

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA UNAN-LEÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

“Prevalencia de lesiones bucales en pacientes con enfermedades dermatológicas atendidos en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo de septiembre 2019 a febrero 2020.”

Autores:

- Br. Delvin Rolando Pulido Aguirre.
- Br. Claudio Fabricio Molina Oviedo
- Br. Christopher Marín Galeano.

Tutor:

Dr. Luis Javier Espinoza Hernández

León. Febrero, 2021

“A la libertad por la universidad”

Resumen.

Se realizó el presente estudio para obtener la *Prevalencia de "lesiones bucales en pacientes con enfermedades dermatológicas atendidos en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo de septiembre 2019 a febrero 2020."*, cuyos objetivos fue determinar la prevalencia de lesiones bucales, Determinar el diagnóstico dermatológico de estos pacientes, determinar clínicamente el tipo de lesión en la mucosa bucal, establecer el área en la mucosa bucal afectada por estas lesiones. El estudio realizado fue de tipo descriptivo de corte transversal, en el cual participaron 76 pacientes atendidos en el área de dermatología de consulta externa en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (HEODRA) en la ciudad de León. Se utilizó como instrumento una ficha recolectora de datos basada en la encuesta de salud oral de la OMS adaptada según los objetivos del estudio. Los resultados reflejaron que la enfermedad dermatológica más frecuente fue el Eczema con 15.7%, una prevalencia de 22 pacientes dermatológicos con lesiones orales de los 76 examinados, el tipo de lesión oral más frecuente fue la erosión, con 25.9%, y la ubicación más frecuente fue en la lengua con 33.3%; por lo tanto, se concluye que menos de $\frac{1}{4}$ de pacientes con enfermedades dermatológicas que acuden a la consulta del HEODRA presentaron lesiones en la mucosa oral.

Palabras Claves: Enfermedades dermatológicas, prevalencia, lesiones bucales.

CARTA DE AUTORIZACIÓN DEL TUTOR

El suscrito profesor del departamento de **Cirugía Oral** y tutor del trabajo monográfico titulado:

“Prevalencia de lesiones bucales en pacientes con enfermedades dermatológicas atendidos en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo de septiembre 2019 a febrero 2020.”

Realizado por **Claudio Fabricio Molina Oviedo, Delvin Rolando Pulido Aguirre y Christopher Marín Galeano**, considera que dicho trabajo ha cumplido con los requisitos necesarios para que sea sometido a consideración de un tribunal examinador dispuesto por las autoridades de la Facultad de Odontología y a su vez ser defendido por los sustentantes ante dicho tribunal, como requisito para obtener el título de **Cirujano Dentista**.

León, 25 de enero del año 2021

Atentamente:

***Dr. Luis Javier Espinoza Hernández
Profesor Titular Dpto. Cirugía Oral
Facultad de Odontología UNAN-León***

DEDICATORIA.

El presente trabajo investigativo lo dedicamos a nuestros padres y abuelos; por su amor, trabajo, constante apoyo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que hoy somos. Son los mejores padres.

A nuestros hermanos por estar siempre presentes, acompañándonos y por el apoyo moral e incondicional, que nos brindaron a lo largo de todo este tiempo.

A esas amistades que de alguna u otra forma nos brindaron su apoyo y cariño en estos años de estudio.

AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos primeramente a Dios por habernos regalado la vida, por ser nuestro guía, y porque nos dio la fortaleza en cada momento de adversidad que padecemos.

A nuestro tutor Dr. Luis Javier Espinoza Hernández. Por su apoyo y comprensión para terminar este trabajo de investigación.

Al Dr. Jorge Antonio Cerrato. Por su apoyo y dedicación a la culminación de este estudio.

A la Dra. Lesbia Altamirano por ofrecernos su ayuda para obtener la información requerida para lograr los objetivos trazados en este trabajo investigativo.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	Objetivos	3
	General:	3
	Específicos:	3
III.	MARCO TEÓRICO	4
	A. Generalidades.	4
	B. Patologías más comunes que afectan la mucosa oral.	8
	1. Lupus Eritematoso Sistémico (LES):	8
	2. Eritema multiforme.....	11
	3. Penfigoide de las membranas mucosas (PMM).....	13
	4. Liquen plano oral (LPO).....	16
	5. Eczema.	18
	6. Urticaria.....	20
	7. Leishmaniasis	21
	8. Nevus.....	24
	10. Queloide	27
	12 Clasificación de las lesiones:.....	6
IV.	Diseño metodológico:	30
	A. Tipo de Estudio:	30
	B. Área de estudio:	30
	C. Criterios de Inclusión:	30
	D. Criterios de Exclusión.	30
	E. Unidad de Análisis:	31
	F. Procedimientos de recolección de datos.	31
	G. Materiales, condiciones e instrumento	34
	I. Análisis de datos:	35
VI.	Discusión:	40
VII.	Conclusiones:	43
VIII.	Recomendaciones	44
IX.	Bibliografía	45
X.	Anexos:	47

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de la piel ocupan el cuarto puesto de discapacidad mundial por su progresión crónica, producen secuelas físicas emocionales y muchas veces son manifestación de una enfermedad sistémica. (Merino, 2014)

Datos del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa) revelan que durante el año 2016 las enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo fueron la décima causa de padecimientos de salud en el país. (Tórrez, 2018) En Managua el 1,3% de los ingresos al servicio hospitalario público fueron afecciones de la piel. Siendo los diagnósticos más frecuentes: pañalitis, sarpullido, impétigo y las manchas solares, según los reportes de los dermatólogos del país, considerándose como un problema de salud creciente. (Tórrez, 2018)

Las enfermedades dermatológicas pueden causar ciertas manifestaciones en boca, las cuales en muchas ocasiones son el primer signo clínico de dichas enfermedades. La Odontología hoy en día ha evolucionado tanto que ha ocupado un lugar importante en el campo de la salud, por lo cual se intenta atender a los pacientes de una manera integral para su bienestar, por lo cual es indispensable que los odontólogos tengan conocimientos básicos del manejo de los pacientes con lesiones orales producto de enfermedades dermatológicas, (Castellanos., 2002);

Un estudio descriptivo de un centro dermatológico en México, reporta que las manifestaciones orales más frecuente en los pacientes fueron: eritema (34%), aumento de volumen (32%), ulceración (28%), ardor (21%), fístulas (1.5%) y sensación de cuerpo extraño (0.6%); localizadas principalmente en el dorso lingual con 40% y la mucosa labial con 38%; la zona menos afectada fue el piso de la boca (3%) (Sánchez-Pontón & Fernández-Cuevas L, 2017).

Otro estudio realizado por Suliman et al. En 2013 las lesiones linguales fueron las más prevalentes (23%), seguidas de lesiones de tipo blanco (liquenoides,

queratosis friccional, leucoplaquia y estomatitis por tabaco, en un 19%), lesiones de tipo rojo y azules o vasculares (11%) y enfermedades vesículo-ampollosas (6%). (Sánchez-Pontón & Fernández-Cuevas L, 2017)

Castellanos et al. México 2008, encontraron que las lesiones más comunes fueron: Lesiones blancas no queratósicas 107 por cada 1000 pacientes, ulcerosas 57 por cada 1000 pacientes, lesiones blancas queratósicas 40 de cada 1000 pacientes, lesiones pigmentarias 27.6 de cada 1000 pacientes (Sánchez-Pontón & Fernández-Cuevas L, 2017)

En Estados Unidos, Shulman en 2004 reportó alta prevalencia de las lesiones por *Candida*, tatuajes por amalgama, morsicatio buccarum y queratosis friccional. Éste es de los pocos estudios que menciona a las lesiones pigmentarias por amalgama como frecuentes. En este trabajo las lesiones pigmentarias tuvieron prevalencia alta (7%), el tatuaje por metal correspondió a 0.38%.

Hasta la fecha se desconoce la prevalencia de estas entidades en Nicaragua y el grado de afectación oral en este grupo de pacientes, por lo cual surge el interés de conocer; ¿Cuál es la prevalencia de lesiones bucales en pacientes con enfermedades dermatológicas atendidos en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en el periodo de septiembre 2019 a febrero 2020?, de esta manera la presente investigación recopila datos de estas enfermedades en la población nicaragüense.

El propósito del presente estudio es brindar datos epidemiológicos sobre este problema en Nicaragua y que sirva de base para futuros estudios debido a que no se cuenta con datos locales. Este estudio contribuye al proceso de enseñanza aprendizaje para incentivar estudiantes y odontólogos en el diagnóstico de lesiones orales en pacientes afectados con enfermedades dermatológicas.

II. Objetivos

General:

Determinar la prevalencia de lesiones bucales en pacientes con enfermedades dermatológicas atendidos en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello en el periodo de septiembre 2019 a febrero 2020.”

Específicos:

- Determinar el diagnóstico de los pacientes atendidos en el área de consulta externa de dermatología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA).
- Identificar clínicamente el tipo de lesión elemental presente en la mucosa bucal de los pacientes atendidos en consulta externa del HEODRA.
- Establecer el área de la cavidad oral más frecuentemente afectada.

III. MARCO TEÓRICO

A. Generalidades.

La piel es la cubierta externa del cuerpo humano y uno de los órganos más importantes del mismo tanto por tamaño como por sus funciones. Dicho órgano envuelve de forma completa aquellas regiones donde podemos encontrar orificios y cavidades propias del organismo, transformándose en ellas en mucosa. (Merino, 2014)

Una de las funciones de la piel es la de actuar como una barrera innata contra diversos tipos de agresiones, de las cuales podemos mencionar las químicas, térmicas, mecánicas, radioactivas (como la propia radiación ultravioleta producida por el sol) y para ciertos microorganismos patógenos. De la misma forma confiere un mantenimiento del equilibrio de los fluidos del cuerpo, ante la posible pérdida de líquidos y la transmisión de diferentes estímulos nerviosos como tacto, presión temperatura, receptores de dolor, los cuales viajan por vías aferentes hacia el sistema nervioso central para ser traducidos. (Merino, 2014)

La piel es el órgano de mayor tamaño del organismo, ya que tiene una superficie de alrededor de 1.6 a 2 m² (depende de la altura y peso de la persona) y un peso de 4 kg, lo que supone aproximadamente el 6% del peso corporal total. Desde afuera hacia dentro, se distinguen tres capas de tejido, cuyo origen embriológico es totalmente distinto, perteneciendo cada capa a una capa embriológica diferente: La epidermis, que es la capa más externa de la piel; La dermis o corion, que es una capa intermedia; y el tejido subcutáneo o también denominado hipodermis o subcutis. (Merino, 2014)

A como indica Merino “la piel es considerada como el órgano de mayor tamaño del organismo, en la cual su superficie varía de acuerdo a la altura y peso de los individuos” (2014, pp). La composición de la piel está dada por tres capas, cada una de estas con un origen embriológico diferente, en la que podemos destacar la epidermis como la capa más superficial de la piel; la dermis o corion es una capa

intermedia y en última instancia tenemos el tejido subcutáneo denominado también hipodermis o subcutis. (Merino, 2014).

Las enfermedades de este órgano son muy comunes, dado que está expuesto al medio exterior y existen una gran variedad de patologías que lo afectan. (Durocher, 1998)

Se considera enfermedad de la piel o dermatológica, a toda aquella afección que cause repercusión nociva en este órgano, sea cual sea su causa u origen. (Durocher, 1998)

En muchos casos las patologías que afectan la piel, presentan manifestaciones clínicas a nivel de mucosas, dado que esta es una continuación de la piel, por lo tanto, existen variedad de enfermedades dermatológicas que presentan manifestaciones o signos a nivel de la mucosa oral. (Merino, 2014)

La cavidad oral está constituida por una membrana mucosa húmeda que forma la barrera estructural entre el cuerpo y el medio externo denominada “mucosa oral o bucal”. Esta humedad es aportada por la secreción de saliva por las glándulas salivales. (Garzón, 2009)

La Mucosa Bucal se compone de 3 zonas: La encía y el revestimiento del paladar duro, que forman la mucosa masticatoria; el dorso de la lengua, cubierta por mucosa especializada y la mucosa bucal propiamente dicha, que cubre el resto de la boca. (Newman, 2004)

Básicamente la mucosa oral está integrada por dos capas de tejidos estructural y embriológicamente diferentes:

1. Tejido epitelial, de origen ectodérmico.
2. Tejido conectivo, de origen mesenquimatoso (también llamado lámina propia, corion o estroma. (Castellanos., 2002)

Las dos capas están conectadas por una membrana basal, en una relación ondulada y no lisa. (Garzón, 2009)

Las enfermedades dermatológicas pueden afectar las 3 zonas de la mucosa oral, dividiéndose en 2 tipos de lesiones: Lesiones Blancas y Lesiones vesiculosas y ulcero-erosivas.

No hay datos epidemiológicos concretos de qué tan frecuentes son las enfermedades de la piel, dado que estas se estudian de manera aislada y no como un conjunto, por lo tanto, pasaremos a hablar de las patologías dermatológicas por separado, las cuales presenten en mayor frecuencia signos clínicos a nivel de mucosa oral que otras patologías.

Lo que sí se maneja, pero aún no está del todo demostrado, es que las lesiones blancas se manifiestan con mayor frecuencia a nivel de la mucosa especializada de la lengua; y las lesiones vesiculosas y ulcero-erosivas se manifiestan con mayor frecuencia en la mucosa bucal propiamente dicha, principalmente en zona de carrillos y vestíbulo. (García, 2010)

Las lesiones elementales de la mucosa oral se pueden clasificar según su presentación en la mucosa bucal en:

- **Primarias:** Son aquellas que asientan sobre mucosa sana.
- **Secundarias:** Se producen generalmente por evolución de una lesión primaria, es decir que asientan sobre una mucosa previamente lesionada.

Tipos de lesiones:

1- Primarias:

- **Pápula:** Elevación circunscrita de la piel, dura, menor a 0.5 cm de diámetro, de color roja, rosada o negra, que no deja cicatriz, (Zeas & Ordoñez, 2016)
- **Placa:** Lesión elevada, circunscrita, de diámetro mayor que las pápulas, límites netos con superficie lisa o verrugosa, algunas veces rodeada por una zona erosionada (Ceccotti, 2007)
- **Manchas:** son áreas circunscritas de la mucosa con alteración del color, sin alteración del relieve ni textura, y están rodeadas de mucosa sana. (Lanza & Pérez, 2014)

- **Nódulo:** Lesión sólida, de aspecto cupuliforme circunscrita de localización en la dermis baja o hipodermis, cuyo diámetro es mayor de 5mm. (Ceccotti, 2007)
- **Vesícula:** Pequeña elevación de la epidermis, menor de 5mm, con contenido líquido, claro, que no deja cicatriz. Puede evolucionar a una erosión. (Zeas & Ordoñez, 2016).
- **Ampolla:** Lesión elevada circunscrita, mayor de 5mm de contenido líquido. Tiene corta vida en la mucosa oral, quedando una erosión que resuelve sin secuelas. (Ceccotti, 2007)
- **Quiste:** Lesión elevada, circunscrita de contenido líquido, que forma relieve en la superficie de la mucosa. (Ceccotti, 2007)
- **Pliegues/surcos:** Lesiones lineales, únicas o múltiples, sin pérdida de la continuidad del epitelio. (Ceccotti, 2007)

2- Secundarias:

- **Erosión:** Lesión provocada por la pérdida parcial del epitelio, por lo general, el techo de la ampolla o la vesícula que la originó. (Lanza & Pérez, 2014).
- **Úlceras:** Son lesiones que se presentan como destrucción del epitelio, de tamaño y profundidad variables, que demoran en curar. Generalmente son lesiones crónicas y de diversos factores etiológicos. (Lanza & Pérez, 2014).
- **Pseudomembrana:** Tejido friable de color blanco amarillento, que al desprenderse deja una zona ulcerada o erosionada (Otero, Peñamaría, Rodríguez, Biedma, & Blanco, 2015).
- **Fisura o grieta:** Es de continuidad lineal, con pérdida de la continuidad del epitelio. (Ceccotti, 2007)
- **Perforación:** Destrucción total de una pared de la cavidad bucal. Puede ser aguda o crónica. (Ceccotti, 2007)
- **Escara:** Porción de tejido necrótico, generalmente provocados por agentes químicos. (Ceccotti, 2007)

- **Escama:** Desprendimiento de las láminas córneas del epitelio de la mucosa bucal, pueden deberse a procesos inflamatorios o ser posterior a la existencia de vesículas y ampollas (Ceccotti, 2007)
- **Cicatriz:** Proceso de reparación de pérdida de sustancia de un tejido, esto puede generar una zona atrófica. (Ceccotti, 2007)

B. Patologías más comunes que afectan la mucosa oral.

1. Lupus Eritematoso Sistémico (LES):

Es una enfermedad considerada autoinmune del tejido conectivo, de origen multifactorial, crónica y de causa desconocida (López Labady, 2010), que puede afectar cualquier aparato o sistema del organismo. Ocasionando gran variedad de manifestaciones clínicas. Por ello se considera una enfermedad sistémica y autoinmune por la gran cantidad de anticuerpos que presenta. (Farreras, 2012)

1.1 Etiopatogenia:

Los factores etiológicos implicados son de índole infecciosa, hormonal, genética, ambiental y química. En lo que refiere a los agentes infecciosos está relacionada con los virus como el de Epstein-Barr que genera la Mononucleosis infecciosa. La influencia hormonal es considerada por la clara prevalencia en mujeres, la base genética se fundamenta en el hecho que es más frecuente en gemelos. (Farreras, 2012)

El Lupus eritematoso sistémico (LES) es mediada por inmunocomplejos, en donde se producen espontáneamente anticuerpos que reaccionan con una variedad de constituyentes celulares y extracelulares como el ADN, nucleoproteínas, componentes citoplasmáticos, antígenos de superficie celular y componentes de la matriz. Estas inmunoglobulinas participan en la formación de depósitos inmunes iniciando una respuesta inflamatoria que causa con frecuencia la muerte celular y alteración en el funcionamiento de ciertos órganos. (López Labady, 2010)

En el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) se pueden detectar alteraciones en la inmunidad humoral y celular. Existe una hiperactividad en los linfocitos B, junto con una inhibición de algunas funciones de los linfocitos T y de los macrófagos. (Farreras, 2012)

1.2 Epidemiología:

La predilección por el género femenino en edad reproductiva ha quedado bien establecida. Para algunos autores la relación mujer/hombre es de 4:1 y para aquellos con afectación de los tejidos blandos bucales puede ser incluso de una proporción mayor. La edad de inicio de la enfermedad puede variar de los 2 a los 90 años, sin embargo, las décadas más afectadas son de la tercera a la quinta. (López Labady, 2010)

La frecuencia de afectación de la mucosa bucal por esta enfermedad se ubica entre un 20 y 25% de los casos para los pacientes con el tipo cutáneo de la enfermedad, y el 50% para aquellos con el tipo sistémico. (López Labady, 2010)

1.2 Formas clínicas de Lupus:

Los factores ambientales, como las radiaciones ultravioletas, que pueden desencadenar lesiones cutáneas, sistémicas o activar la enfermedad a través de mecanismos que transforman el ADN en un inmunógeno. (López Labady, 2010)

1.3.1 El lupus eritematoso cutáneo.

Usualmente los pacientes con lupus eritematoso cutáneo presentan pocos signos y síntomas sistémicos, son lesiones que están limitadas a las superficies de la piel y de las mucosas, que tienen aspecto eritematoso discoide. Estas comienzan como parches eritematosos que se distribuyen frecuentemente en la piel que esta por lo general expuesta mucho tiempo al sol (cabeza y cuello).

Pacientes que presentan este tipo de lesión afirman su exacerbación cuando se exponen al sol. Por lo general este tipo de lesiones sanan espontáneamente pero

suelen reaparecer en otras partes del cuerpo. El proceso de curación va acompañado de atrofia cutánea con tejido cicatrizal, ya sea con hipo o hiperpigmentación de la zona.

1.4 Características clínicas bucales:

Las lesiones bucales en el LE suelen ser asintomáticas, razón por la que generalmente pasan desapercibidas, de aquí la importancia del examen clínico bucal sistematizado y de rutina para estos pacientes. Cuando refieren sintomatología dolorosa generalmente está asociada a trauma por el cepillado.

Cuando están presentes las lesiones bucales, independientemente del tipo de la enfermedad, éstas tienen características similares desde el punto de vista clínico. Se pueden presentar como una erosión de la mucosa, placas de superficie descamativa o fisuras con tendencia hemorrágica, máculas eritematosas extensas que pueden o no estar acompañadas de áreas ulcerativas o erosionadas y en un mismo paciente podríamos encontrar expresión de todas ellas o combinaciones. (Simonsen, 2014.).

El tamaño de las lesiones es variable, por ejemplo pueden ir desde una pequeña erosión superficial hasta un área francamente ulcerada, larga y grande. (Simonsen, 2014.).

Las diferentes formas clínicas parecieran tener predilección por zonas anatómicas, así por ejemplo las placas descamativas se desarrollan regularmente en la bermellón, las lesiones discoides o erosiones, ulceración en los carrillos y las máculas o placas eritematosas en el paladar duro.

Durante los episodios sistémicos agudos pueden verse eritemas, petequias, ulceraciones dolorosas y hemorragia gingival. Inclusive Louis y Fernández en 2001, describen un tipo de gingivitis marginal, como manifestación de la enfermedad sistémica. (Simonsen, 2014.).

Algunos pacientes podrían mostrar lesiones asociadas a hiperpigmentación lo que pudiera tener explicación en el uso de antimaláricos (medicamento de uso frecuente en pacientes con lesiones en piel) ya que su consumo prolongado puede inducir pigmentaciones reversibles tanto en piel como en mucosa.

La literatura reporta el desarrollo de Carcinoma de Células Escamosas en labio, a partir de lesiones tipo discoideas, especialmente cuando se localizan en el borde bermellón. (Simonsen, 2014.).

Existen lesiones discoideas bucales descritas por algunos autores como atípicas, debido a que no poseen el aspecto clásico de estrías blanquecinas irradiadas de un centro atrófico o ulcerativo y lo interesante de este hecho es que son justamente estas lesiones las que tienen mayor tendencia a ser mal diagnosticadas como Liquen Plano. (Simonsen, 2014.)

2. Eritema multiforme.

El Eritema Multiforme (EM) es una reacción poco común, aguda, de piel y mucosa. También se puede decir que es una reacción de hipersensibilidad, caracterizada por erupciones en piel en forma de diana, constituidas por zonas concéntricas de diferente coloración, y lesiones ulcerosas o vesículoampollosas en mucosa. (Mendieta, 2017)

La enfermedad puede ser desencadenada por múltiples factores, principalmente por virus del herpes simple (hsv) y mycoplasma pneumoniae, al igual que por ingestión de ciertos fármacos, siendo las más frecuentes las sulfonamidas y las penicilinas. Se presenta como erosiones y/o ulceraciones en la mucosa bucal, y como erosiones y costras en los labios, en piel se caracteriza por lesiones eritematosas o en tiro al blanco porque presentan cambios de coloración desde el centro a la superficie. Las lesiones pueden presentarse sólo en piel o en mucosa o en ambas. Fue descrita en 1866 por Von Hebre como enfermedad cutánea con lesiones en piel de forma de escarapela, con distribución simétrica. Se describe

como patrón de tiro al blanco, con cambios de color entre ellas, donde La lesión central se necrosa primero. En 1922 se describieron casos de afectación en mucosas ocular y bucal. (Mendieta, 2017)

Se clasifican como eritema multiforme menor, una forma aguda, que cura en 3-4 semanas; una forma mayor (síndrome de Steven-Johnson) , aguda, puede ser recidivante, autolimitado, y la necrólisis epidérmica tóxica que son lesiones agudas, autolimitantes, que se resuelven en 3-4 semanas, muy dolorosas y que alteran bastante el estado general del paciente, son enfermedades erosivas o ampollares. Cursan con cuadro de dolor que puede llegar a una importante afectación del estado general del paciente

Las lesiones de mucosa bucal, representan el principal motivo de consulta, debiendo realizar los respectivos diagnósticos diferenciales como: liquen plano ampollar, infección por virus del herpes simple, pénfigo, penfigoide, lupus eritematoso, infección por varicela zoster, eritema polimorfo, enfermedad de manos, pies y boca, pénfigo paraneoplásico, síndrome de Stevens Johnson, dermatitis herpetiforme, herpangina, epidermólisis ampollar, necrólisis epidermoide tóxica (Mendieta, 2017)

2.1 Etiología.

Se han enumerado múltiples factores desencadenantes en su desarrollo, tales como: infecciosos (Mycoplasma, HSV), fármacos (AINEs, algunos antibióticos, sulfonamidas, conservadores alimenticios).

El EM se considera recidivante cuando se suceden entre 5 o 6 episodios en el año. Es autolimitante y las recidivas desaparecen alrededor de los 10 años. Si bien se ha considerado una predisposición genética, no está bien determinado. Se considera que el principal factor desencadenante de las lesiones es el virus del herpes simple (Mendieta, 2017).

2.2 Manifestaciones clínicas.

El nombre “*Multiforme*” indica la variación de las presentaciones de dicha enfermedad.

En piel, las lesiones se presentan como áreas redondeadas eritematosas, evolucionando hacia alteraciones concéntricas con alteraciones de color y morfología, lesiones en escarapela o diana (tiro al blanco). Estas lesiones son redondas, edematosas, y en su evolución comienza necrosis en el parte central. El involucramiento palmo plantar es relativamente frecuente y simétrico. Presentación en mucosas: generalmente aparecen simultáneamente a la piel. Es raro encontrar lesiones mucosa, y sin afecciones en piel, aunque se han descrito con relativa frecuencias lesiones las cuales están localizadas en la parte anterior de mucosa no queratinizada, lengua, muy poco frecuente en encía, su forma clínica es de erosiones superficiales y pseudomembranas de fibrina, en labios, erosiones y/o costras en mejilla, encía libre y bermellón. Comienzan con eritema, edema y formación de pseudomembrana. Esta presentación del eritema multiforme puede presentarse en ojos, genitales, tracto respiratorio superior. Si bien la enfermedad se presenta en cualquier edad, se ha determinado un pico de mayor incidencia entre las 2ª y 3ª décadas de vida. (Mendieta, 2017)

3. Penfigoide de las membranas mucosas (PMM)

El fenotipo que caracteriza el PMM consiste en vesículas, erosiones, o ambas suele afectar las mucosas, frecuentemente la mucosa oral. Se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, con una edad de comienzo alrededor de 51-62 años. Cuando excepcionalmente se presenta en niños ocurre en un rango de 2 a 18 años. La enfermedad es de curso lento y progresivo, con exacerbaciones y remisiones, pudiendo permanecer las lesiones durante meses o años. (Discepoli N, 2009)

3.1 Etiología y patogenia:

Los diferentes autoanticuerpos contra los distintos componentes de la membrana basal juegan un rol importante en la patogénesis de este grupo de enfermedades. (Casnati Guberna, 2010)

El factor de iniciación para la respuesta autoinmunitaria es desconocido, aunque una droga como la furosamida puede ocasionalmente representar el *primus movens* de dicha reacción. También se ha postulado una predisposición genética, con una asociación con el sistema del antígeno leucocitario humano (HLA) DBQ1*0301, que puede tener un papel en el reconocimiento de los antígenos en las Zonas de la membrana basal (ZMB) por parte de los linfocitos T. (Discepoli N, 2009)

En el PMM los inmunodepósitos que reflejan la reacción de los autoanticuerpos pueden encontrarse entre la zona de la membrana basal y el epitelio, y están compuestos por Inmunoglobulina G (IgG) con la fracción C3 del complemento, en la mayoría de los casos; también pueden hallarse IgA y la IgM, hecho que confirmaría la heterogeneidad de los antígenos responsables de la reacción autoinmunitaria en el PMM. (Discepoli N, 2009)

La patogenia del PMM incluye un secuestro de leucocitos (primariamente neutrófilos) inducida por autoanticuerpos y mediada por los factores del complemento. El resultado es una liberación de citoquinas y enzimas leucocitarias, con el desprendimiento de las células basales de la zona de la membrana basal. Se puede asistir también a lisis células mediada por factores del complemento. (Discepoli N, 2009)

3.2 Formas de presentación:

El penfigoide bulloso y el cicatricial. El penfigoide bulloso afecta sobre todo a la piel con escasas lesiones orales y el penfigoide cicatricial por el contrario muestra su principal localización en la boca, ojos y otras mucosas siendo en este cuadro escasas las lesiones cutáneas. En muchos casos las lesiones orales son su primer signo clínico, permitiendo un diagnóstico precoz. (Bueno, 2006)

En ambos casos se presentan autoanticuerpos contra los mismos antígenos, aunque probablemente el lugar y la intensidad de estas reacciones autoagresivas dentro del complejo basal serían diferentes. (Bueno, 2006).

3.3 Variantes del penfigoide de las mucosas con lesiones orales.

- **3.3.1 Penfigoide oral (PMMO) (sólo lesiones orales):** El antígeno diana todavía no está claro, aunque anticuerpos contra una proteína de membrana de 168- kilodalton (Kda) han sido hallados en algunos pacientes y según algunos autores, de alguna forma, estaría involucrada como antígeno una variante de la $\alpha 6$ *integrina*. El penfigoide oral presenta una sensibilidad muy baja al análisis con inmunofluorescencia indirecta o con técnicas serológicas en respecto a los antígenos del penfigoide bulloso o a los otros antígenos más comunes en los casos de PMM. (Discepoli N, 2009)
- **3.3.2 Penfigoide con características clínicas más extensas (lesiones orales y extraorales):** El penfigoide cicatricial anti-epilegrina es una importante entidad, que es indistinguible desde el punto de vista clínico, de los otros penfigoides cicatriciales. Suele interesar la boca, los ojos y la piel y está caracterizada en el examen con microscopia a inmunofluorescencia por la unión de IGg, como antígeno diana. Esta unión se produce de manera masiva hacia el lado dérmico de la membrana basal. (Discepoli N, 2009)

3.4 Lesiones orales: La mucosa oral es muchas veces el lugar de inicio de la lesión en distintas variantes del penfigoide de las mucosas. Los pacientes presentan disfagia, dolor y descamación de la mucosa. Vesículas y bullas pueden desarrollarse en cualquier zona de la mucosa oral, cuando ocurre la ruptura de estas lesiones iniciales lo que queda es una erosión de forma irregular con la presencia de un borde inflamatorio y de exudado amarillento. En la encía se manifiesta como un borde eritematoso denominado clínicamente como gingivitis descamativa, y esta última representa la principal característica oral del mismo, y una de las lesiones de aparición más temprana. El grado de descamación puede variar considerablemente; desde pequeñas áreas, hasta un eritema muy extenso, con superficie reluciente. Esta condición se une a un estado de dolor crónico. (Discepoli N, 2009)

3.4 Otras lesiones: Las lesiones pueden dirigirse hacia otros epitelios escamosos estratificados, como aquellos de los ojos, de la laringe, del esófago, de la nariz, de

la vulva, del pene o del ano. Un 40 % de los pacientes con **PMM** pueden desarrollar una complicación a nivel ocular. La patología ocular empieza con una conjuntivitis crónica con síntomas como quemazón, irritación, fotofobia. Los síntomas interesan inicialmente un solo ojo y si se dejan sin tratar en un lapso de tiempo de dos años, pueden interesar los dos. Las cicatrices pueden conducir a la fusión de los párpados superior e inferior (Simbléfaron). (Discepoli N, 2009)

3.5 Lesiones de la piel: La presencia de lesiones epidérmicas se presentan en un cuarto de los pacientes y está confinada a la piel de la cara, del cuello, de las axilas y de las extremidades. Algunos casos de penfigoide cicatricial han sido asociados con desordenes linfoproliferativos de las linfocitos B. Pacientes con penfigoide cicatricial poseen una incidencia mayor de cánceres sólidos, respecto a la población sana. (Discepoli N, 2009)

4. Liquen plano oral (LPO).

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria que puede afectar la piel, mucosas, pelo y uñas. Tiene cierto predominio por el sexo femenino, entre la cuarta y quinta década de la vida. (Lorena, 2016). El liquen plano debe ser estudiado por su potencial de malignización. (Matezans-Pérez., 2008) .

Existen ciertos factores predisponentes para padecer liquen plano, los cuales se pueden asociar al hábito de fumar tabaco, tomadores de alcohol, puede tener cierta predisposición genética, factores psíquicos, ciertos fármacos como lo glucocorticoides, AINEs, b-bloqueantes, los IECAs, factores microbiológicos como virus (el virus del herpes humano, el virus de la inmunodeficiencia humana, el papilomavirus y el mencionado con mayor frecuencia en la literatura, el virus de la hepatitis C, existen factores inmunológicos concretamente con la implicación de los linfocitos T y de las células presentadoras de antígenos, se han planteado teorías como la presencia de clones de células T citotóxicas. Las células T se encargan de una reacción inflamatoria. (Matezans-Pérez., 2008) .

4.1 Manifestación clínica.

Criterios clínicos e histopatológicos descritos por la OMS, pero modificados por Van Der Meij y Van Der Waal: (Lorena, 2016).

1) Presencia de lesiones bilaterales más o menos simétricas. 2) Presencia de un entramado reticular de color blanco-grisáceo (patrón reticular). 3) Lesiones erosivas, bullosas o en placas (sólo se aceptan como subtipo en presencia de lesiones reticulares en otra localización de la mucosa). 4) En todo el resto de las situaciones que se asemejen pero no coincidan exactamente con estos criterios, debe emplearse el término de “clínicamente compatible con liquen plano oral”.

Criterios histopatológicos:

1) Presencia de una banda bien definida de infiltrado Linfocitario confinada a la zona más superficial del tejido conectivo, basada principalmente en linfocitos. 2) Signos de degeneración hidrópica de la capa basal. 3) presencia de displasia epitelial. 4) En caso de signos histopatológicos menos obvios, debe emplearse el término de “histológicamente compatible con liquen plano oral”. De acuerdo a estos criterios, el diagnóstico final de liquen plano oral se realiza cuando se cumplen ambos apartados y el de lesión liquenoide oral cuando existe: 1) Clínica similar a la del liquen plano oral pero histopatológicamente “compatible con liquen plano oral”. 2) Histopatológicamente coincide con liquen plano oral pero clínicamente con aspectos clínicos y/o histopatológicos con asociación a fármacos recientes (Matezans-Pérez., 2008) .

La presencia de displasia epitelial en el liquen plano oral ha sido tema de debate. Algunos autores consideran que su hallazgo excluye el diagnóstico de liquen plano oral y consideran a estos casos como displasia con cambios liquenoides. Sin embargo, otros sugieren que el hallazgo de displasia debería considerarse como parte del espectro del liquen plano oral. Diferentes autores afirman que el liquen plano oral es un desorden potencialmente maligno y esta transformación podría ocurrir en cualquiera de sus formas incluyendo la reticular, y además no estaría restringida al sitio de compromiso primario del liquen. Con respecto a las reacciones liquenoides y su riesgo de transformación maligna, se recomienda que en las asociadas a amalgamas se realice el reemplazo de las mismas a fin de

minimizar al máximo el riesgo de transformación. Podría haber riesgo para las asociadas a enfermedad injerto contra huésped. (Lorena, 2016).

4.2 Manifestaciones Orales:

4.2.1 Formas blancas: Liquen plano reticular y en placas:

El reticular suele aparecer como estrías blanquecinas que no se desprenden con el raspado y se entrecruzan originando formas estrelladas [estrías de Wickham; (Kramer, Pindborg, & Inlirri., 1980)] con un fondo de mucosa sano o eritematosa, asintomática, suele ser bilateral en la mucosa de los carrillos y en otras zonas como lengua, encía, labio y paladar. (Lanza & Pérez, 2014). Principalmente se pueden localizar en la mucosa yugal, de menor forma en lengua, encía, labio y paladar.

Por otro lado, al igual que la forma anterior, el LPO en placas suele ser asintomático. Se asemeja clínicamente a la leucoplasia, ya que se trata de una placa blanquecina que tampoco puede desprenderse mediante raspado. Sin embargo, a diferencia de ésta, las lesiones en placas del LPO suelen ser multifocales. (Matezans-Pérez., 2008) .

4.2.3 Formas rojas: Liquen plano erosivo y atrófico.

A diferencia de las formas blancas, las variantes rojas del LPO suelen cursar con diferentes grados de dolor. En estas formas, el paciente presenta un número variable de úlceras y ampollas por la mucosa oral, que rápidamente se rompen y dejan áreas de erosión dolorosas.

La forma erosiva es la segunda forma más frecuente. Cursa con una mezcla de áreas de ulceración rodeadas por finas estrías, y puede evolucionar hacia la forma atrófica. En ella puede identificarse una zona rosácea, eritematosa, consecuencia del adelgazamiento del epitelio y a la posterior transparencia de los vasos sanguíneos a través de éste. (Matezans-Pérez., 2008) .

5. Eczema.

Bajo esta denominación se reúnen un grupo de enfermedades de etiología y patogenia muy diferentes pero que comparten sus manifestaciones clínicas

fundamentales y su histología. Múltiples agentes, tanto exógenos como endógenos, pueden dar lugar a él, a través de mecanismos patogénicos diferentes, a una respuesta inflamatoria de la piel cuya manifestación clínica fundamental es el prurito, acompañado de lesiones visibles, que dependiendo de su fase evolutiva, pueden ser: eritema, edema, vesiculización, exudación, costras o descamación. La lesión histológica más característica es la espongirosis (edema entre las células de la epidermis). (Gravís, 2005).

5.1 Cuadro clínico.

La primera manifestación clínica del eczema es el prurito, de intensidad variable, desde un ligero escozor o quemazón a un picor intensísimo. En cuanto a las lesiones, su morfología va depender del momento evolutivo.

En las formas agudas predomina la vesiculización y exudación. Al comienzo suele ser un eritema y edema localizado, máculas o pápulas aisladas o que pueden ser difusas. La forma más frecuente de presentación de éste, son vesículas pequeñas y agrupadas, aunque en ocasiones también aparecen ampollas grandes, incluso con contenido hemático. En otras ocasiones no aparecen vesículas o éstas son tan pequeñas que no se aprecian a simple vista. La rotura de las vesículas, dará lugar a un exudado y a la formación de costras. (Gravís, 2005)

En las formas crónicas hay más descamación o puede producirse un engrosamiento de la piel, formando placas, en donde pueden apreciarse pliegues cutáneos marcados y formarse fisuras o grietas. En las formas crónicas son también frecuentes las lesiones por rascado, el eritema y alteraciones en la pigmentación. (Gravís, 2005)

5.2 Manifestación intraoral.

Muy raras veces el eczema se manifiesta en la mucosa oral, sin embargo, cuando se presenta en éstas, suele observarse enrojecimiento en las mucosas, irritación, erosiones, que pueden ir acompañadas de pequeñas pápulas. También suele observarse queilitis descamativa, con lesiones en bermellón de los labios y zonas adyacentes. (Gravís, 2005)

6. Urticaria.

Es una enfermedad de la piel que se caracteriza por lesiones generalmente eritematosas, edematosas y pruriginosas que se blanquean a la presión. Son de localización, forma y tamaño variables, y pueden persistir minutos, días o semanas. La lesión típica es el “habón” o “roncha”, la cual puede extenderse a zonas adyacentes en cuestión de horas. A veces aparece un patrón hemorrágico que puede dificultar el diagnóstico. Las lesiones se limitan a la dermis superior. (Paz, 2010)

El angioedema puede considerarse como la misma manifestación que la urticaria pero su localización es distinta puesto que afecta la dermis profunda y al tejido subcutáneo, es precisamente su localización, la que hace que el angioedema no suela presentar prurito, sin embargo suele acompañarse de una sensación de opresión (Asín, 2006).

La urticaria puede ser la única manifestación de una reacción alérgica o formar parte de una reacción generalizada (shock anafiláctico).

6.1 Etiología

Las causas más frecuentes de urticaria entre la población general son en primer lugar los medicamentos y con menor incidencia los alimentos, picaduras de insectos y determinados antígenos tanto inhalados, ingeridos o de contacto. Sin embargo, en el ámbito pediátrico son los alimentos los principales responsables de esta patología seguida de los fármacos y el resto de alérgenos; esta primacía de los alimentos se invierte con la edad a favor de los medicamentos (Asín, 2006)

6.2 Patogenia.

No está completamente aclarada, aunque suele estar mediada por IgE. La urticaria se produce por la estimulación y degranulación de los mastocitos, a

través de mecanismos inmunológicos y no inmunológicos, liberando diferentes mediadores, entre los que destaca la histamina, en respuesta a ciertos alimentos, fármacos, picaduras de insectos, estímulos físicos, etc. Un mismo factor etiológico puede producir urticaria a través de mecanismos diferentes. La liberación de estos mediadores desde las células cutáneas inflamatorias conduce, por una parte, a un incremento de la permeabilidad vascular produciendo el típico “habón” y por otra a una estimulación del tejido neuronal que origina, tanto una dilatación vascular y la consecuente respuesta eritematosa, como el prurito. (Paz, 2010)

6.3 Manifestación clínica.

El síntoma característico de la urticaria es el “habón” que puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, puede ofrecer distintas formas más o menos variables de tamaño, con tendencia a confluir y suele acompañarse de prurito. La expresión de lesión de carácter puntiforme o morbiliforme suele ser más frecuente en las urticarias colinérgicas. Una de las características de la urticaria es su carácter recidivante, en la cavidad oral se puede presentar como edema de la mucosa labial.

Cuando la urticaria se mantiene por tiempo prolongado decimos que se trata de una urticaria crónica, este periodo se establece de forma aleatoria en 6 semanas.

7. Leishmaniasis

La leishmaniasis es una de las enfermedades más importantes transmitida por vectores, en humanos. (Acha, 2010). Se caracterizan por comprometer la piel, mucosas y vísceras, según la especie de leishmania y la respuesta inmune del huésped. Son enfermedades crónicas de patogenicidad baja y morbilidad relativa (Sanchez, 2004).

La leishmaniasis es una enfermedad de prevalencia alta en muchas regiones tropicales y subtropicales del mundo, tales como el este y sureste asiático, Oriente

Medio, norte y este de África, el sur de Europa (cuenca del Mediterráneo) y América Central y Sudamérica (Sanchez, 2004)

7.1 Etiología

La leishmaniasis conforma un grupo de enfermedades causadas por protozoos del género *Leishmania* que son transmitidos a los humanos por insectos dípteros flebotominos hembra (*Phlebotomus* y *Lutzomyia*). El reservorio del parásito está formado bien por mamíferos domésticos o salvajes, bien por el ser humano (en regiones endémicas) (Rosal, 2010).

7.2 Patogénesis.

El parásito presenta dos formas: amastigote (forma redondeada que parasita el sistema mononuclear fagocítico de los mamíferos) y promastigote (forma flagelada que aparece en el vector). (Rosal, 2010)

Cuando el mosquito pica a un huésped infectado, ingiere células parasitadas por amastigotes. En el intestino del vector, los amastigotes pasan a promastigotes, se multiplican y migran a la zona bucal. Si el mosquito pica a un ser humano, le inocula promastigotes que entran en las células del sistema mononuclear fagocítico y se convierten en amastigotes. Los amastigotes, parásitos intracelulares obligados, son los que producen las manifestaciones clínicas de la enfermedad en humanos. El período de incubación va de una semana a varios meses (Rosal, 2010).

7.3 Manifestación Clínica.

La mayoría de infecciones son asintomáticas. (Rosal, 2010). En los humanos se observan dos formas de leishmaniasis: cutánea y visceral. Algunos autores señalan una forma mucocutánea, mientras que otros la consideran un subgrupo de leishmaniasis cutánea. La forma de la enfermedad y los signos clínicos típicos varían con las especies de *Leishmania*. (Acha, 2010)

7.3.1 Leishmaniasis cutánea:

La leishmaniasis generalmente involucra solo la piel y puede estar caracterizada por la presencia desde una a decena de lesiones. (Acha, 2010) La lesión comienza como una pequeña zona de eritema en el lugar de la picadura que evoluciona a pápula y aumenta de tamaño. Posteriormente, puede ulcerarse en el centro y presentar un borde sobreelevado, bien definido e hiperpigmentado. Las úlceras pueden ser secas o exudativas. En otras ocasiones la lesión no se ulcera, pero puede desarrollar hiperqueratosis o evolucionar a una forma nodular. Son frecuentes las lesiones satélites; y algunas veces se presenta linfadenopatía local. (Rosal, 2010)

La mayoría de las lesiones cutáneas se curan espontáneamente; sin embargo, la velocidad de cicatrización varía según las especies de *Leishmania*, de varios meses a un año o más. Algunas formas dejan cicatrices permanentes. Las personas infectadas con VIH pueden presentar casos excepcionalmente graves, y la enfermedad es más difícil de curar. El tratamiento con esteroides u otras formas de inmunosupresión también puede producir una enfermedad excepcionalmente grave. (Acha, 2010)

7.3.2 Leishmaniasis visceral (Acha, 2010)

La leishmaniasis visceral es generalmente una enfermedad insidiosa y crónica entre los habitantes de áreas endémicas, especialmente en África, sin embargo, el comienzo puede ser agudo en los viajeros que derivan de áreas libres de *Leishmania*. En algunos casos aparece un granuloma primario sobre la piel antes de que aparezcan los signos sistémicos. Los síntomas más comunes de leishmaniasis visceral son: fiebre ondulante prolongada, pérdida de peso, disminución del apetito, signos de anemia y distensión abdominal con esplenomegalia y hepatomegalia. La trombocitopenia puede producir una tendencia al sangrado como, petequias o hemorragias en las membranas mucosas, y la leucopenia puede producir un aumento de la susceptibilidad a otras infecciones. Otros síntomas pueden ser tos, diarrea crónica, oscurecimiento de la

piel, linfadenopatía y en muchos casos, signos de enfermedad renal crónica. (Acha, 2010)

Las lesiones orales son poco frecuentes, aunque no nulas. En los estudios citados no se reportaron casos de algún tipo de lesión oral.

8. Nevus.

Los nevos melanocíticos (NM), vulgarmente conocidos como lunares, son lesiones circunscritas del sistema melanocitario cutáneo y se definen como la proliferación benigna de melanocitos que tienden a agruparse en nidos. Los NM pueden ser adquiridos o congénitos, estos últimos son poco frecuentes, afectando al 1% de recién nacidos. A partir del año de edad aparecen los NM adquiridos, que son mucho más frecuentes, y se estima que a los 30 años cada persona sana presenta alrededor de 25 y 40 NM de entre 5-10 mm de diámetro del Nevus melanocíticos. (Vidal. Et. al 2001)

8.1 Características Clínicas:

Los NM deben definirse por el tipo de lesión elemental, morfología, color, tamaño, localización y cambios clínicos. Pueden ser máculas (lesiones de superficies cortas, lisas y planas, no palpables), pápulas o placas (lesiones de superficie palpable de menos o más de 1cm de diámetro, respectivamente). Todas estas lesiones elementales pueden alterarse, de manera espontánea o traumática, y presentar erosiones, fisuras, ulceraciones y cicatrices.

Los NM suelen presentarse como una lesión marrón cuya intensidad (oscuro o claro) depende del tipo de nevus, la pigmentación basal del paciente, su localización anatómica, la edad, y los antecedentes de exposición radiaciones ultravioletas. Con el paso de los años los NM pueden perder color y acabar presentando el color de la piel normal.

Los NM no son frecuentes en boca, cuando aparecen, suelen estar ubicados en el paladar, fondo de surco y encía. El NM tiene apariencia similar al nevo de piel, cuando las lesiones maduran, no muestran superficie papilomatosa, más de uno de cada 5 NM intraorales carecen de pigmentación. Dos tercios de los casos intraorales fueron encontrados en mujeres, y diagnosticados a una edad promedio de 35 años.

El tamaño de los NM es un rasgo muy importante. Los congénitos de mayor tamaño y los adquiridos mayores de 6 mm de diámetro o que aumentan de tamaño en pocos meses son los que tienen más riesgo de evolucionar a melanoma. Por estos motivos, cuanto mayor es un NM más debe ser controlado. Los NM pueden presentar cambios clínicos. Pueden darse cambios de forma, color, simetría o diámetro, así como erosión, ulceración, foliculitis subnévica, hemorragia, trombosis, halo inflamatorio, halo hipocrómico y halo eczematoso entre otros.

9. Vitíligo

El vitíligo es un desorden específico de la piel; puede ser congénito o adquirido y se caracteriza por máculas bien definidas acrómicas o hipocrómicas en las cuales no existen melanocitos, y si se encuentran son no funcionales; se asocia frecuentemente con enfermedades autoinmunes tales como tiroiditis y con anomalías oftálmicas como la iritis.

Es una patología particularmente importante en pacientes morenos, negros o blancos que se broncean intensamente, debido a que más de dos terceras partes de estos pacientes padecen un intenso estrés psicosocial, por lo que es de gran importancia el tratamiento de esta patología. La incidencia del vitíligo varía de 1 a 2% de la población, no hay predilección por raza, afecta ambos géneros, sin embargo, el género femenino es el que acude con más frecuencia a consulta. Esta enfermedad puede iniciarse a cualquier edad; la mayoría de los estudios refieren que su inicio ocurre entre los 10 y los 30 años. Los casos familiares son comunes,

lo que sugiere una base genética que puede ser poligénica, con expresión variable.

9.1 Características clínicas

La mácula característica del vitiligo es hipocrómica o acrómica, redonda u oval, con márgenes bien definidos, que puede medir desde milímetros hasta casi la totalidad del cuerpo. Existen variaciones en la presentación del vitiligo, se describe como tricrómico cuando existe un color intermedio entre las áreas acrómicas del vitiligo y la piel pigmentada, tetracrómico cuando existen cuatro colores, en ocasiones con áreas hiperpigmentadas, y pentacrómico cuando se observan áreas acrómicas, bronceadas, hiperpigmentadas, gris o blanco y normales. En el vitiligo inflamatorio se observa un borde eritematoso que simula una tiña versicolor.

Tipos de vitiligo

Clínicamente podemos distinguir diversos tipos de vitiligo:

-Vitiligo focal: Mácula aislada, simétrica, limitada en tamaño y número.

-Vitiligo segmentario: Máculas unilaterales localizadas en un dermatoma; se considera estable, se presenta a una edad más temprana que otros tipos y no es familiar. El área trigeminal es el sitio más frecuente, en la mitad de los casos se relacionan con poliosis

-Vitiligo generalizado: es el tipo más común y se caracteriza por múltiples máculas, generalmente simétricas, que involucran las superficies extensoras, principalmente las articulaciones interfalángicas, codos y rodillas. Puede presentarse sólo en la región periungueal o en mucosas como labio, glande del pene, pezones, etc. Se subdivide en vitiligo acrofacial, que involucra la porción distal de los dedos y las áreas periorificiales.

En el vitiligo universal se afecta la mayoría del cuerpo, y se observan sólo pequeñas máculas de pigmento normal; este tipo de vitiligo se ha asociado con el síndrome de neoplasia endocrina múltiple. El vitiligo puede estar asociado con

patologías como leucotriquia, cabello cano prematuro, nevo con halo y alopecia areata. (Martínez. Et. Al. 2006)

10. Queloides

Queloides es un término usado para describir un tipo de cicatriz de consistencia firme que en su crecimiento desborda los límites de la lesión originaria, invadiendo por lo tanto la piel sana circundante.

Los queloides pueden aparecer espontáneamente, o con mayor frecuencia, después de un traumatismo que alcanza la dermis y tienden a crecer durante varios años.

Los factores de riesgo que aumentan la aparición en los queloides, son el color de la piel; (raza negra tiene una prevalencia 4,5-16%) encontrando valores altos también en Hispanos y asiáticos.

Las áreas anatómicas con mayor tendencia a desarrollar queloides son la región esternal, los hombros, el pabellón auricular, la parte superior de la espalda, el borde mandibular de las mejillas y el cuello. Son más frecuentes en áreas con elevada tensión de la piel, aunque también aparecen en el lóbulo auricular.

Etiopatogenia

El proceso por el que se originan los queloides sigue siendo una incógnita. Puede actuar como desencadenante de un queloides cualquier traumatismo cutáneo como heridas, quemaduras, sobre todo si se infectan o presentan una evolución tórpida, lesiones de acné, foliculitis, etc. En ocasiones aquellos procedimientos con finalidad primariamente estética como la abrasión con Láser de CO₂ o incluso Láser de CO₂ Fraccional pueden generar paradójicamente estos tipos de cicatrización patológica.

Otra situación característica de los queloides es mantener una actividad metabólica y consumo de oxígeno acelerados, lo que los lleva a un ambiente hipóxico. Se cree que este hallazgo podría estar relacionado con su patogénesis.

Manifestaciones clínicas de los queloides es que aparecen sobreelevados respecto a la piel no afectada, eritematosos con telangiectasias superficiales y habitualmente piel fina. En pacientes de piel oscura pueden desarrollar hiperpigmentación, en ocasiones las lesiones pueden llegar a ser deformantes o afectar funcionalmente articulaciones. Frecuentemente los pacientes presentan prurito sobre todo en los márgenes de la lesión, y dolor en 46% de los casos. El prurito se cree consecuencia de la abundante presencia de mastocitos liberadores de histamina, en cambio el dolor sería ocasionado por el estímulo de las terminaciones nerviosas sensitivas. (Vistós Vercher, et al 2010)

11. Verruga vulgar

Las verrugas son padecimientos cutáneos frecuentes en niños y adultos, causado por el virus del papiloma humano (VPH) sobre todo en las manos y en los pies. Se ha descrito que el VPH- 1 predomina en pacientes menores de 12 años, el VPH-2 en verrugas palmares, y el VPH 27 y 57 en las plantas de los pies. Para la proliferación de estos virus se requiere una abrasión epidérmica y un sistema inmune transitoriamente alterado. Estos virus tienen tropismo por las células basales del epitelio.

Estas lesiones ocasionan dolor o irritación al traumatizarse con algún objeto. En general las verrugas cutáneas muestran una distribución genotípica similar en pacientes inmunocomprometidos e inmunocompetentes. Los pacientes inmunocomprometidos se encuentran en un riesgo mayor de padecer infecciones cutáneas por VPH, lo cual se ha descrito sobre todo en pacientes postrasplantados, en quienes se ha visto que cerca de 80% padece de verrugas, así como aquéllos pacientes con tratamiento crónico a base de inmunosupresores.

Clínicamente las verrugas se encuentran como lesiones exofíticas queratósicas bien circunscritas. Cuando se retira la hiperqueratosis se puede encontrar puntilleo hemorrágico e interrupción de los dermatoglifos, también es característico un collarite de escama. Es posible que haya dolor durante la deambulaci3n o si hay presi3n lateral.

Cuando afectan la mucosa oral, suelen encontrarse en el bermell3n, la mucosa labial y en la lengua, en el tercio anterior.

IV. Diseño metodológico:

A. Tipo de Estudio:

Descriptivo de Corte Transversal.

B. Área de estudio:

Area de dermatología en la Consulta externa del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), el cual es el único Hospital de referencia del departamento de León, está ubicado en el centro de la ciudad, 1 cuadra al sur de la Catedral.

Universo: 76 pacientes con enfermedad dermatológica que acudieron al área de dermatología en la consulta externa del HEODRA durante el periodo de septiembre 2019 a febrero 2020. Debido a que no se contaba con el número total de pacientes con enfermedad dermatológica, algunos acudieron por primera vez y otros no acuden regularmente, por lo cual en este estudio no se obtuvo una muestra, en su lugar se seleccionaron los participantes que acudieron en el periodo establecido para el estudio.

C. Criterios de Inclusión:

- Pacientes atendidos en consulta externa en el área de dermatología del HEODRA durante el período de septiembre 2019 a febrero 2020.
- Paciente con diagnóstico médico de alguna enfermedad dermatológica.
- Que acepten participar en el estudio.

D. Criterios de Exclusión.

- Pacientes que presenten otra enfermedad sistémica no dermatológica.
- Pacientes que aún no tenían un diagnóstico clínico definido ni histopatológico.

E. Unidad de Análisis:

Cada uno de los pacientes que acudieron a la consulta externa del área de dermatología del HEODRA en el periodo de septiembre 2019 a febrero 2020 y las lesiones orales presentes en ellos.

F. Procedimientos de recolección de datos.

Los datos se recolectaron por medio del llenado de una ficha que fue previamente elaborada por los investigadores, en ella se recopiló información que daba respuesta a los objetivos del estudio. La ficha contaba con 2 secciones, la primera sección contenía un acápite para registrar el diagnóstico dermatológico, la segunda sección permitió recolectar datos de evaluación clínica donde se registró la presencia de lesión en la cavidad oral con los valores (1- Si, 2- No), el tipo de lesión con valores del 0 al 9 que corresponden a la localización, tomado del protocolo de examen clínico en las encuestas de salud oral de la OMS (OMS, 1997) , los valores encontrados se marcaron en un cuadro ubicado en la parte final de la ficha.

- **Estandarización de criterios entre examinadores:**

Inicialmente se realizó una revisión bibliográfica sobre las características clínicas de las diferentes lesiones que afectan la mucosa oral, posteriormente con el tutor, se realizó una exposición con diapositivas y fotografías clínicas para identificar el tipo de lesión, basándose en las características, para estandarizar los criterios de los investigadores.

Posteriormente se realizó la prueba piloto tomando como muestra a 10 pacientes atendidos en el área de dermatología de la consulta externa en el HEODRA, los cuales cumplían los criterios de inclusión, pero no fueron incluidos en el estudio. De los 10 pacientes examinados solo 2 de ellos tenían lesiones orales, llegando a una conclusión unánime por parte de los

examinadores, que se trataba de una Pápula para un paciente y pseudomembrana para el otro, ya que cumplían con las características de dichas lesiones.

- **Método de Recolección de la información:**

1. Los investigadores solicitaron al Decano de la Facultad de Odontología, la elaboración de una carta dirigida al subdirector Docente del HEODRA, para la autorización interinstitucional del ingreso y la recolección de datos en dicha institución.
2. Se acudió a las autoridades del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA), con la carta elaborada por el Decano y se expuso los objetivos de la investigación.
3. Una vez obtenida la autorización para la recolección de los datos se visitó la consulta externa de dermatología del HEODRA, 2 veces por semana durante un periodo de 2 horas, desde septiembre del 2019 a febrero del 2020.
4. A cada paciente se le explico el propósito del estudio y en qué consistía el examen clínico, luego se dio un consentimiento informado, donde se detallaba la información antes mencionada, el cual debía ser firmado por el paciente para certificar su aceptación a participar en el estudio.
5. El examen clínico se realizó en una silla convencional, utilizando lámparas frontales para tener iluminación.

- **Método de examen clínico: Según OMS.**

La OMS recomienda dos espejos de boca para el examen. Mientras que la palpación digital de la mucosa sería ideal, por razones prácticas los espejos pueden usarse para tener una idea de la textura de los tejidos, la Palpación digital

utilizando las precauciones necesarias, pueden reservarse para el examen de lesiones particulares. Las dentaduras postizas deben ser eliminadas antes de comenzar el examen. Se recomienda el siguiente procedimiento, tomando en cuenta las características obtenidas por la inspección (contorno, color, superficie, palpación (textura superficial, planos afectados, movilidad, límites, consistencia y sintomatología). (Kramer, Pindborg, & Inlirri., 1980)

- a- Los labios deben examinarse con la boca cerrada y abierta, tenga en cuenta el color, textura y cualquier anomalía superficial del borde bermellón.
- b- Observar el color Mucosa labial superior e inferior y surco. Examinar visualmente el vestíbulo maxilar y el frenillo con la boca parcialmente abierta, comisuras, mucosa bucal, surco bucal (superior e inferior). Usando los espejos de boca como retractores y con la boca abierta, examinar toda mucosa bucal que se extiende desde las comisuras y de vuelta al pilar amigdalino anterior. Tenga en cuenta cualquier cambio en pigmentación, color, textura y movilidad de la mucosa vestibular, asegúrese de que las comisuras son examinados atentamente.
- c- Procesos alveolares. Verificar desde todos los lados (vestibular, palatina, lingualmente), la encía; el color, contorno, textura, tamaño y consistencia.
- d- Lengua y piso de la boca: Observar la cara dorsal, color, patrón de las papilas linguales, bordes. En la cara ventral observar la posición del frenillo lingual y carúnculas sublinguales. Tener en cuenta el movimiento de la lengua.
- e- Paladar duro y blando. Con la boca abierta y la cabeza del sujeto se inclinó hacia atrás, suavemente presione la base de la lengua con un espejo bucal. Primero inspeccione el paladar duro y luego el paladar blando. (Kramer, Pindborg, & Inlirri., 1980)

6. Con ayuda de fichas de investigación, se hizo la recolección de datos de una forma ordenada.

G. Materiales, condiciones e instrumento

Materiales:

- Fichas de recolección
- Dos lapiceros
- Baja lenguas
- Gasas (Un paquete de 50 unidades)

Condiciones:

En el área de dermatología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello se contó con una mesa para colocar los instrumentos y que uno de los investigadores tome registro de los datos y una silla donde el otro investigador realizó el examen oral a los pacientes

Instrumentos:

- Diez espejos N°5 con su mango
- Tres separadores de carrillo
- Cámara de celular.

H. Aspectos éticos:

Se tomaron en cuenta los criterios de la declaración de Helsinki (2013) que tratan de proteger los derechos humanos de las personas sometidas a investigación. Los criterios a tomar en cuenta aquí son los siguientes.

No maleficencia: A ningún participante le fue afectada su integridad física, psicológica, social o espiritual y se trató de protegerlos al máximo aunque esto implicó la no participación en nuestra investigación.

Consentimiento informado: Se solicitó la participación voluntaria de las personas en el estudio, explicándole los objetivos y utilidad de la investigación, cada paciente firmó un documento de consentimiento informado si estuvo dispuesto a participar en el estudio.

Autonomía: Cada participante tubo la libertad de retirarse del estudio cuando el consideró conveniente, tuvo derecho a decidir si permitiría que la información brindada durante el tiempo que participó pueda ser usada o no.

Anonimato: Se explicó a cada participante que no se tomaron datos que pudieran poner en riesgo su identidad.

Confidencialidad: La información obtenida fue manejada únicamente por el equipo investigador y solo fue usada para fines de estudio.

I. Análisis de datos:

Una vez recolectado los datos en la ficha de recolección, se organizaron los datos en tablas de distribuciones de frecuencias para calcular la prevalencia ayudados con el programa SPSS versión 21.

V. RESULTADOS

Tabla N°1 Prevalencia de pacientes dermatológicos con lesiones en la mucosa oral, atendidos en el área de Dermatología en Consulta Externa del HEODRA (N:76)

Lesión en mucosa oral	F	Prevalencia
Si	22	28.9%
No	54	71.1%
Total	76	100%

Fuente: Ficha recolectora de datos

La prevalencia de pacientes con enfermedades dermatológicas que presentan lesiones orales es de 22, lo que corresponde al 28.9%.

Tabla N°2 Diagnósticos dermatológicos de pacientes de Consulta Externa del HEODRA (N: 76)

Enfermedad Dermatológica	Frecuencia	Porcentaje
Eczema	12	15.7%
Dermatosis	10	13.1%
Liquen Plano	7	9.2%
Urticaria	5	6.5%
Lupus Eritematoso	3	3.9%
Melasma	4	5.2%
Vitiligo	2	2.6%
Queratosis	6	7.8%
Nevos	2	2.6%
Queloides	3	3.9%
Verruga Vulgar	2	2.6%
Herpes	2	2.6%
Psoriasis	1	1.3%
Ptiriasis	1	1.3%
Actinodermatosis	3	3.9%
Queilitis actínica	1	1.3%
Berloque	1	1.3%
Lentigo	1	1.3%
Acné	3	3.9%
Neurofibroma	1	1.3%
Foliculitis	1	1.3%
Queratosis seborreica	2	2.6%
Carcinoma basocelular	1	1.3%
Fibroma	2	2.6%
Total	76	100%

Fuente: Ficha recolectora de datos

En relación a los diagnósticos dermatológicos, el más frecuente fue eczema con 15.7% (12 casos), seguido muy de cerca por la dermatosis 13.1% (10 casos) y se presentaron múltiples patologías con un solo caso como psoriasis y queilitis actínica.

Tabla N°3 Tipo de lesión en la mucosa oral que presentaron los pacientes del área de dermatología en la Consulta externa del HEODRA (N: 27)

Tipo de lesión que presentan	F	%
Pápula	6	22.3%
Erosiones	7	25.9%
Pseudomembrana	5	18.5%
Manchas	4	14.8%
Vesícula.	3	11.1%
Placa.	1	3.7%
Verruga	1	3.7%
Total	27	100%

Fuente: Ficha recolectora de datos

El tipo de lesión más frecuente en la mucosa de los pacientes atendidos en la Consulta Externa del HEODRA fue la erosión con un 25. 9%, que corresponde a 7 casos, seguido de la pápula con 22.3% (6 casos), y las menos comunes fueron las placas y verrugas con 1 caso cada una.

Tabla N°4 Localización de las lesiones orales en pacientes del área de Dermatología en la Consulta Externa del HEODRA (N: 27)

Localización de las lesiones	Frecuencia	Porcentaje
Mucosa Bucal	8	29.6%
Lengua	9	33.3%
Labios	8	29.6%
Paladar duro	1	3.7%
Fondo de surco vestibular	1	3.7%
Total	27	100%

Fuente: Ficha recolectora de datos

La localización más frecuente en los pacientes atendidos en la Consulta Externa del HEODRA fue la lengua con 33.3% que corresponde a 9; casos seguido de mucosa bucal y el labio con 29.6% (8 casos) cada uno; las menos comunes fueron el paladar duro y fondo de surco vestibular con 3.7%, equivalente a un caso cada uno.

VI. Discusión:

Este estudio reveló una prevalencia de 28.9% de pacientes del área de Consulta externa del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) que presentaban lesiones de la mucosa oral, siendo el tipo de lesión oral más frecuente las erosiones con un 25.9%, las cuales se presentaron principalmente en la lengua (33.3%). Estos resultados indican que existe una prevalencia similar a los reportados por: Sánchez et al (2017), quienes encontraron una prevalencia del 32%, Loaiza de León (2000) que reporta un 38.26% prevalencia de manifestaciones bucales en pacientes con enfermedades dermatológicas, y Ramírez Amador et al. En la Clínica Dermatología de la Ciudad de México (1998) que señala que un 35% de los pacientes con enfermedades dermatológicas tenían manifestaciones bucales; aunque se obtuvo una prevalencia bastante parecida existen ciertas variaciones debido a que la población de dichos estudios fue mayor y que únicamente revisaron los expedientes de los pacientes.

Ciertos factores pueden incidir para que prevalezcan este tipo de lesiones, entre los cuales se puede mencionar el uso de fármacos, hábitos como el consumo de tabaco o alcohol, mala higiene bucal y la evolución de otras patologías. Kumar et al. en el estudio *Prevalence and risk indicators of oral mucosa lesions in adult population visiting primary health center and community health centers in Kodagu district*, encontraron que de una población de 1048 pacientes sólo 198 presentaron lesiones orales, lo que corresponde a 18.8 %, la diferencia con este estudio radica que en ellos no identifican los tipos de lesiones elementales de las mucosas y plasman el diagnóstico definitivo de la lesión, además no describen las localizaciones de las lesiones, pero si realizan la asociación de las lesiones a hábitos como el consumo de alcohol y tabaco.

El diagnóstico dermatológico más frecuente encontrado en el presente estudio fue el de eczema, con un 12%, lo cual difiere con múltiples estudios, entre ellos el estudio de Loaiza de León en el año 2000 en el Departamento de Dermatología del Hospital Pedro Bethancourt, Antigua Guatemala, en donde se encontró que la

psoriasis fue la patología más frecuente con 102 casos (44.35% de 230 pacientes con enfermedades dermatológicas); el estudio realizado por Sánchez et al. en 2017, en donde se encontró que el pénfigo vulgar y Lupus Eritematoso cutáneo fueron las patologías con mayor frecuencia de casos (23 cada una), lo que corresponde al 4.3%; esta diferencia puede deberse a que en dicho estudio la población estaba constituida por 1670 expedientes clínicos en un periodo de 4 años (2010 a 2014), así como al hecho que sólo el 29% de la población era del sexo masculino. Estas diferencias en los resultados también puede deberse a que algunas patologías o enfermedades dermatológicas son más frecuentes en determinadas regiones o poblaciones (etnias).

En el presente estudio el tipo de lesión más frecuente fue la erosión, con 25.9% lo cual difiere con el estudio realizado por Castellanos et al. en una Clínica en León, Guanajuato-México en 2008, donde encontraron que las lesiones más comunes fueron las blancas no queratósicas con 107 por cada 1000 pacientes y en segundo lugar las lesiones ulcerosas con 57 por cada 1000, las diferencias posiblemente se deba al elevado número de pacientes que incluyeron en el estudio y que obtuvieron los datos del tipo de lesiones basados en los registros de expedientes clínicos, y en el presente estudio los pacientes fueron valorados una vez y las erosiones presentes pueden haber sido resultado del desprendimiento de la pseudomembrana de la candidiasis o rompimiento de vesículas, que al evolucionar pueden dejar una zona erosionada. Debe destacarse que en el presente estudio se utilizó el método de evaluación clínica bucal guiado por la encuesta epidemiológica en salud oral de la OMS (1997).

De igual forma los resultados no concuerdan con los de Gambino et al. en el estudio *Clinical features and histological description of tongue lesions in a large Northern Italian population*, que refleja que las lesiones más frecuente son las blancas 351 casos, que correspondían al 31.7%; dicha diferencia es probable que sea al hecho que en este estudio únicamente se consideró a la lengua como sitio a evaluar y los casos se agruparon según la naturaleza de la patología en una población de 1106 pacientes.

También hay diferencias con el estudio realizado por Ramírez et al. en la UAM en 1998, el cual refleja que las lesiones más frecuentes en cavidad oral eran pigmentaciones melánicas con un 40%. Las diferencias con el presente estudio puede deberse al hecho que su población era mayor y además de eso la ficha que se tomó de referencia era la de la OMS, en la que no considera este tipo de pigmentación como una lesión, en cambio es considerada como rasgos anatómicos propios de la encía y mucosa sanas.

En el presente estudio la lengua constituye la ubicación más frecuente de este tipo de lesiones, con un 33.3%, lo cual coincide el estudio realizado por Sánchez et al. en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua (CDP), México en el 2017, donde encontraron que el dorso de la lengua fue el sitio más común de afectación, con un 40%, donde la mayoría correspondía a lesiones infecciosas como candidiasis; sin embargo difiere del estudio de Loizada de León en el que se señala al labio inferior como el sitio más afectado, lo cual puede deberse al hecho que la mayoría de los pacientes con manifestaciones orales tenían un diagnóstico de queilitis actínica; algunos autores como Gambino et al. en el estudio *Clinical features and histological description of tongue lesions in a large Northern Italian population* se interesaron exclusivamente este órgano como ubicación, pero especificando la zona afectada, encontrando que las lesiones se ubicaban principalmente en los bordes laterales (68% de los casos), una diferencia con el presente estudio, en el que se encontró una alta prevalencia de lesiones ubicadas en lengua pero sin especificar la región más afectada de la misma.

VII. Conclusiones:

- Un poco menos de la tercera parte de los pacientes con enfermedades dermatológicas que acuden a la consulta Externa del HEODRA que presentan lesiones en la mucosa oral.
- El diagnóstico dermatológico más frecuente fue el de eczema.
- El tipo de lesión elemental más frecuente fue la erosión.
- La zona de la cavidad oral más frecuentemente afectada fue la lengua.

VIII. **Recomendaciones:**

- Al personal docente de la Facultad de Odontología:
 - Fomentar en los alumnos la realización de futuras investigaciones relacionadas con este tema.
- A los estudiantes de Odontología:
 - Realizar investigaciones en esta población pero incluyendo mayor cantidad de variables, entre ellas, las sociodemográficas (edad, sexo, procedencia), hábitos como el tabaco y el tiempo de uso de fármacos.
 - Ser cuidadosos en la exploración clínica de la cavidad oral de pacientes con enfermedades dermatológicas, debido a que las manifestaciones pueden presentarse como diversos tipos de lesiones elementales.
- Al personal médico dermatológico del HEODRA
 - Realizar una detallada historia clínica y el llenado cuidadoso y completo de los expedientes, de tal forma que brinden mucha información que pueda ser de gran utilidad para realizar futuras investigaciones.
 - Realizar la remisión de los pacientes dermatológicos que presenten algún tipo de manifestación en la cavidad oral a la Facultad de Odontología o algún odontólogo para un manejo más integral.

IX. Bibliografía

- Acha, A. A. (2010). *Leishmaniasis (cutánea y visceral)*. The Center Food Security and Public Health.
- Alessio Gambino, M. C. (2015). *Clinical Features and histological description of tongue lesions in a large Northern Italian populaion*. *Oral and medicine and pathology*, 6.
- America, L. F. (2013). *Los tipos de lupus*. *Medically reviewed*, 1.
- Asín. (2006). *Uticaria*. 79-85.
- Bueno, c. Y. (2006). *Penfigoide*. *Scielo*, 3.
- Casnati Guberna, C. M. (2010). *Penfigoide de membranas mucosas*. *Scielo*, 12.
- Castellanos. (2002). *Mucosa Bucal*. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 2.
- Ceccotti, E. L. (2007). *El diagnóstico de la clínica estomatológica*. Buenos Aires: Editorial medica panamericana.
- Discepoli N, B. M. (2009). *Penfigoide*. *Scielo*, 8.
- Durocher, P. (1998). *Enfermedades de la piel*. en m. stellman, *enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (pág. 22). Madrid: Chantal Dufresne, BA.
- Farreras, R. (2012). *Medicina interna*. España: Elsevier.
- García, B. (2010). *Patología Oral*. *Asociación Española de Pediatría*, 7.
- Garzón. (2009). *Estudio de marcadores de diferenciación epitelial en mucosa oral*. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
- Gravís, L. (2005). *Eccema*. *Medicina de Familia* , 67-85.
- Karimkhani, C. (23 de Agosto de 2018). *Tododermo*. Obtenido de *Todo dermo*: <https://www.correofarmaceutico.com/tododermo/enfermedades-de-la-piel/las-enfermedades-de-la-piel-la-cuarta-causa-de-discapacidad-en-el-mundo.html>
- Kramer, I. R., Pindborg, J. J., & Inlirri., J. S. (1980). *Guide to epidemiology and diagnosis*. *World health organization*, 27.
- Lanza, L., & Pérez, M. (2014). *Lesiones elementales de la mucosa bucal*. *Actas odontológicas*, 7.
- León, C. L. (2000). *Manifestaciones bucales en enfermedades dermatológicas*. *Universidad de Guatemala.*, 76.

- López Labady, D. M. (2010). *Manifestaciones bucales del lupus eritematoso*. *Acta Odontológica Venezolana*, 7.
- Lorena, F. A. (2016). *Liquen oral, patrones reaccionales*. *Dermatología*, 6.
- Matezans-Pérez. (2008). *Liquén plano: Revisión en la literatura*. *Scielo*, 16.
- Mendieta, M. P. (2017). *Eritema multiforme (polimorfo)*. *Scielo*, 7.
- Merino, N. (2014). *La piel: estructura y funciones*. Cantariaba: Open Course Ware.
- Neville. (2016). *Oral and maxillofacial pathology fourth edition*. St. Louis, Missouri.
- Newman, T. C. (2004). *La Encía*. En T. C. Newman, *Periodontología Clínica* (pág. 20). Mcgraw-Hill Interamericana.
- OMS. (1997). *Encuestas de salud buco dental*. Ginebra: Interprint.
- Otero, E., Peñamaría, M., Rodríguez, M., Biedma, M., & Blanco, A. (2015). *Candidiasis oral en el paciente mayor*. *Scielo*, 14.
- Paz, N. (2010). *Urticaria*. *Angioedema*. 255-260.
- Pérez, M., & Martínez, B. (2009). *Liquen plano: Revisión de literatura actual*. *Avance en odontoestomatología*, 99-114.
- Rosal, B. G. (2010). *Leishmaniasis Cutánea*. *Pediatría. Atención Primaria*.
- Sanchez, S. Y. (2004). *Leishmaniasis*. *Dermatología Peruana.*, 82-94.
- Sánchez-Pontón, M., & Fernández-Cuevas L, A.-P. D. (2017). *Prevalencia de alteraciones bucales en el CDLP*. *Revista mexicana de dermatología*, 11.
- Sendhil Kumar, V. N. (2019). *Prevalence and risk indicators of oral mucosal lesions visiting primary health centers in Kodagu district*. *Family Med Prim Care*, 12.
- Simonsen, M. M. (2014.). *Oral lesions in lupus erythematosus*. *European journal of dermatology*, 6.
- Tórrez, C. (20 de Enero de 2018). *El nuevo Diario*. Obtenido de *El nuevo Diario*: <https://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/453281-cuales-son-enfermedades-piel-que-afectan-mas-nicas/>
- Zeas, M., & Ordoñez, M. (2016). *Dermatología básica*. *Universida de cuenca*, 140.

X. Anexos:

Operacionalización de las variables:

<u>VARIABLES</u>	<u>DEFINICIÓN</u>	<u>INDICADORES</u>	<u>VALORES</u>
Diagnóstico dermatológico	Es un juicio clínico de un experto sobre el estado de salud de la piel de una persona.	Lo registrado en el expediente clínico en la sección de diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none"> • Eczema • Dermatitis • Liquen Plano • Urticaria • Lehismaniasis. • Nevos. • Vitiligo. • Queloides. • Verruga. • Vulgar. • Queratosis seborreica.
Tipo de lesión Oral	Manifestación clínica de la enfermedad dermatológica.	Examen Clínico bucal.	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ningún estado anormal. 1. Erosiones. 2. Placas. 3. Bandas: 4. Ulcera. 5. Placa Pseudomembranosa. 6. Vesícula. 7. Pápula. 8. Manchas. 9. Otro trastorno.

<p>Localización de la lesión</p>	<p>Área en la mucosa bucal donde se manifiesta la patología.</p>	<p>Examen Clínico bucal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 0- Borde bermellón 1- Comisuras 2- Labios 3- Surcos 4- Mucosa Bucal 5- Suelo de la boca 6- Lengua 7- Paladar Duro/Blando 8- Bordes alveolares/encías 9- No registrado
----------------------------------	------------------------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Instrumento de recolección de datos:

Tema:

“Prevalencia de pacientes con manifestaciones bucales en pacientes con enfermedades dermatológicas atendidos en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo de septiembre 2019 a febrero 2020.”

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-LEÓN

Facultad de odontología

Fecha:

--	--	--	--	--	--	--

1- Diagnóstico dermatológico

2- Evaluación clínica

Lesión en mucosa oral:

- 1- Si
2- No

Mucosa oral:

Trastorno

0: ningún estado anormal.

1: Erosiones

2: Placa.

3: Nódulos

4: Ulceras

5: Pseudomenbrana

6: Vesícula

Localización:

0: Borde bermellón

1: Comisuras

2: Labios

3: surcos

4: Mucosa bucal

5: Suelo de la boca.

6: Lengua

7: Pápula.

8: Manchas.

9: otro trastorno.

7: Paladar duro/blando

8: Bordes alveolares/encías

9: No registrado



Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua, León.

UNAN-León

Consentimiento Informado.

Somos estudiantes de 5to año de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN- León, mediante la presente, se le solicita su participación en nuestro estudio de investigación para optar al título de cirujano dentista, que lleva por título **“Prevalencia de lesiones bucales en pacientes con enfermedades dermatológicas atendidos en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo de agosto a octubre del 2019.”**, dicha investigación tiene como objetivo *“Determinar la prevalencia de lesiones bucales en pacientes con enfermedades dermatológicas atendidos en el Hospital escuela Oscar Danilo Rosales Arguello”*, en función de lo anterior nos es necesaria su colaboración, por lo que, mediante la presente se le solicita su consentimiento.

Al colaborar usted con esta investigación, se le realizará un examen clínico de la cavidad oral, para verificar la presencia de lesiones en la misma, al igual si encontráramos dichas lesiones se les tomará fotografía como evidencia, dicho examen será realizado una sola vez y los datos encontrados, así como las fotografías, solo serán manejados con fines educativos y solo por nosotros.

Su colaboración no tiene costo alguno, no se pondrá en riesgo su integridad física ni personal.

Todos los datos recogidos, serán estrictamente anónimos y de carácter privado, además los datos serán absolutamente confidenciales y solo se utilizarán con fines científicos. Nos responsabilizamos, en calidad de custodios de los datos, a tomar las medidas necesarias para cautelar el adecuado tratamiento de los datos y resguardo de la información restringida.

Al firmar dicho consentimiento usted está aceptando participar en nuestra investigación

Ciudad de León a los ____ días del mes de _____

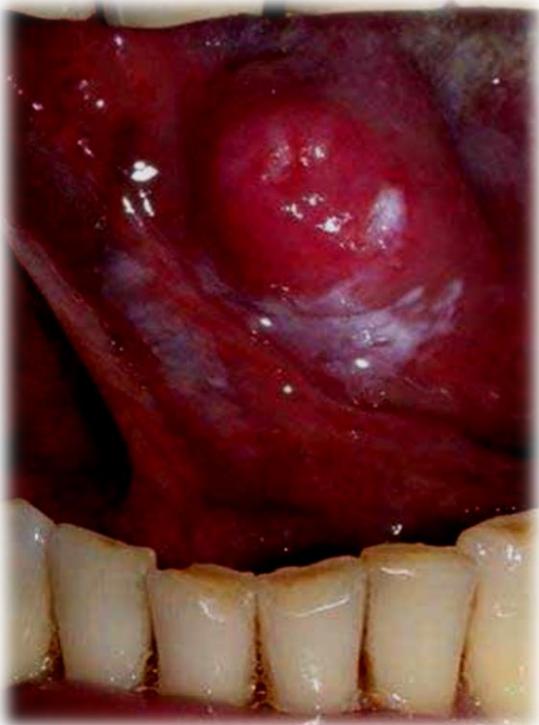


Ilustración 1: Placa



Ilustración 2: Erosiones



Ilustración 3: Placa



Ilustración 4: Ulcera



57
Ilustración 5: Pseudome



Ilustración 6: Erosiones



Ilustración 7: Vesículas



Ilustración 8: Pápula



Ilustración 9: Manchas



Ilustración 10: Manchas

