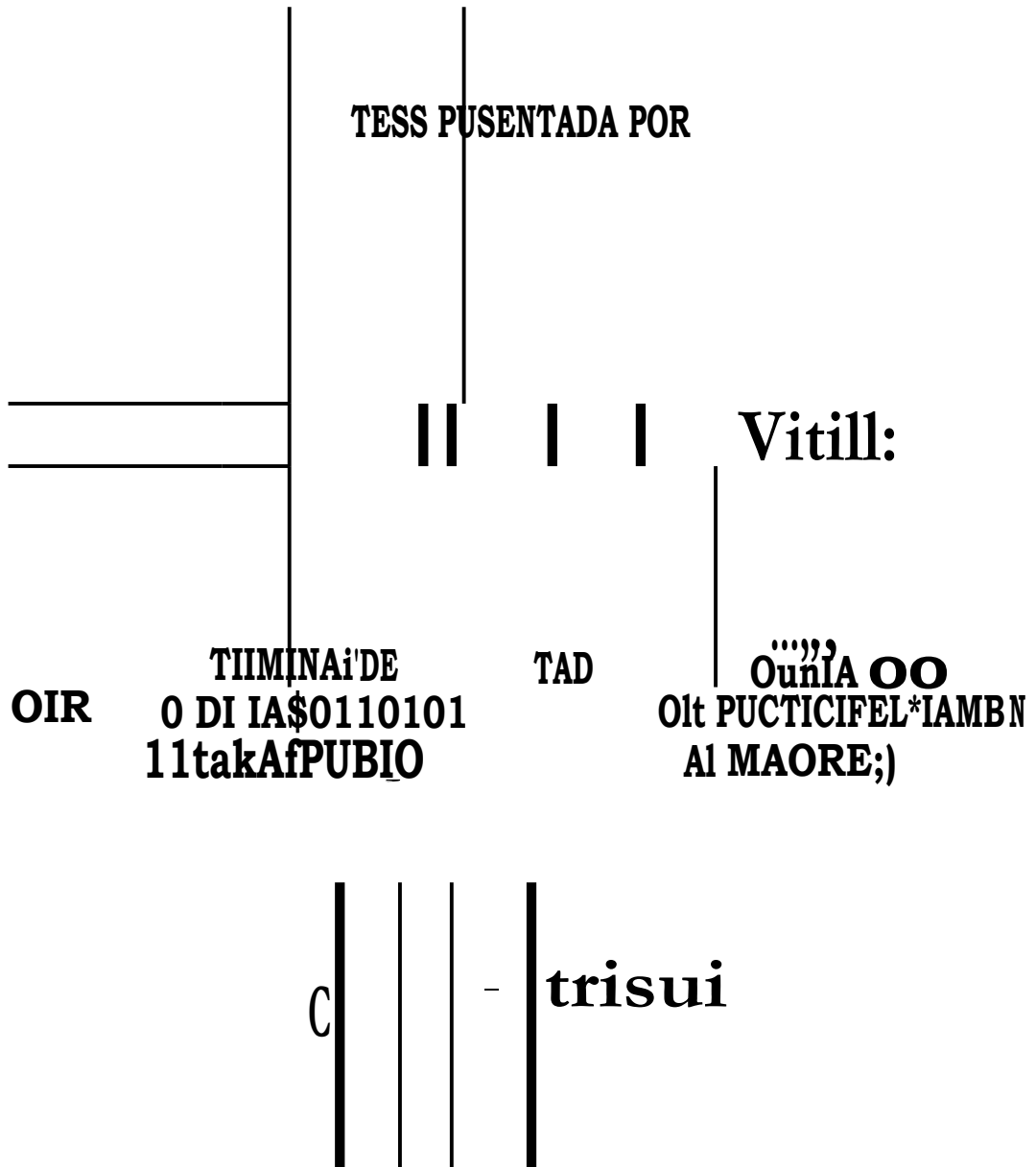


**FRECIENCIA V DISTRIBICION DE LESIONS BASICAS EN TERDOS BLAB'S
 DE LA CAVIDAD DUAL EN ISTUDIANIES DE 12 A 18 ANOS DE NIVEL
 BASICO DE INSTFFITOS PULICOS DE IA REGION DE SALID I
 METROPOLITANA (GUATEMALA) REPIBLIU DE GUATEMALA**



GUATEMALA, NOVIEMBRE DEL 2002

.DL

0 (6, 6)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Decano: Dr. Carlos Alvarado Cerezo

Vocal Primero: Dr. Manuel Miranda Ramirez

~~Vocal Segundo: Dr. Alejandro Ruiz Ordefiez~~

~~Vocal Tercero: Dr. Cesar Mendizabal Giren~~

~~Vocal Cuarto: Br Ricardo Hernandez Gaitan~~

~~Vocal Quinto: Br. Roberto Wehncke Azurdia~~

~~Secretario: Dr. Otto Rani Torres Bolanos~~

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

Decano: Dr. Carlos Alvarado Cerezo

Vocal Primero: Dr. Manuel Miranda Ramirez

~~Vocal Segundo: Dra. Ninth Melgar Cardona~~

~~Vocal Tercero: Dr. Jose de la Cruz Munoz~~

Secretario: Dr. Otto Raid Torres Bolanos

DEDICO ESTE ACTO

A DIOS: Cimiento de sabiduria y amor sobre el que se
_____ Construye mi vida.

A MIS PADRES: Sandino Antulio Avila Mont, Noemi Avelar de
_____ Avila

A MIS HERMANOS: Sergio, Emilia, Karina, Joyce, Manolo,
Ingrid y Sandino.

A MIS ABUELOS: Manuel Avila Esther Mont Q.E.P.D.
_____ Vicente Avelar Q.E.P.D., Emilia Castellanos

A MI FAMILIA: En general.

A MIS AMIGOS: A todos con afecto y cantles _____

DEDICO A ESTA TESIS

A DIOS

A JESUCRISTO

A GUATEMALA

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS Y FAMILIA EN GENERAL

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

~~A LOS CATEDRATICOS, AQUELLOS QUE ME BRINDARON~~

CONOCIMIENTO Y SABIDURIA

A MIS COMPANEROS Y VERDADEROS AMIGOS

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado: FRECUENCIA Y DISTRIBUCION DE LESIONES BASICAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BOUCAL EN ESTUDIANTES DE 12 A 18 ANOS DE NIVEL BASICO DE INSTITUTOS PUBLICOS EN LA REGION DE SALUD I METROPOLITANA (GUATEMALA) DE LA REPUBLICA 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 Marroquin, Dra. Ninth Melgar Cardona, y a ustedes distinguidos miembros del honorable tribunal examinador, reciban mis mas altas muestras de consideración y respeto

INDICE

I.	Samaria.....	1
II.	IntroducciOn.....	2
III.	Planteamiento del problema	3
IV.	JustificaciOn.....	5
V.	Revision de literatura.....	7
VI.	Objetivos.....	18
VII.	Variables.....	19
VIII.	Metodologia.....	32
IX.	PresentaciOn de resultados.....	37
X.	Conclusiones.....	54
XI.	Recomendaciones.	60
XII.	Anexos.....	61
XIII.	Bibliografia.....	82

SUPHARIO

En esta tesis de pre-grado 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 %), leucoplasia (28.07 %), papulosa (30 %), macula (6.15%), nodulo (3.84 %), vesicula (1.92), crecimiento (1.15%), tumor (0.38%); ampolla y postula no se encontraron 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. INTRODUCCION

—La cavidad bucal esta situada en la parte inferior y anterior de la cabeza, constituye la primera parte o porcion cefillica del tubo digestivo. Los tejidos blandos de la cavidad bucal en muchas ocasiones presentan manifestaciones clinicas de patologias de origen sistamico y local; las cuales conocemos como lesiones. Para describir de una manera general estas lesiones, usamos una clasificaciOn que conocemos como "lesiones basicas"; clasificaciOn que se refiere exclusivamente al aspecto general que tiene una lesion y que no es sinOnimo de "diagnostico". En el presente trabajo pretendemos identificar cual es la frecuencia y distribuciOn (por sexo, edad etnia localizaciOn dentro de la cavidad bucal y distribuciOn en el area de salud I (metropolitana de la Republica de Guatemala) de lesiones basicas de tejidos blandos de la cavidad bucal en estudiantes comprendidos entre las edades de 12 a 18 ams inscritos en el nivel basic() de institutos pdblicos de la regiOn de salud I metropolitana de la Republica de Guatemala.

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

PLANTEAMIENTO DE-L PROBLEMA

La cavidad bucal o boca es el primer segmento del aparato estomatogamatico, es una cavidad irregular cuya capacidad varia dependiendo de la proximidad a separacion de la mandibula y el maxilar entre si. Esta dividida por las arcadas gingivodentarias en dos panes una periferica o vestibulo de la boca, y otra central o cavidad bucal propiamente dicha.

Tomando en cuenta el interes creciente por la orientacion biologica en la practica odontologica, que subraya la necesidad de que el estomatalogo general tenga un conocimiento bn.sico de la estructura de los tejidos blandos que conforman la cavidad bucal y aquellas lesiones o claims que pudieran presentarse, asi como la gran cantidad de programas de prevenciem y salud bucal que se han implementado y fortaleciendo, es incomprendible que el estomatalogo se dedique solamente a reparar los problemas dentales y no identifique los que se presentan en los tejidos blandos.

~~Al hacer una revision bibliografica de la informaciOn disponible sobre la frecuencia y distribuciOn de tejidos blandos de la cavidad bucal, notamos que la informaciOn ademds de ser escasa, proviene en su mayoria del extranjero con estudios de poblaciones distinta a la nuestra.~~

~~Siendo Guatemala un pais con características que in hacen especial, con diversas etnias distintas costumbres, con diferente constituciOn antropométrica, muy diferente a la de otros paises.~~

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

~~**e** Cuäl es la frecuencia y distribución de las lesions de tejidos blandos de la cavidad bucal en los estudiantes de nivel básico comprendida entre las edades de los 12 a 18 aims de los institutes publicos de los departamentos pertenecientes a la región de salud I (metropolitana) de la Republica de Guatemala?~~

IV . JUSTIFICACK5N

~~— La Universidad de San Carlos de Guatemala, como la Unica Universidad publica del pais, tiene un compromiso social con la poblaciOn; la cual, a cambio de sus contribuciones e impuestos recibe de la Universidad por medio de sus facultades y escuelas, con profesionales capacitados pare prestar diferentes servicios en las areas de Ingenieria, Medicina, Odontologia, etc. Por lo que esta debe contar con datos propios y actualizados que reflejen las condiciones y la realidad de la poblaciOn nacional.~~

~~— La Facultad de Odontologia, atraves del Area de Patologia Bucal y el Departamento de Diagnostico, buscan correlacionar la biologia humana con los signs y sintomas de las enfermedades por medio de la anatomia macroscopica y microscOpica, la informaciOn proveniente de las historias clinicas y la observaciOn de los pacientes, tomando como punto de partida el conocimiento de la anatomia normal de la cavidad bucal y de las lesions 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 solo en lo 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 facilitara su estudio, además de ser un grupo que no ha sido evaluado.

V. REVISION DE LITERATURA

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

~~Dario organic° de los tejidos blandos de la cavidad bucal, identificado al examen clinico (inspecciOn y palpaciOn); refif/enclose exclusivamente al aspecto general que tiene una lesion y de ninguna manera debe pensarse que este termino sea sinönimo de diagnOstico. (2,3,4,5).~~

Las lesiones bdsicas de tejidos blandos en la cavidad bucal son:

- ~~1. Macula~~
- ~~2. Repula~~
3. Ntidulo
4. Tumor
5. Placa
- ~~6. Vesicula o Bula~~
7. Plistula
8. Ampolla o Flictema
9. Ulcera
10. Crecimiento

1.1 MACULA: (DEL LATIN MACULE) (10)

Area circunscrita de extension y tamaño variables, sin elevaciones o depresiones, no palpable, que ester 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, lipidos y carotenoides.

Las maculas tambien pueden de verse a una anomalia de la estructura vascular Por formación excesiva de vasos pueden observarse eritemas vasculares o bien telangectasias. Si hay disminución de vasos sanguineos se producen maculas blancas (1, 7, 11, 12).

"Para indicar la forma de las maculas se debera usar idealmente figuras geomaricas planers" (7)

1.2 PÁPULA: (DEL LATIN PAPULE) (10)

"Es una lesion circunscrita solida y elevada que mide i hasta 0.5 cm. de diametro y que siempre es de base sOsil; la mayor parte de la lesion ester arriba del piano del tejido circundante" (7)
Pueden ser Unicas o multiples y de cualquier color; para la descripción de la forma se de berg usar figuras geomaricas tridimensionales (1, 7, 11, 12).

"Las papulas 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 papulas no dejan secuelas" (12).

1.3 NISDULO: (DEL LATIN PASDULOS) (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 solo es detectable a la palpación. Su base puede ser sesil o pedunculada, característica que la distingue de una papula que mide 0.5 cm" (7).

Los nódulos tratan de un aumento de tejido o un acúmulo 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 LATIN TUMOR, HINCHAZON) (10)

~~"Tumor es una lesion similar al nedulo pero con la diferencia de que mide más de 3 cm. de diametro, al igual que el nedulo puede tener base sesil o pedunculada y puede ser de cualquier forma tridimensional y cualquier color" (7, 10).~~

"Puede ser de origen benigno o malign y de be tenerse cuidado de no confundir este termino estrictamente morfolegico con un sinenimo del termino tumor que se aplica a las lesiones neopLesicas, donde la multiplicacion de las celulas no este totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo" (7, 12).

1.5 PLACA: (DEL LATIN PLAQUE) (10)

~~"La place es un area elevada de extension variable y que. no se desprende al tratar de ser removida de la superficie donde se encuentra" (7) .~~
~~"Frecuentemente este formada por una confluencia de pépulas corm ocurre en el caso de lesiones causadas por hongos, psoriasis, liquen piano y grânulos de Fordyce. Algunas veces la piaca puede estar atravesada en su superficie por pliegues o fisuras que las dividen en varias partes"~~
~~(1) .~~

1.6 VESICULA O BULA: (DEL LATIN VESICLE) (TAT. 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 LATIN FLICTENA) (4)

Es una elevación de líquido bien circunscrita de más de 1 cm 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 sesil y en ocasiones debido al peso del líquido puede formarse un pedículo.

Las ampollas localizadas en la epidermis son superficiales y se rompen fácilmente, bien sea espontáneamente o por un ligero trauma, aquellas localizadas de bajo de la epidermis son profundas de más consistencia 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 penfigo vulgar (7, 12,15,16).

1.8 PDSTULA: (DEL LATIN PUSTULE) (1, 10)

La pfistula es una elevaciOn circunscrita de la piel que contiene exudado purulent° sin importar su tamano. La cavidad puede ser unilocular o multilocular

El color del pus es blanco-amarillento, amarillo-verdoso, verde, o verde-rojizo si el pus ester mezclado con sangre Las lesiones pueden aparecer como pUstulas o pueden desarrollarse de pà.pulas (pdpula-pfistula) o de vesicula (vesico-pftstula) .

Las pftstulas pueden aparecer aisladas o agrupadas, y pueden estar localizadas en piel o en el orificio de un folículo pielosebaceo o un conducto sudoriparo Las lesiones pueden aparecer en la piel aparentemente normal o pueden presentar una aureola inflamatoria.

A medida que las piistulas se secan se forman costras amarillo-verdosas o verde-rojizas (si el pus ester mezclado con sangre). Grupos de pUstulas pueden converger y formar Ukeras de bordes policiclicos Las pilstulas son características de las infecciones por estafilococo pero pueden aparecer en muchas enfermedades cuffineas; a menudo indican una infecciOn bacteriana secundaria (7, 12, 15, 16).

1.9 ULCERA: (DEL LATIN 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 así las que parecen puntos y que se ven 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 ulcera pueden ser: suaves, duros, definidos, indefinidos, elevados, crateriformes, excavados, cortados a pico y difusos, diferencia que es solamente clinica. La dureza o la suavidad del borde de una ulcera se determina al palparla.

Cuando los limites de una ulcera pueden establecerse con precision, se dice que sus bordes estan definidos, si no, es que son indefinidos. En una ulcera los limites pueden estar por arriba del fondo de la misma o sobresaliendo de la superficie. Si se ve esto clinicamente en la lesion, se dice que la ulcera tiene bordes elevados. Cuando en el borde de una ulcera se observan pequenas depresiones (continuas o no), se dice que la misma es crateriforme, el borde da la impresion de estar formado por pequenos crateres. El borde excavado es aquel que se ve como si hubiera sido hecho con un sacabocados. Esto se observa clinicamente si el borde de una ulcera tiene una superficie socavada. Cuando el borde de una ulcera se ve como afilado, terminando en sus limites como una puntera se dice que es cortado a pico, se ve el borde como biselado al fondo de la ulcera 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 acumula alrededor de la úlcera.

Las úlceras intra bucales 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:

LesiOn elevada de tejido blando no circunscrita que ester diseminada o generalfrada no diferenciándose sus margenes y que ademas no encaja en la descripci6n de tamarlos y características especiales de cada una de las otras lesiones bdsicas. (7, 11).

VI. OBJETIVOS GENERAL

~~— Establecer In frecuencia y distribuci3n de lesiones de tejidos blandos de in cavidad bucal en estudiantes adolescentes del nivel basico, comprendidos en las edades de 12 a 18 aios en la Region de Salud I (Metropolitan) de la Republica de Guatemala.~~

ESPECIFICOS .

1. Establecer la frecuencia con que se presentan las lesiones de ~~— tejidos blandos de la cavidad bucal.~~
2. Identificar la distribuciOn de las lesiones de tejidos blandos de In cavidad bucal, por sexo.
3. ~~Determinar in distribuciOn de las lesiones de tejidos blandos — de la cavidad bucal por edad.~~
4. ~~Conocer la distribuci3n de las lesiones de tejidos blandos — de la cavidad bucal segtin su localizaciOn dentro de in cavidad bucal.~~
5. ~~Determinar In distribuci3n de las lesiones de tejidos blandos — de in cavidad bucal por etnia.~~

VIL VARIABLES

~~1. Lesiones basicas de tejidos blandos de la cavidad bucal~~

~~1.1. Macula~~

~~1.2. Papula~~

1.3. NOdulo

1.4. Tumor

1.5. Placa

~~1.6. Vesicula o Bula~~

~~1.7. Ampolla o Flictema~~

1.8. Pdstula

1.9. [Accra

1.10. Crecimiento

2. Sexo

3. Edad

~~4 Etnia~~

5. LocalizaciOn

Definición e Indicadores de las Variables.

1. Lesiones básicas de la cavidad bucal

1.1 MACULA:

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 maculas se deberá usar idealmente figuras geométricas planas, por ejemplo: círculo, óvalo u otros 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. PÁPOLA:

~~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 **MODULO:**

Es una lesion circunscrita y elevada que puede medir desde 0.5 cm hasta 3 cm. de diametro, 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 solo es detectable a la palpacion. Su base puede ser sesil o pedunculada, caracteristica que la distingue de una papula que mide hasta 0.5 cm. Cualquier lesion que se descubra a la palpacion y que mida hasta 3 cm. de diametro se clasificara como nodule.

Indicadores

~~Elevacion de 0.5 cm. hasta 3 cm de diametro, de base sesil 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 lesion similar al nodule pero con la diferencia de que mide más de 3 cm. de diámetro, al igual que el nodule puede tener base sesil 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 papulas como ocurre en el caso de lesiones causadas por hongos, psoriasis, liquen plano y granulos 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 sesil, color igual o diferente a la mucosa vecina y de consistencia dura o blanda

1.6 VESICULA 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 sesil.

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 sesil. El color que presente dependerá de su contenido (seroso o hemorrágico).

1. 7 ADEPOLLA 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 sesil y en ocasiones debido al peso del líquido que contienen en su interior dan la impresión de adquirir un pedículo 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 POSTULA:

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 amarilligrisácea 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 variara entre blanco-amarillento y grithceo Su consistencia siempre sera fluctuante.

1. 9 ULCERA:

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. SEW

Condición orgánica que se 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 periodo 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 leyes culturales, religiosos, racionales 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 donde se encuentra, señalando el área anatómica que ocupa y la posición de sus límites.

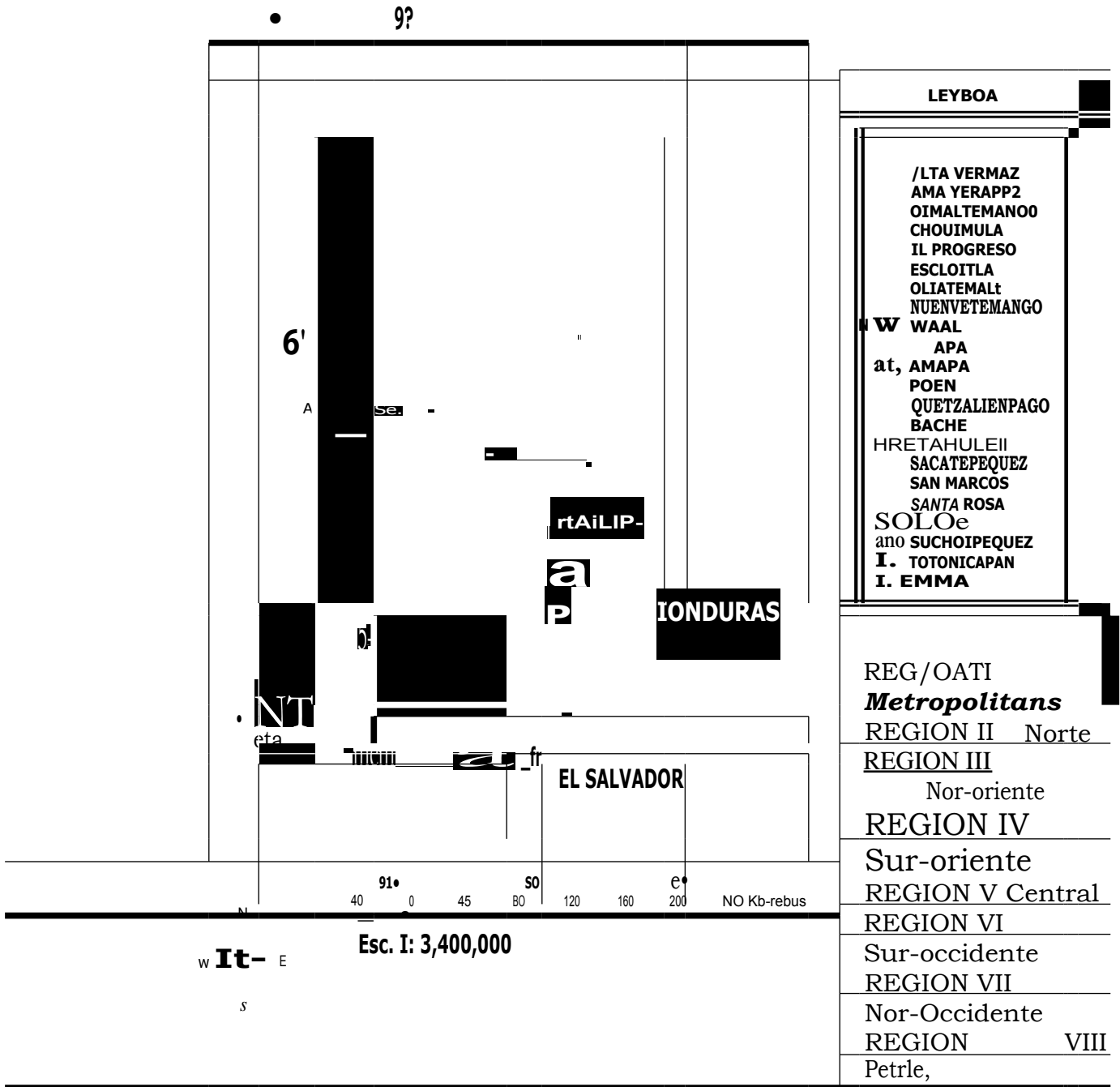
Indicador

Lesion basica que se encuentre en las estructuras anatomicas de cavidad bucal incluidas en el siguiente listado:

Labio superior
Labio inferior
Comisuras
Encia superior
Encia 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

Segun la ley de regionalizaciOn del Ministerio de Salud Pablica y Asistencia Social, las regions de salud de la Republica de Guatemala son ocho; siendo el motivo de estudio de est-A investigaciOn la regiOn de salud I (Metropolitan) que comprende el departamento de Guatemala.

MAPA DE LAS REGIONES DE SALUD DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA



VIII METODOLOGIA

1. POSLACIDN.

~~— 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. MEAD DE MDES1REO:

~~— 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 (metropolitanas) 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. MVESTRA:

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

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

$$n = \frac{Nc^2 X \text{ Var} * ED}{LE^2 (N-1) + (Nc^2 * Var)}$$

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. *cAuBRAckatr:*

Se realizaron dos sesiones de calibración entre los investigadores y asesoras. Se nos capacite, 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 victim 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. *EXAMENES CLINICOS:*

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. ANALISIS 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 ELL 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

- S. Odontólogos practicantes (investigadores)
- S. 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.

- St Bandeja porta-instrumentos
- § Bajalenguas
- S' Espejos dentales
- S. Exploradores dentales
 - > Ficha de recolección de datos
- S. Guantes de latex desechables
- S. Lapices
 - > Linternas de mano
- S Mascarillas
 - > Lentes
 - > Servilletas
- §. Silas para examinar a los estudiantes
- S> Solución germicida
 - Trozos de gasa.

IX. PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

REGION I (METROPOLITANA)

A continuaciOn procedo a presentar los resultados de la ~~investigaciOn realizada en la Regi3n de Salud I Metropolitana~~ (Guatemala) de la repdblica de Guatemala.

TABLA No.1

EDAD DE LOS ESTUDIADOS EN REGION I (Metropolitana).

EDAD	126	136	141	15i	168	176	18a	Total¹
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 PUblicos de EducaciOn Basica RegiOn I Metro politana.

Un total de 180 estudiantes fueron estudiados en la Region I (Metropolitana), todos comprendidos en las edades de 12 a 18 altos 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 el orden de 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 Region 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 BASICAS EN TEJIDOS BLANDOS SEGON SU LOCALIZACION SUCAL EN REGION I (Metropolitan)

<i>LOCALIZACION</i>	<i>Fx.</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Labio Superior	65	25.00
Labio Inferior	63	24.23
Comisuras	3	1.15
Encia Superior	13	5.00
Encia Inferior	9	3.46
Paladar Duro	14	5.38
Paladar Blando	5	1.92
Piso Boca	1	0.38
Dorso Lengua	19	7.31
Vientre 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 Mblicos de EducaciOn Bitsica Region I Metropolitan.%

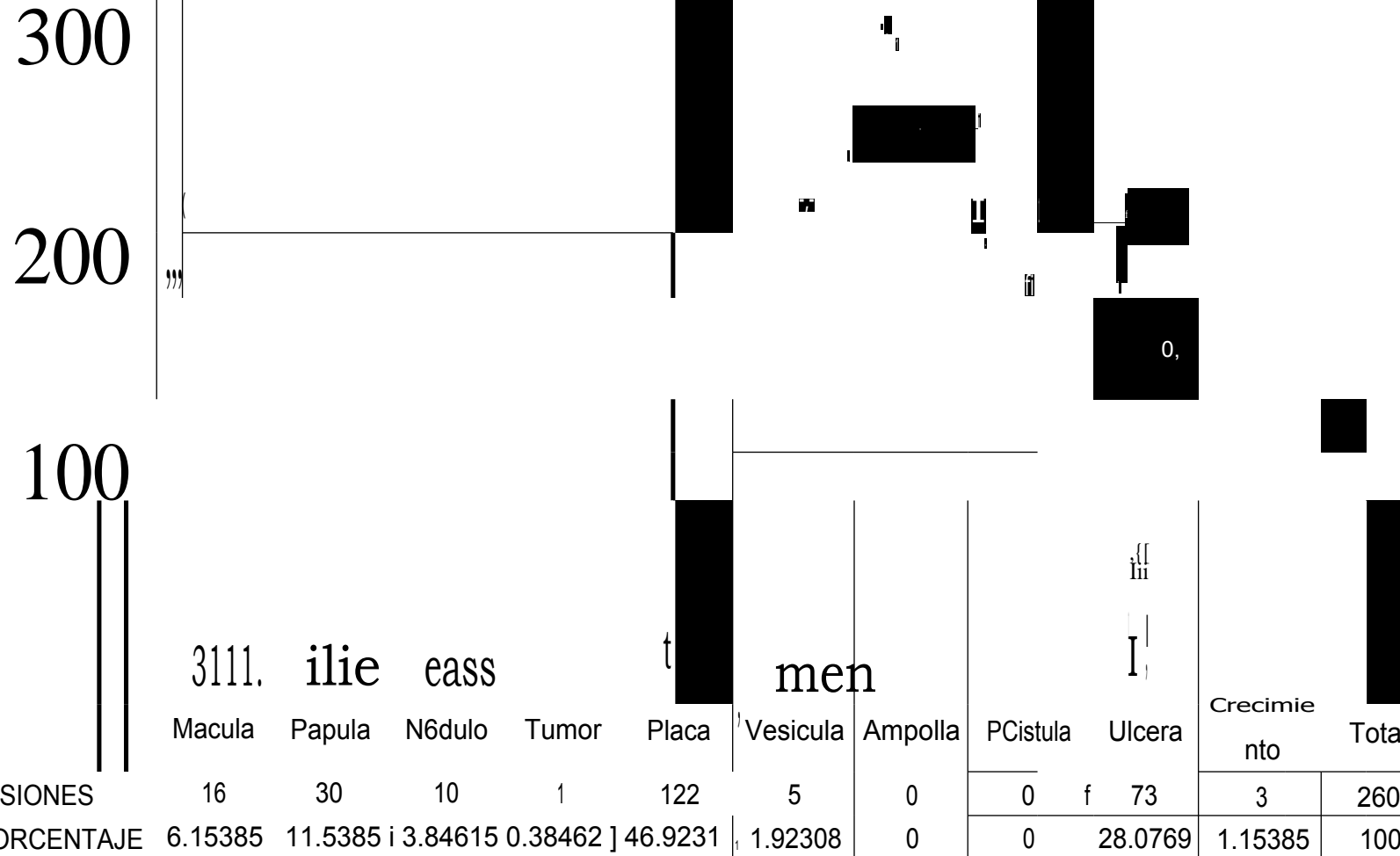
La distribucion de las lesiones basicas de tejidos blandos segfin su localizaciOn intraoral se describe en la tabla No. 2 donde observamos que se encontraron mas lesiones en el Labio superior 65 (25%), siguiendo en orden descendente, labio inferior 63 (24.23%), carrillo derecho 25 (9.62%), carrillo izquierdo 23 (8.85%) dorso de lengua 19 (7.31%), paladar duro 14 (5.38%), encia superior 13 (5.00%), carrillo bilateral 9 (3.46%) encia 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 regiOn anatOmica (0.38 % cada uno), no se encontraron lesiones en region de frenillos labial superior e inferior. (Tabla No. 2)~~

~~Las 260 lesiones se distribuyeron asi: placa 94 (36.15%), tilcera 74 (28.46 %), papula 49 (18.85%), macula 24 (9.23%), nOdulo 10 (3.85%), vesicula 5 (1.92%), crecimiento 3 (1.15%), tumor 1 (0.38%) no se encontraron ampolla ni pilstula (Grafico No. 1).~~

Gráfico No. 1

FRECUENCIA DE LESIONES BASICAS EN JOVENES DE 12 A 19 AÑOS EN REGION I



Fuentes Institutos PUblicos de Educaci6n Basica, Regi6n I, Metropolitana

TABLA No.3

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ESCOLARES CON LESIONES BASICAS DE TEJIDOS EN CAVIDAD BUCAL POR SEXO EN REGION I (Metropolitan)

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

Fuente: Institutes Pablkos de Eduecitin 136sica Region I Metropolitana.

La distribuciOn de lesiones basicas 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 basicas 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%), Ulcera 15 lesiones (25.42%), macula 9 (15.25%), papula 5 (8.47%), nOdule 5 (8.47%), vesicula con 3 lesiones (5.08%), y no se presentaron tumores, ampollas, pUstulas y crecimientos (Grafico No.2).

Gráfico No. 2

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

MO

80

60

40

20

0

Macula Papula Nodulo Tumor F Vesicula Ampolla Pustula U Creamie nto Total

ID Serial	9	5	5	0	4	22	3	0	0	15	0	59
III Serie2d	15.2542	8.47458	8.47458	0	137.2881	5.08475	0	0	25.4237	0	100	

Fuentes Institutos POblicos de Education Basica, Region I, Metropolitana

Las lesiones básicas que se encontraron en 139 mujeres estudiadas fueron 201, &Itto equivale a 1.44 lesiones por persona. Las lesiones se distribuyeron en orden descendente de la siguiente manera: placa 100 (49.75%), Ulcers. 58 (28.86%), papula 25 (12.44%), macula 7 (3.48%), nOculo 5 (2.49%), crecimiento 3(1.49%), tumor 1 (0.50%) no se encontréi ptistulas ni ampollas (Grafico No.3).

Grafico No. 3

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

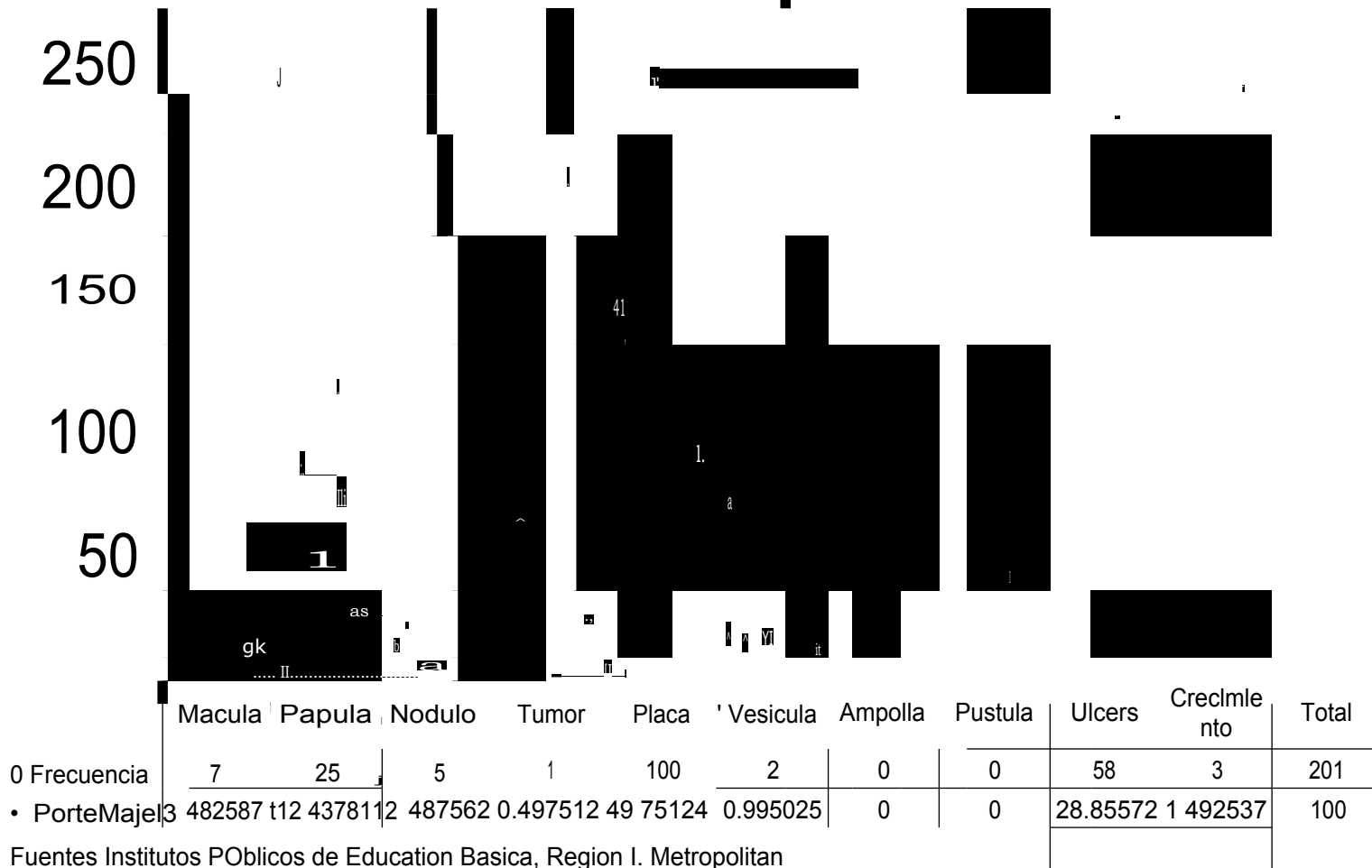


TABLA No. 4

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LESIONES BASICAS DE TEJIDOS
BLANDOS SEGUN SU LOCALIZACION INTRAORAL EN MUJERES Y
VARONES EN LA REGION I**

LOCALIZACION	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
Encia Superior	9	4.48	8	13.56
Encia 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 a CONTRA 14, 15, 16 Y 17, 18 a EN REGION I (Metropolitaaa)

	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
Papula	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	—
PUstula	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 Metropolitanas.

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 papula (16.18%), pequeños porcentajes de vesículas, maculas y nódulos; no encontrándose tumor, ampolla, mistulas 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, macula, papula, nódulo y eritema; no se presentaron ampollas y pústulas. (ver tabla 5).

TABLA No. 6

COMPARACION DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN CUANTO A LOCALIZACION DE LESIONES BASICAS DE TEJIDOS BLANDOS EN CAVIDAD BUCAL ENTRE ESCOLARES DE 12 Y 13 i CONTRA 14, 15, 16 Y 17, 18 a EN REGION I (MetropoMane)

LOCALIZACION	12 y 13 a		14, 15 y 16 a		17 y 18 a	
	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	—
Encia Superior	2	2.86	8	5.88	3	5.56
Encia 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
Vientre 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. la	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 Ptblicos de EclucactOn Bisica Rep& I Metropolitan

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%), encia superior (2.86%), encia 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.

Asi mismo se pudo observar que las lesiones encontradas en escolares de 14, 15 y 16 anos 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 encia superior (5.88%), en paladar duro (4.41%), en carrillo bilateral (2.94%), en encia inferior (2.94%), en paladar blando (2.21%), en comisuras (1.47%), en rofaringe (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 anos 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 encia superior (5.56%), en encia 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 BASICAS EN TEJIDOS BLANDOS SEGUN SU LOCALIZACION INTRAORAL EN LA REGION I METROPOLITANA).

	MACULA		PAPULA		*SOUL*		TUMOR		PLACA		VES	ULA	αCERA		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	13/0		
Comisuras	0	0	7	23.33		0			0	0.00			3	4.11		
Enda Superior	3	18.75		0.00	2	20			0	0.00			0	0.00	1	33.33
Encfa 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	10.98		
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		
Vientre 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 POblicos de EducadOn Basica, Regi6n I, Metropollana

En regiOn I las maculas se localizaron con mayor frecuencia en los labios (37.5 %) luego en la encia 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, encia inferior, piso de boca, dorso de lengua, vientre de lengua, carrillo izquierdo, orofaringe, frenillo labial superior e inferior, frenillo lingual, carrillo bilateral.

Las papulas en Region I se localizaron de la siguiente manera: en labio inferior (23.33%), en encia superior (23.33%), en encia 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 Region 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, encia 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.~~

~~Inceras 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 solo en encía inferior (66.66%), y encía superior (33.33%), (ver tabla 7).

X CONCLUSIONES

- ~~De un total de 180 (100.00 % de la muestra) estudiantes evaluados en la region I (Metropolitan), todos comprendidos entre las edades de 12 a 18 ai os 153 (81.66%) presentaron por to menos una lesion basica en tejidos blandos de cavidad bucal y por to tanto solamente el 18.34 % (27 evaluados) estuvo libre de lesions.~~
2. ~~En promedio se encontraron 1.44 lesiones por cada investigado en la region I Metropolitana (260 lesiones en 180 evaluados).~~
 3. De la poblacion masculina estudiada (22.78%) el 90.24% ~~presento por to menos una lesion basica en tejidos blandos de cavidad bucal~~
 4. De la poblacion femenina estudiada (77.22%) el 81.29% ~~presento por to menos una lesion basica 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%) y **dorso de lengua** (7.31%). En los demás sitios anatómicos se presentaron pequeños porcentajes de lesiones a excepción de frenillo labial superior e inferior donde no se encontró ninguna lesión.

6. Las lesiones básicas en estudio se presentaron en orden de más frecuente a menos frecuente de la siguiente manera: **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), **encía inferior** (3.46), **hordos de lengua** (2.69%), **paladar blando** (1.92%), **comisuras** (1.15%), **orofaringe** (0.77%), **Ventre de lengua**, **piso de boca**, **frenillo lingual** (0.38 % cada uno), no se encontraron lesiones en frenillo labial superior e inferior

7. En promedio se encontraron 1.43 lesiones por cada hombre evaluado en la region I Metropolitan (59 lesiones en 41 evaluados).
8. En promedio se encontraron 1.44 lesiones por cada mujer evaluada en la región I Metropolitan (201 lesiones en 139 evaluadas).
9. Las lesiones mss frecuentes encontradas en los varones fueron. placa (37.29%), akera (25.42%) y macula (15.25%) mientras que placa (49.75%), Ulcers (28.86%) y papula (12.44%) son las lesiones mss frecuentes en las mujeres.
10. Labio superior y labio inferior, en ese orden tanto en hombres como en mujeres, son los lugares anatOmicos en donde se observaron mss 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 más 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 papulas 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 maculas evaluadas en Region I se localizaron con mayor frecuencia labios (37.5 %) luego en la encia superior (18.75%), bordes de lengua (18.75%) y paladar blando (12.5%).
17. Los nOdulos evaluados en regi6n I se locali7aron con mayor frecuencia paladar duro (30%), encia superior (20%) y hordes de lengua (20%).
18. En Region I se encontraron 3 crecimientos 2 en encia inferior y uno en encia superior.
19. Debido a que la poblaciOn indigena evaluada en esta region I (metropolitana) fue escasa, las conclusions obtenidas se consideran validas solamente para el grupo no indigenas.

XL RECOMENDACIONES

A todo el personal de salud del area odontolOgica hacer enfasis durante la realizaciOn de los exámenes del sistema estomatognatico debido a que en el 85.00 % de la poblaciOn evaluada en la Regi6n I (Metropolitana) se encontraron lesiones basicas en tejidos blandos de la cavidad bucal

Atenci6n especial durante la evaluaciOn de los labios superior e inferior debido a que el 49.23 de las lesiones encontradas se localizaron en estos lugares anat6micos.

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

Utilizar este estudio sobre frecuencia y distribuci6n de lesiones basicas en tejidos blandos de la cavidad bucal en la RegiOn de Salud I (Metropolitana), como apoyo en el proceso ensefianza aprendizaje del Area de Patologia y el Departamento de Diagnostico, debido a que refleja la realidad actual de la poblaciOn estudiantil metropolitan comprendida entre los 12 y 18 afios.

~~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.~~

~~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. A.NEXOS

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 bertnellOn 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 consistira en examinar la regiOn labial superior, observandose, mucosa labial, encia y frenillos para lo cual debera dejarse el bajalenguas de la mano izquierda como se indic6 en el paso No. 1. Seguidamente se colocara el bajalenguas de la mano derecha a nivel del area del canino izquierdo indicandole al paciente que cierre parcialmente la boca para poder elevar el labio superior con facilidad" (2).~~

4. ~~"Inmediatamente despues, se pedira al paciente que vuelva a abrir la boca y se procedera a examinar la regi6n vestibular izquierda, para lo cual se colocara el bajalenguas de la mano izquierda en donde estaba el bajalenguas de la mano derecha y con este (el bajalenguas de la mano derecha), se procederd a examinar las mismas regiones y en el mismo orden como fueron observadas en el lado derecho.~~

5. ~~A continuaciOn se procederd a examinar la regi6n labial inferior para lo cual se colocard 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 procedera a anotar en la ficha los datos obtenidos.~~

6. ~~El siguiente paso consistira en el examen de la mucosa del paladar duro y blando y de la encia palatina. Para ello se le pedira al paciente que incline la cabeza hacia atras y que abra ampliamente la boca para observar por vision directa la mucosa del paladar" (2).~~

~~"La inspecciOn se realizard examinando de atrás hacia adelante la encia 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, Uvula, amigdalas palatinas y paredes laterales y posterior de la orofaringe. Para lo cual se adosan los bajalenguas colocândolos sobre la parte posterior del dorso de la lengua y se presionard firmemente hacia abajo al mismo tiempo que se le pedird al paciente que diga AAA.~~

~~Algunos pacientes exponen la regiOn orofaringe con solo abrir la boca, por lo tanto no es necesario deprimir la lengua. Al fmalizar esta parte del examen se procederti a anotar en la ficha los datos obtenidos.~~

8. A continuaciOn se examinara el dorso y los bordes de la ~~lengua, observandola primero en posiciOn normal y luego en protrusiOn. Con el extremo de los bajalenguas se explora la superficie dorsal de dicho organ de atras hacia adelante en el lado derecho y en forma inversa del lado izquierdo. Luego se pedira al paciente que mueva la lengua hacia la izquierda al mismo tiempo que la protruye. En esta posiciOn 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 atenciOn al examinar cada borde de la region /nes posterior hasta el vertice. Si el paciente no es capaz de mantener la lengua en posiciOn indicada, se utiliza un trozo de gasa colocado alrededor del vertice de La lengua para guiar sus movimientos" (2).~~

9. ~~'El siguiente paso consistird en el examen del vientre de la lengua, piso de la boca y encia lingual, para ello se pedird al paciente que lleve la lengua hacia el paladar mientras mantiene la boca abierta y con los~~

~~bajalenguas se 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.~~

- io. 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 continuara con la palpaciOn de la porciOn superior del carrillo izquierdo hacia atrés y al llegar a la parte más posterior de esta se desplazan los dedos hacia la parte inferior procediendose a la palpaciOn bidigital en sentido anterior y sin interrumpir el movimiento se continuard con el labio inferior y la pane inferior del lado derecho.~~

12. ~~Se procederá a palpar el aspecto vestibular de la mucosa alveolar y la encia iniciandose la palpaciOn en la regiOn de la tuberosidad derecha.~~

~~Esta parte de la palpaciOn se hard presionando firtnemente los tejidos, con el dedo indice, contra el hueso alveolar a la vez que se desplaza el dedo en sentido anterior, continudndose en el lado izquierdo hasta llegar a la tuberosidad correspondiente. De esta posiciOn se pasa a la region retromolar inferior izquierda~~

~~A partir de esta zona se iniciard la palpaciOn de la regiOn vestibular de la encia y mucosa alveolar inferiores, desplazando el dedo a lo largo del reborde hasta concluir en la regiOn retromolar derecha.~~

13. ~~Se procedera luego a la palpaciOn del paladar y la encia palatina, la cual se efectfia presionando firmemente con el dedo indice la mucosa en la misma secuencia indicada para la inspecciOn de esta regiOn" (2).~~

14. ~~"A continuaciOn se efectuara la palpaciOn de la lengua, para lo cual se pediria que la protruya ligeramente y se procedera a presionarla entre el indice y el pulgar procediendo de la region mas posterior en el lado derecho hasta el vertice y de aqui hasta la regiOn mas posterior en el lado izquierdo.~~

15. ~~Finalmente se palpara el piso de la boca, la encia lingual y las glandulas salivares sublingual y submaxilar, para lo cual se procedera apoyando los dedos de la mano izquierda sobre la piel de la regiOn submaxilar derecha y con el dedo indice de la mano derecha, se procedera a presionar el lado derecho del piso de la boca y la encia lingual de arriba hacia adelante al mismo tiempo que se presionara con la mano apoyada sobre la piel para dar soporte a la palpaciOn. Luego se palpard 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		PAPULA	2	
		Indicadores 1. Mancha de color diferente a is mucosa vecina <input type="checkbox"/> 2. Tamaiio variable. Forma de imagen de dos pianos <input type="checkbox"/> 3. Superficie plans <input type="checkbox"/>			ndicadores 1. ElevaciOn de Base Sesil <input type="checkbox"/> P Desde 0 1 hasty 0.5 ern. de diametro <input type="checkbox"/> . Unica <input type="checkbox"/> multiple <input type="checkbox"/> cualquier forma <input type="checkbox"/> 4. Color similar a mucosa vecina <input type="checkbox"/> . Color distinto a mucosa vecina <input type="checkbox"/>
NODULO	3		TUMOR	1 4	
		Indicadores 1. ElevaciOn de 0.5 ems hasty 3 cm de diametro <input type="checkbox"/> Base sesil 3. Base pedunculada. <input type="checkbox"/> Color similar a mucosa vecina <input type="checkbox"/> Color distinto a mucosa vecina <input type="checkbox"/> Consistencia dura o Wanda. <input type="checkbox"/> Cualquier forma tridimensional <input type="checkbox"/>			Indicadores i. Elevacien mayor de 3 cm. de dialmetro <input type="checkbox"/> r. Base sesil <input type="checkbox"/> Base pedunculada <input type="checkbox"/> Color similar a mucosa vecina <input type="checkbox"/> 5. Color distinto a mucosa vecina .. Cualquier forma tridimensional <input type="checkbox"/>

PLACA

Indicadores

- 1. Superficie elevada de extension variable.
- 2. No removible a la manipulaciOn.
- 3. Base sesil.
- 4. A veces es confluencia de papulas

AMPOLLA

Indicadores

- 1. Elevacion circunscrita que contiene fluido **en** su interior.
- 2. Tamano mayor de 0.5 cm.
- 3. Base sesil.
- 4. Color variable dependiendo de su contenido
- 5. Consistencia fluctuante

VESICULA

Indicadores

- 1. Elevacion circunscrita que contiene fluido en interior.
- 2. Tamano mayor de 0.5 cms de diametro
- 3. Color variable dependiendo de su contenido
- 4. Consistencia fluctuante

PUSTULA

Indicadores

- 1. Elevacion circunscrita con contenido purulento en su interior.
- 2. No importa el tamano
- 3. Color blanco amarillento y grisaceo
- 4. Consistencia fluctuante

ULCERA

Indicadores

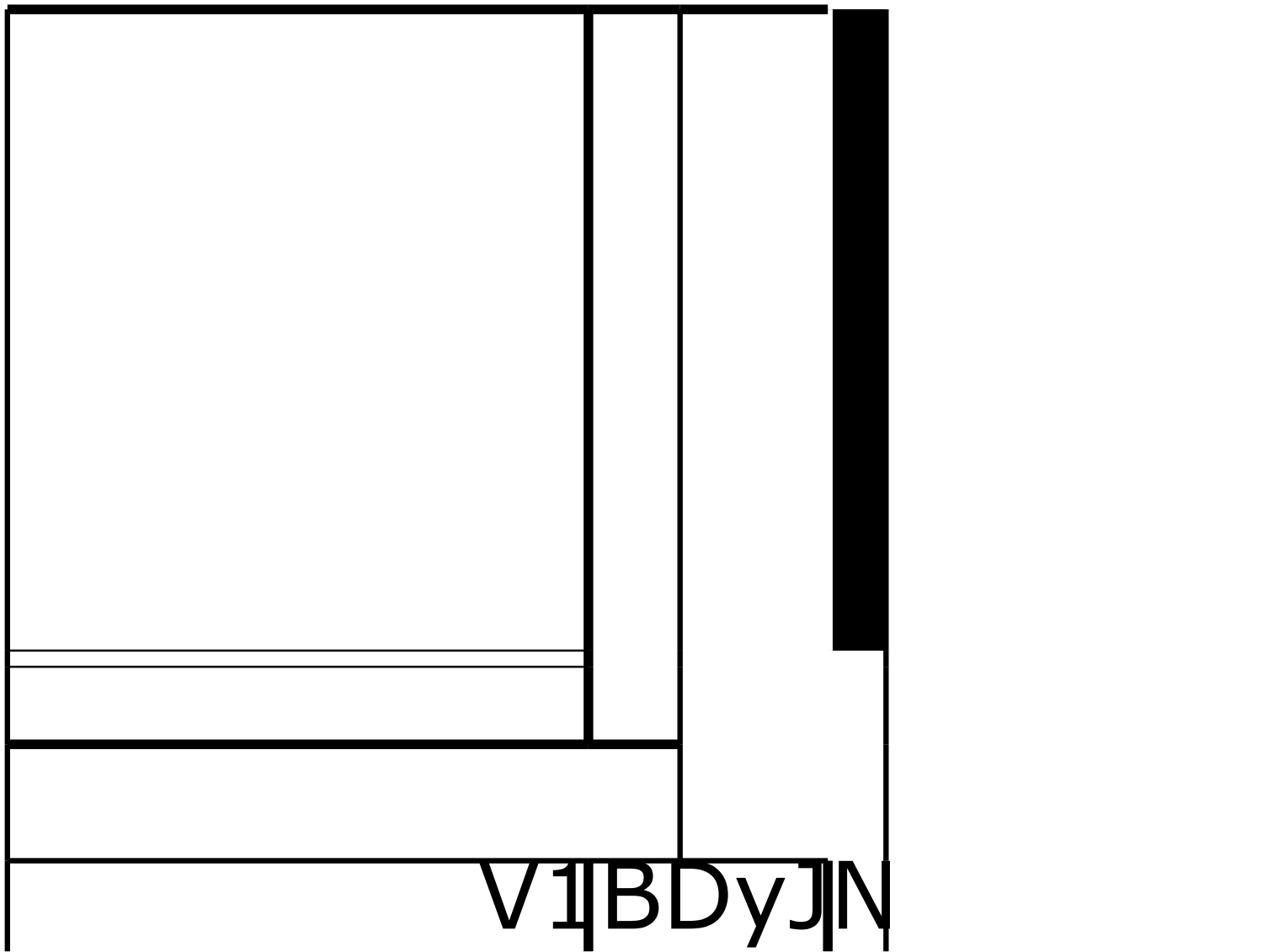
- 1. Perdida de la continuidad del epitelio.
- 2. Pequeza o variable (puntiforme o de varios centimetros).

CRECIMIENTO

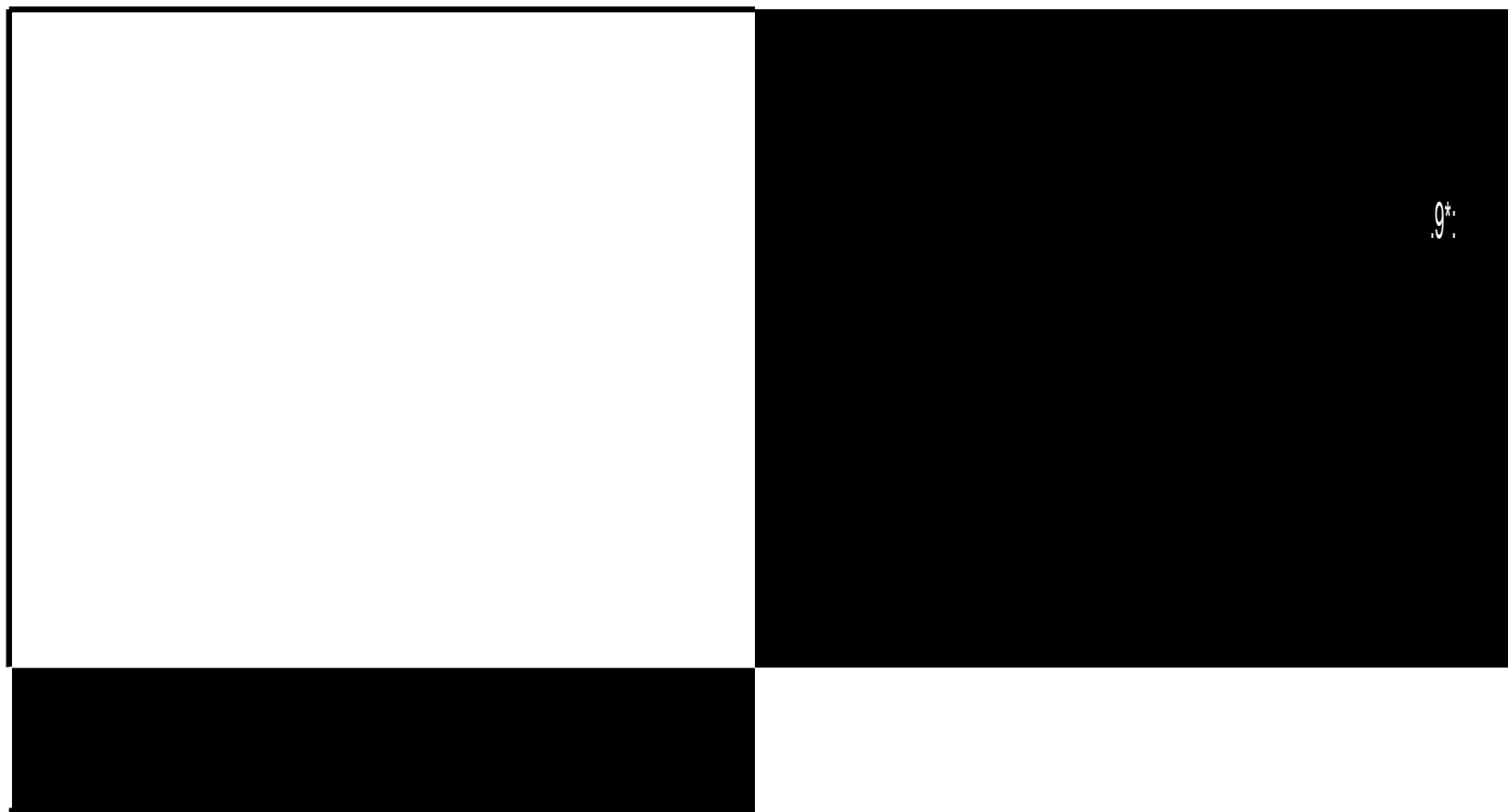
Indicadores

- 1. Agrandamiento de tejido blando que no encaja en la definicion de los anteriores.

of



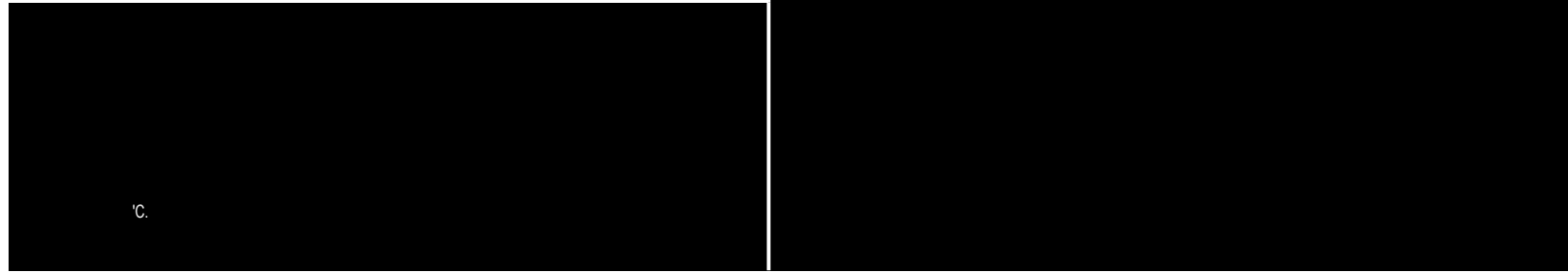
IL



*9**

vladyd

Oh



oln nom

EL

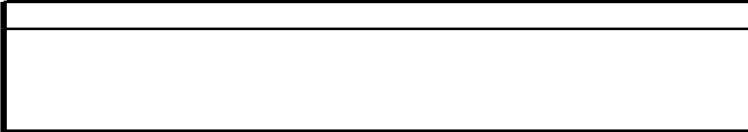
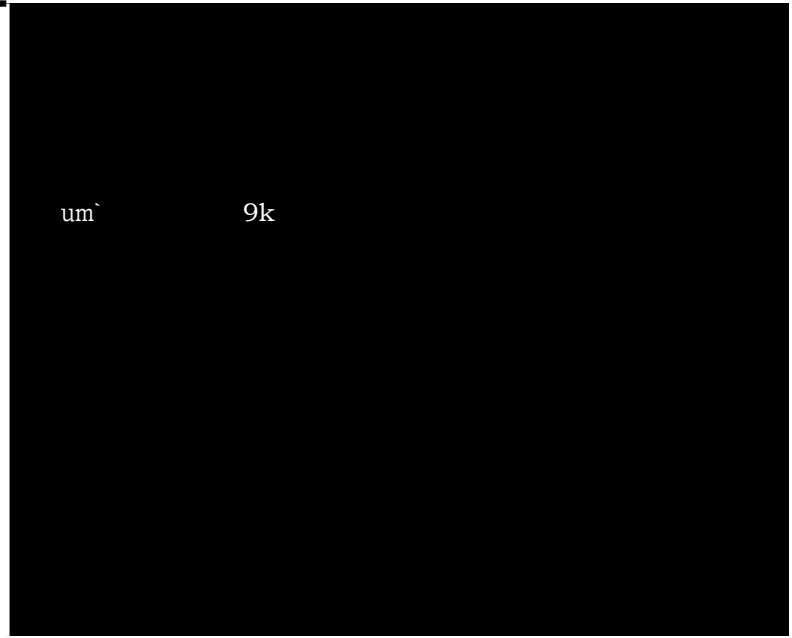
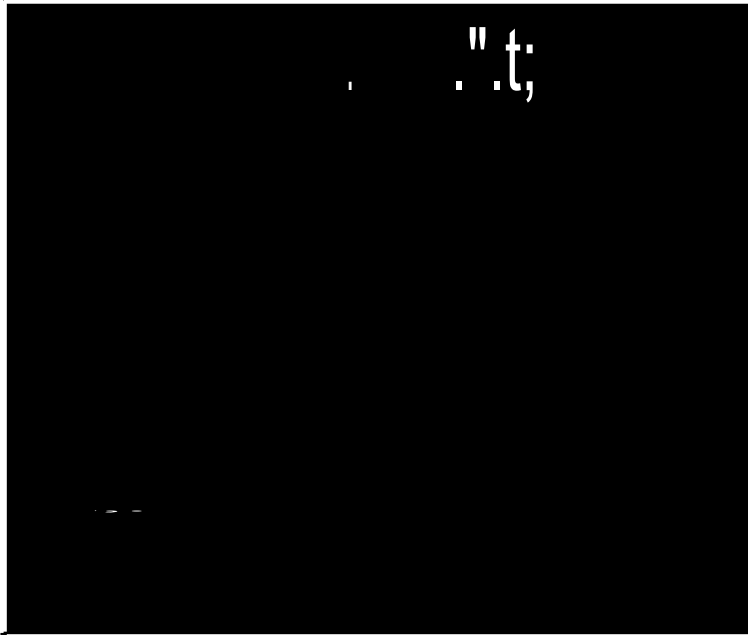


W



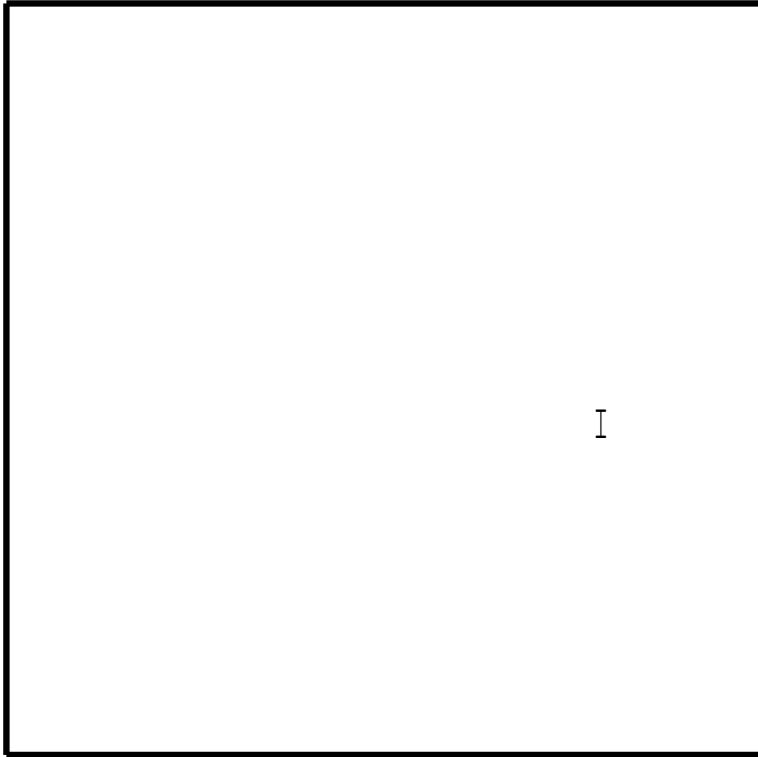
210INfli

SZ,



VD Vid

5L



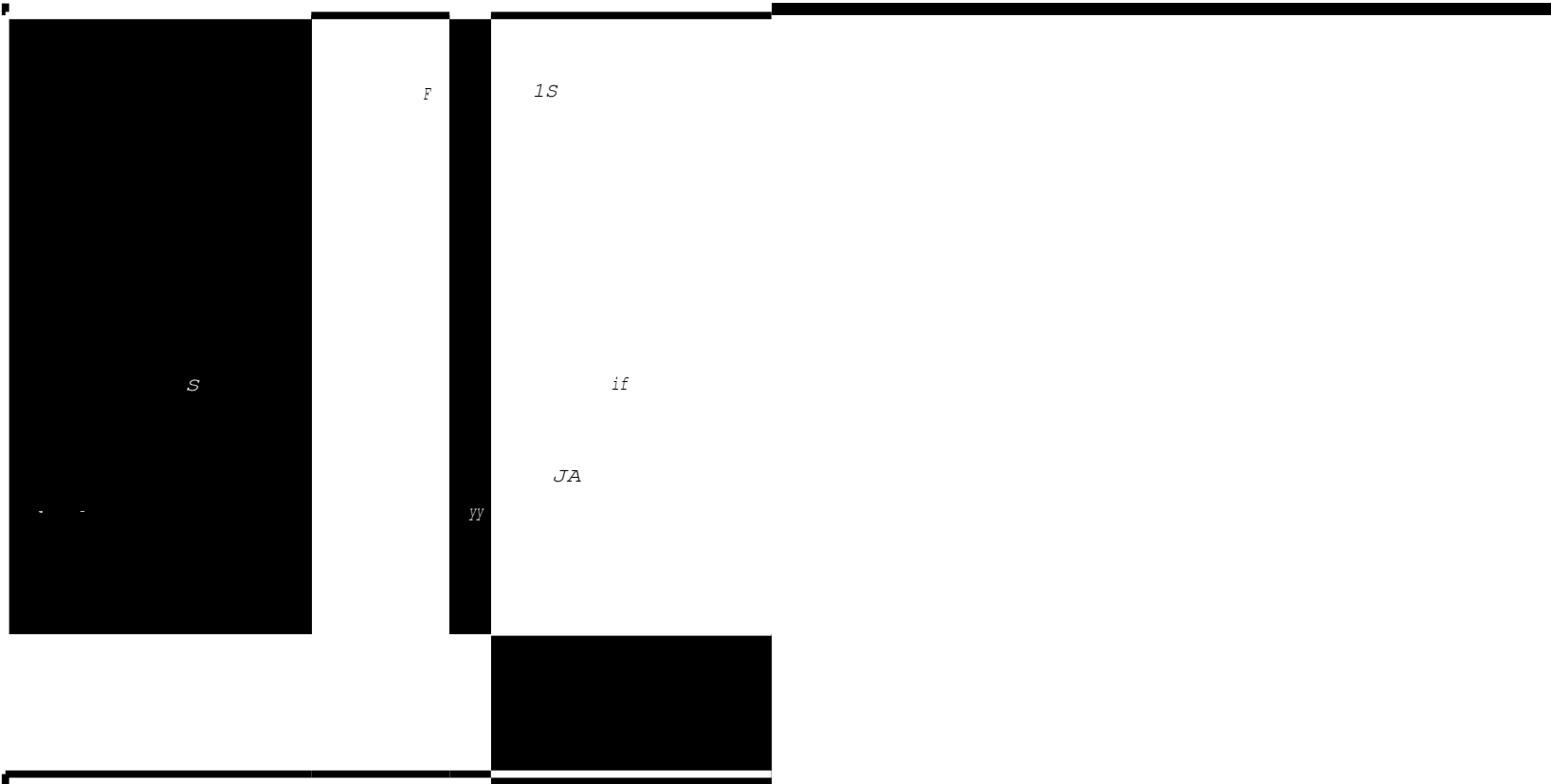
,t

”

I

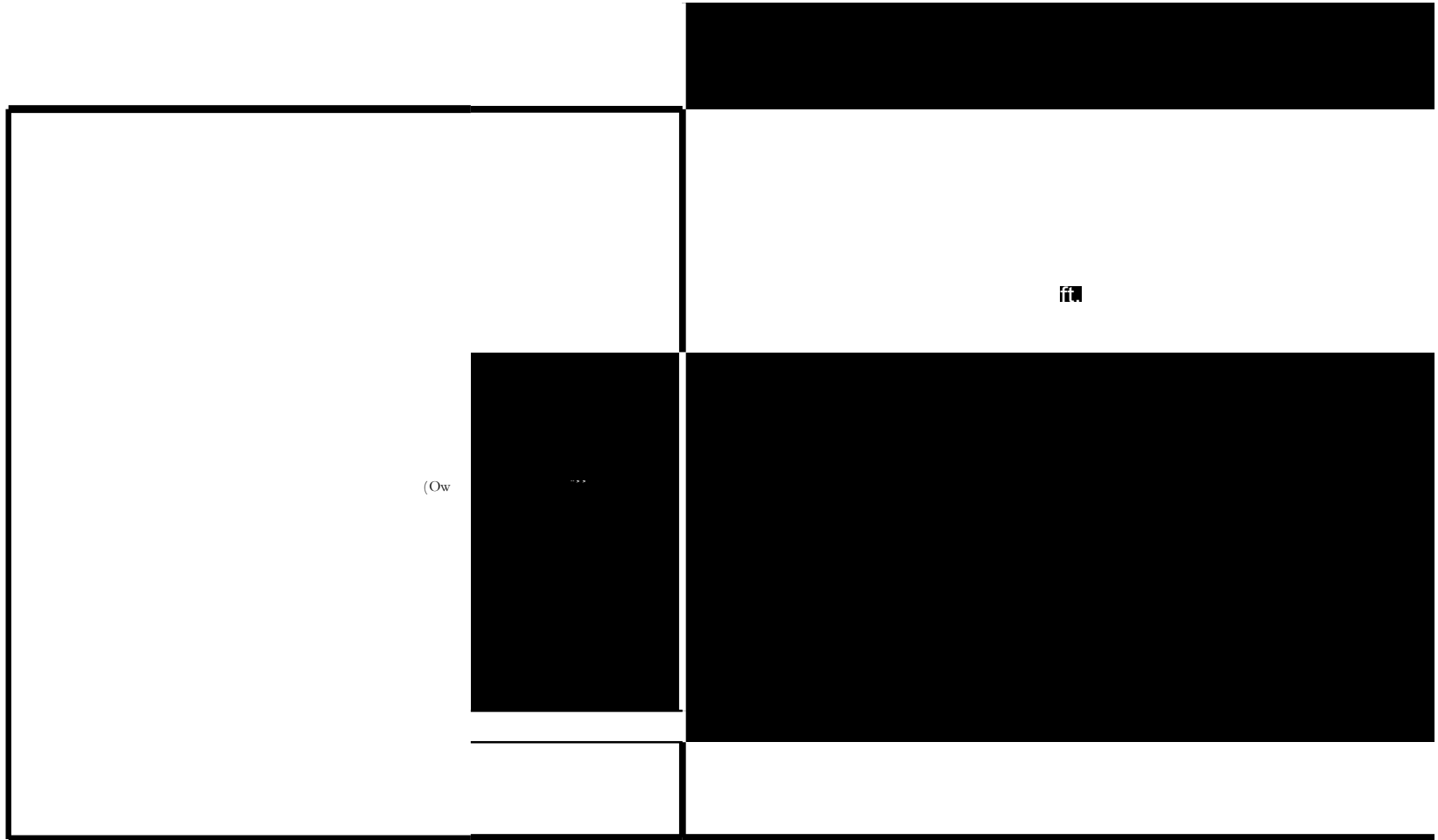
fi _____ R

VTIOdIAIV



VifIDIS **LA**

IL

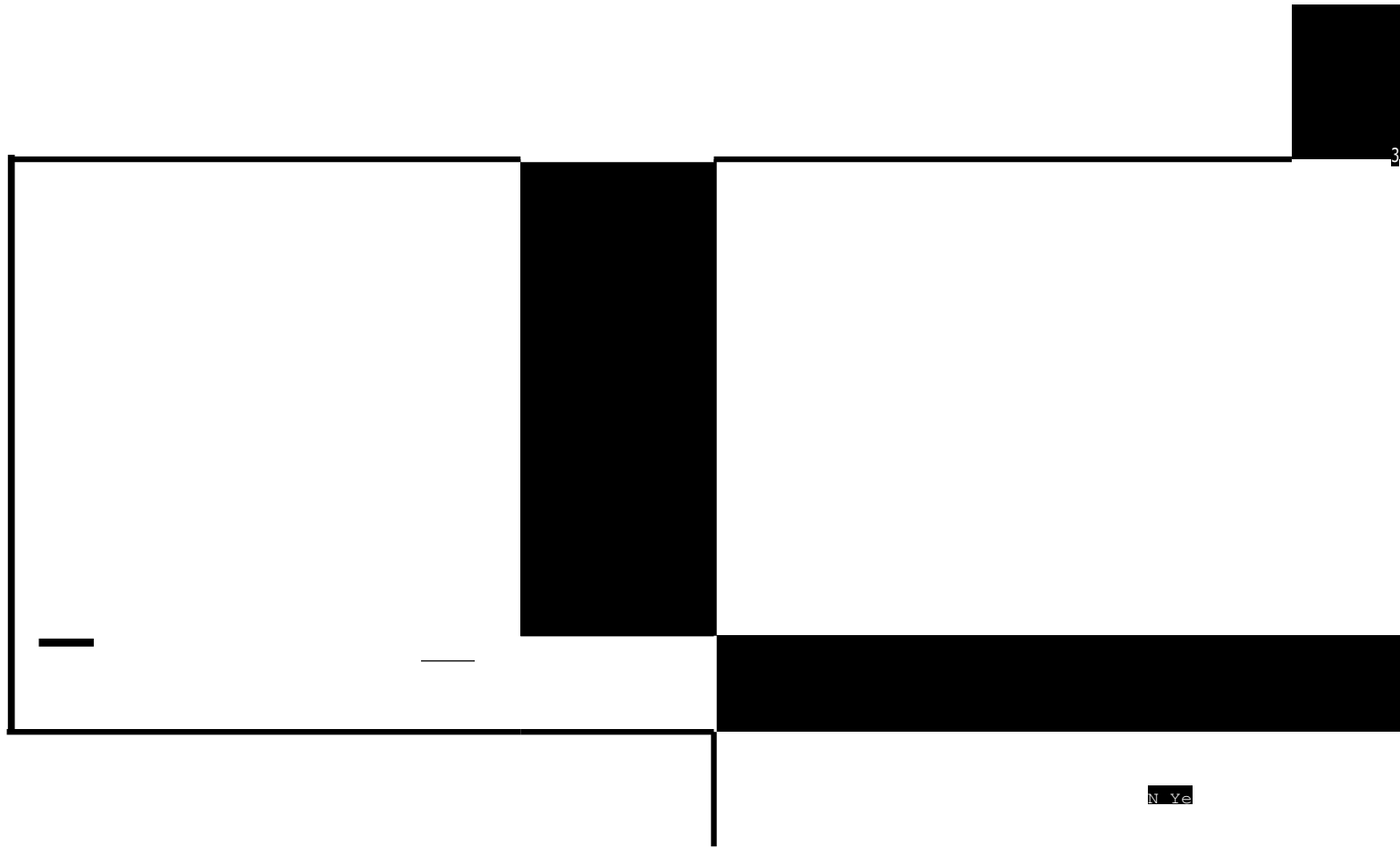


(Ow

ifw

lififILSild

8L

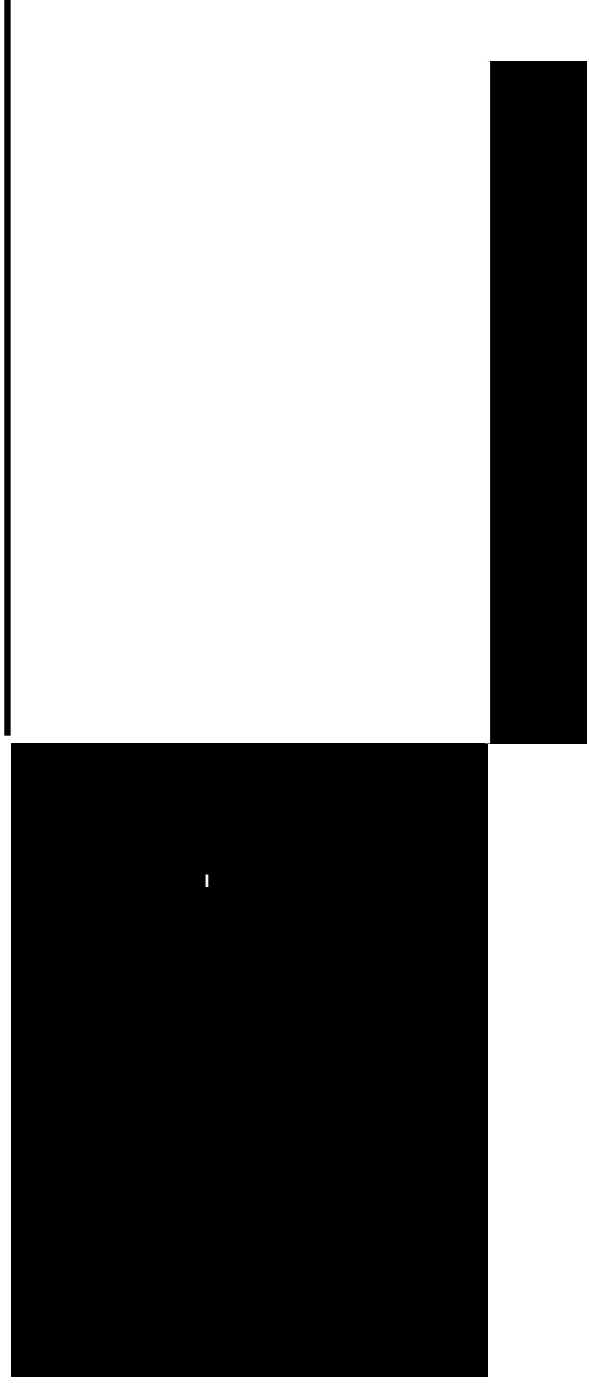


V11331f1

C
E.
Z
W

r.)

U



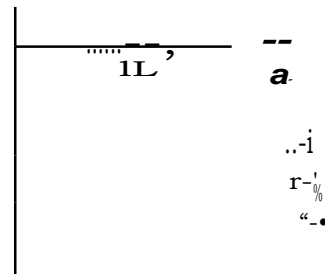
ETNIAS INDÍGENAS GUATEMALTECAS

1. Mopan
 2. Itza'
 3. ChOrti
 4. Chuj
 5. Akatecos
 6. ~~Qanjobal~~

 7. Popti
 8. Main
 9. Awakateko
 10. Nil
 11. Tektiteko
 12. Uspanteko
 13. Kiche
 14. Kaequikel
 15. TzOtujil
 16. Skapulteko
 17. Sipakapense
 18. Pocomchi'
 19. Poqomam
 20. Qèqchi
 21. Ache
 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. Caceres Grajeda, Rodolfo.-- Examen clinico del aparato estomatognatico / Rodolfo Caceres Grajeda.-- Guatemala, universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontologia, Area de Diagnostico.-- 1,998 .--8p.
3. Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina Dorland / trad. por Santiago Sapitia Renard -- 8a ed-- Mexico : Nueva Editorial Interamericana, 1,986.-- p5, 83
4. Diccionario enciclopedico University. Terminos Medicos.-- Mexico : Interamericana, 1,981.-- pp. 47, 629, 720, 773, 831, 886, 1179, 1189, 1231
- 5 El manual merck de diagnostico y terapeutica / Robert Berkow, Director.-- 9a. ed.-- Barcelona : Oceano grupo editorial, 1,994 .-- pp 2,653 - 2,654.
6. Espatia, Otto Manuel.-- Ulcera / Otto Manuel Espana.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontologia, Area de Diagnóstico.--1998.-- 12p.



7. Franco Lemus, Cândida.-- Lesions basicas de piel y mucosa / Cândida Franco Lemus.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontologia, Area de DiagnOstico.-- 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 estadistica.-- X censo Nacional de la poblaciOn y habitaciOn.-- Censos de 1,994.-- Reptiblica de Guatemala : Talleres del INE, 1,997.-- 25 pp
- ~~10. Jablonsky, Stanley.-- Diccionario de odontologia / Stanley Jablonski.-- Buenos Aires : Editorial Medica Panamericana, 1,992.-- pp. 186, 309, 508, 720, 832, 880, 915, 968, 1115, 1178, 1200.~~
- ~~11. Lopez Acevedo, Cesar.-- Patron de conducta clinica para el diagnostico de alteraciones del sistema estomatognatico / Cesar Lopez Acevedo, Otto Manuel Espana.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontologia, Area de Patologia - - 1,983.-- 88p~~
12. Merck, E. Leer La Piel / E. Merck-- Departamento de InformaciOn Cientifica Internacional.-- Alemania : K. Bagel, DUsseldorf, 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

ante

....
cp
,-)

14. Ruiz Torres.-- Diccionario de terminos medicos 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

uric --,
 coowctow,
 s' r er cre.ii
 Ve. go. - - 14 -
 i ,. ..
 ↑ - . -

***EL CONTENIDO DE ESTAS TENS ES UNICA Y ERCLUSIVA
RESPONSABILIDAD DEL AUTOR***

f i I'

JOAQUIN MAURICIO AVILA AVELAR

APROBACION DEL INFORME FINAL

J. ILL

F)

Joaquin Igaucio Avila Avelar
SUSTENTANTE

Svazzcci

F)-

Dra, Miriam Samayoa Sosa
ASESORA

SoLn.,

F)

Dr

o • Marroquin
•SESORA

F)

k

Dra. Ninth Melgar Cardona
ASESORA

Jr

s. C. c
%ON n
i

-11-e- eillie 'te

Dra Ifs d • eola 1 - ••1.: 1
COMI ION DE TES

COMI DE TESTS

Vo.Bo. Imprimase

on outs._

.## " "0%els
4 143(/, i I

itk v10/

C

Dr. Otto Rani Tortes Bolanos
SECRETARIO