

# Lesiones mucosas y óseas de cavidad bucal en una población adulta de Mexicali, Baja California (México)

Mucosal and bones lesions of oral cavity in an adult population  
Mexicali, Baja California (México)

## Resumen

La importancia de conocer el estado de salud bucal en una población adulta de Mexicali, Baja California, México. Objetivos. Determinar la prevalencia de lesiones en cavidad bucal en adultos e identificar la presencia clínica de lesiones en mucosa bucal con capacidad de transformación maligna. Justificación. La escasez y limitación de estudios de prevalencia de lesiones de cavidad bucal en el país, sin estudios ni reporte en el noroeste de México incluyendo el estado de Baja California, particularmente su capital Mexicali. Estos argumentos son las referencias que proponen como trabajo de investigación tutelar en el Programa Doctoral de Investigación Clínica del Tercer milenio de la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada, España. Material y método. Se realizó un estudio clínico, deductivo, transversal y descriptivo en 220 sujetos, 111 mujeres (50,4%), 109 hombres (49,5%) mayores de 30 años. Basando el examen en el modelo de diagnóstico clínico de la cátedra de Medicina Bucal de la Facultad de Odontología Mexicali de la Universidad Autónoma de Baja California. Resultados. 942 lesiones bucales distribuidas en 26 diagnósticos. Mordisqueo, el más frecuente en 163 casos que representan el (17,30%). Menos frecuente, un caso de lipoma (0,11%). Los 24 diagnósticos restantes y clasificándolos en úlceras, lesiones blancas, rojas, amarillas, oscuras, linguales, periodontales, tumorales y especiales. Centrando en estudiar necesariamente aquellas lesiones de mucosa bucal con capacidad de transformación. Discusión. En respuesta a la adversidad de conocer la prevalencia de lesiones en mucosa bucal, este estudio ofrece resultados del comportamiento bucal de los pacientes examinados con los criterios establecidos en el entorno. Conclusión. De lesiones de mucosa bucal, algunas por su valor diagnóstico, sólo requieren enterar al paciente su inocuidad, además de diagnósticos diferenciales y algunas, necesariamente, deben ser sometidas a interdisciplina, tanto odontológica como médica.

## Abstract

The matter of knowing the oral health condition in an adult population Mexicali, Baja California (México). Objective. To establish the prevalence of the oral cavity lesions in adults and identify the clinical presence of the oral mucosal lesions with a malignant transformation capacity. Justification. With a shortage and limitation of the oral cavity lesions prevalence research in Mexico, there are neither researches nor reports in the Northwest Mexico including the State Of Baja California, specifically in Mexicali. All arguments mentioned before are references that propose as tutelary research investigation in the Doctoral Program Investigación Clínica Del Tercer Milenio of the University of Granada, Faculty of Dentistry, Spain. Materials and methods. A descriptive, transverse, deductive clinical study was carried out on a total of 220 people all of them

older than 30 years. 111 women (50,4%), 109 men (49,5%). The trials were based on Clinical diagnosis models from Oral Medicine class of the Autonomous University of Baja California. Results. 942 oral lesions were found during 26 examinations. Most frequently, morsicatio buccarum in 163 cases which represent 17,30%, a lipoma case which represents 0,11%. The other 24 examinations were classified as follow: ulcers, white, red, yellowish, pigmented, lingual, periodontal, tumor and special lesions. Focusing specifically on lesions of the mucosa oral with malignant transformation. Discussion. To identify, know and understand the prevalence lesions of mucosa oral. According to the studies, the behavior of examined patients with the standard criteria. Conclusion. With the diagnosis of the lesions of the oral mucosa only required to inform the patient about the diagnosis. However the differential diagnosis must be submitted with a medical and dental interconsultation.

Descriptor: Mucosa bucal, diagnóstico clínico, prevalencia de lesiones bucales y de alto riesgo

Keyword: Oral mucosa, clinical diagnostic, prevalence of oral lesions, and lesions of risk

Héctor Francisco Meráz Acosta\*  
Alberto Rodríguez Archilla\*\*

Candidato a Doctor. Autor responsable\*  
Director de tesis Doctoral\*\*

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA  
UNIVERSIDAD DE GRANADA, ESPAÑA

Meráz, A.H.F., Rodríguez, A.A. Lesiones mucosas y óseas de cavidad bucal en una población adulta de Mexicali, Baja California (México). Oral Año 16. Núm. 50. 2015. 1196-1203

Recibido: Agosto, 2014. Aceptado: Febrero, 2015.

Oral. Año 16 No. 50, Abril, 2015.

## Introducción

En el área de salud bucal la mayoría de los trabajos y/o estudios clínico-epidemiológicos son realizados en la salud dental y periodontal de población general. Sin considerar componente orgánico elemental de todo ser humano como es la mucosa bucal, en su estado de salud y/o patologías. La explicación probable al tema es la variabilidad geográfica, metodologías, muestra poblacional, examinadores y criterios y experiencias en diagnóstico.

Por su importancia, trascendencia y sus implicaciones clínicas, la cavidad bucal está recubierta por una membrana mucosa que reviste y protege y que por su constitución y localización puede estar o no queratinizada. La consistencia, color, superficie aparecen en condiciones de normalidad, fisiológica y anatómica con diferentes aspectos. Respecto al color es un rosa pálido, brillante que obedece a cuatro factores que le dan ésta característica; grado de queratinización del epitelio, intensidad de pigmento melánico, el grosor del epitelio y la vascularización. Por otra parte la multicausalidad que da lugar a las alteraciones de mucosa bucal; resulta variado: trastornos hereditarios, alérgicos, autoinmunes, infecciones, alteraciones endocrinas, xerostomía, traumatismos, condiciones iatrogénicas, neoplasias, trastornos gastrointestinales, estados carenciales<sup>1</sup>, etc. Por ello una evaluación clínica detallada, objetiva y escrupulosa de la cavidad bucal asociada a una descripción de las características clínicas encontradas, como por ejemplo; localización, tamaño, superficie, forma, color, evolución, recurrencia, sintomatología<sup>2</sup>, etcétera; proporcionará una información relevante de operatividad en el binomio odontólogo(a)-paciente.

**Justificación.** La limitación de estudios de prevalencia de lesiones de cavidad bucal en el país, sin estudios ni reporte en el noroeste de México incluyendo el Estado de Baja California, particularmente su capital Mexicali; que desconoce el comportamiento de prevalencia e incidencia del estado de salud bucal de sus habitantes.<sup>3,4</sup> Estos argumentos son las referencias que proponen como trabajo de investigación tutelar en el Programa Doctoral de "Investigación Clínica del Tercer Milenio" de la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada, España.

El estudio de prevalencia de lesiones de mucosa bucal permitirá un conocimiento de calidad del entorno más integral y determinante en el caso de las lesiones potencialmente cancerizables de la cavidad bucal, cuyo diagnóstico precoz propone una mejor calidad de vida del paciente. A diferencia de otras partes del cuerpo las lesiones bucales con capacidad de transformación, pueden detectarse a simple vista sin necesidad de instrumental y equipo sofisticado. Para compartir los beneficios del estudio que pretendemos se hará extensivo a estudiantes, académicos y responsables del diseño de programas de estudio que actualizarán y utilizarán la información, conocimientos y experiencias que aplicarán para el diagnóstico clínico sistemático y metodológico de mucosa bucal.

A continuación se citan los resultados de estudios sobre

prevalencia de lesiones bucales de interés: lo realizado en el país, el extranjero y en la región. Estudios de prevalencia en México: En 1988; Díaz Guzmán y cols,<sup>5</sup> en la Universidad del Bajío de la ciudad de León Guanajuato, México, realizan un estudio en (5868 pacientes), reportando en la primera serie (primero de tres); 312 lesiones blancas de mucosa bucal correspondiendo a hiperqueratosis por irritación la más frecuente con (1.99%), úlcera traumática (1.24%), leucoedema (0.60%), liquen plano (0.15%), glositis migratoria benigna (0.12%). En 1989 los mismos autores en el (segundo de tres)<sup>6</sup>, serie de "estudio de lesiones rojas y mixtas (blancas y rojas)", en la misma población estudiada y aplicando el criterio que el cambio de color de la mucosa bucal es con frecuencia un signo temprano y en ocasiones único que afecta a los tejidos. De las lesiones rojas las más frecuentes fueron candidiasis crónica atrófica (1.77%), hiperplasia fibrosa (1.28%), úlcera traumática (1.24%), y herpes labial (0.66%). Y de lesiones mixtas citan a la úlcera aftosa (0.37%), glositis migratoria benigna (0.12%) y quemaduras químicas (0.07%). Estas alteraciones representan el 70% de las lesiones eritematosas encontradas.

En 1991 los mismos autores, realizan (serie tres de tres)<sup>7</sup>, un estudio en 7297 pacientes, cuyos resultados son las lesiones más frecuentes; queratosis irritacional (2.37%), úlcera traumática (1.81%), candidiasis crónica atrófica (1.62%) e hiperplasia fibrosa (1.43%). En 2004, Shulman y cols<sup>8</sup>, en USA hicieron un estudio de prevalencia de lesiones en mucosa bucal en 17235 pacientes, reportando los siguientes resultados: de (48 diagnósticos sólo informo los más afines y coincidentes con el nuestro); leucoplasia (0.38%), eritroplasia (0.00%), liquen plano (0.10%), queratosis friccional (2.67%), hiperplasia reactiva (0.28%), torus (sin determinar), mordisqueo labial (3.05%), lengua geográfica (1.85%), herpes labial (1.61%), úlcera aftosa recurrente (0.89%), queilitis angular (0.71%), inespecíficas (1.06%).

En 2007, Gonsalves y cols<sup>9</sup>, en USA desarrollan un estudio de lesiones orales parte I obteniendo las siguientes prevalencias: Candidiasis (1-37%), herpes labial recurrente (15-45%), estomatitis aftosa recurrente (5-21%), eritema migratorio (1-3%), lengua pilosa (sin determinar), liquen plano (1-2%). Prevalencia de lesiones orales. Los mismos autores informan del estudio parte II<sup>10</sup> cuyos resultados obtenidos, son; torus palatino (20-35%), torus mandibular (7-10%), granuloma piógeno (sin determinar), fibroma (1-2%), leucoplasia (sin determinar), eritroplasia (sin determinar), carcinoma oral de célula escamosa (COCE) en mujeres 2%, en hombres 3%.

En 2008 Castellanos y cols<sup>11</sup> realizan un estudio en 23785 pacientes. Sólo se cita la prevalencia de lesiones en mucosa bucal más importantes representando en número de lesiones por 1000 pacientes: Úlcera traumática (40.24), queratosis friccional (32.16), candidiasis atrófica crónica (20.14), hiperplasia fibrosa inflamatoria (15.85), úlcera aftosa (8.58), herpes labial (7.90), queilitis angular (3.62), papiloma (2.90), hiperplasia papilar inflamatoria (2.48), hemangioma (2.27), eritema sin causa aparente (2.10), liquen plano reticular (1.22), leucoplasia (0.97).

En 2009 Angulo Nuñez JJ<sup>1</sup>, realizó un estudio de prevalencia

en Mérida, Venezuela obteniendo los siguientes resultados: Las lesiones más frecuentes; úlcera traumática (28.3%), herpes recurrente labial (10.9%), así como estomatitis por prótesis (10.9%). Continuando con aftas orales (6.5%), candidiasis pseudomembranosa (6.5%), leucoplasias (6.5%), y mucocelos (6.5%), por otra parte queratosis friccional (4.3%), lesión papilar queratinizada (4.3%), candidiasis eritematosa (4.3%), tatuaje por amalgama (4.3%) y finalmente se encontró hiperplasia gingival inducida por fármacos (2.2%), igualmente para hiperplasia fibrosa inflamatoria (2.2%) y granuloma piógeno (2.2%).

**Objetivo general.** Determinar la prevalencia de lesiones en cavidad bucal en una población adulta. **Objetivo específico 1:** Describir las características clínicas bucales de cada una de las lesiones encontradas. **Objetivo específico 2:** Identificar la presencia clínica de lesiones en mucosa bucal con capacidad de transformación maligna.

## Material y métodos

Estudio clínico, deductivo, transversal, descriptivo. La muestra poblacional está constituida por individuos adultos de ambos sexos. Se diseñó un estudio diagnóstico y seguimiento que comprendió sólo el aspecto clínico, y sugirió cuando fue indicado; estudios de Biopsia. En este estudio no se aplicó el principio ético del consentimiento informado. Sólo una amplia explicación, convincente en lo que consiste un interrogatorio y examen clínico bucal. La población general fue de 522 sujetos, todos fueron examinados en dos industrias maquiladoras y en la clínica de admisión de la Facultad de Odontología Mexicali de la Universidad Autónoma de Baja California.

Estudio clínico.- Para el diagnóstico clínico de lesiones; el único examinador Héctor Francisco Meráz Acosta que en fundamento con criterios e indicadores de prueba Kappa y supervisión de tres especialistas en Patología Bucal, se establecen procedimientos a seguir en la consulta para el examen del paciente, el cual constó de tres fases: 1.-Interrogatorio. Dirigido a la búsqueda de datos, como pueden ser: Edad, sexo, ocupación, lugar de origen. Hábito de fumar; tiempo y cantidad, ingestión de bebidas alcohólicas, tiempo y cantidad. Enfermedades sistémicas. Antecedentes familiares de cáncer. 2.-Examen de la cavidad bucal. -Se utilizó el instrumental de rutina (guantes, espejo bucal, gasas, abatelenguas, etc). El método de exploración clínica se basó en la inspección y palpación y en seguir un orden sistemático<sup>2</sup>; mismo que se utiliza en el modelo de diagnóstico clínico de la asignatura Medicina Bucal de la Facultad de Odontología de Mexicali de la UABC. -Labios. Se revisa la línea cutánea-mucosa desde una a otra comisura y después la mucosa interna de los labios. Observar cuidadosamente la inserción de los frenillos y los surcos labiales superior e inferior. -Carrillo. Se observa por el lado derecho, desde su límite anterior hasta el espacio retromolar; y

desde el surco vestibular superior al inferior. Continuar con el lado izquierdo. -Paladar. Se observa paladar duro, forma y tamaño de rugosidades, continuar hacia paladar blando, haciendo palpación. -Lengua. Observar dorso, bordes y cara ventral. Se reproducen movimientos laterales y protusión. Con el dedo índice se palpará la base de la lengua. -Piso de boca. Indicando al paciente que eleve la lengua, se realiza palpación bimanual. -Encía. Revisar color forma y tamaño, cambios estructurales, aplicando la observación y la palpación. -Trigono retromolar izquierdo y derecho, se procede a observar estando el paciente en apertura bucal las características de color, forma superficie del tejido fibromucoso y aplicar palpación fina si el aspecto es sospechoso, rugoso, blanco, edematoso. -Dientes. Identificar si hay estructuras, dental, metálica, plástica, cerámica deterioradas, cortantes e irritativas. 3.-Examen del cuello. Concentrar la exploración para detectar nódulo aislado o grupos de cadenas ganglionares en situación de linfadenopatía.

Se procede a registrar la información de datos, en formato elaborado para ello en programa estadístico para Windows SPSS versión 15.0.1 (STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCE; SPSS INC. CHICAGO ILLINOIS, USA).

## Resultados

De 220 pacientes tratados en este estudio; 111 (50.4 %) fueron mujeres, 109 (49.5%) correspondieron a hombres, todos mayores de 30 años de edad. Se obtuvieron 942 lesiones distribuidas en 26 diagnósticos clínicos diferentes.

Distribución de diagnósticos obtenidos y frecuencia de géneros.

No.	Lesión	Mujeres	%	Hombres	%	Frecuencia	Porcentaje
1	Mordazuelo	90	9.56	73	7.75	163	17.30
2	Queratosis Friccional	52	5.52	61	6.48	113	12.00
3	Pigmento melánico	56	5.94	53	5.63	109	11.67
4	Línea Alba Oclusal densa	50	5.31	24	2.55	74	7.86
5	Enf. Periodontal inflamatoria *	26	2.76	38	4.03	64	6.79
6	Lengua dentada	33	3.50	13	1.38	46	4.88
7	Pancoronaritis	23	2.44	22	2.34	45	4.78
8	Gránulos de Fordyce	12	1.27	30	3.18	42	4.46
9	Torus	16	1.91	19	2.02	37	3.93
10	Úlcera Traumática	20	2.12	13	1.38	33	3.50
11	Hiperplasias reactivas **	14	1.48	17	1.80	31	3.29
12	Fibroma	23	2.44	7	0.74	30	3.18
13	Úlcera aftosa recurrente	16	1.70	8	0.85	24	2.55
14	Leucoplasia	6	0.64	8	0.85	14	1.49
15	Enfermedad periodontal descanaliva	7	0.74	6	0.64	13	1.38
16	Glositis migratoria benigna	4	0.42	9	0.96	13	1.38
17	Hemangioma	7	0.74	6	0.64	13	1.38
18	Leucodama	6	0.64	6	0.64	12	1.27
19	Queratitis actínica	6	0.64	6	0.64	12	1.27
20	Liquen plano oral	5	0.53	6	0.64	11	1.17
21	Papiloma	7	0.74	4	0.42	11	1.17
22	Eritemas inespecíficos	7	0.74	3	0.32	10	1.06
23	Queratitis angular	10	1.06	0	0	10	1.06
24	Candidiasis eritematosa	6	0.64	0	0	6	0.64
25	Eritroplasia	2	0.21	3	0.32	5	0.53
26	Lipoma	1	0.11	0	0	1	0.11
	<b>Total</b>	<b>507</b>	<b>53.8</b>	<b>435</b>	<b>46.2</b>	<b>942</b>	<b>100%</b>

Tabla 1.

\* Enfermedad periodontal inflamatoria.

\*\* Hiperplasias reactivas; epiteliales, fibrosas, inflamatorias.

En nuestro estudio los resultados más altos corresponden al grupo de lesiones blancas con (25.05%), continuando con lesiones especiales (22.18%), del grupo de lesiones periodontales (12.95%), las lesiones oscuras reporta (11.57%), las lesiones rojas con (7.1%), el grupo de úlceras (6.05%), las lesiones tumorales (5.73%), las lesiones amarillas reportan (4.57%), los torus (3.93%) y las lesiones linguales con (1.38%).

Distribución de lesiones encontradas y clasificación de diagnósticos y frecuencias.

Clasificación	Tipo de lesión	Frecuencia	Porcentaje
A) Úlceras	Úlcera traumática	33	3.50
	Úlcera aftosa recurrente	24	2.55
	Queratosis friccional	113	12.00
B) Lesiones Blancas	Leucoplasia	14	1.49
	Leucoedema	12	1.27
	Liquen plano reticular	11	1.17
	Queilitis actínica	12	1.27
	Línea alba oclusal	74	7.86
	Eritemas inespecíficos	10	1.58
C) Lesiones rojas	Eritroplasia	5	0.53
	Candidiasis eritematosa	6	0.64
	Hiperplasias reactivas epiteliales, fibrosa	31	3.29
	Queilitis angular	10	1.06
	Granuloma de Fordyce	42	4.46
D) Lesiones amarillas	Lipoma	1	0.11
	Pigmento melánico	109	11.57
E) Lesiones oscuras	Torus	37	3.93
F) Lesiones óseas	Glositis migratoria benigna	13	1.38
	Inflamatorias	64	6.79
G) Lesiones linguales	Descamativas	13	1.38
	Pericoronaritis	45	4.78
	Papiloma	11	1.17
	Fibroma	30	3.18
H) Lesiones periodontales	Hemangiomas	13	1.38
	Motiliqueo	163	17.30
I) Lesiones tumorales y hábitos	Lengua dentada	48	4.88
	<b>TOTAL</b>	<b>942</b>	<b>100.0</b>

Tabla 2.

Breve descripción de cada una de las lesiones encontradas en este estudio de prevalencia:

1.-Mordisqueo: Aspecto clínico detectable en ambos carrillos al descamar el epitelio expone área eritematosa, erosiva y úlcera discreta. Puede asociarse estructura dental que irrita y desarrolla hábito continuo, crónico, consciente, autoinflingido. Diagnóstico diferencial con liquen plano, candidiasis, leucoedema y nevo blanco esponjoso. Tratamiento informar al paciente la presencia del hábito, recomendar interconsulta psicológica, protésica. Eventualmente se sugerirá biopsia para diagnóstico diferencial.<sup>12</sup>

2.-Queratosis friccional: Área blanca en mucosa bucal expuesta a trauma dental, o metal, cerámico, acrílico, resina. La lesión no desprende al intento de remover. Se sugiere retirar el factor traumático responsable. Respuesta protectora de la mucosa al interactuar odontología defectuosa. Hacer diagnóstico diferencial con leucoplasia, hiperqueratosis, candidiasis hiperplásica crónica.<sup>13</sup>

3.-Pigmento melánico: Mancha melanótica en mucosa bucal y piel superficial, varía de tonos café claro a oscuros. De interés clínico étnico y diagnóstico. Se recomienda identificar factores etiológicos probables fisiológico reactivos, así como diagnóstico

diferencial con lesiones oscuras de reciente aparición. No síntomas no tratamiento.<sup>14</sup>

4.-Línea alba oclusal: Línea de demarcación coincidente con el plano oclusal por lo regular en ambos carrillos al nivel de cúspides molares (por la acción del músculo buccinador), correlacionar la lesión blanca lineal con trauma, y no confundir con queratosis friccional, ni con liquen plano reticular. Informar al paciente la presencia de la lesión, y observación clínica periódica.<sup>15</sup>

5.-Enfermedad periodontal inflamatoria: Grupo de lesiones clínicamente detectables; gingivitis incipiente, localizada, generalizada, movilidad dental, periodontitis aguda y crónica.<sup>15</sup>

6.-Lengua dentada: Marca que imprime en borde lingual la morfología de los dientes, como consecuencia de la presión que se ejercen. Es observable el factor estrés, y probable macroglosia.<sup>12</sup>

7.-Pericoronaritis: Trata de un proceso inflamatorio/infeccioso agudo localizado entre encía y dientes en erupción activa cuyos espacios retienen alimento y microorganismos. Afecta a individuos de ambos sexos, niños, adolescentes y adultos jóvenes; región de terceros molares y en cualquier diente en erupción. La sintomatología es dolor, inflamación y trismus. Además molestias al masticar eritema y exudado, halitosis en ocasiones asocia adenopatía dolorosa.<sup>12-14-16</sup>

8.-Granúlos de Fordyce: Pápulas blanco amarillentas de 1, 2 milímetros de diámetro, localizadas en ambos carrillos, área retromolar, línea cutáneomucosa de labios, son glándulas sebáceas ectópicas, asintomáticas no requieren tratamiento, pero si informar al paciente del interés estético.<sup>14</sup>

9.-Torus: Eminencia o crecimiento localizado en paladar y cara posterointerna de la mandíbula, mientras la exostosis define al crecimiento óseo en cara vestibular del hueso alveolar. La etiología es tema a discusión se observan factores genéticos, ambientales, fuerza masticatoria, son de crecimiento lento comportamiento crónico, usualmente asintomático son malformaciones con crecimiento excesivo del hueso con recubrimiento epitelial sano. Se cree que inician en la pubertad. Las formas y tamaños varían desde pocos milímetros hasta 3 y 4cm suelen ser único lobular o multilobular, permanecer estacionario o interferir con funciones elementales del habla, masticación y deglución. Así como impedir la colocación de aparatos dentoprotésicos, ocasionar úlceras traumáticas que complican en osteomielitis, evolucionar a hiperplasias, incluso ser factor etiológico de malignidad.<sup>12-14-17</sup>

10.-Úlcera traumática: Lesión que caracteriza pérdida de tejido epitelial que expone a tejido conectivo, afecta a todas las edades, individuos de ambos sexos, por su evolución son agudas y crónicas el tamaño varía de pocos milímetros a centímetros, asimismo puede ser lesión única o múltiple de bordes irregulares y dolor presente en la etapa aguda, cuando evolucionan crónicas son indoloras. La importancia clínica es su manifestación e identificar los probables factores etiológicos: superficies cortantes de estructura dental, metal, instrumental, bandas ortodóncicas, trauma físico, iatrogenia, etc. Las lesiones se diagnostican por comportamiento clínico y el tratamiento implica eliminar el factor etiológico responsable, uso de antiséptico. Si a diez días

no curan se sugieren criterios de biopsia.<sup>16</sup>

11.-Hiperplasia reactiva: Engrosamiento fibromucoso uni o bilateral por fricción, apretamiento continuo, crónico color similar al del tejido vecino sano, que resulta un aumento y grosor fibromucoso sin hiperqueratosis requiere de mayor estudio diagnóstico. Hiperplasia fibrosa inflamatoria, caracteriza a una proliferación de tejido conectivo fibroso asociado a proceso inflamatorio crónico en respuesta a lesión crónica. Comprobar con examen clínico bucal minucioso si hay relación con prótesis removible antigua, mal adaptada que por proceso de envejecimiento y reabsorción del tejido alveolar mucodentosoportado sean estímulo de proliferación fibroblástica y acúmulo de colágena. Cabe mención de la presencia de hiperplasia papilar de tejido linfoide localizado en borde postero-lateral de lengua donde se visualizan de 3 a 5 papilas agrupadas, en ocasiones irritadas, dolorosas.<sup>12-14-15</sup>

12.-Fibroma: Tumor benigno de tejido conectivo en mucosa bucal, lengua, encía. Hiperplasia de tejido conectivo fibroso en respuesta a irritación crónica. El mordisqueo de carrillos y labios influyen como factores etiológicos. El aspecto clínico del fibroma; concentración de masa cupuliforme con superficie lisa, color similar al tejido vecino sano, raro es de que se ulcere. Al retiro de factor etiológico el tamaño tiende a disminuir ya que también disminuyen los componentes inflamatorios. Cuando la hiperplasia fibrosa focal se localiza en encía (insertada, surco, papila interdental) se le denomina Fibroma periférico. Los datos histológicos reportan que el epitelio está intacto, que exista hiperortokeratosis o focos de ulceración, abundante tejido conectivo fibroso con producción colágena.<sup>14-15</sup>

13.-Úlcera aftosa recurrente: Pertenecen a un grupo de "estomatitis aftosa recidivante". Enfermedad que afecta al ser humano con relativa frecuencia, comprometiendo principalmente la mucosa bucal. Este complejo sintomático se observa en las siguientes formas: A) úlcera aftosa menor, se manifiesta de una a cinco lesiones que permanecen de 10 a 14 días, el tamaño varía de cinco milímetros la forma por lo común es redonda a veces elíptica, los bordes son delimitados, crateriformes, dolor intenso; contiene un exudado fibrinopurulento. El diagnóstico es clínico. B) úlcera aftosa mayor es la manifestación de úlceras de tamaño cinco a 20mm de diámetro localizadas en mucosa interna de labio y en paladar blando, son más grandes y profundas que las úlceras aftosa menores, asimismo son más dolorosas y dificultan la masticación, deglución y lenguaje. El diagnóstico es eminentemente clínico. C) úlcera herpetiforme; caracteriza a un grupo de úlceras superficiales múltiples localizadas en mucosa de epitelio glandular tanto fija como móvil y queratinizada. El tamaño oscila de 3 a 6mm, las lesiones son superficiales por lo que no hay destrucción de tejido y no deja cicatriz. El diagnóstico es clínico.<sup>14</sup>

14.-Leucoplasia: Lesión predominantemente blanca de la mucosa bucal que no se desprende al rasparla y que no puede caracterizar o catalogar como ninguna otra lesión definida y en la que existe un riesgo de desarrollar cáncer bucal. Afecta ambos sexos. Se conoce leucoplasia homogénea, no homogénea y leucoplasia verrugosa proliferativa. Que dependiendo del diagnóstico será un mejor pronóstico. Se sugiere el estudio histológico en todas las manifestaciones la presencia y tipo de displasia

epitelial apoyará el diagnóstico y tratamiento; y evitar que una leucoplasia bucal detectada, identificada, diagnosticada se transforme en carcinoma oral de células escamosas (COCE).<sup>18-19-20</sup>

15.-Enfermedad periodontal descamativa: Refiere a un grupo de hallazgos clínicos característico de "descamación, dolor y enrojecimiento de la encía al inicio y después extenderse a carrillos y paladar" con probabilidad de ser el principio de enfermedades sistémicas (autoinmunitarias) "denunciando" un proceso inicial de Pénfigo vulgar, o penfigoide benigno de membrana mucosa, o liquen plano erosivo, o lupus eritematoso, etc.<sup>12-21</sup>

16.-Glositis migratoria benigna: Conocida como lengua geográfica; pequeñas áreas irregulares descamadas, desqueratinizadas, desprovista de papilas de color rojo sensibles en ocasiones afectando preferentemente al sexo femenino. Las lesiones son cambiantes, migrantes siguiendo un patrón sobre el dorso de lengua; borde posterior, medio, punta luego hacia el lado contrario. A veces conviene conocer aspectos emotivos del paciente y diagnóstico diferencial.<sup>15</sup>

17.-Hemangioma: Proliferación de componentes vasculares y sanguíneos que aparecen por lo general en niños, la variabilidad clínica de estas lesiones algunas desaparecen, otras persisten toda la vida. En cabeza y cuello pueden existir malformaciones arteriovenosas. Los hemangiomas de interés bucal suelen ser elevados nitidamente rojizos, localizados en dorso de lengua, mucosa de labio, carrillo. El diagnóstico es clínico. Considerar además que lo observable en boca no se asocia internamente.<sup>14</sup>

18.-Leucoedema: Alteración de interés bucal, donde el epitelio acumula líquido intracelular en la capa espinosa. Localizada en carrillos, bordes laterales de lengua, son asintomáticas, su importancia clínica obedece a identificar color blanco grisáceo, difuso, translúcido y diferenciarlo con leucoplasia, nevo blanco esponjoso.<sup>14</sup>

19.-Queilitis actínica: Refiere cualquier inflamación de labio, en el ejercicio clínico abarca muchas lesiones. La de mayor relevancia es la queilitis actínica, por ser considerada con gran capacidad de transformación maligna. Afecta a pacientes de tez blanca, masculinos mayores de 40 años que se dedican a labores expuestos al aire libre. En su etapa aguda el labio es edematoso, eritematoso y vesicular; y de evolución crónica se comporta desdibujado pierde definición cutaneomucosa, componente elástico<sup>21</sup>. Por su trascendencia y comportamiento clínico y por considerar lesión precancerosa debe realizar biopsia.<sup>22</sup>

20.-Liquen plano oral: Enfermedad dermatológica crónica que afecta a mucosa bucal. La OMS la incluye en condición precancerosa. Afecta a población general ambos sexos con predominio en mujer mayor de 40 a 70 años. Se desconoce factor etiológico, considera un proceso autoinmune por un mecanismo de hipersensibilidad retardada. Las lesiones clínicas se localizan en carrillo bilateral simétricos presencia de líneas color blanco que se entrelazan y configuran una red que es una imagen clínica típica. Otras localizaciones bucales son lengua, encías, raro en labios. El diagnóstico es clínico y establece protocolo de biopsia. Utilizar criterios de identificar precozmente y considerar la capacidad de transformación maligna. Hacer diagnóstico diferencial

con leucoplasia y COCE. El tratamiento antes de establecerlo, superar toda condición bucodental. Posteriormente aplicar tratamiento bucal a base de corticoesteroides tópicos y sistémicos y derivarlo con dermatología.<sup>12-23</sup>

21.-Papiloma: Tumor benigno de origen epitelial, afecta individuos de ambos sexos, en edad adulta. Es de etiología desconocida pero se debe de pensar en factor viral por su similitud con verruga vulgar de piel. La localización es en lengua, labios y paladar blando, es de crecimiento exofítico de algunos milímetros hasta un centímetro de diámetro, su parecido con la coliflor es característico y debe de diferenciarse del condiloma acuminado, de hiperplasia epitelial focal y del síndrome de Cowden (múltiples neoplasia) y de verruga vulgar. El diagnóstico es clínico y se sugiere confirmar con resultado histopatológico. Obligado estudio histológico.<sup>19</sup>

22.-Eritemas inespecíficos: Hallazgo clínico bucal sin causa que lo explique y que no corresponde a las características clínicas de eritema multiforme, ni eritema gingival ni a otras lesiones.<sup>19</sup>

23.-Queilitis angular: Inflamación bilateral de comisuras; puede asociarse con lesiones internas de la boca, con desgaste en estructura dental, con pérdida de dimensión vertical, y a procesos infecciosos. El diagnóstico es clínico que además identifique factor etiológico.<sup>14</sup>

24.-Candidiasis eritematosa: Pertenece al grupo de las infecciones micóticas bucales más frecuentes causadas por el Hongo *Cándida Albicans*. Se manifiesta como una lesión roja única o múltiple localizada preferentemente en dorso de lengua y paladar, suele producir una sensación de dolor y quemazón que se agrava al consumir ciertos alimentos. Afecta a individuos de ambos sexos, mayores de 45 años, que son pacientes con compromiso sistémico asociado, que usan prótesis, que han utilizado antibióticoterapia y corticoides recientemente. Para su diagnóstico se requiere valoración clínica, y un análisis clínico complementario de diagnóstico cultivo para hongo.<sup>12-24</sup>

25.-Eritroplasia: La OMS la define como una lesión roja nítida sin bordes sin relieve que clínica y patológicamente no se puede reconocer como otra condición. Afecta a individuos adultos hombres de más de 55 años su localización bucal es en paladar, lengua, área retromolar y labio. Los factores etiológicos responsables son desconocidos, pero el tabaco y alcohol tienen un gran potencial. Asimismo la eritroplasia es menos frecuente que la leucoplasia. La manifestación clínica requiere que se le estudie, que se le diferencie, que se le analice histológicamente. Su confirmación de presencia de displasia epitelial será predictora de confirmación diagnóstica.<sup>12-14-15-19</sup>

26.-Lipoma: Neoplasia benigna de células adiposas que se aparecen como una tumefacción de consistencia blanda, móvil que se desplaza, color amarillento se localizan en fondo de saco, carrillo manifestando un discreto crecimiento indoloro. La histología describe lobulillos amarillos que se separan de tabique fibrosos. No requieren tratamiento. Conviene mencionar que se revise periódicamente al paciente que no sabemos si en este momento inicia un proceso discreto de adenopatía que anuncia debut de Linfoma Hodkin o Linfoma no Hodkin.<sup>14</sup>

Resultados de estudios realizados en otros países y de los obtenidos por nosotros.

Lesión	1988 Diaz	1989 Diaz	1991 Diaz	2004 Shulman	2007 Gonsalves parte I y II	2008 Castellanos JL OOO Surgery	2009 Angulo Nuñez JJ Tesis	Nosotros 2011 Rodríguez Archilla A.- Meráz A. Hector
	%	%	%	%	%	1000	%	%
Leucoplasia	-	-	-	0,36	Sin determinar	0,97	6,5	1,49
Eritroplasia	-	-	-	0,00	Sin determinar	-	-	0,53
Liquen plano	0,15	-	-	0,10	1-2	1,22	-	1,17
Queratosis friccional	1,99	-	2,37	2,67	-	32,16	4,3	12,00
Hiperplasia reactiva	-	1,28	1,43	0,28	1-2	15,85	2,2	3,29
Fibroma	-	-	-	-	-	-	-	3,18
Torus	-	-	-	Sin determinar	Torus palatino 20-35, mandibular 7-10	-	-	3,93
Mordisajeo	-	-	-	3,05	-	-	-	17,30
Lengua geográfica	0,12	0,12	-	-	1-3	-	-	1,38
Herpes labial	-	0,66	-	-	15-45	7,90	10,9	Sin determinar
Úlcera aftosa recurrente	-	0,37	-	0,89	5-21	8,58	6,5	2,55
Queilitis angular	-	-	-	0,71	-	3,62	-	1,06
Condiciones inespecíficas	-	-	-	1,06	-	-	-	Sin determinar
Úlcera traumática	1,24	1,24	1,81	-	-	40,24	28,3	3,50
Candidiasis	-	1,77	1,62	0,07	1-37	20,14	4,2	0,64
COCE MUJER	-	-	-	-	2	-	-	-
COCE HOMBRE	-	-	-	-	3	-	-	Sin determinar
Enfermedad Periodontal Descamativa	Sin determinar	Sin determinar	Sin determinar	Sin determinar	Sin determinar	-	Sin determinar	1,38
Hemangioma	-	-	-	-	-	2,27	-	1,38
Leucoedema	-	-	-	-	-	-	-	1,27
Queilitis acrílica	-	-	-	-	-	-	-	1,27
Pigmento melánico	-	-	-	-	-	-	-	11,57
Papiloma	-	-	-	-	-	2,90	-	1,17
Eritemas inespecíficos	-	-	-	-	-	2,10	-	1,06
Línea alba ocular	-	-	-	-	-	-	-	7,86
Enfermedad periodontal inflamatoria	-	-	-	-	-	-	-	6,79
Lengua dentada	-	-	-	-	-	-	-	4,88
Pericoronitis	-	-	-	-	-	-	-	4,78
Granulos de Fordyce	-	-	-	-	-	-	-	4,46
Lipoma	-	-	-	-	-	-	-	0,11

Tabla 3.  
Dr. A.R. Archilla Tutor. Alumno Héctor Fco. Meráz Acosta.

Lesiones de mucosa bucal con capacidad de transformación maligna: (son aquellas con probabilidad de desarrollar cáncer, OMS). Algunas no cumplen estrictamente con los requerimientos y criterios de malignidad. En este estudio pretendemos abordarlas por su aspecto clínico, interés de diagnósticos diferenciales y por la diversidad de opinión científica. (Tabla 4, página siguiente).

## Lesiones bucales con capacidad de transformación maligna y datos reportados.

Leucoplasia	Lesión precancerosa por su localización, epitelio y queratina, con/sin displasia epitelial. Ca in situ y COCE. Oscila 0.13 % y 17.5 %. <sup>18-19-20</sup>
Eritroplasia	La más peligrosa de transformarse 10 % en Ca in situ, la ausencia de queratina predispone 40 % displasia epitelial y 90 % COCE. <sup>12-14-15-19</sup>
Liquen plano oral	Es controversial el potencial maligno, la capacidad de transformación es en el liquen atrófico-erosivo y diferenciar a lesión liquenoide por la similitud y presencia de infección, restauración y fármacos. Ambos producen cambios histológicos predictores de malignidad. <sup>12-23</sup>
Queratosis friccional	Si el aspecto de la lesión tiene similitud con leucoplasia y presencia de factor irritante ; sugerir biopsia. Probabilidad menor al 3 % en CA in situ, Ca epidermoide ó Ca verrucoso. <sup>13</sup>
Hiperplasias reactivas	Es controversial, requiere de confirmación. Revisar pacientes con antecedentes de recidiva y presencia de factor riesgo/irritantes. <sup>12-14-15</sup>
Queilitis actínica	Riesgo de malignización, lesión precancerosa con potencial para degenerar en un COCE, de hecho la mayoría de los CA de labio se asocia a queilitis actínica crónica preexistente. El factor predictivo de transformación es el grado de displasia epitelial, epitelio atípico y presencia de tumor. <sup>21-22</sup>
Torus	Intrascendente, no hay casos reportados que asocie malignidad, sólo cuando sobre un torus se provoque una úlcera recomendando revisión posterior. <sup>12-14-17</sup>
Candidiasis	Cándida Albicans produce acantosis, leucoplasia, además por ser infección crónica altera epitelio y cambios neoplásicos. Y por ser parásito intracelular altera estructuras celulares, displasia epitelial. <sup>12-24</sup>

Tabla 4.

Ca in situ=carcinoma in situ.

COCE=carcinoma oral de célula escamosa.

## Discusión

Respecto al tema de estudios clínico-epidemiológicos realizados en el país y el extranjero han sido escasos y concentrados en la atención de estructura dental y periodontal. Es necesario conocer, estudiar e informar el comportamiento de los tejidos blandos de cavidad bucal; específicamente la mucosa bucal de pacientes adultos.

En este estudio los diagnósticos bucales más frecuentes fueron mordisqueo 17.30%. Shulman<sup>8</sup> 2004, USA 3.05%. Otros autores no determinaron. Queratosis friccional reportó Díaz<sup>7</sup> 1988 1.99%, Díaz<sup>7</sup> en 1991 reporta 2.37%, Shulman<sup>8</sup> 2004 en USA 2.67%, Castellanos<sup>11</sup> en 2008 reporta 32.16 en base 1000. Angulo<sup>1</sup> 2009 en Venezuela encontró 4.3%. Nosotros obtuvimos 12.00% cifras superiores a los obtenidos por otros autores a excepción de los reportes de Castellanos. Seguramente la edad y ocupación de operadores en fábricas influyan. El pigmento melánico registró en nuestros resultados 11.57% otros autores no determinaron. Nuestros resultados obtenidos en: línea alba oclusal 7.86%, enfermedad periodontal inflamatoria 6.79%, lengua dentada 4.88%, pericoronaritis 4.78%, gránulos de Fordyce 4.46%, fibroma 3.18%, leucoedema 1.27%, lipoma 0.11%, eritroplasia la determinamos en 0.53%. Todos los demás autores en este segmento no determinaron resultados. Eritemas inespecíficos son reportados por Castellanos<sup>11</sup> 2008 en 2.10 en

base 1000, nuestro estudio refiere 1.06%. La Queilitis actínica la obtuvimos en 1.27% otros autores no determinaron. En nuestro estudio la Leucoplasia registró 1.49% cifra más alta que la reportada por Shulman<sup>8</sup> en 2004 en USA con 0.38% y Castellanos<sup>11</sup> 2008 con 0.97 en base 1000. Pero menor a la obtenida por Angulo<sup>1</sup> 2009 en Venezuela con 6.5%. Comportamiento de Liquen plano fue; Díaz<sup>5</sup> 1988 0.15%, Shulman<sup>8</sup> 2004 USA 0.10%, Gonsalves<sup>9</sup> 2007 USA reporta 2-7%, Castellanos<sup>11</sup> 1.22 en base 1000. Nuestro resultado 1.49%. Cifra superior a excepción de la obtenida por Gonsalves. Las Hiperplasia reactivas registra cifras elevadas por Castellanos<sup>11</sup> 2008 México 15.85 en base 1000, nuestros resultados son de 3.29%, Angulo<sup>1</sup> 2009 en Venezuela 2.2%, Gonsalves<sup>9</sup> 2007 en USA obtuvo 1-2%, Díaz<sup>6-7</sup> 1989 1991 reportan 1.28 y 1.43%, Shulman<sup>8</sup> 2004 USA reportó 0.28%. Los Torus han sido reportados por Gonsalves<sup>10</sup> 2007 USA en 20-35% torus palatino y 7-10% torus mandibular. Nosotros reportamos 3.93%. La Glositis migratoria benigna Gonsalves<sup>9</sup> 2007 USA la obtuvo con 1.3%, Díaz<sup>5-6</sup> 1988 y 1989 la reportaron con 0.12 y 0.12%. Nuestro resultado fue 1.38%. La literatura la refiere a población infantil. Nosotros la detectamos en población adulta y en ocasiones con mayor evidencia en su manifestación clínica asociada a emociones. Herpes labial es determinado por Gonsalves<sup>9</sup> 2007 USA con 15-45%, Angulo<sup>1</sup> 2009 en Venezuela

reportó 10.9%, Díaz<sup>6</sup> 1989 reportó 0.66%, Castellanos<sup>11</sup> 2008 informa 7.90 en base 1000. La Úlcera aftosa recurrente es reportada por Gonsalves<sup>9</sup> 2007 USA con 5-21%, Castellanos<sup>11</sup> 2008 cita 8.58 en base 1000, Angulo<sup>1</sup> 2009 Venezuela expresa 6.5%, nosotros citamos 2.55%, Shulman<sup>8</sup> 2004 USA reporta 0.89% y Díaz<sup>6</sup> 1989 expresa 0.37%. La Queilitis angular, Castellanos<sup>11</sup> en 2008 reporta 3.62 en base 1000, Shulman<sup>8</sup> 2004 USA reporta 0.71%, los nuestros son 1.06%. Las úlceras traumáticas; Castellanos<sup>11</sup> 2008 reporta 40.24 en base 1000, Angulo<sup>1</sup> 2009 Venezuela 28.3%, Díaz<sup>7</sup> 1991 1.81%, la misma autora<sup>5-6</sup> en 1988 y 1989 encontró 1.24 y 1.24%. Nosotros reportamos 3.50%.

La candidiasis ha sido estudiada y reportada por Gonsalves<sup>9</sup> 2007, USA 1-37%, Castellanos<sup>11</sup> 2008 reportó 20.14 en base 1000, Angulo<sup>1</sup> 2009 Venezuela 4.2%, Díaz<sup>6-7</sup> en 1989 y 1991 reportó 1.77% y 1.62% respectivamente. Shulman<sup>8</sup> en 2004 USA encontró 0.07 % y nosotros reportamos 0.64%. Cabe mención que los pacientes estudiados por nosotros todos eran del sexo femenino y usuarias de prótesis total y confirmada con positividad en cultivos. El comportamiento de la enfermedad periodontal descamativa fue de 1.38%. Los otros autores no determinaron. Consideramos que puede tratarse de manifestación bucal temprana que "debutan" como enfermedades autoinmunes y necesariamente deben de identificarse oportunamente, para establecer protocolos de interdisciplina odontológica y médica. El hemangioma es reportado por Castellanos<sup>11</sup> en 2008, 2.27 en base 1000, nosotros reportamos 1.38%. El Papiloma, Castellanos<sup>11</sup> en 2008 reporta 2.27 en base 1000, nuestro estudio en 1.17%. Finalmente Gonsalves<sup>9</sup> en 2007 USA reporta COCE=carcinoma oral de célula escamosa en mujer 2% y hombre 3%. Shulman<sup>8</sup> 2004 en USA reporta condiciones inespecíficas 1.06%, desconocemos criterio o índice de referencia.

## Conclusiones

Toda presencia clínica de hallazgos de lesión, condición, alteración en mucosa bucal es competencia de la odontología moderna: Identificar, diagnosticar, diferenciar y tratar. Es decir si incluye a la mucosa, el examen clínico bucal será de calidad. En este estudio los resultados que hemos obtenido, las lesiones afectaron más a la mujer (53.8%) que al hombre (46.2%). Asimismo dichos resultados coinciden y confirman los obtenidos por otros autores nacionales y extranjeros. Y en la región del noroeste de México, particularmente Mexicali; nos permite resolver en paciente adulto los problemas de salud bucal del grupo de lesiones blancas, rojas, especiales, periodontales descamativas, oscuras, amarillas, tumorales, torus, úlceras. Enfatizar en identificar y diagnosticar aquellas lesiones bucales altamente sospechosas con capacidad de transformación maligna: ejemplos de gran interés; Leucoplasias Eritroplasias, Liquen plano atróficoerosivo, Queilitis actínica, Candidiasis bucal, más que queratosis fric-

cional, queilitis angular, hiperplasias reactivas y torus. Es de importancia clínica bucal considerar antecedentes personales patológicos, heredo-familiares, enfermedad sistémica con/sin diagnóstico y tratamiento farmacológico. Identificar la presencia de factores etiológicos de irritantes dentales, tabaco y consumo de alcohol. La clínica de estos hallazgos fundamentan la asociación de corresponsabilidad de efectos tóxicos o no de fármacos y factores mencionados. En ello se desarrollaran protocolos de atención y servicio exitoso de control de lesiones blancas, retiro de irritantes para diagnósticos diferenciales o sugerir biopsia.

## Bibliografía

- 1.- Angulo Núñez, J.J. Tesis trabajo de investigación tutelada: Características, condiciones orales y lesiones bucales encontradas en pacientes de centros odontológicos de Mérida (Venezuela) 2009.
- 2.-WHO. Guide to Epidemiology and Diagnosis of oral mucosal Diseases and Conditions. Comm Dent Oral Epidemiol. 1980; 8: 1-26.
- 3.-INEGI. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx>.
- 4.-Delegación Baja California IMSS Departamento de Bioestadística (comunicación personal).
- 5.-Díaz Guzmán, L., Castellanos, J.L. Lesiones blancas de la mucosa bucal. Estudio epidemiológico en 5868 pacientes de la clínica de diagnóstico de la Universidad del Bajío. Rev. ADM vol XLV/5 p: 333-336 1988.
- 6.-Díaz Guzmán, L., Castellanos, J.L. Lesiones rojas y mixtas (blancas y rojas) de la mucosa bucal. Estudio epidemiológico en 5868 pacientes de la clínica de diagnóstico de la Universidad del Bajío. Rev. ADM vol XLV/3 p: 126-130. 1989.
- 7.-Díaz Guzmán, L., Castellanos, J.L. Lesiones blancas de la mucosa bucal. Estudio epidemiológico en 5868 pacientes de la clínica de diagnóstico de la Universidad del Bajío. Rev. ADM serie 3 de 3. 1991.
- 8.-Shulman, J.D., Beach, M.M., Francisco Rivera Hidalgo. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. Adults. Jam Dent Assoc, vol 135, No 9, 1279-1286. 2004.
- 9.-Gonsalves, W.C., Chi, A.C., Neville, B.W. Common oral lesions: part I, Superficial mucosal lesions. Am Fam Physician ; 75: 501-7. 2007.
- 10.-Gonsalves, W.C., Chi, A.C., Neville, B.W. Common oral lesions: part II, Masses and neoplasia. Am Fam Physician; 75: 509-12. 2007.
- 11.-José Luis Castellanos, DDS, and Laura Díaz-Guzmán DDS. León Guanajuato, México, de la Salle Bajío, University. Oral surg oral med oral Phatology, oral radiology endod; 105:79-85. 2008.
- 12.-Neville, B.W., Damm, D.D., Allen, C.M., Bouquot, J.E. Oral and maxillofacial Phatology. Philadelphia, Saunders Company; Elsevier, 2009; pp 10-22-171-285-286-510.
- 13-Bascones, M.A. Medicina Bucal; Ediciones Avances. Madrid 1991: pp 49-50.
- 14.-Sapp, J.P., Eversole, L.R., Wysocki, G.P. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid, Harcourt Brace; 1998; pp 29-168-253-256-290-294.
- 15.-Regezi, A.J., Sciuba, J.J. Patología Bucal 3a ed. Tr Pérez GJ, México,D. F. MacGraw-Hill Interamericana; pp 137-200-405-527.
- 16.-Raspall, G. Cirugía maxilofacial. Patología quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello. Ed Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina. pp 117.
- 17.-Manotas Arévalo, Ivan., Estevez Avendaño, Edwin A. Torus palatinus, torus mandibularis and maxillary exostoses in patients of the dental clinic of University of Magdalena. Clinica odontológica de la Universidad de Magdalena, Colombia. 2006.
- 18.-Axell, T., Holmdrup, P., Kramer, I.R., Pindborg, J.J., Shear, M. International Seminar on oral Leukoplakia and associated lesions related to tobacco habits; Malmö 1983. Community Dent Oral Epidemiol 1984; 12: 145-54.
- 19.-Bagán, J.V., Scully, C. Medicina y Patología oral. Edita medicina oral, S.L. Valencia (Spain). pp101-106. 2006.
- 20.-José V. Bagán, Judith Murillo, Rafael Poveda, Carmen Gavalda, Yolanda Jimenez, Crispian Scully. Proliferative verrucous leukoplakia: unusual locations of oral squamous cell carcinomas, and field cancerization as shown by the appearance of multiple OSCCs. Oral oncology (2004) 40 440-443.
- 21.-Ceballos Salobreña, Alejandro. Medicina Bucal Práctica. Asopragio 2000. Edita editorial Danu, S. L. Santiago de Compostela, España.
- 22.-Puga Guil, Patricia María. Parámetros de riesgo de la queilitis actínica crónica. Facultad de odontología, Universidad de Granada, España. 2009. Trabajo/Tesis doctoral, de investigación tutelada.
- 23.-MA González-Moles, C Scully, JA Gil Montoya. Hot Topic. Oral lichen planus: controversies surrounding malignant transformation. Oral diseases (2008) 14, 229-243.
- 24.-González Pérez, S. Candidiasis versus Candidosis oral. Departamento de Ciencias Morfológicas del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Unidad Santo Tomás, Instituto Politécnico Nacional. Rev. Odontología Clínica (2007) 1 16-20.