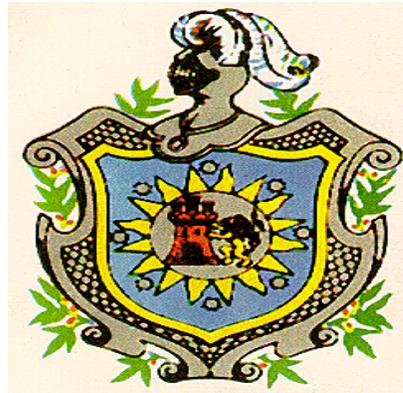


Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-LEON

Facultad de Odontología



Tesis para optar al Título de Cirujano Dentista

**FRECUENCIA CON QUE LOS TRASTORNOS ULCERATIVOS AFECTAN LA
CAVIDAD BUCAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
REGIONAL CÉSAR AMADOR MOLINA, MATAGALPA II SEMESTRE 2002.**

Autora: Br. FABIOLA JORDANA MARTINEZ VEGA

**Tutor: Dr. Francisco García
Cirujano Maxilo-Facial**

**Asesor Metodológico: Dr. Jorge Cerrato
Docente Facultad de Odontología**

AGRADECIMIENTO

De manera muy especial a **Dios Nuestro Señor**, por haberme ayudado y guiado siempre, por estar a mi lado a cada instante, sobre todo en los momentos más difíciles, solo contigo pude superar tantos obstáculos...

A mis padres, por apoyarme incondicionalmente y por hacer que esto ya no fuera solo un sueño o una meta que alcanzar. Hoy estoy feliz y todo se los debo a ustedes.

Al **Dr. Francisco García**, por haber compartido conmigo dos cosas invaluable: su tiempo y sus conocimientos.

A los docentes de la Facultad de Odontología : **Dr. Rodolfo Lugo Grillo, Dr Joel Esquivel, Dr. Domingo Pichardo, Dra. Martha Arostegui, Dra Martha Esquivel, Dra Lucía López**, a quienes les debo el iniciarme en esta bella profesión, gracias por sus enseñanzas y sobre todo por haberme brindado su confianza y amistad...

Al **Dr. Jorge Cerrato** y la **Dra. Tania Almendaréz**, por guiarme en la elaboración metodológica de esta investigación.

A quienes les di guerra desde que entre a las clínicas, **doña Mer, doña Gloria, doña Irene**, gracias por aguantarme y sépanlo que las recordaré siempre con muchísimo cariño.

A todas las personas que de una u otra forma colaboraron para la elaboración y presentación de este trabajo.

A todos los que hicieron más fácil mi estadía en esta ciudad ajena. Gracias por su apoyo y amistad.

FABIOLA JORDANA

DEDICATORIA

A **mi Divino Niño** y a **mi virgencita linda**, por haberme guiado y acompañado siempre, por llevarme de la mano y mostrarme que en esta vida no hay nada imposible.

A **mis queridos padres Ovidio** y **Ernestina**, quienes son lo más valioso en mi vida, porque gracias a su amor y sacrificios logré cumplir uno de mis más grandes sueños y hoy este triunfo más que mío, es de ustedes. Los amo.

A mis hermanos **Amaru Ernesto** y **Manuel Alejandro**, mis motivos para seguir adelante, en quienes pensaba cuando la situación era más difícil. Su existencia no permitió que me diera por vencida NUNCA. Lograron hacer que todo fuera más sencillo, han llenado mi vida de alegría y deseos de triunfar SIEMPRE.

A **mis abuelitas Mime** y **Sixta**, mujeres ejemplares en mi vida, a quienes admiro, respeto y quiero muchísimo.

A la memoria de **mis abuelitos Heriberto** y **Alejandro**, aunque en vida no pudieron disfrutar y celebrar conmigo, sé que siempre han estado a mi lado.

FABIOLA JORDANA

RESUMEN

Es un trabajo descriptivo de corte transversal, en donde se determinó la frecuencia con que se presentan los trastornos ulcerativos en cavidad bucal de pacientes atendidos en el Hospital Regional César Amador Molina de la ciudad de Matagalpa, durante el segundo semestre del año 2002.

Encontrándose que el sexo en que se presentaron con mayor frecuencia fue el femenino con 53.1% y el masculino con 46.9%. Las edades que mayor frecuencia de afectación presentaron fueron los pacientes mayores de 60 años con 35.4%, siguiendo en frecuencia el grupo de 0 – 19 años con 22.9%.

La estructura anatómica más afectada fue el vestíbulo bucal con 30.3%, seguido por paladar blando con 21.9% y labio inferior con 14.6%.

Los tipos de trastornos ulcerativos que con mayor frecuencia se presentaron fueron los originados por neoplasias con 37.5%, seguido por lesiones reactivas con 32.3% y luego por las enfermedades relacionadas con alteraciones sistémicas con 21.9%.

Relacionando las lesiones por sexo y estructura anatómica más afectada, se observó la predilección por el vestíbulo bucal en el sexo masculino y el paladar blando en el sexo femenino; al relacionarlas con la edad el más afectado fue el vestíbulo bucal y el paladar blando en pacientes mayores de 60 años, mientras que el labio inferior tuvo mayor afectación en pacientes jóvenes de 0 – 19 años.

Relacionando las lesiones por sexo y los tipos de trastornos ulcerativos se observó mayor afectación en mujeres debido a lesiones reactivas, en cambio en hombres se observó mayor afectación debido a enfermedades de carácter neoplásico; al relacionarlas con la edad, las neoplasias fueron mas frecuentes en 3 grupos etáreos en pacientes mayores de 60 años, en el grupo de 40 – 59 años y en el grupo de 20 – 39 años. Las lesiones reactivas fueron mas frecuentes en pacientes de 0 – 19 años, mientras que las enfermedades relacionadas con alteraciones sistémicas afectaron con mayor frecuencia a pacientes mayores de 60 años.

El trabajo nos permite valorar la importancia que tiene el conocimiento sólido sobre el comportamiento de estas lesiones para diagnosticarlas y darles el tratamiento adecuado.

I N D I C E

CONTENIDO	PAGINA No.
I. Planteamiento del problema	1
II. Introducción	2- 3
III. Objetivos	4
IV. Marco Teórico	5 - 25
V. Diseño Metodológico	26 - 27
VI. Operacionalización de Variables	28 - 29
VII. Resultados	30 - 34
VIII. Discusión de los resultados	35 - 37
IX. Conclusiones	38
X. Recomendaciones	39
XI. Bibliografía	40
XII. Anexos	41

TEMA:

“Trastornos Ulcerativos en Cavidad Bucal”.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Con qué frecuencia los trastornos ulcerativos afectan la cavidad bucal de pacientes que asisten a consulta Odontológica en el Hospital Regional “Cesar Amador Molina” de la ciudad de Matagalpa, qué zonas de la cavidad bucal son las más afectadas y cuáles son los tipos más frecuentes determinadas según edad y sexo, durante el segundo semestre del año 2002?

INTRODUCCION

Los trastornos ulcerativos son las lesiones de la cavidad oral más comunes que se presentan en un consultorio odontológico. Constituyen el motivo de consulta más frecuente, tanto para el Médico como para el Odontólogo y en nuestra área solo son superadas por las caries dentales.

Las lesiones ulceradas consisten en la pérdida del epitelio por cualquier causa. En boca, las úlceras pueden tener como precedentes vesículas o bulas de corta duración. En cuanto a su etiología, las úlceras bucales tienen un variado y complejo mecanismo fisiopatológico que las hace multifacéticas, a veces inespecíficas y son el resultado de alteraciones patológicas tanto locales como sistémicas. La etiología de las lesiones se atribuye a: factores hereditarios, falta de educación en salud y hábitos de limpieza, consumo de alcohol y tabaco, presencia de diversos microorganismos, patologías sistémicas asociadas, y muchas veces a enfermedades de carácter neoplásico.

Existe gran diferencia en el comportamiento de estas lesiones, variando en su apariencia clínica, en su naturaleza y en particular en su pronóstico, es por ello la importancia de evaluar la frecuencia con que los trastornos ulcerativos se presentan en cavidad bucal.

Este tipo de afectación puede llegar a provocar daños severos e irreversibles en la cavidad oral, muchos de estos se podrían evitar si se tuvieran los conocimientos necesarios sobre dichas patologías; se ha obviado su etiología, comportamiento y consecuencias. Los trastornos de la mucosa oral se pueden diagnosticar correctamente con una historia breve y un examen clínico minucioso, pero este enfoque no suele ser suficiente y origina diagnósticos incorrectos y tratamientos inadecuados.

Los mayores problemas al diagnosticar las lesiones de la cavidad bucal han sido los pocos conocimientos del comportamiento fisiopatológico de estos trastornos y las limitantes diagnósticas con que se enfrentan en la práctica diaria, los odontólogos.

En la ciudad de Matagalpa los trastornos ulcerativos se presentan como un problema de gran envergadura, la mayoría son referidos y tratados en el Hospital Regional "César Amador Molina".

Dentro de los archivos revisados no existen antecedentes de estudios de trastornos ulcerativos, solo se encontraron estudios referentes a carcinomas bucales y neoplasias de cabeza y cuello.

Aunque las diversas escuelas de educación superior nos brinden una formación integral estomatológica apropiada, es casi una tradición que la práctica y formación profesional se incline más hacia la parte estrictamente curativa, sobresaliendo el área restaurativa que abarca operatoria dental y prótesis, olvidándonos un poco de los desórdenes no dentales, pero que también afectan la cavidad oral.

Por medio de esta investigación se podrán identificar las zonas de la cavidad bucal más afectadas por trastornos ulcerativos en pacientes del departamento de Matagalpa, así mismo definir con precisión los tipos de trastornos ulcerativos que se presentan con mayor frecuencia, clasificándolos según edad y sexo.

Se pretende motivar a los estudiantes y profesionales de la odontología sobre la importancia del conocimiento de los trastornos ulcerativos como patologías, las cuales pueden agravar la vida de un paciente si éste no es diagnosticado adecuadamente. También se pretende que producto del análisis de los resultados obtenidos, las autoridades correspondientes, se sensibilicen e inicien programas de prevención y detección primaria de las lesiones, para diagnosticarlas y darles tratamiento a tiempo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la frecuencia con que los Trastornos Ulcerativos afectan la cavidad bucal de pacientes que asisten a consulta odontológica en el Hospital Regional “César Amador Molina”, Matagalpa, durante el segundo semestre del año 2002.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar la frecuencia con qué los trastornos ulcerativos afectan la cavidad bucal según edad y sexo.
2. Identificar las zonas de la cavidad bucal más afectadas por trastornos ulcerativos según edad y sexo.
3. Establecer que tipos de trastornos ulcerativos afectan con mayor frecuencia la cavidad bucal según edad y sexo.

TRASTORNOS ULCERATIVOS.

CONCEPTO: Una úlcera, es la pérdida del epitelio por cualquier causa. En boca, las úlceras pueden tener como precedentes vesículas o bulas de corta duración, y en este caso forman parte del grupo de trastornos que se clasifican como "enfermedades vesiculobulosas ulcerativas". (1)

La mucosa bucal es delgada, y por ello las vesículas o ampollas se rompen rápidamente y se transforman en úlceras que a su vez se traumatizan con facilidad con los dientes y alimentos se infectan de forma secundaria por la flora bucal. (4)

El antecedente clínico de las úlceras con vesículas previas es clave importante y permite limitar el diagnóstico diferencial a este grupo específico de trastornos "lesiones ulcerosas, vesiculares y ampulosas".(3)

La mayoría de los pacientes que acuden a una atención dental presentan lesiones ulcerativas, muchas de ellas con aspectos similares, pero cuya etiología a veces es muy diversa, representan un grupo variable y llamativo de lesiones, pueden variar desde lesiones reactivas (deberse a influencia local hasta trastornos neoplásicos), manifestaciones bucales de enfermedades dermatológicas o de problemas sistémicos.

Algunas son primarias, con manifestaciones precoces, como erosiones o úlceras, otras son secundarias porque se derivan de otras formas clínicas que sufren ulceración. Las lesiones exofíticas suelen presentar este cambio secundario cuando se ulceran a causa de agresiones mecánicas, crónicas o a una biopsia incisional.(4)

La lesión intrabucal de los tejidos blandos que se presenta con mayor frecuencia es la úlcera. Se localizan en zonas que se traumatizan con facilidad: labio inferior, lengua y mucosa bucal. La localización dependerá de la etiología de la úlcera. (2)

Durante mucho tiempo los términos erosión y úlcera se han confundido y utilizado indistintamente:

- **Erosión:** solución de continuidad poco profunda del epitelio superficial, a la exploración clínica aparece como un área eritematosa poco profunda implicando solo lesión superficial.
- **Úlcera:** solución de continuidad más profunda, afecta todo el espesor del epitelio superficial y alcanza el tejido subyacente.

Las úlceras orales, tienen diversos orígenes, suelen mostrar cambios histológicos similares, su uniformidad proviene del efecto irritante de la flora y de los líquidos orales en cuanto se forma una úlcera, desencadenando de inmediato una infección aguda o crónica, acompañadas de inflamación.

En una úlcera, microscópicamente podemos deducir:

- 1.** Fase aguda: ausencia de todo el espesor del epitelio superficial y del tejido conjuntivo expuesto, suele presentar necrosis superficial y está cubierto por exudado de fibrina.
- 2.** Fase intermedia: es menos aguda, hay mayor concentración de células inflamatorias crónicas: linfocitos, polimorfonucleares, células plasmáticas y macrófagos.
- 3.** En la fase de cicatrización: predomina el tejido de granulación con proliferación fibroblástica.

Se han clasificado de diversas formas para facilitar su estudio:

a) Facilitando el diagnóstico:

- Lesiones agudas múltiples (tienden a ocurrir solo una vez).
- Síndromes recurrentes de la mucosa bucal.
- Lesiones crónicas múltiples.
- Lesiones crónicas únicas.

b) Según sus características clínicas (coloración):

- Lesiones rojas solitarias o difusas.
- Trastornos eritematosos generalizados y úlceras múltiples.
- Trastornos rojos de la lengua.
- Lesiones blancas de la mucosa blanca.
- Lesiones rojas y blancas (mixtas).
- Lesiones exofíticas orales periféricas.
- Úlceras y fisuras orales solitarias.
- Lesiones negras, azuladas o marrones intraorales.
- Trastornos amarillos de la mucosa bucal.

c) Según el factor predisponente o la causa de la lesión:

- Lesiones reactivas
- Enfermedades bacterianas.
- Enfermedades micóticas.
- Enfermedades relacionadas con alteraciones sistémicas.
- Neoplasias.

d) Según su carácter neoplásico:

- Hiperplasias y displasias epiteliales de la mucosa bucal.
- Tumores benignos de origen epitelial.
- Hiperplasias del tejido conectivo.
- Tumores benignos originados en el tejido conectivo.
- Tumores benignos de origen muscular
- Tumores benignos de origen vascular.
- Tumores neurógenos.
- Tumores odontogénicos epiteliales.
- Tumores odontogénicos malignos.

1. LESIONES REACTIVAS

La úlcera es la lesión intrabucal que se presenta con mayor frecuencia afectando los tejidos blandos. (1). La causa más común de úlceras únicas en mucosa bucal son los traumatismos, se deben observar si hay remisión importante en una semana y descartar cualquier carcinoma. (3).

El paciente refiere dolor espontáneo o a la palpación en la zona de la lesión, pudiendo identificarse con facilidad el agente traumático. Es frecuente la aparición de una linfadenitis regional dolorosa, que se debe a la contaminación de la úlcera por flora oral (2).

Cuando se da como una lesión reactiva se puede deber:

1.1 Traumatismo Mecánico Accidental:

Es la causa de la mayor parte de los casos y al considerar los antecedentes clínicos será evidente la relación "causa - efecto" (1). Esta relación ayuda a establecer el diagnóstico definitivo, permite identificar y eliminar el agente traumático. (2)

Los traumatismos mecánicos de la mucosa oral pueden dar lugar a diversas lesiones clínicas que dependen de la naturaleza y circunstancias del trauma, así como de factores que rigen la reacción del huésped.

- Son lesiones blancas no queratósicas.

Son ejemplos de Traumatismos Mecánicos:

1.- La enfermedad de - **Riga Fede**, presenta una úlcera traumática en la parte anterior de la lengua, en lactantes con dientes deciduos. (1)

2.- El uso de dentaduras artificiales mal ajustadas y los márgenes o restauraciones dentales cortantes, con frecuencia se relacionan a las úlceras traumáticas, las cuales pueden ser agudas o crónicas. (1,3).

3.- Autotraumatismos: mordedura de carrillos (Morsicato Buccarum), labios y lengua, producen úlceras de gravedad variable, con borde montuosos característicos del trauma, alrededor de estas es común encontrar colgajos blanquizcos de tejido necrótico, con mordeduras repetidas el área traumatizada crónicamente puede tornarse más gruesa, con cicatrices y coloración pálida. Suele ocurrir por una costumbre nerviosa inconsciente del paciente. (3)

1.2 Trastornos Psicológicos:

En estos casos las lesiones pueden ser autoinducidas, por un hábito anormal (parafuncional) del paciente.(2)

Son úlceras denominadas "artificiales", presentan dificultades en su tratamiento y suelen provocar frustración a cualquier clínico, especialmente sino se sospecha la etiología. En ocasiones, requieren tratamiento psicológico para la solución del problema.

1.3 Yatrogenia:

Es de vital importancia respetar la fragilidad de los tejidos blandos de la boca, se debe recordar que la excesiva manipulación de estos o la concentración en el tratamiento de los tejidos duros pueden causar, de forma accidental, lesiones que pueden evitarse.

Es frecuente observar úlceras:

- 1.- Al quitar algodones adheridos a la mucosa.
- 2.- Provocada por la presión negativa ejercida por el eyector salival
- 3.- Rotura accidental de la mucosa al cambiar los instrumentos.

1.4 Sustancias Químicas:

Debido al carácter ácido - básico y la capacidad irritativa o alérgica de algunas sustancias, las lesiones pueden ser autoinducidas o yatrógenas, son de coloración roja a veces son blancas no queratósicas. La gravedad de la lesión tisular depende de la intensidad y duración de la agresión.(2,5,8)

Las sustancias químicas que pueden provocar úlceras son:

1.- Aspirinas: se presentan, pero con menor frecuencia "quemaduras por aspirinas", a pesar de que los pacientes poseen mayores conocimientos odontológicos. Al aplicar **ácido acético salicílico** de manera directa a una zona en la que existe dolor dental (pulpitis, periostitis o absceso periapical), produce quemadura de la mucosa o necrosis por coagulación, la extensión depende de la duración y número de aplicaciones realizadas. Las lesiones son dolorosas, de forma irregular, pseudomembranosas, hemorrágicas y con bordes gruesos(3).

2.- Uso irracional de medicamentos: para el tratamiento de odontalgias, úlceras aftosas y lesiones por prótesis, pueden dañar la mucosa o los tejidos blandos.(2)

3.- Medicamentos cavitarios: especialmente los que contienen **fenol** causan úlceras bucales yatrógenas, el uso excesivo de **ácido fosfórico** para grabar el esmalte; **peróxido de hidrógeno al 30%** es un oxidante muy fuerte utilizado en procedimientos endodónticos. Todos ellos están relacionados con quemaduras químicas en la mucosa.

1.5 Termoterapia:

Son poco frecuentes las úlceras intrabucuales producidas por quemaduras o calor, los agentes calientes o cáusticos pueden dar lugar a necrosis coagulativa del tejido superficial que adopta un aspecto blanquecino y puede desprenderse.

Son lesiones rojas y a veces lesiones blancas no queratósicas. Cuando el contacto es prolongado y la agresión es intensa el daño es importante, por lo general tienen pocas consecuencias por lo que los síntomas duran poco y afectan un área pequeña, principalmente el tercio anterior lingual y el paladar. La retención de nieve carbónica o hielo seco altera lengua y labios.(5)

Son ejemplos de úlceras provocadas por calor:

1.- Quemadura por pizza: producida por el queso fundido y afecta el paladar, son lesiones centrales ulceradas o de color gris blanquizco que se presentan en el tercio medio del paladar duro.(2)

2.- Yatrogenia : debido al uso imprudente de materiales de impresión dental: cera, e hidrocoloides.

1.6 Radioterapia:

Las úlceras bucales son características durante el tratamiento para el cáncer de cabeza y cuello, son secundarias a la radioterapia, aparecen al final de la primera semana de tratamiento, llamada "mucositis por radiación", están presentes durante todo el tratamiento y varias semanas después de que éste ha sido suspendido, curan de manera espontánea y no dejan cicatriz.

- Se observa enrojecimiento difuso, formación de pseudomembranas, con coloración blanco-grisáceo, alternadas con ulceraciones graves.
- Aparecen en labios, mucosa bucal y lengua.
- Son úlceras grandes, profundas, necróticas, sin fragmentos tisulares.
- Estudios han comprobado la infección por *Klebsiella pneumoniae*.

Podemos observar lesiones ulcerativas causadas por radioterapia en casos como: **Carcinoma de células escamosas y linfomas**. Son úlceras múltiples que pueden darse de forma directa o indirecta. (3,13)

1.7 Estomatitis por nicotina:

Es una lesión blanca queratósica, que provoca alteración en la mucosa bucal debido al tabaquismo. Es específica y se desarrolla en el paladar, tiene comportamiento reversible.

Son lesiones visibles, inicialmente la mucosa está enrojecida, luego se torna blanco-grisácea, engrosada y agrietada. Hay engrosamiento focal alrededor de los orificios de las glándulas salivales menores del paladar, se observan como nódulos blancos, umbilicados, con centros rojos que pueden volverse de color pardo debido al depósito de alquitrán.(3)

1.8 Queratosis traumática (hiperqueratosis, paquidermia bucal):

Se da por reacción a bordes ásperos, ganchos de dentaduras protésicas, dientes fracturados, tabaquismo. Es una lesión blanca que desaparece después de eliminar el posible irritante. La mucosa bucal se vuelve blanquizca y engrosada, son lesiones de carácter de reversible.(3,5)

1.9 Injertos cutáneos intrabucuales:

Es una lesión de aspecto blanco-grisáceo, debido a la inhibición del líquido en el estrato córneo grueso.(3,5)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

1.- Las úlceras reactivas agudas de la mucosa bucal, presentan los mismos signos y síntomas clínicos de una inflamación aguda.

2.- Se localizan en zonas que se traumatizan con facilidad: habitualmente en borde anterior y lateral de la lengua, piso de la boca, paladar duro, vestíbulo y superficies mucosas labiales. Al localizarse sobre la lengua, pueden persistir durante semanas y cicatrizar, dejando un área rosada sin papilas gustativas.

3.- Las úlceras reactivas crónicas presentan bordes elevados por hiperqueratosis y están bien definidos, las cubre una membrana amarilla, se observan lesiones cubiertas por exudado blanco-amarillento rodeado por un halo eritematoso e induración causada por las cicatrices e infiltración inflamatoria crónica.

2. ENFERMEDADES BACTERIANAS

2.1 SIFILIS

Es una enfermedad venérea producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*, ésta enfermedad es adquirida por contacto sexual con una pareja que presenta lesiones activas, por transfusión de sangre infectada o por inoculación transplacentaria de una madre infectada.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

1.- La lesión primaria, es una úlcera indolora, indurada, con bordes cilíndricos, que no produce exudado, se localiza en la zona de la inoculación, generalmente en genitales externos, aunque a veces se presentan en boca, labios, o dedos con características similares. Sana sin tratamiento de 3-12 semanas, en su mayoría no dejan cicatriz, se da también Linfadenopatías regional, indolora y de consistencia firme.

2.- La lesión secundaria, se presenta en pacientes que no recibieron tratamiento durante el período de latencia. Esta lesión inicia 2-10 semanas después. La espiroqueta se disemina por todo el organismo causando erupción cutánea máculo – papular, de color café – rojizo, cubiertas por exudado mucoide (placas mucosas).

3.- La lesión terciaria, la padecen cerca de la tercera parte de los sífilíticos latentes que no recibieron tratamiento, aquí las manifestaciones pueden aparecer después de muchos años, son profundas y tienen predilección por el sistema nervioso central y el cardiovascular. Es una etapa rara debido a la eficacia de antibióticos y es posible que también a una menor virulencia del treponema.

4.- La Sífilis Neural, se manifiesta en encéfalo, médula espinal y meninges, incluye: demencia paralítica: parálisis y tabes dorsal: ataxia locomotora.

5.- La afección inflamatoria del sistema cardiovascular, en especial de la aorta, puede causar aneurisma.

6.- En boca, lesiona con mayor frecuencia el paladar, puede darse una glositis generalizada con atrofia mucosa denominada glositis sífilítica que puede predisponer a un carcinoma de células escamosas.

7.- La espiroquetemia sistémica de la sífilis congénita puede afectar cualquier órgano del feto. Las manifestaciones clínicas son:

- Deformidad nasal: nariz en silla de montar por afección del vómer.
- Tibia en forma de sable: se da cuando hay exceso de crecimiento de la porción anterior de la tibia causada por periostitis.
- Triada de Hutchinson:
 - a) Reacción inflamatoria de la córnea: queratitis intersticial.
 - b) Sordera
 - c) Anomalías dentales: incisivos con bordes estrechos que semejan un desarmados con muescas y molares en forma de mora. Esto se puede deber a una infección del esmalte durante la amelogénesis activa.(2,3,10,15)

2.2 GONORREA:

Es una de las enfermedades bacterianas de mayor prevalencia en el ser humano, es producida por el diplococo gram negativo *Neisseria gonorrhoeae*, se transmite por contacto sexual con una persona infectada. El contagio de gonorrea al personal dental es poco probable, ya que el diplococo es muy sensible a los ambientes secos y requiere una solución de continuidad en la piel para producir infección, para evitar infecciones accidentales necesitamos usar guantes, lentes y nasobucos que nos dan protección adecuada.(2,6)

CARACTERISTICAS CLINICAS:

1.- No hay signos clínicos específicos de infección bucal, sin embargo se describen ulceraciones múltiples y eritema generalizado.

2.- Los síntomas pueden estar ausentes, especialmente en el sexo femenino, aunque a veces evolucionan a estomatitis diseminada.

3.- Cuando son infecciones gonocócicas faríngeas se dan eritemas generalizados con úlceras y linfadenopatías cervical, la molestia principal es la adinofagia, pero la mayoría de los pacientes son asintomáticos.

4.- La mayor incidencia de afectación se ha presentado en pacientes de 20-24 años.

La gonorrea carece de lesiones bucales características, pero debe diferenciarse de trastornos que se producen: úlceras múltiples o eritemas generalizados como: úlceras aftosas, herpéticas, eritema multiforme, pénfigo vulgar, penfigoide, erupciones medicamentosas e infecciones streptocócicas.(5)

2.3 TUBERCULOSIS:

Es producida por el bacilo aerobio *Mycobacterium tuberculosis*. La prevalencia de esta enfermedad era mayor antes de la aparición de los antibióticos, depende de factores que favorecen la diseminación de las enfermedades contagiosas.

En pocos casos la enfermedad se generaliza por vía respiratoria, hematógena o linfática lo que se denomina "diseminación milliar". La infección de las membranas mucosas bucales puede darse por implantación de los bacilos que están en el esputo y con menor frecuencia por acumulación hematógena.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

1.- Durante la infección primaria no se dan síntomas, al menos que se torne progresiva, las pruebas cutáneas y la radiografía de tórax, nos pueden indicar la enfermedad.

2.- En boca, por la implantación de los bacilos desde el esputo infectado, afecta cualquier superficie mucosa, siendo mas frecuente en lengua y paladar.

3.- La lesión característica es una úlcera crónica, indurada, dolorosa, que no cicatriza y en su base guarda los microorganismos, los cuales indican riesgo de contagio al personal dental si no se utilizan barreras de protección.

4.- Cuando hay afección ósea del maxilar superior y la mandíbula por diseminación hemática puede darse "Osteomielitis tuberculosa".(2,3,8,14)

2.4 LEPRO:

Conocida también como ‘**Enfermedad de Hansen**’, es una infección rara, causada por un microorganismo que es un bacilo ácido resistente ‘**Mycobacterium leprae**’.

Se puede desarrollar en los cojincillos de las patas de ratones y armadillos, ya que ahí la temperatura ambiental es baja, posiblemente la necesaria para su desarrollo. Es poco contagiosa, puede haber inoculación a través de las vías respiratorias.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

1.- Clínicamente varía de una lepra tuberculoide (forma limitada) a una lepra lepromatosa (forma sistémica) que tiene evolución maligna.

2.- Afecta piel y nervios periféricos, produciendo anestesia. Aparecen lesiones como placas eritematosas o nódulos, productos de una reacción granulomatosa, afectan boca y nariz.

3.- En ocasiones se producen deformaciones maxilo-faciales graves. El paciente puede sufrir traumatismos, ulceraciones y deformaciones óseas.

Es importante verificar el antecedente de contacto con alguien infectado o que viva en una zona endémica. La relación de signos y síntomas cutáneos y nerviosos proporcionan un indicio más sobre la naturaleza de la enfermedad. No aparecen daños bucales (raras veces) sin las lesiones cutáneas.(2,3,11,14)

- Realizar biopsia para comprobar el diagnóstico. (6)

2.5 ACTINOMICOSIS:

Es una enfermedad crónica de origen bacteriano, presenta algunas características clínicas y microscópicas de la micosis. La causa una bacteria gram positiva anaerobia o microaerofílica, denominada **Actynomices Israellí** que es un germen comensal de la cavidad oral, presente en la mayor parte de los individuos sanos, suele estar en las criptas amigdalinas, surco gingival, lesiones cariosas y conductos radiculares de dientes no vitales.

No es considerada contagiosa, no puede transmitirse de un individuo a otro. Son infecciones que aparecen después de un trauma o una intervención quirúrgica gingival.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

1.- Infecciones presentes en tórax, abdomen, cabeza y cuello, denominadas actinomicosis cervicofacial que se manifiesta como una tumoración mandibular similar a una infección piógena.

2.- Puede ser una lesión indurada, en ocasiones forma una o varias fistulas que drenan desde espacios medulares de la mandíbula hasta la piel del cuello, con menor frecuencia afecta el maxilar, lo que provoca osteomielitis y drena por la encía.

3.- La supuración de una lesión crónica contiene gránulos amarillos pequeños conocidos como gránulos de azufre y representan agregados de los microorganismos de Actynomices Israellí. (2,3,10,13)

2.6 NOMA:

Se conoce como chancro bucal o estomatitis gangrenosa, se caracteriza por un trastorno destructivo de los tejidos bucofaciales, es más común en jóvenes. Hay necrosis de los tejidos debido a la invasión de una bacteria anaerobia báculo fusiforme y **Espiroquetas de Vincent**, en un huésped con compromiso sistémico avanzado.

Los factores principales son: la desnutrición y la debilidad provocada por enfermedades sistémicas como neumonía o sepsis.(2,10,12)

CARACTERISTICAS CLINICAS:

1.- Comparte características con la GUNA, requiere de enfermedad del huésped y provoca necrosis hística.

2.- La lesión inicial es una úlcera dolorosa en encía o mucosa bucal que se extiende con rapidez, suele necrosarse y exponer hueso (secuestro óseo). Hay edema y necrosis, provoca perforación desde la cavidad bucal hasta el exterior de la cara.

3.- En la zona afectada hay pérdida y exfoliación dental. Son ocasionales las lesiones necróticas fétidas en mejillas, labios o paladar. (3) Es una infección crónica de los maxilares.

2.7 HERPES SIMPLE:

Causado por el **Virus del herpes simple (HSV)**, el cual provoca la mayor parte de los casos de infección bucal y faríngea, meningoencefalitis y dermatitis, causante también de la gingivostomatitis herpética primaria (GEHA).

El virus se transmite por contacto personal cercano, los dentistas pueden presentar lesiones digitales primarias por contacto con lesiones de la boca o con la saliva de portadores asintomáticos.

La frecuencia de infecciones primarias varía según el grupo socio-económico. Es una enfermedad de lactantes y niños principalmente, afecta también a personas de edad adulta (después de 60 años).

CARACTERISTICAS CLINICAS:

1. En boca: pequeñas vesículas que se rompen rápidamente dejando úlceras discretas superficiales, redondas, rodeadas de inflamación afectando toda la mucosa y porción anterior de la boca, aparece una gingivitis marginal aguda generalizada, la encía está edematosa e inflamada. Son lesiones agudas múltiples, pero pueden presentarse como lesiones crónicas únicas.

2. Tienen un carácter recurrente, se presenta sobre todo en labios, aparecen pequeñas lesiones, redondas, simétricas, a veces pueden ser grandes y profundas, presentan bordes levantados y son lesiones simétricas.

3. En niños por lo demás sanos, la enfermedad cura espontáneamente, la fiebre desaparece e inicia la cicatrización (a los 7-10 días).

4. La **GEHA**, provoca malestar, inflamación e irritabilidad general, afecta mucosa y labios, son vesículas que al romperse dejan úlceras puntiformes, se producen por infección secundaria. (1,2,3,5,10)

2.8 HERPANGINA:

Causado por el **Virus Coxsackie A4**. Ocurre en epidemias y suele ser leve. Afecta a niños pequeños con mayor frecuencia, aunque también a adolescentes y adultos.

Presentan fiebre, escalofríos, anorexia, dolor de garganta y disfagia. Se forman, pequeñas vesículas que afectan faringe, amígdalas y paladar blando, después de 24-48 horas se rompen y forman úlceras de 1-2mm.(3,5,10)

2.9 INFECCION POR VIRUS DE VARICELA ZOSTER:

Origina infecciones primarias y recurrentes, permanece latente en el tejido nervioso. Causa dos infecciones importantes: varicela y herpes zoster. La varicela es la enfermedad primaria, cicatriza y queda latente, cuando se reactiva causa lesiones de herpes zoster localizado.

Es una enfermedad característica de la niñez, son lesiones máculo-papulares que forman vesículas que se transforman en costras en una semana y cicatrizan en 2-3 semanas, se localizan de forma unilateral en lengua y paladar. Las lesiones pueden necrosarse en pacientes inmunodeprimidos.(3,5)

2.10 ESTOMATITIS URÉMICA:

En pacientes con insuficiencia renal, xerostomía e infectados por bacterias.(5)

2.11 GINGIVITIS ULCERO NECROSANTE AGUDA (GUNA):

Está relacionada con gran número de microorganismos fusospiroquetales. Predominan las lesiones ulcerosas, dolorosas, necróticas y membranosas, con mayor frecuencia afecta a adolescentes y adultos jóvenes.

Entre los factores sistémicos predominantes están: trastornos hematológicos, estrés emocional, fatiga, desnutrición. Entre los factores locales están: mala higiene, pericoronitis, papilas interdentes romas, pérdida del sentido del gusto, gingivitis, halitosis.

Las lesiones típicas son ulceraciones necróticas con socavados, principalmente, en papilas interdentes, carrillos, labios, lengua, paladar y área faríngea.(3,8,10)

2.12 CANDIDIASIS:

Cándida albicans es un agente infeccioso oportunista.

1.Candidiasis pseudomembranosa aguda (algodoncillo).

2.Candidiasis arófica aguda.

3.Candidiasis hiperplásica crónica.

Forma placas blancas diseminadas en mucosa, las cuales al ser eliminadas por un frotamiento o raspado suave, dejan eritemas y ulceraciones superficiales.

Se pueden formar úlceras debajo de prótesis parciales o completas, sobre todo en el área de apoyo, debido al mal ajuste, pérdida de la dimensión vertical, déficit de VitB, es frecuente la queilitis angular (fisuras angulares).(10)

La úlcera bucal por dentadura, rara vez afecta mandíbula, ya que la presión negativa debajo de la dentadura maxilar elimina el anticuerpo salival de ésta región y las levaduras pueden reproducirse sin problemas en el espacio entre la dentadura y la mucosa, presentan también lesiones en piel y alrededor de las uñas.(2)

Son lesiones representativas del grupo no queratósicos de lesiones blancas. Afectan a cualquier edad, al inicio hay mal sabor en la boca, pérdida del gusto, ardor en la boca y en la garganta.

El epitelio muchas veces reacciona ante la presencia bacteriana, tornándose inflamado **hiperplasia papilar o papilomatosis**, son múltiples elevaciones polipoides de color rojo, se forman debajo de prótesis mal ajustadas y están asociadas a mala higiene oral, en la **hiperplasia por dilantín** (FENITOINA) las papilas están agrandadas y exhiben un punteado, que con el tiempo se vuelven verrugoso. Cuando las caries extensas facilitan la impactación de alimentos se produce **hiperplasia gingival**.

2.13 PAPILOMA:

Es un tumor que se origina en el epitelio superficial de la boca, afecta lengua, carrillo, labios y paladar. Cuando contiene mucho tejido fibroso se denomina **fibropapiloma**. Es causado por una irritación bacteriana. Las lesiones pueden ser blandas, firmes, superficiales, blancas e irregulares y pueden estar asociadas a leucoplasias (lesión blanca fija de la mucosa bucal).(2,3,4)

2.14 QUERATOACANTOMA:

Es una neoformación elevada y benigna que clínicamente semeja una neoplasia maligna, se localiza en cara, labios, lengua y encía. Las lesiones suelen ser solitarias y de crecimiento rápido. Afectan a hombres mayores de 60 años y curan espontáneamente.(3)

2.15 NEVO INTRABUCAL:

Es una lesión rara, es una anomalía del desarrollo, en boca se presenta como una lesión elevada, de base sésil, pequeña, pigmentada, de tipo intramucoso, afecta paladar y labios. (3,5)

2.16 GRANULOMA PIÓGENO:

Conocido como **épusis granulomatoso**, es una lesión hipertrófica causada por infecciones secundarias de microorganismos saprófitos, afecta encías y lengua. La lesión es una masa pediculada, blanda, de color rojo-púrpura, puede ulcerarse y sangrar fácilmente. Se presenta en ambos sexos y a cualquier edad.(3,5)

2.17 PÉNFIGO VULGAR:

Es una enfermedad ampollosa, potencialmente mortal de la piel y mucosas, afecta entre los 40-60 años. En boca inician como ampollas en una base inflamada, se rompen pronto dejando grandes áreas sin epitelio, principalmente en paladar y encías. (2,3,5) Son variantes: **pénfigo vegetante, pénfigoide ampolloso y penfigoide cicatrizal**.

2.18 LIQUEN PLANO:

Puede ser erosivo o ampolloso, son lesiones que inician como vesículas, ampollas y úlceras superficiales e irregulares, son predisponentes al carcinoma de células escamosas. (3,5)

3. ENFERMEDADES MICÓTICAS

3.1 ENFERMEDADES MICÓTICAS PROFUNDAS:

Se caracterizan por presentar afección pulmonar primaria, se diseminan desde el foco inicial y afectan también otros órganos.

Clínicamente son similares a la tuberculosis en la etapa primaria y secundaria o reactiva. La vía típica de diseminación del microorganismo es el esputo infectado, aunque a veces hay diseminación hemática desde el foco pulmonar primario.(2,3,4)

Forman este grupo:

a) Histoplasmosis: es causada por un hongo dimorfo *Histoplasma capsulatum*, es endémica, la infección es causada por la inhalación de hongos a través del polvo de los excrementos secos de palomas.

La afección primaria leve, afecta a niños, se manifiesta como una lesión pulmonar que cura sola, deja cicatriz y fibrosis. La forma progresiva afecta el hígado, bazo, meninges, huesos y articulaciones.

En boca las lesiones son secundarias a la afección pulmonar, se presentan como pápulas, nódulos y úlceras.

b) Coccidioidomicosis: es endémica y característica de la fiebre del valle (EEUU), en California, presenta erupción de eritema multiforme.

c) Blastomicosis: causada por *Blastomyces dermatitidis*, que es un microorganismo dimorfo que crece en el suelo, afectando más a la población agrícola. Hay lesiones en piel, mucosas y huesos.

Las lesiones en boca están asociadas a lesiones pulmonares y consisten en úlceras- verrugosas, indoloras, y con bordes indurados.

d) Criptococosis: se transmite a través de la inhalación de excrementos de aves, se puede observar también en pacientes inmunocomprometidos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

1.- Los signos y síntomas iniciales son manifestaciones de la afección pulmonar primaria: fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso, dolor torácico, hemoptisis.

2.- Por lo general la infección pulmonar precede a las lesiones bucales, la úlcera única o múltiple es común, no cicatriza, es indurada y dolorosa, además es purulenta.

3.- La deglución del esputo infectado puede ocasionar lesiones bucales, gastrointestinales, erosión de vasos pulmonares que debido al proceso inflamatorio se diseminan por vía hemática a cualquier órgano.(2)

3.2 ENFERMEDADES MICOTICAS SUBCUTÁNEAS:

a) Esporotricosis:

Causada por *Sporothrix schenckii* que se inocula en la piel o mucosa desde plantas espinosas o abono contaminado. El periodo de incubación es de varias semanas.

Se presentan nódulos subcutáneos que se ulceran, la afección sistémica es rara, pero se presenta en pacientes con alteraciones inmunitarias.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

- 1.- Lesiones en el sitio de la inoculación.
- 2.- Diseminación linfática.(2)

ENFERMEDADES MICOTICAS OPORTUNISTAS:

a) Ficomycosis:

Conocida como ‘*Mucormycosis*’ término genérico que incluye infecciones micóticas por mucor, rhizopus y hongos saprófitos presentes en el pan, vegetales y frutas en descomposición. Son oportunistas, atacan a pacientes inmunodeprimidos:

- 1.- Diabéticos con cetoacidosis.
- 2.- Inmunodeprimidos por transplantes (renal).
- 3.- Pacientes con cáncer que reciben tratamiento con corticoesteroides o radiaciones.

La vía de infección puede ser gastrointestinal o respiratoria, las infecciones se dan en cualquier zona de estos sistemas.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

1. Lesiones en cabeza y cuello afectan cavidad nasal, senos paranasales y bucofaringe, hay dolor y edemas que preceden a la úlcera.

2. La necrosis hística del paladar a veces es causa de su perforación. La complicación habitual es la infección de la órbita o de el cerebro.

3. Debido a la afinidad que muestran los hongos, por las paredes arteriales puede haber diseminación hemática y provocar trombosis o infartos.

4. Se presentan ulceraciones en el paladar, son grandes y profundas, afectan también encías, labios y reborde alveolar, puede confundirse con un dolor dental o sinusitis bacteriana por invasión del seno.

5. Las lesiones necróticas de la nariz y de los senos paranasales deben despertar la sospecha de la enfermedad. *El diagnóstico definitivo se obtiene por medio de biopsias. Por la gravedad del trastorno preexistente y la velocidad de la evolución infecciosa es posible diagnosticarla hasta después de la muerte.*

- Cuando hay lesiones inflamatorias se debe realizar biopsia (2)

4. ENFERMEDADES RELACIONADAS CON ALTERACIONES INMUNITARIAS.

4.1 ULCERAS AFTOSAS:

Son las más frecuente de las úlceras no traumáticas que afectan la membrana mucosa. Es común en profesionales estresados. Su incidencia varía entre el 20% y el 60% según la población que se estudie, la prevalencia es mayor en sujetos que pertenecen a grupos socioeconómicos altos. Se desconoce la causa de la lesión, pero se identifican varios factores etiológicos: (1,2,4,5,8)

- 1.-Factores inmunitarios.
- 2.-Factores microbiológicos.
- 3.-Factores nutricionales.
- 4.-Anormalidades hormonales.

ULCERAS AFTOSAS MENORES:

- Es la forma más frecuente. Suelen ser únicas, en ocasiones pueden ser múltiples.
- Es una úlcera dolorosa, de forma oval, con diámetro menor de 0.5 cm, cubierta por una membrana fibrinosa amarilla y rodeada por un halo eritematoso.
- Cuando afecta la porción lateral o ventral de la lengua el dolor no guarda proporción con el tamaño de la lesión.
- Persiste de 7 a 10 días, sana sin dejar cicatriz. La recurrencia varía de un individuo a otro, pueden haber periodos de semanas a años sin la enfermedad, el 80% son recidivantes.
- **La enfermedad de Crohn** presenta fisura y formación de nódulos en mucosa bucal, se presenta en vestíbulo y labios, tiene característica de adoquinado.

ULCERAS AFTOSAS MAYORES:

- Antes se conocía como **Periadenitis necróticas recurrente de la mucosa (PNRM) o enfermedad de Sutton**. Es la forma más grave de las aftas.
- Son lesiones mayores de 0.5 cm, llegan a medir entre 1 y 2 cm, son más persistentes.
- Aparecen como una forma cilíndrica de cráter y cicatrizan con escaras.
- Son úlceras dolorosas. Persisten hasta por 6 semanas tan pronto como desaparece una úlcera empieza otra, el paciente padece de dolor intenso, provocándole fiebre, malestar general, pérdida de apetito, afección sistémica y stress psicológico.
- Predilección por mucosa móvil, labios y a veces paladar blando, 10% son recidivantes.

ULCERAS AFTOSAS HERPETIFORMES:

- Reciben este nombre por la similitud con las úlceras herpéticas verdaderas, constituyen el 10% de éstas. Se presenta como un brote recurrente de úlceras pequeñas.
- Localizada en mucosa móvil, mucosa palatina y gingival, son más frecuentes en mujeres. El dolor va de leve a moderado, sanan de 1 a 2 semanas.
- Se diferencian de las verdaderas, porque son lesiones que no las preceden vesículas, no se demuestran células infectadas con el virus, ni es posible relacionarlas con una infección viral.
- Los pacientes inmunocomprometidos tienen aumento en la incidencia de úlceras aftosas, se diagnostican a través de cultivos y biopsia. (1,2)

4.2 SINDROME DE BEHCET:

Es una enfermedad multisistémica, las características constantes son las aftas bucales recurrentes, las manifestaciones bucales son menores, pero la afección de ojos y del SNC es grave. La etiología es desconocida, aunque el mecanismo principal quizás sea una disfunción inmunológica, también hay una predisposición genética o viral.

CARACTERISTICAS CLÍNICAS:

1. Las lesiones afectan la cavidad bucal, mucosas, ojos y genitales.
2. Artritis recurrente en tobillos, muñecas y rodillas.
3. Las manifestaciones cardiovasculares son el resultado de vasculitis y trombosis.
4. Lesiones en piel son eritemas pustulares en forma nodosa.
5. Las manifestaciones bucales parecen idénticas a las úlceras de estomatitis aftosas, casi siempre del tipo menor.(1,2,4,5)

4.3 SINDROME DE REITER:

Es de causa desconocida, parece que es de influencia genética en algunos casos. Para las manifestaciones múltiples de este síndrome se cree que el mecanismo es una respuesta inmunitaria anormal a un antígeno microbiano.(2,5,10)

CARACTERISTICAS CLINICAS:

- 1.- Artritis, uretritis no gonocócicas que preceden las otras manifestaciones y conjuntivitis.
 - 2.- Lesiones mucocutáneas y macupapulares en genitales.
 - 3.- Lesiones bucales son similares a las aftosas, son poco dolorosas. Se localizan en cualquier lugar de la boca y es común la lengua geográfica.
 - 4.- Predomina en hombres de raza blanca a partir de los 30 años.
 - 5.- Dura de semana a meses, la recurrencia es poco frecuente.
- No hay pruebas específicas de laboratorio. (1)

4.4 ERITEMA MULTIFORME:

La causa es desconocida, aunque se sospecha de una reacción de hipersensibilidad. En la mitad de los casos pueden identificarse factores desencadenantes que por lo general son infecciones o reacciones medicamentosas.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

- 1.- Enfermedad inflamatoria autolimitada que afecta piel y membranas mucosas.
- 2.- El 25% - 50% de los pacientes con lesiones cutáneas presentan daños bucales que pueden ser agudos, recurrentes o crónicos.
- 3.- Su inicio es agudo e incluso explosivo, provoca aprehensión, el paciente presenta molestias ligeras y dolores intensos.
- 4.- Afecta a niños y adultos jóvenes, la lesión clásica semeja un blanco de tiro o en diana, son anillos eritematosos concéntricos, al inicio de la enfermedad se observan vesículas o bulas de corta duración.
- 5.- En boca las úlceras varían en número, desde muy pocas similares a aftas, hasta otras superficiales múltiples, afectan labios, mucosa bucal, paladar y lengua, rara vez afectan encías, son lesiones grandes, irregulares, profundas, con frecuencia hemorrágicas.
- 6.- El eritema multiforme vesiculoampolloso generalizado de piel, ojos, genitales, esófago y vías respiratorias, se denomina **Síndrome de Stevens-Johnson**, que constituye la variante mayor, presenta costras labiales, dolor intenso, úlceras superficiales precedidas por bulas en todas las zonas afectadas, inflamación ocular, cuando sanan dejan cicatrices y ceguera. (1,2,8,9)

4.5 LUPUS ERITEMATOSO.

Comprende tres subtipos:

- a)** Lupus eritematoso sistémico (agudo)
- b)** Lupus eritematoso cutáneo (subagudo)
- c)** Lupus eritematoso discoide (crónico)

CARACTERISTICAS CLINICAS:

a) LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE:

- Es característica en mujeres a partir de los 37 años.
- Son lesiones que afectan cara y cuero cabelludo, las lesiones bucales se encuentran relacionadas con las lesiones cutáneas. El 25% de los pacientes tienen lesiones en mucosa, también se localizan en encía y labios.
- Son lesiones como placas o erosiones con estrías blancas, delicadas que irradian desde la periferia, también hay pápulas queratósicas en todas las lesiones.
- Es probable que ocurra el progreso de lupus eritematoso discoide a lupus eritematoso sistémico.(2,4,7)

b) LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO SUBAGUDO:

- Son lesiones anulares o pápulo - escamosas.
- Persisten durante semanas o meses, curan sin dejar cicatriz. Las lesiones bucales son similares a las de lupus eritematoso discoide.
- Los síntomas sistémicos son leves, manifestados en molestias músculos – esqueléticas y anomalías en suero. La gravedad clínica e inmunitaria es intermedia entre lupus eritematoso discoide y el lupus eritematoso sistémico.
- El pronóstico a largo plazo es bueno, y la progresión a lupus eritematoso sistémico es poco probable.(1,2,7)

c) LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO:

- Lesiones cutáneas y mucosas son leves.
- La afección cutánea produce un exantema eritematoso, cuando se localiza sobre el malar y el puente de la nariz produce la distribución característica en “mariposa” relacionada con la enfermedad.
- Lesiones en cara, tronco y manos no cicatrizan y se extienden si la enfermedad progresa.
- Las lesiones bucales son similares a las de lupus eritematoso discoide: ulceración, eritemas y queratosis. Se localizan en labios, mucosa bucal, encía y paladar.
- Si la enfermedad progresa, afecta a la mayor parte de los órganos: articulaciones, riñones, corazón y pulmones.(2,4,7)

4.6 REACCIONES MEDICAMENTOSAS:

Las lesiones cutáneas son más frecuentes, resultan como reacción adversa, hay pacientes con mayor tendencia a presentar estas reacciones, son lesiones agudas y múltiples, se han observado principalmente ante los barbitúricos.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

1.- Reacciones cutáneas variadas que dependen de factores como: tipo de fármaco, dosis diferencias individuales de los pacientes, es una reacción inflamatoria aguda.

2.- De inmediato pueden presentarse: anafilaxia, urticaria y angioedema.

3.- Se caracterizan por un área localizada de eritemas, edemas, úlceras, vesículas, pápulas, máculas en una zona específica de piel o mucosas, son lesiones en blanco de tiro (eritema multiforme).

4.- La reacción medicamentosa fija es una forma poco frecuente, es una lesión eritematosa en la misma zona de la piel donde se da la agresión antigénica.

5.- Las lesiones bucales son eritematosas, vesiculares o ulcerativas. Pueden simular liquen plano denominado: reacción medicamentosa liquenoide.(2,3,5)

4.7 ALERGIA POR CONTACTO:

Gran variedad de sustancias externas pueden producir alergias por contacto y la reacción inmunitaria predominante es celular. Es causada por una reacción de hipersensibilidad de tipo tardío a antígenos tópicos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

1.- Las lesiones son adyacentes al agente causal, al menos que el material sea de naturaleza volátil que puede afectar tejidos distantes.

2.- Pueden haber eritemas, vesículas, inflamaciones, agrietamientos y fisuras en los labios, descamación peribucal, edemas, queilitis angular y úlceras bucales.

3.- Afecta piel (prurito) y cavidad bucal (estomatitis venenata). Se piensa que en boca ocurren con menor frecuencia debido a que la saliva diluye los alérgenos, luego los elimina de las superficies mucosas y los digiere con sus enzimas.

4.- Entre los materiales que producen lesiones están: dentífricos, enjuagues bucales, caramelos, chicle, antimicrobianos tópicos, esteroides tópicos, yodo, lípidos esenciales, material base de prótesis totales. (1,2,3)

4.8 GRANULOMATOSIS DE WEGENER:

Es de etiología desconocida.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

1. La tríada típica incluye afección de vías respiratorias superiores, pulmones y riñones.

2. Las lesiones se dan en cavidad bucal, piel y en cualquier órgano. El trastorno consiste en vasculitis necrosantes y formación de granulomas.

3. Es una enfermedad poco frecuente y se inicia en la edad media de la vida.

4. En la etapa inicial hay afección nasal o de los senos paranasales, manifestados por lesiones destructivas ulcerativas, en ocasiones necrosis y perforación del tabique nasal, en raras ocasiones perforación del paladar duro. En boca hay lesiones gingivales.(3)

4.9 GRANULOMA DE LA LINEA MEDIA:

Es un diagnóstico hecho por la exclusión de otras lesiones granulomatosas y necrosantes de la línea media facial. Algunos autores creen que representa un linfoma atípico o irreconocible. La etiología es desconocida, se sospecha de una reacción hiperinmunitaria, que aún no se identifica. Se sugiere también neoplasia linfoidea por estimulación inmune crónica.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

1.- Trastorno destructivo unifocal, úlcera necrótica, agresiva, progresiva, no cicatriza.

2.- Localizado en la línea media de la región buconasal, no afecta otros órganos. Abarca tejidos blandos, cartilago y hueso.

3.- Es característica la perforación del tabique nasal y el paladar.

4.- Cuando no se da tratamiento, la inflamación destruye al paciente, erosiona a estructuras vitales como: vasos sanguíneos y luego causar la muerte.(3)

4.10 ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA:

Es una enfermedad sistémica poco frecuente, tiene un patrón hereditario ligado al cromosoma X y a veces autosómico recesivo. Produce una alteración en la función de neutrófilos y macrófagos que pueden fagocitar microorganismos, excepto bacterias y hongos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

1. Las manifestaciones iniciales se dan durante la infancia y afecta a hombres.

2. Se presenta en ganglios linfáticos, pulmones, hígado, bazo, huesos y piel como lesiones o infecciones recurrentes o persistentes.

3. En boca se presentan como lesiones ulcerativas múltiples que pueden ser recurrentes o persistentes.(2)

4.11 NEUTROPENIA CICLICA:

Es una enfermedad de causa desconocida, hay una reducción cíclica grave de neutrófilos de la sangre y médula ósea. Dura aproximadamente 21 días.

Durante los períodos neutropénicos hay fiebre, malestar, úlceras bucales, linfadenopatías cervicales e infecciones y provoca el aumento de la enfermedad periodontal.
(2)

5. NEOPLASIAS:**5.1 CARCINOMAS DE CELULAS ESCAMOSAS:**

Los carcinomas bucales y faríngeos de células escamosas representan alrededor del 4% de la incidencia total en hombres. La mortalidad debido a esta enfermedad representa el 2% en hombres y el 1% en mujeres. Los hábitos tienen relación con la etiología de la enfermedad. La detección temprana de la enfermedad brinda la mayor esperanza para aumentar la sobrevivencia.(1)

ETIOLOGIA:

- El tabaco, tanto el consumo como la inhalación del humo y el masticarlo es factor predisponente (fumadores de puro y pipa). El hábito de masticar tabaco provoca cáncer en mucosa bucal y encía, aumenta la presión arterial, la enfermedad periodontal y hay dependencia fisiológica.
- El alcohol es considerado promotor carcinógeno.
- Si la relación entre el tiempo y la dosis de los carcinógenos, mientras más aumenta la probabilidad de afección del labio inferior es mayor.
- Microorganismos: *Cándida Albicans* (N – nitrosobencilmetilamina).
Treponema Pallidum (compuestos arsenicales para sífilis).
Epstein – Barr (EBM), Linfomas Burkitt y cáncer nasofaríngeo.
Citomegalovirus: Sarcoma de Kaposi.
VHS: Carcinomas bucales.
Papilomavirus humano: Cáncer bucal y verrugoso.
- Alteración nutricional: déficit de hierro que acompaña al síndrome de Plummer – Vinson, relacionada con cáncer bucal que afecta a mujeres después de los 45 años: atrofia mucosa, lengua roja dolorosa, disfagia y predisposición al carcinoma bucal de células escamosas.
- La luz ultravioleta predispone al carcinoma cutáneo de células basales y de células escamosas en piel y labios.
- La higiene bucal deficiente y la irritación crónica tienen efecto carcinógeno.(2)

CARACTERISTICAS CLINICAS:**CARCINOMA LABIAL:**

1. Más frecuente en labio inferior, influyendo directamente los rayos ultravioletas y el hábito de fumar con pipa.
2. Es más lento el índice de crecimiento en el labio inferior y tienen mejor pronóstico, en el labio superior el pronóstico es regular.
3. Representan el 25%- 30% de cánceres bucales. Afectan más al sexo masculino entre los 50 – 70 años.
4. Las lesiones se originan en el exterior de los labios, pueden parecer úlceras crónicas que no cicatrizan o lesiones exofíticas de naturaleza verrugosa.
La metástasis es más probable cuando las lesiones son indiferenciadas.
5. Son frecuentes los **hemangiomas** y **linfangiomas**, son tumores benignos de origen vascular, son blandos, de tamaño variable. Se consideran malformaciones vasculares del desarrollo con proliferación de vasos sanguíneos (**hamartomas**) y no neoplasias verdaderas.(5)

CARCINOMA DEL PISO DE LA BOCA:

1. Es el segundo sitio intrabucal más afectado representa el 15% - 20%.
2. Predomina en hombres mayores, especialmente en fumadores y alcohólicos crónicos.
3. Son úlceras dolorosas, que no cicatrizan, son induradas y pueden aparecer como parches rojas o blancos.
4. La lesión puede tener infiltración amplia a los tejidos blandos del piso de la boca, disminuyendo la movilidad lingual.
5. Da metástasis a nódulos linfáticos submandibulares.
6. Es frecuente el **rabdomioma**, es un tumor benigno originado en el músculo estriado, es una masa circunscrita no dolorosa.(5)

CARCINOMAS DE LA MUCOSA BUCAL Y LA ENCIA:

1. Cada una por separado constituyen el 10% de este tipo de cáncer.
2. Afecta al sexo masculino durante los 70 años.
3. Causado principalmente por tabaco masticable.
4. Pueden observarse: placas blancas, lesiones exofíticas y úlceras que no cicatrizan.
5. El carcinoma verrugoso causado por el tabaco masticable es una masa verrugosa de base amplia que raras veces da metástasis.(4)
6. Es frecuente el **mioblastoma granulocítico** y el **épolis congénito**, son tumores benignos de origen muscular, crecen con lentitud, son ovoides y de tamaños variables.

CARCINOMA DEL PALADAR:

1. El carcinoma del paladar blando y tejidos adyacentes constituye del 10% - 20%.
2. En paladar duro es poco común, aquí es mas frecuente el adenocarcinoma.
3. Se presenta como placas asintomáticas, rojas - blancas o como úlceras y masas queratósicas (los adenocarcinomas aparecen como masas no ulceradas).
4. Afecta a varones mayores.
5. Da metástasis a cervicales. Son lesiones grandes.
6. Son frecuentes los **fibromas** y **lipomas**, son tumores de crecimiento lento.(5)

CARCINOMA DE LA LENGUA:

1. Representan el 25%-40% de los carcinomas bucales, afecta a hombres entre los 60-80 años, a veces también a jóvenes.
2. Casi siempre es asintomático, en etapas tardías la queja principal es dolor o disfagia.
3. La lesión ulcerativa es indurada, no cicatriza y tiene márgenes elevados. El patrón de crecimiento prominente es de tipo exofítico y endofítico a la misma vez.
4. La leucoplasia y la eritoplasia de la lengua corresponden a carcinoma de células escamosas in situ o invasor.
5. Más del 45% se presentan en el borde lateral posterior de la lengua. Cerca del 25% se presentan en el tercio posterior o base de la misma, son más problemáticas por la poca visualización y el progreso silencioso.(2)
6. Metástasis a nódulos linfáticos del cuello, los primeros nódulos afectados son: submandibulares y yugo-digástricos en el ángulo de la mandíbula.
4. Son frecuentes los **fibromas**, **lipomas**, **osteomas** y **condromas**, son tumores benignos originados en el tejido conectivo, cuando son extremadamente grandes obliteran la cavidad bucal.(5)

El carcinoma de células escamosas se presenta en la forma típica de úlceras crónicas que no cicatrizan, se considera una enfermedad infecciosa, hasta comprobar con biopsias lo contrario, que a veces clínicamente es imposible diferenciar de: tuberculosis, sífilis e infecciones micóticas profundas.(1)

5.2 CARCINOMA DEL SENO MAXILAR:

De etiología desconocida. Algunos investigadores la adjudican a la metaplasia escamosa del epitelio sinusal, relacionado con sinusitis crónica y fistulas bucoantrales.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

1. Sintomatología de sinusitis en varones mayores de 40 años.
2. Cuando el tumor aumenta produce dolor sordo local y se intensifica, odontalgias o afección neoplásica del nervio alveolar superior.(2)
3. Tumores del seno maxilar se presentan a través del alvéolo dental.
4. Mal oclusión adquirida recientemente, desplazamiento dental, movilidad vertical de los dientes. Incapacidad de cicatrización post – exodoncia: parestesia.
5. Úlceras del paladar que corresponden a invasión del hueso y de tejidos blandos del paladar.
6. Son frecuentes los **ameloblastomas**, que son tumores odontogénicos epiteliales, provocan obstrucción nasal, tumefacción, dolores, fistulas, úlceras, sangrados y trismos. El **fibrosarcoma ameloblástico**, es un tumor odontogénico maligno, provoca tumefacción, úlceras, sangrado y parestesias.(5)

Se debe tomar en cuenta la edad, enfermedades metastásicas, mieloma de células plasmáticas, osteosarcoma, adenocarcinoma de glándulas salivales accesorias, linfomas y carcinoma de células escamosas.

Clínicamente signos y síntomas asociados a carcinoma antral, se debe excluir el origen dental, el odontólogo debe valorar la relación entre dientes y maxilar. La experiencia en la interpretación de pruebas de vitalidad serán de gran ayuda. (2)

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo de Corte Transversal.

ÁREA DE ESTUDIO:

El presente trabajo se realizó en el **Hospital Regional César Amador Molina**, ubicado en el casco urbano de la ciudad de Matagalpa, en el área nor - este del municipio, en este centro se atienden diferentes especialidades de medicina y de odontología; estas con énfasis en patologías bucales y las que afectan cabeza y cuello. Se da atención maxilofacial y los casos comunes de caries dental que requieren de operatoria y en casos extremos de exodoncia.

Se atiende en consulta externa, cuentan con dos unidades dentales y un quirófano que se complementan para dar solución a determinada afección, actualmente hay escasez de materiales dentales y se tiene que buscar ayuda con centros ajenos al hospital. El centro odontológico brinda atención a la población en general sin distingo de raza, edad, sexo, religión ni posición socioeconómica.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Lo conforman todos los pacientes con edades comprendidas entre los 0 años, hasta mayores de 60 años, que asistieron a consulta odontológica al **Hospital Regional “César Amador Molina”**, Matagalpa, durante el segundo semestre del año 2002.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Conformada por 96 pacientes que presentaron lesiones ulcerativas en cavidad bucal, durante la revisión clínica – odontológica en el **Hospital Regional “César Amador Molina”**, Matagalpa, durante el segundo semestre del año 2002.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Primaria.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se le envió una carta al director de consulta externa explicándole los objetivos del estudio y solicitarle permiso para poder llevar a cabo la presente investigación.

Una vez concedido el permiso para examinar a los pacientes que asistieron a la consulta odontológica durante el segundo semestre del año 2002, se le explicaba a los pacientes en que consistía el estudio y se les solicitaba su permiso para realizarles el examen clínico, a lo cual accedieron todos los pacientes.

Previo a la recolección de la información, se realizó una unificación de criterios entre el Dr. Máximo-facial y la estudiante del V curso de odontología, sobre las características de las lesiones ulcerativas de la cavidad bucal, para lo cual se realizaron varias sesiones de entrenamiento, hasta reconocer clínicamente las características de las diferentes lesiones ulcerativas.

Una vez autorizados por el paciente, éstos fueron examinados, se anotaron los datos generales del paciente y los datos obtenidos al realizar el examen clínico, en una ficha previamente elaborada sobre la base de los objetivos planteados, (ver anexos).

El orden en que fueron examinados es el siguiente:

- Se llamó a los pacientes de acuerdo al orden de cita.
- Luego se revisó la historia clínica del expediente y se anotó los datos generales del paciente.
- Se ubicó al paciente en el sillón dental (examen visual).
- Se revisó clínicamente la cavidad oral, utilizando equipo básico, baja lengua, luz de origen artificial, gasas, algodón, nasobuco, guantes, evitando contacto directo con la boca del paciente.

Las zonas bucales se examinaron en el orden siguiente:

- Región vestibular
- Paladar duro
- Paladar blando
- Orofaringe
- Piso de la boca
- Lengua: cara ventral, cara dorsal, bordes laterales.
- Encía
- Labio superior
- Labio inferior

Localizando así la lesión ulcerativa y poder darle a ésta la atención adecuada. Cuando se sospechaba de un diagnóstico clínico de carcinoma, se le realizaba una biopsia para confirmar el diagnóstico.

La información fue recogida por 2 personas, un odontólogo Máximo-facial y una estudiante del V curso de odontología, quienes examinaron visual y clínicamente la lesión, la valoraron y diagnosticaron la lesión.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	VALORES
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, hasta el momento de la revisión clínica, expresada en años cumplidos.	Dato obtenido de la hoja de datos generales del paciente, localizado en el expediente clínico.	0 a 19 años. 20 a 39 años. 40 a 59 años. 60 años a mas.
Trastornos ulcerativos	Lesiones de la cavidad oral que consisten en la pérdida del epitelio por cualquier causa.	<p>A través del examen clínico y de laboratorio, tomando en consideración los siguientes criterios:</p> <p>Desaparecen al quitar el estímulo.</p> <p>Si hay hipótesis clínica se cultiva el tejido patológico. La mayoría son crónicas.</p> <p>Presentan afección pulmonar primaria que se diseminan a otros órganos.</p> <p>Úlceras dolorosas acompañadas de enfermedades sistémicas que afecten al paciente</p> <p>Lesiones crónicas que no cicatrizan. Lesiones exofíticas de naturaleza verrugosa</p>	<p>Lesiones reactivas.</p> <p>Enfermedades bacterianas.</p> <p>Enfermedades micóticas</p> <p>Enfermedades relacionadas con alteraciones sistémicas.</p> <p>Neoplasias</p>

Sexo	Condición fenotípica y genotípica de un individuo	Dato obtenido de la hoja de datos generales del paciente, localizado en el expediente clínico.	Femenino Masculino
Estructura anatómica	Órgano y/o tejido presente en el cuerpo humano y que cumple una función específica de la cavidad oral .	A través del examen clínico de la cavidad bucal.	Región vestibular. Paladar duro. Paladar blando. Orofaringe. Lengua. Piso de la boca. Encías. Labios.

DISCUSION DE RESULTADOS

En este estudio descriptivo de corte transversal, se examinaron pacientes que asistieron a consulta dental en el Hospital Regional César Amador Molina de Matagalpa, durante el segundo semestre del año 2002. Fueron 96 los pacientes que presentaron trastornos ulcerativos en cavidad bucal.

Los datos obtenidos a través de las fichas clínicas, nos permiten evaluar la frecuencia de afectación con que se presentan los trastornos ulcerativos en pacientes del Hospital Regional-Matagalpa, estos resultados fueron comparados con datos obtenidos de la bibliografía consultada, no se pudo comparar con otros estudios porque no hay otras investigaciones relacionadas con estas lesiones.

Las edades de los pacientes examinados comprenden de los 0 años hasta mayores de 60 años, distribuyéndolos en grupos o rangos de edades. Los pacientes que presentaron mayor frecuencia de lesiones ulcerativas fueron los de 60 a más años fueron 34 casos que equivalen al 35.4%; el segundo grupo mas afectado fue el de pacientes de 0 – 19 años , se presentaron 22 casos que equivalen al 22.9%. A través de este estudio podemos observar que estas patologías afectan con mayor frecuencia en ambos extremos de la vida, comprobando la necesidad de educación en salud bucal desde los primeros años de vida y evitar así diversas alteraciones en los tejidos blandos de la cavidad oral. Según Shafer, estas son lesiones frecuentes a cualquier edad y que dependen mas bien de diversos factores etiológicos. En el libro de patología oral de Wysocki se hace referencia de mayor afectación a pacientes de edad avanzada y con historia de enfermedades inmunitarias.

Revisando la frecuencia por sexo, hubo un ligero predominio en el sexo femenino, donde se encontraron 51 casos correspondiendo al 53.1%; mientras que en el sexo masculino se presentaron 45 casos equivalente al 46.9 %. Esta ligera predilección por el sexo femenino se cree que esta relacionada a alteraciones psicológicas, hormonales y hábitos parafuncionales que los pacientes referían, en el sexo masculino se atribuyen al consumo crónico de alcohol-tabaco, la exposición directa a los rayos solares, por trabajar la mayoría en el campo, dedicados a la agricultura.

El sitio anatómico de la cavidad bucal afectado con mayor frecuencia fue el vestíbulo bucal, se presentaron 29 casos que equivalen al 30.2%; en el orden de afectación continua el paladar blando con 21 casos que equivalen al 21.9%; la tercera estructura anatómica mas afectada fue el labio inferior con 14 casos, que equivalen al 14.6%. Este orden de afectación se corresponde con datos que se muestran en patología oral de Burket. Según Regezy el orden común de afectación es: labio inferior, lengua y mucosa bucal. Para Wysocki se afecta con mayor frecuencia mucosa bucal, labios (con mayor énfasis en el inferior), lengua y paladar blando. Todos coinciden que estas lesiones se presentan en zonas que se traumatizan con más facilidad. Son estructuras que están en contacto directo con agentes externos y reaccionan ante la presencia de estos.

De acuerdo al tipo de trastornos ulcerativos que afectaron la cavidad bucal con más frecuencia fueron los originados por lesiones neoplásicas, se presentaron 36 casos, que corresponden al 37.5%, luego continúan las lesiones reactivas con 31 casos, correspondiendo al 32.3%, y producto de alteraciones sistémicas se dieron 28 casos, que equivalen al 29.1%. Dentro de esta clasificación también estaban las originadas por enfermedades bacterianas, de las cuales se presentó un caso, correspondiendo al 1.1%, mientras que las inducidas por enfermedades micóticas no se hicieron presente en esta investigación. Estos resultados pueden estar relacionados con las costumbres y hábitos de nuestra población, además de las características climatológicas de nuestra ciudad. Esta frecuencia debe de alertarnos, porque la mayoría son originadas por neoplasias, comprobando así que las lesiones ulcerativas pueden agravar la vida de todo paciente si éste no es diagnosticado y tratado correctamente.

Burket las clasifica de acuerdo a las características clínicas de las lesiones, pero refiere que las úlceras traumáticas son las más frecuentes, continuando las que se presentan como manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas. A las neoplasias las considera como úlceras pero producto de un trauma o una infección secundaria. Para Batsakis los hábitos tienen relación con la etiología de la enfermedad. Wysocki refiere que son más comunes la originadas por un trauma y da relevancia al comportamiento ulcerativo que tienen la mayoría de las neoplasias bucales.

Al relacionar los trastornos ulcerativos más frecuentes en cavidad bucal con la edad, fue notoria la afectación de pacientes mayores de 60 años, presentándose 19 casos de lesiones con características neoplásicas y 10 casos con lesiones producto de enfermedades sistémicas. Las lesiones reactivas predominaron en el grupo de pacientes jóvenes de 0-19 años. Esto se puede deber a que los pacientes de edad avanzada presentan en la mayoría de los casos diversos compromisos sistémicos, historia de consumo frecuente de tabaco, higiene oral deficiente o el uso de prótesis mal ajustadas. En el caso de las lesiones reactivas que afectan sobre todo a pacientes jóvenes, pueden ser originadas por una serie de traumas entre ellos yatrogenias, factores emocionales y demás factores. Los datos bibliográficos se relacionan con los del estudio, ya que indican que las neoplasias son más comunes en pacientes mayores de 60 años y que padecen alteraciones sistémicas. Aunque pueden presentarse a cualquier edad porque dependen más que todo de su comportamiento biológico. (Shafer, Regezy, Laskin).

Al relacionarlos con el sexo, en el femenino fueron comunes las lesiones reactivas, pueden ser originadas por alteraciones hormonales, psicológicos, nutricionales, mala higiene bucal y en algunas el hábito de fumar y la ingesta de comidas extremadamente picantes. Mientras que en el sexo masculino, las lesiones se presentaron con mayor frecuencia debido a neoplasias, asociándoles debilidad sistémica, consumo de tabaco, historia anterior de tratamientos de quimioterapias y radioterapias, uso prolongado de dentaduras artificiales. Regezy así lo plantea y Glener en el tratamiento a estomatitis refiere que las neoplasias tanto bucales como las que afectan a otros órganos tienen predilección por el sexo masculino y considera a las irritaciones crónicas como modificadoras más que iniciadoras.

Al relacionar la estructura bucal mas afectada con el sexo de los pacientes, fue evidente la afectación del vestíbulo bucal y del labio inferior en los hombres, puede deberse al tabaquismo, la colocación de diversos objetos en la boca, dañando directamente estos tejidos, los cuales se traumatizan con gran facilidad, reaccionando ante cualquier estímulo. En cambio en el sexo femenino se vio mayor afectación en el paladar blando y también en el vestíbulo bucal, quizás porque son zonas altamente vascularizadas y que se alteran ante cualquier cambio hormonal. En la bibliografía no especifican datos sobre esta relación, solo refieren que las estructuras afectadas son las que se traumatizan con facilidad o las mas susceptibles a cambios internos y externos.

Al relacionar la estructura bucal mas afectada con la edad de los pacientes, fue notoria la afectación del vestíbulo bucal en todas las edades, ocupando el primer lugar en dos grupos etáreos: 20-39 años y mayores de 60 años. El paladar blando se vio afectado en pacientes de dos grupos etáreos: 40-59 años y también en los mayores de 60 años. El labio inferior tuvo mayor afectación en los pacientes jóvenes. Esta relación puede deberse a que los mayores de 60 años padecen diversas alteraciones sistémicas que hacen que el organismo no pueda responder correctamente ante diversos agentes causales y en pacientes jóvenes por los hábitos parafuncionales como son: mordedura de labios, succión de los mismos o la colocación de instrumentos u objetos que pueden lacerarlos.

La Patología bucal como especialidad empezó a funcionar aproximadamente en 1958, es una especialidad relativamente joven, debemos consolidar los conocimientos sobre la fisiopatología y las manifestaciones clínicas de los trastornos ulcerativos. Tener presente siempre la regla de oro: “ A toda lesión de tres meses de evolución es indispensable realizarle un estudio histológico”.

En la actualidad la detección temprana de la enfermedad, brinda un mejor pronóstico o una mayor esperanza de vida. La cavidad bucal es un sitio fácil de examinar y accesible a biopsias, por lo que el diagnóstico temprano es un objetivo real y factible en el control de la enfermedad.

CONCLUSIONES

1. El sexo que presentó mayor frecuencia de afectación es el femenino con 53.1% y el sexo masculino con 46.9%.
2. Las edades que mayor frecuencia presentaron de afectación fueron los pacientes mayores de 60 años con 35.4%, seguidos por el grupo de 0 – 19 años con 22.9%.
3. La estructura anatómica de mayor afectación fue el vestíbulo bucal con 30.3%, seguido por paladar blando con 21.9% y labio inferior con 14.6%.
4. Los trastornos ulcerativos de mayor frecuencia fueron los originados por neoplasias con 37.5%, seguido por lesiones reactivas con 32.3% y por enfermedades relacionadas con alteraciones sistémicas con 29.1%.
5. Relacionando los trastornos ulcerativos por edad y localización de la lesión, se observó mayor afectación en el vestíbulo bucal en pacientes mayores de 60 años, y los del grupo de 20 – 29 años , seguido por el paladar blando en pacientes mayores de 60 años y los del grupo de 40 – 59 años, el labio inferior tuvo mayor afectación en pacientes jóvenes de 0 – 19 años.
6. Relacionando los trastornos ulcerativos por sexo y localización de la lesión, se observó mayor afectación en el vestíbulo bucal de los varones (18 casos) y en el paladar blando de las mujeres (16 casos).
7. Relacionando los tipos de trastornos ulcerativos según edad, las de mayor frecuencia fueron las neoplasias en pacientes mayores de 60 años(19 casos), quienes también presentaron mayor número de enfermedades relacionadas con alteraciones sistémicas (10 casos), y el grupo joven de 0 – 19 años presentaron mayor número de lesiones reactivas (10 casos).
8. Relacionando los tipos de trastornos ulcerativos según sexo, se observó mayor afectación en hombres que presentaron enfermedades neoplásicas (21 casos de 31), en mujeres las lesiones reactivas fueron las más frecuentes (21 casos de 36), mientras que las enfermedades relacionadas con alteraciones sistémicas compartieron igual número de afectación. (14 casos en cada sexo)

RECOMENDACIONES

1. Todas la personas que presenten este tipo de alteraciones en cavidad bucal, deben de buscar atención inmediata porque son capaces de provocar daños severos e irreversibles si no son tratadas a tiempo.
2. A los estudiantes y profesionales de la odontología fomentar la importancia de conocer todo el comportamiento de estas lesiones y tener siempre presente que los trastornos ulcerativos son patologías que pueden agravar la vida de un paciente si éste no es diagnosticado adecuadamente.
3. Realizar estudios en los diferentes departamentos de patología bucal que se ubican en los hospitales de todo el país, para contar con datos sobre la frecuencia de estas lesiones.

BIBLIOGRAFIA

1. Shafer William G. Maynard K. Levy Barnet M. Tratado de patología bucal. 4ta edición. Editorial Interamericana México DF
2. Regezi Joseph. A, Sciubba James J. Patología bucal 2da edición. Cap. 2, pág. 36 – 94. Editora McGraw – Hill Interamericana.
3. Sapp Phillip J, Eversole Lewis R. Wysocki. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Publicaciones Harcourt 1997.
4. Cirugía bucal y maxilofacial. Laskin, Editorial Panamericana. Cap. 7
5. Medicina bucal. Diagnóstico y tratamiento de Burket. Dr. Malcolm A Lynch. Cap. 6,7,8,9,10. Séptima edición.
6. Medicina y patología oral “Gonorrea y su relación odontológica”. Giunta F, Cap. 62, Pág. 529 – 531.
7. Dermatología “Lupus eritematoso”. Bangert J, Freeman R, Cap. 120.
8. Estomatología terapéutica “Tratamiento a estomatitis”. Glenert U. Cap. 58, Pág. 52 – 56.
9. Cotron Ramzi S. Kumar Vinay. Robbins Stanley. Patología estructural y funcional. 5ta edición. Editorial McGraw – Hill.
10. Diagnóstico en Patología “Lesiones Necrosantes. Batsakis J, Luna M. Cap. 4, Pág. 90 –116.
11. ESPASA. Diccionario Enciclopédico. Tomo 2 CALPE S.A. 1999.
12. Medicina y patología oral “Surgimiento del noma”. Griffin J, Bach D. Cap 5, Pág. 605-607.
13. Actinomyces Israeli en osteoradionecrosis. Happonen R, Viander M. Cap. 55, Pág. 580 – 587.
14. Patología oral, “Lesiones orales de la tuberculosis y lepra”. Alfieri N, Fleuri R, Cap. 55, Pág. 52 – 57.
15. Surgimiento de la patología oral, “Diagnóstico inicial de lesiones orales Sifilíticas”. Mani N. Cap 58,Pág 47-50.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN – LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**TRASTORNOS ULCERATIVOS QUE AFECTAN LA CAVIDAD ORAL DE
PACIENTES QUE SON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL CÉSAR
AMADOR MOLINA, MATAGALPA, II SEMESTRE DEL AÑO 2002.**

FICHA RECOLECTORA DE DATOS

DATOS GENERALES:

Nº de expediente: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Procedencia: _____ Urbano: _____ Rural: _____
Comarca: _____ Municipio: _____ Depto: _____
Ocupación: _____

DATOS ESPECÍFICOS:

Hábitos parafuncionales del paciente: _____

Historia médica anterior: _____

Historia de la enfermedad actual: _____

Factores de riesgos y/o predisponentes: _____

Región de la cavidad oral afectada: _____

Características clínicas de la lesión:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

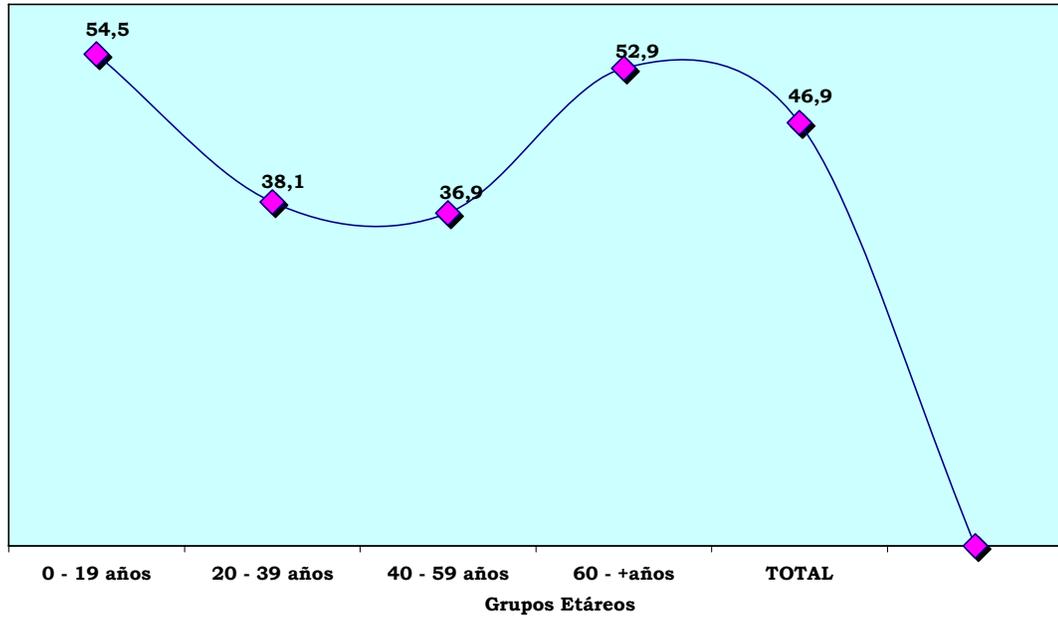
Diagnóstico clínico: _____

Tabla N°1

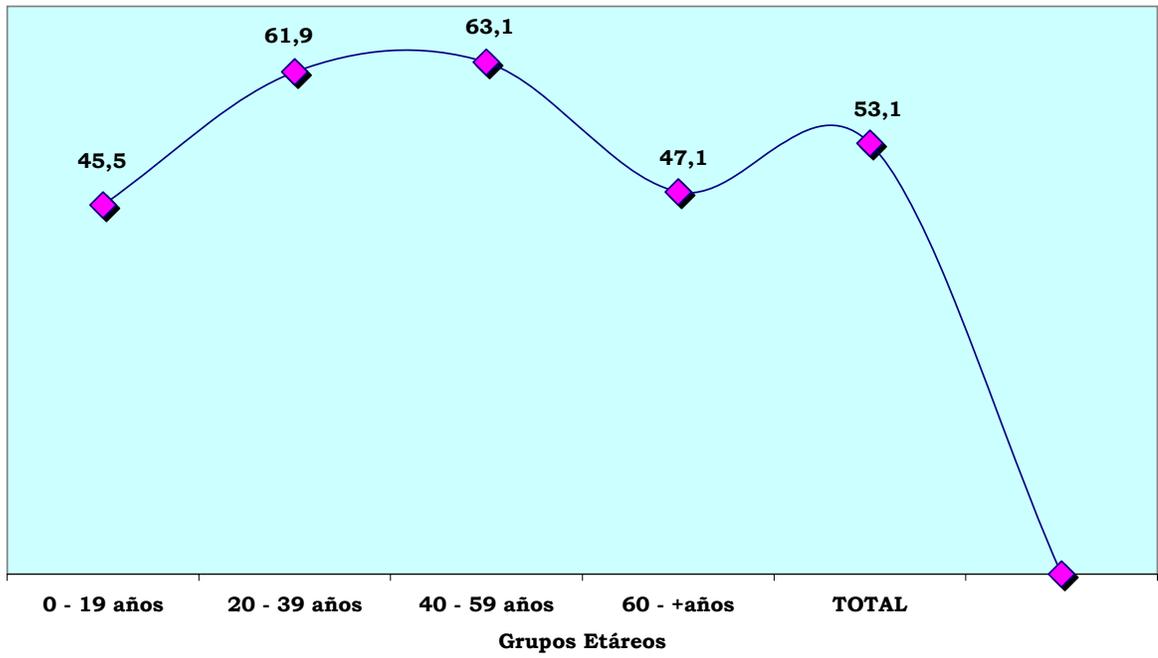
Frecuencia con que los Trastornos Ulcerativos afectan la cavidad bucal de pacientes que son atendidos en el Hospital Regional César Amador Molina de Matagalpa durante el segundo semestre del año 2002, según grupos etáreos y sexo.

Grupos Etáreos	S		E		X		O		TOTAL	
	Masculino		Femenino							
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
0 - 19 años	12,0	54,5	10,0	45,5	22,0	22,9				
20 - 39 años	8,0	38,1	13,0	61,9	21,0	21,9				
40 - 59 años	7,0	36,9	12,0	63,1	19,0	19,8				
60 - +años	18,0	52,9	16,0	47,1	34,0	35,4				
TOTAL	45,0	46,9	51,0	53,1	96,0	100,0				

Gráfico N°1
Porcentajes de Trastornos Ulcerativos que afectan la cavidad bucal según el sexo masculino.



Gráfica N° 2
Porcentajes de Trastornos Ulcerativos que afectan la cavidad bucal según el sexo femenino.



Estructuras Anatómicas	Grupos Etáreos									
	0 - 19a		20 - 39a		40 - 59a		60 - +a		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Vestíbulo	5,0	22,7	8,0	38,0	6,0	31,6	10,0	29,4	29,0	30,3
Paladar duro	1,0	4,5	0,0	0,0	1,0	5,2	5,0	14,7	7,0	7,2
Paladar blando	1,0	4,5	2,0	9,5	8,0	42,1	10,0	29,4	21,0	21,9
Orofaringe	0,0	0,0	1,0	4,7	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,1
Lengua C. Dorsal	2,0	9,0	3,0	14,2	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	5,2
Lengua C. Ventral	1,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,1
Lengua B. Laterales	1,0	4,5	3,0	14,2	0,0	0,0	3,0	8,8	7,0	7,2
Piso de la Boca	1,0	4,5	1,0	4,7	1,0	5,2	0,0	0,0	3,0	3,1
Encía	4,0	18,1	1,0	4,7	1,0	5,2	1,0	2,9	7,0	7,2
Labio Superior	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	2,9	1,0	1,1
Labio Inferior	6,0	27,2	2,0	9,5	2,0	10,5	4,0	11,8	14,0	14,6
TOTAL	22,0	100,0	21,0	100,0	19,0	100,0	34,0	100,0	96,0	100,0

Gráfico N° 3
Porcentajes de estructuras anatómicas afectadas por trastornos ulcerativos

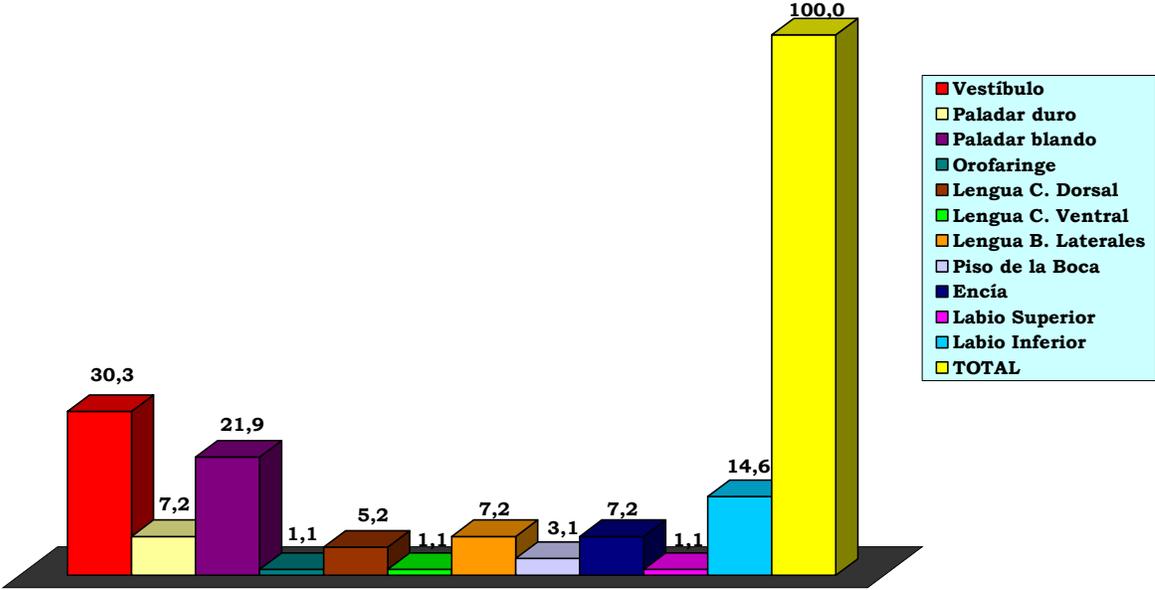


Gráfico N°5
Porcentajes de Estructuras Anatómicas afectadas por Trastornos Ulcerativos según sexo femenino.

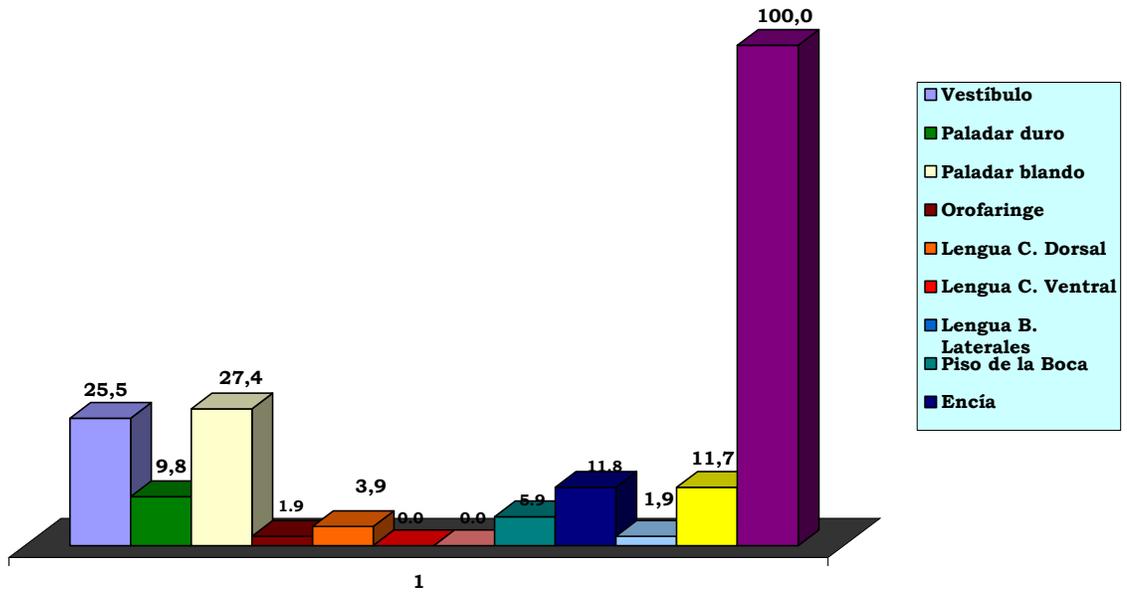


Gráfico N°4
Porcentajes de Estructuras Anatómicas afectadas por Trastornos Ulcerativos según sexo masculino.

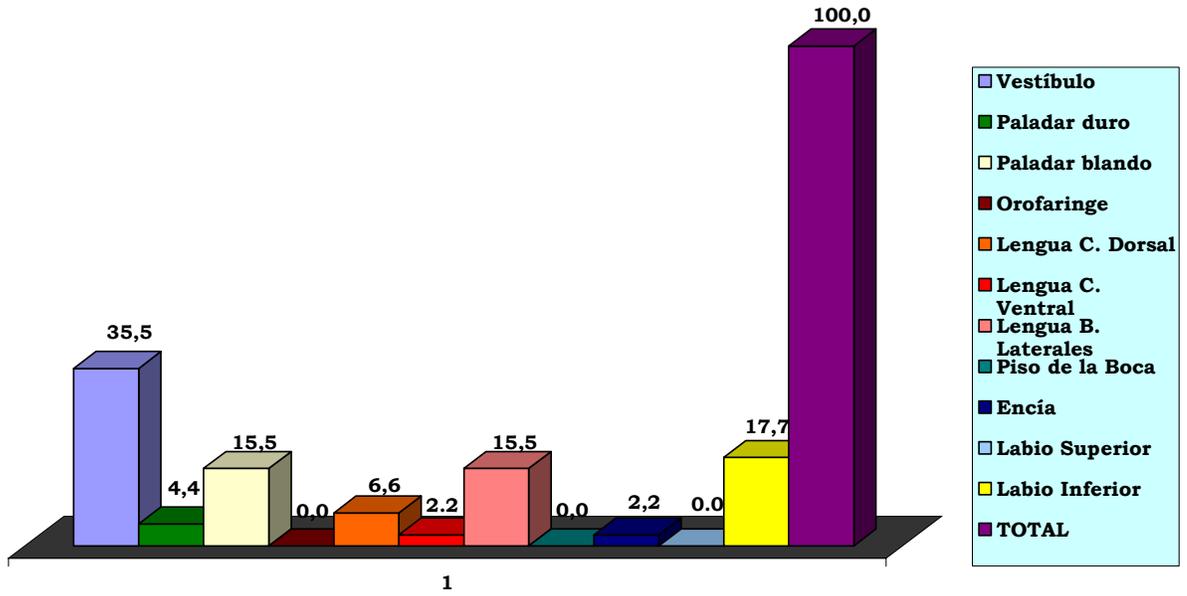


Gráfico N° 7
Porcentajes de Trastornos Ulcerativos en Cavidad Bucal, según sexo Masculino.

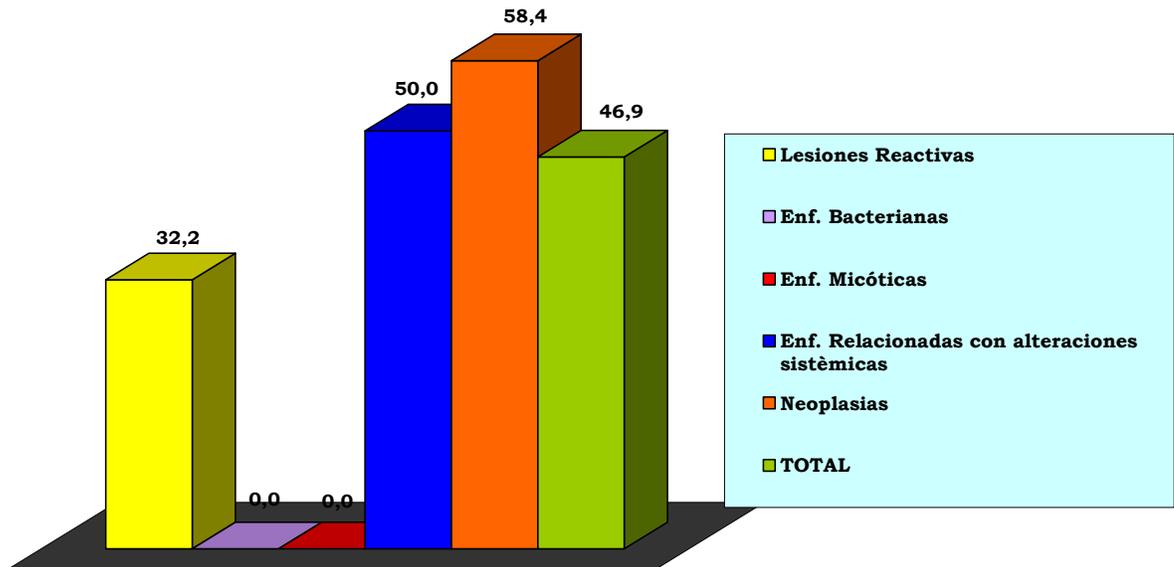


Tabla N°3

Frecuencia con que los trastornos ulcerativos afectan las diversas estructuras de la cavidad bucal, según sexo.

Estructuras Anatómicas	S E X O					
	Masculino		Femenino		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Vestíbulo	16,0	35,5	13,0	25,5	29,0	30,3
Paladar duro	2,0	4,4	5,0	9,8	7,0	7,2
Paladar blando	7,0	15,5	14,0	27,4	21,0	21,9
Orofaringe	0,0	0,0	1,0	1,9	1,0	1,1
Lengua C. Dorsal	3,0	6,6	2,0	3,9	5,0	5,2
Lengua C. Ventral	1,0	2,2	0,0	0,0	1,0	1,1
Lengua B. Laterales	7,0	15,5	0,0	0,0	7,0	7,2
Piso de la Boca	0,0	0,0	3,0	5,8	3,0	3,1
Encía	1,0	2,2	6,0	11,7	7,0	7,2
Labio Superior	0,0	0,0	1,0	1,9	1,0	1,1
Labio Inferior	8,0	17,7	6,0	11,7	14,0	14,6
TOTAL	45,0	100,0	51,0	100,0	96,0	100,0

Tabla N°4

Frecuencia con que los trastornos ulcerativos afectan la cavidad bucal,
según grupos etáreos

Tipos de Trastornos Ulcerativos	Grupos Etáreos								TOTAL	
	0 - 19a		20 - 39a		40 -59a		60 - +a		N	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Lesiones Reactivas	16,0	51,7	6,0	19,3	4,0	12,9	5,0	16,1	31,0	32,3
Enf. Bacterianas	0,0	0,0	1,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,1
Enf. Micóticas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Enf. Relacionadas con alteraciones sistémicas	6,0	21,4	6,0	21,4	6,0	21,4	10,0	35,8	28,0	29,1
Neoplasias	0,0	0,0	8,0	22,2	9,0	25,0	19,0	52,8	36,0	37,5
TOTAL	22,0	22,9	21,0	21,9	19,0	19,8	34,0	35,4	96,0	100

Gráfico N° 6
Porcentajes de Trastornos Ulcerativos en Cavidad Bucal, según sexo Femenino

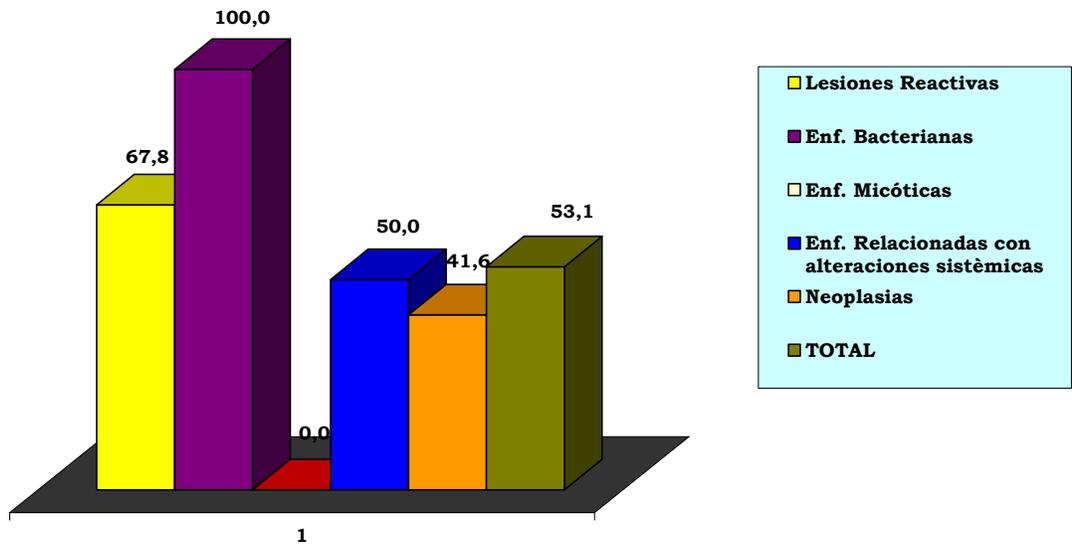


Tabla N°5

Frecuencia con que los trastornos ulcerativos afectan la cavidad bucal, según sexo.

Tipos de Trastornos Ulcerativos	S E X O				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Lesiones Reactivas	10,0	32,2	21,0	67,8	31,0	32,3
Enf. Bacterianas	0,0	0,0	1,0	100,0	1,0	1,1
Enf. Micóticas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enf. Relacionadas con alteraciones sistèmicas	14,0	50,0	14,0	50,0	28,0	29,1
Neoplasias	21,0	58,4	15,0	41,6	36,0	37,5
TOTAL	45,0	46,9	51,0	53,1	96,0	100,0