

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL



Tesis:

Prevalencia de lesiones de tejidos blandos en cavidad oral en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León en el período de marzo 2016 a marzo 2019.

Tesista:

EVA MARGARITA DE LA TORRE ALFARO

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

2021

ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

**PREVALENCIA DE LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS EN CAVIDAD ORAL
EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL
METROPOLITANO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE
NUEVO LEÓN EN EL PERÍODO DE MARZO 2016 A MARZO 2019.**

Tesista:

EVA MARGARITA DE LA TORRE ALFARO

Comité de tesis.

Presidente

Secretario

Vocal

ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

**PREVALENCIA DE LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS EN CAVIDAD ORAL
EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL
METROPOLITANO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE
NUEVO LEÓN EN EL PERÍODO DE MARZO 2016 A MARZO 2019.**

TESISTA:

Eva Margarita de la Torre Alfaro

DIRECTOR DE TESIS

CMF José Adolfo Uribe Quintana

CO DIRECTOR DE TESIS

CMF Armando Cervantes Alanís

ASESOR METODOLÓGICO

Dra. Myriam Angélica De la Garza González

ASESOR ESTADISTICO

Dr. Gustavo Israel Martínez González.

AGRADECIMIENTOS

Hace algunos días leía un manual de fin de curso de preparatoria que yo misma realicé, en donde puse algunas frases como: “si no intentas grandes cosas, no las lograrás”, y recordé lo que soy, por lo que agradezco a Dios por ponerme en este camino, y a mis padres, quienes me han inculcado el tesón para realizar las cosas que me he propuesto, por permitirme soñar y ayudarme a cumplir mis sueños, dándome las herramientas principales para lograrlo.

Con este proyecto se termina una meta más, y se empiezan otras tantas, y no quiero cerrar este ciclo sin agradecer a todas las personas que por estos cuatro años han estado presentes y han permanecido a mi lado, a mis papás Antonio y Elvira que son mi mayor inspiración, mis hermanos Iván, Toño y a mi nueva hermana Linda, porque nunca han dejado de creer en mí, y a toda mi familia.

A mis amigos, que todos son unos fregones en lo que hacen y han sido un motivo muy grande de superación, en especial a Fabiola y César que me regalaron varios domingos ayudándome en la parte estadística de este manuscrito.

A mis compañeros de residencia Jessica, Karla y Duarte, que sin ellos se hubiera hecho más pesado, la vida nos puso en el mismo camino por alguna razón, compaginar cuatro personalidades diferentes, cuatro maneras de pensar y habernos entendido como nosotros no es fácil, y encontrar un equipo que al paso de los días, meses y años se han convertido en familia, gracias.

A la mayor inspiración para mí en el área de Maxilofacial, al Dr. Armando Cervantes, que desde el servicio social hasta el día de hoy ha sido mi mayor ejemplo, de perseverancia, de ganas de crecer y saber más, y no quedarse con el conocimiento si no querer compartirlo, gracias maestro.

A todos mis maestros, a la Dra. Diana Pérez por apoyarnos y confiar en nosotros, y siempre creer que podíamos ser mejores, gracias doctora; a la Dra. Belinda y el Dr. Villalpando por haberme dado la oportunidad de entrar a esta especialidad y al Dr. Uribe por todo su apoyo en nuestro entrenamiento.

Alguna vez una persona muy importante me dijo, que somos una pequeña parte de cada una de las personas que van pasando en nuestra vida, y soy fiel creyente de esto, “cuando la vida te cruza con personas extraordinarias no se quedan a mitad del camino, te acompañan hasta el final del viaje. La magia no está en saber llegar sino saber quedarse”.

A veces existen circunstancias en la vida que te hacen cambiar, y esta experiencia ha sido de mucho crecimiento personal para mí, y hay que recordar siempre siempre, que lo único inmutable es lo estático de la esencia y lo dinámico en la existencia, nunca olvides quien eres.

Gracias

DEDICATORIA

A mi sobrina Emma que aunque en estos momentos solo esté por cumplir dos meses de edad, quiero que sepas que desde entonces, te enseñaré que eres grande, y que la vida es una decisión constante, que tu misma forjarás tu destino, y lo que tú quieras, tanto como lo quieras lo podrás lograr.

Te amo, tía Eva.

LISTA DE TABLAS

Numero de tabla	Título	Página
1	Prevalencia de lesiones orales de tejidos blandos	66-67
2	Prevalencia de las lesiones orales en tejidos blandos según su etiopatogenia	68
3	Prevalencia de las lesiones orales en tejidos blandos según el sexo.	69-70
4	Prevalencia de las lesiones orales de los tejidos blandos por década de vida	71
5	Prevalencia de las lesiones orales de los tejidos blandos según la localización anatómica	72
6	Prevalencia de las lesiones orales benignas y malignas de los tejidos blandos	73
7	Prevalencia de las lesiones orales benignas y malignas de los tejidos blandos según el sexo	74
8	Prevalencia de las lesiones orales malignas de los tejidos blandos según la localización anatómica	75-76

NOMENCLATURA Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Acantolíticas: células Tzanck, se caracterizan por poseer núcleos grandes e hipercromáticos.

Acromegalia: Enfermedad crónica, que se caracteriza por un aumento de tamaño de las manos, pies, mandíbula y nariz, causada por una lesión en la glándula pituitaria.

Amiloide: proteína anormal que se produce en la médula ósea y puede depositarse en cualquier tejido u órgano.

Benigno: afección que no propaga a otras partes del cuerpo ni invade tejido adyacente.

Carcinomatoso: relacionado con tumor maligno, carcinoma.

Cretinismo: forma de deficiencia congénita autosómica recesiva de la glándula tiroidea, lo que provoca un retraso en el crecimiento físico y mental.

Cribiforme: con un patrón perforado con orificios pequeños como una criba.

Dendrita: prolongaciones protoplasmáticas ramificadas, bastante cortas de las neuronas, dedicadas principalmente a la recepción de estímulos y secundariamente a la alimentación celular.

Disfagia: sensación de dificultad para deglutir alimentos sólidos o líquidos.

Disfonía: pérdida del timbre normal de la voz por trastorno funcional u orgánico de la laringe.

Disnea: dificultad respiratoria o falta de aire. Afección que involucra una sensación de dificultad o incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire.

Displasia: anormalidad en el aspecto de las células debido a alteraciones en el proceso de maduración de las mismas.

Edema: hinchazón causada por la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo.

Eritroplasia: describe cualquier área eritematosa en una membrana mucosa.

Estomatitis: proceso inflamatorio que afecte a las membranas mucosas de la boca y los labios.

Estroma: tejido conjuntivo que constituye la matriz o sustancia fundamental de un órgano, y sostiene los elementos celulares que lo conforman.

Exofítica: lesión sólida, excrecente y circunscrita, que hace relieve franco sobre de la mucosa oral normal detectable a la inspección y exploración, generalmente de consistencia blanda, elástica o duroelástica.

Fibroblasto: célula de tejido conjuntivo que elabora y segrega proteínas de colágeno.

Fístula: es una comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas, por lo general con tejido de granulación.

Fusiforme: en forma de huso. Forma alargada elipsoide, y con extremidades mas estrechas que el centro.

Hiperqueratosis: engrosamiento de la capa córnea, que está compuesta de queratina, una fuere proteína protectora.

Mácula: lesión cutánea que consiste en una alteración circunscrita del color de la piel, diferente del tejido que la rodea. No incluye un cambio ni en la textura ni en el grosor de la piel.

Maligno: enfermedad en la que hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. También pueden diseminar hasta otras partes del cuerpo a través de los sistemas sanguíneo y linfático.

Melanina: es una sustancia natural que da color al cabello, piel, ojos. Es producida por células en los melanocitos de la piel.

Melanocitos: es una célula dendrítica que deriva de la cresta neural y que migra hacia la epidermis y el folículo piloso durante la embriogénesis.

Nódulo: concreción de pequeño tamaño y forma esferoidal, constituida por la acumulación de linfocitos, principalmente en el tejido conjuntivo de las mucosas.

Ortoqueratina: epitelio de la cavidad bucal, cuya superficie está protegida por esta capa cornea o queratina, donde las células no muestran núcleos.

Papiloma: formación patológica constituida por tejido epitelial que se caracteriza por la hipertrofia de las papilas de la piel o de las membranas mucosas.

Pápula: es un tipo de lesión en piel menor de 1 cm de diámetro circunscrita, elevada, de bordes bien definidos, y de contenido sólido.

Paraqueratina: epitelio de la cavidad bucal, cuya superficie está protegida por esta capa cornea o queratina, donde las células si muestran núcleos.

Pediculado: estructura que tiene un pedúnculo, está unida a otra estructura mediante un pedúnculo.

Periosteítis: inflamación del periostio, la capa más superficial del hueso.

Picnótico: retracción del núcleo con condensación de la cromatina.

Pleomorfo: que tiene la capacidad de adquirir distintas formas, en cuanto a las células, variación en el tamaño y la forma de las células o sus núcleos.

Verruga: prominencia benigna y de pequeño tamaño que sale en la piel y está formada por la dilatación de las papilas vasculares y el endurecimiento de la epidermis que las cubre.

Vesícula: ampolla en forma de pequeña lesión cutánea, elevada, de paredes finas que contiene un líquido transparente.

Virión: partícula vírica y morfológicamente completa e infecciosa. Compuesta por RNA o ADN vírico, proteínas víricas y nucleocápside.

TABLA DE CONTENIDO

Sección

AGRADECIMIENTOS.....	iv-v
DEDICATORIA.	vi
LISTA DE TABLAS.....	vii
NOMENCLATURA Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	viii-ix
RESUMEN.....	xv-xvi
ABSTRACT.....	xvii-xviii
1.INTRODUCCIÓN.....	1
2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
3.JUSTIFICACIÓN.....	4
4.HIPÓTESIS.....	5
5.OBJETIVOS.....	6
6.ANTECEDENTES.....	7
7.MARCO TEÓRICO.....	15
7.1 Alteraciones del desarrollo de la cavidad oral de los tejidos blandos.....	15
7.2 Trastornos de origen epitelial de la cavidad oral.....	18
7.2.1 Lesiones epiteliales benignas.....	18
7.2.2 Lesiones pigmentadas benignas	19
7.2.3 Hiperplasia epitelial.....	23
7.2.4 Neoplasias epiteliales malignas.....	24
7.3 Infecciones de la cavidad oral.....	26
7.3.1 Infecciones víricas.....	26
7.3.1.1 Virus del herpes.....	26
7.3.1.2 Virus del papiloma humano.....	28
7.3.1.3 Virus de Inmunodeficiencia Humana.....	30
7.3.2 Infecciones bacterianas.....	32

7.3.2.1	<i>Mycobacterium</i>	32
7.3.2.2	<i>Actinomyces</i>	33
7.3.3	Micosis.....	34
7.3.3.1	<i>Candida albicans</i>	34
7.4	Lesiones orales mediados por procesos inmunitarios.....	35
7.4.1	Estomatitis aftosa recidivante.....	35
7.4.1.2	Trastornos mucosos y cutáneos.....	38
7.5	Lesiones de la cavidad de tejido conjuntivo.....	43
7.5.1	Tejido fibroso.....	43
7.5.1.1	Hiperplasias	43
7.5.1.2	Neoplasias fibrosas benignas.....	46
7.5.1.3	Neoplasias fibrosas malignas.....	47
7.5.2	Tejido nervioso.....	48
7.5.2.1	Hiperplasia.....	48
7.5.2.2	Neoplasias benignas de tejido nervioso.....	49
7.5.2.3	Neoplasias malignas de tejido nervioso.....	51
7.5.3	Tejido muscular.....	52
7.5.3.1	Neoplasias de tejido muscular.....	52
7.5.4	Tejido adiposo	52
7.5.4.1	Neoplasias de tejido adiposo	52
7.5.5	Tejido vascular	54
7.5.5.1	Hiperplasia de tejido vascular	54
7.5.5.2	Hamartomas y neoplasias benignas	55
7.5.6	Tejidos óseos y cartilagosos	56
7.5.6.1	Lesiones del desarrollo	56
7.6	Trastornos de las glándulas salivales	57
7.6.1	Tumores benignos de las glándulas salivales	57
7.6.2	Tumores malignos de las glándulas salivales	59
8.	MATERIALES Y MÉTODOS..	62
8.1	Tipo de estudio	62
8.2	Población del estudio..	62

8.3 Periodo del estudio..	62
8.4 Muestra ..	62
8.5 Criterios de Selección de la Población..	62
8.6 Protección de datos al paciente ..	63
8.7 Sistema de variables ..	63
8.8 Metodología ..	63
8.9 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos ..	64
9. RESULTADOS ..	65
10. DISCUSIÓN ..	77
11. CONCLUSIÓN ..	80
12. REFERENCIAS ..	81

RESUMEN

TESISTA: Eva Margarita de la Torre Alfaro

DIRECTOR DE TESIS: José Adolfo Uribe Quintana

CODIRECTOR DE TESIS: Armando Cervantes Alanís

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

PREVALENCIA DE LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS EN CAVIDAD ORAL EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL METROPOLITANO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN EN EL PERÍODO DE MARZO 2016 A MARZO 2019.

Introducción: Las lesiones de los tejidos blandos de la cavidad oral pueden estar relacionadas con diversas etiologías, como alteraciones del desarrollo, lesiones de origen infeccioso (viral, bacteriano, micosis), de origen autoinmune, epitelial y de tejido conectivo, así como glandular; pueden presentarse de manera asintomática, pero en otras ocasiones suele causar dolor o incomodidad que interfiere con la masticación, la deglución y el habla, por lo que de esto depende el diagnóstico y tratamiento temprano de la lesión. Es por lo anteriormente expuesto, que el objetivo del presente estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, fué conocer la prevalencia de lesiones de tejidos blandos en cavidad oral así como la prevalencia según la edad, genero y localización anatómica.

Objetivo: Determinar la prevalencia de lesiones de tejidos blandos en cavidad oral en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León en el período de marzo 2016 a marzo 2019.

Material y métodos: Se revisaron los expedientes electrónicos de pacientes mayores de 1 año de edad, a los cuales se les haya realizado métodos de diagnóstico como valoración clínica y biopsia incisional y hayan dado como resultado alguna lesión de tejidos blandos en cavidad oral en consulta externa del servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial en el Hospital Metropolitano de Monterrey en el periodo de marzo 2016 a marzo 2019.

Resultados: De 1271 pacientes que acudieron a la consulta externa de maxilofacial en el periodo marzo de 2016 – marzo 2019, se descartaron 836 expedientes electrónicos de pacientes que no presentaron lesiones orales de los tejidos blandos, se realizó la revisión de 435 historias clínicas de pacientes que acudieron al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano durante el periodo de 3 años (2016 al 2019) de los cuales se descartaron 259 por expedientes incompletos en la información de ésta investigación, quedando un total de 176 pacientes, de entre 6-92 años de edad, encontrando la hiperplasia fibrosa focal como la lesión con mayor prevalencia (15.91%), (n=28), seguido por el mucocele (14.77%), (n=26). Según la etiopatogenia, las lesiones de tejido conjuntivo fueron las más frecuentes (36.93%), seguido por los transtornos de glándulas salivales (26.70%). El 59.66% (n=105) de los pacientes pertenecieron al sexo femenino, y 40.34% (n=71) al sexo masculino. La mayor prevalencia de las lesiones orales de los tejidos blandos se encontró en la 5ta década de la vida, entre 40-49 años de edad. La localización anatómica más frecuente de las lesiones de los tejidos blandos fue mucosa labial (24.43%), (n=43), seguido de lengua (23.86%), (n=42).

Conclusión: Los estudios acerca de la epidemiología de las lesiones orales son importantes porque ayudan a comprender la prevalencia, distribución y severidad de las mismas en una población. En el presente estudio, la prevalencia de las lesiones fue del 13.84%, que se encuentra dentro del rango reportado por otras investigaciones. La lesión oral con mayor prevalencia de los tejidos blandos es la hiperplasia fibrosa focal (15.91%). La mayor prevalencia de las lesiones se presentó en edades adultas, entre de la 2da y 6ta década de vida, más acentuado entre los 50 y 59 años de edad; la edad es un factor coadyuvante en la aparición de lesiones orales de los tejidos blandos.

ABSTRACT

TESISTA: Eva Margarita de la Torre Alfaro

DIRECTOR DE TESIS: José Adolfo Uribe Quintana

CODIRECTOR DE TESIS: Armando Cervantes Alanís

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

PREVALENCE OF SOFT TISSUE INJURIES IN THE ORAL CAVITY IN THE ORAL AND MAXILOFACIAL SURGERY DEPARTMENT AT THE HOSPITAL METROPOLITANO OF THE SECRETARIAT OF HEALTH OF THE STATE OF NUEVO LEÓN IN THE PERIOD FROM MARCH 2016 TO MARCH 2019.

Introduction: Soft tissue lesions of the oral cavity can be related to various etiologies, such as developmental alterations, lesions of infectious origin (viral, bacterial, mycosis), of autoimmune, epithelial and connective tissue origin, as well as glandular; They can present asymptotically, but on other occasions it usually causes pain or discomfort that interferes with chewing, swallowing and speaking, so early diagnosis and treatment of the lesion depends on this. It is because of the foregoing that the objective of this retrospective, cross-sectional and descriptive study was to know the prevalence of soft tissue lesions in the oral cavity as well as the prevalence according to age, gender and anatomical location.

Objective: To determine the prevalence of soft tissue lesions in the oral cavity in the Oral and Maxillofacial Surgery Service of the Metropolitan Hospital of the Secretary of Health of the State of Nuevo León in the period from March 2016 to March 2019.

Material and methods: The electronic records of patients older than 1 year of age were reviewed, who, through the outpatient service of the Oral and Maxillofacial Surgery

service, had undergone diagnostic methods such as clinical assessment and incisional biopsy; which have resulted in a soft tissue injury in the oral cavity at the Hospital Metropolitano de Monterrey in the period from March 2016 to March 2019.

Results: Of 1271 patients who attended the maxillofacial outpatient clinic in the period March 2016 - March 2019, 836 electronic records of patients who did not present oral soft tissue lesions were discarded, a review of 435 clinical records of patients was carried out. who attended the Oral and Maxillofacial Surgery service of the Metropolitan Hospital during the period of 3 years (2016 to 2019) of which 259 were discarded due to incomplete files in the information of this investigation, leaving a total of 176 patients, between 6- 92 years of age, the lesion with the highest prevalence being focal fibrous hyperplasia with 15.91% (n = 28), followed by mucocele with 14.77% (n = 26). According to the etiopathogenesis, connective tissue lesions were the most frequent with 36.93%, followed by salivary gland disorders with 26.70%. The female gender was found over the male with 59.66% (n = 105), and male 40.34% (n = 71). The highest prevalence of oral soft tissue lesions was found in the 5th decade of life, between 40-49 years of age. The most frequent anatomical location of soft tissue lesions was labial mucosa with 24.43% (n = 43), followed by tongue 23.86% (n = 42).

Conclusion: Studies on the epidemiology of oral lesions are important because they help to understand the prevalence, distribution and severity of them in a population. In the present study, the prevalence of injuries was 13.84%, which is within the range reported by other investigations. The oral lesion with the highest prevalence of the soft tissues is focal fibrous hyperplasia (15.91%). The highest prevalence of injuries occurred in adults, between the 2nd and 6th decade of life, more accentuated between 50 and 59 years of age; age is a contributing factor in the appearance of oral soft tissue lesions.

1.INTRODUCCIÓN

Las lesiones de los tejidos blandos de la cavidad oral pueden estar relacionadas con diversas etiologías, como alteraciones del desarrollo, lesiones de origen infeccioso (viral, bacteriano, micosis), de origen autoinmune, epitelial y de tejido conectivo, así como glandular, pueden presentarse de manera asintomática, pero en otras ocasiones suele causar dolor o incomodidad que interfiere con la masticación, la deglución y el habla, por lo que de esto depende el diagnóstico y tratamiento temprano de la lesión. Para el diagnóstico definitivo se requiere de la correlación con datos clínicos con exámenes complementarios, así como el análisis histopatológico. Las lesiones benignas representan un gran porcentaje de las lesiones de la cavidad oral en la población en general, encontrando a su vez lesiones premalignas que un 5% de ellas suelen presentar transformación maligna, siendo el carcinoma epidermoide el más frecuente.

En la investigación realizada por López y cols. (2015) detectaron las patologías más frecuentes presentadas en la cavidad oral, siendo la hiperplasia fibrosa en un 28.2% seguido de mucocel 8.2%, las variables de sexo 1:1.59 femenino 61%, masculino 39%, la frecuencia de las edades de los pacientes que presentaron lesiones fue entre los 46 a 50 años, la media fue 41.9 años, el tipo de lesión de acuerdo con su evolución fue 97.4% lesiones benignas, 2.56% lesiones malignas; el sitio de localización anatómica las lesiones se presentaron en labios 19%, seguido de la mucosa bucal 18%, lengua 16.3%, encía inferior 8%. (1)

Coincidente con el estudio realizado por Soto y cols. (2017) las patologías benignas de cavidad oral mas comunes fueron la hiperplasia fibrosa inflamatoria 38%, el fibroma por irritación 25% y el carcinoma epidermoide 24%. El grupo patológico más común fue el de las proliferaciones reactivas 35.19% y el menos común el de las lesiones premalignas 1.76%.(2) Posteriormente Cruz y cols. (2018), demostraron que la prevalencia de

patologías estomatológicas fue de 45,10%, de las cuales la mayoría se presentó en mujeres 60,87%. El tipo de patologías estomatológicas más frecuentemente encontradas fueron las reactivas/traumáticas 43,4% y su localización más común fue la semimucosa labial 26,9%.(3)

Actualmente, en nuestro hospital carecemos de investigaciones de este tipo para conocer la incidencia de las diferentes lesiones de tejidos blandos que se pueden presentar en la cavidad oral. La necesidad de realizar esta misma, recae en el notable crecimiento de las mismas, por lo que el propósito del presente estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, es conocer la prevalencia de lesiones de tejidos blandos en cavidad oral en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León en el período de marzo 2016 a marzo 2019, así como la prevalencia según la edad, genero y localización anatómica.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la última década, se han realizado investigaciones sobre los aspectos epidemiológicos que afectan la cavidad oral, los estudios se han limitado a un tipo de enfermedad o estructuras anatómicas específicas, así como la prevalencia de los mismos, relacionados únicamente a la mucosa oral. Sin embargo, un número bajo se han realizado en nuestro país y más específicamente en nuestro nosocomio Hospital Metropolitano el cual carece de este estudio. Actualmente se presume de aumento de las lesiones de los tejidos blandos de la cavidad oral, y han sido estimuladas por múltiples factores, fundamentalmente por el estilo de vida, hábitos nocivos, así como la exposición de agentes químicos o radiación de manera crónica. Algunas lesiones presentan características similares lo que resulta más difícil su diagnóstico, incrementado la detección tardía de lesiones que actúan de manera agresiva, indicando como resultado la necesidad de realizar tratamientos mayormente invasivos para los pacientes.

3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene el propósito de determinar la prevalencia de lesiones de tejidos blandos en cavidad oral, debido a que actualmente el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano SSNL carece del mismo, aportando así a la casuística de datos y cifras estadísticas para el estudio demográfico, además de contribuir y contrastar a los resultados en la literatura; a su vez dar relevancia a patologías de la cavidad oral, así como a la detección y tratamiento temprano de las mismas; y para así, abrir nuevas investigaciones en este rubro.

En el transcurso de la realización del estudio, nos podemos encontrar con una serie de limitantes, dentro de las cuales pudiese ser la inadecuada clasificación en el sistema CIE-10 para la prevalencia de lesiones de tejidos blandos en cavidad oral, teniendo en cuenta lo anterior, se analizarán los expedientes clínicos detalladamente para llegar a una adecuada clasificación según su etiopatogenia.

4. HIPÓTESIS

Hipótesis de investigación (Hi)

La hiperplasia fibrosa focal, es la lesión de la cavidad oral en tejidos blandos con mayor prevalencia.

Hipótesis nula (Ho)

La hiperplasia fibrosa focal, no es la lesión de la cavidad oral en tejidos blandos con mayor prevalencia.

4.1 Pregunta de investigación:

¿Cual es la prevalencia de lesiones de tejidos blandos en cavidad oral en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León en el período de marzo 2016 a marzo 2019?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de lesiones de tejidos blandos en cavidad oral en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León en el período de marzo 2016 a marzo 2019.

5.2 Objetivos específicos

- Comparar la prevalencia según el sexo y edad de lesiones de tejidos blandos en cavidad oral en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León en el período de marzo 2016 a marzo 2019.
- Identificar la prevalencia según la localización anatómica de lesiones de tejidos blandos en cavidad oral en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León en el período de marzo 2016 a marzo 2019.
- Categorizar según la prevalencia por etiopatogenia de lesiones de tejidos blandos en cavidad oral en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León en el período de marzo 2016 a marzo 2019.

6. ANTECEDENTES

López y cols. (2015) Estudiaron Prevalencia e incidencia de diagnósticos histopatológicos en cabeza y cuello 2006-2013, en el Servicio de Patología Oral y Maxilofacial Unidad de Especialidades Odontológicas en México, D.F.; La información se obtuvo de los 1,965 reportes histopatológicos con datos completos de edad, sexo, ubicación anatómica de la lesión y laminillas presentes en el archivo, se analizaron con el sistema SPSS, con medidas de tendencia central. En los resultados obtenidos detectaron las patologías más frecuentes presentadas en la cavidad oral, siendo la hiperplasia fibrosa en un 28.2% seguido de mucocele 8.2%, coincidiendo con los reportes publicados comparando nuestro estudio con un universo mayor, coincidiendo en la mayoría de las variables, de sexo 1:1.59 femenino 61%, masculino 39%, las edades presentadas en la población estudiada fue de uno hasta 90 años, la frecuencia de las edades de los pacientes que presentaron lesiones fue entre los 46 a 50 años, la media fue 41.9 años, el tipo de lesión de acuerdo con su evolución fue 97.4% lesiones benignas, 2.56% lesiones malignas; el sitio de localización anatómica se dividió en tejidos blandos, duros y piel; las lesiones se presentaron en labios 19%, seguido de la mucosa bucal 18%, lengua 16.3%, encía inferior 8%, cada una de las regiones anatómicas se subdividió en sitios específicos, los tejidos duros se subdividieron en maxilar 9.5%, mandíbula 8%, las glándulas salivales se dividieron en glándulas menores y mayores, la lesión maligna que se presentó con mayor frecuencia fue el carcinoma de células escamosas 59%, seguido del carcinoma de células basales 10% (1).

Araujo y cols. (2015) Estudió la prevalencia de lesiones de la mucosa oral en una población de la policía militar brasileña; se realizaron entrevistas y exámenes de cavidad oral en una muestra de 395 oficiales de policía seleccionados al azar. El número de individuos se obtuvo mediante un cálculo de muestra utilizando la corrección de población finita. Los criterios de diagnóstico se basaron en los criterios de la Organización mundial

de la Salud (OMS1997) y se adaptaron a las encuestas brasileñas. Los resultados, un total de 8.61% de la población estudiada tenía algún tipo de lesiones de la mucosa oral. Los trastornos más comunes fueron lesiones traumáticas (20.53%) y glositis migratoria benigna (20.59%) (4).

Tacuche y cols. (2016) En su investigación “Prevalencia Del Granuloma Piógeno En Gestantes Del Hospital Hermilio Valdizan Huánuco 2016”. El tipo de investigación es básica, el nivel descriptivo y la muestra estuvo conformada por 50 gestantes dentro del 2do y 3er trimestre de la semana 15 - 38 de embarazo, entre 18 a 35 años de edad que acudieron al servicio de odontología durante los meses de mayo a julio del 2016. En cuanto a los resultados, con respecto a la prevalencia de granuloma piógeno fue de 14% en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huánuco, Perú, según la edad de las gestantes muestra que en las edades de 26 a 35 años se presentan con mayor frecuencia, y con menor porcentaje en las gestantes de 15 a 25 años (5).

Nápoles y cols. (2016) Realizaron un estudio observacional descriptivo, “Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras”, en enero a diciembre de 2014, en el departamento de prótesis dental del Policlínico Julio Antonio Mella, Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba. El universo lo constituyeron 272 pacientes mayores de 60 años de edad con prótesis totales, que acudieron en el período de la investigación. La selección de la muestra fue no probabilística constituida por 180 pacientes que presentaron alteraciones de la mucosa. De los 180 pacientes, el 60 % eran femeninos y el 40 % masculino. El grupo de edad que predominó fue el de 60 a 64 años. La estomatitis subprótesis (33, 19 %), la úlcera traumática (24, 70 %) y el épulis fisurado (16, 19 %), fueron las lesiones que más se manifestaron. El 63, 96% de las lesiones están asociadas con las prótesis desajustadas (6).

Soto y cols. (2017) Evaluaron la Prevalencia de patologías orales y maxilofaciales en el Hospital General Regional Núm. 1 Querétaro, Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. Se incluyó todo estudio histopatológico referido al Departamento de Anatomía Patológica realizado por el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Regional Núm. 1 Delegación Querétaro, en el periodo comprendido de enero de

2007 a diciembre de 2015. Se registraron 341 diagnósticos histopatológicos, de los cuales los más comunes fueron la hiperplasia fibrosa inflamatoria (38%), el fibroma por irritación (25%) y el carcinoma epidermoide (24%). El grupo patológico más común fue el de las proliferaciones reactivas (35.19%) y el menos común el de las lesiones premalignas (1.76%) (2).

Delesma y cols. (2017) Realizó la investigación “Prevalencia de neoplasias benignas y malignas de la cavidad oral con estudio histopatológico en el Servicio de Cabeza y Cuello del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo 2010 - 2016”. Se realizó un estudio retrospectivo durante el periodo 2010 hasta el 2016, se registraron 2428 biopsias de la cavidad oral que se realizaron en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Nacional Dos de Mayo, en Lima, Perú; de éstas se obtuvo un total de 183 con diagnóstico anatomopatológico de neoplasia. La prevalencia de neoplasias de la cavidad oral fue 7,5%. Existe una mayor prevalencia de neoplasias benignas (5,5%) que neoplasias malignas (1,9%). Los pacientes femeninos fueron los más afectados 60,1%, excepto en el 2010 que hubo una mayor afección al sexo masculino. El mayor número de casos con neoplasias en cavidad oral, se presentó en pacientes que están entre la década del 30-59 años de edad. El papiloma representó la mayor neoplasia benigna con un 57,8%. El carcinoma epidermoide representó la mayor neoplasia maligna con un 77,1% y finalmente con respecto a la localización de las neoplasias en cavidad oral, se manifestó en su mayoría en la región de la lengua (53%) (7).

Guevara y cols. (2017) En su investigación “Prevalencia De Lesiones En La Mucosa Oral En pacientes Atendidos En El Servicio De Estomatología Del Hospital Militar Central Del Perú Durante El Periodo 2001-2016”, tipo de estudio, retrospectivo, transversal, descriptivo; la población consistió en 27350 historias clínicas pertenecientes a los años 2001 al 2016 y se utilizó una fórmula para calcular la muestra representativa, el resultado fue de 380 historias clínicas. Se recolectaron las siguientes variables: Sexo, edad, presencia o ausencia de las lesiones y localización de las mismas. Los resultados mostraron una prevalencia de 10.5% de lesiones en mucosa oral, se registraron un total de 14 diferentes tipos de lesiones. La lesión más prevalente fue la mácula melanótica con 25%, seguido de la úlcera traumática con 20% y la hiperqueratosis friccional con 15%.

Las lesiones fueron más prevalentes en varones con una relación varón: mujer de 1.6:1, y fueron más frecuentes en pacientes adultos mayores (56-65) con 15.6%. En cuanto a la etiopatogenia, las lesiones de tipo reactivas, traumáticas y desórdenes morfogenéticos fueron las más prevalentes con 47.5%, 25% y 12.5% respectivamente, estas representaron el 85% del total. La localización más frecuente fue la mucosa yugal con 40%, seguido de la mucosa labial con 30% del total (8).

Marx y cols. (2017) publicaron su estudio, “Prevalencia de alteraciones bucales en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua” en Ciudad de México. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se incluyeron todos los expedientes clínicos de los pacientes que acudieron al servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, entre 2010 y 2014. Se realizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Las variables del estudio se describieron por medio de frecuencias y proporciones. Para describir la relación entre el diagnóstico dermatológico y el bucal se utilizó la r° de Spearman. Se revisaron 1,670 expedientes clínicos de los que únicamente 532 cumplieron los criterios de selección. El 41% de las alteraciones bucales correspondieron a trastornos infecciosos principalmente candidiasis en 29%, 24% a tumores benignos, 10% a enfermedades ampollosas, 7% a trastornos pigmentarios, 6% a procesos ulcerativos y 6% a alteraciones inflamatorias (9).

Barberán y cols. (2017) en su estudio “Principales lesiones y condiciones secundarias encontradas en pacientes con tratamiento antihipertensivo. “Rafael Freyre”, 2016 Holguín, de enero- mayo del 2016; cuyo objetivo era determinar la presencia de lesiones y condiciones secundarias más frecuentes en cavidad bucal de pacientes bajo tratamiento antihipertensivo. Realizaron un estudio observacional descriptivo de serie de casos, que acudieron al Policlínico con Servicios de Hospitalización Mario Muñoz, del municipio de Rafael Freyre, provincia. El universo de estudio estuvo constituido por 41 pacientes que se examinaron en consulta. El grupo de edad más afectado por las lesiones y condiciones secundarias fue el de 35-59 años (51,2%) y el sexo femenino el más representativo, con el 58,5%. Los medicamentos antihipertensivos más usados fueron los diuréticos (n=39) y bloqueadores de canales del calcio los menos (n=19). La xerostomía (56,1%) fue la manifestación más encontrada y la reacción liquenoide (4,9%), la menos vista. El ciento

por ciento de los pacientes mostraron cambios en su cavidad bucal por consumo de medicamentos antihipertensivos (10).

Lao y cols. (2018) publicaron un estudio “Egresos hospitalarios debidos a enfermedades de las glándulas salivales, CCSS, Costa Rica, 1997 al 2015”, descriptivo, analizaron los casos informados sobre enfermedades de las glándulas salivales de la base de datos del Registro de Egresos Hospitalarios del Área de Estadística en Salud del la Caja Costarricense del Seguro Social, acontecidos durante los años 1997 al 2015, los cuales fueron analizados por los comportamientos de las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona; estadística descriptiva. Se registró un total de 1.606 casos de enfermedades de las glándulas salivales, según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10; dentro de los resultados obtenidos, la tasa por grupo de edad se concentró en la población de mayores de 65 años con una tasa de 8,28 x 10.000 habitantes; la tasa por localización geográfica en nuestro país fue de 4,34 por cada 10.000 habitantes en la provincia de Alajuela (11).

Xavier y cols. (2018) Realizaron un estudio observacional y descriptivo, “Lesiones bucales y maxilofaciales en niños y adolescentes”. Se realizó una revisión retrospectiva de 862 informes de los exámenes patológicos realizados en un laboratorio de Patología Oral del nordeste de Brasil, durante el período comprendido entre marzo de 2001 y diciembre de 2009. En cuanto a los resultados obtenidos, el perfil epidemiológico de los pacientes se caracterizó por las mujeres (53,24 %), de raza caucásica (45,12%) con una edad media de 13,06 años. Lesiones de las glándulas salivales fueron la categoría con el mayor número de casos (182), y el mucocele fue el diagnóstico histopatológico más frecuente (18,44 %), con un tamaño medio de 1,97 cm. La mayoría de los casos fueron asintomáticos (70,88 %) (12).

Caudillo y cols. (2018) en su investigación “Lesiones Orales en Tejidos Blandos de una Población Escolar en la Ciudad de México” cuyo objetivo fue identificar la distribución y frecuencia de las lesiones orales en los tejidos blandos de la población escolar de seis a doce años de diez escuelas primarias de la delegación Iztapalapa en la Ciudad de México, este estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional realizado

en una muestra por conveniencia de 2394 escolares de seis a doce años, que entregaron su permiso firmado previa información a los padres de familia. La información se capturó en el Programa de Cómputo SPSS versión 17.0. El 83,2 % de los escolares participantes se encontraron libres de lesiones orales en sus tejidos blandos, 365 (17,75%), presentaron algún tipo de lesión en los tejidos blandos de la boca, de los cuales 214 (10,41%) corresponde al sexo masculino y 151 (7,34%) al femenino; 187 (9,2%), escolares presentaron lesiones traumáticas en carrillos, labios o lengua, siendo esta la de mayor frecuencia (13).

Cruz y cols. (2018) Realizaron un estudio descriptivo y de corte transversal, “Prevalencia De Patologías Estomatológicas Encontradas En La Campaña De Prevención Contra Enfermedades Bucales. Universidad Católica De Santiago De Guayaquil, Ecuador”, se realizó mediante el examen físico de la cavidad bucal en 408 personas. Posteriormente se realizó un cuestionario sobre los hábitos tóxicos de los pacientes para evaluar los factores de riesgo asociados a la aparición de las patologías. La prevalencia de patologías estomatológicas fue de 45,10%, de las cuales la mayoría se presentó en mujeres (60,87%). El tipo de patologías estomatológicas más frecuentemente encontradas fueron las reactivas/traumáticas (43,4%) y su localización más común fue la semimucosa labial (26,9%) (3).

Romero y cols. (2018) Realizaron un estudio es de tipo transversal, retrospectivo y observacional, de diseño epidemiológico de nivel descriptivo, “Prevalencia De Mucocele En Pacientes Atendidos En El Servicio De Cirugía De Cabeza, Cuello Y Maxilo Facial Del Hospital La Caleta En Los Meses De Enero A Junio, Año 2018”, la muestra lo constituyeron 33 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de mucocele. Se obtuvo como resultado que la prevalencia de mucocele es de 2,7%; la prevalencia de mucocele según su ubicación anatómica es del 94% y se ubica en el labio inferior; según el sexo la mayor prevalencia se da en el sexo masculino con el 66.7%; según la edad la mayor prevalencia se presenta en el grupo etareo de 16 a 25 años de edad con el 48.5 %; Se concluye que la prevalencia de mucocele en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital La Caleta en los meses de enero - junio, año 2018 es del 2,7% (14).

Ramírez y cols. (2018) en su estudio “Prevalencia de las manifestaciones estomatológicas de los pacientes hospitalizados en el Hospital para el Niño Poblano” en el periodo del 1 de marzo de 2015 al 1 de marzo de 2016. El tipo de estudio epidemiológico-descriptivo-retrospectivo-transversal. Se tomaron en cuenta 3,083 ingresos al hospital en ese periodo de tiempo, se analizaron los expedientes de 1,483 pacientes, las manifestaciones analizadas fueron con variables en estructura dental y tejidos blandos. Resultados. La prevalencia de las Manifestaciones Estomatológicas fue 1.4 por cada 10 pacientes ingresados. Principalmente en sexo masculino (54%), en edades de 3-6, 7-12 años. Las Manifestaciones Estomatológicas de mayor prevalencia: caries dental (60%), laceraciones en labios (5.8%) (15).

Boza y cols. (2019) realizaron un Análisis retrospectivo de las lesiones de la mucosa oral entre 2008-2015 en el internado clínico de odontología de la Universidad de Costa Rica, la muestra fue de 263 informes de lesiones orales recuperados del archivo de biopsias de la Facultad de Odontología de la UCR del 2008 a 2015. Se evaluaron y analizaron de forma descriptiva y cualitativa información sobre el sexo, edad, localización de la lesión y diagnóstico histopatológico. Resultados: los casos de lesiones de la mucosa oral afectaron preferentemente a las mujeres (n= 144; 54.8%), el promedio de edad fue 48.8 años (16.4 DS) y con lesiones predominantemente localizadas en lengua (n= 68; 25.9%), encía (n=62; 23.6%) y labio (n=61; 23.2%). Las lesiones proliferativas no neoplásicas (n=101; 38.7 %), lesiones potencialmente malignas (n=29; 11.1%) y lesiones epiteliales benignas y malignas (n=24; 9.1 %) fueron los grupos más prevalentes. Las cuatro lesiones más predominantes fueron la hiperplasia fibrosa, hiperplasia fibrosa inflamatoria, liquen plano e hiperqueratosis sin atipia (16).

Fernández y cols. (2019) realizaron una investigación de tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo; “Prevalencia De Lesiones Reactivas En La Cavidad Oral En El Área De Cirugía De Cabeza Y Cuello Y Maxilofacial Del Hospital “La Caleta” Distrito De Chimbote, Provincia Del Santa, Región Áncash, De Enero A Junio, 2017”. La muestra estuvo conformada por 44 historias clínicas de pacientes. Resultados: Se determinó que la mayor frecuencia es el Fibroma traumático con un 15,91%, con respecto a localización anatómica la mayor frecuencia de lesiones

reactivas de Fibroma traumático con un 9,09% está localizado en el Carrillo y Granuloma periférico de células gigantes con un 9,09% localizado en reborde alveolar, respecto a la edad de los pacientes están los de 50-54 años a más con 36,36 % y en ese intervalo de edades hay prevalencia del Fibroma traumático con 11,36% y mayormente afectado el sexo femenino con 9,09% de la muestra determinada (17).

Tonanzin y cols. (2019) Realizan un estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal y retrospectivo, “Prevalencia de tumores benignos de cavidad oral en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz”. Se reportaron 39 casos de tumores benignos de cavidad oral que corresponde al 100%. Los resultados obtenidos demostraron que los tumores benignos de cavidad oral presentaron una prevalencia mayor en el sexo femenino (61.53%). El hemangioma fue el tumor más prevalente (17.94%). La mandíbula fue la ubicación anatómica con mayor prevalencia (30.76% de los casos). El grupo de edad más frecuentemente afectado fue el de 10-19 años (25.64%), el año de diagnóstico con mayor incidencia durante el año 2017 (18).

Osterne y cols. (2019) “Lipoma de la cavidad oral: un estudio de 101 casos en una población brasileña” el objetivo de este estudio fue identificar las características clínicas e histopatológicas de los lipomas de la cavidad oral sometidos a análisis histopatológicos en un laboratorio de patología en la ciudad de Fortaleza, Ceará, Brasil. Se recopilaron datos de todos los casos de lesiones orales diagnosticadas como lipoma y confirmadas por examen histopatológico durante un período de 10 años, que incluyen: sexo, edad, ubicación anatómica, diagnóstico clínico y subtipos histopatológicos. Resultados: Durante el período evaluado, 101 casos fueron diagnosticados como lipomas, lo que representa el 1.01% de las biopsias de la cavidad oral. Las mujeres fueron más afectadas, con una relación hombre / mujer de 1: 1.8, y con un pico de incidencia entre 50 y 70 años. La mucosa bucal fue la región anatómica más afectada, seguida por el labio inferior (19).

7. MARCO TEÓRICO

7.1 Alteraciones del desarrollo de la cavidad oral de los tejidos blandos

Labio doble

El labio doble es una deformidad caracterizada por un pliegue horizontal de tejido mucoso en exceso, suele localizarse en el labio superior; es de origen congénito o adquirido. Su tratamiento es extirpación quirúrgica por motivos estéticos, pero el labio doble no suele requerir tratamiento.

Anquiloglosia

Anquiloglosia, es una anomalía alta de la movilidad normal de la lengua causada por la presencia de una inserción de tejido fibroso anormal entre la superficie ventral de la lengua y el suelo de la boca, causando alteración en el habla. El tratamiento es exitoso mediante resección quirúrgica o mediante técnicas de plastias.

Macroglosia

La macroglosia es un trastorno que puede ser congénito o secundario. De origen congénito y suele observarse en el síndrome de Down, el síndrome de Beckwith-Widemann y a veces en el síndrome de neoplasia endócrina múltiple tipo III. La macroglosia secundaria puede ser consecuencia de la afección difusa de la lengua por tumores, como linfangioma, hemangioma, neurofibroma, o de la infiltración difusa de la lengua por depósitos de amiloide en la amiloidosis. También relacionada con factores sistémicos como acromegalia y cretinismo.

Gránulos de Fordyce

Son acúmulos de las glándulas sebáceas que aparecen en diversas localizaciones dentro de la cavidad oral. Observados con mayor frecuencia en mucosa yugal bilateral, y bermellón del labio superior, incluso en la encía. son estructuras maculopapulosas múltiples, pequeñas, de color amarillento y aspecto miliar, que miden de 1 a 2 mm de diámetro, se ha estimado un 80% de los adultos presentan gránulos de Fordyce.

Histopatología

Se observan glándulas sebáceas, superficiales formadas por 1 a 5 lóbulos, y se vacían en un conducto que se abre en la superficie de la mucosa. No necesita tratamiento, solo informar al paciente su naturaleza.

Leucoedema

Es una alteración del epitelio oral caracterizada por la acumulación intracelular de líquido (edema) en la capa de células espinosas. Afecta a la mucosa yugal bilateral, aunque también pueden estar afectados los bordes laterales de la lengua. Se encuentra en un 85 a 95% de individuos afroamericanos, pero sólo en un 40 a 45% de sujetos de raza blanca. La mucosa afectada es asintomática y presenta un aspecto membranoso difuso y translúcido, de color blanco grisáceo. Suele incluirse en el diagnóstico diferencial de leucoplasias.

Histopatología

Se caracteriza por un grado leve de paraqueratosis y acantosis, y un notable acúmulo de líquido intracitoplasmático y de glucógeno, lo cual produce células espinosas aumentadas de tamaño con citoplasma claro y núcleos pequeños retraídos (picnóticos). El tejido conjuntivo subyacente es normal. Por su localización bilateral, y la alteración de su aspecto bajo tensión se identifica por clínica y no suele requerir biopsia.

Nevo blanco esponjoso

Denominado también gingivostomatitis de pliegues blancos, nevo oral epitelial o enfermedad de Cannon, es un trastorno hereditario autosómico dominante relativamente

raro, que se manifiesta como una lesión blanca de la mucosa oral. El origen del nevo esponjoso blanco es una mutación en el par K4y K13 de queratinas mucosas. Las lesiones son asintomáticas, blanquecina y a menudo plegadas, presentan una opalescencia translúcida. Pueden ser extensas y localizarse en mucosa yugal, lengua, encías, paladar y suelo de boca.

Histopatología

Se caracteriza por una hiperqueratosis de leve a moderada, acantosis y edema intracelular del estrato espinoso. Los núcleos de las células espinosas están retraídos (picnóticos); el tejido conjuntivo suele estar sin inflamación. No requiere tratamiento.

Nódulo tiroideo lingual

Es un nódulo submucoso de tejido tiroideo, situado en la parte posterior media del dorso de la lengua. El esbozo primitivo de la glándula tiroides desde la embriogénesis, se origina en el sitio del agujero ciego y migra hacia abajo a lo largo del tracto tirogloso hacia su destino final en la parte anterior del cuello. Si la totalidad o parte del esbozo tiroideo dejara de migrar, los residuos de tejido se pueden desarrollar a lo largo de la trayectoria de migración. A pesar de la ausencia clínica de nódulos tiroideos, hasta un 10% de casos presentan residuos de tejido tiroideo dentro de la lengua. Es más frecuente en mujeres, apareciendo entre la pubertad y adolescencia. Se presenta como una masa lisa, sésil, de 2 a 3 cm, localizada sobre la parte posterior media del dorso de la lengua en la región del agujero ciego. Sus síntomas principales son disfagia, disfonía, disnea y sensación de tirantez local. Como tratamiento, antes de extirparse debe asegurarse de que el paciente posee una glándula tiroidea funcional; de lo contrario será necesario tratamiento de sustitución hormonal tiroidea después de la extirpación de los nódulos linguales.

Histopatología

Están formados por tejido tiroideo normal, también se puede encontrar tejido tiroideo embrionario o fetal.

7.2 Trastornos de origen epitelial de la cavidad oral

La cavidad oral está tapizada por una membrana formada por epitelio plano estratificado. El epitelio sirve de cubierta para los tejidos blandos orales y también de barrera para el paso de factores patógenos externos. Según la localización intraoral concreta, el epitelio plano estratificado puede tener una capa superficial de ortoqueratina, de paraqueratina o no estar queratinizado.

7.2.1 Lesiones epiteliales benignas

Papiloma plano

Es una proliferación papilar exofítica benigna del epitelio plano estratificado, cuya etiología no ha sido totalmente aclarada, se ha demostrado asociación al virus del papiloma humano (VPH). Suele medir menos de 1cm de diámetro; sésil o pediculado, blanco (queratinizado) o rosado (no queratinizado), solitarias; suelen presentarse en paladar blando, la úvula, las superficies ventral y dorsal de lengua, la encía y mucosa yugal.

Histopatología

Capa de epitelio plano queratinizado o no queratinizado y un núcleo central de tejido conjuntivo fibrovascular. El epitelio presenta, generalmente, un patrón de maduración normal, aunque a veces se ha observado un grado leve de hiperplasia basal. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica.

Queratoacantoma

El queratoacantoma (QA) es una proliferación epitelial benigna endofítica, con el aspecto de un cráter bien circunscrito lleno de queratina, que aparece en la piel expuesta al sol; suele confundirse con el carcinoma epidermoide. Generalmente en pacientes mayores de 50 años, proporción hombre mujer es de 2:1, la mayoría de las lesiones aparecen en la piel pilosa (mejillas, nariz, párpados y orejas), y también se presentan en labio inferior, el cual

probablemente procede del epitelio superficial de los conductos sebáceos o del epitelio de los folículos pilosos de la piel adyacente. Es de rápido crecimiento (1 a 2 meses).

Histopatología

Se asemeja a un carcinoma epidermoide bien diferenciado, a diferencia que destacan un tapón central de queratina rodeado por un contrafuerte en forma de copa, nítidamente delimitado de epidermis normal. El epitelio muestra un patrón de crecimiento pseudocarcinomatoso en lugar de un verdadero crecimiento carcinomatoso, células espinosas bien diferenciadas con abundante citoplasma y mínimo pleomorfismo nuclear, escasas figuras mitóticas y ausencia de figuras mitóticas anormales. Aunque involucionan espontáneamente si no se tratan, en la mayoría de los casos se tratan con extirpación quirúrgica.

7.2.2 Lesiones pigmentadas benignas

En la cavidad oral pueden presentarse una amplia gama de lesiones pigmentadas. La melanina se produce en los melanocitos, una población especializada de células dendríticas que ocupa la región de las células basales del epitelio plano en la piel y las mucosas. El aumento del número de los melanocitos, o de la cantidad de melanina producida por estos mismos, suele conducir a un aumento clínicamente visible de la pigmentación. Los tonos varían en matices de marrón, gris, negro y azul oscuro. Las lesiones en que la melanina confinada en las células basales tiene aspecto de color marrón; las lesiones que incluyen melanina en la queratina y en el estrato de células espinosas son negras; y las lesiones que presentan melanina en el tejido conjuntivo tienen color azul.

Manchas melánicas

Son pequeñas áreas fisiológicas o reactivas de las superficies mucosas, planas, de color marrón causadas por un aumento de la producción de gránulos de melanina, pero no del número de melanocitos. A veces se presentan en los labios (mancha melánica labial) y en las mucosas orales (mancha melánica oral). La mancha melánica labial es asintomática pequeña, plana, de color marrón a negro parduzco que se encuentra principalmente sobre

el borde del bermellón del labio inferior. Pueden aparecer a cualquier edad, y suelen ser solitarias, miden menos de 5 mm de diámetro, y tienden a presentarse cerca de la línea media del labio. La mancha melánica oral dentro de los límites de la cavidad oral, son menores de 1 cm de diámetro y se presentan sobre la encía, la mucosa yugal y el paladar blando. Suelen aparecer en un período corto.

Histopatología

Se caracterizan por un aumento de la cantidad de gránulos de melanina en la capa de células basales. Suelen estar dentro del intervalo numérico normal. A veces, los melanocitos presentan un citoplasma llamativamente claro; sin embargo, no existe atipia nuclear. La región basal del epitelio y el tejido conjuntivo superficial presentan a menudo un leve infiltrado de linfocitos e histiocitos. Suelen verse pequeños depósitos de melanina granular, algunos dentro de los histiocitos tisulares, en el tejido conjuntivo superficial. Es preciso realizar extirpación quirúrgica para establecer el verdadero diagnóstico.

Melanosis del fumador

Son pigmentaciones maculares de la mucosa oral, parduzcas y de forma irregular, asociadas a tabaquismo prolongado. El aumento de pigmentación parece estar relacionado con un componente del humo del tabaco que estimula el aumento de la producción de melanina. Suele ser más visible en la parte anterior de la encía vestibular anterior de ambas arcadas. Otras localizaciones intraorales comúnmente afectadas son la mucosa yugal, el suelo de la boca y el paladar blando.

Histopatología

Presenta rasgos similares a una mancha melánica. Hay un aumento de depósitos de melanina en las células epiteliales basales y el tejido conjuntivo subyacente presenta un leve infiltrado de linfocitos e histiocitos. El tratamiento más eficaz es dejar de fumar. Si la pigmentación persiste después del período de abstinencia, es aconsejable realizar una biopsia incisional para determinar el diagnóstico.

Nevos

Lesión congénita de la piel o las mucosas, benigna, exofítica, habitualmente pigmentada, constituida por acúmulos focales de melanocitos redondeados (células névicas); según la localización de las células névicas, las lesiones específicas se clasifican en: intradérmicas (intramucoso), de la unión, compuestas; una forma macular, generalmente del paladar duro y formada por células fusiformes, se denomina nevo azul.

Nevo intramucoso

Se presenta como una pápula ligeramente elevada o una mácula plana en el paladar duro o la encía. Es asintomático, pigmentado y su color varía de marrón a negro. La lesión crece muy lentamente y, por lo general, mide menos de 1 cm de diámetro. Todas las pápulas o nódulos solitarios pigmentados de la cavidad oral deben ser extirpados y remitidos para evaluación histopatológica.

Histopatología

Se caracteriza por nidos (tecas) y/o cordones de células névicas confinadas al tejido conjuntivo. Un rasgo típico del nevo intramucoso es la presencia de una zona de tejido conjuntivo fibroso, exenta de células névicas, que separa las tecas de células névicas del epitelio suprayacente.

Nevo de la unión

Es una lesión benigna de color marrón que rara vez se presenta en mucosa oral. Suele aparecer como una lesión macular pigmentada, en el paladar duro o encía. Todas las lesiones pigmentadas solitarias de la mucosa oral y especialmente situadas en el paladar duro, deben ser extirpadas y remitirlas a estudio histopatológico.

Histopatología

Caracterizada por la presencia de nidos de células névicas en la región basal del epitelio, principalmente en los extremos de las crestas epiteliales. Existe un tipo similar de proliferación focal de los melanocitos (actividad de la unión) en las primeras etapas del

melanoma, es importante que señalar que puede experimentar una transformación maligna en melanoma.

Nevo compuesto

Dentro de la cavidad oral, tiende también a presentarse como una pápula o mácula pigmentada en el paladar duro o en la encía. Al igual que otras lesiones orales solitarias pigmentadas, el nevo compuesto se trata mediante biopsia escisional.

Nevo azul

Es una lesión pigmentada benigna, que se presenta como una pápula cupuliforme o una mácula plana de color azul oscuro situada en la piel o la mucosa. Dentro de la cavidad oral, el nevo azul suele presentarse en el paladar duro. Puede parecerse clínicamente a un melanoma, se lleva a cabo habitualmente una biopsia escisional.

Histopatología

En el nevo azul, las células productoras de pigmento son células dendríticas fusiformes y ahusadas, en lugar de redondeadas o epitelioides. Las células névicas dendríticas fusiformes están confinadas al tejido conjuntivo. En lugar de estar organizadas en cúmulos redondeados (tecas), tienden a estar separadas y paralelas al epitelio suprayacente. Suele existir un número variable de macrófagos que contienen melanina (melanófagos) entre las células névicas dendríticas. El nevo azul no tiene tendencia a experimentar transformación maligna.

Leucoplasia

El término leucoplasia significa placa blanca, se emplea para describir una variedad de lesiones blancas de la mucosa oral, que no puede ser eliminada mediante raspado ni clasificada como ninguna enfermedad diagnosticable. Tienen una tasa de aparición del 1.5% al 12%, el 5.4% acabará siendo un carcinoma epidermoide. Las lesiones pueden variar desde áreas maculares planas, lisas y algo traslúcidas, a placas elevadas, gruesas, firmes, con superficie rugosa y fisurada. Las localizaciones intraorales más frecuentes son,

mucosa yugal, suelo de la boca, comisuras labiales, bordes laterales de la lengua, y rebordes alveolares mandibular y maxilar. El tratamiento de una leucoplasia se basa en la naturaleza exacta de la lesión, la cual se determina evaluando histopatológicamente el tejido.

Histopatología

Las alteraciones del epitelio oscilan desde reacciones fisiológicas normales, hasta cambios benignos, premalignos y malignos. Las alteraciones epiteliales más comunes son un aumento de espesor de la capa de queratina (hiperortoqueratosis o hiperparaqueratosis) y un aumento de espesor del estrato espinoso (acantosis). La hiperortoqueratosis es el hallazgo microscópico más constante en una lesión de leucoplasia y existe en muchas lesiones epiteliales benignas, premalignas y malignas.

7.2.3 Hiperplasia epitelial

Hiperqueratosis

Capa del estrado córneo excesivamente engrosada, constituida por ortoqueratina (hiperqueratosis) o por paraqueratina (hiperparaqueratosis). Según la localización intraoral específica, el epitelio mucoso normal puede ser no queratinizado, ortoqueratinizado o paraqueratinizado. La ortoqueratina es una queratina sin núcleos, mientras que la paraqueratina presenta núcleos residuales retraídos (picnóticos). La queratina actúa como una barrera protectora sobre la piel o la mucosa normal. Diversos estímulos, como la irritación friccional crónica causada por una prótesis mal ajustada, el tabaquismo o el consumo de tabaco no fumado (tabaco de mascar), inducirán por lo general una queratinización del epitelio no queratinizado y formación adicional de queratina en el epitelio queratinizado (queratosis del fumador).

Estomatitis nicotínica

Cambio blanco difuso causado por una combinación de hiperqueratosis y acantosis, con múltiples pápulas circulares pequeñas con centro rojos umbilicados diminutos, alrededor de los orificios de los conductos salivales menores, en el paladar duro y/o en mucosa

yugal. El grado de tabaquismo que causa la estomatitis nicotínica en los tejidos orales más anteriores también aumenta el riesgo de aparición de carcinoma epidermoide en la región del istmo de las fauces y retromolar de la boca, así como del tracto respiratorio superior e inferior. La estomatitis nicotínica se resuelve deprisa cuando cesa el consumo de tabaco.

Histopatología

La biopsia revela un conducto de glándula salival dilatados que presenta metaplasia epidermoide del revestimiento ductal, con hiperqueratosis y acantosis del epitelio superficial adyacente. El tejido conjuntivo adyacente al conducto de la glándula salival muestra grados variables de inflamación crónica.

Carcinoma in situ

Estadio más grave de la displasia epitelial, que afecta a todo el espesor del epitelio, permaneciendo intacta la membrana basal epitelial.

7.2.4 Neoplasias epiteliales malignas

Carcinoma epidermoide

Neoplasia maligna del epitelio plano estratificado que puede producir proliferación destructiva local y metástasis a distancia. Denominado a veces carcinoma de células planas. El carcinoma epidermoide suele ser la etapa final de la alteración del epitelio plano estratificado, iniciándose como una displasia epitelial y evolucionando hasta que las células epiteliales displásicas rompen la membrana basal e invaden el tejido conjuntivo. Los procesos malignos orales representan cerca del 3% de los cánceres diagnosticados en hombres y el 2% en mujeres. La tasa de supervivencia global de los pacientes con procesos malignos orales es del 50%. El carcinoma epidermoide es, con diferencia, la neoplasia maligna más frecuente de la cavidad oral, representando alrededor del 90% del total de cánceres orales. Aunque se presenta en diversas localizaciones orales, es más frecuente en el labio inferior, en los bordes laterales de la lengua y en el suelo de la boca. La incidencia del carcinoma epidermoide aumenta con la edad; la mayoría de los casos se presentan después de los 40 años.

Las presentaciones tempranas más comunes del carcinoma de células planas intraoral son las leucoplasias y las eritroplasias. Las lesiones más avanzadas aparecen en primer lugar como una úlcera indolora, una masa tumoral o una excrecencia verrucosa. El carcinoma epidermoide que se ha infiltrado profundamente en el tejido conjuntivo puede tener pocos cambios superficiales, pero aparece como una zona indurada firme, con pérdida de la movilidad del tejido.

El carcinoma epidermoide de la cavidad oral suele tratarse mediante extirpación quirúrgica, radioterapia o ambos tratamientos. En función del tamaño, localización y estadio de la lesión, el tratamiento quirúrgico puede consistir en extirpación local, o una combinación de extirpación local y disección de los ganglios linfáticos regionales.

Hitopatología

Es común a todas las lesiones la presencia de invasión hacia el tejido conjuntivo subyacente y la posibilidad de que las células malignas erosionen los vasos linfáticos y sanguíneos, haciendo posible su transporte a distancia.

Aunque todos los carcinomas tienen alguna capacidad de metastatizar, hay una gran diversidad en el potencial metastático de los diversos carcinomas de células planas que está correlacionado en cierta medida con la variedad histológica que se encuentra en el carcinoma de células planas oral. La variedad histológica se relaciona con la magnitud (grado) de la diferenciación que presentan las células tumorales y la similitud entre la arquitectura del tejido y el epitelio plano estratificado normal. Los tumores que producen cantidades importantes de queratina y presentan algunos rasgos de maduración desde células basales a queratina se consideran bien diferenciados. Los tumores que producen escasa o nula queratina, pero en los cuales el epitelio todavía es reconocible como plano estratificado, a pesar de su importante desviación de la normalidad, se consideran como moderadamente diferenciados. Los tumores que no producen queratina tienen poco parecido con el epitelio plano estratificado, muestran una significativa falta de patrón estructural normal y de cohesión de las células, y presentan anomalías celulares extensas se designan como poco diferenciados.

Melanoma

También denominado melanoma maligno, aparece en la piel y las mucosas, incluida la mucosa oral. Se presenta entre los 40 y 60 años de edad, principalmente en el paladar duro y en la encía de la arcada superior. Puede ser de color marrón oscuro, negro azulado o negro. Tienen inicialmente un patrón macular y se convierten en papulosas y/o nodulares. Tienen dos fases de crecimiento: 1) radial, las células neoplásicas se extienden lateralmente en todas direcciones, pero permanecen en el epitelio superficial, y 2) vertical, empieza cuando las células neoplásicas invaden y pueblan el tejido conjuntivo.

7.3 Infecciones de la cavidad oral

7.3.1 Infecciones víricas

Los virus se cuentan entre los microorganismos más simples y más pequeños que infectan a los seres humanos. Las familias de virus que comúnmente se encuentran en la cavidad oral son 1) virus herpes, 2) virus *Coxsackie* y 3) *Papovavirus*.

7.3.1.1 Virus del herpes

Todos los virus del herpes son capaces de penetrar y replicarse en células epiteliales y algunos se han asociado con neoplasias malignas.

Virus del herpes simple

El núcleo del virus del herpes simple (VHS) está constituido por una sola cadena de ADN. La cromátide contiene más de 80 genes que están divididos en tres grupos, según su función durante la replicación. El VHS suele entrar en el organismo a través de soluciones de continuidad de la piel, aunque hay numerosas pruebas de que puede atravesar las mucosas. Aproximadamente en un 10% de los casos puede encontrarse el VHS-2 en lesiones orales y el VHS-1 en lesiones genitales. El virus atraviesa la barrera mucosa sin lesiones o síntomas visibles. Dado que el virus es neurotrópico, infecta los nervios periféricos y emigra a un ganglio nervioso regional, donde permanece inactivo (latente). En esta localización no es detectado por el sistema inmunitario, está protegido frente a los

agentes terapéuticos y no es diagnosticado hasta que se activa. Puede ser desencadenado por varios factores, entre ellos el estrés emocional, traumatismo, frío, luz solar, trastornos gástricos, fiebre, ciclo menstrual y una serie de factores adicionales que conducen a la supresión del sistema inmunitario. La infección oral inicial puede variar y se denomina gingivostomatitis herpética primaria aguda.

Las formas leves presentan múltiples úlceras superficiales, pequeñas y puntiformes, que afectan a las superficies mucosas orales queratinizadas y no queratinizadas. Las úlceras pueden estar limitadas a la encía o afectar a diversas localizaciones, desde los labios y la piel perioral hasta la nasofaringe. Las formas graves pueden presentarse como grandes úlceras blanquecinas, difusas, con bordes festoneados y halos eritematosos. En ambas formas, leve y grave, de la gingivostomatitis herpética primaria aguda, el paciente experimenta fiebre y linfadenopatía que duran de 2 a 10 días. Con frecuencia existe dolorimiento muscular (mialgia) e imposibilidad de masticar y deglutir alimento. Si los pacientes tienen buena salud, los signos y síntomas pueden durar sólo de 2 a 4 días.

El tratamiento de las infecciones por el VHS varía con el tipo y la localización de la infección, así como el estado general del paciente. En general, la resolución de las lesiones víricas depende de la competencia del sistema inmunitario del paciente. Los agentes antivirales administrados sistémicamente, como el aciclovir, famciclovir, y valaciclovir, pueden ser de utilidad, en especial en pacientes inmunodeprimidos.

Virus del Herpes Zóster

Aparece en forma de erupciones vesiculosas de la piel o las mucosas con un patrón unilateral característico; el dolor persiste durante largos períodos después de curarse las lesiones. Afecta de un 10 a un 20% de la población y puede presentarse a cualquier edad, pero es más frecuente en ancianos y en pacientes inmunodeprimidos, como la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), quimioterapia, neoplasias malignas y empleo crónico de corticoides, aumentan el riesgo de desarrollar herpes zóster. El rasgo clínico predominante en la piel es una erupción vesiculosa lineal unilateral que dibuja la distribución cutánea (dermatoma) del nervio periférico afectado, que corresponde de forma más frecuente a los dermatomas T3 al L3. La coalescencia de las vesículas, seguida

de formación de costras, ocurre con rapidez. Cuando el herpes zóster afecta al nervio trigémino pueden aparecer lesiones faciales y orales unilaterales a lo largo de las ramas oftálmica, maxilar y mandibular del nervio. Las lesiones que aparecen sobre las superficies mucosas intraorales son nítidas y característicamente unilaterales a lo largo de la distribución del nervio. Las lesiones de la mucosa tienen la forma de vesículas frágiles que se rompen fácilmente y suelen verse como úlceras crateriformes que pueden persistir de 2 a 3 semanas, y curan por lo general en 1 mes. Actualmente el tratamiento consiste en la administración de aciclovir oral. Entre otros posibles antivirales se encuentran el famciclovir y el valaciclovir.

Virus de Epstein-Barr

El virus de Epstein-Barr (VEB) se transmite a través de saliva que contiene virus, los cuales fueron eliminados por las células epiteliales de la orofaringe de pacientes infectados. Dado que casi el 90% de la población adulta alberga el virus VEB, y puesto que es eliminado periódicamente en la saliva. La mononucleosis infecciosa es la infección inicial debilitante por el virus de Epstein-Barr, caracterizada por fatiga, malestar, linfadenopatía, fiebre y otros síntomas, amígdalas hiperplásicas, trombocitopenia y esplenomegalia. En el interior de la boca, los pacientes suelen presentar petequias múltiples localizadas en el paladar blando. La afección persiste por lo general de 4 a 6 semanas; sin embargo, la linfadenopatía y grados menores de fatiga y malestar persisten durante varios meses; se produce principalmente en adultos jóvenes. El tratamiento indicado es reposo y la analgesia son las principales medidas de soporte empleadas por los clínicos.

7.3.1.2 Virus del papiloma humano

El virus de papiloma humano (VPH), forman parte de la familia de los *Papovavirus*. Son virus ADN con virión esférico que mide 50nm de diámetro. Según el análisis de la secuencia del ADN, se han identificado hasta la fecha cerca de 100 subtipos del VPH. En la cavidad oral, las entidades clínicas que contienen uno o más de los subtipos del VPH son el papiloma (VPH-6 y VPH-11), la verruga vulgar (VPH-2 y VPH-4) y el condiloma acuminado (VPH-6 y VPH-11). El papiloma invertido (VPH-6, VPH-11 y VPH-16) se

encuentra en ocasiones dentro de las fosas nasales y los senos. Ciertos subtipos del VPH, denominados como subtipos de alto riesgo, han sido fuertemente asociados con algunas lesiones epiteliales hiperplásicas, displásicas y neoplásicas. VPH-16, 18 Y31 se han hallado en el 95% de los cánceres cervicales y anogenitales.

Las lesiones pueden estar elevadas y mostrar un tallo fino (pediculadas), o ser planas y difusas sobre un a base ancha (sésiles). La mayoría son blanquecinas, pero las lesiones más planas y de base ancha pueden ser rojizas o presentar el color rosado de la mucosa oral normal.

Condiloma acuminado

Denominado vulgarmente verruga genital o venérea, se presenta con mayor frecuencia en los órganos genitales, aunque son frecuentes en las lesiones orales, las lesiones son causadas por virus del papiloma humano (VPH-6 y VPH-11). Muchas lesiones se adquieren a través de contacto orogenital, y otras por contacto no sexual o por autoinoculación a partir de lesiones genitales. Se presentan en forma de pápulas o placas sésiles, solitarias o múltiples, de color rosado, como lesiones papilares pediculares. Las lesiones orales se presentan frecuentemente en la mucosa no queratinizada de los labios, el suelo de boca, las superficies lateral y ventral de la lengua, la mucosa yugal y el paladar blando. Las lesiones pequeñas y solitarias se tratan mediante extirpación simple, también se realiza cirugía o extirpación quirúrgica con láser.

Histopatología

Se caracteriza por una proliferación epitelial que presenta superficies anchas, romas o redondeadas. El epitelio puede ser queratinizado o no queratinizado. Presentan un grado intenso de acantosis y/o hiperplasia pseudoepiteliomatosa con un grado entre moderado e intenso de hiperplasia basal. El estrato espinoso del epitelio es generalmente hipercelular, con un grado variable de pleomorfismo nuclear. Un rasgo característico del condiloma acuminado es la presencia de un número variable de células espinosas superficiales que muestran núcleos retraídos con zonas claras perinucleares (coilocitos), que indican una infección por VPH.

Hiperplasia epitelial focal

Conocida también como Enfermedad de Heck, es una afección que se encuentra principalmente en nativos de Norte América, Centroamérica y Brasil, pueblos nativos nórdicos y grupos étnicos de Europa y África. Las lesiones suelen ser múltiples, la localización más frecuente es la mucosa yugal y labial; son sésiles y pueden ser de color rosa o blanco. Frecuentemente en niños, pero también en adultos de edad avanzada. Se ha asociado al VPH a los subtipos VPH-13 y VPH-32. Las lesiones que no remiten espontáneamente, suelen extirparse quirúrgicamente, terapia ablativa con laser, crioterapia, aplicación de interferón beta.

Histopatología

Se caracteriza por superficies por capas engrosadas de paraqueratina y acantosis extensa. Las células epiteliales del estrato espinoso superior presentan núcleos aumentados de tamaño y citoplasma vacuolado claro (coilocitos) que indican infección por el VPH, con presencia de células o cuerpo mitosoides. La capa de células basales muestra un aumento de la actividad mitótica. El tejido conjuntivo subyacente suele ser laxo y estar bien vascularizado y presenta un infiltrado variable de linfocitos.

7.3.1.3 Virus de Inmunodeficiencia Humana

Los pacientes con infección por VIH pasan por diversas etapas clínicas, que difieren de forma importante entre individuos. A lo largo de este período, la carga viral (medida como anticuerpos frente al virus) aumenta a medida que disminuye el recuento de CD4. Se pueden identificar cinco etapas: 1) ventana, 2) seroconversión, 3) asintomática, 4) sintomática y 5) SIDA

En la etapa de SIDA, en cuanto el recuento de linfocitos CD 4+ en un paciente VIH-positivo cae por debajo de y/o se presentan uno o más de los siguientes síntomas graves e incapacitantes, se considera que el paciente tiene SIDA: Neumonía por *Pneumocystis carinii*; Neumonía bacteriana, Criptosporidiosis, Toxoplasmosis, Meningitis cerebral,

Sarcoma de Kaposi, Linfoma no hodgkinian o (LNH), Infecciones generalizadas por herpes simple, varicela- zóster, Retinitis/neumonía/colitis por citomegalovirus, Candidiasis, criptococosis, coccidioidosis, histoplasmosis u otras infecciones micóticas profundas, infecciones por *Mycobacterium avium intracellulare*.

Leucoplasia vellosa

Es una lesión blanca, localizada principalmente en los bordes laterales de la lengua y en ocasiones en mucosa yugal, con tendencia a formar pliegues verticales y se describió inicialmente como “velloso”. Se encuentra en etapas de latencia en pacientes infectados por el VIH; el epitelio engrosado contiene una zona superior de células claras (coilocitos), la mayoría de las cuales contienen virus de Epstein-Barr.

Sarcoma de Kaposi

Las lesiones orales del sarcoma de Kaposi se presentan con el tiempo en un 10 a un 20% de los pacientes varones VIH-positivos y son más frecuentes en aquéllos que adquieren el virus por transmisión sexual. Lesiones vasculares, maculares o nodulares, que se presentan en forma aislada o múltiple en la mucosa y la piel. Las lesiones son de color rojizo a púrpura intenso, y pueden ser maculares o nodulares. Las localizaciones predominantes en la cavidad oral son los paladares duro y blando, seguidos por la encía de la arcada superior. Las lesiones maculares son difíciles de distinguir de un hematoma persistente, mientras que las lesiones nodulares tempranas se parecen a un granuloma piógeno. En la encía, las lesiones grandes suelen interferir con la masticación. Las grandes lesiones del paladar interfieren con el habla y pueden experimentar sangrado espontáneo. Las lesiones orales pueden acompañarse o no de lesiones cutáneas.

Histopatología

La histopatología del sarcoma de Kaposi no siempre puede objetivarse en las lesiones tempranas, porque el tejido puede parecerse a otras lesiones vasculares benignas, como por ejemplo el hemangioma capilar o el granuloma piógeno. Las lesiones más maduras muestran una proliferación de células epiteliales hiper cromáticas fusiformes u ovals,

organizadas según un patrón vascular irregular. Las lesiones han sido tratadas mediante radioterapia, cirugía e inyecciones intralesionales de adriamicina, vinblastina, vincristina, bleomicina y otros antimetabolitos. Las lesiones pequeñas han sido eliminadas con agentes esclerosantes.

7.3.2 Infecciones bacterianas

7.3.2.1 *Mycobacterium*

Las cepas del género *Mycobacterium* se cuentan entre los microorganismos más resistentes al tratamiento conocidos por el ser humano. Son bacilos aerobios con una pared celular que contiene una alta proporción de componentes lipídicos. Esta característica les hace resistentes a las medicaciones que están en solución acuosa. Como aerobios son capaces de sobrevivir y crecer rápidamente en entornos oxigenados como son los pulmones.

Tuberculosis

Se han encontrado lesiones orales en un 3,5% de los pacientes con tuberculosis sistémica. Se advierten rara vez, a no ser que el paciente sufra también afectación pulmonar y tal vez otras lesiones sistémicas. Los pacientes inmunodeprimidos tienen una incidencia mucho más alta de lesiones orales. Las lesiones suelen estar infectadas con formas atípicas de microorganismos tales como *M. avium intracellulare*. El aspecto clínico de una lesión oral es el de una úlcera crónica con bordes indurados o una tumefacción situada en las amígdalas, en otras áreas ricas en tejido linfoide de la parte posterior de la cavidad oral y la nasofaringe, y en los ganglios linfáticos cervicales de la región. También se pueden encontrar lesiones intraóseas que pueden presentarse como una osteomielitis crónica que finalmente fistuliza y produce secuestros óseos. El tratamiento del M. tuberculosis es difícil porque las lesiones son resistentes a los antibióticos comunes, por lo que es necesario aumentar la eficacia del tratamiento y evitar el desarrollo de cepas resistentes se

combinan dos agentes antimicobacterianos, isoniazida y rifampicina por un largo período de 4 a 8 meses.

Histopatología

Consiste en granulomas que muestran un foco necrótico central rodeado de células mononucleares y células gigantes multinucleadas de Langhans. El granuloma suele estar rodeado por una capa de linfocitos y tejido fibroso. Las lesiones quiescentes pueden mostrar áreas de calcificación distrófica.

7.3.2.2 Actinomyces

Actinomicosis oral y cervicofacial

Absceso supurativo agudo profundo de la parte superior del cuello, región perioral y maxilares, con un trayecto de drenaje asociado, que contiene “gránulos de azufre” y exudado purulento causado por la bacteria filamentosa grampositiva anaerobia *Actinomyces israelii*. Diversos acontecimientos traumáticos, por ejemplo, una extracción dental, una infección periapical consecutiva a una pulpitis abierta o una pericoronitis alrededor de un diente retenido parcialmente, constituyen posibles oportunidades para que los microorganismos se conviertan en infecciosos. Una vez que se produce la infección sobreviene una reacción inflamatoria aguda. En el tejido blando son frecuentes la tumefacción y un dolor intenso. La invasión bacteriana del hueso inicia una osteomielitis localizada que puede causar una importante destrucción ósea, periosteítis nodular reactiva y abscesos de partes blandas que originan nódulos regionales con trayectos fistulosos que drenan en la superficie de la piel y la mucosa. La aparición clínica de este tejido blando ha conducido al término “enfermedad actinomicótica maxilar”. El exudado que emana de los trayectos fistulosos de drenaje suele contener pequeñas estructuras calcificadas de color verde amarillento, visibles clínicamente, que se denominan gránulos de azufre. Estos representan colonias calcificadas de *A. israelii* y son indicativas de actinomicosis. El tratamiento de la actinomicosis consiste en su drenaje quirúrgico y desbridamiento, seguidos de una dosis alta diaria de penicilina durante al menos 10 días.

7.3.3 Micosis

7.3.3.1 *Candida albicans*

En el interior de la cavidad oral, las infecciones por *Candida albicans* tienen lugar en la superficie de la mucosa, donde adoptan varias formas clínicas. Algunas son blancas y se pueden eliminar fácilmente mediante rascado, mientras que otras no. Algunas tienen un aspecto rojo brillante, lo cual se debe a atrofia y erosión del epitelio, y a una intensa inflamación del tejido conjuntivo subyacente.

Candidiasis pseudomembranosa aguda (muguet)

La candidiasis pseudomembranosa aguda se caracteriza por la presencia de placas blandas de “requesón” o placas blancas y cremosas en varios puntos del interior de la boca. Las placas blancas pueden desprenderse fácilmente con un depresor lingual o una gasa. La mucosa subyacente está eritematosa y puede sangrar ligeramente. La pseudomembrana está constituida por células epiteliales descamativas y necróticas, así como numerosos micelios (hifas) enmarañados y enredados de *C. albicans*. Algunas causas frecuentes son el uso prolongado de antibióticos, que trastorna el equilibrio de la flora oral; uso de corticoides sistémicos, que induce inmunodepresión; infección por el VIH; xerostomía crónica debida a radioterapia, quimioterapia o medicación; síndrome de Sjögren y diabetes mellitus. El tratamiento con medicación antifúngica es eficaz para aliviar los síntomas y la mayoría de las infecciones en 1 o 2 semanas.

Candidiasis atrófica (eritematosa)

Forma clínica de infección por *C. albicans*, en la cual la mucosa está adelgazada, lisa y de color rojo brillante, con síntomas de ardor y aumento de sensibilidad; normalmente se encuentra en el paladar, bajo una prótesis, pero también se puede encontrar sobre la lengua y otras superficies mucosas.

Candidiasis hiperplásica crónica

La candidiasis hiperplásica crónica suele presentarse en forma de placa mucosa blanca. Se encuentra con mayor frecuencia en la mucosa yugal, a lo largo de la línea oclusal, ensanchándose en forma de V al acercarse a la comisura labial, y también en las superficies latero dorsales de la lengua y los rebordes alveolares. Dado que se presenta como una mancha o placa blanca en la mucosa, se denomina frecuentemente “leucoplasia candidiásica”. La lesión suele descubrirse durante la evaluación microscópica de una biopsia rutinaria de alguna lesión de leucoplasia, al observar las formas micelares del microorganismo.

Glositis romboidal media

La glositis romboidal media representa un área de candidiasis crónica localizada en la línea media del dorso de la lengua. Se pensó que representaba un defecto del desarrollo y por ello no solía tratarse. La lesión empieza como un área estrecha levemente eritematosa situada a lo largo de la fisura media de la lengua. La lesión es asintomática y aumenta de tamaño lentamente, permaneciendo a menudo ignorada por el paciente durante muchos años. Si no se diagnostica ni se trata, la lesión aumenta gradualmente y presenta la hiperplasia eritematosa nodular característica de la candidiasis hiperplásica crónica.

7.4 Lesiones orales mediados por procesos inmunitarios

7.4.1 Estomatitis aftosa recidivante

Dentro de la cavidad oral, la EAR es la afección más frecuente de los tejidos blandos de las mucosas. Afecta, aproximadamente, del 15 al 20% de la población mundial. Parece más frecuente en Norteamérica, donde ciertos grupos socioeconómicos y de edad presentan incidencias de casi un 40%. El pico de edad de aparición es entre los 10 y los 19 años. En algunos pacientes, tras la infancia y la adolescencia, las lesiones continúan durante toda la vida. En la cavidad oral, la EAR presenta tres formas clínicas distintas: 1) estomatitis aftosa menor, 2) estomatitis aftosa mayor y 3) úlceras herpetiformes.

Estomatitis aftosa menor

Las lesiones orales de la EAR aparecen en episodio y con presencia de menos de cinco úlceras a la vez. Pueden seguir apareciendo en un período de 3 a 4 semanas, durando de 10 a 14 días. Se localizan en la mucosa glandular, respetando encías, paladar duro y dorso de la lengua. Las lesiones son redondas, pero pueden ser elípticas si se localizan en una cresta o pliegue lingual con un diámetro de 0.5 mm y 1 cm, superficiales, con bordes marcados y crateriforme. Presentan una base blanco-amarillenta con un halo eritematoso en la mucosa circundante. Los pacientes se presentan con sintomatología dolorosa, intenso. Las localizaciones más frecuentes son las superficies mucosas de los labios, paladar blando posterior y pilares anteriores; menos frecuente en bordes ventral y lateral de la lengua y el suelo anterior de la boca. Suele existir antecedentes de pequeños traumatismos. Los tratamientos se dirigen a reducir la intensidad y duración del episodio; el tratamiento con corticoesteroides tópicos en forma de gel o crema son de mayor potencia.

Histopatología

Durante la fase preulcerosa o prodrómica pueden observarse discretos cambios tisulares. Éstos consisten en un ligero infiltrado de linfocitos T4 (colaboradores/inductores), concentrado en zonas perivasculares del tejido submucoso. Más tarde se observan linfocitos T en el epitelio, con vacuolización y necrosis de algunas células epiteliales y, finalmente, con desintegración y ulceración del epitelio. Durante esta segunda fase el tejido conjuntivo contiene infiltrados densos de linfocitos del subtipo T8 (supresores/ototóxicos). Los infiltrados perivasculares del tejido submucoso son más profundos de lo habitual en la respuesta celular inflamatoria ante laceraciones leves en pacientes no aftosos. La superficie de la úlcera está recubierta por un exudado fibrinopurulento y una zona de tejido de granulación, con abundantes neutrófilos, macrófagos y células plasmáticas, pero escasos mastocitos y eosinófilos. Durante la fase de cicatrización se produce una transformación normal del tejido de granulación en tejido fibroso, con emigración epitelial sobre la superficie. Durante esta fase final los linfocitos predominantes vuelven a ser de la población T4.

Estomatitis aftosa mayor

Las lesiones son grandes, en comparación con las aftas menores, oscilando entre 5 y 20 mm o más de tamaño. Su número es escaso, generalmente sólo una o dos a la vez y fundamentalmente en dos localizaciones: mucosa labial y área del paladar blando posterior, pilares anteriores. Las lesiones son crateriformes, más profundas que las de la estomatitis aftosa menor y duran mucho más, hasta 6 semanas. El dolor es importante y dificulta la alimentación, especialmente cuando se localizan en la cara posterior de la boca. Las úlceras aftosas mayores no suelen aparecer hasta después de la pubertad y en algunos pacientes pueden dar problemas hasta durante 20 años.

Histopatología

Los cambios tisulares son similares a los de la estomatitis aftosa menor. El tratamiento de la estomatitis aftosa mayor suele exigir el uso combinado de corticoides tópicos y sistémicos a corto plazo. Pueden añadirse colutorios antimicrobianos para reducir o prevenir la infección secundaria. A veces es necesario emplear anestésicos tópicos para permitir la ingesta suficiente de alimentos.

Úlceras herpetiformes

Los pacientes con úlceras herpetiformes sufren episodios prolongados de lesiones intraorales, amplia mente diseminadas, en forma de úlceras crateriformes superficiales y pequeñas (3 a 6 mm de diámetro). Cada episodio puede durar semanas o meses y algunos pacientes pueden presentar lesiones casi continuamente a lo largo de varios años. Aunque la mayoría de las lesiones afectan casi exclusivamente a mucosa glandular, también pueden aparecer en algunas superficies queratinizantes.

Histopatología

Las características microscópicas de las lesiones son idénticas a las de las lesiones de la estomatitis aftosa menor. El empleo de corticoides sistémicos suele ser el único método eficaz para tratar las úlceras herpetiformes.

7.4.1.2 Trastornos mucosos y cutáneos

Liquen plano

El liquen plano oral (LPO) es una enfermedad inflamatoria cutánea, relativamente frecuente, que afecta del 0,5 al 2,2% de la población. Las lesiones pueden afectar a la superficie cutánea y oral (40%), exclusivamente a la superficie cutánea (35%) o tan sólo a la mucosa (25%). Si se compara con el liquen plano cutáneo (LP), en el que la sintomatología clínica es suave y se resuelve en 2 años, el LPO tiende a seguir un curso más crónico, con frecuentes exacerbaciones. En algunos países se ha encontrado una relación con la hepatitis C, pero, hasta la fecha, eso no ha sucedido en Norteamérica. Existen tres formas clínicas distintas de presentación: 1) reticular, 2) erosiva y 3) en placas.

El LP reticular consiste en líneas blanquecinas elevadas y finas, conectadas formando arcos, que dan lugar a un patrón reticular o en encaje sobre un fondo eritematoso. Las líneas blanquecinas se denominan estrías de Wickham. Los pacientes con LP reticular raramente tienen síntomas y no suelen ser conscientes de su afectación a menos que se lo indique su dentista o higienista dental. El LP reticular es más frecuente en la mucosa bucal y el vestíbulo oral, y en segundo lugar en la lengua y las encías.

El LP erosivo aparece como una mezcla de áreas pseudomembranosas eritematosas y blanquecinas. Con frecuencia, la unión entre las áreas erosivas y la mucosa normal muestra un tenue tinte blanquecino que simula estrías radiales. La zona periférica blanquecina es más frecuente en la mucosa bucal y en el vestíbulo. Los pacientes con este tipo de LP se quejan de irritación oral y molestias al tomar alimentos fríos o calientes, picantes y bebidas alcohólicas. Si el LP erosivo es intenso, la mayoría de los pacientes realizan una dieta blanda.

El LP en placas se manifiesta por una zona blanquecina, aplanada o sobreelevada en la mucosa oral y es indistinguible de otras leucoplasias focales. Su localización más frecuente es sobre la lengua, donde da lugar a áreas lisas blanquecinas irregulares y placas

sobre elevadas. A menudo existe más de una zona afectada, especialmente en la superficie dorsal de la lengua.

Histopatología

Las características histológicas varían según el tipo clínico de LP. El LP reticular consiste en áreas focales de hiperplasia epitelial en cuya superficie existe una gruesa capa de ortoqueratina o paraqueratina. El estrato de células es-pinosas puede estar engrosado (acantosis) con crestas epiteliales cortas y puntiagudas (“en dientes de sierra”). Las áreas engrosadas se observan clínicamente como estrías de Wickham. Entre estas áreas el epitelio está adelgazado (atrófico), con pérdida de crestas. El tejido conjuntivo adyacente contiene un cúmulo denso y estrecho de linfocitos T, que atraviesa la membrana basal y se observa en las capas celulares basal y parabasal del epitelio. Tras el diagnóstico, la mayoría de los clínicos no creen necesario tratar las pequeñas áreas de LP de tipo reticular o en placas, a no ser que se hagan sintomáticas, persistentes o diseminadas. El LP erosivo, la forma más grave, suele tratarse y responde bien a corticoides tópicos, sistémicos, o ambos. El tipo específico de medicación depende de cada caso. En los casos más graves y difusos suele aplicarse una dosis inicial alta de prednisona, que se va rebajando a lo largo de 1 semana, o aplicando el tratamiento en días alternos.

Pénfigo de las mucosas

Trastorno descamativo de las mucosas en el cual la reacción autoinmune se produce a nivel de la membrana basal y suele afectar a las encías antes de extenderse a otras localizaciones de la mucosa. La destrucción afecta a los componentes de los nemidesmosomas, un complejo dérmico y epidérmico formado por moléculas complejas que unen el citoesqueleto de la célula basal epitelial a las estructuras del tejido conjuntivo subyacente. Se han descrito otros tres procesos en relación con la destrucción de las fibrillas de anclaje de las mucosas: 1) PM; 2) penfigoide cicatricial (Pe), y 3) penfigoide ampolloso (PA). Se ha utilizado el término penfigoide mucoso oral (PMO) para definir las lesiones crónicas confinadas a la mucosa oral, mientras que se definen como penfigoide cicatricial (Pe) las lesiones oculares con tendencia a dejar cicatriz. Por su parte,

una o más lesiones ampollosas ocasionales en la piel, generalmente de la cabeza y el cuello, de algunos pacientes se han diagnosticado como penfigoide ampolloso (PA).

Dentro de la cavidad oral, las lesiones del PMO aparecen primero en las encías fijas y libres, en forma de áreas irregulares de eritema, asociadas a pérdida de punteado visible. Con menor frecuencia, aparecen en la lengua y las mucosas bucal y labial. Si no se diagnostican y tratan pueden permanecer limitadas a las encías durante largo tiempo, antes de extenderse a tejidos adyacentes. Una prueba clínica que puede realizarse en este caso consiste en frotar o presionar el tejido con un instrumento romo o una gasa y observar si se forma una ampolla en los siguientes 1 o 2 minutos. La producción de una ampolla indica signo de Nikolsky positivo.

Histopatología

Los hallazgos microscópicos consisten en un adelgazamiento del epitelio, con atenuación de las crestas. La separación se produce a nivel de la membrana basal, dejando un tejido conjuntivo con un infiltrado difuso de linfocitos, algunas células plasmáticas y escasos eosinófilos. En el tejido conjuntivo subyacente se observa una vasodilatación llamativa. La tinción con inmunofluorescencia muestra un depósito de anticuerpo IgG y C3 sobre la membrana basal, siguiendo un patrón lineal.

Pénfigo vulgar

El pénfigo vulgar (Pv) y sus variantes menos comunes forman parte de un grupo de enfermedades dermatológicas en las que se produce una descamación epitelial debido a autoanticuerpos que atacan al desmosoma del sistema de cohesión intercelular. El PV es más frecuente entre los 40 y los 60 años de edad. Su incidencia es más elevada en individuos de origen mediterráneo y judíos ashkenazis, y en personas con ciertos antígenos de histocompatibilidad. Las ampollas son frecuentes en la piel, pero raras en la mucosa oral. Las lesiones intraorales son más frecuentes en el paladar blando, donde presentan una breve fase, generalmente inadvertida, de ampolla, en ésta y en la mayoría de las localizaciones intraorales, las finas capas superficiales se pierden rápidamente, dejando un área eritematosa sensible al calor, al frío y a las comidas picantes y líquidos

alcohólicos. El borde libre de las encías, donde es frecuente la abrasión crónica por el cepillado, y los bordes laterales de la lengua, donde se produce un roce constante, presentarán lesiones erosivas más grandes y sintomáticas. Es frecuente encontrarlas en otras localizaciones como mucosas de la boca, especialmente el paladar blando y la mucosa bucal. Tanto la piel como los tejidos mucosos presentan un signo de Nikolsky positivo.

Histopatología

El aspecto macroscópico del Pv muestra un epitelio de grosor normal y con crestas normales. En el tejido conjuntivo subyacente se observa una leve inflamación. La capa de células basales se encuentra intacta, pero las células de la capa suprabasal están separadas (acantólisis), flotando libremente en un espacio intraepitelial lleno de líquido. Estas células pierden su forma poligonal y se hacen redondeadas, con menos citoplasma visible alrededor del núcleo. Esto confiere a las células un aspecto maligno en la citología. A estas células se les ha dado el nombre de células de Tzanck y constituyen un hallazgo típico en el líquido de la zona de separación epitelial del PV. El tratamiento del PV debe ser agresivo y requiere dosis altas y prolongadas de prednisona, que oscilan entre 150 y 360 mg diarios durante 6 a 10 semanas.

Eritema multiforme

El EM se manifiesta en tres formas clínicas: 1) EM menor, 2) EM menor crónico y 3) EM mayor. Esta última tiene una forma rara de presentación aguda en pacientes jóvenes que recibe el nombre de síndrome de Stevens-Johnson (SSJ). Otro trastorno, la necrólisis epidérmica tóxica (NET), es considerado por los investigadores como una forma grave de EM mayor, asociada con una elevada mortalidad. Estas dos manifestaciones de la enfermedad se caracterizan por la formación de grandes ampollas y la esfacelación de la epidermis. El EM menor es una enfermedad que afecta fundamentalmente a la piel; la mucosa oral resulta afectada en el 25% de los casos. Las lesiones afectan a la piel o a las mucosas. Antes de aparecer las lesiones existe un período prodrómico de 3 a 7 días durante el cual los pacientes sufren cefaleas, fiebre y malestar general. Las lesiones orales son

similares en ambos tipos de EM, oscilando entre erosiones focales que recuerdan úlceras aftosas y áreas más difusas de eritema o erosiones dolorosas para el paciente.

Histopatología

Uno de los hallazgos más habituales es el edema intercelular e intracelular del epitelio, con formación focal de microvesículas. A veces el edema hace que se forme un coágulo amorfo eosinófilo dentro del epitelio que se ha descrito como distrofia del mucopolisacárido de la queratina. Es frecuente la emigración de células mononucleares y polimorfonucleares a todas las capas del epitelio. En algunos casos existe acantosis y elongación irregular de las crestas. Con frecuencia se observa un infiltrado difuso y generalizado de células mononucleares mixtas en la porción superior de la lámina propia.

Lupus eritematoso

Trastorno inflamatorio crónico de la piel, el tejido conjuntivo y órganos internos específicos, asociado con autoanticuerpos circulantes frente al ADN y otras proteínas nucleares y asociadas al ARN, causante de lesiones redondas blancuzcas en la mucosa bucal y erupciones eritematosas en la piel expuesta al sol.

Presenta tres formas clínicas según la gravedad y distribución de la afectación. La forma más leve, lupus eritematoso discoide (LEO), es crónica y limitada a la piel expuesta de cara, el cuero cabelludo y los pabellones auriculares, aunque también afecta a la mucosa oral. La forma intermedia, lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECS), tiene mayor extensión y afecta a la cabeza y el cuello, al tronco superior y a las superficies extensoras de los brazos. La forma más grave, lupus eritematoso sistémico (LES), afecta fundamentalmente a órganos internos, especialmente los riñones. Periódicamente aparecen erupciones cutáneas en la mitad superior del tronco y en la cara.

Lupus eritematoso discoide

Aparecen lesiones orales en aproximadamente un 24% de los pacientes afectados por el LED, similares a las lesiones orales de otras formas de LE. En el LES las lesiones orales son menos frecuentes, apareciendo en torno al 21% de los casos, pero suelen ser más

sintomáticas y afectan a mayor número de estructuras intraorales. Pueden observarse lesiones en la mucosa oral en todos los tipos de LE, en forma de áreas leucoplásicas anulares y/o erosiones eritematosas o ulceraciones crónicas. Esta lesión es más frecuente en pacientes con LED. En formas más leves pueden no aparecer úlceras, sino lesiones en forma de eritema crónico ligeramente dolorosas, a menudo con quemazó. Las lesiones cutáneas del LED se tratan con corticoides tópicos, antimaláricos y sulfonas. Las formas más graves de la enfermedad requieren corticoides o combinaciones de corticoides y fármacos inmunosupresores como cicofosfamida y azatioprina.

Histopatología

Las características microscópicas de las lesiones mucosas del LE son muy similares a las observadas en el liquen plano y en la enfermedad de injerto contra huésped. El antígeno diana parece localizarse en las capas basal y parabasal del epitelio, donde se acumula un gran número de linfocitos T y degeneran las células. Es frecuente el aumento de grosor de la membrana basal y la atrofia epitelial con pérdida de formación de crestas interpapilares. La presencia de concentraciones de linfocitos en la lámina propia inmediatamente subyacente, de cúmulos focales profundos de linfocitos con centros germinales y de infiltrados perivasculares linfocitarios.

7.5 Lesiones de la cavidad de tejido conjuntivo

7.5.1 Tejido fibroso

7.5.1.1 Hiperplasias

Hiperplasia fibrosa focal (fibroma por irritación)

La hiperplasia fibrosa focal es más frecuente en adultos y se localiza fundamentalmente en las encías, los labios y la mucosa bucal. Otra localización frecuente son los bordes de la lengua. Es una masa cupuliforme con superficie lisa y coloración normal. La ulceración es rara, aunque puede ocurrir si el paciente continúa irritando la tumoración. A veces se

observa hiperqueratosis superficial, debida probablemente a una irritación crónica leve del epitelio. Las lesiones pueden mantener el mismo tamaño durante muchos años.

Histopatología

El epitelio superficial puede estar intacto, presentar hiperortoqueratosis o mostrar focos de ulceración. Este epitelio recubre una masa de tejido conjuntivo fibroso denso, formado por abundante colágeno maduro, similar al de las cicatrices. Los fibroblastos fusiformes, frecuentes en algunas de las lesiones fibrosas indeterminadas, son escasos. Los núcleos fibroblásticos son de carácter monomorfo de aspecto general es de hipocelularidad. El tratamiento de elección es la extirpación local y rara vez reaparece la lesión.

Fibroma osificante periférico

El fibroma osificante periférico es una proliferación fibrosa reactiva, originada probablemente a partir de periostio o ligamento periodontal. Esta lesión reactiva es más frecuente en mujeres y tiende a producirse durante la edad fértil, especialmente en la tercera y cuarta décadas. El fibroma osificante periférico es un émulis que nace de las papilas interdentes, aunque a veces se ha observado que nace de la encía fija facial o lingual. La mucosa que recubre la masa puede ser lisa y de coloración normal o presentar focos de ulceración superficial.

Histopatología

Dentro del tejido conjuntivo existen láminas difusas de fibroblastos con núcleos monomorfos redondeados. El aspecto general es de hiper celularidad con el componente colágeno parcialmente hialinizado, no posee cápsula verdadera; las zonas hiper celulares se funden imperceptiblemente con el tejido fibroso maduro y el tejido de granulación circundantes. En algunas áreas focales se pueden identificar depósitos osteoides y aunque algunos pueden contener lagunas con núcleos osteocitarios, otros son acelulares. El fibroma osificante periférico debe ser extirpado, incluyendo el ligamento periodontal.

Granuloma periférico de células gigantes

Nódulo extraóseo compuesto por una proliferación de células gigantes mononucleares y multinucleadas asociado a abundante vascularización y localizado en las encías o en la cresta alveolar. El granuloma de células gigantes periférico aparece en todos los grupos de edad con un pequeño pico de incidencia en adultos en torno a 30 años y en niños durante la fase mixta de la dentición. Es más frecuente en mujeres y se distribuye casi a partes iguales entre mandíbula y maxilar superior. Aunque aparece en las regiones anterior y posterior, la mayoría se sitúan por delante de los molares. En ocasiones, las lesiones se sitúan en áreas edéntulas de las crestas alveolares.

Histopatología

El aspecto microscópico consiste en una zona nodular de tejido de células gigantes delimitado por tabiques fibrosos. El tejido de células gigantes corresponde a una mezcla de células gigantes mononucleares y multinucleadas, sobre un fondo de eritrocitos extravasados. El granuloma de células gigantes debe tratarse mediante extirpación quirúrgica. En esta extirpación se debe incluir todo el tejido de células gigantes, ya que las recidivas son frecuentes. Esto exige, en el paciente no edéntulo, la extirpación de uno o más dientes y el legrado del alveolo.

Hiperplasia fibrosa inflamatoria

La hiperplasia fibrosa inducida por prótesis dentales suele localizarse en el vestíbulo maxilar o mandibular anterior, donde se asocia con prótesis mal ajustadas, cuyos rebordes tienen longitud excesiva. La mayoría de estas tumoraciones hiperplásicas son eritematosas debido a las zonas ulceradas. A veces pueden ser de coloración normal. Son siempre blandas, flácidas y móviles, y pueden aparecer en cualquier punto a lo largo de los bordes de la prótesis; la localización anterior es más frecuente.

Histopatología

El epitelio plano estratificado de superficie es a menudo hiperplásico, mostrando acantosis con crestas interpapilares elongadas. A veces se observan zonas de ulceración, con las áreas ulceradas ocupadas por fibrina y leucocitos atrapados. El grueso del tejido está

formado por tejido conjuntivo fibroso maduro hipocelular. Se sitúan fibroblastos fusiformes entre fibras de colágeno densas, según un patrón cicatricial. La hiperplasia fibrosa inflamatoria difusa asociada con irritación por prótesis dentales no se resuelve completamente por sí sola, aunque se corrija la irritación o se retire la prótesis.

7.5.1.2 Neoplasias fibrosas benignas

Fibromatosis submucosa oral

La fibromatosis es rara en las partes blandas orales, en comparación con otras hiperplasias fibrosas reactivas secundarias a irritación crónica. Es una lesión agresiva que puede hacerse grande en poco tiempo. Las lesiones de esta zona son firmes, generalmente difusas, y están fijadas a los tejidos circundantes. Pueden afectar la mucosa bucal, la lengua y la región submandibular. La mayoría de las fibromatosis de la región oral aparecen en la mejilla o en la zona submandibular. Si se produce adhesión al periostio mandibular suele observarse una erosión superficial del hueso subyacente.

Fascitis nodular

Lesión benigna localizada, formada por fibroblastos y miofibroblastos, y que suele confundirse clínicamente con neoplasias malignas. Dentro de la cavidad oral la lesión surge como una masa submucosa firme de crecimiento rápido. A pesar de su rápido comienzo, su potencial de crecimiento es limitado. Puede aparecer también en el sistema respiratorio superior y en la glándula parótida. No predomina en ningún sexo y la edad media de los pacientes es de 35 años. A la palpación, el tumor es firme y generalmente menor de 5 cm de diámetro e incluso puede estar parcialmente encapsulado. En la mayoría de los casos la fascitis nodular se manifiesta como una masa submucosa cuya superficie tiene un aspecto normal. En algunas ocasiones, la superficie está ulcerada.

Histopatología

El problema más frecuente en la fascitis nodular es su confusión con el fibrosarcoma, ya que las células muestran cierto grado de pleomorfismo e hiperplasia. Las células principales son fusiformes o estrelladas y el tejido tiende a un patrón fascicular o

arremolinado. Llamen la atención espacios tisulares de aspecto mixoide llenos de mucina extracelular.

Tumor fibroso benigno solitario

Neoplasia benigna de los fibroblastos conformación de colágeno hiper celular y que se tiñe con el marcador histoquímico CO 34. La mayoría de ellos tienen aspecto de nódulos submucosos firmes y móviles de la mucosa bucal; también pueden aparecer en los labios y la lengua. Son más frecuentes en mujeres de mediana edad.

Histopatología

El tumor está formado por fibroblastos finos con fibras de colágeno de finas a maduras. No se observan las regiones mixoides que se veían en la fascitis nodular. El tejido es hiper celular y las células monomórficas y sin actividad mitótica. En contraste con otros tumores fibroblásticos o neurofibroblásticos, no muestran ningún patrón de crecimiento distintivo. Sin embargo, sí es característica la tendencia de las células y el colágeno que las acompaña a formar haces ondulados de gran grosor. Como se ha indicado previamente, este tumor es positivo para la proteína CD 34, marcador presente en las células hematopoyéticas, células endoteliales y fibroblastos de los anejos cutáneos. El tratamiento de este tumor benigno es la escisión local.

7.5.1.3 Neoplasias fibrosas malignas

Fibrosarcoma

Es una neoplasia maligna de las células fibroblásticas, son más frecuentes en el cuello, pero también aparecen en las partes blandas orales donde pueden afectar a las encías, la lengua, la mucosa bucal o el suelo de la boca. No existe predilección por ningún sexo. Tienen a aparecer en los niños, son rápidamente proliferantes y firmes e indurados a la palpación. Carecen de cápsula y se fijan a los tejidos adyacentes. Las lesiones de mayor tamaño pueden presentar ulceración del epitelio superficial.

Histopatología

El fibrosarcoma es un tumor de gran celularidad, formado por células con núcleos anaplásicos fusiformes y citoplasma eosinófilo, mezclados con finas fibras de colágeno. Las figuras mitóticas son numerosas y muchas de ellas atípicas. Las células se disponen en fascículos, formando a menudo un patrón en “raspa de pescado”. La elevada tasa mitótica y la hiper celularidad distinguen esta lesión de otros tumores fibroblásticos benignos.

7.5.2 Tejido nervioso

7.5.2.1 Hiperplasia

Neuroma traumático

También conocido como neuroma de amputación, proliferación nodular dolorosa del nervio y del tejido fibroso de la vaina nerviosa, resultante del inútil intento de las fibras nerviosas de reunirse con la porción distal seccionada. Dentro de la cavidad oral la localización más frecuente de los neuromas es a lo largo de la distribución del nervio mentoniano, especialmente en la región circundante al gujero mentoniano. Generalmente existen antecedentes de laceración o traumatismo en dicha zona. Los neuromas traumáticos cervicales pueden aparecer tras traumatismos o cirugía. El neuroma submucoso o subcutáneo suele ser firme y doloroso a la palpación. Estos nódulos hiperplásicos de tejido nervioso suelen estar bien encapsulados y son desplazables respecto a los tejidos profundos.

Histopatología

Pueden identificarse múltiples haces nerviosos con axones, células de Schwann asociadas y una envoltura de perineuro. Estos haces nerviosos son ovalados o alargados, tortuosos y están separados entre sí por tejido conjuntivo maduro. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica simple. Aunque es posible la recidiva. La mayoría de las lesiones no reaparecen tras su extirpación completa.

7.5.2.2 Neoplasias benignas de tejido nervioso

Neurilemoma

Es una lesión benigna bien delimitada consistente en una proliferación fibroblástica de la célula de la vaina axonal (célula de Schwann), que presenta diversos patrones característicos conocidos como tejido de Antoni A y tejido de Antoni B. Los neurilemomas aparecen típicamente en forma de nódulos lisos, firmes, elevados y móviles en las partes blandas de la cavidad oral. Son frecuentes en la superficie dorsal de la lengua. Las lesiones pueden aparecer también en los nervios dentarios inferiores, como lesiones centrales de la mandíbula. El tratamiento de elección para el neurilemoma consiste en su extirpación.

Histopatología

Los neurilemomas están formados por estructuras derivadas del colágeno. No poseen mielina, ya que no existen axones que induzcan la formación de mielina por las células de Schwann neoplásicas. Las lesiones están bien delimitadas, gracias a la presencia de una cápsula verdadera o una seudocápsula de tejido conjuntivo fibroso. El primer patrón se conoce como tejido de Antoni A y consiste en filas paralelas de núcleos en empalizada. Con frecuencia existen dos imágenes en empalizada, se paradas entre sí por una zona acelular, ocupada por fibras de colágeno paralelas. Estas configuraciones singulares forman unos remolinos organoides que se conocen como cuerpos de Verocay. El segundo patrón es el tejido de Antoni B, caracterizado por núcleos ovalados, rodeados por colágeno y espacios extracelulares nítidamente vacuolados. El tejido de Antoni A forma nódulos múltiples salpicados por tejido de Antoni B.

Neurofibromatosis múltiple

Enfermedad hereditaria autosómica dominante consistente en múltiples neurofibromas cutáneos y mucosos, y manchas cutáneas café con leche, que pueden provocar deformidades y transformación maligna. Dentro de la cavidad oral el neurofibroma afecta más frecuentemente a la lengua, seguida de la mucosa bucal y los labios. En conjunto, los

neurofibromas aislados son más frecuentes en la piel. La mayoría de las lesiones se detectan por primera vez en adultos y no muestran predilección por ningún sexo. Se manifiestan como nódulos subcutáneos relativamente bien delimitados.

Histopatología

Existen diversos patrones histológicos de neurofibroma. Las células son fusiformes y recuerdan a los fibroblastos. Las lesiones clínicamente difusas se caracterizan por células fusiformes desordenadas que elaboran un colágeno débil. Las células no muestran una orientación específica. El neurofibroma solitario suele tratarse mediante su extirpación.

Tumor gingival congénito de células granulares

El tumor gingival congénito de células granulares se conoce también como épulis congénito del recién nacido y épulis congénito de células granulares. Es una masa pediculada situada en la porción anterior del maxilar superior o la mandíbula del recién nacido, formada por células granulares. Aparecen sobretodo en la porción anterior del maxilar y, a veces, de la mandíbula. Son más frecuentes en mujeres que en hombres. Las lesiones son pediculadas, surgen del borde de la cresta alveolar, su superficie es lisa y miden varios centímetros de diámetro.

Histopatología

Frente a lo que ocurre en el tumor de células granulares del adulto, en el tumor gingival congénito de células granulares, el epitelio no sólo carece de hiperplasia pseudoepiteliomatosa, sino que suele estar atrofiado. La lesión está formada por capas de células grandes con citoplasma granular y un estroma vascular no colágeno. Las lesiones se tratan mediante extirpación quirúrgica, incluyendo la base del pedículo.

Tumor neuroectodérmico infantil

El tumor neuroectodérmico infantil es una lesión congénita benigna derivada del tejido de la cresta neural primitiva. Neoplasia benigna, generalmente pigmentada, localizada habitualmente en la porción anterior del maxilar y formada por dos tipos celulares que

constituyen un patrón alveolar, que deriva del tejido embrionario de la cresta neural. Las lesiones se manifiestan como tumoraciones pigmentadas, generalmente localizadas en el maxilar anterior. Aparecen en niños, generalmente antes de los 6 meses de edad, en forma de una elevación del labio. Su superficie puede ser parda o negra, reflejando la melanina producida por el abundante componente celular de la lesión.

Histopatología

El tejido está formado por dos tipos celulares sobre un fondo de tejido conjuntivo fibroso denso. Un tipo celular es grande, con núcleo abierto y citoplasma pálido, que a veces contiene gránulos de melanina. El otro tipo celular es pequeño, con núcleo denso y oscuro y escaso citoplasma, semejante a los linfocitos. Las células suelen estar agrupadas siguiendo un patrón alveolar. El tumor neuroectodérmico infantil se trata quirúrgicamente y puede ser erradicado eficazmente mediante legrado exhaustivo o resección quirúrgica conservadora.

7.5.2.3 Neoplasias malignas de tejido nervioso

Neurosarcoma

Neoplasia maligna de mal pronóstico de los fibroblastos perineurales o de las células de Schwann, con tendencia a extenderse rápidamente a lo largo del tronco nervioso asociado. Los neurofibromas pueden presentar transformación maligna, especialmente los sometidos a extirpación quirúrgica repetida por recidiva en pacientes con neurofibromatosis múltiple. El neurosarcoma submucoso oral es extremadamente raro, pero cuando se produce, crece rápidamente y es duro y no desplazable.

Histopatología

El neurosarcoma es un tumor densamente celular formado por haces de núcleos fusiformes. La continuidad directa del tumor con un tronco nervioso. Los núcleos son pleomorfos y se observan numerosas figuras mitóticas. Un rasgo importante de esta lesión es la extensión de la neoplasia maligna a lo largo del nervio afectado. El neurosarcoma de partes blandas debe tratarse mediante extirpación quirúrgica amplia.

7.5.3 Tejido muscular

7.5.3.1 Neoplasias de tejido muscular

Leiomioma

Los leiomiomas son tumores benignos del músculo liso. Dentro de la cavidad oral suelen derivar del componente muscular liso de los vasos sanguíneos; se manifiesta como un nódulo submucoso, firme y desplazable. Aunque su localización más frecuente en la cavidad oral es la lengua, también pueden aparecer lesiones en el paladar y los labios. El leiomioma aparece en adultos, sin preferencia por ningún sexo. El epitelio que lo recubre no se ulcera y puede tener un aspecto amarillento. A la palpación, los tumores son firmes y generalmente bien delimitados. En los tejidos laxos del labio y la mucosa bucal se mueven libremente.

Histopatología

Los leiomiomas están formados por células musculares lisas fusiformes con núcleos alargados, semejantes a los fibroblastos. Las células del leiomioma carecen de bordes celulares nítidos, por lo que el citoplasma de cada célula parece fusionarse con las células adyacentes. Los núcleos alargados generalmente presentan extremos romos, que les confieren aspecto de puro.

7.5.4 Tejido adiposo

7.5.4.1 Neoplasias de tejido adiposo

Lipoma

El lipoma es una neoplasia benigna del tejido adiposo formada por grasa madura. Los lipomas suelen estar relativamente bien delimitados, son blandos a la palpación y libremente desplazables respecto al tejido conjuntivo subyacente. No existe predilección por ningún sexo. La mayoría de las lesiones aparecen en adultos. En el cuello suelen localizarse en las regiones laterales, a lo largo del músculo esternocleidomastoideo. La

mayor parte de los lipomas orales se desarrollan en el tejido conjuntivo submucoso superficial. Algunas aparecen en los tejidos profundos de la mejilla y sólo se detectan mediante la palpación. Los lipomas más superficiales suelen ser amarillos y presentan una superficie lisa, que puede ser telangiectásica. El tejido graso de la bola adiposa de Bichat puede herniarse a través del músculo buccinador.

Histopatología

Los lipomas suelen estar bien delimitados, aunque a veces no presentan cápsula. Sus adipocitos son idénticos a las células adiposas normales y presentan un citoplasma claro vacuolado y redondeado, con un núcleo excéntrico. La mayoría de los lipomas muestran lobulillos de células adiposas separados por tabiques fibrosos. El tratamiento de elección es la extirpación simple. Los lipomas localizados en la profundidad del tejido raramente recidivan tras su enucleación. Los de la submucosa de la cavidad oral suelen tratarse mediante su extirpación.

Liposarcoma

Los liposarcomas suelen localizarse en las extremidades y son raros en la región de cabeza y cuello. Neoplasia maligna rara de la cavidad oral, formada por un amplio espectro de patrones histológicos de células adiposas. Las neoplasias malignas con diferenciación adiposa suelen ser multilobuladas y pueden ser firmes o blandas. Generalmente han crecido con rapidez. Los liposarcomas suelen aparecer de novo, y no a través de la transformación maligna de un lipoma preexistente. Dentro de la cavidad oral pueden aparecer en las regiones sublingual y bucal.

Histopatología

El liposarcoma presenta una amplia variedad de patrones morfológicos, aunque todos tienen en común la presencia de lipoblastos. Algunos liposarcomas están formados por células redondeadas, escasamente diferenciadas, únicamente con pequeños focos de vacuolización citoplasmática. Otros presentan células “en anillo de sello”, con el núcleo marcadamente desplazado hacia la periferia de una gran vacuola. Como otros sarcomas,

los liposarcomas tienden a metastatizar en localizaciones distantes como pulmones, hueso y cerebro. El tratamiento de elección es la intervención quirúrgica con extirpación radical.

7.5.5 Tejido vascular

7.5.5.1 Hiperplasia de tejido vascular

Granuloma piógeno

Proliferación reactiva de crecimiento rápido de las células endoteliales, tienen un desarrollo reactivo focal de tejido fibrovascular o de granulación. Dentro de la cavidad oral, los granulomas piógenos suelen localizarse en las encías, donde forman parte del diagnóstico diferencial del épulis. Épulis es un término clínico colectivo que hace referencia a cualquier crecimiento focal de las encías. El estímulo para esta hiperplasia proliferativa puede ser un traumatismo o la introducción de material extraño en el surco gingival. Se observa con mayor frecuencia en la región de la papila interdental. Son extremadamente vasculares, por lo que suelen ser de color rojo chillón y a menudo presentan una pseudomembrana grisácea sobre su superficie, secundaria a la ulceración del epitelio. Existe una marcada predilección por el sexo femenino; las lesiones tienden a aparecer más a menudo durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo. Aunque se trata de reacciones hiperplásicas benignas, pueden crecer a una velocidad alarmante, alcanzando entre 1 y 2 cm de diámetro en 4 a 7 días. Tras su extirpación quirúrgica, el tejido subyacente debe ser legrado a fondo y debe hacerse alisado radical.

Histopatología

El granuloma piógeno está formado por tejido de granulación, representado por una plétora de canales vasculares anastomosados, revestidos por endotelio e ingurgitados con eritrocitos, y nódulos de células endoteliales formando patrones medulares. Las células endoteliales son generalmente redondeadas y vesiculosas, indicando proliferación activa. A menudo las células tienen carácter pleomorfo y, raramente, alguna de estas hiperplasias en activa proliferación.

7.5.5.2 Hamartomas y neoplasias benignas

Hemangioma

Son proliferaciones benignas, de los canales vasculares que pueden estar presentes al nacer o manifestarse durante la infancia. Son proliferaciones de canales vasculares grandes (cavernoso) o pequeños (capilar), que aparece generalmente en niños; las lesiones presentan evoluciones clínicas muy variables. En el adulto pueden desarrollarse lesiones vasculares en los labios y la mucosa oral; éstas representan dilataciones venosas focales que pueden presentar hiperplasia. Los hemangiomas de la cavidad oral suelen ser elevados, a menudo multinodulares, y nítidamente rojizos, azules o amoratados, pueden aparecer en cualquier parte de la mucosa, pero son más frecuentes en la lengua. Con frecuencia, su carácter multinodular confiere a la superficie dorsal un aspecto arracimado o polipoide. Estos hemangiomas se extienden con frecuencia a los músculos intrínsecos de la lengua.

Histopatología

Los hemangiomas están formados por múltiples canales capilares de pequeño tamaño o grandes espacios vasculares dilatados y tortuosos, repletos de eritrocitos. Los primeros se conocen como hemangiomas capilares y las lesiones con canales grandes se llaman hemangiomas cavernosos. El hemangioma capilar está formado por numerosos canales pequeños, revestidos por endotelio. Las células endoteliales son fusiformes o ligeramente alargadas. Aunque existen por toda la lesión capilares bien formados, puede haber focos de células endoteliales proliferativas formando pequeños agregados que no intentan formar luces.

Linfangioma

Son proliferaciones benignas de los vasos linfáticos que en la cavidad oral se manifiesta como una lesión focal superficial y en el cuello se presenta como una lesión difusa (higroma quístico). No existe predilección por ningún sexo. Existen dos tipos principales de linfangiomas que aparecen en cabeza y cuello: 1) en la mucosa oral los tumores son

generalmente autolimitados, 2) mientras en la región lateral del cuello pueden ser de gran tamaño y se conocen como higroma quístico. Los linfangiomas de la mucosa oral suelen hallarse en la lengua en niños y pueden involucionar espontáneamente durante la pubertad o alcanzar un tamaño determinado y estabilizarse, sin crecer. Clínicamente suelen ser arracimados, especialmente cuando afectan al dorso de la lengua. Los cúmulos tisulares, que semejan uvas, pueden tener un aspecto amarillento y son blandos a la palpación. Los labios son la segunda localización más frecuente del linfangioma intraoral.

Histopatología

Los vasos proliferativos del linfangioma son de pared fina y están revestidos por células endoteliales redondeadas. Sus luces contienen un coágulo proteináceo eosinófilo, con algunos eritrocitos y leucocitos. En el linfangioma lingual, los canales linfáticos cavernosos suelen extenderse entre las crestas interpapilares del epitelio, produciendo nódulosseudopapilomatosos en la superficie. Los canales linfáticos están en contacto con el epitelio sin tejido fibroso intermedio.

7.5.6 Tejidos óseos y cartilagosos

7.5.6.1 Lesiones del desarrollo

Coristoma óseo y cartilaginoso

Los coristomas óseos y cartilagosos son masas de partes blandas en las que existe a menudo hueso y cartílago. Son benignos y su potencial de crecimiento es autolimitado, son más frecuentes en la lengua, con predilección por la superficie ventral de la submucosa. También se observan en el suelo de la boca, aunque son bastante raros en otras zonas de la mucosa. No existe predilección por ningún sexo y la mayoría de las lesiones se detectan inicialmente en adultos. A la palpación son extremadamente duros y pueden confundirse con un sialolito dentro de una glándula salival menor. Aunque indurados, suelen ser fácilmente desplazables.

Histopatología

Los coristomas óseos y cartilagosos se caracterizan por la formación de hueso y/o cartílago maduro. Las trabéculas óseas maduras contienen lagunas con osteocitos. Las trabéculas pueden ser similares al endostio o más compactas, con aspecto de hueso cortical. En tal caso pueden observarse sistemas de Havers. El tejido conjuntivo circundante recuerda a la médula ósea normal y es fibroso o adiposo. Raramente se identifica médula hematógena en los coristomas óseos. En el coristoma cartilagosos puede identificarse cartílago hialino, con su típico aspecto hialinizado basófilo.

7.6 Trastornos de las glándulas salivales

Mucoceles

Si un conducto salival se rompe, las células acinares siguen secretando salival al conducto, en el punto de sección las secreciones escapan al tejido conjuntivo formando un depósito de moco que distiende los tejidos circundantes. Las glándulas salivales menores del labio inferior son las más propensas a la rotura de sus conductos, por lesiones o mordeduras de la mucosa, aunque pueden afectarse también las glándulas mucosas menores intraorales e incluso las laríngeas. Los mucoceles suelen aparecer sobre todo en niños y adultos jóvenes, aunque pueden hacerlo a cualquier edad. Casi dos tercios de los mucoceles se dan en las tres primeras décadas de la vida. Afectan por igual a hombres y mujeres. La localización más afectada es la superficie mucosa del labio inferior, seguida por la mucosa bucal, el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y el paladar.

Histopatología

El epitelio superficial está distendido por el acúmulo de mucina. Esta mucina suele estar cercada por un borde de tejido de granulación o, en lesiones de larga evolución, por colágeno denso que le confiere un aspecto encapsulado. No existe revestimiento epitelial. El material mucinoso es basófilo y contiene neutrófilos e histiocitos espumosos grandes, redondos u ovalados. Las mismas células infiltran el cerco de tejido de granulación. Un

mucocele típico de una glándula menor no se resolverá por sí mismo, por lo que debe ser extirpado quirúrgicamente.

Ránula

En ocasiones, estas reacciones de extravasación de moco tienen lugar en el suelo de la boca a consecuencia de la pequeña rotura de un conducto glandular sublingual accesorio. Los mucocelos presentan el aspecto finamente vascularizado y distendido de un vientre de batracio, por lo que se conocen como ránulas. Cuando se punciona o secciona el conducto submaxilar principal (conducto de Wharton) puede producirse una extravasación masiva de moco en las profundidades de la región submentoniana, submandibular o sublingual. Este tipo de extravasación mucosa se denomina mucocele plunging o ránula. La ránula plunging es profunda y se debe a la extravasación de saliva a través de la musculatura milohioidea hacia el espacio submandibular o submentoniano. Estas lesiones son blandas a la palpación, fluctuantes y a menudo se manifiestan clínicamente como una tumefacción submentoniana o submandibular. Su extensión hacia la profundidad del cuello, afectando a la región hioidea, puede comprometer la vía aérea. Las ránulas del suelo de la boca también pueden extirparse; sin embargo, se ha defendido como tratamiento alternativo su marsupialización. La marsupialización se intenta justificar por la presencia de una cavidad de retención mucosa revestida por epitelio.

7.6.1 Tumores benignos de las glándulas salivales

Adenoma pleomorfo

El más frecuente de los tumores benignos de la glándula salival, compuesto fundamentalmente por una proliferación de células mioepiteliales y por un amplio espectro de componentes del tejido epitelial y mesenquimal, y rodeado por una nítida cápsula fibrosa. El 50% de los tumores de las glándulas menores orales son tumores mixtos, de los cuales un 55% se localizan en el paladar, un 25% en el labio (sobre todo el labio superior), un 10% en la mucosa bucal y un 10% en el resto de zonas orales y

orofaríngeas. En las glándulas menores orales la presentación más frecuente es una tumefacción blanda o ligeramente indurada en el paladar blando o duro, con ulceración y telangiectasias en la mucosa que la recubre. Aunque es raro, algunos adenomas pleomorfos palatinos se ulceran. En la mucosa bucal y el labio los adenomas pleomorfos son encapsulados, bien delimitados y desplazables a la palpación. La mucosa que los recubre se halla generalmente intacta. El adenoma pleomorfo aparece en pacientes de cualquier edad; no obstante, el 60% de los casos se dan entre las décadas tercera y quinta (la edad media es de 40 años) y menos del 10% se producen en niños. El cociente hombre/mujer es superior a 2:1.

Histopatología

El hallazgo más constante en el adenoma pleomorfo es la presencia de una marcada cápsula fibrosa. Se trata de un rasgo histológico extraordinariamente importante para distinguir entre tumores salivales benignos y malignos. Algunas lesiones de larga evolución pueden ser multinodulares o multifocales; sin embargo, cada nódulo o foco está envuelto por su propia cápsula fibrosa. Aunque las células tumorales pueden variar ampliamente, en general existen dos patrones de diferenciación predominantes: ductal y mioepitelial.

7.6.2 Tumores malignos de las glándulas salivales

Carcinoma mucoepidermoide

El carcinoma mucoepidermoide se subdivide según sus rasgos histopatológicos en variedades de alto grado, grado intermedio y bajo grado; el carcinoma mucoepidermoide de alto grado es el más agresivo. Las células neoplásicas del carcinoma mucoepidermoide se diferencian a lo largo de líneas celulares mucosas y planas, por lo que dicho tumor presenta tipos celulares que remedan células acinares mucosas y elementos celulares de los conductos extralobulillares. Esta neoplasia maligna afecta tanto a las glándulas mayores como a las menores. Casi la mitad de los carcinomas mucoepidermoides se localizan en la glándula parótida y casi el 20% en el paladar. De las lesiones derivadas de las glándulas menores de la cavidad oral, casi la mitad de los casos se localizan en el

paladar. Otras localizaciones favorecidas son mucosa bucal, labios, mandíbula y áreas retromolares. El diámetro de estos tumores suele oscilar entre 1 y 4 cm en el momento del diagnóstico. Dentro de la cavidad oral, la mayor parte de los tumores de bajo grado son masas submucosas de superficie intacta, no ulcerada. Las lesiones de bajo grado, formadas a menudo por múltiples estructuras quísticas que contienen mucina, pueden dar un tinte azulado a la mucosa que las recubre, pudiendo confundirse fácilmente con mucoceles. Los tumores intraorales de alto grado pueden presentar ulceración superficial.

Histopatología

Los carcinomas mucoepidermoides presentan tres tipos celulares predominantes: células mucosas, epidermoides e intermedias. Estos elementos celulares se disponen en nidos y en capas difusas que pueden circundar espacios quísticos. Generalmente carecen de cápsula verdadera, aunque en algunas regiones suele estar bien marcado el borde de avance del tumor. Los tumores con predominio de células mucosas y múltiples espacios quísticos se clasifican como de bajo grado y los que poseen islotes más sólidos, menos células secretoras de moco y una proporción elevada de células epiteliales planas estratificadas (epidermoides) se clasifican como tumores de alto grado. Los tumores de grado intermedio se hallan entre ambos extremos.

Carcinoma adenoideo quístico

Tumor maligno de las glándulas salivales formado por células cúbicas que elaboran un patrón sólido, cribiforme (aspecto de “queso suizo”) o tubular, con tendencia a la invasión de los espacios linfáticos perineurales. Aunque el carcinoma adenoideo quístico puede aparecer en personas de cualquier edad, la incidencia máxima se da en la sexta década de la vida, con una ligera predilección por el sexo femenino. Su localización intraoral más frecuente es el paladar. Las glándulas salivales menores de la lengua, la mucosa bucal, los labios y el suelo de la boca también pueden desarrollar el tumor. En el paladar, el carcinoma adenoideo quístico se manifiesta como un nódulo excéntrico, generalmente ulcerado. Puede producir parestesias palatinas debido a la afectación de la rama palatina mayor del nervio trigémino.

Histopatología

La mayoría de los carcinomas adenoides quísticos presentan una imagen microscópica clásica, que permite su diagnóstico inmediato. Sin embargo, el adenocarcinoma polimorfo de bajo grado comparte muchas de las características del carcinoma adenoide quístico: a veces, la distinción entre ambos puede ser problemática. El carcinoma adenoide quístico típico está formado por nidos ovalados de células epiteliales cúbicas o poligonales con núcleos hipercromáticos son raras las figuras mitóticas. Existen tres patrones de crecimiento, que pueden coincidir en un mismo tumor, aunque generalmente predomina uno de ellos. El patrón cribiforme es el clásico. Los islotes tumorales están salpicados de múltiples espacios microquísticos llamativos que dividen los lobulillos en numerosos cilindros y le confieren un aspecto de “queso suizo“ o “panal”. Estos espacios cilíndricos contienen productos de secreción basófilos o eosinófilos que reaccionan positivamente con tinciones para mucina. (20–22)

8. MATERIALES Y MÉTODOS

8.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo dentro del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Metropolitano “Bernardo Sepúlveda” SSNL.

8.2 Población del estudio

Se realizó la investigación, a través de una revisión sistemática del expediente electrónico de todos los pacientes que hayan acudido a consulta externa del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Metropolitano “Bernardo Sepúlveda” SSNL, en un periodo de marzo del 2016 – marzo del 2019.

8.3 Periodo del estudio

El presente estudio fue llevado en un periodo de marzo del 2016 – marzo del 2019.

8.4 Muestra

Se realizó la investigación, a través de una revisión sistemática del expediente electrónico de todos los pacientes con diagnóstico de lesiones de tejidos blandos en cavidad oral que hayan acudido a consulta del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano “Bernardo Sepúlveda” SSNL, en un periodo de marzo del 2016 – marzo del 2019.

8.5 Criterios de Selección de la Población

a) Criterios de Inclusión

- Pacientes que se presentaron al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano de Monterrey, consulta externa, con lesiones de tejidos blandos en cavidad oral dentro del periodo marzo del 2016 a marzo 2019.
- Pacientes mayores de 1 año de edad

- Presenten lesiones orales de los tejidos blandos

b) Criterios de Exclusión

- Pacientes que no presentaron lesiones de tejidos blandos en cavidad oral.
- Pacientes que se hayan presentado antes o después del periodo de marzo del 2016 a marzo 2019.
- Pacientes menores de 1 año de edad.
- Pacientes con expediente electrónico incompleto.

8.6 Protección de datos al paciente

En cumplimiento de la NOM-004-SSA-2012 con apego a la sección 5 de Generalidades en la subsección 5.5 y 5.5.1 en referencia al uso de datos personales, además de seguir los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales ACT-PUB-19/12/2017.10 así mismo a lo marcado en el segundo párrafo del Artículo 16 de la Constitución Política Mexicana.

Todos los datos “Sensibles” fueron disociados de manera que no sea anexado a una persona identificada o identificable, según el artículo 3, fracción VIII, de la Ley de Protección de Datos Personales En Posesión de los Particulares, perdiendo así su carácter de dato personal se manejara por tanto la información únicamente como números en una base de datos en hoja simples de Excel. El presente documento, es un estudio sin riesgo y no requiere de consentimiento informado.

8.7 Sistema de variables

VARIABLES DEPENDIENTES

- Prevalencia de las lesiones orales de los tejidos blandos
- Prevalencia de las lesiones orales de los tejidos blandos según su etiopatogenia

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad

- Sexo
- Prevalencia según la localización anatómica

8.8 Metodología

Se solicitaron los permisos correspondientes para el acceso a la información del expediente electrónico al departamento de Archivo.

Se revisaron los expedientes electrónicos de pacientes mayores de 1 año de edad, a los cuales por medio del servicio de consulta externa del servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, se les haya realizado métodos de diagnóstico como valoración clínica y biopsia incisional, los cuales hayan dado como resultado alguna lesión de tejidos blandos en cavidad oral en el Hospital Metropolitano en el periodo de marzo 2016 a marzo 2019; serán excluidos todos aquellos que no hayan sido atendidos en el periodo antes mencionado, cuyas edades sean menor a 1 año y que los mismos expedientes clínicos se encuentren incompletos. A partir de las historias clínicas de los sujetos, se registró la edad, el sexo, localización anatómica, y diagnóstico clínico y/o histopatológico; y serán clasificados de acuerdo a su etiopatogenia.

8.9 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Los datos obtenidos se analizaron mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics Base 22.0 y se utilizó el software MS Office Excel 2018(Microsoft) para tabulación de los datos y la confección de gráficos para demostrar el análisis de manera visual.

9. RESULTADOS

De 1271 pacientes que acudieron a la consulta externa de maxilofacial en el periodo marzo de 2016 – marzo 2019, se descartaron 836 expedientes electrónicos de pacientes que no presentaron lesiones orales de los tejidos blandos, se realizó la revisión de 435 historias clínicas de pacientes que acudieron al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano durante el periodo de 3 años (2016 al 2019) de los cuales se descartaron 259 por expedientes incompletos en la información de ésta investigación, quedando un total de 176 pacientes, de entre 6-92 años de edad, encontrando la lesión con mayor prevalencia la hiperplasia fibrosa focal con un 15.91% (n=28), seguido por el mucocele con 14.77% (n=26), carcinoma epidermoide 8.52% (n=15), granuloma piógeno 7.39% (n=13) y ránula 5.11% (n=9); representando un 52% de las lesiones, el 48% restante por otras lesiones como anquiloglosia, adenoma pleomorfo, lipoma, granuloma periférico de células gigantes entre otras. La localización anatómica más frecuente de las lesiones de los tejidos blandos fue mucosa labial con 24.43% (n=43), seguido de lengua 23.86% (n=42). Dentro de las lesiones orales de los tejidos blandos, se encontro que un 83.52% correspondían a lesiones benignas, donde predomina el sexo femenino con 51.70%; y solo un 12.50% lesiones malignas predominando el sexo masculino con 6.82%. Dentro de las lesiones malignas la lesión con mayor prevalencia es el carcinoma epidermoide, seguido por carcinoma mucoepidermoide (tabla 1).

Según la etiopatogenia, las lesiones de tejido conjuntivo fueron las más frecuentes con un 36.93%, seguido por los trastornos de glándulas salivales con 26.70%. Se encontró al sexo femenino sobre el masculino con 59.66% (n=105), y masculino 40.34% (n=71). La mayor prevalencia de las lesiones orales de los tejidos blandos se encontró en la 5ta década de la vida, entre 40-49 años de edad (tabla 2).

Tabla 1. Prevalencia de lesiones de tejidos blandos en cavidad oral en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León en el período de marzo 2016 a marzo 2019.

LESIÓN	FRECUENCIA	% LESIÓN
Hiperplasia fibrosa focal (traumatico)	28	15.91%
Mucocele	26	14.77%
Carcinoma epidermoide	15	8.52%
Granuloma piógeno	13	7.39%
Ránula	9	5.11%
Anquiloglosia	7	3.98%
Adenoma pleomorfo	7	3.98%
Lipoma	6	3.41%
Granuloma periférico de células gigantes	5	2.84%
Fibroma osificante periférico	5	2.84%
Hiperplasia fibrosa inflamatoria (epulis)	5	2.84%
Carcinoma mucoepidermoide	4	2.27%
Mancha melánica	4	2.27%
Melanosis del fumador	4	2.27%
Macroglosia	3	1.70%
Liquen plano	3	1.70%
Hemangioma	3	1.70%
<i>Candida albicans</i>	3	1.70%
Hiperplasia epitelial focal (enfermedad de Heck)	3	1.70%
Estomatitis aftosa menor	3	1.70%
Leucoplasia	2	1.14%
Gránulos de fordyce	2	1.14%
Papiloma plano	2	1.14%
Leucoplasia vellosa	2	1.14%
Sarcoma de Kaposi + VIH	2	1.14%

Penfigoide de las encias	1	0.57%
Nodulo tiroideo lingual	1	0.57%
Nevo intramucoso	1	0.57%
Glositis romboidal media	1	0.57%
Adenoma monomorfo de tipo canalicular	1	0.57%
Condiloma acuminado	1	0.57%
Leucoedema	1	0.57%
Nevo blanco esponjoso	1	0.57%
Leucoedema	1	0.57%
Carcinoma de células escamosas	1	0.57%
TOTAL GENERAL	176	100.00%

Tabla 2. Prevalencia de las lesiones orales de los tejidos blandos según su etiopatogenia en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León en el período de marzo 2016 a marzo 2019.

LESIONES SEGÚN LA ETIOPATOGENIA	%
Lesiones de tejido conjuntivo	36.93%
Transtornos de las glándulas salivales	26.70%
Transtornos de origen epitelial	16.48%
Alteraciones del desarrollo	9.09%
Infecciones de la cavidad oral	6.82%
Lesiones orales mediados por procesos inmunitarios	3.98%
TOTAL GENERAL	100.00%

La mayor prevalencia de las lesiones de lesiones orales de tejidos blandos según la etiopatogenia se encontró a las lesiones de tejido conjuntivo, dentro de las cuales, la más frecuente es la hiperplasia epitelial focal con un 43.08%, que es de origen de tejido fibroso, seguido por el granuloma piógeno de origen vascular con 20%. Posteriormente le siguen las lesiones de origen de glándulas salivales con 26.70%, trastornos de origen epitelial 16.48%, alteraciones del desarrollo 9.09%, infecciones de cavidad oral 6.82% y procesos inmunitarios con 3.98% (tabla 2).

Tabla 3. Prevalencia de las lesiones orales de los tejidos blandos según el sexo en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León en el período de marzo 2016 a marzo 2019.

LESIÓN	F	M	TOTAL GENERAL
Hiperplasia fibrosa focal (traumático)	22	6	28
Mucocele	10	16	26
Carcinoma epidermoide	7	8	15
Granuloma piógeno	9	4	13
Ránula	3	6	9
Anquiloglosia	2	5	7
Adenoma pleomorfo	5	2	7
Lipoma	2	4	6
Granuloma periférico de células gigantes	3	2	5
Fibroma osificante periférico	5		5
Hiperplasia fibrosa inflamatoria (epulis)	4	1	5
Carcinoma mucoepidermoide	2	2	4
Mancha melánica	4		4
Melanosis del fumador	2	2	4
Macroglosia	2	1	3
Liquen plano	2	1	3
Hemangioma	3		3
<i>Candida albicans</i>	1	2	3
Hiperplasia epitelial focal (enfermedad de Heck)	2	1	3
Estomatitis aftosa menor	3		3
Leucoplasia	1	1	2
Gránulos de fordyce	2		2
Papiloma plano	1	1	2

Leucoplasia vellosa	1	1	2
Sarcoma de Kaposi + VIH		2	2
Penfigoide de las encías		1	1
Nódulo tiroideo lingual	1		1
Nevo intramucoso	1		1
Glositis romboidal media		1	1
Adenoma monomorfo de tipo canalicular		1	1
Condiloma acuminado	1		1
Leucoedema	1		1
Nevo blanco esponjoso	1		1
Leucoedema	1		1
Carcinoma de células escamosas	1		1
TOTAL GENERAL	105	71	176

La mayor prevalencia de las lesiones orales de tejidos blandos se encontró en sexo femenino con 59.66%, y en hombres 40.34% (tabla 3).

Tabla 4. Prevalencia de las lesiones orales de los tejidos blandos por década de vida en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León en el período de marzo 2016 a marzo 2019

DÉCADA DE VIDA	N
1er década	9
2da década	31
3er década	29
4ta década	21
5ta década	34
6ta década	27
7ma década	11
8va década	9
9na década	4
10ma década	1
TOTAL	176

La mayor prevalencia de las lesiones orales de los tejidos blandos se encontró en la 5ta década de la vida, entre 40-49 años de edad (tabla 4).

Tabla 5. Prevalencia de las lesiones orales de los tejidos blandos según la localización anatómica en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León en el período de marzo 2016 a marzo 2019.

LOZALIZACIÓN ANATÓMICA	%	N
Mucosa labial	24.43%	43
Lengua	23.86%	42
Reborde alveolar	22.15%	39
Mucosa yugal	14.77%	26
Piso de boca	7.38%	13
Surco vestibular	3.97%	7
Paladar	3.40%	6
TOTAL	100%	176

La localización anatómica más frecuente de las lesiones de los tejidos blandos fue mucosa labial con 24.43% (n=43), seguido de lengua 23.86% (n=42), reborde alveolar 22.15% (n=39), mucosa yugal 14.77% (n=26), piso de boca 7.38% (n=13), surco vestibular 3.97% (n=7) y paladar 3.40% (n=6) (tabla 5).

Tabla 6. Prevalencia de las lesiones orales benignas y malignas de los tejidos blandos en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León en el período de marzo 2016 a marzo 2019.

HISTOLOGÍA	%	
BENIGNO	83.52%	Dentro de las lesiones orales de los tejidos blandos, se encontro que un
MALIGNO	12.50%	
PREMALIGNO	3.98%	
TOTAL GENERAL	100.00%	

83.52% correspondían a lesiones benignas y solo un 12.50% lesiones malignas, seguido de lesiones premalignas con 3.98% (tabla 6).

Tabla 7. Prevalencia de las lesiones orales benignas y malignas de los tejidos blandos según el sexo en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León en el período de marzo 2016 a marzo 2019.

HISTOLOGÍA	%
Benigno	83.52%
F	51.70%
M	31.82%
Maligno	12.50%
F	5.68%
M	6.82%
Premaligno	3.98%
F	2.27%
M	1.70%
TOTAL GENERAL	100.00%

Dentro de las lesiones benignas se encontró una mayor prevalencia en sexo femenino con 51.70% contra un 31.83% en sexo masculino. Mientras que en las lesiones malignas se encontró una mayor prevalencia en sexo masculino con 6.82% y el sexo femenino con 5.68%. En cuanto a las lesiones premalignas, se encontró en un 2.27% en pacientes femeninas y 1.70% en pacientes masculinos (tabla 7).

Tabla 8. Prevalencia de las lesiones orales malignas de los tejidos blandos según la localización anatómica en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León en el período de marzo 2016 a marzo 2019.

LESIONES MALIGNAS POR LOCALIZACIÓN ANATÓMICA N

Maligno	22
Carcinoma epidermoide	15
Bordes laterales	5
Piso de boca y bordes laterales de lengua	2
Reborde alveolar maxilar	2
Reborde alveolar	1
Dorso y borde lateral	1
Reborde alveolar mandibular	1
Dorso	1
Paladar blando	1
Piso de boca	1
Carcinoma mucoepidermoide	4
Reborde alveolar	2
Reborde alveolar maxilar	1
Piso de boca	1
Sarcoma de Kaposi + VIH	2
Reborde alveolar y lengua	2
Carcinoma de celulas escamosas	1
Reborde alveolar	1
TOTAL GENERAL	22

Dentro de las lesiones malignas la lesión con mayor prevalencia es el carcinoma epidermoide, el cuál la localización anatómica más frecuente se encontró en los bordes laterales de lengua; seguido por el carcinoma mucoepidermoide, localizado más frecuentemente en reborde alveolar (tabla 8).

10. DISCUSIÓN

De acuerdo a diversos estudios epidemiológicos las lesiones de los tejidos blandos afectan entre el 25-50% de las personas en general, dependiendo de la población estudiada, del diseño metodológico empleado, así como la categorización de las lesiones que varían de un estudio a otro. En la presente investigación se utilizó una muestra infinita, de pacientes mayores de 1 año de edad, los datos fueron recolectados a través de expedientes electrónicos, realizados por especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial en la consulta externa, en el Hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León en el período de marzo 2016 a marzo 2019. Pese a ser un estudio retrospectivo, los resultados se encontraron dentro del rango de otros estudios de tipo prospectivo.

La prevalencia del presente estudio fue del 13.84%, esta investigación es parecida a una investigación realizada en Perú, con una prevalencia del 10.5% (Guevara, 2017); en otra investigación donde estudiaron la prevalencia de las lesiones de la mucosa oral en la policía militar brasileña encontraron el 8.61% presentaban algún tipo de lesión de la mucosa oral (Araujo 2015); en otro estudio realizado en la ciudad de México en la que investigaron las lesiones orales de los tejidos blandos de una población escolar encontraron una prevalencia del 17.75% de los pacientes presentaron algún tipo de lesión de los tejidos blandos orales (Caudillo, 2018). En comparación con los estudios señalados, encontramos que los resultados de la presente investigación se mantienen dentro de los rangos anteriormente reportados.

En la presente investigación se encontraron 35 lesiones diferentes de los tejidos blandos, a diferencia de otras investigaciones como Guevara y cols. 2017 donde se identificaron 14 lesiones diferentes; en ésta investigación, la lesión con mayor prevalencia es la hiperplasia fibrosa focal con un 15.91% (n=28), seguido por el mucocele con 14.77% (n=26), carcinoma epidermoide 8.52% (n=15), granuloma piógeno 7.39% (n=13) y ránula

5.11% (n=9); representando un 52% de las lesiones, el 48% restante por otras lesiones como anquiloglosia, adenoma pleomorfo, lipoma, granuloma periférico de células gigantes entre otras; similar a lo encontrado en la investigación por López y cols. 2015, Prevalencia e incidencia de diagnósticos histopatológicos en cabeza y cuello 2006-2013, en el Servicio de Patología Oral y Maxilofacial Unidad de Especialidades Odontológicas en México, D.F. En la que los resultados obtenidos detectaron las patologías más frecuentes presentadas en la cavidad oral, siendo la hiperplasia fibrosa en un 28.2% seguido de mucocele 8.2%; de igual manera a lo encontrado en el estudio por Araujo y cols. 2015, donde encontraron las lesiones traumáticas las más comunes con 20.53%; de manera similar Soto y cols. 2017, encontraron la hiperplasia fibrosa inflamatoria con 38%, seguido de fibroma por irritación con 25%; Guevara y cols. 2017 encontraron la mácula melanótica como la más prevalente con 25% seguido de la hiperqueratosis friccional con 15%; del mismo modo Cruz y cols. 2018 encontraron la prevalencia de lesiones estomatológicas más frecuentemente encontrados fueron las reactivas/traumáticas con 43.4%, al igual que Fernández y cols. 2019 se determinó que la mayor frecuencia es el fibroma traumático con un 15,91%; todos estos anteriores coincidiendo con los reportes publicados comparando nuestro estudio.

En nuestra investigación, la prevalencia de las lesiones orales de los tejidos blandos según la etiopatogenia las lesiones de tejido conjuntivo fueron las más frecuentes con un 36.93%, seguido por los trastornos de glándulas salivales con 26.70%, seguido por trastornos de origen epitelial con 16.48%, alteraciones del desarrollo 9.09%, infecciones de la cavidad oral 6.82% y lesiones orales mediados por procesos inmunitarios con 3.98%, similar al estudio por Guevara y cols. 2017, las lesiones de tipo reactivas, traumáticas y desórdenes morfogenéticos fueron las más prevalentes con 47.5%, 25% y 12.5% respectivamente, a diferencia de Marx y cols. 2017, encontraron el 41% de las alteraciones bucales correspondieron a trastornos infecciosos principalmente candidiasis en 29%, de igual manera Xavier y cols. en el 2018, en el que mencionan las lesiones de glándulas salivales fueron la categoría con el mayor número de casos, 182, y el mucocele fue el diagnóstico histopatológico más frecuente con 18.44%.

En este estudio se encontró al sexo femenino sobre el masculino con 59.66% (n=105), y masculino 40.34% (n=71); encontrándose una mayor prevalencia en la 5ta década de la vida, entre 40-49 años de edad.

Similar a lo encontrado en las variables de sexo del estudio por López y cols. 2015, en el cual identifican el sexo femenino con 61% y masculino 39%; del mismo modo en la investigación por Nápoles y cols. 2016, en el cual determinaron un 60% en sexo femenino y 40% masculino, en el que a su vez el grupo de edad que predominó fue entre los 60-64 años; en la investigación por Delesma y cols. 2017 identificaron los pacientes femeninos más afectados con 60,1%, presentando un mayor numero de lesiones en un rango de edad de entre 30-59 años, al igual que en el estudio por Barberán y cols. 2017.

La localización anatómica más frecuente de las lesiones de los tejidos blandos fue mucosa labial con 24.43% (n=43), seguido de lengua 23.86% (n=42). De manera similar en el estudio por López y cols. En 2015 en el que la localización anatómica más frecuente fue la mucosa labial con 19%, seguido por mucosa bucal con 18%, a diferencia que en el estudio de Guevara y cols. 2017, la localización anatómica más frecuente fue la mucosa yugal con 40%, seguido de la mucosa labial con 30% del total.

En la investigación presente de las lesiones orales de los tejidos blandos, se encontro que un 83.52% correspondían a lesiones benignas , donde predomina el sexo femenino con 51.70%; y solo un 12.50% lesiones malignas predominando el sexo masculino con 6.82%. Dentro de las lesiones malignas la lesión con mayor prevalencia es el carcinoma epidermoide, seguido por carcinoma mucoepidermoide; de manera similar en la investigación por López en 2015 encontraron el tipo de lesión de acuerdo con su evolución fue 97.4% lesiones benignas, 2.56% lesiones malignas; mientras que Delesma en 2017 determinó el mayor número de casos con neoplasias en cavidad oral, se presentó en pacientes que están entre la década del 30-59 años de edad. El papiloma representó la mayor neoplasia benigna con un 57,8%. El carcinoma epidermoide representó la mayor neoplasia maligna con un 77,1%.

11. CONCLUSIONES

Los estudios acerca de la epidemiología de las lesiones orales son importantes porque ayudan a comprender la prevalencia, distribución y severidad de las mismas en una población.

La prevalencia de las lesiones fue del 13.84%, siendo una prevalencia regular y que se encuentra dentro del rango de otras investigaciones.

La lesión oral con mayor prevalencia de los tejidos blandos es la hiperplasia fibrosa focal con 15.91%, que es de origen traumático, y corresponden según la etiopatogenia a las lesiones de tejido conjuntivo con un 43.08%; por lo que no se rechaza la hipótesis de investigación donde la hiperplasia fibrosa focal es la lesión de la cavidad oral en tejidos blandos con mayor prevalencia.

La mayor prevalencia de las lesiones se dio en edades adultas, entre de la 2da y 6ta década de vida, más acentuado entre los 50 y 59 años de edad; la edad es un factor coadyuvante en la aparición de lesiones orales de los tejidos blandos.

Las lesiones fueron más prevalentes en el sexo femenino que en el masculino.

La localización anatómica mas prevalente de las lesiones fue la mucosa labial, seguido de lengua y mucosa de reborde alveolar.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López-hernández CCDM, Luis CDMC. Prevalencia e incidencia de diagnósticos histopatológicos en cabeza y cuello 2006-2013 . Siete años de experiencia del Servicio de Patología Oral y Maxilofacial Unidad de Especialidades Odontológicas México. Rev Sanid Milit [Internet]. 2015;69(1):25–33. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57550>
2. Soto EG, Pérez EL, Corona MAG, Vidal LSG, Aspeitia+ M de JV. Prevalencia de patologías orales y maxilofaciales en el Hospital General Regional Núm. 1 Querétaro. Rev Mex Cirugía Bucal y Maxilofac. 2017;13(1):29–35.
3. Almeida AR de, Silva CL da, Santoyo AH. Cita sugerida (APA, sexta edición). Univ y Soc. 2018;10(3):134–41.
4. Araújo VS, Godinho EL, Farias LC, Marques-Silva L, Santos SHS, Rodrigues-Neto JF, et al. Prevalence of oral mucosal lesions in a Brazilian military police population. J Clin Exp Dent. 2015;7(2):e208–11.
5. Del E, Carbamida PDE, Al F, Hidrogeno PDE, En AL, Clareamiento EL. Universidad de huánuco. 2016;1–105.
6. Jesús I De, González N, Pérez OR. Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras. Arch Médico Camagüey. 2016;20(2):158–66.
7. Delesma A. Prevalencia de neoplasias benignas y malignas de la cavidad oral con estudio histopatológico en el Servicio de Cabeza y Cuello del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo 2010 - 2016. E.aP Odontol. 2017;101.
8. Guevara N, Prasitnok K, Bulacu M, Shen Z, Ye H, Zhou C, et al. Prevalencia de lesiones en la mucosa oral en pacientes atendidos en el servicio de estomatología del hospital militar central de Perú durante el periodo 2001-2016. J Phys Chem B [Internet]. 2017;8(1):28–48. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpc.2009.01.028><http://dx.doi.org/10.1016/j.proeng.2015.11.146><https://www.uio.no/studier/emner/matnat/fys/FYS4460/v17/notes/md-2016-python.pdf><https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePu>

9. Pontón MMS, Fernández-Cuevas L, Alcalá-Pérez D, Tercero-Quintanilla G, Esquivel-Pedraza L. Prevalencia de alteraciones bucales en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. *Dermatologia Rev Mex*. 2017;61(2):87–97.
10. Freyre R. Principales lesiones y condiciones secundarias encontradas en. 2017;(4):1140–51.
11. Lao Gallardo W, Sobalvarro Mojica K. Egresos hospitalarios debidos a enfermedades de las glándulas salivales, CCSS, Costa Rica 1997 al 2015. *Odontol Vital*. 2018;(28):41–50.
12. Xavier Santos RL, Da Silva Júnior EZ, Lyra MCA, Ribeiro de Andrade RA, Vilela Heimer M, De Souza Andrade ES. Oral and maxillofacial lesions in children and adolescents. *Rev Cubana Estomatol*. 2018;55(4):1–9.
13. Caudillo-Joya T, Adriano-Anaya M del P, Caudillo-Adriano PA. Lesiones Orales en Tejidos Blandos de una Población Escolar en la Ciudad de México. *Int J Odontostomatol*. 2018;12(2):177–81.
14. Cabrera I. Facultad De Ciencias De La Salud Escuela Profesional De Odontología. Uladech Católica [Internet]. 2018;58. Available from: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1536/ATENCION_ODONTOLOGICA_DESARROLLO_DENTAL_CANTARO_SHUAN_FRANK_JHORDY.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Ramírez-sánchez I, Salazar-cruz MDLÁ, Hernández-trejo N, González FEH, Ochoa-cáceres FS. Prevalencia de las manifestaciones estomatológicas de los pacientes hospitalizados en el Hospital para el Niño Poblano. 2018;19(59):1563–70.
16. Boza Y, López A. Población y Salud en Mesoamérica. *Stat F Theor*.

2019;53(9):1689–99.

17. BENAVENTE TNF. Facultad De Ciencias De La Salud Escuela Profesional De Psicología. Tesis [Internet]. 2019;63. Available from:
http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/13540/COMUNICACION_FAMILIAR_FAMILIA_FLORES_BENAVENTE_TANIA_NOELIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Mex R, Forense M, Noriega TR, Pagola PG, Guadalupe R. Prevalencia de tumores benignos de cavidad oral en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz . Experiencia en 10 años (2008-2017). 2019;4(supl 2):88–91.
19. Osterne RL V., Lima-Verde RMB, Turatti E, Nonaka CFW, Cavalcante RB. Oral cavity lipoma: a study of 101 cases in a Brazilian population. J Bras Patol e Med Lab. 2019;55(2):148–53.
20. Goyena R, Fallis A. ORAL AND MAXILLOFACIAL PATHOLOGY. J Chem Inf Model. 2019;53(9):1689–99.
21. Sapp JP. Patología Oral y Maxilofacial Contemporanea. 2004;2.
22. Regezi JA, Verstraete FJM. Clinical-pathologic correlations. Oral and Maxillofacial Surgery in Dogs and Cats. 2012. 381–385 p.