

**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 consulta externa del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) de la ciudad de León, Nicaragua en el periodo de septiembre 2019 a febrero 2020.”*

**Autor:**

- Br. Fernando Miguel Castillo Solano.

**Tutor:**

M. Sc. Manuel Paz Betanco.

León. Noviembre, 2021

**“A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD”**

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de lesiones bucales en pacientes con enfermedades dermatológicas atendidos en consulta externa del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA) de la ciudad de León, Nicaragua en el periodo de septiembre 2019 a febrero 2020.”

**Diseño Metodológico:** El estudio realizado fue descriptivo de corte transversal, en el cual participaron 76 pacientes atendidos en el área de dermatología de consulta externa en el HEODRA de la ciudad de León. Para la recolección de la información se utilizó como instrumento una ficha modificada de la encuesta de salud oral de la OMS adaptada según los objetivos del estudio.

**Resultados:** reflejaron una frecuencia de 22 pacientes dermatológicos con lesiones orales de los 76 examinados, con respecto al tipo de lesión según diagnóstico la más prevalente fue la erosión, con 11.11%, manifestándose principalmente en eczema (3 casos), en relación al tipo de lesión según el área de la cavidad oral se encontró alta prevalencia de Pseudomembranas 18.5% en lengua que corresponde a 5 casos.

**Conclusión:** No hay relación estadística entre la enfermedad dermatológica que presentaban los pacientes y la presencia de lesiones orales.

**Palabras Claves:** Enfermedades dermatológicas, prevalencia, lesiones bucales.

## CARTA DE AUTORIZACION DEL TUTOR

León, 15 de Noviembre de 2021.

**Dr. Domingo Pichardo López.**  
Decano  
Facultad de Odontología  
UNAN-León  
Su despacho.

Estimado Dr. Pichardo:

Por este medio certifico que he sido tutor y asesor metodológico del trabajo monográfico: ***“Prevalencia de lesiones bucales en pacientes con enfermedades dermatológicas atendidos en consulta externa del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) de la ciudad de León, Nicaragua en el periodo de septiembre 2019 a febrero 2020”***, fue desarrollado por el bachiller **Fernando Miguel Castillo Solano**, identificado con carnet número 15-115114-0, el que dictamino como **APROBADO**.

El bachiller ya se encuentra listo para presentar su defensa monográfica ante un tribunal examinador.

Atentamente:

**M. Sc. Manuel Paz Betanco.**  
Profesor Asistente UNAN-León.

## **DEDICATORIA.**

El presente trabajo investigativo lo dedico a:

### ***Mis padres y abuelos;***

por su amor, trabajo, constante apoyo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que hoy soy. Son los mejores padres.

### ***Mis hermanos;***

por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral e incondicional, que me brindaron a lo largo de todo este tiempo.

### ***Todos mis amigos;***

que de alguna u otra forma me brindaron su apoyo y cariño durante todos mis años como estudiante de mi carrera.

## **AGRADECIMIENTOS.**

Agradezco profundamente a:

***Dios;***

ese Ser maravilloso que debido a su infinita gracia y misericordia pude concluir mis estudios.

***Dr. Manuel Paz Betanco.***

Por su apoyo y comprensión para terminar este trabajo de investigación.

***Dra. Lesbia Altamirano;***

por su ayuda para obtener la información requerida para lograr los objetivos trazados en este trabajo investigativo.

## INDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>II. Objetivos</b> .....	3
<b>General:</b> .....	3
<b>Específicos:</b> .....	3
<b>III. MARCO TEÓRICO</b> .....	4
<b>A. Generalidades</b> .....	4
Tipos de lesiones intraorales:.....	6
<b>B. Patologías más comunes que afectan la mucosa oral</b> .....	8
1. Lupus Eritematoso Sistémico (LES): .....	8
2. Eritema multiforme.....	11
3. Penfigoide de las membranas mucosas (PMM).....	13
4. Liqueen plano oral (LPO). .....	16
5. Eczema. ....	19
6. Urticaria.....	21
7. Leishmaniasis .....	22
8. Nevus.....	25
10. Queloide .....	28
<b>IV. Diseño metodológico:</b> .....	32
<b>A. Tipo de Estudio:</b> .....	32
<b>B. Área de estudio:</b> .....	32
<b>D. Criterios de Inclusión:</b> .....	32
<b>E. Criterios de Exclusión.</b> .....	33
<b>F. Unidad de Análisis:</b> .....	33
<b>G. Procedimientos de recolección de datos</b> .....	33
<b>J. Análisis de datos:</b> .....	34
<b>Tabla 4. Relación entre la enfermedad dermatológica de base del paciente con la presencia de lesión en la mucosa oral</b> .....	1
<b>VI. DISCUSION DE LOS RESULTADOS</b> .....	2
<b>VI. CONCLUSIONES:</b> .....	5
<b>VII. RECOMENDACIONES</b> .....	6
<b>VIII. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	7
<b>IX. ANEXOS:</b> .....	1

## I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades dermatológicas son afecciones que presentan sus principales síntomas en la piel, también pueden afectar mucosas de diferentes partes del cuerpo incluyendo la mucosa de revestimiento oral, provocando lesiones orales de múltiples tipos en cualquier parte del epitelio bucal.

Las lesiones que muchos pacientes presentan en la mucosa bucal, pueden ser muy características para establecer determinados síndromes y ocasionalmente se convierten en el dato clave para llegar al diagnóstico ya que las patologías dermatológicas son bastante comunes, existe una amplia variedad de estas y algunas pueden ser muy complejas. (García & García, 2020)

García & García (2020) en su estudio *“Correlación clínica de enfermedades dermatológicas con manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Previsional INSS, Ocotlán-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020”* encontraron 40 lesiones por Psoriasis (26.5%), 25 por Lupus Eritematoso Sistémico (16.6%) y 10 por dermatitis herpetiforme (6.6%), las otras alteraciones encontradas tuvieron frecuencias bajas.

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).

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 nos realizamos la siguiente pregunta de investigación: ¿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?,

El propósito del presente estudio es abrir campo en esta área de la Medicina Bucal y servir de base para futuras investigaciones; así como ayudar a los profesionales de la odontología a interesarse en la documentación de lesiones orales en individuos con afecciones dermatológicas del complejo maxilofacial y del cuerpo humano.



## II. Objetivos

### **General:**

Determinar la prevalencia de lesiones bucales en pacientes con enfermedades dermatológicas atendidos en consulta externa del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA) de la ciudad de León, Nicaragua en el periodo de septiembre 2019 a febrero 2020.”

### **Específicos:**

- Identificar el tipo de lesión bucal según el diagnóstico dermatológico del paciente.
- Determinar el tipo de lesión según el área de la cavidad oral.
- Correlacionar el diagnóstico dermatológico del paciente con la presencia de lesiones en la mucosa oral.

### 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 m<sup>2</sup> (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)

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 B. , 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 intraorales:**

#### **1- Lesiones 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- Lesiones 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). 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)

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)

## **1.3 Formas clínicas de Lupus:**

### **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 está 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 y ulceraciones 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 discoides, especialmente cuando se localizan en el borde del 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 a 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 en la 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 segunda y tercera 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 furosemida 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, 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 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)

### **3.5 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)

### **3.6 Lesiones de la piel:**

La presencia de lesiones epidérmicas se presenta 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 lique 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 lique 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 espongiosis (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 suele 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.**

La urticaria se produce por la estimulación y desgranulación 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.

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 inocular 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 nevus 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 CO<sub>2</sub> o incluso Laser de CO<sub>2</sub> 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 collarete de escama. Es posible que haya dolor durante la deambulación o si hay presión lateral.

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

- **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)

#### **IV. Diseño metodológico:**

##### **A. Tipo de Estudio:**

El estudio realizado fue descriptivo y correlacional de corte transversal.

##### **B. Área de estudio:**

El estudio fue llevado a cabo en el área de Dermatología en la Consulta externa del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA).

El HEODRA se encuentra situado en el centro de la ciudad de León, Nicaragua, y cita del Mercado Central 1 cuadra al sur.

##### **C. Población de estudio:**

Estuvo comprendida por 76 pacientes que acudieron al área de dermatología en la consulta externa del HEODRA durante el periodo de septiembre 2019 a febrero 2020 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

##### **D. 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.
- Pacientes que aceptaran participar de forma voluntaria en el estudio.

### **E. Criterios de Exclusión.**

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

### **F. 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.

### **G. Procedimientos de recolección de datos.**

Los datos se recolectaron por medio del llenado de una ficha, esta fue tomada del protocolo de examen clínico en las encuestas de salud oral de la OMS (OMS, 1997), ya está previamente calibrada y aceptada internacionalmente en estudios epidemiológicos.

Previo al llenado de esta ficha, el autor del estudio fue entrenado por el tutor experto en Patología y Medicina Bucal a través de seminario para evaluar el nivel de conocimiento sobre las enfermedades bucales de naturaleza dermatológica y a través del análisis de fotografías.

### **H. Prueba Piloto:**

Esta fue realizada en 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.

Esta sirvió para afianzar el uso de la encuesta en salud oral manual de la OMS.

### **I. Método de Recolección de la información:**

Para el ingreso al Hospital se realizó formal solicitud al subdirector Docente del HEODRA, para la autorización de recolección de datos en dicha institución.

Con el visto del subdirector docente del Hospital se procedió a realizar visitas a 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.

A cada paciente se le explicaba 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.

El examen clínico se realizó en una silla convencional, utilizando lámparas frontales para tener iluminación de acuerdo al protocolo recomendado por la OMS (1997). A los pacientes que se encontraron lesiones se les tomó fotografía para cotejar cualquier duda con el tutor.

### **J. Análisis de datos:**

Las fichas recolectadas pasaron a un proceso de limpieza de datos, es decir, verificar que todas las fichas estuviesen completas y con sus respectivos acápites y fotografías; posteriormente se introdujeron en una base de datos elaborada en el programa estadístico SPSS v. 24 para Windows.

Se obtuvieron tablas con frecuencias simples y porcentajes.

Para conocer si había una relación entre el diagnóstico dermatológico del paciente con la presencia de lesiones en la mucosa oral, se hizo uso del estadístico Correlación de Pearson.



Si la significancia era menor al valor de alfa ( $p=0.05$ ), se considera que el resultado es estadísticamente significativo y se entiende que la enfermedad dermatológica tiene influencia en la aparición o exacerbación de lesiones orales.

Si la significancia era mayor al valor de alfa ( $p=0.05$ ), se considera que el resultado no es estadísticamente significativo y por ende no hay relación entre las variables, es decir que la enfermedad dermatológica no tiene influencia en la aparición o exacerbación de lesiones orales.

**k. Aspectos éticos:**

Se hizo uso del sigilo médico, confidencialidad y uso de información solo con fines de investigación.

## V. RESULTADOS

**Tabla 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	Porcentaje
Si	22	28.9
No	54	71.1
Total	76	100

Fuente Primaria

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

**Tabla 2. Tipo de lesión según el diagnóstico dermatológico del paciente (N: 27)**

Enfermedad	Pápula		Pseudomembrana		Erosión		Mancha		Vesícula		Placa		Verruga		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	F	%
<b>Eczema</b>	1	3.7	2	7.4	3	11.1	2	7.4	1	3.7	-	-	-	-	8	29.6
<b>Dermatosis</b>	1	3.7	1	3.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7.4
<b>Liquen Plano</b>	-	-	1	3.7	-	-	1	3.7	1	3.7	1	3.7	-	-	3	11.1
<b>Lupus Eritematoso</b>	-	-	-	-	2	7.4	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7.4
<b>Queloides</b>	-	-	1	3.7	1	3.7	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7.4
<b>Herpes</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.7	-	-	-	-	1	3.7
<b>Ptiriasis</b>	2	7.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7.4
<b>Actinodermatosis</b>	-	-	-	-	1	3.7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.7
<b>Queilitis Actínica</b>	-	-	-	-	-	-	1	3.7	-	-	-	-	-	-	1	3.7
<b>Verruga</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.7	1	3.7
<b>Fibroma</b>	2	7.4	-	-	1	3.7	-	-	-	-	-	-	-	-	3	11.1
<b>Total</b>	6	22.2	5	18.5	7	25.9	4	14.8	3	11.1	1	3.7	1	3.7	27	10

Fuente Primaria.

El eczema fue el diagnóstico dermatológico más frecuente para un 29.6%.

En este diagnóstico dermatológico, las lesiones orales encontradas fueron: las erosiones con 3 casos, que corresponde al 11.11%, manchas con 2 casos (7.4%), pseudomembranas con 2 casos (7.4%), pápula y vesícula con 1 caso cada una para un 3.7% respectivamente.

**Tabla 3. Tipo de lesión según el área de la cavidad oral (N: 27)**

LESIÓN LOCALIZACIÓN	Pápula		Pseudo- membrana		Erosión		Mancha		Vesícula		Placa		Verruga		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	F	%
<b>Mucosa Bucal</b>	3	11.1	-	-	2	7.4	1	3.7	1	3.7	1	3.7	-	-	8	29.6
<b>Lengua</b>	2	7.4	5	18.5	2	7.4	-	-	-	-	-	-	-	-	9	33.3
<b>Labios</b>	1	3.7	-	-	1	3.7	3	11.1	2	7.4	-	-	1	3.7	8	29.6
<b>Paladar Duro</b>	-	-	-	-	1	3.7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.7
<b>Fondo de surco</b>	-	-	-	-	1	3.7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.7
<b>Total</b>	6	22.2	5	18.5	7	25.9	4	14.4	3	11.1	1	3.7	1	3.7	27	100

Fuente Primaria

En la lengua se encontraron 9 lesiones, 5 (18.5%) de pseudomembranas, 2 (7.4%) de pápulas y 2 (7.4%) de erosiones.

En la mucosa bucal se encontraron 8 lesiones, pápulas 3(11.1%), erosiones 2 (7.4%), manchas, vesículas y placas con 1 lesión cada (3.7%).

En los labios se encontraron 8 lesiones, manchas 3(11.1%), vesícula 2(7.4%), pápula y verruga 1 lesión cada una (3.7%).

Tanto en el paladar duro como en el fondo del surco se encontró 1 lesión cada uno (3.7%) correspondiente a erosiones.

**Tabla 4. Relación entre la enfermedad dermatológica de base del paciente con la presencia de lesión en la mucosa oral.**

<b>Correlaciones</b>			
		<b>Enfermedad Dermatológica</b>	<b>Presencia de lesión en mucosa oral</b>
Enfermedad Dermatológica	Correlación de Pearson	1	.154
	Sig. (bilateral)		.126
	N	100	100
Presencia de lesión en mucosa oral	Correlación de Pearson	.154	1
	Sig. (bilateral)	.126	
	N	100	100

Fuente: SPSS

En esta tabla podemos observar que la correlación de Pearson en las variables enfermedad dermatológica del paciente con la presencia de lesión en mucosa oral es de 0.154 con una significancia bilateral de 0.126 mayor al valor de alfa ( $p=0.05$ ), esto significa que no existe relación entre ambas variables.

Esto quiere decir que el hecho que un paciente presente una enfermedad dermatológica no quiere decir que siempre va a tener una afección en la cavidad bucal, o, dicho de otra manera, la enfermedad dermatológica de base del individuo no influye en la aparición de lesiones bucales.

## VI. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Este estudio reveló una prevalencia de 28.9% de pacientes del área de Dermatología de Consulta externa del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) que presentaban lesiones de la mucosa oral, el tipo de lesión oral más frecuente fueron las erosiones con un 25.9%, siendo la lengua el sitio de cavidad oral más afectado (33.3%) independientemente del tipo de lesión. El tipo de lesión más frecuente según diagnóstico dermatológico fue la erosión con 11.11, el tipo de lesión según el área de cavidad oral se encontró alta frecuencia de Pseudomembrana con 18.5% presentándose principalmente en lengua con 5 casos.

En relación a la prevalencia encontrada, Sánchez et al (2017), quienes encontraron una prevalencia del 32% y Loaiza de León (2000) reporta un 38.26% prevalencia de manifestaciones bucales en pacientes con enfermedades dermatológicas, y Ramírez Amador et al. (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 porcentuales debido posiblemente a que la población de dichos estudios fue mayor y que únicamente revisaron los expedientes de los pacientes.

Los datos encontrados también difieren con los de Kumar et al. en el estudio encontraron que de una población de 1048 pacientes sólo 198 (18.8 %) presentaron manifestaciones orales, la diferencia con este estudio radica que en ellos no especifican el tipo de lesión elemental y su localización solo plasman el diagnóstico definitivo de la lesión, pero si realizan la asociación de las lesiones a hábitos como el consumo de alcohol y tabaco.

Con respecto al tipo de lesión según el diagnóstico dermatológico se encontró mayor frecuencia de erosiones con 11.11% en pacientes con eczemas que corresponde a 3 casos, los datos no coinciden en el diagnóstico dermatológico con el estudio de Loaiza de León (2000) realizado 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), pero no se especifica el tipo de lesión elemental asociado con sus diagnósticos. Difiere de igual forma al estudio realizado por Sánchez et al. en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua (CDP), México en el 2017 encontraron alta prevalencia de lesiones eritematosas con 34% y como diagnósticos dermatológicos más frecuentes el Lupus eritematoso y el pénfigo vulgar (4 % cada uno) el eczema solo se encontró en 1.5% de los casos, dicha diferencia puede deberse al hecho de que Sánchez no realiza comparación entre el diagnóstico y el tipo de lesión elemental, realizaron solo revisión de expedientes clínicos y en este estudio se realizó una evaluación clínica basada en la ficha de la OMS.

Con respecto al tipo de lesión según el área de la cavidad oral se encontró una frecuencia de pseudomembrana con 18.5% con ubicación en lengua (5 casos), lo cual concuerda con respecto a la localización pero difieren en porcentaje con el estudio realizado por Sánchez en México 2017 donde encontraron alta prevalencia de lesiones eritematosas (34%) y como principal ubicación el dorso de la lengua con 40%, si bien concuerdan con la ubicación hay diferencia con respecto al tipo de lesión elemental, dicha diferencia pueda deberse a la gran cantidad de expedientes clínicos revisados y a que ellos encontraron alta prevalencia de Candidiasis cuya lesión elemental es compatible con una pseudomembrana lo cual no fue considerado en el estudio.

De igual forma los resultados concuerdan con los de Gambino et al. (2015) que refleja que las lesiones más frecuentes son las blancas 351 casos, que correspondían al 31.7% y como principal localización los bordes de la lengua con 67%.

También existen ciertas diferencias con el estudio realizado por Ramírez et al. en la UAM (México) en 1998, el cual refleja que las lesiones más frecuentes en cavidad oral eran pigmentaciones melánicas con un 40%, donde no se especifica el área de la cavidad oral con mayor prevalencia y su asociación con las enfermedades dermatológicas.



A las variables enfermedad dermatológica del paciente y presencia de lesión en mucosa oral, se les aplicó el estadístico correlación de Pearson, con el propósito de evidenciar el grado de influencia de una variable sobre la otra y se encontró un valor de 0.154 con una significancia bilateral de 0.126 mayor al valor de alfa ( $p=0.05$ ), esto significa que no existe relación entre ambas variables.

Estos resultados no coinciden con lo reportado por (García & García, 2020) en su estudio realizado en una Clínica Previsional de Ocotlán, Nueva Segovia; ya que estos autores si encontraron relación estadísticamente significativa entre la presencia de enfermedad dermatológica y presencia de lesiones orales.

## **VI. CONCLUSIONES:**

De los resultados encontrados se concluye que:

1. El tipo de lesión elemental más frecuente fue la erosión en pacientes con diagnóstico de eczema.
2. La pseudomembrana fue el tipo de lesión más frecuente en la lengua.
3. En este estudio se pudo observar que estadísticamente la enfermedad dermatológica no influye en la presencia de lesiones en la mucosa oral.

## **VII. RECOMENDACIONES:**

### **A DOCENTES DE PATOLOGÍA BUCAL:**

Continuar con esta línea de investigación ampliando población y tipos de enfermedades intraorales y su relación con enfermedades dermatológicas o sistémicas.

### **A LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA:**

Llevar a cabo un correcto examen del complejo bucal para la detección temprana y precoz de lesiones premalignas o malignas que puedan desmejorar la calidad de vida de las personas.

### **A LOS MÉDICOS DERMATOLOGOS DEL HEODRA**

Remitir a los pacientes que presenten alteraciones orales al área de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la UNAN-León para que se les realice un diagnóstico clínico bucal correcto y se lleve a cabo un plan de tratamiento estomatológico adecuado.

## VIII. 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.
- García, M., & García, F. (2020). *Correlación clínica de enfermedades dermatológicas con manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Previsional INSS, Ocotal-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020*. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
- 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). Liquéen 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., Peñamaria, M., Rodriguez, 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. *Universidad de Cuenca*, 140.

**IX. ANEXOS:**

**Operacionalización de las variables:**

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>VALOR</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"> <li>• Eczema</li> <li>• Dermatitis</li> <li>• Liquen Plano</li> <li>• Urticaria</li> <li>• Leishmaniasis.</li> <li>• Nevos.</li> <li>• Vitíligo.</li> <li>• Queloides.</li> <li>• Verruga Vulgar.</li> <li>• Queratosis seborreica.</li> </ul>
Tipo de lesión Oral	Manifestación clínica de la enfermedad dermatológica.	Examen Clínico bucal.	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ningún estado anormal.</li> <li>1. Erosiones.</li> <li>2. Placas.</li> <li>3. Bandas:</li> </ol>

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN.**

**UNAN-LEÓN**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**Consentimiento Informado:**

Mi nombre es Fernando Miguel Castillo Solano y estoy cursando el V año de la carrera de Odontología en la UNAN- León, y estoy llevando a cabo la recolección de datos para mi trabajo de culminación de estudios:

El tema de investigación se titula:

**“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.”**

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.

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

Al firmar dicho consentimiento usted está aceptando participar en la presente investigación:

---

**Firma ilegible**

FICHA RECOLECTORA DE DATOS No. \_\_\_\_\_

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

5: Suelo de la boca.

6: Lengua

7: Pápula.

8: Manchas.

9: otro trastorno.

**Localización:**

0: Borde bermellón

1: Comisuras

2: Labios

3: surcos

4: Mucosa bucal

7: Paladar duro/blando

8: Bordes alveolares/encías

9: No registrado

***Ilustración 1: Placa***



***Ilustración 2: Erosiones***



***Ilustración 3: Pseudomembrana***



***Ilustración 4: Ulcera***



***Ilustración 5: Vesículas***



***Ilustración 6: Pápula***



***Ilustración 7: Manchas***