

Frecuencia de patologías bucales en una clínica de atención primaria odontológica

López-Verdín Sandra,* Bologna-Molina Ronell,**
Sánchez-Becerra Ana E.* Horta-Sandoval Ana C.*

Resumen

Objetivos: Describir las patologías bucales frecuentes en una clínica odontológica de atención primaria. **Material y métodos:** la investigación es transversal y descriptivo, el cual consistió en dos fases, la primera la captación de pacientes con sospecha de tener una patología bucal y la segunda la valoración clínica por un especialista en patología y medicina bucal. **Resultados:** Se incluyeron 84 pacientes, de los cuales el promedio de edad fue de 44.4 ± 15.3 años. Se registraron 28 patologías bucales diferentes entre sí, dentro de las cuales incluyen lesiones reactivas, autoinmunes, virales, neoplasias benignas y malignas, entre otras. De acuerdo al número de veces con las que se presentaron se obtuvo un total de 101 patologías bucales presentes en los pacientes, siendo las de mayor porcentaje: el fibroma traumático, la queratosis friccional y con la misma frecuencia las melanosis no fisiológicas, e infecciones por *Candida*. Las neoplasias malignas presentes fueron un carcinoma de células escamosas y un carcinoma mucoepidermoide constituyendo el 2.3% (n=2). **Conclusiones:** Se ha visto que la presencia de lesiones en la cavidad bucal, varía de acuerdo a la zona de donde se haya tomado la muestra. En el presente estudio se puede observar una tendencia a las lesiones reactivas e infecciosas, esto pudiera demostrar la falta de cuidados a los tejidos blandos en cavidad bucal, puesto que varias de ellas pueden ser tratadas retirando el agente causal e inclusive prevenirlas conociendo el comportamiento de la mucosa en boca hacia una fricción o trauma.

Palabras clave: Patología bucal, Fibroma traumático, Queratosis Friccional, Melanosis, Candidiasis.

Abstract

Objectives: Describe the frequency of oral pathology in a primary attention dentistry clinic. **Material and methods:** the research is cross-sectional and descriptive, **Results:** 84 patients were include, the middle of age was 44.4 ± 15.3 . The register of oral pathologies was 28, corresponding to: reactive lesions, immunologic diseases, infections, benign and malign neoplasm, etc. By its frequency, the total was 101 oral pathologies. The major percentage concentrate in: traumatic fibroma and with the same frequency frictional keratosis, melanosis not physiologic and candida infection. Present maligns neoplasm in this study were a squamous cell oral carcinoma and a mucoepidermoid carcinoma (2.3%). **Conclusions:** The frequency of the oral pathology seems to vary in agree with the place of the investigation. In the present study we can observe a tendency of the reactive and infections lesions, this could demonstrate the lack to care soft tissues of the mouth, because a great part of them could be to treated by removing the agent causal and even prevent them knowing the behavior of the mucosa in the mouth to a friction or trauma.

Key words: oral pathology, traumatic fibroma, frictional keratosis, melanosis, candida infection.

* Instituto de Investigación en Odontología. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.

**Departamento de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Juárez del Estado de Durango.

Correspondencia: Sandra López Verdín. e-mail: patologiabucal@live.com.mx

Recibido: Enero 2013

Aceptado: Abril 2013

Introducción

La patología bucal ha sido definida desde un sentido epistemológico por Eversole como: "El área especializada de la odontología que trata del diagnóstico y manejo de enfermedades orales, excepto caries dental, enfermedad periodontal, terapia ortodóntica y odontología restaurativa".¹

Con base a esta acepción se han documentado alrededor de 600 enfermedades,² de diferentes etiologías (genéticas, autoinmunes, infecciosas, neoplásicas benignas

o malignas, etc.) que se pueden presentar en boca, manifestándose de diversas formas clínicas.

Esto abre un mar de posibilidades diagnósticas al observar una lesión en boca, lo que ha inducido estudios en diversos países.³⁻⁸ Para conocer cuáles son las patologías bucales que se presentan con mayor frecuencia. Sin embargo, la complejidad de transpolar los resultados de otros estudios a una clínica de atención primaria de un determinado país radica primeramente en las características de su población (raza, costumbres, cultura, etc.) y

en segundo, los datos obtenidos pertenezcan a clínicas de atención especializada ya sea en dermatología,⁹ laboratorios histopatológicos¹⁰ o al contrario no se hayan corroborado con la biopsia.

Debido a que el odontólogo, más que cualquier otro profesional de la salud tiene la posibilidad de observar, con mayor frecuencia, las alteraciones que puedan ocurrir en la boca, es necesario conocer cuales patologías bucales se le pueden presentar con mayor probabilidad en la consulta, con la finalidad de facilitarle la metodología diagnóstica, puesto que el odontólogo tiene la responsabilidad de estar informado y actualizado de manera que oriente, trate o derive el caso correspondiente al especialista indicado.

Material y Métodos

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional. La recolección de datos fue durante cuatro meses (Noviembre 2010 y Febrero-Abril 2011) en las Clínicas odontológicas de diagnóstico de la Universidad de Guadalajara, el cual consistió en dos fases; de inicio un especialista en patología y medicina bucal, impartió sesiones para reforzar el adiestramiento en el reconocimiento de lesiones en la mucosa bucal y la manera de explorar la cavidad bucal según la "Guía epidemiológica y diagnóstico de las enfermedades de la mucosa bucal",¹¹ a los pasantes e instructores de ambos turnos (matutino/vespertino) pertenecientes a la clínica odontológica de diagnóstico, para posteriormente citar a los pacientes con sospecha de tener una patología bucal a dicho especialista.

Los sujetos fueron entrevistados mediante un cuestionario donde se incluían datos sociodemográficos, antecedentes personales patológicos y no patológicos, y se les realizó las siguientes preguntas: ¿Sabía

usted que tiene una lesión en su boca?, ¿Sabe el tiempo de evolución?, ¿Anteriormente algún profesional de la salud le había comentado de su lesión?, ¿Qué profesional de la salud?, y ¿Qué diagnóstico le habían dado. Para el tiempo de evolución se categorizó en 5 apartados: Sin dato, < 1 año, 1 a 5 años, 6 a 10 años o >10 años.

El diagnóstico clínico fue establecido de acuerdo a la correlación en los factores etiológicos asociados a la lesión, mediante la examinación sistemática de la mucosa bucal, clasificando únicamente aquellas alteraciones acordes con la Guía de la Organización Mundial de la Salud¹⁰ para el estudio y diagnóstico de enfermedades de la mucosa bucal. Los métodos auxiliares diagnósticos como la imagenología, biopsia o citología fueron realizados en aquellos casos que se requiriera, para poder obtener el diagnóstico definitivo. Las variantes de lo normal como son melanosos fisiológica, línea alba oclusal, gránulos de Fordyce, leucoedema y las varicosidades, fueron excluidas de este estudio, únicamente se incluyó la lengua geográfica por su posible asociación con ciertas enfermedades dérmicas o alérgicas.

De los pacientes citados, sólo se incluyeron aquellos pacientes de 12 años en adelante, con manifestación/es clínica/s extra o intrabucales al momento de ser explorado, eliminando a los que no se realizarán el método de diagnóstico sugerido para confirmar el diagnóstico.

Resultados

Se citaron 146 pacientes de los cuales 56 fueron excluidos y 6 fueron eliminados por no realizarse la biopsia, quedando 84 pacientes incluidos, de los cuales eran 27 hombres y 57 mujeres. El promedio de edad fue de 44.4 ± 15.3 años, el rango fue de 12 años a 72 años.

En cuanto a los antecedentes en hábitos nocivos para la salud, la frecuencia en el consumo de tabaco fue del 21.4% y para el consumo de alcohol el 13.5%. La cantidad de personas que hacían uso de prótesis ya se parcial o total removible correspondió al 14.6% (n=13), de las cuales el 69.2% (n=9) de los que usan prótesis, duerme con ellas. El porcentaje para los que padecían alguna enfermedad sistémica fue del 37.1%.

Se registraron 28 patologías bucales diferentes entre sí, dentro de las cuales incluyen lesiones reactivas, autoinmunes, virales, neoplasias benignas y malignas, entre otras. De acuerdo al número de veces con las que se presentaban se obtuvo un total de 101 patologías bucales presentes en los pacientes, siendo las de mayor porcentaje: el fibroma traumático, y con la misma frecuencia la queratosis friccional, las melanosis no fisiológicas e infecciones por *Cándida*. Las neoplasias malignas presentes fueron un carcinoma de células escamosas y un carcinoma mucoepidermoide constituyendo el 2.3% (n=2) (Tabla 1). La localización de la cavidad bucal, afectada con mayor frecuencia fue la mucosa de carrillo, seguido de la encía, mucosa labial y paladar duro (Tabla 2).

De las preguntas respecto a su lesión, 60.7% si se había percatado o sabía de su lesión, 57.1% podía otorgar el tiempo aproximado, cayendo la mayoría entre 1 a 5 años de tener la lesión. A el 32.1% de los pacientes con patología bucal, algún profesional de la salud le había comentado de la presencia de la lesión, siendo principalmente el odontólogo (25%) seguido del médico (4.8%), dentro de otros profesionales, estuvieron especialistas como el infectólogo y otorrinolaringólogo. Los diagnósticos previamente otorgados por los profesionistas que habían comentado sobre la lesión; el 13.75% no sugirió ninguno, 3.75% lo adjudicó a infección por herpes y 2.5% señaló las lesiones como

fibrosis o cáncer (Tabla 3) (Hay que recalcar que los “diagnósticos” previos de cáncer, no son acordes a los neoplasias malignas encontradas en este estudio).

Tabla 1. Frecuencia de patologías bucales

1	Fibroma traumático	13	(15.4%)
2	Candidiasis *	11	(13.0%)
3	Melanosis no fisiológica	11	(13.0%)
4	Queratosis friccional	11	(13.0%)
5	Lengua geográfica	9	(10.7%)
6	EAR**	6	(7.1%)
7	Paladar de fumador	5	(5.9%)
8	Herpes	4	(4.7%)
9	Epulis fisurado	3	(3.5%)
10	Granuloma piógeno	3	(3.5%)
11	Mucocele	3	(3.5%)
12	Leucoplasia	2	(2.3%)
13	Malformación vascular	2	(2.3%)
14	Papiloma	2	(2.3%)
15	Queilitis descamativa	2	(2.3%)
16	Úlcera traumática	2	(2.3%)
17	Ca Mucoepidermoide	1	(0.1%)
18	COCE***	1	(0.1%)
19	Fibroma osificante	1	(0.1%)
20	GCCG****	1	(0.1%)
21	Hemangioma	1	(0.1%)
22	Leucoplasia vellosa	1	(0.1%)
23	Lipoma	1	(0.1%)
24	Odontoma	1	(0.1%)
25	Pénfigo Vulgar	1	(0.1%)
26	Quiste dentígero	1	(0.1%)
27	Reacción liquenoide	1	(0.1%)
28	Úlcera inespecífica	1	(0.1%)
TOTAL		101	

* Incluye los tipos clínicos: pseudomembranos, eritematosa, subprótesis y queilitis angular.

** Estomatitis aftosa recurrente. Incluye los 3 tipos clínicos (mayor, menor y herpetiforme)

*** Carcinoma oral de células escamosas

**** Granuloma Central de Células Gigantes

Tabla 2. Frecuencia de zonas de cavidad bucal afectadas por patologías bucales.

Localización		
Borde bermellón	5	5.9%
Borde lengua	11	13.0%
Comisura	5	5.9%
Dorso de lengua	14	16.6%
Encía	23	27.3%
Mucosa labial	20	23.8%
Mucosa de carrillo	22	26.1%
Paladar blando	2	2.3%
Paladar duro	18	21.4%
Piso de boca	2	2.3%
Total	117	

Discusión

Los estudios de incidencia y prevalencia son los que mejor han descrito las patologías más frecuentes en la cavidad bucal. Aunque existen varios documentos en donde registran la frecuencia de las patologías bucales, algunos han sido delimitados a ciertos grupos etarios. Por esto, nosotros únicamente concentramos aquellos, que similares al nuestro, hayan incluido un amplio rango de edad.

De las primeras investigaciones epidemiológicas donde evaluaron la prevalencia de enfermedades de la mucosa bucal fue una desarrollada por Axell y cols. el cual en una población de Suecia encontró cerca de 60 condiciones diferentes, ellos mencionan a la hiperplasia epitelial multifocal, leucoedema, lengua geográfica y liquen plano con una alta prevalencia.³ Marija y Uros en el 2000, realizaron un estudio en la población de Eslovenia en el cual si incluyeron las variantes de lo normal, siendo las que encontraron con mayor frecuencia (gránulos de Fordyce, lengua fisurada y varices linguales), posterior a éstas historial de herpes labial, historial de aftas recurrentes, estomatitis subprotésica y leucoplasia fueron las más frecuentes.⁴

Campisi y Margiotta en el año 2001, realizaron un estudio sobre lesiones en la mucosa bucal y factores de riesgo en una población de 118 hombres italianos. El 81,3% del grupo en estudio mostró lesiones en la mucosa bucal, la lesión más frecuente fue la lengua pilosa, seguido de leucoplasia, queilitis actínica, lesiones bucales traumáticas como úlceras traumáticas y lesiones blancas friccionales.⁵ Un estudio realizado en la Universidad de Oviedo, España por Martínez, en el que también incluyeron las variantes de los normal, obtuvieron las lesiones pigmentadas como las más frecuentes, seguidas de queratosis friccionales incluyendo al morsicatio buccarum.⁶

TABLA 3. Preguntas referidas a la lesión bucal.

	No	Si
¿Sabía usted que tiene una lesión en su boca?	33 (39.3 %)	51 (60.7%)
¿Sabe usted el tiempo de evolución?	36 (42.9%)	48 (57.1%)
Tiempo		
Sin dato	52 (65.0%)	
<1 año	5 (06.0%)	
1 a 5 años	18 (21.4%)	
6 a 10 años	3 (03.6%)	
>10 años	6 (07.1%)	
¿Anteriormente algún profesional de la salud le había comentado de su lesión?	57 (67.9%)	27 (32.1%)
¿Cuál?		
Infectólogo	1 (01.1%)	
Médico	4 (04.7%)	
Odontólogo	21 (25.0%)	
Otorrinolaringólogo	1 (01.1%)	
Ninguno	57 (67.8%)	
¿Qué diagnóstico le habían dado?		
Cáncer	2 (02.3%)	
Fibrosis	3 (03.5%)	
Herpes	3 (03.5%)	
Hiperplasia por prótesis	1 (01.1%)	
Infección	1 (01.1%)	
Lesión premaligna	1 (01.1%)	
Malformación genética	1 (01.1%)	
Mioma	1 (01.1%)	
No recuerda	1 (01.1%)	
No supo	11 (13.0%)	
Piorrea	1 (01.1%)	
Ninguno	58 (69.0%)	

En nuestro estudio, a diferencia de los mencionados anteriormente, realizados en otros continentes, encontramos como la más frecuente a la hiperplasia fibrosa, mientras que ninguno de ellos la menciona, sin embargo, dos de ellos mencionan a las lesiones por herpes dentro de las principales, siendo éstas relativamente poco frecuentes en el estudio presente.^{3,4}

Coincidimos con estos, en las lesiones producidas por *cándida* se postulan entre las primeras. De la misma manera con el estudio de Campisi y Margiotta, las lesiones friccionales (queratosis friccional) como las patologías de la cavidad bucal con mayor presencia.

Curiosamente existió una mayor concordancia entra las patologías bucales frecuentes de la Universidad de Oviedo con las del presente estudio, donde las lesiones pigmentadas y la queratosis friccional figuran entre las primeras, pero es necesario destacar, mientras ellos obtuvieron 3.4% de alteraciones producidas por *candida*, nosotros obtuvimos un 12.5%, ellos adju-

dican la diferencia de sus resultados con los de otros países a razones geográficas, sociales, étnicas y metodología del estudio. En Latinoamérica, Shulman en Estados Unidos reportó una alta prevalencia a las lesiones por candida, tatuajes por amalgama, morsicatio bucarum / linguarum y la queratosis friccional.⁷

Un estudio retrospectivo realizado en Venezuela en un laboratorio central de histopatología mencionan en sus resultados a la leucoplasia (15.24%), hiperplasia fibrosa, fibroma traumático y granuloma piógeno como los más frecuentes, crea un poco de confusión la combinación de términos clínicos e histopatológicos siendo que los datos fueron obtenidos de resultados de histopatología.¹⁰ A pesar de esto, es importante mencionar la concordancia tan cercana con nuestro estudio, al tener a las patologías producidas por la hiperplasia de las fibras colágenas entre las principales.

De los trabajos realizados en México se pueden mencionar dos; uno realizado por Ramírez-Amador en una clínica dermatológica, en el cual observaron como las más frecuentes las asociadas al pénfigo vulgar seguido por liquen plano, candidiasis, estomatitis aftosa recurrente, lesiones herpéticas y traumáticas.⁸ Dentro de las semejanzas encontradas, se puede observar una frecuencia similar en la candidiasis. Nótese que la patología bucal más frecuente en dicha clínica, fue la producida por el pénfigo vulgar, por lo que sería importante destacar el caso encontrado en el presente estudio de esta enfermedad mucocutánea, para resaltar el nexo tan cercano que puede existir entre una clínica dermatológica y una clínica odontológica.

Otro estudio fue realizado en una clínica odontológica universitaria de León, Guanajuato por Castellanos y cols, en el cual recolectaron datos por medio de las historias clínicas hechas 14.5 años atrás y

mediante la exploración clínica en los 7.5 años posteriores, sumando una colecta de muestra en un periodo de 22 años. Reportaron como las lesiones de mayor prevalencia el leucoedema, úlcera traumática, queratosis friccional, eritema traumático, morsicatio buccarum y la candidiasis atrófica crónica.⁷

Quisiéramos hacer énfasis en la diferencia encontrada, en cuanto a neoplasias malignas con alguno de los diferentes estudios aquí mencionados, aunque sus muestras han sido de mayor tamaño, el porcentaje encontrado para las neoplasias malignas es menor al de nuestro resultado (2.5%), tal es el caso del estudio de Moret Yuli en Venezuela donde sólo reporta un caso de melanoma (0.04%),⁹ Campissi y Margiotta un caso de carcinoma de células escamosas (0,9%).⁵ Los estudios restantes no reportan lesiones malignas sugiriendo el no haberlas encontrado.

La diferencia encontrada entre los resultados de otras investigaciones, y las patologías del presente estudio (Tabla 4), confirma que la presencia de lesiones en la cavidad bucal puede ser afectada por diversos factores. En nuestros resultados se puede observar una tendencia a las lesiones reactivas e infecciosas, esto pudiera ser debido a la falta de atención a los tejidos blandos en cavidad bucal, puesto que varias de ellas pueden ser tratadas retirando el agente causal e inclusive prevenirlas conociendo el comportamiento de los tejidos blandos en boca hacia una fricción o trauma.

De igual manera las patologías bucales de causa infecciosa como lo es en este caso la candidiasis, la cual su alta frecuencia fue motivada principalmente por la estomatitis subprótesis (n=5), este dato se puede interpretar en hacer necesaria la comunicación entre odontólogo y paciente para el cuidado de la prótesis, ya que en todas el paciente solía dormir con estas.

Tabla 4. Porcentajes de patologías bucales en diversos estudios †

Patología bucal	Presente estudio	Axell T. (1976)	Marija (2000)	Ramírez A. (2000)	Martínez A. (2002)	Shulman (2004)	Moret Yuli (2007)	Castellanos (2008)	Ravi (2010)
Hiperplasia Fibrosa	15.4%	-	-	1.6%	1.4%	0.1%	23.4%	-	-
Candidiasis	13.0%	-	4.7%*	8.3%	3.4%‡	8.6%	-	2.3%∞	-
Melanosis no fisiológica	13.0%	-	-	5.0%	24.6%	-	2%¶	0.9%~	4.1%
Queratosis friccional	13.0%	-	2.2%	3.3%	11.5%	2.6%	-	3.2%	-
Lengua geográfica	10.7	8.4%	2.2%	2.1%	0.8%	1.8%	-	0.7%	-
Estomatitis aftosa recurrente	7.1	-	9.7%	6.7%	2.3%	0.8%	-	0.8%	-
Paladar de fumador	5.9	-	0.5%	-	-	0.5%	2.1%	0.4%	-
Herpes	4.7	-	16%	6.7%	2.3%	1.6%	0.04%	0.7%	-
Epúlisis fisurado	3.5	-	-	-	5%	-	-	0.3%	-
Granuloma piógeno	3.5	-	-	3.3%	-	-	9.7%	0.08%	-
Mucocele	3.5	-	0.9%	-	-	0.02%	5.1%	0.1%	-
Neoplasias malignas	2.3	-	-	-	-	-	-	-	0.9%

† Se seleccionaron las patologías bucales de este estudio que se presentaran >2 veces

- No mencionan dato

* Se unieron los porcentajes reportados de queilitis angular (0.4%) y estomatitis subprotésica (4.3%)

‡ Se unieron los porcentajes de candidiasis pseudomembranosa (2%) y queilitis angular (1.4%)

¶ Se unieron los porcentajes de nevus (1.02%) y melanosis focal (0.98%)

∞ Se unieron los porcentajes de candidiasis atrófica crónica (2%) y queilitis angular (0.3%)

~ Se unieron los porcentajes de mácula melánica labial (0.38%), melanosis de fumador (0.24%) y nevo (0.31%)

Esto último aunado a los resultados encontrados en las preguntas integradas al cuestionario, en cuanto a la información sobre la lesión, conlleva a intuir la poca participación de los profesionales de salud bucal hacia las lesiones de cavidad bucal.

Aunque en este estudio en particular, la frecuencia se ve inducida por la idiosincrasia profesional odontológica, no está por demás recordar a todos aquellos encargados de ser el primer contacto en el cuidado de la salud bucal que: "La atención primaria en odontología es el primer eslabón en la cadena de atención para las patologías bucales, al no dar información sobre las posibles causas de la alteración bucal, el paciente ignorará las consecuencias, a la vez de no saber a quién acudir cuando estás se le presenten".

Referencias Bibliográficas

- Eversole R. Evidence-based Practice of Oral Pathology and Oral Medicine. CDA Journal. 2006; 34 (6):448-54.
- Karcioglu Z, Sommeran A. Practical Surgical Pathology. Toronto the Collamore Press DC. Health ed Co. 1985; 2: 158-9.
- Axell T. A prevalence study of oral mucosa lesions in an adult Swedish population. Odontol Rev. 1976; 27:1-103.
- Marija K, Uros S. The prevalence of oral mucosal lesions in a population en Ljubljana, Slovenia. J Oral Pathol Med. 2000; 29:331-5.
- Campisi G, Margiotta V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. J Oral Pathol Med. 2001; 30:22-8.
- Martínez AI y Díaz-Canel. Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en pacientes de la Escuela de Estomatología de Oviedo. Medicina Oral 2002; 7(1):4-9.
- Shulman J, Miles B, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults. JADA 2004; 135: 1279-86.
- Castellanos J, Díaz-Guzmán L. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. Oral Surg Oral med Oral pathol Oral radiol Oral endodontology. 2008; 105 (81): 79-85.
- Ramírez-Amador V, Esquivel-Pedraza L, Orozco-Topete Rocío. Frequency of oral conditions in a dermatology clinic. International Journal of Dermatology. 2000; 39: 501-5.
- Moret Y, Rivera H, Cartaya M. Prevalencia de lesiones en la mucosa bucal de pacientes diagnosticados en el laboratorio central de histopatología bucal "Dr. Pedro Tinoco" de la facultad de odontología de la universidad central de Venezuela durante el periodo 1968-1987. Acta Odontológica Venezolana 2007; 45 (2): 1-7.
- Kramer R, Pindborg J, Bezroukov V, Infirri J. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal disease and conditions. Community dentistry and oral epidemiology. 1980; 8 (1):1-26.