

PREVALENCIA DE LESIONES INICIALES Y AVANZADAS EN MUCOSA BUCAL: FACTORES QUE INTERVIENEN

* *Drs. Palza Delgado, H.F.; Zeballos Aponte, D.E.; Burga Calonje, A.*
** *Drs. Rodríguez Flores, A.; Cuentas Robles, A.; Favero Gomez, V.*
Profesores del Departamento Académico de Medicina Estomatológica.
** *Responsables: P. Prin. D.E. (r), P. Asoc. D.E., P. Aux. T.C. (40 hrs.).*

RESUMEN

Se han examinado 3,200 pacientes adultos de atención ambulatoria en las clínicas odontológicas de la Facultad de Odontología de la UNMSM y de las sedes hospitalarias utilizadas para ésta investigación. 1,200 casos iniciales sirvieron para unificar el criterio del equipo investigador, en la denominación conceptual de las lesiones observadas, simultáneamente. Se consideraron las demás variables del trabajo para lograr los objetivos planteados. Se seleccionaron 500 pacientes del total, con los hallazgos obtenidos en las fichas clínicas de datos para ser analizados y procesados, obteniendo los siguientes resultados.

Relación de prevalencia descendente que se resume en la Tabla 1; la conceptualización y características clínicas de su presentación separa éstas en lesiones iniciales y avanzadas que se resume en la Tabla 2 y Gráficos A y B; su ubicación y prevalencia, está resumido en la Tabla 3 y Gráfico C. Todas las lesiones son efecto de una causa que las provoca, éstas relaciones de prevalencia se han considerado en varias variables: sexo, edad, ocupación, estado de salud general y estomatológico cuyos resultados se indican en las Tablas 4,5,6,7 y Gráficos C,D y E. Los hallazgos clínicos estomatológicos mas importantes están en la Tabla 8 y Gráficos F y G. Finalmente la relación porcentual de presencia y tipo de lesión prevalente se resume en las Tablas 9 y 10.

Se ha tomado fotografías clínica, los resultados en su conjunto nos ayudará a resolver serios problemas vinculados con el diagnóstico.

INTRODUCCION

PROBLEMA Y MARCO TEORICO.- En la primera parte del presente trabajo de investigación clínico-patológico, se pretende lograr la unificación de criterios para determinar el marco teórico conceptual de la terminología a emplear en la dominación de las lesiones observadas clínicamente ya que en forma frecuente son confundidas al describirlas en su presentación y diagnosticarlas simultáneamente en establecer la diferencia conceptual de su denominación. Este propósito se complementa con la necesidad de obtener un orden de prevalencia de lesiones

en la mucosa bucal de pacientes examinados y seleccionados en nuestro medio, que nos permita una clasificación de las mismas para priorizar su posterior estudio.

En la segunda parte en relación a los Factores que intervienen, se plantean variables de gran complejidad, necesarias para la obtención de resultados de acuerdo a las fichas de datos en el estudio directo, y a través de la Historia Clínica Estomatológica de cada paciente; la información considera la condición de salud general y estomatológica, la acción tera-

péutica específicamente mediamentosa, los hábitos, hallazgos clínicos bucales importantes, y complementariamente la edad, sexo y ocupación; para establecer esta correlación causa y efecto entre las lesiones de mucosa bucal y los factores que intervienen en la indagación de prevalencia.

Revisando y comparando nuestra información y la de la literatura mundial, casi inexistente y escasa, encontramos algunos métodos de estudio como el planteado por Mc. Cann y Wesley⁽¹¹⁾ que sirven de guía en el examen, así como los textos de Semiología y Patología Bucal que consultamos ⁽³⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹³⁻¹⁶⁻¹⁸⁻²⁰⁻²⁴⁾ y permiten una orientación, logrando con la experiencia de la observación la seguridad en la identificación. Los primeros estudios realizados por Mc. Carthy, F.P. ⁽¹²⁾ en 1941, fueron continuados por su hijo, Mc. Carthy, P. L. ⁽¹³⁾ en un estudio estadístico de 4,725 pacientes con lesiones en mucosa bucal en el año 1954 (M. Eng. J. Med. 250-493); otros investigadores han hecho llegar investigación más actualizada como Eisen, D. ⁽¹⁶⁾, Rogers, R.S. ⁽¹⁹⁾, Antalooska, Z ⁽¹⁾, Kruger, U. ⁽¹⁰⁾, Ogumbobede, E.O. ⁽¹⁴⁾, Silva, S.S. ⁽²¹⁾, Tommasi, A.F. ⁽²³⁾, etc., casi todos nos muestran una innegable confusión de conceptualización. En los trabajos de relacionar factores que intervienen la problemática es menor por ser más específicos como los presentados por Axell, T⁽²⁾, Da Silva, A.N. ⁽⁵⁾, Palza, H.F. ⁽¹⁵⁾, Priddy, R ⁽¹⁷⁾, Summerlin, D.J. ⁽²²⁾, Vander Walk, G. ⁽²⁵⁻²⁶⁾. La tarea planteada es contribuir desde nuestro punto de vista a solucionar ésta problemática.

MATERIAL Y METODO DE ESTUDIO

Material.- Equipo investigador con experiencia clínica en el estudio integral de paciente.

Pacientes ambulatorios adultos mayores de 18 años, exceptuando la mujer

gestante. Fichas Clínicas de Control de Datos; documentos de información para análisis y procesado. Instrumental completo de exploración clínica. Materiales de asepsia e iluminación.

Método.- Se examinaron 1,200 pacientes en la primera parte del trabajo, y se complementan con 2,000 pacientes en la segunda parte. Se seleccionan 500 pacientes para ser evaluados con los datos encontrados como muestra del total de pacientes examinados. Todos los pacientes son adultos, no se consideró a menores de edad, ni a la mujer gestante para descartar en el estudio factores de crecimiento y desarrollo y el periodo fisiológico del embarazo.

El estudio clínico integral nos permite con gran aproximación determinar el estado de salud general del paciente (E.S.G.), los datos adicionales de la Historia Clínica relaciona hábitos, complementariamente sexo, edad y ocupación con la presencia de lesiones en mucosa bucal. El examen clínico estomatológico permite considerar todos los hallazgos importantes en estructuras blandas y duras de la cavidad bucal y de su análisis relacionar éstos factores con las lesiones de la mucosa bucal. El estudio se realiza con los equipos, materiales e instrumental adecuados y en perfectas condiciones de uso y funcionamiento.

RESULTADOS OBTENIDOS: Análisis y Procesamiento de Datos.

En el análisis y procesamiento de datos de la primera parte de ésta investigación se utilizó un paquete estadístico (MICROSTAT) mediante el cual se tabularon todas las variables que fueron codificadas en la Ficha Clínica. El resumen de Prevalencia de lesiones detectada en mucosa bucal se puede observar en la Tabla 1, en orden descendente, de mayor a menor prevalencia.

TABLA 1: Lesiones Halladas en Mucosa Bucal en 500 pacientes evaluados

TIPO DE LESION	NÚMEROS LESIONES	%
Eritema	270	19.45
Mancha	193	13.90
Fístula	124	8.93
Úlcera	119	8.57
Absceso	94	6.77
Erosión	83	5.98
Atrofia	77	5.55
Escoriación	55	3.96
Otros (2)	53	3.82
Mácula	48	3.46
Exulceración	46	3.31
Fisura	39	2.81
Nódulo	39	2.81
Esfacelo	31	2.23
Escara	24	1.73
Necrosis	22	1.59
Vesícula	18	1.30
Pápula	15	1.08
Pústula	15	1.08
Otros 910	13	0.94
Ampolla	2	0.14
Perforación	2	0.14
TOTAL	1388	100.00

Tabla 1: La lesión de mayor prevalencia en la mucosa bucal es en primer lugar el Eritema con 19.45% (270/1388), en segundo lugar Mancha con 13.90% (193/1388), en tercer lugar Fístula con 8.93% (124/1388) y en cuarto lugar Úlcera con 8.5% (119/1388); en cuanto a las de menor prevalencia, se encuentran Ampollas y Perforaciones ambas con 0.14% (2/1388) respectivamente.

Las lesiones observadas diferían en dos grupos más o menos precisos que podían separarse y agruparse con una denominación común; se consideró en un primer grupo a las lesiones que se observan clínicamente como reacción inmediata la causa que las provoca y se les

denominó lesiones iniciales; y las que clínicamente se presentan como reacción orgánica después de la presencia de las lesiones iniciales se les denominó lesiones avanzadas. La prevalencia en ambos grupos se resumen en la Tabla 2 y Gráficos A y B.

TABLA 2: Lesiones Halladas en Mucosa Bucal de 500 paientes evaluados.

TIPO DE LESION	NÚMEROS LESIONES	%
INICIALES:		
Eritema	270	33.88
Erosión	83	10.41
Escoriación	55	6.90
Vesicula	21	2.63
Ampolla	2	0.25
Pústula	15	1.88
Mancha	193	24.22
Atrofia	77	9.66
Exulceración	46	5.77
Necrosis	22	2.76
Otros	13	1.63
SUB- TOTAL	797	57.42
AVANZADAS:		
Úlcera	119	20.14
Fisura	39	6.60
Nódulo	39	6.60
Perforación	2	0.34
Fistula	124	20.98
Mácula	48	8.12
Escara	24	4.06
Esfacelo	31	5.25
Pápula	18	3.05
Absceso	94	15.91
Otros	53	8.97
SUB-TOTAL	591	42.58
TOTAL	1388	100.00

Tabla 2: Se observa en las Lesiones Iniciales que el tipo más frecuente es el Eritema con 3.88% (270/797), luego Mancha con 24.22% (193/797) y Erosión con 10.41% (88/797) respectivamente. En las lesiones Avanzadas se presenta con más frecuencia la Fistula con 20.98% (124/9797), luego, Úlcera con 20.15 (119/797) y Absceso con 15.91% (94/591)

GRAFICO A: Distribución de las Lesiones Iniciales

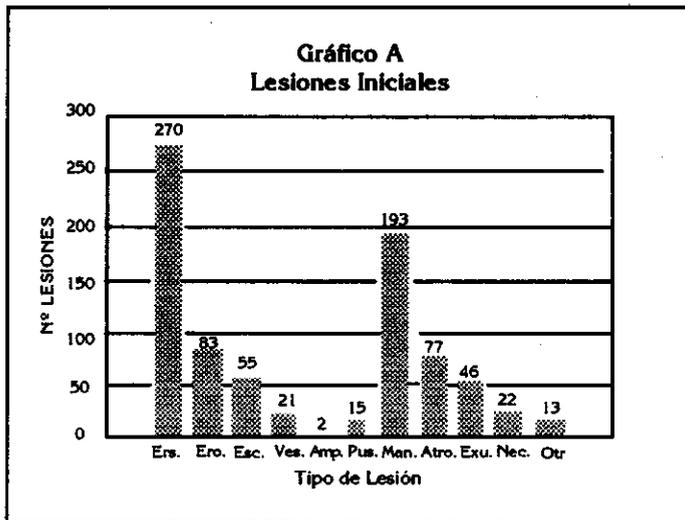
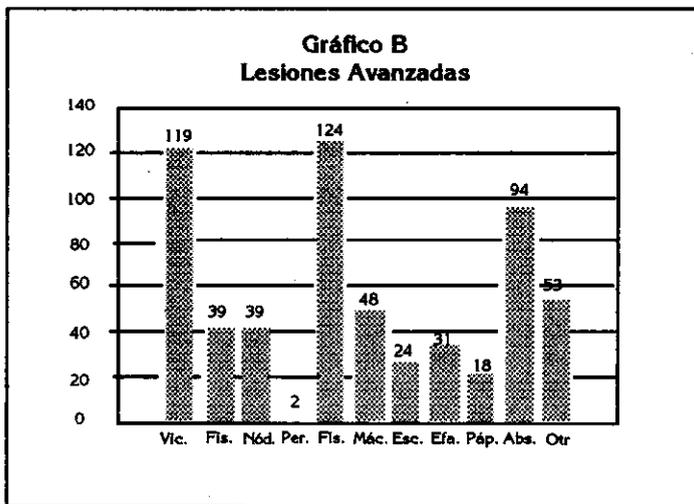


GRAFICO B: Distribución de las Lesiones Avanzadas



Las lesiones consideradas en Otros tanto Iniciales (1) como Avanzadas (2) agrupa a escamas, costras, cicatrices, tubérculos, vegetaciones, etc. de escasa presencia pero que han sido consideradas en los hallazgos.

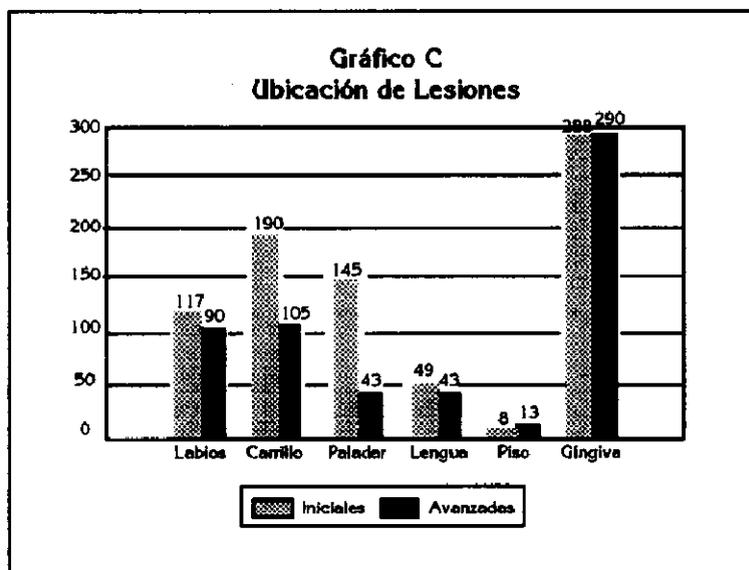
La frecuencia por su ubicación en la mucosa bucal se indica en la Tabla y Gráfico C.

Tabla 3: Ubicación de las lesiones Halladas de 500 pacientes evaluados

TIPO DE LESION UBICACION	INICIALES Nº LESIONES		AVANZADAS Nº LESIONES	
	Nº	%	Nº	%
Labios	117	14.68	97	16.41
Carrillo	190	23.84	105	17.77
Paladar	145	18.19	43	7.28
Lengua	49	6.15	43	7.28
Piso	8	1.00	13	2.20
Gingiva	288	36.14	290	49.07
TOTAL	797	100.00	591	100.00

Tabla 3: Se observa que las lesiones Iniciales representan el 57.42% (797/1388) y las lesiones Avanzadas el 42.58% (591/1388) respectivamente.

GRAFICO C: Distribución de Lesiones según Ubicación.



Las lesiones Iniciales se presentan con mayor frecuencia en la Gingiva con 36.14% (288/797), luego Carrillo con 23.84% (190/797), y Paladar con 23.84% (145/797). En las lesiones Avanzadas se presentan en la Gingiva con 49.07% (290/591), luego Carrillo con 17.77% (105/591) y en Labios con 16.41% (97/591). En consecuencia, se puede afirmar que tanto en lesiones Iniciales y Avanzadas estas se ubican con mayor frecuencia en la Gingiva, seguida de Carrillo, Labios y Paladar respectivamente.

Como datos complementarios considerados referencialmente están la distribución según sexo, grupos estarios y grupos ocupacionales que se analiza en la Tabla 4 y Gráficos D y E.

En el análisis y procesamiento de datos de la segunda parte, en relación a los Factores que Intervienen, una primera variable que se consideró fue el estado de salud general (E.S.G.) del paciente, en las que separaron los pacientes aparentemente sanos de los pacientes aparentemente enfermos, con el agregado de si tenían algún tratamien-

to, en especial medicamentoso, con el objetivo planteado de establecer causa y efecto.

La variable de mayor complejidad se vincula con los hallazgos clínicos estomatológicos más importantes en relación con las lesiones de la mucosa, y los resultados se resumen en la Tabla 8 y Gráficos F y G.

En la Tabla 9 se puede apreciar que en las Lesiones Iniciales el 63.74% tiene

relación con los factores de la Tabla 8. Así como en las lesiones Avanzadas la relación es de un 68.7% con los factores de la Tabla 8, y en la relación final con el tipo de lesión la incidencia de cada una de ellas se resume en la Tabla 10.

Las medidas de correlación, confirman los grados de relación de los hallazgos clínicos con las lesiones encontradas en mucosa bucal.

Tabla 8: Hallazgos Clínicos de las Lesiones en Mucosa

HALLAZGO CLINICO	Nº LESIONES	%
INICIALES:		
1 Dientes que Requieren Cirugía (DRC)	36	4.62
2 Dientes que Requieren Restauraciones (DRR)	192	24.62
3 Dientes con Restauraciones Defectuosas (DRD)	103	13.21
4 Uso de Prótesis Dental Fija (UPDF)	50	6.41
5 Uso de Protesis Dental Removible (UPDR)	52	6.67
6 La Opción 1 y 3 (1-3)	199	25.51
7 La Opción 1 y 5 (1-5)	86	11.03
8 La Opción 3 y 5 (3-5)	62	7.95
TOTAL	780	100.00
AVANZADAS:		
1 Dientes que Requieren Cirugía (DRC)	110	18.93
2 Dientes que Requieren Restauraciones (DRR)	110	18.93
3 Dientes con Restauraciones Defectuosas (DRD)	72	12.39
4 Uso de Prótesis Dental Fija (UPDF)	35	6.02
5 Uso de Protesis Dental Removible (UPDR)	25	4.30
6 La Opción 1 y 3 (1-3)	213	36.66
7 La Opción 1 y 5 (1-5)	65	11.19
8 La Opción 3 y 5 (3-5)	24	4.13
TOTAL	581	100.00

Tabla 8: Los Hallazgos clínicos se han dividido en Lesiones Iniciales y Avanzadas. Las Lesiones Iniciales se presenta con mayor frecuencia en la Opción 6 (Dientes requiere Cirugía y con Restauración Defectuosa) con 25.51% (199/780), luego la opción 2 (Dientes que requieren Restauración) con 24.62% (192/780), y opción 3 (Dientes con Restauración Defectuosa) con 13.21 (103/780). Asimismo, en las Lesiones Avanzada se presentan con mayor frecuencia en la opción 6 (Dientes que requieren Restauración) con 18.93% (110/581), y opción 3 (Dientes con Restauración Defectuosa) con 12.39 (72/581).

Tabla 10: Distribución de las Lesiones que tienen Relación según Tipo en 500 pacientes evaluados.

HALLAZAGO CLINICO	Nº LESIONES	%
INICIALES:		
Eritema	190	37.40
Erosión	58	11.42
Escoriación	38	7.48
Vesícula	9	1.77
Ampolla	1	0.20
Pústula	10	1.97
Mancha	103	20.28
Atrofia	50	9.84
Exulceración	25	4.92
Necrosis	16	3.15
Otros	8	1.57
TOTAL	508	100.00
AVANZADAS		
Úlcera	72	17.69
Fisura	24	5.90
Nódulo	22	5.41
Perforación	1	0.25
Fístula	104	25.55
Mácula	19	4.67
Escara	14	3.44
Esfacelo	18	4.42
Pápula	11	2.70
Absceso	84	20.64
Otros	38	9.34
TOTAL	407	100.00

Tabla 10: Se puede observar a nivel de las Lesiones Iniciales, que existe una mayor Relación con el tipo Eritema con 37.40% (190/508), luego el tipo Mancha con un 20.28% (103/508) y después el tipo Erosión con 11.42% (58/508). En las Lesiones Avanzadas se presenta la relación más frecuente en el tipo Fístula con 25.55% (104/407), luego continúa el tipo Absceso con 20.64% (84/407) y finalmente el tipo Úlcera con 17.69% (72/407)

DISCUSION Y COMENTARIO

Los resultados obtenidos nos han permitido uniformizar una conceptualización en la denominación clínica de las lesiones observadas; nos ha permitido dividir con un criterio lógico a

las lesiones de acuerdo a la condición en que se presentan; ésta primer parte fue fundamental para la continuidad del trabajo, recolectando los datos con un margen de error mínimo; las variables plan-

teadas muy complejas, pero necesarias, por ser una investigación clínico-patológica básica nos servirá para continuar en la determinación de los factores que podrían intervenir se tomaron en la Ficha Clínica de Control de Datos y se complementaron con la Historia Clínica Estomatológica de cada paciente, así se estableció la relación existente entre las lesiones observadas y la causa probable vinculada con ella.

Los resultados de prevalencia de las lesiones en los pacientes examinados y de los pacientes seleccionados para su evaluación nos permitirá escoger prioritariamente la secuencia de su estudio; varias lesiones observadas han sido controladas con fotografía clínica para determinar las diferencias, algunas son mostradas en éste trabajo por su frecuencia de presentación como los eritemas (foto 1: reacción eritematosa del paladar), las manchas, fistulas y úlceras (foto 2: úlcera traumática en borde lateral de la lengua y fístula gingival)

Son también de alta incidencia las erosiones, atrofias y escoriaciones (foto 3; erosión en labio y atrofia lingual); es más raro encontrar vesículas, pústulas o perforaciones (foto 4: vesículas en zona remolar).

La ubicación de las lesiones observadas en mucosa bucal justificada la insistencia preferencial del estudio de la zona gingival (foto 5: absceso gingival), seguido por las lesiones de carrillos, paladar y labios en orden descendente; fotos clínicas (foto 6: mancha en carrillos); foto 7: eritema y úlceras en paladar; foto 8: mácula en labio).

Los resultados de los factores que intervienen permitirán evitar o disminuir los problemas detectados en los hallazgos clínicos, buscando las soluciones más adecuadas para cada caso.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Las referencias bibliográficas sobre prevalencia de lesiones clínicas en mucosa bucal son escasas y confusas en la literatura existente.
2. En nuestro país no hay estudios sobre éste problema y no se puede hacer comparaciones.
3. La clasificación clínica de lesiones iniciales y avanzadas en mucosa bucal es de utilidad para la continuación de otras investigaciones.
4. El conocimiento de prevalencia de las lesiones en mucosa bucal, permite priorizar la secuencia de su estudio.
5. Los hallazgos de factores en relación con las lesiones de mucosa bucal, orientan la búsqueda de soluciones adecuadas evitando o disminuyendo los problemas.
6. La complejidad de los factores que intervienen en relación con la presencia de las lesiones en la mucosa bucal permite sugerir una mejor capacitación médica del profesional estomatólogo.
7. El criterio personal y experiencia clínica es una conclusión importante en el estudio de las lesiones en cavidad bucal.
8. La investigación clínico-patológica nos ayuda a resolver serios problemas clínicos vinculados con el diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

1. ANTALOOSKA, Z.; DRIZHAL, L.; SKALSK, H.: Comparación of stomatological findings in geriatric population of both the homes for the aged and oneman house holds" Dtsch-Stomatol. 1991 41(7) p. 263-5.
2. AXELL, T.: "The oral mucosa as a mirror of general health er disease" Scand. J. Dent. 1992 FEB 100(10 p.9-16.

3. BHASKAR, s.n.: "Patología Bucal" 4ta. ed. Artes Médicas-Brail 1976. Sao Paulop. 1-58
4. BURKET, L.W.: "Oral Medicine" 7ma. ed. Philadelphia. Lippincott 1977. p. 31-64; 437-38, 644-55.
5. DA SILVA, A.N.: "Some aspect of para prothetic mucosal pathology" Stomatol.-Lisboa 1990 2(15) p. 7-9, 11-4.
6. DA SILVA, A.N.: "Some aspect of para prothetic mucosal pathology" Stomatol.-Lisboa 1990 2(15) p. 7-9, 1-4.
6. EISEN, D.; "The oral mucosal punch biopsy A report of 140 cases". Arch Dermatology 1992 JUN 28(6) p. 815-7.
7. GORLIN R.J.; GOLDMAN H.M.: "Thomas oral pathology" 6ta. ed. St. Lois Morby USA 1970 p. 24-30, 44-6
8. GRINSPAN, D.: "Enfermedades de la boca" ed. Mundi Argentina 1973. p. 39-171, 299-406; 772-786, 1577-995.
9. GIUNTA, J.L.: "Patología bucal" 3ra. ed. Interamericana México 1991 p. 91-170.
10. KRÜGER, U. NEHSE, G. "Necroses and hematomas; two local complication in intraoral conduction anesthesia" Dtscha-Zahnartztle-z 1991 Dec 46(12) p.
11. MC CANN, A.L.; WESLEY R.K.: "A method for describing soft tissue lesion of the oral cavity" Impressions-Orange 1991 FEB 13(2) p. 10-3.
12. MC CARTHY, F. P.: clinical and pathological study of ofal disease. Based on 2300 consecutive cases" JAMA 116(1) JAN 1941.
13. MC CARTHY, P.L.; SHKLAR G.: "Enfermedades de la mucosa bucal" ed. Ateneo-Argentina 1985 p. 1-486.
14. OGUNBODEDE, E.OÇ; OJO M.A.; OTUYOMI, D.O. HOWST N.O.: "Response of the oral tissues to prnlonged ininterrupted coverage by a removable partial dentadure" Aust. Dentl J. 1992 APR 37(2) P. 103-6.
15. PALZA, H.F.: "Atrofia lingual de lesiones clínico de enfermedad sistémica" Tesis de Bachiller UNMSM F.O. 1963.
16. PINDBORG, J.L.: "Atlas de lesiones de mucosa bucal" 3ed. Sao Paulo Panamericana Brasil 1981 p. 317.
17. PRIDDY R.W.: "Inflammatory hipperplasias of teh oral mucosa" J.J. Cant Dent Assoc. 1992 APR 58(5) p. 311-5, 319-21.
18. REGEZI J.A. SCIUBBA, J.J.: "Patologia bucal" Ed. Interamericana México 1991 p. 1-189.
19. ROGER R.S.; "Common lesions of teh oral mucosa. A guide to diseases of the lips, cheeks, tongue and gingiva" Post-grado Med. 1992. My 1 91 (6) p. 141-8, 151-3.
20. SHAFER W.G.; LEVY B.M.: "Tratado de patologia bucal" ed. Interamericana México 1987 p. 3-86, 347-45-639.
21. SILVA, S.S.; MARCUCCI, G.: "Prevalence of mouth mucosa changes in 7 to /4 yerars old students" Rev. Odonto. Univ. Sao Paulo 1990 JAN MAR 4(1) p. 1-4.
22. SUMMERLIN, D.J. DUMIPASE, A; POTTER R.: "Histologic effects of smokeless tabaco and alcohol on the puch mucosa and organs of the siriam hamster" experimental J. Oral Pathol. Med. 1992 MAR 21(3) p. 105-8.
23. TOMMASI, A.F.: "Estudio comparativo entre diangóstico clínico e histopatológico en leiones de boca y comlejo maxilo mandibular" Curitiba 1978 Tesis Doctoral Brasil.
24. TOMMASI, A.F. "Diagnóstico en patologia bucal" Sao Paulo ed. Artes Médicas 1982 p. 575.
25. VANDER WALK, G.; VISSCHER. J.G.; VOET E.: "Treaumatic injuries of the oral mucosa" Ned - Tijdschr-Tndneelkd 1989 My 96(5) p. 186-8.
26. VAN DER WALK, G.: "Congenital mucosal deffects" Act. Stomatol. Belg. 1986 APR 83(1) p51-5.