

Lesiones cromáticas de la cavidad bucal; lesiones blancas, rojas y pigmentadas. Introducción

Cromatic lesions of the oral cavity; white, red and pigmented lesions. Introduction

Autores

José P. Crestanello Nese

Cirujano Máxilofacial.

Asistente de la Cátedra de Semiología y Patología Buco Máxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad Católica del Uruguay.

Coordinador del Servicio de Cirugía Buco Máxilofacial, Hospital Maciel.

Equipo de Cirugía Buco Máxilofacial, Clínica del Parque.

Laura Cosetti Olivera

Asistente de la Cátedra de Patología y Semiología Buco Máxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad Católica del Uruguay.

Profesora Adjunta de la Cátedra de Patología y Semiología Buco Máxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad de la República.

Profesora Adjunta del Servicio de Urgencia, Facultad de Odontología, Universidad de la República.

Myriam Pérez Caffarena

Profesora de la Cátedra de Patología y Semiología Buco Máxilofacial, Facultad de Odontología de la Universidad Católica del Uruguay.

Ex Profesora Titular, Cátedra de Patología y Semiología, Facultad de Odontología, Universidad de la República.

Resumen

El diagnóstico y tratamiento precoz de las lesiones de la cavidad bucal (CB) es necesario debido a su posible significado. Dichas patologías pueden ser entidades benignas; manifestaciones de enfermedades sistémicas ya diagnosticadas o no, e inclusive lesiones malignas. Es frecuente, encontrar en la CB lesiones de color blanco, rojo, marrón, azul, o de otros colores que, a los efectos de este artículo, se les denominará lesiones cromáticas (LC). El dentista debe conocerlas y tratarlas en consecuencia o, si lo considera oportuno, derivar al especialista correspondiente.

Se presentarán una serie de artículos, cuyo propósito es realizar una revisión de los pasos de la historia clínica (HC), junto con una breve descripción de la etiología, las características clínicas y el tratamiento de las LC. Además, se ilustran los diferentes tipos de lesiones con algunos casos clínicos.

Palabras claves: lesiones blancas, lesiones rojas, lesiones pigmentadas, lesiones cromáticas, anamnesis, observación, palpación.

Abstract

The diagnosis and the early treatment of the lesions that could be found in the oral cavity (OC) is very important due to its significance. Those lesions could range from benign, meaningless lesions to oral manifestation of systemic disease with or without diagnosis and also malignant lesions. White, red and pigmented lesions are found very frequently in the OC, which for this paper would be called chromatic lesions (CL). The dentist should know them, treat them or send the patient for proper treatment.

The aim of these papers is to review the clinic history and physical examination with a brief description of the etiology, clinical characteristic and the treatment of the CL. Also some clinical cases are presented in order to illustrate the different lesions.

Key words: white, red, pigmented and chromatic lesions, anamnesis, observation, palpation.

En la CB se presentan lesiones de diferentes tonalidades, que pueden ser blancas, rojas, azuladas, etc. homogéneas o no. Su importancia radica en que representan un conjunto de lesiones con diagnósticos diferentes que incluyen desde cambios fisiológicos, lesiones benignas locales, manifestaciones bucales de enfermedades de origen sistémico, hasta lesiones malignas (Hatch, 2005; Sollecito, 2005; Kauzman, Pavone, 2004; Daley, Darling, 2003). A esto se debe su importancia y su presencia debe alertar al clínico para realizar un correcto diagnóstico diferencial.

El diagnóstico de las LC puede ser un desafío, incluso para el profesional experimentado, ya que muchas lesiones tienen una apariencia clínica similar y se diferencian por cambios muy sutiles clínicos o histo-patológicos (Sollecito, 2005; De Giorgi, Massi, 2003; Epstein, Zhang, 2002). Se debe recordar, que es imposible pretender conocer todos los tipos de lesiones que afectan la región maxilofacial, pero es preciso saber que existen diferentes tipos y en el caso de enfrentarse a una, es necesario actuar de la forma correspondiente. Es por esta razón, que la evaluación completa de un paciente que consulta o que es derivado con LC se debe realizar mediante una HC completa junto con los exámenes de laboratorio correspondientes y la biopsia, de ser necesario (Kauzman, Pavone, 2004; Daley, Darling, 2003).

Se presenta una serie de artículos, donde se tratan los diferentes tipos de lesiones según su color predominante. Para cada una de ellas, se realiza una aproximación clínica diagnóstica, histológica y terapéutica. En este primer artículo, se revisan algunos aspectos importantes de la HC que deben ser tenidos en cuenta para llegar al diagnóstico y tratamiento correcto.

HISTORIA CLÍNICA

Las LC, así como otro tipo de lesiones, son hallazgos frecuentes en la CB, que deben ser investigados de forma completa para determinar su origen, descartar la probabilidad de una neoplasia y tranquilizar al paciente. A diferencia de otras regiones anatómicas del organismo, la CB es un área accesible,

tanto para el paciente como para el profesional, lo que ofrece ventajas. Entre ellas, se destaca que el examen de las superficies mucosas puede ser realizado fácilmente, al igual que el control periódico y que no es necesario instrumental sofisticado. Además, actualmente, los pacientes poseen más información, lo que les permite estar más alertas a los cambios experimentados en su boca, cumplir con los estándares de prevención y ser un aliado importante en la detección precoz del cáncer bucal (Hatch, 2005; Benyahya, Maaroufi, 2004; Daniel, Damato, 2004; Neville, Day, 2002).

A pesar de estas características, aun es frecuente, encontrar pacientes con lesiones avanzadas en su boca. Esto, desafortunadamente se da tanto en personas que no consultan por períodos prolongados, así como en pacientes que están en tratamiento médico u odontológico por otras causas (Burzzlof, 2004; Diniz-Freitas, Garcia-Garcia, 2004; Epstein, Zhang, 2002). El odontólogo y la higienista dental, conjuntamente con otros profesionales como el otorrinolaringólogo, están en una posición inmejorable para realizar campañas preventivas y detectar los cambios que se producen en las etapas iniciales (Hirshberg, Calderon, 2002).

Es por ello, que frente al hallazgo casual o sintomático de una lesión, es importante realizar una HC completa. Esto permitirá, en primera instancia, caracterizar la lesión según sus atributos principales, como forma, color, sintomatología, evolución, etc., de manera de formular un diagnóstico diferencial, para luego solicitar los exámenes complementarios necesarios a fin de establecer el correcto diagnóstico y consecuentemente tratar o derivar al paciente (Sollecito, 2005).

En los cuadros I y II se presentan las páginas 1 y 4 del formato de HC utilizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Católica del Uruguay y del cual se analizan algunos puntos.

En la CB

se presentan lesiones que incluyen desde cambios fisiológicos, lesiones benignas locales, manifestaciones bucales de enfermedades de origen sistémico, hasta lesiones malignas.

ANAMNESIS

La HC comienza con el interrogatorio, cuyo primer paso consiste en recabar los datos patronímicos del paciente. El sexo, la edad y la raza, son elementos orientadores frente la

presencia de ciertas manifestaciones. Son datos indicadores de frecuencia, ya que algunas lesiones como los mucocelos son más frecuentes en niños y otras como el liquen plano, en edades más avanzadas. Otras LC son más frecuentes en mujeres como el síndrome de boca ardiente (Regezi, Sciubba, 2003; Neville, Day, 2002). La melanosis racial, se puede observar en la encía insertada de individuos de raza negra, mediterránea o del este de Asia, aunque en estos individuos el número de melanocitos en su epitelio gingival es igual que en las personas de piel clara (Hatch, 2005; Esen, Haytac, 2004; Treister, Magalnick, Woo, 2004).

La procedencia geográfica de los individuos dentro de un mismo país, es importante en territorios muy extensos o de gran diversidad. En Uruguay, no hay grandes variaciones geográficas y tampoco hay datos estadísticos que permitan establecer la mayor o menor frecuencia de LC u otro tipo de lesiones en determinadas zonas del país. Pero, sí hay datos que muestran que el cáncer oral se presenta con mayor frecuencia en los departamentos de Flores, Salto, Artigas y Montevideo en hombres y en Treinta y Tres, Florida, Salto y Flores en mujeres (Vasallo, Barrios, 2001). Hay que tener presentes estos datos al examinar pacientes provenientes de dichos departamentos, ya que algunas de las LC, como la leucoplasia, la eritroplasia y la eritroleucoplasia, son reconocidas como lesiones premalignas o cancerizables, con la importancia consiguiente de la detección precoz del cáncer oral (Diniz-Freitas, Garcia-Garcia, 2004; Epstein, Zhang, 2002; Thomson, Wylie, 2002).

La referencia a la actividad laboral tiene, actualmente, un valor histórico, ya que con la implementación de las medidas de seguridad en el trabajo y la utilización de nuevos materiales, han disminuido los casos de exposición laboral a vapores de metales pesados. Y aunque, en la literatura se describen casos históricos de LC por exposición crónica al plomo, bismuto, mercurio, arsénico, plata y oro, no es frecuente observarlas en la práctica actual (Kauzman, Pavone, 2004; Regezi, Sciubba, 2003; Neville, Damm, 2002; Gaeta, Satriano, Baroni, 2002).

Al interrogar sobre el motivo de consulta, es

importante determinar si es un paciente que consulta por un hallazgo clínico realizado por él mismo o por otro profesional o consulta por una lesión sintomática. En las lesiones que son hallazgos clínicos, es más difícil realizar la historia de la lesión, ya que no hay datos previos a ese descubrimiento. De todas maneras, hay que interrogar si ha cambiado o no hasta el momento de la consulta. También, un paciente que consulta por un hallazgo realizado por él mismo y que no le provoca ninguna sintomatología demuestra, en la mayoría de los casos, que es un individuo preocupado de su salud.

Hay que interrogar sobre la sintomatología, si es que la hay, sobre el tamaño, la forma, la ubicación y si el paciente relaciona la lesión con una causa probable. Por ejemplo, lesiones blancas provocadas por la utilización de aspirina directamente sobre la mucosa o quemaduras, lesiones

eritematosas por mordidas accidentales y lesiones pigmentadas, secuelas de intervenciones en el área. Además, se debe dejar constancia de la evolución, si se ha agrandado o achicado, si hubo cambios o no en sus características cromáticas, si empalideció o se oscureció o si cambio de color, etc. Un elemento importante a destacar en la evolución es, la aparición de sintomatología en una lesión que se mantuvo por

un tiempo asintomática, ya que esto puede ser un indicador de malignización (Hatch, 2005; Salir, Bimstein, 2000).

También se le debe preguntar al paciente, si ha observado cambios en la lesión durante las horas del día, por ejemplo lesiones de glándulas salivales que aumentan de tamaño a la hora de las comidas, o cambios en las distintas épocas del año, como las efélides, que son más visibles durante el verano. La presencia de lesiones asociadas en la piel o en otras mucosas y el desarrollo de síntomas generales como malestar general, fatiga y pérdida de peso, también deben estar incluidos en el interrogatorio. Y por último, es necesario conocer si el paciente ha recibido algún tratamiento y cuales fueron los resultados obtenidos (Hatch, 2005; Sollecito, 2005; Kauzman, Pavone, 2004).

Al realizar el interrogatorio sobre los antecedentes médicos y quirúrgicos hay que tener en cuenta

**La CB es un área accesible,
por lo que el examen de las
superficies mucosas puede ser
realizado fácilmente, al igual
que el control periódico.**

que alguna de estas lesiones puede ser manifestaciones orales de enfermedades sistémicas ya diagnosticadas como alteraciones endocrinas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, síndrome de Rendu - Osler - Weber u otras. Por el contrario, pueden ser la manifestación inicial de una condición general desconocida hasta ese momento; por ejemplo, el Sarcoma de Kaposi oral o la candidiasis oro-faríngea pueden hacer sospechar una infección por VIH - SIDA. A su vez el síndrome de boca ardiente, la lengua roja depapilada, sugieren dentro de los diagnósticos diferenciales deficiencias de vitaminas del complejo B y de hierro (Chattopadhyay, Journ, 2005; Hatch, 2005; Sollecito, 2005; Esen, Haytac, 2004; Regezi, Sciubba, 2003; Martínez, 1999).

Se debe pesquisar, además sobre ingesta de medicación con o sin indicación médica, así como cambios en la misma. Diversos fármacos pueden producir LC como reacciones adversas (Cuadro III). En pacientes mayores tratados por sífilis en su juventud con drogas con metales pesados, como arsénico, pueden detectarse LC en la encía (Hatch, 2005; Kauzman, Pavone, 2004; Treister, Magalnick, Woo, 2004; Regezi, Sciubba, 2003; Neville, Damm, 2002; Gaeta, Satriano, Baroni, 2002).

Los hábitos han de ser investigados, ya que algunas LC se relacionan con ellos. Se han detectado lesiones relacionadas con el tabaco, el alcohol, la ingesta de bebidas muy calientes o drogas y hábitos sexuales. El tabaco y el alcohol, están asociados con el cáncer oral y de la orofaringe. El riesgo de cáncer oral es 5 a 9 veces mayor en fumadores que en no fumadores. En individuos que fuman 80 o más cigarrillos por día el riesgo se eleva hasta a 17 veces. Con respecto al alcohol, la ingesta mayor de 100 g diarios supone un riesgo 30 veces mayor de desarrollar cáncer bucal y de la orofaringe. El consumo conjunto de alcohol y tabaco eleva el riesgo hasta a 100 veces. Por dicha razón es necesario interrogar al paciente sobre la intensidad, calidad y duración de ambos hábitos (Neville, Day, 2002, Epstein, Zhang, 2002).

El tabaco en todas sus formas, provoca LC. El

tabaco fumado por diferentes medios, activa a los melanocitos y se genera la melanosis del fumador en la encía insertada descrita por Hedin en 1977. Las LC relacionadas con el hábito de fumar invertido tiene mayor riesgo de malignización ya que el calor aumenta la carcinogénesis del tabaco. La utilización de quid, una mezcla de tabaco y nuez de Betel y de Areca, frecuente en la India y en el sudeste asiático, provoca lesiones blancas o grises que son consideradas como precancerosas. En Estados Unidos se describe el aumento de la incidencia de lesiones blancas en relación al hábito de masticar tabaco por los jóvenes (Esen, Haytac, 2004; Regezi, Sciubba, 2003; Avon, 2002; Neville, Day, 2002).

La ingesta de alcohol destruye los tejidos en la CB. En la ingesta aguda, se puede observar lesiones blancas descamativas por desprendimiento del epitelio, como en los pacientes que se realizan

enjuagatorios localizados con alcohol de alta graduación frente a un dolor dentario o mucoso. Estas manifestaciones se pueden ver, también, frente al uso de colutorios con concentraciones de 25 % o más de alcohol. Los sujetos alcohólicos crónicos, presentan un mayor índice de leucoplasia y eritroplasia (Carretero-Peláez, Esparza-Gómez, 2004; Figuero-Ruiz, Carretero-Peláez, 2004; Neville, Day, 2002).

El consumo de bebidas muy calientes como el mate, hábito frecuente en Uruguay y en el Cono Sur americano, puede provocar leucoplasias en el paladar y en el labio donde se apoya la bombilla (Franco, Kowalski, 1989). Fumar marihuana, también es considerado un factor de riesgo potencial y se le considera que puede ser parcialmente responsable del incremento de cáncer oral visto en pacientes jóvenes, aunque aún no está confirmado (Neville, Day, 2002) y no hay estudios que demuestren que provoquen LC.

A las mujeres se les debe interrogar sobre embarazos previos o la posibilidad actual de embarazo y la ingesta de anticonceptivos. Se describen LC como el granuloma piógeno o éupilis del embarazo, la glositis migratoria benigna y la hiperpigmentación debido al aumento de estrógeno y progesterona. Aunque algunos autores sos-

**El riesgo de cáncer oral
es 5 a 9 veces mayor en fumadores
que en no fumadores.
En individuos que fuman 80 o
más cigarrillos por día el riesgo
se eleva hasta a 17 veces.**

tienen que hay una mayor prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en embarazadas, Díaz-Guzmán et al., en 2004, encontraron una prevalencia de un 30%, similar en no gestantes y embarazadas (Hatch, 2005; Díaz-Guzmán, Castellanos-Suárez, 2004; Regezi, Sciubba, 2003).

Por último, los antecedentes familiares deben ser revisados para detectar la presencia de lesiones de características similares en familiares. Las LC se presentan en condiciones hereditarias como en el síndrome de Peutz - Jeghers, enfermedad hemorrágica hereditaria autosómica dominante, el nevo blanco esponjoso, enfermedad autosómica dominante, entre otras (Hatch, 2005; Sollecito, 2005; Kauzman, Pavone, 2004; Gaeta, Satriano, 2003; Regezi, Sciubba, 2003).

EXÁMEN FÍSICO

El interrogatorio se continua con el examen físico (EF). De sus maniobras básicas comunes, la observación y la palpación, son las que presentan mayor rendimiento para el examen de las LC. La percusión y la auscultación son de poca o nula utilidad. Se pueden utilizar otras maniobras como la vitropresión, si se presume una lesión vascular (Goic, Chamorro, 1987). En este trabajo se desarrollara con mayor profundidad la observación por presentar mayor relevancia, según los autores, para el diagnóstico diferencial de las LC.

Se comienza siempre con la observación de forma precisa, minuciosa y sistemática de las características de las LC. Esta es una maniobra no invasiva, que no altera el aspecto físico de la lesión. Se debe describir la ubicación y la distribución, la forma, el tamaño, los límites, la superficie, el número, y el color.

La ubicación, puede ayudar a determinar una posible causa etiológica local, como por ejemplo el borde filoso de una restauración, una zona friccional, etc. Permite además, sospechar el tejido que le da origen, una lesión en el tercio anterior del paladar duro es poco probable que sea de origen glandular por carecer esa zona de dichas estructuras. También, es un factor pronóstico, en una leucoplasia, la sospecha clínica de displasia es mayor en una lesión en piso de boca que en una retrocomisural y el carcinoma espinocelular del labio inferior da metástasis más lentamente que el de piso de boca o del borde lateral de la lengua

(Regezi, Sciubba, 2003; Sapp, Eversole, 1997). La presencia de una lesión pigmentada en el paladar impone la realización de una biopsia para descartar un melanoma ya que esta es su ubicación más frecuente en la CB (Buchner, Merrell, 2004).

La forma y el tamaño tienen no solo un significado descriptivo sino que también determinan de alguna manera el tipo de biopsia a realizar y algunas veces el tratamiento conjuntamente con la localización. A una leucoplasia homogénea de mucosa yugal de más de 1 cm en su diámetro mayor, se le puede realizar una biopsia incisional y dependiendo del resultado de la anatomía patológica el tratamiento final puede ser el control clínico, mientras que en una lesión de similares características pero en piso de boca, es preferible realizar la exéresis. En las lesiones pigmentadas, la forma asimétrica y el tamaño mayor a 5 mm junto a otros signos sugiere el diagnóstico diferencial con un melanoma.

Los límites o los bordes pueden presentarse regulares o irregulares y la lesión ser definida o difusa. Es más frecuente que, en las lesiones benignas los límites y los bordes sean definidos, mientras que en las lesiones malignas dichas características sean difusas o mal definidas. Las características de su superficie, también deben ser observadas. Hay que describir si la misma es lisa o rugosa, o si la lesión esta cubierta por mucosa sana o lesionada. El color define a las lesiones y las clasifica en diferentes grupos, como lesiones blancas, amarillas, rojas o pigmentadas. Si el color es homogéneo o no o si tiene áreas de diferente coloración debe ser descrito en la observación. La coloración no homogénea es un indicio de malignidad tanto en lesiones blancas como en pigmentadas (Kauzman, Pavone, 2004).

El número y la distribución ayudan en el diagnóstico presuntivo. Las lesiones del virus *herpes simplex tipo 1* (HSV-1) se distribuyen en la mucosa queratinizada y las aftas se ubican en la mucosa no queratinizada. Las lesiones múltiples orientan a una etiología infecciosa, como lesiones de origen viral o lesiones de origen autoinmune como el liquen plano cuya distribución retrocomisural bilateral es muy frecuente. La presentación más frecuente de las lesiones malignas es unifocal.

Una vez finalizada la observación se continua con la palpación. Por medio de esta maniobra se establece contacto directo con la lesión. Por dicha razón, a pesar de no ser una maniobra invasiva, puede alterar las características físicas de la lesión,

por ejemplo generar sangrado, alterar la mucosa de recubrimiento o provocar dolor. La palpación verifica y complementa los hallazgos de la observación y busca o detecta alteraciones que no fueron previamente advertidas.

Se comprueba la ubicación superficial o profunda de la lesión. Su relación con los tejidos vecinos, si desplaza o infiltra las estructuras periféricas, si es móvil o no adherida o fija o adherida a planos profundos o superficiales. Las relaciones anatómicas permite sospechar el compromiso de estructuras superficiales o profundas, como por ejemplo una lesión en piso de boca puede comprometer solamente la mucosa o las estructuras vasculares, nerviosas, musculares o glandulares de la región. Se comprueba la consistencia y la sintomatología. En las lesiones vasculares de alto flujo se percibe la turbulencia de la sangre, signo denominado frémito. Además, permitirá determinar la necesidad de realizar otros exámenes como la vitropresión o diascopía para descartar o confirmar la sospecha de un origen vascular (Kauzman, Pavone, 2004).

Al completar el examen físico, es necesario revisar la anamnesis para realizar nuevas preguntas que contemplen aspectos que quizás no fueron considerados en el interrogatorio inicial, con la ayuda de lo detectado en el examen físico. Ya que en ciertas ocasiones los pacientes omiten información por desconocimiento o por no considerarla importante, como por ejemplo antecedentes odontológicos en la zona, como presencia de restauraciones de amalgama o dientes con tratamiento de conductos, lesiones traumáticas previas por hábitos o accidentes. Esto ayudará al clínico a establecer con mayor precisión la sospecha diagnóstica.

EXÁMENES DE LABORATORIO

Para confirmar o descartar el diagnóstico clínico presuntivo se deben solicitar exámenes complementarios que no se desarrollaran por no ser el objetivo de este artículo, por lo que se remite al lector a otros artículos relacionados.

Los exámenes complementarios deben estar orientados por la clínica y por la sospecha diagnóstica en cada caso en particular y no deben ser solicitados innecesariamente. Por ejemplo si el interrogatorio y el examen físico hace sospechar un tatuaje por amalgama o por conos de plata, se solicitará una radiografía. Si se presume una manifestación local de una enfermedad general se solicitarán exámenes de sangre u hormonales.

La biopsia permite llegar al diagnóstico de certeza al estudiar la histología de la lesión. Además confirma o no la presencia de cambios displásicos que no pueden ser determinados solamente por la clínica. La determinación del tipo de biopsia a realizar se basa fundamentalmente en la información recogida en el examen clínico, hecho que resalta una vez más su importancia.

CONCLUSIONES

En este primer artículo se destacaron algunos aspectos importantes de la HC para realizar el abordaje diagnóstico de una LC. Se enfatizaron sobre todo el desarrollo de la anamnesis y la observación en el examen físico. Estos dos elementos son a juicio de los autores fundamentales en el desarrollo de una correcta HC para el diagnóstico diferencial de las LC.

En futuros artículos se presentarán las diferentes LC.

Dr. José P. Crestanello Nese

Javier Barrios Amorín 1578, CP 11200
Montevideo, Uruguay
jpcresta@adinet.com.uy

CUADRO I**Formato de la Historia Clínica.**


Se presenta la primer hoja donde se registran los datos patronímicos, el motivo de consulta, la historia de la enfermedad y los antecedentes personales y familiares.

 Universidad Católica <small>PARASO 2. CARRERAS 1. CHILEVAL</small>	FICHA CLÍNICA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Estudiante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____	
Apellidos: _____ Nombre: _____	
C.I: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Sexo: _____	
Domicilio: _____ Teléfono: _____	
Ocupación: _____	
MOTIVO DE CONSULTA: (¿Qué lo trae por aquí? ¿Qué es lo que le está molestando? ¿Por qué lo mandaron?)	
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD. ESTUDIO DE LOS SINTOMAS	
Historia pasada: ¿Qué? ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Desde cuando? ¿Qué tratamientos ha recibido? ¿Qué efectos han tenido? ¿Ha tenido fiebre u otras manifestaciones? ¿Relaciona lo que le está pasando con algo? ¿Cuál cree que puede ser la causa? Interrogatorio funcional de las regiones relacionadas por proximidad o a distancia.	
Momento actual: ¿Cómo está ahora? ¿Ha habido algún cambio? ¿Está mejor, peor o igual que antes?	
ANTECEDENTES PERSONALES:	
Antecedentes quirúrgicos: _____	
Antecedentes médicos:	
Alergias a medicamentos:	
Insuficiencias: Cardíaca <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Respiratoria <input type="checkbox"/> Endócrino <input type="checkbox"/> S. Inmunitario <input type="checkbox"/> Hepáticas <input type="checkbox"/>	
Otros: _____	
Medicamentos (cual, cuánto, cuando, desde cuando, para qué, cuánto hace que lo dejó): _____	
Antecedentes odontológicos: _____	
Hábitos (cuánto, frecuencia, desde cuando, qué tipo): Tabaco <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Café/Mate/Té <input type="checkbox"/>	
ANTECEDENTES FAMILIARES:	
Enfermedades sistémicas (diabetes, anemia, hemofilia, cardíacos): _____	
Familiares con igual patología: _____	

CUADRO II

Formato de la Historia Clínica.

Se presenta la última hoja donde se registra el estudio de la zona motivo de consulta. Destacándose los hallazgos realizados en la observación y en la palpación.



Universidad Católica
DAMAZO A. CARRERAS • CRUZ ALTA

FICHA CLÍNICA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ZONA MOTIVO DE CONSULTA: _____

Observación: (situación y relaciones, límites, tamaño, forma, superficie, número de lesiones) _____

Palpación: (consistencia, límites, sensibilidad, relación con los planos profundos y superficiales, sangrado, isquemia, frémito, pulso) _____

Otras maniobras: _____

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: _____

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: _____

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: _____

TRATAMIENTO: _____

INDICACIONES: _____

Firma del estudiante: _____

CONTROLES: (consignar fecha y hallazgos o maniobras realizadas) _____

CUADRO III

Fármacos asociados con LC de la mucosa oral

(Modificado de Hatch, 2005; Kauzman, Pavone, 2004; Treister, Magalnick, Woo, 2004; Regezi, Sciubba, 2003; Neville, Damm, 2002; Gaeta, Satriano, Baroni, 2002)

Antibióticos	Tetraciclina Minocyclina Clofazimine
Anti-retrovirales	Zidovudinc (AZT)
Anticonceptivos orales	
Anti-fúngicos	Ketoconazole
Anti-neoplásicos	5 -fluoracilo Bleomicina Busulfan Doxorubicina (ATB) Ciclofosfamida
Anti-malaria	Quinacrina Cloroquina Hidroxicloroquina Quinidina (antiarrítmico)
Anti-arrítmicos	Quinidina Amiodorona
Corticoides	

REFERENCIAS

- Avon S.** (2004) Oral Mucosal Lesions Associated with Use of Quid J Can Dent Assoc;70(4):244-8.
- Benyahya I, Maaroufi A, Jabri L, Haddou G.** (2004) Clinicopathological discordance for lesions of the oral mucosa. Rev Stomatol Chir Maxillofac; 105(4):211-4
- Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM.** (2004) Relative frequency of solitary melanocytic lesions of the oral mucosa. Journal of Oral Pathology and Medicine; 33 (9): 550-557.
- Burzzlof JB.** (2004) Tratamientos quirúrgicos en el consultorio odontológico, Curso de Actualización, Hospital de Durazno, Servicio de Cirugía Buco Maxilofacial, Durazno, 21 de agosto de 2004.
- Carretero-Peláez M, Esparza-Gómez G, Figuero-Ruiz E., Cerero-Lapiedra R.** (2004) Alcohol-containing mouthwashes and oral cancer. Critical analysis of literature. Med Oral;9(2):120-3, 116-20.
- Chamorro G.** (1987) Examen Físico: en Goic A., Chamorro G. Semiología Médica; Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile; p. 218 - 22.
- Chattopadhyay A, Journ D, Caplan D, Slade G, Shugars D, Tien H, Patton L** (2005) Incidence of oral candidiasis and oral hairy leukoplakia in HIV-infected adults in North Carolina. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endo;99(1): 39-47.
- Daniel B, Damato K, Johnson J.** (2004) Educational issues in oral care. Semin Oncol Nurs;20(1):48-52.
- Daley T, Darling** (2003) Nonsquamous cell malignant tumours of the oral cavity: an overview. J Can Dent Assoc;69(9):577-82.
- De Giorgi V, Massi D, Carli P.** (2003) Dermoscopy in the management of pigmented lesions of the oral mucosa. Oral Oncol;39 (5):534 - 5
- Díaz-Guzmán L, Castellanos-Suarez J.** (2004) Lesions of the oral mucosa and periodontal disease behavior in pregnant patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal;9 (5):434-7; 430-3.
- Diniz-Freitas M, Garcia-Garcia A, Crespo-Abelleira A, Martins-Carneiro J, Gandara-Rey J.** (2004) Applications of exfoliative cytology in the diagnosis of oral cancer. Med Oral;9(4):355-61
- Epstein J, Zhang L, Rosin M.** (2002) Advances in the Diagnosis of Oral Premalignant and Malignant Lesions J Can Dent Assoc; 68(10):617-21.
- Esen E, Haytac M, Öz I, Erdogan O, Karsli E.** (2004) Gingival melanin pigmentation and its treatment with the CO2 laser. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod;98 (5): 522-7.
- Figuero-Ruiz E, Carretero-Peláez M, Cerero-Lapiedra R, Esparza-Gómez G, Moreno-López L.** (2004) Effects of the consumption of alcohol in the oral cavity: relationship with oral cancer. Med Oral;9(1):14-23.
- Franco E, Kowalski L, Oliveira B, Curado M, Pereira R, Silva M, Fava A, Torloni H.** (1989) Risk factors for oral cancer in Brazil: a case-control study. Int J Cancer; 15;43(6):992-1000.
- Gaeta G, Satriano R, Baroni A.** (2002) Oral pigmented lesions. Clin Dermatol; 20(3): 286-8.
- Hatch, C.** (2005) Pigmented lesions of the oral cavity. Dent Clin North Am; 49(1):185-201, ix-x.
- Hirshberg A, Calderon S, Kaplan I.** (2002) Update review on prevention and early diagnosis in oral cancer. Refuat Hapeh Vehashinayim;19(3):38-48, 89.
- Kauzman A, Pavone M, Blanas N, Bradley G.** (2004) Pigmented lesions of the oral cavity: review, differential diagnosis, and case presentations. J Can Dent Assoc; 70 (10): 682-3.
- Martínez B.** (1997) Manifestaciones orales; en Sepulveda, C.; Afani, A.; SIDA, 2da. Ed.; Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile; p. 293 - 313.
- Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J.** editors (2002). Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd ed. Toronto (ON): W.B. Saunders Company.
- Neville B, Day T.** (2002) Oral cancer and precancerous lesions. CA Cancer J Clin;52(4):195-215.
- Sapir S, Bimstein E.** (2000) Cholinsalicylate gel induced oral lesion: report of case. J Clin Pediatr Dent; 24(2):103-6.
- Regezi J, Sciubba J, Jordan R:** editors (2003). Oral pathology. Clinical Pathologic Correlations. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Sapp JP, Eversole L, Wysocki G.** (1997) Epithelial Disorders, Capítulo 6 en Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology, Mosby, St. Louis; 156 - 195.
- Shulman J, Beach M, Rivera-Hidalgo F.** (2004) The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 - 1994. J Am Dent Assoc; 135 (9): 1279 - 86.
- Sollecito T.** (2005) Oral soft tissue lesions. Dent Clin North Am. Jan; 49 (1): pages xvii - xix
- Thomson J, Wylie J.** (2002) Interventional laser surgery: an effective surgical and diagnostic tool in oral precancer management. Int. J. Oral Maxillofac. Surg; 31: 145-153.
- Treister N, Magalnick D, Woo S.** (2004) Oral mucosal pigmentation secondary to minocycline therapy: report of two cases and a review of the literature. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod; 97 (6): 718-25.
- Umeda M, Komatsubara H, Shibuya Y, Yokoo S, Komori T.** (2002) Premalignant melanocytic dysplasia and malignant melanoma of the oral mucosa. Oral Oncology;38, 714-722.
- Vasallo J, Barrios E, De Stefani E, Ronco A.** (2001) II Atlas de Incidencia del Cáncer en el Uruguay; Comisión Honoraria de la Lucha Contra el Cáncer; Montevideo; p. 100 - 101.