Distribución de condiciones y lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos mexicanos

[Alejandro Donohué Cornejo,1,4 Elba Rosa Leyva Huerta,1 Santa Ponce Bravo,1 Beatriz Aldape Barrios,1 Daniel Quezada Rivera,1 Aída Borges Yañez2 y Alfredo Aguirre Montes de Oca3](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000100001&lng=es&nrm=iso#autor)

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la distribución de condiciones y lesiones de la mucosa bucal de pacientes que asistieron a las clínicas de admisión de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México. El examen clínico lo realizaron 5 especialistas en Patología Bucal previamente calibrados. El total de pacientes examinados fue de 1 152 en un período de 9 meses: 754 mujeres (65,45 %) y 398 hombres (34,55 %), con un rango de edad entre 18 y 84 años (39 años como promedio). Se incluyeron en el estudio32 condiciones y lesiones; las definiciones operacionales se basaron en los criterios establecidos en la *Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions* de la OMS. Del total de pacientes, únicamente 18 (1,6 %) no presentaron ninguna alteración. Las lesiones más frecuentemente diagnosticadas fueron: lesión blanca friccional con 354 casos (30,72 %), úlceras traumáticas con 132 (11,45 %) y aumento tisular con causa aparente con 103 (11,28 %). Las condiciones más comunes fueron: melanosis racial con 694 casos (60,24 %), gránulos de Fordyce 634 (55,03 %) y lengua fisurada 428 (37,15 %). En este estudio encontramos que las condiciones y lesiones se incrementan con la edad observándolas entre la 3ra. y 5ta. décadas de la vida.

*Palabras clave*: mucosa oral, lesiones intraorales, alteraciones bucales, condiciones bucales.

La cavidad bucal es asiento de una amplia diversidad de entidades que involucran variaciones anatómicas y estados patológicos; continuamente se encuentra sujeta a modificaciones debido a diferentes factores irritantes que actúan sobre la mucosa; asimismo, conforme aumenta la edad también se modifican los tejidos influyendo en el estado de salud-enfermedad, lo cual conlleva a que las manifestaciones locales y sistémicas sean distintas entre las etapas de la vida y que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos sean diferentes entre una población y otra.1-3

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 en México se presenta el Sistema para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales (SIVEPAB), cuya primera fase está encaminada a obtener información de los pacientes que acuden a recibir atención odontológica. *Bouqout* y colaboradores,2 reportan que aproximadamente el 10 % de individuos mayores de 35 años tienen cuando menos una alteración en boca, que por lo general es raro que haya sido registrada por el dentista. Diversos estudios encaminados a establecer perfiles epidemiológicos de lesiones de tejidos blandos han sido reportados en la literatura mundial.2-12 En México existen estudios epidemiológicos de lesiones en cavidad bucal, los cuales se han realizado en diferentes poblaciones por instituciones de salud y educativas,4,13-19 todos encaminados a obtener información sobre el estado de salud bucal de nuestra población. Pero aún se requiere mayor información de la morbilidad bucal con el propósito de establecer un panorama encaminado a la planeación y evaluación de los programas de prevención y control de las enfermedades bucales, fomentando el diagnóstico y la investigación dentro de la patología bucal.

**Objetivo**

El objetivo de este estudio fue establecer la distribución por edad y género de condiciones y lesiones de la mucosa bucal en adultos que solicitan atención en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

MÉTODOS

**Selección de la muestra**

En las clínicas de admisión de pregrado y posgrado de la Facultad de Odontología de la UNAM se recibieron un total de 22 382 pacientes en un período de 9 meses, de ellos 15 552 fueron mayores de 18 años, 9 521 (61,23 %) mujeres y 5 031 (38,77 %) hombres, según la información registrada por el Sistema de Cómputo, Registro y Evaluación de Pacientes (SICOREP), registro interno de la propia Facultad. La unidad de muestreo consistió en un grupo de 1 152 pacientes mayores de 18 años de ambos sexos seleccionados por conveniencia. Las variables dependientes del estudio se dividieron en 2 categorías: condiciones y lesiones. En *condiciones* se incluyeron las siguientes entidades: foveolas comisurales, gránulos de Fordyce, línea alba oclusal, leucoedema, torus palatino, torus mandibular, lengua fisurada, lengua geográfica, atrofia central de papilas, anquiloglosia, várices linguales, melanosis racial y mácula melanótica.

Dentro de las *lesiones* las variables fueron: hiperplasia epitelial focal, leucoplasia, liquen plano, lesión blanca friccional, *morsicatio bucarum,* aumento tisular con causa aparente, *epulis fisuratum*, parulis, úlceras traumáticas, úlceras recurrentes menores, úlceras recurrentes mayores, estomatitis por prótesis I, estomatitis por prótesis II, estomatitis por prótesis III, candidosis atrófica crónica, candidosis seudomembranosa aguda, eritroplasia, úlceras sin causa aparente y aumento tisular sin causa aparente.

Las definiciones operacionales se basaron en los criterios establecidos en la *Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal disease and conditions* de la OMS,5 donde se definen como **condiciones** a todas aquellas entidades que son consideradas como variante de lo normal o parte de un proceso fisiológico y que no son consideradas una verdadera patología, y **lesiones** a todas las alteraciones que son consideradas una verdadera patología. Las variables independientes consideradas dentro de este trabajo fueron edad y sexo.

**Recopilación de la información**

Se elaboró una cédula de recolección de datos (anexo), así como un instructivo para el llenado de la cédula, de acuerdo con el esquema secuencial de la OMS 5 para estudios epidemiológicos de tejidos blandos de la cavidad bucal, el cual esta basado en la clasificación de Roed Petterson y Renstrup. Se incluyeron el torus palatino y mandibular como condiciones de tejidos duros. El examen de los pacientes y la recolección de datos lo realizaron 5 especialistas en Patología Bucal, los cuales fueron previamente estandarizados en 4 sesiones, una de descripción y unificación diagnóstica y 3 de calibración diagnóstica, que se realizó con diapositivas de las entidades a estudiar y revisión de pacientes en la clínica.

El examen bucal se realizó dentro de las clínicas de admisión en unidades dentales equipadas con lámparas de luz artificial, en una sola sesión por paciente, utilizando instrumental estéril y elementos básicos de inspección deshechables.

**Registro y análisis de la información**

Los datos obtenidos del examen bucal fueron registrados en la cédula de recolección; se creó una base de datos en DBase III plus donde se ordenó y agrupó la información obtenida que fue analizada con el paquete estadístico SPSS-PC+ versión 3.0.

Las condiciones y las lesiones se ordenaron por frecuencia y agruparon por grupos de edad. Se obtuvo el promedio y desviación estándar de edad, los porcentajes de las variables, así como un cruce de variables por edad y sexo con cada una de las alteraciones en estudio; la frecuencia y porcentaje de las diferentes alteraciones y distribución de ellas de acuerdo con los grupos de edad y género.

RESULTADOS

De los 1 152 pacientes incluidos en este estudio, 754 (65,45 %) fueron mujeres con un promedio de edad de 39,28 años ±14,77, y 398 (34,55 %) hombres, con un promedio de 38,77 años ±15,68. El rango de edad del total de los pacientes fue de 18 a 84 años, con un promedio de 39 años ±15,12 (fig. 1). Se realizó la distribución relativa por edad y género de la población mayor de 18 años que asistió a la facultad durante el período del estudio, así como la población en estudio (tabla 1).

Tabla 1. Distribución relativa por grupos de edad y género de la población que asistió a
atención odontológica y la que participó en el estudio

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   Edad  | Masculino  | Femenino  |
| Población general %  | Población de estudio %  | Población general %  | Población de estudio %  |
| 18 a 25  | 25,33  | 25,38  | 21,03  | 20,56  |
| 26 a 35  | 22,55  | 22,36  | 25,00  | 25,07  |
| 36 a 45  | 21,90  | 21,86  | 22,21  | 22,28  |
| 46 a 55  | 14,17  | 14,07  | 16,52  | 16,84  |
| 56 a 65  | 8,05  | 8,04  | 9,50  | 9,55  |
| 66 o más  | 8,00  | 8,29  | 5,74  | 5,70  |
| Total  | 100  | 100  | 100  | 100  |

          Fuente directa.
          Población general: 15 552; población de estudio: 1 152.



Fig. 1. Distribución por grupos de edad y género de la población participante

Los diagnósticos emitidos variaron de 1 a 8 alteraciones por paciente; el total de condiciones y lesiones encontradas en nuestro grupo de estudio fue de 3 985, y solo en 18 pacientes (1,6 %) no se presentó ninguna alteración, ya que la mayoría de los pacientes tuvieron entre 3 y 4 alteraciones. Las condiciones (tabla 2) y lesiones (tabla 3) se reportan en orden de mayor a menor frecuencia x 100, así como su frecuencia con respecto al género.

Tabla 2 . Frecuencia de condiciones orales diagnosticadas de acuerdo con el género

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Condición  | Frecuencia x 100 Femenino  | Frecuencia x 100 Masculino  | Frecuencia x 100 Total  |
| Melanosis racial  | 446 (59,15)  | 248 (62,31)  | 694 (60,24)  |
| Gránulos de Fordyce  | 357 (47,35)  | 277 (69,60)  | 634 (55,03)  |
| Lengua fisurada  | 285 (37,80)  | 143 (35,93)  | 428 (37,15)  |
| Torus palatino  | 264 (35,01)  | 89 (22,36)  | 353 (30,64)  |
| Línea alba oclusal  | 146 (19,36)  | 80 (20,10)  | 226 (19,61)  |
| Várices linguales  | 127 (16,84)  | 74 (18,59)  | 201 (17,44)  |
| Torus mandibular  | 35 (4,64)  | 52 (13,07)  | 87 (7,55)  |
| Foveolas comisurales  | 44 (5,84)  | 26 (6,53)  | 70 (6,07)  |
| Leucoedema  | 23 (3,05)  | 47 (11,81)  | 70 (6,07)  |
| Mácula melanótica  | 22 (2,92)  | 14 (3,52)  | 36 (3,12)  |
| Lengua geográfica  | 12 (1,59)  | 8 (2,01)  | 20 (1,73)  |
| Anquiloglosia  | 6 (0,80)  | 2 (0,50)  | 8 (0,69)  |

         Fuente directa.

Tabla 3 . Frecuencia de lesiones orales diagnosticadas de acuerdo con el género

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lesión  | Frecuencia x 100 Femenino  | Frecuencia x 100 Masculino  | Frecuencia x 100 Total  |
| Lesión blanca friccional  | 208 (27,59)  | 146 (36,68)  | 354 (30,72)  |
| Úlceras traumáticas  | 90 (11,94)  | 42 (10,55)  | 132 (11,45)  |
| Aumento tisular con causa aparente  | 83 (11,01)  | 47 (11,81)  | 130 (11,28)  |
| Parulis  | 40 (5,30)  | 24 (6,03)  | 64 (5,55)  |
| Estomatitis por prótesis II  | 38 (5,04)  | 5 (1,26)  | 43 (3,73)  |
| Aumento tisular sin causa aparente  | 25 (3,31)  | 17 (4,27)  | 42 (3,64)  |
| Estomatitis por prótesis I  | 30 (3,98)  | 10 (2,51)  | 40 (3,47)  |
| Candidosis atrófica crónica  | 18 (2,39)  | 9 (2,26)  | 27 (2,34)  |
| Atrofia de papilas  | 17 (2,25)  | 7 (1,76)  | 24 (2,08)  |
| Úlceras recurrentes menores  | 19 (2,52)  | 3 (0,75)  | 22 (1,90)  |
| *Morsicatio buccarum*  | 11 (1,46)  | 3 (0,75)  | 14 (1,21)  |
| Candidosis seudomembranosa  | 8 (1,06)  | 6 (1,51)  | 14 (1,21)  |
| Leucoplasia  | 3 (0,40)  | 7 (1,76)  | 10 (0,86)  |
| Úlceras recurrentes mayores  | 6 (0,79)  | 3 (0,75)  | 9 (0,78)  |
| Estomatitis por prótesis III  | 6 (0,79)  | 2 (0,50)  | 8 (0,69)  |
| Eritroplasia  | 5 (0,66)  | 1 (0,25)  | 6 (0,52)  |
| Úlceras sin causa aparente  | 5 (0,66)  | 1 (0,25)  | 6 (0,52)  |
| *Epulis fisuratum*  | 5 (0,66)  | 1 (0,25)  | 6 (0,52)  |
| Hiperplasia epitelial focal  | 3 (0,40)  | ----  | 3 (0,26)  |
| Liquen plano  | 1 (0,13)  | 1 (0,25)  | 2 (0,17)  |

          Fuente directa.

La melanosis racial se presentó entre los 46 y 55 años; los gránulos de Fordyce y la lengua fisurada fueron más frecuentes entre los 56 y 65 años, el torus palatino y la línea alba oclusal entre los 36 y 45 años y las várices linguales predominaron en los pacientes mayores de 66 años (tabla 4). La lesión blanca friccional y el parulis se presentaron con mayor frecuencia entre los 26 y 35 años, las úlceras traumáticas, la estomatitis por prótesis II (mácula generalizada) y el aumento tisular sin causa aparente, se presentaron principalmente entre los 56 y 65 años; el aumento tisular con causa aparente, la estomatitis por prótesis (petequias) y la candidosis atrófica crónica predominaron en los pacientes mayores de 65 años (tabla 5, fig. 2).

Tabla 4 . Distribución porcentual de condiciones bucales por grupos de edad

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Condición  | 18-25  | 26-35  | 36-45  | 46-55  | 56-65  | 65 o más  |
| Melanosis racial  | 60,55  | 59,71  | 62,35  | 65,02  | 54,80  | 50,00  |
| Gránulos de Fordyce  | 37,50  | 54,32  | 64,31  | 59,56  | 66,35  | 55,26  |
| Lengua fisurada  | 22,65  | 22,66  | 39,21  | 44,80  | 63,46  | 48,68  |
| Torus palatino  | 33,59  | 32,73  | 36,42  | 31,14  | 31,73  | 23,68  |
| Línea alba oclusal  | 20,31  | 21,22  | 23,53  | 19,67  | 11,54  | 6,57  |
| Várices linguales  | 0,39  | 3,60  | 10,59  | 32,24  | 43,26  | 59,21  |
| Torus mandibular  | 8,20  | 9,35  | 10,59  | 7,10  | 4,80  | 10,53  |
| Foveolas comisurales  | 7,42  | 5,75  | 6,66  | 6,55  | 5,77  | 6,57  |
| Leucoedema  | 9,76  | 4,68  | 6,27  | 3,82  | 4,80  | 3,94  |
| Mácula melanótica  | 3,12  | 5,40  | 2,35  | 1,09  | 1,92  | 2,63  |
| Lengua geográfica  | 3,12  | 1,44  | 0,78  | 1,09  | 0,96  | 2,63  |
| Anquiloglosia  | 0,78  | -------  | 0,78  | 8,18  | 0,96  | --------  |
| No. de pacientes  | n=256  | n=278  | n=255  | n=183  | n=104  | n=76  |

          Fuente directa.
          Las condiciones diagnosticadas por grupo de edades se expresan en %.

Tabla 5 . Distribución porcentual de lesiones bucales por grupos de edad

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lesión  | 18-25  | 26-35  | 36-45  | 46-55  | 56-65  | 66 o más  |
| Queratosis friccional  | 28,90  | 35,97  | 33,33  | 22,40  | 26,92  | 27,63  |
| Úlcera traumática  | 11,33  | 10,43  | 9,01  | 14,75  | 15,38  | 9,21  |
| Aumento tisular con causa aparente  | 6,25  | 8,63  | 12,54  | 13,11  | 16,34  | 19,73  |
| Parulis  | 3,51  | 7,91  | 6,66  | 3,82  | 5,76  | 6,57  |
| Estomatitis por prótesis II  | --------  | 2,51  | 4,31  | 5,46  | 6,73  | 6,57  |
| Aumento tisular sin causa aparente  | 3,12  | 2,88  | 2,74  | 3,82  | 6,73  | 3,94  |
| Estomatitis por prótesis I  | 0,39  | 1,80  | 1,56  | 7.,65  | 6,73  | 9,21  |
| Candidosis atrófica crónica  | -------  | 0,72  | 1,96  | 3,82  | 5,76  | 10,52  |
| Atrofia central de papilas  | 1,39  | 1,80  | 0,39  | 2,18  | 4,80  | 6,57  |
| Úlceras recurrentes menores  | 3,90  | 2,88  | 0,39  | 1,63  | ------  | -----  |
| *Morsicatio buccarum*  | 3,12  | 0,72  | 0,78  | 2,18  | -------  | ------  |
| Candidosis seudomembranosa  | 0,39  | 0,35  | 0,78  | 2,18  | 4,80  | 1,31  |
| Leucoplasia  | ----  | 1,07  | 1,96  | 0,54  | -------  | 1,31  |
| Úlceras recurrentes mayores  | 0,78  | 0,72  | 0,78  | 1,09  | ------  | -----  |
| Estomatitis por prótesis III  | -------  | 1,07  | 0,39  | 1,09  | 0,96  | 1,31  |
| Eritroplasia  | ------  | 0,72  | 0,39  | 1,09  | ---------  | 1,31  |
| Úlceras sin causa aparente  | 0,39  | 0,35  | ------  | 1,09  | 0,96  | ---------  |
| *Epulis fisuratum*  | ------  | 0,35  | ------  | 0,54  | 1,92  | 3,94  |
| Hiperplasia epitelial focal  | -----  | 0,72  | ------  | 0,54  | ------  | -------  |
| Liquen plano  | 0,39  | ------  | ------  | 0,54  | -------  | -------  |
| No. de pacientes  | n=256  | n=278  | n=255  | n=183  | n=104  | n=76  |

          Fuente directa.
          Las cantidades por cada lesión por grupo de edades se expresan en %.


Fig. 2. Condiciones y lesiones encontradas. A) Gránulos de Fordyce, B) Melanosis racial, C) Lesión blanca friccional y D) Ulcera traumática por prótesis.

DISCUSIÓN

Los conceptos de salud dental y salud bucal casi siempre han sido usados como sinónimos, sin embargo, cuando los utilizamos por lo general nos referimos a las estructuras dentales, pasando por alto lesiones de los tejidos blandos y estructuras adyacentes de la cavidad bucal; la información sobre la distribución y frecuencia de lesiones de la mucosa bucal se ha reportado en diferentes países, pero la información está restringida a muy pocas lesiones en cada estudio.6

Los resultados de estudios epidemiológicos varían de acuerdo con diferentes factores; la edad es uno de los más importantes al enfocar este tipo de estudios en población infantil, en adultos jóvenes o en población geriátrica, de acuerdo con la problemática observada por cada grupo de investigadores. En la Facultad de Odontología de la UNAM, de acuerdo con el registro de SICOREP, la afluencia de pacientes a las clínicas de admisión indica que la mayoría de la población que acude a atención dental predomina está en el rango de 18 a 45 años, con mayor asistencia de mujeres, datos que coinciden con nuestra población de estudio

Las lesiones más frecuentes en este estudio fueron lesión blanca friccional (30,72 %), úlceras traumáticas (11,45 %), aumento tisular con causa aparente (11,28 %) y parulis (5,55 %). Estos resultados se explican por el hecho de que los sujetos que participaron en este estudio correspondieron a una población cerrada, de la que asiste a nuestras clínicas a atención dental por problemas como: lesiones cariosas, enfermedad pulpar y periapical, prótesis y obturaciones mal ajustadas, factores asociados con este tipo de lesiones.

*Axell* describe la queratosis friccional como una placa blanca grisácea, cuya localización corresponde al sitio de un trauma físico reconocido; él encontró en una población sueca el 5,5 %, mientras *Ramírez* y colaboradores reportan el 15,5 % en una población abierta. En nuestro estudio encontramos el 30,7 %, la localización más frecuente fue la mucosa bucal y la mucosa retromolar inferior. Consideramos que nuestro porcentaje fue más elevado debido a las características de la población en estudio.

En un estudio previo 17 con el mismo diseño de muestra, encontramos la úlcera traumática en el 8,18 % y con mayor frecuencia entre los 25 y 45 años; en este estudio la encontramos en el 11,45 % y con más frecuencia entre los 56 y 65 años, principalmente en la mucosa bucal, sin encontrar diferencia en cuanto a la prevalencia, pero sí con respecto al grupo de edad. También en México, *Ramírez* y colaboradores 13 reportaron las úlceras traumáticas en el 3,4 % en una población abierta, y *Díaz Guzmán* y colaboradores 14 el 1,81 % en una población cerrada, cifras más bajas que las encontradas por nosotros.

Para fines de este estudio se agrupó como aumento tisular con causa aparente, al aumento de tejido que tiene una causa que lo produce y que no es una prótesis. Las causas de estos aumentos son el trauma masticatorio, hábito de morderse el carrillo, trauma por ausencia de dientes y trauma por malposición dentaria. De acuerdo con lo descrito por *Ramírez* y colaboradores, 13 reportan una prevalencia de aumento tisular con causa aparente del 11,8 %; nosotros encontramos una prevalencia del 11,28 % y con mayor frecuencia en mayores de 56 años, independientemente de las diferencias entre los 2 tipos de población en estudio.

La melanosis racial (60,24 %), los gránulos de Fordyce (55,03 %), la lengua fisurada (37,15 %), el torus palatino (30,64 %) y la línea alba oclusal (19,61 %, fueron las condiciones más frecuentes en nuestra población. La pigmentación melánica bucal es más frecuente en grupos étnicos de piel oscura, la cual se debe a factores genéticos, aunque estudios llevados a cabo en la década pasada en población adulta de piel clara, han mostrado en poblaciones suecas, alemanas y japonesas que la causa de esta pigmentación es el hábito de fumar tabaco, 8 pero muchas de las investigaciones de pigmentación melánica en grupos étnicos de piel oscura no han tomado en consideración el hábito del tabaco. De los 1 152 pacientes revisados, encontramos 694 casos (60,24 %) de melanosis racial, en los cuales no se tomó en cuenta el tabaquismo como posible promotor de la pigmentación; se observó con mayor frecuencia entre las edades de 36 a 55 años, y se localizó principalmente en bermellón tanto superior como inferior, encía adherida superior e inferior y mucosa bucal. *Axell* y colaboradores6 encontraron en 3 poblaciones diferentes una prevalencia de melanosis del 70,5 % en Chiang Mai, 88,4 % en Kuala Lumpur y 9,9 % en Suecia. El porcentaje de melanosis reportada por ellos en las 2 primeras poblaciones, es mayor que el porcentaje encontrado por nosotros, independientemente de las características de cada uno de los grupos, pero con una marcada diferencia con respecto a la población sueca.

Los gránulos de Fordyce, condición considerada como una variante de lo normal que se presenta a cualquier edad, ha sido reportada en un alto porcentaje en la mayoría de los estudios de este tipo. *Axell* y colaboradores 6 encontraron una prevalencia de gránulos de Fordyce del 57,7 % en Chiang Mai, 61,8 % en Kuala Lumpur y 82,8 % en Suecia, no encontrando una explicación de por qué prevalece más en esta población. Sin embargo, *Halperin* y colaboradores, 3 en una población de Estados Unidos, reportaron una prevalencia del 82,49 %, muy similar a la reportada por los suecos. En nuestra población encontramos esta entidad en el 55,03 % y *Ramírez* y colaboradores 13 lo observaron en el 31,5 %. *Sedano* y colaboradores 4 mencionan que los gránulos de Fordyce se incrementan con la edad y en nuestro estudio observamos que la mayor frecuencia estuvo entre los 56 y 65 años.

Otra condición que encontramos con relativa frecuencia fue la lengua fisurada (37,15 %), que se observó con mayor frecuencia en la década comprendida de los 56 a 65 años, a diferencia de lo encontrado por *Sedano* y colaboradores, 4 con una prevalencia en niños del 15,7 %. Comparando estos estudios con los realizados en otros países como el de *Halperin* y colaboradores, 3 se observa que estos encontraron lengua fisurada en el 5,08 % de los casos, *Bouqout* y colaboradores 2 en el 3,2 %, y *Axell* y colaboradores 6 reportan un porcentaje de 3,4 y 5,2 % en una población de Tailandia y de Malasia, respectivamente.

El torus palatino se presentó en nuestra población con una frecuencia del 30,64 %. *Bouqout* y colaboradores 2 y *Kolas* y colaboradores 20 reportaron 27,6 % y 20,9 %, respectivamente; estos reportes difieren de la prevalencia de 6,4 % en niños de edad escolar encontrada por *Sedano* y colaboradores, 4 lo cual nos puede indicar que esta condición, al igual que los gránulos de Fordyce, pudiera también incrementarse con la edad.

CONCLUSIONES

La lesión blanca friccional, las úlceras traumáticas y el aumento tisular con causa aparente, fueron las lesiones encontradas con mayor frecuencia en este estudio; este tipo de lesiones tiene un factor causal común, que es el trauma mecánico asociado con lesión cariosa, prótesis mal adaptadas y obturaciones mal ajustadas, razón por la que asisten los pacientes a las clínicas de la Facultad de Odontología de la UNAM.

La prevalencia de melanosis y los gránulos de Fordyce nos indica que estas condiciones deben considerarse como características normales en la población mexicana.

De acuerdo con nuestros resultados, la frecuencia de lesiones y condiciones aumentan con la edad y se encuentran entre la tercera y quinta décadas de la vida.

Al analizar el número de diagnósticos emitidos, encontramos que los pacientes tuvieron entre 3 y 4 diagnósticos entre lesiones y condiciones, por lo cual este tipo de estudios nos muestra que es necesario determinar cifras de prevalencia e incidencia sobre grupos mayores y heterogéneos de población, ampliando la información hacia aspectos como: ocupación, grupo étnico, aspectos socioculturales y hábitos, entre otros.

SUMMARY

**Distribution for gender and age of oral mucosal alterations in adult patients**

The aim of this study is to record prevalence of oral mucosal alterations in adult patients , who were attended in the clinics of the faculty of Odontology , National Autonomous University of México in México City. Clinical examination were made by specialists in Oral Pathology, this sample consisted in 1152 subjects reviewed in 9 months duration clinical trial; 754 patients were females (64.45%) and 398 males (34.55%) age range 18-84 yr. and a mean age of 39 yr ±15.12. We record 32 different diagnosis, 18 patients (1.6%) had any lesion. The more prevalent lesions were: White fricctional lesions 354 cases (30.72%), traumatic ulcer 132 (11.45%) and tissue growing as response to aparent cause 130 (11.28%). The more common condition were: Melanoplakia 694 cases (60.24%), Fordyce granules 634 (55.03%) and fissured tongue 428 (37.15%). Our findings are compared with data on the prevalence of intraoral lesions in different countries.

*Key words*: Oral pathology, prevalence, lesions, intraoral, oral conditions.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Association of Dental Schools. Curriculum guidelines for pathology and oral pathology. J Dent Educ 1985;49(8):599-606.

        [ Links ]

2. Bouquot JE. Common oral lesions found during a mass screening examination. JADA 1986;112:50-7.

        [ Links ]

3. Halperin V, Kolas S, Jeffeeries KR, Hudleston S, Robinson HBG. The ocurrence of Fordyce spots benign migratory glossitis, mediam rhomboideal glossitis and fissured tongue in 2 478 dental patients. Oral Surg 1953;6:1972-7.

        [ Links ]

4. Sedano HO, Carreon FI, Garza de la GML, et al. Clinical orodental abnormalities in Mexican children. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989;68:300-11.

5. WHO. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. Comm Dent Oral Epidemiol 1980;8:1-26.

        [ Links ]

6. Axell T, Zain RB, Siwamogstham P, Tantiniran D, Thampipit J. Prevalence of oral soft tissue lesions in out-patients at two Malaysian and Thai dental schools. Comm Dent Oral Epidemiol 1990;18:95-9.

        [ Links ]

7. Axell T. Ocurrence of leukoplakia and some other oral white lesions among 20 333 adult Swedish people. Comm Dent Oral Epidemiol 1987;15:46-51.

        [ Links ]

8. Hedin CA, Axell T. Oral melanin pigmentation in 467 Thai and Malaysian people with special emphasis on smoker's melanosis. J Oral Pathol Med 1991;20:8-12.

        [ Links ]

9. Darwazeh AMG, Pillai K:Prevalence of tongue lesions in 1013 Jordanian dental outpatients. Comm Dent Oral Epidemiol 1993;21:323-4.

        [ Links ]

10. Reichart PA. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. Community Dent Oral Epidemiol 2000;28(5):390-8.

        [ Links ]

11. Marija Kovak- Kavclc Uros Skaleric. The prevalence of oral mucosa lewsions in a population in Ljubljana, Slovenia. J Oral Phatol Med 2000:29:331-5.

        [ Links ]

12. Mumcu G, Cimilla H, Sur H, Aayran O, Ataly T. Prevalence and distribution of oral lesions: A cross-sectional study in Turkey. Oral Diseases 2005;11:2: 81-7.

        [ Links ]

13. Ramírez AVA, Mosqueda TA, Hernández LLH. Estudio epidemiológico de las lesiones de la mucosa oral. Cuadernos CBS UAMX 1986;(11).

14. Díaz Guzmán L, Castellanos JL. Lesiones blancas de la mucosa bucal. Estudio epidemiológico en 5 868 pacientes de la clínica de Diagnóstico de la Universidad del Bajío. Rev ADM 1988;45:333-6.

        [ Links ]

15. \_\_\_\_\_\_. Lesiones rojas y mixtas (blancas-rojas) de la mucosa bucal. Estudio epidemiológico en 5 868 pacientes. Rev ADM 1989;46:126-30.

        [ Links ]

16. \_\_\_\_\_\_. Lesiones de la mucosa bucal. Estudio epidemiológico en 7 297 pacientes. Rev ADM 1991;48:75-80.

        [ Links ]

17. Donohue A, Aguirre A, Leyva E, Ledesma C, Aldape B, Lara A. Prevalence of oral mucosal disturbance in adult mexican population. J Dent Res. Abstracts of papers 1991;70 Special Issue A306:304.

        [ Links ]

18. Tello de Hernández TJ, Hernández- Pereyra J, Gutiérrez- García N. Epidemiología oral de tejidos duros y blandos en escolares del estado de Yucatán, en México. Rev Biomed 1997;8:65-79.

        [ Links ]

19. Mosqueda Taylor A, Díaz Franco MA, Velázquez Alva MC, Irigoyen Camacho ME, Caballero Sandoval S, Sida Martínez E. Prevalencia de Alteraciones de la mucosa bucal en al adulto mayor. Estudio en dos grupos del sur de la ciudad de México. http://www.xoc.uam.mx/temas\_selectos/Prevalencia\_de\_alteraciones.htm.

        [ Links ]

20. Kolas SF, Halperin V, Jefferis KR, Huddleston S, Robinson HBG. The ocurrence of torus palatinus and torus mandibularis in 2 478 dental patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1953;6:1134-41.

        [ Links ]

Recibido: Aprobado:
Dr. *Alejandro Donohué Cornejo*. Departamento de Estomatología. Instituto de Ciencias Biomédicas. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Henry Dunant 4016, Zona Pronaf, CP32310, Ciudad Juárez, Chihuahua, México. e-mail: adonohue@uacj.mxc codonto@correo.posgrado.unam.mx

[1Laboratorio de Patología Clínica y Experimental, División de Estudios de Posgrado e Investigación, Facultad de Odontología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
**2**Departamento de Salud Pública. División de Estudios de Posgrado e Investigación, Facultad de Odontología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
**3**Departaments of Stomatology and Oral Biology, State University of New York at Buffalo. New York, EE.UU.
**4** Departamento de Estomatología, Instituto de Ciencia Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000100001&lng=es&nrm=iso#cargo)