



“ESTADO DE SALUD DE LA MUCOSA ORAL EN PACIENTES QUE ASISTEN A LAS CLÍNICAS DE PRÓTESIS REMOVIBLE II DE LA ESCUELA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO.”

**Trabajo de Investigación
Requisito para optar al
Título de Cirujano-Dentista**

**Alumnas: Claudia Andrea Fuentes Hernández
Marcela Paz Núñez Pacheco**

Docente Guía: Dr. Rodrigo Fuentes Cortés.

**VALPARAÍSO-CHILE
2008**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	2
CAPÍTULO I: Estadísticas sobre “Lesiones de mucosa” en Chile y el mundo	3
CAPÍTULO II: Formas y sistematización del examen clínico de las mucosas	7
CAPÍTULO III: Criterios de diagnóstico para la mucosa oral	14
CAPÍTULO IV: Factores de riesgo asociados a las lesiones de la mucosa oral	21
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	25
MATERIALES Y MÉTODOS	26
Características del estudio	27
Definiciones operacionales	29
• Definiciones operacionales para el diagnóstico en la mucosa oral	30
Calibración de los examinadores	32
Método de recolección de la información	33
Método de examen elegido	33
Instrumento de recolección de la información	33
Análisis de la información	34
RESULTADOS	35
DISCUSIÓN	49
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	55
RESUMEN	58
BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXO N° 1: FICHA CLÍNICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO	62

INTRODUCCIÓN

A través de los años se han desarrollado una gran cantidad de estudios acerca de las tres alteraciones bucodentarias más frecuentes en nuestro país: caries, periodonciopatías y maloclusiones. Estos han permitido contar con una base epidemiológica de cada una de ellas, que ha sido de gran ayuda en la planificación y ejecución de variados Programas de Salud, tanto educativos, de prevención, así como de tratamiento de estas patologías.

Sin embargo, no ha ocurrido lo mismo con patologías orales que no son de alta prevalencia, ya que el odontólogo general en el ejercicio de su profesión no otorga la misma importancia a estas enfermedades. Este el caso de las lesiones de mucosa oral, ya que su identificación requiere, además de una base teórica, un examen metodológico de toda la cavidad oral.

Es por esta misma razón que en nuestra Facultad de Odontología no existen datos específicos que describan la condición de las mucosas orales de los pacientes que se atienden en los Servicios de la Escuela.

Las lesiones de mucosa oral, al igual que otras patologías, tienen factores de riesgo que propician su aparición, es por esto que hemos escogido estudiar a los pacientes que asisten a las Clínicas de Prótesis Removible de Pre grado, ya que responden a un perfil de paciente que clásicamente podría presentar uno mas de estos factores, entre ellos destacan la edad, xerostomía y uso de prótesis removible.

A nuestra Escuela de Odontología acudieron durante el año 2007 alrededor de 3200 personas al servicio de UCEOT (Unidad clínica de examen, orientación y tratamiento) en busca de atención odontológica, de las cuales, hasta el mes de agosto de 2007 fueron derivados 253 pacientes a las clínicas de Prótesis Removible I y II. De estos pacientes, 133 fueron atendidos en la clínica de quinto año, correspondiente a Prótesis Removible II. Luego en el presente año, 54 pacientes nuevos han recibido atención en esta clínica, esta será nuestra población a analizar.

La importancia de nuestro estudio radica en el que se conozca las patologías de mucosa oral más frecuentes en los pacientes que asisten a las clínicas de Prótesis Removible de nuestra Escuela, de manera que esta tesis pueda servir de guía para los alumnos en el examen de mucosa oral que deben llevar a cabo, y en las patologías que se encontrarán con mayor frecuencia

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I:

Estadísticas sobre “Lesiones de mucosa” en Chile y el mundo.

La presencia de lesiones de mucosa es un problema global, ya que existen diversos factores de riesgo que se repiten a lo largo de todo el mundo, y que condicionan la aparición de estas lesiones. Estos factores de riesgo serán explicados más adelante, pero entre ellos se encuentran *factores demográficos, factores biológicos del individuo, factores sociales y ambientales, hábitos, factores terapéuticos, factores traumáticos, agentes infecciosos* (Kleinman y cols, 1991, citado por Espinoza, 2001). No obstante, estos factores también pueden estar influenciados por condiciones propias de cada lugar y cada cultura, como por ejemplo el mascar tabaco, nuez de betel y fumar pipa, las cuales pueden marcar una diferencia en la frecuencia y tipo de lesiones de mucosa encontradas. Debido a que estos factores de riesgo son muy poco comunes o inexistentes en nuestra población, no serán incluidos en nuestro estudio.

Es por esto que investigadores de diferentes lugares del planeta han querido graficar su situación local en lo que respecta a lesiones de mucosa mediante estudios epidemiológicos, los cuales arrojan variados resultados. La mayoría de estos estudios siguen un patrón común, es decir, examen clínico y entrevista en base a los criterios de la OMS, realizados por personal entrenado, pero difieren en el tipo de población en estudio, la cual varía según la situación particular de cada lugar.

Buiti y cols, en su publicación en Malasia, determinaron la prevalencia de lesiones de la mucosa oral mediante el examen de una muestra representativa de 11707 sujetos de edades comprendidas entre 25 años y más, a lo largo de un período de 5 meses, en 1993/1994. La muestra constó de 40,2% hombres y 59,8% mujeres. Lesiones de la mucosa oral se detectaron en 1131 (9,7%) sujetos, 5 (0,04%) presentaron cáncer oral, 165 (1,4%) lesiones o condiciones que pueden ser precancerosas (leucoplasia, eritroplaquia, fibrosis submucosa y liquen plano) y 187 (1,6 %) tenían mucosa de masticadores de betel.

En Camboya, durante el mes de Julio de 1991, se examinaron un total de 1.319 personas (953 mujeres, 366 hombres, entre 15 y 99 años) por un cirujano bucal. En total, 71 lesiones se registraron en 64 personas (4,9%). Leucoplasia fue encontrada en 14 casos (1,1%), lesiones de liquen en 24 (1,8%), candidiasis en 18 (1,4%), fibrosis submucosa en 2 (0,2%), cáncer en 1 (0,1%) y otros diagnósticos en el 0,8%. Este estudio ha proporcionado información sobre los aspectos epidemiológicos de las lesiones de la mucosa oral, incluida la relación con factores etiológicos como el tabaco de fumar y de mascar nuez de betel, que podrían ser de utilidad en la planificación de los futuros estudios de la salud oral y la aplicación de programas preventivos en Camboya. (Ikeda y cols, 1995)

En Manipal, Estado de Karnataka, India, en el año 2008, un total de 1190 sujetos fueron entrevistados y examinados clínicamente por lesiones de la mucosa oral, los cuales visitaron el departamento de medicina bucal y radiología para el diagnóstico de diversas patologías orales durante un período de 3 meses. El resultado mostró la presencia de una o más lesiones en la mucosa (41,2%) de la población. Fordyce, la condición se observó con más frecuencia (6,55%),

seguido de queratosis friccional (5,79%), lengua fisurada (5,71%), leucoedema (3,78%), paladar del fumador (2,77%), aftas recurrentes, fibrosis submucosa oral (2,01%), neoplasias orales (1,76%), leucoplasia (1,59%), glositis romboidal media (1,50%), candidiasis (1,3%), liquen plano (1,20%), varices (1,17%), úlcera traumática oral y leucoplasia vellosa (1,008%), estomatitis protésica, lengua geográfica, mucosa del mascarador de Betel y fibroma irritativo(0,84%), herpes labial, queilitis angular (0,58%), y mucocele (0,16%). Lesiones de la mucosa relacionadas con el tabaco (leucoplasia, el paladar del fumador, fibrosis submucosa oral y tumores malignos) fueron más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres. Estomatitis Sub-Protésica, herpes labial y queilitis angular se produjeron con mayor frecuencia en la población femenina. (Mathew y cols, 2008)

En un estudio en Ljubljana, Eslovenia, un total de 1609 sujetos representó a la población de estudio en la encuesta sobre las necesidades de tratamiento periodontal en una población en Ljubljana, realizadas de 1983 a 1987, en un grupo de edades de 25-75 años. Los resultados mostraron la presencia de una o más lesiones de las mucosas en el 61,6% de la población. Los gránulos de Fordyce fueron los observados con más frecuencia (49.7%), seguido por: lengua fisurada (21,1%), vrices (16,2%), historia de herpes labial (16,0%), historia de aftas recurrentes (9.7%), estomatitis protésica (4.3%), Leucoplasia (3,1%), mejilla mordisqueada (2,7%), liquen plano (2,3%), queratosis friccional (2,2%), lengua geográfica (2,2%), lengua fisurada y geográfica juntas (1,1%), mucocele (0,9%), paladar del fumador (0,5%) y queilitis angular (0,4%). En la población examinada, no se observaron tumores malignos orales. Lesiones de las mucosas, como lesiones blanquecinas, las lesiones relacionadas con prótesis, lengua fisurada, vrices y mucocele fueron más frecuentes con el aumento de edad. Lesiones relacionadas con el tabaco (leucoplaquia y paladar del fumador juntos) fueron significativamente más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres ($P < 0,05$), mientras que el liquen plano, la estomatitis protésica y el herpes labial fue más frecuente en la población femenina. (Kovac-Kavcic y cols, 2000)

En Dinamarca, el objetivo de un estudio fue determinar la prevalencia de lesiones de la mucosa oral de los ancianos institucionalizados. La población de estudio comprende 486 personas mayores de ocho residencias de ancianos, y 199 personas mayores de cinco hospitales de atención prolongada en la parte oriental de Dinamarca. Aproximadamente la mitad de los sujetos exhibían una o más condiciones patológicas de la mucosa oral. Úlceras traumáticas relacionadas con prótesis se encontraron en 3,9% de los residentes de las casas de reposo, en comparación con el 8,3% entre las personas de edad en hospitales de atención a largo plazo. La más frecuente fue la estomatitis protésica, que se manifestó en alrededor de un tercio de las personas de edad. (Vigild, 1987)

Campisi y cols en su estudio en hombres italianos, utilizaron una muestra de 118 hombres (de 40 años o más) habitantes en la isla Mediterránea de Pantelleria. El hábito más común en la población fue beber alcohol, (73%), seguido por el fumar tabaco (58,5%). Sólo un 3 % mostró salud oral e higiene y el 25% era edéntulo. Las lesiones fueron observadas en un 81,3% del grupo estudio, presentando el mayor porcentaje la lengua saburral (*coated tongue*) (51,4%), leucoplaquia (13,8%), lesiones traumáticas (úlceras traumáticas, y lesiones blancas friccionales) (9,2%) y queilitis actínica (4,6%). Se encontró asociaciones estadísticamente significativas para lengua saburral y tabaco, y entre la queilitis actínica y el consumo de tabaco/alcohol.

En Estados Unidos, en una publicación se describió que los exámenes se realizaron a 17235 personas de 17 años y de más edad, de los cuales 4801 (27,9%) tuvieron un total de 6003 lesiones. Las lesiones relacionadas con prótesis (estomatitis, hiperplasia, úlceras, inflamación y queilitis angular), integraban el 8,4% y las lesiones relacionadas con el tabaco (tabaco no fumado y estomatitis nicotínica), integraron el 4,7% de todas las lesiones. Descontando lesiones relacionadas con prótesis, los tatuajes por amalgama fueron las lesiones más prevalentes (3,30%), seguido de cerca por mejilla / labio mordisqueados (3,05%) y lesiones blancas friccionales (2,67%).

Júnior y cols, en su estudio del año 1991 en Brasil, examinaron a 350 personas ancianas, 134 hombres y 136 mujeres. Menos de la mitad tenían bocas saludables. El 58,9% de los examinados presentaba una o más lesiones en la mucosa oral, la más frecuente fue la estomatitis inducida por prótesis (20%), seguida por hiperplasia fibrosa (11,8%) y queilitis angular (9,3%). El género, uso y grado de higiene de la prótesis fueron factores estadísticamente significativos contribuyentes a la prevalencia de la estomatitis protésica. Lesiones precancerosas como la leucoplaquia (3,0%), queilitis actínica (2,6%) fueron poco comunes, y se encontraron 3 casos de carcinoma escamoso (1,1%). Este estudio enfatiza la necesidad de exámenes regulares en los pacientes ancianos, realizados por personal especializado.

En España se realizó un estudio en la facultad de Odontología de la Universidad de Oviedo. Este se realizó sobre pacientes que acudieron a la Escuela de Estomatología de esa Universidad para recibir tratamiento de su patología dentaria, periodontal o prostodóncica y no por patología de la mucosa. Se examinaron 337 pacientes (140 varones y 197 mujeres). El rango de edad fue de 30 a 85 años. Se elaboró un protocolo clínico en el que se incluyeron las lesiones recogidas en estudios epidemiológicos previos. El número de pacientes con lesiones fue de 198 (58,75%). La patología diagnosticada con más frecuencia fue la pigmentación melánica (n=83; 24,6%), seguida de la queratosis friccional (n=39; 11,5%), línea alba (n=34; 10,7%), mucosa mordisqueada (n=23; 6,8%) y úlcera traumática (n=16; 4,7%). En los pacientes portadores de prótesis, la patología más frecuente fue la hiperplasia (n=17; 5%) y la estomatitis (n=9; 2,6%). (Martínez Díaz-Canel y cols, 2002)

Este estudio tiene similitudes en su metodología con nuestro estudio, con la salvedad de que hay diferencias por su ubicación geográfica.

En Chile, hay sólo un estudio publicado sobre lesiones de mucosa, de Espinoza y cols, realizado el año 2003, en el cual se obtuvo una muestra aleatoria de 889 individuos sobre los 65 años de edad. La prevalencia de una o más lesiones de mucosa oral en la muestra fue del 53%. La lesión más común fue estomatitis protésica (22,3%), seguido por hiperplasia irritativa (9,4%), varicosidades de la mucosa oral (9%), lesiones pigmentadas solitarias (4%), úlcera traumática (3,5%), queilitis angular (2,9%), lesiones pigmentadas múltiples (2,8%), hemangioma (2,3%), liquen plano (2,1%), leucoplaquia (1,7%), estomatitis aftosa recurrente (1,4%), estomatitis nicotínica (1,3%), glositis romboidal media (0,9%), granuloma piógeno (0,7%), papiloma escamoso oral (0,6%) y mucocela (0,2%). Un caso de cáncer oral fue observado.

El año 2006 se realizó el “Estudio de Prevalencia de las Enfermedades Bucodentales y Necesidades de Tratamiento en la V Región”, financiado por el Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud – FONIS, CONICYT – MINSAL, con el fin de conocer la prevalencia de

caries y enfermedades bucodentales. Sin embargo, en este estudio también se quiso conocer la “Frecuencia de las lesiones de mucosa”, obteniéndose como resultados que en adultos, el 76,7% no tiene lesiones, la candidiasis representa el 6,1% de ellas y las úlceras el 5,2%, seguido de los abscesos con un 0,7%, lo que refleja la baja prevalencia de este tipo de lesiones.

Todos estos resultados justifican la realización de nuestro estudio, debido a las pocas publicaciones realizadas en Sudamérica y en Chile, y además porque no existe un registro de las lesiones de mucosa hecha por un personal entrenado para ese fin en nuestra Escuela.

CAPÍTULO II:

Formas y sistematización del examen clínico de las mucosas

Para la sistematización del estudio de la mucosa oral se han definido y planteado tres formas para su examen clínico. Para Lobos, el énfasis en el estudio de las mucosas es reconocer estructuras y características normales de ellas, y a partir de eso detectar posibles anomalías. En cambio, en el tipo de examen propuesto por la OMS en 1981 se le da importancia a la descripción de la mucosa por sitio anatómico, los cuales han sido clasificados topográficamente por Roed-Petersen & Penstrup. Una sistemática más enfocada al diagnóstico es la que propone la OMS en su publicación “Encuestas de Salud Bucodental: Métodos Básicos” publicados en 1997, ya que en ella se propone una lista de posibles diagnósticos que pueden ser encontrados al enfrentarse al estudio de la mucosa oral. Todas concuerdan en que el examen de la mucosa debe ser minucioso y sistemático, con el fin de pesquisar cualquier cambio que podría traducirse en una lesión o condición de mucosa.

Se describen en detalle estas tres formas de examen clínico.

1. Examen clínico según el criterio de Lobos:

Según Lobos, en 1995, para efectuar un diagnóstico correcto frente a la presencia de una lesión de la mucosa oral, sólo es posible después de haber reunido una serie de datos obtenidos a través de un examen clínico o de un procedimiento de laboratorio, ya sea histopatológico, sexológico o bien mediante el análisis de otro fluido corporal.

A continuación, se mencionan los antecedentes que deben ser considerados para obtener la mayor información del paciente:

Anamnesis y examen clínico

- Antecedentes del paciente: Identificación completa, edad, estado civil, ocupación, domicilio y teléfono.
- Historia de la enfermedad actual: Tiempo de evolución, diagnóstico anterior, tratamiento previo, presencia o no de dolor, recurrencia, sangramiento, ardor o cualquier otra característica relevante.
- Historia médica: Antecedentes familiares, enfermedades anteriores del paciente, presencia de otra enfermedad actual, tratamientos efectuados, medicamentos en uso, reacciones alérgicas, detalles ocupacionales.
- Examen intraoral: Evaluar:
 - Condición higiénica
 - Condición fisiológica

- Presencia de piezas dentarias y su estado
- Examen de las mucosas:
 - Examen de los labios:
 - Observar si hay o no presencia de lesiones.
 - Evertirlos con el fin de observar su vertiente vestibular.
 - Examinar comisuras.
 - Finalizar con palpación bidigital (índice y pulgar) para describir presencia de lesión tumoral. Se deben recordar los múltiples nódulos que ruedan bajo presión de los dedos y que corresponden a glándulas salivales menores.
 - Cara interna de la mejilla: Traccionar con dos espejos dentales.
 - Tener en cuenta que puede estar presente la línea de la oclusión a veces queratinizada.
 - Recordar la presencia de la eminencia de la masa que corresponde a la salida del conducto de Stenon.
 - Palpación en forma bidigital.
 - Paladar duro:
 - Se debe recordar que la mucosa del paladar es más pálida (queratinizada).
 - Considerar la presencia de la papila incisiva.
 - En la unión con el paladar blando se debe recordar la presencia de las fosas palatinas.
 - La palpación con el dedo índice.
 - Paladar blando: Recordar que está cubierto por mucosa más rosada que el paladar duro.
 - Piso de boca: Tener en cuenta que en la línea media, a ambos lados del frenillo, están presentes como dos solevantamientos las carúnculas sublinguales. La palpación debe hacerse binamualmente; con los dedos de una mano, se presiona hacia arriba la región submaxilar desde fuera de la boca, mientras que con el índice de la otra se palpa la mucosa del piso.
 - Lengua: Se debe recordar que en la cara dorsal se encuentran las papilas filiformes, fungiformes y caliciformes, dispuestas en V a manera de pequeños botones. Los bordes deben estudiarse traccionando la lengua hacia las comisuras en forma bidigital sujetándola con una gasa. Tener presente que en la parte posterior pueden presentarse protuberantes las papilas foliadas.
 - Orofaringe: Puede observarse mediante el espejo o con un bajalenguas colocado en la parte posterior de la lengua. Recordar que entre los pilares están las amígdalas que pueden variar de tamaño entre un paciente y otro.

2. Criterio de examen clínico según la OMS para el estudio de las mucosas

La OMS recomienda 2 espejos bucales para el examen. Mientras que la palpación digital de la mucosa sería ideal, los espejos bucales por motivos prácticos pueden ser usados para tener una idea de la textura de los tejidos. La palpación digital, usando cualquier precaución necesaria, puede entonces ser reservada para el examen de lesiones particulares. Las prótesis deben ser removidas antes de comenzar el examen. Es recomendado el siguiente procedimiento:

Los labios deben ser examinados con la boca abierta y cerrada. Notar el color, textura y cualquier anomalía de la superficie del borde del bermellón.

- Mucosa labial inferior y sulcus: Examinar visualmente el vestíbulo mandibular con la boca parcialmente abierta. Observar el color y cualquier aumento de volumen de la mucosa vestibular y la encía.
- Mucosa labial superior y sulcus: Visualmente examinar el vestíbulo maxilar y el frenillo con la boca parcialmente abierta.
- Comisuras, mucosa bucal, sulcus bucal (superior e inferior): Utilizando los espejos bucales como retractores y con la boca totalmente abierta, examinar por completo la mucosa bucal, extendiéndose desde las comisuras y por atrás con el pilar tonsilar anterior. Registrar cualquier cambio en la pigmentación, color, textura y movilidad de la mucosa, asegurándose de que las comisuras son examinadas con cuidado y que no han sido cubiertas con los espejos bucales durante la retracción de las mejillas.
- Procesos alveolares: Chequear por bucal, palatino, lingual.
- Lengua: Con la lengua en reposo y la boca parcialmente abierta, inspeccionar el dorso de la lengua por cualquier aumento de volumen, ulceración, cubrimiento o variación en tamaño, color o textura. También observar cualquier cambio en el patrón de la cubierta papilar en la superficie de la lengua. El paciente debe entonces protruir la lengua y el examinador debe notar cualquier alteración en la movilidad. Con la ayuda de los espejos bucales, inspeccionar los márgenes de la lengua y luego la superficie ventral. La lengua puede ser examinada más eficientemente sujetando su extremo con un pedazo de gasa para asistir a una protrusión completa y ayudar al examen de los márgenes.
- Piso de boca: Con la lengua aún elevada, buscar en el piso de boca aumentos de volumen u otras anomalías.
- Paladar duro y blando: Con la boca completamente abierta, y la cabeza del sujeto totalmente hacia atrás, delicadamente con un espejo bucal descender la base de la lengua. Observar primero el paladar duro y luego el paladar blando.

Deben ser palpados los tejidos mucosos o faciales que se vean anormales, así como también los linfonodos submandibulares y cervicales.

Clasificación topográfica de la mucosa oral

A continuación se presenta la clasificación propuesta por Roed Petersen & Renstrup, expuesta en el estudio de Kramer y cols en 1980 de la OMS:

- Borde Bermellón – superior (13), inferior (14)
El área de labio (*lipstick*) entre la mucosa labial y la piel del labio.
- Comisuras labiales – derecha (15), izquierda (16)
Un cuadrado de aproximadamente 1.5 cm de membrana mucosa, ampliada sobre 1.5 cm distal desde la esquina de la boca (*angula oris*)
- Mucosa labial – superior (17), inferior (18)
Un área rectangular extendida desde el borde bermellón a 1 cm, desde la parte más profunda del sulcus labial, y lateralmente a una línea dibujada verticalmente desde los ángulos de la boca.
- Surco labial – superior (21), inferior (22)
Un área rectangular mesial a la superficie distal de los caninos superiores/inferiores y que se extiende desde la reflexión mucogingival hasta la parte más profunda del sulcus y luego aproximadamente a 1 cm hacia la mucosa del labio.
- Mejilla (mucosa labial) – derecha (19), izquierda (20)
Comprende entre el surco bucal superior e inferior, y se extiende delante de la línea dibujada verticalmente desde los ángulos de la boca. Las áreas definidas como comisuras labiales están excluidas.
- Sulcus bucal – derecho superior (23), inferior (24)
- Sulcus bucal – izquierdo superior (25), inferior (26)
El área rectangular posterior a las regiones de las superficies distales de los caninos, atrás del pilar anterior tonsilar y extendida desde la reflexión mucogingival hasta la parte más profunda del sulcus y luego aproximadamente 1 cm hacia la mucosa de la mejilla.
- Encía posterior y procesos alveolares bucales
 - Encía superior o proceso alveolar edéntulo bucal – derecho (27), izquierdo (28)
 - Encía inferior o proceso alveolar edéntulo bucal – derecho (29), izquierdo (30)
 El área rectangular posterior a las regiones de las superficies distales de los caninos, extendiéndose a el pilar tonsilar anterior y desde el margen libre de la encía o la cima del proceso alveolar de la mucosa superior/inferior de la reflexión gingival.

- Encía anterior y proceso alveolar labial
 - Encía superior anterior o proceso alveolar edéntulo labial (31)
 - Encía inferior anterior o proceso alveolar edéntulo labial (32)

El área rectangular entre las regiones de las superficies distales de los caninos y extendiéndose desde el margen libre de la encía o la cima de los procesos alveolares edéntulos a la reflexión mucogingival.

- Encía posterior y proceso alveolar palatino y lingual
 - Encía superior o proceso alveolar edéntulo palatino – derecho (33), izquierdo (34)
 - Encía inferior o proceso alveolar edéntulo lingual – derecho (35), izquierdo (36)

El área rectangular posterior a las regiones de las superficies distales de los caninos, extendiéndose del pilar tonsilar anterior y recayendo entre el margen libre de la encía o el proceso alveolar edéntulo y la unión entre la parte horizontal y vertical del paladar, o la reflexión mucogingival lingual.

- Encía anterior y proceso alveolar palatino y lingual
 - Encía anterior o proceso alveolar edéntulo palatino (37) y lingual (38)

El área rectangular entre las regiones de las superficie distales de los caninos y desde el margen de la encía o proceso alveolar edéntulo a la rugosidad palatina o la reflexión mucogingival lingual.

- Dorso de la lengua – derecho (39), izquierdo (40)

El área triangular posterior a la punta, atrás del sulcus terminal y entre el margen y la línea media.

- Base de la lengua – derecha (41), izquierda (42)

El área rectangular posterior al sulcus Terminal y entre los 2 pilares tonsilares anteriores.

- Punta de la lengua (43)

Un área circular con un radio de 1 cm con el centro en la punta de la lengua.

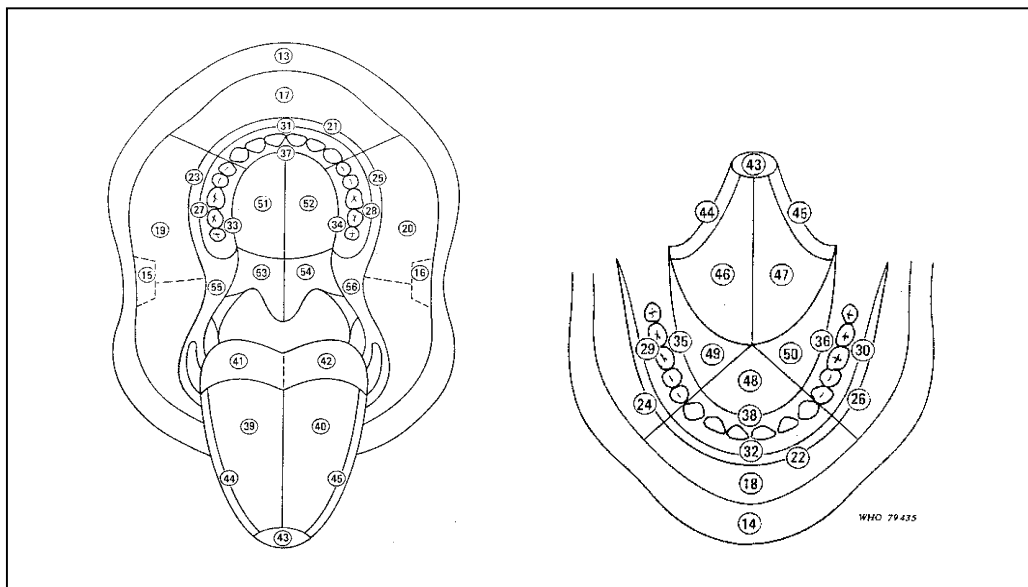
- Margen de la lengua – derecha (44), izquierda (45)

El área rectangular comenzando 1 cm posterior a la punta de la lengua, extendiéndose atrás del pilar tonsilar anterior y cubriendo 1 cm del borde dorsal y ventral de la lengua.

- Superficie ventral de la lengua (inferior) – derecha (46), izquierda (47)

El área triangular desde la reflexión de la lengua siguiendo la línea media a 1cm posterior de la punta de la lengua y siguiendo una línea imaginaria , recayendo 1 cm desde el borde de la lengua.

- Piso de boca
 - Frontal (48)
Un área triangular entre las líneas dibujadas desde las regiones de las superficies distales de los caninos inferiores al frenillo lingual y el proceso alveolar anteroinferior lingual.
- Piso de boca
 - Lateral – derecho (49), izquierdo (50)
Áreas triangulares posteriores al área 48 entre la reflexión mucogingival lingual y la reflexión de la lengua.
- Paladar duro – derecho (51), izquierdo (52)
El área triangular entre los procesos alveolares superiores palatinos, la línea media y la unión entre paladar duro y blando.
- Paladar blando – derecho (53), izquierdo (54)
El área rectangular posterior a la unión de paladar duro y blando y entre el pilar tonsilar anterior y la línea media, incluyendo la mitad de la úvula.
- Pilar tonsilar anterior - derecho (55), izquierdo (56)
El pliegue de tejido que forma el margen de la fosa tonsilar.



Dibujo 1: Topografía de la mucosa oral modificado de ROED-PETERSEN & PENSTRUP.

3. Criterio de examen clínico según la OMS para encuestas de Salud bucodental

La OMS describe una examinación de las mucosas dentro del marco del examen de la totalidad de la cavidad oral, para evaluar las enfermedades bucodentales y las necesidades de tratamiento, con vistas de planificar y vigilar los servicios de salud bucodental. Este manual describe que en cada sujeto debe efectuarse un examen de la mucosa oral y de los tejidos blandos bucales y peribucales. El examen ha de ser completo y sistemático y seguir el siguiente orden:

- a) Mucosas y surcos labiales (superior e inferior).
- b) Parte labial de las comisuras y la mucosa bucal (derecha e izquierda)
- c) Lengua (superficies dorsal y ventral, y bordes)
- d) Suelo de la boca
- e) Paladar duro y blando
- f) Bordes alveolares y encías (superiores e inferiores)

Para retraer los tejidos pueden utilizarse dos espejos bucales o un espejo y mango de la sonda periodontal. Se emplean casillas en la ficha clínica diseñada por la OMS para registrar la ausencia, presencia o presencia presunta de los trastornos incluidos en las claves 1 a 7, para los cuales los examinadores pueden efectuar un diagnóstico de sospecha, prestándoles la debida atención en el curso de los exámenes clínicos. La clave 8 se emplea para registrar un trastorno que no está mencionado en la lista precodificada. En lo posible, el diagnóstico presunto debe especificarse en el espacio correspondiente.

Los criterios y claves son:

- 0 – Ningún estado anormal
- 1 – Tumor maligno (cáncer oral)
- 2 – Leucoplaquia
- 3 – Lique plano
- 4 – Úlcera (aftosa, herpética, traumática)
- 5 – Gingivitis necrotizante aguda
- 6 – Candidiasis
- 7 – Absceso
- 8 – Otros trastorno (especifique si es posible)
- 9 – No registrado

A continuación deben registrarse en las casillas (40 a 42 en la ficha clínica de la OMS) la localización principal de la lesión o las lesiones de la mucosa oral:

- 0 – Borde bermellón
- 1 – Comisuras
- 2 – Labios
- 3 – Surcos
- 4 – Mucosa bucal
- 5 – Suelo de la boca
- 6 – Lengua
- 7 – Paladar duro y/o blando
- 8 – Bordes alveolares/encías
- 9 – No registrado

CAPÍTULO III:

Criterios de diagnóstico para la mucosa oral

Una lesión de la mucosa oral fue definida como cualquier cambio en la superficie de la mucosa oral, que a su vez podía corresponder a lesión blanca, roja, pigmentada ulcerativa, vesículo-ulcerativa y aumento de volumen. (Espinoza, 2001).

Para definir leucoplaquia, liquen plano, glositis romboidal media y eritroplaquia se utilizaron los criterios de diagnóstico propuestos por Kramer y cols en 1980, publicados en la OMS, además de los criterios de Zain y cols, basados también en los publicados por la OMS en 1980. Para las lesiones no definidas en la OMS se utilizaron diversos autores.

Lesiones blancas:

Lesión blanca corresponde a un cambio de coloración en la mucosa que se observa blanco, liso o con grietas, en placa o en retículo, de tamaño variable y que puede o no desprenderse al raspado. (Espinoza, 2001)

Leucoplaquia

Un parche o placa blanca que no puede ser caracterizada clínicamente o patológicamente como ninguna otra enfermedad y no está asociada a ningún agente físico o químico, excepto el uso del tabaco. (Zain y cols, 1997)

Estas lesiones están caracterizadas por la presencia de un parche blanco en cualquier parte de la mucosa oral, pueden variar desde una bastante pequeña y circunscrita área a una lesión extensiva, envolviendo una larga área de mucosa. La apariencia es variable, la superficie puede ser lisa o arrugada y a veces superficies lisas pueden estar atravesadas por pequeños cracks o fisuras. Las lesiones pueden ser blancas, blanca amarillenta o grises y algunas aparecen homogéneas, mientras otras son nodulares, mostrando áreas blancas intermitentes con áreas rojas; esta es frecuentemente llamada leucoplaquia nodular. En estas lesiones en que hay mucha hiperplasia epitelial, la mucosa afectada puede perder algo de su suavidad y flexibilidad normal (Kramer y cols, 1980)

Liquen plano

Esta enfermedad comúnmente afecta la mucosa oral y las lesiones pueden ocurrir en la boca en ausencia de lesiones en piel.

Las lesiones de mucosa son usualmente múltiples y frecuentemente tienen una distribución simétrica. Ellas comúnmente toman la forma de pequeñas pápulas blancas que gradualmente crecen y coalescen a formar un patrón reticular, anular o de placa.

El signo característico es la presencia de líneas blancas delgadas (estrías de Wickham) irradiadas desde las pápulas. En la forma reticular se encuentra una malla en forma de encajes ligeramente elevado de líneas blanca grisáceas, frecuentemente intercalados con pápulas o anillos. La forma de placa puede ser difícil de distinguir de la leucoplaquia, pero en el liquen plano generalmente

no hay cambio en la flexibilidad de la mucosa afectada. En algunos pacientes las lesiones son atróficas, con o sin erosiones. Las lesiones orales del liquen plano pueden incluir también bulas, pero estas son raras. Cuando la lengua es afectada, los parches blancos raramente muestran un patrón reticular y los márgenes de los parches aparecen difusos. (Kramer y cols, 1980)

Candidiasis pseudomembranosa

Una variedad de lesiones orales son causadas por el hongo *Cándida Albicans*. El término “candidiasis” es usado cuando las lesiones están presentes.

La lesión consiste en parches cremosos, blanco perlados o blanco azulados que pueden ser desprendidos al raspado (Kramer y cols, 1980; Zain y cols, 1997). Se puede presentar en todas las áreas de la mucosa oral, pero los sitios de predilección son la mucosa bucal, paladar y lengua. (Kramer y cols, 1980)

Leucoqueratosis nicotínica palatina

Una lesión específica aparece en el paladar de los grandes fumadores de pipa y cigarrillos. Estos cambios no ocurren si estas áreas del paladar son protegidas del humo del tabaco, como por prótesis.

En estadios tempranos la mucosa está enrojecida, pero luego se vuelve blanca grisácea y puede presentar apariencia arrugada. Más tarde se vuelve engrosada y aparecen nódulos umbilicados blancos con centros rojos, particularmente en la parte posterior del paladar. (Kramer y cols, 1980). El paciente es o recientemente ha sido un fumador habitual. (Zain y cols, 1997)

Queratosis friccional

Una placa blanca, no específica, inducida por trauma. A la clínica se presentan como áreas blanquecinas, queratósicas no desprendibles al raspado, asintomáticas. Se ubican a menudo en zonas que reciben traumatismos como el reborde edéntulo, la mucosa bucal (cara interna de mejilla), lengua, labio. Las queratosis de este tipo son reversibles después de la eliminación del trauma. (Neville y cols, 1995)

Lesiones rojas, rojo violáceas

Es aquella en que existe un adelgazamiento de la mucosa oral o se ha perdido parte del epitelio superficial de la mucosa (erosión).

y en la que además, se produce una gran hiperemia arterial o estasia venosa que condiciona áreas de color rojo de tamaño y texturas variables, no hemorrágicas. (Espinoza, 2001)

Estomatitis protésica

Estomatitis protésica es un término usado para describir cambios inflamatorios en la mucosa oral de tejidos en contacto con prótesis. Estos cambios están caracterizados por eritema, y se encuentran bajo prótesis parciales o completas en ambos maxilares, pero más frecuentemente en el maxilar superior.

La estomatitis puede ser clasificada en tres tipos:

- tipo I muestra inflamación o hiperemia pin-point

- tipo II muestra eritema difuso
- tipo III es una hiperplasia papilar no neoplásica con inflamación en distinto grado. La hiperplasia papilar esta localizada usualmente en al centro del paladar duro y puede tener apariencia nodular o musgosa. El tipo III puede estar en asociación con el tipo I o tipo II. (Budtz-Jørgensen E, 1981).

Esta lesión muestra una mucosa roja difusa cubierta por prótesis o la mucosa cubierta por prótesis puede tener múltiples hiperplasias pequeñas, papilomatosas y enrojecidas. La lesión puede estar presente en menos de dos tercios (tipo localizado) o dos tercios o más del área cubierta por prótesis (tipo generalizada). (Zain y cols, 1997)

Glositis romboidal media

Una lesión ovoide lisa/lobular, rojiza y depapilada en frente del área del forámen caecum. (Kramer y cols, 1980; Zain y cols, 1997)

Lesión roja, suele localizarse en la línea media del dorso de la lengua por delante de la V lingual, en forma de área rojiza, romboidal plana como una mácula o exofítica, mamelonada, que puede sobresalir de 2 a 5 mm, en la que no se observan papilas filiformes. (Lago y cols, 2005)

Eritroplaquia

El término “eritroplaquia” es usado análogamente a leucoplaquia para designar lesiones de la mucosa oral que presentes como placas rojas brillantes aterciopeladas que no pueden ser caracterizadas clínica o patológicamente como cualquier otra condición. (Kramer y cols, 1980; Zain y cols, 1997)

Las lesiones de eritroplaquia son generalmente con contornos irregulares aunque bien definidos y tienen una superficie de color rojo aterciopelado. Ocasionalmente la superficie es granular. Si las áreas rojas son intermitentes con las blancas, la lesión debe clasificarse como leucoplaquia. (Kramer y cols, 1980)

Hemangioma plano

Lesión rojo azulada que se torna blanca a la compresión o vitropresión, de consistencia blanda, fluctuante y puede apreciarse el pulso (Lago y cols, 2005). Las lesiones son más comunes en labios, lengua y mucosa bucal. (Reguezi y col, 2000)

Lesiones ulcerativas

Lesión ulcerativa es aquella en la que se observa una pérdida de la integridad de la mucosa y puede ser superficial o profunda y de forma, bordes y tamaño variables. (Espinoza, 2001)

Queilitis angular

Es el diagnóstico clínico de lesiones de los ángulos de la boca. Son lesiones infecciosas pero pueden interactuar varios factores para que se desarrolle. El uso de prótesis es uno de ellos. En la queilitis angular se afecta la piel y la mucosa de la zona de la comisura, y se caracteriza por maceración, eritema y formación de costra. La comisura aparece arrugada y con el tiempo las fisuras se hacen profundas con tendencia al sangramiento.

Es más frecuente en mujeres que en hombres y las condiciones se asociaron al uso de prótesis removible, pero no con edéntulos per se. (Budtz-Jørgensen E, 1981)

Úlcera intraoral (no asociada a trauma)

La presentación clínica del afta recurrente muestra gran variación. Son reconocidos tres patrones clínicos principales. En el más común (afta menor), hay típicamente 1-4 úlceras en cada ataque. Estos están confinados usualmente a las partes no queratinizadas de la mucosa y no envuelven el paladar duro o la encía. Cada úlcera alcanza un diámetro de 1-2 cm durante el periodo o durante una semana y sana frecuentemente al final de la segunda semana desde el inicio. Las úlceras son someras pero dolorosas, y no causan cicatriz.

En el segundo y menos común tipo (afta mayor) usualmente no hay más de 2 lesiones en cada ataque. Estos ocurren en cualquier parte de la mucosa o fauces y en algunos pacientes la lengua es el sitio predilecto. Cada lesión muestra marcada induración y la úlcera es relativamente profunda y destructible. Su curación puede tardar semanas y es seguida por una cicatriz.

En el tercer tipo (ulceración herpetiforme) hay un largo número de pequeñas y someras úlceras en cada ataque y esas úlceras ocurren en cualquier parte de la mucosa oral, incluyendo el paladar, la lengua y la encía. Las úlceras pueden sumar 50 o más, y cada úlcera individual raramente excede los 2mm de diámetro, grupos de úlceras pueden coalescer para formar úlceras compuestas con límites irregulares. En su apariencia clínica es muy similar a una lesión herpética verdadera de la mucosa oral, pero la ulceración herpetiforme no es causada por el herpes virus, y es recurrente, mientras que las lesiones herpéticas verdaderas raramente producen lesiones intraorales recurrentes. (Kramer y cols, 1980)

También podemos describir que las lesiones cancerosas o premalignas se pueden presentar como lesiones blancas o rojas o blancas y rojas con o sin ulceración. Las lesiones suelen ser no dolorosas y asociadas solo a irritación (Silverman, 2007)

Úlcera traumática intraoral

Son lesiones pequeñas y dolorosas, cubiertas por una gris membrana necrótica y rodeada por halos eritematosos, de bordes firmes y elevados. (Budtz-Jørgensen E, 1981)

Úlcera labial recurrente

Vesículas agrupadas en ramillete de contenido claro-amarillento, de número de 8 a 10 y con un tamaño que oscila entre 1 y 10 mm. Las vesículas se rompen y desecan, apareciendo costras que curan sin cicatriz en el periodo de 8 a 15 días. (Bagán y Vera, 1995)

Queilitis actínica

Esta lesión rara vez se presenta en la mucosa bucal, pero cuando aparece afecta con frecuencia considerable al labio inferior. La piel comprometida se observa arrugada, seca, atrófica y flácida. En el labio puede haber queratosis moderada y poca definición del límite del bermellón labial con la piel (Lobos, 1995). Al principio el labio aparece seco y con una descamación fina. Después el epitelio se engruesa de forma visible, formándose unas placas blanco-grisáceas, costras y fisuras paralelas orientadas en sentido perpendicular al eje largo del labio, que provocan dolor (Milián, 1995)

Lesiones vesículo ulcerativas

Lesión vesículo-ulcerativa es aquella que presenta un aspecto vesicular o ampollar con un contenido líquido en su interior y que al romperse deja zonas erosivas. (Espinoza, 2001)

Pénfigo

El pénfigo vulgar es una enfermedad mucocutánea crónica de tipo vesículo-ampollar que casi siempre produce manifestaciones orales. Es de base autoinmunitaria y de curso crónico que evoluciona a brotes impredecibles de actividad. Está caracterizado por la aparición de ampollas intraepiteliales acantolíticas, y en ocasiones pueden llegar a comprometer la vida del paciente. (Camacho y cols, 2005)

Penfigoide

Se caracteriza por la presencia de lesiones vesículo-bulosas en la mucosa bucal y piel cerca de los orificios del cuerpo. En la boca, la encía es la zona más afectada; se detecta por la presencia de una vesícula que al romperse deja al descubierto una zona sangrante, con poca tendencia a la cicatrización. (Lobos, 1995)

Aumentos de volumen

Corresponde a un aumento de volumen de forma, color y tamaño variable, de superficie lisa o irregular, y que puede corresponder a distintas causas (neoplásicas, traumáticas, reaccionales o malformaciones). (Espinoza, 2001)

Hiperplasia irritativa

Hiperplasia tisular fibrosa, que surge como respuesta de las mucosas ante la irritación crónica de una sobre extensión y/o mal ajuste de la prótesis. (Pennacchiotti, 2006)

Granuloma piogénico

Es un típico crecimiento solitario, benigno y vascular. La presentación clínica es generalmente como un nódulo rojo, sésil o pedunculado, de superficie nodular lisa que puede sangrar fácilmente, o ulcerarse. Las lesiones también pueden crecer rápidamente. (Parisil y cols, 2006)

Verruga o papiloma

El agente causal en ambos son los virus papiloma humano 6 y 11. Se presenta con bastante frecuencia en la mucosa oral en cualquier área ya a cualquier edad, y casi siempre es pedunculada. De color blanco, es una lesión exofítica con numerosas y pequeñas prolongaciones digitiformes muy semejantes al de una coliflor. Nunca alcanzan un gran tamaño y siempre conservan su benignidad. (Lobos, 1995)

Hemangioma cavernoso

Lesión de tamaño variable y un color que varía entre el rojo intenso, lo que evidencia un origen arterial, y el color azulado, que pone de manifiesto su origen venoso. Al palpar la lesión aparece blanda; cuando se presiona sobre ella, pierde la coloración para recuperarla al cesar la presión. Las localizaciones más frecuentes son los labios, lengua y encías. (Ceballos, 1995)

Hematoma o varicocidad

Las varices son lesiones adquiridas en la vena, arteria o vasos linfáticos dilatados de forma poco común y sinuosa, y de etiología no determinada. Edad, flacidez de los tejidos y aumento de la presión venosa son factores predisponentes. (Cavalieri y cols, 2006)

Mucocele

Los mucoceles son tumefacciones mucosas de variado tamaño, esféricas y circunscritas que contienen moco en su interior. Representan la patología más usual de las glándulas salivales menores. (J.M Aguirre, 1995)

Lesiones pigmentadas café o negras

Lesión pigmentada corresponde un cambio de coloración violáceo, café, azul, negruzco o pardo, y que puede ser plana o solevantada, lisa o abollonada, única o múltiples. (Espinoza, 2001)

Mácula oral única

Es un aumento localizado de la pigmentación melánica en una mucosa bucal normal. Se presenta a cualquier edad como lesión asintomática, de color pardo-negruzco, generalmente solitaria. La localización más frecuente es el labio inferior, mucosa gingival y resto de la mucosa oral en forma decreciente. (Lobos, 1995)

Lesiones pigmentadas múltiples

Pequeñas motas pardas que miden entre 3 y 5 mm de diámetro. Dentro de la boca, la cara interna de la mejilla es la zona afectada con mayor frecuencia, le siguen la encía y el paladar duro. (Lobos, 1995)

Parámetros a considerar en presencia de una lesión (Lobos, 1995)

1. **Apariencia principal:** Anotar el aspecto predominante en la alteración, de preferencia indicando el nombre de una lesión básica.
2. **Contorno o forma:** Tomar en cuenta la configuración principal de la alteración, con el término más apropiado, de preferencia el de una figura geométrica como: circular, elíptica, esférica, ovoidal.

3. **Tamaño:** Observar la dimensión de la lesión, en sus dos ejes principales, utilizando el sistema métrico.
4. **Base:** Cuando la lesión es tumoral, indicar si la base es sésil o pediculada, y cuando es plana, si la base es o no indurada.
5. **Color:** Observar si la coloración es igual, más intensa o más pálida que la correspondiente a la mucosa o piel vecina, o bien el color predominante.
6. **Bordes:** Cuando la lesión es plana o cuando se trata de una solución de continuidad, describir los bordes, indicando si éstos son definidos, regulares, sinuosos, elevados, y sobre todo si son indurados.
7. **Superficie:** Observar la apariencia principal de la superficie; si es ulcerada o está intacta, en el sentido de que esté recubriendo una lesión más profunda.
8. **Localización:** Debe indicarse las áreas anatómicas que compromete, la extensión de sus límites y el nombre de los tejidos u órganos que afecta.
9. **Consistencia:** Indicarla en términos precisos como blanda, firme, dura, fluctuante, renitente u otro.
10. **Movilidad:** Observar si la lesión se mueve libremente o bien, si está adherida a los tejidos circundantes y, en este caso, precisar los planos de fijación.
11. **Dolor:** Indicar si la lesión es dolorosa, especificando las características del dolor, o bien si presenta otro síntoma concomitante.
12. **Exudados o secreción:** Observar si hay presencia de exudado, especificando el tipo, o bien si existe tendencia a la hemorragia.

CAPÍTULO IV:

Factores de riesgo asociados a las lesiones de la mucosa oral

El riesgo se define como la probabilidad de un resultado sanitario adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad. En la mucosa oral, estos riesgos pueden dar origen a variadas patologías o lesiones. En la Tabla I se observa un listado de los factores de riesgo asociados con una mayor prevalencia de lesiones de la mucosa oral (Kleinman y cols, 1991, citado por Espinoza, 2001).

Clasificación	Ejemplos
Factores demográficos	Edad, género, raza
Factores biológicos del individuo	Enfermedades sistémicas, xerostomía, radiación ultravioleta, higiene oral.
Factores sociales y ambientales	Ocupación, acceso a atención de salud, aspectos psicológicos.
Hábitos	Tabaco, alcohol
Factores terapéuticos	Consumo de fármacos, quimioterapia, radioterapia, uso de aparatos protésicos, restauraciones dentales.
Factores traumáticos	Quemaduras, irritaciones mecánicas
Agentes infecciosos	Bacterias, virus, hongos.

Tabla I: Clasificación de los principales factores de riesgo de lesiones de la mucosa oral

Ha quedado explicado que el principal factor de riesgo para la aparición de lesiones de mucosa oral es el uso de prótesis removible. Sin embargo, podemos encontrar otros factores de riesgo asociados.

Algunas de las características más relevantes de los principales factores o indicadores asociados con un mayor riesgo de presentar lesiones de la mucosa oral se explican a continuación:

1. Edad.

La mucosa oral realiza funciones esenciales protectoras que afectan significativamente la salud general del paciente. Un decline en las funciones protectoras de la mucosa puede exponer al paciente anciano a una variedad de patógenos y químicos que entren en la cavidad oral. Con el avance de la edad, la mucosa oral se vuelve más permeable a sustancias nocivas y más vulnerable a carcinogénicos externos. Se ha reportado que el epitelio oral se vuelve más delgado con la edad, y la síntesis de colágeno por el tejido conectivo decrece. (Jainkittivong y cols, 2002).

A medida que aumenta la edad se agrega el efecto de un prolongado tiempo de exposición a factores externos como el tabaco y el alcohol, la disminución de la respuesta inmune y una mayor frecuencia de enfermedades sistémicas, consumo de medicamentos y uso de aparatos protésicos (Espinoza, 2001; Reichart, 2000)

Ha sido demostrado repetidamente que los ancianos en general tienen mala salud oral, visitan al dentista sin frecuencia, y no le preocupan sus problemas orales (MacEntee y cols, 1988).

2. Sexo

Diferencias de prevalencias entre hombres y mujeres se observa para algunas lesiones asociadas a tabaco y por lesiones relacionadas con prótesis. Las lesiones asociadas a tabaco son más prevalentes en hombres, y las lesiones relacionadas con prótesis más prevalentes entre mujeres (Mikkonen, 1984; Salonen y cols, 1990). El consumo de tabaco es más alto en hombres, y las prótesis removibles son significativamente más frecuentes entre mujeres. (Salonen y cols, 1990) El cáncer oral es más frecuente en hombres. Sin embargo, en Estados Unidos la diferencia entre hombres y mujeres con esta patología ha disminuido de 6:1 a 2:1 desde el año 1950 al año 1980, explicándose estas modificaciones por los cambios en los patrones de consumo de alcohol y cigarrillo en la mujer (Espinoza, 2001).

3. Enfermedades sistémicas

Diversas enfermedades y estados sistémicos aumentan el riesgo de presentar lesiones en la mucosa oral. Algunos ejemplos de estos son las inmunodeficiencias como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el cual la disminución de la función defensiva celular favorece, especialmente, el desarrollo de infecciones por hongos y virus, también se han asociado con una mayor probabilidad de lesiones de la mucosa oral las enfermedades autoinmunes y otros estados generales como la malnutrición y las anemias por deficiencia de hierro (Espinoza, 2001). Condiciones sistémicas además pueden predisponer a la intolerancia de la prótesis. Los pacientes diabéticos pueden tener dificultad porque tiene afectada su actividad fisiológica, reducido suministro sanguíneo, susceptibilidad a la infección por *Cándida* y al alto índice de reabsorción alveolar. (Dorey y cols, 1985)

4. Xerostomía

Condiciones asociadas a xerostomía, como el síndrome de Sjögren puede complicar el uso de prótesis porque la falta de lubricación puede causar irritación. Además estos pacientes tienen predisposición a infección por *Cándida*. (Dorey y cols, 1985)

5. Aspectos psicológicos

Un aumento de los niveles de estrés y ansiedad ha sido asociado con el liquen plano oral, por otro lado ciertos perfiles psicológicos caracterizados por una mayor preocupación por su salud, desconfianza y pensamientos tristes se han descrito con mayor frecuencia en pacientes con reacciones liquenoides (Espinoza, 2001)

En un estudio de Dorey y cols, en 1985, un grupo de pacientes relató sintomatología pero no se detectó anomalía clínicamente, se sospechó de un fuerte componente psicológico o emocional. La depresión y la soledad contribuyen a esta sensación de desorden oral.

6. Ocupación

El cáncer de labio es una lesión que afecta en más del 90 % de los casos al sexo masculino y se ha asociado con la exposición ocupacional al sol durante actividades laborales como la agricultura y la pesca (Espinoza, 2001; Pentenero y cols, 2007)

7. Higiene oral.

Las estomatitis se encuentran en asociación con prótesis antihigiénicas. (Fleishman, 1985; Júnior y cols, 1991; MacEntee y cols, 1988; Vigild, 1987)

En pacientes con mala higiene oral y acumulación de placa bacteriana bajo sus aparatos protésicos se produce un medio ácido y parcialmente anaerobio que favorece la proliferación de las especies de *Cándida*, especialmente *albicans* (Dorey y cols 1985; Espinoza, 2001). Este microorganismo ha sido asociado con estomatitis protésica, queilitis angular (Budtz-Jørgensen E, 1981; Espinoza, 2001) y con un mayor riesgo de caries radiculares, todas patologías frecuentes en el adulto mayor. (Espinoza, 2001)

8. Tabaco

Los fumadores de cigarro tienen 7 a 10 veces más probabilidades de desarrollar cáncer oral que los no fumadores. El riesgo aumenta con la profundidad de la inhalación y el número de cigarrillos fumados por día.

El fumar cigarro también está asociado con leucoplaquia oral (Ikeda y cols, 1995; Kovac-Kavcic y cols, 2000; Reichart, 2000; Shelman y cols, 2004; Winn, 2001), y con condiciones de la mucosa oral como estomatitis nicotínica o lengua pilosa negra. (Winn, 2001), además de lengua blanca friccional, lengua cubierta, lengua pilosa y exceso de pigmentación de melánica, mientras que se observa una correlación negativa para lengua geográfica y úlceras aftosas (Salonen y cols, 1990)

9. Alcohol

El consumo de alcohol junto al hábito de fumar aumenta el riesgo de cáncer oral. (Espinoza 2001; Pentenero y cols 2007). Según Espinoza, en los estudios en que sí se ha incorporado el hábito de beber, esta variable no ha presentado una asociación con una mayor prevalencia de lesiones de la mucosa oral, a diferencia de lo que ocurre con el consumo de tabaco. Sin embargo, según Pentenero y cols, la asociación tabaco – alcohol está ligada con lesiones friccionales, leucoplaquia, pigmentaciones melánicas y paladar del fumador, mientras que el consumo de alcohol por si mismo se asocia a leucoplaquia, lesiones friccionales y glositis romboidal media.

10. Uso de prótesis removible

Los cambios de la cavidad oral que pueden ocurrir en edéntulos son diferentes de los que pueden ocurrir en dentados, especialmente en lesiones de mucosa oral.

Los tejidos blandos son sometidos a altos niveles de stress cuando éstos no están diseñados para ello. El examen histológico muestra que los tejidos en contacto con las prótesis pueden sufrir

respuestas proliferativas o degenerativas de la mucosa oral. Se reduce el grado de queratinización haciendo el estrato corneo más delgado. Las prótesis pueden provocar otros cambios, se altera la calidad de la placa adherida a la superficie de la prótesis y al paladar y la saliva presente en la zona de la prótesis presenta un pH diferente. (Dorey y cols, 1985)

Los escasos estudios que han sobrepasado la exclusiva descripción de las cifras de prevalencia de las patologías de la mucosa oral y han investigado los factores de riesgo asociados con la prevalencia de una o más lesiones de la mucosa oral, han determinado que el uso de aparatos protésicos es el principal indicador de riesgo de lesiones de la mucosa oral. (Espinoza, 2001; Pentenero y cols 2007)

Las lesiones de mucosa oral asociadas al uso de prótesis removible pueden representar reacciones agudas o crónicas a la placa microbiana de la prótesis, una reacción a los componentes de su base, o un daño mecánico producido por ésta. (Budtz-Jørgensen E, 1981)

Se ha encontrado que los pacientes que usan prótesis presentan varios síntomas en su cavidad bucal. (Dorey y cols, 1985) Los portadores de prótesis removible tienen más de 3 veces la probabilidad de tener una lesión (OR=3.57) que aquellos que no usan prótesis removible. (Shulman y cols, 2004)

La antigüedad y el tiempo de uso de la prótesis, además de la naturaleza de ésta parecen influir en los problemas en la mucosa oral previamente descritos. La infección por Cándida y las lesiones traumáticas son las anormalidades más comunes encontradas (Dorey y cols, 1985). Dentro de ellas, la lesión más frecuente es la estomatitis protésica. Su prevalencia está influenciada por la higiene de prótesis (Fleishman, 1985; Júnior y cols, 1991; MacEntee y cols, 1988; Vigild, 1987; Zain y cols, 1997), por el uso de éstas durante la noche y por su antigüedad. Las prótesis antiguas son más difíciles de mantener limpias debido a la gran tendencia a las porosidades en su base, ya que los defectos pueden tender a ser más severos en prótesis viejas que en prótesis nuevas, y los efectos traumáticos de una prótesis defectuosa pueden continuar por períodos más prolongados en prótesis antiguas. (Fleishman, 1985; Vigild, 1987)

La frecuencia de lesiones ulcerosas de la mucosa oral (normalmente causada por bordes filosos de las prótesis) y la proliferación de lesiones de la mucosa oral (frecuentemente causadas por micro traumas prolongados de prótesis mal ajustadas) constituyen un importante parámetro en la evaluación de la salud oral de la población mayor. Las lesiones ulcerativas y proliferativas han mostrado estar altamente relacionadas con la presencia de prótesis defectuosas. (Fleishman, 1985)

Finalmente hay evidencia que la injuria de la mucosa oral por prótesis en raras ocasiones puede predisponer el desarrollo de carcinomas. La mayoría de las lesiones son benignas y asintomáticas. Sin embargo, el diagnóstico puede ser difícil, siendo lo más importante que las reacciones a prótesis pueden indicar desórdenes sistémicos subyacentes. (Budtz-Jørgensen E, 1981)

En nuestra población, debido al alto porcentaje de individuos desdentados, portadores de prótesis y a la escasa cobertura de los Programas de Salud Odontológicos para el adulto mayor, el riesgo de presentar lesiones en la mucosa oral debería ser alto (Espinoza, 2001)

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General:

Describir el estado de salud de la mucosa oral en pacientes que asisten a las clínicas de prótesis removible II de la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso, sean portadores o no de prótesis removible, durante el período marzo 2007 a julio 2008.

Objetivos Específicos:

1. Determinar frecuencia de lesiones de mucosa de pacientes que asistieron a las clínicas de prótesis removible II en la escuela de odontología de la UV entre marzo 2007 y julio del 2008.
2. Determinar frecuencia de lesiones de la mucosa oral según presentación clínica.
3. Determinar frecuencia de lesiones de la mucosa oral según grupo etáreo.
4. Describir la asociación entre las lesiones de la mucosa oral y los siguientes factores de riesgo: hábito tabáquico, consumo de alcohol, antecedentes sistémicos, características de prótesis removible (material, higiene, ajuste), años y hábitos de uso (diurno, diurno/nocturno)
5. Determinar los factores de riesgo para la lesión más frecuente.
6. Determinar las necesidades de tratamiento de patología oral en la población en estudio, mediante la necesidad o no de otro examen además del clínico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Características del estudio

1. Tipo de estudio:
 - Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, de lesiones de mucosa oral (unidad de estudio y análisis)

2. Universo:
 - Todos los pacientes que asistieron el año 2007 a la Clínica de Prótesis removible II, más aquellos que asistieron en el año 2008 entre los meses de marzo y julio.

3. Muestra:
 - Corresponde a una muestra intencionada de 100 pacientes.
 - Inicialmente nuestro objetivo fue trabajar con el Universo, que corresponde a un total de 186 pacientes, de los cuales 133 se atendieron durante el año 2007 y 53 entre marzo y julio de 2008. Para estos registros se utilizó la base de datos de la clínica B.
 - Los pacientes año 2007 fueron contactados vía telefónica, en el orden de aparición de la lista, aquellos que no contestaron fueron llamados en dos oportunidades más, aquellos que se comprometieron y no asistieron a las citaciones fueron llamados una segunda y tercera vez según correspondiese.
 - Lamentablemente surgieron algunos inconvenientes, como son la falta de datos en registro, y una gran cantidad de números erróneos o fuera de servicio, pacientes que no contestaron al teléfono y otros que se negaron tal como se aprecia en la Tabla II. Además de esto se debe recalcar lo engorroso que resultó intentar de conseguir las fichas clínicas de estos pacientes.

Pacientes año 2007	
Sin registro telefónico	8
Número erróneo o fuera de servicio	23
No contesta	12
Se niega	14
No acude	2
No examinados Total	59
Examinados	54
Total pacientes 2007	113

Tabla II: Descripción de pacientes año 2007.

- En vista de lo anterior, no fue posible examinar al universo, por lo que finalmente se trabajó con una muestra intencionada de 100 pacientes, de los cuales 54 asistieron a la Clínica de Prótesis removible II del año 2007 y 46 lo hicieron desde marzo a julio del 2008.

- Respecto de los pacientes del año 2008, no hubo ninguna negativa de su parte, se examinaron 46 pacientes de un total de 53, en los restantes no fue posible llevar a cabo el examen sólo por falta de tiempo, ya que la mayoría de los pacientes fueron ingresados los dos últimos meses, por lo que fue difícil coordinar al máximo con los alumnos de quinto año, siempre se dio prioridad al trabajo del alumno y el bienestar del paciente.
 - Criterios de inclusión:
 - Pacientes que habían asistido durante el año 2007 a la clínica de Prótesis Removible II y que acudieron a la cita que fue realizada de forma telefónica.
 - Pacientes que asistieron durante el año 2008 a la clínica de Prótesis Removible II entre los meses de marzo y julio.
 - Criterios de exclusión:
 - Pacientes que habían asistido durante el año 2007 a la clínica de Prótesis Removible II y que no acudieron a la cita que fue realizada de forma telefónica en reiteradas ocasiones.
 - Pacientes que habían asistido durante el año 2007 a la clínica de Prótesis Removible II y estaban registrados sin un número telefónico.
 - Pacientes que habían asistido durante el año 2007 a la clínica de Prótesis Removible II y que estaban registrados con un número telefónico que no funcionó.
 - Pacientes que habían asistido durante el año 2007 a la clínica de Prótesis Removible II y que no acudieron a la cita que fue realizada de forma telefónica debido a que se negaron a participar del estudio.
4. Tipos de variables:
- Variable dependiente:
 - Presencia de lesión.
 - Variables independientes:
 - Hábito de fumar cigarro
 - Beber alcohol
 - Xerostomía
 - Características de prótesis removible (tipo, material, higiene, ajuste), años y hábitos de uso (diurno, diurno/nocturno).
 - Variables universales:
 - Sexo y edad.

Definiciones operacionales

- Antecedentes de salud:
 - “**Sí**”: Se refiere a patologías o condiciones diagnosticadas.
 - “**No**”: Se refiere a ninguna patología diagnosticada.

- Uso de medicamentos últimos 6 meses:
 - “**Sí**”: Se considera consumo durante al menos una semana, sean estos automedicados o recetados.
 - “**No**”: Se considera el consumo de medicamentos por menos de una semana, o bien el no consumo de medicamentos.

- Sialometría: El paciente debe permanecer sentado con la cabeza levemente hacia abajo evitando tragar o mover sus labios o su lengua durante el período de recolección. Durante 1 minuto debe acumular saliva en su boca y luego escupirla a través de un embudo hacia una probeta graduada, la cual se encontrará debidamente rotulada como saliva total no estimulada (STNE), junto con el nombre del paciente. Este procedimiento se desarrollará cuatro veces más por un total de 5 minutos, realizando inmediatamente después la medición y registro del flujo. El flujo será expresado en ml/min y el total de saliva recolectada se dividirá por 5.
 - Normal: entre 0.3 y 0.4 ml/min
 - Hiposialia: 0.12 y 0.16 ml/min.

- Índice de higiene oral: utilizado por Vigild, 1987. “La prótesis debe ser enjuagada ligeramente con agua a fin de eliminar los restos de alimentos”
 - 0= no hay placa bacteriana visible
 - 1= acumulación moderada: depósitos blandos
 - 2= abundante: depósitos blandos y duros, tinciones.

- Desajuste de los aparatos protésicos: criterios utilizados por Langer y Peel, citado en artículo de Fleishman y cols, 1985
 - Una prótesis completa fue definida como defectuosa si al menos una de las condiciones nombradas a continuación está presente: mala estabilidad, mala retención, ausencia de relación entre oclusión céntrica de los dientes de la prótesis y la relación céntrica de los maxilares, dimensión vertical aumentada o disminuida, y dientes no funcionales.
 - Una prótesis parcial removible, fue considerada defectuosa si había una pobre estabilidad, retenedores rotos, retenedores impactando sobre la encía, mala retención, si uno o más de los dientes pilares tenían caries, perdido, fracturado o afectados periodontalmente, o utilizados en superficies de oclusión de modo que el diente de la prótesis está en la infraclusión:
 - 0= no
 - 1= sí : según concepto “defectuoso

• **DEFINICIONES OPERACIONALES PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA MUCOSA ORAL**

LESIÓN DE LA MUCOSA ORAL:

Cualquier cambio en la superficie de la mucosa oral, que a su vez podía corresponder a lesión blanca, roja, pigmentada ulcerativa, vesículo-ulcerativa y aumento de volumen.

Lesiones blancas: Cambio de coloración en la mucosa que se observa blanco, liso o con grietas, en placa o en retículo, de tamaño variable y que puede o no desprenderse al raspado.

Leucoplaquia	Un parche o placa blanca que no puede ser caracterizada clínicamente o patológicamente como ninguna otra enfermedad y no está asociada a ningún agente físico o químico, excepto el uso del tabaco.
Lichen plano	Las lesiones de mucosa toman la forma de pequeñas pápulas blancas que gradualmente crecen y coalescen a formar un patrón reticular, anular o de placa. El signo característico es la presencia de líneas blancas delgadas (estrias de Wickham) irradiadas desde las pápulas. En la forma reticular se encuentra una malla en forma de encajes ligeramente elevado de líneas blanca grisáceas, frecuentemente intercalados con pápulas o anillos.
Candidiasis pseudomembranosa	La lesión consiste en parches cremosos, blanco perlados o blanco azulados que pueden ser desprendidos al raspado.
Leucoqueratosis nicotínica palatina	La mucosa del paladar está engrosada y aparecen nódulos umbilicados blancos con centros rojos, particularmente en la parte posterior del paladar.
Queratosis friccional	A la clínica se presentan como áreas blanquecinas, queratósicas no desprendibles al raspado, asintomáticas.

Lesiones rojas, rojo violáceas: Se produce una gran hiperemia arterial o estasia venosa que condiciona áreas de color rojo de tamaño y texturas variables, no hemorrágicas.

Estomatitis protésica	Esta lesión muestra una mucosa roja difusa cubierta por prótesis o la mucosa cubierta por prótesis puede tener múltiples hiperplasias pequeñas, papilomatosas y enrojecidas.
Glositis romboidal media	Una lesión ovoide lisa/lobular, rojiza y depapilada en frente del área del forámen caecum.
Eritroplaquia	Lesiones de la mucosa oral que se presentan como

	placas rojas brillantes aterciopeladas que no pueden ser caracterizadas clínica o patológicamente como cualquier otra condición.
Hemangioma plano	Lesión rojo azulada que se torna blanca a la compresión o vitropresión, de consistencia blanda, fluctuante y puede apreciarse el pulso.

Lesiones ulcerativas: Se observa una pérdida de la integridad de la mucosa y puede ser superficial o profunda y de forma, bordes y tamaño variables.

Queilitis angular	Es el diagnóstico clínico de lesiones de los ángulos de la boca. Se caracteriza por maceración, eritema y formación de costra.
Úlcera intraoral (no asociada a trauma)	Afta menor: hay típicamente 1-4 úlceras en cada ataque. Estos están confinados usualmente a las partes no queratinizadas de la mucosa y no envuelven el paladar duro o la encía. Cada úlcera alcanza un diámetro de 1-2 cm. Afta mayor: Cada lesión muestra marcada induración y la úlcera es relativamente profunda y destructible. Ulceración herpetiforme: Hay una largo número de de pequeñas y someras úlceras en cualquier parte de la mucosa oral y cada úlcera individual raramente excede los 2mm de diámetro
Úlcera traumática intraoral	Son lesiones pequeñas y dolorosas, cubiertas por una gris membrana necrótica y rodeada por halos eritematosos, de bordes firmes y elevados.
Úlcera labial recurrente	Vesículas agrupadas en ramillete de contenido claro-amarillento, de número de 8 a 10 y con un tamaño que oscila entre 1 y 10 mm.
Queilitis actínica	En el labio puede haber queratosis moderada y poca definición del límite del bermellón labial con la piel

Lesiones vesículo ulcerativas: Es aquella que presenta un aspecto vesicular o ampollar con un contenido líquido en su interior.

Pénfigo	Ampollas, erosiones y/o úlceras en mucosa oral. En la encía se puede manifestar como “gingivitis descamativa”.
Penfigoide	Se caracteriza por la presencia de lesiones vesículo-bulosas en la mucosa bucal y piel cerca de los orificios del cuerpo.

Aumentos de volumen: Corresponde a un aumento de volumen de forma, color y tamaño variable, de superficie lisa o irregular

Hiperplasia irritativa	Hiperplasia tisular fibrosa.
Granuloma biogénico	La presentación clínica es generalmente como un nódulo rojo, sésil o pedunculado, de superficie nodular lisa que puede sangrar fácilmente, o ulcerarse
Verruga o papiloma	De color blanco, es una lesión exofítica con numerosas y pequeñas prolongaciones digitiformes muy semejantes al de una coliflor.
Hemangioma cavernoso	Lesión de tamaño variable y un color que varía entre el rojo intenso, y el color azulado. Al palpar la lesión aparece blanda; cuando se presiona sobre ella, pierde la coloración para recuperarla al cesar la presión.
Hematoma o varicocidad	Las varices son lesiones en la vena, arteria o vasos linfáticos dilatados de forma poco común y sinuosa.
Mucocele	Tumefacciones mucosas de variado tamaño, esféricas y circunscritas que contienen moco en su interior.

Lesiones pigmentadas café o negras: Lesión pigmentada corresponde un cambio de coloración violáceo, café, azul, negruzco o pardo, y que puede ser plana o solevantada, lisa o abollonada, única o múltiples.

Mácula oral única	Es un aumento localizado de la pigmentación melánica en una mucosa bucal normal, de color pardo-negruzco, generalmente solitaria.
Lesiones pigmentadas múltiples	Pequeñas motas pardas que miden entre 3 y 5 mm de diámetro.

Calibración de los examinadores.

PRUEBA de calibración: 50 casos de lesiones de la mucosa oral.

Los 2 posibles examinadores fueron sometidos a 2 clases de diagnóstico clínico de lesiones de la mucosa oral. Posteriormente, se realizaron 2 pruebas para medir variabilidad intra e interobservadores con 7 días de diferencia entre una y otra. De los 2, se eligió a sólo 1, utilizando el criterio de menor variabilidad de acuerdo a la regla de oro definida en la prueba. De este modo, se determinó que la muestra de la investigación fuera examinada por sólo 1 observador. Una vez concluido el ciclo de examen de la muestra, el examinador fue sometido nuevamente a la prueba de calibración. El coeficiente de calibración de Kappa fue el siguiente para el examinador final en cada una de las instancias de evaluación:

Instancias de evaluación	Kappa
Primera evaluación v/s Regla de oro	92%
Segunda evaluación v/s Regla de oro	92%
Primera evaluación v/s Segunda evaluación	96%
Tercera evaluación v/s Regla de oro	92%

Tabla III: Instancias de evaluación y su coeficiente de calibración de Kappa obtenido.

Se aceptó una concordancia de 85-90%. (Espinoza, 2001; Taiyeb et al ,1995).

Método de recolección de la información.

Previo a la realización de los exámenes, se pidió autorización vía cartas docentes coordinadores de la cátedra de Prótesis removible de la Universidad de Valparaíso para poder realizarlos en la clínica B de la Facultad de Odontología.

Se examinó a los pacientes correspondientes al año 2007, durante los meses de marzo a junio de 2008 en un box de la clínica B, estos fueron citados especialmente para este examen vía telefónica, instancia en la cual se les explicó el procedimiento y el fin de este, al igual que en el momento del examen. Los pacientes de 2008 serán examinados durante sus visitas a las clínicas.

Método de examen elegido

En este estudio se utilizó el método descrito por Kramer y cols en 1980, ya que este examen está diseñado para ser utilizado en estudios específicos de lesiones y condiciones de mucosa oral, como lo es este estudio. Se realizó una modificación sugerida por la OMS en “Encuestas de Salud Bucodental: Métodos Básicos”, 1997; ya que se reemplazará el uso de dos espejos, por un espejo más el mango de una sonda con función de separador de tejidos.

Instrumento de recolección de la información.

Se utilizó una ficha clínica (anexo) basada en la sugerida por la O. M. S. y se recolectaron datos demográficos, hábitos, uso de aparatos protésicos y otras condiciones orales. El examen bucal se realizó con visión directa e indirecta con un espejo y bajo luz dental. Previo al examen bucal los aparatos protésicos deberán ser removidos y a continuación se siguió el procedimiento recomendado por la O. M. S., que fue descrito anteriormente. Finalmente se registró el tipo, ubicación, higiene y los hábitos de uso de los aparatos protésicos. También se realizó una sialometría durante 5 minutos, con saliva no estimulada, siguiendo los criterios correspondientes (Navazesh, 2004).

Los individuos examinados en este estudio fueron informados sobre el examen a realizar y su uso para nuestra investigación y sobre sus necesidades de tratamientos odontológicos, si es que las tuvieran, y se derivaron a las especialidades requeridas, sobre todo ante lesiones sospechosas que requieran de una biopsia para su diagnóstico definitivo. Las lesiones pesquisadas fueron fotografiadas para tener un registro de ellas (Cámara fotográfica Sony Cybershot DCS-W35, 7.2 megapíxeles)

Análisis de la información

Se realizó un análisis estadístico, que consistió en realizar inicialmente un análisis exploratorio de datos, entregando algunas estadísticas descriptivas de interés que resuman la información de los individuos examinados.

En segundo término se procedió a realizar una descripción de la cantidad de lesiones que presentaron los pacientes, considerando también el grupo etario. Luego se procedió a analizar los factores de riesgo para la mucosa oral, en donde se consideró, entre otros al tabaco y al alcohol.

También se analizó las prótesis de los pacientes, tanto superior como inferior, donde se prestó atención en el material y también en el desajuste que éstas puedan tener en sus portadores. Luego se analizó más en detalle las lesiones orales, considerando los antecedentes de salud. Finalmente, se construyó una gráfica para conocer que pacientes requieren de algún otro tipo de examen.

Los análisis estadísticos y los gráficos han sido desarrollados en el software estadístico Stata 9.1.

RESULTADOS

1. Descripción general de la muestra

Variables universales:

En relación al sexo los pacientes examinados, cuya distribución se muestra en el Gráfico 1, se puede apreciar que del total de pacientes examinados, la mayoría fueron mujeres, las que tienen una representación de un 64% dentro de la muestra, mientras que un 36% correspondió a personas de sexo masculino.

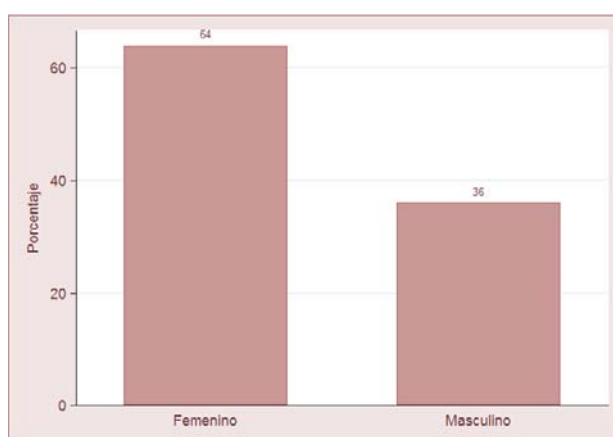


Gráfico 1: Distribución de pacientes según sexo.

Otra característica de interés es la edad de los pacientes, la cual fue representada en clases de 9 años de amplitud (diferencia de edad entre ellos de 9 años). La distribución de los pacientes en cada grupo etario se muestra en el Gráfico 2, donde se aprecia que la mayor concentración de pacientes se encuentra en el rango de edad entre los 54 y los 63 años y equivalen al 31% de todos los pacientes considerados en el presente análisis. En cambio, la menor cantidad de pacientes se detectó en el grupo etario de los pacientes más jóvenes (34 a 43 años) que se encuentran representados en un 6% del total.

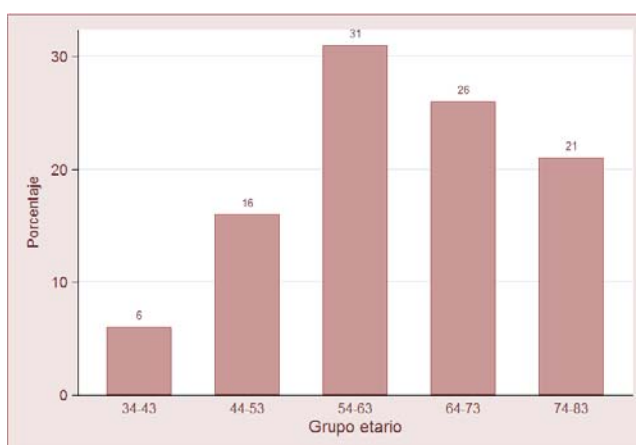


Gráfico 2: Distribución de los pacientes según el grupo etario al que pertenecen.

2. Frecuencia de lesiones de mucosa según presentación clínica.

En la tabla IV se muestra la frecuencia de las lesiones de la mucosa oral según presentación clínica. Cabe destacar que no se encontró ninguna lesión del tipo “Vesiculoulcerativa”, por lo que no será considerada de aquí en adelante.

Categoría de lesión (presentación clínica)	Nº lesiones
Lesiones blancas	12
Lesiones rojas, rojo violáceas	75
Lesiones ulcerativas	35
Lesiones vesiculoulcerativas	0
Aumentos de volumen	22
Lesiones pigmentadas café o negras	14
Otras lesiones	2
Total	160
Variantes	
Lengua fisurada	13
Gránulos de Fordyce	14

Tabla IV: Frecuencia de lesiones de la mucosa oral según presentación clínica.

Se consideró “Lengua fisurada” y “Gránulos de Fordyce” como variantes de la normalidad por lo que no fueron tabuladas como lesiones propiamente tales.

A continuación se describe la frecuencia de las lesiones de mucosa del total de los pacientes examinados. En la Tabla V se aprecia que la “Estomatitis protésica” es la lesión más frecuente con 28%, seguida de la “Úlcera traumática intraoral” con 16% y “Hemangioma plano” con un 15%. De las lesiones que están rotuladas como “Otras” la más frecuente son las “Várices sublinguales” que se presentan en un 27% de los pacientes.

Código	Lesión	Frecuencia
11	Leucoplasia	1
12	Liquen plano	1
14	Leucoqueratosis nicotínica palatina	2
15	Queratosis friccional	8
21	Estomatitis protésica	28
22	Glositis romboidal media	1
23	Eritroplasia	1
24	Hemangioma plano	15
25	Otras	30
31	Queilitis angular	10
32	Úlcera intraoral no asociada a trauma	1
33	Úlcera traumática intraoral	16
34	Herpes labial	4

35	Queilitis actínica	4
51	Hiperplasia irritativa	6
52	Granuloma piogénico	1
54	Hemangioma cavernoso	4
56	Mucocele	7
57	Otras	4
61	Mácula oral única	6
62	Lesiones pigmentadas múltiples	7
63	Otras	1
71	Otras lesiones	2
	Total	157

Tabla V: Frecuencia de lesiones de mucosa.

3. Cantidad de lesiones por paciente.

Además de la lesión más frecuente, también se analizó la cantidad de lesiones que presentaba cada paciente. En el Gráfico 3 se observa que la mayoría de los pacientes presentaron sólo una lesión (43 %) y que la cantidad de lesiones menos frecuente fue que se encontraran 4 y 5 lesiones en un mismo paciente, 3% y 4 % respectivamente.

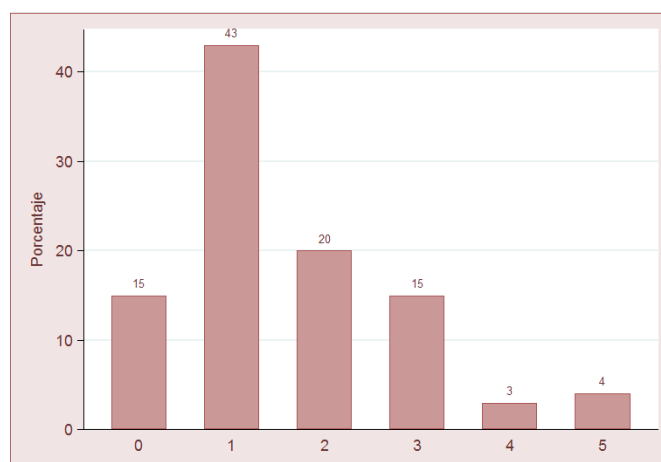


Gráfico 3: Distribución de la cantidad de lesiones presentes en un mismo pacientes.

Por otro lado en el Gráfico 4, se puede apreciar la cantidad promedio de lesiones encontradas en los pacientes, según grupo etario. En este caso la gráfica muestra que, en promedio, la mayor cantidad de lesiones se encontró en los pacientes de mayor edad (74-83 años), seguido por el grupo de pacientes más jóvenes (34-43 años). Los pacientes entre 44 y 53 años tienen una cantidad promedio de 1 lesión, convirtiéndose en el grupo etario con menor número promedio de lesiones.

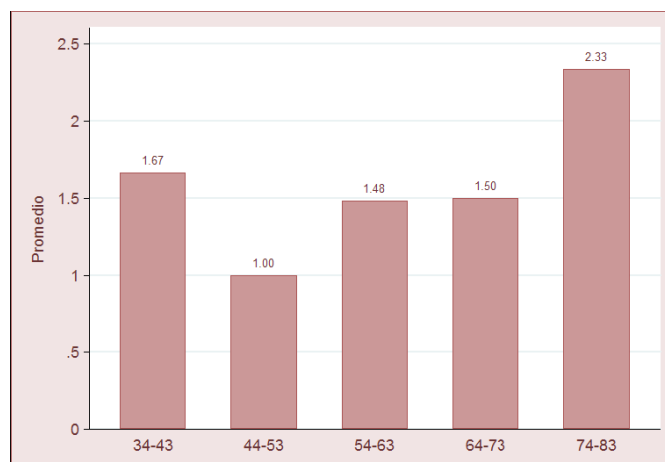


Gráfico 4: Cantidad promedio de lesiones, según grupo etario.

La frecuencia de lesiones de mucosa según sexo se analiza en el Gráfico 5, se puede observar que el 77,78% de los hombres presentó al menos una lesión, mientras que en las mujeres este porcentaje aumenta a 89,06%.

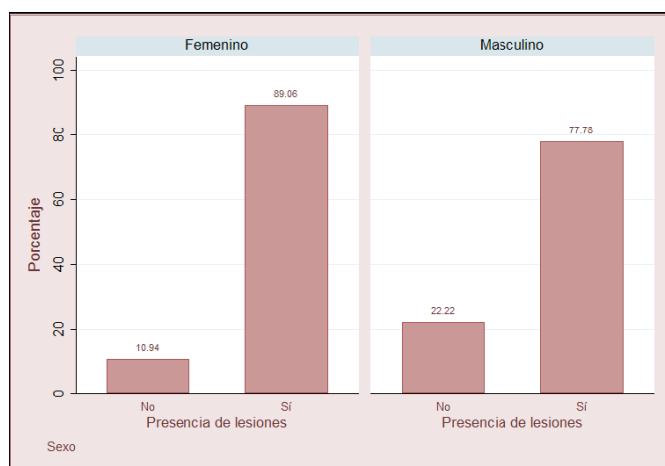


Gráfico 5: Frecuencia de lesiones según sexo.

4. Asociación de lesiones de mucosa con factores de riesgo.

Se estudiaron los siguientes factores de riesgo que influyen de una u otra manera en las lesiones de la mucosa oral: antecedentes de salud, ingesta de medicamentos, xerostomía, hiposialia, uso de prótesis removible, características de la prótesis.

Se agruparon las lesiones tal como se realizó en a ficha clínica, para obtener una visión general de la situación.

1. Hábito tabáquico:

La Tabla VI muestra cuántas lesiones se presentan por cada categoría, según si el paciente presenta el hábito o no.

Categoría de Lesión	Tabaco	
	No	Si
Lesiones blancas	7	5
Lesiones rojas/rojo-violáceas	63	9
Lesiones ulcerativas	33	3
Aumentos de volumen	13	3
Lesiones pigmentadas (café o negras)	8	12
Otras lesiones	29	4

Tabla VI: Cantidad de pacientes para cada categoría de lesión, detallada según hábito tabáquico.

Se puede apreciar que la mayor cantidad de lesiones detectadas son aquellas pertenecientes a la categoría “Lesiones roja/rojo-violáceas”, al observar la tabla, tenemos que, en la mayoría de las categorías de lesiones hay un bajo número de pacientes que presentaban el hábito respecto de los que no lo tenían.

A pesar de esto, es recomendable aplicar un test que permita obtener conclusiones con un fundamento estadístico; se realizó un test binomial, el cual no fue significativo para las “Lesiones rojas/rojo violáceas”, “Lesiones ulcerativas”, “Aumentos de volumen” y “Otras lesiones”. Para el grupo blancas y lesiones pigmentadas (café o negras) el test fue significativo ($p > 0; 05$).

2. Consumo de alcohol:

La tabla VII indica el comportamiento del consumo de alcohol en relación con la presencia de lesiones.

Categoría de Lesión	Alcohol	
	No	Si
Lesiones blancas	7	5
Lesiones rojas/rojo-violáceas	51	21
Lesiones ulcerativas	28	7
Aumentos de volumen	8	8
Lesiones pigmentadas (café o negras)	14	6
Otras lesiones	6	6

Tabla VII: Cantidad de pacientes para cada categoría de lesión, según consumo de alcohol.

Se aprecia que en el caso de “aumento de volumen” y “otras lesiones” existen tantos pacientes que presentan el factor como los que no. En las demás categorías siempre el número de pacientes que no presentan el hábito es menor. El test binomial fue significativo ($p > 0; 05$) para las “Lesiones blancas” y “Aumentos de volumen”.

3. Xerostomía:

En la Tabla VIII se aprecia que los pacientes con xerostomía presentan mayor cantidad de “Lesiones rojas” y “Lesiones ulcerativas”, a diferencia de lo que acontece con las otras categorías de lesiones, en las cuales no se evidencia una diferencia entre la presencia del síntoma xerostomía. El test indicó que la xerostomía influye sólo en la presencia de “Lesiones roja/rojo-violáceas”, a un nivel de significación del 5 %; a diferencia de lo que acontece con las otras categorías de lesiones.

Categoría de Lesión	Xerostomía	
	No	Si
Lesiones blancas	8	4
Lesiones rojas/rojo-violáceas	31	42
Lesiones ulcerativas	16	20
Aumentos de volumen	10	6
Lesiones pigmentadas (café o negras)	11	9
Otras lesiones	20	13

Tabla VIII: Cantidad de pacientes para cada categoría de lesión, detallada según xerostomía.

4. Uso de Prótesis removible.

En lo referido al uso y tipo de las prótesis removibles, la Tabla IX muestra que un 15% de los pacientes no utiliza prótesis removible. Por otro lado, se puede ver que un 47% de ellos no utiliza prótesis inferior; en cambio, sólo un 27% no lo hace en el maxilar superior. Por lo tanto, tenemos que un 73% de los pacientes porta prótesis superior, y un 53% porta inferior.

Respecto del tipo de prótesis, un bajo porcentaje de pacientes, sólo 8 utilizan prótesis completas, ya sea inferior o superior, un total de 92 pacientes usan prótesis parcial, recordando que 15 pacientes no usan prótesis

Prótesis superior	Prótesis inferior			Total
	No usa	Parcial	Completa	
No usa	15	11	1	27
Parcial	22	24	2	48
Completa	10	9	6	25
Total	47	44	9	100

Tabla IX: Distribución de los pacientes de acuerdo a característica de la prótesis y maxilar en que es utilizada.

En cuanto al material de la prótesis, de los pacientes que usan prótesis superior, 41 (56,16 %) tienen prótesis de material “Acrílico”; y de los que ocupan prótesis inferior, la cantidad es de 22 pacientes (41,51 %), tal como se aprecia en la Tabla X.

Material	Prótesis superior	Prótesis inferior
Acrílico	41	22
Metal acrílico	31	31
Total	73	53

Tabla X: Distribución de prótesis superior e inferior según material.

Respecto del estado de la prótesis, de los pacientes que utilizan prótesis superiores un 30,14% porta una prótesis que ha sido reparada. De los pacientes que usan prótesis las inferiores este porcentaje es de un 28,30 %, como se aprecia en la Tabla XI

Estado	Superior	Inferior
Reparada	22	15
No reparada	51	38
Total	73	53

Tabla XI: distribución de prótesis superior e inferior según estado.

Al analizar la presencia de lesiones orales en los pacientes versus el material de fabricación de su prótesis superior, se puede observar que el 87,81% de las personas con prótesis superior de material “Acrílico” tienen lesiones y el 87,50% de las personas con la prótesis superior de material “Metal acrílico” tienen lesiones. Sin embargo, la prueba de comparación de proporciones fue no significativa ($p > 0; 05$).Tabla XII

Material	Presencia de lesión		Total
	Sí	No	
Acrílico	5	36	41
Metal acrílico	4	28	32
Total	9	64	73

Tabla XII: Distribución de lesiones según material de la prótesis superior.

Al analizar la presencia de lesiones orales en los pacientes versus el material de fabricación de su prótesis inferior, se puede observar que el 95,50% de las personas con prótesis inferior de material “Acrílico” tienen lesiones y el 77,42% de las personas con la prótesis inferior de material “Metal acrílico” tienen lesiones. La prueba de comparación de proporciones fue no significativa ($p = 0,07$) a un nivel del 5%. Tal como se muestra en la tabla XIII

Material	Presencia de lesión		Total
	Sí	No	
Acrílico	1	21	22
Metal acrílico	7	24	31
Total	8	45	53

Tabla XIII: Distribución de lesiones según material de la prótesis inferior.

Al analizar la presencia de lesiones orales en los pacientes versus el desajuste de su prótesis superior, se puede observar que el 84,38% de las personas con prótesis superior no desajustada tienen lesiones y el 90,24% de las personas con la prótesis superior desajustada tienen lesiones. Sin embargo, la prueba de comparación de proporciones fue no significativa ($p > 0,05$). Tabla XIV

Desajuste	Presencia de lesión		Total
	Sí	No	
No	5	27	32
Sí	4	37	41
Total	9	64	73

Tabla XIV: Distribución de lesiones según desajuste de la prótesis superior.

En la Tabla XV se muestra la presencia de lesiones orales según el desajuste de su prótesis inferior, se puede observar que el 76,92% de las personas con prótesis inferior no desajustada tienen lesiones y el 87,50% de las personas con la prótesis inferior desajustada tienen lesiones. Sin embargo, la prueba de comparación de proporciones fue no significativa ($p > 0,05$).

Desajuste	Presencia de lesión		Total
	Sí	No	
No	3	10	13
Sí	5	35	40
Total	8	45	53

Tabla XV: Distribución de lesiones según desajuste de la prótesis inferior.

La Tabla XVI muestra que de los pacientes con prótesis que no tienen placa visible, el 87,10% presenta lesiones orales; los que tienen una acumulación moderada de placa en un 85,11% presentan lesiones y el 100% de los pacientes con placa abundante las presentan. Al realizar las

comparaciones entre dichas proporciones, las pruebas no fueron significativas ($p > 0,05$), por lo cual no es posible establecer diferencias entre las proporciones antes mencionadas.

Higiene	Presencia de lesiones		Total
	No	Si	
Sin placa visible	4	27	31
Acumulación moderada	7	40	47
Placa abundante	0	7	7
Total	11	74	85

Tabla XVI Distribución de los pacientes según la higiene de la prótesis y presencia de lesiones.

La información contenida en la Tabla XVII que de los pacientes que utilizan su prótesis superior sólo en el día, el 83,72% presenta lesiones orales y el 93,33% de aquellos que la utilizan permanentemente (diurno-nocturno) también las presentan. La prueba de comparación de proporciones fue no significativa ($p > 0,05$), por lo cual no es posible establecer diferencias entre los hábitos de uso de la prótesis superior para el surgimiento de lesiones orales.

Hábito	Presencia de lesiones		Total
	No	Si	
Diurno	7	36	43
Diurno/Nocturno	2	28	30
Total	9	64	73

Tabla XVII: Distribución de los pacientes según hábito de uso de la prótesis superior y presencia de lesiones.

Los datos de la Tabla XVIII determinan que de los pacientes que utilizan su prótesis inferior sólo en el día, el 88,57% presenta lesiones orales y el 77,78% de aquellos que la utilizan permanentemente (diurno-nocturno) también las presentan. La prueba de comparación de proporciones fue no significativa ($p > 0,05$), por lo cual no es posible establecer diferencias entre los hábitos de uso de la prótesis inferior para el surgimiento de lesiones orales.

Hábito	Presencia de lesiones		Total
	No	Si	
Diurno	4	31	35
Diurno/Nocturno	4	14	18
Total	8	45	53

Tabla XVIII: Distribución de los pacientes según hábito de uso de la prótesis inferior y presencia de lesiones

Considerando los antecedentes médicos de los usuarios, en la Tabla XIX se muestra la cantidad de lesiones según la existencia o no de antecedentes médicos.

Se puede apreciar en la información tabulada que cuando existen antecedentes médicos, la cantidad de lesiones siempre es superior respecto a cuando no se dispone de antecedentes de salud.

Antecedentes de salud	Lesiones						Total
	0	1	2	3	4	5	
No	5	18	2	4	1	1	31
Si	10	25	18	11	2	3	69
Total	15	43	20	15	3	4	100

Tabla XIX: Cantidad de lesiones de mucosa según la existencia de antecedentes de salud.

Finalmente, para saber si el número de lesiones es posible relacionarlo con los antecedentes de salud se aplicó el test Chi-cuadrado para medir estadísticamente la relación entre ambas variables. La prueba estadística no fue significativa ($p > 0; 10$) lo que permite concluir que no existe evidencia para afirmar que las variables consideradas presentan algún tipo de relación.

La Tabla XX muestra el detalle de las lesiones que entraron en las categorías “otras” en la Tabla V, también considerando la presencia o no de antecedentes de salud. Para cada una de las lesiones, la que más se presenta en pacientes son las “Varices sublingual”, que pertenecen al grupo de “Lesiones rojas. Por otro lado, se muestra dos variantes de la normalidad, las que no caen dentro de la categoría de lesiones como tal.

Código	Lesiones	Antecedentes	
		No	Si
25	Várices sublingual	3	23
25	Equimosis	1	1
57	Perlas gingivales	1	0
63	Lengua vellosa negra	0	1
71	Dermatitis	0	1
71	Lengua depapilada	0	1
	Variante	No	Si
71	Gránulos de Fordyce	3	13
71	Lengua Fisurada	3	10

Tabla XX: Detalle de las lesiones rotuladas como “otras”, según presencia o no de antecedentes de salud.

5. Análisis de Factores de riesgo para Estomatitis protésica.

1. Antigüedad de la prótesis:

Al observar el Gráfico 6 se puede apreciar que existe una relación entre la antigüedad de la prótesis y la presencia de estomatitis protésica. A pesar de haber estomatitis en prótesis nuevas, a medida que la antigüedad de la prótesis se incrementa, la proporción de personas con la lesión también se incrementa.

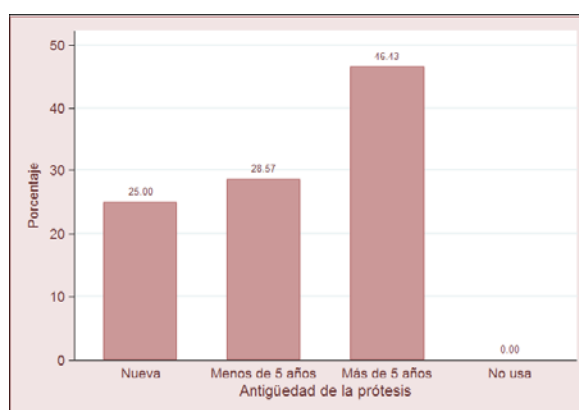


Gráfico 6: Relación entre antigüedad de la prótesis superior y presencia de estomatitis protésica.

2. Desajuste de la prótesis:

El Gráfico 7 muestra que dicha característica afecta significativamente a la aparición de la estomatitis protésica, puesto que el 67% de los pacientes con estomatitis presentaba desajuste de su prótesis. La prueba fue significativa a un nivel de significación del 10 %.

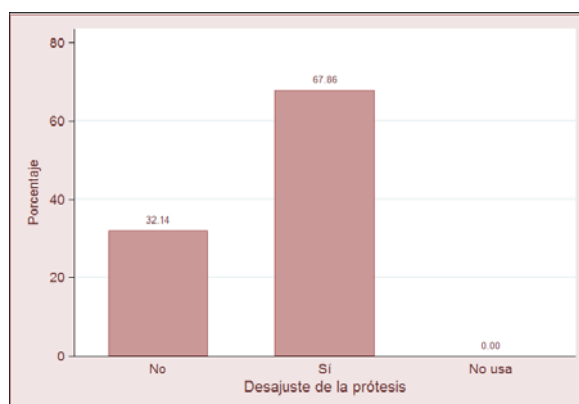


Gráfico 7: Relación entre desajuste de la prótesis superior y presencia de estomatitis protésica

3. Hábito de uso:

El hábito de uso sea este diurno o diurno/nocturno, también se relaciona con la presencia de estomatitis protésica tal como se aprecia en el Gráfico 8, donde se aprecia que los pacientes que usan prótesis en forma diurna y nocturna representan el 64,29% de los pacientes que presentaron estomatitis. La prueba fue significativa a un nivel de significación del 5 %.

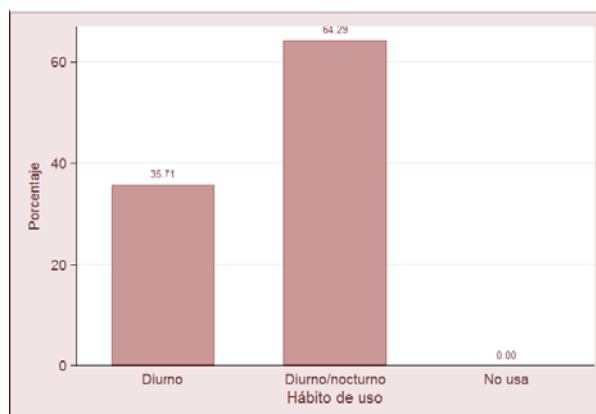


Gráfico 8: Relación entre hábito de uso de la prótesis superior y presencia de estomatitis protésica.

4. Material de la prótesis:

El Gráfico 9 muestra una leve predominancia del material metal acrílico. Sin embargo, la prueba estadística no fue significativa ($p > 0; 1$), por lo cual no se puede establecer que la mayoría de los pacientes con prótesis metal acrílica tengan propensión a desarrollar estomatitis. En resumen, el material no es un factor significativo en el desarrollo de la estomatitis.

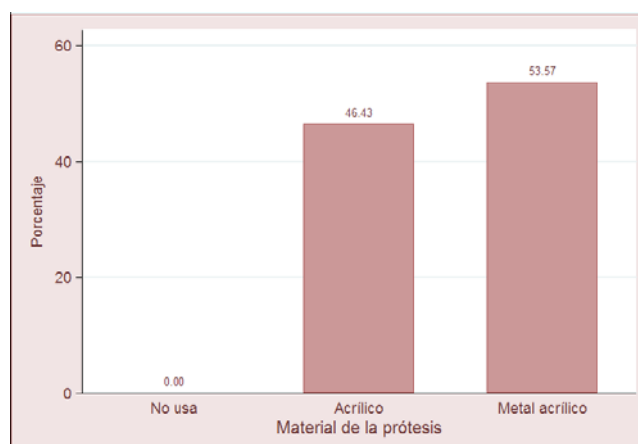


Gráfico 9: Relación entre material de fabricación de la prótesis superior y presencia de estomatitis protésica.

6. Necesidad de examen complementario.

Para determinar que porcentaje de pacientes que presentan necesidad de tratamiento de patología oral se entrega el Gráfico 10, en donde cada una de las barras muestra el porcentaje de pacientes que requieren el tipo de tratamiento.

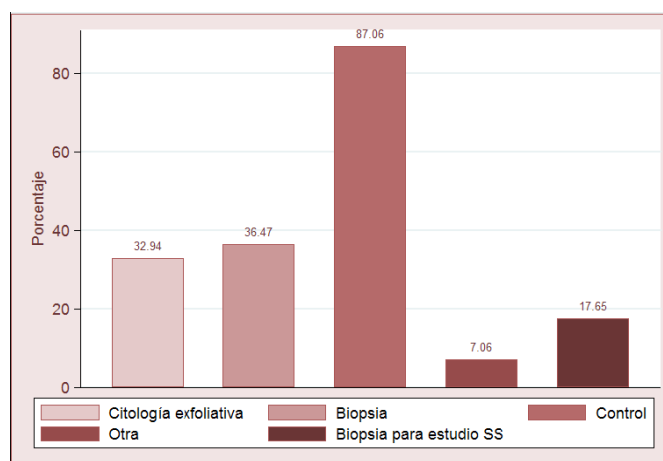


Gráfico 10: Porcentaje de personas que presentan necesidades de tratamiento de patología oral, según presencia de lesiones de mucosa.

El gráfico indica que el 32,94% de los pacientes requiere un examen de “Citología exfoliativa”, un 36,47% requiere una “Biopsia”, un 87,06% necesita un control, un 17,65% necesita una “Biopsia de glándula salival menor para estudio de Síndrome de Sjögren”, en el caso de los pacientes con hiposialia, y sólo el 7,06% necesita de otro examen, como radiografía periapical o sialometría en ayuna, también en el caso de los pacientes con hiposialia.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

En el mundo se han realizado diversas investigaciones acerca de la presencia de lesiones de mucosa, destacándose las realizadas en adultos mayores, existiendo mayor cantidad de factores de riesgo en este grupo etáreo. En Chile, sólo se reconoce el estudio efectuado por Espinoza y cols. en la región Metropolitana. El reducido número de investigaciones respecto del tema en nuestro país así como a nivel sudamericano, impulsó esta investigación. Cabe destacar que algunos estudios han incluido un examen de las mucosas en sus objetivos, tal como el “Estudio de prevalencia de enfermedades bucodentales y necesidades de tratamiento de la V región”, comandado por el Dr. Badenier, que no es exclusivo para la descripción de las mucosas, sino que analiza varios aspectos de la salud bucal, en el cual, la calibración de los examinadores por lo tanto, no se enfoca sólo en lesiones de mucosa. Cabe aclarar que en nuestro estudio no existió limitante de edad, por lo que éste no se enfoca necesariamente a los adultos mayores, sino que a los pacientes que asisten a la Clínica de Prótesis Removible II de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

En este caso, se utilizó el criterio de examen clínico propuesto por la OMS para el análisis de las mucosas. En general, los tres formatos de examen previamente descritos, (Lobos, 1995; OMS, 1981 y 1997) indican, en general que éste debe ser minucioso, siguiendo un orden determinado para evitar obviar algún sitio. Además el criterio empleado utiliza una clasificación topográfica de la mucosa oral, lo cual permite que el registro de las lesiones sea más exacto en su localización, las que están codificadas con un número esquematizadas en un dibujo el que permite destacar las lesiones en el sitio exacto donde fueron pesquisadas, así como su tamaño aproximado y estructuras vecinas que comprometa.

Respecto del tamaño muestral y selección de la muestra, originalmente la intención fue trabajar con el Universo, que corresponde a todos los pacientes que se atendieron en la Clínica de Prótesis Removible de quinto año durante el período comprendido entre marzo año 2007 y julio del año 2008, que en total suman 186 pacientes.

De este modo, de los 186 pacientes que debían ser examinados, sólo fue posible examinar a 100 individuos que constituyeron nuestra muestra, conformada sólo por aquellas personas que se lograron localizar y que estuvieron dispuestas a colaborar.

Respecto de las características de la muestra, la variable sexo resultó estar constituida por el doble de mujeres que de hombres aproximadamente. Lo que puede ser explicado en dos puntos: primero porque en general, son más mujeres que hombres los individuos que usan prótesis (Love et al. 1967, Bregman et al. 1971, Ettinger 1975 citados por Budtz-Jorgensen 1981); y, segundo, porque pudiese existir una mayor disposición a colaborar de las mujeres, ya sea por contar con más disponibilidad horaria o por tener una mayor sensibilidad por cooperar (Badenier, 2006)

Respecto del examen, éste fue realizado por una examinadora con experiencia y calibrada, para cuyo proceso se aplicó el test de Kappa dando como resultado un 92% de concordancia con el Patrón de oro, lo que disminuye las posibilidades de error, tanto en las pesquisas de lesiones como en los diagnósticos de estas. Por otro lado, la registradora fue siempre la misma persona, por lo que disminuyen también las diferencias de criterios para el registro de datos. Además, se

utilizaron definiciones operacionales para todos los tópicos en la encuesta/ficha que pudiesen resultar subjetivos al momento de registrar datos.

En el examen clínico propiamente tal, en el punto sialometría, existió la desventaja que las condiciones no fueron las óptimas para llevar a cabo el proceso de recolección de saliva en forma normada. Tales como entrega de instrucciones al paciente, horario, entre otras (Navazesh, 2003)

En nuestro estudio, respecto del sexo, el mayor porcentaje de pacientes examinados fueron mujeres que correspondió a un 64%, siendo el casi el doble que de hombres que representaron el 36% de la muestra examinados. Esta situación se presentó también en el estudio de Dorey y cols, en 1985, aunque ellos estudiaron los desórdenes de mucosa en pacientes portadores de prótesis, donde cada paciente tenía al menos un tipo de prótesis, en este estudio la diferencia la atribuyen al mayor edentulismo en mujeres y a que éstas acuden con mayor frecuencia a realizarse tratamientos dentales. Esto también puede ser atribuible a que pudiese existir una mayor disposición a colaborar de las mujeres, ya sea por contar con más disponibilidad horaria o por tener una mayor sensibilidad por cooperar (Badenier, 2006), o bien porque son más mujeres que hombres los individuos que usan prótesis (Love et al.1967, Bregman et al. 1971, Ettinger 1975 citados por Budtz-Jorgensen 1981).

En cuanto a la presencia de lesiones, se pudo determinar que el 77,78% de los hombres presentó algún tipo de lesión, mientras que este porcentaje para las mujeres correspondió a un 89,06 %. Sin embargo, la prueba de comparación de proporciones fue no significativa ($p > 0; 10$) lo que indica que no existe suficiente evidencia para afirmar que la proporción de mujeres que presentan alguna lesión difiere significativamente del porcentaje de varones que también presentaron lesiones

Respecto a la edad, en este estudio no se utilizó como criterio de exclusión, por lo que se examinaron a todos los pacientes sin restricción de edad. Sin embargo las edades observadas se encontraron entre los 34 a 83 años. Puede observarse que la mayor cantidad de pacientes que asistieron a la clínica de Prótesis Removible se ubica en el rango de 54 a 63 años, que equivalen al 31% de todos los pacientes considerados en el presente análisis. En el estudio de Dorey y cols. se examinaron 200 pacientes entre los 27 y 90 años de edad.

La lesión más frecuente pesquisada en nuestro estudio fue estomatitis protésica, que represento el 28% de las lesiones del total de pacientes, que concuerda con lo obtenido por Espinoza en el año 2001, donde la lesión más frecuente fue la estomatitis protésica, con una prevalencia de un 22,3%. En Oviedo, España, Martínez y García-Pola (2002) describieron que la lesión más frecuente correspondió a pigmentaciones melánicas con un 24,6% de los pacientes, investigación realizada en pacientes que eran atendidos en una escuela de odontología.

Referido a factores de riesgo para la aparición de lesiones de la mucosa oral, se puede apreciar que la mayor cantidad de lesiones detectadas son aquéllas pertenecientes al tipo de “Lesiones rojas”, en donde se determinó que el consumo de tabaco no afectaría en su aparición. Además, se debe considerar que en el resto de las categorías el tabaco aparentemente no causa mayor influencia en la aparición de cada tipo de lesión. Sin embargo, es recomendable aplicar algún test

que permita obtener conclusiones con un fundamento estadístico más profundo; en este caso se procedió a realizar un test binomial, el cual fue no significativo ($p > 0,05$) para las “Lesiones rojas”, “Lesiones ulcerativas”, “Aumentos de volumen” y “Otras lesiones”. Para los dos restantes grupos de lesiones, es decir, lesiones blancas y pigmentadas, el test fue significativo. En conclusión, existe suficiente evidencia para afirmar que el tabaco no influye en la aparición de “Lesiones rojas”, “Lesiones ulcerativas”, “Aumentos de volumen” y “Otras lesiones”. Respecto a los otros tipos de lesiones (excepto lesiones vesiculoulcerativas, que no fueron pesquisadas en este estudio), es posible atribuir su aparición al hábito del tabaco. Cabe destacar que en este estudio no se determina el tiempo ni la cantidad específica de consumo de tabaco, lo cual podría influir en los resultados.

Considerando como factor de riesgo el consumo de alcohol, tenemos que éste colaboraría en la generación de lesiones del tipo “Aumento de volumen”, pues la cantidad de pacientes se encuentra equiparado entre quienes reconocieron consumir alcohol y quienes no lo hicieron. Sin embargo, el test binomial fue significativo ($p > 0,05$) para las “Lesiones blancas” y “Aumentos de volumen”. En consecuencia, existe suficiente evidencia para afirmar que el alcohol no influye en la aparición de “Lesiones rojas”, “Lesiones ulcerativas”, “Lesiones pigmentadas” y “Otras lesiones”. En los otros tipos de lesiones, no es posible atribuir su aparición al consumo de alcohol. En éste ítem se consideró sólo el consumo o no de alcohol, no especificando el tiempo ni la cantidad consumidas, lo cual podría influir en los resultados.

Por otro lado, para saber si el número de lesiones es posible relacionarlo con los antecedentes de salud se aplicó el test Chi-cuadrado para medir estadísticamente la relación entre ambas variables. La prueba estadística no fue significativa ($p > 0,10$) lo que permite concluir que no existe evidencia para afirmar que las variables consideradas presentan algún tipo de relación. Debido a la poca cantidad de personas que presentaron algunos tipos de lesiones”, se aplicó un test binominal en aquellas lesiones que fueron detectadas al menos 2 veces. En resumen, los antecedentes médicos afectan en el surgimiento de las lesiones: “Estomatitis protésica”, “Hemangioma plano”, “otras lesiones rojas”, “Queilitis angular”, “Úlcera traumática intraoral”, “Hemangioma cavernoso”, “Mucocele” y “Otras lesiones” (Código 71). Además se logró determinar que los antecedentes médicos no afectan en la aparición de “Lesiones pigmentadas múltiples”. En el resto de los casos no es posible atribuir a los antecedentes médicos la existencia de las lesiones, con un 10% de significancia. Para cada una de las lesiones, consideradas como otras, la que más se presenta en pacientes son las “Varices sublinguales”, que pertenecen al grupo de “Lesiones rojas”, destacando también la relevancia de los antecedentes médicos para la generación de esta lesión.

En nuestro estudio, la lesión más frecuente en los pacientes portadores de prótesis resultó ser la Estomatitis Protésica con un 28%, seguida por la Úlcera Traumática intraoral con un 16%. En el estudio antes mencionado de Espinoza, al considerar sólo los individuos portadores de prótesis removible, la verdadera población en riesgo de tener estomatitis protésica, la prevalencia asciende a un 34 %. Es decir, uno de cada tres individuos adultos mayores con aparatos protésicos removibles presentó esta lesión. A diferencia de estos resultados, en el estudio de Martínez y García-Pola, 2002, la lesión más frecuente en pacientes portadores de prótesis fue la hiperplasia con un 5% seguida por la estomatitis con un 2,6 %. Valores mucho más bajos que los encontrados en nuestro estudio y en el estudio de Espinoza, estos resultados pueden atribuirse a

que en ambos estudios el examen fue realizado por un investigador sometido a calibración y con experiencia en el diagnóstico de lesiones de mucosa, lo que no se detalla en el estudio de Martínez y García-Pola, 2002, donde sólo se describe que el examen fue realizado por 2 examinadores.

Si se presta atención al sexo de las personas con estomatitis, se observa que 89,29% de las personas son del sexo femenino y el restante 10,71% del sexo masculino, lo que hace sospechar que la estomatitis sería más frecuente en mujeres que en hombres. De hecho, el test estadístico aplicado fue altamente significativo ($p < 0,01$) lo que permite concluir que existe suficiente evidencia para no dudar de que la diferencia de sexo permite explicar la aparición de estomatitis en los pacientes.

Se observó dentro de los pacientes con estomatitis protésica, los años de uso de su prótesis, es decir, su antigüedad, y se concluyó que la mayoría de los pacientes con estomatitis protésica tenían prótesis de más de cinco años, estableciéndose una relación positiva entre antigüedad de prótesis y posibilidad de desarrollar estomatitis protésica. A medida que la antigüedad de la prótesis se incrementa, la proporción de personas con la lesión también aumenta, dejando en evidencia que la aparición de estomatitis es atribuible a la antigüedad de la prótesis.

Al considerar la higiene de las prótesis, se decidió realizar una reagrupación de la información, que consistió en dejar tan sólo 2 categorías: “Sin placa visible” y “Acumulación moderada o abundante de placa”. Es decir, del total de pacientes con estomatitis se tiene que el 39,29% no tiene placa visible y el restante 60,71% posee placa bacteriana en algún grado. Teniendo en cuenta la reestructuración recién indicada, el test aplicado fue significativo a un nivel del 10%. Es decir, con una significación del 10% no es posible dudar de que la presencia de placa bacteriana influye significativamente en la aparición de la estomatitis protésica en los pacientes.

Respecto del hábito de uso diurno o diurno y nocturno, nuestro estudio mostró que del total de pacientes con estomatitis, el 67% la usaba tanto en el día como en la noche, lo que implica mayor susceptibilidad a desarrollar la lesión. La prueba fue significativa a un nivel de significación del 5%. Espinoza determinó que los pacientes que usan su prótesis durante la noche tienen dos veces más probabilidad de presentar estomatitis protésica, lo que se asemeja a los resultados obtenidos en el presente estudio.

Espinoza, en su investigación también sugirió el estudio de la variable desajuste protésico para estudiar los factores asociados a la estomatitis, debido al efecto traumático que se provoca sobre la mucosa palatina. En el presente estudio se consideró dicha variable en relación a presencia de lesiones de mucosa y específicamente a la estomatitis. Al analizar la presencia de lesiones orales en los pacientes versus el desajuste de su prótesis superior e inferior, la prueba de comparación de proporciones fue no significativa ($p > 0,05$). En consecuencia, no se puede establecer que el desajuste de la prótesis influya en la existencia de lesiones orales según nuestro estudio. Sin embargo, se estableció que dicha variable afecta significativamente a la aparición de la estomatitis protésica, con un nivel de significación del 10%.

Respecto del material de la prótesis los estudios son controversiales, en el nuestro la prueba estadística no fue significativa ($p > 0,1$) para la relación material de la prótesis y el desarrollo de

la estomatitis, y al analizar la presencia de lesiones orales en los pacientes versus el material de fabricación de su prótesis, la prueba de comparación de proporciones fue no significativa ($p = 0,07$) a un nivel del 5 %. En consecuencia, no se puede establecer que el material de elaboración de las prótesis influya en la existencia de lesiones orales.

En lo que se refiere al porcentaje de pacientes que requiere algún examen complementario para un diagnóstico definitivo de lesiones de mucosa, se determinó que: 32,94% de los pacientes requiere un examen de “Citología exfoliativa”, ya que estos pacientes presentaron en el examen clínico el diagnóstico de Estomatitis protésica, por lo cual se debe confirmar o rechazar a través de este examen complementario la presencia de hongos o de una reacción inflamatoria del paciente (Ebadian y cols, 2008). Un 36,47% de los pacientes requiere de “Biopsia”, ya sea excisional, para eliminar pequeñas lesiones y confirmar diagnóstico clínico, o incisional, en el caso de lesiones de mayor tamaño, como liquen plano. Un 87,06% necesita un control; esto representa a todos los pacientes que presentaron al menos una lesión. Un 17,65% necesita una “Biopsia de glándula salival menor para estudio de Síndrome de Sjögren (SS)”, ya que en el examen clínico se determinó que estos pacientes presentan hiposialia, por lo cual requieren de un estudio más profundo para descartarlo, y el 7,06% necesita de otro examen, como puede ser una sialometría en condiciones estandarizadas y óptimas para un resultado más fidedigno en el caso de los pacientes que resultaron con hiposialia, o bien una radiografía periapical en el caso de lesiones que involucren superficies óseas o infecciones odontogénicas, entre otros.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

1. El 87% de los pacientes que asisten a las clínicas de prótesis removible II de la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso presentan a lo menos una lesión de mucosa oral.
2. La estomatitis protésica es la lesión más frecuente entre las lesiones analizadas en este estudio, 28%, seguida de la “Úlcera traumática intraoral” con 16% y Hemangioma plano con un 15%.
3. Las lesiones de la mucosa oral más frecuentes en la población en estudio, clasificadas según su apariencia clínica, son las lesiones rojas (75 lesiones)
4. La mayor cantidad de lesiones se encuentra en los pacientes de mayor edad, seguido por el grupo de usuarios más jóvenes. Las pacientes entre 44 y 53 años tienen una cantidad promedio de 1 lesión, convirtiéndose en el grupo etario con menor número promedio de lesiones.
5. Respecto a describir la asociación entre las lesiones de la mucosa oral y los siguientes factores de riesgo: hábito tabáquico, consumo de alcohol, antecedentes de salud, características de prótesis removible (material, higiene, ajuste), años y hábitos de uso (diurno, diurno/nocturno):
 - a. El consumo de tabaco no afectaría en la aparición de “Lesiones rojas”, “Lesiones ulcerativas”, “Aumentos de volumen” y “Otras lesiones”, pero sí el desarrollo de “Lesiones blancas” y “Lesiones pigmentadas”.
 - b. Considerando como factor de riesgo el consumo de alcohol, éste colaboraría en la generación de lesiones del tipo “Aumento de volumen, y no influye en la aparición de “Lesiones rojas”, “Lesiones ulcerativas”, “Lesiones pigmentadas” y “Otras lesiones”.
 - c. El número de lesiones no es posible de relacionar con los antecedentes de salud.
 - d. La lesión más frecuente en los pacientes portadores de prótesis resultó ser Estomatitis Protésica con un 28%, seguida por la Úlcera Traumática intraoral con un 16%.
 - e. Respecto del material de la prótesis, no se puede establecer que el material de elaboración de las prótesis influya en la existencia de lesiones orales.
 - f. No se puede establecer que el desajuste de la prótesis influya en la existencia de lesiones orales en general, según nuestro estudio.
6. Las variables asociadas con presencia de estomatitis protésica fueron antigüedad, desajuste, higiene y hábito de uso (diurno, diurno/nocturno) de las prótesis superiores.
7. El 100% de los pacientes con lesiones requiere de un examen complementario para diagnóstico de patología oral, en donde el 32,94% de los pacientes requiere un examen de “Citología exfoliativa”, un 36,47% requiere una “Biopsia”, un 87,06% necesita un control, un 17,65% necesita una “Biopsia de glándula salival menor para estudio de

Síndrome de Sjögren (SS)” y sólo el 7,06% necesita de otro examen, como radiografía periapical o sialometría en ayuna en el caso de los pacientes con hiposialia.

SUGERENCIAS

1. Realizar este estudio con todos los pacientes que asisten a las Cátedras de Prótesis Removible I y II de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.
2. Determinación de los factores de riesgo Tabaco, Alcohol, Antecedentes Médicos y Consumo de medicamentos de una forma más acotada.
3. Realizar una sialometría siguiendo todos los estándares que se requieren.
4. Realizar los exámenes complementarios que se sugieren para el diagnóstico definitivo de lesiones de mucosa.
5. Continuar con una línea de investigación a partir del tema de la presente tesis.

RESUMEN

Las lesiones de mucosa oral tienen factores de riesgo que propician su aparición, es por esto que estudiamos a los pacientes que asisten a las Clínicas de Prótesis Removible de Pre grado.

Materiales y métodos:

Corresponde a una muestra intencionada de 100 pacientes. Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, de lesiones de mucosa oral.

Se utilizó el método descrito por Kramer y cols en 1980, ya que este examen está diseñado para ser utilizado en estudios específicos de mucosa oral.

Resultados:

El 87% de los pacientes examinados presentan a lo menos una lesión de mucosa oral. La estomatitis protésica es la lesión más frecuente (28%), seguida de la “Úlcera traumática intraoral” (16%) y Hemangioma plano (15%). Las lesiones de la mucosa oral más frecuentes, clasificadas según su apariencia clínica, son las lesiones rojas (75).

La mayor cantidad de lesiones se encuentra en los pacientes de mayor edad.

La lesión más frecuente en los pacientes portadores de prótesis resultó ser Estomatitis Protésica (28%), seguida por la Úlcera Traumática intraoral (16%).

Las variables asociadas con presencia de estomatitis protésica fueron antigüedad, desajuste, higiene y hábito de uso de las prótesis superiores.

El 100% de los pacientes con lesiones requiere de un examen complementario para diagnóstico de patología oral: “Citología exfoliativa” (32,94%), “Biopsia” (36,47%), un control (87,06%), una “Biopsia de glándula salival menor para estudio de SS” (17,65%) y de otro examen (7,06%).

BIBLIOGRAFÍA

1. Lago-Méndez-L, Blanco-Carrión A, Diniz-Freitas M, Gándara-Vila P, García-García A, Gándara-Rey JM (2005): Rhomboid glossitis in atypical location: case report and differential diagnosis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 10:123-7.
2. Camacho-Alonso F, López-Jornet P, Bermejo-Fenoll A, (2005): Pemphigus vulgaris. A presentation of 14 cases and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 10:282-8.
3. Cavalieri-Gomes C, Santiago-Gomez R, Vieira-do Carmo MA, Henriques-Castro W, Gala-García A, Alves-Mesquita R, (2006): Mucosal varicosities: case report treated with monoethanolamine oleate. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 11:44-46.
4. Landa J.S, (1960): Trouble shooting in complete denture: prosthesis Part II. Lesions of the oral mucosa and their correction. *J Prosthet Dent*, 10:42-46
5. Parisil E, Glick P. H, Glick M, (2006): Case report: Recurrent intraoral pyogenic granuloma with satellitosis Treated with corticosteroids. *Oral Dis*, 12: 70–72
6. Martínez A.I, (2002): Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en pacientes de la Escuela de Estomatología de Oviedo. *Med Oral*, 7:4-16
7. Taiyeb Ali TB, Razak IA, Raja Latifah RJ, Zain RB, (1995): An epidemiological survey of oral mucosal lesions among elderly Malaysians. *Gerodontology*, 12(1):37-40.
8. Kovac Kavcic M, Skaleric U, (2000): The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med*, 29:331-5.
9. Kleinman D, Swango P, Niessen L, (1991): Epidemiological studies of oral mucosal conditions- methodologic issues. *Community Dent Oral Epidemiol*, 19: 129-140.
10. Fleishman R, Peles D. y Pisanti S, (1985): Oral mucosal lesions among elderly in Israel. *J Dent Res*, 64: 831-36.
11. Vigild M, (1987): Oral mucosal lesions among institutionalized elderly in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol*, 15: 309-13.
12. Reichart PA, (2000): Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol*, 28: 390-8.
13. Ikeda N, Handa Y, Khim S, Durward C, Axéll T, Mizuno T, Fukano H, Kawai T, (1995): Prevalence study of oral mucosal lesions in a selected Cambodian population. *Community Dent Oral Epidemiol*, 23: 49-54.
14. Zain RB, Ikeda N, Razak IA. Axéll T, Majid ZA, Gupta PC, Yaacob M, (1997): A national epidemiological survey of oral mucosal lesions in Malaysia. *Community Dent Oral Epidemiol*, 25: 337-85.
15. Kramer H, Pindborg J.J, Bezroukov V, Sardo J, (1980): World Health Organization. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. *Community Dent Oral Epidemiol*, 8:1-26.
16. Mikkonen M, Nyssonen V, Punio A, Rajala M, (1984): Prevalence of oral mucosal lesions associated with wearing removable dentures in Finnish adults. *Community Dent Oral Epidemiol*, 12:191-4.
17. Budtz-Jørgensen E, (1981): Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathol Med*, 10: 65-80.

18. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J, (2003): Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med*, 32:571-5
19. Dorey JL, Blasberg B, MacEntee MI, Conklin RJ, (1985): Oral mucosal disorders in denture wearers. *J Prosthet Dent*, 53(2):210-3
20. MacEntee MI, Scully C, (1988): Oral disorders and treatment implications in people over 75 years. *Community Dent Oral Epidemiol*, 16:271-273
21. Salonen L, Axéll T, Helldén L, (1990): Occurrence of oral mucosal lesions, the influence of tobacco habits and an estimate of treatment time in an adult Swedish population. *J Oral Pathol Med*, 19:170-6
22. Campisi G, Margiotta V, (2001): Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. *J Oral Pathol Med*, 30(1):22-8
23. Jorge Júnior J, de Almeida OP, Bozzo L, Scully C, Graner E (1991): Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol*, 19(3):173-5
24. Shulman J. D, Miles B, Rivera F, (2004): The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults. Data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *JADA*, 135: 1279-86
25. Pentenero M, Broccoletti R, Carbone M, Conrotto D, Gandolfo S (2007): The prevalence of oral mucosal lesions in adults from the Turin area. *Oral Dis*, doi: 10.1111/j.1601-0825.2007.01391.x. E-mail: monica.pentenero@unito.it
26. Winn D. M (2001): Tobacco Use and Oral Disease. *Journal of Dental Education*, 65(4): 306-12. E-mail: winnde@mail.nih.gov
27. Van der Waal I, Axéll T, (2002): Oral leukoplakia: a proposal for uniform reporting. *Oral Oncol*, 38:521–526
28. Mathew LA, Pai KM, Sholapurkar AA, Vengal M (2008): The prevalence of oral mucosal lesions in patients visiting a dental school in Southern India. *Indian J Dent Res*. 2008 Apr-Jun;19(2):99-103.
29. Silverman S (2007): Mucosal lesions in older adults. *J Am Dent Assoc*. Mar;139(3):252-3.
30. Navazesh M (2003): How can oral health care providers determine if patients have dry mouth?. *JADA*, 134: 613-620
31. Ebadian B, Razavi M, Soleimanpour S, Mosharraf R. (2008): Evaluation of Tissue Reaction to Some Denture-base Materials: An Animal Study. *J Contemp Dent Pract*; (9)4:067-074.
32. Iris Espinoza Santander, (2001): “Prevalencia de lesiones de la mucosa oral en población mayor de 65 años de la provincia de Santiago, región metropolitana”; Tesis para postular al grado de Magíster en Ciencias Odontológicas Mención Patología Oral, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
33. Gina Pennacchiotti V, (2006): “Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos Mayores recién rehabilitados”; Trabajo de investigación requisito para optar al título de Cirujano Dentista, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
34. Campos, Catalán, Jorquera (2007): “Efectos del tabaquismo sobre el flujo, Ph y capacidad buffer salival en adultos de 35 a 45 años”; Tesis requisito para optar al título de Cirujano Dentista, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

35. Badenier B (2006): “Estudio de Prevalencia de las Enfermedades Buco Dentales y Necesidades de Tratamiento en la V Región”, Informe Final. Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud – FONIS, CONICYT – MINSAL.
36. Organización Mundial de la Salud, OMS (1997): “Encuestas de Salud Bucodental: Métodos básicos”. 4º Edición, Editorial de la OMS. Ginebra. Suiza, 5:21-52.
37. Bagán J. V, Vera F, (1995): Infecciones víricas y bacterianas específicas en la cavidad oral. En: Medicina oral: J. V Bagán. 1º Edición. Editorial Masson. Barcelona, España, 10:118-128
38. Milián M, (1995): Patología de los labios. En: Medicina oral: J. V Bagán. 1º Edición. Editorial Masson. Barcelona, España, 15:161-165
39. Ceballos S, (1995): Tumores benignos de la mucosa oral. En: Medicina oral: J. V Bagán. 1º Edición. Editorial Masson. Barcelona, España, 17:177-185
40. Aguirre U, (1995): Sialolitiasis y quistes de las glándulas salivales. En: Medicina oral: J. V Bagán. 1º Edición. Editorial Masson. Barcelona, España, 29:311-320
41. Nelson Lobos, (1995): Patología de la mucosa oral. En: Patología de la mucosa Oral. Nelson Lobos, 1º Edición, Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile, 8:137-160
42. Nelson Lobos, (1995): Lesiones vesículo ulcerativas. En: Patología de la mucosa oral. Nelson Lobos, 1º Edición, Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile, 4:47-70
43. Nelson Lobos, (1995): Hiperplasias, neoplasias benignas y malformaciones de la mucosa oral. En: Patología de la mucosa oral. Nelson Lobos, 1º Edición, Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile, 7:101-135
44. Nelson Lobos, (1995): Lesiones pigmentadas de la mucosa oral. En: Patología de la mucosa oral. Nelson Lobos, 1º Edición, Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile, 6:89-100
45. Regezi J, Sciubba J(2000): Lesiones Rojo Azuladas. En: Patología bucal. Correlaciones Clinicopatológicas Regezi, Sciubba, 3º Edición, Editorial Mc Graw Hill. California, Estados Unidos, R-30-R-31, 4:125-131
46. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquet J (1995): Epithelial Pathology. En: Oral & Maxillofacial Pathology. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquet J, 1º Edición, Editorial Sanders. Pensilvania, Estados Unidos, 10:259-321
47. [http://idap.com.mx/Apuntes/Patologia/Lesiones\(9\).doc](http://idap.com.mx/Apuntes/Patologia/Lesiones(9).doc)
48. StataCorp LP: Software Practice and Experience, www.stata.com. Intercooled Stata 9.1 for Windows, 2006.
49. WinEdt Inc., www.winedt.com. WinEdt v5.4, 2005.
50. Goossens M., Mittelbach F., and Samarin A. The LATEX Companion. Pearson Education Corporate, 2000.
51. MiKTeX Project Page: Typesetting beautiful documents, www.miktex.org. MiKTeX v2.7, 2008.
52. Microsoft Office Excel 2003. Copyright 1985-2003 Microsoft Corporations.

ANEXO N° 1: FICHA CLÍNICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**FICHA CLÍNICA****“Descripción de las lesiones de mucosa de pacientes que asisten a las cátedras de PR”**

Examinador:	Fecha..... 20 <input style="width: 20px;" type="text"/>	Identificación n° <input style="width: 20px;" type="text"/>
-------------	---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Información personal y demográfica 	
Género (0= Femenino; 1= Masculino).....	<input type="checkbox"/>
Edad en años	<input type="checkbox"/>
Ocupación	<input type="checkbox"/>
Nombre.....	
Dirección.....	
Comuna.....Teléfono.....	
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educacional <input type="checkbox"/> 0=sin enseñanza 1=enseñanza básica incompleta 2=enseñanza básica completa 3=enseñanza media incompleta 4=enseñanza media completa 5=educación técnico profesional 6=educación universitaria 	

<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos 	
	1= no 2= si
Alcohol	<input type="checkbox"/>
Cigarro	<input type="checkbox"/>
- Fumó durante los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>
- Ex fumador	<input type="checkbox"/>
- N° de cigarros que fuma	<input type="checkbox"/>
(1= menos de 1 al día; 2= 1 a 9; 3= 10 a 20; 4= Más de 20)	
Otro hábito (especificar).....	<input type="checkbox"/>

• Antecedentes de salud	0=no 1=si	<input type="checkbox"/>
Completar solo personal autorizado		
Enfermedades sistémicas:.....		
Hipertensión arterial		<input type="checkbox"/>
Diabetes		<input type="checkbox"/>
Enfermedades autoinmunes		<input type="checkbox"/>
Enfermedades psiquiátricas		<input type="checkbox"/>
Enfermedades degenerativas		<input type="checkbox"/>
Otras (especificar).....		<input type="checkbox"/>
• Uso de medicamentos últimos 6 meses	0=no 1=si	<input type="checkbox"/>
Especificar.....		
• Antecedente de xerostomía	0= no 1= si	<input type="checkbox"/>
Siente la boca con menor cantidad de saliva		<input type="checkbox"/>
Siente la saliva espesa o viscosa		<input type="checkbox"/>
Debe beber frecuentemente líquidos, especialmente cuando come		<input type="checkbox"/>
Tiene dificultad al tragar (disfagia)		<input type="checkbox"/>
• Sialometría (saliva no estimulada) (0=Normal; 1=Hiposialia;)		<input type="checkbox"/>
.....ml		
• Uso de prótesis removible		
(0= No usa prótesis; 1= Prótesis removible parcial; 2= Prótesis removible completa)		
	Superior	Inferior
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antigüedad de los aparatos protésicos		
(0= Nueva; 1= menos de 5 años; 2= más de 5 años)		
Si es nueva, especificar fecha de instalación.....		
• Hábito de uso de aparato protésico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(0= Diurno; 1= Diurno/nocturno)		
• Material de la prótesis		
Acrílica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metal Acrílica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Estado de la prótesis (0=no; 1=si)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reparada y/o cosmética		

EXAMEN INTRAORAL

- Índice de higiene de los aparatos protésicos removibles
(0= No hay placa bacteriana visible; 1= acumulación moderada; 2= Abundante)

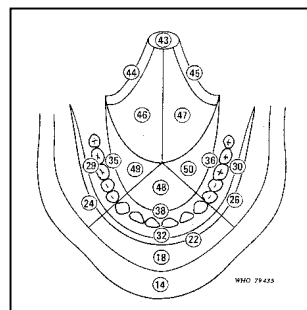
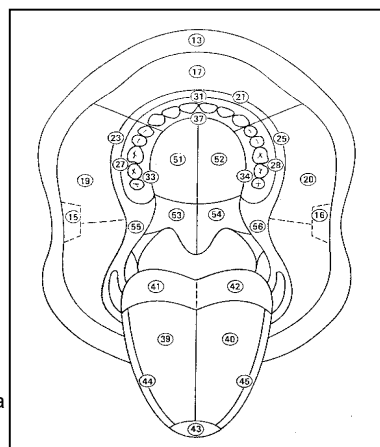
- Desajuste de los aparatos protésicos 0= no 1= si
Superior Inferior

- Determinación de lesiones según su aspecto semiológico
Presencia de lesión (no=0, si=1)

Lesión	Localización	Para cuando sea "otra" (16, 25, 36, 42, 57 ó 71 especificar (diagnóstico presuntivo)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Lesiones específicas de la mucosa oral (condición)

Lesiones blancas	11=	Leucoplasia
	12=	Liquen Plano
	13=	Candidiasis pseudomembranosa
	14=	Leucoqueratosis nicotínica palatina
	15=	Queratosis friccional
	16=	Otras
Lesiones rojas rojo violáceas	21=	Estomatitis protésica
	22=	Glositis romboidal media
	23=	Eritroplasia
	24=	Hemangioma plano
	25=	Otras
Lesiones ulcerativas	31=	Queilitis angular
	32=	Úlcera intraoral no asociada a trauma
	33=	Úlcera traumática intraoral
	34=	Herpes Labial
	35=	Queilitis actínica
	36=	Otras
Lesiones vesiculoulcerativas	41=	Pénfigo Penfigoide
	42=	Otras
Aumentos de volumen	51=	Hiperplasia irritativa
	52=	Granuloma piogénico
	53=	Verruga o papiloma
	54=	Hemangioma cavernoso
	55=	Hematoma o varicosidad
	56=	Mucocele
	57=	Otras
Lesiones pigmentadas café o negras	61=	Mácula oral única
	62=	Lesiones pigmentadas múltiples
	63=	Otras
Otras lesiones	71=	Otras lesiones



• Necesidad de otro examen		0= no	1= si
Citología exfoliativa	<input type="checkbox"/>		
Biopsia	<input type="checkbox"/>		
Control	<input type="checkbox"/>		
Otro examen	<input type="checkbox"/>	Especificar.....	<input type="checkbox"/>
Biopsia de Glándula salival menor para estudio de SS			<input type="checkbox"/>

Autorización de atención - Consentimiento informado

Nombre:

C.I.:

A través de la presente autorizo la utilización de los datos de mi examen de salud bucal en el estudio epidemiológico que tiene por objetivo contribuir al conocimiento del estado de salud de la mucosa oral en pacientes que asisten a la clínica de prótesis removible II de la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Fecha:

Firma: _____

- Antecedentes de salud 0=no 1=si

Completar solo personal autorizado	
Enfermedades sistémicas:.....	
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>
Enfermedades autoinmunes	<input type="checkbox"/>
Enfermedades psiquiátricas	<input type="checkbox"/>
Enfermedades degenerativas	<input type="checkbox"/>
Otras (especificar).....	<input type="checkbox"/>

- Uso de medicamentos últimos 6 meses 0=no 1=si
Especificar.....

- Antecedente de xerostomía 0= no 1= si
Siente la boca con menor cantidad de saliva
Siente la saliva espesa o viscosa
Debe beber frecuentemente líquidos, especialmente cuando come
Tiene dificultad al tragar (disfagia)

- Sialometría (saliva no estimulada) (0=Normal; 1=Hiposialia;)
.....ml

- Uso de prótesis removible (0= No usa prótesis; 1= Prótesis removible parcial; 2= Prótesis removible completa)

- | | Superior | Inferior |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Antigüedad de los aparatos protésicos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (0= Nueva; 1= menos de 5 años; 2= más de 5 años; 3= No usa) | | |
| Si es nueva, especificar fecha de instalación..... | | |

- Hábito de uso de aparato protésico
(0= Diurno; 1= Diurno/nocturno; 2= No usa)

- Material de la prótesis (0= no; 1= si; 2= No usa)

Acrílica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metal Acrílica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estado de la prótesis (0=no; 1=si; 2= No usa)
Reparada y/o cosmética

EXAMEN INTRAORAL

- Índice de higiene de los aparatos protésicos removibles
(0= No hay placa bacteriana visible; 1= acumulación moderada; 2= Abundante; 3= No usa)

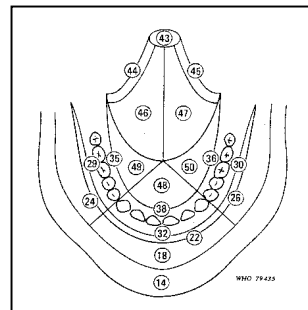
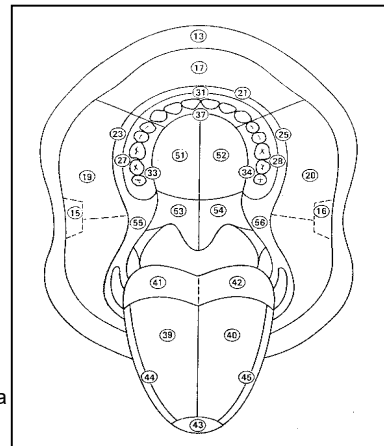
- Desajuste de los aparatos protésicos (0= no; 1= si; 2= No usa)
Superior Inferior

- Determinación de lesiones según su aspecto semiológico
Presencia de lesión (no=0, si=1)

Lesión	Localización	Para cuando sea "otra" (16, 25, 36, 42, 57 ó 71 especificar (diagnóstico presuntivo)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Lesiones específicas de la mucosa oral (condición)

Lesiones blancas	11=	Leucoplasia
	12=	Liquen Plano
	13=	Candidiasis pseudomembranosa
	14=	Leucoqueratosis nicotínica palatina
	15=	Queratosis friccional
	16=	Otras
Lesiones rojas rojo violáceas	21=	Estomatitis protésica
	22=	Glositis romboidal media
	23=	Eritroplasia
	24=	Hemangioma plano
	25=	Otras
Lesiones ulcerativas	31=	Queilitis angular
	32=	Úlcera intraoral no asociada a trauma
	33=	Úlcera traumática intraoral
	34=	Herpes Labial
	35=	Queilitis actínica
	36=	Otras
Lesiones vesiculoulcerativas	41=	Pénfigo Penfigoide
	42=	Otras
Aumentos de volumen	51=	Hiperplasia irritativa
	52=	Granuloma piogénico
	53=	Verruga o papiloma
	54=	Hemangioma cavernoso
	55=	Hematoma o varicosidad
	56=	Mucocele
	57=	Otras
Lesiones pigmentadas café o negras	61=	Mácula oral única
	62=	Lesiones pigmentadas múltiples
	63=	Otras
Otras lesiones	71=	Otras lesiones



WHO 79425

• Necesidad de otro examen

0= no

1= si

Citología exfoliativa

Biopsia

Control

Otro examen

Especificar.....

Biopsia de Glándula salival menor para estudio de SS

