

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCION DE LESIONES BASICAS EN TEJIDOS BLANDOS
DE LA CAVIDAD BUCAL EN ESTUDIANTES DE 12 A 18 AÑOS DE NIVEL BASICO
DE INSTITUTOS PUBLICOS DE LA REGION DE SALUD I METROPOLITANA
(GUATEMALA) DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA**

TESIS PRESENTADA POR

DAVID DE JESUS YAEGGY MEJIA

**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD
DE SAN CARLOS DE GUATEMALA QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL
PUBLICO PREVIO A OPTAR AL TITULO DE**

CIRUJANO DENTISTA

GUATEMALA NOVIEMBRE DEL 2000

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
09
T(1557)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Carlos Alvarado
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dr. Luis Barrillas Vásquez
Vocal Tercero:	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Cuarto:	Br. Edgar Areano Berganza
Vocal Quinto:	Br. Sergio Pinzón Cáceres
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dra. Miriam Samayoa Sosa
Vocal Tercero:	Dra. Annabella Corzo Marroquín
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

DEDICO ESTE ACTO

A DIOS: Por su presencia espiritual, fuente de toda inspiración, pasada, presente y futura.

A MIS PADRES: Natalia y Manuel, por sus sacrificios de ayer y de siempre, con amor.

A MIS HERMANOS: Lesbia, Hernán, Arminda, Emma, Griselda, Anabella, Luis Mazariegos, y a mi cuñado Adolfo Herrera, por su cariño y constante sacrificio, ejemplo de lucha, de trabajo, de amor y unión en familia.

A MI SOBRINA Alejandra con cariño.

A MIS AMIGOS: A todos con cariño.

DEDICO ESTA TESIS

A DIOS

A JESUCRISTO

A GUATEMALA

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS, CUÑADO Y SOBRINA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

A LOS CATEDRÁTICOS, AQUELLOS QUE ME BRINDARON
CONOCIMIENTOS Y SABIDURÍA

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS VERDADEROS

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado:

FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LESIONES BÁSICAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL EN ESTUDIANTES DE 12 A 18 AÑOS DE NIVEL BÁSICO DE INSTITUTOS PÚBLICOS EN LA REGIÓN DE SALUD I METROPOLITANA (GUATEMALA) DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA.

PREVIO A OPTAR AL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

Deseo expresar mi agradecimiento a todas las personas que colaboraron en la elaboración de esta tesis, en especial a mis asesoras Dra. Miriam Samayoa Sosa, Dra. Anabella Corzo Marroquín, Dra. Nineth Melgar Cardona, y a ustedes distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador, reciban mis más altas muestras de consideración y respeto.

HE DICHO

INDICE

I.	Sumario.....	1
II.	Introducción.....	2
III.	Planteamiento del Problema.....	3
IV.	Justificación.....	5
V.	Revisión de Literatura.....	7
VI.	Objetivos.....	18
VII.	Variables.....	19
VIII.	Metodología.....	32
IX.	Presentación de Resultados.....	37
X.	Conclusiones.....	54
XI	Recomendaciones.....	60
XII.	Anexos.....	61
XIII	Bibliografía.....	82

SUMARIO

En esta tesis se investigó la frecuencia y distribución de lesiones básicas en tejidos blandos de cavidad bucal en estudiantes de 12 a 18 años en institutos básicos de la región de salud I (Metropolitana) de la república de Guatemala.

El 85 % de los estudiantes investigados presentaron por lo menos una lesión y un 15 % no presentaron ninguna. En promedio se encontraron 1.44 lesiones por cada investigado (260 lesiones en 180 evaluados).

El orden de frecuencia de las diez lesiones evaluadas es el siguiente: placa (46.92 %), úlcera (28.07 %), pápula (30 %), mâcula (6.15), nódulo (3.84 %), vesícula (1.92), crecimiento (1.15%), tumor (0.38%); ampolla y pústula no se encontró ninguna.

Los sitios anatómicos en donde se localizaron con mayor frecuencia las lesiones básicas evaluadas fueron: labio superior (25 %), labio inferior (24.23%) carrillo derecho (9.62%), carrillo izquierdo (8.85%) y dorso de lengua (7.31%).

Entre las edades de 14, 15 y 16 años fue donde más se presentaron lesiones básicas en tejidos blandos de la cavidad bucal.

II. INTRODUCCIÓN

La cavidad bucal está situada en la parte inferior y anterior de la cabeza, constituye la primera parte o porción cefálica del tubo digestivo. Los tejidos blandos de la cavidad bucal en muchas ocasiones presentan manifestaciones clínicas de patologías de origen sistémico y local; las cuales conocemos como lesiones. Para describir de una manera general estas lesiones, usamos una clasificación que conocemos como "lesiones básicas"; clasificación que se refiere exclusivamente al aspecto general que tiene una lesión y que no es sinónimo de "diagnóstico". En el presente trabajo pretendemos identificar cuál es la frecuencia y distribución (por sexo, edad, etnia, localización dentro de la cavidad bucal, y distribución en el área de salud I (metropolitana de la República de Guatemala) de lesiones básicas de tejidos blandos de la cavidad bucal en estudiantes comprendidos entre las edades de 12 a 18 años inscritos en el nivel básico de institutos públicos de la región de salud I metropolitana de la República de Guatemala.

Es un estudio que emerge luego de determinar que como estomatólogos debemos tener conocimientos del tema, y seguir las conductas clínicas apropiadas cuando encontremos estas lesiones y no pasarlas por alto.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cavidad bucal o boca es el primer segmento del aparato Estomatognático, es una cavidad irregular cuya capacidad varía dependiendo de la proximidad o separación de la mandíbula y el maxilar entre sí. Está dividida por las arcadas gingivodentarias en dos partes, una periférica o vestíbulo de la boca, y otra central o cavidad bucal propiamente dicha.

Tomando en cuenta el interés creciente por la orientación biológica en la práctica odontológica, que subraya la necesidad de que el estomatólogo general tenga un conocimiento básico de la estructura de los tejidos blandos que conforman la cavidad bucal y aquellas lesiones o daños que pudieran presentarse, así como la gran cantidad de programas de prevención y salud bucal que se han implementado y fortalecido, es incomprensible que el estomatólogo se dedique solamente a reparar los problemas dentales y no identifique los que se presentan en los tejidos blandos.

Al hacer una revisión bibliográfica de la información disponible sobre la frecuencia y distribución de lesiones de tejidos blandos de la cavidad bucal, notamos que la información además de ser escasa, proviene en su mayoría del extranjero con estudios de poblaciones distintas a la nuestra.

Siendo Guatemala un país con características que la hacen especial, con diversas etnias, distintas costumbres, con diferente constitución antropométrica, muy diferente a la de los de otros países.

No teniendo datos disponibles que correspondan a nuestra población, surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es la frecuencia y distribución de las lesiones de tejidos blandos de la cavidad bucal en los estudiantes del nivel básico, comprendidos entre las edades de 12 a 18 años de los institutos públicos de los departamentos pertenecientes a la región de salud I (metropolitana) de la República de Guatemala?

IV. JUSTIFICACIÓN

La Universidad de San Carlos de Guatemala, como la única Universidad pública del país, tiene un compromiso social con la población; la cual, a cambio de sus contribuciones e impuestos, recibe de la Universidad por medio de sus facultades y escuelas, profesionales capacitados para prestar diferentes servicios en las áreas de Ingeniería, Medicina, Odontología, etc. por lo que ésta debe contar con datos propios y actualizados que reflejen las condiciones y la realidad de la población nacional.

La facultad de Odontología, a través del Área de Patología Bucal y el Departamento de Diagnóstico, buscan correlacionar la biología humana con los signos y síntomas de las enfermedades por medio de la anatomía macroscópica y microscópica, la información proveniente de las historias clínicas y la observación de los pacientes, tomando como punto de partida el conocimiento de la anatomía normal de la cavidad bucal y de las lesiones que se pudieran presentar dentro de la misma, especialmente en los tejidos blandos.

Los tejidos blandos de la cavidad bucal en muchas ocasiones son el primer lugar afectado en distintas patologías por lo que en ellos podemos ver los primeros signos que presentan las personas en relación a sus enfermedades y que no deben pasar desapercibidos por su valor diagnóstico, es indispensable que en la Facultad de Odontología de la USAC se enseñe en base a información actualizada y nacional y no sólo de la proveniente del extranjero, porque puede ser distinta ya que creemos que no corresponde totalmente a lo que pudiera manifestarse en nuestra población.

La población de 12 a 18 años representa el 17.28% del total de la población guatemalteca. Tomando en cuenta que gran parte de esta población se encuentra distribuida en diversos centros educativos se nos facilitará su estudio, además de ser un grupo que no ha sido evaluado.

V. REVISIÓN DE LITERATURA

1. Lesiones básicas de tejidos blandos de la cavidad bucal:

Daño orgánico de los tejidos blandos de la cavidad bucal, identificado al examen clínico (inspección y palpación); refiriéndose exclusivamente al aspecto general que tiene una lesión, y de ninguna manera debe pensarse que este término sea sinónimo de diagnóstico. (2, 3, 4, 5).

Las lesiones básicas de tejidos blandos en cavidad bucal son:

1. Mácula
2. Pápula
3. Nódulo
4. Tumor
5. Placa
6. Vesícula o Bula
7. Pústula
8. Ampolla o Flictema
9. Úlcera
10. Crecimiento

1.1 MÁCULA: (DEL LATÍN MACULE) (10)

Área circunscrita de extensión y tamaño variables, sin elevaciones o depresiones, no palpable, que está representada por un cambio de coloración en piel como en mucosa y puede ser resultado de una hiperpigmentación de melanina, sangre o sus metabolitos, colorantes biliares, lípidos y carotenoides.

Las máculas también pueden deberse a una anomalía de la estructura vascular. Por formación excesiva de vasos pueden observarse eritemas vasculares o bien telangectasias. Si hay disminución de vasos sanguíneos se producen máculas blancas (1, 7, 11, 12).

“Para indicar la forma de las máculas se deberá usar idealmente figuras geométricas planas” (7).

1.2 PÁPULA: (DEL LATÍN PAPULE) (10)

“Es una lesión circunscrita sólida y elevada que mide hasta 0.5 cm. de diámetro y que siempre es de base sésil; la mayor parte de la lesión está arriba del plano del tejido circundante” (7). Pueden ser únicas o múltiples y de cualquier color; para la descripción de la forma se deberá usar figuras geométricas tridimensionales (1, 7, 11, 12).

“Las pápulas pueden ser el resultado de depósitos metabólicos de hiperplasia de los componentes celulares de la epidermis o de la dermis, o de infiltrado celular localizado en la dermis” (1). “Al curar, las pápulas no dejan secuelas” (12).

1.3 NÓDULO: (DEL LATÍN NÓDULOS) (10)

“Es una lesión circunscrita o elevada que puede medir desde 0.5 cm. hasta 3 cm. de diámetro; puede tener cualquier forma tridimensional. Su consistencia puede ser dura o blanda, puede estar localizada superficialmente en el epitelio o extenderse a tejido conjuntivo, en cuyo caso se considera profunda, y sólo es detectable a la palpación. Su base puede ser sésil o pedunculada, característica que la distingue de una pápula que mide 0.5 cm” (7).

Los nódulos tratan de un aumento de tejido o un acumulo celular inflamatorio los cuales pueden ulcerarse. Son resultado de infiltraciones neoplásicas o depósitos metabólicos en la dermis o epidermis que indican desórdenes sistémicos. Los nódulos pueden indicar una manifestación benigna o maligna (1, 7, 11, 12).

1.4 TUMOR: (DEL LATÍN TUMOR, HINCHAZÓN) (10)

“Tumor es una lesión similar al nódulo pero con la diferencia de que mide más de 3 cm. de diámetro, al igual que el nódulo puede tener base sésil o pedunculada y puede ser de cualquier forma tridimensional y cualquier color” (7, 10).

“Puede ser de origen benigno o maligno y debe tenerse cuidado de no confundir este término estrictamente morfológico con un sinónimo del término tumor que se aplica a las lesiones neoplásicas, donde la multiplicación de las células no está totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo” (7, 12).

1.5 PLACA: (DEL LATÍN PLAQUÉ) (10)

“La placa es un área elevada de extensión variable y que no se desprende al tratar de ser removida de la superficie donde se encuentra” (7). “Frecuentemente está formada por una confluencia de pápulas como ocurre en el caso de lesiones causadas por hongos, psoriasis, liquen plano y gránulos de Fordyce. Algunas veces la placa puede estar atravesada en su superficie por pliegues o fisuras que las dividen en varias partes” (1).

1.6 VESÍCULA O BULA: (DEL LATÍN VESICLE) (LAT. DIN. DE VESICA, VEJIGA) (10)

“Son pequeñas elevaciones circunscritas de la epidermis que contienen en su interior un fluido blanquecino, amarillento, o rojizo de tamaño hasta 0.5 cm. de diámetro” (12).

“Dependiendo del lugar donde se encuentren pueden ser sub-epiteliales o intra-epiteliales de forma siempre redondeada, de superficie lisa y base por lo general sésil ” (7).

Si la vesícula es superficial sus paredes son muy delgadas y revienta fácilmente, por ejemplo por el rascado o cepillado; el contenido de la vesícula se vacía a la piel circundante. En la vesícula cuando es intra-epidérmica o sub-epidérmica sus paredes son más resistentes, el contenido en general se reabsorbe y las paredes se transforman en escamas (5, 7, 11).

Además hay vesículas producidas por degeneración de células epidérmicas y disolución de los elementos de unión entre las células” (12).

1.7 AMPOLLA (DEL LATÍN FLICTENA) (4)

Es una elevación de líquido bien circunscrita de más de 1cm de diámetro, de forma redondeada o irregular; la unión de varias vesículas puede formar una ampolla. Por confluencia puede cubrir áreas extensas del cuerpo. Las ampollas pueden aparecer flácidas o tensas. El líquido que contienen es generalmente seroso, ocasionalmente seropurulento o rara vez hemorrágico. Algunas veces son de base sésil y en ocasiones debido al peso del líquido puede formarse un pedúnculo.

Las ampollas localizadas en la epidermis son superficiales y se rompen fácilmente, bien sea espontáneamente o por un ligero trauma, aquellas localizadas debajo de la epidermis son profundas de más consistencia y pueden durar varios días sin romperse.

La cavidad de las ampollas pequeñas es generalmente unilocular, pero las grandes pueden penetrar varios espacios (multilocular) Después de romperse las ampollas pueden secarse, formando una costra delgada, pueden dejar un área exudativa aguda que secreta un exudado seropurulento y en raras ocasiones pueden ser vegetantes como pénfigo vulgar (7, 12,15,16).

1.8 PÚSTULA: (DEL LATÍN PUSTULE) (1, 10)

La pústula es una elevación circunscrita de la piel que contiene exudado purulento sin importar su tamaño. La cavidad puede ser unilocular o multilocular.

El color del pus es blanco-amarillento, amarillo-verdoso, verde, o verde-rojizo si el pus está mezclado con sangre. Las lesiones pueden aparecer como pústulas o pueden desarrollarse de pápulas (pápula-pústula) o de vesícula (vesico-pústula).

Las pústulas pueden aparecer aisladas o agrupadas, y pueden estar localizadas en piel o en el orificio de un folículo piel-sebáceo o un conducto sudoríparo. Las lesiones pueden aparecer en la piel aparentemente normal o pueden presentar una aureola inflamatoria.

A medida que las pústulas se secan se forman costras amarillo-verdosas o verde-rojizas (si el pus está mezclado con sangre). Grupos de pústulas pueden converger y formar úlceras de bordes policíclicos. Las pústulas son características de las infecciones por estafilococo pero pueden aparecer en muchas enfermedades cutáneas; a menudo indican una infección bacteriana secundaria (7, 12, 15, 16).

1.9 ÚLCERA: (DEL LATÍN ULCUS) (10)

“Es un defecto, ruptura o destrucción de la epidermis y pérdida de la continuidad del epitelio que puede invadir la dermis, debido a procesos inflamatorios, a procesos vasculares, lesiones físico-químicas o destrucción por neoplasias” (12).

Ocasiona depresión de profundidad variable en cuyo fondo se encuentra tejido conjuntivo que puede estar cubierto por exudado; las úlceras pueden ser puntiformes o llegar a medir varios centímetros de diámetro.

Las que miden varios centímetros de diámetro pueden ser confluencia o unión de varias úlceras pequeñas. Cuando se observan úlceras grandes, no debe descartarse la posibilidad de que se hayan unido úlceras pequeñas aún las que parecen puntos y que se llaman puntiformes, para esto es importante la historia clínica y la observación cuidadosa. El contorno de una úlcera puede ser variable, esto se refiere en sí, a la forma que tenga la lesión; por lo tanto puede decirse que hay úlceras de forma ovoide, circular y elíptica. Lo que limita el contorno de una úlcera son sus bordes, o sea que sus bordes indican casi siempre, dónde termina la pérdida de epitelio y si la hay entonces se forma una úlcera.

Los bordes de una úlcera pueden ser: suaves, duros, definidos, indefinidos, elevados, crateriformes, excavados, cortados a pico y difusos, diferencia que es solamente clínica. La dureza o la suavidad del borde de una úlcera se determina al palparla.

Cuando los límites de una úlcera pueden establecerse con precisión, se dice que sus bordes están definidos, si no, es que son indefinidos. En una úlcera los límites pueden estar por arriba del fondo de la misma o sobresaliendo de la superficie. Si se ve esto clínicamente en la lesión, se dice que la úlcera tiene bordes elevados. Cuando en el borde de una úlcera se observan pequeñas depresiones (continúas o no), se dice que la misma es crateriforme, el borde da la impresión de estar formado por pequeños cráteres. El borde excavado es aquel que se ve como si hubiera sido hecho con un sacabocados. Esto se observa clínicamente si el borde de una úlcera tiene una superficie socavada. Cuando el borde de una úlcera se ve como afilado, terminando en sus límites como una punta se dice que es cortado a pico, se ve el borde como biselado al fondo de la úlcera lo que da la forma de un pico.

Si tiene sus bordes difusos es cuando no puede indicarse con precisión donde empieza y termina una úlcera, tomando en cuenta que el fondo de la misma se entremezcla con la misma.

El fondo de una úlcera es lo que está dentro de sus bordes y puede ser de tres tipos: liso, granuloso, o cubierto de membrana. Cuando la superficie del fondo es regular en su apariencia se dice que el fondo es liso. Cuando es granuloso está formado por múltiples puntos enrojecidos sobre una base de color blanquecino. El fondo de una úlcera puede tener un exudado, cuando esto ocurre se dice que el fondo de la úlcera está cubierto de membrana. El exudado en el fondo de una úlcera puede variar en cuanto a coloración o sea que un fondo cubierto de membrana puede dar diferente color a una úlcera. Cuando la base de una úlcera (el tejido que la rodea) es dura, se dice que está infiltrada; y aunque la base sea suave no se descarta que pueda estar infiltrada; el concepto de infiltración implica que algo extraño al tejido de la base, se acumuló alrededor de la úlcera.

Las úlceras intrabucales son casi siempre muy dolorosas por lo que se debe tener especial cuidado cuando se quiere determinar el tipo de base que tiene lo cual se realiza palpando (1, 6, 11, 12).

1.10 CRECIMIENTO:

Lesión elevada de tejido blando no circunscrita que está diseminada o generalizada no diferenciándose sus márgenes y que además no encaja en la descripción de tamaños y características especiales de cada una de las otras lesiones básicas. (7, 11).

VI. OBJETIVOS

GENERAL

Establecer la frecuencia y distribución de lesiones de tejidos blandos de la cavidad bucal en estudiantes adolescentes del nivel básico, comprendidos en las edades de 12 a 18 años en la Región de Salud I (Metropolitana) de la República de Guatemala.

ESPECÍFICOS:

1. Establecer la frecuencia con que se presentan las lesiones de tejidos blandos de la cavidad bucal.
2. Identificar la distribución de las lesiones de tejidos blandos de la cavidad bucal, por sexo.
3. Determinar la distribución de las lesiones de tejidos blandos de la cavidad bucal, por edad.
4. Conocer la distribución de las lesiones de tejidos blandos de la cavidad bucal según su localización dentro de la cavidad bucal.
5. Determinar la distribución de las lesiones de tejidos blandos de la cavidad bucal por etnia.

VII. VARIABLES

1. Lesiones básicas de tejidos blandos de la cavidad bucal.

- 1.1. Mácula
- 1.2. Pápula
- 1.3. Nódulo
- 1.4. Tumor
- 1.5. Placa
- 1.6. Vesícula o Bula
- 1.7. Ampolla o Flictema
- 1.8. Pústula
- 1.9. Úlcera
- 1.10. Crecimiento

2. Sexo

3. Edad

4. Etnia

5. Localización

Definición e Indicadores de las Variables.

1. Lesiones básicas de la cavidad bucal

1.1 MÁCULA:

Es la única lesión básica que está representada por un cambio de coloración tanto en piel como en mucosa y que no ocasiona ninguna depresión o relieve en su superficie. Es un área de extensión y tamaño variables, de cualquier color y puede ser el resultado de una hiperpigmentación o hipopigmentación de melanina u otro pigmento incluyendo los tatuajes. Para indicar la forma de las máculas se deberá usar idealmente figuras geométricas planas, por ejemplo: círculo, óvalo u otras.

Indicadores

Mancha de color diferente a la mucosa vecina, de tamaño variable, presentando una imagen de dos planos, siendo siempre su superficie plana.

1.2. PÁPULA:

Es una lesión circunscrita, sólida y elevada que mide hasta 0.5 cm de diámetro y que siempre es de base sésil, la mayor parte de la lesión está arriba del plano del tejido circundante. Tal elevación puede ser el resultado de depósitos metabólicos, de hiperplasia de los componentes celulares de la epidermis o de la dermis, o de infiltrado celular localizado en la dermis. Puede ser única o múltiple y de cualquier color. Para la descripción de la forma se deberá usar figuras geométricas tridimensionales, en cuanto a la superficie la misma puede ser lisa, rugosa, ulcerada, etc.

Indicadores

Elevación de base sésil, no mayor de 0.5 cm. de diámetro, única o múltiple; de color igual o diferente de la mucosa vecina, de cualquier forma geométrica tridimensional y de consistencia dura o blanda.

1.3 NÓDULO:

Es una lesión circunscrita y elevada que puede medir desde 0.5 cm hasta 3 cm. de diámetro, puede tener cualquier forma tridimensional.

Su consistencia puede ser dura o blanda, puede estar localizada superficialmente en el epitelio o extenderse a tejido conjuntivo, en cuyo caso se considera profundo y sólo es detectable a la palpación. Su base puede ser sésil o pedunculada, característica que la distingue de una pápula que mide hasta 0.5 cm. Cualquier lesión que se descubra a la palpación y que mida hasta 3 cm. de diámetro se clasificará como nódulo.

Indicadores

Elevación de 0.5 cm. hasta 3 cm. de diámetro, de base sésil o pedunculada, de consistencia variable entre dura y blanda, su forma variable siempre es tridimensional y presenta un color igual o diferente a la mucosa vecina.

1.4 TUMOR:

Es una lesión similar al nódulo pero con la diferencia de que mide más de 3 cm. de diámetro, al igual que el nódulo puede tener base sésil o pedunculada y puede ser de cualquier forma tridimensional y de cualquier color.

Puede ser de origen benigno o maligno y debe tenerse cuidado de no confundir este término estrictamente morfológico como un sinónimo del término tumor que se aplica a lesiones neoplásicas donde la multiplicación de las células no está totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo.

Indicadores

Elevación de base sésil o pedunculada mayor de 3 cm. de diámetro; sin importar la forma tridimensional que presente, de consistencia entre dura y blanda y el color que presenta es igual o diferente a la mucosa vecina.

1.5 PLACA:

La placa es un área elevada de extensión variable y que no se desprende al tratar de ser removida de la superficie donde se encuentra. Frecuentemente está formada por la confluencia de pápulas como ocurre en el caso de lesiones causadas por hongos, psoriasis, liquen plano y gránulos de Fordyce. Algunas veces la placa puede estar atravesada en su superficie por pliegues o fisuras que la dividen en varias partes.

Indicadores

Superficie elevada de extensión variable que no se puede remover a la manipulación, de base sésil, color igual o diferente a la mucosa vecina y de consistencia dura o blanda

1.6 VESÍCULA O BULA:

Es una lesión circunscrita y elevada que contiene fluido en su interior. A menudo las paredes de la vesícula son tan delgadas que el fluido que contiene (puede ser suero, linfa o sangre) se trasluce, proporcionándole diferente coloración, puede medir hasta 0.5 cm de diámetro; dependiendo del lugar en que se encuentre puede ser sub-epitelial o intra-epitelial, su forma es siempre redondeada, con superficie lisa y su base es por lo general sésil.

Indicadores

Elevación circunscrita que contiene fluido en su interior. Su tamaño puede ser de hasta 0.5 cm. de diámetro siendo su consistencia fluctuante y su base sésil. El color que presente dependerá de su contenido (seroso o hemorrágico).

1.7 AMPOLLA O FLICTEMA:

Tiene las mismas características que una vesícula pero es mayor de 0.5 cm. La unión de varias vesículas puede formar una ampolla. Son colecciones circunscritas de líquido dentro de la epidermis. Su forma puede ser redondeada o irregular, algunas veces son de base sésil y en ocasiones debido al peso del líquido que contienen en su interior dan la impresión de adquirir un pedúnculo que las une a la superficie donde se encuentran.

Indicadores

Elevación circunscrita que contiene fluido en su interior diferenciándose de la vesícula únicamente en que su tamaño es mayor de 0.5 cm. de diámetro.

1.8 PÚSTULA:

Es una elevación circunscrita de piel o mucosa, con las mismas características que la vesícula y de la ampolla sin importar su tamaño, la diferencia principal radica en que lo que contiene es un exudado purulento. Dependiendo del color del exudado, puede tener una apariencia blanca, amarilla o amarilla-grisácea y puede variar en forma y tamaño.

Indicadores

Elevación circunscrita similar a la vesícula o ampolla diferenciándose únicamente en que el contenido interior de la misma es de tipo purulento. No importa el tamaño que presente y su color variará entre blanco-amarillento y grisáceo. Su consistencia siempre será fluctuante.

1.9 ÚLCERA:

Son lesiones con destrucción de la epidermis y pérdida de continuidad del epitelio. Pueden ser de cualquier tamaño, desde puntiforme hasta llegar a medir varios centímetros de diámetro.. Por lo general son muy dolorosas y poseen características muy específicas que las distinguen de las demás lesiones básicas.

Indicadores

Pérdida de la continuidad del epitelio de cualquier tamaño, dolorosas o no, de márgenes definidos o no.

1.10 CRECIMIENTO:

Lesión de tejidos blandos elevada que se encuentra diseminada o generalizada en las estructuras anatómicas que afecta, no diferenciándose adecuadamente sus márgenes, siendo su tamaño mayor de 10 centímetros y no concuerda con la descripción de las demás lesiones básicas.

Indicadores

Lesión de tejidos blandos elevada que se encuentra diseminada o generalizada en las estructuras anatómicas que afecta, no diferenciándose adecuadamente sus márgenes, siendo su tamaño mayor de 10 centímetros y no concuerda con la descripción de las demás lesiones básicas.

2. SEXO

Condición orgánica que distingue al macho de la hembra o lo masculino de lo femenino.

Indicador

Lo observado por el investigador de acuerdo a características físicas del evaluado.

3 EDAD

Es el período que ha transcurrido desde el nacimiento, como la edad del niño que se expresa en horas, días, meses y la edad de jóvenes y adultos.

Indicador

Respuesta del paciente a la pregunta ¿Cuántos años cumplidos tiene?

4 ETNIA

Relativo a un grupo social que comparte lazos culturales, religiosos, raciales o características típicas raciales.

Indicador

Respuesta del investigado a la pregunta ¿Es ladino o no? Si la respuesta es positiva para no ladino, se debe especificar la etnia a la cual pertenece según lo que diga.

5 LOCALIZACIÓN

Indíquese con precisión el lugar dónde se encuentra, señalando el área anatómica que ocupa y la posición de sus límites.

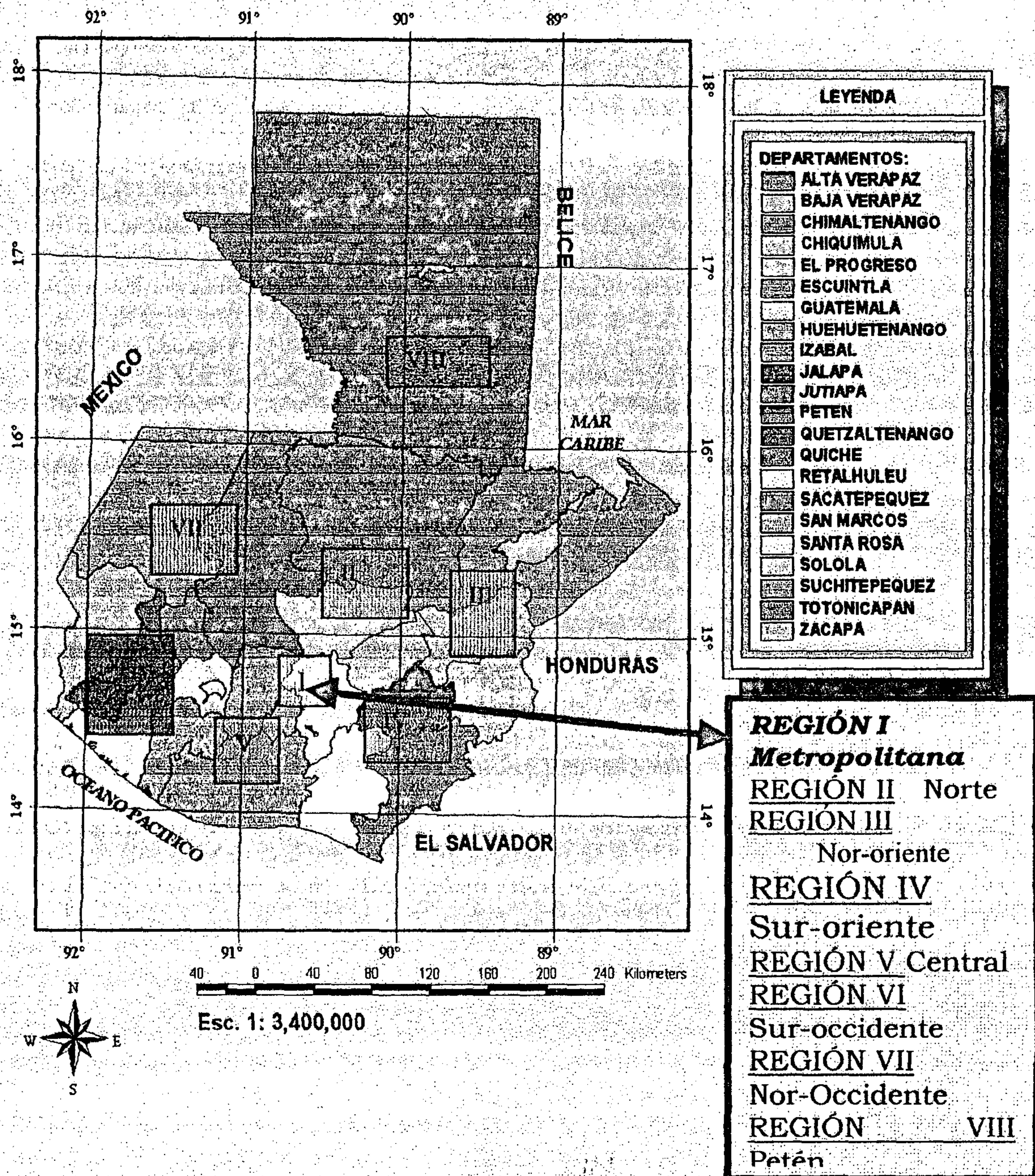
Indicador

Lesión básica que se encuentre en las estructuras anatómicas de cavidad bucal incluidas en el siguiente listado:

Labio superior
Labio inferior
Comisuras
Encía superior
Encía inferior
Paladar duro
Paladar blando
Piso de boca
Dorso de lengua
Ventre de lengua
Bordes de lengua
Carrillo derecho
Carrillo izquierdo
Carrillo bilateral
Orofaringe
Frenillo labial superior
Frenillo labial inferior
Frenillo lingual

Según la ley de regionalización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las regiones de salud de la república de Guatemala son ocho; siendo el motivo de estudio de esta investigación la región de salud I (Metropolitana) que comprende el departamento de Guatemala.

MAPA DE LAS REGIONES DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA



VIII METODOLOGÍA

1. POBLACIÓN:

Todos los estudiantes comprendidos entre las edades de 12 a 18 años de ambos sexos de nivel básico inscritos en 1999 en institutos públicos de la República de Guatemala.

2. DISEÑO DE MUESTREO:

Para la presente investigación se utilizó el diseño de muestreo por conglomerado. Los conglomerados fueron constituidos por institutos públicos de nivel básico de la región I de salud (metropolitana) de la república de Guatemala.

De cada conglomerado, se seleccionó aleatoriamente estudiantes de ambos sexos comprendidos entre 12 a 18 años inscritos en el año de 1999.

3. MUESTRA:

Estudiantes entre 12 y 18 años de ambos sexos inscritos en 1999 en institutos públicos del la región de salud I (Guatemala) de la República de Guatemala.

La muestra se calculó de acuerdo a la siguiente fórmula, que nos dio como resultado el tamaño de la muestra.

$$n = \frac{Nc^2 \cdot X \cdot Var \cdot ED}{LE_x \left(\frac{N-1}{N} \right) + \left(\frac{Nc^2 \cdot Var}{N} \right)}$$

n = Tamaño de la muestra

Nc= Nivel de confianza deseada, o intervalo de confianza

Var = Variabilidad estimada a partir de los parámetros conocidos

LE = Límite de error deseado

N= Número total de escolares inscritos en institutos públicos de nivel medio de 12 – 18 años

ED = Efecto de diseño por usar conglomerados

4. PROCEDIMIENTO:

Se obtuvieron datos del centro de computación del Ministerio de Educación de la República de Guatemala. Datos como nombres y direcciones de todos los institutos públicos de educación básica de la región I (Guatemala), y el número total de alumnos inscritos durante el ciclo escolar 1999 en cada instituto y edad por sexo de todos los alumnos.

5. CALIBRACIÓN:

Se realizaron dos sesiones de calibración entre los investigadores y asesoras. Se nos capacitó para llenar uniformemente la ficha de recolección de datos de cada estudiante a evaluar.

Se establecieron criterios para la descripción de lesiones básicas, para lo mismo se vieron diapositivas, se realizaron ejercicios de evaluación y se resolvieron dudas.

6. CONSENTIMIENTO:

Posterior al diseño metodológico de la investigación se solicitó autorización a los directores de los institutos públicos para efectuar el examen clínico de la cavidad bucal a los estudiantes comprendidos entre 12 y 18 años seleccionados para esta investigación.

7. EXÁMENES CLÍNICOS:

El examen del sistema estomatognático se realizó según el protocolo establecido en la Facultad de Odontología de la USAC (Anexo 1).

Para la recolección de datos fueron elaboradas 2 fichas; una ficha maestra con una muestra a color de las lesiones a investigar, esquemas tridimensionales de las mismas y los indicadores de cada lesión (Anexo 2); la segunda ficha que se utilizó fue un modelo abreviado, en la cual fueron recolectados los datos que pretendíamos obtener de cada uno de los investigados (Anexo 3). La recolección de datos fue realizada por 2 investigadores.

8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Una vez recopilados los datos se aplicaron los métodos estadísticos necesarios para obtener los resultados y conclusiones de nuestra investigación, para exponerlos posteriormente en texto, tablas y gráficas.

Para manejar los datos se utilizó el programa estadístico de computación EPI INFO versión 6.0 el cual nos facilitó la uniformidad en el ingreso, manipulación y comparación de los datos.

9. RECURSOS

9.1. RECURSOS HUMANOS

- Odontólogos practicantes (investigadores)
- Estudiantes nivel básico de Institutos Públicos de 12 a 18 años.

9.2 MATERIALES Y EQUIPO

Para la ejecución del examen clínico de la cavidad bucal se utilizaron los siguientes materiales y equipo.

- Bandeja porta-instrumentos
- Bajalenguas
- Espejos dentales
- Exploradores dentales
- Ficha de recolección de datos
- Guantes de látex desechables
- Lápices
- Linternas de mano
- Mascarillas
- Lentes
- Servilletas
- Sillas para examinar a los estudiantes
- Solución germicida
- Trozos de gasa.

IX. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

REGIÓN I (METROPOLITANA)

A continuación procedo a presentar los resultados de la investigación realizada en la Región de Salud I Metropolitana (Guatemala) de la república de Guatemala.

TABLA No.1

EDAD DE LOS ESTUDIADOS EN REGIÓN I (Metropolitana).

EDAD	12â	13â	14â	15â	16â	17â	18â	Total
Frecuencia	17	31	29	37	32	20	14	180
Porcentaje	9.44	17.22	16.11	20.56	17.78	11.11	7.78	100

Fuente: Institutos Públicos de Educación Básica Región I Metropolitana.

Un total de 180 estudiantes fueron estudiados en Región I (Metropolitana), todos comprendidos en las edades de 12 a 18 años siendo 138 (77.22%), mujeres y 42 (22.78%) hombres.

De acuerdo a edad, la mayoría de los estudiantes evaluados 37/180 tenían 15 años siguiendo en orden los de 16 (32/180), 13 (31/180), 14 (29/180), 17 (20/180), 12 (17/180) y 18 (14/180) años respectivamente. (ver tabla No.1)

El 85% (153/180) de los estudiantes investigados presentaron por lo menos una lesión y solo un 15% (27/180), no presentaron ninguna lesión.

Las lesiones básicas de tejidos blandos en cavidad bucal encontradas en la región I (Metropolitana) fueron en total 260 siendo 180 los investigados esto equivalente a 1.44 lesiones por cada habitante investigado.

TABLA No. 2

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LESIONES BÁSICAS EN TEJIDOS
BLANDOS SEGÚN SU LOCALIZACIÓN BUCAL EN REGIÓN I
(Metropolitana)**

<i>LOCALIZACIÓN</i>	<i>Fx.</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Labio Superior	65	25.00
Labio Inferior	63	24.23
Comisuras	3	1.15
Encía Superior	13	5.00
Encía Inferior	9	3.46
Paladar Duro	14	5.38
Paladar Blando	5	1.92
Piso Boca	1	0.38
Dorso Lengua	19	7.31
Ventre de Lengua	1	0.38
Bordes Lengua	7	2.69
Carrillo Derecho	25	9.62
Carillo Izquierdo	23	8.85
Orofaringe	2	0.77
Frenillo Labial Superior	0	-
Frenillo Labial Inferior	0	-
Frenillo Lingual	1	0.38
Carrillos Bilateral	9	3.46
TOTAL	260	100.00

Fuente: Institutos Públicos de Educación Básica Región I Metropolitana.

La distribución de las lesiones básicas de tejidos

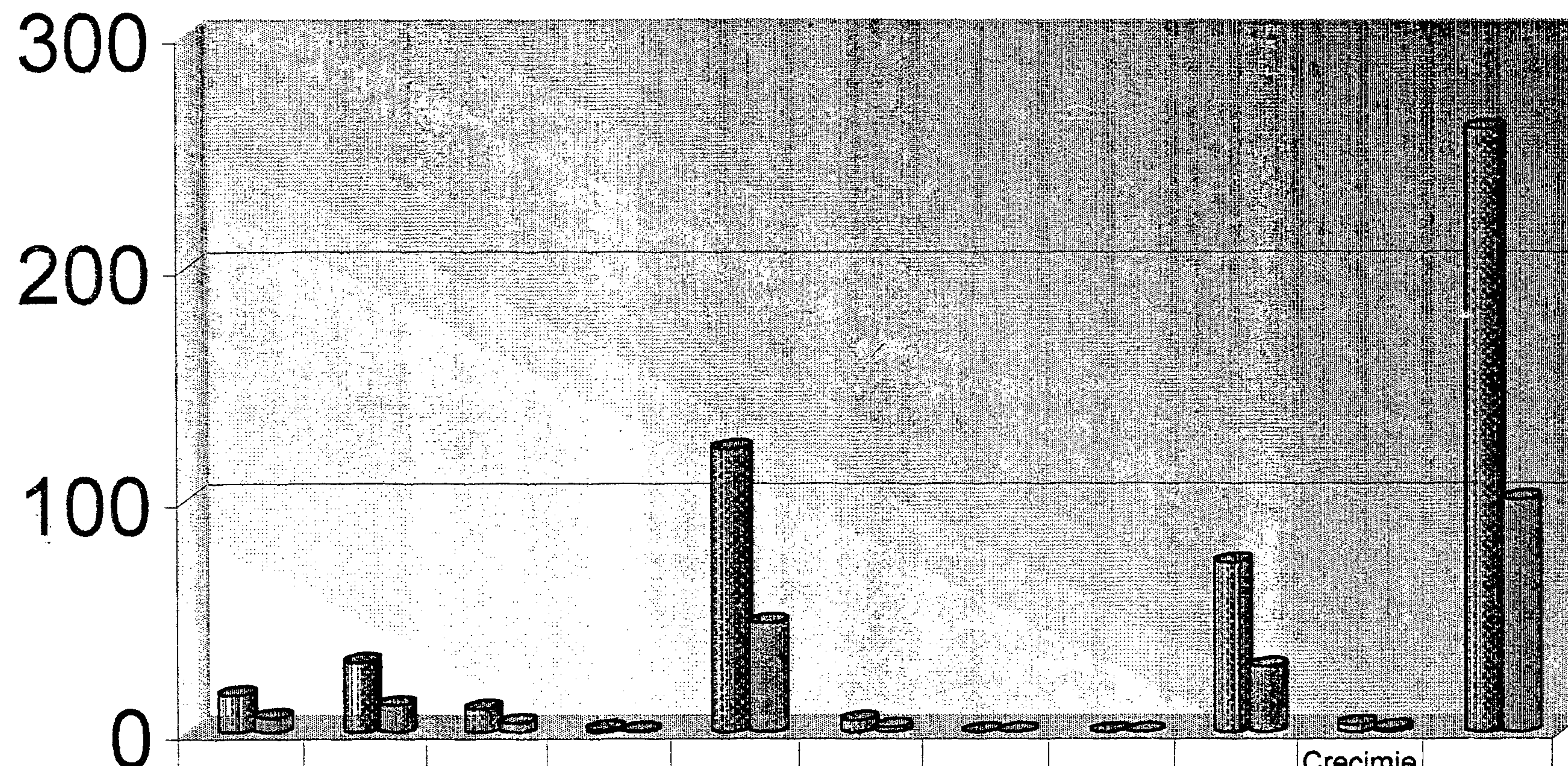
blandos según su localización intraoral se describe en la tabla No. 2 donde observamos que se encontraron más lesiones en el Labio superior 65 (25%), siguiendo en orden descendente, labio inferior 63 (24.23%), carrillo derecho 25(9.62%), carrillo izquierdo 23 (8.85%) dorso de lengua 19 (7.31%), paladar duro 14 (5.38%), encía superior 13 (5.00%), carrillo bilateral 9 (3.46%) encía inferior 9 (3.46%), bordes de lengua 7 (2.69%), paladar

Paladar blando 5 (1.92%), comisuras 3 (1.15%), orofaringe 2 (0.77%), y frenillos lingual, vientre de lengua, piso de boca con 1 cada región anatómica (0.38 % cada uno), no se encontraron lesiones en región de frenillos labial superior e inferior (Tabla No 2).

Las 260 lesiones se distribuyeron así: placa 94 (36.15%) úlcera 74 (28.46 %), pápula 49 (18.85%), mácula 24 (9.23%), nódulo 10 (3.85%), vesícula 5 (1.92%), crecimiento 3 (1.15%), tumor 1 (0.38%) no se encontraron ampolla ni pústula(Gráfico1).

Gráfico No. 1

FRECUENCIA DE LESIONES BASICAS EN JOVENES DE 12 A 18 AÑOS EN REGION I



	Mácula	Pápula	Nódulo	Tumor	Placa	Vesícula	Ampolla	Pústula	Úlcera	Crecimie nto	Total
■ LESIONES	16	30	10	1	122	5	0	0	73	3	260
■ PORCENTAJE	6.15385	11.5385	3.84615	0.38462	46.9231	1.92308	0	0	28.0769	1.15385	100

Fuente: Institutos Públicos de Educación Básica, Región I, Metropolitana

TABLA No.3

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ESCOLARES CON LESIONES
BÁSICAS DE TEJIDOS EN CAVIDAD BUCAL POR SEXO EN REGIÓN I
(Metropolitana)**

	HOMBRES	%	MUJERES	%
LESION	37	90.24	113	81.29
NO LESIÓN	4	9.76	26	18.71
TOTAL	41	100.00	139	100.00

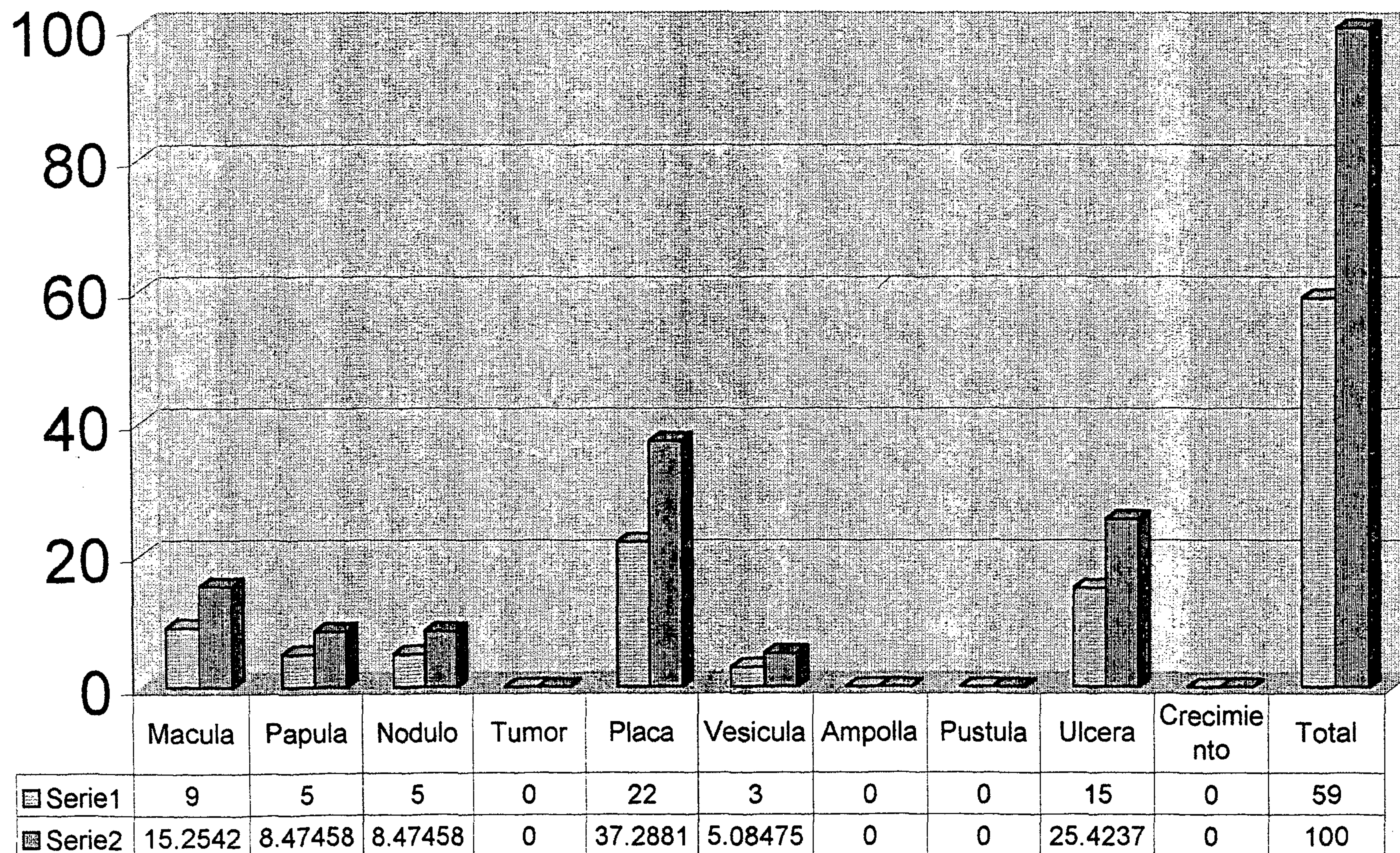
Fuente: Institutos Públicos de Educación Básica Región I Metropolitana.

La distribución de lesiones básicas en tejidos blandos de cavidad bucal por sexo se presenta en la tabla No.3 donde no se puede establecer diferencias concretas en cuanto a la frecuencia con que se presentan lesiones por sexo debido a la discrepancia entre la cantidad de mujeres y hombres estudiados (139 mujeres 77.22%, 41 hombres 22.78%). Sin embargo, los hombres presentaron lesiones en un 90.24% y las mujeres en un 81.29%.

Las lesiones básicas que se encontraron en los 41 varones estudiados fueron 59 esto es equivalente a 1.43 lesiones por persona. Las lesiones se distribuyeron en orden descendente de la siguiente manera: placa 32 lesiones (37.29%), úlcera 15 lesiones (25.42%), mácula 9 (15.25%), pápula 5 (8.47%), nódulo 5 (8.47%), vesícula con 3 lesiones (5.08%), y no se presentaron tumores, ampollas, pústulas y crecimientos (Gráfico No.2).

Gráfico No. 2

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LESIONES BASICAS EN CAVIDAD BUCAL DE VARONES DE 12 A 18 AÑOS EN REGION I (Metropolitana)

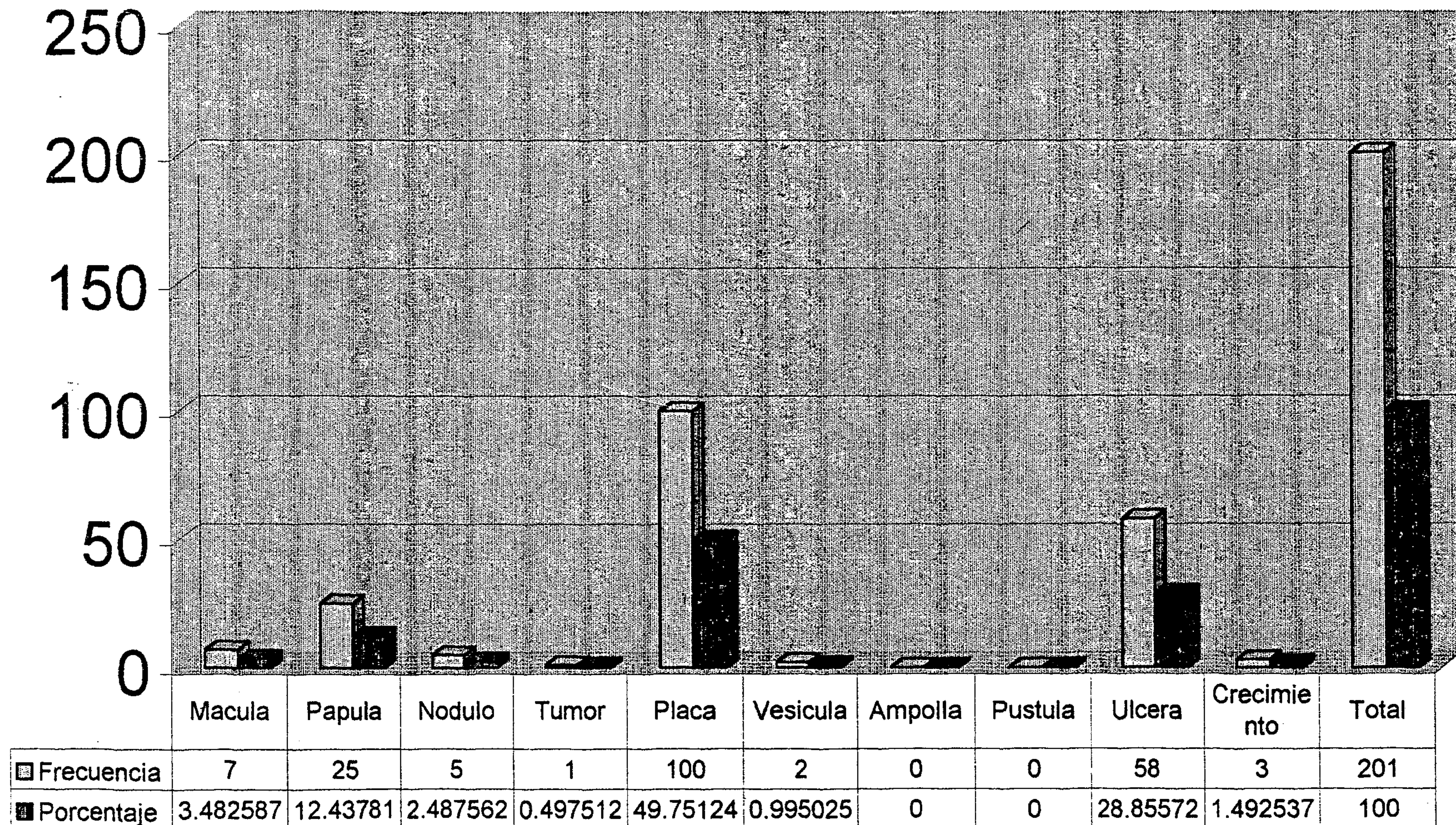


Fuente: Institutos Públicos de Educación Básica, Región I, Metropolitana

Las lesiones básicas que se encontraron en 139 mujeres estudiadas fueron 201, ésto equivale a 1.44 lesiones por persona. Las lesiones se distribuyeron en orden descendente de la siguiente manera: placa 100 (49.75%), úlcera 58 (28.86%), pápula 25 (12.44%), mácula 7 (3.48%), nódulo 5 (2.49%), crecimiento 3 (1.49%), tumor 1 (0.50%) no se encontró pústulas ni ampollas (Gráfico No.3).

Gráfico No. 3

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LESIONES BASICAS EN CAVIDAD BUCAL EN MUJERES DE 12 A 18 AÑOS EN REGION I (Metropolitana).



Fuente: Institutos Públicos de Educación Básica, Región I, Metropolitana

TABLA No. 4

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LESIONES BASICAS DE TEJIDOS
BLANDOS SEGÚN SU LOCALIZACIÓN INTRAORAL EN MUJERES Y
VARONES EN LA REGIÓN I (Metropolitana)**

LOCALIZACIÓN	Mujeres		Varones	
	Fx	%	Fx	%
Labio Superior	52	25.87	13	22.03
Labio Inferior	49	24.38	10	16.95
Comisuras	2	1.00	1	1.69
Encía Superior	9	4.48	8	13.56
Encía Inferior	8	3.98	1	1.69
Paladar Duro	10	4.98	4	6.78
Paladar Blando	2	1.00	3	5.08
Piso Boca	1	0.50	0	
Dorso Lengua	16	7.96	3	5.08
Ventre De Lengua	1	0.50	0	-
Bordes Lengua	3	1.49	4	6.78
Carrillo Derecho	19	9.45	6	10.17
Carillo Izquierdo	21	10.45	2	3.39
Orofaringe	1	0.50	1	1.69
Frenillo Labial Superior	0	0	0	-
Frenillo Labial Inferior	0	0	0	-
Frenillo Lingual	0	0	1	1.69
Carrillos Bilateral	7	3.46	2	3.39
TOTAL	201	100	59	100

Fuente: Institutos Públicos de Educación Básica Región I Metropolitana

Labio superior y labio inferior, en ese orden tanto en hombres como en mujeres, son los lugares anatómicos donde se observaron más lesiones. Las distintas comparaciones que pueden hacerse, se observan claramente en la tabla No. 4.

TABLA No. 5

**COMPARACION DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LESIONES
BASICAS DE TEJIDOS BLANDOS EN CAVIDAD BUCAL ENTRE JOVENES
ESTUDIADOS DE 12 Y 13 â CONTRA 14, 15, 16 Y 17, 18 â EN REGION
I (Metropolitana)**

	12 y 13 Años		14, 15 y 16 Años		17 y 18 Años	
	<i>Fx.</i>	%	<i>Fx.</i>	%	<i>Fx.</i>	%
Macula	4	5.71	5	3.68	7	12.96
Pápula	6	8.57	22	16.18	2	3.70
Nódulo	2	2.86	7	5.15	1	1.85
Tumor	1	1.43	0	-	0	-
Placa	33	47.14	63	46.32	26	48.15
Vesícula	2	2.86	1	0.74	2	3.70
Ampolla	0	-	0	-	0	-
Pústula	0	-	0	-	0	-
Úlcera	21	30.00	38	27.94	14	25.93
Crecimiento	1	1.43	0	-	2	3.70
Total	70	100	136	100.00	54	100.00
Sin lesión	6	11.76%	18	18.37%	3	8.82%
Con lesión	42	88.24%	80	81.63%	31	91.18%
Investigados	51	100.00%	98	100.00%	34	100.00%

Fuente: Institutos Públicos de Educación Básica Región I Metropolitana.

En los estudiantes de 12 y 13 años el nódulo fue la lesión básica más frecuente (47.14%), siguiendo úlcera (30%), y pequeños porcentajes de las demás lesiones.(ver tabla No. 5)

En estudiantes de 14, 15 y 16 años, placa (46.32%), fue la lesión más frecuente siguiendo úlcera (27.94%), luego pápula (16.18%), pequeños porcentajes de vesículas, máculas y nódulos; no encontrándose tumor, ampolla, pústulas ni crecimientos. (ver tabla No. 5)

En los estudiantes de 17 y 18 años placa fue la lesión más común (48.15%), siguiendo en orden descendente úlcera (25.93%), con pequeños porcentajes, mácula, pápula, nódulo y crecimiento; no se presentaron ampollas y pústulas (ver tabla 5).

TABLA No. 6

**COMPARACIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO A
LOCALIZACIÓN DE LESIONES BÁSICAS DE TEJIDOS BLANDOS EN
CAVIDAD BUCAL ENTRE ESCOLARES DE 12 Y 13 â CONTRA 14, 15,
16 Y 17, 18 â EN REGIÓN I (Metropolitana)**

LOCALIZACIÓN	12 y 13 â		14, 15 y 16 â		17 y 18 â	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Labio Superior	17	24.29	33	24.26	16	29.63
Labio Inferior	15	21.43	35	25.74	13	24.07
Comisuras	0	-	2	1.44	0	-
Encía Superior	2	2.86	8	5.88	3	5.56
Encía Inferior	2	2.86	4	2.94	3	5.56
Paladar Duro	6	8.57	6	4.41	2	3.70
Paladar Blando	1	1.43	3	2.21	1	1.85
Piso Boca	1	1.43	0	-	0	-
Dorso Lengua	6	8.57	9	6.62	4	7.41
Ventre de Lengua	0	-	1	0.74	0	-
Bordes Lengua	4	5.71	2	1.47	1	1.85
Carrillo Derecho	9	12.86	12	8.82	4	7.41
Carillo Izquierdo	4	5.71	14	10.29	5	9.26
Orofaringe	0	-	2	1.47	0	-
Frenillo Lab.Sup	0	-	0	-	0	-
Frenillo Lab. Inf	0	-	0	-	0	-
Frenillo Lingual	0	-	1	0.74	0	-
Carrillos Bilateral	3	4.29	4	2.94	2	3.70
TOTAL	70	100.00	136	100.00	54	100.00

Fuente: Institutos Públicos de Educación Básica Región I Metropolitana

En la tabla No. 6 observamos que las lesiones se encontraron en los estudiantes de 12 y 13 años se localizaron con mayor frecuencia en el labio superior (24.29%), labio inferior (21.43%), carrillo derecho (12.86%), paladar duro (8.57%), dorso de lengua (8.57%), bordes de lengua (5.71%), carrillo izquierdo (5.71%), carrillos bilateralmente (4.29%), encía superior (2.86%), encía inferior (2.86%), paladar blando (1.43%), piso de boca (1.43%), no se observaron lesiones en comisuras, frenillos labial superior e inferior, orofaringe y frenillo lingual.

Así mismo se pudo observar que las lesiones encontradas en escolares de 14, 15 y 16 años se localizaron con mayor frecuencia en labio inferior (25.74%), en labio superior (24.26%), en carrillo izquierdo (10.29%), en carrillo derecho (8.82%), en dorso de lengua (6.62%), en encía superior (5.88%), en paladar duro (4.41%), en carrillo bilateral (2.94%), en encía inferior (2.94%), en paladar blando (2.21%), en comisuras (1.47%), en orofaringe (1.47%), vientre de lengua el (0.74%), en frenillo lingual (0.74%); no se observaron lesiones en frenillos labial superior e inferior y piso de boca.(Tabla No. 6)

Observamos que las lesiones se encontraron en estudiantes de 17 y 18 años se localizaron con mayor frecuencia el labio superior (29.63%), en labio inferior (24.07%), en carrillo izquierdo (9.26%), en carrillo derecho (7.41%), en encía superior (5.56%), en encía inferior (5.56%), en paladar duro (3.70%), en paladar blando (1.85%) , en bordes de lengua (1.85%) y no presentaron lesiones en piso de boca, vientre de lengua, comisuras, orofaringe, frenillo labial superior e inferior, frenillo lingual.(ver tabla 6)

TABLA No. 7

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LESIONES BÁSICAS EN TEJIDOS BLANDOS SEGÚN SU LOCALIZACIÓN INTRAORAL EN LA REGIÓN I (METROPOLITANA).

	MÁCULA		PÁPULA		NÓDULO		TUMOR		PLACA		VESÍCULA		ÚLCERA		CRECIMIENTO	
	No	%	No	%	No.	%	No.	%	No	%	No.	%	No.	%	No.	%
Labio Superior	1	6.25	1	0.00					59	48.36	2	40	2	2.74		
Labio Inferior	5	31.25	7	23.33	1	10			37	30.33	3	60	10	13.70		
Comisuras	0	0	7	23.33		0			0	0.00			3	4.11		
Encía Superior	3	18.75		0.00	2	20			0	0.00			0	0.00	1	33.33
Encía Inferior	0	0	4	13.33		0	1	100	0	0.00			2	2.74	2	66.67
Paladar Duro	1	6.25	2	6.67	3	30			0	0.00			8	10.96		
Paladar Blando	2	12.5	1	3.33		0			0	0.00			2	2.74		
Piso Boca	0	0		0.00	1	10			0	0.00			0	0.00		
Dorso Lengua	0	0	2	6.67		0			17	13.93			0	0.00		
Ventre de Lengua	0	0		0.00	1	10			0	0.00			0	0.00		
Bordes Lengua	3	18.75	2	6.67	2	20			0	0.00			0	0.00		
Carrillo Derecho	1	6.25	1	3.33		0			4	3.28			19	26.03		
Carillo Izquierdo	0	0	1	3.33					1	0.82			21	28.77		
Orofaringe	0	0	1	3.33					0	0.00			1	1.37		
Frenillo Lingual	0	0	1	3.33					0	0.00			0	0.00		
Carrillo Bilateral	0	0		0.00					4	3.28			5	6.85		
TOTAL	16	100	30	96.67	10	100	1	100	122	100.00	5	100	73	100.00	3	100

*** NO SE ENCONTRARON AMPOLLAS NI PUSTULAS

Fuente: Institutos Públicos de Educación Básica, Región I, Metropolitana

En región I las máculas se localizaron con mayor frecuencia en los labios (37.5 %) luego en la encía superior (18.75%), bordes de lengua (18.75%), paladar blando (12.5%), paladar duro (6.25%), carrillo derecho (6.25%), y no se encontraron lesiones en comisuras, encía inferior, piso de boca, dorso de lengua, vientre de lengua, carrillo izquierdo, orofaringe, frenillo labial superior e inferior, frenillo lingual, carrillo bilateral.

Las pápulas en Región I se localizaron de la siguiente manera: en labio inferior (23.33%), en encía superior (23.33%), en encía inferior (13.3.3%), en paladar duro (6.66%), en dorso de lengua (6.66%), en bordes de lengua (6.66%), en labio superior, paladar blando, carrillo derecho e izquierdo, orofaringe, y frenillo lingual (3.33% cada uno), no se encontraron lesiones en comisuras, piso de boca, en vientre de lengua, frenillo labial superior e inferior y carrillo bilateral.

Las placas en Región I se presentaron en labio superior (48.36%), en labio inferior (30.32%), en dorso de lengua (13.93%), en carrillo derecho y carrillo bilateral (3.27% c/u), y en carrillo izquierdo (0.81%), no se presentaron lesiones en piso de boca, paladar blando y duro, encía superior e inferior, comisuras, vientre ni dorso de lengua, orofaringe, frenillo labial superior e inferior ni en frenillo lingual.

Vesículas se presentaron solamente en labio inferior (60%), y en labio inferior (40%); en todas las áreas anatómicas no se presentaron (Tabla No 7). Se presentó solamente un tumor en encía inferior.

Úlceras en Región I se presentaron en carrillo izquierdo (28.769%), en carrillo derecho (26.02%), en labio inferior (13.69%), paladar duro (10.95%), en carrillo bilateral (6.84%), en comisuras (4.10%), en labio superior, en encía inferior, en paladar blando (2.73% cada una), en orofaringe (1.36%), no se encontraron lesiones en encía superior, dorso de lengua, vientre de lengua, bordes de lengua, frenillo labial superior e inferior y frenillo lingual.

Nódulo en Región I se presentó en paladar duro (30%), encía superior (20%), bordes de lengua (20%), labio inferior, piso de boca, vientre de lengua (10% c/u); no se encontraron lesiones en labio superior, comisuras, encía inferior, paladar blando, dorso de lengua, carrillo derecho e izquierdo, frenillo labial superior e inferior, frenillo lingual, y carrillo bilateral.

Crecimiento en Región I se presentó sólo en encía inferior (66.66%), y encía superior (33.33%), (ver tabla 7).

X. CONCLUSIONES

1. De un total de 180 estudiantes evaluados en la región I (Metropolitana), todos comprendidos entre las edades de 12 a 18 años 153 (85%) presentaron por lo menos una lesión básica en tejidos blandos de cavidad bucal y por lo tanto solamente el 15 % (27 evaluados) estuvo libre de lesiones.
2. En promedio se encontraron 1.44 lesiones por cada investigado en la región I Metropolitana (260 lesiones en 180 evaluados).
3. De la población masculina estudiada (22.78%) el 90.24% presentó por lo menos una lesión básica en tejidos blandos de cavidad bucal .
4. De la población femenina estudiada (77.22%) el 81.29% presentó por lo menos una lesión básica en tejidos blandos de cavidad bucal.

5. Los sitios anatómicos en donde se localizaron con mayor frecuencia las lesiones básicas en tejidos blandos de cavidad bucal en orden descendente fueron: labio superior (25 %), labio inferior (24.23 %), carrillo derecho (9.62 %), carrillo izquierdo (8.85 %), dorso de lengua (7.31 %), paladar duro (5.38 %); encía superior (5.00 %), carrillo bilateral (3.46), encia inferior (3.46), bordes de lengua (2.69%), paladar blando (1.92%), comisuras (1.15%), orofaringe (0.77%), Vientre de lengua, piso de boca, frenillo lingual (0.38 % cada uno), presentaron pequeños porcentajes de lesiones a excepción de frenillo labial superior e inferior donde no se encontró ninguna lesión presentaron pequeños porcentajes de lesiones a excepción de frenillo labial superior e inferior donde no se encontró ninguna lesión y no se encontraron lesiones en frenillo labial superior e inferior.
6. Las lesiones básicas en estudio se presentaron en orden de más frecuente a menos frecuente de la siguiente manera: Placa (46.92%), úlcera (28.07%), pápula (11.53%), mácula (6.15%) nódulo (3.84%) vesícula (1.92%), crecimiento (1.15%), Tumor (0.38%), y no se encontraron ampolla y pústula.

7. En promedio se encontraron 1.43 lesiones por cada hombre evaluado en la región I Metropolitana (59 lesiones en 41 evaluados).
8. En promedio se encontraron 1.44 lesiones por cada mujer evaluada en la región I Metropolitana (201 lesiones en 139 evaluadas).
9. Las lesiones más frecuentes encontradas en los varones fueron: placa (37.29%), úlcera (25.42%) y mácula (15.25%) mientras que placa (49.75%), úlcera (28.86%) y pápula (12.44%) son las lesiones más frecuentes en las mujeres.
10. Labio superior y labio inferior, en ese orden tanto en hombres como en mujeres, son los lugares anatómicos en donde se observaron más lesiones . encontradas en mujeres.
11. El grupo de estudiantes de 17 y 18 años fue el que presento mayor porcentaje de lesiones (91.18%) seguido por el grupo de 12 y 13 años (88.24%) y los que menos presentaron lesiones fueron los de 14, 15 y 16 años (81.63%).

12. En los estudiantes de 12 y 13 años labio superior (24.29%), labio inferior (21.43%) y carrillo derecho (12.86%) fueron los sitios anatómicos más comunes de localización para las lesiones encontradas. En los de 14, 15 y 16 años fueron labio inferior (25.74%), labio superior (24.26%), carrillo izquierdo (10.29%), y carrillo derecho (8.82%). En los de 17 y 18 años fueron labio superior (29.63%), labio inferior (24.07%), y carrillo izquierdo (9.26%). Todos los grupos etáreos tienen en común los mismos lugares anatómicos mas frecuentes.
13. Placa es la lesión básica más común en Región I (Metropolitana) y se localizaron con mayor frecuencia en labio superior (48.36%), labio inferior (30.32%), y dorso de lengua (13.93%).
14. Las úlceras evaluadas en Región I se localizaron con mayor frecuencia en carrillo izquierdo (28.769%), carrillo derecho (26.02%), y labio inferior (13.69%).
15. Las pápulas evaluadas en Región I se localizaron con mayor frecuencia en labio inferior (23.33%), encía superior (23.33%), encía inferior (13.3.3%), y paladar duro (6.66%) y pequeños porcentajes en otros sitios anatómicos.

16. Las máculas evaluadas en Región I se localizaron con mayor frecuencia labios (37.5 %) luego en la encía superior (18.75%), bordes de lengua (18.75%) y paladar blando (12.5%).
17. Los nódulos evaluados en región I se localizaron con mayor frecuencia paladar duro (30%), encía superior (20%) y bordes de lengua (20%).
18. En Región I se encontraron 3 crecimientos 2 en encía inferior y uno en encía superior.
19. Debido a que la población indígena evaluada en esta región I (metropolitana) fue escasa, las conclusiones obtenidas se consideran validas solamente para el grupo no indígena.

XI. RECOMENDACIONES

A todo el personal de salud del área odontológica se recomienda hacer énfasis en la evaluación de los tejidos blandos de la cavidad bucal durante el examen del sistema estomatognático, debido a que en la mayoría de la población (85%) de la Región I (Metropolitana) se encontraron lesiones básicas en tejidos blandos.

Atención especial durante la evaluación de los labios superior e inferior debido a que el 49.23 de las lesiones encontradas se localizaron en estos lugares anatómicos.

Se recomienda, mayor atención en esta región a la alta frecuencia de placa en tejidos blandos de la cavidad bucal.

Utilizar este estudio sobre frecuencia y distribución de lesiones básicas en tejidos blandos de la cavidad bucal en la Región de Salud I (Metropolitana), como apoyo en el proceso enseñanza aprendizaje del Área de Patología y el Departamenteo de Diagnóstico, debido a que refleja la realidad actual de la población estudiantil metropolitana comprendida entre los 12 y 18 años.

Efectuar un estudio comparativo de los resultados obtenidos sobre la frecuencia y distribución de lesiones básicas en tejidos blandos de la cavidad bucal realizado en las ocho regiones de salud de la república de Guatemala.

XII. ANEXOS

ANEXO I

EXAMEN CLÍNICO DE LA CAVIDAD BUCAL

1. "El examen se iniciará estando el paciente sentado en su escritorio y con la boca cerrada. El examinador deberá estar ubicado frente a la derecha del paciente empleando un bajalenguas en cada mano, se examinará el borde del bermellón de ambos lados (iniciando en el lado derecho del paciente), distendiéndolo suavemente con el auxilio de los bajalenguas y luego la región de las comisuras separando los labios con los mismos" (2) .

2. "A continuación se indicará al paciente que abra parcialmente la boca y se procede a examinar la porción vestibular de la cavidad bucal. Para ello se colocará el bajalenguas de la mano izquierda sobre la mucosa labial superior derecha en el área que corresponde a la región de caninos. Se separará ampliamente el carrillo con el auxilio del bajalenguas, de la mano derecha se procederá a examinar la mucosa del mismo, desde la región retromolar hacia adelante. Al mismo tiempo deberá observarse mucosa alveolar y encía.

3. El siguiente paso consistirá en examinar la región labial superior, observándose, mucosa labial, encía y frenillos para lo cual deberá dejarse el bajalenguas de la mano izquierda como se indicó en el paso No. 1. Seguidamente se colocará el bajalenguas de la mano derecha a nivel del área del canino izquierdo indicándole al paciente que cierre parcialmente la boca para poder elevar el labio superior con facilidad" (2).
4. "Inmediatamente después, se pedirá al paciente que vuelva a abrir la boca y se procederá a examinar la región vestibular izquierda, para lo cual se colocará el bajalenguas de la mano izquierda en donde estaba el bajalenguas de la mano derecha y con éste (el bajalenguas de la mano derecha), se procederá a examinar las mismas regiones y en el mismo orden como fueron observadas en el lado derecho.
5. A continuación se procederá a examinar la región labial inferior para lo cual se colocará el bajalenguas de la mano derecha a nivel del canino inferior izquierdo y el bajalenguas de la mano izquierda a nivel del canino inferior derecho.

Al finalizar esta parte del examen se procederá a anotar en la ficha los datos obtenidos.

6. El siguiente paso consistirá en el examen de la mucosa del paladar duro y blando y de la encía palatina. Para ello se le pedirá al paciente que incline la cabeza hacia atrás y que abra ampliamente la boca para observar por visión directa la mucosa del paladar" (2).

"La inspección se realizará examinando de atrás hacia adelante la encía y la mitad derecha del paladar y en sentido la región izquierda.

7. El siguiente paso es el examen de la orofaringe que comprende: pilares anteriores y posteriores del paladar, úvula, amígdalas palatinas y paredes laterales y posterior de la orofaringe. Para lo cual se adosan los bajalenguas colocándolos sobre la parte posterior del dorso de la lengua y se presionará firmemente hacia abajo al mismo tiempo que se le pedirá al paciente que diga AAA.

Algunos pacientes exponen la región orofaríngea con solo abrir la boca, por lo tanto no es necesario deprimir la lengua. Al finalizar esta parte del examen se procederá a anotar en la ficha los datos obtenidos.

8. A continuación se examinará el dorso y los bordes de la lengua, observándola primero en posición normal y luego en protrusión. Con el extremo de los bajalenguas se explora la superficie dorsal de dicho órgano de atrás hacia adelante en el lado derecho y en forma inversa del lado izquierdo. Luego se pedirá al paciente que mueva la lengua hacia la izquierda al mismo tiempo que la protruye. En esta posición se examina el borde derecho de la lengua con un bajalenguas mientras el carrillo se separa con el otro.

El mismo procedimiento se repite para examinar el borde izquierdo de la lengua. Debe ponerse atención al examinar cada borde de la región más posterior hasta el vértice. Si el paciente no es capaz de mantener la lengua en posición indicada, se utiliza un trozo de gasa colocado alrededor del vértice de la lengua para guiar sus movimientos" (2).

9. "El siguiente paso consistirá en el examen del vientre de la lengua, piso de la boca y encía lingual, para ello se pedirá al paciente que lleve la lengua hacia el paladar mientras mantiene la boca abierta y con los

bajalenguas de examinarán las regiones ya mencionadas siempre iniciando en el lado derecho y luego el izquierdo.

El siguiente paso consistirá en el examen de la región retromolar superior e inferior, para lo cual se utilizará un espejo intraoral iniciando siempre en el lado superior derecho.

10. Se iniciará la palpación apoyando el dedo índice sobre la mucosa del carrillo en la parte más posterior del surco mucobucal superior derecho, al mismo tiempo, se colocará el dedo pulgar de la misma mano sobre la piel de la cara de manera que coincida con la posición que ocupa el dedo índice en el lado interno.

A partir de esa posición se realiza la palpación bidigital del carrillo comprimiendo los tejidos entre ambos dedos al mismo tiempo que éstos se desplazan hacia adelante” (2).

11. “Esta maniobra se continuará en la región del labio superior hasta la zona de canino izquierdo. Al llegar a este punto se rotará la mano desplazando el lado pulgar 180 grados hasta que coincida nuevamente con la posición del índice en el lado interno del carrillo.

Se continuará con la palpación de la porción superior del carrillo izquierdo hacia atrás y al llegar a la parte más posterior de ésta se desplazan los dedos hacia la parte inferior procediéndose a la palpación bidigital en sentido anterior y sin interrumpir el movimiento se continuará con el labio inferior y la parte inferior del lado derecho.

12. Se procederá a palpar el aspecto vestibular de la mucosa alveolar y la encía iniciándose la palpación en la región de la tuberosidad derecha.

Esta parte de la palpación se hará presionando firmemente los tejidos, con el dedo índice, contra el hueso alveolar a la vez que se desplaza el dedo en sentido anterior, continuándose en el lado izquierdo hasta llegar a la tuberosidad correspondiente. De esta posición se pasa a la región retromolar inferior izquierda.

A partir de esta zona se iniciará la palpación de la región vestibular de la encía y mucosa alveolar inferiores, desplazando el dedo a lo largo del reborde hasta concluir en la región retromolar derecha.

13. Se procederá luego a la palpación del paladar y la encía palatina, la cual se efectúa presionando firmemente con el dedo índice la mucosa en la misma secuencia indicada para la inspección de esta región" (2).
14. "A continuación se efectuará la palpación de la lengua, para lo cual se pedirá que la protruya ligeramente y se procederá a presionarla entre el índice y el pulgar procediendo de la región más posterior en el lado derecho hasta el vértice y de aquí hasta la región más posterior en el lado izquierdo.
15. Finalmente se palpará el piso de la boca, la encía lingual y las glándulas salivares sublingual y submaxilar, para lo cual se procederá apoyando los dedos de la mano izquierda sobre la piel de la región submaxilar derecha y con el dedo índice de la mano derecha, se procederá a presionar el lado derecho del piso de la boca y la encía lingual de atrás hacia adelante al mismo tiempo que se presionará con la mano apoyada sobre la piel para dar soporte a la palpación. Luego se palpará el lado izquierdo" (2).

ANEXO 2 UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
AREA DE PATOLOGIA

FICHA MAESTRA PARA RECOLECCION DE DATOS

MACULA

1

Indicadores

1. Mancha de color diferente a la mucosa vecina ☐
2. Tamaño variable. Forma de imagen de dos planos ☐
3. Superficie plana ☐

NODULO

3

Indicadores

1. Elevación de 0.5 cms hasta 3 cm. de diametro ☐
2. Base sésil
3. Base pedunculada. ☐
4. Color similar a mucosa vecina ☐
5. Color distinto a mucosa vecina ☐
6. Consistencia dura o blanda. ☐
7. Cualquier forma tridimensional ☐

PAPULA

2

Indicadores

1. Elevación de Base Sésil ☐
2. Desde 0.1 hasta 0.5 cm. de diámetro ☐
3. Unica ☐ múltiple ☐ cualquier forma ☐
4. Color similar a mucosa vecina ☐
5. Color distinto a mucosa vecina ☐

TUMOR

4

Indicadores

1. Elevación mayor de 3 cm. de diámetro ☐
2. Base sésil ☐
3. Base pedunculada. ☐
4. Color similar a mucosa vecina ☐
5. Color distinto a mucosa vecina
6. Cualquier forma tridimensional ☐

PLACA

5

Indicadores

1. Superficie elevada de extensión variable. ☐
2. No removible a la manipulación. ☐
3. Base sésil. ☐
4. A veces es confluencia de papulas ☐

AMPOLLA

7

Indicadores

1. Elevación circunscrita que contiene fluido en su interior. ☐
2. Tamaño mayor de 0.5 cm. ☐
3. Base sésil. ☐
4. Color variable dependiendo de su contenido ☐
5. Consistencia fluctuante ☐

ULCERA

9

Indicadores

1. Pérdida de la continuidad del epitelio. ☐
2. Pequeña o variable (puntiforme o de varios centímetros). ☐

VESICULA

6

Indicadores

1. Elevación circunscrita que contiene fluido en su interior. ☐
2. Tamaño hasta 0.5 cms de diámetro ☐
3. Color variable dependiendo de su contenido ☐
4. Consistencia fluctuante ☐
5. Base sésil ☐

PUSTULA

8

Indicadores

1. Elevación circunscrita con contenido purulento en su interior. ☐
2. No importa el tamaño ☐
3. Color blanco amarillento y grisáceo ☐
4. Consistencia fluctuante ☐

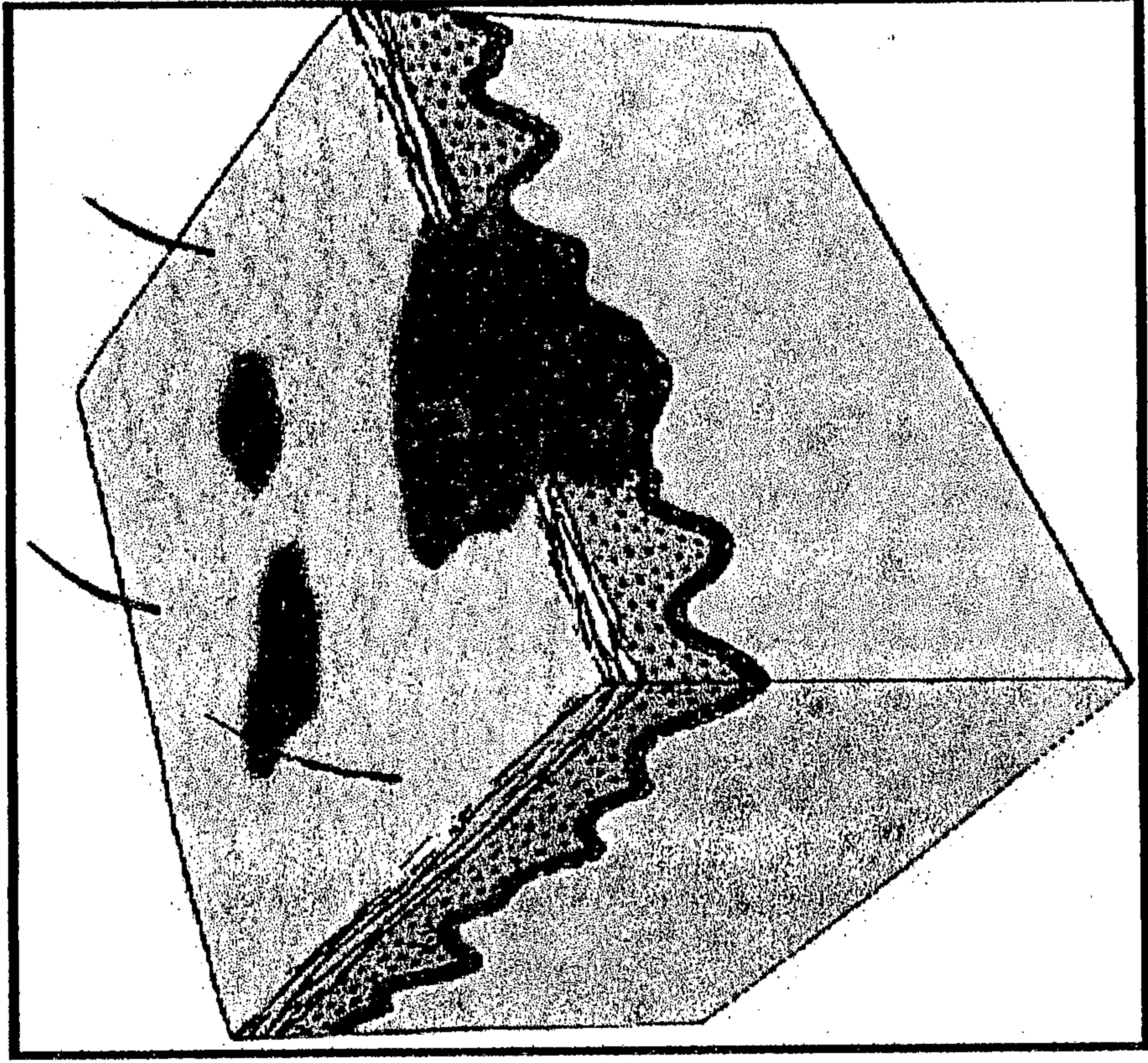
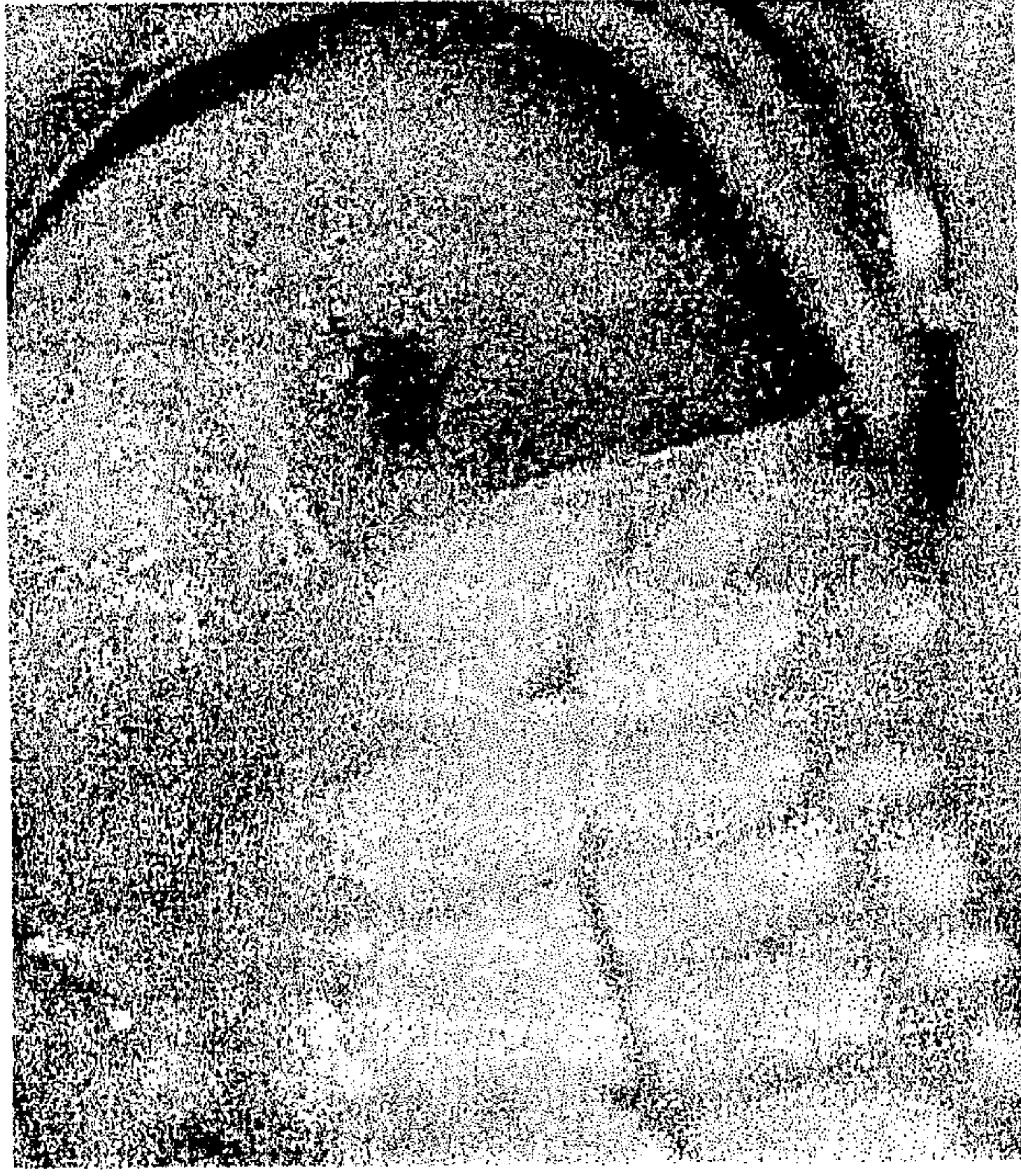
CRECIMIENTO

10

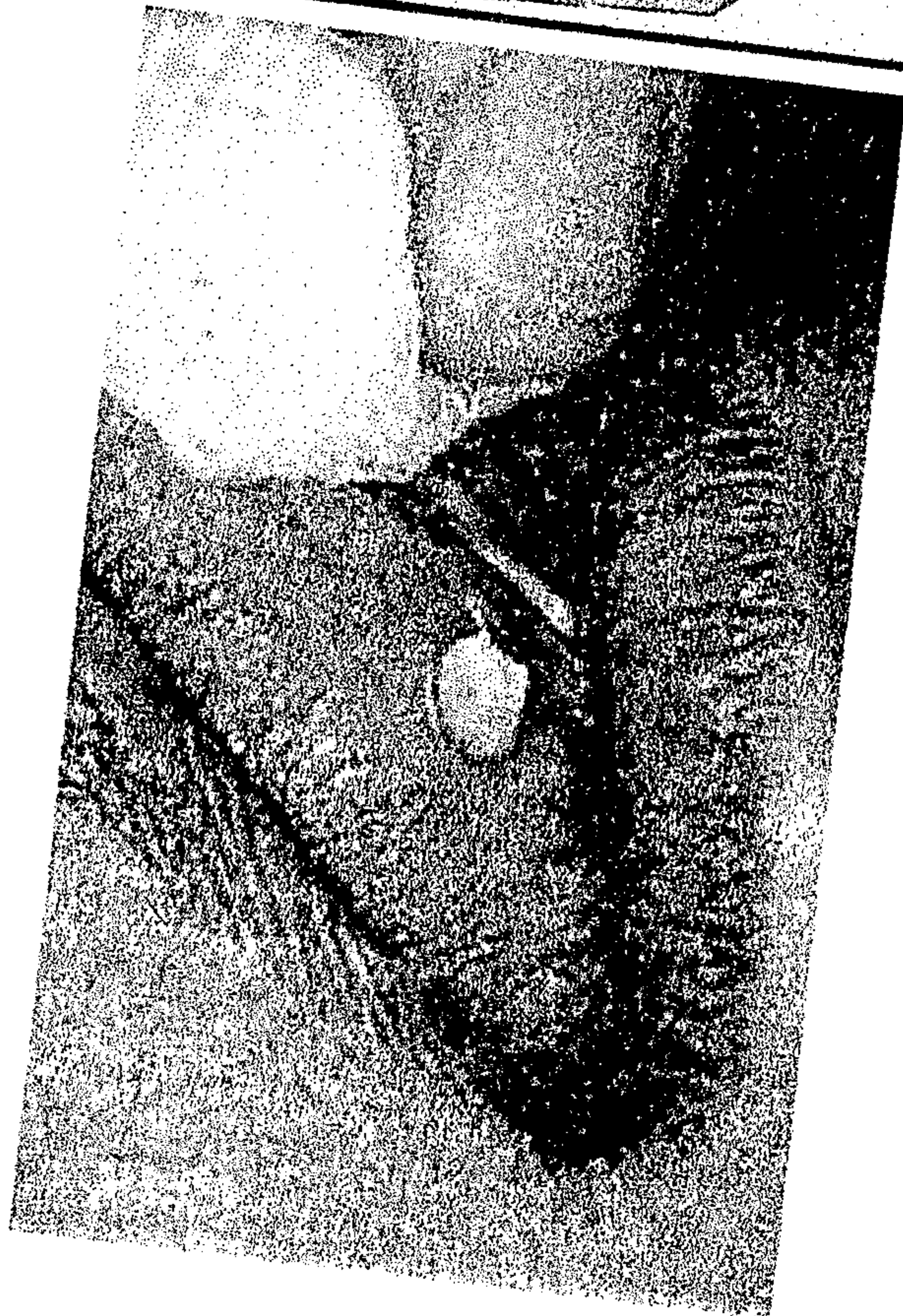
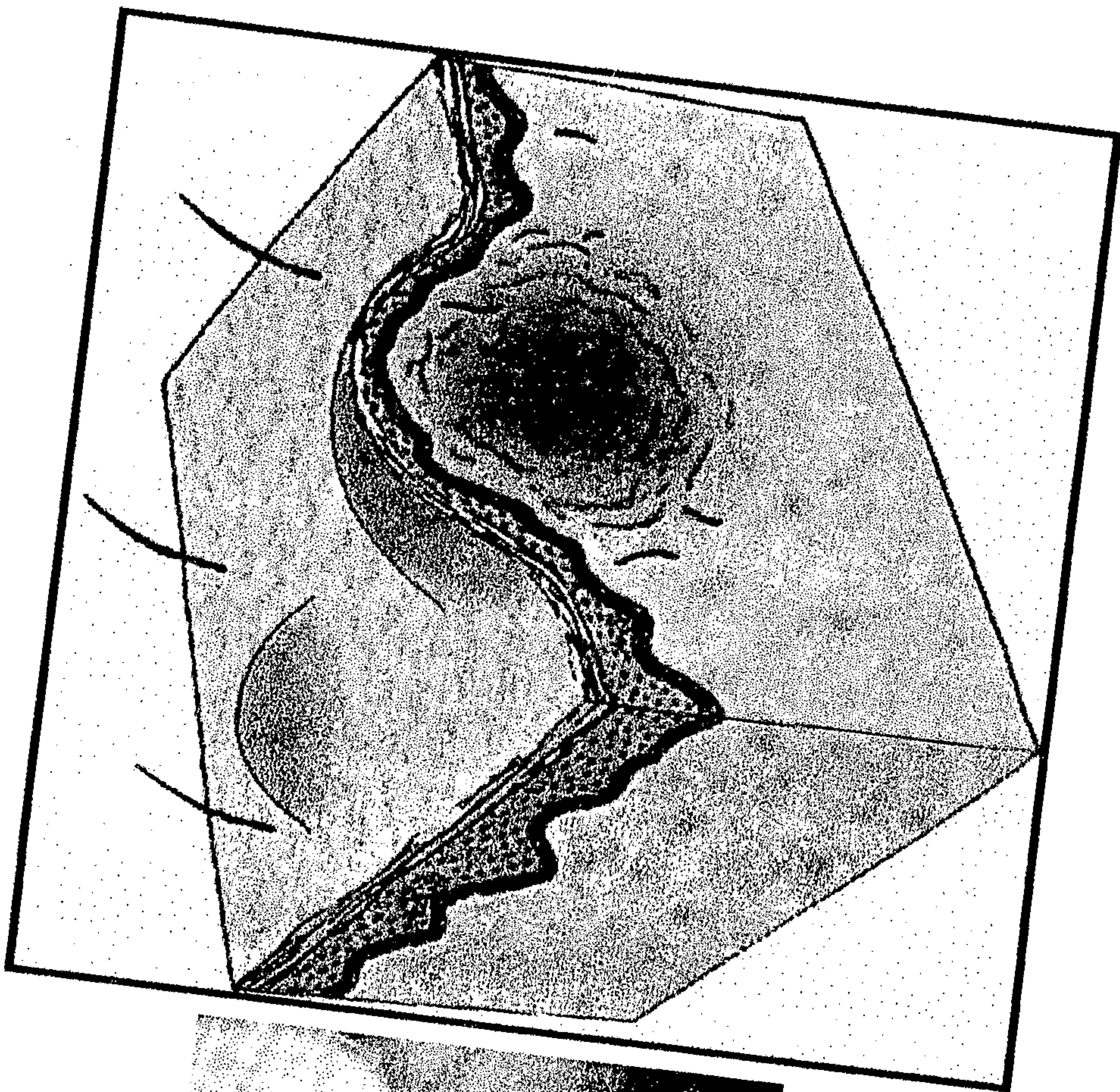
Indicadores

1. Agrandamiento de tejido blando que no encaja en la definición de los anteriores. ☐

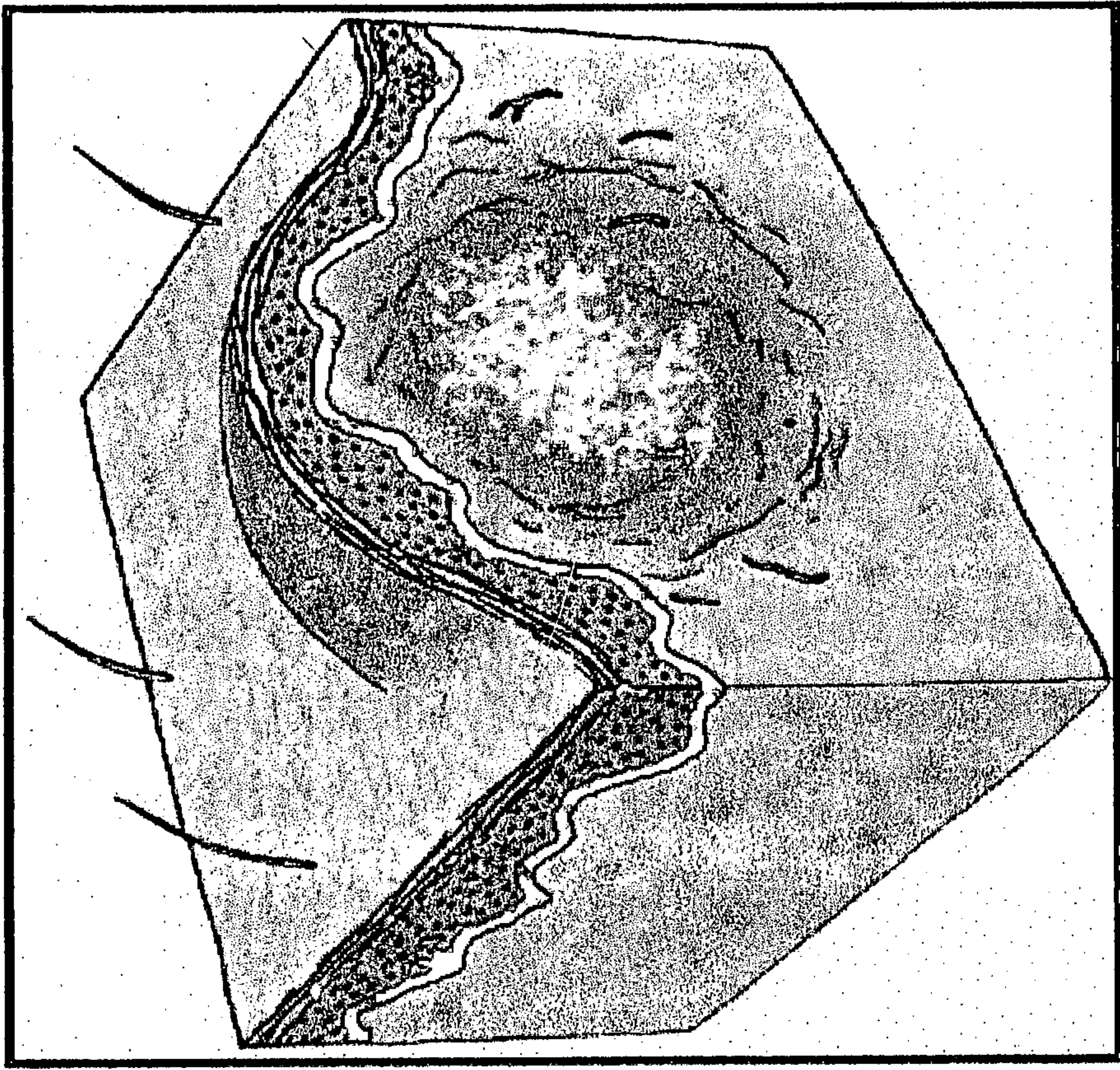
MÁCULA



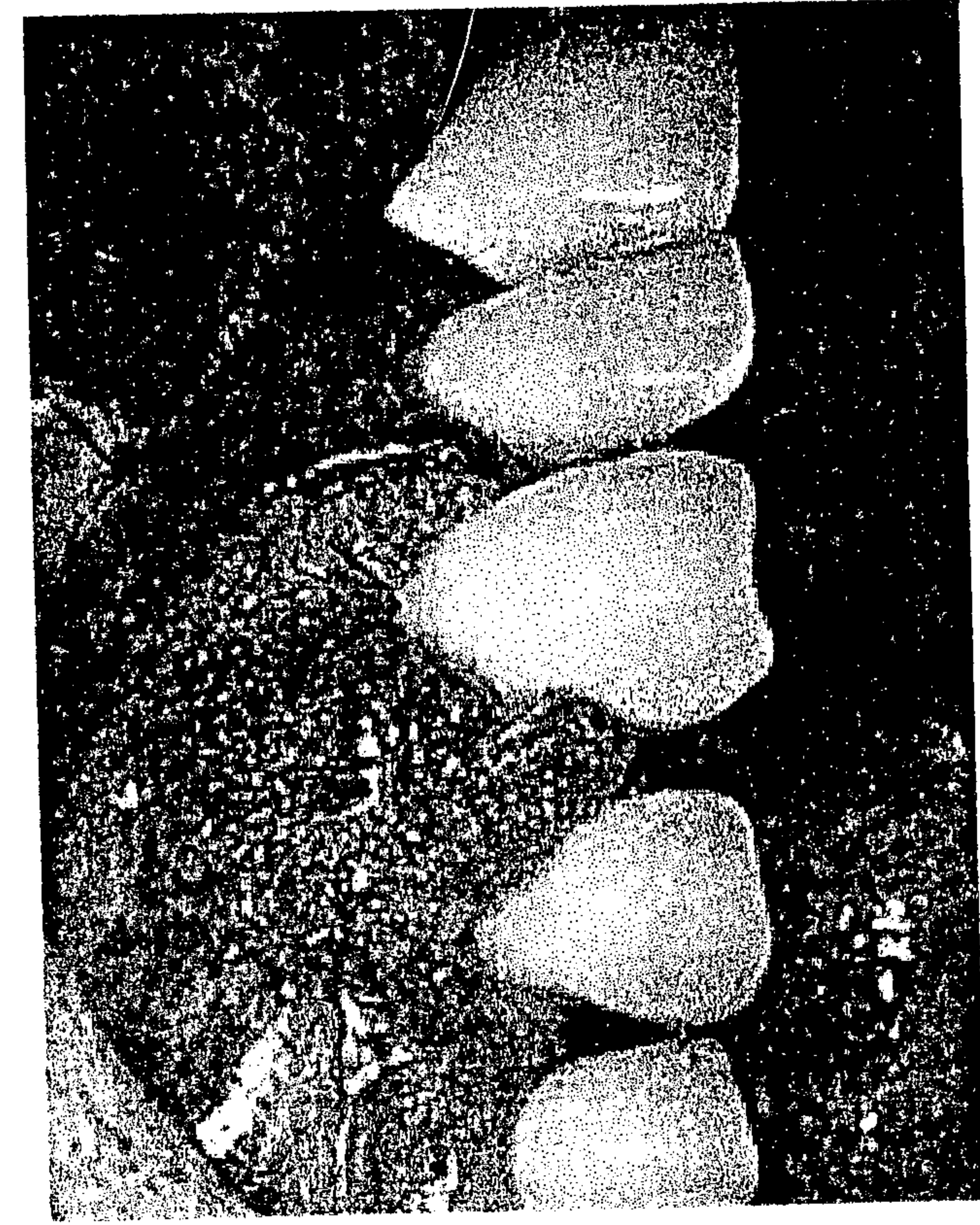
PÁPULA



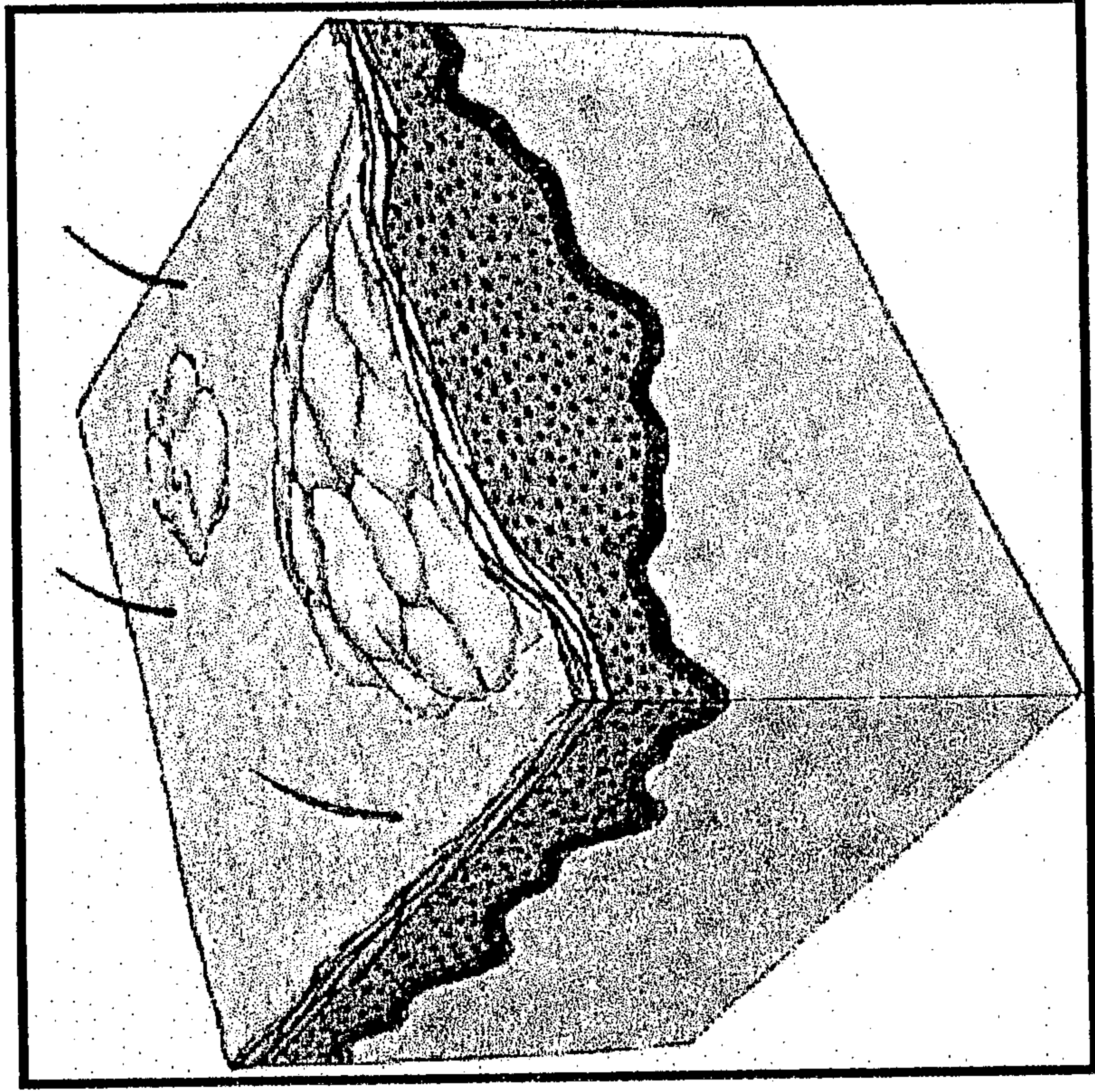
NÓDULO



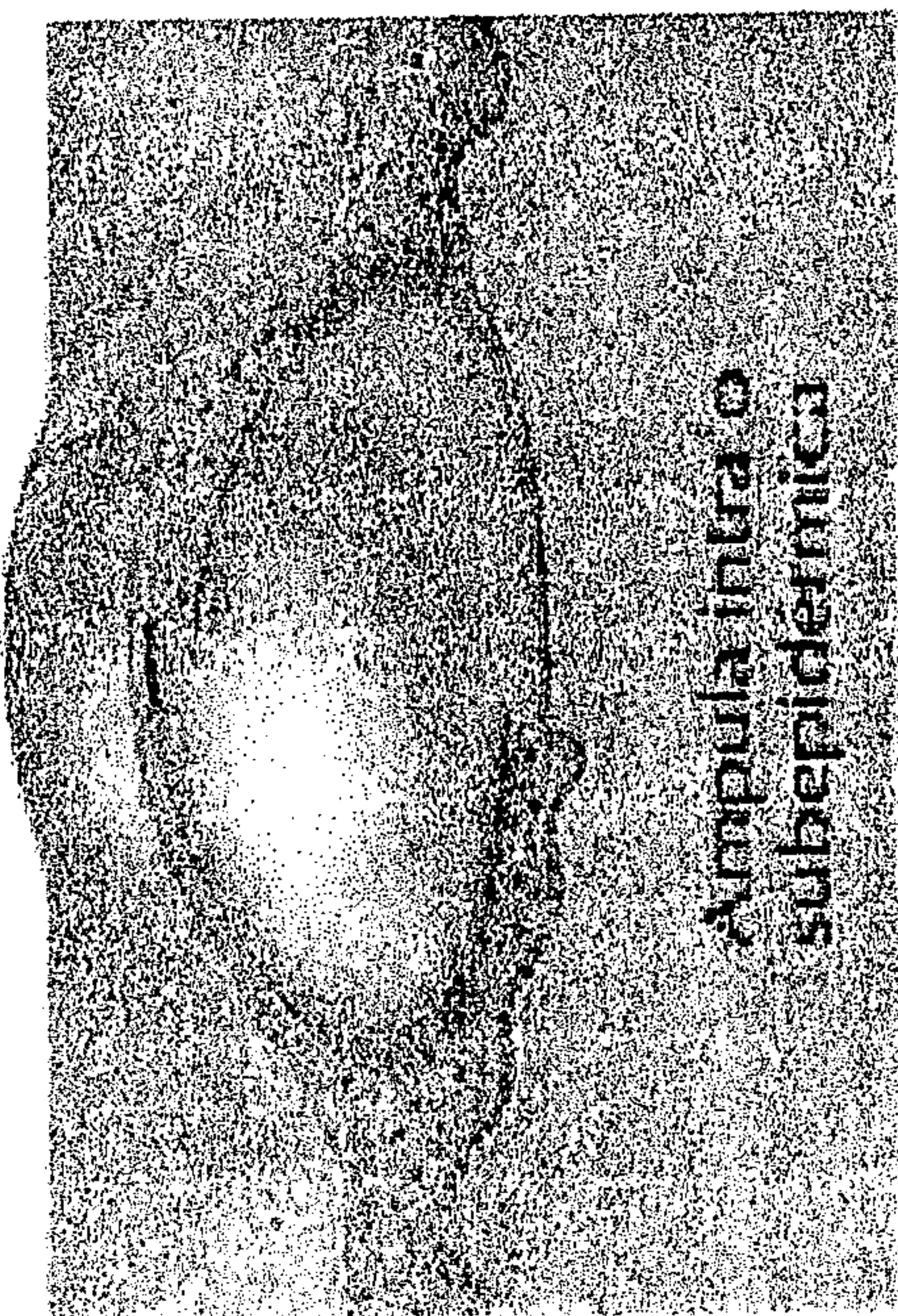
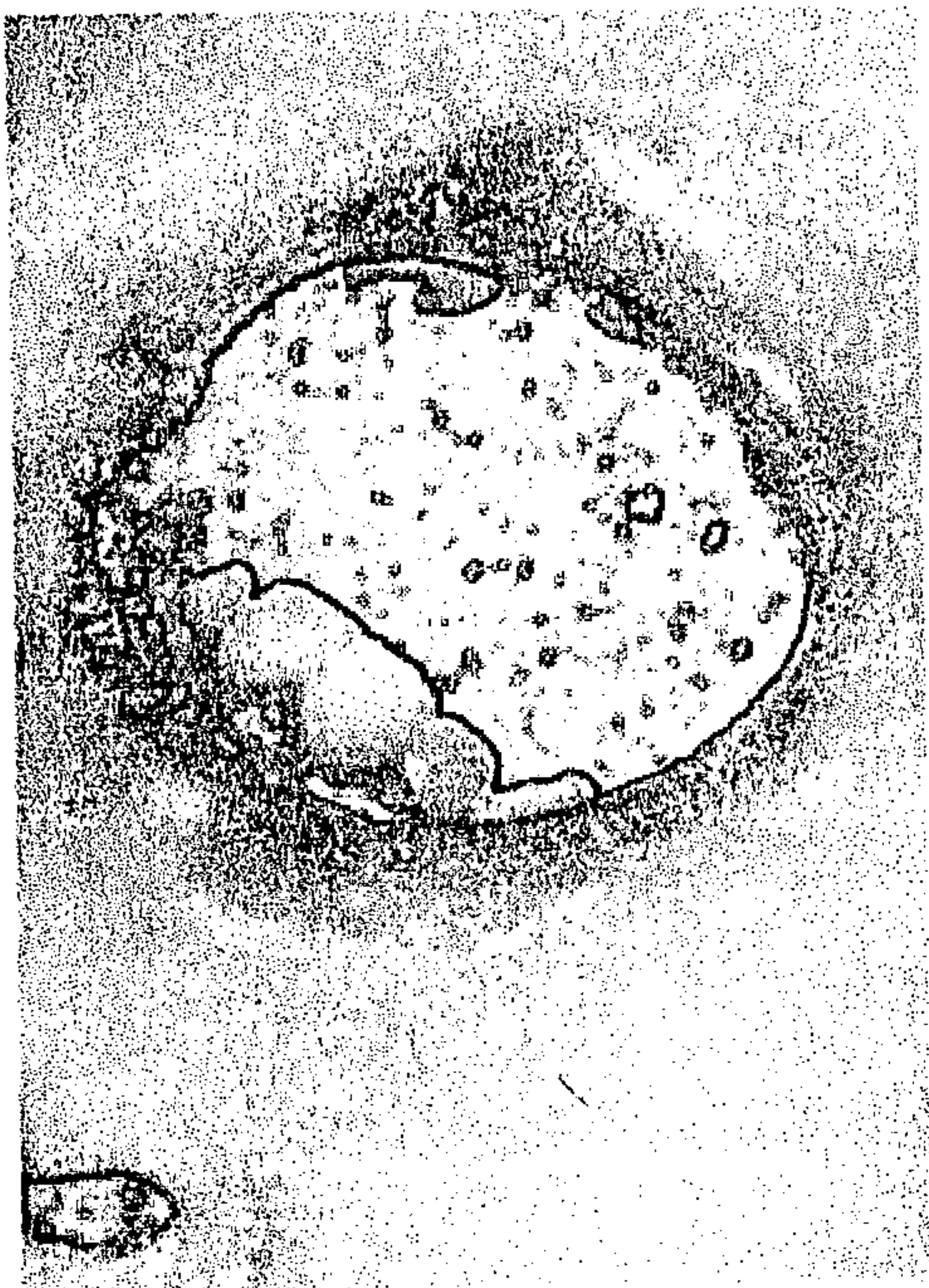
TUMOR



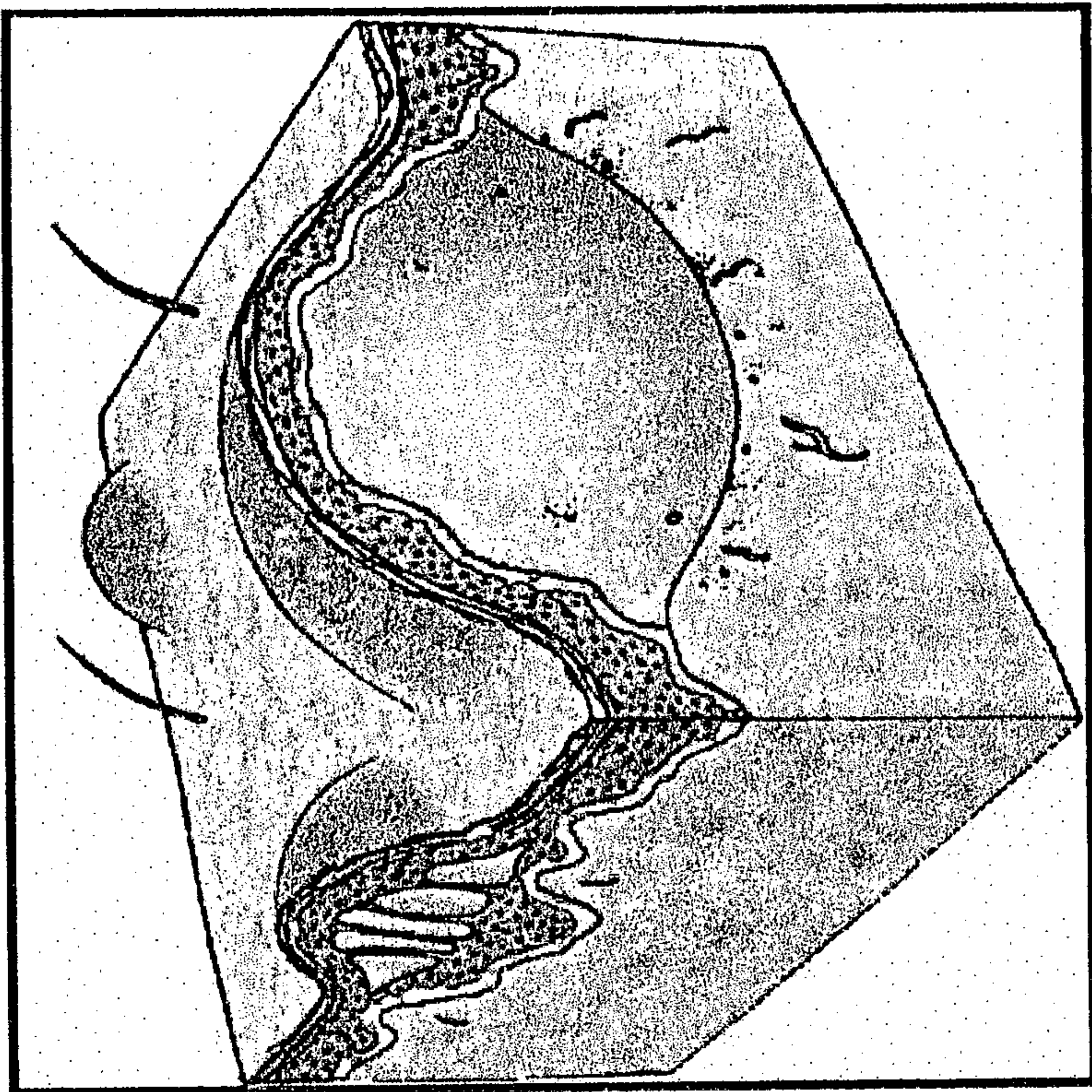
PLACA



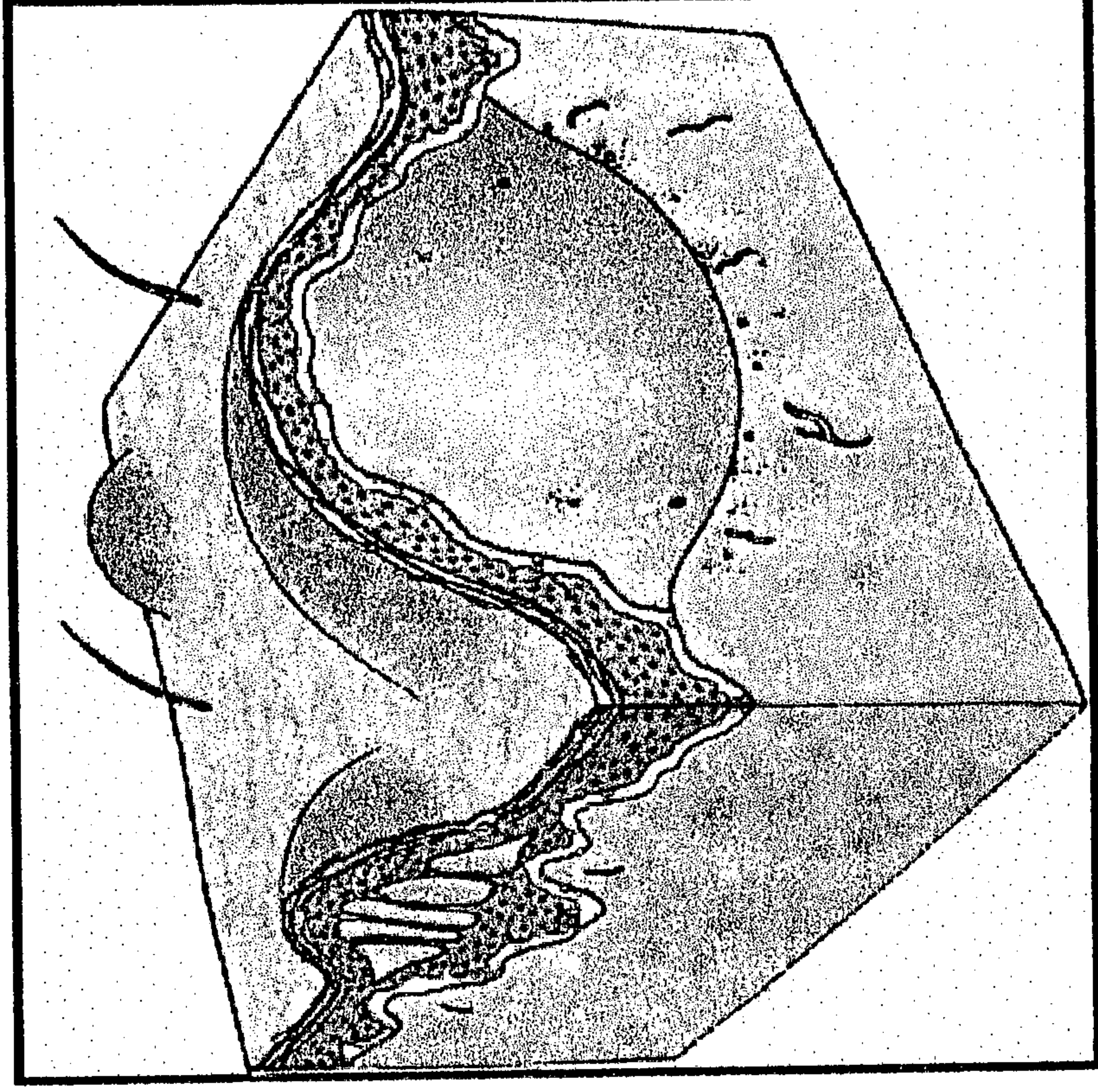
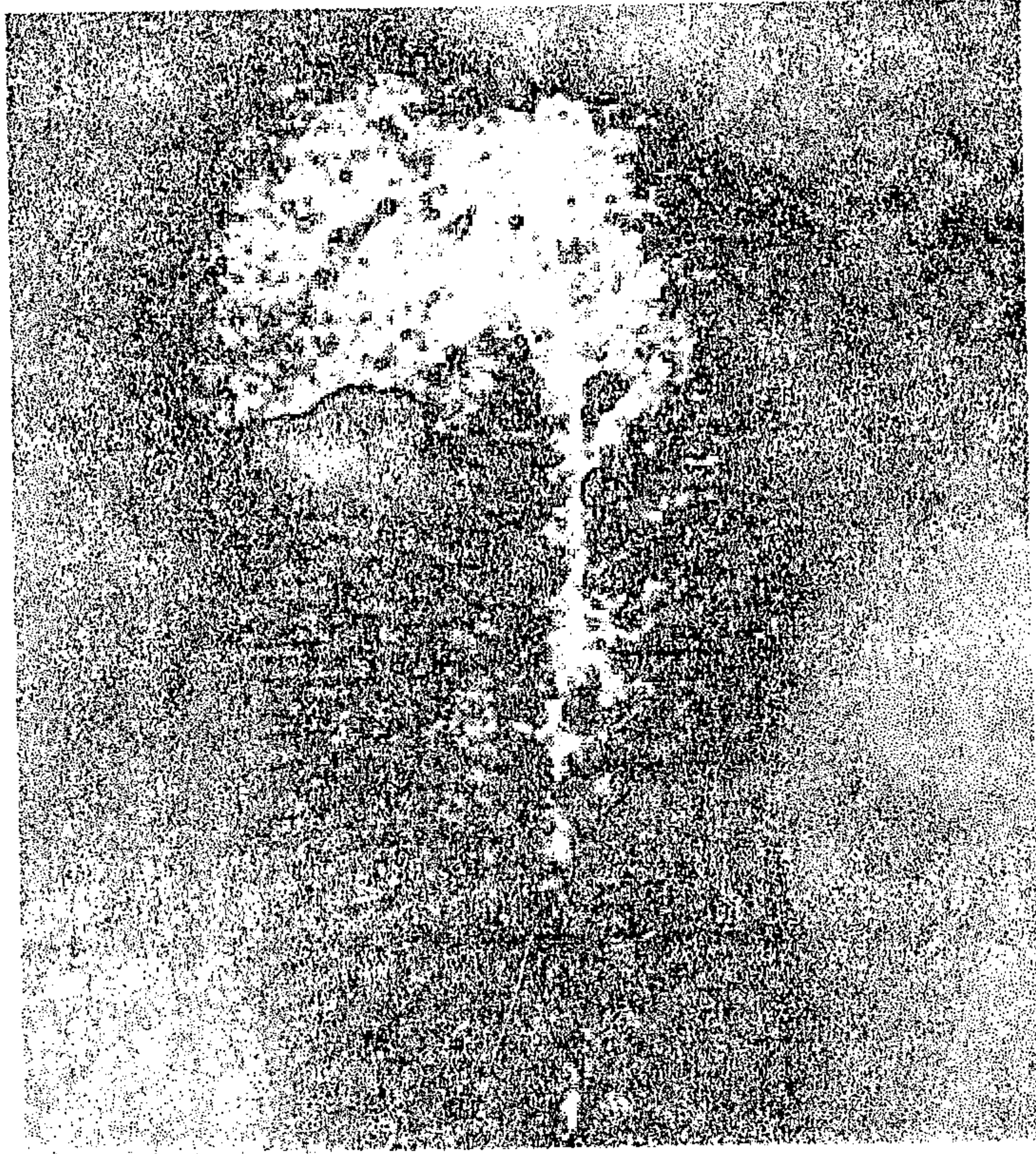
AMPOLLA



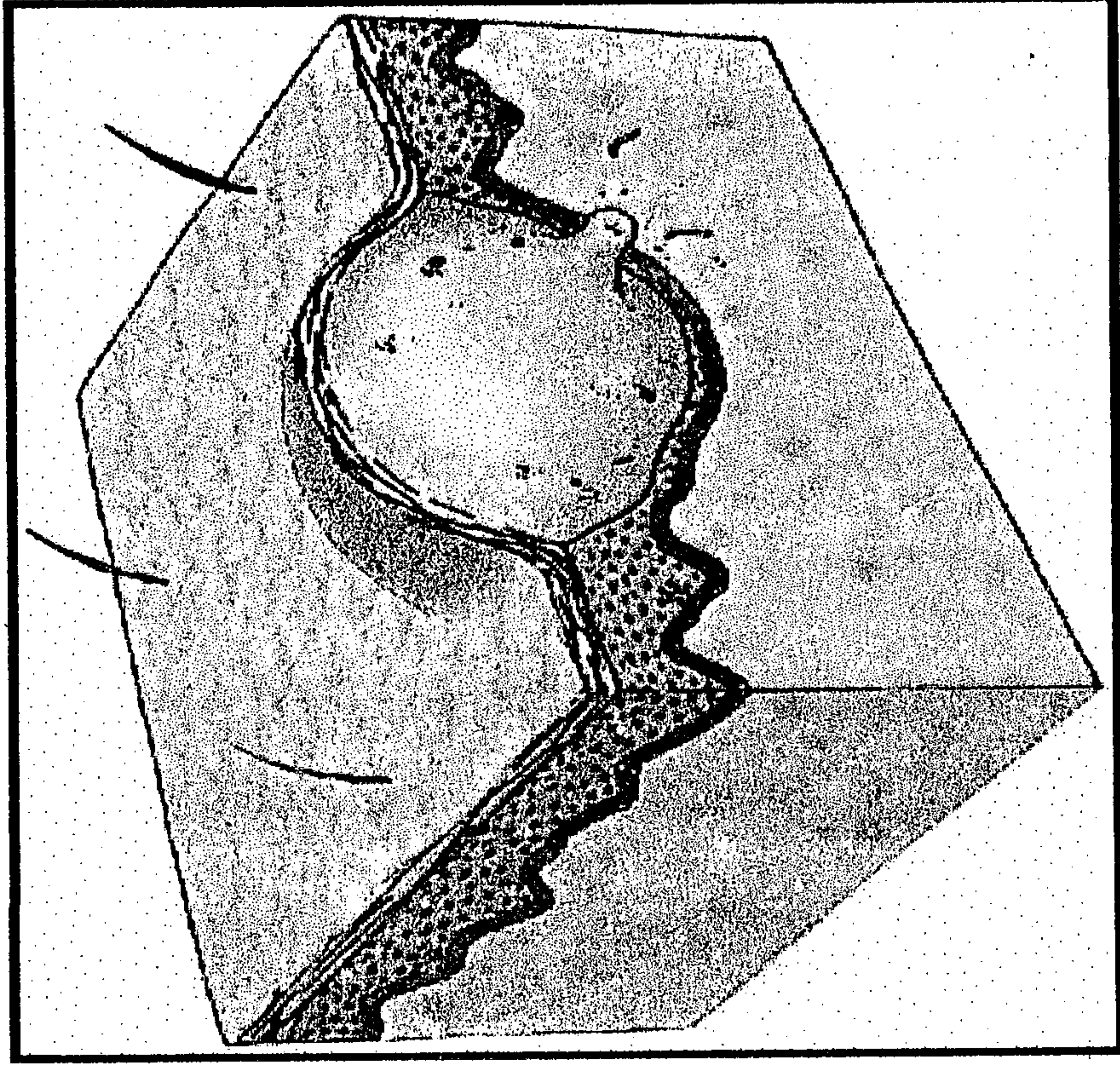
Ampulla intra o
subepidérmica



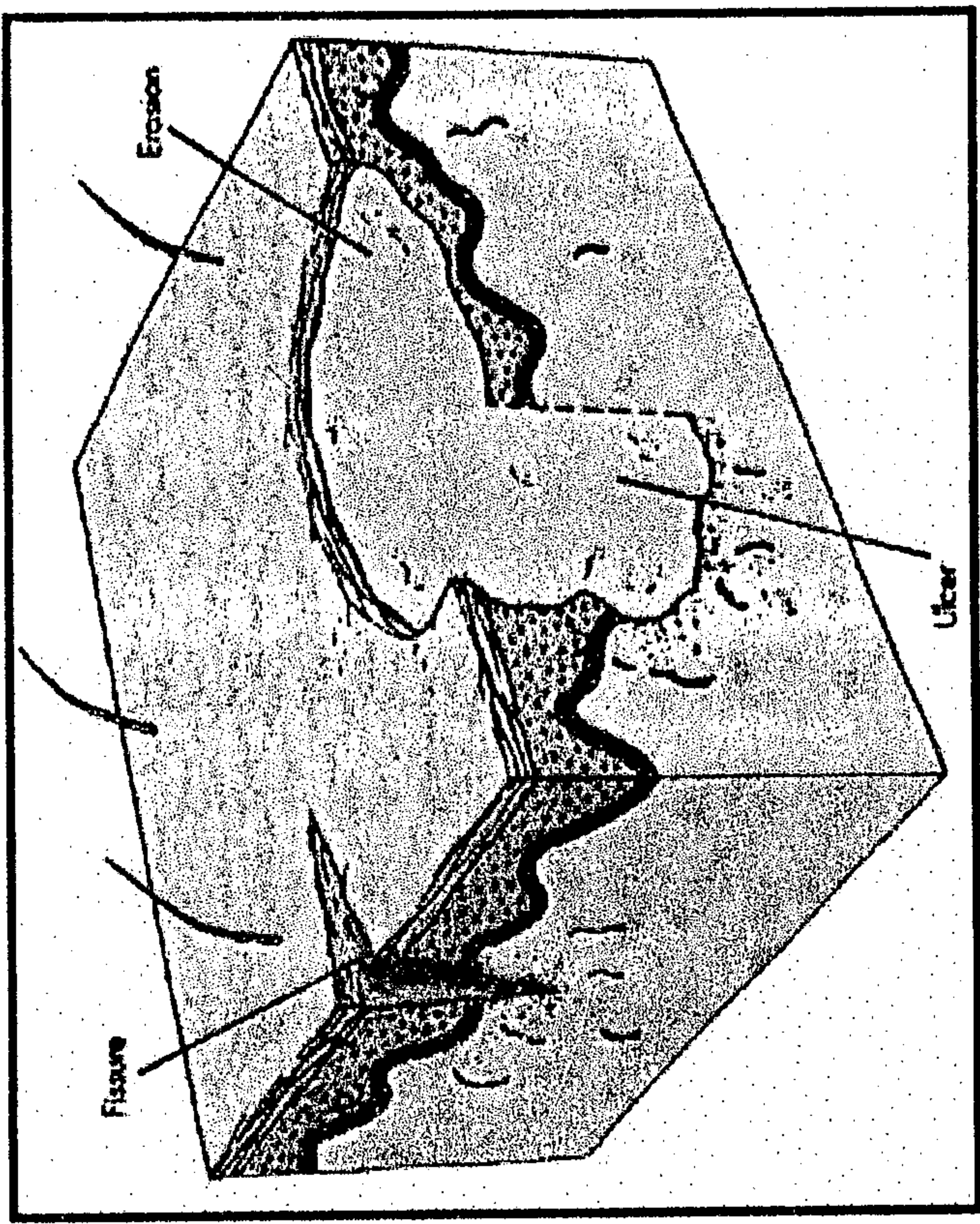
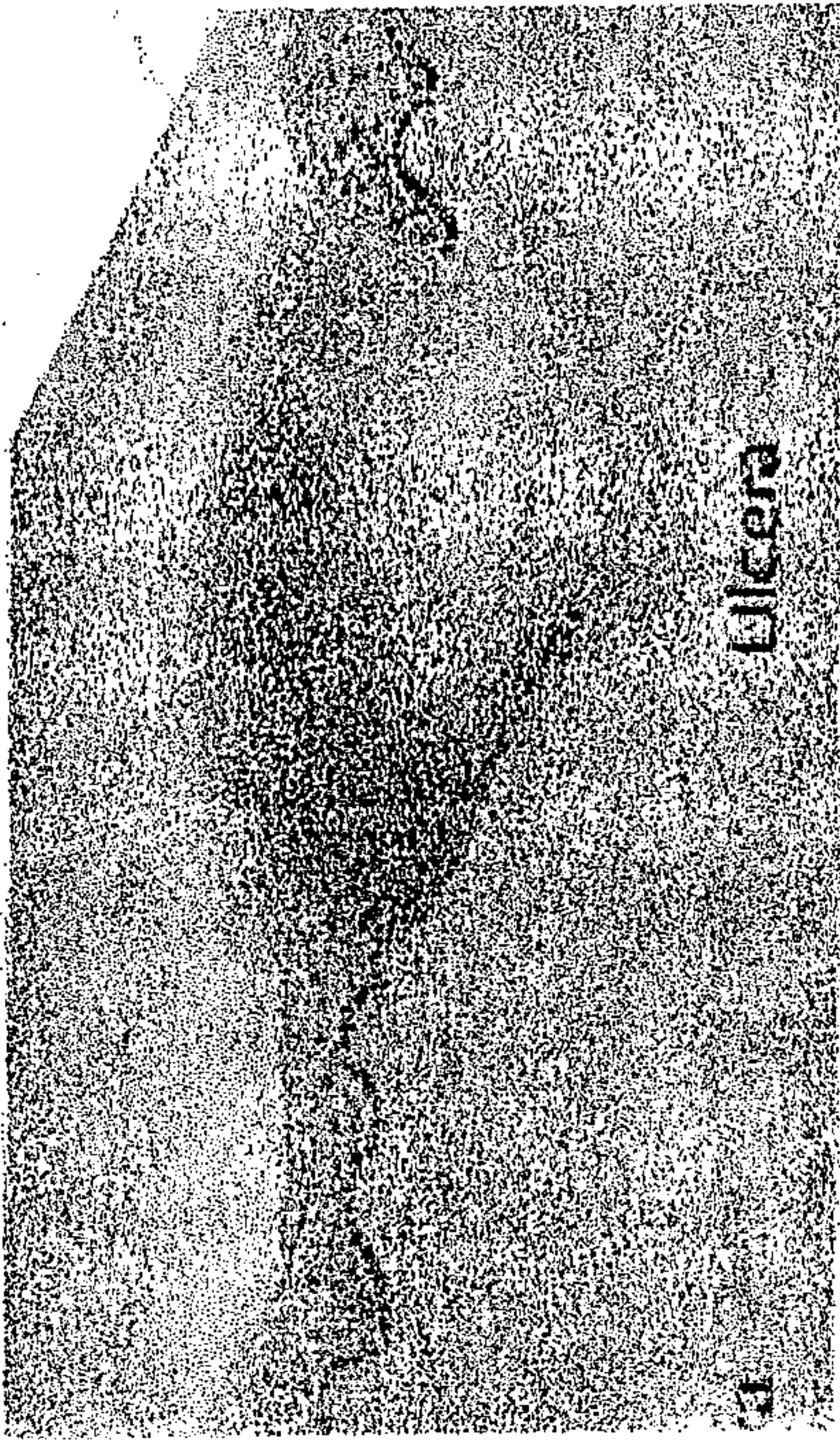
VESÍCULA



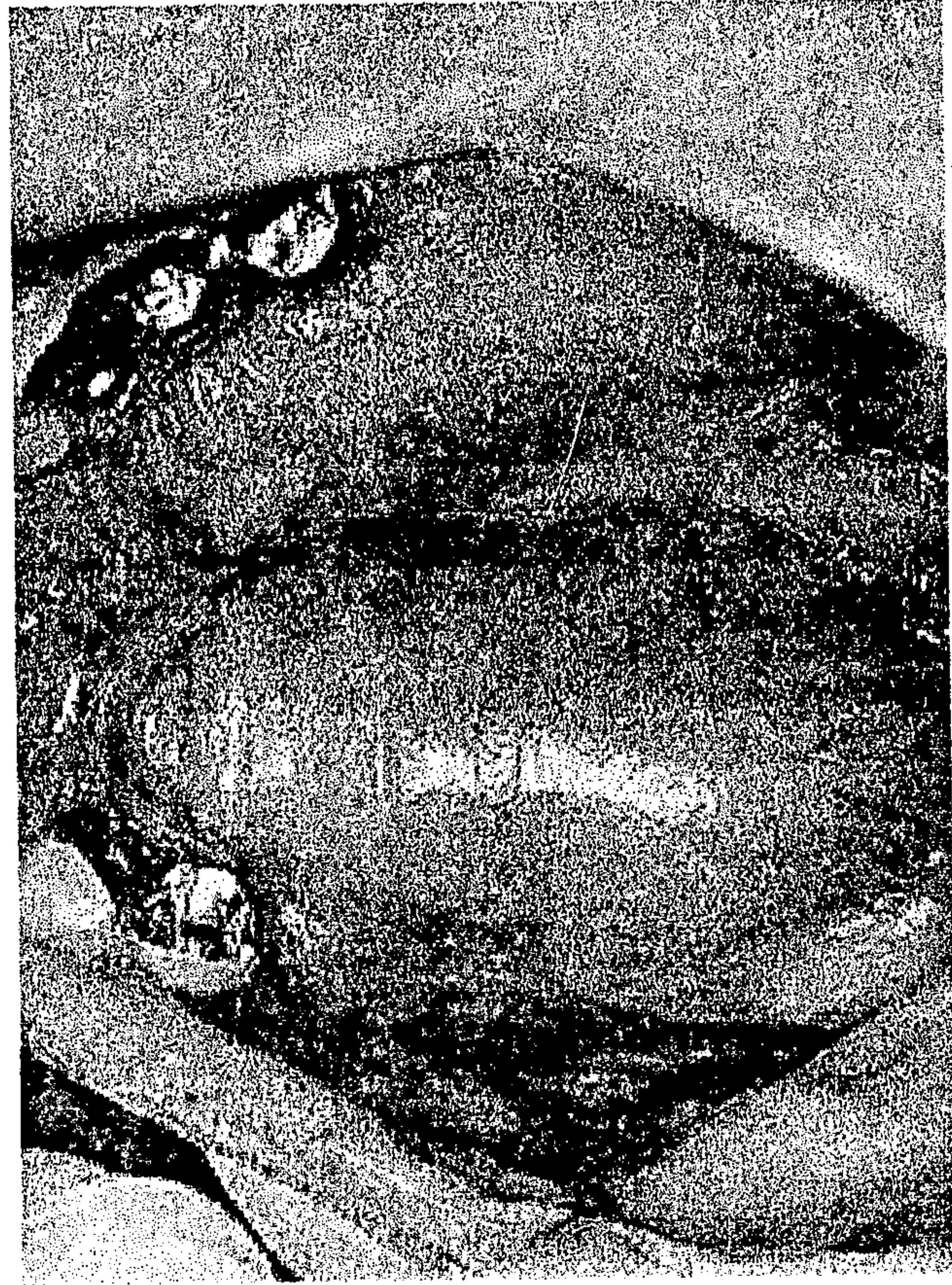
PÚSTULA



ÚLCERA



CRECIMIENTO



ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

AREA DE PATOLOGIA

MODELO ABREVIADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

REGION DEPARTAMENTO MUNICIPIO

EXAMINADOR

CUANTOS AÑOS HA CUMPLIDO?

SEXO ☐ M ☐ F (por observación de el examinador)

ETNIA: LADINO ☐ INDIGENA ☐ GARIFUNA ☐

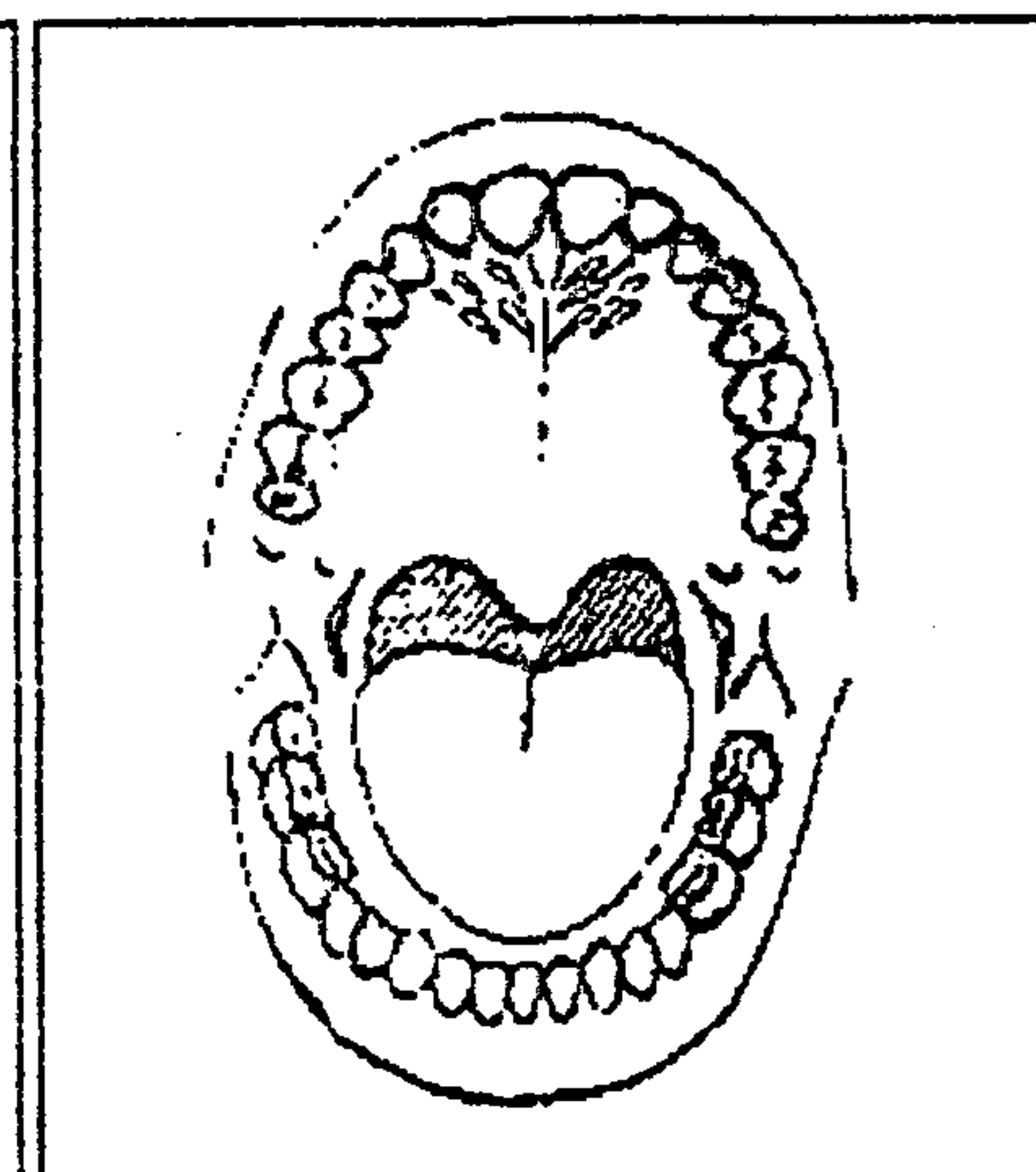
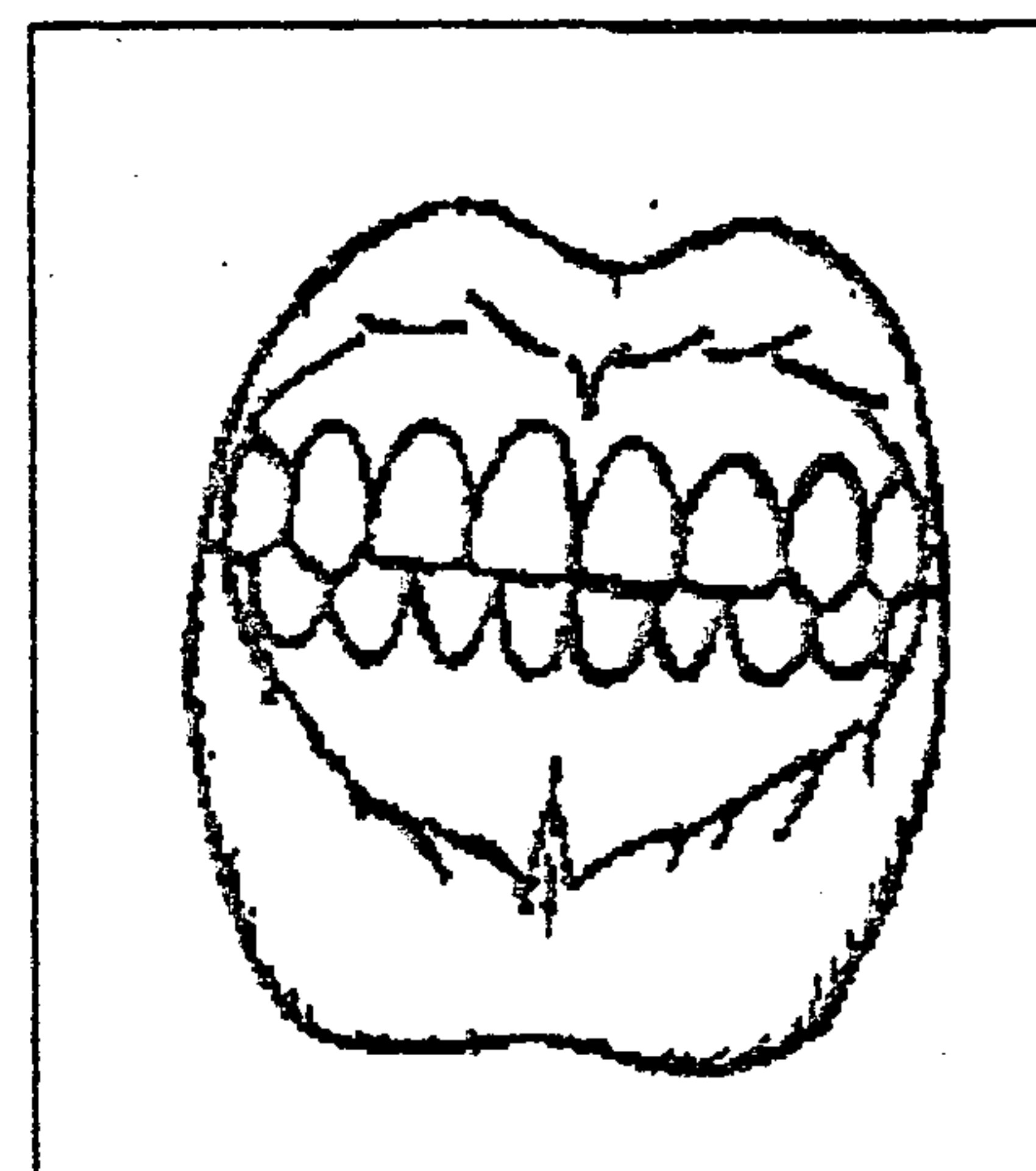
LESION ENCONTRADA

- | | | |
|-------------|----|-----------------------|
| MACULA | 1 | ☐ |
| PAPULA | 2 | ☐ |
| NODULO | 3 | ☐ |
| TUMOR | 4 | ☐ |
| PLACA | 5 | ☐ |
| VESICULA | 6 | ☐ |
| AMPOLLA | 7 | ☐ |
| PUSTULA | 8 | ☐ |
| ULCERA | 9 | ☐ |
| CRECIMIENTO | 10 | ☐ |

LOCALIZACION

- | |
|--------------------|
| LABIO SUP. |
| LABIO INF. |
| ENCIA SUP. |
| ENCIA INF. |
| PALADAR DURO |
| PALADAR BLANDO |
| PISO DE BOCA |
| DORSO DE LENGUA |
| VIENTRE DE LENGUA |
| BORDES DE LENGUA |
| CARRILLO DERECHO |
| CARRILLO IZQUIERDO |
| CARRILLO BILATERAL |
| FRENILLO L. SUP. |
| FRENILLO L. INF. |
| FRENILLO LINGUAL |

- | | |
|---|-----------------------|
| a | ☐ |
| b | ☐ |
| c | ☐ |
| d | ☐ |
| e | ☐ |
| f | ☐ |
| g | ☐ |
| h | ☐ |
| i | ☐ |
| j | ☐ |
| k | ☐ |
| l | ☐ |
| m | ☐ |
| n | ☐ |
| o | ☐ |
| p | ☐ |



* coloque en el circulo el número de la columna izquierda

**en los diagramas, dibuje y coloque en un circulo la(s) lesion(es) encontrada(s).

***si su respuesta a la pregunta etnia es "indigena" debe seleccionar en el listado correspondiente la etnia indigena correspondiente.

ETNIAS INDÍGENAS GUATEMALTECAS

1. Mopan
2. Itza'
3. Chórti
4. Chuj
5. Akatecos
6. Qánjobál
7. Popti
8. Mam
9. Awakateko
10. Ixil
11. Tektiteko
12. Uspanteko
13. Kíche
14. Kaequikel
15. Tzútujil
16. Skapulteko
17. Sipakapense
18. Pocomchi'
19. Poqomam
20. Qéqchi
21. Áchi'
22. Xinca

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Apendix A: Types of skin lesions.-- pp. 949-960.-- En Color atlas and synopsis of clinical dermatology / Thomas B. Fitzpatrick ... [et al]-- 3a. ed-- New York : McGraw Hill, 1997.--
2. Cáceres Grajeda, Rodolfo.-- Examen clínico del aparato estomatognático / Rodolfo Cáceres Grajeda.-- Guatemala, universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología, Area de Diagnóstico.-- 1,998 .--8p.
3. Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina Dorland / trad. por Santiago Sapiña Renard.-- 8a ed-- México : Nueva Editorial Interamericana, 1,986.-- p5, 83
4. Diccionario enciclopédico University. Términos Médicos.-- México : Interamericana, 1,981.-- pp. 47, 629, 720, 773, 831, 886, 1179, 1189, 1231
5. El manual merck de diagnostico y terapéutica / Robert Berkow, Director.-- 9a. ed.-- Barcelona : Océano grupo editorial, 1,994 .-- pp 2,653 - 2,654.
6. España, Otto Manuel.-- Ulcera / Otto Manuel España.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Area de Diagnóstico.--1998.-- 12p.



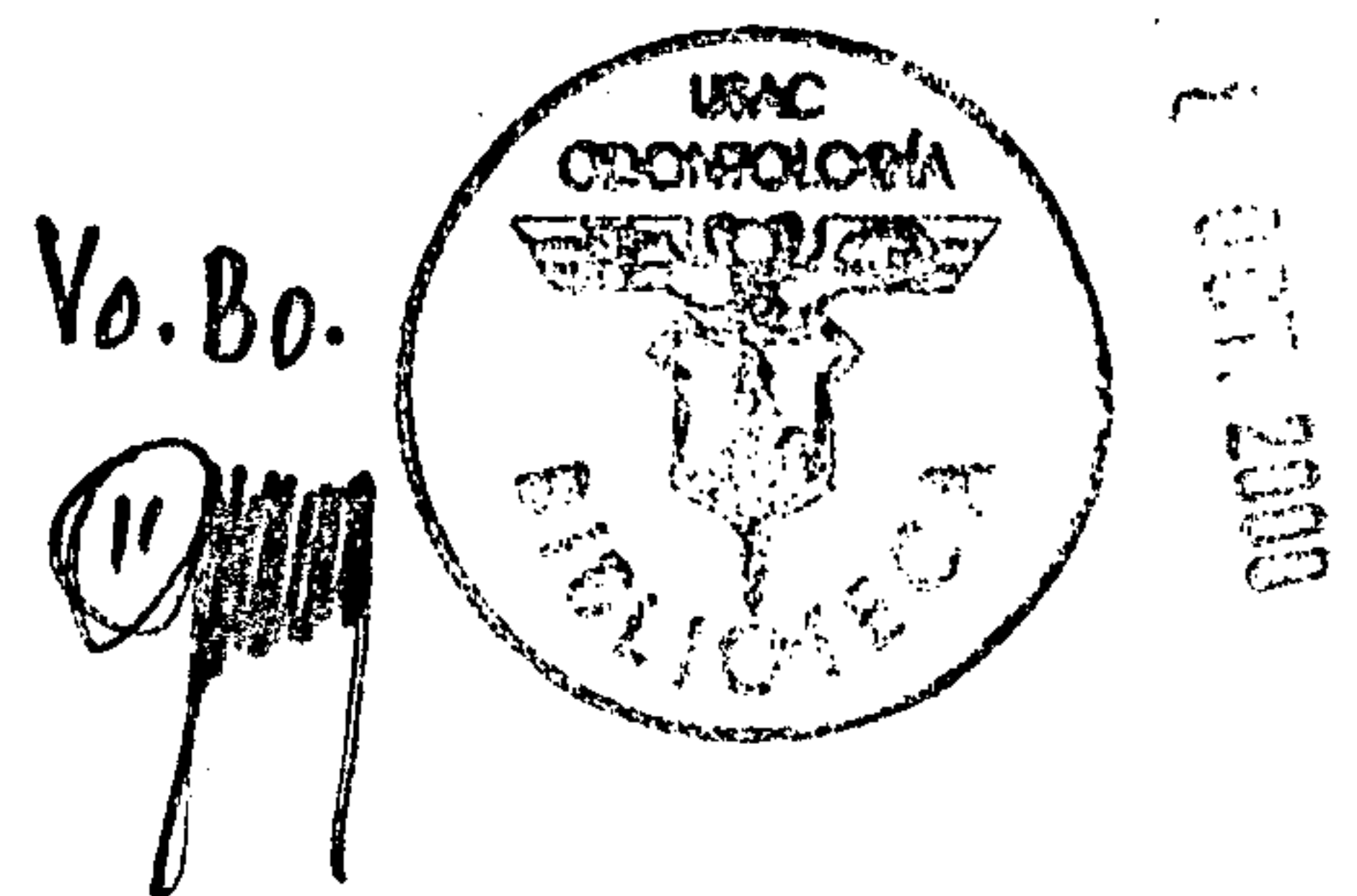
18 OCT. 2000

7. Franco Lemus, Cándida.-- Lesiones básicas de piel y mucosa / Cándida Franco Lemus.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Area de Diagnóstico.-- 1998.-- 8p
8. Fritzpatrick Thomas.-- Dermatology in general medicine / Thomas Fritzpatrick.-- 2a. ed.-- U.S.A. : McGraw Hill, 1,979.-- pp. 15-18, 20-29
9. Instituto nacional de estadística.-- X censo Nacional de la población y habitación.-- Censos de 1,994.-- República de Guatemala : Talleres del INE; 1,997.-- 25 pp
10. Jablonsky, Stanley.-- Diccionario de odontología / Stanley Jablonski.-- Buenos Aires : Editorial Médica Panamericana, 1,992.-- pp. 186, 309, 508, 720, 832, 880, 915, 968, 1115, 1178, 1200.
11. López Acevedo, Cesar.-- Patrón de conducta clínica para el diagnóstico de alteraciones del sistema estomatognático / Cesar López Acevedo, Otto Manuel España.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Area de Patología.- - 1,983.-- 88p
12. Merck, E. Leer La Piel / E. Merck-- Departamento de Información Científica Internacional.-- Alemania : K. Bagel, Düsseldorf, 1979.-- 158p (Material gráfico)
13. Regezi A, Joseph.-- Pathology clinical patohologic correlation / Joseph Regezi A, James Sciubba.-- U.S.A. : Sauders.-- 1,989.-- pp.553

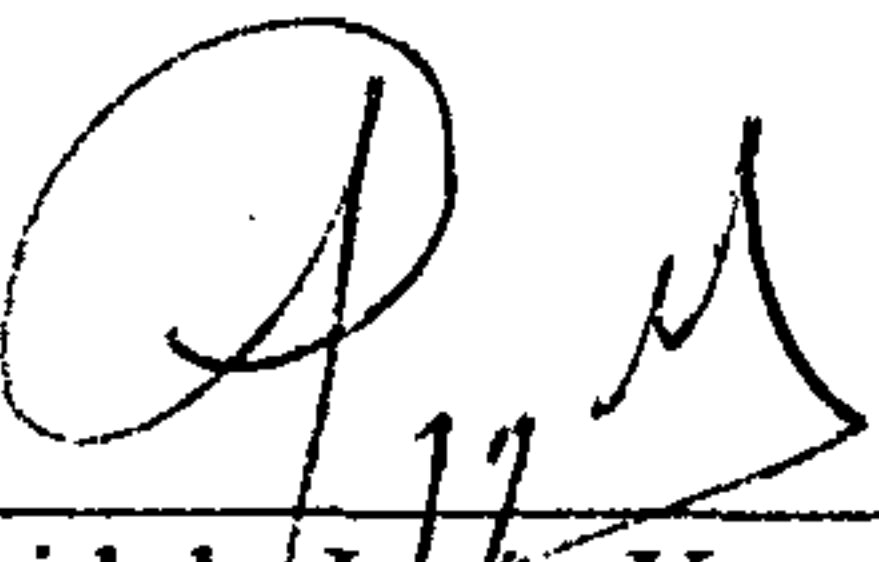


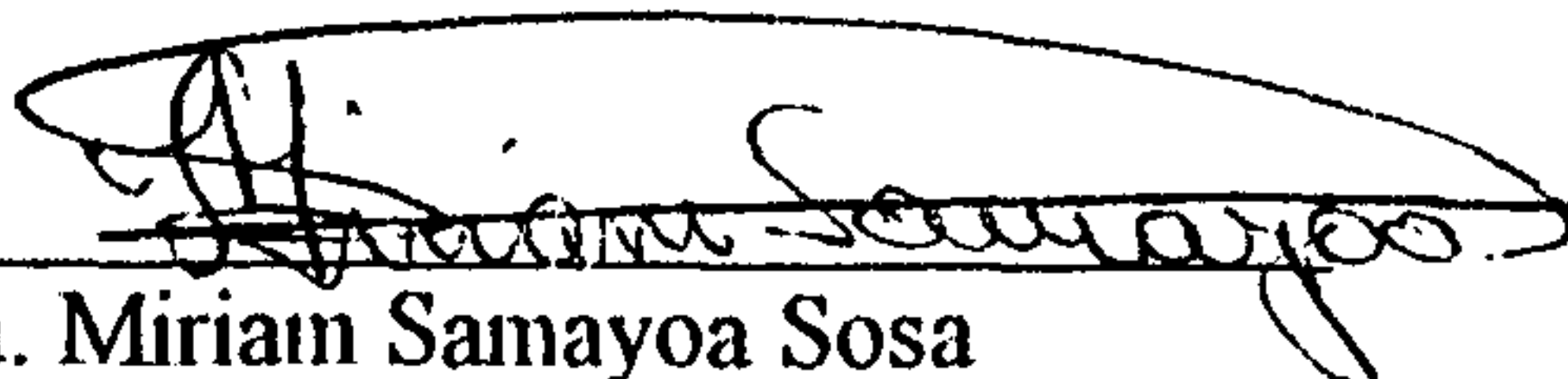
18 OCT. 2000

14. Ruiz Torres.-- Diccionario de términos médicos Ingles-español, español-ingles / Ruiz Torres.-- 7a. ed.-- Colombia : Iatros Ediciones Medicas, 1,993.-- pp.603, 610,...
15. Schering Corporation USA.-- Atlas de Erupciones Pustulares y Flictenulares.-- Blomfield New Jersey : Sn. ed. : 1,975.-- pp.12-15
16. ----- Atlas de Erupciones Vesiculares.-- Blomfield New Jersey : Sn. ed. : 1,975.-- 4-5p
17. Thornw, George.-- Principles of internal medicine / George Thornw...[et. al.].-- 8a ed.-- U.S.A. : McGraw-Hill, 1,981.-- pp. 257-261



APROBACIÓN DEL INFORME FINAL

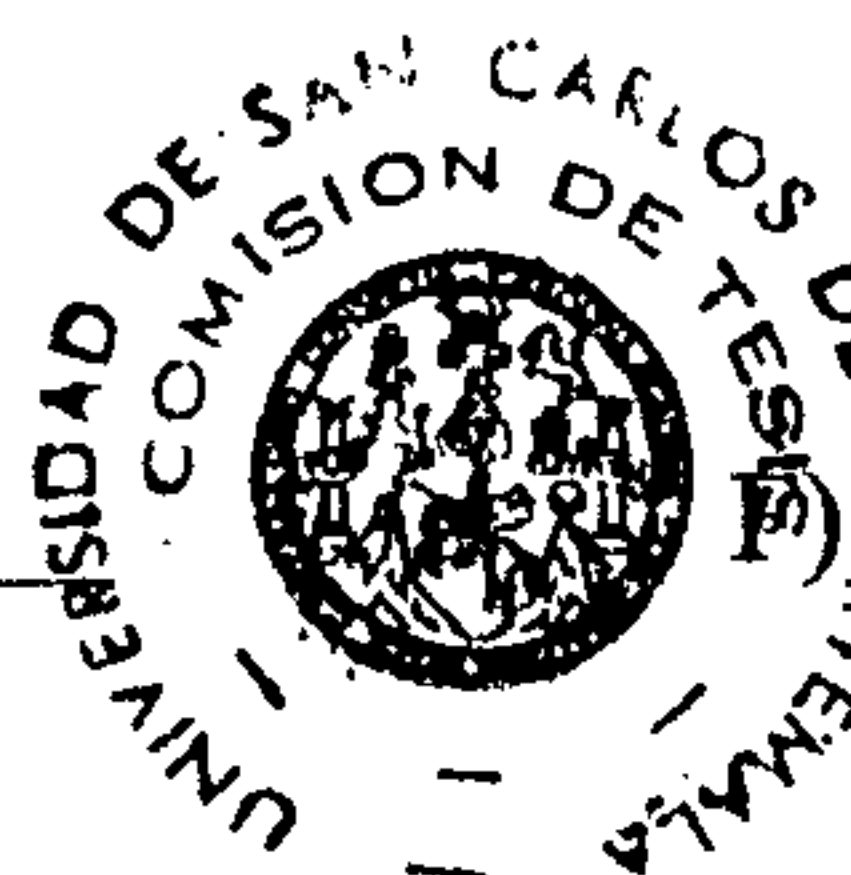
F) 
David de Jesús Yaeggy Mejía
SUSTENTANTE

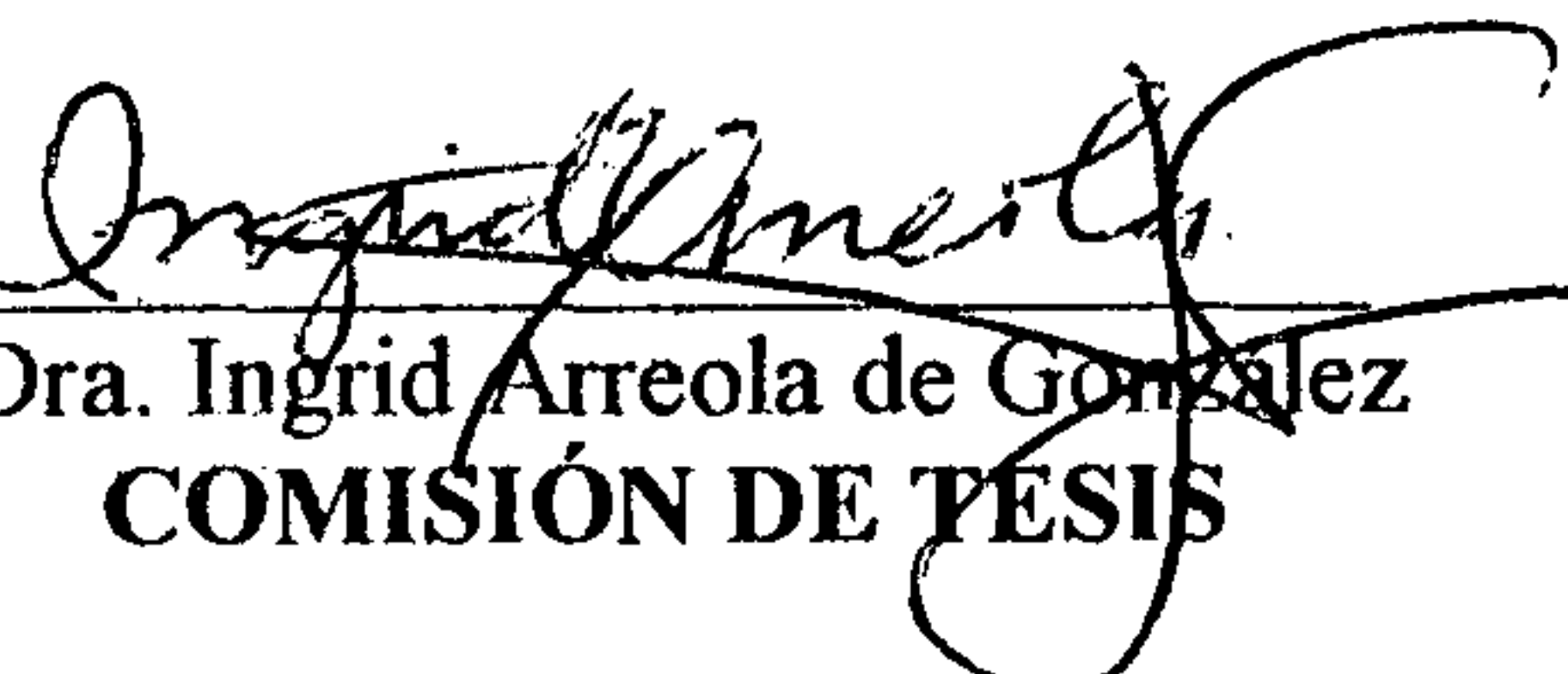
F) 
Dra. Miriam Samayoa Sosa
ASESORA

F) 
Dra. Anabella Corzo Marroquín
ASESORA

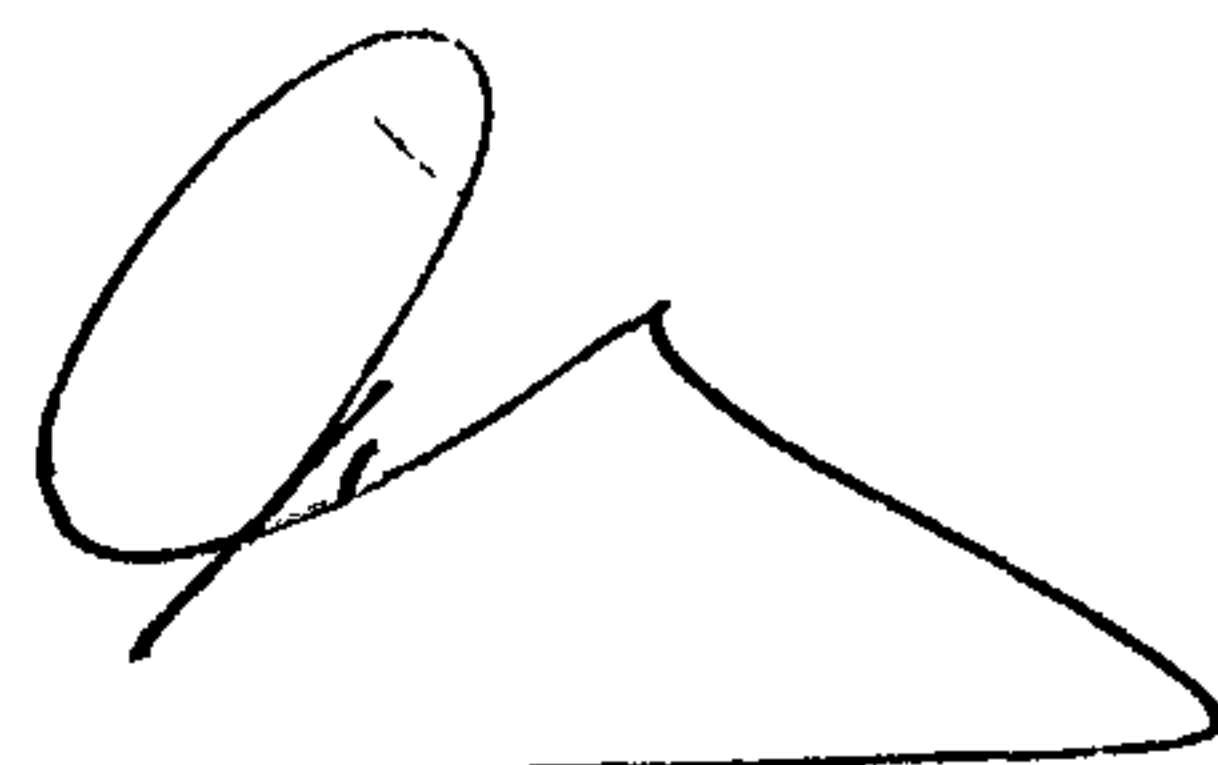
F) 
Dra. Nineth Melgar Cardona
ASESORA

F) 
Dr. Raúl Ralón Carranza
COMISIÓN DE TESIS




Dra. Ingrid Arreola de González
COMISIÓN DE TESIS

Vo.Bo. Imprimase

F) 
Dr. Otto Raúl Torres Bolaños
SECRETARIO

