

Reporte de lesiones bucales

Con diagnóstico histopatológico confirmado 1996 - 2006 en la ciudad de San Francisco del Rincón, Guanajuato

Dra. Rosa Angélica Gomez Dimas

Maestría en Investigación Clínica. Universidad de Guanajuato, Facultad de Medicina

Introducción

San Francisco del Rincón es un municipio del Estado de Guanajuato, su población total es de 103,217 habitantes de los cuales el 47.7% son hombres y el 52.3% mujeres, la población menor de 15 años es de 35.4% y la población de 15 a 64 años es de 58.1%.¹

En la ciudad de San Francisco del Rincón no existe registro disponible para consultar datos que describan cuáles son las lesiones bucales más frecuentes en esta población, es de vital importancia contar con alguno para planear estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento de lesiones bucales y el seguimiento de pacientes hasta su curación. El objetivo del presente estudio es establecer cuáles son las lesiones bucales más frecuentes en la población de San Francisco del Rincón y definir sus características clínicas, a continuación se hace un resumen de las lesiones encontradas para dicha población en orden de frecuencia.

Granuloma piógeno crónico uncerado

El granuloma piógeno se presenta en cavidad bucal con bastante frecuencia, es una proliferación exuberante de tejido de granulación debido a una reacción exagerada a una irritación. Se requiere tomar biopsia para obtener un diagnóstico histológico y de esta manera poder establecer un plan de tratamiento.

El granuloma piógeno tiene varios sinónimos como son: granuloma telangiectásico, granuloma o tumor del embarazo, hemangioma capilar lobular.

Etiología

Es de origen múltiple infeccioso, traumático, irritativo, etc,

Características clínicas

Es una tumoración sesil o pediculada, de color rojizo y sangra con facilidad, que aparecen en la mucosa oral, a menudo ulcerado. Un tercio de estas lesiones se desarro-

lla tras un traumatismo, creciendo con rapidez hasta alcanzar un tamaño máximo de 1-2 cm en pocas semanas.

Característica histopatológicas

Los capilares proliferantes están separados por un edema extenso y un infiltrado inflamatorio agudo y crónico con un gran parecido a un tejido de granulación exuberante.

Tratamiento

Escisión completa.^{2,3}

Hiperplasia fibrosa inflamatoria (Epulis fisurado)

Es una lesión común de los tejidos blandos del fondo de surco vestibular superior e inferior presente en pacientes edéntulos, representa una masa hiperplásica de la mucosa, generalmente en el vestíbulo de la boca, proliferando como una reacción a la irritación mecánica a largo plazo de una prótesis dental mal adaptada.

Etiología

Irritación crónica de prótesis mal adaptadas o el mal estado.

Características Clínicas

El área afectada generalmente esta inflamada, presenta crecimiento de tejido blando y rojizo en forma de uno o más mamelones alargados (cresta de gallo) en sentido paralelo al borde de la prótesis, en ocasiones suele presentarse varios pliegues y al ulcerarse provocan dolor y fácil sangrado. Su localización más común corresponde al sector anterior del fondo del surco.

Características histopatológicas

Se observa epitelio escamoso estratificado, paraqueratinizado, acantósico e hiperplásico, con leve tendencia al hiperchromatismo y pleomorfismo celulares, hiperplasia de la basal. El tejido conectivo de sostén se manifiesta muy colagenizado con infiltrado celular linfocitario con aumento de la vascularidad.

Tratamiento

La biopsia por escisión completa.^{2,3}

Queilitis glandular

La queilitis glandular es una lesión que se presenta en medio del labio inferior en el límite de la mucosa y semi-mucosa, con hipertrofia de las glándulas salivales mucosas heterotópicas y de los conductos que secretan en ocasiones un material viscoso.

Etiología

Multifactorial, cambios en el medio ambiente, exposición prolongada a la luz solar, malnutrición.

Características clínicas

Tumefacción e induración crónica de los labios por inflamación de sus glándulas, el labio aumenta de tamaño se pone duro a la palpación, hay un intenso infiltrado, granulaciones profundas, existen costras muy adherentes, que al desprenderlas muestran una mucosa erosionada y sangrante.

Característica histopatológicas

El epitelio se presenta acantósico e hiperplásico con marcado edema intracelular y fusión de las proyecciones epiteliales, bien delimitado en su porción basal, el tejido conectivo de sostén se manifiesta muy colagenizado con aumento de la vascularidad y edema de algunas fibras musculares de la zona.

Tratamiento

Aplicación de cremas con cortisona.^{2,3}

Hiperparaqueratosis sin displasia

Es una reacción del epitelio que se protege de un traumatismo de poca intensidad, pero repetido durante períodos prolongados.

Etiología

Traumatismo por fricción.

Características clínicas

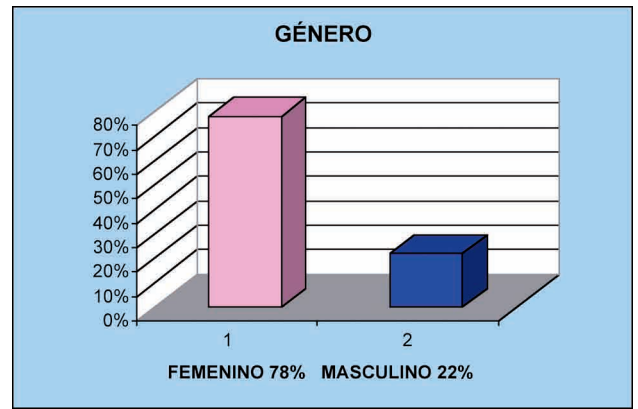
Estas lesiones blancas se localizan bien en la mucosa alveolar desdentada por el traumatismo de la masticación por prótesis removibles mucosoportadas, también en la mucosa bucal y labial por algún borde agudo de un diente o por el traumatismo de las muelas del juicio o incluso en la encía por un cepillado excesivamente enérgico.

Características histopatológicas

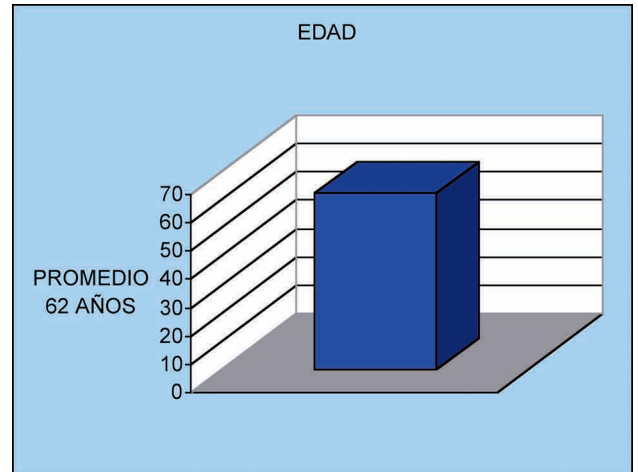
Epitelio escamoso estratificado, hiperparaqueratinizado, en proliferación, hiperplásico, acantósico, con espongiosis el tejido conectivo de sostén se manifiesta bien colagenizado.

Tratamiento

Eliminar la causa de fricción.^{2,3}



Gráfica 1.



Gráfica 2.

Polipo fibroepitelial asociado a leucoedema y melanosis racial

Tumor benigno de origen fibroso de la cavidad oral.

Etiología

Trauma o irritación aguda o crónica.

Características clínicas

Se presentan como una lesión elevada, pedunculada o sésil, habitualmente con el color normal de la mucosa, en el caso de estar asociada a melanosis, presenta un color pardo negrusco y el leucoedema y aparece como un velamiento gris de la mucosa. Es una lesión más frecuente en mujeres que en varones y la mayor prevalencia está alrededor de la tercera década de la vida. Se localiza en la mucosa labial, la encía, la lengua, la mucosa bucal y el paladar.

Características histopatológicas

Epitelio escamoso estratificado hiperparaqueratinizado, acantósico e hiperplásico con marcado edema intracelular, sobre todo en los estratos superficiales con aumento del pigmento melánico y la porción basal.

Tratamiento

Escisión quirúrgica.^{2,3}

Quiste periapical

El quiste periapical es una lesión bastante común de los maxilares, generalmente está asociado a un diente origina un aumento de volumen que puede semejar una lesión tumoral. El quiste verdadero por definición es una cavidad tapizada por lleno de líquido.

Etiología

El quiste tiene su origen en la proliferación de pequeños residuos epiteliales odontogénicos llamados restos epiteliales de Malassez. La estimulación de los restos epiteliales se relaciona con el proceso inflamatorio del granuloma. La quistificación es el resultado de una proliferación de los elementos epiteliales y el líquido que ingresa causa aumento del tamaño del quiste.

Características clínicas

De todos los quistes odontogénicos, el quiste periapical es en el más frecuente de un 50 a 75% puede presentarse a cualquier edad.

Características radiográficas

La lesión radiolúcida que se relaciona con el quiste radicular tiene forma redonda u ovoidea y presenta un borde radiopaco delgado, contiguo a la lámina dura del diente.

Características histopatológicas

Cavidad rodeada por epitelio plano estratificado hiperplásico con un soporte de tejido conjuntivo vascularizado y con predominio de infiltrado inflamatorio crónico

Tratamiento

Cirugía con extracción.^{2,3}

Carcinoma epidermoide

En México el cáncer de cavidad oral es una enfermedad poco frecuente, corresponde al 1.1% del total de las neoplasias el lugar 24º en la población y 12º entre los hombres. El carcinoma epidermoide es una neoplasia maligna de los queratinocitos epidérmicos. Es el segundo en frecuencia de las variedades del cáncer cutáneo, presentando riesgo de metástasis generalmente a los ganglios regionales. Aparece más frecuentemente en personas de piel blanca y ojos claros. Predomina en zonas de piel expuestas a la luz. Puede manifestarse como lesiones exofíticas, verrugas.

Las zonas de más predilección de los carcinomas epidermoides son: piel sana donde son poco frecuentes y aparecen sobre una piel donde al parecer el principal agente etiológico es la radiación solar, piel dañada, como irritación crónica, quemaduras, úlceras.

Mucosas

Los carcinomas epidermoides que afectan a mucosas suelen ser más agresivos, las zonas como el labio, la cavidad oral, se asocian con una invasión rápida y progresiva.

Etiología

- Tabaco.- con una relación directamente proporcional entre el consumo y tiempo de contacto con la mucosa oral.
- Alcohol.- cuya asociación con el tabaco aumenta el riesgo de aparición.
- Algunos tipos de virus.- de acuerdo con algunas teorías, el virus del herpes simple podría causar cambios celulares epiteliales que podrían provocar el tumor.
- Déficit vitamínicos.- como déficit de vitamina A y síndromes que favorezcan la atrofia epitelial.
- El uso crónico de enjuagues bucales que contienen alcohol incrementan el riesgo de cáncer.
- Genéticos.- La detección de mutaciones en genes supresores tumorales ha sido encontrada en el cáncer oral, la nitrosamina es el agente más carcinogénico asociado al tabaco, puede dañar el DNA, provocando mutaciones que alteran los genes supresores tumorales y oncogenes provocando alteraciones neoplásicas en la células. El gen mutado que se ha identificado es el p53 localizado en el cromosoma 17. Los oncogenes "c-myc" y "erb B-1" pueden estar relacionados, con la activación de las etapas tardías de la carcinogénesis.

Aspectos dentales

Se presenta en lengua, encía, paladar, labios, mejillas o piso de boca. Al principio el paciente no refiere dolor. Desafortunadamente el tamaño clínico está relacionado con la sintomatología y la mayoría de las lesiones bucales son detectadas cuando se vuelven sintomáticas. La presencia de metástasis en el drenaje linfático, es un factor clave en el pronóstico de esta enfermedad.

Aspectos histopatológicos

Las células muestran cierto grado de maduración hacia la queratinización y se asemejan a los queratinocitos epidérmicos. Las masas neoplásicas que invaden la dermis están compuestas de células de aspecto epidermoide y de células atípicas pleomórficas en proporción variable, pudiendo clasificarse los tumores como bien diferenciados, moderadamente diferenciados.

Pronóstico

El grado histológico y el tamaño del tumor también son factores a tener en cuenta en cuanto al pronóstico, la extirpación del tumor sin metástasis conduce a la curación completa, los que tiene un crecimiento rápido con un alto potencial de diseminación metastásica el pronóstico es desfavorable.

Tratamiento

Los tratamientos considerados para el cáncer bucal entre ellos en carcinoma epidermoide de labio inferior son tres: cirugía, radioterapia y quimioterapia; los objetivos de estos tratamientos son: curar el cáncer, preservar la forma y la función, minimizar las secuelas y prevenir la aparición de un segundo primario.^{4,5}

Hemangioma

El hemangioma es tumoración benigna de origen vascular; es una malformación vascular, que afecta a 1 de cada 3 recién nacidos vivos, siendo más frecuentes en niños prematuros y de bajo peso y en los individuos de raza blanca. Tiene una frecuencia cinco veces superior en la mujer que en el varón, por un efecto hormonal estrogénico, pues se ha determinado que el estrógeno estimula el crecimiento celular, en número y tamaño. El hemangioma profundo o cavernoso, se localiza bajo el tejido celular subcutáneo, formando pápulas, elevaciones pequeñas de la piel, que hacen relieve sobre el nivel de la piel, es de color azul oscuro y no desaparece a la presión. Se compone de grandes espacios vasculares formados por vasos sanguíneos y linfáticos maduros con numerosos cortocircuitos arteriovenosos. Pueden localizarse en cualquier parte del organismo, siendo de especial importancia los que se localizan en el cerebro y en el hígado, este último debe sospecharse ante toda trombosis, formación de coágulos en las arterias y las venas. En el área de cabeza y cuello puede localizarse en nariz, labios, hemangiomas orbitopalpebrales, hemangiomas parótideos, etc.

Con frecuencia se afectan ambos labios, además los hemangiomas de esta localización se ulceran con facilidad y las lesiones voluminosas a menudo alargan el labio dando lugar a una asimetría significativa. La ulceración habitualmente es crónica, y casi siempre cura con la formación de una escara que al final habrá que eliminar. Es crucial el tiempo para la corrección del labio, en algunos casos es preferible realizarla de forma precoz, pero en otros, se recomienda de forma tardía; en función del grado de afección, los hemangiomas cavernosos, a diferencia de los hemangiomas superficiales no suelen involucionar espontáneamente, sólo en ocasiones y siempre después de producirse un traumatismo, ulceración o hemorragia pueden regresar parcialmente.

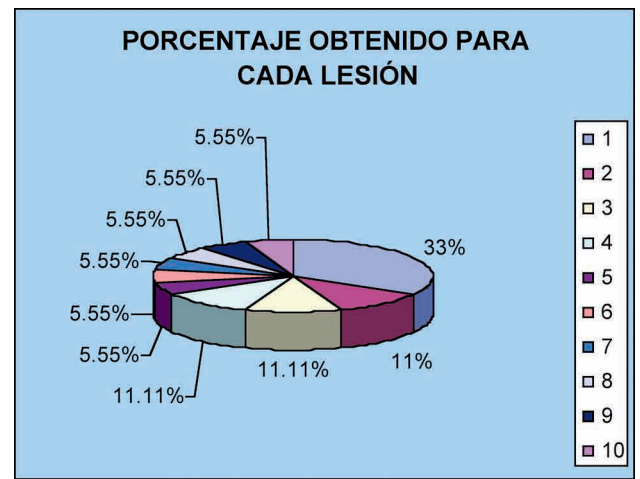
Las complicaciones de los hemangiomas están en función del sitio donde se localice la lesión y del tamaño; pueden producir desfiguración y deformidad.

Manifestaciones bucales

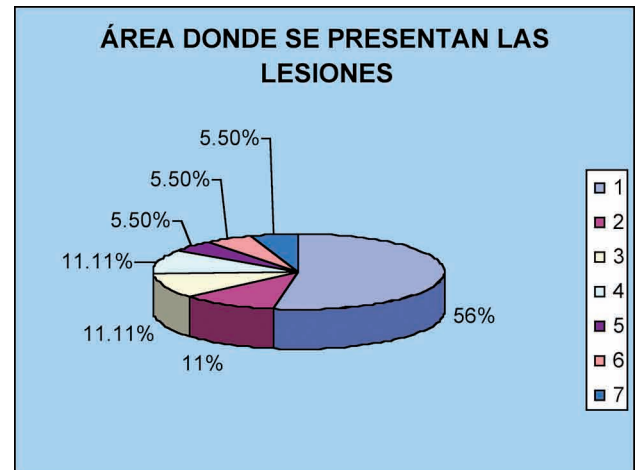
El hemangioma aparece como una lesión plana o elevada, color rojo profundo o rojo azulado, rara vez esta bien circunscrito y su tamaño puede ser variable, los sitios más comunes donde se presenta son labios, lengua, mucosa bucal, y paladar. Es frecuente el trauma, la ulceración y la infecciones.

Aspectos histopatológicos

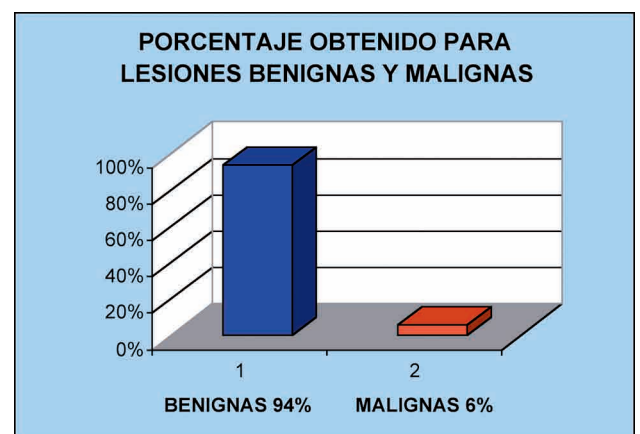
El hemangioma esta compuesto de múltiples capilares pequeños revestidos por una sola capa de células endoteliales soportadas por un estroma de tejido conectivo de densidad variable.



Gráfica 3. 1.- Granuloma piogeno crónico ulcerado, 2.- Hiperplasia fibrosa inflamatoria, 3.- Queilitis glandular, 4.- Hiperparaquerosis sin displasia, 5.- Pólipo fibroepitelial asociado a leucoedema y melanosis racial, 6.- Quiste periapical, 7.- Carcinoma epidermoide, 8.- Hemangioma, 9.- Fibroma, 10.- Lesión linfoepitelial compatible con Síndrome de Sjögrens.



Gráfica 4. 1.- Mucosa bucal libre, 2.- Labio, 3.- Paladar, 4.- Encía insertada, 5.- Lengua, 6.- Glándulas salivales menores, 7.- Zona periapical.



Gráfica 5.

Tratamiento

El tratamiento de los hemangiomas son el láser, los corticoesteroides u otros tratamientos médicos para el componente superficial y para el componente más profundo, los procedimientos de elección son la cirugía a partir de la fase proliferativa tardía del hemangioma.^{2,3}

Fibroma

El fibroma es una masa densa de tejido conjuntivo fibroso, revestido por mucosa normal y está bien delimitado; es de crecimiento lento y asintomático.

Etiología

Irritación crónica.

Características clínicas

Los fibromas presentan en cualquier zona de la boca, lengua, encía, mejillas, son bien delimitados, tersos brillantes, redondeados y pueden ser sesiles o pediculados, generalmente son pequeños, aunque en ocasiones puede medir más de 1 centímetro.

Características histopatológicas

Epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, atrófico, presente en las zonas profundas el epitelio, bien delimitado, el tejido conectivo de sostén se manifiesta muy colagenizado y hialinizado, puede presentar hatados de colágena dispuestos al azar.

Tratamiento

Escisión completa.^{2,3}

Lesión linfoepitelial benigna compatible con síndrome de Sjögren

El síndrome seco; síndrome de Gougerat - Sjögren, originalmente se describió como una triada compuesta de queratoconjuntivitis seca, xerostomía y artritis reumatoide, luego se encontró una variante que solo presenta xerostomía y xeroftalmia (boca y ojos secos). A esta variante se le denomina síndrome de Sjögren primario. En otra variante, los pacientes desarrollan lupus eritematoso generalizado, poliarteritis nudosa, escleroderma y artritis reumatoide; a esta otra variante se le conoce como síndrome de Sjögren secundario.

Etiología

La principal etiología es que es una respuesta inmunitaria alterada (autoinmune) y se han sugerido otras causas genéticas, hormonales e infecciosas. Las pruebas de laboratorio respaldan la teoría autoinmune. Beltram señaló que 75% de una serie de 35 pacientes con síndrome de Sjögren tuvo en su suero anticuerpos antisalivales del conducto.¹

Aspectos clínicos

Se presenta en forma predominante en mujeres mayores de 40 años de edad, la proporción mujer - hombre es de 10%; el aspecto característico es la sequedad de boca y ojos, consecuencia de la hipofunción de las glán-

dulas salivales y lagrimales, la sequedad se manifiesta en otras mucosas, como vagina, faringe, laringe, nariz. En la variante del síndrome de Sjögren secundario, se agregan las manifestaciones características como artritis reumatoide.¹

Aspectos dentales

Por la xerostomía mayor tendencia a caries, gingivitis y enfermedad periodontal y halitosis.

Aspectos histopatológicos

Los cortes histológicos de la glándula salival muestran infiltrado inflamatorio difuso, constituido por linfocitos pequeños, con escaso citoplasma, existe condensación focal del infiltrado linfoide con formación de centros germinales.

Tratamiento

La queratoconjuntivitis con lubricantes oculares y lagrimas artificiales a base de celulosa. La xerostomía severa se trata con sustitutos salivales.

Planteamiento del problema

En la ciudad de San Francisco del Rincón no existe registro disponible para consultar datos que describan cuales son las lesiones bucales más frecuentes en esta población, es de vital importancia contar con alguno para planear estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento de lesiones bucales y el seguimiento de pacientes hasta su curación.

Objetivo

Establecer cuales son la lesiones bucales más frecuentes en la muestra estudiada de la población de San Francisco del Rincón y definir sus características clínicas.

Material y Métodos

Tipo de estudio: estudio trasversal descriptivo

Universo de trabajo: pacientes de la consulta privada del autor y referidos por otros odontólogos y clínicas rurales de 1 del enero de 1996 al 31 de enero del 2006.

Tipo de muestreo: casos consecutivos que se presentaron en un periodo de 10 años

Criterios de inclusión

- 1.- Paciente con lesiones bucales presentes durante más de 15 días en los cuales no hubo respuesta a tratamiento.
- 2.- Pacientes cuyas características iniciales de localización, tumoración, color, textura, tiempo de evolución, justifican la realización de la biopsia.
- 3.- Pacientes que aceptaron la realización de una biopsia.

Criterios de exclusión

Pacientes en los cuales la lesión remitió en 15 días y pacientes que no aceptaron la realización de la biopsia.

Materiales

Espejo dental No. 5 con mango marca Nordent.

Pinzas de curación marca Rodas inox.

Mango de bisturí No. 3.

Hoja de bisturí No. 15 marca Aesculap AG& CO KG.

Pinza para biopsia marca Invent inox CE.

Lidocaina- Epinefrina 36mg/0.0225mg Marca Zeyco.

Clorhidrato de mepivacaina 3% Escandonest Septodont.

Aguja dental corta 3 GA Kendall.

Sutura de seda 000 Seda American Ethicon Jhonson & Jhonson.

Gasa 7.5 x 5 esterilizada Industrias Jaloma.

Guantes desechables Uniseal.

Isodine bucofaringeo antiséptico Promeco.

Formol.

Frasco para la biopsia Aseptically manufactured.

Procedimiento

1.- Se captaron pacientes con lesiones bucales, a los cuales se les realizó un cuestionario verbal de su salud en general y sobre la lesión, se preguntó tiempo de evolución, cambios en color tamaño y forma, presencia de dolor, sangrado, se realizó la exploración bucal con buena iluminación, se anotó la información de relevancia.

2.- A los pacientes con úlceras traumáticas procesos infecciosos se le medicó con antibiótico, analgésico y antiinflamatorio según el caso, se revisaron al mes durante el seguimiento de su tratamiento odontológico.

3.- A los pacientes que presentaban características clínicas de tumoración, color, tiempo de evolución, o con más de 15 días de tratamiento sin resultado, se les tomó una biopsia.

4.- Se anestesió localmente al paciente previa asepsia de la zona el lesiones pequeñas, se retiró toda la lesión, a lesiones grandes o extensas solo se tomó un fragmento. Con bisturí o pinza para biopsia en los casos requeridos se suturó, y a los otros, se aplicó presión con una gasa, se medicó con analgésico.

5.- Una vez obtenida la muestra se mandó junto con la historia clínica al centro de diagnóstico en patología oral de la ciudad de León.

6.-Se dio a conocer el resultado al paciente, se aplicó

tratamiento o se refirió al Cirujano Maxilofacial según el caso, se revisaron los pacientes al mes, a los tres meses y en los casos necesarios al año.

7.- Se recopilaron y analizaron los datos obtenidos.

Estadística

Descriptiva, se presentan los resultados en base a su porcentaje.

Resultados

En un periodo de 10 años 1996 - 2006 se presentaron 63 pacientes con lesiones bucales, solo en 18 de ellos se justificó la realización de la biopsia y cumplían los criterios de inclusión. El promedio de edad para los pacientes fue de 62 años (Gráfica 1), el paciente con menor edad fue de 14 años y el de mayor edad fue de 75años, el 78 % son del sexo femenino y el 22% masculino. (Gráfica 2).

La lesión más frecuente en los 63 pacientes revisados fue la úlcera traumática de la mucosa bucal, las lesiones que presentaron los 18 pacientes que se les realizó biopsia y cumplieron los criterios de inclusión fueron la siguientes: Granuloma piogeno crónico ulcerado 33.33%; Hiperplasia fibrosa inflamatoria 11.11%; Queilitis glandular 11.11%; Hiperparaqueratosis sin displasia 11.11%; Pólipo fibroepitelial asociado a melanosis racial 5.55%; Quiste periapical 5.55%; Carcinoma epidermoide 5.55%; Hemangioma 5.55%; Fibroma 5.55%; Lesión linfoepitelial compatible con Síndrome de Sjögrens 5.55%. (Gráfica 3).

Las áreas bucales donde se presentaron las fueron las siguientes: Mucosa bucal libre 56%; Labio 11.11%; Paladar 11.11%; Encía insertada 11.11%; Lengua 5.5%; Glándulas salivales menores 5.5% ; Asociada a diente zona periapical 5.5%. (Gráfica 4).

El porcentaje de lesiones benignas fue de 94% y lesiones malignas el 6%. (Gráfica 5).

Discusión

En el presente estudio la mayoría de las lesiones encontradas son de origen infeccioso, traumático e irritativo. Ovalle reportó en el estudio "Prevalencia de lesiones histopatológicas bucales en la zona del Bajío" donde se efectuaron un total de 1,047 biopsias en las cuales se diagnosticaron 300 lesiones diferentes, donde las lesión más frecuentes fue el granuloma periapical crónico infectado, lesiones cuyo origen infeccioso traumático e irritacional coincide con las encontradas en el presente estudio. Ovalle en el mismo estudio reportó que la lesión maligna más frecuente fue el carcinoma epidermoide. ⁶ En el presente estudio el carcinoma epidermoide representó 5.55% del total de las lesiones y el 6% de las lesiones malignas.

De acuerdo a su etiología de las lesiones de tipo infeccioso y las traumáticas e irritacionales, son las más frecuentes encontradas en este estudio, lo cual difiere de lo encontrado por Ovalle donde prevalecieron las lesiones odontogénicas, seguidas de las reactivas y por último las

traumáticas, esta discrepancia en los resultados puede deberse a que los criterios de inclusión y el tamaño de la muestra fueron diferentes.

En el estudio de Ovalle donde se establecen las lesiones diagnosticadas en la zona del Bajío durante el periodo 1990-1992, en el cual predominaron las lesiones del sexo femenino y las lesiones infecciosas, reactivas y traumáticas fueron las más frecuentes, al comparar dicho estudio con el presente, coinciden en estos hallazgos.⁷

Díaz y Castellanos en un estudio epidemiológico en 7297 pacientes realizado en la zona del Bajío reportaron que el 50 % de las lesiones de la mucosa bucal encontradas en su estudio eran probablemente originadas por un traumatismo agudo o crónico, y la asociación a procesos infecciosos, donde los autores destacan la prevención de estas lesiones; en el presente estudio la lesión más frecuente en los pacientes revisados al inicio fue la úlcera traumática de la mucosa bucal.⁸

Bouquot en su estudio publicado el 1886 encontró que la leucoplasia es la lesión más frecuente en adultos en la sexta década de la vida, en el presente estudio se encontró un 11.11 % de lesiones blancas con el diagnóstico histopatológico confirmado de hiperparaqueratosis sin displasia.⁹

Una observación que se realizó en el presente estudio es la existencia de múltiples factores de riesgo como el consumo de alcohol, el tabaquismo, el uso de enjuagues bucales con gran cantidad de alcohol, el uso de gomas y extractos de corteza de árbol y de diversas plantas utilizadas como remedio tópico tradicional para el dolor dental en las comunidades rurales, los cuales provocan irritaciones graves y quemaduras en la mucosa bucal. Estos factores relacionados con malas condiciones de higiene bucal causa cuadros infecciosos agudos en nuestra población.

Conclusiones

- Las lesiones más frecuentes encontradas en este estudio son de origen infeccioso, traumático e irritativo.
- Algunas de estas lesiones están estrechamente relacionadas con malos hábitos de higiene bucal
- La prevención es importante, es necesario motivar a los pacientes a tener una buena higiene oral y acudir frecuentemente al servicio dental.
- Alertar a los pacientes que el uso de remedios tópicos tradicionales puede causar daños a los tejidos orales.
- En este estudio se detectó cáncer bucal en 5.55%, Como cirujanos dentistas tenemos la obligación de hacer una exploración de tejidos blandos, estar alerta ante los cambios de color, lesiones que estén presentes por más de 15 días.

- Alertar a nuestros pacientes de la importancia de diagnóstico histopatológico en la prevención y el tratamiento oportuno del cáncer bucal.
- Dar información sobre los posibles tratamientos del cáncer bucal y los profesionales que lo pueden realizar y contactarlos con ellos.
- Alertar a los pacientes ante los siguientes síntomas: una llaga que no sana en un labio o en la boca, un parche rojo o blanco en las encías, la lengua o en el revestimiento de la boca, un bulto en un labio, en la boca o en la garganta. Sangrado, dolor o adormecimiento inusuales del área de la boca, hinchazón de la mandíbula, dolor de oído, cambios en la voz, dolor crónico de garganta, sensación de que algo está atrapado en la garganta dolor o dificultad para deglutir alimentos.
- Es necesario en un futuro estudio abarcar todas las instituciones y consultorios particulares de San Francisco del Rincón, para que el estudio sea de prevalencia al tener acceso a la mayoría de la población y por lo tanto tener un mayor tamaño de muestra. 🚫

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- INEGI. *II Censo de Población y Vivienda 2005*.
- 2.- Shafer WC, Levy BM. *Tratado de Patología bucal* 4ª ed, Editorial Interamericana, México 1990
- 3.- Regezi JA, Sciubba J. *Patología bucal*. 2ª ed. Editorial Interamericana, México 1995.
- 4.- Rodríguez CS, Labastida AS, González PJ, Gómez AF, Ortiz BJ, Torres PF. "Cáncer de cavidad oral". *Cancerología*, 1983; 19: 19-25
- 5.- Rodríguez CS. *Tumores de cabeza y cuello*, 2ª ed. El manual moderno, México.
- 6.- Ovalle Castro JW. "Prevalencia de lesiones histopatológicas bucales en la zona del Bajío" (Agosto del 90 a diciembre del 96). *Rev Asoc Dental Mexicana*, 2000; (4): 132-136
- 7.- Ovalle Castro JW. "Incidencia y prevalencia de tumores en cavidad oral en la zona del Bajío" (90-92). *Rev Asoc Dental Mexicana*, 1994; (3): 133-138.
- 8.- Díaz-Guzmán L, Castellanos JL. "Lesiones de la mucosa bucal. Estudio epidemiológico en 7297 pacientes". *Rev Asoc Dental Mexicana*, 1991; 48:75-80
- 9.- Bouquot J. "Common oral lesions found during a mass screening examination." *JADA*, 1986; 112(1): 50-57.