

NUEVO

Faclynel[®]

Isotretinoína

Formando una
nueva generación



GENERACIONES
SONRIENTES



El estándar de oro en el
tratamiento del acné
al mejor precio.^{1,2}



Isotretinoína de
origen europeo.^{3*}

* Principio activo italiano.



Bioequivalencia
demostrada⁴



Italmex
Línea dermatológica

Prevalencia de alteraciones bucales en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua

Marx-Sánchez Pontón M¹, Fernández-Cuevas L², Alcalá-Pérez D³, Tercero-Quintanilla G⁴, Esquivel-Pedraza L⁵

Resumen

ANTECEDENTES: los estudios epidemiológicos de la mucosa oral son escasos, particularmente los realizados en el ámbito dermatológico. La variedad de los diseños metodológicos ha provocado una gran discrepancia en el estudio de la prevalencia de las lesiones orales. En el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua se desconoce la diversidad de las lesiones bucales de nuestros pacientes.

OBJETIVO: describir la prevalencia de las alteraciones bucales diagnosticadas en el servicio de Patología oral en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.

MATERIAL Y MÉTODO: 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. 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.

RESULTADOS: se revisaron 1,670 expedientes clínicos de los que únicamente 532 cumplieron los criterios de selección. El 41% de las alteraciones bucales correspondieron a trastornos infecciosos (principalmente candidosis en 29%), 24% a tumores benignos, 10% a enfermedades ampollasas, 7% a trastornos pigmentarios, 6% a procesos ulcerativos y 6% a alteraciones inflamatorias.

CONCLUSIONES: la mayor prevalencia de alteraciones observada en el estudio incluyó procesos infecciosos. La frecuencia y tipo de lesiones obtenidas en nuestro trabajo discrepan con otras investigaciones, probablemente debido al tipo de pacientes valorados. Se necesitan estudios prospectivos con distribución al azar en la población general mexicana.

PALABRAS CLAVE: prevalencia, enfermedades bucales, alteraciones orales, patología bucal, mucosa bucal.

¹ Dermatólogo egresado.

² Facultad de Odontología, Universidad Intercontinental. Patóloga bucal. Jefe de la Clínica de Patología Bucal.

³ Cirujano dermatólogo y oncólogo adscrito al servicio de Dermatooncología.

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.

⁴ Doctora en Ciencias. Psicóloga adscrita al Departamento de Psiquiatría y Medicina del Adolescente, Hospital Infantil de México Federico Gómez.

⁵ Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana. Patóloga bucal adscrita al Departamento de Dermatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Recibido: febrero 2016

Aceptado: mayo 2016

Correspondencia

Dr. Mariano Marx Sánchez Pontón
mariano_marx@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Marx-Sánchez Pontón M, Fernández-Cuevas L, Alcalá-Pérez D, Tercero-Quintanilla G, Esquivel-Pedraza L. Prevalencia de alteraciones bucales en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Dermatol Rev Mex. 2017 mar;61(2):87-97.

Dermatol Rev Mex 2017 March;61(2):87-97.

Prevalence of oral disorders at Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Mexico City.

Marx-Sánchez Pontón M¹, Fernández-Cuevas L², Alcalá-Pérez D³, Tercero-Quintanilla G⁴, Esquivel-Pedraza L⁵

Abstract

BACKGROUND: *Epidemiological studies of the oral lesions are scarce and less frequent are those made in the dermatological field. The lack of a standardized design methodology has resulted in a large discrepancy in the study of the prevalence of oral lesions. In the Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Mexico, the diversity of our patients' oral lesions is unknown.*

OBJECTIVE: *To describe the prevalence of oral disorders diagnoses at Oral pathology service of Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.*

MATERIAL AND METHOD: *An observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study was made with all clinical records of patients who presented to Oral pathology clinic of the Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua from 2010 to 2014. This was a non-probability sampling of consecutive cases. Study variables were described by frequencies and proportions. We used the Spearman r° to describe the relationship between oral and dermatological diagnosis. All tests were performed with a confidence level of 95% and $p \leq 0.05$. This was performed with the SPSS version 21.*

RESULTS: *1,670 records were reviewed of which only 532 medical records met the selection criteria. The 41% of oral disorders stood up for infectious disorders (mainly Candida in 29%), 24% for benign tumors, 10% for bullous diseases, 7% for pigmentary disorders, 6% for ulcerative processes and 6% for inflammatory changes.*

CONCLUSIONS: *A high prevalence of infectious entities was observed in this research. Differences in frequency and type of lesions were obtained in comparison to other studies, which could be related to the type of studied patients. Randomized prospective studies are needed in the Mexican general population.*

KEYWORDS: *prevalence; mouth diseases; oral disorders; oral pathology; mouth mucosa*

¹ Dermatólogo egresado.

² Facultad de Odontología, Universidad Intercontinental. Patóloga bucal. Jefe de la Clínica de Patología Bucal.

³ Cirujano dermatólogo y oncólogo adscrito al servicio de Dermatooncología. Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.

⁴ Doctora en Ciencias. Psicóloga adscrita al Departamento de Psiquiatría y Medicina del Adolescente, Hospital Infantil de México Federico Gómez.

⁵ Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana. Patóloga bucal adscrita al Departamento de Dermatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Correspondence

Dr. Mariano Marx Sánchez Pontón
mariano_marx@hotmail.com

ANTECEDENTES

Los estudios epidemiológicos de la mucosa oral son escasos, la mayor parte de los trabajos descriptivos de la cavidad oral conciernen a la enfermedad periodontal, al cáncer bucal y a las manifestaciones orales de VIH/SIDA, y más infrecuentes son los realizados en el ámbito dermatológico. Debido a que las enfermedades se manifiestan de manera distinta según la población y el país en cuestión, es necesario realizar estudios epidemiológicos de forma particular, para reconocer las necesidades en salud bucal de cada región.¹

La Organización Mundial de Salud menciona que las enfermedades bucales son la cuarta causa de morbilidad más costosa de tratar.² Existen investigaciones que han mostrado que más de 600 enfermedades sistémicas pueden originarse en la cavidad bucal (liquen plano, pénfigo, lupus, por mencionar algunas). Las enfermedades bucales también se han asociado con alteraciones nutricionales, cáncer, xerostomía, neumonía, septicemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatías, diabetes mellitus, complicaciones en cirugías cardíacas y de cabeza y cuello, entre otras. Además, las afecciones bucales aumentan el riesgo de enfermedades crónicas, como los padecimientos cardiovasculares y cerebrovasculares, la diabetes mellitus y las neumopatías.³

Las posibilidades diagnósticas ante una lesión en la boca son muy variadas, lo que ha motivado la realización de estudios en diversos países para conocer la epidemiología y comportamiento clínico de estas enfermedades. Sin embargo, ha sido muy difícil traspasar los resultados de los estudios por las diferencias metodológicas y sociodemográficas de los grupos o porque los mismos están realizados en clínicas de distinto nivel de atención (primarias o especializadas) o de distinta especialidad (odontológicas o médicas).⁴

Diversas afecciones orales están estrechamente ligadas con lesiones cutáneas, por ende, mejorar el conocimiento de la frecuencia y la diversidad de las alteraciones de la mucosa oral en una clínica dermatológica puede fortalecer y mejorar el abordaje interdisciplinario.

En el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua (CDP) los estudios planteados anteriormente no se han reproducido, por lo que se desconoce la diversidad de las lesiones bucales en el Centro. Este estudio pretende conocer las características demográficas y las entidades que con mayor frecuencia afectan a nuestra población de atención en el CDP para poder realizar diagnósticos certeros y tratamientos oportunos, e implementar medidas encaminadas a su detección y manejo adecuado. Los hallazgos obtenidos podrán usarse para la revisión de los contenidos académicos, de manera que ofrezcan las herramientas necesarias para que el dermatólogo general pueda reconocer, diagnosticar y tratar o derivar de manera oportuna estas enfermedades al patólogo bucal.

El objetivo de este trabajo de investigación es describir la prevalencia de las alteraciones bucales diagnosticadas en el servicio de patología oral durante el periodo comprendido de 2010 a 2014 en el CDP.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Fue aprobado por el Comité en Investigación y el Comité de Ética de acuerdo con la Declaración de Helsinki y el GCP (*Good Clinical Practices*). Todos los pacientes recabados en esta casuística fueron debidamente diagnosticados y tratados; algunos continúan en vigilancia y son citados periódicamente en la clínica de patología oral del CDP.

El universo de estudio lo comprendieron todos los expedientes clínicos de los pacientes que

acudieron al servicio de patología bucal del CDP entre 2010 y 2014. El tamaño de la muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

Se incluyeron todos los expedientes clínicos electrónicos de pacientes que acudieron al servicio de patología oral del CDP. Se excluyeron los expedientes clínicos incompletos para los fines del estudio y los expedientes clínicos en los que aún no se había concretado el diagnóstico. Se registraron las variables de sexo, edad, topografía de la lesión bucal, tiempo de evolución de la lesión, signos y síntomas, afección en otras topografías (piel cabelluda, ocular, piel, genital), topografía afectada inicialmente, índice tabáquico, hábito de alcohol, toxicomanías, prótesis bucales, uso de colutorios, comorbilidades, fármacos, tratamientos previos, tipo y número de facultativos visitados previamente a la consulta, diagnóstico bucal del facultativo previo (acertado o no), diagnóstico clínico bucal en el CDP, diagnóstico histológico bucal (en caso de haber sido necesario) y se registró la dermatosis del paciente, en caso de padecer alguna.

Las variables se describieron por medio de frecuencias y proporciones. Para describir la relación entre el tipo de diagnóstico dermatológico y el diagnóstico bucal se utilizó la r° de Spearman. Todas las pruebas se realizaron con un nivel de confianza de 95% y valor $p \leq 0.05$. Lo anterior se efectuó con el programa estadístico SPSS versión 21.

RESULTADOS

Se revisaron 1,670 expedientes de los que únicamente 532 cumplieron los criterios de selección, durante el periodo comprendido entre 2010 y 2014, en la consulta del servicio de Patología Bucal del Centro Dermatológico Pascua. En el grupo de estudio se encontró que 29% (n=156)

correspondió al género masculino. La mediana de edad fue de 45 años, el intervalo de edad fue desde un año hasta 90 años de edad; de los cuales 9% (n=47) fueron menores de edad, con promedio de 10.45 años y 91% (n=485) mayores de edad con promedio de 47.31 años. El 55.6% de los casos ocurrió en el intervalo de edad de 31 a 60 años.

La mayoría de los pacientes tuvo afectación de más de una topografía bucal (n=1,109). Las de mayor afectación fueron el dorso lingual con 40% y la mucosa labial con 38%; la menos afectada fue el piso de la boca (3%).

Sólo 4% acudió a consulta con el especialista antes del primer mes. El 65% asistió antes del primer año. El tiempo de evolución antes del diagnóstico fue de dos a cinco años en 22% de los casos.

La manifestación más frecuente fue el eritema (34%) seguido por el aumento de volumen (32%), la ulceración (28%), el ardor (21%), las fisuras (18%) y el dolor (15%). Las fístulas (1.5%) y la sensación de cuerpo extraño (0.6%) fueron las manifestaciones menos frecuentes.

El 16% (n=86) de los pacientes consumía tabaco vs 84% (n=446) que no lo hacía. El índice tabáquico fue menor a 10 paquetes/año en la mayoría de los fumadores y mayor a 40 paquetes/año en 0.8%, riesgo nulo y alto, respectivamente, de padecer enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El 5% de los fumadores había fumado incluso 20 años. La mayoría de los fumadores (13.5%) consumía menos de 10 cigarros al día.

El 11% de los pacientes (n=58) consumía alcohol vs 89% (n=474) que no lo hacía. De los 58 pacientes que consumían alcohol, 5% lo hacía mensualmente, 4% semanalmente y 1% más de una vez por semana.

El 3% de la población del estudio (n=17) consumía algún tipo de droga. La marihuana y la cocaína fueron consumidas con mayor frecuencia. Algunos pacientes consumían más de una droga.

El 8% de los pacientes utilizaba algún tipo de prótesis fija (4%) o removible (4.5%). El 21% de los pacientes utilizaba colutorios en su higiene bucal; 17% los utilizaba diariamente.

El 49% de los pacientes tuvieron al menos una comorbilidad, 13% dos comorbilidades y sólo un paciente incluso seis comorbilidades; 31% eran previamente sanos. Las comorbilidades más prevalentes en el grupo de estudio fueron las de tipo dermatológico (52%) seguidas por la hipertensión arterial (12%), la diabetes mellitus (7%), otras enfermedades reumáticas (5.5%) y las alteraciones neuropsiquiátricas (5%). En enfermedades sistémicas con manifestaciones orales (n=110) la topografía inicial más afectada fue la cavidad bucal con 8.5% (n=45) seguida de la piel con 7.5% (n=41). Las menos afectadas fueron la genital y la piel cabelluda con 1%.

El 25% de los pacientes consumía por lo menos un fármaco en los 30 días previos a la consulta en el centro. El 38% no había consumido ningún tipo de fármaco al momento de su ingreso al servicio. Los fármacos más consumidos por los pacientes al ingreso fueron los esteroides tópicos o sistémicos (19%) seguidos de los tópicos bucales con 18%.

El 37% de los pacientes había consultado a algún facultativo buscando tratamiento médico antes de acudir al centro dermatológico. Se encontró que 30.5% de los pacientes había consultado al médico general como primera opción antes de acudir al especialista, 6% al odontólogo y el 3% al homeópata. Algunos pacientes habían consultado a los dos o a los tres. El 28% de los pacientes visitó previamente a un facultativo y

7% a dos. Uno de los pacientes incluso visitó a cinco médicos. Sólo 7% de los pacientes tuvo un diagnóstico acertado por el facultativo antes de acudir al CDP.

A 38.5% de los pacientes se les realizó toma de biopsia para el diagnóstico bucal. En 61.5% de los casos el diagnóstico fue clínico. De las 205 biopsias de cavidad bucal, hubo correspondencia del diagnóstico clínico con el histológico en 96% de los casos.

Se diagnosticaron 612 alteraciones bucales en 532 pacientes. Algunos de ellos tenían más de una alteración bucal. Las más prevalentes dentro de sus categorías en orden descendente fueron: candidiasis, hiperplasia fibrosa, pénfigo vulgar, úlceras tipo afta menor, prurigo actínico, melanosis friccional, lengua geográfica, lago venoso, síndrome de Sjögren y xerostomía (Cuadro 1).

Se obtuvieron 313 diagnósticos dermatológicos en 276 pacientes, porque algunos de ellos tenían una o más alteraciones dermatológicas. Las alteraciones dermatológicas más prevalentes en los pacientes del servicio de patología bucal correspondieron a pénfigo vulgar y lupus eritematoso cutáneo (4%). Cuadro 2

En los pacientes del CDP que fueron remitidos al servicio de patología bucal se encontró prevalencia de candidiasis de 29%, ésta fue la alteración bucal más prevalente de toda la muestra.

Para determinar la asociación entre el tipo de diagnóstico dermatológico y la enfermedad bucal se utilizó la r° de Spearman, se encontró una correlación negativa muy baja entre ambas ($r^\circ=-0.146$, $p=0.001$).

DISCUSIÓN

En este estudio se encontraron 612 alteraciones orales con 69 diagnósticos bucales diferentes

Cuadro 1. Prevalencia de alteraciones bucales (Continúa en la siguiente columna)

Infecciosas	Núm. (%)
Candidiasis	154 (25)
Papiloma escamoso	20 (3)
Hiperplasia epitelial multifocal (enfermedad de Heck)	18 (2.9)
Queilitis candidiásica	17 (2.7)
Fístula odontogénica	5 (0.8)
Herpes simple	2 (0.3)
Glositis romboidea media asociada con candidosis	2 (0.3)
Condilomas	1 (0.2)
Absceso periapical	1 (0.2)
Subtotal	220 (35.8)
Tumores benignos	
Hiperplasia fibrosa	62 (10)
Quiste de retención mucoso (mucocele)	38 (6.2)
Granuloma piógeno	12 (2)
Hiperplasia linfoide	5 (1)
Quiste de retención mucoso (ránula)	2 (0.3)
Adenoma pleomorfo	1 (0.2)
Quiste epidérmico	1 (0.2)
Fibroma de células gigantes	1 (0.2)
Subtotal	122 (20)
Ampollosas	
Pénfigo vulgar	48 (8)
Penfigoide ampolloso	5 (0.8)
Eritema polimorfo menor	2 (0.3)
Epidermólisis bulosa	1 (0.2)
Síndrome de Stevens-Johnson	1 (0.2)
Subtotal	57 (9)
Ulcerativas	
Úlceras tipo afta menor	32 (5.2)
Úlcera traumática	10 (1.6)
Úlcera mayor recurrente	1 (0.2)
Subtotal	43 (7)
Inflamatorias	
Prurigo actínico	20 (3)
Liquen plano	11 (2)

Cuadro 1. Prevalencia de alteraciones bucales (Continúa en la siguiente página)

Queilitis descamativa	6 (1)
Reacción liquenoide	2 (0.3)
Queilitis angular	1 (0.2)
Subtotal	40 (6.5)
Pigmentadas	
Melanosis friccional	13 (2)
Melanosis racial	12 (2)
Lentigos solares	5 (0.8)
Nevo melanocítico adquirido	2 (0.3)
Tatuaje por metal	2 (0.3)
Hiperpigmentación por fármacos	1 (0.2)
Nevo melanocítico congénito	1 (0.2)
Pigmentación exógena	1 (0.2)
Subtotal	37 (6)
Variantes normalidad	
Lengua geográfica	12 (2)
Condición de Fordyce	4 (0.6)
Lengua fisurada	4 (0.6)
Subtotal	20 (3.2)
Vasculares	
Lago venoso	9 (1.5)
Hemangioma	4 (0.6)
Tumor de Masson	2 (0.3)
Hemangiolinfangioma lingual	1 (0.2)
Mancha en vino de Oporto	1 (0.2)
Subtotal	17 (2.8)
Autoinmunitarias	
Síndrome de Sjögren	7 (1)
Lupus eritematoso cutáneo	3 (0.5)
Lupus eritematoso sistémico	2 (0.3)
Enfermedad mixta del tejido conectivo	1 (0.2)
Liquen escleroso y atrófico	1 (0.2)
Enfermedad de Behçet	1 (0.2)
Subtotal	15 (2.4)
Otras	
Xerostomía	7 (1)
Queratosis friccional	3 (0.5)

Cuadro 1. Prevalencia de alteraciones bucales (Continuación)

Macroglosia	1 (0.2)
Maloclusión	1 (0.2)
Morsicatio	1 (0.2)
Queilitis facticia	1 (0.2)
Subtotal	14 (2.3)
Reaccionales	
Dermatitis por contacto	10 (1.6)
Subtotal	10 (1.6)
Precancerosas	
Queilitis actínica	5 (0.8)
Leucoplaquia	1 (0.2)
Subtotal	6 (1)
Nutricionales	
Estomatitis carencial por deficiencia de vitamina B ₁₂	2 (0.3)
Estomatitis carencial por deficiencia de hierro	2 (0.3)
Glositis carencial	1 (0.2)
Subtotal	5 (0.8)
Farmacodermias	
Eritema pigmentado fijo	3 (0.4)
Subtotal	3 (0.4)
Neoplasias malignas	
Carcinoma espinocelular <i>in situ</i>	1 (0.2)
Carcinoma espinocelular infiltrante	1 (0.2)
Subtotal	2 (0.4)
Hipersensibilidad	
Angioedema	1 (0.2)
Subtotal	1 (0.2)
Total	612 (100)

en 532 pacientes dermatológicos (Cuadro 1), en su mayoría mujeres (71%), cierto número de pacientes tuvo más de una alteración bucal. En el estudio por Suliman y colaboradores⁵ se registraron 438 alteraciones bucales con 51 diagnósticos bucales distintos en 315 pacientes de un total de 544 pacientes dermatológicos, esto

Cuadro 2. Prevalencia de dermatosis (Continúa en la siguiente página)

Infeciosas	Núm. (%)
Verrugas vulgares	16 (3)
Onicomicosis	11 (2)
Condiloma acuminado	6 (1)
Herpes simple	5 (0.9)
Molusco contagioso	4 (0.7)
Tiña plantar	3 (0.5)
Intertrigo candidiásico	2 (0.4)
Verrugas filiformes	2 (0.4)
Verrugas planas	2 (0.4)
Dermatitis papular por VIH	1 (0.2)
Fístula perianal	1 (0.2)
Herpes genital	1 (0.2)
Impétigo secundario	1 (0.2)
Pediculosis capitis	1 (0.2)
Sífilis	1 (0.2)
Tinea pedis	1 (0.2)
Tuberculosis micronodular	1 (0.2)
Verrugas plantares	1 (0.2)
Subtotal	60 (11.1)
Colagenopatías-autoinmunitarias	
Lupus eritematoso cutáneo	23 (4)
Esclerodermia sistémica	10 (2)
Lupus eritematoso sistémico	7 (1)
Síndrome de Sjögren	4 (0.7)
Dermatomiositis	3 (0.6)
Enfermedad mixta del tejido conectivo	2 (0.4)
Liquen escleroso y atrófico	2 (0.4)
Paniculitis lúpica	1 (0.2)
Subtotal	52 (9.3)
Anexos cutáneos	
Acné	14 (3)
Dermatitis seborreica	13 (2)
Alopecia androgenética	4 (0.7)
Dermatitis acneiforme	3 (0.6)
Alopecia areata	2 (0.4)
Onicodistrofia	2 (0.4)
Dermatitis perioral	1 (0.2)
Dishidrosis palmo-plantar	1 (0.2)

Cuadro 2. Prevalencia de dermatosis (Continúa en la siguiente columna)

Elastoidosis a quistes y comedones	1 (0.2)
Foliculitis de la barba	1 (0.2)
Foliculitis queiloidea	1 (0.2)
Hidrosadenitis	1 (0.2)
Onicocriptosis	1 (0.2)
Queratosis pilar	1 (0.2)
Subtotal	46 (8.7)
Inflamatorias	
Psoriasis	13 (2)
Dermatitis atópica	8 (1.5)
Liquen plano pigmentado	5 (1)
Rosácea	5 (1)
Liquen plano	3 (0.5)
Dermatitis numular	1 (0.2)
Liquen nitidus	1 (0.2)
Liquen plano eruptivo	1 (0.2)
Liquen plano erosivo	1 (0.2)
Liquen simple	1 (0.2)
Mastitis granulomatosa	1 (0.2)
Pioderma gangrenoso	1 (0.2)
Pitiriasis liquenoide crónica	1 (0.2)
Pitiriasis rosada de Gibert	1 (0.2)
Subtotal	43 (7.8)
Pigmentarias	
Melasma	18 (3.3)
Vitiligo	8 (1.5)
Lentigos solares	4 (0.7)
Dermatitis cenicienta	2 (0.4)
Dermatitis solar hipocromiante	1 (0.2)
Melanoniquia racial	1 (0.2)
Melanosis friccional	1 (0.2)
Subtotal	35
Ampollosas	
Pénfigo vulgar	23 (4.3)
Penfigoide ampolloso	2 (0.3)
Epidermólisis ampollosa distrófica	1 (0.2)
Pénfigo seborreico	1 (0.2)
Subtotal	27 (5)

Cuadro 2. Prevalencia de dermatosis (Continuación)

Tumores benignos	
Fibromas blandos	6 (1)
Quiste epidérmico	2 (0.3)
Linfocitoma	1 (0.2)
Lipoma	1 (0.2)
Nevo sebáceo	1 (0.2)
Pilomatrixoma	1 (0.2)
Subtotal	12 (2.1)
Neoplasias malignas	
Carcinoma basocelular	6 (1)
Enfermedad de Bowen	2 (0.3)
Sarcoma de Kaposi	2 (0.3)
Micosis fungoide	1 (0.2)
Papulosis bowenoide	1 (0.2)
Subtotal	12 (2)
Reaccionaes	
Dermatitis por contacto	8 (1.5)
Corticoestropeo	1 (0.2)
Subtotal	9 (1.7)
Precancerosas	
Queratosis actínicas	9 (1.7)
Subtotal	9 (1.7)
Psicodermatosis	
Delirio de parasitosis	1 (0.2)
Excoriaciones neuróticas	1 (0.2)
Subtotal	2 (0.4)
Reactivas	
Eritema anular centrífugo	1 (0.2)
Granuloma anular	1 (0.2)
Subtotal	2 (0.4)
Fotosensibilidad	
Erupción polimorfa lumínica	2 (0.4)
Subtotal	2 (0.4)
Farmacodermias	
Eritema pigmentado fijo	1 (0.2)
Subtotal	1 (0.2)
Vasculares	
Complejo vasculocutáneo	1 (0.2)
Subtotal	1 (0.2)
Total	313

con predominio en varones de 58%. En la clínica odontológica de la Universidad de Guadalajara se registraron 101 alteraciones bucales con 28 enfermedades bucales diferentes en 84 pacientes con predominio del sexo femenino (68%).⁶

Cabe considerar que posiblemente la prevalencia del herpes simple, de las infecciones por VPH y de algunos tumores benignos pudiera ser mayor debido a que estas afecciones son habitualmente resueltas por el dermatólogo en la consulta general y no se refiere al paciente al servicio de patología bucal.

Para Suliman y colaboradores las lesiones linguales fueron las más prevalentes (23%), seguidas de lesiones de tipo blanco (liquenoides, queratosis friccional, leucoplaquia y estomatitis por tabaco; 19%), lesiones de tipo rojo y azules o vasculares (11%) y enfermedades vesículo-ampollosas (6%).

López Verdín y colaboradores, en Guadalajara, hallaron un mayor porcentaje de hiperplasia fibrosa (15%). La queratosis friccional tuvo la misma frecuencia que las melanosis no fisiológicas e infecciones por *Candida* sp (13%).

Otro estudio realizado en una clínica dermatológica en la Ciudad de México (1996-1998), Ramírez-Amador y su grupo⁷ recolectaron una muestra de 60 pacientes (mujeres 80%) en la que las alteraciones bucales más frecuentes fueron: pénfigo vulgar (18%), liquen plano (8%), candidiasis (8%), estomatitis aftosa recurrente (7%), lesiones herpéticas, xerostomía y lesiones traumáticas; las tres con 7% cada una. El 35% (n=21) de los pacientes con enfermedades mucocutáneas tuvieron alteraciones bucales. La candidiasis, el pénfigo vulgar y la estomatitis aftosa recurrente fueron, entre otras alteraciones, las más frecuentes también en este estudio.

Castellanos y su grupo, en una clínica odontológica universitaria en León, Guanajuato,

realizaron un estudio retrospectivo de 22 años con una muestra de 23,785 pacientes. Reportaron como lesiones de mayor prevalencia al leucoedema, úlcera traumática, queratosis friccional, eritema traumático, morsicatio buccarum y candidiasis crónica.⁸

Dos de los estudios mexicanos fueron realizados en una clínica odontológica y uno en una clínica dermatológica. En los tres estudios el común denominador son las alteraciones infecciosas (candidiasis), los tumores benignos (fibroma traumático) y las alteraciones pigmentarias o melanosis no fisiológicas. Las lesiones traumáticas y la estomatitis aftosa recurrente también se mencionan con prevalencia alta. El pénfigo vulgar tuvo prevalencia alta en el estudio de la clínica dermatológica al igual que en esta casuística (9%), dado que se trata de una enfermedad mucocutánea.

Ramírez-Amador y colaboradores, en la UAM Xochimilco, en la Ciudad de México, establecieron la prevalencia de 22 afecciones nosológicas de la mucosa oral, la pigmentación melánica (40%), la condición de Fordyce (31.5%), las manchas blancas (24.5%) y los aumentos tisulares (13%) se observaron con mayor frecuencia en población abierta.

Marija y Uros en el año 2000 realizaron un estudio en la población de Eslovenia en el que encontraron con mayor frecuencia a las variantes de lo normal (gránulos de Fordyce, lengua fisurada y várices linguales), seguidas en orden descendente de herpes labial, estomatitis aftosa recurrente, estomatitis subprotésica y leucoplasia.⁹

En un estudio realizado en la Universidad de Oviedo, España, por Martínez, en el que también se incluyeron las variantes de lo normal, las lesiones pigmentadas fueron las más frecuentes, seguidas de queratosis friccionales incluido el morsicatio buccarum.¹⁰

Axell encontró en una población de Suecia cerca de 60 condiciones bucales diferentes. Los autores mencionan al leucoedema, la lengua geográfica y al líquen plano con prevalencia alta y, superior a lo esperado, a la hiperplasia epitelial multifocal.¹¹

Campisi y Margiotta, en 2001, realizaron un estudio acerca de lesiones en la mucosa bucal y factores de riesgo en una población de 118 hombres italianos. El 81% del grupo en estudio mostró lesiones en la mucosa bucal. La lesión más frecuente fue la lengua pilosa, seguida por la leucoplasia, la queilitis actínica, las lesiones bucales traumáticas como úlceras traumáticas y lesiones blancas friccionales.¹²

En Estados Unidos, Shulman reportó prevalencia alta de las lesiones por *Candida*, tatuajes por amalgama, morsicatio buccarum y queratosis friccional.¹³ Éste es de los pocos estudios que menciona a las lesiones pigmentarias por amalgama como frecuentes. En este trabajo las lesiones pigmentarias tuvieron prevalencia alta (7%), el tatuaje por metal correspondió a 0.38%.

En lo referente a neoplasias malignas, en este estudio sólo 0.38% (n=2) correspondió a neoplasias malignas; un carcinoma epidermoide *in situ* y un carcinoma epidermoide infiltrante. Para López Verdín y colaboradores las neoplasias malignas encontradas fueron un carcinoma epidermoide y un carcinoma mucoepidermoide, constituyendo 2% (n=2). Suliman y su grupo reportaron un caso (0.2%) de sarcoma de Kaposi. El estudio de Moret en Venezuela reportó un caso de melanoma (0.04%)¹⁴ y Campisi y Margiotta reportaron un caso de carcinoma de células escamosas (0.9%).

En el estudio realizado en Sudán en pacientes dermatológicos con alteraciones bucales, se registraron 94 diagnósticos dermatológicos distintos agrupados en 22 categorías. Las en-

fermedades dermatológicas que ocuparon el primer lugar fueron las de tipo espongióticas o inflamatorias agudas (23.2%), seguidas por las infecciones micóticas (10%), virales (7%), bacterianas (3%) y por protozoarios (2%), las enfermedades vesículo-ampollosas (10%) y las alteraciones de los anexos cutáneos (9%). El grupo menos prevalente fue el de los tumores (2%). Las alteraciones ampollosas fueron más frecuentes a mayor edad (67 vs 33%; $p < 0.05$).

Las alteraciones dermatológicas más frecuentes en pacientes del servicio de patología bucal se muestran en el Cuadro 2. Aunque la clasificación utilizada en ambos estudios es distinta, podría coincidir en que los trastornos infecciosos y de tipo inflamatorio agudo y crónico fueron frecuentes en ambas poblaciones.

La relación tan baja encontrada en este trabajo entre el tipo de diagnóstico dermatológico y el diagnóstico bucal ($r^2 = -0.146$, $p = 0.001$) demuestra la independencia del motivo de la consulta por el que el paciente con afección dermatológica acude al servicio de Patología Bucal y sugiere una escasa interacción entre el dermatólogo y el patólogo bucal en el CDP.

Se recomiendan nuevos estudios prospectivos con distribución al azar en la población general para describir el efecto que tienen las alteraciones bucales en la salud de los mexicanos. Este trabajo pretende estimular a otros investigadores en este campo para la realización de estudios semejantes en nuestro país, para así obtener datos que conformen el panorama de morbilidad bucal en México.

Agradecimientos

A la Dra. Virginia Martínez (cirujana dermatóloga y oncóloga adscrita al servicio de Colágenas del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua).

REFERENCIAS

1. Thorpe S. Oral health issues in the African Region: Current situation and future perspectives. *J Dent Educ* 2006;70:8-15.
2. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31:3-24.
3. Karcioğlu Z, Sommeran A. *Practical Surgical Pathology*. Toronto: the Collamore Press DC. Health Ed. Co. 1985;2:158-159.
4. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, et al. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med* 2003;32:571-575.
5. Suliman NM, Astrom AN, Ali RW, et al. Oral mucosal lesions in skin diseased patients attending a dermatologic clinic: a cross-sectional study in Sudan. *BMC Oral Health* 2011;11:24.
6. López-Verdín S, Bologna-Molina R, Sánchez-Becerra A, Horta-Sandoval A. Frecuencia de patologías bucales en una clínica de atención primaria odontológica. *Rev Tamé* 2013;2:100-105.
7. Ramírez-A VA, Mosqueda-T A, Hernández-LL H. Estudio epidemiológico de las lesiones de la mucosa oral. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. División de Ciencias Biológicas y de la Salud, 1986;1-75.
8. Castellanos J, Díaz-Guzmán L. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;105:79-85.
9. Marija K, Uros S. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med* 2000;29:331-335.
10. Martínez Díaz-Canel AI, García-Pola Vallejo MJ. Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en pacientes de la Escuela de Estomatología de Oviedo. *Med Oral* 2002;7:4-9.
11. Axell T. A prevalence study of oral mucosa lesions in an adult Swedish population. *Odontol Rev* 1976;27:1-103.
12. Campisi G, Margiotta V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. *J Oral Pathol Med* 2001;30:22-28.
13. Shulman J, Miles B, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults. *J Am Dent Assoc* 2004;135:1279-1286.
14. Moret Y, Rivera H, Cartaya M. Prevalencia de lesiones en la mucosa bucal de pacientes diagnosticados en el laboratorio central de histopatología bucal "Dr. Pedro Tinoco" de la facultad de odontología de la Universidad Central de Venezuela durante el periodo 1968-1987. *Acta Odontológica Venezolana* 2007;45:1-7.

**INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR
REDUCIDA IPP-R**

**FACLYNEL
ISOTRETINOINA**

CÁPSULAS

FÓRMULA: Cada cápsula contiene:

Isotretinoína 10 y/o 20 mg
Excipiente ctp 1 cápsula



INDICACIONES TERAPÉUTICAS: La isotretinoína está indicada para formas graves de acné nódulo quístico, en particular acné quístico y acné conglobata, sobre todo del tronco que no han tenido respuesta a los tratamientos convencionales, incluidos los antibióticos, deben prescribirla solamente médicos con experiencia en el uso de retinoides sistémicos (preferentemente dermatólogos) y que conozcan el riesgo de teratogénesis si se toma isotretinoína durante el embarazo. **CONTRAINDICACIONES:** La isotretinoína está contraindicada en el embarazo, la insuficiencia renal o hepática y la hipervitaminosis A, así como en pacientes con hiperlipidemia o hipersensibilidad conocida a cualquiera de los componentes de la fórmula. **PRECAUCIONES GENERALES:** Solo deberán prescribir isotretinoína los médicos que estén experimentados en el uso de retinoides sistémicos y los conocimientos adecuados sobre el peligro de teratogénesis. Las mujeres en edad de procrear no deben recibir sangre de donantes cuyo tratamiento con isotretinoína no haya terminado como mínimo 1 mes antes de la donación. Se recomienda controlar la función hepática antes de iniciar el tratamiento y 1 mes después de su comienzo, así como cada 3 meses posteriormente. También se aconseja controlar los lípidos séricos (en ayunas) antes de empezar la terapia, al cabo de 1 mes de iniciada y al finalizar el tratamiento. Se han descrito depresión, síntomas psicóticos y, en raras ocasiones, intento de suicidio de pacientes tratados con isotretinoína. Aunque no se ha establecido la relación causal, se prestará especial atención a los pacientes con antecedentes de depresión. De un modo general, se vigilará la presencia de signos depresivos en todos los pacientes y, si es necesario, se adoptarán las medidas pertinentes para que reciban el tratamiento apropiado. Dada la posibilidad de alteraciones óseas, se evaluarán cuidadosamente la relación riesgo/beneficio en cada paciente, restringiendo la administración de isotretinoína en casos graves. Se recomienda utilizar anticonceptivos con efecto antiandrogénico como la ciproterona asociada al etinilestradiol, o un anticonceptivo con progestágeno sin efecto androgénico. Es posible que las preparaciones de progesterona en microdosis (minipíldora) no sean adecuadas como método anticonceptivo durante el tratamiento con isotretinoína. Debe evitarse toda la dermabrasión agresiva durante el tratamiento con isotretinoína y los 5-6 meses siguientes, debido al riesgo de cicatrización hipertrófica en áreas atópicas. De igual manera, se evitará la depilación con cera durante el tratamiento con isotretinoína y los 5-6 meses siguientes, debido a riesgo de dermatitis. Durante el tratamiento con isotretinoína, se han descrito algunos casos de disminución de la visión nocturna, persistente ocasionalmente tras su finalización. Dado el comienzo repentino en algunos casos de esta alteración, se debería advertir a los pacientes que actúen con precaución si conducen vehículos o manejan máquinas de noche. Los trastornos de la visión deben vigilarse estrechamente. Este medicamento contiene el colorante azul No. 1, que puede provocar reacciones alérgicas.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: La isotretinoína es muy teratogénica. Por lo tanto, está contraindicada en las mujeres embarazadas o que puedan quedar embarazadas durante el tratamiento. El riesgo de malformaciones fetales cuando se toma isotretinoína durante el embarazo, en cualquier dosis y aunque sea por corto tiempo, es muy elevado. Potencialmente, todo feto expuesto corre este peligro. La isotretinoína está contraindicada en todas las mujeres tratadas, siempre que no se cumplan todas las condiciones siguientes: La paciente sufre de acné quístico grave, deformante y resistente a los tratamientos convencionales. Entiende las prescripciones médicas y cabe fiarse de que las cumplirá. Es capaz de aplicar las medidas anticonceptivas, que tienen carácter obligatorio. Ha sido informada por su médico de los peligros que comporta un embarazo durante el tratamiento con isotretinoína y hasta 1 mes después de concluido. Además, se le ha advertido las medidas preventivas. Se ha sometido a una prueba de embarazo con un resultado negativo dentro de las 2 semanas anteriores al inicio del tratamiento. En el transcurso de éste, conviene repetir la prueba mensualmente. Aplicar un método anticonceptivo eficaz e ininterrumpido durante 1 mes antes de empezar el tratamiento con isotretinoína, a lo largo de todo éste y durante el mes siguiente a su conclusión. No empieza el tratamiento con isotretinoína hasta el segundo o tercer día de la siguiente menstruación normal. En caso de tener una recaída, deberá utilizar las mismas medidas anticonceptivas eficaces e ininterrumpidas durante 1 mes antes de empezar el tratamiento con isotretinoína, a lo largo del mismo y durante el mes siguiente a su terminación. Durante el tratamiento con isotretinoína deben seguir estas instrucciones incluso las mujeres estériles que, por este hecho, no toman normalmente anticonceptivos. Si, a pesar de estas precauciones, quedase embarazada la paciente en el curso del tratamiento con isotretinoína durante el mes siguiente, existe para el feto un alto riesgo de gravísimas malformaciones (en particular del sistema nervioso central, del corazón y de los vasos sanguíneos grandes). Además, aumenta el riesgo de aborto espontáneo. Se conocen casos de gravísimas malformaciones fetales causadas por la toma de isotretinoína. Estas malformaciones consisten en hidrocefalia, microcefalia, anomalías del oído externo (microplasia, acortamiento o ausencia del conducto auditivo externo), microftalmía, anomalías cardiovasculares, deformidades faciales, trastornos morfológicos del limo, anomalías de las glándulas paratiroides y malformaciones cerebrales. Dado que la isotretinoína es muy lipófila, es alta la probabilidad de que pase a la leche materna. Ante el potencial de efectos adversos de isotretinoína, debe evitarse su administración a madres lactantes.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: La mayoría de los efectos secundarios producidos por isotretinoína están relacionados con la dosis. Con la dosis recomendada, la relación riesgo/beneficio es generalmente aceptable, tomando en consideración la severidad de la enfermedad. Los siguientes síntomas son los efectos indeseables reportados con mayor frecuencia son: sequedad de la piel, sequedad de las mucosas de los labios, nasal (epistaxis), la faringe (ronquera) y de los ojos (conjuntivitis, opacidades corneales reversibles e intolerancia a los lentes de contacto). Exantema, prurito, eritema/dermatitis facial, sudoración, granuloma piogénico, paroniquia, distrofia en las uñas, incremento en la formación de tejido de granulación, un persistente adelgazamiento del cabello, alopecia reversible, acné fulminante, hirsutismo, hiperpigmentación, fotosensibilidad. Dolor muscular, dolor articular, hiperostosis y otros cambios óseos, tendinitis. Alteraciones en el comportamiento, depresión, cefalea, incremento en la presión intracraniana, ataques, casos aislados de alteraciones visuales, fotofobia, alteraciones en la adaptación a la oscuridad (disminución de la visión nocturna), catarata lenticular, queratitis, alteraciones auditivas en ciertas frecuencias. Se ha reportado náuseas, síndrome de colon irritable, como colitis y hemorragia. Los pacientes con niveles elevados de triglicéridos, se encuentran en riesgo de desarrollar pancreatitis. Rara vez se ha reportado pancreatitis fetal. Incrementos transitorios y reversibles en las transaminasas, algunos casos de hepatitis. En muchos casos, los cambios se han presentado dentro de rango normal y los valores han regresado a los niveles basales durante el tratamiento. Sin embargo, en otros casos, ha sido necesario reducir la dosis o suspender el tratamiento con isotretinoína. Rara vez se ha reportado broncoespasmo; algunas veces en los pacientes con antecedentes de asma. Infecciones sistémicas o locales debido a microorganismos grampositivos (*Staphylococcus aureus*), *Listeria monocytogenes*, hematuria, proteinuria y pancreatitis.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO: No debe administrarse en mujeres embarazadas o que estén en riesgo de embarazarse, mujeres en período de lactancia, ni en personas con insuficiencia hepática y renal, ó con niveles elevados de colesterol y triglicéridos, y tampoco en personas que se sepan alérgicas a la isotretinoína. **PRECAUCIONES EN RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENÉISIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** En estudios sobre mutagenicidad (prueba de Ames, prueba de micronúcleos, prueba de mutagénesis en células de hámster), se encontró como no mutágena a la isotretinoína. Como fue mencionado con anterioridad, la isotretinoína es teratogénica, aun a dosis mínimas, por lo que su administración está contraindicada no sólo en mujeres embarazadas o que puedan estarlo durante el tratamiento, sino también en todas las mujeres en edad de procrear. Es indispensable que toda mujer cumpla con las medidas de precaución relativas a la anticoncepción. En un estudio llevado a cabo en ratas se observó que a una dosis de 32 mg/kg/día durante un periodo mayor a 18 meses, había un incremento en la incidencia de aparición de leiomiosarcoma, pero no es relevante en la población humana, debido a que estas ratas tienen predisposición genética a desarrollar este tipo de tumoración. En un estudio llevado a cabo en ratas de ambos sexos, no se comprobó ningún efecto en la función de los órganos sexuales ni en la fertilidad. No se han encontrado cambios significativos en espermatozoides de hombres tratados con isotretinoína. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Vía de administración: Oral. La respuesta terapéutica a isotretinoína y sus efectos secundarios están relacionados con la dosis y varían entre pacientes. Esto indica la necesidad de ajustes individuales de dosis durante la terapia. La terapia con isotretinoína deberá comenzar con una dosis de 0.5 y 1.0 mg/kg por día. Para la mayoría de los pacientes la dosis se encuentra entre 0.5 y 1.0 mg/kg por día. Los pacientes con enfermedad muy grave o con acné troncal pueden requerir dosis diarias mayores hasta de 2.0 mg/kg. Se ha documentado que una dosis acumulada de 120 mg/kg por tratamiento aumenta las tasas de remisión y previene las recaídas. La duración de la terapia en pacientes individuales variará, por tanto, en función de la dosis diaria. La remisión completa del acné se logra generalmente con una terapia de 16-24 semanas. En pacientes con intolerancia grave a la dosis normal, puede continuarse el tratamiento a una dosis menor, con una terapia de duración mayor, consecuentemente. La mayoría de los pacientes (>60%) obtienen una desaparición completa del acné con un solo tratamiento. En caso de una recaída definitiva, de deberá administrar un curso renovado de terapia con isotretinoína con la misma dosis diaria y tratamiento acumulado que el original. En vista de que se puede observar una posterior mejoría del acné hasta 8 semanas después de suspender el tratamiento, la reinstalación del tratamiento no debe iniciarse hasta después de este periodo. Las cápsulas deberán tomarse con los alimentos una o dos veces al día.

MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL: Es muy raro que se presente toxicidad aguda con el uso de isotretinoína, en casos de sobredosificación accidental podrían aparecer síntomas de hipervitaminosis A, los cuales son reversibles. Se recomienda un lavado estomacal durante las primeras horas tras la ingestión de dosis excesivas. **PRESENTACIONES:** Caja con 30 cápsulas de 10 ó 20 mg en envase de burbujas. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** Producto perteneciente al grupo II. Su venta requiere receta médica, la cual se retirará en la farmacia. No se administre en mujeres embarazadas, en periodo de lactancia o en riesgo de embarazo ya que produce malformaciones congénitas. Es importante que las mujeres cumplan las medidas de precaución. Este medicamento deberá administrarse únicamente bajo estricta vigilancia médica. No se deje al alcance de los niños. Hecho en México por: GELPHARMA S.A. DE C.V. Av. Paseo del Pacífico No. 380, Guadalajara, Technology Park, C.P. 45010 Zapopan, Jalisco, México. Reg. No. 412M2014 SSA II. **Aviso No. 1633002022929 SSA. REFERENCIAS:** 1. A Review of Systemic Retinoid Therapy for Acne and Related Conditions. <http://www.skintherapyletter.com/2004/9/371.html>. 2. Lista de precios NADRO Febrero 2016. 3. Registro Sanitario Faclynel® 4. Estudio de Bioequivalencia realizado en Julio 2014 por PHARMA SA de CV, tercero autorizado por COFEPRIS en cumplimiento con la NOM-177-SSA1-1998.