

J. López López<sup>1</sup>  
E. Chimenos Küstner<sup>2</sup>  
J.M. Conde Vidal<sup>3</sup>

## Estudio epidemiológico de patología médica bucal en pacientes de la clínica odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona

1 Profesor Asociado de Medicina Bucal  
2 Profesor Titular de Medicina Bucal  
3 Catedrático de Medicina Bucal  
Facultad de Odontología de la  
Universidad de Barcelona

**Correspondencia:**

Dr. José López López  
C/ Marina, 291, sobreático  
Barcelona  
Email: joselopezl@infomed.es

### RESUMEN

Se presenta un estudio descriptivo de prevalencia de patología de la mucosa oral y de otras alteraciones de medicina bucal, detectadas en una muestra de 6.201 pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. Entre los objetivos planteados se pretende determinar la frecuencia de lesiones bucales, su posible relación con factores como el tabaco, el alcohol o el uso de prótesis, así como la implicación de enfermedades sistémicas asociadas.

### PALABRAS CLAVE

Mucosa bucal; Patología bucal; Lesiones orales.

### ABSTRACT

*A descriptive study of prevalence of the oral pathology and other oral alterations is presented. The subjects are 6201 patients of the Odontological Clinic (Faculty of Odontology, University of Barcelona). The aims of the work include the determination of the frequency of oral lesions and their relationship with tobacco, alcohol or prosthesis, and the implication of related systemic diseases.*

### KEY WORDS

*Oral mucosa; Oral pathology; Oral medicine; Oral lesions.*

**Tabla 1** Distribución de la muestra por grupos de edad y sexo

Edad	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 20	160	7,1	351	8,8	511	8,2
20-29	347	15,6	448	11,3	795	12,8
30-39	279	12,5	396	9,9	675	10,9
40-49	416	18,7	741	18,7	1.157	18,7
50-59	503	22,6	863	21,7	1.366	22,0
60-69	481	21,5	1.054	26,5	1.535	24,8
> 70	44	1,9	118	2,9	162	2,6
Total	2.230	35,9	3.971	64,1	6.201	

## INTRODUCCIÓN

Si bien hasta hace pocos años la mayoría de los estudios que tratan sobre la epidemiología de patología médica bucal eran frecuentes en trabajos americanos<sup>(1, 2)</sup>, asiáticos<sup>(3, 4)</sup>, o europeos<sup>(5, 6)</sup>, cada vez se encuentran más trabajos sobre el tema en nuestro país<sup>(7-14)</sup>. La mayor parte de los estudios nacionales, al igual que los extranjeros, se han desarrollado en Facultades de Odontología, con series limitadas y población sesgada.

Se ha relacionado el consumo de tabaco y de alcohol con el cáncer oral<sup>(15)</sup>, con la leucoplasia<sup>(16)</sup> y, sobre todo, su relación con las lesiones blancas y pigmentaciones<sup>(17, 18)</sup>. De igual manera la literatura menciona la relación del uso de prótesis con úlceras y candidiasis<sup>(19, 20)</sup>. Por otro lado, las lesiones más estudiadas en medicina bucal suelen ser poco consideradas en los estudios epidemiológicos sobre salud bucodental, tanto fuera como dentro de nuestro país<sup>(21-23)</sup>. En el presente trabajo se pretenden determinar, en una muestra de pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona:

- Frecuencia de lesiones y estados compatibles con la normalidad.
- Relación en la muestra entre tabaco, alcohol y otros hábitos tóxicos y las diferentes lesiones presentadas.
- Relación entre el uso de prótesis y las lesiones encontradas.
- Relación de las lesiones detectadas con las enfermedades sistémicas presentes.

En la unidad de primeras visitas de la Clínica Odontológica, dependiente de la disciplina Medicina Bucal, son atendidos los pacientes que acuden en primera visita para evaluación de su salud bucodental. Tras la exploración inicial y el diagnóstico, el paciente es remitido a los diferentes Servicios o Unidades, en los que se realizarán los tratamientos dentales, protéticos y/o quirúrgicos que precise. Los pacientes en los que se detecta una patología médica bucal son controlados y tratados en la Unidad de Medicina Bucal.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Pacientes

Son todos aquellos que acudieron a la unidad de primeras visitas de la Clínica Odontológica durante los cursos académicos 1993-94, 95-96, 97-98, 99-00, 01-02. Se examinó a un total de 6201 pacientes, cuya estratificación por rangos de edad y sexos se presenta en la tabla 1.

### Material y métodos

La anamnesis y la exploración de los pacientes fueron realizadas por los estudiantes de cuarto curso de la licenciatura de Odontología, bajo la supervisión de los profesores de prácticas clínicas de la disciplina Medicina Bucal. Se utilizó el material básico de exploración y, cuan-

**Tabla 2 Modelo de historia clínica utilizado**

<b>HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA BUCAL</b>	
<b>Datos de filiación</b>	
Nombre	Nº de Historia
Lugar de nacimiento	Sexo
Domicilio	Fecha nacimiento
Profesiones anteriores y actual	Teléfono
Alumno	Estado civil
<b>Motivo de consulta</b>	
<b>Antecedentes familiares</b>	
Enfermedades sistémicas	
Cáncer	
<b>Antecedentes personales</b>	
Hábitos tóxicos	Neoplasias benignas o malignas
Intervenciones quirúrgicas	Enf. metabólicas y endocrinas
Aparato digestivo	Enf. cardiovasculares
Hemopatías	Enf. respiratorias
Patología reumática o del aparato locomotor	Enf. urológicas
Enf. ginecológicas	Paridad (PARA)
Enf. de transmisión sexual	Hábitos sexuales
Enf. cutáneomucosas	Enf. neurológicas/psiquiátricas
Alergias medicamentosas o alimentarias	Tratamientos médicos actuales o recientes
Otras	
<b>Situación bucal actual</b>	
Grado de higiene oral	Prótesis
Estado de la prótesis	Patología asociada a la prótesis
<b>Descripción de la enfermedad actual</b>	
Síntomas y signos más importantes	
Dentarios	Periodontales
Oclusión	ATM
Mucosa oral	Lengua
Labios	Glándulas salivales
Ganglios	Otros
<b>Exámenes complementarios</b>	
Radiografía	Biopsia
Microbiología	Serología
<b>Diagnóstico (S)</b>	
<b>Plan de tratamiento</b>	
<b>Evolución y comentario</b>	

**Tabla 3 Hábitos tóxicos y tipo de prótesis de los pacientes considerados en el estudio**

Edad ta	Total		Tabaco		Alcohol		P. fija		P. mixta		P. comple- ta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 20	511	8,2	126	24,6	10	1,9	2	0,4	–	–	–	–
20-29	795	12,8	378	47,5	87	10,9	5	0,6	20	2,5	–	–
30-39	675	10,9	376	55,7	30	4,4	25	3,7	30	4,4	2	0,3
40-49	1.157	18,7	389	33,6	127	10,9	52	4,5	125	10,8	4	0,3
50-59	1.366	22,0	159	11,6	100	7,3	60	4,4	337	24,7	30	2,2
60-69	1.535	24,8	468	30,4	152	9,9	30	2	498	32,4	53	3,5
> 70	162	2,6	30	18,5	5	3,1	–	–	68	42	66	0,7
Total	6.201		1.926	31,05	511	8,24	174	2,8	1.078	17,4	155	2,5

do se consideró oportuno, se practicaron las pruebas diagnósticas complementarias pertinentes. Si la lesión se preveía de origen traumático, se eliminaba la causa y se volvía a citar al paciente a los 15 días, para evaluarla. Un total de 76 lesiones fueron biopsiadas, con finalidad diagnóstica o terapéutica. Se utilizó un modelo de historia clínica (Tabla 2), complementario a la historia de la Clínica Odontológica. Este modelo respeta las directrices y los criterios de localización topográfica de la OMS sobre enfermedades de asiento en el territorio, además de otras variables<sup>(24, 25)</sup>.

El tipo de cepillado por parte del paciente se valoró en bueno (cepillado dos o más veces al día), malo (cepillado esporádico o nulo) y regular (menos de dos veces al día pero con regularidad). Referente a la prótesis se especificó entre portador de prótesis completa, prótesis parcial removible o mixta, prótesis fija y no portador de prótesis.

Se consideró fumador habitual al paciente que consumía más de 10 cigarrillos al día en los últimos diez años<sup>(6)</sup> y bebedor si ingería alcohol una o más veces a la semana en los últimos diez años<sup>(26)</sup>.

### Análisis estadístico

Se trata de un estudio descriptivo, en el que se pretenden analizar porcentajes, curvas de frecuencia, análisis de chi cuadrado y de varianza para los valores relacionados. Los datos se registran en un fichero Excel-2000 y el estudio estadístico se realiza mediante el paquete

SPSS+ para Windows. Se considera estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

### RESULTADOS

La distribución de los hábitos tóxicos (alcohol y tabaco), así como la utilización o no de prótesis se recoge en la tabla 3, distribuidos por rangos de edad. Los mayores porcentajes de fumadores se encuentran en la tercera y cuarta década de la vida, mientras que el consumo prioritario de alcohol se localiza en la tercera y quinta décadas.

Un total de 1.407 pacientes (22,9%) son portadores de algún tipo de prótesis dental. El porcentaje mayor de prótesis mixta y completa se da en las franjas de edad más elevada. En la tabla 4 se observa la distribución del grado de higiene que el paciente relata utilizar. Es significativo destacar que tan sólo un 27,9% (1.736) creen realizar un sistema de higiene correcto.

Las diferencias entre el tipo de higiene o el uso de prótesis y el sexo no son estadísticamente significativas.

En la tabla 5 se pueden apreciar los datos referentes al hábito tabáquico y de alcohol en función del sexo. Se puede apreciar más consumo de ambos productos en el grupo de varones. Los resultados son estadísticamente significativos, con una  $p < 0,005$ .

Se han encontrado un total de 2.170 lesiones de asiento en la mucosa bucal, que implican un total de 2.050 pacientes afectados (33%). La media es de 1,05 lesiones

**Tabla 4 Relación del tipo de higiene registrada en la historia en relación al sexo**

	Mujeres	Hombres	Totales
Higiene buena	1.050 (26,4%)	686 (30,8%)	1.736 (27,9)
Higiene regular	1.020 (25,7%)	592 (26,5%)	1.612 (26%)
Higiene mala	1.901 (47,8%)	952 (42,7%)	2.853 (46%)
Totales	3.971 (64,1%)	2.230 (35,9%)	6.201

**Tabla 5 Datos relativos al consumo de tabaco y alcohol distribuido por sexos**

	Hombres	Mujeres	Totales
Tabaco	1.100 (49,3%)	826 (20,8%)	1.926 (31,5%)
No tabaco	1.130 (50,7%)	3.145 (79,1%)	4.275 (68,9%)
Alcohol	350 (15,7%)	161 (4%)	511 (8,3%)
No alcohol	1.880 (84,3%)	3810 (95,9%)	5.690 (91,8%)
Totales	2.230	3.971	6.201

en cada paciente. En la tabla 6 se presenta la distribución de las lesiones por sexos. En la tabla 7 se presenta la relación de las lesiones y el uso de alcohol y tabaco. Si bien se ha registrado el porcentaje de lengua saburral, de manchas melánicas y de los gránulos de Fordyce encontrados, en ningún caso se han contabilizado para calcular el número total de lesiones.

De las 2.170 lesiones, la localización más frecuentemente implicada ha sido la mucosa yugal, con un 30,1% (n = 655) (Tabla 8).

En la tabla 9 se presenta el resto de patología bucal registrada en las historias realizadas y en la tabla 10 la relación de las afecciones encontradas, en función de la existencia o no de lesión de la mucosa bucal.

## DISCUSIÓN

De los pacientes estudiados, el hábito tabáquico se encuentra presente en el 31,05% (n = 1.926), datos semejantes a otros estudios (36,7%)(9), (33,8%)(14). El hábito alcohólico se ha encontrado en un 8,24% (n = 511), que es semejante al 7,1% registrado por Martínez y cols.(9), superior a un estudio previo realizado en una muestra más reducida de pacientes de la misma clínica (6,8%)(14),

e inferior a otros estudios de la literatura(3). En ambos hábitos, como ya hemos apuntado, la diferencia es significativa entre hombres y mujeres, con mayor relevancia en el caso del alcohol. Los pacientes de la columna alcohol y tabaco ya se encuentran contabilizados e las columnas de tabaco o alcohol.

Los pacientes que refieren algún tipo de dolor orofacial representan el 15,4% (n= 958) (Tabla 9) y de ellos 527 (8,49% del total de pacientes y 55% de los pacientes que refieren dolor) citan dolor referido a la articulación craneomandibular. Estas cifras son coincidentes con los datos aportados por De Lucas Tomás(7), que encuentra 9,9% de patología articular y 3,4% de dolor neuromuscular, o los de Miller(1), que cita un 16,6%. Sin embargo, son sensiblemente más elevados que los registrados por Llodra-Calvo y colaboradores(22), quienes, si bien citan un 14,8% de signos/síntomas atribuidos a la ATM, sólo el 2,25% corresponden a dolor (incluida la reducción de movilidad). Este 8,49% encontrado se acerca al 5-7% de pacientes que demandan tratamiento sobre la articulación, según los estudios de Rugh y Solberg(27) o Truelove(28).

En la muestra hemos encontrado que un 51,9% de los pacientes presentaban alguna enfermedad sistémica asociada. Este porcentaje es más elevado, sorprendentemente, entre los pacientes sin patología de mucosas (54,3%), que

**Tabla 6 Prevalencia de las lesiones orales de asiento en la mucosa bucal distribuidas según el sexo. En el cómputo de lesiones totales no se han considerado la lengua saburral, las manchas melánicas ni los gránulos de Fordyce. Las 2.170 lesiones encontradas se han presentado en 2.050 pacientes**

Lesión	Mujeres (n = 3.971)	Hombres (n = 2.230)	Total lesiones (n = 2.170)	Total pacientes (n = 6.201)
<b>Infeciosas</b>				
Candidiasis	70 (1,76%)	21(0,94%)	91 (4,19%)	91 (1,4%)
Queilitis angular	33 (0,83%)	8 (0,35%)	41 (1,88%)	41 (0,66%)
Herpes labial	58 (1,46%)	40 (1,79%)	98 (4,6%)	98 (1,58%)
Fístulas	8 (0,2%)	5 (0,22%)	13 (0,59%)	13 (0,20%)
Abscesos	5 (0,12%)	5 (0,22%)	10 (0,46%)	10 (0,16%)
Pericoronaritis	8 (0,2%)	7 (0,31%)	15 (0,69%)	15 (0,24%)
<b>Úlceras</b>				
Aftas recurrentes	63 (1,58%)	22 (0,98%)	85 (3,91%)	85 (1,37%)
Aftas traumáticas	27(0,67%)	21(0,94%)	48 (2,21%)	48 (0,77%)
<b>Lesiones blancas</b>				
Hiperqueratosis (friccional)	179 (4,5%)	172 (7,71%)	351 (16,17%)	351 (5,66%)
Lesiones por mordisqueo	155 (3,9%)	95 (4,26%)	250 (11,52%)	250 (4,03%)
Línea alba	147 (3,7%)	91 (4,08%)	238 (10,96)	238 (3,83%)
Leucoedema	12 (0,3%)	8 (0,35%)	20 (0,92%)	20 (0,32%)
Leucoplasia	8 (0,2%)	99 (4,43%)	107 (4,93%)	107 (1,72%)
Liquen	82 (2,06%)	4 (0,17%)	85 (3,91%)	85 (1,37%)
<b>Lesiones y/o estados linguales compatibles con la normalidad</b>				
Lengua saburral	207 (5,2%)	250 (11,2%)	457	457 (7,4%)
Lengua geográfica	10 (0,25%)	15 (0,67%)	25 (1,15%)	25 (0,40%)
Lengua fisurada	67 (1,68%)	53 (2,37%)	120 (5,52%)	120 (1,93%)
Lengua depapilada	31 (0,78%)	7 (0,31%)	38 (1,75%)	38 (0,61%)
Glositis romboidal media	2 (0,05%)	7 (0,3%)	9 (0,4%)	9 (0,14%)
Lengua vellosa	--	9 (0,4%)	9 (0,4%)	9 (0,14%)
Lengua indentada	13 (0,32%)	7 (0,31%)	20 (0,92%)	20 (0,35%)
<b>Tumoraciones</b>				
Fibromas	25 (0,61%)	16 (0,71%)	41 (1,88%)	41 (0,66%)
Angiomas	50 (1,25%)	40 (1,79%)	90 (4,14%)	90 (1,45%)
Torus	6 (0,15%)	8 (3,58%)	14 (0,64%)	14 (0,2%)
<b>Lesiones por prótesis</b>				
Úlcera por decúbito	70 (1,76%)	30 (1,34%)	100 (4,6%)	100 (1,61%)
Hiperplasia (épulis)	60 (1,5%)	30 (1,34%)	90 (4,14%)	90 (1,45%)
Estomatitis	65 (1,63%)	26 (1,16%)	91 (4,19%)	91 (1,46%)
<b>Otras</b>				
Pigmentaciones melánicas	510 (12,9%)	410 (18,4%)	920	920 (14,9%)
Pigmentaciones exógenas	29 (0,7%)	18 (0,8%)	47 (2,16%)	47 (0,76%)
Frenillo lingual corto	13 (0,32%)	5 (0,22%)	18 (0,82)	18 (0,29%)
Hipertrofia gingival	3 (0,07%)	2 (0,08%)	5 (0,23%)	5 (0,08%)
Gránulos de Fordyce	1200 (30,2%)	850 (38,1%)	2050	2050 (33%)

**Tabla 7 Lesiones registradas en relación a los hábitos tóxicos. Las 2.170 lesiones se han detectado en 2.050 pacientes (33,05%). Si bien hemos especificado el número de lenguas saburrales detectadas, pigmentaciones melánicas y gránulos de Fordyce, igual que en las tablas anteriores, no han sido contabilizados para el cómputo total de las lesiones**

Lesión	Total lesiones (n = 2.170)	Total pacientes (n = 6.201)	Tabaco (n = 1926)	Alcohol (n = 511)	Tabaco-Alcohol (n = 211)	No hábitos (n = 3.764)
<b>Infeciosas</b>						
Candidiasis	91 (4,19%)	91 (1,4%)	52 (2,69%)	4 (0,78%)	4 (1,89%)	35 (0,92%)
Queilitis angular	41 (1,88%)	41 (0,66%)	21 (1,09%)	2 (0,39%)	3 (1,42%)	18 (0,47%)
Herpes labial	98 (4,6%)	98 (1,58%)	32 (1,66%)	5 (0,97%)	4 (1,89%)	61 (1,62%)
Fistulas	13 (0,59%)	13 (0,20%)	4 (0,2%)	3 (0,58%)	2 (0,94%)	6 (0,15%)
Abscesos	10 (0,46%)	10 (0,16%)	3 (0,15%)	2 (0,39%)	1 (0,47%)	5 (0,13%)
Pericoronaritis	15 (0,69%)	15 (0,24%)	2 (0,1%)	2 (0,39%)	—	11 (0,29%)
<b>Úlceras</b>						
Aftas recurrentes	85 (3,91%)	85 (1,37%)	8 (0,41%)	2 (0,39%)	—	75 (1,99%)
Aftas traumáticas	48 (2,21%)	48 (0,77%)	10 (0,51%)	3 (0,58%)	2 (0,94%)	35 (0,92%)
<b>Lesiones blancas</b>						
Hiperqueratosis (friccional)	351 (16,17%)	351 (5,66%)	150 (7,78%)	10 (1,95%)	8 (3,79%)	191 (5,07%)
Lesiones por mordisqueo	250 (11,52%)	250 (4,03%)	90 (4,67%)	10 (1,95%)	9 (4,26%)	150 (3,98%)
Línea alba	238 (10,96)	238 (3,83%)	85 (4,41%)	6 (1,17%)	5 (2,36%)	147 (3,90%)
Leucoedema	20 (0,92%)	20 (0,32%)	7(0,36%)	1 (0,19%)	—	12 (0,31%)
Leucoplasia	107 (4,93%)	107 (1,72%)	96(4,98%)	8 (1,56%)	8 (3,79%)	3 (0,07%)
Liquen	85 (3,91%)	85 (1,37%)	24(1,24%)	8 (1,56%)	7 (3,31%)	53 (1,4%)
<b>Lesiones y/o estados linguales compatibles con la normalidad</b>						
Lengua saburreal	457	457 (7,4%)	160 (8,3%)	50 (9,78%)	20 (9,47%)	247 (6,56%)
Lengua geográfica	25 (1,15%)	25 (0,40%)	9 (0,46%)	2 (0,39%)	2 (0,94%)	14 (0,37%)
Lengua fisurada	120 (5,52%)	120 (1,93%)	45 (2,33%)	4 (0,78%)	2 (0,94%)	71 (1,88%)
Lengua depapilada	38 (1,75%)	38 (0,61%)	7 (0,36%)	6 (1,17%)	3 (1,4%)	25 (0,66%)
Glositis romboidal media	9 (0,4%)	9 (0,14%)	4(0,2%)	—	—	5 (0,13%)
Lengua vellosa	9 (0,4%)	9 (0,14%)	4(0,2%)	2 (0,39%)	1 (0,47%)	3 (0,07%)
Lengua indentada	20 (0,92%)	20 (0,35%)	5 (0,25%)	—	—	15 (0,39%)
<b>Tumoraciones</b>						
Fibromas	41 (1,88%)	41 (0,66%)	15 (0,77%)	2 (0,39%)	1 (0,47%)	24(0,63%)
Angiomas	90 (4,14%)	90 (1,45%)	30 (1,55%)	8 (1,56%)	5 (2,36%)	52 (1,38%)
Torus	14 (0,64%)	14 (0,2%)	5 (0,25%)	2 (0,39%)	3 (1,42%)	7 (0,18%)
<b>Lesiones por prótesis</b>						
Úlcera por decúbito	100 (4,6%)	100 (1,61%)	24 (1,24%)	4 (0,78%)	6 (2,84%)	72 (1,91%)
Hiperplasia (épulis)	90 (4,14%)	90 (1,45%)	24 (1,25%)	5 (0,97%)	4 (1,89%)	61 (1,62%)
Estomatitis	91 (4,19%)	91 (1,46%)	17 (0,8%)	8 (1,566%)	5 (2,36%)	66 (1,75%)
<b>Otras</b>						
Pigmentaciones melánicas	920	920 (14,9%)	420 (21,8%)	80 (15,65%)	60 (28,43%)	420 (11,15%)
Pigmentaciones exógenas	47 (2,16%)	47 (0,76%)	20 (1,03%)	3 (0,19%)	15 (7,1%)	24 (0,63%)
Frenillo lingual corto	18 (0,82)	18 (0,29%)	3 (0,15%)	—	—	15 (0,39%)
Hipertrofia gingival	5 (0,23%)	5 (0,08%)	1 (0,05%)	—	—	4 (0,1%)
Gránulos de Fordyce	2050	2050 (33%)	600 (31,52%)	168 (32,8%)	110 (52,13%)	1282 (34,05%)
Porcentajes referidos a pacientes con lesiones (n = 2.050)	1,05 lesión por paciente	33,05%	41,38% (797 lesiones)	21,9% (112 lesiones)	47,39% (100 lesiones)	33,4% (1.260 lesiones)

**Tabla 8 Localización topográfica de las lesiones**

Localización	n	%
Mucosa yugal	655	30,1
Labio	407	18,7
Encía adherida	257	11,8
Encía libre	169	7,7
Paladar	263	12,1
Vientre lingual y suelo de boca	291	13,4
Dorso lingual	128	5,89
Total	2170	

entre los que sí presentaban alguna alteración en la mucosa (48%) (Tabla 10). Este aspecto ya lo habíamos observado en un estudio previo realizado en la Clínica Odontológica<sup>(14)</sup>. Creemos que, al encontrarse la Clínica en un centro hospitalario, acude un porcentaje sesgado de pacientes con problemas médicos previos. De estos pacientes, en 255 (4,1% de los 6.201 revisados) podemos deducir que la lesión de la mucosa bucal puede tener alguna relación con la entidad sistémica que presenta, lo que representa que en un 12,4% de los pacientes con lesiones en la mucosa bucal, ésta podría estar relacionada con alguna alteración sistémica. Este porcentaje resulta francamente inferior al 53% aportado por Miller<sup>(1)</sup> y es

más elevado que el 2% considerado por Saéz y cols.<sup>(29)</sup>. Las amplias diferencias en este aspecto pueden deberse a un sesgo difícil de controlar, pero consideramos significativo que, de toda la muestra (6.201), y más encontrándose la Clínica en un recinto hospitalario, sólo hayamos encontrado este 4,1% de lesiones de mucosa presumiblemente vinculadas a alguna alteración sistémica.

En referencia a la patología de las glándulas salivales, el porcentaje registrado, un 3,59% (n = 223) (Tabla 9), está muy por debajo del 10,7% citado por De Lucas<sup>(7)</sup> o del 13,7% registrado por Blanco<sup>(13)</sup>. Es posible que el sesgo se deba a la poca costumbre que hay de acudir al dentista cuando se detecta una presunta alteración de las glándulas salivales mayores, así como los criterios para definir la xerostomía. De los 223 casos positivos para patología de glándulas salivales, 32 fueron mucocelos. De esta manera podemos apuntar que el mucocelo representa el 14,3% de toda la patología salival detectada, con una prevalencia en nuestra muestra del 0,5%. Este dato tiene un valor elevado, si comparamos con Aguirre<sup>(30)</sup>, que atribuye a mucocelos el 5,6% de todas las biopsias orales y una prevalencia global de la entidad del 0,25%.

El porcentaje de lesiones que afectan a la mucosa bucal (33%) es inferior a otros estudios 71,5%<sup>(13)</sup>, 61,7%<sup>(7)</sup>, pero coincide con trabajos previos realizados en el mismo cen-

**Tabla 9 Relación de las diferentes afecciones registradas en las 6.201 historias recogidas**

	n	Sí		No	
		n	%	n	%
Lesión de la mucosa bucal	2.050	33	66,9%	4.151	66,9%
Dolor orofacial	958	15,4	84,5	5.243	84,5
Patología sistémica asociada	3.224	51,9	48	2.977	48
Afectación de las glándulas salivales	223	3,59	96,4	5978	96,4

**Tabla 10 Relación de las diferentes afecciones encontradas y la presencia o no de alteraciones en la mucosa bucal**

	Mucosa bucal	Dolor orofacial	Patología sistémica previa	Patología de glándulas salivales
Lesión	2.050 (33%)	322 (15,7%)	984 (48%)	71 (3,46%)
No lesión	4.151 (66,9%)	636 (15,3%)	2.240 (54,3%)	152 (3,66%)
Total	6.201	958 (15,4%)	3.334 (51,9%)	223 (3,59%)

586 tro<sup>(14)</sup> y es sensiblemente superior a trabajos sobre población general que citan menos del 10%<sup>(4)</sup>. Es significativo destacar que el porcentaje aumenta cuando consideramos a los pacientes con hábito tabáquico (41,2%), alcohólico (21,9%) o especialmente ambos conjuntamente (47,3%). Este incremento se produce, como luego comentaremos, a expensas de las lesiones blancas en el caso el tabaco.

Nos parece significativo destacar que se han encontrado dos lesiones en el labio sospechosas de carcinoma y ambas han sido remitidas para estudio y valoración al Servicio de Cirugía Maxilofacial. Dichas lesiones no han sido contabilizadas en el presente estudio. De igual forma hemos decidido no contabilizar como lesiones para el cálculo de porcentajes las manchas melánicas, los gránulos de Fordyce y la lengua saburral. Los tres cuadros presentan criterios diagnósticos difíciles, en especial cuando el examinador no es el mismo para todos los casos. Las pigmentaciones melánicas se han presentado en un 14,9%. La cifra encontrada se sitúa por debajo de algunos estudios 24,6%<sup>(9)</sup>, 88,4%<sup>(17)</sup>, pero es un elemento que depende mucho de la raza estudiada. Así, las cifras registradas en los países nórdicos son inferiores 6,6%<sup>(6)</sup>. La mayor parte de autores defienden una prevalencia mayor en las mujeres debido al componente hormonal<sup>(31)</sup>, aspecto que no hemos podido corroborar en nuestro estudio (predilección por el sexo masculino, con 1,4 varones con pigmentación por cada mujer). Pensamos, no obstante, en concordancia con otros autores<sup>(17, 18)</sup>, que puede representar un importante sesgo el consumo de tabaco. De hecho, en el trabajo que presentamos, los pacientes con hábitos tóxicos (tabaco y/o alcohol) presentan hasta 2,7 más pigmentaciones melánicas que los que no fuman o beben. La proporción más alta se da en los pacientes que fuman y beben (28,4% frente al 10,% de los que no beben ni fuman).

La lengua saburral es poco considerada en los trabajos sobre medicina bucal. Se ha presentado en nuestro estudio con una media de 7,4% y una diferencia estadísticamente significativa entre los dos sexos ( $p < 0,000$ ).

La prevalencia de los gránulos de Fordyce varía mucho entre las diferentes etnias<sup>(9)</sup>. Hemos encontrado pocas diferencias entre ambos sexos, con un porcentaje global del 33%, muy por debajo de otros estudios, como los de

Axéll<sup>(32)</sup> con un 50,3%, Martínez<sup>(9)</sup>, con un 50,4%, o Regezi<sup>(31)</sup>, con un 94%.

Dentro de la patología infecciosa ( $n = 268$ ), que representa 12,3% de las lesiones, cercano al 10% que describe Saéz<sup>(10)</sup>, la lesión más frecuentemente encontrada ha sido el herpes labial (1,58%), seguido de la candidiasis (1,4%), cifras ambas por debajo de la encontradas por Martínez (9%). No se ha sugerido una mayor relación del herpes con el consumo de tabaco y/o alcohol, pero en nuestro estudio se presenta una mayor incidencia, que no llega a ser significativa, en los pacientes que fuman y beben. La candidiasis, por el contrario, sí que ha sido ampliamente relacionada con el consumo de tabaco<sup>(18)</sup>, aspecto que se ha corroborado en nuestro trabajo con una  $p < 0,000$ . La cifra global que hemos obtenido ( $n = 91$ , 1,4%), es inferior a los resultados de Martínez, con el 2%<sup>(9)</sup>, Blanco, con el 3,8%<sup>(13)</sup>, Ruiz, con el 6,49%<sup>(14)</sup>, pero sensiblemente superiores a los referenciados por Bouquot<sup>(2)</sup>. Los datos tan dispares pueden ser debidos al criterio clínico del diagnóstico y a la dificultad para contrastar todos los factores patogénicos asociados.

El porcentaje obtenido de fistulas y abscesos es mayor en los pacientes con hábitos tóxicos, en especial con tabaco y alcohol; el problema puede reflejar un mayor descuido de la boca por parte de estos pacientes.

Las úlceras o aftas traumáticas, consideradas como una patología muy frecuente en muchos textos de medicina bucal, se presenta con una prevalencia del 0,77%, muy por debajo del 4,7% encontrado por Martínez<sup>(9)</sup>.

La estomatitis aftosa recurrente tiene valores muy diferentes en función de la población estudiada; desde el 3,2% encontrado por Blanco<sup>(13)</sup>, el 2,3% de Martínez<sup>(9)</sup>, el 2% de Salonen<sup>(6)</sup>, o las cifras del 17% al 45% citadas por Gándara<sup>(33)</sup>, hasta el 1,37% de nuestro estudio. Nuestros datos corroboran los estudios que atribuyen una mayor proporción en el sexo femenino<sup>(34)</sup> y una menor proporción, no aceptada por todos los autores, en los pacientes fumadores<sup>(33, 35, 36)</sup>. Clásicamente se acepta que uno de los factores que más influye en la metodología de los estudios es el momento de registro de la lesión (evidencia clínica de la misma o confirmación en la anamnesis)<sup>(37)</sup>. Al igual que Martínez<sup>(9)</sup>, hemos encontrado una mayor proporción en las mujeres.

La lesión blanca es una de las entidades más atrayente dentro del campo de la medicina bucal. Los acuerdos de Uppsala<sup>(38)</sup> determinan que el primer elemento es descartar una causa traumática. Nosotros hemos encontrado un total de 1.051 lesiones, lo que representa un 16,94 (7%) de pacientes afectados, con un discreto predominio en el sexo masculino (20,9% frente al 14,68%). Estos datos globales son sensiblemente inferiores a los aportados por Martínez<sup>(9)</sup> o Blanco<sup>(13)</sup>, 30,4% y 31% respectivamente.

La mucosa mordisqueada, que no se relaciona con el consumo de tabaco o alcohol, depende de forma marcada del grado de estrés de la población estudiada. Así, Martínez y cols.<sup>(9)</sup> citan cifras del 0,5% hasta el 4% en su revisión y ellos encuentran un 6,1% en su estudio.

La frecuencia de hiperqueratosis friccional que hemos encontrado, un 5,66%, es cercana a la del 4,6% aportada por Salonen<sup>(6)</sup> y francamente inferior a la encontrada por Martínez (11,5%)<sup>(9)</sup>. La mayor prevalencia en el sexo masculino y en el hábito tabáquico corrobora estudios previos<sup>(9)</sup>, pero, al contrario que éstos, la prevalencia en el consumo de alcohol o en la asociación de alcohol y tabaco disminuye.

Las cifras de leucoedema (0,32%), entidad de difícil diagnóstico, están por debajo de las cifras obtenidas en un estudio previo, 1,08%<sup>(14)</sup>.

Obtenemos un 1,7% de prevalencia de leucoplasia en la muestra, con una significación estadística clara a favor de los hombres y el consumo de tabaco. La relación de la leucoplasia con el tabaco es variable, dependiendo de los estudios, desde un 40,9%<sup>(39)</sup> hasta el 86,5%<sup>(40)</sup>. Esta relación se ha descrito no sólo con el consumo, sino también con la dosis (frecuencia, cantidad y duración del uso)<sup>(41)</sup>. La mayor relación con el alcohol también se da en nuestro estudio, al igual que en otros trabajos<sup>(42)</sup>. Nuestras cifras de prevalencia se encuentran en una franja media con relación a diferentes estudios: Knapp con un 0,2%<sup>(43)</sup>, Martínez con un 0,5%<sup>(9)</sup>, o Axéll con un 3,6%<sup>(5)</sup>, pero algunos autores citan cifras mucho más elevadas. El problema, tal y como cita Bagán<sup>(39)</sup> puede deberse al criterio que cada autor utiliza para emplear el término leucoplasia.

Habitualmente se cita el líquen plano como la entidad más frecuente de los diagnósticos realizados en patolo-

gía de la mucosa bucal, después de la patología infecciosa, representado un 20%<sup>(44)</sup>. Nosotros encontramos una frecuencia del 1,37%, con clara preferencia por las mujeres, sin relación con el tabaco o el alcohol y representando un 3,9% de todas las lesiones encontradas. Blanco<sup>(45)</sup> cita en su revisión una prevalencia global entre el 0,2 y el 4%.

La prevalencia de las lesiones linguales, excluyendo, como ya hemos comentado, la lengua saburral, ha sido del 3%, sin preferencia por ninguno de los sexos. El resultado está por debajo de otros trabajos, como el de Axéll, que apunta un 10% (32%), Bánóczy un 18%<sup>(40)</sup>, o Martínez un 6,6%<sup>(9)</sup>. La lengua fisurada, que habitualmente se cifra en porcentajes superiores al 5%<sup>(6,9,40)</sup>, la hemos encontrado sólo en el 1,93% de los pacientes. La lengua velloosa también la hemos encontrado en un porcentaje bajo, 0,14%, con respecto a otros autores: Martínez cita un 0,8%<sup>(9)</sup>, Darwazeh un 3,4%<sup>(46)</sup> y un predominio en varones. Sí que obtendríamos cifras semejantes a otros autores en cuanto a lengua geográfica, con un 0,4%. Estudios sobre la glositis romboidal media hay pocos y muchos autores la incluyen entre las candidiasis; el porcentaje obtenido se ha visto muy influido por el uso del tabaco (2% frente al 1,2% de los no fumadores).

El porcentaje de fibromas obtenido (0,66%, n = 41) no se ha visto influenciado ni por el sexo, ni por el tabaco y/o alcohol, ni tampoco por el uso de prótesis. La prevalencia encontrada ha sido francamente inferior a la de otros trabajos realizados en población general<sup>(6,9)</sup>.

Hemos encontrado un total de 90 lesiones vasculares, representado un 1,4%, semejante a la aportado por Salonen en población sueca<sup>(6)</sup>, con un 1,7%, pero inferior a los datos registrados por Martínez<sup>(9)</sup>, con un 3,3%, o Axéll, con un 2,3%<sup>(32)</sup>.

En cuanto a las lesiones por prótesis, se han presentado en un total de 281 pacientes, representando un 4,5%, cifras inferiores a las descritas por Martínez<sup>(9)</sup>, con un 9,6%. Es importante constatar que, si únicamente contabilizamos los pacientes con prótesis, el porcentaje asciende a un 22,7%. Es significativo destacar que el porcentaje de úlceras por decúbito y de hipertrofia es semejante.

En el capítulo otras hemos agrupado algunas lesiones que se han encontrado al revisar las historias. Ya hemos

588 comentado las manchas melánicas. Otras pigmentaciones, exógenas o endógenas no raciales, se han presentado en un total de 47 (0,76%), de las que en 27 se debían a restos de amalgama (en 25 hubo confirmación radiográfica y en dos se realizó confirmación biopsica). Cuatro de las pigmentaciones fueron atribuidas a un problema endocrinológico, dos se consideraron cloasmas gravídicos, tres fueron diagnosticadas de placas melanóticas orales, dos de extravasación de sangre y las nueve restantes podrían ser etiquetadas de melanosis de fumador. El tabaco, como aportan los estudios, es un factor coadyuvante<sup>(18)</sup>.

En la muestra se han presentado dos pacientes con frenillo lingual corto (los dos varones, uno de 54 años y el otro de 22 años). Se consideró frenillo lingual corto aquél que no permitía al paciente protruir la lengua más de 1-2 cm por fuera de los incisivos inferiores, o si no podía tocar el paladar duro con la punta y la boca abierta<sup>(47)</sup>. Ambos pacientes fueron remitidos a cirugía, si bien no mostraron excesivo interés, al encontrarse adaptados.

El agrandamiento gingival puede deberse a diferentes causas<sup>(48)</sup>. Los porcentajes son variables dependiendo de los estudios. De los cinco casos registrados en la muestra, uno se debía al consumo de fenitoína, dos por antagonistas del calcio (nifedipino) y en dos casos no fue posible encontrar un factor asociado.

### CONCLUSIONES

Los estudios epidemiológicos en los que hay diferentes investigadores tienen un sesgo importante, que es el de los criterios diagnósticos no homogéneos. Los resultados que hemos obtenido no son muy distintos de los de otros estudios, salvo algunos aspectos comentados en la discusión. Creemos que el trabajo aporta una muestra amplia de pacientes, que, si bien está sesgada por el motivo de la consulta (revisión odontológica), nos puede ayudar a determinar cuál es el papel que ocupa la disciplina de medicina bucal en la clínica odontológica diaria.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Miller CS, Hall EH, Falace DA, Jacobson JJ, Lederman DA, Segelman AE. Need and demand for oral medicine services in 1996. *Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;**84**:630-634.
2. Bouquot JE. Common oral lesions found during a mass screening examination. *JADA* 1986;**112**:50-57.
3. Gupta PC, Metha FS, Daftary DK, Pindborg JJ, Bhonsle RB, Jalnawalla PN et al. Incidence rates of oral cancer and natural history of oral precancerous lesions in a 10-years follow-up study indian villagers. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980;**8**:287-333.
4. Zain RB, Ikeda N, Razak IA, Axéll T, Majid ZA, Gupta PC et al. A national epidemiological survey of oral mucosal lesions in Malaysia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;**25**:377-383.
5. Axéll T. Occurrence of leukoplakia and some other white lesions among 20.333 adult Swedish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987;**15**:46-51.
6. Salonen L, Axéll T, Hellden L. Occurrence of oral mucosal lesions, the influence of tobacco habits and an estimate of treatment time in adult Swedish population. *J Oral Pathol Med* 1990;**19**:170-176.
7. De Lucas Tomás. Medicina Bucal (La Moderna Escuela Española). *Arch Odontoestomatol* 1992;**10**:458-490.
8. García-Pola MJ, Martínez AI. Estudio epidemiológico de la Patología Oral en pacientes de la Escuela de Estomatología de Oviedo. *Rev Act Odontoestomatol Esp* 1996;**56**:22-31.
9. Martínez AI, García-Pola MJ. Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en pacientes de la Escuela de Estomatología de Oviedo. *Medicina Oral* 2002;**1**:4-16.
10. Sáez MR, Bermejo A, Cascales J, López P, Oñate R, Saura A. *Estudio descriptivo de la asistencia en Medicina Bucal en la facultad de odontología de la Universidad de Murcia* (Comunicación oral). III Congreso de la S.E.M.O. y la I Reunión de la academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal. Santiago de Compostela, 10-12 de octubre de 1996.
11. Cerero R, Moreno LA, Esparza GC, Rodrigo MA, García JA, Bascones A. *Patología médica bucal observada en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid* (Comunicación oral) III Congreso de la S.E.M.O. y I Reunión de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal. Santiago de Compostela, 10-12 de octubre de 1996.
12. Moreno LA, Cerero R, Esparza GC, Rodrigo MA, García JA, Martínez A. *Análisis de los resultados de las biopsias efectuadas en patología de la mucosa bucal 1989-1995* (Comunicación Oral). Libro de resúmenes, pág 51. Congreso Internacional de Estomatología. Santiago de Compostela, 25-27 de abril de 1996.
13. Blanco Carrión A. *Proyecto Docente*. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Santiago de Compostela, 1999.
14. Ruiz S, Gutiérrez R, Chimenos E. Lesiones de la mucosa bucal detectadas en las primeras visitas realizadas en la Clínica Odontológica Universitaria. *Anales de Odontoestomatología* 1996;**2**: 87-92.
15. Vigneswaran N, Tilashalski K, Rodu B, Cole P. Tobacco use and

- cancer. An reappraisal. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1995; **80**:178-182.
16. Gupta PC. Epidemiologic study of the association between alcohol habits and oral leukoplakia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1984; **12**:47-50.
17. Hedin CA, Axéll T. Oral melanin pigmentation in 467 Thai and Malaysian people with especial emphasis on smoker's melanosis. *J Oral Pathol Med* 1991; **28**:8-12.
18. Moreno LA, Esparza GC, Cerero R. Lesiones en mucosa oral y consumo de tabaco. La situación actual. *Rev Europ Oodontoestomatol* 1996; **6**:373-82.
19. Randfjord DR, Randfjord JR. A SEM study of denture plaque and oral mucosa of denture-related stomatitis. *J Dent* 1993; **21**:87-93.
20. Fernández L, López S, Mañes JF, Selva EJ. Estomatitis protética: Aspectos etiológicos, patogénicos, diagnósticos y de tratamiento. Puesta al día. *Arch Odontoestomatol* 1998; **14**:467-476.
21. WHO. *Oral Health Surveys: Basic Methods*. Ed. 4 Geneva: World Health Organization, 1997.
22. Llodra-Calvo JC, Bravo-Pérez M, Cortés-Martínicorena FJ. Encuesta de salud Oral en España (2002). *RCOE* 2002; **7**:19-63.
23. Boyle P, Mac Farlane GJ, Blot WJ, Chiesa F, Lefèbvre JL, Mano Azul A, de Vries N, Scully C. European School of Oncology Advisory Report to the European Commission for the Europe against Cancer Programme: Oral carcinogenesis in Europe. *Oral Oncol Eur J Cancer* 1995; **31B**:75-85.
24. World Health Organization. *Oral Health surveys. Basic methods*. 4th ed. Geneva: WHO, 1997.
25. World Health Organization. *Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions*. Copenhagen: Munksgaard, 1980.
26. Ogden GR, Wight AJ, Rice P. Effect of alcohol on the oral mucosa assessed by quantitative cytomorphometry. *J Oral Pathol Med* 1999; **28**:216-20.
27. Rugh JD, Solber WK. Oral Health status in the United States: Temporomandibular disorders. *J Dent Educ* 1985; **49**:398-404.
28. Truelove EL. Temporomandibular disorders. En: Silverman S, Eversole LR, Truelove EL. *Essentials of Oral Medicine*. London: BC Decker, 2001: 311-326.
29. Sáez MR, Bermejo A, Cascales J, López P, Oñate R, Saura A. *Estudio descriptivo de la asistencia en Medicina Bucal en la facultad de odontología de la Universidad de Murcia* (Comunicación oral). III Congreso de la S.E.M.O. y la I Reunión de la academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal. Santiago de Compostela, 10-12 de octubre de 1996.
30. Aguirre JM. Sialolitiasis y quistes de las glándulas salivales. En: Bagán JV, Ceballos A, Bermejo A, Aguirre JM, Peñarrocha M. *Medicina Oral*. Barcelona: Masson, 1995: 311-320.
31. Regezi JA, Sciubba JJ. *Patología bucal. Correlaciones clínico-patológicas*. 3ª ed.. México: McGraw- Hill Interamericana; 2000. 31-151.
32. Axéll T, Zain RB, Siwamogstham P, Tantiranir D, Thampipit J. Prevalence of oral soft tissue lesions in out-patients at two Malaysian and Thai Dental schools. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; **18**:95-9.
33. Gándara JM, Gándara P, Somoza M. Lesiones ulcerosas y aftosis. En: Ceballos A, Bullón P, Gándara JM, Chimenos E, Blanco A, Martínez-Sahuquillo A, García A. *Medicina Bucal Práctica*. Santiago de Compostela: Danú; 2000: 189-203.
34. Rodríguez A, Urquía A, Ceballos A. Aftosis oral recidivante: estudio epidemiológico, etiológico y clínico sobre 50 casos. *Av Odontoestomatol* 1994; **10**:421-426.
35. Scully C, Porter S. Recurrent aphthous stomatitis: current concepts of etiology, pathogenesis and management. *J Oral Pathol Med* 1999; **18**:21-7.
36. Axéll T, Henricsson V. Association between recurrent aphthous ulcers and tobacco habits. *Scand J Dent Res* 1985; **93**:239-42.
37. Kleinman DV, Swango PA, Nieseen LC. Epidemiologic studies of oral mucosal conditions - methodologic issues. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; **19**:129-40.
38. Axéll P, Pindborg JJ, Smith CJ, Van der Waal and an International Collaborative Group on Oral White Lesions: Oral white lesions with special reference to precancerous and tobacco-related lesions: conclusions of an international symposium held in Uppsala, Sweden, May 18-21 1994. *J Oral Pathol Med* 1996; **25**: 49-54.
39. Bagán JV, Vera F, Milián MA, Peñarrocha M, Silvestre FJ, Sanchís JM. Leucoplasia oral: estudio clínico-patológico de 110 casos. *Archivos de Odontoestomatología* 1993; **9**:127-38.
40. Bánóczy J, Rigo O. Prevalence study of oral precancerous lesions within a complex screening systems in Hungary. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; **26**:5-7.
41. Mecklemburg RE, Greenspan D, Kleinman DV, Manley MW, Niessen LC, Robertson PB, Winn DE. *Tobacco effects in the mouth*. National Cancer Institute and National Institute of Dental Research. U.S. Department of Health and Human Services. NIH Publication N° 92-3330. 1992.
42. Álvarez M, Blanco A, Antúnez J, Gándara P, García A, Gándara JM. Estudio clínico-histopatológico de la leucoplasia oral. *Av Odontoestomatol* 2001; **17**:379-97.
43. Knapp MJ. Oral diseases in 181.338 consecutive oral examinations. *J Am Dent Assoc* 1971; **83**:1288-93.
44. Cerero R, García JA, García-Pola MJ. Liquen plano oral. *RCOE* 1997; **8**:643-60.
45. Blanco Carrión A. *Liquen Plano Oral*. Madrid: Ediciones Avances, 2000; 19.
46. Darwazeh AMG, Pillai K. Prevalence of tongue lesions in 1013 Jordania dental outpatients. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; **21**:32.
47. Gay C. Frenillos bucales. En: Gay C, Berini L. *Cirugía bucal*. Barcelona: Ergon 1999: 578-595.
48. Chimenos E, Calsina G, Pereferrer D, Jané E, López J, Roselló X. Agrandamientos gingivales yatrogénicos. *Salud Rural* 1996; **13**:45-54.