0	0	0	0	0	0	0
Con Lesión	79	98%	110	100	44	100	45	100	45	100
Investigados	81	100	110	100	44	100	45	100	45	100

Fuente: Clínica Dental Facultad de Odontología USAC.

En el grupo de 20 o menos años de edad, que contiene 81/325 casos clínicos las máculas las fueron las lesiones básicas más frecuentes 177 (50.72%), siguiendo las placas 85 (24.36%); no se presentaron tumores, vesículas, ampollas ni crecimiento. (Ver tabla No. 8).

En el grupo de 21 a 30 años, que es el grupo más grande que tiene 110/325 casos clínicos; las máculas fueron las lesiones básicas más frecuentes 243 (46.55%), siguiendo las placas 121 (23.18%), pápulas 66 (12.64%), nódulos 63 (12.07%), úlceras 19 (3.64%), pústulas 9 (1.72%), ampollas 1 (0.19%); no se encontraron en este grupo tumores, vesículas ni crecimientos. (Ver tabla No. 8)

En el grupo de 31 a 40 años las lesiones básicas que más se encontraron fueron, máculas 111 (47.84%), las placas 65 (28.02%), las pápulas 25 (10.78%), los nódulos 20 (8.62%), las úlceras 10 (4.31%), y las pústulas 1 (0.43%); no se encontraron tumores, vesículas, ampollas ni crecimientos. (ver tabla No. 8).

En el grupo de 41 a 50 años las lesiones básicas que más se encontraron fueron, máculas 102 (47.00%), las placas 56 (25.81%), las pápulas 26 (11.98%), los nódulos 21 (9.68%), las pústulas y las úlceras presentaron las mismas frecuencias y porcentajes 6 (2.76%); no se encontraron tumores, vesículas, ampollas ni crecimientos.(ver tabla No. 8).

En el grupo de 51 o mayor edad, las lesiones que más se encontraron fueron, máculas 90 (43.26%), las placas 69 (33.17%), los nódulos 22 (10.58%), las pápulas 20 (9.61%), las úlceras 4 (1.92%), las vesículas 2 (0.96%), las pústulas 1 (0.42%); no se encontraron tumores, ampollas ni crecimientos.(ver tabla No. 8).

TABLA No. 9

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LESIONES BÁSICAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL SEGÚN SU LOCALIZACIÓN INTRAORAL EN PACIENTES INTEGRALES DE LA CLÍNICA DENTAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

	Mácula		Pápula		Nódulo		Placa		Vesícula		Ampolla		Pústula		Úlcera		TOTAL
Labio Superior	223	30.84%	5	2.84%	3	1.91%	160	40.40%	1	50%	1	100%	0	0	2	3.70%	395
Labio Inferior	219	30.29%	2	1.14%	1	0.64%	118	29.80%	1	50%	0	0	0	0	8	14.81%	349
Encía Superior	84	11.62%	98	55.68%	11	7.01%	3	0.76%	0	0%	0	0	16	84.21	2	3.70%	214
Encía Inferior	59	8.16%	47	26.70%	24	15.29%	1	0.25%	0	0%	0	0	3	15.78	4	7.41%	138
Paladar Duro	15	2.07%	3	1.70%	53	33.76%	6	1.52%	0	0%	0	0	0	0	2	3.70%	79
Paladar Blando	2	0.28%	2	1.14%	1	0.64%	0	0.00%	0	0%	0	0	0	0	1	1.85%	6
Piso de Boca	5	0.69%	0	0.00%	1	0.64%	1	0.25%	0	0%	0	0	0	0	0	0.00%	7
Dorso de Lengua	5	0.69%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0%	0	0	0	0	0	0.00%	5
Ventre de Lengua	4	0.55%	0	0.00%	0	0.00%	1	0.25%	0	0%	0	0	0	0	1	1.85%	6
Bordes de Lengua	13	1.80%	1	0.57%	1	0.64%	1	0.25%	0	0%	0	0	0	0	1	1.85%	17
Carrillo Derecho	43	5.95%	6	3.41%	3	1.91%	39	9.85%	0	0%	0	0	0	0	17	31.48%	108
Carrillo Izquierdo	31	4.29%	8	4.55%	12	7.64%	15	3.79%	0	0%	0	0	0	0	15	27.78%	81
Frenillo Labial Superior	1	0.14%	1	0.57%	47	29.94%	0	0.00%	0	0%	0	0	0	0	0	0.00%	49
Carrillo Bilateral	19	2.63%	3	1.70%	0	0.00%	51	12.88%	0	0%	0	0	0	0	1	1.85%	74
TOTAL	723	100	176	100	157	100	396	100	2	100	1	100	19	100	54	100	1528

Fuente: Clínica Dental Facultad de Odontología de la USAC.

En los pacientes integrales de la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la USAC, las máculas se localizaron con mayor frecuencia en labio superior 313 (30.84%), labio inferior 219 (30.29%), encía superior 84 (11.62), encía inferior 59 (8.16), carrillo derecho 43 (5.95%), carrillo izquierdo 31 (4.28%), carrillo bilateral 19 (2.62%), paladar duro 15 (2.07%), bordes de lengua 13 (1.80), piso de boca y dorso de lengua presentaron la misma frecuencia y porcentaje 5 (0.69%), vientre de lengua 4 (0.55%), frenillo labial superior 1 (0.13%). (ver tabla No. 9).

Las pápulas en los pacientes integrales se localizaron de la siguiente manera: encía superior 98 (55.68%), encía inferior 47 (26.70%), carrillo izquierdo 8 (4.55%), carrillo derecho 6 (3.41%), labio superior 5 (2.84%), paladar duro y carrillo bilateral presentaron la misma frecuencia y porcentaje 3 (1.70%), paladar blando y labio inferior presentaron la misma frecuencia y porcentaje 2 (1.14%), bordes de lengua y frenillo labial superior presentaron la misma frecuencia y porcentaje 1 (0.57%), no se encontraron pápulas en dorso de lengua ni en vientre de la misma. (ver tabla No. 9).

Los nódulos en los pacientes integrales se localizaron de la siguiente manera: paladar duro 53 (33.75%), 47 (29.93), encía inferior 24 (15.28%), carrillo izquierdo 12 (7.64%), encía superior 11 (7%), labio superior y carrillo derecho presentaron la misma frecuencia y porcentaje 3 (1.91%), labio inferior, paladar blando, piso de boca y bordes de lengua, presentaron la misma frecuencia y porcentaje 1 (0.63%), no se encontraron pápulas en dorso de la lengua ni en vientre de la misma. (ver tabla No. 9).

Las placas en los pacientes integrales se localizaron de la siguiente manera: labio superior 160 (40.40%), labio inferior 118 (29.80%), carrillo bilateralmente 51 (12.88%), carrillo derecho 39 (9.85%), carrillo izquierdo 15 (3.79%), paladar duro 6 (1.52%), encía superior 3 (0.76%), piso de boca, vientre de lengua y bordes de la misma, presentaron la misma frecuencia y porcentaje 1 (0.25%), no se encontraron placas en paladar blando, dorso de lengua ni en frenillo labial superior. (ver tabla No. 9).

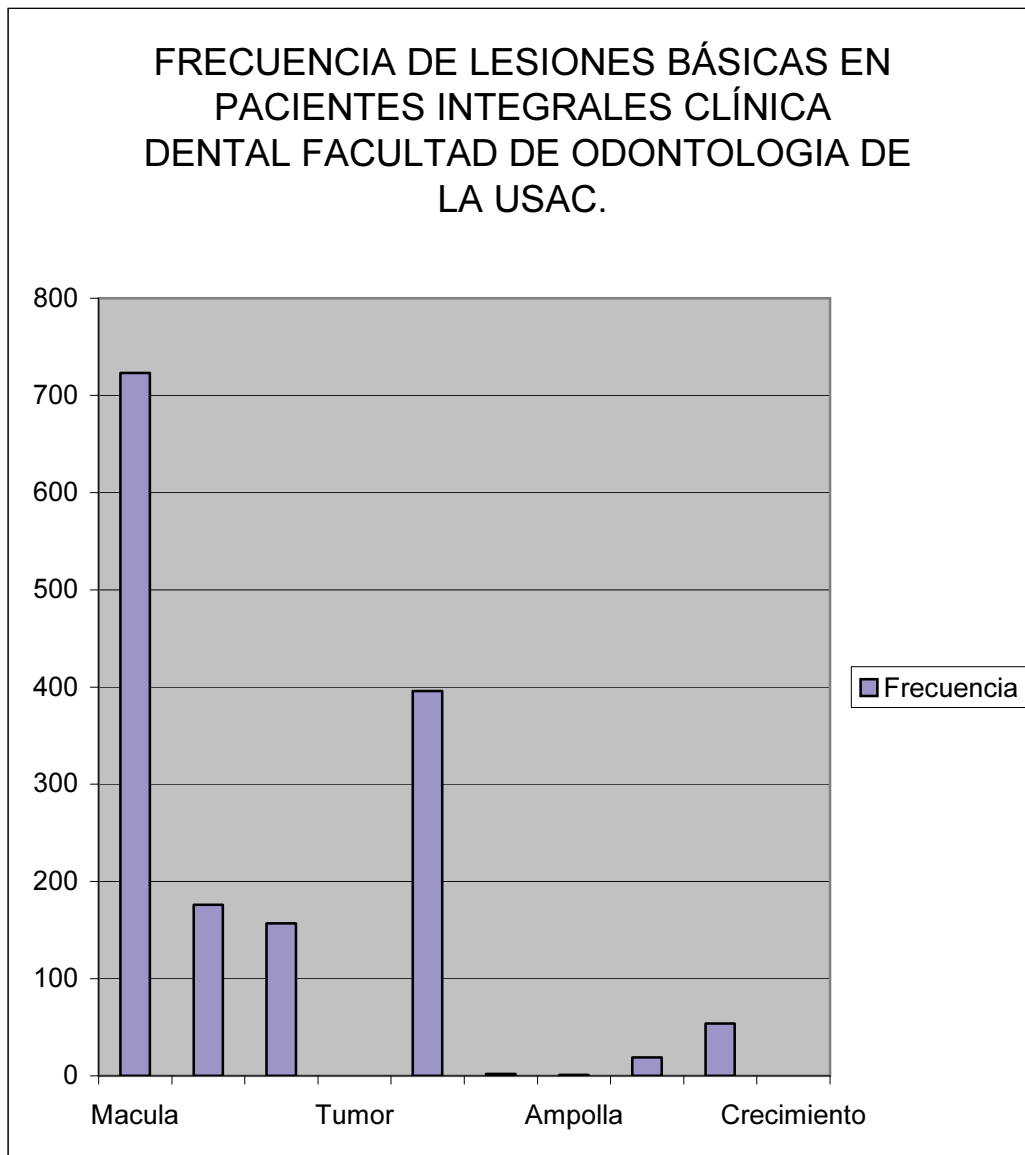
Las úlceras en los pacientes integrales se localizaron con mayor frecuencia en carrillo derecho 17 (31.48%), carrillo izquierdo 15 (27.78%), labio inferior 8 (14.81%), encía inferior 4 (7.41%), labio superior, encía superior y paladar duro, presentaron la misma frecuencia y porcentaje 2 (3.7%), paladar blando y carrillo bilateral presentaron la misma frecuencia y porcentaje 1 (1.85%), no se encontraron úlceras en piso de boca, dorso de lengua ni en frenillo labial superior. (ver tabla No. 9).

Las vesículas en los pacientes integrales se localizaron únicamente en labio superior y labio inferior, en ambos lugares con la misma frecuencia y porcentaje 1 (50%). (ver tabla No. 9)

Las ampollas en los pacientes integrales solo se presentó una lesión en labio inferior. (ver tabla No. 9)

Las pústulas en los pacientes integrales se presentaron solo 19 casos, 16 (84.21%) en encía superior y 3 casos en encía inferior (15.78%). (ver tabla No. 9).

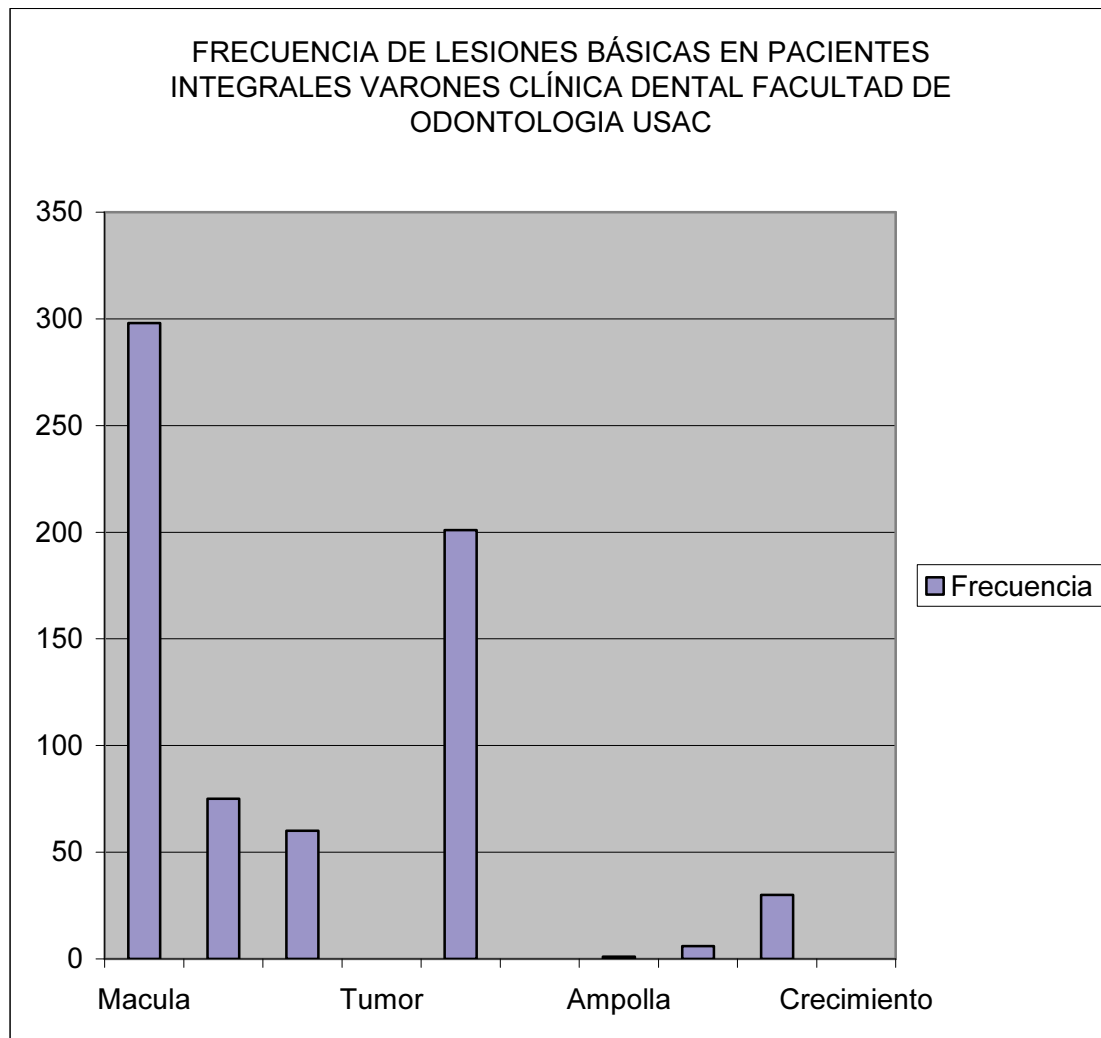
Grafica N.1



Fuente: Clínica Dental Facultad de Odontología USAC.

Las lesiones se distribuyeron en orden descendente así: máculas 723, placas 396, pápulas 176, nódulos 157, úlceras 54, pústulas 19, vesículas 2, ampollas 1, no se encontró ningún tumor ni crecimiento (gráfica No. 1)

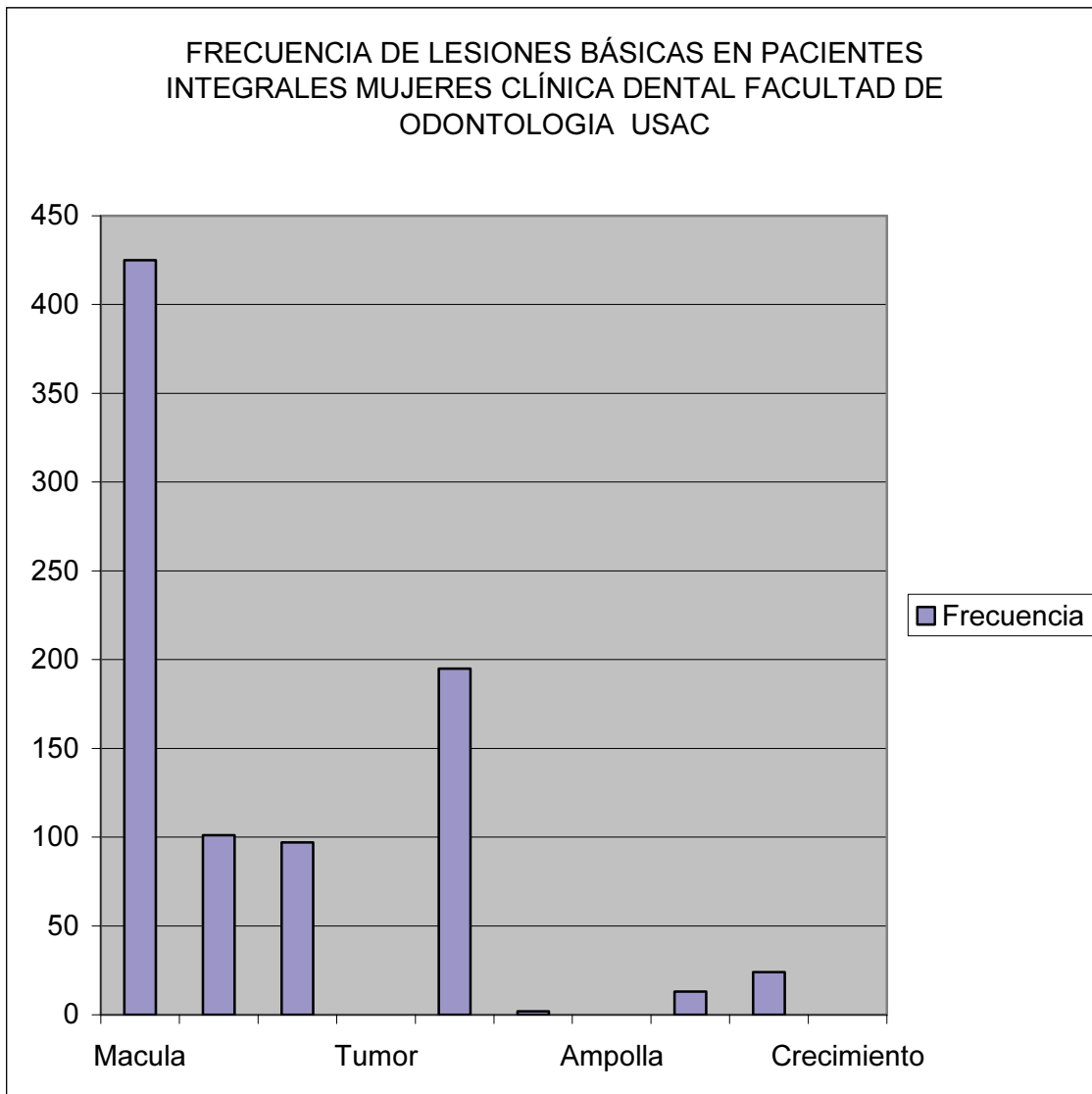
Gráfica No. 2



Fuente: Clínica Dental Facultad de Odontología USAC.

Las lesiones en el grupo masculino se distribuyeron en orden descendente de la siguiente manera: máculas 298, placas 201, pápulas 75, nódulos 60, úlceras 30, pústulas 6, ampollas 1; no se encontró tumores, vesículas ni crecimientos en este grupo (gráfica No. 2).

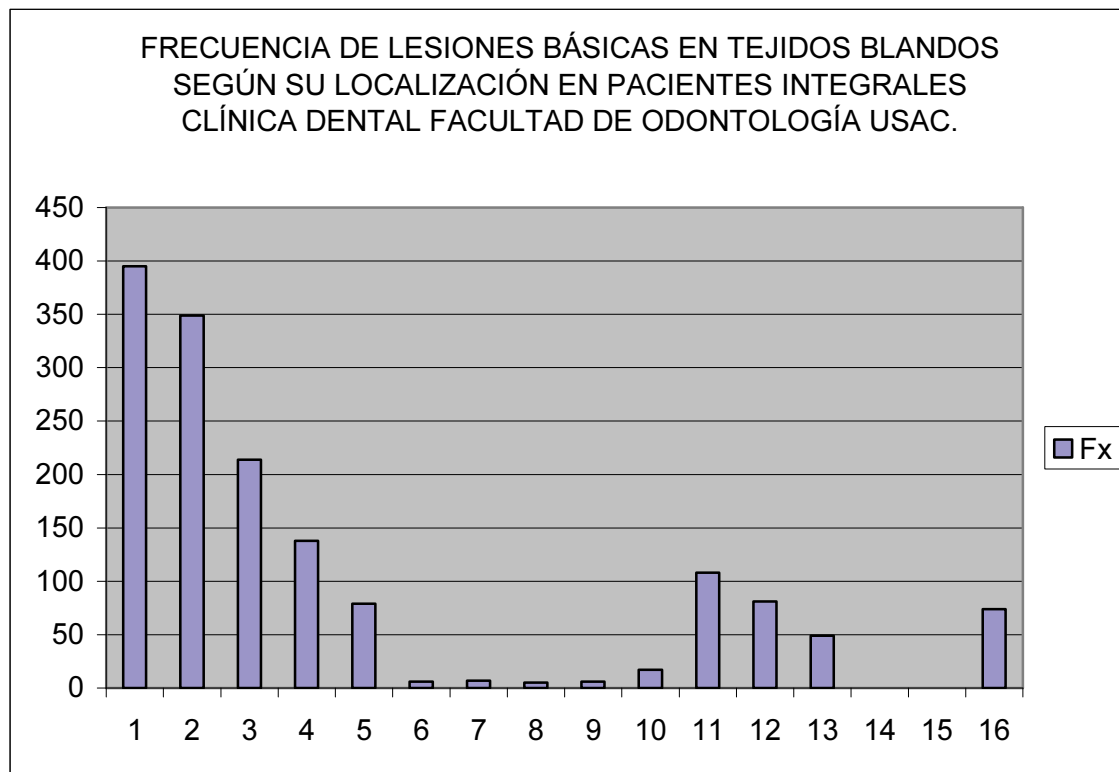
Gráfica No.3



Fuente: Clínica Dental Facultad de Odontología USAC.

Las lesiones en el grupo femenino se distribuyeron en orden descendente de la siguiente manera: máculas 425, placas 195, pápulas 101, nódulos 97, úlceras 24, pústulas 13, vesículas 2; no se encontraron tumores, ampollas ni crecimientos en este grupo (gráfica No. 3).

Gráfica No. 4



1= labio superior
2= labio inferior
3= encía superior
4= encía inferior
5= paladar duro
6= paladar blando

7= piso de boca
8= dorso de lengua
9= viente de lengua
10= bordes de lengua
11= carrillo derecho
12= carrillo izquierdo

13= frenillo labial superior
14= frenillo labial inferior
15= frenillo lingual
16= carrillo bilateral

Fuente: Clínica Dental Facultad de Odontología USAC.

La frecuencia de lesiones básicas según su localización en orden descendente es de la siguiente manera: labio superior 395, labio inferior 349, encía superior 214, encía inferior 138, carrillo derecho 108, carrillo izquierdo 81, paladar duro 79, frenillo labial superior 49, bordes de lengua 17; no se encontraron lesiones en frenillo labial inferior ni en frenillo lingual.(gráfica No.4).

X. CONCLUSIONES

1. De un total de 325 casos clínicos de pacientes integrales de la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la USAC. 323 pacientes o sea el 99.38% presentaron lesiones de tejidos blandos de la cavidad bucal.
2. En promedio se encontraron 4.7 lesiones por cada caso clínico investigado (1528 lesiones en 325 casos clínicos) en la Clínica Dental Facultad de Odontología de la USAC.
3. Las lesiones básicas en estudio se presentaron en orden descendente así: máculas 723 (47.32%), placas 396 (25.92%), pápulas 176 (11.52%), nódulos 157 (10.27%), úlceras 54 (3.53%), pústulas 19 (1.24%), vesículas 2 (0.13%), ampolla 1 (0.17%); no se encontró ningún tumor ni crecimiento en todos los casos clínicos estudiados en la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la USAC.
4. Los sitios anatómicos en donde se localizaron con mayor frecuencia las lesiones básicas en tejidos blandos de la cavidad bucal en orden descendente quedaron así: labio superior 395 (25.85%), labio inferior 349 (22.84%), encía superior 214 (14%), encía inferior 138 (9.03%), carrillo derecho 108 (7.06%), carrillo izquierdo 81 (5.3%), paladar duro 79 (5.17%), carrillo 74(4.84%), frenillo labial superior 49 (3.2%); no se encontraron lesiones en frenillo labial inferior ni en frenillo lingual.
5. Labio superior, labio inferior, encía superior y encía inferior, en ese orden, y en ambos sexos, son los lugares en donde se localizaron más lesiones básicas.
6. De los casos clínicos correspondientes al sexo masculino el 99.2% presentaron lesiones básicas, mientras que los correspondientes al sexo femenino el 99.5%, por lo que no se considera que haya diferencia por sexo, en cuanto a frecuencia de lesiones básicas en tejidos blandos de la cavidad bucal en pacientes integrales Clínica Dental Facultad de Odontología de la USAC.

7. En promedio se encontraron 5.36 lesiones por cada caso clínico correspondiente al sexo masculino (671 lesiones en 125 casos clínicos estudiados).
8. En promedio se encontraron 4.28 lesiones por cada caso clínico correspondiente al sexo femenino (857 lesiones en 200 casos clínicos estudiados).
9. Las lesiones más frecuentes encontradas en varones fueron en orden descendente: máculas 298 (44.41%), placas (29.96%), pápulas 75 (11.18%), nódulos 60 (8.94%), úlceras 30 (4.47%), pústulas 6 (0.89%), ampollas 1 (0.15%).
10. Las lesiones más frecuentes encontradas en mujeres fueron en orden descendente: maculas 425 (49.59%), placas 195 (22.75%), pápulas 101 (11.79%), nódulos 97 (11.32%), úlceras 24 (2.8%), pústulas 13 (1.52%), vesículas 2 (0.23%).
11. Las máculas y las placas fueron las lesiones básicas que se presentaron con más frecuencia en ambos sexos.
12. Las máculas, placas, pápulas y nódulos, en ese orden, fueron las lesiones que más se presentaron entre los distintos grupos de edad, establecidos para la presente investigación.
13. Las máculas se localizaron en orden descendente así: labio superior 223 (30.84%), labio inferior 219 (30.29%), encía superior 84 (11.62%), encía inferior 59 (8.16%), carrillo derecho 43 (5.95%), carrillo izquierdo 31 (4.29%), carrillo bilateral 19 (2.63%), paladar duro 15 (2.07%), bordes de lengua 13 (1.80%), y pocas lesiones en las demás localizaciones.
14. Las pápulas se localizaron con mayor frecuencia en encía superior 98 (55.68%), encía inferior 47 (26.70%), carrillo izquierdo 8 (4.55%), carrillo derecho 6 (3.41%), labio superior 5 (2.84%); y pequeños porcentajes en otros sitios anatómicos.

15. Los nódulos se localizaron con mayor frecuencia en paladar duro 53 (33.76%), frenillo labial superior 47 (29.94%), encía inferior 24 (15.29%), carrillo izquierdo 12 (7.64%), encía superior 11 (7.01%); y pequeños porcentajes en otros sitios anatómicos.
16. Las placas se localizaron con mayor frecuencia en labio superior 160 (40.40%), labio inferior 118 (29.80%), carrillo 51 (12.88%), carrillo derecho 39 (9.85%); y pequeños porcentajes en otros sitios anatómicos.
17. Las úlceras se presentaron con mayor frecuencia en el carrillo derecho 17 (31.48%), carrillo izquierdo 15 (27.78%), labio inferior 8 (14.81%); y pequeños porcentajes en otros sitios anatómicos.
18. En los casos clínicos estudiados en la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la USAC no presentaron tumores ni crecimientos.

XI. RECOMENDACIONES

1. A todos los estudiantes de la carrera de Odontología que estén iniciando sus practicas clínicas se les recomienda poner mas atención a los tejidos blandos de la cavidad bucal durante la realización de la fase II del proceso de diagnóstico debido a que en el 99.3% de los casos clínicos estudiados en los pacientes integrales de la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la USAC se encontraron lesiones básicas en tejidos blandos de la cavidad bucal.
2. Atención especial durante la evaluación del sistema estomatognatico a lesiones básicas como máculas, placas, pápulas y nódulos; lesiones más comunes encontradas en los casos clínicos estudiados en la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la USAC.
3. Atención especial durante la evaluación del labio superior, labio inferior, encía superior, encía inferior y carrillos; debido a la alta frecuencia de lesiones localizadas en estos sitios anatómicos.
4. Tener en cuenta los sitios anatómicos donde se localizaron las lesiones básicas individualmente para poder realizar una mejor evaluación de tejidos blandos en cavidad bucal.
5. Utilizar este estudio sobre frecuencia y distribución anatómica de lesiones básicas en tejidos blandos de la cavidad bucal en pacientes integrales de la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la USAC, como apoyo en el proceso enseñanza aprendizaje del Área de Patología y el Departamento de Diagnostico, debido a que refleja la realidad actual de la población guatemalteca estudiada.
6. Efectuar un estudio comparativo entre los resultados obtenidos en este grupo de población, con otros grupos poblacionales estudiados previamente.

XII BIBLIOGRAFIA

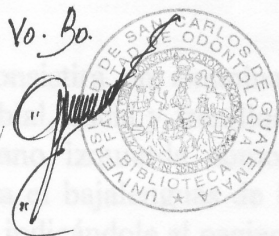
- 1. Apendix A: types of skin lesions.-- pp. 949-960.-- En:
Color atlas and synopsis of clinical dermatology /
Thomas B. Fritzpatrick ... [et al.]-- 3a ed.-- New York
: McGraw Hill, 1997.- -**
- 2. Franco Lemus, Cándida y Rodolfo Cáceres Grajeda.-- Examen
Clínico del aparato estomatognatico.-- Universidad de San
Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de
Diagnostico, Guatemala, 2002.- - 11 p.**
- 3. Franco Lemus, Cándida Luz.--Lesiones básicas de piel y
mucosa, Universidad de San Carlos, Facultad de
Odontología, Departamento de Diagnostico
Guatemala. 2002.-- 8p.**
- 4. Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina Dorland;
trad. por Santiago Sapiña Renard.- - 8ª ed.-- México :
Nueva Editorial Interamericana, 1,986.- - pp. 5, 83.**
- 5. Diccionario enciclopédico university de términos médicos.- -
México : Interamericana, 1,981.- - pp. 47, 629, 720,
773, 831, 886, 1179, 1189, 1231.**
- 6. El manual merck de diagnostico y terapéutica / Robert
Berkow, Director.- - 9ª ed.- - Barcelona : Océano
Grupo Editorial, 1,994.- - pp. 2653 - 2654.**



XIII. ANEXOS

7. España, Otto Manuel.- - Úlcera.- - Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Diagnostico, Guatemala, 2002.- - 8p.
8. Jablonsky, Stanley.- - Diccionario de odontología.- - Buenos Aires : Panamericana, 1992.- - pp. 186, 309, 508, 720, 832, 880, 915, 968, 1115, 1178, 1200.
9. López Acevedo, Cesar y Otto Manuel España.- - Patrón de conducta clínica para el diagnostico de alteraciones del sistema estomatognatico.- - Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Área de Patología, Guatemala, 1983.- - 88p.
10. Regezi A, Joseph.- - Pathology clinical patohogic correlation / Joseph Regezi A, James Sciubba.- - U.S.A. : Sauders.- - 1,989.- - pp. 553
11. Diccionario de términos médicos Ingles-Español, Español-Ingles, Ruiz Torres.- - 7ª ed.- - Santafe de Bogota, Colombia : Iatros Ediciones Medicas, 1993.- - pp. 603, 610.

Vo. Bo.



26 OCT 2005

XIII. ANEXOS

EXAMEN CLINICO DE LA CAVIDAD BUCAL

1. “El examen se iniciara estando el paciente colocado en el sillón dental en posición supina y con la boca cerrada. El examinador deberá estar ubicado a la derecha del paciente. Empleando un bajalenguas en cada mano, se examinara el borde del bermellón de ambos lados (iniciando en el lado derecho del paciente), distendiéndolo suavemente con el auxilio de los bajalenguas y luego la región de las comisuras separando los labios con los mismos” (2).
2. “A continuación se indicara al paciente que abra parcialmente la boca y se procede a examinar la porción vestibular de la cavidad bucal. Para ello se colocara el bajalenguas de la mano izquierda sobre la mucosa labial superior derecha en el área que corresponde a la región de caninos. Se separara ampliamente el carrillo con el auxilio del bajalenguas, de la mano derecha se procederá a examinas la mucosa del mismo, desde la región retromolar hacia delante. Al mismo tiempo deberá observarse mucosa alveolar y encía” (2).
3. “El siguiente paso consistirá en examinar la región labial superior, observándose, mucosa labial, encía y frenillos para lo cual deberá dejarse el bajalenguas de la mano izquierda como se indico en el paso #1. Seguidamente se colocara el bajalenguas de la mano derecha a nivel del área del canino izquierdo indicándole al paciente que cierre parcialmente la boca para poder elevar el labio superior con facilidad” (2).
4. “Inmediatamente después, se pedirá al paciente que vuelva a abrir la boca y se procederá a examinar la región vestibular izquierda, para lo cual se colocara el bajalenguas de la mano izquierda en donde estaba el bajalenguas de la mano derecha y con este (el bajalenguas de la mano derecha), se procederá a examinar las mismas regiones y en el mismo orden como fueron observadas en el lado derecho (2).

5. “A continuación se procederá a examinar la región labial inferior para lo cual se colocara el bajalenguas de la mano derecha a nivel del canino inferior izquierdo y el bajalenguas de la mano izquierda a nivel del canino inferior derecho. Al finalizar esta parte del examen se procederá a anotar en la ficha los datos obtenidos (2).
6. “El siguiente paso consistirá en el examen de la mucosa del paladar duro y blando y de la encía palatina. Para ello se le pedirá al paciente que incline la cabeza hacia atrás y que abra ampliamente la boca para observar por visión directa la mucosa del paladar” (2).
7. El siguiente paso es el examen de la orofaringe que comprende: pilares anteriores y posteriores del paladar, úvula, amígdalas palatinas y paredes laterales y posterior de la orofaringe. Para lo cual se adosan los bajalenguas colocándolos sobre la parte posterior del dorso de la lengua y se presionara firmemente hacia abajo al mismo tiempo que se le pedirá al paciente que diga AAA. Algunos pacientes exponen la región orofaringe con solo abrir la boca, por lo tanto no es necesario deprimir la lengua. Al finalizar esta parte del examen se procederá a anotar en la ficha los datos obtenidos (2).
8. A continuación se examinara el dorso y los bordes de la lengua, observándola primero en posición normal y luego en protusion. Con el extremo de los bajalenguas se explora la superficie dorsal de dicho órgano de atrás hacia delante en el lado derecho y en forma inversa del lado izquierdo. Luego se pedirá al paciente que mueva la lengua hacia la izquierda al mismo tiempo que la protuye. En esta posición se examina el borde derecho de la lengua con un bajalenguas mientras el carrillo se separa con el otro. El mismo procedimiento se repite para examinar el borde izquierdo de la lengua. Debe ponerse atención al examinar cada borde de la región mas posterior hasta el vértice. Si el paciente no es capaz de mantener la lengua en posición indicada, se utiliza un trozo de gasa colocado alrededor del vértice de la lengua para guiar sus movimientos (2).

9. “ El siguiente paso consistirá en el examen del vientre de la lengua, piso de la boca y encía lingual, para ello se pedirá al paciente que lleve la lengua hacia el paladar mientras mantiene la boca abierta y con los bajalenguas se examinarán las regiones ya mencionadas siempre iniciando en el lado derecho y luego el izquierdo. El siguiente paso consistirá en el examen de la región retromolar superior e inferior, para lo cual se utilizará un espejo intraoral iniciando siempre en el lado superior derecho (2).
10. Se iniciará la palpación apoyando el dedo índice sobre la mucosa del carrillo en la parte más posterior del surco mucobucal superior derecho, al mismo tiempo, se colocará el dedo pulgar de la misma mano sobre la piel de la cara de manera que coincida con la posición que ocupa el dedo índice en el lado interno. A partir de esa posición se realiza la palpación bidigital del carrillo comprimiendo los tejidos entre ambos dedos al mismo tiempo que estos se desplazan hacia delante (2).
11. “Esta maniobra se continuará en la región del labio superior hasta la zona de canino izquierdo. Al llegar a este punto se rotará la mano desplazando el pulgar 180 grados hasta que coincida nuevamente con la posición del índice en el lado interno del carrillo. Se continuará con la palpación de la porción superior del carrillo izquierdo hacia atrás y al llegar a la parte más posterior de esta se desplazarán los dedos hacia la parte inferior procediéndose a la palpación bidigital en sentido anterior y sin interrumpir el movimiento se continuará con el labio inferior y la parte inferior del lado derecho (2).
12. Se procederá a palpar el aspecto vestibular de la mucosa alveolar y la encía iniciándose la palpación en la región de la tuberosidad derecha. Esta parte de la palpación se hará presionando firmemente los tejidos, con el dedo índice, contra el hueso alveolar a la vez que se desplaza el dedo en sentido anterior, continuándose en el lado izquierdo hasta llegar a la tuberosidad correspondiente. De esta posición se pasa a la región retromolar inferior izquierda. A partir de esta zona se iniciará la palpación de la región vestibular de la encía y mucosa alveolar inferior, desplazando el dedo a lo largo del reborde hasta concluir en la región retromolar derecha (2).

13. Se procederá luego a la palpación del paladar y la encía palatina, la cual se efectuara presionando firmemente con el dedo índice la mucosa en la misma secuencia indicada para la inspección de esta región (2).
14. “ A continuación se efectuara la palpación de la lengua, para lo cual se pedirá que la protuya ligeramente y se procederá a presionarla entre el índice y el pulgar procediendo de la región mas posterior en el lado derecho hasta el vértice y de aquí hasta la región mas posterior en el lado izquierdo (2).
15. Finalmente se palpara el piso de la boca, la encía lingual y las glándulas salivares sublinguales y submaxilar, para lo cual se procederá apoyando los dedos de la mano izquierda sobre la piel de la región submaxilar derecha y con el dedo índice de la mano derecha, se procederá a presionar el lado derecho del piso de la boca y la encía lingual de atrás hacia delante al mismo tiempo que se presionara con la mano apoyada sobre la piel para dar soporte a la palpación. Luego se palpara el lado izquierdo” (2).

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ÁREA DE PATOLOGIA

Ficha Maestra para Recolección de Datos:

MÁCULA 1

INDICADORES	
1. Mancha de color diferente a la mucosa vecina	☐
2. Tamaño variable. Forma de imagen de dos planos	☐
3. Superficie plana	☐

PÁPULA 2

INDICADORES	
1. Elevación de Base Sésil	☐
2. Desde 0.1 hasta 0.5 cms. de diámetro	☐
3. Unica ☐ Múltiple ☐ Cualquier forma	☐
4. Color similar a mucosa vecina	☐
5. Color distinto a mucosa vecina	☐

NÓDULO 3

INDICADORES	
1. Elevación de 0.5 cms. hasta 3 cm de diametro	☐
2. Base sésil	☐
3. Base pedunculada	☐
4. Color similar a mucosa vecina	☐
5. Color distinto a mucosa vecina	☐
6. Consistencia dura o blanda	☐
7. Cualquier forma tridimensional	☐

TUMOR 4

INDICADORES	
1. Elevación mayor de 3 cm de diametro	☐
2. Base sésil	☐
3. Base pedunculada	☐
4. Color similar a mucosa vecina	☐
5. Color distinto a mucosa vecina	☐
6. Cualquier forma tridimensional	☐

PLACA 5**INDICADORES**

1. Superficie elevada de extensión variable ☐
2. No removible a la manipulación ☐
3. Base Sésil ☐
4. A veces es con fluencia de papulas ☐

VESÍCULA 6**INDICADORES**

1. Elevación circunscrita que contiene fluido en su interior ☐
2. Tamaño hasta 0.5 cm. de diámetro ☐
3. Color variable dependiendo de su contenido ☐
4. Consistencia fluctuante ☐
5. Base Sésil ☐

AMPOLLA 7**INDICADORES**

1. Elevación circunscrita que contiene fluido en su interior ☐
2. Tamaño mayor de 0.5 cm. ☐
3. Base Sésil ☐
4. Color Variable dependiendo de su contenido ☐
5. Consistencia fluctuante ☐

PÚSTULA 8**INDICADORES**

1. Elevación circunscrita con contenido purulento en su interior ☐
2. No importa el tamaño ☐
3. Color blanco amarillento y grisáceo ☐
4. Consistencia fluctuante ☐

ÚLCERA 9**INDICADORES**

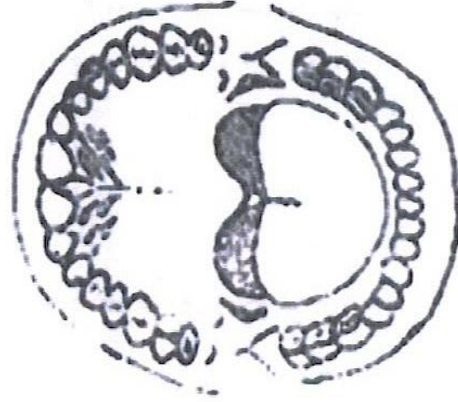
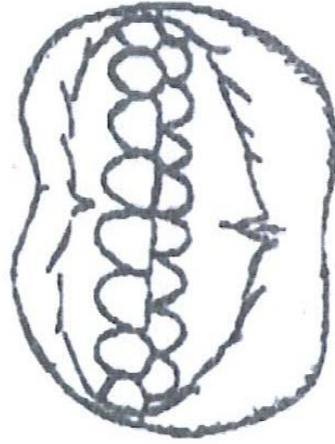
1. Pérdida de la continuidad del epitelio ☐
2. Pequeña o variable (Puntiforme o de varios cms.) ☐

CRECIMIENTO 10**INDICADORES**

1. Agrandamiento de tejido blando que no encaja en la definición de los anteriores ☐

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ÁREA DE PATOLOGIA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 NUMERO DE REGISTRO: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____



LESIÓN ENCONTRADA		LOCALIZACIÓN	
MÁCULA	1	☐	LABIO SUP. ☐ a
PÁPULA	2	☐	LABIO INF. ☐ b
NÓDULO	3	☐	ENCIA SUP. ☐ c
TUMOR	4	☐	ENCIA INF. ☐ d
PLACA	5	☐	PALADAR DURO ☐ e
VESÍCULA	6	☐	PALADAR BLANDO ☐ f
AMPOLLA	7	☐	PISO DE BOCA ☐ g
PÚSTULA	8	☐	DORSO DE LENGUA ☐ h
ÚLCERA	9	☐	VIENTRE DE LENGUA ☐ i
CRECIMIENTO	10	☐	BORDES DE LENGUA ☐ j
			CARRILLO DERECHO ☐ k
			CARRILLO IZQUIERDO ☐ l
			CARRILLO ☐ m
			FRENILLO L. SUP. ☐ ñ
			FRENILLO L. INF. ☐ o
			FRENILLO LINGUAL ☐ p

* coloque en el círculo el número de la columna izquierda
 ** en los diagramas, dibuje y coloque en un círculo la (s) lesión (es) encontrada (s)

XII BIBLIOGRAFIA

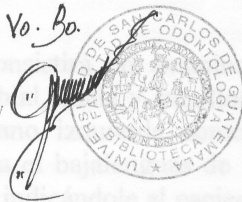
1. Appendix A: types of skin lesions.-- pp. 949-960.-- En: Color atlas and synopsis of clinical dermatology / Thomas B. Fitzpatrick ... [et al.]-- 3a ed.-- New York : McGraw Hill, 1997.--
2. Franco Lemus, Cándida y Rodolfo Cáceres Grajeda.-- Examen Clínico del aparato estomatognático.-- Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Diagnostico, Guatemala, 2002.-- 11 p.
3. Franco Lemus, Cándida Luz.--Lesiones básicas de piel y mucosa, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Diagnostico Guatemala. 2002.-- 8p.
4. Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina Dorland; trad. por Santiago Sapiña Renard.-- 8ª ed.-- México : Nueva Editorial Interamericana, 1986.-- pp. 5, 83.
5. Diccionario enciclopédico university de términos médicos.-- México : Interamericana, 1981.-- pp. 47, 629, 720, 773, 831, 886, 1179, 1189, 1231.
6. El manual merck de diagnostico y terapéutica / Robert Berkow, Director.-- 9ª ed.-- Barcelona : Océano Grupo Editorial, 1994.-- pp. 2653 - 2654.



XIII. ANEXOS

7. España, Otto Manuel.- - Úlcera.-- Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Diagnostico, Guatemala, 2002.-- 8p.
8. Jablonsky, Stanley.- - Diccionario de odontología.- - Buenos Aires : Panamericana, 1,992.- - pp. 186, 309, 508, 720, 832, 880, 915, 968, 1115, 1178, 1200.
9. López Acevedo, Cesar y Otto Manuel España.-- Patrón de conducta clínica para el diagnostico de alteraciones del sistema estomatognatico.-- Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Área de Patología, Guatemala, 1983.-- 88p.
10. Regezi A, Joseph.- - Pathology clinical patohogic correlation / Joseph Regezi A, James Sciubba.- - U.S.A. : Sauders.- - 1,989.- - pp. 553
11. Diccionario de términos médicos Ingles-Español, Español-Ingles, Ruiz Torres.-- 7ª ed.-- Santafe de Bogota, Colombia : Iatros Ediciones Medicas, 1,993.-- pp. 603, 610.

Vo. Bo.



26 OCT 2005

EL JOSÉ DAVID TRABANINO VARGAS
SUSTENTANTE

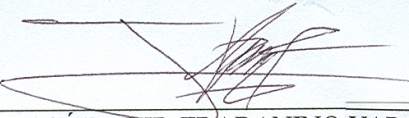
EL JOSÉ DAVID TRABANINO VARGAS

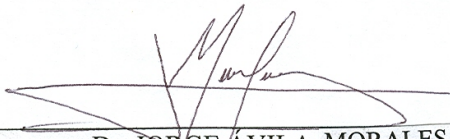
EL CONTENIDO DE ESTA TESIS ES ÚNICA Y EXCLUSIVA
RESPONSABILIDAD DEL AUTOR

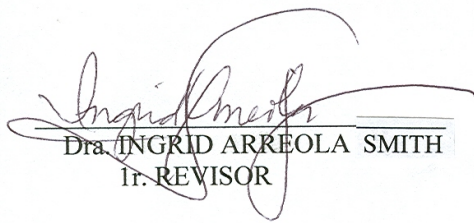


JOSÉ DAVID TRABANINO VARGAS

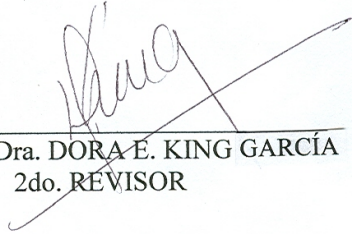
EL JOSÉ DAVID TRABANINO VARGAS
ACADEMICA


Br. JOSÉ DAVID TRABANINO VARGAS
SUSTENTANTE

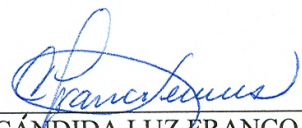

Dr. JORGE ÁVILA MORALES
ASESOR


Dra. INGRID ARREOLA SMITH
1r. REVISOR




Dra. DORA E. KING GARCÍA
2do. REVISOR

IMPRÍMASE


Dra. CÁNDIDA LUZ FRANCO LEMUS
SECRETARIA ACADEMICA

