



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
UNAN-Managua
Facultad De Ciencias Médicas
Odontología

Informe Final de Tesis para optar al título de Cirujano Dentista

Tema:

“Correlación clínica de enfermedades dermatológicas con manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Médica Previsional INSS, Ocotal-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020”

AUTORES:

- Br. Marisell Abigail García Olivera
- Br. Francisco Josué García Méndez

TUTOR METODOLÓGICO:

Dr. Yader Rene Alvarado Martínez
Cirujano Maxilofacial

Managua 08 de septiembre 2020

Tema

Correlación clínica de enfermedades dermatológicas con manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Médica Previsional INSS, Ocotlán-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020.

Índice

I. Introducción	1
II. Antecedentes.....	3
III. Justificación	8
IV. Planteamiento del problema	9
V. Objetivos.....	10
VI. Marco teórico	11
VII. Hipótesis	47
VIII. Diseño metodológico	48
IX. Discusión y análisis de resultados	59
X. Conclusiones	67
XI. Recomendaciones	68
XII. Cronograma de actividades	69
XIII. Presupuesto.....	70
XIV. Bibliografía.....	71
Anexos	73

I. Resumen:

Con el objetivo de establecer la correlación clínica de enfermedades dermatológica con manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Medica Previsional INSS, Ocotil-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020, se realizó un estudio observacional, correlacional y con enfoque cuantitativo. Fueron analizados los datos sobre las enfermedades dermatológicas de base de cada paciente y se llevó a cabo un examen físico oral para determinar la presencia o no de manifestaciones orales y sus características, con el fin de estadificar a los pacientes. Los análisis estadísticos efectuados fueron: prueba para analizar la independencia entre variables nominales o superiores como la prueba de Chi cuadrado y para medir la correlación estadística entre dos variables continuas la prueba de correlación de Pearson. Del análisis y discusión de los resultados obtenidos, se alcanzaron las siguientes conclusiones: Psoriasis fue la patología de mayor frecuencia con un 26.5%; las manifestaciones orales estuvieron presentes en un 68.87% de la población estudiada, con mayor predominio las manifestaciones orales elevadas con 64.4%, continuando con las deprimidas 26.0% y las menos frecuentes 9.6% lesiones planas. Los resultados de la prueba de chi cuadrado muestran un resultado de 0.05 rechazando la hipótesis nula, la prueba correlacional de Pearson con respuesta de -0.279 y sig. bilateral de 0.001 nos plantea que la correlación es negativamente baja pero no muestra que esta correlación sea aplicable a la población.

Palabras clave: Manifestaciones orales, dermatología, correlación clínica, patología oral y maxilofacial.

Correo electrónico del autor: Mariselle93@gmail.com

II. Dedicatoria

Dedicado en memoria de mis abuelas.

María Inelda Pérez Mendoza

Petronila Alanís

*Me encantaba la casa de mis abuelos. Todo olía a
viejo, gastado pero seguro; el aroma de la comida se
había horneado en los muebles.*

-S. Strasberg

Marisell A. García Olivera

Esta tesis está dedicada principalmente a Dios, que ha dado la sabiduría y las fuerzas necesarias para poder llegar a la culminación de dicha tesis.

A mis padres por apoyarme incondicionalmente a lo largo de este proceso.

Francisco Josué García Méndez

III. Agradecimientos

Agradezco infinitamente a Dios y al universo, por guiarme a lo largo de mi existencia, por ser mi apoyo y fortaleza siempre.

Gracias a mis padres Javier García y Nery Olivera, a mis abuelos por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado. Por darme siempre su apoyo incondicional en cada situación.

A mi tutor y docente Dr. Yader Alvarado quien con sus conocimientos, experiencias y apoyo nos orientó a través de cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar los resultados esperados y la culminación con éxito de este trabajo; a la Dra. Juana Pérez por su paciencia, apoyo y simpatía.

A cada uno de los docentes que estuvieron presentes en mis enseñanzas, por motivarme a ser cada día mejor.

Por último y con mucho amor quiero agradecer a todos mis amigos incondicionales y familiares que ayudaron de una manera desinteresada, celebraron conmigo momentos felices y también me apoyaron en momentos tristes. Gracias absolutas por toda su ayuda y buena voluntad.

Marisell A. García Olivera

No ha sido fácil llegar hasta aquí, y como en toda investigación no puede atribuirse a una sola persona, aunque éste figure como único autor. Por eso no hay mejor forma de comenzar que agradeciendo su apoyo y colaboración a todo aquel que me ha acompañado en este proceso.

A Dios por iluminarme siempre y poner a las mejores personas a mi alrededor que colaboraron a esta causa.

A mis padres: Francisco José García Sánchez y Rosa Isabel Méndez Espinoza. Por apoyarme siempre, al igual que a la familia.

Igualmente agradeciendo al tutor metodológico Dr. Yader Rene Alvarado por el tiempo y dedicación, y porque ha sido pieza fundamental en el desarrollo del estudio.

A mi extraordinaria amiga y compañera Marisell A. García Olivera.

Francisco Josué García Méndez

IV. Opinión del tutor.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua



Facultad de Ciencias Médicas CARRERA DE ODONTOLOGÍA



“AÑO DE LA EDUCACIÓN CON CALIDAD Y PERTINENCIA”

Managua 07 septiembre del 2020

OPINION DEL TUTOR

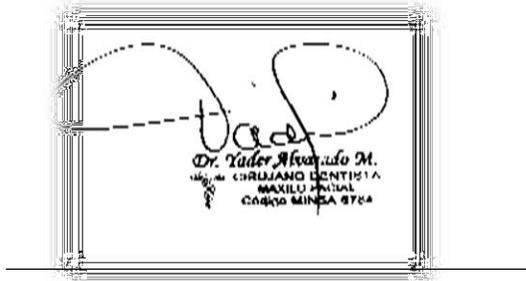
Después de haber tutorado la Monografía que lleva por título **“Correlación Clínica de Enfermedades Dermatológicas y Manifestaciones Orales en pacientes que acuden a Clínica Médica Previsional INSS, Ocotal. Nueva Segovia en el mes de Julio del 2020”**, realiza por los estudiantes: **Marisell Abigail García Olivera** con número de carnet **15031119** y **Francisco Josué García Méndez** con número de carnet **15030745** quienes estuvieron bajo mi tutoría y que cumplieron con todos los requisitos establecidos para la realización de su Monografía y optar al Título de **“Cirujano Dentista”**.

Pienso que este estudio es de mucho interés para nuestros estudiantes de pregrado, el Odontólogo General y aún para el especialista en Cirugía Máxilo Facial, ya que los datos obtenidos validan la información y sustenta la literatura utilizada para la enseñanza en las distintas asignaturas a fines a este problema de Investigación. El potencial de información que se ha obtenido, confirma una vez más lo que nos dice la ciencia: “las enfermedades dermatológicas producen manifestaciones bucales de cualquier tipo, en las distintas zonas de la mucosa oral, que se presentan de diferentes forma, severidad, tamaño, color y crecimiento.

Tiene una relevancia significativa para muchas áreas del conocimiento en lo que a salud oral se refiere, e incluso hasta para el especialista en Dermatología, ya que

una vez identificadas se puede brindar un buen servicio a nuestra población, y actuar de manera inmediata ante estos casos, para evitar daños mayores o complicaciones que interfieran con la alimentación del paciente y por ende interfiera en su estado de salud general, ya que como sabemos muchas enfermedades sistémicas inician con manifestaciones orales o viceversa, o bien que aparecen concomitantes.

Doy fe de haber acompañado a los alumnos durante todo su proceso de Investigación, así como en su calibración para identificar de manera correcta el problema en estudio.



Dr. Yader Alvarado Martínez

Tutor

Introducción

Las enfermedades dermatológicas son afecciones que presentan sus principales síntomas en la piel, también pueden afectar mucosas de diferentes partes del cuerpo incluyendo la mucosa de revestimiento oral, provocando lesiones orales de múltiples tipos en cualquier parte del epitelio bucal.

Las lesiones que muchos pacientes presentan en la mucosa bucal, pueden ser muy características para establecer determinados síndromes y ocasionalmente se convierten en el dato clave para llegar al diagnóstico ya que las patologías dermatológicas son bastante comunes, existe una amplia variedad de estas y algunas pueden ser muy complejas.

El reconocimiento rápido de estas lesiones bucales en las enfermedades dermatológicas es fundamental para instaurar un tratamiento eficaz que en muchos casos es decisivo para el curso posterior de la enfermedad y la propia vida del paciente.

En Nicaragua, uno de los aspectos más controvertidos acerca de las enfermedades dermatológicas y las manifestaciones orales de estas, es la poca profundidad del tema, los escasos estudios realizados y la limitada información que existe, puntos que son bastantes importantes en el área de la salud general y oral. La pregunta central de la investigación es ¿Cuál es la Correlación clínica de enfermedades dermatológica con manifestaciones orales?

La hipótesis central es que existe una correlación clínica con cada una de estas enfermedades. El objetivo principal es establecer la correlación clínica de enfermedades dermatológica con manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Médica Previsional INSS, Ocotal-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020.

Para llevar a cabo el estudio se ha estructurado en capítulos, en los primeros capítulos I, II, III, IV, V, VI se efectúan los aspectos básicos de la investigación, algunas precisiones teórico-conceptuales con sus respectivos rasgos clínicos que permiten comprender mejor el enfoque. En el capítulo VIII. “Diseño metodológico” se describe la metodología necesaria para la elaboración de esta investigación. En el capítulo IV. “Resultados” se

describen las conclusiones enfatizando en los datos de mayor importancia obtenidos a través del análisis estadístico, continuando con los últimos capítulos X, XI, XII, XIII, XIV se encuentran las conclusiones y recomendaciones constatando los resultados del estudio, también se encuentra el cronograma, presupuesto y la bibliografía donde se encuentran todas las referencias de los documentos y libros utilizados, para finalizar están los anexos donde se muestran los instrumentos utilizados para la recolección de la información, tablas, gráficos y evidencia que fundamenta la realización del estudio.

Palabras clave: Manifestaciones orales, dermatología, correlación clínica, patología oral y maxilofacial.

Antecedentes

Loni Maharashtra realizó un estudio en octubre de 2013 a enero de 2014, titulado “Manifestación oral en pacientes diagnosticados con enfermedades dermatológicas” realizado en un hospital de la India, con un total de 310 pacientes (edad media $37,2 \pm 16$ años, 61,2% hombres) completaron un examen oral y una entrevista personal. Se registraron lesiones orales. La biopsia y el frotis se usaron como técnicas adyuvantes para la confirmación. Este estudio tuvo como objetivo estimar la frecuencia de lesiones orales en pacientes dermatológicamente enfermos que acuden al departamento ambulatorio de Pravara Rural Medical and Dental College and Hospital, Pravara Institute o Medical Sciences (Deemed University). Los datos se analizaron mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) (versión 15.0.1). Resultados: de 310 casos ($n = 310$) observados para lesiones cutáneas, 99 casos fueron psoriasis (31,93%) y 68 casos fueron liquen plano (LP; 21,9%), seguido de herpes zoster en 44 casos (14,1%), herpes simple en 13 casos (4,1%), pénfigo vulgar (PV) en 15 casos (4,8%), eritema multiforme (EM) en 8 casos (2,5%), penfigoide ampollar (PA) en 4 casos (1,2%), varicela en 3 casos (0,9%), eccema en 52 casos (16,7%), y deficiencia nutricional y candidiasis en 2 casos. (Maharashtra, 2017)

Elaborado por Marx-Sánchez PM, Fernández-Cuevas L, Alcalá-Pérez D, Tercero-Quintanilla G, Esquivel-Pedraza L. en el año 2017. Realizaron el estudio “Prevalencia de alteraciones bucales en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua” en México. Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se incluyeron todos los expedientes clínicos de los pacientes que acudieron al servicio de patología bucal del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, entre 2010 y 2014. Se realizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Se revisaron 1,670 expedientes clínicos de los que únicamente 532 cumplieron los criterios de selección. Las variables del estudio se describieron por medio de frecuencias y proporciones. Para describir la relación entre el diagnóstico dermatológico y el bucal se utilizó la r° de Spearman. Todas las pruebas se realizaron con un nivel de confianza de 95% y valor $p \leq 0.05$. Se usó el programa estadístico SPSS versión 21. El 41% de las alteraciones bucales correspondieron a trastornos infecciosos (principalmente candidiasis en 29%), 24% a

tumores benignos, 10% a enfermedades ampollas, 7% a trastornos pigmentarios, 6% a procesos ulcerativos y 6% a alteraciones inflamatorias. (Marx-Sánchez, 2017)

Elaborado por Arvind Babu, Julio-agosto 2015. Realizó el estudio “Un estudio sobre las lesiones de la mucosa oral en 3500 pacientes con enfermedades dermatológicas en el sur de la India”. El estudio incluye 3500 pacientes que acudieron al Departamento de Dermatología ambulatorio. Los pacientes con manifestación oral fueron sometidos a examen clínico en el Departamento de Patología Oral. Se realizaron procedimientos de diagnóstico para confirmar el diagnóstico clínico oral. Los resultados del estudio fueron analizados por el software SPSS versión 19.0 (Armonk, NY) y presentados como estadísticas descriptivas. La correlación de las manifestaciones orales con su respectiva enfermedad dermatológica se analizó estadísticamente mediante la prueba de correlación de Pearson ($P < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativas) La tasa de prevalencia de lesiones de la mucosa oral en el presente estudio fue del 1,8% (65/3500). Las lesiones más frecuentes observadas fueron psoriasis 32.3% (21/65), liquen plano 18.4% (12/65), Síndrome de Stevens Johnson 18.4% (12/65), pénfigo 10.7% (7/65), necrólisis epidérmica tóxica 4.6% (3/65), lupus eritematoso sistémico 3% (2/65), lupus eritematoso discoide 1.5% (1/65), penfigoide 1.5% (1/65). La distribución de género en la población de estudio fue estadísticamente significativa ($P < 0.001$). Las personas empleadas y desempleadas en la población de estudio fueron estadísticamente significativas ($P < 0,001$). El análisis de correlación de Pearson de las manifestaciones orales con su respectiva enfermedad dermatológica mostró $r = 0,466$ y significa una correlación positiva y es estadísticamente significativo al nivel de 0,01 (dos colas). (Arvind, 2014)

Elaborado por Nada M Suliman y Anne C Johannessen en septiembre 2011. Realizaron una investigación llamada “Lesiones de la mucosa oral en pacientes con enfermedades de la piel que acuden a una clínica dermatológica: un estudio transversal en Sudán”. Se realizó un estudio transversal en un hospital en Jartum desde octubre de 2008 hasta enero de 2009. Un total de 588 pacientes (edad media $37,2 \pm 16$ años, 50,3% mujeres) completaron un examen oral y una entrevista personal de los cuales 544 pacientes (media

edad 37.1 ± 15.9 años, 50% mujeres) con diagnóstico confirmado de enfermedad de la piel se incluyeron para análisis adicionales. La biopsia y el frotis se usaron como técnicas adyuvantes para la confirmación. Los datos se analizaron utilizando el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (Versión 15.0.1). Se utilizaron tabulación cruzada y Chi-cuadrado con la prueba exacta de Fisher. Se registraron un total de 438 pacientes con manifestaciones orales en 315 (57.9%, hombres: 54.6% versus mujeres: 45.6%, $p < 0.05$) pacientes con enfermedades de la piel. Por lo tanto, cierto número de pacientes tenía más de un tipo de manifestación oral. Las lesiones de la lengua fueron las de mayor frecuencia (23.3%), seguidas en orden descendente por lesiones blancas (19.1%), lesiones rojas y azules (11%) y enfermedades vesiculobullosa (6%). Manifestaciones orales en diversas enfermedades de la piel fueron; patrón de reacción vesiculobullosa (72.2%), patrón de reacción liquenoide (60.5%), lesiones infecciosas (56.5%), patrón de reacción psoriasiforme (56.7%) y patrón de reacción espongiótica (46,8%). La presencia de OML en pacientes con enfermedades de la piel fue más frecuente en grupos de mayor edad (62.4% mayores versus 52.7% más jóvenes, $p < 0.05$), en hombres (63.2% hombres versus 52.6% mujeres, $p < 0.05$), pacientes con una enfermedad sistémica (65.2% con sistémico versus 51.9% sin enfermedad sistémica, $p < 0.05$) y entre los usuarios actuales de tabaco sin humo (toombak) (77% de uso actual versus 54.8% sin uso, $p < 0.00$). (Suliman, 2011)

Elaborado por Elba Morales en abril 2004. Estudió la “Prevalencia de lesiones orales con enfermedades dermatológicas y en pacientes sin enfermedades dermatológicas” en Nicaragua. La investigación se realizó en el Centro Nacional de Dermatología y en el Centro de salud Francisco Morazán, en la ciudad de Managua en el periodo de mayo-noviembre 2002 y enero 2004. Estudio descriptivo y comparativo de corte transversal, contó con un universo de 600 pacientes y una muestra de 50 correspondiente al 8.3% del universo, cuya unidad de análisis fue la cavidad oral de los pacientes. Resultados: las enfermedades dermatológicas que más se presentaron fueron: 46% dermatitis, 24% vitíligo, liquen simple 14% verruga vulgar 8%, lupus eritematoso discoide 2%, herpes zoster 2% y enfermedad de Hansen 2%. Las lesiones orales se presentaron en su mayoría como lesiones despigmentadas 38%, lesiones rojas 22%, lesiones blancas 14%,

lesiones ulceradas 10%, lesiones verrugosas 8%, lesiones rojo-azuladas 6% y lesiones pigmentadas 6%. En pacientes examinados sin enfermedad dermatológica se obtuvo: 44% pertenecían las infecciones respiratorias agudas, 28% enfermedad diarreica aguda, 28% dengue, reflejándose las lesiones así: 28% lesiones rojas, 22% lesiones blancas, 22% lesiones ulceradas y 28% lesiones pigmentadas. (Morales, 2004).

Justificación

Se ha observado que las patologías dermatológicas se tornan una condición que influye en la aparición de lesiones en la mucosa y cavidad oral de los pacientes, las cuales pueden ser muy características para establecer determinada enfermedad y a veces estas manifestaciones se convierten en el dato clave para llegar al diagnóstico, razones por las cuales es conveniente la realización de este estudio. En las enfermedades cutáneas pueden existir manifestaciones significativas, concomitantes de la mucosa oral. El reconocimiento rápido de estas lesiones bucales en los padecimientos dermatológicos es fundamental para instaurar un tratamiento eficaz, ya que en muchos casos es decisivo para el curso posterior del malestar y la propia vida del paciente, siendo de vital importancia su mutua relación tanto para el gremio odontológico como para la sociedad.

Este estudio pretende conocer cuáles son las manifestaciones orales que se presentan en pacientes que acuden a la consulta dermatológica de la Clínica Médica Provisional INSS, Ocotlán-Nueva Segovia, abarcando no solo las lesiones de mucosa que comúnmente se presentan, sino cualquier otra alteración en la cavidad oral que se manifieste en el transcurso del padecimiento dermatológico, de tal manera que se pueda estudiar su relación de dichas manifestaciones orales con las enfermedades dermatológicas, conocer si son propias de dicho padecimiento o son entidades diferentes a su malestar de base, destacando la importancia de la consulta odontológica en la detección precoz de las enfermedades o alteraciones dermatológicas.

Esta investigación tiene el propósito de beneficiar a la comunidad académica, futuras generaciones de la ciencia de la salud y la comunidad odontológica brindando mayor información acerca del tema, ya que a nivel nacional se cuenta con pocas investigaciones de referencia relacionada con el tema. Esta investigación abrirá la puerta a futuros estudios de forma que puedan explorar exhaustivamente cada tipo de manifestación o lesión incluso desde otras ramas especializadas de la odontología.

Destaca también que esta investigación propone crear un nuevo instrumento para la recolección de datos o análisis en el área dermatológica en odontología.

Planteamiento del problema

Las enfermedades de la piel constituyen unos de los principales motivos de consulta frecuente en el país. El ministerio de salud de Nicaragua, MINSA, estima desde el 2016 se atienden un promedio de mil quinientos pacientes por mes en la consulta dermatológica de la Clínica Médica Provisional INSS, Ocotal-Nueva Segovia. Según Bacón y Rayo “la piel es el órgano más grande del cuerpo humano y encargado de la protección de nuestro organismo en contra de agentes externos” (Bacón, 2014) Cerca del 40% de la población atendida en consulta dermatológica son adultos, por lo tanto, es común recibir en la consulta odontológica diaria pacientes con patologías dermatológicas, por lo tanto, surgen dudas de parte del odontólogo y también del paciente de la conexión entre las patologías de origen dermatológico y lesiones orales.

Las patologías cutáneas por lo general afectan la piel, sin embargo a través de estudios investigativos se ha estimado la aparición de lesiones en la mucosa oral en el transcurso de las mismas, no descartando otras posibles alteraciones en el medio bucal como consecuencia de la dolencia en mención; estas manifestaciones en la cavidad oral, pueden tornarse importantes a la hora de identificar de forma rápida y eficaz el trastorno dermatológico, lo que hace necesario establecer la relación de las alteraciones bucales en correspondencia con la enfermedad dermatológica, ya sean estas provocadas o naturales.

De lo expuesto anteriormente, surge la siguiente pregunta: ¿Cuál es la correlación clínica de enfermedades dermatológicas con manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Médica Previsional INSS, Ocotal-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020?

Para dar respuesta a esta pregunta se plantea las siguientes preguntas directrices:

¿Cuál es la frecuencia de las enfermedades dermatológicas en la población en estudio?

¿Cómo podemos clasificar estas manifestaciones orales según su apariencia?

¿Existe correlación entre las enfermedades dermatológicas y las manifestaciones orales?

Objetivos

Objetivo general:

- ✓ Establecer la correlación clínica de enfermedades dermatológica con manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Médica Previsional INSS, Ocotlán-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020.

Objetivos específicos:

- Identificar la frecuencia de las enfermedades dermatológicas en la población en estudio.
- Clasificar las manifestaciones orales según su apariencia.
- Correlacionar las enfermedades dermatológicas con las manifestaciones orales.

Marco teórico

Sistema tegumentario

El sistema tegumentario es esencial para el cuerpo, ya que representa la primera barrera de protección contra agentes invasores externos. Está formado por la piel y sus anexos.

La piel es un órgano que cubre toda la superficie corporal y se continúa con las membranas mucosas a nivel de los orificios cutáneos naturales. El grosor de la piel varía según la región anatómica desde 0.5mm en el párpado hasta 6 a 8mm en palmas y plantas. Su peso corresponde al 6% del corporal, con un promedio de 5 kg. Estos datos no incluyen el tejido celular subcutáneo, cuyo peso es variable. (Zea Ivan Marcelo, 2016)

Funciones de la piel

Actúa como barrera protectora de traumatismos, quemaduras y manteniendo el medio interno. Regula la temperatura corporal, conserva el calor por vasoconstricción y enfría por vasodilatación y evaporación del sudor. Protege de los RUV, a través de los melanocitos y de la barrera proteica córnea fabricada por los queratinocitos, que impiden la acción dañina sobre el ADN nuclear. Es un órgano de percepción a través de las múltiples terminaciones nerviosas distribuidas en la superficie. Interviene en la absorción de la vitamina D (7- dehidrocoleciferol) y en la vigilancia inmunológica a través de las células de Langerhans. Expresa estados anímicos. (Ingratta, 2017)

Estructura histológica.

Generalidades del sistema tegumentario

La piel forma la cubierta externa del cuerpo, constituye del 15 al 20% de su masa total.

La piel consta de dos estratos:

Epidermis: compuesta por un epitelio estratificado plano cornificado que crece continuamente, pero mantiene su espesor normal por el proceso de descamación. Deriva del ectodermo.

La epidermis está compuesta por un epitelio estratificado plano, en el que pueden identificarse cuatro estratos bien definidos. En caso de la piel gruesa hay 5 estratos.

Desde la profundidad hasta la superficie son:

- ✓ **Estrato basal:** también llamado estrato germinativo, por la presencia de células madre de la epidermis.
- ✓ **Estrato espinoso:** también llamado capa espinocítica o de células espinosas.
- ✓ **El estrato granuloso:** es la capa más superficial de la porción queratinizada de la epidermis.
- ✓ **El estrato córneo:** sus células son las más diferenciadas de la epidermis, pierden su núcleo y orgánulos citoplasmáticos y se llenan casi por completo con los filamentos de queratina. Normalmente sólo se observa bien en la piel gruesa.

Las células de la epidermis pertenecen a cuatro tipos celulares:

- ✓ **Queratinocitos:** células epiteliales altamente especializadas, cumplen la función de separar el organismo de su medio ambiente, constituyen el 85% de las células de la epidermis.
- ✓ **Melanocitos:** células productoras de pigmentos. Alrededor del 5% de las células de la epidermis.
- ✓ **Células de Langerhans:** participan en la respuesta inmunitaria. Constituyen entre el 2 y 5% de las células de la epidermis.
- ✓ **Células de Merkel:** asociadas con terminaciones nerviosas. Constituyen entre el 6 y 10% de las células de la epidermis.

Dermis: compuesta por un tejido conjuntivo denso que imparte sostén mecánico, resistencia, y espesor de la piel. Deriva del mesodermo. La hipodermis contiene cantidades variables de tejido adiposo organizado en lobulillos separados por tabiques de tejido conjuntivo. Se encuentra a más profundidad que la dermis y equivale a la fascia subcutánea. Está compuesta por dos capas: la dermis papilar y dermis reticular:

Dermis papilar: la capa más superficial, consiste en tejido conjuntivo laxo ubicado justo debajo de la epidermis. Las fibras colágenas en esta parte de la dermis no son tan gruesas como las de la porción más profunda. Contiene colágeno tipo I y III.

La dermis reticular: es más profunda con respecto a la dermis papilar. Si bien siempre es bastante más gruesa y contiene menos células que la dermis papilar, se caracteriza por hacer irregulares las de fibras de colágeno justo debajo de la dermis reticular, pueden encontrarse capas de tejido adiposo, músculo liso y en algunos sitios, músculo estriado. (Pawlina Wojciech, 2015)

Principales patologías dermatológicas con manifestaciones orales

Lesiones planas

Pigmentadas

✓ Melanoma

Malignidad del sistema pigmentario; algunos poseen una fase de crecimiento radial de años de duración (in situ) antes de la fase de crecimiento vertical, pero el tipo invasivo sólo tiene la fase de crecimiento vertical; los melanomas bucales pueden aparecer primero como puntos insignificantes, en especial sobre el paladar y la gingiva. Afecta a los adultos.

Clínica: Los melanomas de la mucosa bucal son mucho menos comunes que sus homólogos cutáneos. Estos últimos se presentan en una población más joven que la afectada por lesiones de la mucosa (que suelen aparecer después de los 50 años de edad). No hay predilección por sexo. Los melanomas cutáneos surgen en la región de la cabeza y el cuello, con mayor frecuencia en áreas expuestas al sol. Las anomalías bucales muestran notoria predilección por el paladar y la gingiva. Los patrones de pigmentación que sugieren melanoma se distinguen por coloraciones mixtas (marrón, negro, azul y rojo) asimetría y bordes irregulares.

Los subtipos observados en la piel son los melanomas nodulares, superficiales propagantes, lentiginoso acral y el léntigo maligno. Ahora se sabe que cada uno de estos subtipos posee características microscópicas, clínicas y evolución natural distintivas. Pueden identificarse en la boca lesiones similares a las primeras tres, pero no idénticas. (Regezi Joseph, 2016)

✓ **Nevus benignos y efélides**

Nevus: Lesión congénita de la piel o las mucosas, benigna, exofílica, habitualmente pigmentada, constituida por acúmulos focales (nidios) de melanocitos redondeados. Según la localización de las células nevicas, las lesiones específicas se clasifican en: intradérmicas, de la unión o compuestas.

El término nevo tiene varios significados, el término vulgar común para nevo es lunar. La mayoría de los nevos se presentan en la piel sin embargo a veces aparecen en las mucosas incluida la cavidad oral. Aunque los nevos intraorales pueden presentarse en varios sitios la mayoría se encuentran en el paladar duro o en la encía. Los nevos pueden ser pigmentados. Según la distribución y la morfología de las células nevicas, los nevos se han clasificado en intramucosos, de la unión, mixtos y azules.

Nevo intramucoso: Los términos nevo intramucoso y nevo intradérmico son sinónimos, el primero se presenta en las superficies mucosas y el segundo en la piel

El nevo intradérmico se presenta en pacientes jóvenes y es una de las lesiones más frecuentes que se presentan en la piel, donde comúnmente se denomina lunar. En comparación con el nevo intramucoso de la cavidad oral es de aparición relativamente rara.

El nevo intramucoso de la cavidad oral se presenta como una pápula ligeramente elevada o una mácula plana en el paladar duro o la encía. Es asintomático, pigmentado y su color varía de marrón a negro. La lesión crece muy lentamente y por lo general mide menos de 1 cm de diámetro.

El nevo intramucoso se caracteriza por nidios o cordones de células nevicas confinadas al tejido conjuntivo. La morfología de las células en el nevo intradérmico es variable e incluye los tipos epiteloide, linfocítico, fusiforme y multinucleado. La cantidad y la distribución de la melanina es variable algunas lesiones tienen escasa. No suelen observarse figuras mitóticas. Un rasgo típico del nevo intramucoso es la presencia de una zona de tejido conjuntivo fibroso, exenta de células nevicas, que separa las tecas de las células nevicas del epitelio suprayacente.

Por regla general todas las pápulas o nódulos solitarios pigmentados de la cavidad oral deberían ser extirpados y remitidos para evaluación histopatológica. Los nevos intramucosos se incluyen en esta categoría. Una vez extirpados, no tienden a recurrir.

Nevo de la unión: El nevo de la unión es una lesión benigna, de color marrón a negro, que se presenta principalmente en la piel y a veces en la mucosa oral. Este tipo de nevo es considerablemente menos frecuente que el nevo intramucoso. Dentro de la cavidad oral suele aparecer como una lesión macular pigmentaria en el paladar duro o la encía.

El nevo de la unión se caracteriza por la presencia de nidos de células nevicas en la región basal del epitelio, principalmente en los extremos de las crestas epiteliales. No existen células nevicas en el tejido conjuntivo adyacente. El examen cuidadoso de las células individuales es sumamente importante en el nevo de la unión porque existe un tipo similar de actividad de la unión en los estadios precoces de melanoma. Es importante señalar que un nevo de la unión puede experimentar a veces una transformación maligna en melanoma.

Por lo motivos antes mencionados toda lesión pigmentada solitaria de la mucosa oral, especialmente las situadas en el paladar duro, debería ser extirpada y remitida para examen hispatológico. Una vez extirpado, el nevo de la unión no tiene a recidiva,

Nevo compuesto: El nevo compuesto combina característica de nevo intramucoso y del de la unión, presentando células nevicas en la región basal del epitelio y en el tejido conjuntivo adyacente. Como ocurre con los otros nevos, el nevo mixto es mucho más frecuente en la piel que en la mucosa oral. Dentro de la cavidad oral tiende también a presentarse como una pápula o mácula pigmentada en el paladar duro o la encía. Al igual que las otras lesiones solitarias pigmentadas, el nevo mixto se trata mediante biopsia escisional, que sirve simultáneamente como procedimiento diagnóstico y terapéutico.

Nevo azul: El nevo azul es una lesión pigmentada benigna que se presenta como una pápula cupuliforme o una mácula plana de color azul oscuro situada en la piel o la mucosa. Dentro de la cavidad oral el nevo azul suele presentarse en el paladar duro.

Las células productoras de melanina de un nevo azul difieren de las de los nevos antes estudiados. En el nevo azul las células productoras de pigmento son células dendríticas

fusiformes y ahusadas en lugar de redondeadas o epitelioides. Las células dendríticas fusiformes están confinadas al tejido conjuntivo. En lugar de estar organizadas en cúmulos redondos, tienden a estar separadas y paralelas al epitelio suprayacente normal. Suele existir un número variable de macrófagos que contienen melanina entre las células nevas dendríticas. El nevo azul no tiene tendencia a experimentar transformación maligna.

Puesto que el nevo azul puede parecerse clínicamente a un melanoma, se lleva a cabo habitualmente una biopsia escisional, lo cual sirve también como tratamiento definitivo de esta lesión. (Sapp J. Philip, 2008)

Efélides: Las pecas, también llamadas efélides, son un tipo benigno de mancha en la piel que aparece debido a un aumento del pigmento de melanina en la epidermis. Se caracterizan por ser pigmentos de coloración parduzca o rojiza, no uniformes, que se localizan en las zonas descubiertas de la dermis expuesta al sol, principalmente en la cara, la espalda, el pecho y los brazos. Aparece, sobre todo, en personas de piel blanca. (Sapp J. Philip, 2008)

✓ **Enfermedad de Addison**

La producción insuficiente de hormonas corticosteroides suprarrenales causadas por la destrucción de la corteza suprarrenal da como resultado la enfermedad conocida como enfermedad de Addison o hipoadrenocorticismos primario.

La incidencia de nuevos casos diagnosticados en el hemisferio occidental es de 110 a 140 por millón de habitantes por año.

Las causas son diversas e incluyen las siguientes: Destrucción autoinmune, infecciones (p. Ej., Tuberculosis y enfermedades fúngicas profundas, particularmente en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA]), raramente, tumores metastásicos,

sarcoidosis, hemocromatosis o amiloidosis si la hipófisis la glándula no funciona correctamente, se puede desarrollar hipoadrenocorticismo secundario.

Las características clínicas del hipoadrenocorticismo en realidad no comienzan a aparecer hasta que al menos el 90% del tejido glandular ha sido destruido. Con la destrucción gradual de la corteza suprarrenal, se observa un inicio insidioso de fatiga, irritabilidad, depresión, debilidad e hipotensión durante un período de meses. Se produce una hiperpigmentación generalizada de la piel, descrita clásicamente como bronceado. La hiperpigmentación es generalmente más prominente en la piel expuesta al sol y en los puntos de presión, como los codos y las rodillas; Es causada por el aumento de los niveles de beta-lipotropina o ACTH, cada uno de los cuales puede estimular los melanocitos.

El paciente generalmente se queja de malestar gastrointestinal con anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de peso y un antojo peculiar de sal.

Cuando el hipoadrenocorticismo se acompaña de hipoparatiroidismo y candidiasis mucocutánea, debe considerarse la posibilidad de síndrome de poli endocrinopatía-candidiasis-distrofia ectodérmica autoinmune. Las manifestaciones orales incluyen pigmentación macular difusa o parcheada de la mucosa oral causada por el exceso de producción de melanina. A menudo, los cambios en la mucosa oral son la primera manifestación de la enfermedad, y la hiperpigmentación de la piel ocurre después. A veces, la hipermelanosis oral puede ser difícil de distinguir de la pigmentación racial fisiológica, pero una historia de un inicio reciente de pigmentación oral debería sugerir la posibilidad de la enfermedad de Addison. (Neville Brad W, 2018)

✓ **Síndrome de Peutz-Jeghers**

El síndrome de Peutz-Jeghers es una afección genética que provoca el desarrollo de tumores no cancerosos en el aparato digestivo. Los tumores, llamados pólipos hamartomatosos, usualmente se desarrollan en el intestino delgado. También pueden

desarrollarse en el estómago o en el intestino grueso. Este es un síndrome autosómico dominante.

Clínicamente: Comprende poliposis intestinal y máculas melanóticas, particularmente de la cara y la boca. Hay múltiples pecas en los labios y la mucosa oral. La pigmentación facial (principalmente alrededor de la boca, los ojos y la nariz) generalmente se desvanece después de la pubertad, pero la pigmentación de la mucosa persiste. Los pólipos pueden estar presentes en todo el tracto gastrointestinal. El cáncer de colon es un posible peligro, pero el riesgo de cáncer de seno y ginecológico es particularmente alto. Múltiples máculas melanóticas orales pueden, por lo tanto, indicar la necesidad de detección de cáncer. La microscopía de las máculas muestra un aumento de melanina en los queratinocitos basales. (Cawson R.A, 2002)

✓ **Vitíligo**

El vitíligo es una enfermedad autoinmunitaria causada por la pérdida de melanocitos y pigmento en los tejidos afectados. Se presenta en cualquier edad en hombres y mujeres. El curso clínico es impredecible. Algunas veces se observa repigmentación espontánea, pero es rara. Puede ocurrir destrucción tóxica de melanocitos después de la exposición a sustancias químicas.

Características clínicas:

Las máculas y placas despigmentadas presentan bordes relativamente distintos y en ocasiones hiperpigmentados.

Suelen dañar más a menudo tejidos peribucales y perioculares, al igual que la nuca y regiones sometidas a traumatismo repetido como: rodillas, codos y manos. (Regezi Joseph, 2016)

✓ **Léntigo maligno**

El léntigo maligno (LM) es una variante de melanoma que se desarrolla principalmente en áreas de exposición solar crónica en pacientes de edad media-avanzada. Puede

evolucionar a su forma invasiva léntigo maligno melanoma (LMM) en el 5-50% de los casos.

El melanoma léntigo maligno se desarrolla en la piel expuesta al sol y crece con lentitud a lo largo de 20 años o más hasta alcanzar gran tamaño, con frecuencia superior a 5 cm. El melanoma acompañante se presenta como una mácula grande, plana y multicolor. Estas lesiones muestran melanocitos atípicos en la epidermis con potencial de invadir la dermis. Cambios de tamaño, color o irregularidad del borde deben verse con sospecha. Estas lesiones a menudo se identifican en la cara de individuos de mayor edad. La posibilidad de melanoma siempre es una preocupación con cualquier cambio en una lesión, ya sea que la mácula corresponda a una efélide, una mácula melanótica o léntigo maligno. Algunos sinónimos de las máculas melanóticas son peca de Hutchinson y peca melanótica. (DeLong Leslie, 2013)

Blancas

✓ **Candidiasis**

Son placas dolorosas prominentes (hongos) que pueden dejar una superficie erosionada y sangrante; se relaciona con falta de higiene, antibióticos sistémicos, enfermedad sistémica, debilitamiento y reacción inmunitaria disminuida; las infecciones crónicas producen a veces mucosa eritematosa sin colonias blancas evidentes.

Hongos oportunistas: *Candida albicans* y raras veces otras especies de *Candida*.

Es la infección micótica más común de la boca, aunque es difícil determinar la tasa de frecuencia, dada la prevalencia del organismo causal en una gran proporción de la población.

Las manifestaciones bucales de esta enfermedad son variables y se ha identificado un gran número de formas.

Candidiasis pseudomembranosa aguda: La más común, también conocida como algodoncillo. Los lactantes de corta edad y ancianos son atacados más a menudo. La frecuencia estimada del trastorno es variable: 5% en recién nacidos, 5% en individuos con cáncer y 10% en ancianos debilitados reclusos en instituciones. Esta infección es

común en pacientes tratados con radiación o quimioterapia por leucemia y tumores sólidos y afectan hasta la mitad de los del primer grupo y 70% del último. La candidiasis también se encuentra en pacientes con SIDA y aquellos con infecciones por HIV. Las lesiones bucales de la candidiasis aguda son placas típicas blancas, de consistencia blanda a gelatinosa o nódulos que crecen en dirección centrífuga y se mezclan. Las placas se componen de microorganismos fúngicos, desperdicios queratósicos, células inflamatorias, células epiteliales descamadas, bacterias y fibrina. El desprendimiento de las placas o pseudo membranas con un apósito de gasa o aplicador recubierto en la punta con algodón deja una superficie eritematosa, erosionada o ulcerada, muchas veces dolorosa. Aunque las lesiones de la candidiasis bucal se pueden desarrollar en cualquier sitio, las áreas predilectas incluyen la mucosa de la boca y los pliegues mucobucales, la bucofaringe y los bordes laterales de la superficie dorsal de la lengua. En la mayor parte de los casos, cuando la pseudomembrana no se ha desprendido, los síntomas acompañantes son mínimos. En casos graves, los pacientes se quejan algunas veces de dolor, ardor y disfagia.

Candidiasis atrófica aguda: Con el tiempo la persistencia de la candidiasis pseudomembranosa aguda puede provocar desprendimiento de la pseudomembrana, con aparición de una lesión roja más generalizada, conocida como candidiasis atrófica aguda, que se presenta a lo largo del dorso de la lengua se pueden observar placas en las cuales se han perdido papilas y queratina. En el pasado, esta forma particular de candidiasis se conoció como estomatitis por antibióticos o glositis por antibióticos debido a su frecuente relación con la antibioticoterapia de infecciones agudas. En personas con marcado hábito de chuparse los labios se puede observar un tipo de candidiasis atrófica alrededor de la boca con extensión del proceso a la piel circundante. La piel se encuentra fisurada y muestra cierto grado de pigmentación color marrón sobre una base ligeramente eritematosa.

Candidiasis atrófica crónica: Es un subconjunto de lesiones atróficas frecuentes. Esta forma particular de candidiasis se presenta hasta en 65% de los pacientes geriátricos que usan dentadura maxilar completa (úlceras bucales por dentadura). La expresión de esta

forma de candidiasis depende del condicionamiento de la mucosa bucal para ser recubierta por una prótesis.

Candidiasis hiperplásica: Puede afectar el dorso de la lengua en un patrón conocido como glositis romboide mediana. En general, es asintomática y casi siempre se descubre en un examen bucal rutinario. La lesión surge por delante de las papilas circunvaladas y es similar a una figura romboide. Algunas veces presenta una superficie homogénea, nodular o fisurada. Puede estar ligeramente indurada y el color varía de blanco a un rojo más característico.

Candidiasis Mucocutánea: Es un grupo de enfermedades más bien diversas. La forma localizada de la candidiasis mucocutánea se caracteriza por candidiasis persistente y prolongada de la mucosa bucal, uñas, piel y mucosa vaginal. Esta forma de candidiasis es por lo regular refractaria al tratamiento, con remisiones sólo transitorias después de la terapéutica antimicótica estándar, y se inicia desde los primeros años de vida, usualmente antes de los primeros dos decenios. (Regezi Joseph, 2016)

✓ **Leucoplasia**

Leucoplaquia es un término clínico para indicar un parche o placa blanca de la mucosa bucal que no se desprende por raspado ni posee signos clínicos de alguna afección conocida. Esta definición excluye anomalías que pueden ser diagnósticas de cuadros clínicos, como liquen plano, candidiasis, leucoedema y nevo esponjoso blanco. Las leucoplaquias pueden tener aspecto clínico similar, pero en el examen microscópico revelan un grado considerable de heterogeneidad. La ausencia de toda connota micrográfica de una queilitis solar que muestra hiperqueratosis, atrofia del epitelio, telangiectasia y transformación basofílica de la submucosa.

La investigación histológica específica para leucoplaquia es un factor importante en el esfuerzo de eliminar en parte la confusión anterior acerca de ese término. Puesto que el aspecto microscópico de las leucoplaquias puede variar desde la hiperqueratosis benigna hasta el carcinoma invasivo de células escamosas, es imperativo practicar biopsia para establecer un diagnóstico definitivo. Debe notarse que las lesiones premalignas no

siempre son de color blanco y las leucoplaquias persistentes no son habitualmente premalignas o malignas.

Leucoplaquia idiopática: Placa blanca asintomática, no desaparece al frotarla. Afecta mayor frecuencia a hombres que a mujeres.

Etiología desconocida puede relacionarse con el consumo de tabaco y alcohol.

Puede recurrir después de la escisión, 5% es maligno. 5% se convierte en maligno.

Leucoplaquia pilosa: Placa filiforme o plana sobre los lados de la lengua, a menudo bilateral, en ocasiones sobre la mucosa bucal; asintomática

Etiología: Infección oportunista por virus de Epstein-Barr.

Observada en 20% de pacientes infectados con HIV, puede ocurrir en pacientes inmunosuprimidos no afectados por SIDA y más veces en individuos inmunocompetente. (Regezi Joseph, 2016)

Rojas

✓ Eritroplasia plana de Queyrat

La eritroplasia se define como un parche rojo que no puede diagnosticarse clínica o patológicamente como cualquier otra afección. Queyrat usó originalmente el término eritroplasia para describir una lesión roja precancerosa que se desarrolla en el pene. La eritroplasia oral es clínica e histopatológicamente similar al proceso genital. Casi todas las eritroplasias verdaderas demuestran displasia epitelial significativa, carcinoma in situ o carcinoma escamoso invasivo. Se desconocen las causas de la eritroplasia, pero se supone que son las mismas que las asociadas con el carcinoma invasivo de células escamosas de la boca.

Aunque la eritroplasia es menos común que la leucoplasia, tiene un potencial mucho mayor de ser severamente displásico en el momento de la biopsia o de desarrollar malignidad invasiva en un momento posterior. La eritroplasia es predominantemente una enfermedad de adultos de mediana edad a adultos mayores sin predilección de género significativa.

Manifestaciones clínicas: El piso de la boca, la lengua y el paladar blando son los sitios más comunes de afectación y pueden presentarse múltiples lesiones. La mucosa alterada aparece como una mácula o placa eritematosa bien delimitada con una textura suave y aterciopelada. Suele ser asintomático y puede estar asociado con una leucoplasia adyacente (eritroleucoplasia). La mucositis no específica, la candidiasis, la psoriasis o las lesiones vasculares pueden imitar clínicamente la eritroplasia, y a menudo se requiere una biopsia para distinguirlas. (Neville Brad W, 2018)

✓ Equimosis / petequias

Punto hemorrágico (rojo, azul, púrpura, negro) compuesto de sangre extravasada en tejido blando; no desaparece a la compresión; se puede observar en cualquier parte de la piel o membranas mucosas después de traumatismo; cambia de color conforme la sangre se descompone y reabsorbe.

Etiología: Después de lesión traumática como la ocasionada por extracción dental, mordedura, felatio, tos crónica, vómito.

Se resuelve en días a semanas: sin secuelas. (Regezi Joseph, 2016)

✓ **Hemangiomas: mancha en vino oporto, o flameus**

El término hemangioma se ha usado tradicionalmente para describir una variedad de anomalías vasculares del desarrollo. Actualmente, los hemangiomas se consideran tumores benignos de la infancia que muestran una fase de crecimiento rápido con proliferación de células endoteliales, seguida de involución gradual. La mayoría de los hemangiomas no pueden reconocerse al nacer, pero surgen posteriormente durante las primeras 8 semanas de vida. Por otro lado, malformación vascular.

Los mationes son anomalías estructurales de los vasos sanguíneos sin proliferación endotelial. Por definición, las malformaciones vasculares están presentes al nacer y persisten durante toda la vida. Se pueden clasificar según el tipo de vaso involucrado (capilar, venoso, arteriovenoso) y según las características hemodinámicas (flujo bajo o flujo alto).

✓ **Mancha en Vino Oporto**

Los pacientes con angiomatosis de Sturge-Weber nacen con una malformación vascular capilar dérmica de la cara conocida como mancha de vino de oporto o nevo flammeus debido a su color morado intenso. Esta mancha de vino de Oporto generalmente tiene una distribución unilateral a lo largo de uno o más segmentos del nervio trigémino. Ocasionalmente, los pacientes tienen afectación bilateral o lesiones adicionales de vino de oporto en otras partes del cuerpo. No todos los pacientes con nevos de oporto faciales tienen angiomatosis Sturge-Weber. En un estudio de pacientes con nevos de oporto faciales, solo un poco más del 10% tenía angiomatosis Sturge-Weber. Solo los pacientes con afectación a lo largo de la distribución de la rama oftálmica del nervio trigémino estaban en riesgo de sufrir la afección completa. Además del nevus facial de oporto, las personas afectadas también tienen angiomas leptomeníngeos que recubren la corteza

cerebral ipsilateral. Esta angiomatosis meníngea generalmente se asocia con un trastorno convulsivo y a menudo resulta en retraso mental o hemiplejía contralateral. Los estudios de imágenes del cerebro pueden revelar calcificaciones giriformes de "línea de tranvía" en el lado afectado. La afectación ocular puede manifestarse por glaucoma y malformaciones vasculares de la conjuntiva, epiesclera, coroides y retina.

La afectación intraoral en la angiomatosis de Sturge-Weber es común, lo que produce cambios hipervasculares en la mucosa ipsilateral. La encía puede presentar una ligera hiperplasia vascular o una proliferación hemangiomatosa más masiva que puede parecerse a un granuloma piógeno. Dicha hiperplasia gingival puede atribuirse al aumento del componente vascular, la terapia con fenitoína utilizada para controlar las convulsiones epilépticas, o ambas. La destrucción del hueso alveolar subyacente se ha informado en raras ocasiones. (Neville Brad W, 2018)

Otras planas

✓ Artritis reumatoide

La Artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica de etiología multifactorial. Los factores genéticos determinan el 50% del riesgo de desarrollar artritis reumatoide; otros factores de riesgo comprenden agentes infecciosos como el virus de Epstein-Barr, hormonas sexuales y factores inmunológicos. Afecta a cerca de 3 de cada 10 000 individuos; afecta a todas las razas y todos los grupos de edad. Las mujeres tienen tres veces más probabilidad de padecer artritis reumatoide que los varones y la edad máxima al momento del inicio se ubica entre los 35 y 50 años de edad.

Patogenia: La artritis reumatoide es sobre todo una enfermedad articular, pero también puede afectar cualquier órgano, como el corazón o la piel. La inflamación comienza en la membrana sinovial que envuelve las articulaciones. La membrana se engrosa y extiende hacia la cavidad articular, a menudo llenando el espacio. La inflamación también afecta el cartílago articular en los extremos de los huesos, lo que causa la formación de tejido cicatrizal entre los huesos. La calcificación del tejido cicatrizal genera anquilosis, o fusión de los huesos, cuyo resultado es la deformación característica de las manos. Las manos y los pies se afectan la mayoría de las veces, pero otras articulaciones (cadera, rodilla, hombro y articulación temporomandibular) no suelen respetarse. La columna vertebral a menudo se afecta conforme la enfermedad avanza.

La artritis reumatoide se vincula con xerostomía, cambios de coloración en mucosas y disfunción de la articulación temporomandibular. La destrucción articular puede ser extensa y producir limitaciones funcionales, mal oclusión y dolor intenso. (DeLong Leslie, 2013)

Lesiones elevadas

Lesiones vesículo-ampollosas

✓ Herpes simple virus tipo I (HSV-1)

El virus del herpes simple (HSV, por sus siglas en inglés) es un miembro de la familia de los herpesvirus (HHV) conocida como Herpesviridae. Se identifican por lo menos ocho HHV, incluidos los que participan en las enfermedades relacionadas con el sida. No obstante, HHV-1 y HHV-2 son los más frecuentes. El virus genera una enfermedad primaria o recurrente. HHV-1 se relaciona con gingivoestomatitis herpética primaria, herpes oral recurrente y herpes labial; el tipo 2 (HHV-2) se asocia con herpes genital. No obstante, se sabe que el tipo 2 puede identificarse en la cavidad oral como consecuencia de contacto urogenital y del mismo modo, HHV-1 puede ocasionar lesiones genitales.

Como se menciona antes, HHV-1 (HSV) con frecuencia se relaciona con las lesiones orales.

Etiología: el contacto con el virus a menudo tiene lugar durante la niñez. La gingivoestomatitis herpética primaria es producida por HSV.

Modo de transmisión: la transmisión ocurre por contacto físico estrecho como al besar y compartir utensilios, por la producción de aerosoles (como al estornudar o toser) y la vida en condiciones de hacinamiento. El virus se transmite con más facilidad en las poblaciones grandes y atestadas del mundo. De manera característica, el virus se disemina por medio de la saliva y tiene propensión a afectar la faringe, los ojos, los labios y la región oral. El virus también puede transmitirse a partir de una persona asintomática y sin lesiones, al tiempo que libera partículas virales durante la fase inicial de la infección. La mucosa y la piel con pérdida de integridad son susceptibles a la infección.

Manifestaciones generales: el HSV puede encontrarse en las regiones oral o genital. Cuando se ubica en la región genital, el herpes simple se presenta como ulceraciones dolorosas múltiples en cualquier superficie mucosa o cutánea. Desde la perspectiva clínica, las dos son idénticas cualquiera que sea la localización de la lesión.

Manifestaciones periorales y orales: la característica clásica de esta enfermedad es una gingivitis marginal con eritema intenso que suele afectar todas las áreas de los arcos dentales, como se observa en las lesiones herpéticas primarias graves. Aparecen numerosas lesiones vesiculosas pequeñas en la encía, los labios, la lengua, la mucosa yugal y a veces, la piel perioral. Las vesículas se rompen con rapidez y se observan como ulceraciones circundadas por eritema. (DeLong Leslie, 2013)

✓ **Herpes Zoster**

Zoster (culebrilla) se caracteriza por dolor, erupción vesicular y estomatitis en el dermatoma relacionado. El virus varicela zoster (VZV) causa varicela en los no inmunes (principalmente niños), mientras que la reactivación del virus latente causa zoster, principalmente en los ancianos. A diferencia del herpes labial, las recurrencias repetidas de zoster son muy raras. Ocasionalmente hay una inmunodeficiencia subyacente. El herpes zoster es un peligro en pacientes con trasplante de órganos y puede ser una complicación temprana de algunos tumores, particularmente la enfermedad de Hodgkin o, cada vez más, del SIDA, donde es cinco veces más común que en personas VIH negativas y potencialmente letal.

Características clínicas:

El herpes zoster generalmente afecta a adultos de mediana edad o más, pero ocasionalmente ataca incluso a niños. Los primeros signos son dolor e irritación o sensibilidad en el dermatoma correspondiente al ganglio afectado. Las vesículas, a menudo confluentes, se forman en un lado de la cara y en la boca hasta la línea media. Los ganglios linfáticos regionales están agrandados y sensibles. La fase aguda generalmente dura aproximadamente una semana. El dolor continúa hasta que las lesiones se forman costras y comienzan a sanar, pero la infección secundaria puede causar supuración y cicatrización de la piel. El malestar y la fiebre suelen estar asociados. (Cawson R.A, 2002)

✓ **Liquen plano ampollar**

El liquen plano (LP) es una enfermedad cutánea que afecta aproximadamente al 1% de la población. Las lesiones pueden afectar a la superficie cutánea y oral (40%), exclusivamente a la superficie cutánea (35%) o tan solo a la mucosa (25%)

Actualmente no se conoce el agente que inicia el liquen plano. Las investigaciones sobre la patogenia del se han centrado en el papel del macrófago epitelial procesador de antígenos, la célula de Langerhans y su interacción con los abundantes linfocitos T que se acumulan en el tejido conjuntivo inmediato. Algunos investigadores creen que la célula de Langerhans reconoce un antígeno similar a antígenos de superficie expresado por los queratinocitos de pacientes con ciertos antígenos mayores de histocompatibilidad. Por lo tanto, tras el procesamiento de los antígenos y las estimulaciones de los linfocitos T por la célula de Langerhans, se producen linfocitos citotóxicos para las células epiteliales. No se conoce todavía la identidad del antígeno estimulador inicial.

Clínicamente: consiste en grandes ampollas de 4mm a 2cm de tamaño es el liquen plano ampoloso. Las ampollas son de corta duración y se rompen casi inmediatamente, al perderse del epitelio separado, el tejido conjuntivo subyacente queda expuesto y la lesión se convierte en un liquen plan erosivo. Diversos estudios indican que las lesiones ampollosas afectan fundamentalmente a la mucosa bucal posterior. (Sapp J. Philip, 2008)

✓ **Pénfigo vulgar**

Es una enfermedad mucocutánea, se caracterizan por la formación de ampollas intraepiteliales, ruptura o pérdida de adhesión intercelular que produce separación de las células epiteliales (Acantólisis)

Forma una lesión acantolítica que distingue a las células epiteliales escamosas libres dentro de la bulla o la cavidad de las vesículas. (Células de Tzanck) Células de Tzanck se caracterizan por crecimiento de su núcleo.

La rotura de las ampollas produce ulceración, dolor debilitante, pérdida de líquido y desequilibrio electrolítico. Su etiología es autoinmunitaria y no presenta predilección por sexo.

Los factores genéticos y étnicos parecen predisponer al desarrollo de la enfermedad.

Pueden aparecer asociada a otras enfermedades autoinmunitarias relacionadas como: Miastenia grave, Lupus Eritematoso, Tiroiditis de Hashimoto, Artritis reumatoide, etc.

La mayor parte de los casos se da entre los decenios cuarto y quinto de la vida.

En las características clínicas tenemos: Las lesiones cutáneas aparecen como úlceras precedidas por bullas (ampollas), los primeros signos en la mucosa bucal (casi el 60 % de los casos en un año), estas lesiones se presentan al principio como bullas llenas de líquidos (o vesículas) o como úlceras superficiales, presenta una membrana grisácea que se puede desprender con facilidad mediante raspado o con apósito de gasa, dejando una base ulcerada, roja y dolorosa, el aspecto de las úlceras varía desde pequeñas lesiones similares a aftas hasta lesiones extensas como mapas. La tracción cuidadosa sobre la mucosa clínicamente no afectada puede causar desprendimiento del epitelio (llamado signo de Nikolsky). (Regezi Joseph, 2016)

✓ **Penfigoide cicatrizal (penfigoide de membranas mucosas)**

El penfigoide cicatrizal representa una enfermedad vesicular o vesiculobullosa crónica conocida con muchos términos sinónimos, entre ellos pénfigo benigno de membranas mucosas, pénfigo ocular, pénfigo de la infancia y penfigoide mucoso. Cuando la enfermedad afecta de manera exclusiva las encías, se utiliza el término gingivosis y gingivitis descamativa, aunque estas denominaciones son generalmente inaceptables debido a su falta de especificidad. Los mecanismos celulares implicados en la lesión son más hipotéticos que definitivos, puesto que la enfermedad estrechamente relacionada, el pénfigo bulloso, sirvió como modelo patógeno.

Es una enfermedad de adultos y ancianos y tiende a afectar más a mujeres que a hombres. Raras veces se ha comunicado penfigoide cicatrizal en niños. Las lesiones de la mucosa bucal varían de erosión o descamación de tejido gingival adyacente a extensas

áreas de erosión vesiculobullosa sobre las encías, mucosa alveolar, paladar, mucosa bucal, lengua y piso de la boca. Es infrecuente detectar las bullas ya que son frágiles y de corta vida. Las lesiones son crónicas y pueden sanar con cicatriz, sobre todo en lesiones de piel y ojos. Los sitios extra bucales que siguen a la mucosa bucal en orden de frecuencia son conjuntiva, laringe, genitales, esófago y piel. Las lesiones cutáneas son poco comunes y en general aparecen en cabeza, cuello y extremidades. Es típico el desarrollo de lesiones cutáneas luego de la aparición de lesiones mucosas. Las lesiones gingivales se presentan por lo regular como zonas de placas rojas con malestar de leve a moderado. Se pueden observar úlceras concomitantes sobre la encía y la mandíbula. Esta es una de las varias enfermedades mucocutáneas en las cuales se puede observar signo de Nikolsky positivo. Este supone aplicar masaje suave o fuerzas deslizantes sobre el tejido no afectado y producir una ampolla. Los síntomas casi siempre impiden una higiene bucal rutinaria y como resultado, se acumula una placa dentobacteriana considerable que por su parte agrava aún más las lesiones en los tejidos gingivales. (Regezi Joseph, 2016)

✓ **Penfigoide bulboso**

El penfigoide bulboso o ampollar es una enfermedad cutánea poco común que provoca la formación de ampollas grandes y llenas de líquido. Dichas ampollas se desarrollan en áreas de la piel que se doblan, como el vientre inferior, los muslos superiores o las axilas. El penfigoide ampollar es más común en los adultos mayores.

El penfigoide ampollar ocurre cuando el sistema inmunitario ataca una capa delgada de tejido debajo de la capa externa de piel. El motivo de esta respuesta inmune anormal es desconocido, aunque a veces puede desencadenarse al tomar ciertos medicamentos.

Bullas cutáneas con compromiso oral frecuente. No se distingue histológicamente del penfigoide de la membrana mucosa. (Cawson R.A, 2002)

✓ **Dermatitis herpetiforme**

Esta es una erupción cutánea que veces afecta la mucosa bucal. Se desconoce su causa, pero la mayoría de los pacientes presenta una enteropatía relacionada por sensibilidad a gluten. No existe un vínculo etiológico con el HSV u otro miembro de la familia herpesvirus.

La dermatitis herpetiforme es una enfermedad crónica típica en jóvenes y adultos de edad mediana, con ligera predilección por el sexo masculino. Se caracteriza además por periodos de exacerbación y remisión. Las lesiones cutáneas son papulares, eritematosas, vesiculares y a menudo intensamente pruriginosas.

Las lesiones suelen distribuirse de manera simétrica sobre las superficies extensoras, en especial codos, hombros, sacro y nalgas. La afección frecuente de cuero cabelludo y cara tiene significado diagnóstico. Por lo general, las lesiones se agregan (herpetiforme), pero a veces se disponen individualmente. En algunos pacientes las exacerbaciones pueden relacionarse con ingestión de alimentos o fármacos que contienen compuestos de yodo. En otros se puede observar una incidencia máxima estacional (meses del verano). En la cavidad bucal, las vesículas y las bullas son evanescentes. Después de romperse, las úlceras superficiales inespecíficas presentan una base fibrinosa con bordes eritematosos. Las lesiones pueden afectar las mucosas queratinizada y no queratinizada. (Regezi Joseph, 2016)

✓ **Eritema multiforme**

El eritema multiforme es una afección mucocutánea ampollosa de etiopatogenia incierta. Este es probablemente un proceso inmunológicamente mediado, aunque la causa es poco conocida. En aproximadamente el 50% de los casos, el médico puede identificar una infección previa, como el herpes simple o *Mycoplasma pneumoniae*, o la exposición a cualquiera de una variedad de drogas y medicamentos, particularmente antibióticos o analgésicos. Estos agentes pueden desencadenar el trastorno inmunológico que produce la enfermedad. Técnicas sofisticadas en biología molecular han demostrado la presencia de ADN del herpes simple en pacientes con eritema multiforme recurrente, apoyando así el concepto de un evento inmunológico precipitante.

El eritema multiforme generalmente tiene un inicio agudo y puede mostrar un amplio espectro de enfermedad clínica. En el extremo leve del espectro, se desarrollan úlceras, afectan la mucosa oral principalmente. En su forma más severa, puede observarse desprendimiento difuso y ulceración de toda la piel y las superficies mucosas (necrólisis epidérmica tóxica o enfermedad de Lyell). Los pacientes afectados por eritema multiforme suelen ser adultos jóvenes de entre 20 y 30 años. Los hombres se ven afectados con mayor frecuencia que las mujeres. Los síntomas prodrómicos incluyen fiebre, malestar general, dolor de cabeza, tos y dolor de garganta, que ocurren aproximadamente 1 semana antes del inicio. Aunque la enfermedad es autolimitada, generalmente dura de 2 a 6 semanas, aproximadamente el 20% de los pacientes experimentan episodios recurrentes, generalmente en la primavera y el otoño. Las lesiones eritematosas de la piel se desarrollan en aproximadamente el 50% de los casos. Puede haber una variedad de aspectos. Por lo general, las lesiones tempranas aparecen en las extremidades y son planas, redondas y de color rojo oscuro. Estos se vuelven ligeramente elevados y pueden evolucionar a ampollas con centros necróticos. A veces se desarrollan lesiones cutáneas particulares que son muy características de la enfermedad. Estas lesiones aparecen como anillos eritematosos circulares concéntricos que se asemejan a un objetivo u ojo de buey (lesiones objetivo). Las lesiones orales comienzan como parches eritematosos que sufren necrosis epitelial y evolucionan hacia erosiones grandes y poco profundas y ulceraciones con bordes irregulares. La costra hemorrágica de la zona bermellón de los labios es común. Estas lesiones orales, como las lesiones cutáneas, emergen rápidamente y son incómodas. A veces los pacientes están deshidratados porque no pueden ingerir líquidos como resultado del dolor en la boca. Las ulceraciones a menudo tienen una distribución difusa. Los labios, la mucosa labial, la mucosa bucal, la lengua, el piso de la boca y el paladar blando son los más comunes. (Neville Brad W, 2018)

✓ **Psoriasis**

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel, se caracteriza por una mayor actividad proliferativa de los queratinocitos cutáneos. Los avances recientes en la cinética celular, la inmunología y la biología molecular han aumentado la comprensión de la etiopatogenia de la proliferación de queratinocitos en este trastorno. Aunque el agente desencadenante aún no se ha identificado, los linfocitos T activados parecen orquestar un escenario complejo que incluye la producción anormal de citocinas, moléculas de adhesión, polipéptidos quimiotácticos y factores de crecimiento. Los factores genéticos también parecen desempeñar un papel, ya que hasta un tercio de estos pacientes tienen familiares afectados.

La psoriasis a menudo tiene su inicio durante la segunda o tercera década de la vida y tiende a persistir durante años, con períodos de exacerbación y quiescencia. Los pacientes a menudo informan que las lesiones mejoran durante el verano y empeoran durante el invierno, una observación que puede estar relacionada con la exposición de las lesiones a la luz ultravioleta (UV). Las lesiones a menudo se distribuyen simétricamente en ciertos lugares favorecidos, como el cuero cabelludo, los codos y las rodillas. La descripción clásica es una placa eritematosa bien delimitada con una escala plateada en su superficie.

Las lesiones a menudo son asintomáticas, pero no es inusual que un paciente se queje de picazón; de hecho, el término psoriasis se deriva de la palabra griega que significa picazón. Una complicación desafortunada que afecta aproximadamente al 11% de estos pacientes es la artritis psoriásica, que puede involucrar a la articulación temporomandibular. Las lesiones orales pueden ocurrir en pacientes con psoriasis, pero son claramente poco frecuentes. Debido a que las descripciones de estas lesiones van desde placas blancas hasta placas rojas y ulceraciones, es difícil determinar la verdadera naturaleza de la psoriasis intraoral.

Para hacer un diagnóstico de psoriasis intraoral, algunos investigadores dicen que la actividad de las lesiones orales debe ser paralela a la de las lesiones cutáneas. Algunos autores se refieren al eritema migratorio como psoriasis intraoral, y la prevalencia del eritema migratorio en pacientes con psoriasis parece ser ligeramente mayor que la

observada en el resto de la población. Sin embargo, es difícil demostrar una correlación directa de esa alteración mucosa común con la psoriasis. (Neville Brad W, 2018)

✓ **Enfermedades exantemáticas: Varicela, Rubeola, Sarampión en caso brotes epidemiológicos.**

✓ **Varicela Zoster**

La varicela es la primoinfección; el herpes zóster se presenta cuando el virus se reactiva. Como se analiza antes en el capítulo, existen ocho tipos conocidos de HHV. El HHV-3 se conoce como virus varicela-zóster (VVZ). Como los tipos 1 y 2, HHV-3 tiene algunas manifestaciones orales y se analiza también en esta sección.

Etiología: HHV-3 o VVZ es el agente causal de la primera infección de varicela.

Modo de transmisión: se transmite por vía aérea por medio de gotas minúsculas de secreciones respiratorias o por contacto directo con las lesiones. Se trata de una enfermedad muy contagiosa cuando las lesiones están activas. Epidemiología: los niños pequeños se afectan con más frecuencia, pero la enfermedad puede presentarse en adultos que nunca se habían expuesto al virus. Se afectan por igual varones y mujeres.

Manifestaciones generales: los síntomas suelen comenzar con malestar general, irritación faríngea y congestión de la vía aérea superior. Fiebre y linfadenopatía discreta suelen preceder o presentarse de manera concurrente con un exantema vesiculoso que aparece en el tronco, la cabeza y el cuello. Las vesículas forman pústulas y luego úlceras con un borde eritematoso. Durante el período de máxima actividad de la infección, siguen desarrollándose lesiones nuevas al tiempo que las lesiones iniciales comienzan a cicatrizar, de manera que es posible observar lesiones en todas las fases de desarrollo. Las lesiones son en extremo pruriginosas y es difícil evitar que el paciente, por lo general un niño, las rasque. A menudo el rascado introduce bacterias a las lesiones, lo que genera una infección bacteriana secundaria que suele ocasionar la formación de cicatrices.

Manifestaciones periorales y orales: las lesiones cutáneas pueden formarse en cualquier sitio de la región de la cabeza y el cuello, tienen un aspecto idéntico a las que se encuentran en el tronco y las extremidades. Las lesiones vesiculosas de la cavidad oral

suelen distribuirse en los labios, el paladar duro y la mucosa yugal. Las lesiones se resuelven sin dejar cicatriz en la mayor parte de los casos.

✓ **Rubéola**

La rubéola es ocasionada por un togavirus, y no por un paramixovirus (que es el que genera el sarampión maculopapular). El togavirus se multiplica en la orofaringe y los ganglios linfáticos regionales, se disemina por el torrente sanguíneo hasta alcanzar la piel y órganos distantes. Puede atravesar la barrera placentaria, de manera que evitar la exposición de mujeres embarazadas es crucial porque se sabe que induce malformaciones congénitas. La tasa de generación de defectos congénitos es más alta cuando la madre se expone durante el primer trimestre del embarazo.

Modo de transmisión: la rubéola es muy contagiosa y se disemina por medio de gotas minúsculas de secreciones respiratorias. En 1969 se desarrolló una vacuna, con lo que se redujo la incidencia de la enfermedad. Epidemiología: la rubéola se identifica más a menudo en niños o en adultos que no se han vacunado o expuesto al virus. Existe una predilección igual por hombres y mujeres. La enfermedad suele desarrollarse en la primavera y tiene un período de incubación de 2 a 3 semanas.

Manifestaciones generales: los pacientes suelen referir malestar general, fiebre, náuseas e hiporexia. La linfadenopatía es evidente y se acompaña de ampollas eritematosas cutáneas.

Manifestaciones periorales y orales: en algunos casos se desarrollan pápulas pequeñas de tono oscuro o eritematoso en el paladar blando y el duro, la aparición de estas lesiones se conoce como signo de Forchheimer.

✓ **Sarampión**

Etiología: el virus pertenece a la familia Paramyxoviridae. La incidencia del sarampión ha experimentado una disminución notable desde que la mayor parte de los niños recibe la vacuna triple viral en un período temprano de la vida.

Modo de transmisión: el sarampión se transmite por vía aérea y se disemina a través de gotas de secreciones respiratorias. Epidemiología: niños y adultos jóvenes. La distribución es igual entre varones y mujeres

Manifestaciones generales: el exantema eritematoso comienza en la cara y avanza para cubrir el tronco y las extremidades.

Manifestaciones periorales y orales: en la cavidad oral se identifican lesiones características llamadas manchas de Koplik ubicadas en la mucosa yugal y labial. Preceden al exantema y se consideran patognomónicas. Se aprecian como máculas blanquecinas azuladas pequeñas sobre una base eritematosa. En los casos graves puede presentarse hundimiento del esmalte (hipoplasia del esmalte) en los dientes en desarrollo. (DeLong Leslie, 2013)

✓ **Impétigo**

El impétigo es una infección bacteriana superficial aguda de la piel y es secundaria a un estreptococo del grupo A. aurells, o una mezcla de ambos. Las complicaciones relacionadas con impétigo son infrecuentes; no obstante, con algunas cepas del estreptococo se presenta a veces glomerulonefritis. Sin embargo, en casi todos los casos el impétigo desaparece con prontitud con tratamiento adecuado.

Características clínicas: Esta infección, común en niños y adolescentes, es sumamente contagiosa y se propaga con rapidez en el hogar, escuela o instituciones. La lesión inicial es una pequeña vesícula sobre la cara que se extiende alrededor de la boca y sobre la base de la nariz. Cuando la vesícula se rompe aparece pus y se forman costras. La autoinoculación propaga la infección a otros sitios. Las áreas afectadas son pruriginosas y típicamente miden de 1 a 3 cm. A medida que la anomalía avanza en dirección centrífuga se desarrolla cicatrización central (patrón policíclico). En la región peribucal el

impétigo puede confundirse con infección por herpes virus recurrente o secundaria.
(Regezi Joseph, 2016)

Lesiones deprimidas

Lesiones ulcerosas

✓ Síndrome de Behçet

La combinación de la inflamación ocular crónica y las úlceras urogenitales se informó ya en la era de los antiguos griegos y luego fue descrita en 1931 por un oftalmólogo griego, Benedict Adamantiades. La tríada clásica no se delineó hasta 1937, cuando un dermatólogo turco, Hulusi Behçet, definió la enfermedad que lleva su nombre. Aunque se ha pensado tradicionalmente que la enfermedad afecta principalmente a las regiones oral, genital y ocular, ahora se reconoce que es un trastorno multisistémico. Aunque no se ha establecido una causa clara, el síndrome de Behçet tiene una base inmunogenética debido a las fuertes asociaciones con ciertos tipos de antígeno leucocitario humano. Como en la estomatitis aftosa, el trastorno parece ser una inmunodisregulación que puede ser primaria o secundaria a uno o más desencadenantes.

En el momento del descubrimiento, la mayoría de los pacientes son adultos jóvenes. La enfermedad se diagnostica con poca frecuencia en negros, niños y adultos mayores. La afectación oral es un componente importante del síndrome de Behçet y es la primera manifestación en el 25% al 75% de los casos. Las lesiones orales ocurren en algún momento durante la enfermedad en el 99% de los pacientes y generalmente preceden a otros sitios de participación. Las lesiones son similares a las ulceraciones aftosas que ocurren en individuos sanos y demuestran la misma duración y frecuencia. A pesar de esto, los investigadores han mostrado varias variaciones clínicas estadísticamente significativas que son diferentes de las úlceras aftosas típicas y pueden usarse para aumentar el índice de sospecha del síndrome de Behçet. Cuando se compara con pacientes con aftas, un porcentaje mayor de aquellos con síndrome de Behçet muestra seis o más úlceras. Las lesiones comúnmente involucran el paladar blando y la orofaringe, que generalmente son sitios poco frecuentes para la aparición de aftas de rutina. Las lesiones individuales varían en tamaño, tienen bordes irregulares y están rodeadas por una zona más grande de eritema difuso.

Se pueden observar las tres formas de estomatitis aftosa oral. Aunque la mayoría de los pacientes afectados tienen lesiones que se asemejan a ulceraciones aftosas menores, algunos informes han documentado una prevalencia de aftas mayores que se acerca al 40% en pacientes afectados con el síndrome de Behçet. La variante herpetiforme sigue siendo poco frecuente y se observa en aproximadamente el 3%. Los pacientes con aftas mayores a menudo muestran recurrencias más frecuentes y más ulceraciones por recaída. A pesar de la enfermedad oral más grave, la presencia de aftas importantes en el síndrome de Behçet no se correlaciona con un mayor riesgo de expresión sistémica más grave. Las lesiones genitales son similares en apariencia a las ulceraciones orales. Ocurren en el 75% de los pacientes y aparecen en la vulva, la vagina, el glande, el escroto y el área perianal. Estas lesiones se repiten con menos frecuencia que las ulceraciones orales, son más profundas y tienden a cicatrizar con cicatrices. Las ulceraciones genitales causan más síntomas en hombres que en mujeres y puede ser descubierto solo por un examen de rutina en mujeres. Las lesiones cutáneas comunes incluyen pápulas eritematosas, vesículas, pústulas, pioderma, foliculitis, erupciones acneiformes y eritema nudoso. Desde el punto de vista diagnóstico, una de las manifestaciones cutáneas más importantes es la presencia de "patergia" positiva, uno o dos días después de la inserción oblicua de una aguja de calibre veinte o menor en condiciones estériles, se desarrolla una reacción cutánea similar a la tuberculina o una pústula estéril. (Neville Brad W, 2018)

✓ **Enfermedad de Crohn**

La enfermedad de Crohn es de etiología desconocida. Con mayor frecuencia afecta la región ileocecal, causando engrosamiento y ulceración. Los efectos incluyen dolor abdominal, estreñimiento variable o diarrea, obstrucción y malabsorción. El dolor en las articulaciones también puede ser problemático. La afectación uro facial ocasionalmente puede preceder a los síntomas abdominales.

Las lesiones orales, especialmente cuando se asocian con síntomas abdominales, pueden conducir al diagnóstico de la enfermedad de Crohn. Pero a veces los síntomas orales preceden al gastrointestinal.

Inflamación difusa suave o tensa de los labios, o engrosamiento de la mucosa, con pliegues agrietados e hiperplásicos. Las encías pueden estar eritematosas e hinchadas, úlceras mucosas dolorosas, aftas lineales o parecidas. Las mucosas en los surcos a veces presentan glositis debido al hierro.

Histológicamente, los granulomas son típicamente pequeños, sueltos y con pocas células gigantes multinucleadas. A menudo están en lo profundo del corion y pueden ser difíciles de encontrar. Una biopsia puede necesitar extenderse inusualmente profundamente. (Cawson R.A, 2002)

✓ **Carcinoma escamoso**

El Carcinoma de Células Escamosas es el segundo cáncer de piel más frecuente de todos; se calcula que, cada año, 700.000 casos nuevos diagnosticados en Estados Unidos son crecimientos o lesiones anómalos descontrolados procedentes de las células escamosas que conforman casi toda la capa más exterior de la piel.

También conocido como carcinoma oral de las células planas tiene una serie de presentaciones clínicas diferentes. Las presentaciones tempranas más comunes del carcinoma de células planas intraoral son las leucoplasias y las eritoplasias. Las lesiones más avanzadas aparecen en primer lugar como una úlcera indolora, una masa tumoral o una excrecencia verrucosa (papilar). El carcinoma de epidermoide que se ha infiltrado profundamente en el tejido conjuntivo puede tener pocos cambios superficiales, pero aparece como un área indurada firme con pérdida de la movilidad del tejido. En el suelo de la boca esta lesión produce habitualmente fijación de la lengua e imposibilidad de abrir la boca totalmente. El carcinoma que invade la encía hasta el maxilar o la mandíbula subyacentes puede llevar a movilidad o pérdidas de dientes, mientras que los que se penetran profundamente en la mandíbula con afectación del nervio dentario inferior pueden causar parestesias de los dientes y del labio inferior. (Sapp J. Philip, 2008)

✓ **Liquen plano**

El liquen plano es una enfermedad dermatológica crónica relativamente común que a menudo afecta la mucosa oral. Aunque el término liquen plano sugiere una condición fúngica plana, la evidencia actual indica que este es un trastorno mucocutáneo mediado inmunológicamente.

Una variedad de medicamentos puede inducir lesiones que pueden parecer clínicamente muy similares a la forma idiopática de la afección; sin embargo, el término mucositis liquenoide (o dermatitis liquenoide, dependiendo del sitio involucrado) es probablemente un mejor nombre para las alteraciones relacionadas con el medicamento. Del mismo modo, el material extraño que se incrusta inadvertidamente en la encía puede provocar una respuesta del huésped que se denomina gingivitis liquenoide de cuerpo extraño. Los informes de infección por hepatitis C asociada con liquen plano oral han aparecido ocasionalmente en la literatura, generalmente de los países mediterráneos. Estudios epidemiológicos más recientes y cuidadosamente controlados no parecen respaldar una asociación de liquen plano oral con hepatitis C. La relación de estrés o ansiedad con el desarrollo del liquen plano es controvertida y la mayoría de los casos citados parecen ser anecdóticos o carecen de controles apropiados.

La mayoría de los pacientes con liquen plano son adultos de mediana edad. Es raro que los niños se vean afectados. Las mujeres predominan en la mayoría de las series de casos.

Las lesiones cutáneas del liquen plano se han descrito clásicamente como pápulas púrpuras, pruriginosas y poligonales. Estos generalmente afectan las superficies del flexor de las extremidades. Las excoriaciones pueden no ser visibles, a pesar del hecho de que las lesiones pican, porque lastima al paciente cuando las rasca. Un examen cuidadoso de la superficie de las pápulas de la piel revela una red fina y en forma de cordón de líneas blancas (estrías de Wickham). Otros sitios de compromiso extra oral incluyen el glande, la mucosa vulvar y las uñas. Esencialmente hay dos formas de lesiones orales: reticular y erosiva.

✓ **El liquen plano reticular**

Es mucho más común que la forma erosiva, pero la forma erosiva predomina en varios estudios. Esto probablemente se deba al sesgo de referencia (porque la forma erosiva es sintomática) por lo tanto, es más probable que el paciente sea derivado a un centro académico para su evaluación. La forma reticular generalmente no causa síntomas e involucra la mucosa bucal posterior bilateralmente. Otras superficies de la mucosa oral también pueden estar involucradas simultáneamente, como la lengua lateral y dorsal, las encías, el paladar y el borde bermellón. El liquen plano reticular se llama así por su patrón característico de líneas blancas entrelazadas (también conocidas como estrías de Wickham; sin embargo, las lesiones blancas pueden aparecer como pápulas en algunos casos. Estas lesiones generalmente no son estáticas, sino que crecen y disminuyen durante semanas o meses. El patrón reticular puede no ser tan evidente en algunos sitios, como la lengua dorsal, donde las lesiones aparecen más como placas queratóticas con atrofia de las papilas.

Además, se pueden desarrollar mucocelos superficiales dentro o adyacentes a las áreas mucosas que están involucradas por el liquen plano.

✓ **El liquen plano erosivo**

Aunque no es tan común como la forma reticular, es más significativo para el paciente porque las lesiones suelen ser sintomáticas. Clínicamente, hay áreas atróficas, eritematosas con ulceración central de diversos grados. La periferia de las regiones atróficas generalmente está bordeada por estrías finas de radiación blanca. A veces, la atrofia y la ulceración se limitan a la mucosa gingival, produciendo el patrón de reacción llamado gingivitis descamativa. En tales casos, deben obtenerse muestras de biopsia para estudios microscópicos ligeros e inmunofluorescentes de tejidos peligrosos, porque el pénfigoide de la membrana mucosa y el pénfigo vulgar pueden aparecer de manera similar. Si el componente erosivo es grave, puede producirse una separación epitelial del tejido conectivo subyacente. Esto da como resultado la presentación relativamente rara de liquen plano ampoloso. (Neville Brad W, 2018)

✓ **Lupus eritematoso**

Anomalías eritematosas usualmente dolorosas y ulcerativas sobre la mucosa bucal, gingiva y borde rojo labial; áreas queratósicas blancas pueden rodear a las lesiones. Tipo discoide crónico y tipo sistémico agudo; afecta frecuentemente a mujeres de mediana edad.

El tipo discoide puede causar malestar y problemas estéticos; el tipo sistémico tiene pronóstico reservado.

Etiología: defecto inmunitario, se cree que el lupus eritematoso es un proceso autoinmunitario influido por factores genéticos o virales. Ambas ramas del sistema inmunitario, humoral y mediado por células, participan en la etiología y patogenia de esta enfermedad. Se ha identificado un gran número de autoanticuerpos dirigidos contra varios antígenos celulares tanto en el núcleo como en el citoplasma.

Lupus eritematoso discoide: Es una enfermedad típica de personas de edad mediana, sobre todo mujeres. Las lesiones suelen aparecer únicamente en la piel, más a menudo sobre cara y cuero cabelludo. También se detectan con frecuencia anomalías en la boca y sobre el borde rojo labial, pero en general acompañando a lesiones cutáneas. Estas últimas parecen placas eritematosas en forma de disco con bordes hiperpigmentados. A medida que las lesiones avanzan hacia la periferia, el centro sano con formación de cicatriz sufre una pérdida de pigmento. La afección de folículos pilosos lleva a la pérdida permanente de cabello (alopecia). En casi 25% de los pacientes con lupus eritematoso discoide cutáneo aparecen lesiones en membranas mucosas. La mucosa bucal, encías y borde rojo labial son dañados con mayor frecuencia. Las lesiones pueden aparecer como placas o erosiones eritematosas; son de color blanco pálido y poseen estrías queratósicas que se proyectan desde la periferia de la lesión, muy similar a lo observado en el liquen plano bucal. Las pápulas queratósicas también pueden estar presentes en toda la lesión. El diagnóstico no es evidente a partir del aspecto clínico de la lesión bucal, pero a menudo se sospecha en presencia de lesiones cutáneas.

Lupus eritematoso sistémico: En esta forma, las lesiones en piel y mucosas son relativamente leves y las quejas del paciente están dominadas por la afección de múltiples sistemas. En sujetos afectados por se encuentra un gran número de autoanticuerpos dirigidos contra antígenos nucleares y citoplásmicos. Cuando estos anticuerpos forman complejos con sus antígenos correspondientes, sea en el suero o en el órgano específico, pueden causar lesiones en casi cualquier tejido y como resultado, se genera una gran variedad de signos y síntomas clínicos. La afección de la piel provoca una erupción eritematosa típica sobre las apófisis malares y el puente de la nariz, con una distribución característica en alas de mariposa que se relaciona generalmente en pacientes con lupus eritematoso sistémico. La enfermedad también puede afectar otras áreas de la cara, tronco y manos. Las lesiones no dejan cicatriz y pueden ensancharse a medida que la afección sistémica progresa. A nivel bucal son por lo regular semejantes a las detectadas en el lupus discoide. Pueden ocurrir ulceración, eritema y queratosis, además del borde rojo labial, con frecuencia están dañados mucosa bucal, encías y paladar. (Regezi Joseph, 2016)

Hipótesis

Hipótesis nula (H0)

Hipótesis alternativa (H1)

(H0) No existe correlación clínica entre las enfermedades dermatológicas y las manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Médica Previsional INSS, Ocotál-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020.

(H1) Existe la correlación clínica de enfermedades dermatológica con manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Médica Previsional INSS, Ocotál-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020.

Diseño metodológico

✓ Tipo de estudio

De acuerdo al método de investigación el presente estudio es observacional y se basa en la obtención de datos directamente de la persona afectada por el fenómeno. (Piura López, 2006) Según la clasificación de Hernández (Fernández y Baptista 2014), el tipo de estudio es **correlacional**, por el período y secuencia del estudio es **transversal** debido a que va a llevarse a cabo en un periodo de tres meses, para fines académicos de pregrado, el estudio es **prospectivo** ya que las muestras serán tomadas en tiempo presente al estudio y según su enfoque es **cuantitativo**.

✓ Área de estudio

El estudio se realizó en la sala de dermatología de la Clínica Médica Provisional INSS ubicada en la ciudad de Ocotlán departamento de Nueva Segovia. El periodo de estudio fue de Julio del año 2020.

✓ Universo y muestra

Para el desarrollo de la presente investigación y por sus características particulares, el universo o población objeto de estudio es definida por 167 que son todos los pacientes que fueron atendidos en el servicio de dermatología de CMP Ocotlán, N-S, en el periodo de junio 2020

El tamaño de la muestra en el presente estudio, corresponde con **el cálculo probabilístico** del tamaño de muestra de todos los pacientes de esta la población en estudio que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

A partir de un universo de 167 pacientes, el cálculo probabilístico del tamaño de muestra se realizará de acuerdo al método de Munch Galindo (1996), usando la fórmula de **poblaciones finitas y muestreo completamente aleatorio**, tal como se describe a continuación:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{N * e^2 + Z^2 * p * q}$$

Donde:

Z = 1.96, para el nivel de confianza del 95%; *es variable en función del “e”*.

N = es la población objeto de estudio, **igual a 167**.

p y q = probabilidades complementarias de 0.5.

e = B = **error de estimación del 0.05**.

n = tamaño de la muestra = 151.24

El tamaño de la muestra en este estudio fue definido por 151.24 pacientes que, si cumplen los criterios de inclusión, según los expedientes facilitados por la institución.

✓ **Definición y Operacionalización de variables (MOVI)**

Matriz de Operacionalización de Variables:

Objetivo General: Establecer la correlación clínica de enfermedades dermatológica con manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Médica Previsional INSS, Ocotlán-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020

Objetivos Específico	Variable Conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable Operativa o Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes						Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadística
				Expedientes Recolección	Ficha de Experimento	Quasi Doctar	Anal	Encuesta	Entrevista		
Objetivo específico 1 Identificar la frecuencia de las enfermedades dermatológicas en la población en estudio.	Enfermedades dermatológicas	1.1 Pigmentadas 1.2 Blancas 1.3 Rojas 1.4 Otras planas 1.5 Vesículo ampollosas 1.6 Ulcerosas	Revisión y llenado de ficha clínica a pacientes que presentan: 1.1.1 Melanoma 1.1.2 Nevus benignos y efélides 1.1.3 Enfermedad de Addison 1.1.4 Síndrome de Peutz-Jeghers 1.1.5 Vitíligo 1.1.6 Léntigo maligno 1.2.1 Candidiasis 1.2.2 Leucoplasia 1.3.1 Eritroplasia plana de Queyrat 1.3.2 Equimosis / petequias 1.3.3 Hemangiomas: mancha en vino oporto, o flameus	XX						Cuantitativa continua	

			<p>1.4.1 Artritis reumatoide</p> <p>1.5.1 Herpes simple virus tipo I (HSV-1)</p> <p>1.5.2 Herpes Zoster</p> <p>1.5.3 Liquen plano ampollar</p> <p>1.5.4 Pénfigo vulgar</p> <p>1.5.5 Penfigoide cicatrizal</p> <p>1.5.6 Penfigoide bulboso</p> <p>1.5.7 Dermatitis herpetiforme</p> <p>1.5.8 Eritema multiforme</p> <p>1.5.9 Psoriasis</p> <p>1.5.10 Enfermedades exantemáticas: Varicela, Rubeola, Sarampión en caso brotes epidemiológico</p> <p>1.6.1 Síndrome de Behçet</p> <p>1.6.2 Herpes simple</p> <p>1.6.3 Enfermedad de Crohn</p> <p>1.6.4 Carcinoma escamoso</p> <p>1.6.5 Liquen plano</p> <p>1.6.6 Lupus eritematoso</p>							
<p>Objetivo Específico 2 Clasificar las manifestaciones orales según su apariencia.</p>	<p>Manifestaciones orales</p>	<p>2.1 Planas</p> <p>2.2 Elevadas</p> <p>2.3 Deprimidas</p>	<p>Revisión y llenado de ficha Clínica a pacientes que presentan enfermedades dermatológicas con el fin de encontrar lesiones:</p> <p>2.1.1 Pigmentadas</p> <p>2.1.2 Blancas</p> <p>2.1.3 Rojas</p>	<p>XX</p>						<p>Cuantitativa continua</p>

			2.1.4 Otras planas 2.2.1 Vesículo ampollas 2.3.1 Ulcerosas								
Objetivo Especifico 3 Correlacionar las enfermedades dermatológicas con las manifestaciones orales.	Correlación entre manifestaciones orales y enfermedades dermatológicas	3.1 Relación estadística entre las variables 1 y 2 con prueba de Chi cuadrado, prueba de Pearson	3.1.1 H0 Existe correlación 3.1.2 H1 No existe correlación	XX						Cuantitativa continua	

✓ **Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se realizó la elaboración y llenado de una ficha clínica como instrumento de recolección de datos, donde se registró la información necesaria sobre la enfermedad dermatológica y la presencia o no de manifestación oral, se llenó posteriormente a la revisión del paciente.

✓ **Procedimiento para la recolección de datos e información**

A los pacientes primero se les pidió su colaboración y luego de la consulta fueron examinados, enfocándonos en la cavidad oral para determinar la presencia de lesiones orales y luego se llenó la ficha clínica.

El examen clínico se llevó a cabo pidiéndole al paciente su colaboración en el estudio, se llenó la ficha, se procedió a observar la cavidad oral del paciente con la ayuda del baja lenguas para poder de determinar si hay o no la presencia de manifestaciones orales. Las encontradas, se anotaron en la ficha clínica.

Para la recopilación de la información se trabajó con los siguientes instrumentos:

1. Ficha clínica
2. Lapicero negro.
3. Silla corriente o cama.
4. Lámpara.
5. Guantes, un par por paciente.
6. Baja lengua, uno por paciente.

✓ Plan de tabulación y análisis

Para el procesamiento de información se utilizaron los programas Microsoft Word 2019 para la elaboración del documento final y los datos obtenidos se presentaron utilizando medios estadísticos; tablas de frecuencia y gráficas utilizando el programa Microsoft Excel y SPSS 2019 versión 26.

A partir de los datos recolectados se identificó la frecuencia de las enfermedades dermatológicas, en la población en estudio, la clasificación de las manifestaciones orales y también se correlacionaron las enfermedades dermatológicas con las manifestaciones orales. Determinando así, si existe o no una correlación.

Siendo nuestras variables cuantitativas:

-Enfermedad dermatológica base

-Presencia de manifestación oral

Se realizaron las pruebas de contingencia convenientes:

Prueba de Chi cuadrado:

La cual consiste en determinar la existencia o no de independencia entre dos variables. Que dos variables sean independientes significa que no tienen relación, y que por lo tanto una no depende de la otra, ni viceversa.

Así, con el estudio de la independencia, se origina también un método para verificar si las frecuencias observadas en cada categoría son compatibles con la independencia entre ambas variables, El estadístico chi-cuadrado tomará un valor igual a 0 si existe concordancia perfecta entre las frecuencias observadas y las esperadas; por contra, el estadístico tomará un valor grande si existe una gran discrepancia entre estas frecuencias, y consecuentemente se deberá rechazar la hipótesis nula.

Correlación de Pearson:

Se aplicó la prueba de correlación de Pearson para la correlación de ambas variables cuantitativas continuas, el coeficiente de correlación de Pearson tiene el objetivo de indicar cuán asociadas se encuentran dos variables entre sí por lo que valor del índice de correlación varía en el intervalo $[-1,1]$, indicando el signo el sentido de la relación:

- Si $r = 1$, existe una correlación positiva perfecta. El índice indica una dependencia total entre las dos variables denominada relación directa: cuando una de ellas aumenta, la otra también lo hace en proporción constante.
- Si $0 < r < 1$, existe una correlación positiva.
- Si $r = 0$, no existe relación lineal. Pero esto no necesariamente implica que las variables son independientes: pueden existir todavía relaciones no lineales entre las dos variables.
- Si $-1 < r < 0$, existe una correlación negativa.
- Si $r = -1$, existe una correlación negativa perfecta. El índice indica una dependencia total entre las dos variables llamada relación inversa: cuando una de ellas aumenta, la otra disminuye en proporción constante.

Listado de cuadros y gráficos que se presentaron

- Tabla de frecuencia de las enfermedades dermatológicas base con su diagrama de barras
- Tabla sobre la presencia de manifestaciones orales junto con su diagrama de sectores con los resultados de la prueba de Chi Cuadrado
- Grafica de barras agrupadas entre la presencia de manifestaciones orales y la enfermedad dermatológica base
- Cuadro con los resultados de la prueba de correlación de Pearson

✓ **Consideraciones éticas:**

En los aspectos éticos de esta investigación se utilizó un consentimiento informado para los padres o tutor del paciente, manteniendo confidencial la identidad de los mismos. El estudio no implicara un riesgo físico o psicológico para el paciente, se utilizarán todas las medidas de bioseguridad para evitar cualquier riesgo de infección cruzada.

✓ **Calibración**

Se aplicó el **índice Kappa de Cohen** que es una medida que se usa para evaluar la concordancia o reproducibilidad entre los dos evaluadores, representa la proporción de acuerdos observados más allá del azar respecto del máximo acuerdo posible, donde se evaluaron los conocimientos de ambos bachilleres para proceder a la recolección de datos, en dicha calibración el experto presentó 30 imágenes de pacientes que presentaban diversidad de lesiones y mucosas totalmente sanas donde debían de ser debidamente identificadas por cada una de las participantes. Dichas respuestas fueron procesadas por el programa SPSS, para evaluar el coeficiente Kappa de Cohen. Este índice es muy intuitivo y fácilmente interpretable: tomará valores entre 0 (total desacuerdo) y 1 (máximo acuerdo).

Kappa (k) Grado de acuerdo

<0,00 Sin acuerdo

0,00- 0,20 Insignificante

0,21- 0,40 Mediano

0,41- 0,60 Moderado

0,61- 0,80 Sustancial

0,81- 1,00 Casi perfecto

En los resultados de la calibración de la participante: Marisell Abigail García Olivera, se obtuvo un valor de 0,95; lo que indica Casi Perfecto con el Índice Kappa.

En los resultados de la calibración del participante: Francisco Josué García Méndez, se obtuvo un valor de 0,90; lo que indica Casi Perfecto con el Índice Kappa.

✓ **Criterios de Inclusión y Exclusión**

<ul style="list-style-type: none">• Pacientes atendidos por dermatología en la Clínica Médica Provisional INSS Ocotlán-N. S• Pacientes de 18 a 65 años de edad.• Pacientes con enfermedades dermatológicas ya diagnosticadas que se relacionen con el estudio.	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes que no quieran participar en el estudio.• Pacientes con enfermedades dermatológicas sin diagnóstico definido.• Pacientes con expedientes incompletos• Pacientes inasistentes• Paciente con estudios pendientes• Pacientes en remisión

Discusión y análisis de resultados

Objetivo 1. Identificar la frecuencia de las enfermedades dermatológicas en la población en estudio:

Tabla 1. Enfermedades dermatológicas de base en pacientes que asisten al servicio de dermatología de CMP Ocotál, Nueva Segovia. Junio 2020.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Melanoma	2	0.8	1.3	1.3
	Nevus benigno	1	0.4	0.7	2.0
	Vitíligo	7	2.8	4.6	6.6
	Lentigo maligno	1	0.4	0.7	7.3
	Candidiasis	2	0.8	1.3	8.6
	Hemangioma	1	0.4	0.7	9.3
	Artritis Reumatoide	6	2.4	4.0	13.2
	Herpes simple	6	2.4	4.0	17.2
	Herpes Zoster	8	3.2	5.3	22.5
	Liquen plano ampollar	7	2.8	4.6	27.2

	Pénfigo Vulgar	7	2.8	4.6	31.8
	Penfigoide bulloso	6	2.4	4.0	35.8
	Dermatitis Herpetiforme	10	4.0	6.6	42.4
	Eritema Multiforme	7	2.8	4.6	47.0
	Psoriasis	40	16.2	26.5	73.5
	Impétigo	3	1.2	2.0	75.5
	Síndrome de Behçet	3	1.2	2.0	77.5
	Carcinoma Escamoso	1	0.4	0.7	78.1
	Liquen Plano	8	3.2	5.3	83.4
	Lupus Eritematoso	25	10.1	16.6	100.0
	Total	151	61.1	100.0	
Perdidos	Sistema	96	38.9		
Total		247	100.0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla 1 en relación a la frecuencia de las enfermedades dermatológicas muestra que el total de los pacientes que son el objeto de estudio (151 pacientes), presentan enfermedades dermatológicas de base: 40 (26.5%) Psoriasis, 25 (16.6%) Lupus Eritematoso Sistémico, 10 (6.6%) Dermatitis Herpetiforme, 8 (3.2%) Herpes Zoster y Liquen Plano, 7 (2.8%) Vitíligo, Liquen plano ampollar, Eritema Multiforme y Pénfigo Vulgar, 6 (2.4) Penfigoide Bulloso, Herpes Simple y Artritis Reumatoide, 3 (1.2%) Impétigo y Síndrome de Behçet, 2 (0.8%) Melanoma, 2 (0.8%) Candidiasis, 1 (0.4%)

Carcinoma Escamoso, Hemangioma, Lentigo Maligno y Nevus benigno. (Ver anexo 1, grafico 1). Esto concuerda con la literatura “Introducción general a la dermatología basada en evidencia” (Jose & Urba, 2015) colaborada por José Pedragosa y Urba Gonzales Castro miembros fundadores de la Sociedad Española de Dermato-Epidemiología, donde se menciona que Acné vulgar, Eczema no atópico y Psoriasis son las principales enfermedades cutáneas más comunes, seguida por ciertos tipos de dermatitis, urticaria, cáncer de piel (carcinoma basocelular), enfermedades virales y patologías Vésico-Ampollosas autoinmunes.

Con estos resultados se afirma que Psoriasis, Lupus Eritematoso Sistémico y Dermatitis herpetiforme (Enfermedades Vésico-Ampollosas Autoinmunes) forman parte del grupo de patologías dérmicas con mayor frecuencia. Enfatizando que los datos aquí obtenidos pueden estar relacionados con factores sociales, demográficos y económicos. Es importante mencionar que las patologías con menos frecuencia (0.4%) son: Carcinoma Escamoso, Lentigo Maligno, Hemangioma y Nevus Benigno. Para dar explicación a este fenómeno se puede tomar como referencia lo estipulado por (Zeas Ivan Marcelo, 2016) que menciona que la gran mayoría de pacientes no prestan la suficiente atención a los cambios de coloración, forma, crecimiento e incluso evolución que pueden presentarse en lunares, machas o piel sana por lo tanto ciertas patologías como carcinomas y lentigos malignos no presentan tanta frecuencia entre la población, ya que los pacientes acuden a consulta mucho tiempo después cuando la patología tiene un mayor avance. Respecto a patologías como Nevus y Hemangiomas, (Sapp J. Philip, 2008) asegura en que generalmente son de carácter benigno y normalmente se presentan al nacer por lo tanto los pacientes no se presentan a una consulta dermatológica para la valoración de estas patologías, exceptuando que deseen indagar más acerca del tema esto justificaría la baja frecuencia en estos tipos de estudio.

Objetivo 2. Clasificar las manifestaciones orales según su apariencia:

Tabla 2. Apariencia de las manifestaciones orales en pacientes que asisten al servicio de dermatología de CMP Ocotil, Nueva Segovia. Junio 2020.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Elevada	67	27.1	64.4	64.4
	Plana	10	4.0	9.6	74.0
	Deprimida	27	10.9	26.0	100.0
	Total	104	42.1	100.0	
Perdidos	Sistema	143	57.9		
Total		247	100.0		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Los datos de la tabla 2 nos muestra la clasificación de las manifestaciones orales según su apariencia (elevadas, planas y deprimidas), también nos muestra la frecuencia de estas, en base a 104 (68.87%) (Ver anexo 2. Gráfico 2) pacientes que si presentaron manifestaciones obteniendo los resultados: 67 (64.4%) presentaron lesiones elevadas siendo en su mayoría pacientes con enfermedad dermatológica de base: Psoriasis 29 pacientes (43.28%) Variando los datos según la frecuencia de la enfermedad dermatológica (Ver anexo 3. Gráfico 3) por ejemplo patologías como: herpes simple,

penfigoide bulloso, eritema multiforme, impétigo, pénfigo vulgar, liquen plano ampolloso y carcinoma escamoso en su totalidad presentaron lesiones elevadas, corroborando así lo que expone (DeLong Leslie, 2013) Al describir la apariencia de estas lesiones y clasificarlas como elevadas.

Las manifestaciones deprimidas fueron encontradas en 27 pacientes que representan el 10.9%, correspondiendo en su mayoría a pacientes con lupus eritematoso sistémico 17 pacientes (62.96%), según (Regezi Joseph, 2016) Las lesiones en pacientes con LES en su mayoría tienen características deprimidas, representándolas como ulcerosas y con áreas queratósicas. Todos los pacientes que se presentaron con Liquen Plano y Síndrome de Behçet presentaron lesiones deprimidas, también enfermedades como candidiasis pueden tener manifestaciones de este tipo, debido al retiro de la membrana blanquecina común de esta enfermedad como resalta el mismo autor, también pacientes con dermatitis herpetiforme presentaron este tipo de lesión, puede que si el paciente intenta remover las lesiones por sí mismo estas se vean con apariencia deprimida debido al trauma.

Solamente 10 (4.0%) pertenecen a manifestaciones con apariencia plana, los pacientes con vitíligo 4 pacientes (40%) que presentaron manifestaciones, todos fueron lesiones planas relacionada a coloración, en este caso despigmentación, que puede estar presente en la mucosa oral, ratificando lo que menciona (Regezi Joseph, 2016). Los pacientes con artritis reumatoide solo manifestaron lesiones planas, otras patologías como dermatitis herpetiforme tuvieron manifestaciones planas aseverando lo que dice (Cawson R.A, 2002) que a causa del tratamiento y la mejoría este provoca que las lesiones tomen una apariencia plana, esto también pasa con herpes zoster. En cambio, en pacientes con candidiasis su apariencia es normalmente plana como asegura (Eduardo, 2014) exceptuando en casos donde se remueva la placa blanquecina dándole una apariencia ulcerada, también en los casos de mejoría de la enfermedad puede cambiar su apariencia.

Objetivo 3. Correlacionar las enfermedades dermatológicas con las manifestaciones orales.

Resultados en la correlación de variables:

A continuación, se muestran los datos obtenidos a través de estadística inferencial con un análisis no paramétrico, utilizando la prueba estadística Chi cuadrado la cual según (Piura López, 2006) es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas, es decir que permite saber si las variables son independientes y no inciden una sobre la otra siendo los valores significativos menores de 0.05 y no significativos mayores a 0.05

Correlación entre enfermedades dermatológicas y manifestaciones orales.

Hipótesis a probar:

(H0) No existe correlación clínica entre las enfermedades dermatológicas y las manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Médica Previsional INSS, Ocotál-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020.

(H1) Existe la correlación clínica de enfermedades dermatológica con manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Médica Previsional INSS, Ocotál-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020.

El resultado de esta correlación a través de la prueba del chi cuadrado es el siguiente:

Tabla 3. Prueba de chi-cuadrado entre las variables: Enfermedad dermatológica y presencia de manifestación oral.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46.197 ^a	19	.000
Razón de verosimilitud	50.523	19	.000
Asociación lineal por lineal	11.639	1	.001
N de casos válidos	151		

a. 33 casillas (82.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0.31.

Fuente: ficha de recolección de datos

La tabla muestra que P o en este caso Significación asintóticas(bilateral) siendo menor a 0.05 podemos rechazar la hipótesis nula que sería “(H0) No existe correlación clínica entre las enfermedades dermatológicas y las manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Médica Previsional INSS, Ocotlán-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020.” Aceptando así la hipótesis alternativa “(H1) Existe la correlación clínica de enfermedades dermatológica con manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Médica Previsional INSS, Ocotlán-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020.”

Pudiendo decir entonces que existe una correlación clínica entre las enfermedades dermatológicas y las manifestaciones orales (Anexo 4, grafico 4). Con respecto a esta correlación (Jose & Urba, 2015) afirma que las enfermedades dermatológicas están relacionadas con ciertos síntomas orales e incluso algunas de ellas se presentan directamente en la zona perioral o en la mucosa oral.

Por consiguiente, para determinar el coeficiente de correlación realizamos la prueba de Pearson determinando los siguientes resultados:

**Tabla 4. Prueba de correlación de Pearson entre las variables:
Enfermedades dermatológicas y presencia de manifestaciones orales**

		Enfermedad Dermatológica de Base	Presenta manifestaciones orales
Enfermedad Dermatológica de Base	Correlación de Pearson	1	-0.279**
	Sig. (bilateral)		0.001
	N	151	151
¿Presenta manifestaciones orales?	Correlación de Pearson	-0.279**	1
	Sig. (bilateral)	0.001	
	N	151	151

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: ficha de recolección de datos

Según los resultados de la tabla 3 podemos interpretar que con un resultado correlacional de -0.279 la variable Enfermedad Dermatológica de Base es inversamente proporcional a la Presencia de manifestaciones orales dando así una correlación negativa baja, sin embargo, con un Sig.(bilateral) de 0.001 nos indica que no se provee de suficiente evidencia para decir que esta correlación es aplicable a la población o existe una causalidad entre las variables.

Conclusiones

En el presente estudio acerca de la correlación clínica de enfermedades dermatológicas con manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Médica Previsional INSS, Ocotál-Nueva Segovia, realizando los cálculos en el programa estadístico de SPSS versión 26 logramos identificar la frecuencia de las enfermedades dermatológicas en la población en estudio dando como resultado que la enfermedad dermatológica con mayor presencia en la población es Psoriasis, seguido de lupus eritematoso sistémico y dermatitis herpetiforme.

Al identificar las manifestaciones orales según su apariencia se propuso clasificarlas en 3 grandes grupos y de igual manera haciendo los cálculos porcentuales de estas, siendo las manifestaciones elevadas el tipo más frecuente, continuando con las deprimidas y en menor frecuencia las lesiones planas. Logrando afirmar entonces que las lesiones elevadas estuvieron más presentes en pacientes con enfermedades dermatológicas como las ya antes mencionadas.

Para correlacionar las variables enfermedades dermatológicas y manifestaciones orales usamos nuevamente el programa estadístico SPSS, realizando la prueba de Chi cuadrado para medir la correlación estadística entre las dos variables continuas y la prueba de correlación de Pearson para determinar la potencia de dicha correlación. Teniendo como resultado que, si existe una correlación negativa baja.

En última instancia podemos confirmar que al existir una prueba positiva en la prueba de Chi cuadrado rechazamos H_0 y aceptamos "(H1) Existe la correlación clínica de enfermedades dermatológica con manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Médica Previsional INSS, Ocotál-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020." No obstante, al interpretar la correlación de Pearson y dándonos un resultado inversamente proporcional decimos que, aunque pudimos observar una clara correlación directa no podemos decir que estén estrechamente relacionadas por una causalidad.

Recomendaciones

A la clínica médica provisional INSS, Ocotal-Nueva Segovia:

Se les recomienda realizar una revisión mensual enfatizándose en el área bucal, indagando acerca de las manifestaciones orales que pueden presentar los pacientes que asisten a las citas del área dermatológica para comprobar la correlación entre estas manifestaciones y las enfermedades dermatológicas.

A la universidad UNAN Managua, Managua:

Se propone mantener estos resultados presentes ya que esta investigación pretende abrir la puerta a futuros estudios de forma que puedan explorar exhaustivamente cada tipo de manifestación incluso desde otras ramas especializadas de la odontología. Debido a que este es un tema de gran importancia para la prevención y tratamientos de estas manifestaciones en pacientes dermatológicos, particularmente personas con patologías crónicas.

A la comunidad Odontológica:

Continuar indagando acerca de este tema de investigación, debido a que es de gran importancia ya que se ve de manera recurrente en una gran cantidad de pacientes con estas patologías. Informarse acerca del reconocimiento y manejo correcto de estas lesiones, para reducir las probabilidades de que se desarrolle un cuadro clínico más grave a la vez que se le da un tratamiento efectivo temprano al paciente con el propósito siempre de ayudar de la mejor manera y brindando así un mejor estilo de vida.

Al público en general:

Informarse sobre la aparición de lesiones orales en personas con enfermedades dermatológicas. Se espera se informen sobre los cuidados de las lesiones orales que tienden a manifestarse con cada enfermedad dermatológica, así como prestar sumo cuidado a los cambios que estas presenten y recordar no automedicarse, sino que deberán hacérselo saber a su odontólogo de preferencia para que este les brinde el mejor tratamiento según la situación que se presente.

Cronograma de actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA ELABORACION DE MONOGRAFIA

Correlación clínica de enfermedades dermatológica con manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Médica Previsional INSS, Ocotlán-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020.

AUTORES:

- ✓ MARISELL GARCIA
- ✓ FRANCISCO GARCIA

CARRERA: ODONTOLOGIA

ACTIVIDADES	FEBRERO		MARZO		ABRIL			MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
	05	16	01		01	05	09	27	03	19	18	25		12	21	28				
1 ELECCIÓN DEL TEMA																				
2 APROBACIÓN DEL TEMA																				
3 PRIMERA ETAPA: PROTOCOLO																				
4 REDACCIÓN DE OBJETIVOS																				
5 REDACCIÓN DE ANTECEDENTES																				
6 REDACCIÓN DE JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA																				
7 REVISIÓN																				
8 ELABORACIÓN DEL MARCO TEORICO																				
9 ELABORACIÓN DEL DISEÑO METODOLOGICO E INSTRUMENTO																				
10 REVISIÓN DEL D.M																				
11 REDACCIÓN DE INTRODUCCION																				
12 SEGUNDA ETAPA: RECOLECCIÓN DE DATOS																				
13 TERCERA ETAPA: ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS																				
14 ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES																				
15 REVISIÓN DE MONOGRAFIA																				
16 PREDEFENSA																				
17 DEFENSA																				

Presupuesto

PRESUPUESTO PARA ELABORACION DE MONOGRAFIA			
Correlación clínica de enfermedades dermatológica con manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Médica Previsional INSS, Ocotil-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020.			
	ITEM	CANTIDAD	VALOR
1	Material bibliográfico, empastado y fotocopias		C\$ 1000.00
2	Fotocopias de ficha Clínica	100 unidades	C\$ 50.00
3	Caja de guantes	200 unidades	C\$ 650.00
4	Caja de mascarillas	100 unidades	C\$ 1,500.00
5	Lentes de protección	2 pares	C\$ 700.00
6	Caja de baja lenguas	100 unidades	C\$ 200.00
7	Campo operatorio	100 unidades	C\$ 180.00
8	Lámparas de revisión	2 unidades	C\$ 750.00
9	Gasas	100 unidades	C\$ 150.00
10	Transportes y salidas de campo		C\$ 500.00
11	Varios e imprevistos		C\$ 300.00
	TOTAL		C\$ 5,980.00

Bibliografía

- Babu, A. (Julio de 2014). Anales de Investigación en Ciencias Médicas y de la Salud. Obtenido de NBCI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4145524/#!po=1.92308>
- Bacón, L. (2014). *Enfermedades dermatológicas*. León.
- Cawson R.A, O. E. (2002). *ESENCIALES DE CAWSON PATOLOGÍA ORAL Y MEDICINA ORAL septima edicion* . New York : CHURCHILL LIVINGSTONE.
- DeLong Leslie, B. N. (2013). *Patología Oral y general en odontología, segunda edicion* . . Barcelona (España): Wolters Kluwer Health.
- Eduardo, M. S. (Febrero de 2014). *Medicina Oral*. Obtenido de journal: [https://www.oooojournal.net/article/S2212-4403\(13\)01860-9/abstract](https://www.oooojournal.net/article/S2212-4403(13)01860-9/abstract)
- Ingratta, S. M. (2017). *Dermatología* . Buenos Aires Argentina : Edulp integra la Red de Editoriales Universitarias Nacionales.
- Loni, M. (Noviembre de 2017). *Europe PMC*. Obtenido de <https://europepmc.org/article/med/29208790>
- Marx-Sánchez PM, F.-C. L.-P.-Q.-P. (2017). *Dermatología Revista Mexicana*. Obtenido de medigraphic web site: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70863>
- Morales, E. d. (2004). *Prevalencia de lesiones orales en pacientes con enfermedad dermatológica y en pacientes sin enfermedad dermatológicas*. Managua.
- Neville Brad W, D. D. (2018). *Patología Oral y Maxilofacial tercera edicion*. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Pawlina Wojciech, R. H. (2015). *Histología Texto y Atlas, septima edicion*. Barcelona: Wolters Kluwer.
- Regezi Joseph, S. J. (2016). *Patología Oral*. California : Saunders.
- Regezi, J. (2000). *Patología Bucal*. Atlampa: Mc Graw Hill.

Sapp J. Philip, E. R. (2008). *Patología Oral y Maxilofacial Contemporanea* . Portugal: Elsevier Mosby.

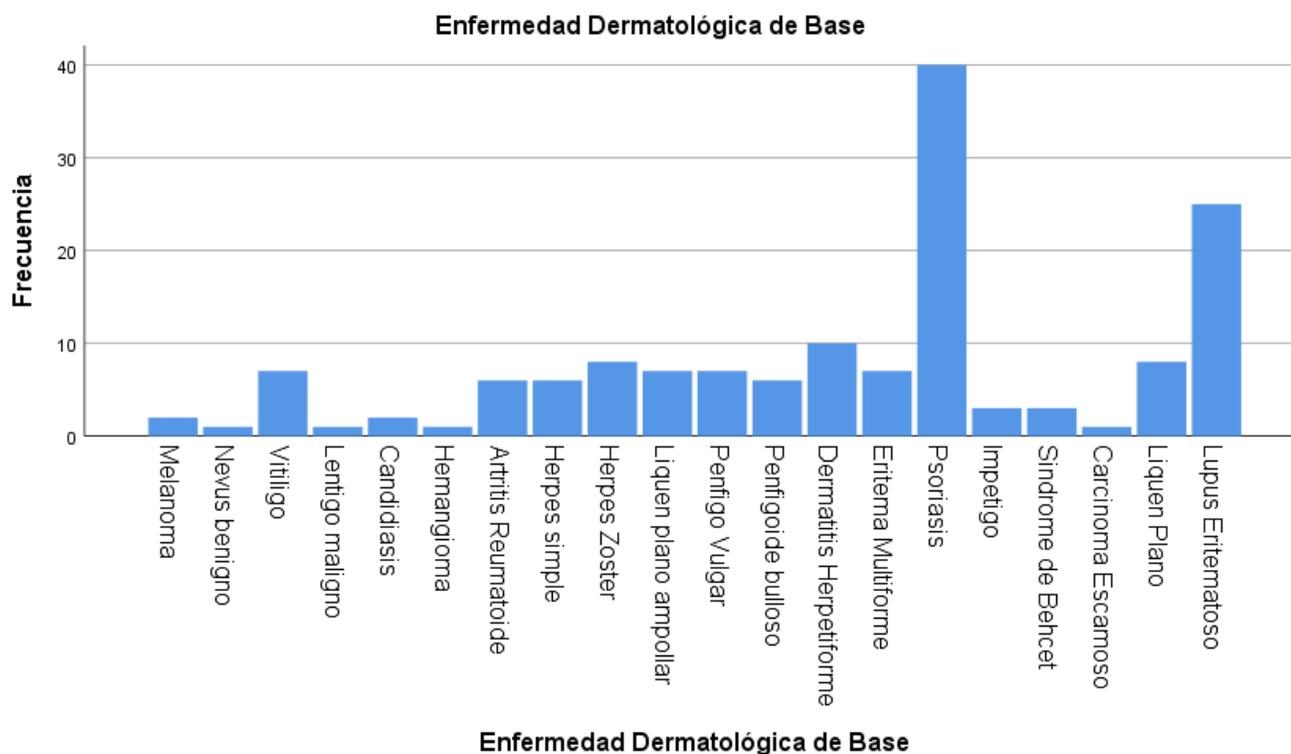
Suliman, N. M. (19 de septiembre de 2011). *MBC Salud Oral*. Obtenido de MBC Coral Health : <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-11-24>

Zeas Ivan Marcelo, O. M. (2016). *Dermatología Basica* . Cuenca : Universidad de Cuenca.

Anexos

Anexo 1.

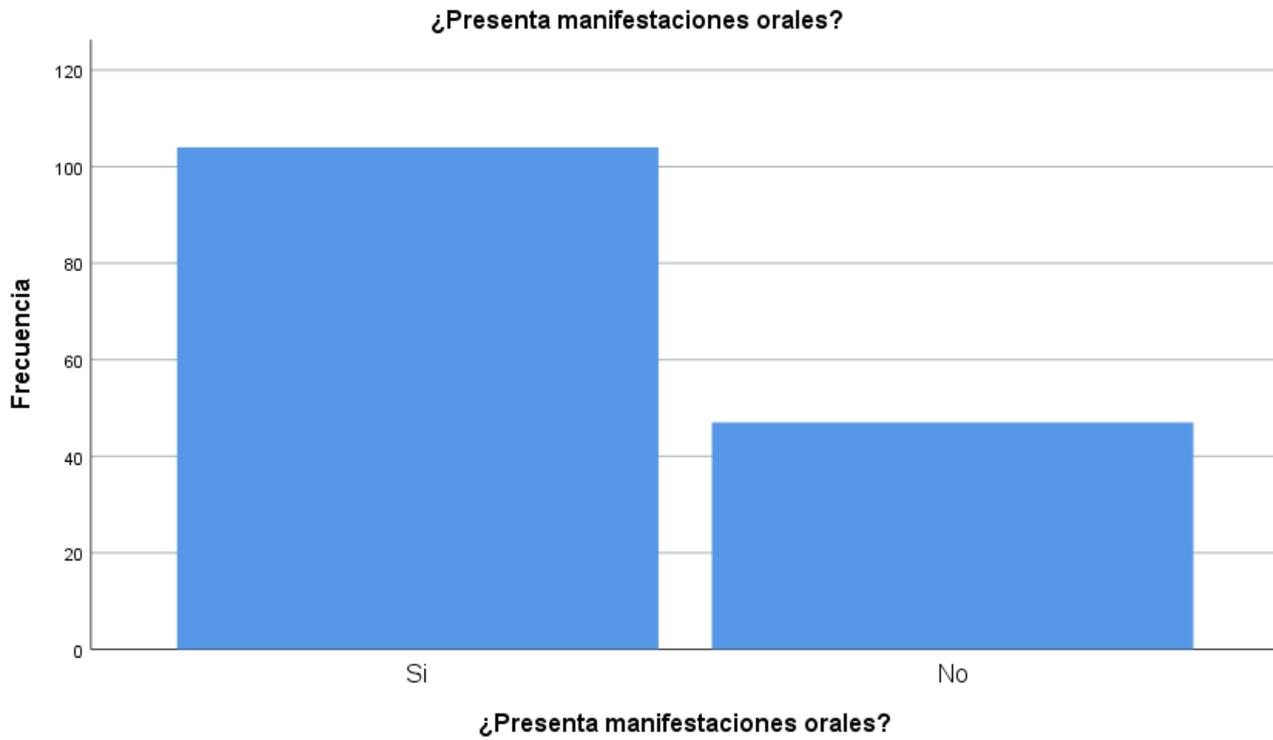
Gráfico 1. Enfermedades dermatológicas de base en pacientes que asisten al servicio de dermatología de CMP Ocotal, Nueva Segovia. Junio 2020.



Fuente: Ficha de recolección de datos

Anexo 2.

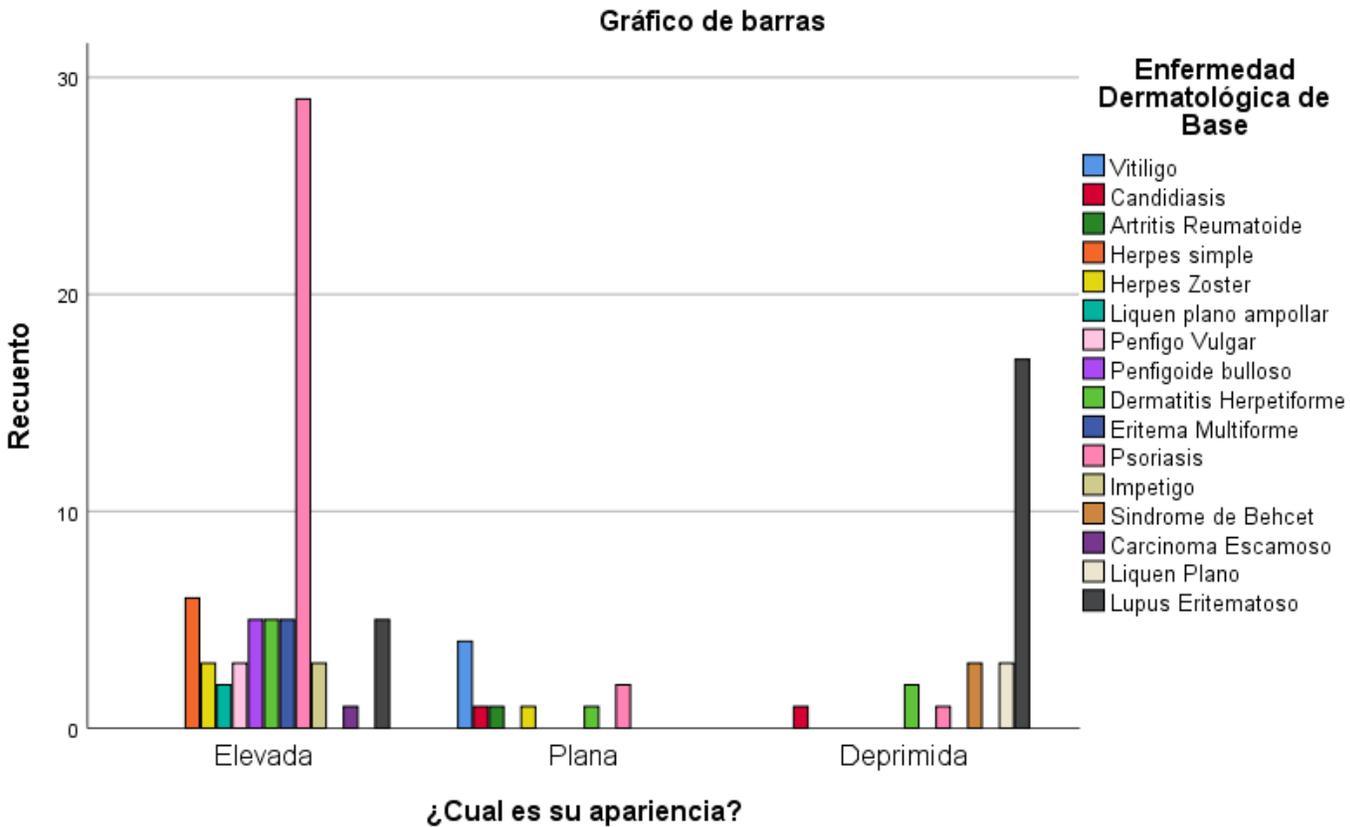
Gráfico 2. Recuento de la Presencia de manifestaciones orales en pacientes que asisten al servicio de dermatología de CMP Ocotol, Nueva Segovia. Junio 2020.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

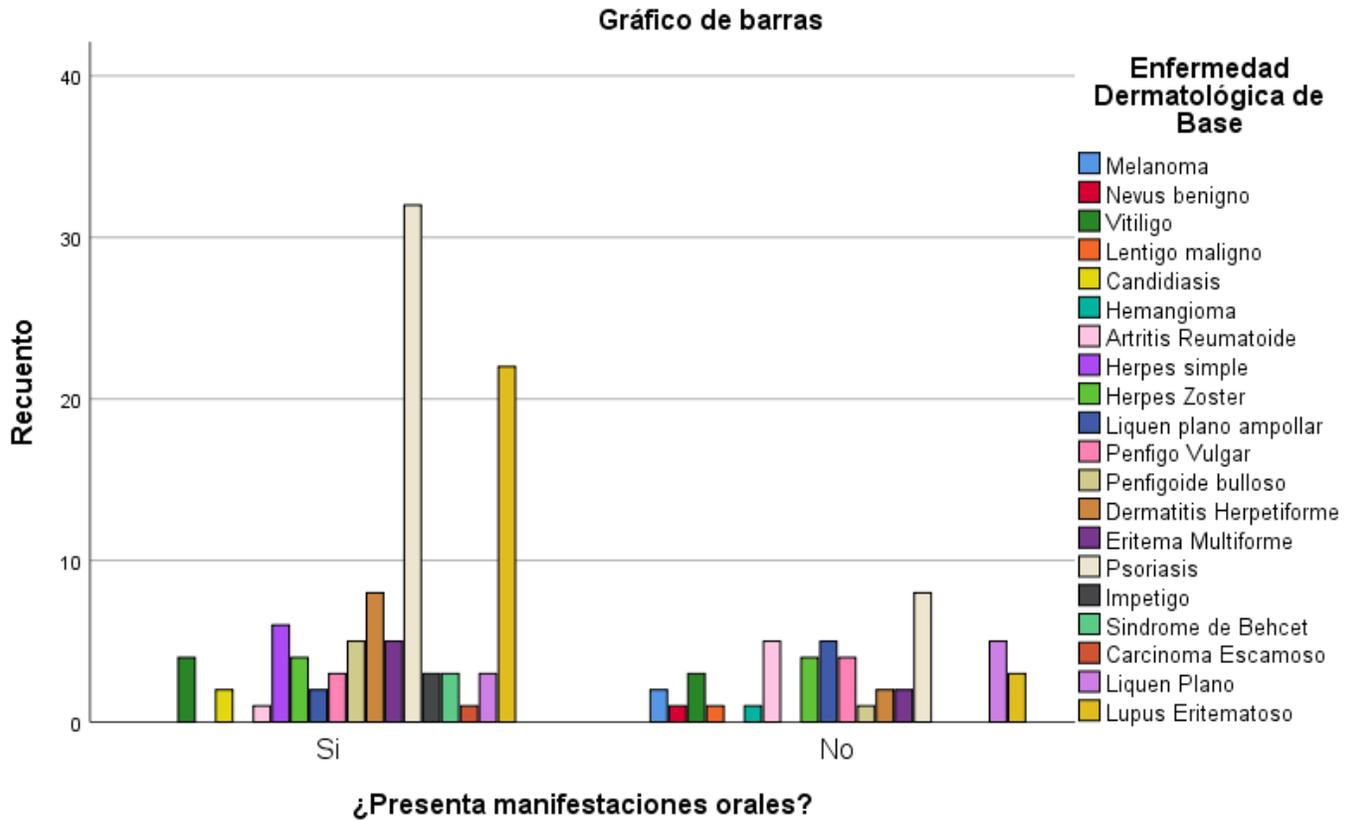
Anexo 3.

Gráfico 3. Frecuencia de enfermedades dermatológicas según su apariencia en pacientes que asisten al servicio de dermatología de CMP Ocotal, Nueva Segovia. Junio 2020.



Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 4. Prueba de chi-cuadrado entre las variables: Enfermedad dermatológica y presencia de manifestación oral.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Anexo 5.

Fotografías, pacientes con psoriasis.



Anexo 6.

Fotografías pacientes, con lupus eritematoso sistémico.



Anexo 7.

Fotografías, pacientes con dermatitis herpetiforme.



Anexo 8.

Fotografías pacientes, con herpes zoster.



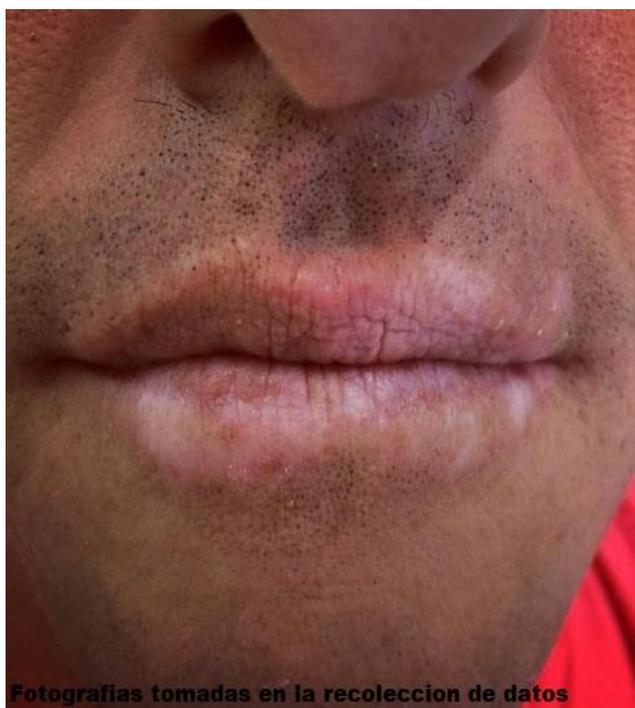
Anexo 9.

Fotografías, pacientes con liquen plano.



Anexo 10.

Fotografías, pacientes con vitíligo.



Anexo 11.

Fotografías, pacientes con eritema multiforme.



Anexo 12.

Fotografías, pacientes con liquen plano ampoloso.



Anexo 13.

Fotografías, pacientes con pénfigo vulgar.



Anexo 14.

Fotografías, pacientes con penfigoide bulloso.



Anexo 15.

Fotografías, pacientes con herpes simple.



Anexo 16.

Fotografías, pacientes con artritis reumatoide.



Anexo 17.

Fotografías, pacientes con síndrome de Behçet.



Anexo 18.

Fotografías, pacientes con impétigo.



Anexo 19.

Fotografías, pacientes con melanoma.



Fotografías tomadas en la recolección de datos

Anexo 20.

Fotografías, paciente con candidiasis.



Fotografías tomadas en la recolección de datos
18/06/20



Fotografías tomadas en la recolección de datos
18/06/20

Anexo 21.

Fotografías, pacientes con lentigo maligno.



Anexo 22.

Fotografías, pacientes con carcinoma escamoso.



Anexo 23.

Fotografías, pacientes con nevus benigno.



Fotografías tomadas en la recolección de datos

Anexo 24,

Fotografías, pacientes con hemangioma.



Fotografías tomadas en la recolección de datos

Anexo 25.

Autorización para el estudio

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua



Facultad de Ciencias Médicas
CARRERA DE ODONTOLOGÍA



“AÑO DE LA EDUCACIÓN CON CALIDAD Y PERTINENCIA”

Managua, 08 de Julio del 2020.

APROBACIÓN DE PROTOCOLO

Por medio de la presente hago constar que los estudiantes: **Francisco Josué García Méndez** con número de carnet 15030745 y **Marisell Abigail García Olivera** con número de carnet 15031119 con todas sus materias aprobadas han desarrollado correctamente el protocolo “**Correlación clínica de enfermedades dermatológicas y manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Médica Previsional INSS, Ocotal-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020**” Considero que el presente protocolo, reúne todos los requisitos para poder iniciar la fase de campo.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Yader Alvarado".

Dr. Yader Alvarado M.
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
MÁXILLO FACIAL
CÓDIGO MINSA 8724

Dr. Yader Alvarado

Tutor

Anexo 26.

Instrumento para recolección de datos



Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua

UNAN-MANAGUA

Recinto Universitario "Rubén Darío"

Facultad de Ciencias Médicas

Odontología



Tema: Correlación clínica de enfermedades dermatológica con manifestaciones orales en pacientes que acuden a la Clínica Médica Previsional INSS, Ocotal-Nueva Segovia en el periodo de Julio 2020.

El llenado de esta ficha es confidencial y no se trata de un examen, por el contrario, las respuestas nos permitirán conocer, bajo consentimiento del paciente, la enfermedad dermatológica y su relación con las manifestaciones orales. Los acápites deben ser llenados y respondidos con la mayor sinceridad posible.

Ficha Clínica

Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: Urbana Rural

Expediente _____

1. Enfermedad Dermatológica de Base: _____

Descripción:

2. Presenta manifestaciones orales: Si No

2.1 Lesión Oral:

Plana
Elevada
Deprimida

Descripción:

2.2 Cualquier otra alteración en cavidad oral: _____

Anexo 27.

Tabla comparativa de patologías dermatológicas que presentaron manifestaciones orales

Presentaron manifestaciones orales	No presentaron manifestaciones orales
Psoriasis	Melanoma
LES	Nevus Benigno
Dermatitis Herpetiforme	Hemangioma
Herpes Simple	Lentigo Maligno
Eritema Multiforme	
Penfigoide Bulloso	
Vitiligo	
Herpes Zoster	
Liquen Plano	
Síndrome de Behcet	
Impétigo	
Pénfigo Vulgar	
Candidiasis	
Liquen Plano Ampollar	
Artritis Reumatoide	
Carcinoma Escamoso	