

Lesiones de tejidos blandos bucodentales en pacientes psiquiátricos hospitalizados, México 1999

**Lic. Juana Freyre Galicia,*
Bertha Vivanco Cedeño,**
Lidia Lozano Carrillo,** Laura
Martínez Loaiza,*** Marco
Antonio López Butrón******

* Socióloga adscrita a la Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de la SS y Profesora de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM.

** Odontóloga Adscrita a la Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y Profesora de la ENEO-UNAM.

*** Pasantes de la Licenciatura en Odontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM.

**** Director del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez SS, y Profesor de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Resumen

Se presentan resultados de un censo epidemiológico de lesiones de tejidos blandos bucales en pacientes internos del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” de la SS. La metodología utilizada fue la propuesta por la OMS sobre las lesiones de la mucosa oral, se revisó un total de 195 individuos, 112 hombres y 83 mujeres con un promedio de edad de 34 años. En el diagnóstico psiquiátrico encontramos que la causa principal de internamiento fue la esquizofrenia con 44.6%, después el trastorno mental orgánico con un 19.5%, finalmente el tercer lugar lo ocuparon los trastornos del humor afectivos con un 19.0%. Las tres principales lesiones de tejidos blandos fueron: mordisqueo de carrillo 98 pacientes, fibroma 72 pacientes y úlcera 12 pacientes. De los sujetos de estudio, 71% presentó un solo tipo de lesión, 24% hasta dos lesiones y 4% tuvieron 3 lesiones distintas, solo el 1% no presentó lesión alguna (3 casos).

Palabras clave: Lesiones de tejidos blandos, patología oral psiquiátrica, morbilidad dental en pacientes psiquiátricos.

Abstract

The aim of this study was to perform an epidemiological census of the mouth (soft tissue lesions) among patients in the “Fray Bernardino Alvarez” psychiatric hospital. One hundred and ninety five patients (112 male and 83 female) were clinically explored by a full trained dentist the lesions of the oral mucosa were assessed using the WHO's classification. Diagnostic distribution of patients was as follows: 44.6% of the patients were schizophrenics, 19.5% organic mental disorders, and 19% mood disorders. The three principal causes of soft tissue lesions were: bite inner cheek (98 subjects), fibroma (72 subjects) and ulcerations (12 subjects). Among all patients, 71% had only one lesion category, 24% two lesions categories and 4% had the 3 categories of lesions present, 1% had no lesions.

Key words: Soft tissue pathology, dentistry in psychiatrics.

Antecedentes

En México se desconocen datos confiables de morbilidad de lesiones en tejidos blandos de cavidad bucal para población general; de ahí la importancia y necesidad de establecer estudios epidemiológicos para conocer la incidencia y la prevalencia de dichas lesiones. Su trascendencia radica en permitirnos identificar las lesiones que se atienden en la práctica cotidiana del odontólogo y co-

nocer las alteraciones que pudieran comprometer la vida del paciente, como sucede en el caso de las neoplasias malignas (cáncer).¹

El objetivo principal del presente estudio consiste en proporcionar bases científicas para la elaboración de programas educacionales y de servicio que permitan prevenir y tratar adecuadamente las patologías bucodentales de los usuarios del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” de la SS.

La caries dental y el cáncer oral son las afecciones de mayor repercusión e importancia en la salud pública odontológica, no obstante, a pesar de que las manifestaciones de afecciones premalignas suelen ser claras y de fácil acceso mediante la inspección visual y táctil, directa en la cavidad bucal, en muchos casos las lesiones se diagnostican en estadios avanzados de extensión y con metástasis. El cáncer de cavidad oral abarca un alto porcentaje de todos los casos de cáncer del cuerpo humano. Se sabe, a partir de un estudio realizado en el Distrito Federal en 1992, que existían 400 casos de cáncer oral y se estimó el incremento de casos por año en un 30%.² Para el año de 1997 un estudio realizado en Estados Unidos estimó que 30,000 personas se encontraban afectadas de cáncer oral. Alrededor del 5% de los tumores malignos correspondieron a cavidad oral y farínge por lo que el porcentaje de supervivencia se supone en 50% (sobreviviendo al quinto año luego del diagnóstico), aunque se estimó que con la detección temprana de la lesión el porcentaje de supervivencia podría llegar hasta el 80%.^{1,3}

La salud bucodental es un elemento indispensable de la salud integral, por lo cual el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez mantiene un programa continuo de investigaciones médicas, que incluyen el análisis de morbilidad general que presenta su población usuaria. En dicha institución se brinda atención a personas adultas, hombres o mujeres que presentan cuadros psicóticos o que requieren de vigilancia médica para trastornos mentales de tipo crónico. Su servicio está orientado a satisfacer necesidades de salud de población abierta, aunque subroga servicios de especialidad a derechohabientes de PEMEX y del ISSSTE.

Como se sabe, la mayor parte de los trastornos psiquiátricos tienden a alterar hábitos de higiene, además, la toma de medicamentos antipsicóticos puede repercutir en cavidad oral, facilitando la aparición de infecciones oportunistas o bien hipersalivación o hiposalivación, dando como resultado alteraciones en los tejidos blandos (encías, carrillos, etc.).

Para dar solución a estos problemas de cavidad oral, el hospital cuenta con el Servicio de Odontología que trabaja las 24 horas del día, los 365 días del año. A finales del año de 1999 se realizó esta investigación, colectando información para mejorar la planeación del servicio de odontología, procurar una mejor cobertura y prevenir estas alteraciones, a la vez que asegura la detección oportuna del cáncer bucal.

Entre las principales lesiones de tejidos blandos que se buscaron detectar en esta investigación debemos mencionar al leucoedema, que por su raíz en griego significa engrosamiento blanco de los tejidos este es un trastorno de la mucosa bucal de carácter hereditario. En cuanto a los sujetos que la padecen, se sabe, son individuos ma-

yores de 20 años y no tiene predilección de sexo. Es un efecto de la maduración del epitelio escamoso, afecta las mucosas vestibulares y labiales. En el periodo incipiente se presenta como una película opalescente sobre la mucosa, difusa, plana, ligeramente gris, con una textura lisa aterciopelada y bilateral. En el periodo tardío aparece como una placa grisácea más definida que contiene placas o arrugas poco elevadas y gruesas, mostrando un aspecto de madreperla, las arrugas le dan una apariencia de cortina.⁴

La queratosis friccional es un aumento del espesor y de la consistencia de la capa superficial de la epidermis, su etiología procede de factores traumáticos (prótesis mal ajustadas, hábitos de irritación crónicos, mordeduras, cepillado dental exagerado, etc.). En el caso de los pacientes psiquiátricos, las automordeduras suelen ser comunes, ya que muchas veces presentan problemas de psicomotricidad fina y/o gruesa, así como tensión muscular, ello sin contar con que algunos padecimientos como los trastornos obsesivos incluyen síntomas como la continua y exagerada limpieza de algunas partes del cuerpo, llegando a producir escoriaciones de gran importancia. La queratosis por fricción se manifiesta como una formación callosa debida a traumatismos crónicos. La lesión puede ser lisa o de textura regular, su ubicación y configuración deberá coincidir con la localización correspondiente al agente causal.⁵

El mordisqueo de carrillo es una leucoqueratosis que se encuentra dentro de las hiperqueratosis friccionales, en cuanto a sexo y edad, se sabe que no hay predilección. Su etiología se relaciona con diferentes factores, como las prótesis mal ajustadas y los hábitos orales de irritación crónica. En los pacientes psiquiátricos existe presencia de maloclusiones y de alteraciones temporo-mandibulares, lo que puede dar como consecuencia que se presente una constante irritación. Esta lesión se manifiesta como una formación callosa, puede ser lisa o de textura regular y su ubicación y configuración, también coinciden con la localización correspondiente al agente causal.⁶

El término leucoplasia o "Placa Blanca" se define como la descripción clínica de varias lesiones hiperqueratósicas blancuzcas de la cavidad bucal. Es la más grave de las lesiones comunes de la mucosa bucal, la lesión es más frecuente entre los 40 y 60 años de edad y afecta más al sexo masculino. En la alteración encontramos factores de nutrición, carencia de vitamina A y complejo B. Endocrinas como los trastornos gonadales y enfermedades generales como la Sífilis. El paciente psiquiátrico suele presentar problemas de nutrición, ya sea por su nivel socioeconómico o por la recurrencia de cuadros psicóticos, situación que conlleva la inmunodepresión. Entre los factores locales encontramos irritación crónica de varios ti-

pos: Traumatismos como los químicos, los térmicos y los bacterianos.

Cabe mencionar que es común que el paciente psiquiátrico evite ingerir los medicamentos que le son administrados y que para evitar tragárselos los retenga en la cavidad oral, presentando así lesión química frecuente. Las lesiones clínicas pueden ser desde una pequeña placa de hiperqueratosis, hasta una amplia lesión hiperqueratósica, no se presenta dolor, aunque cuando la lesión se fisura se vuelve dolorosa y puede transformarse en maligna. La lesión es blanco-amarillenta y puede verse afectada cualquier zona de la mucosa. Los tipos de leucoplasia que se presentan son: la homogénea nodular o manchada y la verrugosa.⁷

Candidiasis: Las infecciones causadas por hongos microscópicos se llaman micosis y toman su nombre de la parte del organismo que invaden o del hongo que las causa. Entre los principales factores predisponentes a infección por *Candida albicans* se encuentran: Diabetes mellitus, debilidad general, inmunodeficiencia y antibioticoterapia por tiempo prolongado, tratamiento bajo corticosteroides, así como leucemia y anemia, entre otros. Los pacientes psiquiátricos tienden a presentar cuadros de debilidad general, por la falta de nutrición adecuada o porque sus mecanismos de defensa se encuentran disminuidos, ya sea por una desnutrición previa o por alguna otra enfermedad sistémica para la que requieran de tratamiento con antibióticos por tiempo prolongado.

Este microorganismo habita comúnmente en la cavidad oral, aparato digestivo y vagina de personas clínicamente no afectadas. Las manifestaciones clínicas son localizadas, diseminadas y sistémicas, puede afectar piel, mucosas de estructuras profundas y órganos internos. Las alteraciones histopatológicas varían desde inflamación mínima hasta supuración o granuloma.

La evolución es subaguda o crónica. Los nombres de las candidiasis de membranas mucosas dependen también de su localización, en mucosa oral son llamadas muguet, queilitis o glositis. La candidiasis oral ha sido clasificada por Lehner de la siguiente manera: Candidiasis oral aguda: a) Candidiasis pseudomembranosa. b) Candidiasis atrófica: Candidiasis oral crónica: a) Candidiasis hiperplásica, b) Candidiasis atrófica crónica.⁸⁻¹⁰

El fibroma es un tumor benigno de la mucosa bucal que se presenta como una masa redonda pedunculada o sésil, por lo regular en la cara interna de la mejilla, labio o encía. Los factores predisponentes son: prótesis mal ajustadas, falta de piezas dentales y traumatismos crónicos (automordidas), está cubierto por mucosa bucal intacta, a menos que por su volumen y localización estén expuestos a traumatismos. El paciente psiquiátrico con mala higiene bucal tiende a perder comúnmente piezas dentales, lo que ocasiona una constante

succión o bien automordidas.¹¹⁻¹³ Por otra parte, para pacientes con epilepsia, el riesgo de automordidas es mayor durante el episodio de crisis convulsiva tónico clónica.

El Herpes Simple es una enfermedad autolimitable y autocurable, no deja inmunidad, es común en piel, mucosas o genitales. Se clasifica en: Tipo I de la mitad del cuerpo hacia arriba y tipo II de la mitad del cuerpo hacia abajo. Se presenta tanto en hombres como en mujeres y su principal causa es la disminución de defensas inmunológicas. El cuadro clínico se presenta entre 7 y 10 días con ardor, comezón u hormigueo, observándose después, una zona enrojecida y un conjunto de síntomas como vesículas que contienen líquido seroso, mismas que después, se rompen y dejan una zona socavada con membrana grisácea.^{7,14}

El Herpes Zoster es una enfermedad que se presenta principalmente en individuos inmunodeprimidos y en población anciana, este tipo de herpes afecta los nervios sensitivos de tronco, cabeza y cuello, se presenta como un exantema maculopapular unilateral bien delimitado y se convierte en lesión vesicular. En boca se presenta en mucosa vestibular, lengua, faringe y laringe. Su sintomatología se caracteriza por dolor y sensibilidad en la zona de influencia de los nervios afectados. Cuando se presentan cuadros de depresión es típico que disminuyan las defensas inmunes del cuerpo, por lo que los pacientes con cuadros psiquiátricos de depresión pueden presentar con mayor rapidez estos tipos de lesiones, siendo más frecuente el herpes simple.¹¹ Los pacientes afectados por SIDA son candidatos para presentar de modo insidioso este tipo de lesión.

El Sarcoma de Kaposi se origina en las células epiteliales debido principalmente a los siguientes riesgos: disposición genética, infección de tipo viral, factores ambientales y alteraciones inmunitarias. Las lesiones se originan en cualquier región de la cavidad oral, se presenta como máculas, pápulas y placas coalescentes de color eritematopurpúrico. Inicialmente las lesiones pueden parecer petequias o pápulos, nódulos eritematosos multifocales o unifocales de color rojo o azul. Cuando crecen aparecen tumores nodulares que miden 7 cm o más de diámetro.¹¹

Las Úlceras Traumáticas se pueden definir como consecuencia de cualquier traumatismo que afecta la mucosa oral, éstas se pueden encontrar en lengua, carrillos o labios. También se producen por el aumento de la temperatura corporal, químicos, iatrogenias como las causadas por golpear con la fresa dental durante la intervención odontológica o por el uso de eugenol, por estrés y por aparatos ortodónticos. Se presentan en forma redonda o cuadrada y su tamaño varía de 1 mm a 1 cm. Se caracteriza por ser una membrana blanco-amarillenta

eritematosa, con edema e inflamación en la zona y los pacientes refieren dolor a la presión.

Las Aftas o Úlceras recurrentes son dolorosas, pueden ser únicas o múltiples y generalmente son causadas por infección bacteriana, alteración inmunitaria, deficiencia de hierro, de vitamina B12 o de ácido fólico, los traumatismos como las automordidas, deficientes procedimientos dentales, condiciones endocrinas, factores físicos y alérgicos. Se presenta como una capa grisácea, halo eritematoso, circunscrita, dolorosa y no deja cicatriz.^{4,7,15,16}

Material y métodos

El censo de lesiones de tejidos blandos fue llevado a cabo del 8 al 12 de noviembre de 1999, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de la SSA en el Servicio de Hospitalización Continua. Se auscultaron y registraron los datos de aquellos pacientes que aceptaron la revisión, es decir, se excluyeron a los sujetos que se negaron o que se encontraban incapacitados para participar, ya sea por su estado mental o por encontrarse en tratamiento de urgencia. Para la realización del censo se contó con la colaboración de una enfermera adscrita, así como de dos pasantes del servicio social de odontología. El área de trabajo utilizada fue el cuarto de curaciones de cada piso y sección, en donde se iniciaba la recolección de la información a partir de las 10:30 am.

Previo al censo se establecieron los criterios para la descripción e identificación de las lesiones. Los examinadores fueron estandarizados conforme a la metodología propuesta por la OMS sobre las lesiones de la mucosa oral.¹⁷

Para el examen físico del paciente se realizó una inspección detallada de cada estructura, utilizando luz natural, primeramente se examinaron los labios con boca cerrada y abierta, enseguida la mucosa bucal doblando el labio superior hacia arriba y el labio inferior hacia abajo. Se continuó la inspección hacia el área retromolar de mucosa bucal izquierda y derecha. Las áreas de la lengua que se revisaron fueron: dorso, bordes laterales, punta y superficie ventral, se levantó la lengua para la inspección en piso de boca. Posteriormente se examinó paladar duro y blando, velo del paladar, úvula y tejidos faríngeos anteriores.¹⁷

Los tejidos orales fueron examinados con espejos del número 5 y con abatelenguas; aparte de ese material de auscultación, se usaron guantes, cubrebocas, charolas para instrumental, pañuelos desechables, bolsas para basura negras y rojas, tablas de encuestador, fotocopias de la cédula y lápices. El diagnóstico se estableció a través de la relación de las características clínicas de las lesiones y de factores etiológicos asociados a ellas (mordisqueo de mucosas, prótesis parciales o totales mal ajustadas, dientes fracturados, obturaciones desajustadas y mal posición

dentaria). Los tejidos mucosos o faciales que parecieran anormales fueron palpados con los dedos.

El hospital estudiado tiene una ocupación máxima de 350 usuarios, por lo que el número máximo de pacientes internos en cada sección es de 45, de modo que se estimó que la recolección de datos se realizaría en 7 días hábiles. A la fecha en que se levantó el censo se tenían hospitalizados 207 pacientes, por lo que el censo fue efectuado de la siguiente manera: el día 8, se recolectó información de la sección séptimo mujeres (31 pacientes), día 9, séptimo hombres y servicio de psicogeriatría (36 + 9 pacientes), día 10, tercero mujeres (26 pacientes), día 11, segundo hombres y UMQAIP (29 + 18 pacientes), día 12, segundo mujeres y cuarto hombres (34 + 33 pacientes respectivamente). En total se revisaron 6 secciones y 2 servicios, la población censada fue de 195 pacientes.

Se solicitó al personal adscrito los nombres, diagnósticos y número de expediente de los pacientes atendidos, posteriormente se les llamaba para ser revisados, en caso de que los pacientes no pudieran acudir al cuarto de curaciones a ser revisados, se les revisaba en la cama. El procedimiento de hacer la revisión directamente en la cama del paciente fue necesario para todos los casos censados en el servicio de la UMQAIP (Unidad Médico Quirúrgica de Atención Integral Psiquiátrica). La basura contaminante se depositó en los botes de bolsa roja que se encuentran en cada piso y servicio. Como desinfectante líquido para la charola de espejos usados se utilizó cloro, la esterilización se realizó diariamente en el servicio de CEYE del hospital.

El tiempo de auscultación de cada paciente duró aproximadamente 5 minutos, lo que permitió que a la 1:00 pm se terminara la revisión de los pacientes, ello facilitó que el levantamiento del censo no interfiriera con sus actividades de rutina institucional.

El método de recolección fue el de registro por medio de una cédula para anotar los datos de identificación y las manifestaciones clínicas de cada paciente. El recuento se llevó a cabo a través del sistema computarizado electrónico D BASE III PLUS, y después se analizaron con el programa EPI 6, habiéndose obtenido de ellos estadística descriptiva, de correlación y comparación no paramétrica para una y más muestras.

Resultados

Se revisó un total de 195 individuos, de 207 pacientes internos en el servicio de hospitalización continua a la fecha del levantamiento de datos; de los sujetos censados 112 fueron hombres y 83 mujeres con un promedio de edad de 34 años. Encontrándose que el 72.8% de la población censada se encontraba en el rango de edad de los 18 a 40 años.

Cuadro I. Distribución poblacional por patología psiquiátrica, edad y sexo.

Clave Cie-10	Dx. Psq.	Edad Prom	Hombres Fx.	Hombres %	Mujeres Fx.	Mujeres %	Fx. Total	Total %
FO0	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	35	25	22.4	12	14.5	38	19.5
F10	Trastorno mental y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas	33.3	16	14.3	1	1.2	17	8.7
F20	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes	34	51	45.6	36	43.4	87	44.6
F30	Trastornos del humor (afectivos)	32	11	10.0	26	31.3	37	19.0
F50	Trastornos del comportamiento, asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	39	0	0	1	1.2	1	0.5
F60	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	40	1	0.9	0	0	1	0.5
F70	Retraso mental	27.5	4	4.0	2	2.4	6	3.1
G40	Epilepsia	35	3	2.8	5	6.0	8	4.1
Total		34	112	100	83	100	195	100

En el diagnóstico psiquiátrico encontramos que la causa principal de internamiento es la esquizofrenia con 44.6%, después el trastorno mental orgánico, incluidos los sintomáticos con un 19.5%; y el tercer lugar lo ocuparon los Trastornos de Humor Afectivos con 19.0%. El resto de las patologías psiquiátricas y su distribución por sexo quedó como se muestra en el *cuadro I*. De éstos, cabe resaltar que sólo el Trastorno del Humor Afectivo se presentó más frecuentemente en mujeres, tomando en cuenta los tres principales diagnósticos en hospitalización.

De los usuarios que fueron auscultados, sólo tres sujetos no presentaron ninguna lesión y fueron mujeres, del resto de la población que sí presentaron algún tipo de lesión, 83 fueron mujeres y 112 hombres.

Las tres principales lesiones de tejidos blandos se distribuyeron según el sexo de la siguiente manera: mordisqueo de carrillo en 98 pacientes, de los cuales fueron 41 mujeres y 57 hombres; fibroma en 72 pacientes, de los cuales 30 fueron mujeres y 42 hombres; úlcera en doce pacientes, 6 mujeres y 6 hombres. La distribución de todas las lesiones de tejidos blandos por sexo se puede observar en el *cuadro 2*.

Por patología psiquiátrica los pacientes que presentaron mayor frecuencia de lesión en tejido blando fueron los pacientes diagnosticados con Esquizofrenia, con 87 lesiones, después los de Trastorno mental orgánico, incluidos los sintomáticos presentando 38 lesiones y los del Trastorno del Humor Afectivo con 37 lesiones. En el *cuadro 3* se muestra el mapa de alteraciones registradas a todos los pacientes.

Cuadro II. Lesiones de tejidos blandos por sexo.

Lesión	Fx. Mujeres	Fx. Hombres	Total
Sin lesión	3		3
Herpes	1		1
Úlcera	6	6	12
Fibroma	30	42	72
<i>Candida albicans</i>		1	1
Leucoplasia		1	1
Queratosis friccional	2	1	3
Mordisqueo de carrillo	41	57	98
Absceso	0	1	1
Otras	0	3	3
Total	86	112	195

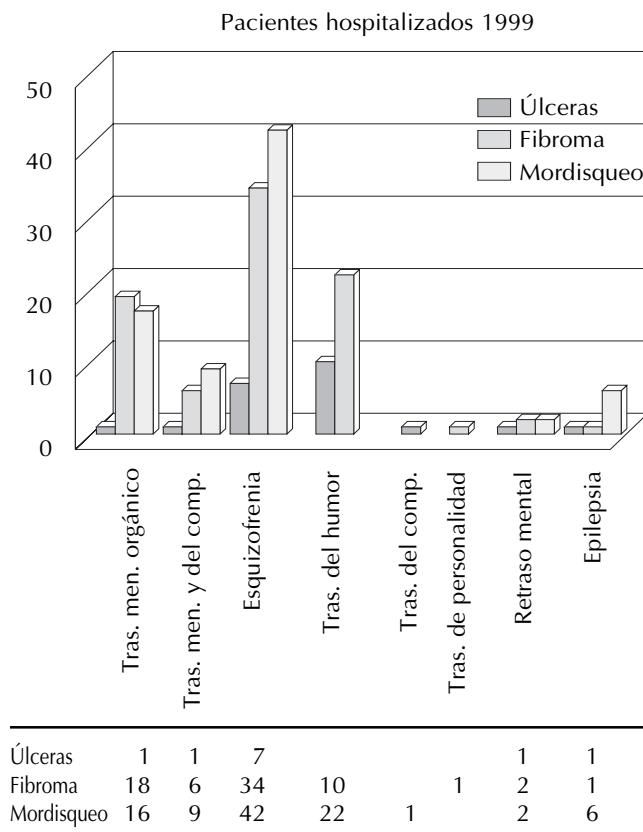
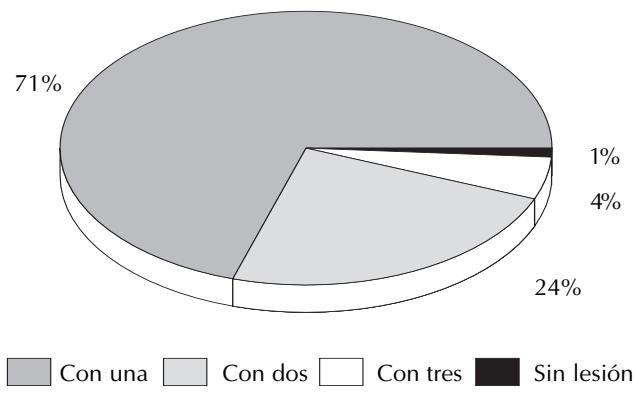
Las tres patologías más frecuentes de lesiones de tejidos blandos se distribuyeron casi uniformemente en todas las patologías psiquiátricas, distribuyéndose con una prevalencia más alta en la esquizofrenia con 87 lesiones, Trastorno mental orgánico con 38 lesiones y los Trastornos del Humor con 37 lesiones (*Figura 1*).

De los pacientes censados, 71% presentaron un solo tipo de lesión, 24% hasta dos lesiones y 4% tuvieron tres lesiones distintas (*Figura 2*). Además se presentaron lesiones diferentes a las que permite registrar la cédula, éstas fueron por orden de frecuencia: lengua geográfica, la lengua saburral, la queilitis angular y las hiperqueratosis.

Cuadro III. Distribución de la población por patología psiquiátrica y frecuencia de lesiones de tejidos blandos.

Dx. psiquiátrico	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Total
Trastorno mental orgánico, incluidos los sintomáticos (F00)*	1			18	1	1		16	1		38
Trastorno mental y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas (F10)*			1	6				9	1	17	
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes (F20)*	2		7	34			2	42			87
Trastorno del humor (afectivo) (30)*	1	1	1	10			22		2	37	
Trastorno del comportamiento, asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (F50)*								1			1
Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60)*					1						1
Retraso mental (F70)*			1	2			1	2			6
Epilepsia (G40)*			1	1				6			8
Total	3	1	12	72	1	1	3	98	1	3	195

I = Sin lesión, II= herpes, III = úlcera, IV = fibroma, V = *Candida albicans*, VI = leucoplasia, VII = Queratosis friccional, VIII = mordisqueo de cuello, IX = absceso y X = otras (*Clave de enfermedades CIE -10).

**Figura 1.** Tres principales lesiones y tipo de patología psiquiátrica.**Figura 2.** Acumulación de lesiones de tejidos blandos en pacientes psiquiátricos hospitalizados 1999.

Discusión

En muchos países y en nuestro medio, las lesiones de la cavidad bucal se siguen diagnosticando, las más de las veces, en etapas clínicas avanzadas, requiriendo por ello tratamientos interdisciplinarios costosos. La mayoría de las veces sucede así con el cáncer oral. Recordemos que muchas de las lesiones de tejidos blandos pueden desarrollar cáncer bucal, una de ellas son las leucoplasias.

Es escasa la supervivencia que se presenta en el ser humano después de diagnosticar cáncer oral, generalmente evoluciona dejando secuelas anatómicas, funcionales y estéticas graves. Muchas de las lesiones que se

encuentran en la cavidad bucal son por efectos irritativos como las prótesis mal ajustadas, restos radiculares, tabaquismo, mordisqueo de carrillo, dientes fracturados, maloclusiones severas y enfermedades sistémicas; no obstante, todos estos causales pueden ser prevenidos y por tanto es factible evitar dicho tipo de lesiones; por otra parte, si bien es importante realizar estudios epidemiológicos para detectar la prevalencia de lesiones de tejidos blandos en cavidad oral, es aún más urgente realizarlos en población psiquiátrica, ya que este tipo de pacientes tienden a incrementar los factores de riesgo, puesto que en ellos son más frecuentes las lesiones cariosas y las enfermedades periodontales por la falta de higiene bucal, presentan una mayor pérdida de piezas dentarias, dando lugar a maloclusiones y una mala masticación que favorece la reducción de minerales y vitaminas, sustancias que fortalecen las mucosas epiteliales. El realizar este tipo de investigaciones permite al Cirujano Dentista conocer las lesiones que se presentan en este tipo de población y su prevalencia, ayudando a diferenciar las lesiones que son frecuentes y las que no lo son.

Con respecto a los resultados que se obtuvieron en la presente investigación se puede observar que la prevalencia de lesiones de la mucosa bucal fue significativamente mayor en los hombres (112) y menor en las mujeres (83); cuando un mismo tipo de alteración era identificada en ambos sexos, con algunas excepciones (*Cándida albicans* y Leucoplasia) la frecuencia fue mayor en el sexo masculino como se muestra en otros estudios realizados.^{18,19} Las razones que pueden explicar estos hallazgos son múltiples, considerando la variable genética, además de que las mujeres solicitan servicio bucodental de manera más temprana y abundante, presentando usualmente mayor atención a los cambios patológicos.

Llama la atención el hecho de que la mitad de las lesiones de la mucosa bucal fueron detectadas en los pacientes y fueron producidas por un trauma agudo o crónico, originadas fundamentalmente por agentes como restos radiculares, dientes cariados, restauraciones corrantes, prótesis mal adaptadas, dientes extraídos, tabaquismo, mordisqueo crónico, y sustancias químicas, así como también hábitos orales por fuerzas musculares no apropiadas y por mantener los medicamentos en boca durante tiempos prolongados a fin de no ingerirlos. De esta manera consideramos posible erradicar o controlar dichos agentes, ello impactaría significativamente en las cifras de prevalencia disminuyéndolas, y permitiría aumentar las posibilidades de un mejor tratamiento y prevención.

La mayoría de las lesiones reactivas fueron producidas por traumatismos crónicos sobre los tejidos blandos,

una de ellas fue la queratosis friccional, el resultado de esta lesión fue menor que en otros estudios realizados en población no psiquiátrica,^{19,20} influyendo probablemente en nuestros resultados el promedio de edad de los pacientes. Está documentado que la cantidad de irritantes locales, hábitos, manifestaciones de neurosis y respuesta de queratinización de los tejidos ante el trauma, son proporcionales a la edad, lo que repercute directamente en la incidencia y prevalencia de las lesiones.

Otro dato importante que se obtiene de los resultados es la presencia de alteraciones en el órgano lingual. La prevalencia más alta se encontró como lengua geográfica, estas alteraciones pueden asociarse a ciertos trastornos generales, de los cuales los más frecuentes son las deficiencias nutricionales,²¹ así como las deficiencias del hierro y vitamina B12, además de otros factores locales a que se pueden atribuir estas reacciones en la mucosa bucal, está el tabaquismo.

Con respecto al hábito de consumo de tabaco, en los pacientes psiquiátricos tiende a ser alto, en una investigación realizada en el hospital de estudio,²² se muestra un importante índice de pacientes fumadores, por lo que se explica la correlación entre las lesiones de cavidad oral y el tabaquismo. Además, otros reportes han comprobado que hay un aumento en la enfermedad periodontal, caries dental y la prevalencia de lesiones blandas, por el aumento de la temperatura, cambios de pH que irritan constantemente la mucosa bucal causando cambios hiperplásicos y/o hipertróficos. El intercambio gaseoso y la temperatura que produce el cigarrillo dan como consecuencia una resequedad constante en la superficie de la mucosa bucal que puede estar asociada con la aparición de alteraciones en lengua.²³⁻²⁶

Por lo tanto, es indispensable promover programas de educación y promoción para la salud en el adulto, y establecer a través de los organismos oficiales correspondientes programas de atención multidisciplinaria. La necesidad de obtener cifras nacionales con propósitos epidemiológicos, académicos y de servicio obliga a los diferentes grupos responsables a determinar cifras de prevalencia e incidencia sobre grupos heterogéneos de población que incluyan a la psiquiátrica, ampliando la información a aspectos como son la edad, ocupación, grupo étnico y situación sociocultural. Ya que al efectuar esta investigación pudimos observar que existe una franca necesidad de establecer en forma consecutiva y permanente estudios de seguimiento en relación a la incidencia, prevalencia y mortalidad derivada de lesiones en cavidad oral.

Todo esto es importante puesto que las lesiones que se presentan en cavidad oral, por muy simples que parezcan, pueden desarrollar cáncer bucal.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. La Salud de las Américas ed. 1998. Washington DC OPS 1998 2v (OPS Publicación Científica; 569): 202-210, 417.
2. Fuentes GM. Deteción temprana de cáncer oral. Un compromiso profesional. México 1992; 49(3): 143-147.
3. Altamirano AS. Diagnóstico oportuno de cáncer bucal. En *Rev PO* 1998; 18(11): 1.
4. Shafer GW. *Tratado de Patología bucal*. Tercera ed. Interamericana. México 1977: 227-229, 450-454, 511.
5. Burkett. *Medicina Bucal*. Tercera ed. Panamericana. México 1986: 62, 39-43.
6. Thoma. *Patología Bucal*. Segunda ed. Salvat. Barcelona 1973: 551-552.
7. Borgelli R. *Temas de Patología Bucal Clínica*. Primera ed. Mundi, Argentina 1979: 38-41, 418-419, 57-58.
8. López AC. *Manual de patología oral*. Vol. 16 universitario, Guatemala 1975: 67-80.
9. Campos AM et al. Prevalencia de Candida bucal en pacientes geriátricos. *Rev ADM* 1999; 56(6): 230-233.
10. Gaytán CL et al. Prevalencia de portadores de *Candida sp.* en orofarínge, en una población de adultos mexicanos. *Rev ADM* 1998; 55(4): 181-185.
11. Stanley LR. *Tratado de patología*. Tercera ed. Interamericana Tomo I: 341; Tomo II: 974-977.
12. Perera LR et al. Fibroma. *Rev. PO* 1998; 19(9): 20.
13. Tetsuji TH et al. Fibroma gigante. *Rev ADM*. 1996; 53(5): 241-244.
14. Artículo de revisión, infección herpética por virus tipo I. *Rev PO* 1997; 18(9): 14-16.
15. Lesiones ulcerativas de la mucosa bucal. *Rev PO* 1996; 17(7): 18-23.
16. Lesiones ulcerativas de la mucosa bucal. *Rev PO* 1996; 17(8): 12-15.
17. OMS *Manual CBS. Encuestas de salud bucal*. Tercera ed. UAM 1994: 41-42.
18. González RJ et al. Estudio comparativo y revisión bibliográfica de los reportes en incidencia y prevalencia de lesiones en cavidad oral. *Rev ADM* 1994; 51(3): 145-148.
19. Díaz GL. Lesiones de la mucosa bucal. Estudio epidemiológico en 7,297 pacientes. *Rev ADM* 1991; 48(2): 75-80.
20. Díaz GL. Lesiones rojas y mixtas (blancas/rojas) de la mucosa bucal. Estudio epidemiológico en 5,868 pacientes. *Rev ADM* 1989; 46(3): 126-130.
21. Leyva H et al. Prevalencia de Lengua Fisurada, Lengua geográfica, glositis romboidea media y atrofia central de papilas. *Rev PO* 1992; 13(4): 51-59.
22. Rosas LM et al. Encuesta retrospectiva sobre uso de tabaco en pacientes psiquiátricos. *Rev Psiquis* 1996; 5(6): 145-148.
23. Castellanos LJ et al. Frecuencia de lesiones bucales en tabaquismo activo por cigarrillos. *Rev ADM* 1991; 48(5): 269-272.
24. Muñoz J et al. Afección sistémica y periodontal relacionadas con el tabaquismo. *Rev ADM*. 1999; 156(3): 108-112.
25. Ortega AJ. Tabaco y cáncer oral: Una mala relación. *Rev PO* 1992; 13(8): 1.
26. Ochoa CF. Tabaquismo, carcinogénesis y cáncer en cavidad bucal. *Rev PO* 1992; 13(8): 11-16.

Reimpresos:

Lic. Juana Freyre Galicia
Niño Jesús No. 2, Esq. San Buenaventura
Col. Tlalpan, Del. Tlalpan
C.P. 1400. México, D.F.