

**"FRECUENCIA DE CASOS DE QUEILITIS ACTINICA, PRURITICA Y
GLANDULAR EN TRABAJADORES DEL CAMPO MAYORES DE
DOCE AÑOS DE LA ALDEA MONTELLANO,
SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ."**

Tesis Presentada Por:



CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, mayo de 2003

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo.
Vocal primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez.
Vocal segundo:	Dr. Alejandro Ruiz Ordóñez.
Vocal tercero:	Dr. César Mendizábal Girón.
Vocal cuarto:	Br. Ricardo Hernández Gaitán.
Vocal quinto:	Br. Augusto Wehncke Azurdia.
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños.

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo.
Vocal primero:	Dr. César Mendizábal Girón.
Vocal segundo:	Dra. Annabella Corzo Marroquín.
Vocal tercero:	Dr. Luis Felipe Paz García.
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Por ser el guía de mi vida y colmarme de enseñanzas y bendiciones cada día.

A MIS PADRES:

Marco Antonio y Gladys Eugenia, con cariño y agradecimiento a su esfuerzo, sacrificio, sabias enseñanzas y el amor que siempre me han brindado.

A MIS HERMANOS:

Luis Carlos, Gladys María, Paola Valeska y Néstor Estuardo, por su cariño.

A MI NOVIA:

Handy Fabiola por el amor y paciencia que me tiene.

A MIS ABUELOS:

Héctor José (Q.E.P.D)
Cándida Luz (Q.E.P.D)
Carlos Alfredo (Q.E.P.D)
Maria Cordelia (Q.E.P.D)

A MIS AMIGOS:

Principalmente a Blanca Patricia, Berenice, William y Nancy, por su sinceridad y amistad verdadera.

A MI FAMILIA Y AMISTADES:

Por su confianza y apoyo incondicional en todo momento.

TESIS QUE DEDICO

A DIOS

A MIS PADRES

A MI FAMILIA

A MIS AMIGOS

A GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

A MIS CATEDRÁTICOS

**A TODAS LAS PERSONAS QUE DE UNA U OTRA MANERA HAN
CONTRIBUIDO EN LA ELABORACIÓN DE ESTA TESIS.**

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

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

“FRECUENCIA DE CASOS DE QUEILITIS ACTINICA, PRURÍTICA Y GLANDULAR EN TRABAJADORES DEL CAMPO MAYORES DE DOCE AÑOS DE LA ALDEA MONTELLANO DE SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ”, conforme lo demandan los Estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Agradeciendo especialmente a la Dra. Diana Annabella Corzo, por su valiosa accesoria, y a todas las personas que colaboraron para la elaboración del presente trabajo de investigación.

Y a vosotros distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador, aceptad las muestras de mi más alta consideración, respeto y agradecimiento.

MUCHAS GRACIAS.

INDICE

<i>CONTENIDO</i>	<i>PAGINA</i>
SUMARIO	1
INTRODUCCION	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACION	4
REVISION DE LITERATURA	6
MONOGRAFIA	38
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS	40
HIPOTESIS	41
VARIABLES	41
DESCRIPCION DE LAS VARIABLES	42
INDICADORES DE LAS VARIABLES	43
METODOLOGIA	47
PRESENTACION DE RESULTADOS	52
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	86
CONCLUSIONES	89
RECOMENDACIONES	91
LIMITACIONES	92
LISTA DE ANEXOS:	93
1.- MAPA DE MONTELLANO	95
2.- MAPA DE RADIACION EN EL TERRITORIO NACIONAL	96
3.- HOJA DE DATOS DE PERSONAS EXAMINADAS EN LA POBLACION	97
4.- FICHA CLINICA	98
5.- INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA FICHA CLINICA	101
6.- GUIA DE COLORES DE PIEL	107
7.- CASOS DE QUEILITIS PRURÍTICA	108
8.- CASOS DE QUEILITIS ACTINICA	109
9.- CASOS DE QUEILITIS GLANDULAR	111
BIBLIOGRAFIA	112

SUMARIO

Los resultados que se presentan en este informe, son el producto de la investigación de campo realizada en el área rural, con pobladores de la aldea Montellano, que pertenece al municipio de San Miguel Panam del departamento de Suchitepéquez, localizada en la costa sur y cuenta con una población de 1300 habitantes, los que en su gran mayoría son trabajadores de campo. Se eligió esta región basándonos en el estudio de análisis preliminar sobre radiación y brillo solar en Guatemala realizado por el Instituto Nacional de Sismología, Vulcanología, Meteorología e Hidrología (INSIVUMEH), el cual establece regiones según el promedio de radiación que recibe en el año cada una de éstas, se tomaron pobladores que tuvieran cumplidos doce años de edad sin importar el sexo o profesión, con el fin de hallar la frecuencia de queilitis en este grupo. Además de establecer las características de la lesión y compararlas con las ya expuestas en otros países.

El estudio se realizó mediante visitas a la comunidad evaluando clínicamente a cada persona, usando el equipo e instrumental adecuado. Este se basó en la inspección clínica de cara, principalmente de boca y piel anexa.

Toda persona examinada se anotó en una hoja, colocando además los datos de edad, ocupación, sexo, entre otros. Los casos encontrados fueron tres y se les diagnosticó queilitis prurítica.

Las personas afectadas fueron anotadas en una ficha clínica llenando cada uno de los apartados para poder recabar la información sobre la lesión.

Se concluyó que el 1.5% de la población está afectada con queilitis prurítica no encontrándose ningún caso de actínica y glandular, las lesiones son máculas blancas con costras y pigmentación café perilesional, y su principal síntoma es el prurito, es mayor en el sexo femenino en mayores de 30 años.

Un dato importante es que todas las personas que presentaron la patología manifestaron que existen otros casos similares en su familia.

Se les aplicó Acetonido de Triamsinolona al 0.01% con lidocaina intralesionalmente una vez a la semana con la cual se obtuvo una eliminación de la sintomatología y de la lesión clínica, se les proporcionó las explicaciones del caso para su cuidado cuando se expusieran a los rayos solares y las indicaciones respectivas para evitar la recurrencia de la lesión.

Todos los datos que se obtuvieron se presentan en cuadros y gráficas acompañados de su discusión, conclusiones y recomendaciones.

INTRODUCCION

Esta investigación constituye un estudio sobre la frecuencia de tres tipos de queilitis: Actínica, Prurítica y Glandular, en campesinos de la Aldea Montellano del municipio de San Miguel Panam, Suchitepéquez, mayores de doce años, los que para subsistir, laboran en las diferentes fincas vecinas a la población, exponiéndose a diferentes tipos de factores que puedan causar las patologías estudiadas, pero la que se tomó en común en este caso es la exposición a la radiación solar, puesto que la literatura, tanto extranjera (1, 5, 7, 12, 13, 15, 19, 22, 29, 30, 31) como la consultada sobre trabajos realizados en Guatemala (17, 20, 23), así lo refieren. Al existir en Guatemala pocas investigaciones que revelan la frecuencia de las enfermedades estudiadas, éste sería tomado como un estudio piloto para realizar otras investigaciones sobre el tema.

El estudio se llevó a cabo mediante visita domiciliaria, examinando la población, realizándoles un examen clínico de la cara para buscar lesiones características de cada una de las enfermedades y, en caso de duda, corroborar con un examen histopatológico. Se anotaron en una ficha clínica elaborada para el estudio los datos de las personas afectadas, así como las características que presentaron las patologías en mención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la literatura extranjera se han descrito las manifestaciones clínicas e histológicas que se consideran propias de pacientes a quienes se les diagnostica cualquiera de los diferentes tipos de queilitis (actínica, prurítica y glandular), así como los factores causales, predisponentes y reporte de casos (1, 3, 5, 7, 11, 12, 13, 15, 18, 19, 21, 22, 24, 29, 30, 31).

En Guatemala existen pocos estudios sobre este tema (17, 20, 23), que revelen la frecuencia de las patologías en mención, siendo un país eminentemente agrícola, con un 60% de población indígena que en su mayoría son personas de escasos recursos (20), quienes para subsistir tienen que trabajar bajo condiciones climáticas que su labor exige, exponiéndose a factores predisponentes de diferentes enfermedades (7), encontrándose entre éstas, las que son base del presente tema de investigación, por lo cual se pretende que llegue constituir un estudio piloto para efectuar posteriores investigaciones en todo el territorio guatemalteco.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto se plantearon las interrogantes: ¿Cuál es la frecuencia de los diferentes tipos de queilitis en la población estudiada?, ¿Qué tipo es la más común?, ¿Qué tiempo de exposición a los rayos solares están expuestas las personas afectadas?, ¿Ocurrirá solo en un labio, en ambos o en otros sitios de la cara?, ¿Qué sexo es el más afectado?, ¿Qué labio es el más afectado?, ¿Recibirán los afectados algún tratamiento y si éste es efectivo?.

JUSTIFICACION

- Las queilitis son entidades patológicas, descritas recientemente, contando únicamente con información del extranjero y pocos estudios realizados en Guatemala.
- Gran parte de la población guatemalteca está expuesta a la luz solar, que es uno de los factores causales de estas patologías.
- No se conoce con qué frecuencia son afectadas las poblaciones de Guatemala.
- Siendo la Querilitis Actínica un factor predisponente de lesiones cancerosas, es necesario su estudio para prestar un mejor servicio en el ejercicio de la profesión Odontológica.

REVISION DE LITERATURA

Se tomó la Radiación Solar como el principal factor causal de las lesiones en estudio, y para una mejor comprensión de éste, se describirá primeramente lo que es la Capa de Ozono, para luego abordar lo que es la Radiación, mediciones de ésta en el territorio guatemalteco, y por ultimo detallar las patologías a evaluar.

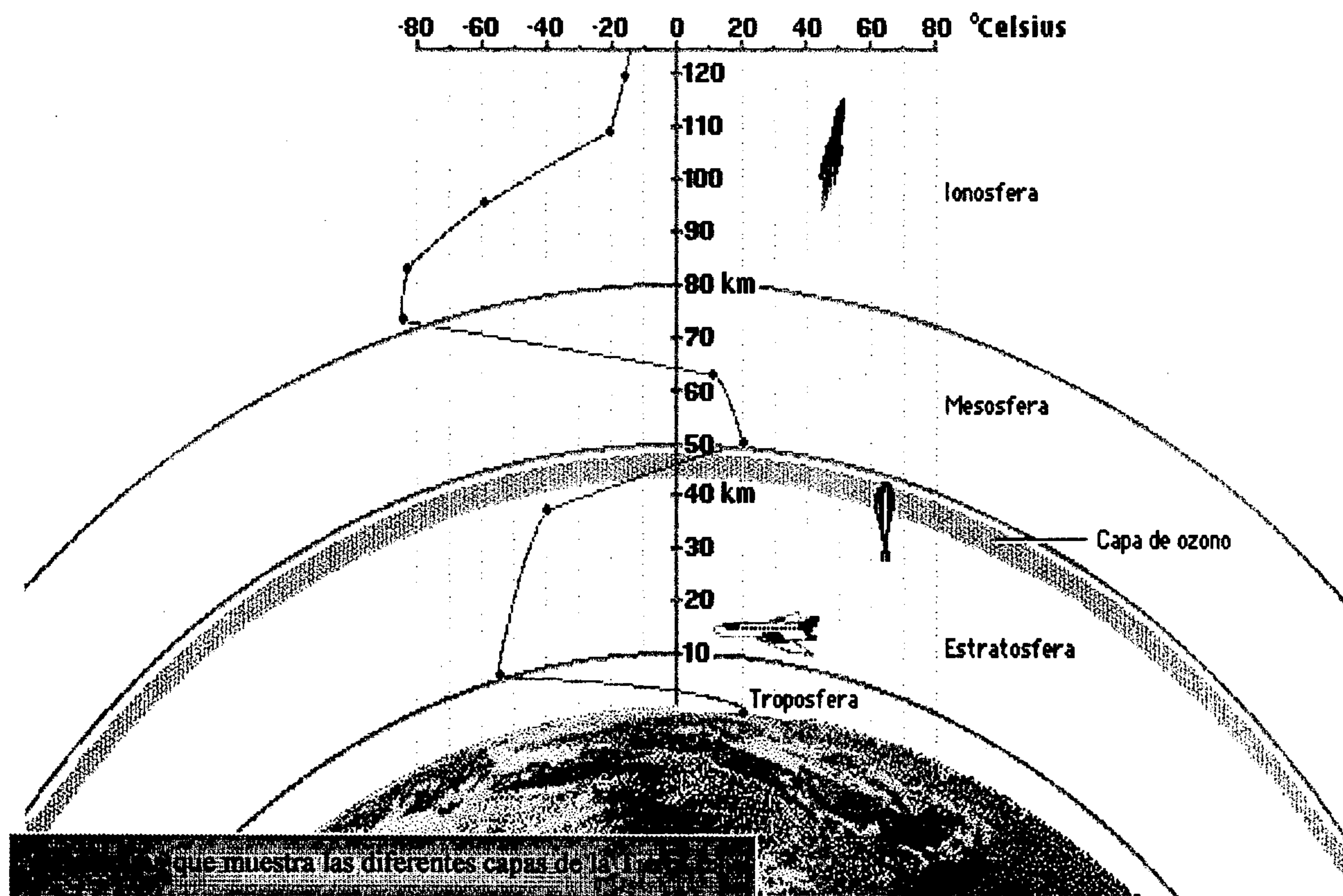
Algunos reportes han considerado la exposición a la luz solar como factor precipitante en la ocurrencia de diferentes enfermedades (3, 23, 29, 30), respecto a este tipo de exposición, se ha descrito que la piel de un individuo reaccionará a la luz solar siguiendo una gama de respuestas que se ven modificadas por la protección pigmentaria, sitio geográfico, hora del día y duración de la exposición (23). Ciertas longitudes de onda del espectro de la luz, pueden inducir diversas reacciones cutáneas, como eritema solar, envejecimiento de la piel, carcinogénesis y reacciones de fotosensibilidad (5).

La humanidad durante su existencia, como ente racional ha realizado un sin número de invenciones para su beneficio y comodidad, pero la mayor parte de éstos, ya sea en su funcionamiento o para su manufactura, daña el medio ambiente.

Entre los daños causados al medio ambiente se encuentra la destrucción de la capa Ozono (O^3), la cual es una forma de oxígeno que es un componente natural de la Estratosfera terrestre, que se ha formado durante millones de años, pero también forma parte de la atmósfera inferior (Troposfera), dicha destrucción es un contaminante hecho por el hombre (4).

La Estratosfera constituye una capa que va de los 10 a los 45 Km. sobre el suelo, que se encuentra alrededor del planeta y constituye una capa que aísla la Tierra de gran parte de radiación ultravioleta procedente del Sol; si ésta desapareciera, el planeta sería inhabitable para la mayor parte de seres vivientes (4, 28).

El Ozono Troposférico es un contaminante hecho por el hombre, compuesto de smog fotoquímico, no de origen natural como el de la Estratosfera, pero por desgracia, el ozono de la atmósfera inferior no repone el Ozono que se ha perdido de la Estratosfera, porque en pocos días se convierte en oxígeno (O^2) (4).



El problema de la capa de Ozono fue demostrado de manera impresionante a partir de 1984, con el descubrimiento de un gran agujero sobre la Antártida, donde disminuye hasta en un 67% cada año, otro más pequeño se encuentra sobre el Ártico, pero en general la concentración mundial de ozono estratosférico ha venido disminuyendo durante varios decenios, siendo la tasa de agotamiento durante el decenio de 1980 aproximadamente el triple de la del decenio de 1970 (4).

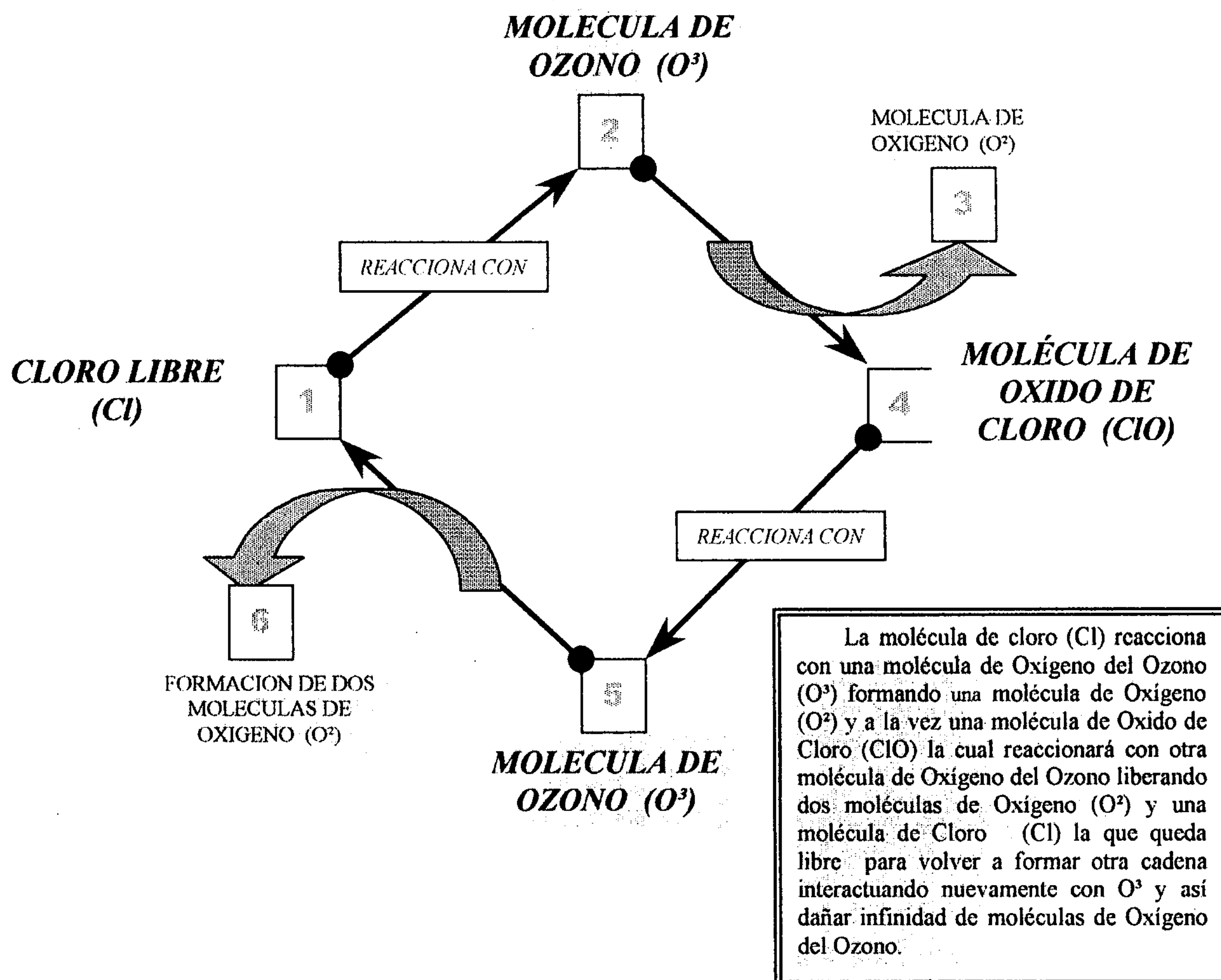
La principal culpa de la pérdida del Ozono en la estratósfera es un grupo de compuestos de importancia comercial llamados clorofluoroalcanos o CFC.

Los CFC son empleados como expansores de latas de aerosol, como gases de enfriamiento en aparatos de aire acondicionado y refrigeración, espumas para aislamientos, empaques y limpiadores en la industria electrónica (4).

Otros compuestos que pueden afectar el Ozono son halones (empleados en extinguidores), bromuro de metilo (fumigantes agrícolas), metil cloroformo (usado para desengrasar metales) y tetracloruro de carbono (para manufactura de muchos productos) (4). Los CFC ascienden a la estratosfera, donde la radiación ultravioleta los separa en cloro, flúor y carbono.

El cloro es capaz de reaccionar con el Ozono, al que convierte en oxígeno (O^2). El cloro no es alterado por este proceso, como resultado, un solo átomo de cloro disponible descompone muchos miles de moléculas de Ozono (4).

FIGURA No. 1 MUESTRA LA FORMA EN QUE UNA MOLECULA DE CLORO DESTRUYE VARIAS MOLECULAS DE OZONO (4).



Las moléculas de ozono de la estratósfera absorben la radiación solar ultravioleta, la exposición excesiva a ésta, se relaciona con varios problemas de salud humana, incluyendo cataratas, cáncer de piel y decremento de humanidad, además daña los cultivos (4).

Por lo que antes de describir las lesiones estudiadas, se considerará el factor radiación y brillo solar en todo el territorio nacional con énfasis en el sector estudiado, los cuales tienen relación con el sitio geográfico, hora, día y duración de

la exposición; para esto, se tomará la información publicada por el Instituto Nacional de Sismología, Vulcanología, Meteorología e Hidrología (INSIVUMEH), y de otros textos utilizados para el caso en mención.

RADIACION

La radiación es el transporte (por medio de ondas o partículas) de energía, materia o de ambas cosas en una dirección del espacio o en algún medio a la velocidad de la luz (3×10^8 m/s) (6, 28). Según esto, se puede distinguir dos tipos de radiación:

- a) *CORPUSCULAR O MECÁNICA*: Es en la que se transporta energía de partículas con la masa, las que pueden ser átomos, iones, partes constitutivas del núcleo (neutrones y electrones), ejemplo, la radiación catódica, radiación alpha y radiación de neutrones (6, 12, 16, 28).
- b) *ONDULATORIA O ELECTROMAGNÉTICA*: Esta transporta energía en forma de ondas electromagnéticas sinusoidales de diferente longitud de onda. Estas surgen por la formación y desaparición periódica de campos eléctricos y magnéticos combinados (6, 12, 16).

Un tipo de onda electromagnética es la *IONIZANTE* la cual tiene energía suficiente para provocar cambios en átomos sobre los que incide, un ejemplo de esta son los rayos Cósmicos, Alfa y Beta (28).

El espectro de la onda electromagnética, abarca desde la onda larga que emiten las radio emisoras hasta las ultracortas de los rayos cósmicos (6).

La longitud de onda es la distancia entre las dos oscilaciones completas de una onda y la frecuencia es el número de veces que oscila la longitud de onda en un segundo(28).

Cuando mayor es la frecuencia, menor será la longitud de onda y menor su alcance (28).

CUADRO No. 1 TIPOS DE LONGITUDES DE ONDAS ELECTROMAGNETICAS (6, 28).

TIPO DE ONDA	LONGITUD DE ONDA		FRECUENCIA
ONDA LARGA	1 Km.	400,000 nm a 15,000 m	2×10^3 Hz 3×10^{14} Hz
ONDA MEDIA	300 m		
ONDA CORTA	30 cm		
MICROONDAS	1cm	100,000 nm a 400,000 nm	4×10^{14} Hz
ONDA INFRARROJA	10^7 a 10^5 A°		
LUZ VISIBLE	10^4 A°	400 a 800 nm	6×10^{14} Hz
ONDA ULTRAVIOLETA	10^3 A°	50 a 400 nm	9.5×10^{14} Hz
RAYOS X	10^2 - 10^{-1} A°	0.005 nm a 0.5 nm	1×10^{20} Hz
RAYOS COSMICOS	10^{-4} A°		

A° = Amstron, m = milímetro, nm = nanómetro (una millonésima de milímetro)
Hz = Herz (número de ondas por segundo)

La Luz es una onda electromagnética constituida por un campo eléctrico y un magnético. La luz Ultravioleta viene del Sol y es dañina para los seres vivos, máximo cuando su longitud de onda es baja (longitudes de onda inferiores a 310 nm producen quemaduras de piel y si ésta es prolongada por años puede producir Cáncer) (28).

La luz ultravioleta se puede clasificar en tres tipos:

Tipo A Con longitud de onda larga (320 – 400nm),
produce melanogénesis y eritrogenia (5, 20)

Tipo B Con longitud de onda media (290 – 320nm), que
produce bronceado, envejecimiento de la piel, cambios
cancerígenos quemaduras o eritema (5, 20).

Tipo C Con longitud de onda menor a 290nm (radiación
germicida), filtrada por la capa de ozono(5, 20).

La radiación que recibe el cuerpo se puede catalogar en tres grupos:

a) *RADIACION CÓSMICA*, que es una radiación corpuscular y ondulatoria del espacio, extraordinariamente rica en energía, que consta; por su parte de radiación galáctica, solar y geomagnética (6).

b) *RADIACION TERRESTRE*, es el efecto de diversas radiactividades de nuestro entorno (formas geológicas, materiales de construcción y alimentos) (6).

c) *RADIACION ENDOGENA*, se produce por sustancias radiactivas incorporadas al organismo (6).

La cantidad total de energía o Radiación Solar que llega a la tierra por área (m^2 , cm^2 , etc.) y por tiempo (hora, min., Etc.), es llamada Constante Solar (S_o), el valor más aceptado es de $1353 \text{ Watts}/m^2$. En Guatemala el valor que se utiliza es de $2 \text{ cal}/cm^2$. (16).

La cantidad de radiación recibida en cualquier lugar de la tierra depende de dos factores (16):

- ▼ La duración
- ▼ La intensidad

La duración es indicada por el largo del día, pero la intensidad es controlada por el movimiento de la tierra con relación al sol. La órbita terrestre es una elipse, por ello en determinada época del año el sol se encuentra más próximo a la tierra y en otras épocas más alejado (16).

La Duración es indicada por el largo del día, pero la Intensidad es controlada por el movimiento.

Los factores que aumentan el riesgo pueden ser (5, 20).

- Elevada altitud.
- Latitud cercana a la línea del ecuador.
- Mes del año (es mayor en verano).

- La hora del día (mayor de 10 am a 2 pm).
- Espacios abiertos (desolados o arenosos).

La intensidad será mayor, cuando mayor sea la elevación del sol en el cielo, por tanto, al medio día, mayor cantidad de radiación es recibida. Unos de los factores que controla la radiación es la nubosidad (16).

Se debe tener en mente que el 50% del total diario de luz ultravioleta que llega a la tierra es entre las 11:00 y 14:00, la cual no es filtrada completamente por la nubes (solo filtra un 10%) (5).

Así como la superficie terrestre absorbe radiación, ella también la emite, solo que en onda larga, en la faja del infrarrojo, la que es conocida como Radiación Nocturna (16).

Su existencia es mejor detectada por la noche, pero también existe de día, la que es inexpresiva (16).

El instrumento utilizado para la determinación de la radiación es el Actinógrafo Bimetálico (16).

BRILLO SOLAR

El término Brillo Solar es utilizado para designar el intervalo de tiempo en que, en un período dado, un punto seleccionado de la superficie terrestre permanece expuesto a la radiación solar directa (16).

La presencia en la atmósfera de agua y de partículas de otra naturaleza, condiciona el apareamiento de nubes y de fenómenos como huracanes y tornados que reducen el brillo solar. Este es expresado en horas (enteros y décimos) y en porcentaje, siendo el aparato utilizado para esta medición el Heliógrafo (16).

La absorción de las longitud de onda en la piel se da de la siguiente manera (5, 20) :

- Menor a 285 nm en las células muertas
- En el rango de 290 a 315 nm en la epidermis.
- En el rango de 320 a 760 nm en la dermis.

En el plano de la evaluación de la acción del espectro de los rayos solares, indican que los rayos ultravioleta tipo B (UVB) que oscilan entre 290- 320 nm., son los más dañinos (cancerígenos), si bien los rayos UVA (320-400 nm) pueden aumentar los efectos dañinos de los rayos UVB (20).

La cantidad de luz ultravioleta que llega a las diversas capas de la piel dependen de la longitud de onda de aquella. Cuando mayor sea, tanto mayor la profundidad de su penetración en la dermis (5).

Según un estudio realizado por Guillermo Godíné^{♦♦} el cual se efectuó en todas las estaciones del país, muestra que la distribución de la radiación se encuentra entre rangos menores de 400 Watts\m2 hasta mayores de 525 Watts\m2. (VER ANEXO # 2)

CUADRO No.2 RADIACION Y BRILLO SOLAR PROMEDIO EN LAS DIFERENTES REGIONES DEL PAÍS Y MESES DE MAYOR MAGNITUD ⁽¹⁶⁾

REGION	RADIACION EN WATTS / M ²	MESES CON MAYOR RADIACION	BRILLO SOLAR EN hrs. / mes	MESES CON MAYOR BRILLO SOLAR
Norte de Petén	menor a 400	- abril - mayo	115 a 180	- marzo - abril
Sur de Petén y núcleos de Alta Verapaz y Norte de Izabal	400 a 425	- abril - mayo	125 a 200	- marzo - abril - mayo
Pequeña franja desde Huehuetenango hacia el sur de Izabal	425 a 450	- marzo - junio - julio	160 a 240	- marzo - abril - mayo
Costa Sur, desde la frontera con México hasta la frontera con el Salvador y Honduras	450 a 475	- noviembre - diciembre - marzo - abril	225 a 250*	- enero - marzo - diciembre
Parte Sur del país, Sur de Huehuetenango y Quetzaltenango, parte media oriental del país, Sacatepéquez y Guatemala.	475 a 500	- marzo - abril	155 a 230	- enero - marzo - abril
Parte media y Nor-occidental	500 a 525	- febrero - marzo - abril	150 a 240	- enero - marzo
Áreas en Quetzaltenango y Huehuetenango	Mayores de 525*	- marzo - abril - julio - agosto	170 a 260	- enero - marzo - abril

FUENTE: Reporte de Brillo y Radiación Solar del INSIVUMEH.

VER MAPA EN EL ANEXO #2

Los meses en los cuales se registra el mayor promedio de radiación solar se sitúan entre marzo y abril, sin embargo, en la Costa Sur, el máximo se registra en noviembre y diciembre, el cual mantienen un régimen más estable durante el año.

♦♦ Reporte sobre Brillo y Radiación Solar del territorio guatemalteco, de la recopilación de 15 años de todas las estaciones del INSIVUMEH.

* Cifra que demuestra la mayor cantidad de Brillo Solar del País.

• Cifra que expresa la Radiación más alta a la que está expuesto el territorio guatemalteco.

Los registros reflejan que el comportamiento de la radiación en Guatemala es independiente del período lluvioso, siendo el factor que influye en ella, la nubosidad (16).

En cuanto al Brillo Solar los porcentajes muestran que el máximo se registra de enero a marzo, mientras que el mínimo porcentaje se registra en los meses de junio, septiembre, octubre y diciembre (16).

La aldea estudiada se localiza en el departamento de Suchitepéquez, por lo cual se encuentra en la costa sur del país donde, según el reporte existe una radiación de 450 a 475 Watts/m² (16), esta comunidad cuenta con una población de 1300 habitantes (*Municipalidad de San Miguel Panam*).

Sus habitantes se dedican en su mayoría (95%) a labores del campo, principalmente cultivos en las fincas aledañas a la población, por lo que se encuentran expuestos a los rayos solares durante gran parte del día, puesto que las actividades realizadas por ellos así lo exigen.

Los daños que se producen por la luz ultravioleta son (20).

- Muerte celular.
- Mutagénesis y carcinogénesis.
- Inhibición del ADN.
- Quemadura solar.
- Bronceado.
- Pigmentación por melanina.
- Queratosis y envejecimiento de la piel.

QUEILITIS PRURITICA

(PRURIGO ACTINICO DEL LABIO INFERIOR)

Es una forma de fotodermatitis crónica descrita por primera vez en 1983, designándose también como linfoplasia benigna mucosa o queilitis de linfoplasia benigna. Este último término podría ser el más adecuado, ya que describe la lesión anatómica y su apariencia microscópica (23).

La entidad evidente clínicamente es una queilitis costrosa con áreas depigmentadas y edema asociado únicamente en el bermellón del labio inferior y a veces aparece en piel, cuyo síntoma principal es prurito local (20, 23). Se ha reportado que es más prevalente en mujeres jóvenes de 20 a 35 años y que inicialmente se observó en indios norteamericanos y raza amarilla principalmente (20, 23) pero afecta otros grupos de población involucrando personas de ancestro mongoloide y mexicanos (20). Es más común en personas de piel morena (23). En el estudio realizado en 26 pacientes del Hospital Roosevelt sobre Queilitis Solares en 1992 (20), el 85% (22 casos) de los pacientes padecían de queilitis prurítica, el 11% (3 casos) a queilitis actínica y el 4% (1 caso) a Carcinoma espinocelular (20).

La edad reportada por esta investigación varía posiblemente por los parámetros tomados, porque indica que la edad más común a la cual se presenta la queilitis actínica es entre los 31 a 50 años (42% de los casos) seguida de los 11 a los 30 años (35% de los casos) y por último de 51 a 70 años (23% de los casos) (20).

MANIFESTACIONES CLINICAS : (VER CASOS EN ANEXO # 7)

Las principales manifestaciones clínicas reportadas por la literatura son: (20, 23)

- Prurito del labio inferior y/o ardor.
- Atrofia.
- Costras y excoriaciones en bermellón del labio inferior.
- Secreciones serosas y sanguinolentas (no características).
- Labio suave, edematizado y pérdida de la elasticidad, sensible a la palpación.
- Pigmentación perilesional posterior a la inflamación (90% de los casos).

El estudio realizado por Sonia María Linares en el área de dermatología del Hospital Roosevelt en 1992 con 26 pacientes, indica que en la sintomatología el prurigo es el más común seguido del ardor, dolor y en menor cantidad la resequedad, mientras en los signos o características de la lesión presentaba en el 80% de los casos una ulceración con hiperpigmentación, seguidos de edema, vesículas y en la mitad de los casos induración y costras (20).

El principal síntoma es el prurito del labio inferior (20, 23), que por medio de éste, el paciente se muerde o rasca el labio y, por consiguiente, aparecen los demás síntomas (23).

La queilitis prurítica es una entidad benigna y los resultados histopatológicos, con seguimiento continuado, no han mostrado evidencia alguna de transformación maligna (20, 23).

ETIOLOGIA :

En algunos reportes se ha considerado a la luz solar, como un factor precipitante en la ocurrencia de esta lesión (20, 23). Un paciente con reacción anormal a la luz, podría presentar un eritema exagerado e incluso cambios de coloración de la piel y la mucosa. Otro posible factor etiológico puede ser una tendencia familiar.

Debe mencionarse que en un grupo de pacientes evaluados en el Hospital San Juan de Dios, se encontró VDRL/FTA-ABS Positivo en los pacientes tratados con esta enfermedad lo cual los vincula con sífilis (23).

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS :

Las principales características histopatológicas reportadas sobre queilitis prurítica son (23):

- Licuefacción focal y degeneración de la capa de células basales.
- Infiltración de células inflamatorias en la lámina propia que se puede extender a la muscular y grasa (20, 23).
- Infiltrado crónico que incluye abundantes linfocitos, macrófagos, neutrófilos, mastocitos, células plasmáticas y eosinófilos.
- Foliculos linfoides con centros germinales bien diferenciados de células reticulares e histiocitos.
- Proliferación de vasos sanguíneos y células endoteliales edematizadas.

El rasgo sobresaliente de la histología, es la infiltración linfocítica con formación de folículos con centros germinales bien diferenciados, ésta casi no se

observa en otras enfermedades que afectan la mucosa bucal y pueden caracterizar a esta enfermedad (23).

Esto lo corrobora la investigación realizada en el Hospital Roosevelt, cuando en los pacientes evaluados se encontró el 100% de los casos el infiltrado inflamatorio, en el 75% licuefacción de la capa basal y edema de corión y células endoteliales, mientras la vasodilatación en solo el 55% de los casos (20).

TRATAMIENTO :

- El uso de filtros solares, como único tratamiento, ha sido reportado totalmente inefectivo (23). Esteroides tópicos, agentes antipalúdicos y antibióticos han sido usados con algún éxito en controlar los síntomas, pero han tenido poco efecto sobre la enfermedad.
- Se ha señalado algún éxito en el tratamiento con antibióticos (Gentamicina y Eritromicina) acompañado con administración sistémica tópica de corticoesteroides y cloroquina, (23).
- También se ha sugerido administración intralesional de Acetonido de Triamsinolona 1 mg. Al 0.1% (24) (Kenacort A), en un máximo de 7 dosis a intervalos semanales, seguido con administración tópica de propionato de clobetazol, aplicada tres veces al día y reduciéndola progresivamente según evolución del paciente (23), otros como el Kenacort 0.4 ml con 0.4 ml de Xilocaina o Lidocaina inyectada intralesional en el labio, usando jeringa para insulina, una vez por semana por 5 a 7 semanas.

La Triamsinolona es un Corticoesteroide cinco veces más potente que la hidrocortisona con acción antiinflamatoria y analgésica prolongada (23, 24) que se ha utilizado entre otras cosas para el tratamiento de enfermedades alérgicas reumatoideas y el colágeno aplicándola tópicamente o en solución inyectable intralesional e intramuscular. El tratamiento prolongado puede resultar peligroso en caso de hipertensión insuficiencia cardiaca, Nefritis Crónica o Diabetes Mellitus (23).

El Propionato de Clobetazol es un Corticoesteroide tópico muy activo, de especial valor para el tratamiento de dermatosis resistente, Psoriasis, Liquen plano, Lupus eritematoso discoide y otras enfermedades que no responden satisfactoriamente a esteroides menos potentes (23). El tratamiento intenso y prolongado con preparados corticoesteroides tópicos en la piel, con estrías, adelgazamiento y dilatación de vasos sanguíneos superficiales especialmente cuando se usan vendajes oclusivos (23).

En pacientes de bajos recursos que no pueden costear una medicación con esteroides u otros fármacos, se pueden tratar con protectores o bloqueadores solares número 15 o mayores en lápiz y evitar la exposición solar usando sombrero o gorras u otro medio para evitar el contacto de los rayos solares con los labios.

Los protectores solares son agentes que protegen al cuerpo de los efectos de la luz solar, evitando diversas enfermedades de la piel y mucosas, causadas por los rayos ultravioleta. los protectores solares químicos incluyen pasta se óxido de zinc, talco, dióxido de titanio, caolín, óxido férrico, vaselina roja y bentonita. Los protectores solares que absorben rayos ultravioleta de 290 a

320 nm de longitud de onda, son el ácido para aminobenzoico y sus éteres, cinamatos y salicilatos (12).

QUEILITIS ACTINICA

La Queratosis Actínica o Queratosis Solar generalmente aparece en regiones de la piel que han tenido una exposición crónica al sol como la cara y parte dorsal de las manos (20, 22). Sin embargo el adjetivo solar es más específico, porque se refiere al sol como causa, mientras el adjetivo actínica, se refiere a una variedad de rayos solares específicos (20). La queilitis actínica o queilitis solar es una condición relacionada y aparece generalmente en los labios inferiores (19, 22, 31).

El carcinoma invasor de células escamosas o carcinoma escamocelular se puede producir por este tipo de patología (7, 22, 31). Se considera que más del 10 (22) y 20% según otros (20) de estas lesiones sufren transformación maligna y se ha comprobado bien que la elastosis actínica de los labios es precursora del carcinoma labial (22). La elastosis actínica es un estado degenerativo, debido a cambios en las fibras elásticas del tejido conjuntivo de la piel, por exposición excesiva a los rayos solares. Esta desarrolla un área blanca de epitelio atrófico, con cicatrización subyacente de la lámina propia, pero cuando ésta se erosiona o úlceras se considera una Queilitis Actínica (22, 31). Ninguna de éstas se considera una leucoplasia.

La queratosis actínica es una condición premaligna que deberá ser tratada con uno de los métodos terapéuticos disponibles (21, 31), morfológicamente las células presentan anaplasia, sin embargo biológicamente las lesiones son benignas estacionarias (19).

La queilitis actínica es una fotodermatitis que se da principalmente en el labio inferior por etapas, pero puede ocurrir en ambos, iniciando con el endurecimiento del labio, la mucosa de la región se descama y es asintomático, luego aparece la úlcera que persiste con el endurecimiento (1, 3, 5, 11, 18, 19, 20, 22, 31).

Es más común en adultos de sexo masculino entre 40 y 80 años de tez blanca (1, 13, 19, 31), algunos autores designan una proporción de 9 a 1 con respecto entre hombres y mujeres, siendo la mayor parte de casos, personas del área rural, como agricultores, obreros de construcciones o jubilados (Martínez y Naranjo 1987) (1) puede ser de dos tipos (19, 31):

- a) *Aguda*, dolorosa, y es consecutiva a la exposición prolongada y severa a la luz solar y afecta sobre todo al labio inferior. Esta se presenta con edema, vesiculación y ulceración (7, 15, 31).
- b) *Crónica o Queilitis exfoliativa solar* (19), indolora, cuando se transforma a una enfermedad maligna, produce metástasis rápida (12, 15, 31), esta se desarrolla como resultado de la exposición repetida a la radiación actínica (12), la que es una onda electromagnética situada más allá del extremo violeta y que produce efectos químicos (18) en los trabajadores al aire libre y produce cambios queratósicos lisos y difusos de color gris plateado sobre el labio inferior, que le dan un aspecto atrófico semejante a papel delgado (7). Esta es la más frecuente, sobre todo en los trabajadores al aire libre como marineros y agricultores (13).

Los cambios clínicos del carcinoma temprano del labio pueden ser tan sutiles que es imposible diferenciar entre carcinoma y queilitis actínica crónica sin examen histológico (7).

Además no se pueden confundir la queilitis actínica con la Leucoplasia, la que es un término clínico sin connotación histológica (3, 29), utilizada para indicar un parche o placa blanca que se presenta en la superficie de una membrana mucosa la cual no se puede raspar o eliminar (3, 29).

Su etiología es variada, pudiendo influir en la misma: El tabaco, alcohol, sepsis bucal, irritación local, sífilis, deficiencia vitamínica, alteraciones endócrinas y galvanismo (3, 29).

Sus características de tamaño, localización y apariencia clínica son variables (3, 29, 31), pueden ser desde placas blancas translúcidas hasta lesiones induradas, gruesas, fisuradas, papilomatosas (3, 29), algunos casos presentan zonas rojas como lo es en leucoplasia moteada (29), puede ser de color blanco, gris o blanco amarillento.

Es más común en mucosa y pliegue mandibular, seguido de mucosa vestibular, labio inferior, mucosa maxilar y surco (31).

Según el reporte de la investigación en el Hospital Roosevelt en 1992, sobre queilitis solares; la mayor parte de afectados eran amas de casa (57%) seguida de estudiantes y obreros (12% cada uno), procedentes de la Ciudad Capital (54%) y del Altiplano y Costa Sur (27 y 19% respectivamente) (20).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: (VER CASOS EN ANEXO # 8)**a) AGUDA**

- ☞ Dolorosa (7, 15, 31).
- ☞ Labio edematizado, ulceroso y vesicular, con pérdida de elasticidad, reseco (7, 13, 20, 31).
- ☞ Placas blanco grisáceas (13).
- ☞ Fisuras paralelas orientadas en sentido perpendicular al eje longitudinal del labio que provocan dolor (13).

b) CRÓNICA (Más frecuente)

- ☞ Labio en apariencia atrófica, reseco, pálido y brillante (1, 7, 22, 31).
- ☞ Comisura y unión mucocutánea fisurada y arrugada, en los casos avanzados, ésta es irregular y borrosa hasta el punto de perderla (7, 31).
- ☞ Epidermización* evidente del labio inferior (31) ,ésta es una regeneración del epitelio a partir de las células de la capa interna o basal.
- ☞ Zonas de hiperpigmentación y queratosis, descamación superficial, grietas y erosiones (1, 2, 18, 20, 22, 31).
- ☞ Indolora (29).
- ☞ Puede infectarse (1).

ETIOLOGIA:

- ☞ Exposición solar, en especial a luz ultravioleta (2900 a 3200 A°) (1, 7, 5, 13, 19, 22, 31).
- ☞ Trauma constante (31).

* La Epidermización es el desarrollo de células (epitelio estratificado) a partir de células mucosas (epitelio cilíndrico) (18).

Fumar pipa (15, 31).

HISTOLOGIA :

Atrofia e hiperqueratosis y ortoqueratinización del epitelio (7, 13, 20, 31) con áreas de hiperplasias, atrofas y displasias del epitelio (7, 20) y células basales hipercromáticas, las características más notables son basofilia de la lámina propia llamada elastosis (13, 22, 31) y aparición de vasos telangectásicos (31).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

La aguda se confunde al inicio con Herpes simple; además con queilitis prurítica y leucoplasia (19).

TRATAMIENTO :

Agentes tópicos :

- Fluorouracilo (5-Fu) (7, 11, 13, 19, 22, 31).
- Ácido retinoico (21, 31).

Remoción quirúrgica (7, 31):

- Bermellonectomía .
- Labiectomía (7, 13, 31).
- Resección quirúrgica de toda la semimucosa (31).
- Laser de CO₂ (30)

Pantallas protectoras:

- ▶ Protectores o bloqueadores solares SPF número 15 como mínimo en lápices labiales (13, 29, 31).
- ▶ Sombrero o gorras.

Medicamentos:

- ▶ Esteroides tópicos.
- ▶ Antihistamínicos.
- ▶ Antiinflamatorios.

El pronóstico es bueno, siempre y cuando el tratamiento se efectúe antes de una transformación maligna (19). Está indicado el manejo conservador con observación de la respuesta de los labios a los protectores solares, si no existen sospechas de malignidad, de lo contrario la biopsia es indispensable (7). La persona afectada se le debe controlar cada 3 a 6 meses y además evitar la exposición al sol. En el pasado era popular la bermellonectomía pero más recientemente resultó bastante exitoso el tratamiento con una solución de 5-Fluorouracilo al 5% (5-FU). La solución se aplica brevemente tres veces por día en toda el área del borde rojo del labio con la punta del dedo, evitando la mucosa húmeda. El tratamiento se continúa durante 9 a 15 días, esto produce una erosión brusca, la curación es completa a las 2 o 3 semanas después de suspender el 5-FU (7). La aplicación de 5-FU en los labios produce eritema, seguido de vesiculación, erosión, ulceración, necrosis y reepitelización. Entre los tratamientos suele aplicarse un Corticoesteroide tópico con la finalidad de controlar la tumefacción

labial (22). El 5-Fluorouracilo destruye el epitelio dañado actínicamente, provocando su eliminación y como consecuencia, úlceras dolorosas (13).

La fórmula de vitamina A y Alpha Interferón tiene un uso efectivo en el tratamiento de tumores premalignos y malignos (21). La vitamina A es un término genérico que abarca a todos los compuestos de origen animal, que presentan actividad biológica de la vitamina A, como Retinol, Ácido Retinóico y Retinal (25). También es un constituyente del pigmento visual y mantiene los epitelios (2, 14). Los Retinoides y Carotenoideos tienen actividad anticáncer humanos que surgen de tejidos epiteliales que dependen de retinoides para la diferenciación celular normal (14), al haber ausencia los epitelios son reemplazados por epitelio escamoso estratificado queratinizado anormal (2). Algunos estudios epidemiológicos han demostrado que existe una relación inversa entre el contenido de la vitamina A de la dieta y el riesgo de cáncer al igual que lo hace la administración de retinoide al disminuir el efecto de algunos cancerígenos (25). El ácido retinoico tiene una impresionante actividad en diferentes desórdenes como la Queratosis Actínica, Displasia Verrugosa y de otras epiteliales como Leucoplasia y Displasia cervical (21). Las pomadas con ácido retinoico, alteran la proliferación epitelial y la diferenciación, favoreciendo la descamación epitelial (13).

El ácido retinoico tiene un 33% de eficacia al usarse tópicamente y un 51% al ser usado sistémicamente en carcinomas basales y de células escamosas (21).

La terapia de ácido retinoico y Alpha interferón han tenido buen resultado en Melanomas, Lipomas y la combinación de estos medicamentos es usada para terapia temprana y avanzada de diferentes casos de malignidad (21).

La labiectomía se realiza con un injerto de mucosa para reemplazar las zonas extirpadas (31).

La técnica de láser con CO² se utiliza desde 1972 creada por Jako y Strong con fines médicos, se ha ido ampliando su uso en distintas áreas de la medicina (32).

El Servicio Español de Cirugía Oral y Maxilofacial SECOM, reporta haber utilizado éste método por ocho años en cirugías de la cavidad bucal en 120 pacientes, de los cuales 22 eran queilitis actínicas labiales. Además reporta que en las 120 cirugías se presentaron las complicaciones: 7.5% hemorragias postoperatorias, 10% retracción cicatrizal, 15.8% dolor postoperatorio en la herida. Por lo que recomiendan el láser CO² como una alternativa válida a los métodos clásicos con menor índice de hemorragia y mayor precisión quirúrgica respecto a ellos (32).

Los pacientes con alto riesgo, deben usar sustancias bloqueadoras del sol, como ácido paraaminobenzoico (PABA) o sus derivados cuando se expongan al sol (31).

CUADRO No. 3 **CARACTERISTICAS DE LOS FILTROS Y BLOQUEADORES SOLARES** (4)

FILTROS SOLARES	BLOQUEADORES SOLARES
- Absorbe la luz - Protege de la luz (menores de 3200 Å^o) - Reduce las quemaduras (eritema) - Ejemplos: ácido paraaminobénico y paraaminobenzoato	- Disipa la luz - Protege de la luz (mayor de 3200 Å^o) - Reduce el bronceado (melanogénesis) - Ejemplos: óxido de zinc y dióxido de titanio

QUEILITIS GLANDULAR

Es una afección poco común del labio inferior, aunque se tiene la hipótesis que es una irritación crónica a una exposición prolongada al sol (17, 19, 20).

Esta es llamada también Queilitis Apostematosa (glandularis apostematosa) (15) o Adenima Oris (7). Se conoce desde hace más de 130 años descrita por Volkmann en 1870 (13, 31), como una tumefacción hipertrófica rara de las glándulas salivales menores del labio inferior que produce ectropión del labio y orificios ductales prominentes que se caracteriza por un agrandamiento inflamatorio crónico, supuración (13, 17, 18, 19, 29, 30, 31) y eversión del labio inferior (13, 18, 29, 30) reduciendo su movilidad (20). El labio está endurecido, y su superficie mucosa expuesta está cubierta de múltiples y pequeñas aberturas rojas (17, 19, 30, 31) o negras (13), que son los conductos agrandados y dilatados (17, 19, 30, 31).

Como consecuencia de la inflamación aparecen múltiples máculas rojas pequeñas y orificios semejantes a un tamiz en la mucosa (7, 17, 30) que exudan un mucus viscoso (30) principalmente al apretarlos (13, 19). Debido a esta secreción los labios pueden pegarse entre sí (30), además de llegar a formar quistes mucosos (19).

Se presenta principalmente en hombres (12, 17, 30, 31) de edad media y mayores, más común entre 20 a 60 años (17, 31), por lo general de raza blanca (17, 30), se estipulan algunos tipos de queilitis glandular, basados en la descripción de Puente y Volkmann, que mas tarde clasificados por Weir y Johnson, los que describen básicamente tres tipos de queilitis glandular (7, 12, 13, 17, 20, 30) :

a) *Simple* (7, 12, 13, 17, 29, 30, 31).

b) *Supurativa superficial (enfermedad de Baelz's)* (7, 12, 13, 17, 29, 30, 31).

c) *Supurativa profunda (Queilitis Glandular Apostematosa, Mixadenitis Labial)* (7, 12, 17, 29, 30, 31).

Algunos carcinomas se han relacionado con la queilitis glandular, por el ejemplo el Carcinoma Escamoso del labio en un 18 a 35% de los casos (12, 17), otros autores lo consideran en un promedio del 20% (19), pero a pesar de esto, es considerada un proceso benigno y debe ser manejada con un tratamiento conservador adecuado (20).

La Queilitis Granulomatosa es confundida con la queilitis glandular, porque presenta características clínicas similares, al presentar una difusa hinchazón de los labios inferiores, con un dudoso origen, pero esto es una idea, para representar una forma regional de una atípica enfermedad (20).

CARACTERISTICAS CLINICAS: (VER CASOS EN ANEXO # 9)

a) SIMPLE (Es el más común de los tres tipos):

- ☞ Sin dolor (13, 30).
- ☞ Ectropión y agrandamiento de glándulas salivares del labio inferior (7, 12, 30), las que pueden llegar a ser nodulares (13, 17, 31).
- ☞ Múltiples lesiones del tamaño de un alfiler, con depresiones centrales y canales o conductos dilatados (7, 12, 13, 17, 30). Que dan salida a una saliva de mayor consistencia (13).
- ☞ Máculas rojas y/o blanquecinas sobre la mucosa (7).
- ☞ Secreciones mucosas (7).
- ☞ En la palpación es posible apreciar las glándulas salivales engrosadas e hipertrofiadas (13).

b) SUPURATIVA SUPERFICIAL: (Es la forma supurativa de la simple.)

- Costras impetigoides (7, 12, 13, 17, 30)
- ☛ Induración (7, 12, 13, 17, 30)
- ☛ Hinchazón (7, 12, 17, 30)
- ☛ No dolorosa (asintomático) (7, 12, 17, 30)
- ☛ Úlceras superficiales (7, 17, 30)
- ☛ Gotas de pus en orificios de salida de las glándulas, las que forman posteriormente las costras (7), al presionar las glándulas se obtiene una secreción purulenta (13).

c) SUPURATIVA PROFUNDA: (7, 12, 13, 17, 30)

- ☛ Lesiones con infección intensa y profunda (7, 12, 13, 17, 30)
- ☛ Dolorosa debido a la afección bacteriana (7, 12, 13, 17, 30)
- ☛ Ulceraciones (7, 12, 17)
- ☛ Hinchazón (7, 17, 30)
- ☛ Absceso y conductos fistulosos (7, 12, 13, 17, 30)
- ☛ Producen cicatrices (7, 17, 30)
- ☛ Labio doloroso, tenso, con dificultad para el habla y la alimentación (7)

ETIOLOGIA:

El verdadero origen de la queilitis glandular no se conoce, pero se tiene varias hipótesis, por ejemplo Von Volkmann dice que es posible que tenga un origen sífilítico, por lo que se enlistan las causas más comunes que diferentes autores sugieren:

- ☞ Exposición crónica al sol (12, 19, 29, 30, 31)
- ☞ Polvo (29, 30)
- ☞ Viento (12, 29, 30)
- ☞ Tabaco (12, 17, 29, 30)
- ☞ Congénito (12, 17, 29, 30, 31)
- ☞ Mala higiene bucal (7, 12)
- ☞ Sífilis o enfermedades bacterianas (12, 17, 31)
- ☞ Irritación crónica (trauma o químicos) (7, 17).

HISTOLOGIA :

No existe un cambio morfológico en las glándulas salivares labiales en el cual se basa el diagnóstico histopatológico de esta lesión (17).

Pero principalmente los cortes microscópicos muestran hiperplasia de las glándulas mucosas y la infiltración de linfocitos (difuso y no específico) (17, 29), edema, hiperemia, hiperqueratosis e inflamación secundaria de las glándulas y conductos (29, 30).

Según un caso publicado por Oral Surgery en su volumen 53 No. 6 (1982), describe en la histología: Paraqueratosis, acantosis irregular, alteración de la capa focal supracapilar, infiltrado inflamatorio crónico en el tejido conectivo y en lámina propia, variación en la madurez y espesor del tejido conectivo y área de fibrosis, prominentes lóbulos de glándulas salivares con presencia de tejido conectivo con áreas de tejido fibroso (30).

TRATAMIENTO :

El tratamiento de elección consiste en la aplicación de ungüentos o pomadas protectoras de los labios (29), otros recomiendan la bermellonectomía, esteroides intralesionales (7, 13, 17, 31) desgaste quirúrgico del labio (30), pero se requieren más estudios sobre la lesión .

Debido a los cambios premalignos observados algunos prefieren la bermellonectomía (17, 20), el uso de corticoesteroides intralesionales está indicado en pacientes comprometidos, médicamente o con formas leves de la enfermedad (12, 17, 31).

La bermellonectomía con reducción del labio o sin ella, tiene muy buenos resultados ya que se elimina la eversión del labio y, como consecuencia, la acción sobre éste de agentes físicos y químicos cancerígenos (12).

PRONOSTICO:

Se ha reportado relación de la queilitis glandular con carcinoma de células escamosas, por lo que se presume, que la eversión del labio inferior en ésta, aumenta la susceptibilidad hacia los factores etiológicos para que se produzca el carcinoma (31).

La queilitis glandular, no es una condición premaligna, pero, es un indicador de un incremento a la susceptibilidad de cambio (31), por lo que se debe tratar la patología antes de que éste ocurra para que el pronóstico sea favorable.

CUADRO No. 4 CARACTERÍSTICAS DE LESIONES

LESION	APARIENCIA CLINICA	SEXO Y EDAD	LOCALIZACION	COLOR DE PIEL	HISTOLOGIA	TRATAMIENTO	ETIOLOGIA
QUEILITIS ACTINICA a) <i>aguda</i> b) <i>crónica</i>	Labio inferior edematizado, ulceroso y vesicular, con pérdida de la elasticidad y doloroso. Labio atrófico, pálido y brillante, con zonas de hiperpigmentación y queratosis, descamación superficial, grietas y erosiones, indolora, la unión mucocutánea y la comisura se encuentran fisuradas y arrugadas, pero en los casos avanzados se pierde y confunde el bermellón y piel que lo rodea.	Masculino 40 a 80 años	Principalmente en labio inferior, pero puede aparecer en ambos labios.	Piel Blanca	Atrofia e hiperqueratosis y ortoqueratinización del epitelio, con áreas de hiperplasia y displasias, además de células basales hiper Cromáticas, pero las características más notables son la basofilia de la lámina propia llamada elastosis, además de aparición de vasos telangectásicos.	Cirugía como labiectomía o bermellonectomía, Agentes tópicos como 5-FU y ácido retinóico, además de protectores solares SPF #15 o mayores, además de sombrero o gorra.	Exposición solar (luz ultravioleta, 2900-3200 A°), trauma constante.
QUEILITIS PRURÍTICA	Prurito del labio inferior, edema, labio suave con pérdida de la elasticidad y sensible a la palpación, atrofia, costras y excoriaciones en bermellón, secreciones serosas y sanguinolentas, pigmentación perilesional (90% de los casos).	Mujer joven de 20 a 35 años	Bermellón del labio inferior y a veces en piel.	Piel Morena	Licuefacción focal y degeneración de la capa basal, infiltrado crónico de células inflamatorias, folículos linfoides con centros germinales bien diferenciados de las células reticulares e histocitos, proliferación de vasos sanguíneos y células endoteliales edematizadas.	Filtros solares, Inyección intralesional de Kenacort (0.4 ml) más anestesia con vasoconstrictor (0.4 ml), en el labio, una vez por semana, por 5 a 7 semanas.	Luz solar, tendencia familiar, sífilis.

LESION	APARIENCIA CLINICA	SEXO Y EDAD	LOCALIZACION	COLOR DE PIEL	HISTOLOGIA	TRATAMIENTO	ETIOLOGIA
LEUCOPLASIA	Es más común en hombres adultos (40-80) parche o placa blanca, gris o blanca amarillenta que no se puede eliminar al rasparla, de localización y apariencia variable, más común en mucosa y pliegue mandibular.	Mayor en Hombres de 40 a 80 años	Variable		Displasia del epitelio superficial, hiperortoqueratosis.	Eliminar los factores irritantes, vitamina A y B, Estrógenos, Radiación, Extirpación quirúrgica.	Tabaco, alcohol, sepsis bucal, irritación local, sífilis, deficiencia vitamínica, alteración endocrina, radiación actínica.
QUEILITIS GLANDULAR a) <i>simple</i> b) <i>supurativo superficial</i> c) <i>supurativo profundo</i>	No hay dolor, se encuentra agrandamiento del labio inferior, con múltiples lesiones del tamaño de un alfiler, las cuales tienen depresiones centrales y dilatadas, máculas rojas y/o blanquecinas, secreciones mucosas Costras, induración, hinchazón con úlceras superficiales en el labio, indolora. Lesiones con infección intensa, absceso y conductos fistulosos, formación de costras.	Más común en Hombres de 20 a 40 años	Labio Inferior.	Piel blanca	Hiperplasia de las glándulas mucosas e infiltrado de linfocitos y plasmocitos, edema hiperemia, hiperqueratosis e inflamación secundaria.	Protectores solares, bermellonectomía, desgaste quirúrgico del labio.	Desconocida, pero se consideran: Exposición solar, polvo, viento, tabaco, frecuencia familiar e irritación.
QUEILITIS GRANULOMATOSA	Tumefacción difusa de los labios, parálisis facial (20%), lengua fisurada (40%).				Granulomas no caseosos, inflamación crónica, edema.	Eliminación de los focos de infección odontogénica, esteroides intralesionales (acetonida de Triamsinolona).	

MONOGRAFIA DE MONTELLANO

Aldea del municipio de San Miguel Panam del Departamento de Suchitepéquez, su nombre geográfico oficial es *Montellano*.

Localizada sobre el kilómetro 143 de la carretera asfaltada "RD-4" que se dirige al municipio de Chicacao Suchitepéquez, a siete kilómetros del entronque con la CA-2, sobre el kilómetro 136 a la altura de Nahualate.

Por lo que dista de la capital de Guatemala 143 Kms. y de su cabecera departamental (Mazatenango) 31 Kms.

Limita hacia:

Norte	<i>Finca Los Encantos</i> <i>Finca Tikal</i>
Sur	<i>Finca Montecristo</i> <i>Finca Turingia</i>
Oriente	<i>Río Cutzán</i> <i>Finca Los Encantos</i>
Poniente	<i>Riachuelo los Encantos</i> <i>Finca Tikal</i> <i>Finca Turingia</i>

VER MAPA EN ANEXO #1

No posee accidentes geográficos de importancia, pero su suelo cuenta con muchos cerros de poca altura.

Constituyen sus accidentes hidrográficos el Río Cutzán que pasa hacia el Oriente de la aldea y el riachuelo Los Encantos, el cual se encuentra al poniente.

Su clima es cálido y la altitud a la que se encuentra es de 1100 pies sobre el nivel del mar.

La flora del lugar está constituida principalmente por plantaciones de Hule, árboles madereros (cedro, palo blanco, conacaste, etc.), mientras los cultivos básicos son maíz, frijol, café y cítricos.

La población está constituida por *1300 habitantes* entre hombres, mujeres y niños (no existe un censo que especifique cantidades de cada uno), distribuidos entre *103 casas* que conforman el poblado.

Sus habitantes son en *un 97% de etnia indígena y un 3% ladinos*, siendo el lenguaje de la etnia indígena el Cakchiquel (datos obtenidos en la Municipalidad de San Miguel Panam).

Los habitantes de esta población son en su gran mayoría trabajadores del campo, ya sea por cuenta propia o asalariados de las fincas vecinas, pero en la mayoría de los casos sus ingresos provienen de ambas labores. Participan en estas actividades hombres, mujeres y muchas veces niños; un pequeño grupo es comerciante.

La fiesta patronal de esta población es el 19 de marzo.

Entre los servicios públicos con los que cuentan los pobladores de esta comunidad están dos escuelas, una de educación primaria y una de educación pre-primaria; además con agua entubada desde 1998 y sus necesidades fisiológicas las realizan en letrinas con foso ciego; servicio eléctrico por parte del INDE y además cuentan con un teléfono comunitario.

El servicio de transporte es por medio de empresas extraurbanas particulares que circulan de la ciudad de Mazatenango hacia Chicacao, pasando por esta aldea cada 30 minutos.

OBJETIVOS

GENERALES :

- 1.- Aportar datos sobre la frecuencia de Queilitis Actínica, Prurítica y Glandular en la población de la Aldea Montellano, San Miguel Panam, Suchitepéquez.
- 2.- Proporcionar información científica a la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala y al servicio de la Medicina bucal sobre estas patologías.

ESPECIFICOS :

- 1.- Obtener la frecuencia de casos de Queilitis Actínica, Prurítica y Glandular con relación al sexo, edad, etnia y color de piel.
- 2.- Establecer cuál es el tiempo de ejercer la ocupación, así como el de exposición al sol de las personas afectadas.
- 3.- Determinar si las patologías se presentan solo en un labio, en ambos o piel anexa a éstos.
- 4.- Obtener información si estas patologías están relacionadas con sífilis, hábitos o tendencia familiar.
- 5.- Establecer el tiempo de evolución de la lesión.
- 6.- Describir el tratamiento que los afectados reciben y si éste es efectivo.

HIPOTESIS

- 1.- La frecuencia de casos de Queilitis Actínica, Prurítica y Glandular en trabajadores del campo, mayores de doce años residentes en la Aldea Montellano de San Miguel Panam, Suchitepéquez, corresponde a un 2% de la población estudiada.
- 2.- Por ser las pobladores de este lugar, de piel morena, se presentará un mayor número de casos de Queilitis prurítica que de Actínica y Glandular.

VARIABLES

- ▼ *Casos de queilitis Actínica, Prurítica y Glandular*
- ▼ *Color de piel*
- ▼ *Edad*
- ▼ *Etnia*
- ▼ *Localización anatómica*
- ▼ *Sexo*
- ▼ *Tiempo de ejercer la ocupación*
- ▼ *Tiempo de exposición en el día a los rayos solares*
- ▼ *Tiempo de evolución de la lesión*
- ▼ *Tratamiento*
- ▼ *Relación con otras enfermedades*

DESCRIPCION DE LAS VARIABLES

CASOS DE QUEILITIS ACTINICA PRURÍTICA Y GLANDULAR:

Cantidad de casos de las patologías estudiadas que se presenten en la población.

COLOR DE PIEL: Coloración que presenta la persona según la cantidad de pigmentos en su piel.

EDAD: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta la fecha en que se realiza la entrevista.

ETNIA: Agrupación natural de individuos de la misma cultura, (indígena, ladina, garífuna, etc.)

LOCALIZACION ANATOMICA: Lugar determinado y/o limitado en donde se localicen las características clínicas de las patológicas estudiadas.

SEXO: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer. Clasificación de hombres y mujeres, teniendo en cuenta numerosos criterios, entre ellos las características anatómicas y cromosómicas y diferencias físicas y de conducta.

TIEMPO DE EJERCER LA OCUPACION: Duración en días, semanas, meses o años; que una persona a realizado una labor o profesión dada.

TIEMPO DE EXPOSICION EN EL DIA A LOS RAYOS SOLARES:

Duración de la exposición, de una persona, a los rayos solares durante un día de labores.

TIEMPO DE EVOLUCION: Duración desde la aparición de las manifestaciones clínicas de la patología, hasta la fecha del examen.

TRATAMIENTO: Conjunto de medios de toda clase, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades.

RELACION CON OTRAS ENFERMEDADES: Cuando existe una ligadura, entre la enfermedad estudiada, y otras enfermedades o características que acontecen o que en algún momento la precedieron.

INDICADORES PARA LAS VARIABLES

CASOS DE QUEILITIS ACTÍNICA PRURÍTICA Y GLANDULAR: Por medio de examen clínico y en caso de duda examen histopatológico, dictaminar el diagnóstico de la lesión, catalogándola entre las patologías estudiadas basándose en sus características:

QUEILITIS ACTINICA:

a) *AGUDA*

Dolorosa, labio edematizado, ulceroso y vesicular, con pérdida de elasticidad, reseco, placas blanco grisáceas, fisuras paralelas orientadas en sentido perpendicular al eje longitudinal del labio que provocan dolor.

b) CRÓNICA (más frecuente)

Labio en apariencia atrófica, reseco, pálido y brillante, comisura y unión mucocutánea fisurada y arrugada, en los casos avanzados, ésta es irregular y borrosa hasta el punto de perderla, epidermización evidente del labio inferior, zonas de hiperpigmentación y queratosis, descamación superficial, grietas y erosiones, indolora.

QUEILITIS PRURITICA:

Prurito del labio inferior y/o ardor, ulceración, pigmentación perilesional posterior a la inflamación (90% de los casos), atrofia, costras y excoiaciones en bermellón del labio , secreciones serosas y sanguinolentas (no características), labio suave, edematizado y pérdida de la elasticidad, sensible a la palpación.

QUEILITIS GLANDULAR:**a) SIMPLE (Es el más común de los tres tipos):**

Sin dolor, ectropión y agrandamiento de glándulas salivares del labio inferior las que pueden llegar a ser nodulares, múltiples lesiones del tamaño de un alfiler, con depresiones centrales y canales o conductos dilatados, que dan salida a una saliva de mayor consistencia, en la palpación es posible apreciar las glándulas salivales engrosadas e hipertrofiadas.

b) *SUPURATIVA SUPERFICIAL: (Es la forma supurativa de la simple.):*

Costras impetigoides, induración, hinchazón, no dolorosa (asintomático), úlceras superficiales, gotas de pus en orificios de salida de las glándulas, las que forman posteriormente las costras al presionar las glándulas se obtiene una secreción purulenta.

c) *SUPURATIVA PROFUNDA:*

Lesiones con infección intensa y profunda, dolorosa debido a la afección bacteriana, ulceración, hinchazón, absceso y conductos fistulosos, producen cicatrices, labio doloroso, tenso, con dificultad para el habla y la alimentación,

COLOR DE PIEL: Según el criterio del evaluador, a la inspección visual y basándose en la guía de color elaborada para el estudio (*Anexo # 6*), se cataloga el color de piel del rostro de la persona examinada entre las siguientes categorías:

- a) **Piel blanca:** Persona que presenta una piel de tonalidad blanca o con una nula o mínima formación de pigmentos de la piel a la observación.
- b) **Piel morena clara:** Persona que presenta una piel con un grado de bronceado o una formación media de pigmentos de piel, a la observación.

c) **Piel morena:** Persona que presenta una piel con mediano bronceado o una mediana formación de pigmentos de la piel a la observación.

d) **Piel morena oscura:** Persona que presenta un mediano alto bronceado o una mediana alta formación de pigmento de la piel a la observación.

e) **Piel negra:** Persona que presenta rasgos de descendencia negra.

EDAD: Años cumplidos que refiera la persona.

ETNIA: Agrupación cultural a la cual la persona refiera pertenecer.

LOCALIZACION ANATOMICA: Parte del cuerpo, delimitado por inspección, donde se localizan las características clínicas de las lesiones estudiadas, en este caso se evaluará labio inferior, superior y piel anexa.

SEXO: Según refiera la persona examinada, Masculino o Femenino.

TIEMPO DE EJERCER LA OCUPACION: Tiempo que la persona refiera de laborar en su ocupación.

TIEMPO DE EXPOSICION EN EL DIA A LOS RAYOS SOLARES: Tiempo que la persona refiere estar expuesta al sol durante el día.

TIEMPO DE EVOLUCION: Tiempo que la persona refiera presentar las características clínicas de las patologías estudiadas (Queilitis Actínica, Prurítica y Glandular).

TRATAMIENTO: Medios por los cuales la persona refiera tratar la patología, tales como medicina profesional, tradicionales y populares.

RELACION CON OTRAS ENFERMEDADES: Asociación efectuada por el examinador, luego de establecer con cada persona si ha padecido alguna enfermedad referente a la lesiones estudiadas con otras patologías (sífilis, enfermedades bacterianas, deficiencia vitamínica, alteración endocrina), traumas constantes (tabaquismo, galvanismo, irritaciones químicas) o antecedentes familiares (congénito, otros casos en la familia).

METODOLOGIA

- Se conversó con el señor Juan Coche Ixmata, Alcalde de San Miguel Panam, quien reside en la Aldea Montellano, sobre el trabajo a realizar.
- Se dividió la población; que consta totalmente de 1300 habitantes, distribuidos en 103 casas , en cinco sectores, ya que la carretera CA-2, divide la Aldea en dos partes, una localizada al Occidente o Poniente que a su vez se dividió en dos sectores el Nor-occidente que se catalogó como el número uno, y el Sur-occidente que sería el número dos; la otra parte de la

población orientada hacia el Este u Oriente, se dividió en tres sectores, uno Nor-oriente que fue el número tres, uno central denominado número cuatro y un sector Sur-oriental al cual le correspondió el número cinco.

- Se le informó a la población de cada sector el trabajo a realizar, así como la fecha en que se llevaría a cabo; esta labor de información estuvo a cargo de los voceadores del Alcalde auxiliar.
- El trabajo consistió en realizar una visita domiciliaria, para efectuar el examen clínico de cara, buscando las lesiones características de las diferentes entidades patológicas estudiadas.
- Se obtuvo de todas las personas localizadas, mayores de doce años, el consentimiento informado y comprendido para realizar el examen clínico y el tratamiento para la enfermedad, si fuese necesario.
- El examen clínico se basó en las técnicas de inspección y palpación, para lo cual se llevó una silla plegadiza en ella se sentó la persona a examinar, a quien se colocó en la intemperie pero no bajo el sol, además se usó iluminación artificial por medio de una lámpara (lámpara frontal), la que se portó en la cabeza.
- Para el anterior procedimiento se utilizó, barreras de protección, como guantes, mascarilla y lentes, además de equipo y material para la inspección como lo son: Bandeja porta instrumentos, servilletas protectoras, espejo, bajalenguas, gasas, líquidos para la desinfección y sepsis de instrumental y equipo (germicida y alcohol).

- Se llevó un listado de todas las personas examinadas, para ello, se llenó la hoja respectiva (*ver anexo # 3*).

- Se inspeccionó la región de labios y piel anexa, valorando las siguientes características:
 - ✓ Color y pigmentación en general.
 - ✓ Superficies.
 - ✓ Edema.
 - ✓ Secreciones.
 - ✓ Presencia o no de lesiones básicas y sus características.

- Se palparon labios y piel anexa para obtener la siguiente información:
 - ✓ Confirmación y ampliación de las observaciones hechas en la inspección.
 - ✓ Datos que revela la palpación, como lo son:
 - Localización y relación con otras estructuras.
 - Consistencia : suave, firme, fluctuante, dura.
 - Sensibilidad o sintomatología
 - Movilidad o fijación.

- Todas las personas que presentaron las lesiones estudiadas, se les efectuó la historia clínica y examen de cara; anotando la información en la ficha elaborada para el estudio (*ver anexo # 4*).
- En base a los datos obtenidos se dictó el Diagnóstico Clínico, anotándolo en el espacio correspondiente de la ficha.
- A todas las personas afectadas se les explicó acerca de la enfermedad que padecían y se les aplicó el medicamento correspondiente a la afección (sin ningún costo para ellos), utilizando para ello el protocolo estipulado en este trabajo, como lo es:

✓ ***Queilitis Prurítica:*** Administración de Acetonido de Triamsinolona al 0.1% (Kenacort-A) mezclado con anestesia sin vasoconstrictor (lidocaina o xilocaina) en proporción de 1:1, la cual se aplicó de forma intralesional con una jeringa para insulina, una vez por semana, con un máximo de 7 dosis, se les aconsejó que usaran gorra o sombrero y que eviten la exposición solar prolongada, principalmente entre las 11 y las 15 horas.

Se usó el mismo formato de recetas usado en el área de Médico Quirúrgica (Cirugía y Exodoncia) de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

- En los casos hallados en la aldea Montellano no existió duda para formular el Diagnostico de la lesión ni sospecha de malignidad de ésta, por lo que no fue necesario la realización la biopsia planificada para el caso.
- Se procedió a ordenar y tabular los datos, para efectuar los procedimientos estadísticos correspondientes y presentarlos así en el informe final.

PRESENTACION
DE
RESULTADOS

**POBLACION TOTAL EXAMINADA EN RELACION A EDAD, ETNIA Y SEXO
EN ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 2002**

CUADRO No. 1

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

SEXO	ETNIA	EDAD						TOTAL
		12-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-60 AÑOS	60 O MAS	
MASCULINO	INDIGENA	24	17	19	17	9	6	92
	LADINO	0	2	1	1	0	0	4
FEMENINO	INDIGENA	32	26	24	11	6	4	103
	LADINA	1	0	0	2	0	0	3
TOTAL		57	45	44	31	15	10	202

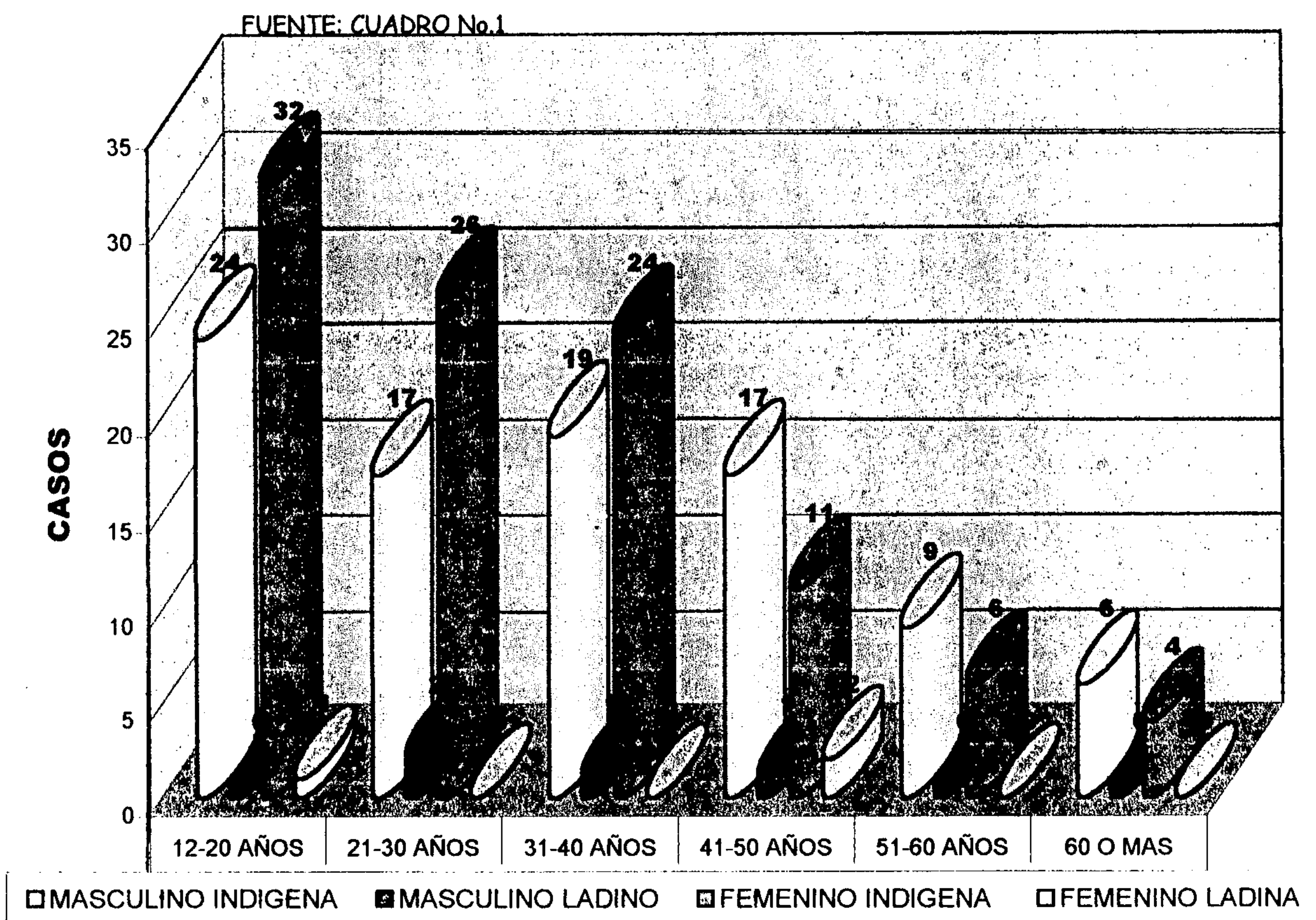
INTERPRETACION:

La población incluida en el estudio fue de 202 personas, en su mayoría de sexo femenino, predominando la etnia indígena, comprendidos entre 12 y 40 años de edad la mayor parte de ellos.

**POBLACION TOTAL EXAMINADA EN RELACION A EDAD, ETNIA Y SEXO
EN ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ**

MARZO - ABRIL 2002

GRAFICA No1



INTERPRETACIÓN:

La mayor parte de población examinada es de etnia indígena, en ambos sexos, predominando la población entre 12 a 40 años de edad.

**POBLACION TOTAL EXAMINADA EN RELACION A COLOR DE PIEL, ETNIA
Y SEXO EN ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ**

MARZO - ABRIL 2002

CUADRO No.2

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

SEXO	ETNIA	COLOR DE PIEL				TOTAL
		BLANCA	MORENA	MORENA CLARA	MORENA OSCURA	
MASCULINO	INDIGENA	0	5	3	84	92
	LADINO	0	2	2	0	4
FEMENINO	INDIGENA	0	24	3	76	103
	LADINA	0	3	0	0	3
TOTAL		0	34	8	160	202

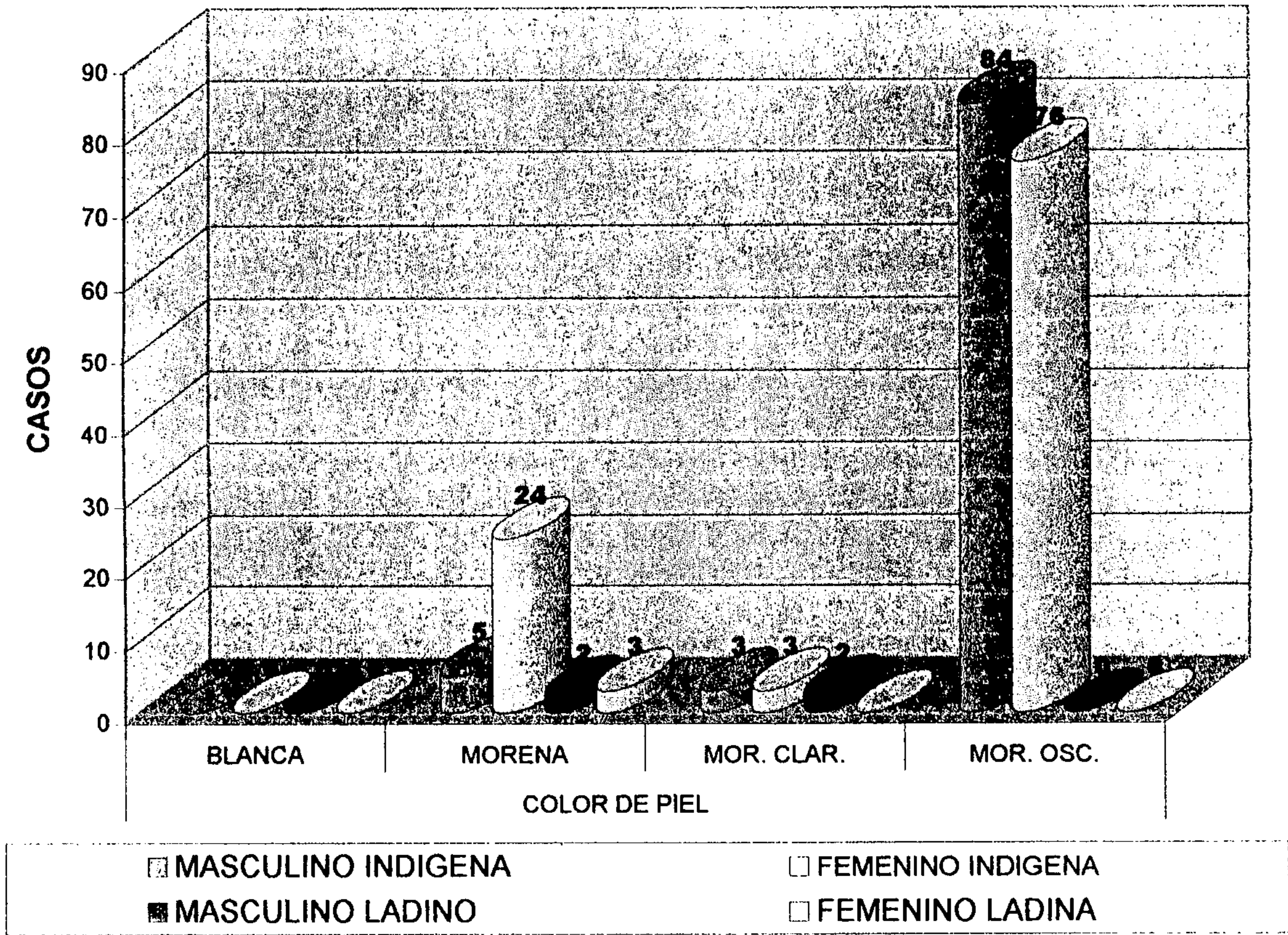
INTERPRETACION:

De las personas examinadas de etnia indígena en ambos sexos en su mayoría presentan una coloración de piel morena oscura, mientras las de etnia ladina su coloración es morena clara.

POBLACION TOTAL EXAMINADA EN RELACION A COLOR DE PIEL, ETNIA Y SEXO EN ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 2002

GRAFICA No.2

FUENTE: CUADRO No.2



INTERPRETACION:

La mayor parte de población examinada de etnia indígena presenta piel morena oscura, seguida por piel morena, en las personas ladinas examinadas su coloración es morena clara a morena.

POBLACION TOTAL EXAMINADA EN RELACION A OCUPACION, ETNIA Y SEXO EN ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 2002

CUADRO No.3

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

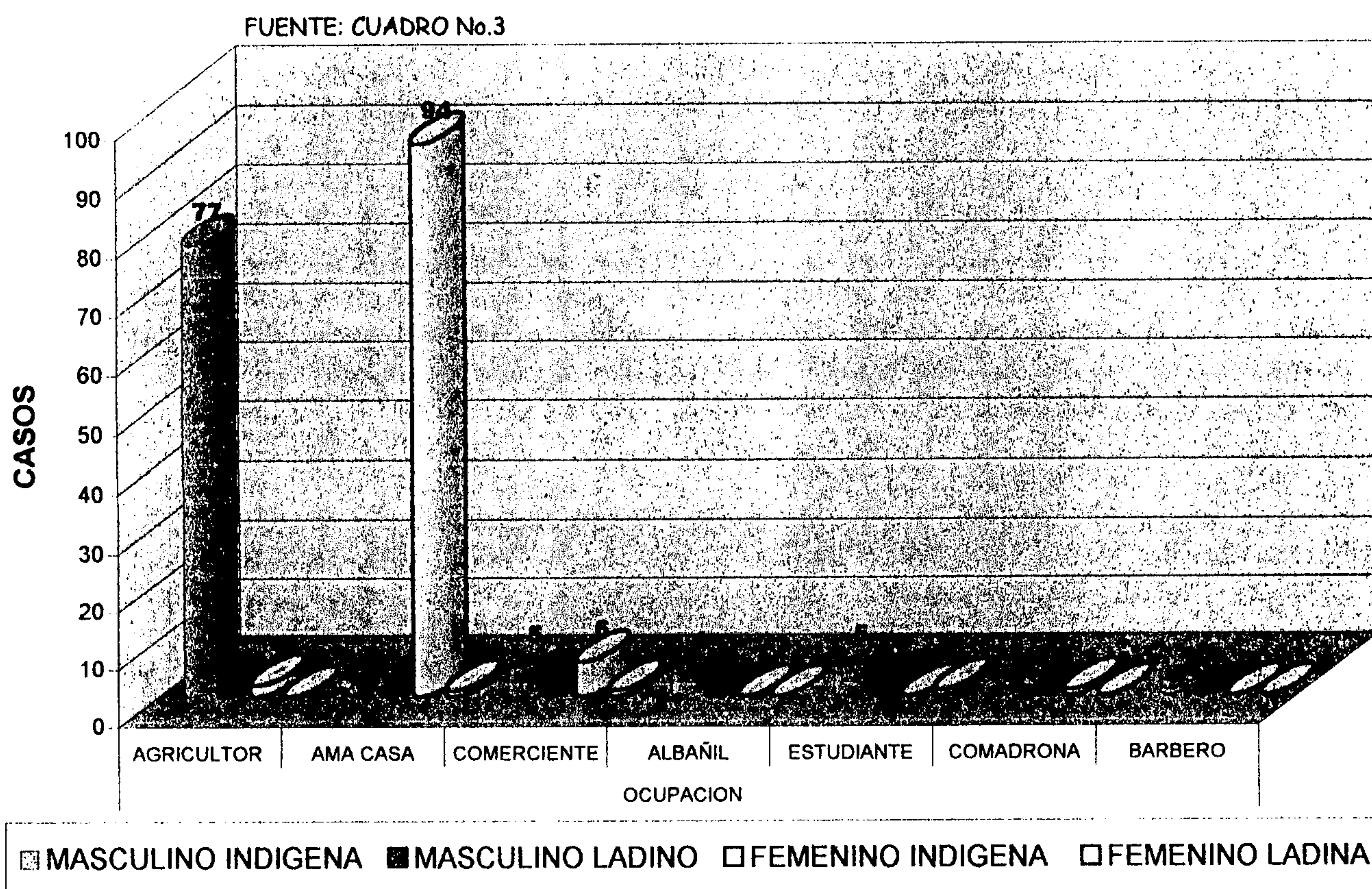
SEXO	ETNIA	OCUPACION							TOTAL
		AGRICULTOR	AMA CASA	COMERCIANTE	ALBAÑIL	ESTUDIANTE	COMADRONA	BARBERO	
MASCULINO	INDIGENA	77	0	5	4	5	0	1	92
	LADINO	1	0	3	0	0	0	0	4
FEMENINO	INDIGENA	2	94	6	0	0	1	0	103
	LADINA	0	1	1	0	1	0	0	3
TOTAL		80	95	15	4	6	1	1	205

INTERPRETACION:

En la etnia indígena las personas de sexo masculino en su mayoría son agricultores, mientras las de sexo femenino son amas de casa, en la etnia ladina en su mayoría son comerciantes.

POBLACION TOTAL EXAMINADA EN RELACION A OCUPACION, ETNIA Y SEXO EN ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 2002

GRAFICA No. 3



INTERPRETACION:

Las personas de sexo masculino indígenas en su mayoría son agricultores, mientras las mujeres de etnia indígena son amas de casa, los ladinos son en su mayoría comerciantes.

**POBLACION TOTAL EXAMINADA EN RELACION A TIEMPO DE EJERCER LA
OCUPACION, EN ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM,
SUCHITEPEQUEZ MARZO - ABRIL 2002**

CUADRO No. 4

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

OCUPACION	TIEMPO DE EJERCER LA OCUPACION						TOTAL
	1-5 años	5-10 años	11-15 años	16-20 años	21-25 años	más de 26 años	
AGRICULTOR (a)	16	15	11	13	2	23	80
AMA DE CASA	5	8	16	24	40	2	95
COMERCIANTE	3	3	0	7	2	0	15
ESTUDIANTE	5	1	0	0	0	0	6
ALBAÑIL	2	1	1	0	0	0	4
COMADRONA	0	0	0	0	0	1	1
BARBERO	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL	32	28	28	44	44	26	202

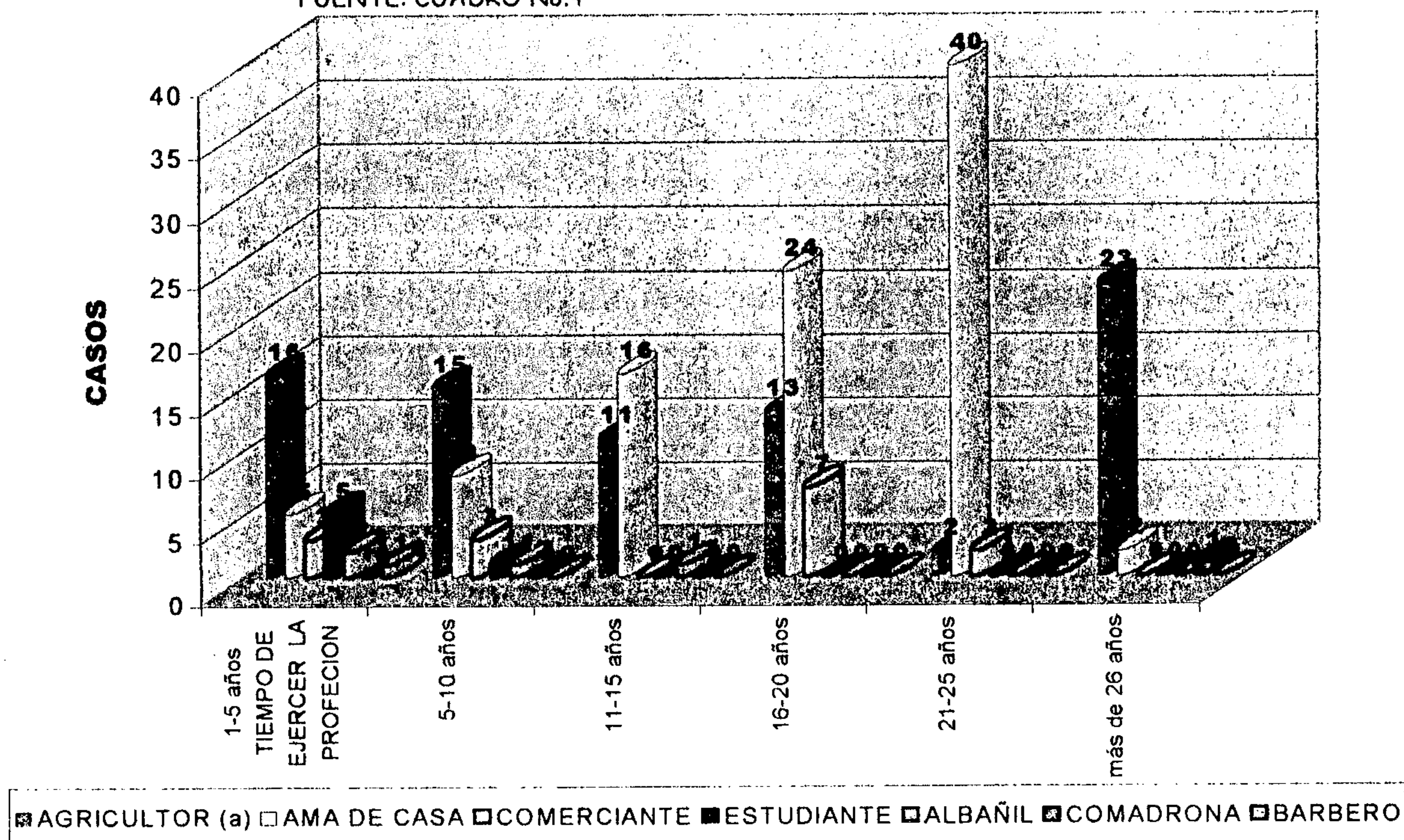
INTERPRETACION:

Los agricultores en su mayoría refieren más de 26 años de ejercer la profesión , mientras las amas de casa de 21 años, los comerciantes 7 años, albañiles, estudiantes y barbero de 1 a 5 años, comadrona más de 26 años.

**POBLACION TOTAL EXAMINADA EN RELACION A TIEMPO DE EJERCER LA
OCUPACION, EN ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM,
SUCHITEPEQUEZ MARZO - ABRIL 2002**

GRAFICA No.4

FUENTE: CUADRO No.4



INTERPRETACION:

Los agricultores refieren más de 26 años de ejercer el oficio, seguido por uno a quince años, las amas de casa refieren de 21 a 25 años en su mayoría, mientras los comerciantes de 16 a 20 años.

**POBLACION TOTAL EXAMINADA EN RELACION A TIEMPO DE EXPOSICION
SOLAR AL DIA, EN ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM,
SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 2002**

CUADRO No. 5

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

OCUPACION	TIEMPO DE EXPOSICION SOLAR AL DIA						TOTAL
	1-2 horas	3-4 horas	5-6 horas	7-8 horas	9-10 horas	11-12 horas	
AGRICULTOR (a)	0	4	9	58	7	2	80
AMA DE CASA	73	18	4	0	0	0	95
COMERCIANTE	0	1	3	3	5	3	15
ESTUDIANTE	0	2	3	1	0	0	6
ALBAÑIL	0	0	0	4	0	0	4
COMADRONA	0	0	1	0	0	0	1
BARBERO	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL	74	25	20	66	12	5	202

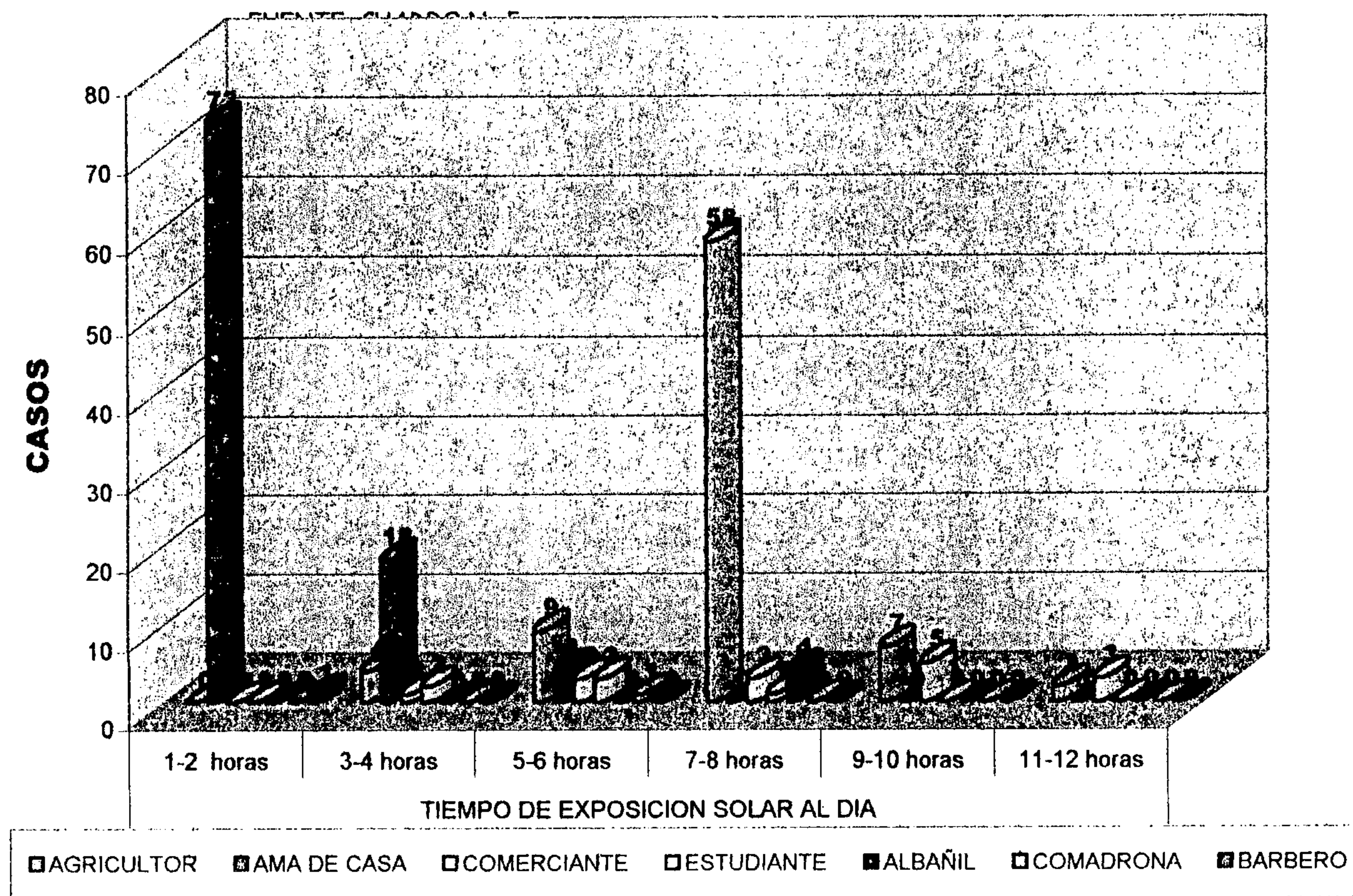
INTERPRETACION:

La mayor parte de agricultores y albañiles refieren de 7 a 8 horas de exposición diariamente al sol, las amas de casa de 1 a 2, los comerciantes de 9 a 10, estudiantes y comadrona de 5 a 6 horas.

**POBLACION TOTAL EXAMINADA EN RELACION A TIEMPO DE EXPOSICION
SOLAR AL DIA, EN ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM,
SUCHITEPEQUEZ**

MARZO - ABRIL 2002

GRAFICA No. 5



INTERPRETACION:

La mayor parte de amas de casa están expuestas diariamente al sol 1 a 2 horas, los agricultores 7 a 8 horas al igual que los albañiles.

**TIPOS DE QUEILITIS EN RELACION A SEXO,
ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 2002**

CUADROS No. 6

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

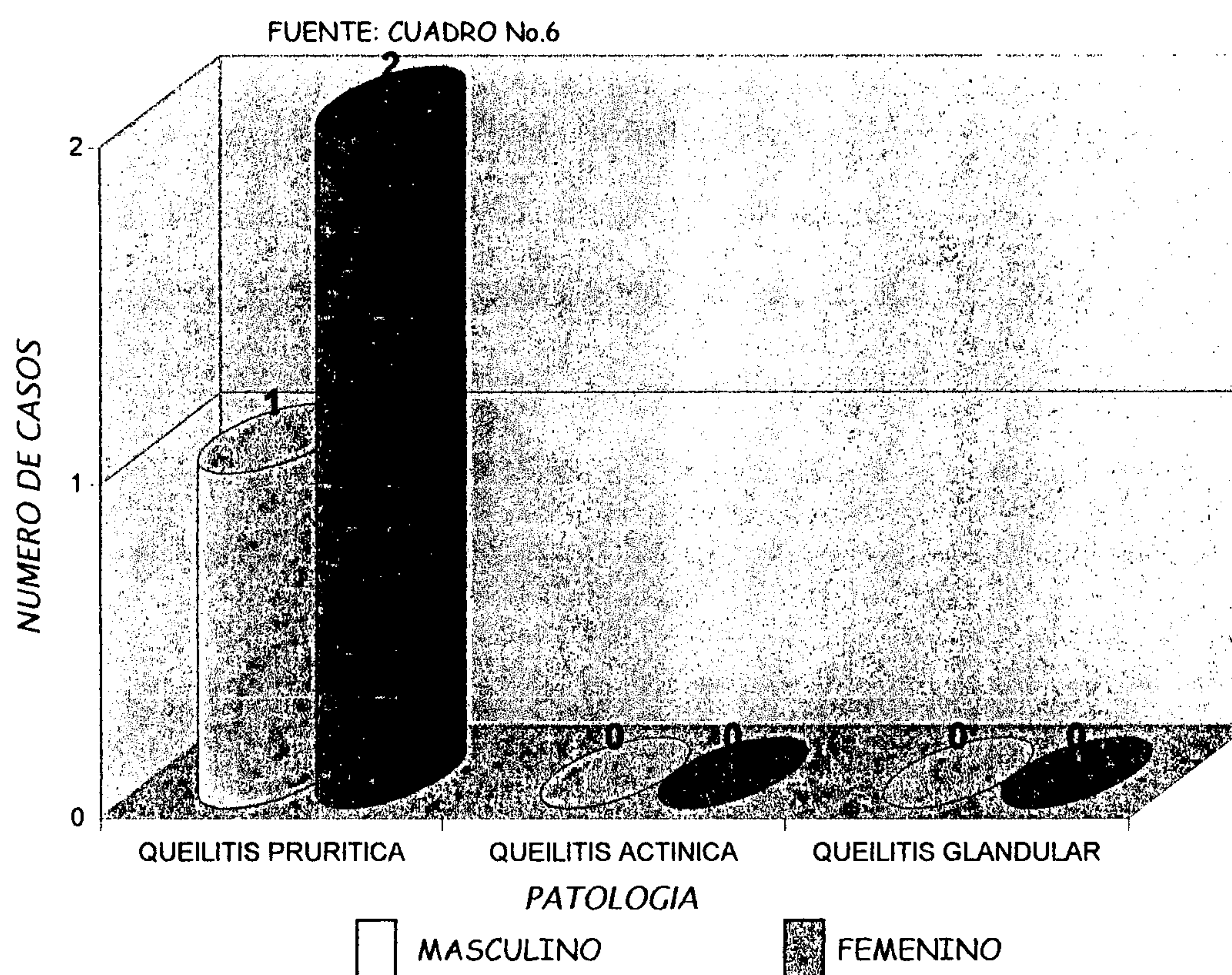
TIPO DE QUEILITIS	SEXO	
	MASCULINO	FEMENINO
QUEILITIS PRURITICA	1	2
QUEILITIS ACTINICA	0	0
QUEILITIS GLANDULAR	0	0
TOTAL	1	2

INTERPRETACION:

Se encontraron únicamente tres casos de queilitis prurítica, dos en sexo femenino y uno en sexo masculino.

**TIPOS DE QUEILITIS EN RELACION A SEXO,
ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 2002**

GRAFICA No. 6



INTERPRETACION:

Los tres casos de queilitis encontrados en la población, pertenecen a queilitis prurítica, siendo un hombre y dos mujeres los afectados.

***CASOS DE QUEILITIS PRURITICA EN RELACION A SEXO Y EDAD
ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 2002***

CUADRO No. 7

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

SEXO	EDAD			
	12-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS
MASCULINO	0	1	0	0
FEMENINO	0	0	1	1
TOTAL	0	1	1	1

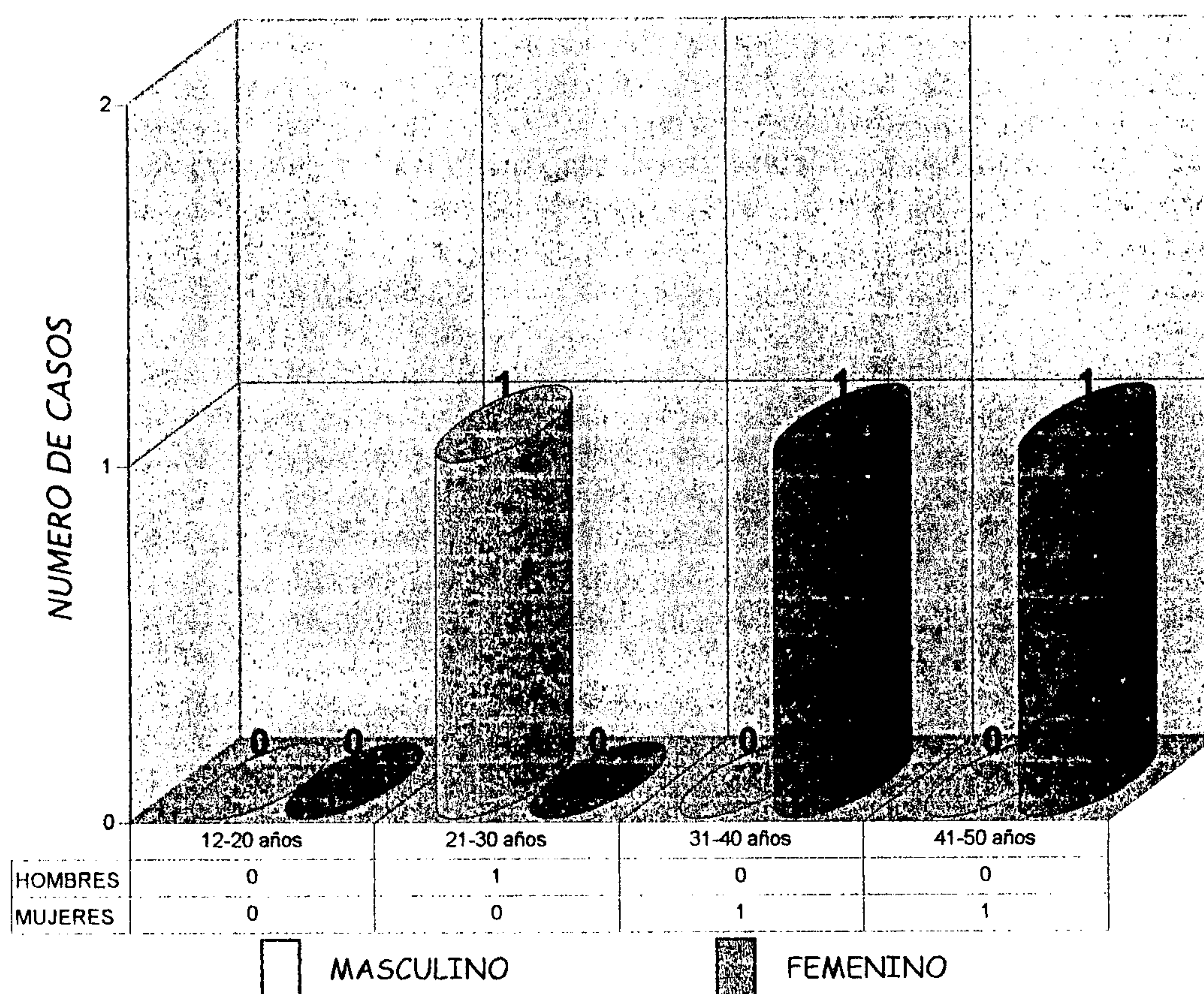
INTERPRETACION:

De los tres casos de queilitis encontrados dos se presentaron en sexo femenino mayores de 31 años de edad y uno en sexo masculino de 30 años de edad.

CASOS DE QUEILITIS PRURITICA EN RELACION A SEXO Y EDAD
ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 2002

GRAFICA No. 7

FUENTE: CUADRO No.7



INTERPRETACION:

La persona con queilitis prurítica de sexo masculino refiere una edad de 30 años, mientras los de sexo femenino oscilan entre 34 y 43 años.

**RELACION DE QUEILITIS PRURITICA CON EL COLOR DE PIEL,
ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 2002**

CUADRO No. 8

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

COLOR DE PIEL	No. DE CASOS		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
PIEL BLANCA	0	0	0
PIEL MORENA CLARA	0	0	0
PIEL MORENA	0	0	0
PIEL MORENA OSCURA	1	2	3
PIEL NEGRA	0	0	0
TOTAL	1	2	3

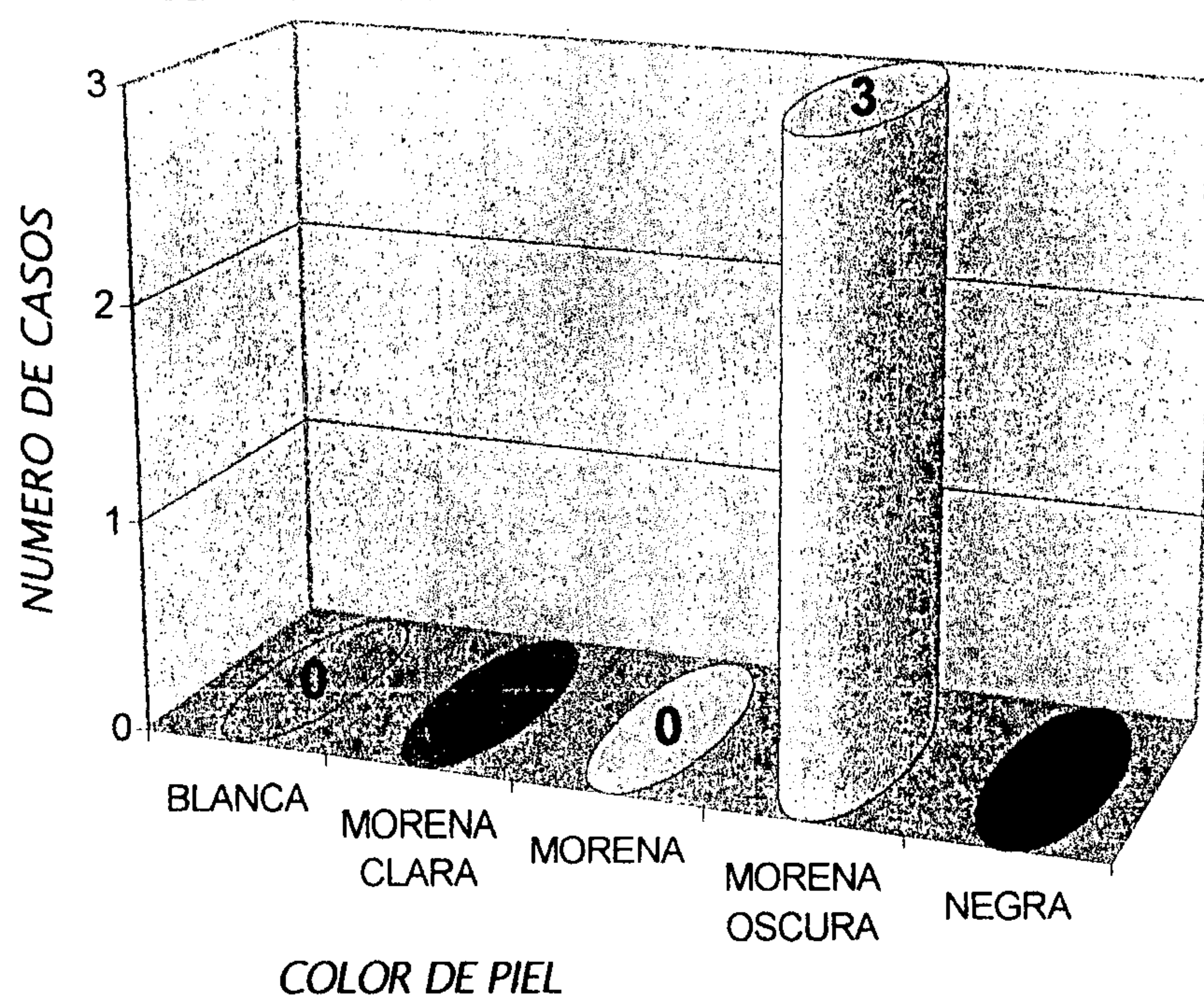
INTERPRETACION:

Las tres personas que presentaron las lesiones de queilitis prurítica tiene una coloración de piel morena oscura.

**RELACION DE QUEILITIS PRURITICA CON EL COLOR DE PIEL,
ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 2002**

GRAFICA No. 8

FUENTE: CUADRO No.8



INTERPRETACION:

Los casos de queilitis prurítica se presentaron en personas con piel de coloración morena oscura únicamente.

***CASOS DE QUEILITIS PRURITICA EN RELACION CON LA OCUPACION,
ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 2002***

CUADRO No.9

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

	OCUPACION		TOTAL
	AGRICULTOR	AMA DE CASA	
NUMERO DE CASOS	2	1	3

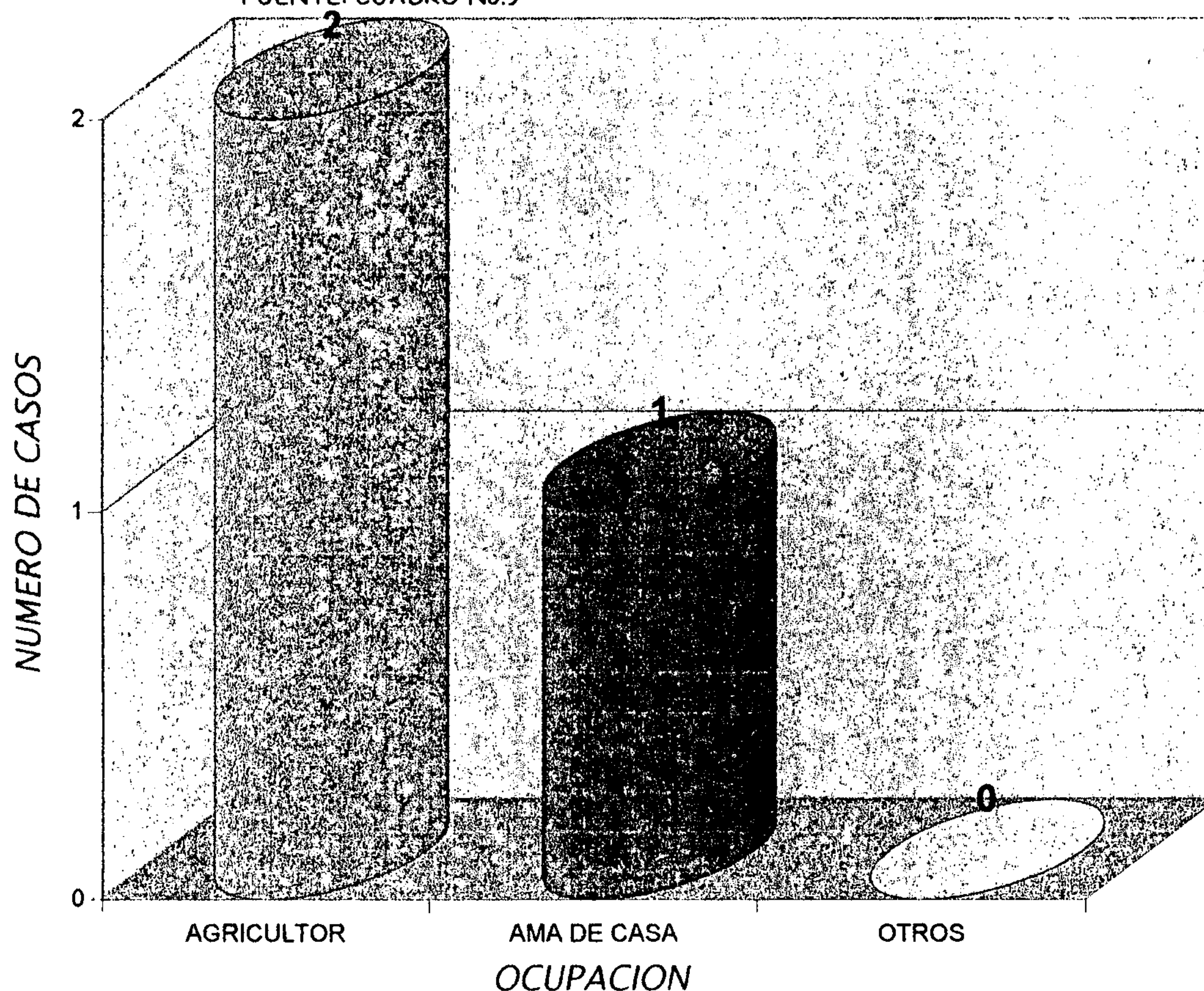
INTERPRETACION:

De los tres casos de queilitis dos son agricultores, siendo uno de sexo masculino otro de sexo femenino, mientras el tercer caso es ama de casa.

**CASOS DE QUEILITIS PRURITICA EN RELACION CON LA OCUPACION,
ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 2002**

GRAFICA No. 9

FUENTE: CUADRO No.9



INTERPRETACION:

De las personas que padecen de queilitis prurítica, dos laboran en el campo (un hombre y una mujer), y solo una labora como ama de casa.

***CASOS DE QUEILITIS PRURITICA CON RELACION A LAS HORAS DE
EXPOSICION SOLAR, ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM,
SUCHITEPEQUEZ***

MARZO - ABRIL 2002

CUADRO No. 10

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

HORAS DE EXPOSICION SOLAR	NUMERO DE CASOS
2-3 HORAS	1
4-5 HORAS	0
6-7 HORAS	0
8-9 HORAS	2
MAYOR DE 10 HORAS	0
TOTAL	3

INTERPRETACION:

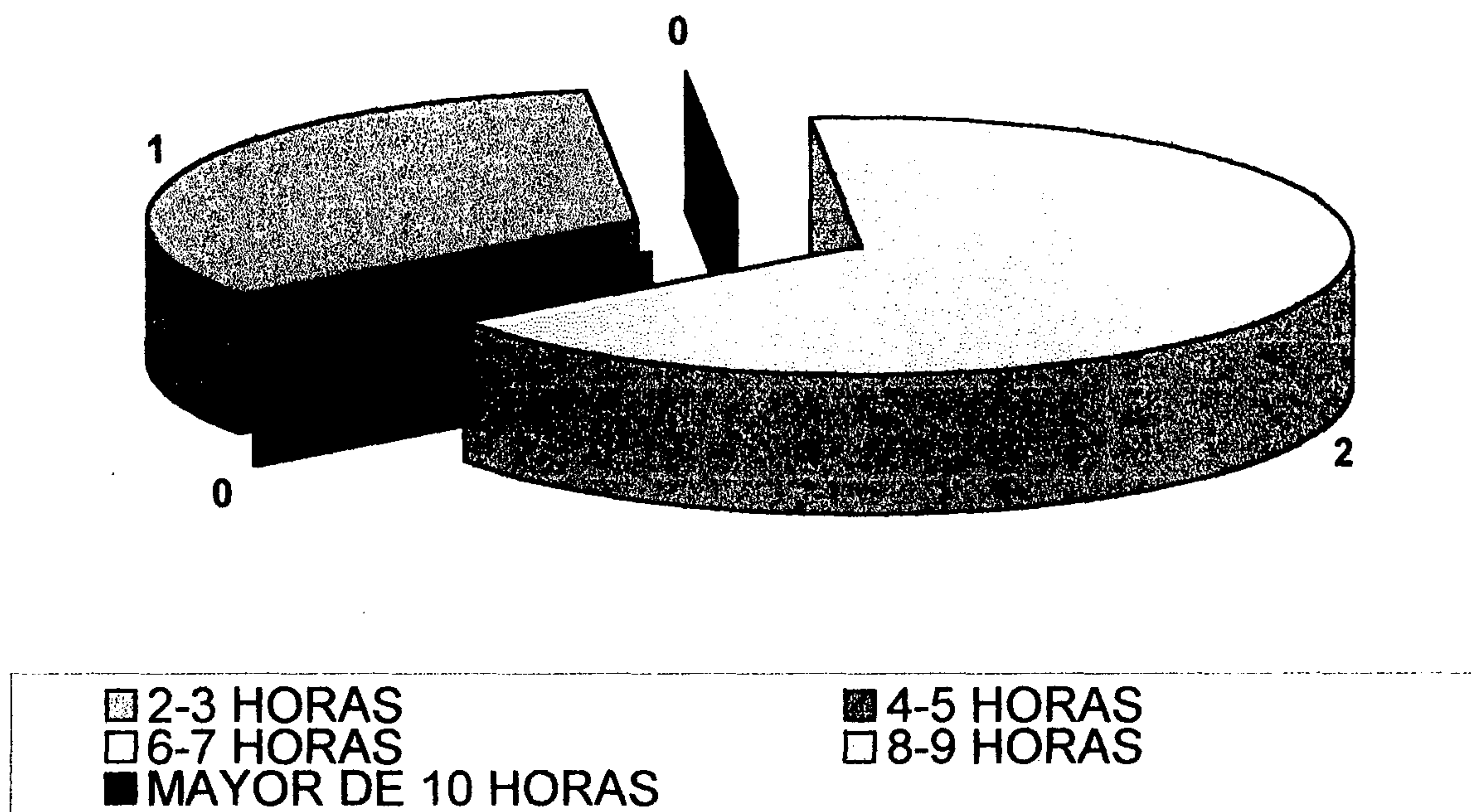
Dos de los casos de queilitis refieren una exposición solar al día de 8 a 9 horas siendo estos agricultores, mientras el otro caso de 2 a 3 horas siendo éste, ama de casa.

***CASOS DE QUEILITIS PRURITICA CON RELACION A LAS HORAS DE
EXPOSICION SOLAR, ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM,
SUCHITEPEQUEZ***

MARZO - ABRIL 2002

GRAFICA No. 10

FUENTE: CUADRO No.10



INTERPRETACION.

Una sola persona labora bajo los rayos solares por dos horas, mientras que dos de ellas laboran 8 horas promedio en el día.

***CASOS DE QUEILITIS PRURITICA ASOCIADOS A SIFILIS,
TRAUMA LABIAL Y ASOCIACION FAMILIAR, ALDEA MONTELLANO,
SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ***

MARZO - ABRIL 2002

CUADRO No. 11

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

QUEILITIS PRURITICA	
ASOCIADA A:	CASOS
SIFILIS	0
TRAUMA	0
FAMILIAR	3
TOTAL	3

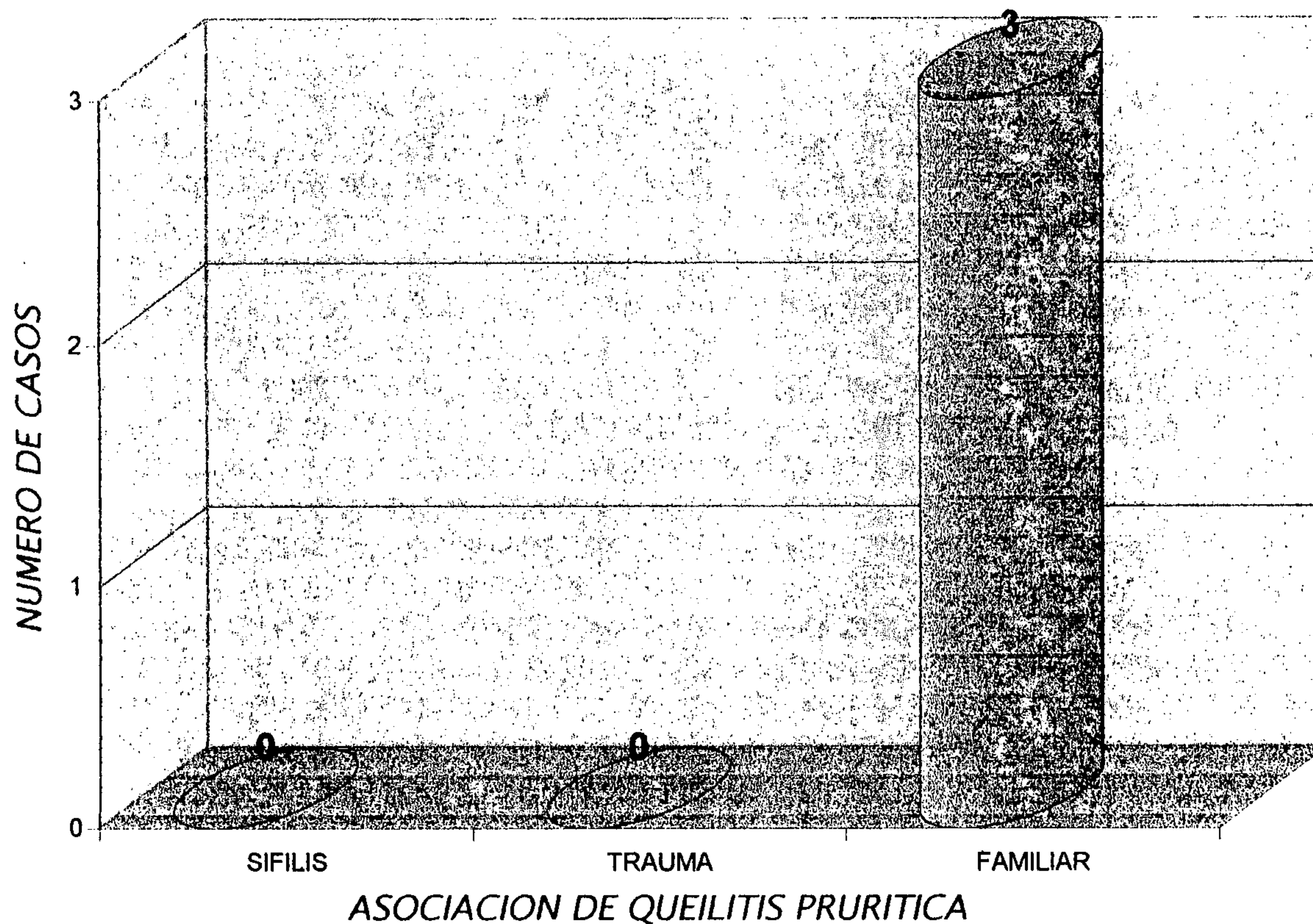
INTERPRETACION:

Los tres casos de queilitis prurítica refieren que no han padecido de sífilis o de traumas constantes en el labio, pero que existen otros familiares cercanos con las mismas características de la lesión.

***CASOS DE QUEILITIS PRURITICA ASOCIADOS A SIFILIS,
TRAUMA LABIAL Y ASOCIACION FAMILIAR, ALDEA MONTELLANO,
SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 2002***

GRAFICA No. 11

FUENTE: CUADRO No.11



INTERPRETACION:

En los casos de queilitis prurítica encontrados no presentan asociación con sífilis y trauma, pero si con otros casos familiares.

***CASOS DE QUEILITIS PRURITICA CON RELACION FAMILIAR Y
SEXO, ALDEA MONTELLANO SAN MIGUEL PANAM,
SUCHITEPEQUEZ***

MARZO - ABRIL 2002

CUADRO No. 12

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
CASOS DE QUEILITIS PRURITICA CON RELACION FAMILIAR	1	2	3

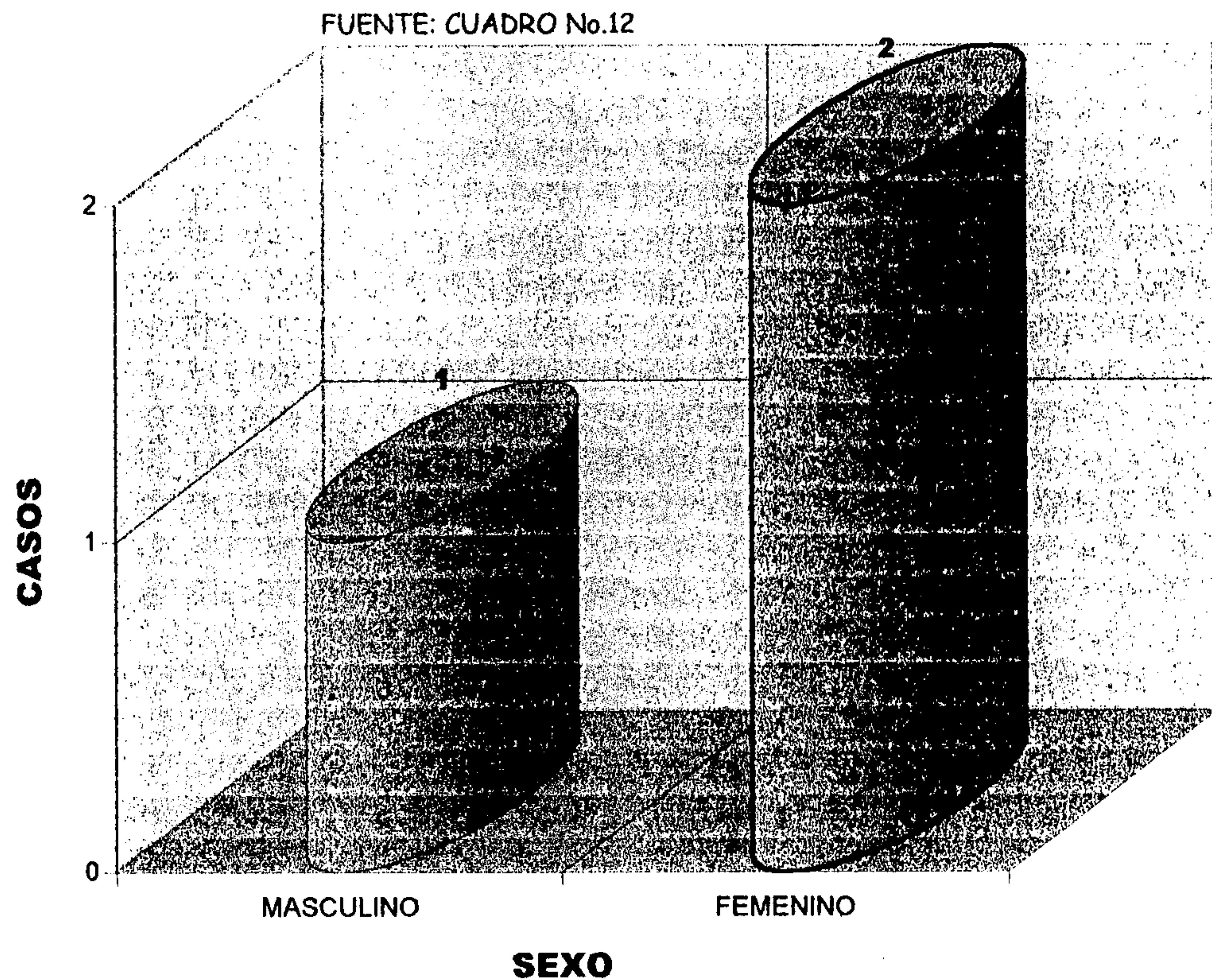
INTERPRETACION:

Los tres casos de queilitis prurítica refieren que existen otros familiares cercanos con las mismas características, siendo dos de los casos presentados en esta investigación hermanos.

***CASOS DE QUEILITIS PRURITICA CON RELACION FAMILIAR Y
SEXO, ALDEA MONTELLANO SAN MIGUEL PANAM,
SUCHITEPEQUEZ***

MARZO - ABRIL 2002

GRAFICA No. 12



INTERPRETACION:

En los tres casos de queilitis prurítica encontrados con asociación familiar, dos son de sexo femenino y uno masculino.

***CASOS DE QUEILITIS PRURITICA CON RELACION DE
LOCALIZACION Y SEXO, ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL
PANAM, SUCHITEPEQUEZ***

MARZO - ABRIL 2002

CUADRO No. 13

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

LOCALIZACION	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
LABIO SUPERIOR	0	0	0
LABIO INFERIOR	1	2	3
PIEL ANEXA	0	0	0
TOTAL	1	2	3

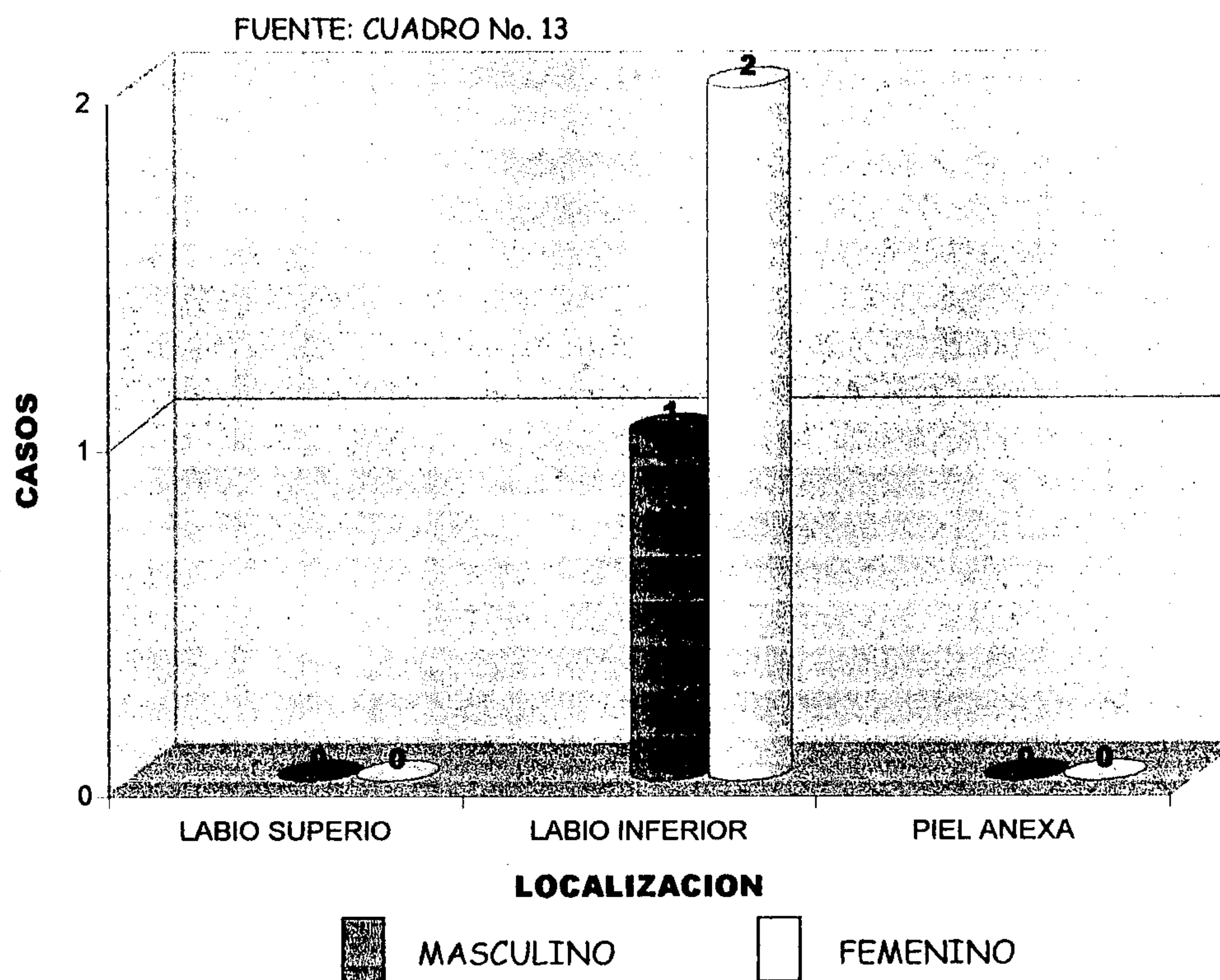
INTERPRETACION:

Las queilitis encontradas en ambos sexos se presentaron únicamente en el labio inferior.

**CASOS DE QUEILITIS PRURITICA CON RELACION DE
LOCALIZACION Y SEXO, ALDEA MONTELLANO, SAN MIGUEL
PANAM, SUCHITEPEQUEZ**

MARZO - ABRIL 2002

GRAFICA No. 13



INTERPRETACION:

Los tres casos de queilitis prurítica se presentaron únicamente en labio inferior.

CARACTERISTICAS DE LAS LESIONES

CUADRO No. 14

LESION BASICA DE QUEILITIS PRURITICA EN CASOS DE MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ

MARZO - ABRIL 2002

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

SEXO	LESION BASICA					
	ÚLCERA	MÁCULA	PÁPULA	VESÍCULA	GRIETA	COSTRA
MASCULINO	0	1	0	0	0	1
FEMENINO	0	2	0	0	0	2
TOTAL	0	3	0	0	0	3

INTERPRETACION:

De los tres casos de queilitis prurítica todos presentan una lesión básica de mácula con costras.

CUADRO No. 15***COLORACION DE LA LESION DE QUEILITIS PRURITICA EN CASOS
DE MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ******MARZO - ABRIL 2002***

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

SEXO	COLORACION DE LA LESION					
	NORMAL	ROJO	BLANCO	AMARILLO	CAFÉ	OTRAS
MASCULINO	0	0	1	0	1	0
FEMENINO	0	0	2	0	2	0
TOTAL	0	0	3	0	3	0

INTERPRETACION:

De los tres casos de queilitis prurítica la principal coloración es blanca con acompañamiento de color café en área perilesional.

CUADRO No. 16***SUPERFICIE DE LA LESION PRURITICA EN LOS CASOS DE
MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ******MARZO - ABRIL 2002***

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

SEXO	SUPERFICIE DE LA LESION			
	LISA	GRANULAR	DESCAMATIVA	OTRAS
MASCULINO	0	0	1	0
FEMENINO	0	0	2	0
TOTAL	0	0	3	0

INTERPRETACION:

De los tres casos de queilitis prurítica todas presentan una lesión de superficie descamativa.

CUADRO No. 17

***CONSISTENCIA DE LA LESION PRURITICA EN LOS CASOS DE
MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 2002***

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

SEXO	CONSISTENCIA DE LA LESION			
	SUAVE	FIRME	FLUCTUANTE	DURA
MASCULINO	0	1	0	0
FEMENINO	0	2	0	0
TOTAL	0	3	0	0

INTERPRETACION:

La lesión de queilitis prurítica se presenta principalmente con una consistencia firme.

CUADRO No. 18

*SINTOMATOLOGIA DE QUEILITIS PRURITICA EN LOS CASOS DE
MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ**MARZO - ABRIL 2002*

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

SEXO	SINTOMATOLOGIA			
	DOLOR	PRURITO	ARDOR	ASINTOMATICA
MASCULINO	1	1	0	0
FEMENINO	1	2	1	0
TOTAL	2	3	1	0

INTERPRETACION:

De los tres casos diagnosticados de querilitis prurítica, todos presentan prurito y dos de ellos presentaron además dolor y otro ardor.

CUADRO No.19**TRATAMIENTO RECIBIDO POR LAS PERSONAS CON QUEILITIS PRURITICA DE MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ****MARZO - ABRIL 2002**

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

TRATAMIENTO RECIBIDO				
			EFFECTIVO	
TRATAMIENTO	ESPECIFICACION	CASOS	SI	NO
RECETADO POR UN MEDICO		0	0	0
RECETADO POR OTRA PERSONA	POMADA DE LA CAMPANA	1	0	1
AUTORRECETA	POLVO DE TETRACICLINA APLICADO EN EL LABIO	1	0	1
NINGUN TRATAMIENTO		1	0	1
TOTAL		3	0	3

INTERPRETACION:

Dos de las tres personas con queilitis prurítica refieren un tratamiento empírico no efectivo, mientras la otra persona no recibe ningún tratamiento.

CUADRO No.20***EVOLUCION DE LA LESION PRURITICA EN LOS CASOS DE
MONTELLANO, SAN MIGUEL PANAM, SUCHITEPEQUEZ
MARZO - ABRIL 2002***

FUENTE: TRABAJO DE CAMPO

EVOLUCION DE LA LESION					
	TIEMPO DE EVOLUCION				TOTAL
PATOLOGIA	menor a 1 año	1-2 años	3-4 años	5-6 años	
QUEILITIS PRURITICA	0	1	1	1	3

INTERPRETACION:*El tiempo de evolución de la lesión prurítica varia de uno a seis años.*

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE

RESULTADOS

La población total examinada cubriendo 97 casas fue de 202 personas, siendo 96 de sexo masculino y 106 de sexo femenino, comprendidos entre los 12 y 85 años de edad (cuadro y gráfica número uno). El mayor número de personas en ambos sexos se encuentra entre los 12 y 40 años siendo una población con predominio de etnia indígena (cuadro y gráfica número uno).

La mayoría de la población en ambos sexos, presenta una tonalidad morena oscura en su piel, y en menor número una tonalidad morena (cuadro y gráfica número dos).

En lo que se refiere a la ocupación de la población, las personas de sexo masculino en su mayoría son agricultores, mientras las de sexo femenino amas de casa (cuadro y gráfica número tres).

En el cuadro y gráfica cuatro se observa el tiempo de ejercer las profesiones u oficios de las personas examinadas; la mayor parte de agricultores presentan más de 26 años de ejercer esta labor, mientras las amas de casa refieren en su mayoría tener de 21 a 25 años.

Los agricultores presentan una exposición a los rayos solares de siete a ocho horas al día, y las amas de casa de una a dos horas (cuadro y gráfica número cinco).

El cuadro y gráfica número seis muestra que se encontraron tres personas afectadas con queilitis, siendo la prurítica la única que se presentó, ya que las personas examinadas en su mayoría son de piel morena y morena oscura, por lo

que era poco probable encontrar queilitis actínica, ya que ésta se presenta principalmente en personas de piel blanca.

Estas tres personas corresponden al 1.5% de la población examinada, siendo éstos dos mujeres (1%) y un hombre (0.5%), donde se muestra la proporción de 2:1 siendo más afectadas las personas de sexo femenino (cuadro y gráfica número seis).

En el cuadro y gráfica número siete vemos los casos en relación a edad y sexo donde se nota que es más frecuente en mujeres mayores de 31 años.

La queilitis prurítica predomina en personas de piel morena oscura (color según la guía elaborada para este estudio) lo cual puede observarse en el cuadro y gráfica número cuatro.

El cuadro y gráfica número nueve nos representa el predominio de la patología en personas que laboran en el campo como agricultores, las dos personas que laboran como agricultores tiene un tiempo de exposición diaria a los rayos solares de 8 horas promedio (cuadro y gráfica número diez).

En el cuadro y gráfica once se muestra que en la familia de los casos diagnosticados (tres casos) existen otras personas con las mismas características, por lo que se deduce que la queilitis prurítica tiene una asociación familiar. Dos de los casos presentados en este trabajo son hermanos y la tercera persona afectada refiere tener un hermano que padece de los mismos signos y síntomas el cual vive en una aldea a 10 kilómetros de esta población (no se pudo encontrar a la persona afectada a pesar que se visitó su casa varias veces, siendo ésta de sexo masculino y de 52 años aproximadamente y de profesión agricultor, según lo refiere su hermana). No existe ninguna relación con trauma y sífilis según datos proporcionados por las personas afectadas. Se encontró una

proporción de 2:1 en relación familiar, predominando en el sexo femenino (cuadro y gráfica doce).

Posteriormente se observa que en el cuadro y gráfica trece, que la queilitis prurítica se localiza en el labio inferior, no se presento ningún caso de piel anexa a éste.

En lo que se refiere a las características de la lesión en el cuadro catorce podemos notar que la mácula es la lesión básica predominante acompañada de costras.

El cuadro quince muestra que la lesión es de color blanco con pigmentación perilesional de color café.

El cuadro dieciséis nos describe la superficie de la lesión prurítica siendo en su mayoría descamativa.

La consistencia de la lesión prurítica es en todos los casos firme, como lo podemos observar en el cuadro diecisiete.

El síntoma principal de la lesión prurítica es el prurito, el que puede ser acompañado de dolor y en un sólo caso presento ardor, pero en ninguno fue asintomático (cuadro dieciocho).

El tratamiento recibido en los tres casos de queilitis prurítica se considera empírico y no es efectivo, como lo muestra el cuadro diecinueve.

En lo que respecta a la evolución de la lesión prurítica, varia de uno a seis años (cuadro número veinte)

CONCLUSIONES

- 1) La queilitis Prurítica es la única lesión que se presentó en la población estudiada.
- 2) La queilitis prurítica afecta al 2% de la población femenina y un 1% de la población masculina estudiada.
- 3) La patología encontrada afecta a personas de sexo femenino en edades mayores de 31 años mientras que la persona de sexo masculino afectada refiere tener 34 años.
- 4) Es más común en personas de piel morena oscura.
- 5) En general la queilitis prurítica se produce en personas que laboran como agricultores, que se han expuesto a los rayos solares por más de ocho horas diarias por varios años.
- 6) De los casos de queilitis prurítica encontrados dos son hermanos y laboran en la agricultura.
- 7) Las lesiones de queilitis prurítica se presentan en el labio inferior.

-
- 8) La lesión básica es la mácula blanca con pigmentación perilesional de color café, firme de superficie descamativa, que forma costras que producen dolor y ardor.
- 9) El principal síntoma de la lesión es el prurito.
- 10) La evolución es desconocida regularmente.
- 11) El tratamiento recibido para la afección es del tipo empírico, aplicándose pomadas o medicamentos que no han sido efectivos.
- 12) El tratamiento de inyección intralesional de 1 ml de Acetonido de Triamsinolona al 0.1% con lidocaina, es efectivo en el tratamiento de queilitis prurítica.

RECOMENDACIONES

- 1) Se cree imperativo el recordar, que parte del deber ético como profesional de la salud, es brindar al paciente el mejor servicio, siendo un paso importante la inspección clínica la que es obviada en muchos casos.
- 2) Se recomienda a todo Odontólogo que no olvide que la persona que solicita su servicio es un ser humano y no una boca con caries:
- 3) Se recomienda proseguir con este estudio en otras regiones del país, para obtener resultados del territorio guatemalteco y poder comparar con lo planteado en las literaturas extranjeras.

LIMITACIONES

- 1) Parte de la población no se encontró cuando se visitó su vivienda porque expresaron que a ellos no se les avisó por parte del Alcalde auxiliar, por lo que se realizó una segunda y a veces tercera visita.
- 2) Gran número de pobladores se comportaban con desconfianza, porque expresaban que muchas personas hacen este tipo de actividades con la única finalidad de vender y estafar a las personas con la medicina.
- 3) Personas visitadas no deseaban proporcionar sus datos como el nombre, edad y ocupación por desconfianza de que se estuviera recopilando datos de ellos y de su familia para fines no conocidos y otros expresaban que no deseaban que se les realizase el examen.
- 4) En algunos casos se presentó la barrera del lenguaje, por lo que se optó por ser asistido por una persona que vivía en la población para que ella realizara la presentación y explicara en idioma Cakchiquel algunos detalles.

ANEXOS

1.- MAPA DE MONTELLANO

2.- MAPA DE RADIACION Y BRILLO SOLAR EN GUATEMALA

*3.- HOJA PARA NOMBRES DE LAS PERSONAS QUE SERAN EXAMINADAS
EN LA POBLACIÓN*

4.- FICHA CLINICA PARA EL ESTUDIO

5.- GUIA PARA LLENADO DE FICHA CLINICA

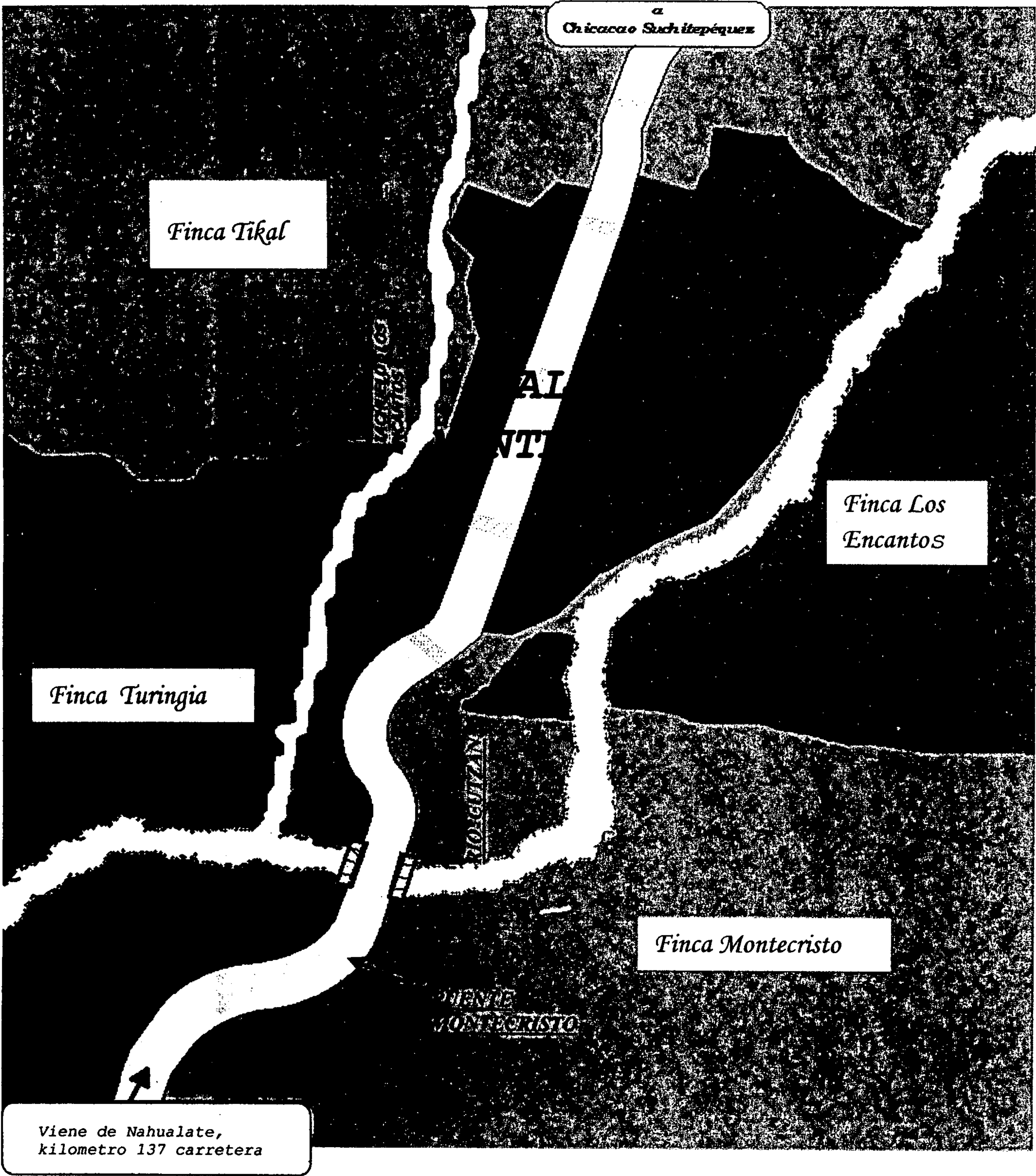
6.- GUIA DE COLORES DE PIEL

7.- CASOS DE QUEILITIS PRURITICA

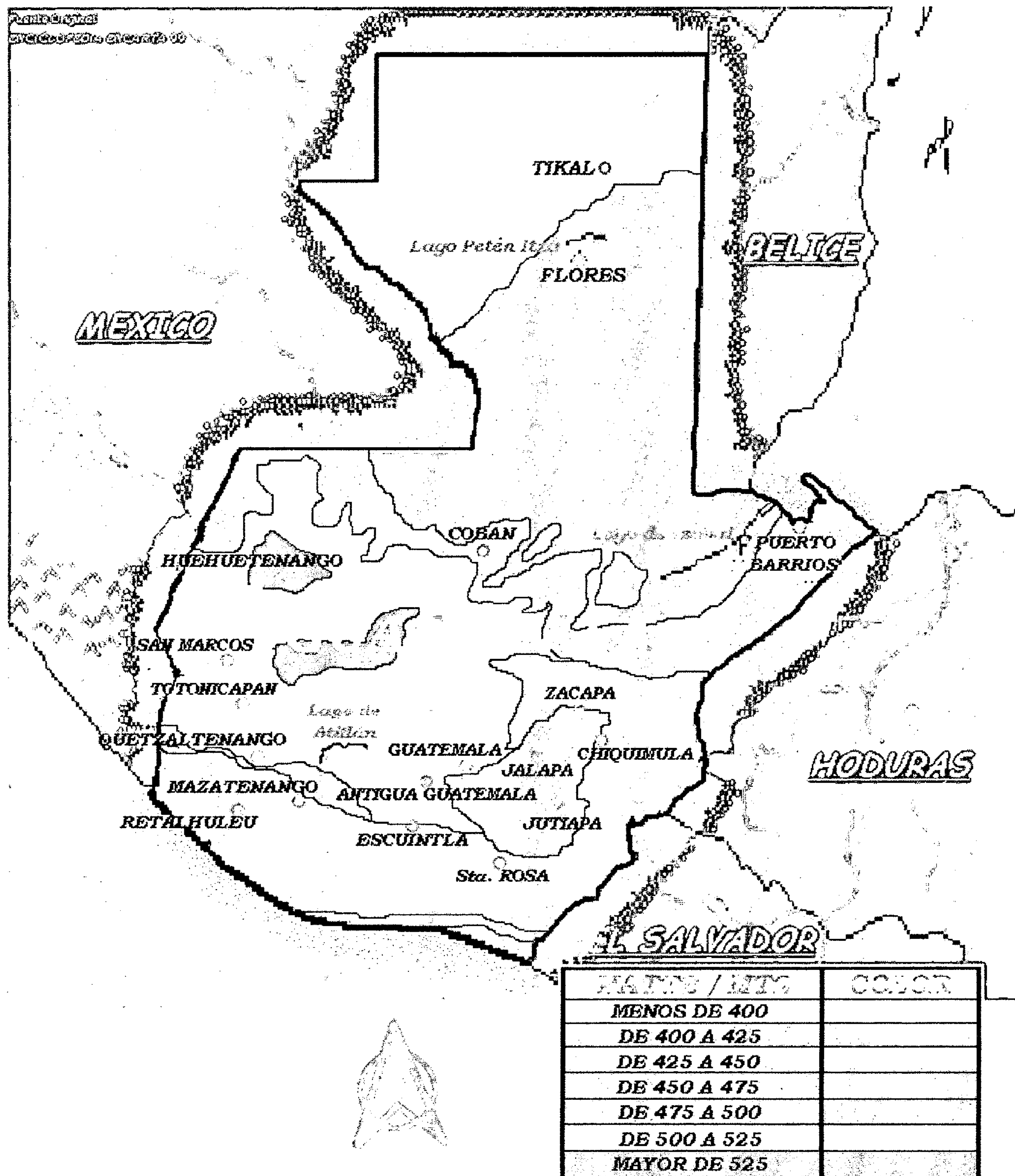
8.- CASOS DE QUEILITIS ACTINICA

9.- CASOS DE QUEILITIS GLANDULAR

MAPA DE LA ALDEA MONTELLANO



MAPA DE RADIACION SOLAR EN EL TERRITORIO GUATEMALTECO



ELABORADO POR: DR. JOSE DE LA ROSA, CLINICA DE ENFERMEDADES DE LA PIEL

LISTADO DE PERSONAS EXAMINADAS EN MONTELLANO

Nº	FECHA	NOMBRE	SEXO	EDAD	COLOR DE PIEL	ETNIA	Ocupacion	TIEMPO DE TENER LA OCUPACION	TIEMPO DE EXPOSICION	PATOLOGIA	Nº FICHA
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS PARA FRECUENCIA DE QUEILITIS EN MONTELLANO

FICHA No.

DATOS GENERALES:

Tratamiento efectivo		Tiempo de estar en tratamiento:
(SI)	(NO)	

CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN:

LESIÓN BÁSICA	ULCERA	MACULA	PAPULA	VESÍCULA	GRIETA	COSTRA	OTROS
COLOR	NORMAL	ROJO	BLANCO	AMARILLO	CAFÉ		
SUPERFICIE	LISA	GRANULAR	DESCAMATIVA				
CONSISTENCIA	SUAVE	FIRME	FLUCTUANTE	DURA			
SÍNTOMAS	DOLOR	PRURITO	ASINTOMÁTICO				
EXUDADO	MUCOSO	SEROSO	SANGUINOLENTO	PURULENTO			

DESCRIPCIÓN DE ULCERAS:

APARIENCIA CLINICA DE LA ULCERA

TAMAÑO _____ mm

FORMA	OVOIDE	CIRCULAR	ELIPTICA		OTROS
BORDE	DURO	SUAVE	DEFINIDO	INDEFINIDO	
	ELEVADO	CRATERIFORME	CORTADO A PICO	DIFFUSO	
FONDO	LISO	GRANULOSO	CUBIERTO POR ESCAMA		
CONSISTENCIA DE BASE	SUAVE	DURA			

DIAGNOSTICO CLINICO _____

LLENAR UNICAMENTE EN CASO DE BIOPSIA

Para corroborar el diagnostico clínico o para descartar malignidad de la lesión se debe realizar una cirugía y así obtener una muestra para realizar la biopsia correspondiente.

SI la persona afectada está de acuerdo en realizarla, firmar o colocar la huella digital en la línea, en caso de ser menor de edad, lo hará el Padre , Madre o Encargado; cuando sea así, colocar el nombre en la parte de abajo.

Firma o Huella digital

TIPO DE BIOPSIA: _____

DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO: _____

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA FICHA

- * **FECHA DEL EXAMEN:** En números arábigos la fecha en que se realiza el examen.
- * **FICHA No. :** Se anota el número correlativo que corresponda al paciente, expresado en números arábigos.

DATOS GENERALES:

- * **NOMBRE:** Nombres y apellidos completos de la persona.
- * **EDAD:** Años cumplidos que refiera la persona, anotar en números arábigos.
- * **SEXO:** Marcar F si es de sexo femenino y M si es masculino.
- * **ETNIA:** Se anota la agrupación cultural a la cual la persona refiera pertenecer (autodenominación).
- * **COLOR DE PIEL:** Se anotará el color de piel de la persona, según los criterios establecidos. Piel blanca marcar en "B", piel morena clara marcar en "MC", piel morena marcar en "M", piel morena oscura "MO", piel negra marcar en "N".
- * **OCUPACION:** La labor que desempeña la persona, según la refiera.
- * **TIEMPO DE EXPOSICION:** Horas que la persona refiera, estar trabajando bajo el sol diariamente.
- * **TIEMPO DE TENER LA OCUPACION:** Tiempo en días, semanas, meses, años; que la persona ha desempeñado la ocupación anotada anteriormente.
- * **HISTORIA DE SÍFILIS:** Marcar **SI** cuando la persona refiere haber padecido de sífilis, y **NO** cuando éste sea el caso.
- * **TRAUMA CONSTANTE:** Marcar **SI** cuando la persona refiera que por cualquier razón la parte afectada está expuesta a un trauma constantemente, y **NO** cuando así lo sea.

- * **OTROS CASOS FAMILIARES:** Marcar **SI** cuando exista otra persona en la familia que presente los mismos signos, podrá ser por referencia de la persona o por encontrar otros casos en la familia, y **NO** cuando así lo sea.
- * **LABIO INFERIOR:** Marcar con una **X** si la lesión se encuentra en el labio inferior.
- * **LABIO SUPERIOR:** Marcar con una **X** si la lesión se encuentra en el labio superior.
- * **PIEL ANEXA A LABIOS:** Marcar con una **X** si la lesión se encuentra en piel anexa a los labios, aunque esté afectando simultáneamente éstos.
- * **DIAGRAMA:** Marcar o dibujar en los labios o alrededor de éstos la forma o tamaño de la lesión según se observó en la inspección clínica del paciente.

* **HISTORIA BREVE:** Anotar aspectos como:

- ✓ **EVOLUCION:** Fecha de inicio de la patología que refiera la persona y dentro del paréntesis escribir el tiempo, en días, meses, años de tener las lesiones, basándose en el tiempo transcurrido, desde el inicio de lesiones y la fecha del examen.
- ✓ **POSIBLE CAUSA:** Causa por la cual la persona refiera se produjo la patología.
- ✓ **RECURRENCIA:** Marcar **SI** o **NO**, según sea el caso, y dentro del paréntesis anotar hace cuanto tiempo, según lo refiera la persona.
- ✓ **TRATAMIENTO:** Describir el tratamiento que la persona recibe, según lo refiera, ya sea Medicina Profesional, Tradicional o Popular.

- ✓ **TRATAMIENTO EFECTIVO:** Marcar SI cuando el tratamiento que la persona recibe es efectivo, y No cuando lo refiera así.
- ✓ **TIEMPO DE RECIBIR TRATAMIENTO:** Tiempo en días, semanas, meses, años; que la persona examinada refiera recibir o aplicarse el tratamiento.

CARACTERISTICAS DE LA LESION:

*** *LESIONES BASICAS:***

- **MACULA:** Cambio de color en piel o en mucosa y que no ocasiona ninguna depresión o relieve en su superficie.
- **ULCERA:** Defecto o excavación local de la superficie de un órgano o tejido, o la ruptura o pérdida de la continuidad del epitelio.
- **PAPULA:** Lesión circunscrita sólida y elevada que mide hasta 0.5 cm de diámetro y que siempre es de base sésil.
- **VESICULA:** Lesión circunscrita y elevada que contiene fluido en su interior el cual puede ser suero, linfa o sangre. Se transluce proporcionándole diferente coloración y puede medir hasta 0.5 cm de diámetro; dependiendo del lugar puede ser subepitelial o intraepitelial, su forma es siempre redondeada con superficie lisa y su base es por lo general sésil.
- **GRIETA:** Pequeña hendidura longitudinal que afecta la continuidad del epitelio y penetra mas o menos profundamente, se puede encontrar en piel o mucosa, puede ser dolorosa.
- **COSTRA:** Se forma como resultado de la desecación de fluidos o exudados (suero, sangre u otros), en úlceras, grietas o erosiones. Puede

ser de color café o amarillento dependiendo del color del exudado que les da origen.

- **OTROS:** Anotar cualquier tipo de lesión no contemplada en la lista anterior.

★ **COLOR:**

- **NORMAL:** Se considera una lesión de color normal cuando tiene el mismo color o tonalidad que la mucosa o piel que la rodea.
- **ROJO:** Se marcará cuando la lesión presente una tonalidad más rojiza que la mucosa anexa.
- **BLANCO:** Marcar cuando la lesión tenga un aspecto blanco en relación con la mucosa anexa.
- **AMARILLO:** Marcar cuando la lesión presente un aspecto amarillento con respecto a la mucosa anexa.
- **CAFE:** Marcar cuando la lesión presente una coloración café con respecto a la mucosa anexa.
- **OTROS:** Anotar en éste, cualquier coloración no contemplada en la lista anterior.

★ **SUPERFICIE:**

- **LISA:** Marcar cuando la lesión encontrada presente una superficie lisa.
- **GRANULAR:** Marcar cuando la lesión presente una superficie de aspecto granular o irregular.
- **DESCAMATIVA:** Marcar cuando la superficie de la lesión presente descamación.

- **OTROS:** Anotar en éste, cualquier aspecto de la superficie de la lesión no contemplada en el listado anterior.

★ **CONSISTENCIA:**

- **SUAVE:** Marcar cuando la lesión, a la palpación, tenga una consistencia suave.
- **FIRME:** Marcar cuando a la palpación, la lesión sea de consistencia firme, sin movilidad.
- **DURA:** Marcar cuando al palpar la lesión, ésta tenga una consistencia dura.
- **FLUCTUNTE:** Marcar éste cuando la lesión no sea firme, tenga movilidad a la palpación.
- **OTROS:** Anotar en éste, algún aspecto de la consistencia no considerado en las anteriores categorías.

★ **SINTOMAS:**

- **DOLOR:** Marcar cuando la persona refiera que la lesión ha presentado dolor o en el momento de la palpación.
- **PRURITO:** Marcar cuando la persona refiera picazón o prurito en la lesión.
- **ASINTOMATICO:** Marcar cuando la persona no refiera sintomatología en la lesión examinada.
- **OTROS:** Anotar en éste, síntomas que la persona examinada refiera y que no se consideraron entre los anteriores.

*** EXUDADO:**

- **MUCOSO:** Marcar cuando se presente un exudado, en la lesión, de tipo mucoso.
- **SEROSO:** Marcar cuando la lesión examinada presente un exudado con un aspecto seroso.
- **SANGUINOLENTO:** Marcar cuando se observe un exudado de aspecto sanguinolento en la lesión examinada.
- **PURULENTO:** Marcar cuando se observe que el exudado contiene pus, o este asociado con él o causado por él.
- **OTROS:** Anotar en éste, cualquier otro exudado o la combinación de los que se han hecho mención anteriormente.

*** DESCRIPCIÓN DE ULCERA:** Anotar las características de la ulcera.

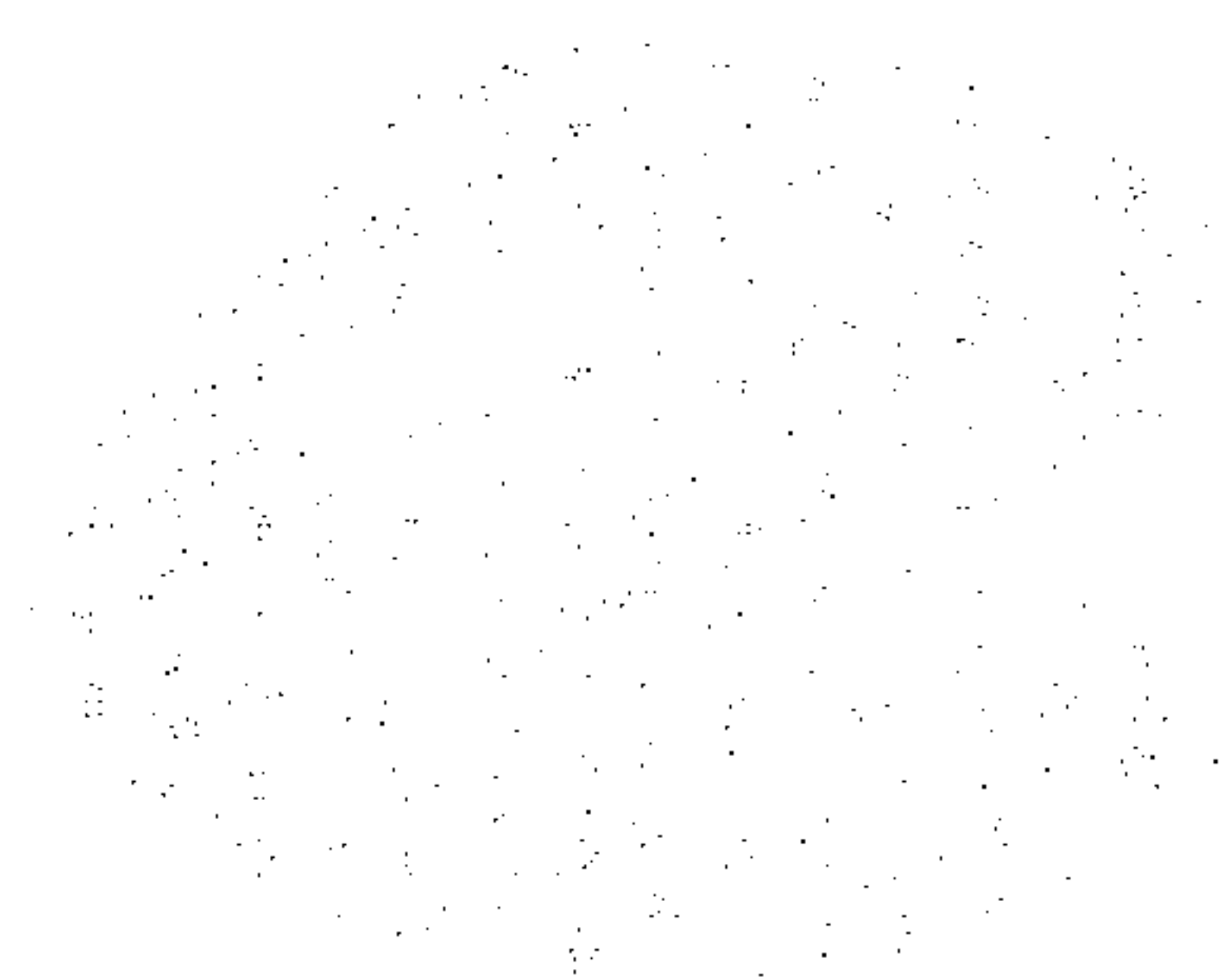
*** DIAGNOSTICO CLINICO:** Anotar el diagnóstico de la lesión, al cual se llegó por medio de los datos obtenidos en la ficha.

*** FIRMA O HUELLA:** Si la persona está de acuerdo en la realización de la biopsia, cuando sea conveniente, en este espacio debe firmar o colocar su huella, y si es menor de edad, lo hará su Padre, Madre o Encargado, en este último caso se debe colocar el nombre del que autoriza.

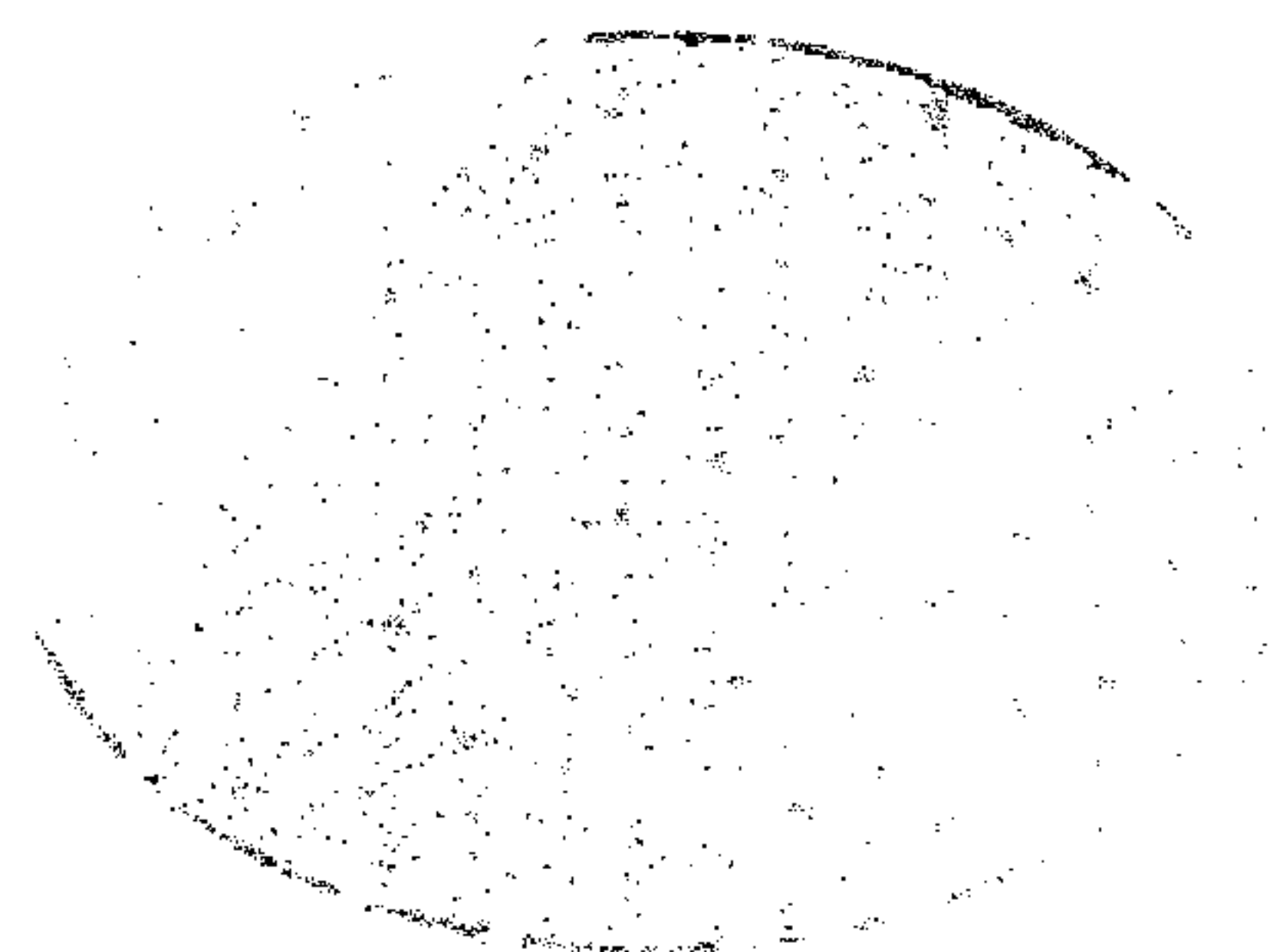
*** TIPO DE BIOPSIA:** Anotar el tipo de biopsia realizada para efectuar el examen histopatológico.

*** DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO:** Anotar el resultado del estudio histopatológico realizado de la lesión.

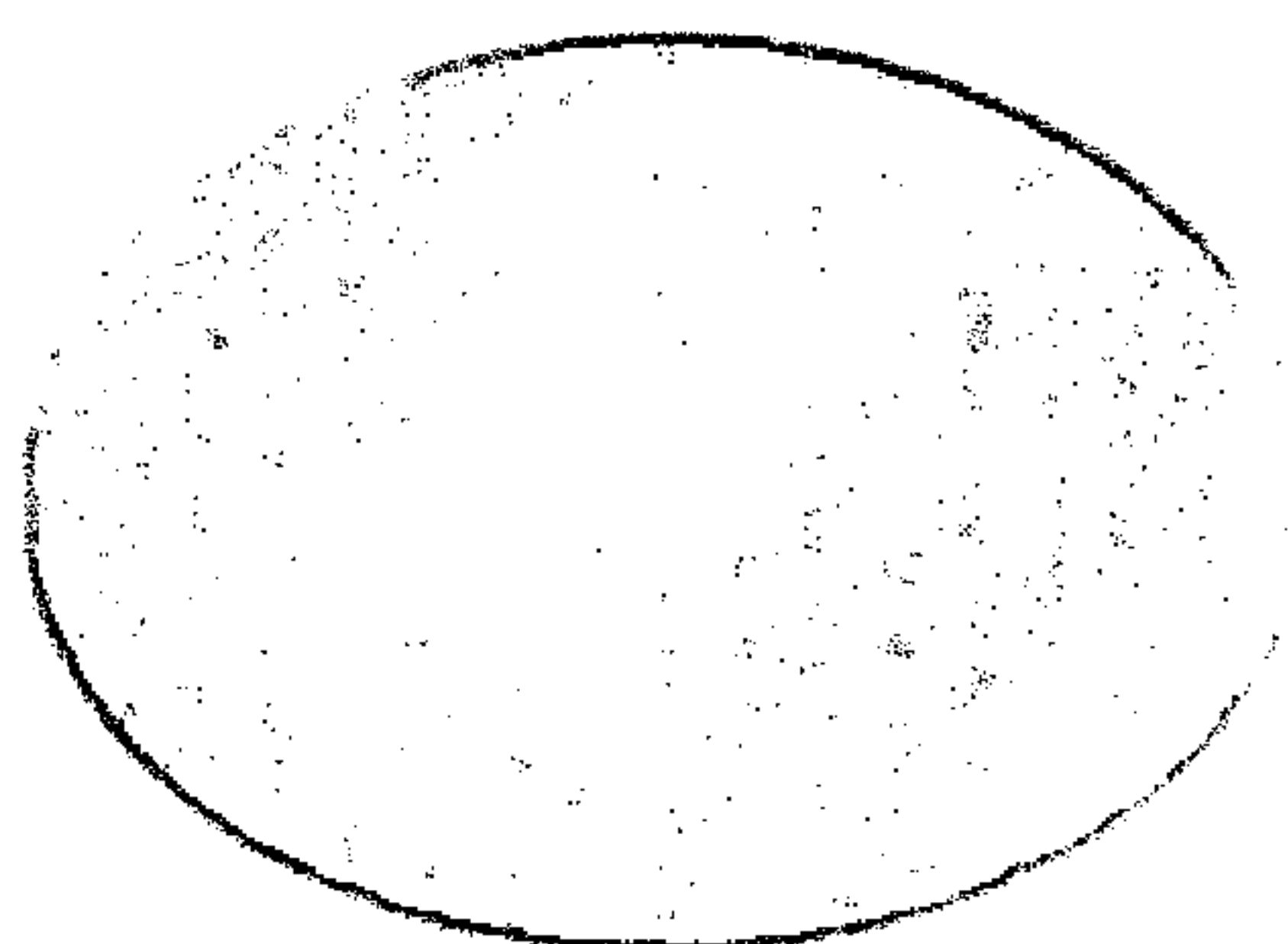
GUIA DE COLORES DE PIEL



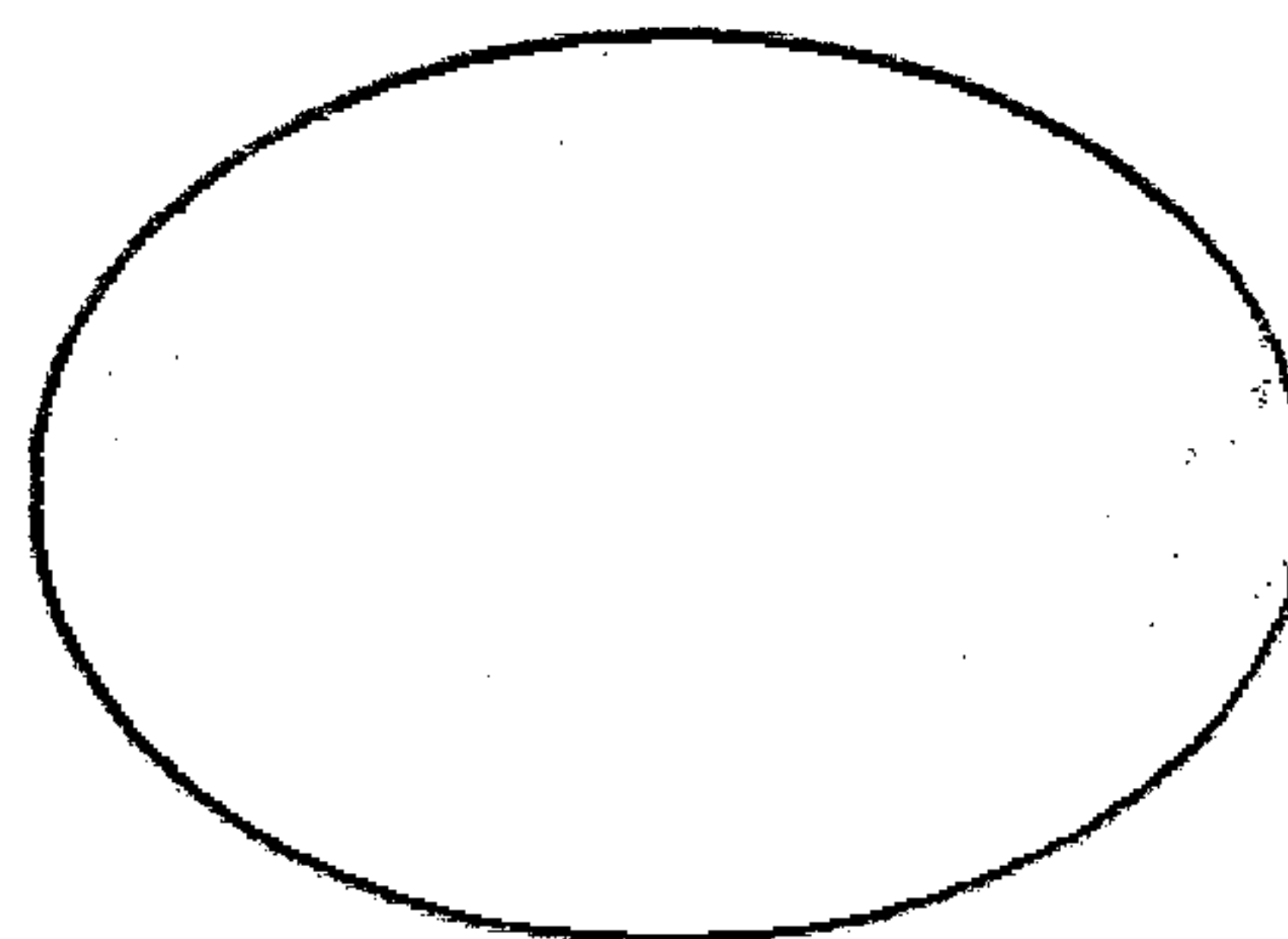
B = Piel blanca



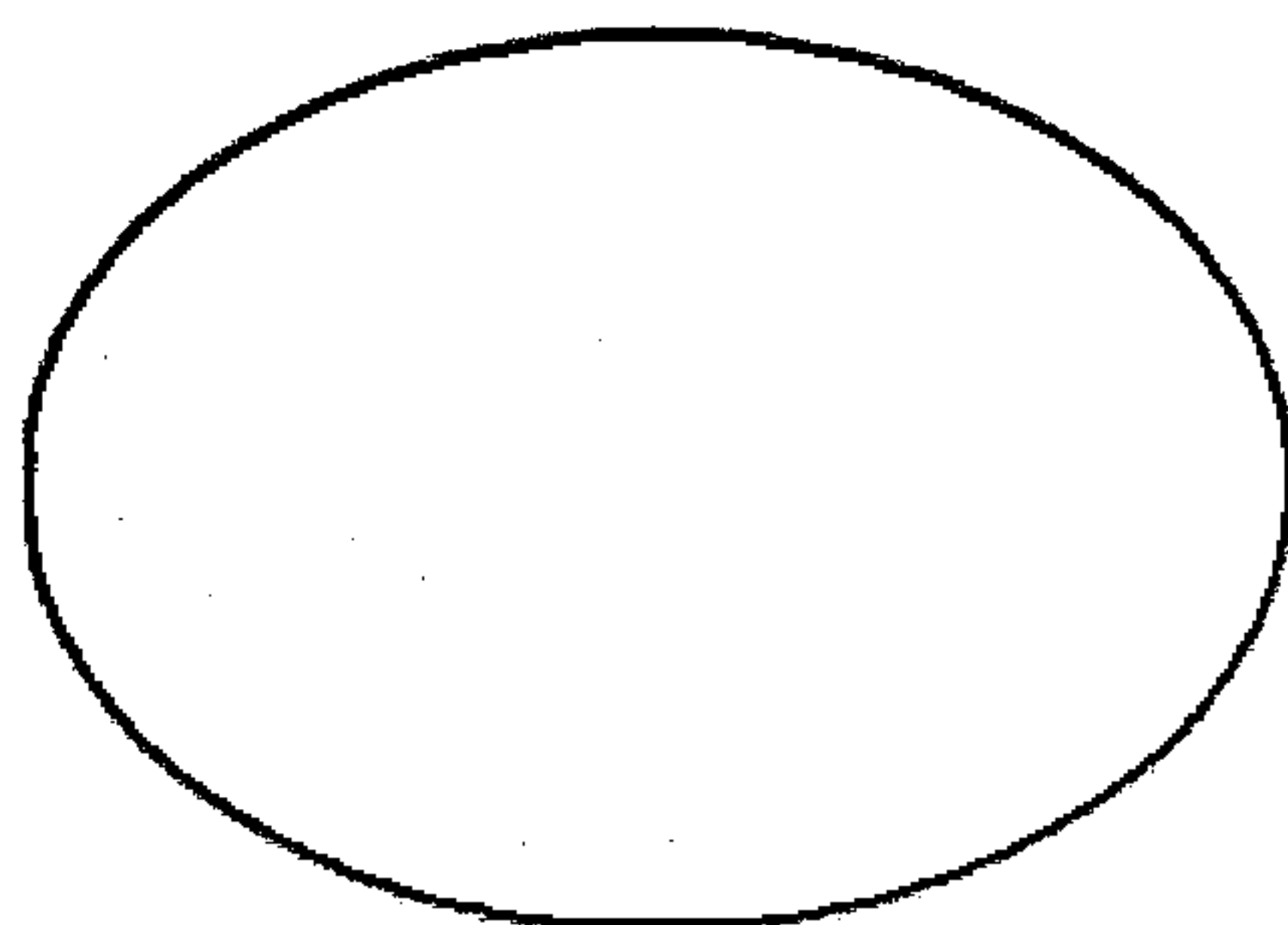
MC = Piel morena clara



M = Piel morena



MO = Piel morena oscura



N = piel negra

Elaborada por Marco Antonio Ugalte Solís

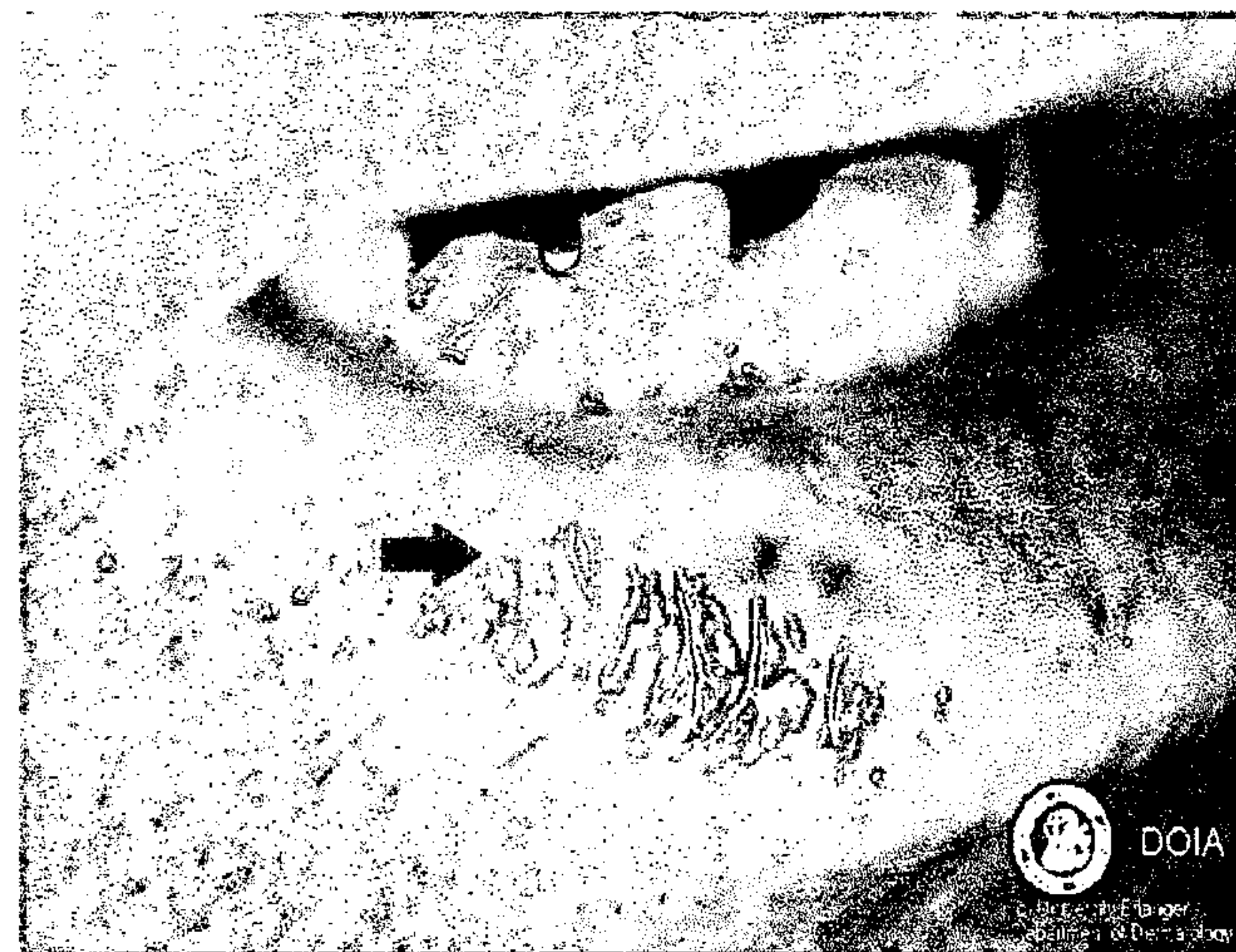
para el estudio de Queilitis Solar en el Territorio Nacional

Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala (agosto del 2000)

QUEILITIS PRURITICA

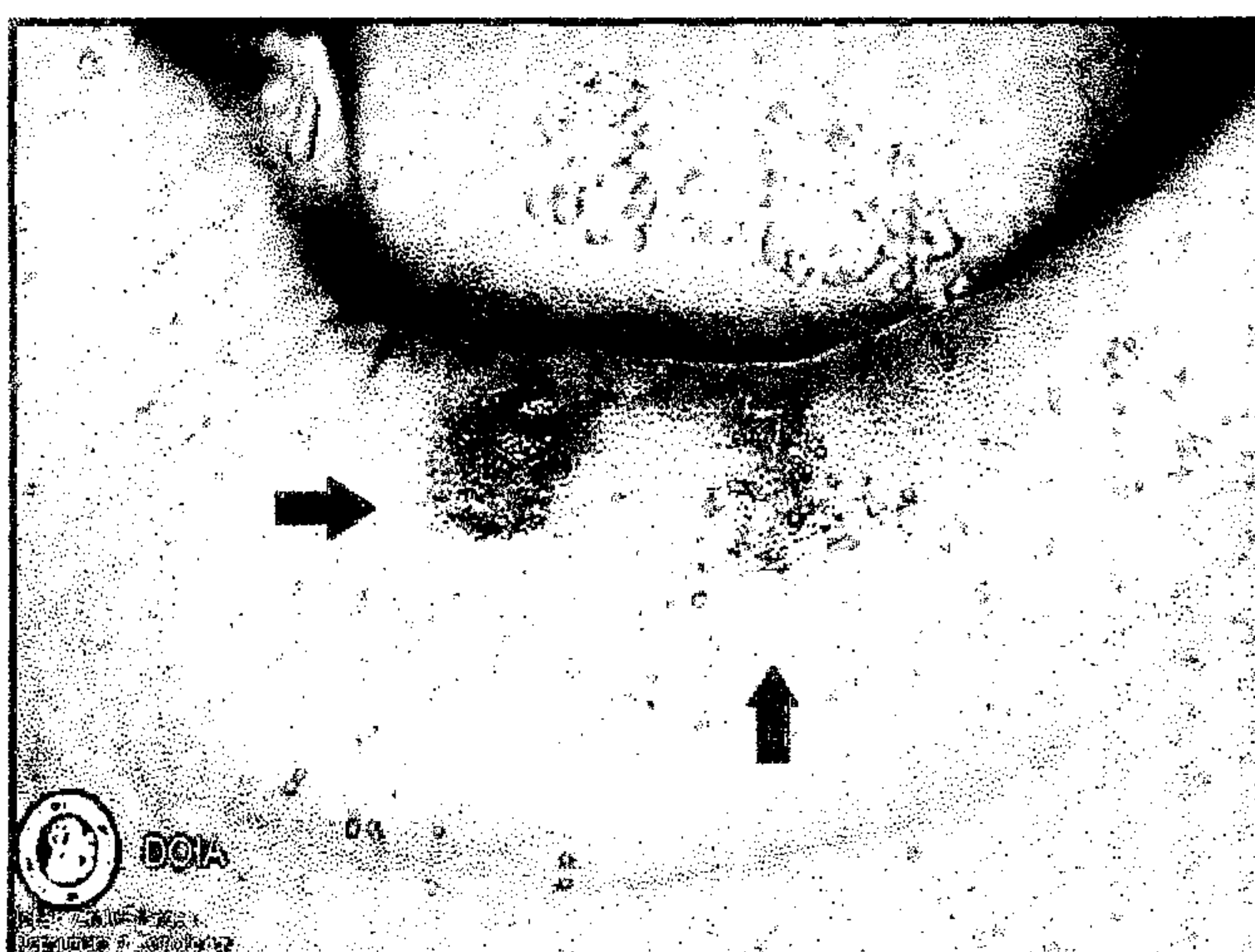


FOTOGRAFIA QP-1



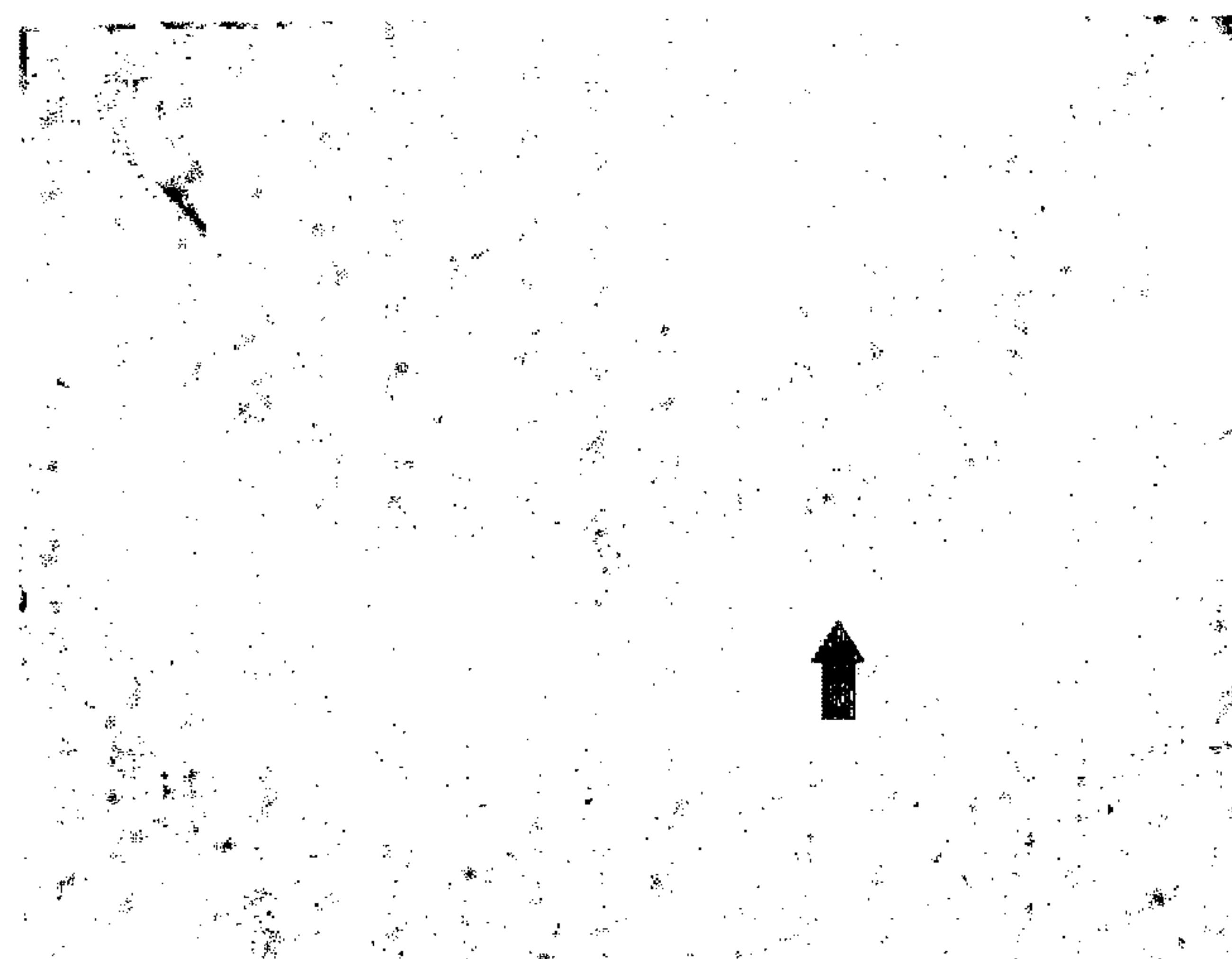
FOTOGRAFIA QP-2

Las fotografías QP 1 y 2 muestran la lesión de una queilitis prurítica en el labio inferior de un paciente de 59 años de edad, de sexo femenino, en la cual se observa un labio edematizado con placas blancas y pigmentación perilesional de color café.



FOTOGRAFIA QP-3

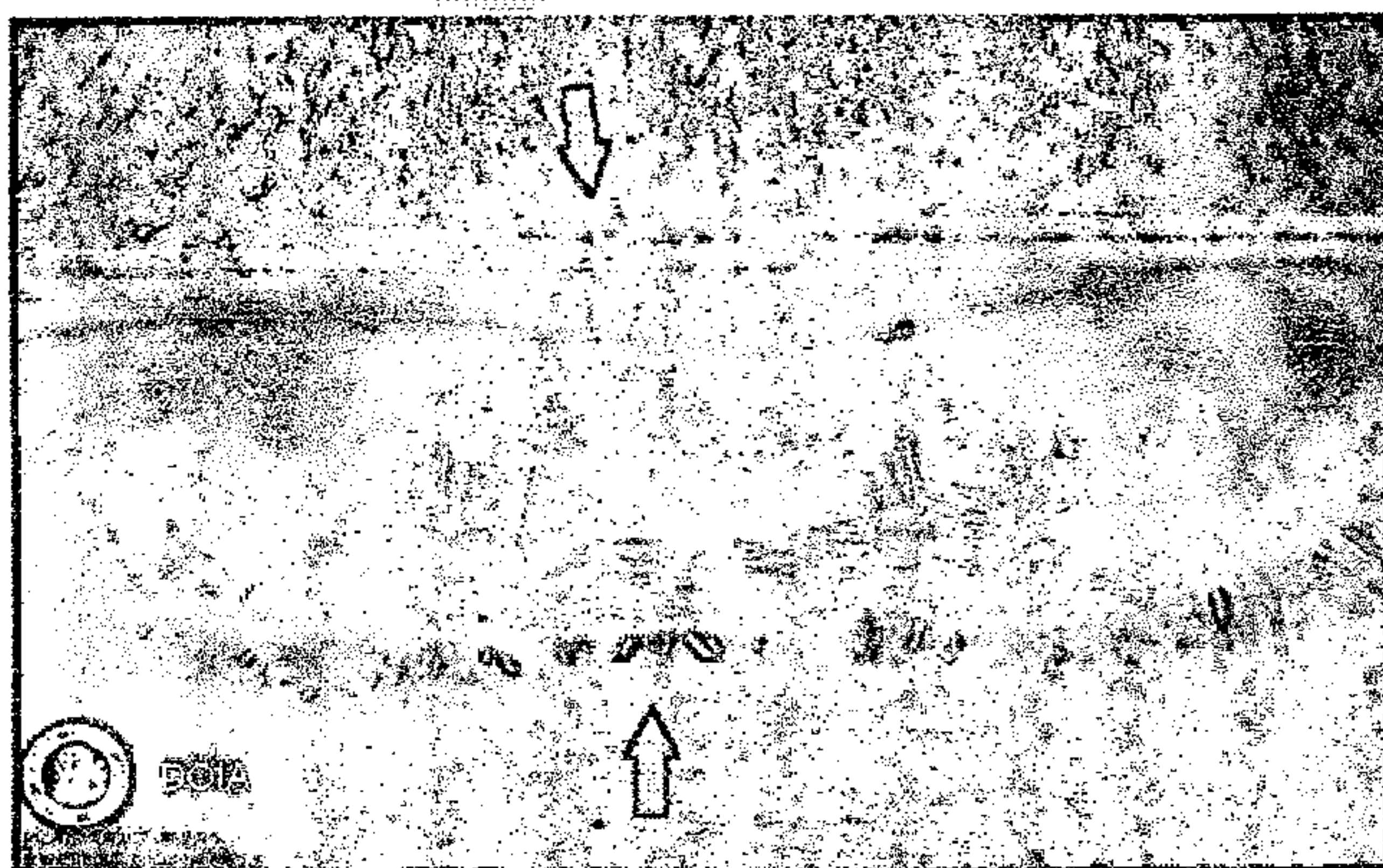
Se puede observar costras y excoriaciones en el bermellón inferior



FOTOGRAFIA QP-4

Excoriaciones del bermellón del labio inferior, presentando áreas eritematosas con erosión, placa blanquecina, siendo un paciente de sexo masculino.

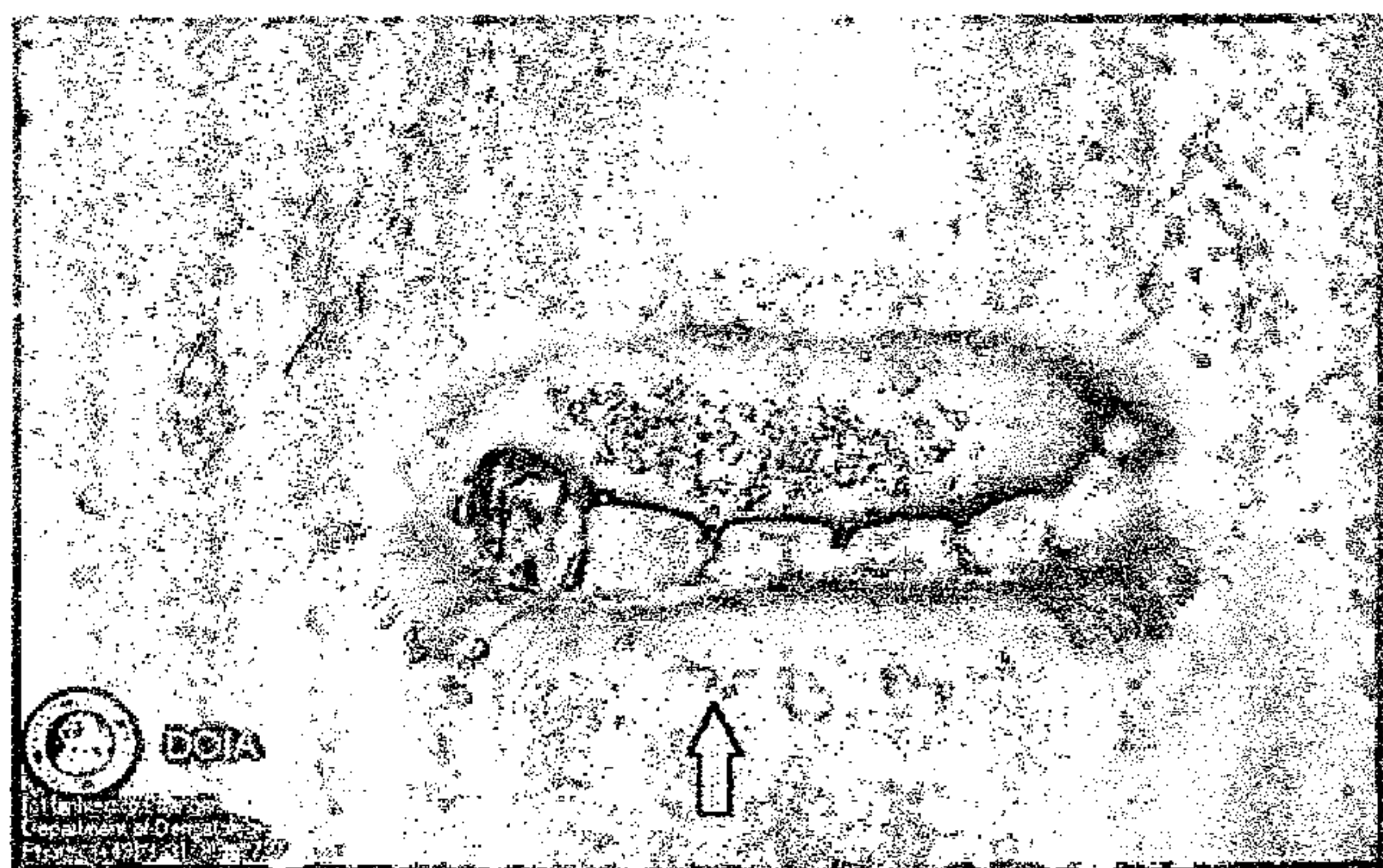
QUEILITIS ACTINICA



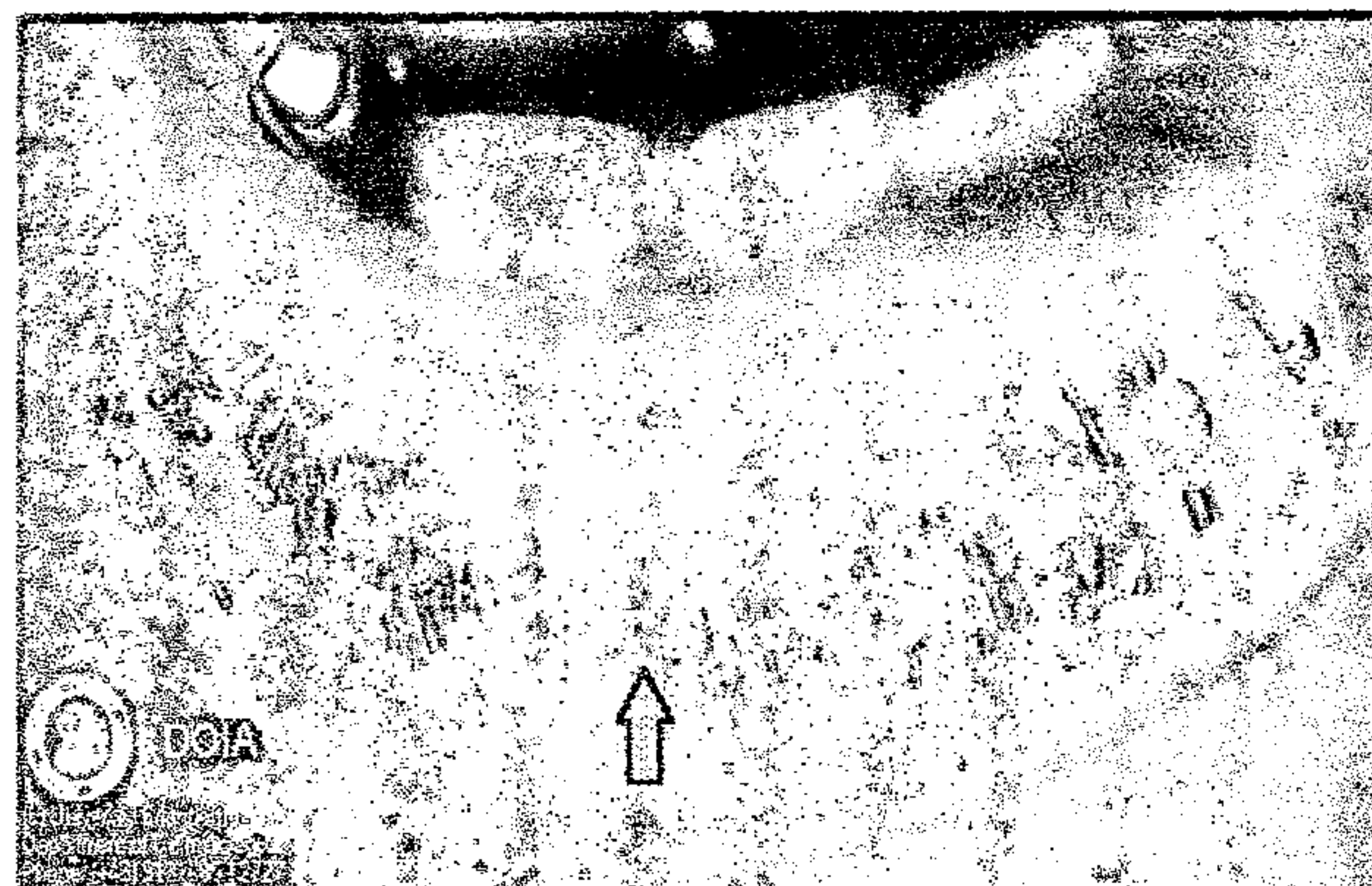
FOTOGRAFIA QA-1 Paciente masculino de 59 años que presenta una placa blanca de ambos labios, resequedad. (Fotografía Prof. Dr. Fartasch, Dermatologische, Universitätsklinik Erlangen)



FOTOGRAFIA QA-2 Paciente masculino con afección en el labio inferior. (Fotografía Prof. Dr. Fartasch, Dermatologische, Universitätsklinik Erlangen)



FOTOGRAFIA QA-3



FOTOGRAFIA QA-4

Paciente de 64 años de sexo femenino que presenta una lesión blanca con resequedad en el borde del labio inferior. (Fotografía Prof. Dr. Fartasch, Dermatologische, Universitätsklinik Erlangen).

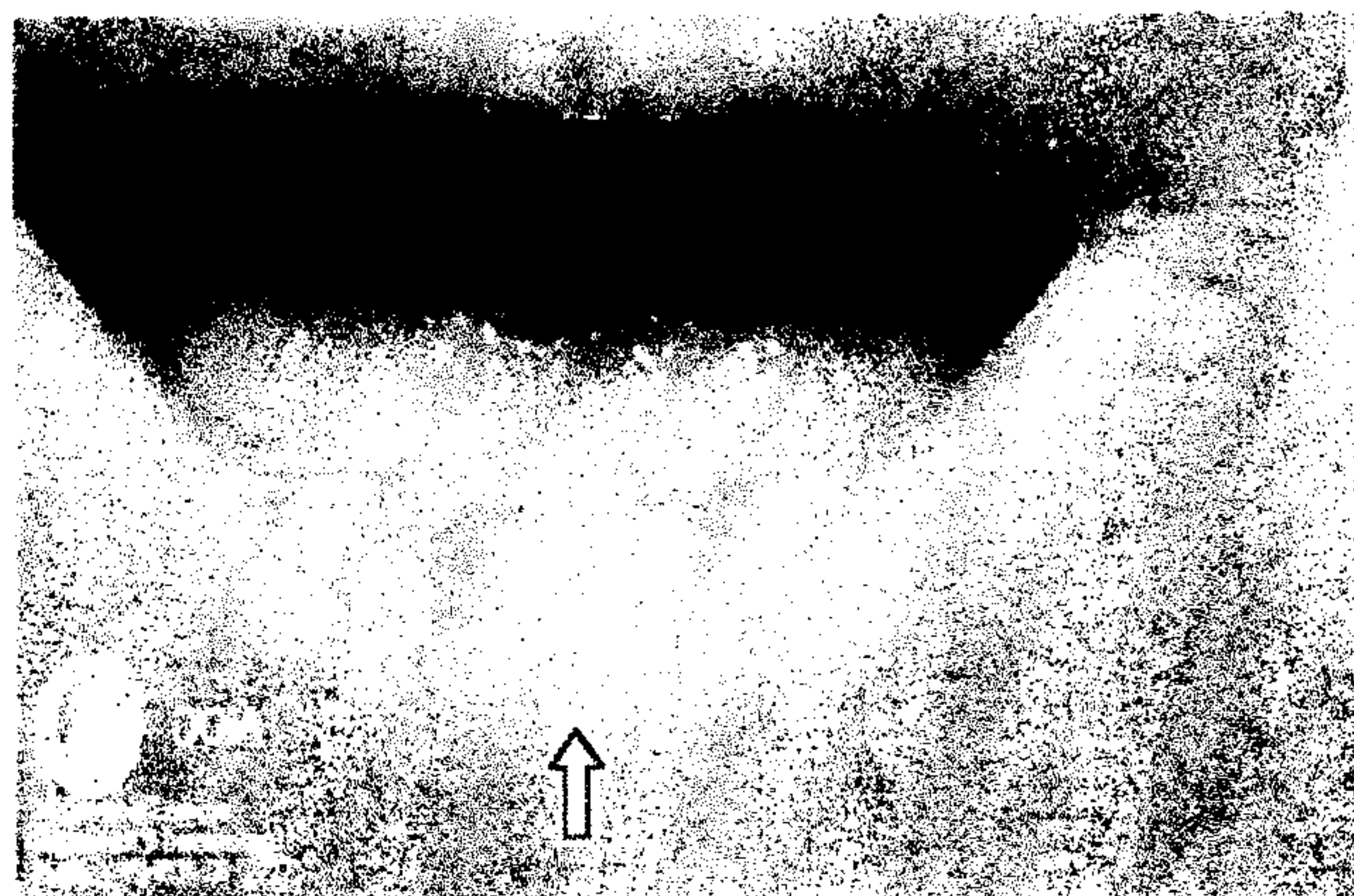


FOTOGRAFIA QA-5 Paciente de sexo masculino de 70 años que presenta una queilitis abrasiva precancerosa, con un labio atrófico y reseco con una placa grisáceo erosionada. (Fotografía Prof. Dr. Fartasch, Dermatologische, Universitätsklinik Erlangen)

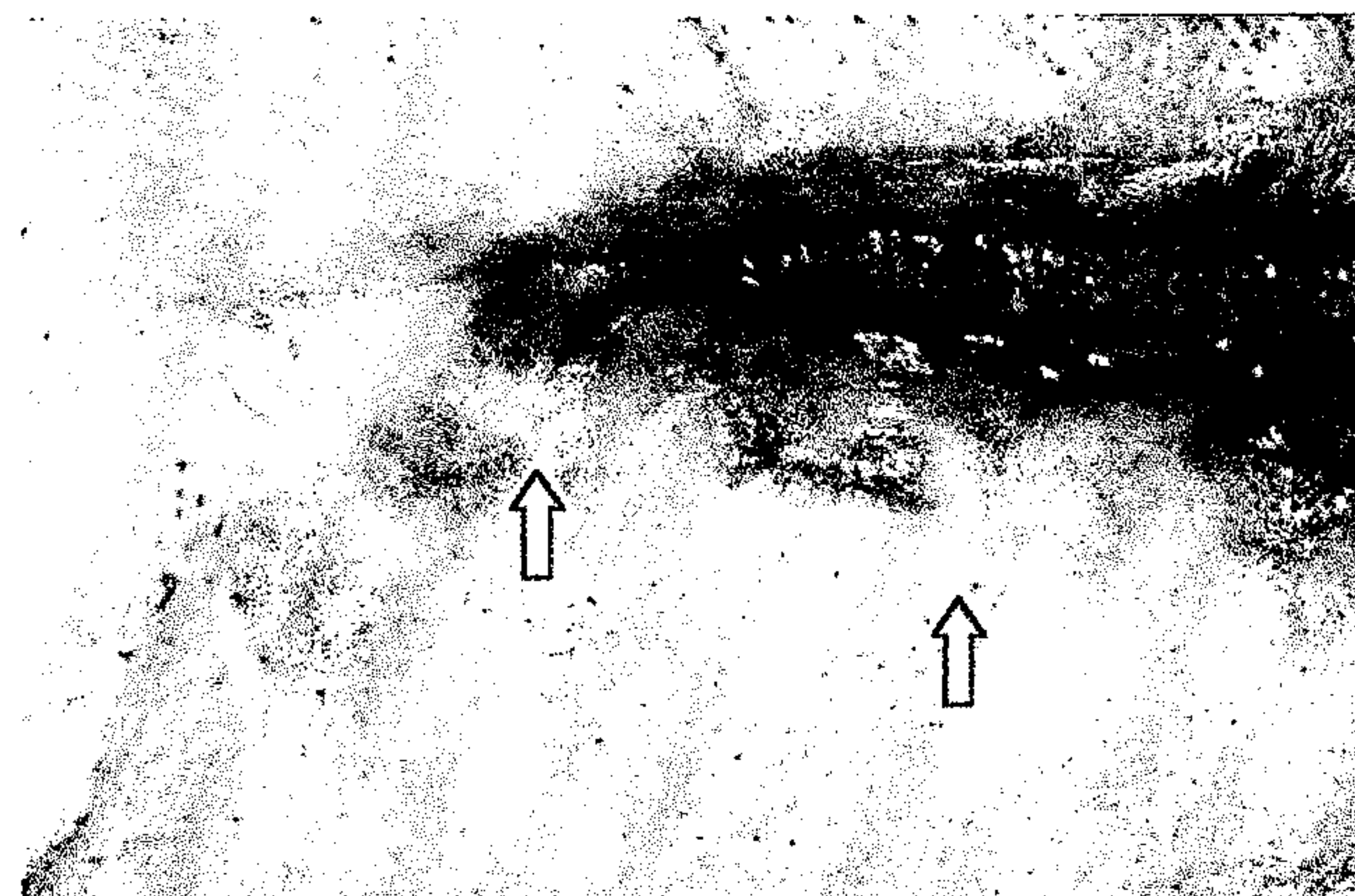


FOTOGRAFIA QA-6 Paciente de 66 años de sexo masculino que presenta dos lesiones en el labio inferior, la primera (flecha amarilla) un Nevus Azul de 7-10 mm y la otra (flecha celeste) es una atrofia con placas brillantes blanquecinas, observándose una unión mucocutánea irregular y borrosa. (Fotografía Prof. Dr. Fartasch, Dermatologische, Universitätsklinik Erlangen.)

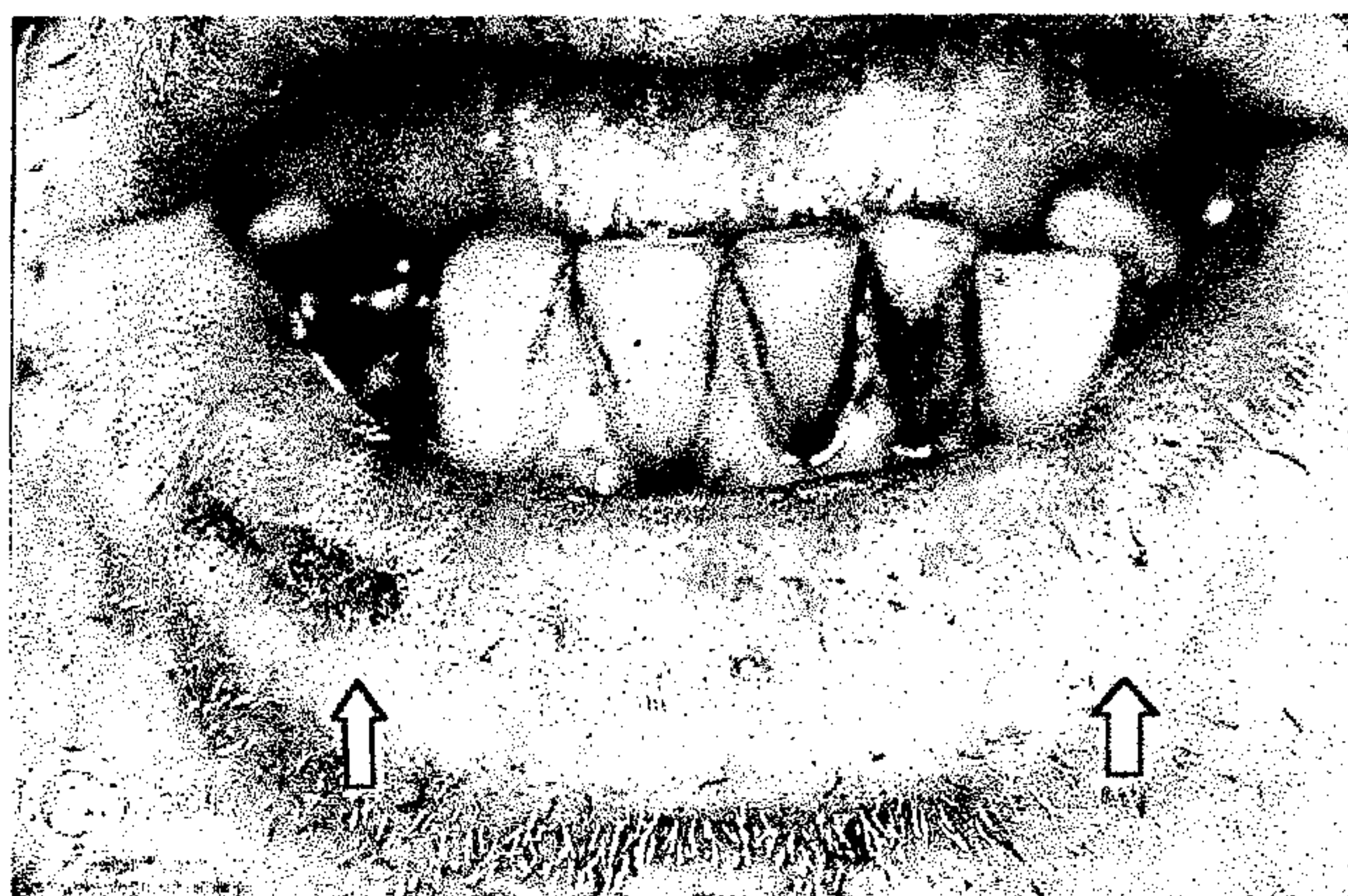
QUEILITIS ACTINICA (con afección cancerosa)



FOTOGRAFIA QA-7 Placa blanca definida con bordes rojos que no se pueden remover, asintomática no específica edad ni sexo. (Fotografía: Prof. Dr. Fartasch, Dermatologische, Universitätsklinik Erlangen)



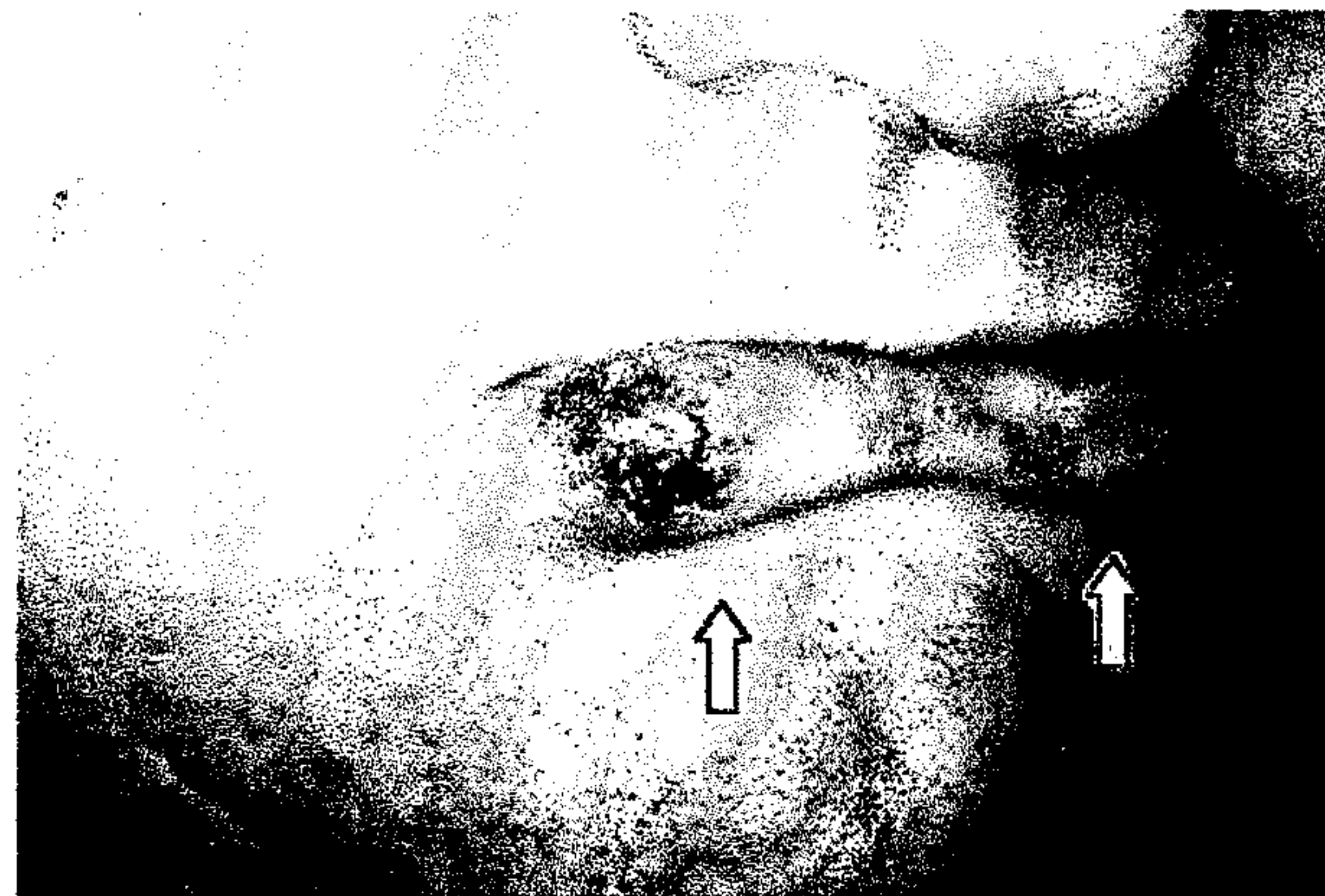
FOTOGRAFIA QA-8 Paciente de 82 años, sexo masculino que presenta en el ángulo derecho de la boca queratosis actínica con pápulas rojas y costras eritematosas (Fotografía: Foto Archive (selected by Dr. Krejci-Papa), Dermatologische, Universitätsklinik Erlangen).



FOTOGRAFIA QA-9 Paciente de 61 años de sexo masculino que presenta una queilitis actínica precancerosa con placa blanca y erosiones costrosas. (Fotografía: Prof. Dr. Diepgen, Dermatologische, Universitätsklinik Erlangen)

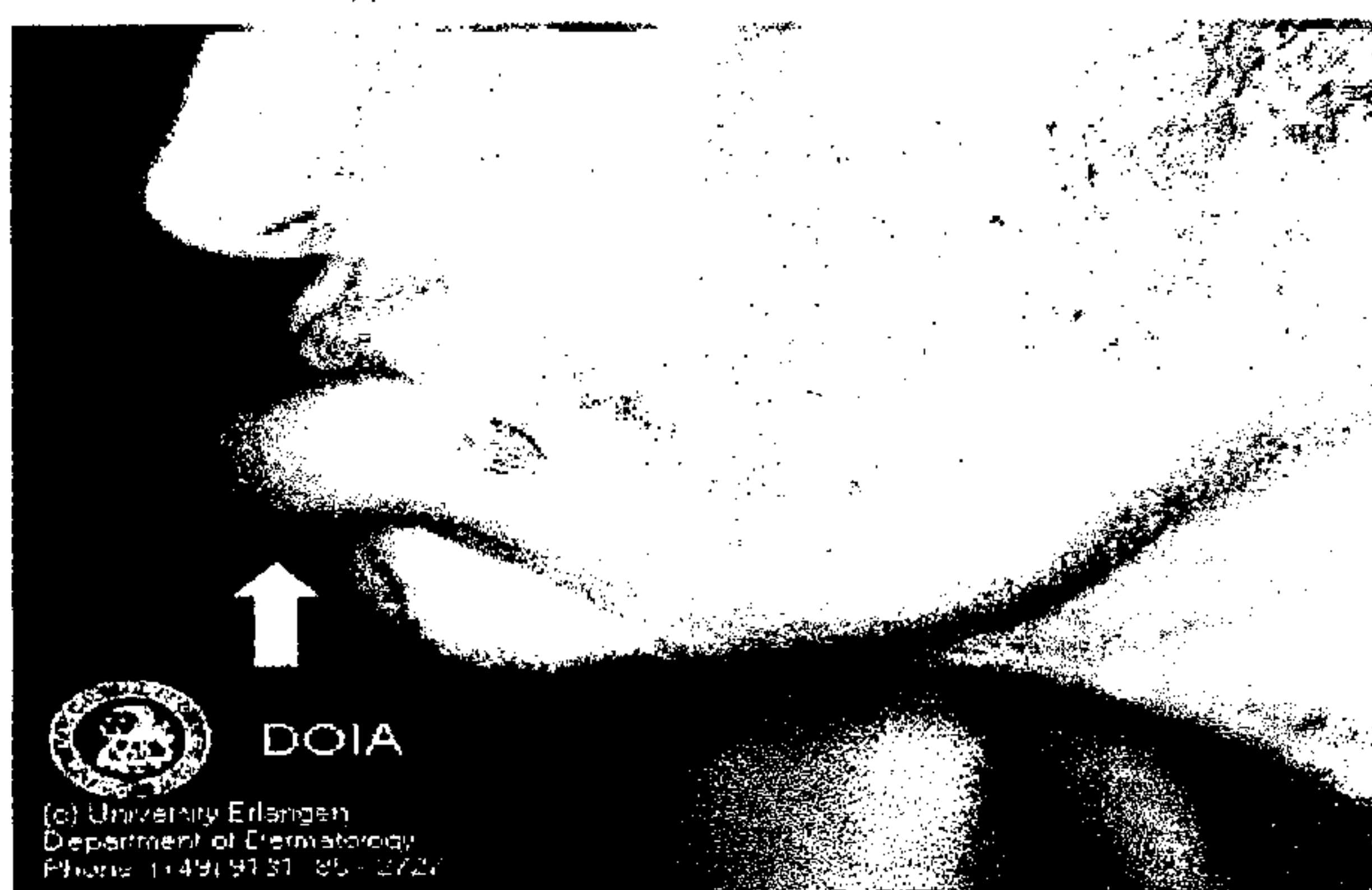


FOTOGRAFIA QA-10 Carcinoma del labio inferior caracterizado por una placa blanca y café de bordes rojizos y erosiones costrosas, se observa en el centro del labio inferior lesiones de queilitis actínica asintomática. (Fotografía: Case reports (selected by Prof. Dr. Simon), Dermatologische, Universitätsklinik Erlangen)



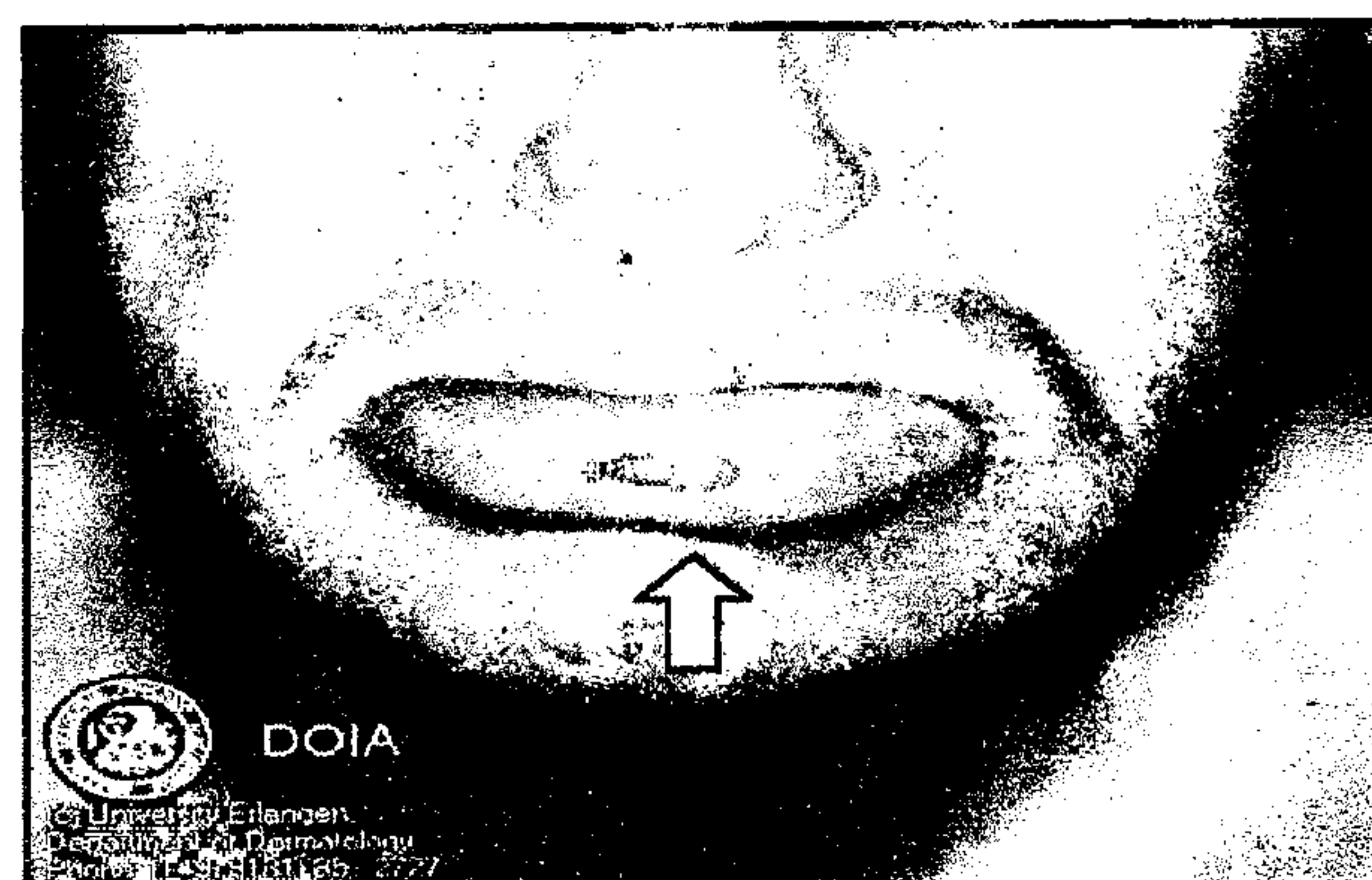
FOTOGRAFIA QA-11 Paciente con queilitis actínica que además presenta un posible carcinoma en el labio inferior en el lado derecho. (Fotografía Dermatologische, Universitätsklinik Erlangen).

QUEILITIS GLANDULAR



FOTOGRAFIA QG-1

Paciente de 60 años de sexo masculino con ectropión del labio inferior caracterizado por un agrandamiento y endurecimiento con múltiples aberturas rojizas. (Fotografía: Prof. Dr. Simon, Dermatologische, Universitätsklinik Erlangen)



FOTOGRAFIA QG-2

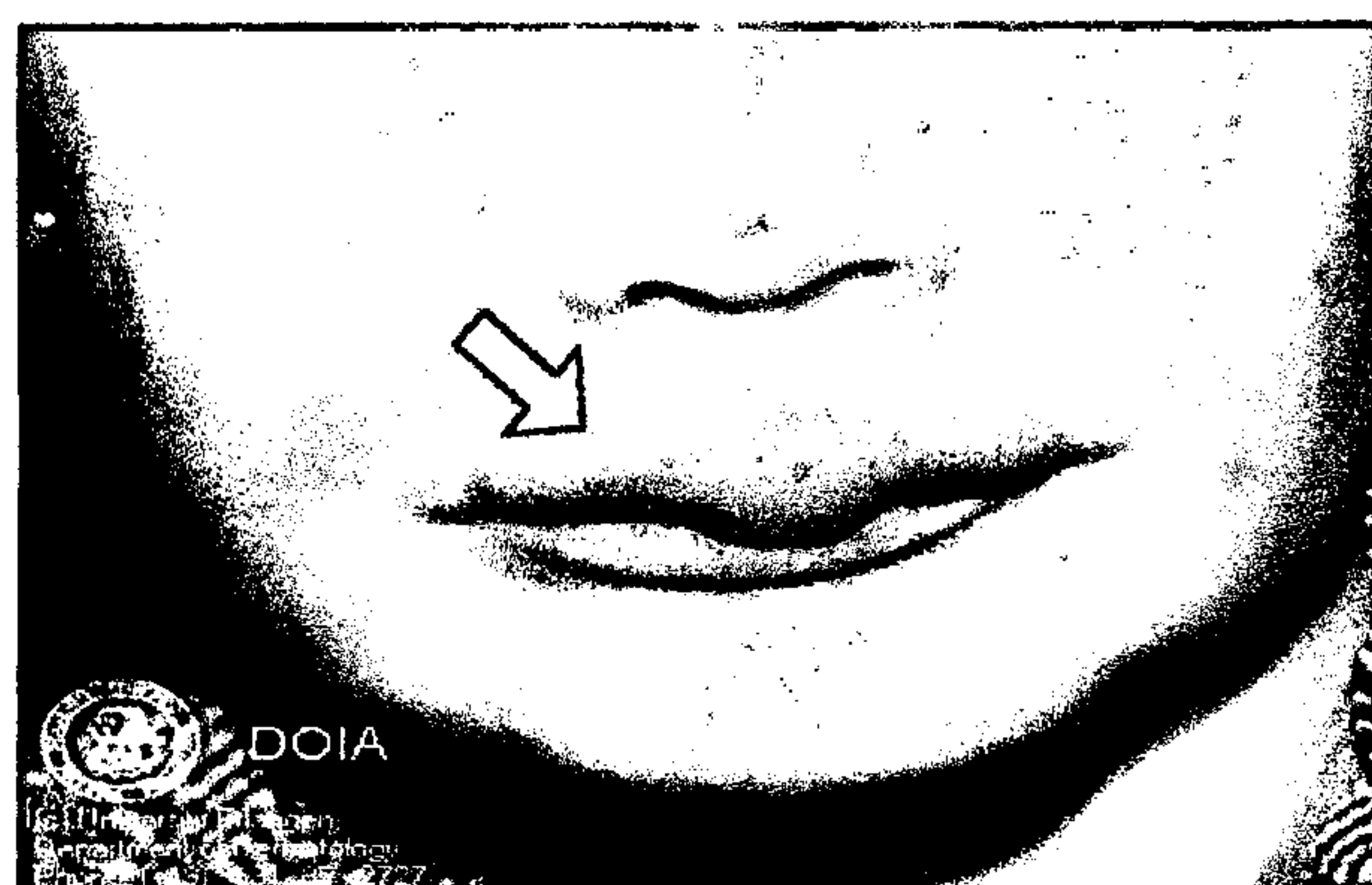


FOTOGRAFIA QG-3

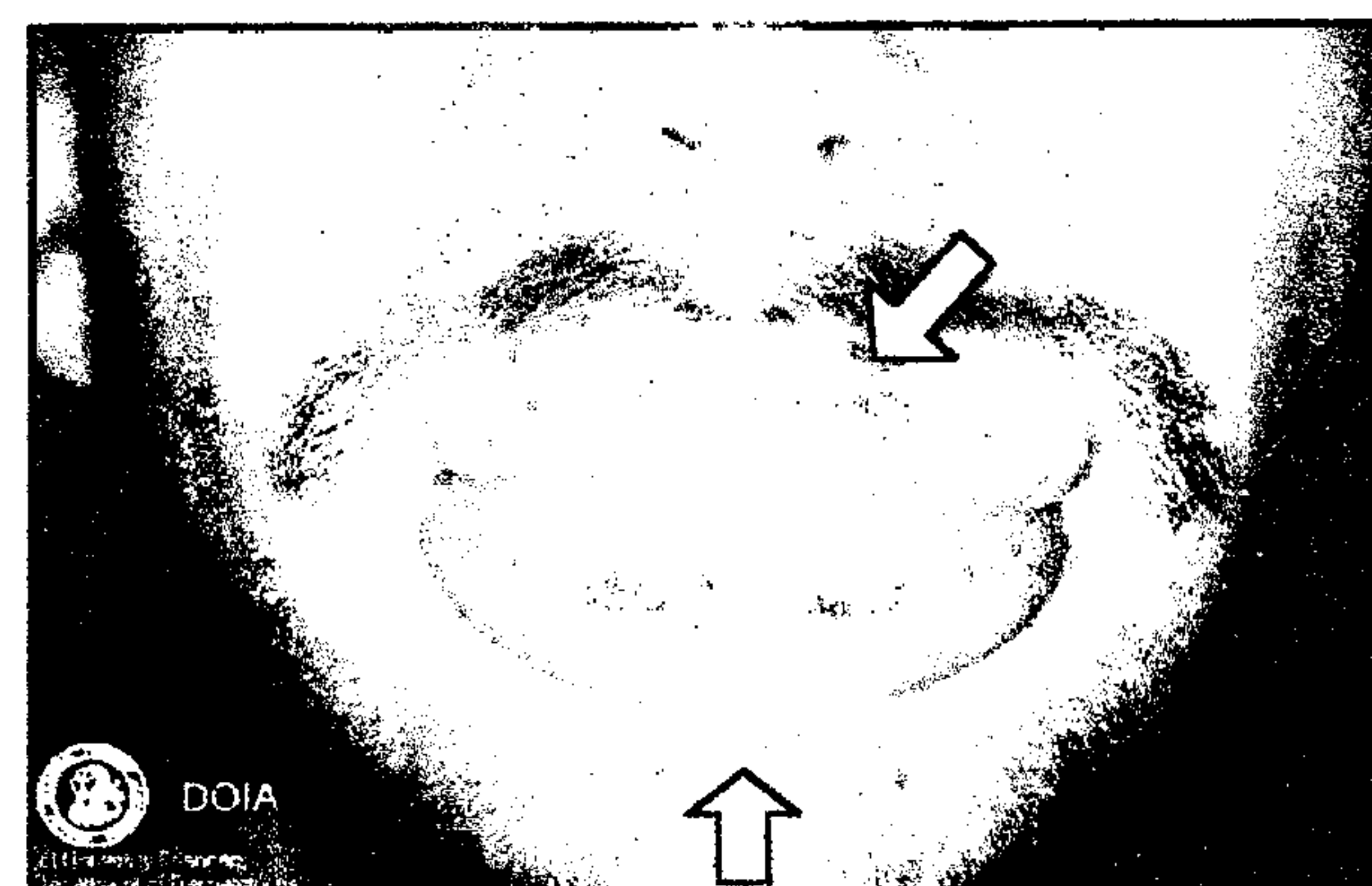
Paciente joven de 27 años de edad de sexo masculino con endurecimiento y ectropión del labio inferior. (Fotografía: Case reports (selected by Prof. Dr. Simon), Dermatologische, Universitätsklinik Erlangen)



FOTOGRAFIA QG-4



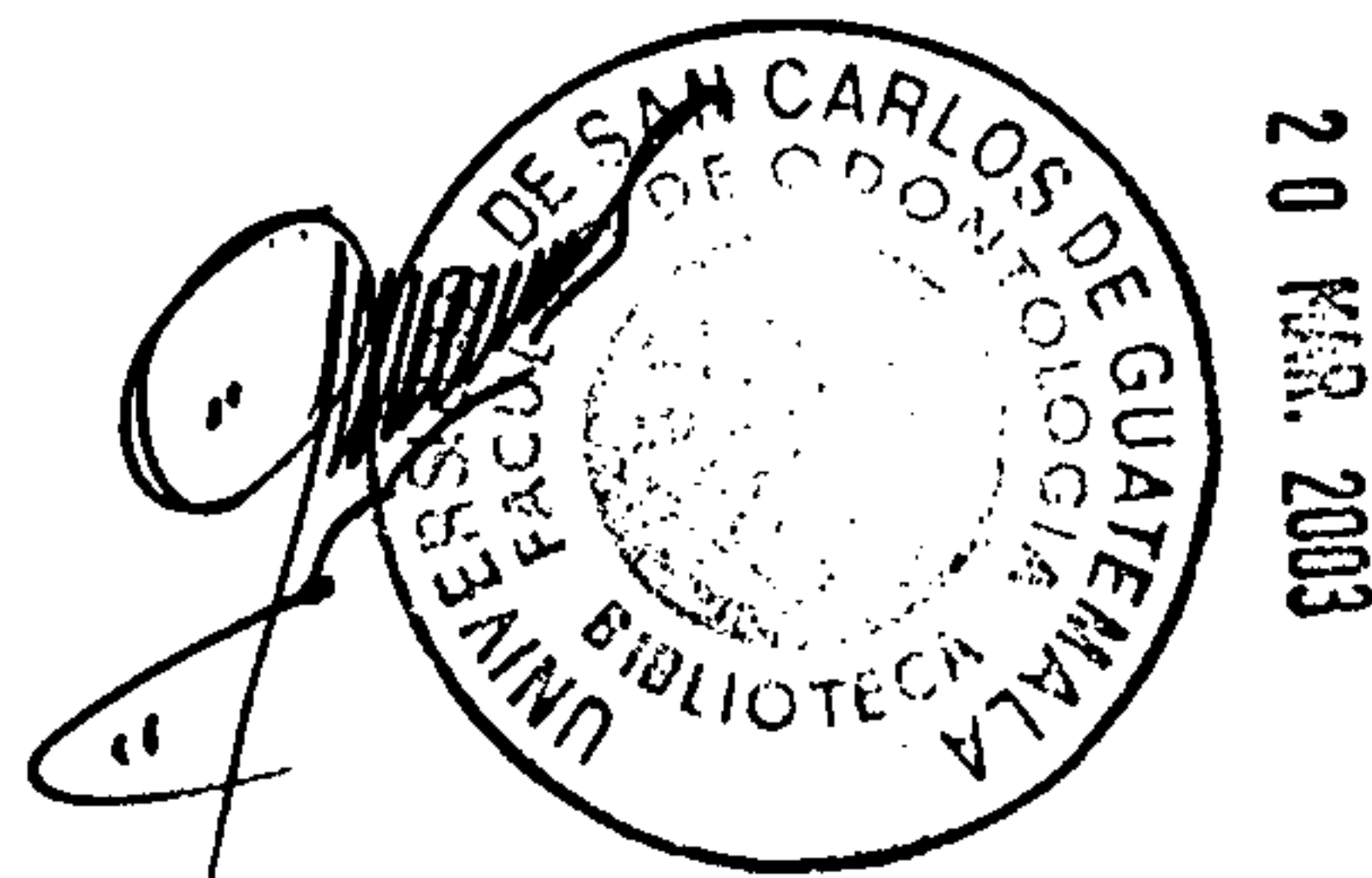
FOTOGRAFIA QG-5 es un caso raro de queilitis glandular, se presenta la lesión en el labio superior, paciente de sexo femenino de 52 años. (Fotografía: Case reports (selected by Prof. Dr. Simon), Dermatologische, Universitätsklinik Erlangen)



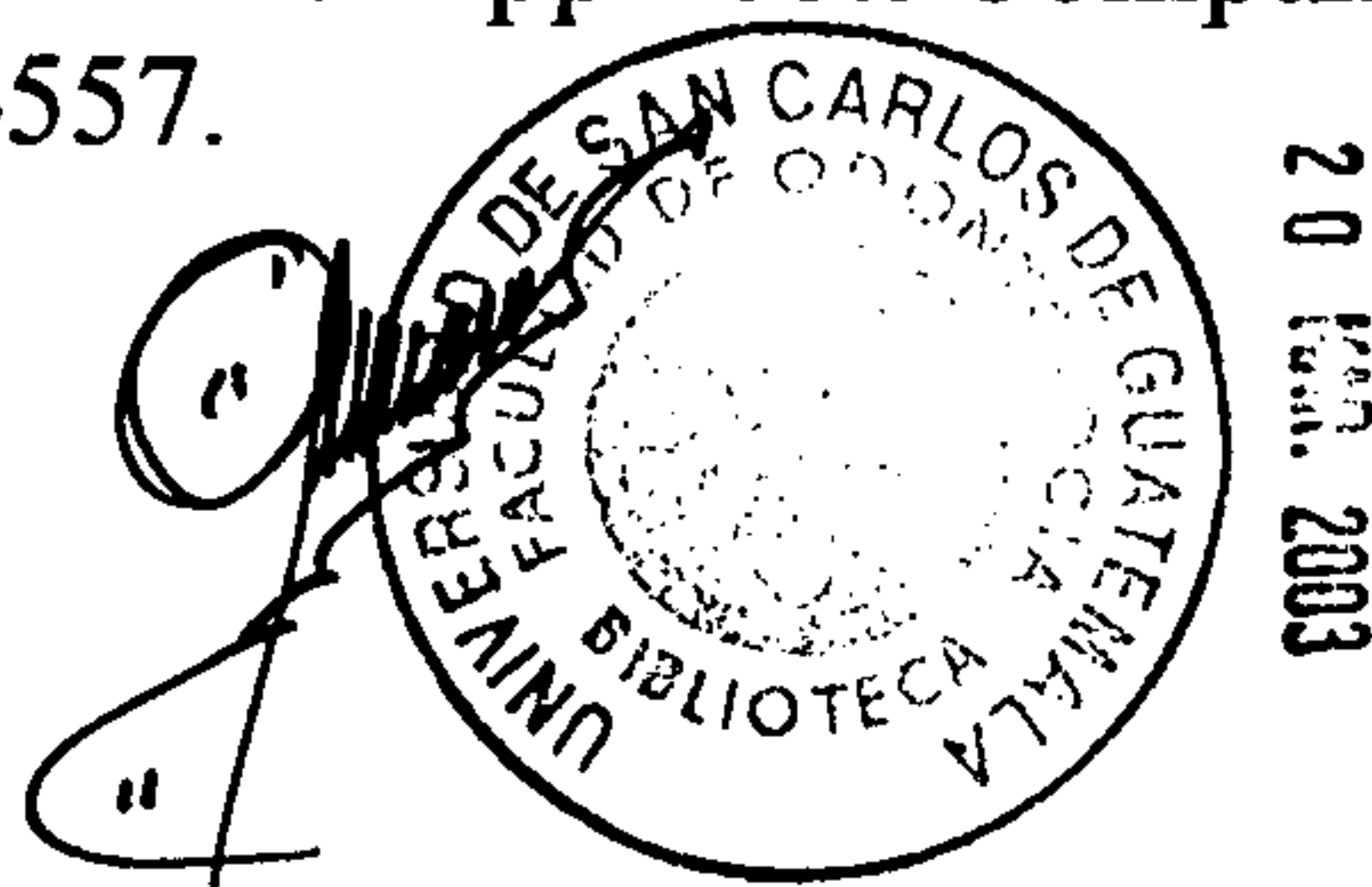
FOTOGRAFIA QG-6 Caso raro de queilitis glandular, se presenta agrandamiento y endurecimiento de ambos labios además de ectropion del labio inferior, paciente masculino de 35 años. (Fotografía: Case reports (selected by Prof. Dr. Simon), Dermatologische, Universitätsklinik Erlangen)

BIBLIOGRAFIA

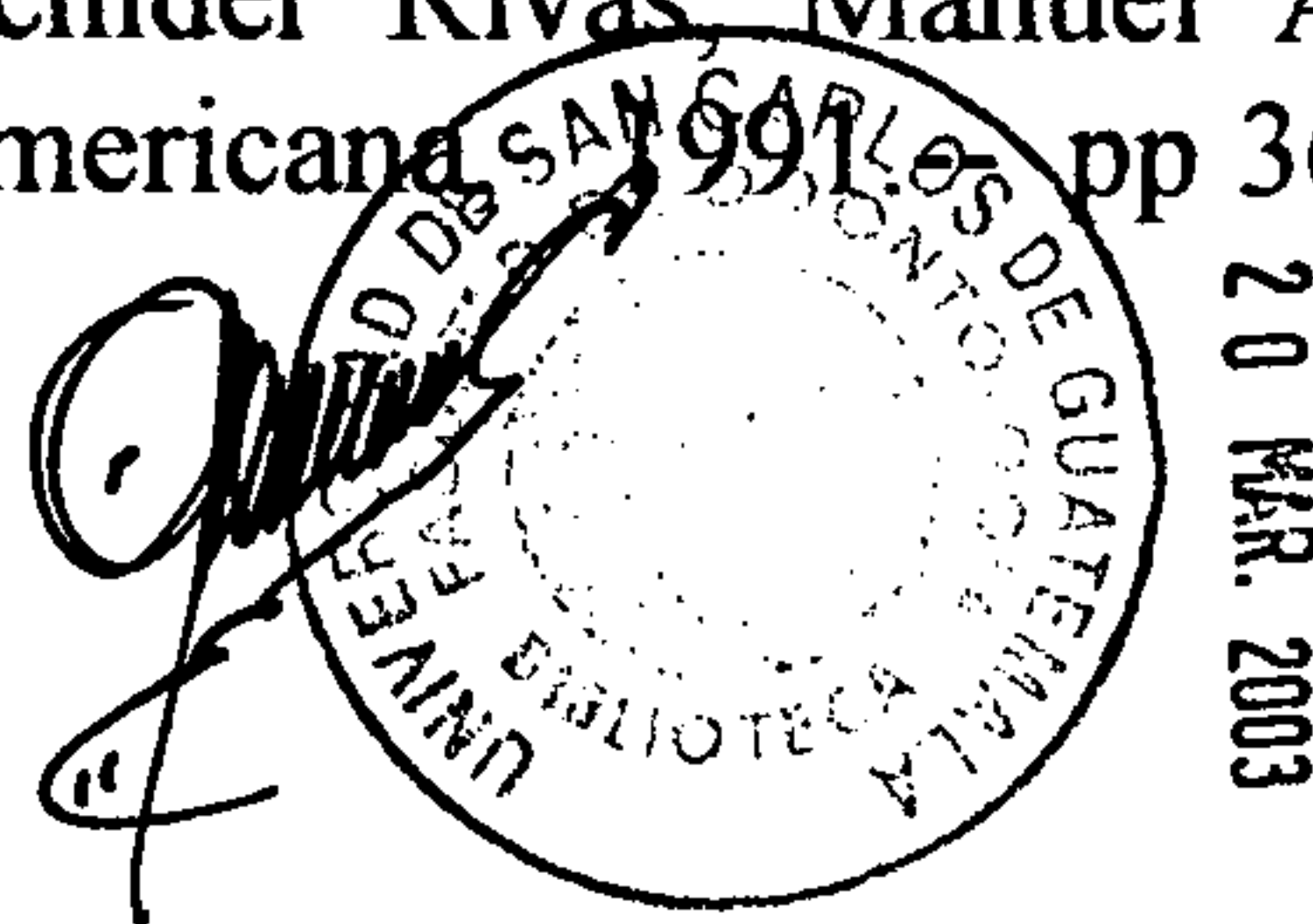
1. Bascones M., Antonio.-- Tratado de Odontología / Antonio Bascones Martínez ; trad. por Bermejo Fenoll, P. López Jornet.-- 2ª ed.-- Madrid : Trigo, 1998.-- pp 3067.
2. Barrios, Gustavo.-- Odontología : Su Fundamento Biológico / Gustavo Barrios, Jenny Susana Vargas C., Jaime Cortazar García.-- Bogotá : Iatros Ediciones, 1993.-- vol. 2 pp 132.
3. Bhaskar, S. N.-- Patología Bucal / S. N. Bhaskar ; trad. por Elena Graciela Espinal, María Beatriz Guglielmotti.-- 6ª ed.-- Buenos Aires : El Ateneo, 1984.-- pp 210-213, 406-407.
4. Biología de Villee / Claude Villee... [et al.] ; trad. por Roberto Palacios Martínez, Jorge Luis Blanco, Correa Magallanes.-- 3ª ed.-- México : Interamericana Mc Graw Hill, 1996.-- pp 223-224, 1109-114.
5. Cecil Tratado de Medicina Interna / James B. Wingardem, Lloyd M. Smith, ed. ; trad. por Jorge Blanco, Correa Magallanes... [et al.]-- 18ª ed.-- México : Interamericana McGraw- Hill, 1991.-- vol. 2 pp 2602-2603.
6. Cromer, Alan H.-- Física para las Ciencias de la vida / Alan H. Cromer ; trad. por José Casas Vázquez, David Mirabent.-- 3ª ed.-- México : Editorial Reverte, 1996.-- pp 303.
7. Dermatología en Medicina General / Thomas B. Fitzpatrick... [et al.] ; trad. por Patricia M. Houghton.-- 3ª ed.-- Buenos Aires : Panamericana, 1988.-- pp 117.
8. Dermatology.En: Internet. http://www.dermis.net/bilddb/englisch/dg_c.htm
26 de julio del 2000.
9. Dermatology Online Atlas [DOIA] Erlangen Actinic Cheilitis. En: Internet. <http://www.dermis.net/bilddb/diagnose/englisch/i210000.htm>
26 de julio del 2000.



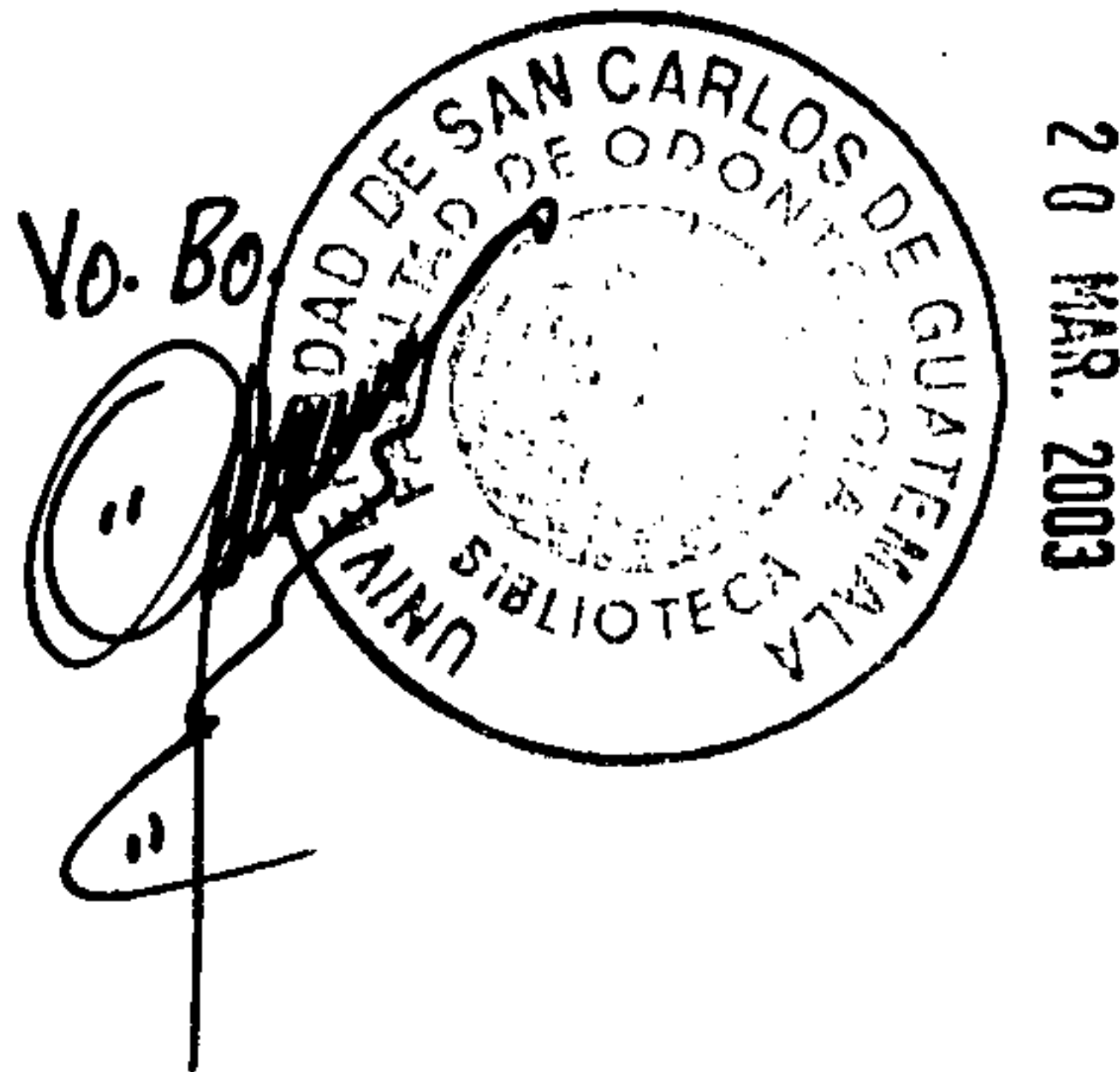
- 10.-----Erlangen Cheilitis Granulomatosa of Miescher. En: Internet.
<http://www.dermis.net/bilddb/diagnose/englisch/i528505p.htm> 26
de julio del 2000.
11. Diagnostico Clínico y Tratamiento / Lawrence M. Tierney... [et al.] ;
trad. por José Antonio R. Almararaz.-- 32^a ed.-- México : El
Manual Moderno, 1997.-- pp 1056, 1112.
12. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina : Dorland ; trad.
por Santiago Sapiña Renard.-- 8^a ed.-- México : Nueva Editorial
Interamericana, 1986.-- pp 134, 171.
13. El Manual de Odontología / José Javier Echeverría García, Emili Cuenca
Sala, ed.-- España : Masson Salvat, 1995.-- pp 96-98, 1615, 2588.
14. Ganong, William F.-- Fisiología Médica / William F. Ganong ; trad. por
Eloy Olguín Villasana.-- 14^a ed.-- México : El Manual Moderno,
1990.-- pp 273.
15. Giunta, John L.-- Patología Bucal / John L. Giunta ; trad. por Ana
María Pérez Tamayo.-- 3^a ed.-- México : Interamericana McGraw-
Hill, 1991.-- pp 112-114.
16. Godines, Guillermo Ariel.-- Análisis Preliminar Sobre Radiación y Brillo
Solar en Guatemala.-- Guatemala, Ministerio de Comunicaciones,
Transportes y Obras Públicas, Instituto Nacional de Sismología,
Vulcanología, Meteorología e Hidrología (INSIVUMEH), 1995.-- 33p
(Sección de Climatología).
17. Haberland Kausel, Christel María.-- Patología de las Glándulas Salivares
Mayores y Menores.-- Tesis (Cirujano Dentista)-- Guatemala,
Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Odontología, 1994.--
139p.
18. Jablonski, Stanley.-- Diccionario Ilustrado de Odontología.-- Buenos
Aires : Editorial Médica Panamericana, 1992.-- pp 995, 1112.
19. Lever, Walter F.-- Histopathology of the Skin / Walter F. Lever, Gundula
Schaumburg.-- Philadelphia : J. B. Lippincott Company, 1990.-- pp
233, 256-257, 542-546, 556-557.



20. Linares Sosa, Sonia María.-- Queilitis Solares del Labio Inferior.-- Tesis (Médico y Cirujano).-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Medicina, 1992.-- 68p.
21. Lippman, S. M., D. Shimm, F. L. Meyskens.-- Nonsurgical treatments for skin cancer : Retinoids and alpha-interferon.-- pp 862-869.-- En: Journal of Dermatologic Surgery and Oncology.-- vol.14, no.8 (1988).
22. Lynch, Malcolm A.-- Medicina Bucal de Burket : Diagnóstico y tratamiento / Malcolm A. Lynch, Vernon J. Brightman, Martin S. Greenberg ; trad. por Alberto Folch y Pi, Jorge Orezaga Samperio.-- 8ª ed.--México : Interamericana, 1987.-- pp 237, 238.
23. Marroquín Quiñones, Prieto Randolpho.-- Queilitis Prurítica.-- Tesis (Cirujano Dentista).-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1990.-- 98p.
24. Medicamento Kenacort-A. En: Internet.
<http://www.manes.com.ar/paginas/103393> 26 de julio del 2000.
25. Murray, Robert K.-- Bioquímica de Harper / Robert K. Murray, Daryl K. Granner, Peter A. Mayes y Víctor W. Rodwell ; trad. por María del Rosario Carsolio P.-- 22ª ed.-- México : El Manual Moderno, 1992.-- pp 571-573.
26. Oncolink NCI/PDQ Physican Statement : Cancer de la piel. En: Internet. http://cancer.med.upenn.edu/pdp_html/I/span/10112287.html 26 de julio del 2000.
27. Pasler, Friedrich Anton.-- Radiología Odontológica.-- 2ª. ed.-- Barcelona : Ediciones Científicas y Técnicas, 1991.-- pp 147.
28. Radiación.-- Enciclopedia Microsoft® Encarta® 99©, Microsoft Corporation.-- 1993-1998.
29. Regezzi, Joseph A.-- Patología Bucal / Joseph A. Regezzi, James J. Sciubba ; trad. por Sonia Schider Rivas, Manuel Antonio Palacios.-- México : Interamericana, 1991.-- pp 362-363.



30. Stuller, C. B... [et al.]-- Cheilitis Glandularis.-- 602 – 605.-- In: Oral Surgery, Vol. 53, (1982).
31. Tratado de Patología Bucal / William G. Shafer... [et al.] ; trad. por Horacio Martínez.-- 4ª ed.-- México : Interamericana, 1987.-- pp 233-234, 376.
32. Utilización de láser CO2 en lesiones intraorales. En: Internet. <http://www.secom.org/articulos/recom/0190397/p117.html> 26 de julio del 2000.



**EL CONTENIDO DE ESTA TESIS ES UNICA Y EXCLUSIVA
RESPONSABILIDAD DEL AUTOR**



Marco Antonio Ovalle Solís.



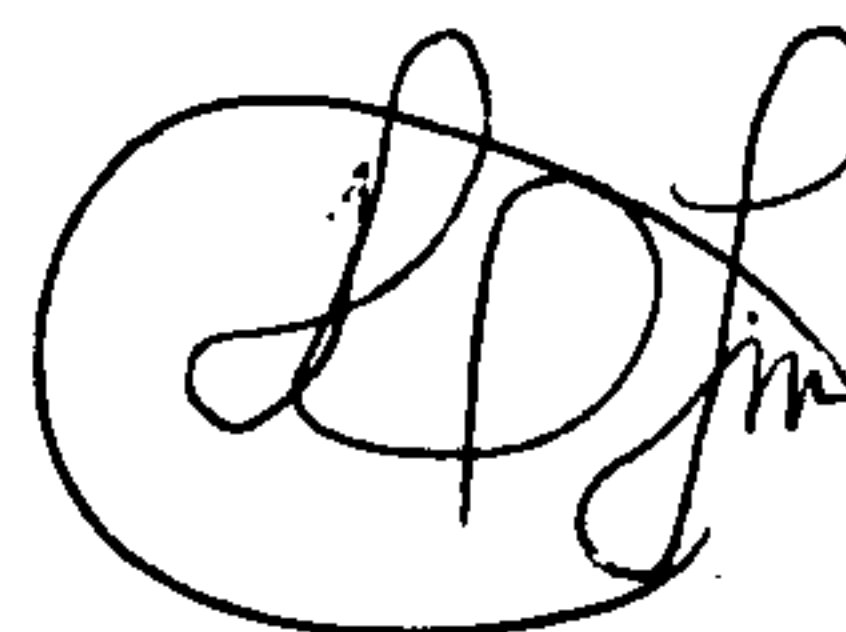
Marco Antonio Ovalle Solís.
SUSTENTANTE



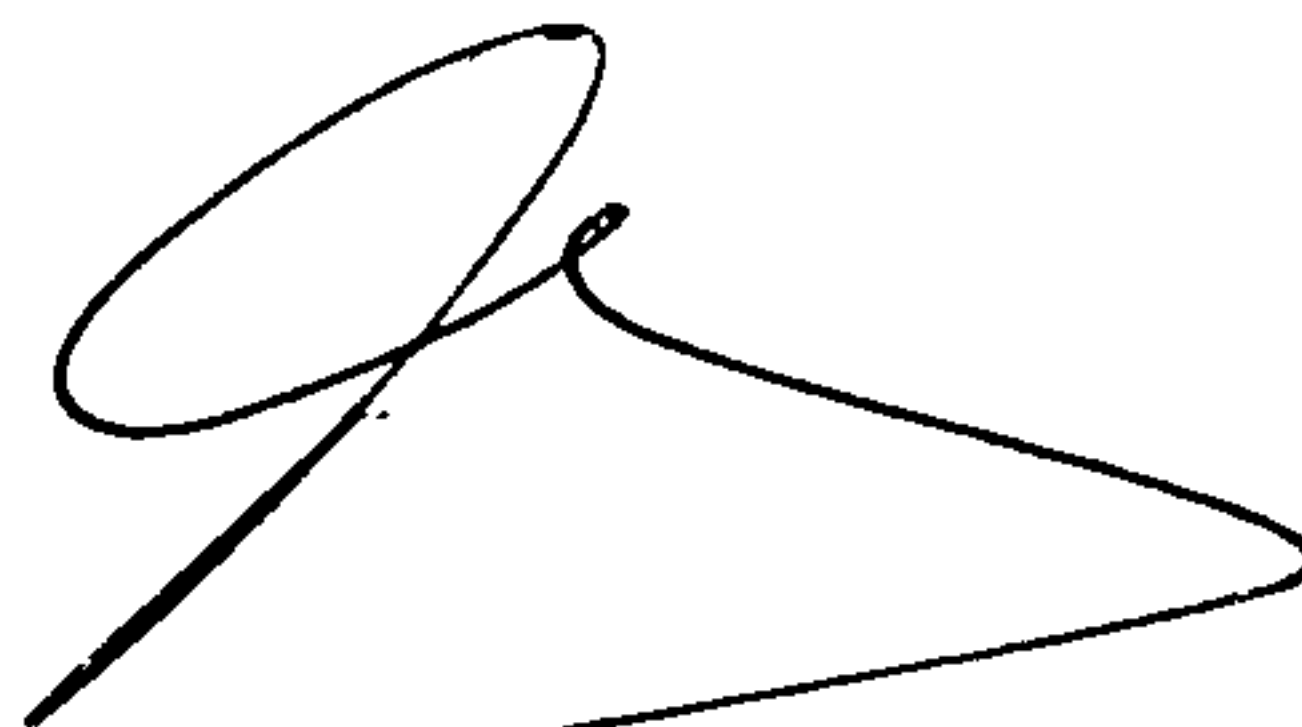
Dra. Diana Annabella Corzo M.
ASESORA



Dr. Ricardo León Castillo
REVISOR



Dr. Víctor Hugo Lima Sagastume
REVISOR



Dr. Otto Raúl Torres Bolaños
SECRETARIO

