



# **UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS  
Y SALUD PÚBLICA**

## **TESIS**

**FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS  
CLÍNICAS DE LAS LESIONES BUCALES, EN  
NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR Y  
ESCOLAR, QUE ACUDEN A LAS CLINICAS  
DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FACULTAD  
DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y SALUD  
PÚBLICA EN TUXTLA GUTIÉRREZ,  
CHIAPAS; MÉXICO, 2012**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTA  
LUIS GABRIEL ROSALES COUTIÑO**

**DIRECTOR DE TESIS  
DR. FERNANDO RUÍZ BALBUENA**

# ÍNDICE

<b>CAPITULO 1. Planteamiento del problema.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO 2. Justificación.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPITULO 3. Marco teórico.....</b>	<b>9</b>
<b>CAPITULO 4. Objetivos.....</b>	<b>18</b>
4.1 Objetivo General.....	19
4.2 Objetivos Específicos.....	19
<b>CAPITULO 5. Metodología.....</b>	<b>20</b>
5.1 Diseño de estudio.....	21
5.2 Descripción del área de estudio.....	21
5.3 Población.....	21
5.3.1 Criterios de inclusión.....	21
5.3.2 Criterios de exclusión.....	22
5.4 Variables.....	23
5.5 Método de recolección de datos.....	24
5.5.1 Exploración extra e intra bucal.....	24
5.5.2 Material.....	26
<b>CAPITULO 6. Aspectos éticos.....</b>	<b>27</b>
<b>CAPITULO 7. Resultados y discusión.....</b>	<b>28</b>
7.1 Frecuencia de lesiones bucales, según el sexo.....	30
7.2 Frecuencia de lesiones bucales, según grupo de edad.....	30
7.3 Frecuencia de lesiones y clasificación de las patologías.....	31
7.4 Resultados de diversos estudios sobre lesiones bucales.....	35
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>36</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>40</b>

## **Agradecimientos:**

La elaboración de esta tesis de maestría ha sido posible por el apoyo y la confianza que me brindaron muchas personas e mi institución. Espero corresponder a sus expectativas. En primer lugar, quiero agradecer al Dr. Fernando Ruíz Balbuena por la dirección de la presente tesis, y sobre todo, por el tiempo que me ha dedicado, por sus consejos y orientaciones científicas. Mi más sincero agradecimiento por su confianza, ayuda y motivación en todo momento, que han hecho posible llegar hasta el final de este proyecto. Todas estas palabras, serán siempre pocas.

A todo el personal docente y administrativo de las clínicas de odontología pediátrica de la Facultad de Ciencia Odontológica y Salud Pública de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, por su colaboración y valioso apoyo.

A todos los niños y padres de los mismos, que acudieron a solicitar atención odontológica a las clínicas de odontología pediátrica y que tan amablemente aceptaron participar en el estudio, proporcionando toda la información necesaria para la elaboración del presente trabajo, sin ellos este estudio hubiera sido imposible realizarlo.

En lo institucional, todo mi agradecimiento a las autoridades académicas de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, por todas las facilidades otorgadas para realizar este proyecto; y a todas aquellas personas que han contribuido de manera directa o indirecta a la realización de este trabajo de tesis.

### **A Dios**

Por todas las bendiciones recibidas, por dejarme de vivir plenamente mi profesión y permitirme lograr mis metas tan anheladas.

### **A mi mamá**

Por ser mi gran ejemplo de vida, por tu amor, por tus consejos y apoyo incondicional siempre recibido. Te quiero mucho mami.

### **A mi esposa Tathiana**

Por ser mi apoyo incondicional durante éste largo camino, por darme aliento y ofrecerme tu hombro en los momentos difíciles. Te amo

### **A mis hijas Tathiana y Michelle**

Mi fuente de inspiración y motivación, el regalo más bello jamás recibido y una bendición de Dios. Las amo princesas

### **A mis hermanas**

Porque siempre conté con ustedes, con su cariño y apoyo. Siempre serán mis hermanitas y las quiero mucho.

### **A mis tíos y tías**

Porque siempre conté con ustedes, con su cariño y apoyo. Los quiero mucho.

# **CAPITULO 1**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Para **Ambika** (2011) la cavidad oral es considerada como un espejo en la salud general de una persona. Las lesiones bucales pueden estar presentes al nacer o se van haciendo evidentes más adelante en la vida.

De acuerdo con **Keochgerián** (2009) la etiopatogenia de las enfermedades de la mucosa bucal pueden ser de origen inflamatorias, neoplásicas, del desarrollo, genéticas, inmunitarias o de etiología desconocida. Pueden tener un origen local o ser la expresión sistémica de enfermedades sistémicas que muchas veces constituyen los signos más notorios de condiciones médicas que pueden pasar desapercibidas. En su conjunto son patologías denominadas como de baja prevalencia; la edad de presentación es variada, algunas tienen mayor expresión en ciertos períodos de la vida y pueden tener predilección de género o raza.

De acuerdo con lo propuesto por **Espinosa** (2006), que piensa que cuando se habla de la salud bucal de los niños tan solo se consideran aspectos como el mantener una dentición permanente sana, buena salud periodontal y que el resto de las estructuras orales se mantengan saludables. Considera que los profesionales de la salud bucal de los tejidos blandos no representan mayor importancia como si lo es los órganos dentarios y el soporte óseo, sin considerar que la mucosa cumple varias funciones entre ellas la de protección, como termorregulador corporal y sobre todo la de producción salival. Las enfermedades crónicas son los principales problemas de salud pública en la mayor parte del mundo. El patrón de enfermarse ha transformado en todo el mundo esto debido principalmente a los estilos de vida cambiantes, que incluyen las dietas ricas en azúcares, el uso generalizado de tabaco y el aumento del consumo de alcohol. Además de los determinantes socio-ambientales; las enfermedades bucales están muy relacionadas con estos estilos de vida. Las enfermedades bucales son consideradas como uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo, y como en todas las enfermedades, la mayor carga es en las poblaciones desfavorecidas y marginadas socialmente. Las graves repercusiones en términos de dolor y sufrimiento, deterioro de la función y el efecto en la calidad de vida también debe ser

considerado. El tratamiento de las enfermedades bucales es extremadamente costoso y no es factible en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos (Mejía, 2012).

La Organización Mundial de Salud (OMS) menciona que las enfermedades bucales son la cuarta causa más costosa de tratar, en nuestro país se encuentran entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país. En países de altos ingresos, la carga de la enfermedad oral se ha abordado mediante la creación de avanzados servicios de salud bucodental que ofrecen principalmente el tratamiento a los pacientes. La mayoría de los sistemas se basan en la demanda de atención recibida por los odontólogos privados, aunque algunos países de altos ingresos han organizado consultorios públicos de salud bucodental en los sistemas. En la mayoría de los países de bajos y de ingresos medios, la inversión en el cuidado de la salud oral es baja y los recursos se asignan principalmente a la atención oral de emergencia y alivio del dolor (Mejía, 2012).

De acuerdo con la OMS la Salud Bucal puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, úlceras bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, así como otras enfermedades y trastornos que afectan a la cavidad bucal (Mejía, 2012).

La definición de patología literalmente es el tratado o estudio (logos) de la enfermedad (pathos), en la odontología existe una rama que se encarga de estudiar, identificar y tratar las lesiones y alteraciones de la cavidad oral esta es la patología bucal, las lesiones orales se presentan como diversas patologías que podemos observar tanto en la mucosa oral como en los tejidos duros. Estos presentan diversos factores etiológicos que pueden ser los factores hereditarios, los genéticos y los externos, dentro de los factores externos tenemos la edad, ya que existen numerosas patologías que se desarrollan en la niñez y en esta edad



también entran los demás factores que son los genéticos, los hereditarios entre otros como son la zona donde viven, para que se desarrolle algún tipo de patología.

Para **Rioboo** (2005) el responsable de atender a un paciente pediátrico debe considerar la posibilidad de poder de hallar alteraciones bucales especialmente en los primeros años de vida.

**Espinosa** (2006) opina que los niños pueden llegar a presentar una variedad de lesiones intra y extra orales, éstas pueden tener sintomatología que en algunos casos pueden provocar malestar y que pueden ser recurrentes, por esa razón se requiere de realizar un buen diagnóstico para darle un correcto manejo y que dependiendo del tipo de lesión podrá ser el tratamiento y por lo tanto el debido seguimiento.

El examen de cavidad bucal en niños proporciona importantes herramientas en el diagnóstico de las alteraciones del desarrollo, enfermedades neoplásicas, infecciosas e inflamatorias. Los estudios que analizan la prevalencia de las enfermedades bucales están en su mayoría asociados hacia la edad adulta y por tanto en la literatura mundial existen relativamente pocos reportes que comenten acerca de las condiciones de la mucosa bucal y de las enfermedades pediátricas (**González**, 2011).

De acuerdo con **Espinosa** (2006) para realizar una buena exploración de los tejidos blandos hay que tener los conocimientos suficientes en cuanto al tamaño, forma, color y la textura de todas las estructuras, esto deberá realizarse previa inspección de los tejidos duros (órganos dentarios) además de la oclusión, todo esto deberá estar bien documentado en la historia clínica.

Según **Linares** (2013) los estudios de prevalencia de patología bucal en niños realizados en México, solo han sido orientados principalmente a caries,

maloclusiones y periodontopatías, y que son pocos los que brindan resultados sobre la prevalencia global de las lesiones de la mucosa bucal o tan solo representan un análisis de la literatura publicada sobre el tema.

Para **González** (20011) la mayoría de los estudios al respecto de las alteraciones bucales en niños y adolescentes, son enfocadas a problemas dentales y periodontales, razón por lo cual existen relativamente pocos reportes en la literatura que abordan a las lesiones de tejidos blandos de la mucosa bucal; en ocasiones los signos y síntomas de las alteraciones de la mucosa bucal difieren de las alteraciones que se presentan en adultos.

De acuerdo con **Rioboo** (2005) piensa que si el odontólogo no tiene los conocimientos y la concentración necesaria al momento de realizar la revisión intra oral en un paciente pediátrico para llevar a cabo un diagnóstico presuntivo de posibles alteraciones podría dejar pasar por alto alguna lesión significativa y por lo tanto no indicar el tratamiento necesario.

En opinión de **Espinosa** (2006) realizar de manera adecuada la exploración de la mucosa oral no brinda suficiente información para realizar un buen diagnóstico de las alteraciones de origen embrionario y lesiones de tipo neoplásicas, de origen infeccioso o ya sean inflamatorias. Muchas de estas lesiones no tienen un significado médico, pero saber reconocer el origen de una enfermedad es de mucho valor médico, en especial si esta enfermedad tiene su origen en la cavidad oral y es signo primario de esta. Añade que existe pocos estudios de tipo epidemiológico que versen sobre lesiones patológicas de la cavidad oral en niños mexicanos, pues en su mayoría solo describen patologías de las personas adultas y que difieren mucho además de no orientar en el cómo pudieran afectar a los niños.

Los niños son un grupo bien diferenciado de la población que, a diferencia de la población general no sólo debido a su pequeño tamaño, sino porque algunas

lesiones tienen una predilección por este grupo de población, como la histiocitosis de células de Langerhans y algunos tipos de linfoma, leucemia, y hemangioma.

Según **García** (2002) comenta que en la actualidad se han realizado muy pocos estudios epidemiológicos sobre la patología de la mucosa oral en niños (7- 11), y que en España se llevó a cabo un estudio sobre la patología lingual en niños de edad escolar, pero no existen estudios epidemiológicos que hayan analizado específicamente la prevalencia de las lesiones orales en la población infantil.

De acuerdo a **Linares** (2013) los estudios epidemiológicos de lesiones de la mucosa oral realizados en pacientes pediátricos han registrado diferentes prevalencias y cuyas diferencias pueden ser resultado de las diferentes metodologías empleadas en las investigaciones.

Los estudios epidemiológicos han mostrado gran variabilidad en la prevalencia de las lesiones mucosas orales en las diferentes zonas del mundo, pero en este estudio nos centraremos en México; específicamente en la población que acude por atención dental a las clínicas de odontopediatría de la Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública de la UNICACH en el estado de Chiapas.

# **CAPITULO 2**

## **JUSTIFICACIÓN**

En los últimos años se han realizado numerosas investigaciones sobre las manifestaciones de la mucosa bucal en el ámbito mundial, todas ellas desde el punto de vista de aspectos etiológicos, patogénesis, clínica, histopatológicos y de tratamiento. Sin embargo, un número reducido de trabajos se han dedicado a los aspectos epidemiológicos de dichas entidades patológicas en poblaciones pediátricas (**Jiménez, 2005**).

La epidemiología de las enfermedades de la cavidad bucal ha estado ubicada en un plano secundario, sin recibir atención apropiada en la planificación del servicio de salud bucal. Por tal motivo existen pocas referencias sobre la incidencia y tipo de lesiones en los tejidos blandos que se presentan en niños y adolescentes (**Jiménez, 2005**).

A nivel mundial, la población infantil ha sido poco estudiada y el resto de los estudios que analizan la prevalencia de la patología oral, en su gran mayoría están orientados hacia la edad adulta y por tanto no son apropiados para valorar cómo afectan estas enfermedades a los niños (**García, 2002**).

En este sentido, considerando que hay pocos estudios sobre el tema y que en el estado de Chiapas (México), según la bibliografía revisada no existe ningún estudio epidemiológico que ilustren y haya analizado específicamente la prevalencia de las lesiones orales en la población infantil; el presente estudio pretende determinar la prevalencia de las lesiones bucales en niños con la idea de conocer la magnitud del problema de esta población.

# **CAPITULO 3**

## **MARCO TEÓRICO**

Según **Linares** (2013) la mucosa oral de pacientes pediátricos es propensa de presentar lesiones o alteraciones de etiología variable como hábitos parafuncionales, anomalías del desarrollo, infecciones, manifestaciones de enfermedades sistémicas, lesiones de origen inflamatorio y las lesiones traumáticas.

En una revisión de la literatura realizada por **Colaci** (2013), se encontraron con 12 estudios epidemiológicos publicados desde 1988 a 2013, cada uno teniendo en cuenta la prevalencia de lesiones de la mucosa oral los niños de las distintas regiones en todo el mundo. En lo que respecta a los países de origen de cada estudio, en Brasil se realizaron 3, en México y Estados Unidos se realizaron 2, en Italia, Turquía, España, Sudáfrica, y Argentina se realizaron 1 respectivamente. En los estudios seleccionados se encontró una considerable diferencia en la prevalencia de las lesiones en la mucosa oral de los niños examinados; de hecho, el porcentaje de las lesiones varía de 4.1 a 69.5 %. Por otra parte la comparación entre las encuestas enfrentaron considerables problemas metodológicos debido a la ausencia de protocolos estándar y la amplia variación en los métodos utilizados, en particular, el número de niños de cada investigación varía de 299 a 39206. En cuanto a la prevalencia de cada lesión, varía ampliamente entre los grupos de investigación. En cuanto a las lesiones de la mucosa oral más frecuentes, la estomatitis aftosa recurrente en los estudios revisados el rango fue 0.67 a 10.86%.

De acuerdo a **Colaci** (2013), la prevalencia de herpes labial recurrente en los estudios analizados oscila entre el 0.2 al 5.2%. Los estudios epidemiológicos demostraron una alta frecuencia de enfermedades de la lengua entre lesiones de la mucosa de la cavidad oral, aunque la prevalencia varía en diferentes partes del mundo. En otros estudios revisados, se encontró que la candidiasis oral en el estudio de Yilmaz et al, la prevalencia fue de 10.7%; pero subrayó que la prevalencia fue mayor en los bebés. Las lesiones traumáticas en los estudios revisados, reportaron una prevalencia que fue del 0.09 al 12.2%.

Para **Ambika** (2011) la cavidad oral está considerada como un espejo de la salud en general. En muchas lesiones como las linguales, en el caso de la lengua fisurada, lengua geográfica, la glositis romboidea y lesiones de la mucosa oral, gránulos de Fordyce y leucoedema, son considerados clásicamente como lesiones del desarrollo, en condiciones normales en lugar de tener características de la enfermedad. Este grupo de lesiones se pueden presentar al nacer o se van haciendo evidentes más adelante en la vida de una persona. Lesiones de la mucosa oral se descubren durante los exámenes dentales de rutina y varían mucho en función de la edad, el género y/o la raza. La mayoría de las enfermedades de la cavidad oral solo se limitan a los tejidos orales, pero existen numerosas condiciones sistémicas que se pueden manifestar con signos y síntomas dentro de la cavidad oral.

En una serie de revisión de la bibliografía, **González** (2011) encontró que de un total de 59 artículos que revisaron, todos ellos relacionados con lesiones de la mucosa oral en pacientes pediátricos y adolescentes, las lesiones que más se reportaron fueron la estomatitis aftosa recurrente, herpes labial, candidiasis, lengua geográfica o glositis migratoria y lesiones traumáticas de los tejidos blandos.

De acuerdo a un estudio realizado por Keochgerián (2009) denominado frecuencia de las enfermedades de la mucosa bucal en el Uruguay en niños de 0 a 14 años en dos centros que atiende éste tipo de pacientes, se encontraron las siguientes patologías lesiones traumáticas, originadas durante el desarrollo, infecciosas, inmunológicas, alérgicas, crecimientos tisulares, relacionadas al consumo del tabaco e idiopáticas. Las lesiones más prevalentes fueron las traumáticas y las de desarrollo.

Majorana (2007) menciona que la prevalencia de lesiones bucales en la infancia no es bien conocida. En su estudio realizado han tratado de definir la prevalencia de lesiones de la mucosa oral en un grupo de niños. De acuerdo al estudio que



realizó en un total de 10.128 niños (de 0 a 12 años de edad), encontró que la frecuencia de lesiones en los niños que presentaron lesiones de la mucosa bucal fue 28,9 %, y no hubo diferencias relacionadas con el género. Las lesiones más frecuentes fueron candidiasis oral (28,4 %), lengua geográfica y otras lesiones linguales (18.5 %), lesiones traumáticas (17,8 %), úlceras aftosas recurrentes (14.8 %), infección por virus del herpes simple tipo 1 (9,3 %), y el eritema multiforme (0.9 %).

Para **Rioboo** (2005) las investigaciones hechas recientemente dejan ver puntos de vista diversos entre investigadores y la diversidad en las frecuencias de alteraciones y lesiones bucales en distintos puntos geográficos del mundo. Piensa que esto se debe a la falta de homogeneidad al realizar estudios de tipo epidemiológico, puesto que existen opiniones diversas al momento de estructurar dichos estudios, de ahí que los resultados hallados de anomalías bucales en los diversos grupos de pacientes pediátricos presenten porcentajes dispares que van desde el 4.1% al 52.6%. Menciona también que las lesiones que más han sido consideradas por diversos investigadores y que se han encontrado en distintas investigaciones son: la estomatitis aftosa recurrente, el herpes labial, la lengua fisurada, la lengua geográfica, la candidiasis oral y las lesiones traumáticas, con prevalencias que respectivamente muestran rangos de 0,9% al 10,8%, del 0,78% al 5,2%, del 1.49% al 23%, del 0.60% al 9.8% y del 0.01% al 3.7%.

De acuerdo al trabajo realizado por **Espinosa** (2004) en el Centro de Especialidades Odontológicas del Instituto Materno-Infantil del Estado de México, en Toluca, estado de México; fueron encontradas y diagnosticadas 86 lesiones bucales (7.4 %), 59.3 % en el sexo masculino y 40.7 % en el femenino; el rango de edad examinado fue de 1 a 16 años y las lesiones más frecuentes fueron la hiperplasia fibrosa (43 %), la candidiasis eritematosa (25.6 %) y las lesiones ulcerativas (16.3 %). Este grupo de investigación llegó a la conclusión de que casi tres cuartas partes de las lesiones se encontraron están relacionadas a mala higiene bucal y asociadas al empleo de aparatología de ortodoncia fija y

removible. Es importante hacer énfasis en la higiene bucal para prevenir el alto porcentaje de lesiones de la mucosa bucal en los pacientes pediátricos

De acuerdo al estudio realizado por **Bessa** (2004), sobre una muestra de 1211 niños, en Brasil, donde se dividió en dos grupos de edad: 0-4 y 5-12 años. La frecuencia de lesiones que se presentaron los niños fue 27%, y fue mayor en los niños de más edad. Las lesiones más comunes fueron lengua geográfica, la mordedura de mejilla y las máculas melánicas.

Según el estudio realizado por **Tello** (1997), en Yucatán, Mérida, México; las pigmentaciones ocurren en un 32%, la lengua fisurada y las gingivoestomatitis en el 0.12%, las fibromatosis en el 1.11 %, el páulis y el quiste de erupción en el 0.12%.

En contraste con el estudio realizado por **García** (2002), en Oviedo, España; donde se encontró que las dos lesiones más prevalentes fueron la lengua saburral que representa el 16.02 % y la úlcera traumática el 12.17 %.

Por otro lado, un estudio realizado por **Jiménez** (2007), encontraron que las úlceras traumáticas representan el 24.2 % de las lesiones, mientras que la lengua geográfica representan el 13.3 %, siendo las lesiones con más porcentaje de prevalencia.

De acuerdo con **De la Teja** (2008), la atención médica integral requiere una intervención interdisciplinaria. Aun cuando el pediatra realiza la valoración inicial y establece el diagnóstico presunto de un paciente, no puede pasar por alto las manifestaciones bucales que pudiera haber. Estas manifestaciones pueden ser signos y síntomas propios de la enfermedad; también pueden ser la primera manifestación de la misma o pueden indicar el grado de deterioro sistémico del paciente.

Para **Jiménez** (2005) el odontopediatra es el responsable de tratar niños y adolescentes, el cual debe tener presente la posibilidad de encontrar condiciones patológicas a nivel de la cavidad bucal de esta población.

De la misma manera para **Rioboo** (2005), el odontólogo es responsable de tratar al niño y debe tener en cuenta la posibilidad de encontrar cualquier condición patológica a nivel de la mucosa oral sobre todo a edades tempranas.

Según **García** (2002) a diferencia de los estudios epidemiológicos que versan sobre la caries, la enfermedad periodontal o la maloclusión, los estudios epidemiológicos de las enfermedades orales se caracterizan por la falta de uniformidad en los criterios de elaboración. Siendo quizás los protocolos más estructurados los dedicados al estudio del cáncer y al precáncer.

**Rioboo** (2005) señala que teniendo en cuenta las características raciales y del medio ambiente en cada muestra de estudio, el resultado en términos de porcentajes de las lesiones bucales en pacientes pediátricos es semejante a otros estudios realizados en países como España, en Sudáfrica y Argentina y un poco más México. En contraste los resultados obtenidos en EUA son completamente opuestos y la diferencia se puede justificar en los criterios clínicos y tipo de muestra. La aparición de lesiones está estrechamente relacionada con el estilo de vida de las diferentes poblaciones específicas.

En un estudio realizado por **Linares** (2013) donde revisó 1228 expedientes, seleccionó 367 de pacientes exclusivamente pediátricos; de los cuales 167 (45.5%) fueron del género femenino y 200 al masculino (54.5%). La prevalencia de lesiones orales fue de 66.2%. La prevalencia por lesiones fue la siguiente: La queilitis fue la más frecuente (41.1 %), seguida de la mácula melanótica (18.3 %), las petequias (16.9 %) y la úlcera traumática (12 %). La queratosis friccional, la infección por herpes simple, el mucocele y la hiperplasia epitelial multifocal solo se presentaron en el sexo masculino.

En un estudio realizado por **Ambika** (2011) se encontró que las lesiones más frecuentes fueron las lesiones de labio y mejilla mordida (1,89 %), seguida por estomatitis aftosa (1,64 %), herpes labial recurrente (1,42 %) y lengua geográfica (1,05 %). En este estudio se revisaron a 459 (45,76 %) varones y 544 (54,24 %) mujeres. La mayoría de los niños se encontraban en el grupo de edad de 6-12 años. Muy pocos niños tuvieron 4,5, 13 y 14 años de edad. De estos, 643 (64,11 %) niños presentaron lesiones de la mucosa. La gingivitis se observó más comúnmente en 268 (26,72 %) varones y 298 (29,71 %) mujeres. La úlcera traumática se observó en 15 (1,5 %) varones y 17 (1,69 %) niñas. Los sitios más comunes para las úlceras traumáticas son la mucosa bucal (n= 12), labio inferior (n= 10), el labio superior (n= 6) y lengua (n= 4). La tercera lesión de la mucosa superficial se observaron lesiones de la mucosa bucal. Se observó en 12 (1,2 %) hombres y 15 (1,5 %), las niñas y el sitio más común de aparición de la erosión es la mucosa bucal (n= 16), el labio superior (n= 6), labio inferior, el paladar (n= 2) y el piso de la boca (n= 1).

**Ambika** (2011) analiza y hace referencia a un estudio que se realizó en una población hindú sobre lesiones de la mucosa oral fueron limitados. En éste estudio sobre prevalencia de lesiones de la mucosa bucal se observaron pacientes de edades comprendidas entre 2-80 años, con un total de 243, de los cuales sólo 41 (16,87 %) tenían lesiones de la mucosa. Concluye que éste estudio el tamaño de la muestra era demasiado pequeña para generalizar los resultados. También analizó un estudio realizado en Turquía con niños y donde encontraron una excesiva pigmentación melanina (6,9 %) y fue la lesión más común en éste estudio. Otro analizado fue el que realizó de manera transversal en una población de 1.211 niños brasileños, los resultados obtenidos fueron que 27% de los niños presentaban lesiones en la mucosa oral y las más frecuentes fueron lengua geográfica, la mordedura de mejilla y máculas melanóticas. También llegó a la conclusión de que la frecuencia de alteración de la mucosa bucal en niños fue alta y aumenta con la edad, y algunos de ellos estaban asociados con hábitos y problemas sistémicos. Menciona también que en un estudio realizado en niños

españoles el resultado fue que 30,92 % de los niños tenían lesiones de la mucosa oral.

**Jiménez** (2008) en un estudio retrospectivo de lesiones patológicas en niños y adolescentes en el servicio de clínica estomatológica Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela. De un total de 944 pacientes, durante el período comprendido entre 1992 hasta 2006 fueron los siguientes: Las lesiones bucales más frecuentes encontradas fue el Mucocele con 185 casos (19.6%), seguida por el fibroma traumático 97 casos (10,28%), Virus Herpes tipo I 78 casos (8.5%), Granuloma Piogénico 67 casos (7.1%) y Papiloma con 65 casos (6.9%).

En un estudio realizado por **Shulman** (2005) en 10.030 personas, en edades que comprendieron entre los 2 y los 17 años, de los cuales 914 personas habían presentado 976 lesiones. En este estudio se encontró que el labio es el sitio más frecuente de las lesiones (30,70 %), seguido por el dorso de la lengua (14,70 %) y la mucosa bucal (13,60 %). Las lesiones fueron más frecuentes en los hombres (11,76 %) que en las mujeres (8,67 %).

En un trabajo de investigación realizado por **Jiménez** (2007), donde se revisó a una población de 245 pacientes, la edad de los pacientes estuvo entre los 2 y 17 años de edad, del total de pacientes 69 (28.2%) presentaron 82 lesiones (1,2%) de lesiones patológicas en tejidos blandos; el género masculino presentó mayor prevalencia (56.5%). El grupo de lesiones que presentaron mayor prevalencia fueron el Morsiscatum buccarum y la leucoplasia (15.9%), seguido por el fibroma traumático (12.2%), la candidiasis y la lengua geográfica o glositis migratoria benigna (9.7%), úlcera traumática (8.5%), queilitis actínica y herpes recurrente (6.1%), mucocele (4.9%), el quiste de erupción, el impétigo, la estomatitis nicotínica y la estomatitis subprotésica (2.4%) y la úlcera aftosa recurrente (1.2%). Se observó que la edad de mayor prevalencia fue entre 16 y 17 años con el 49.3% y la localización anatómica más frecuente fue el carrillo y el reborde con 28%, seguido por el labio con 25%, lengua con el 16%. Además se encontró que la etnia

mestiza fue la que presentó mayor prevalencia con 53.3%. Éste estudio dejó ver la incidencia de lesiones premalignas como es la leucoplasia en población adolescente, hecho que sorprende y preocupa por su gran capacidad de transformación maligna en los tejidos blandos; sobre todo por su relación con el hábito del uso del tabaco, consumo de alcohol y lesiones facticias, que tienen gran capacidad de potencializar cambios estructurales dentro de la cavidad oral y a nivel celular.

De acuerdo al estudio realizado por **Reynoso** (2004) se examinaron a 1,057 niños, del total solo 466 (44%) presentaron lesiones bucales, de los cuales 287 (48.7%) correspondieron al género masculino y 179 (38.3%) al femenino. Del total de lesiones bucales encontradas la pigmentación melánica racial fue la que presentó mayor prevalencia con 13.7%, la úlcera traumática presentó 12.3% y la gingivoestomatitis herpética primaria 9.2%. La pigmentación melánica racial se observó con mayor frecuencia en el género masculino con 10%, mucho mayor que el femenino con 3.7%; a diferencia de la gingivoestomatitis herpética donde el género femenino presentó mayor frecuencia con 6%, comparado con el 3.3% de los niños. En la glositis migratoria benigna los niños presentaron mayor frecuencia con un 5.5% comparado con el 2.3% de las niñas. El rango de edad para la presencia de lesiones bucales, la edad con mayor prevalencia se observó de 1-3 años con un 26%, comparándola con el rango de 4-6 años con un 18%.

De acuerdo al estudio realizado por **Tello** (1997) las lesiones con mayor prevalencia de la mucosa oral fueron: las lesiones pigmentadas 32%, anquiloglosia 2.1%, fibromatosis 1.11%, lengua fisurada, gingivoestomatitis, parulis y quiste de erupción dentaria 0.12%.

# **CAPITULO 4**

## **OBJETIVOS**

#### **4.1 Objetivo general**

- Determinar la frecuencia y describir las características clínicas de las lesiones bucales en niños de edad preescolar y escolar que acuden a las clínicas de Odontopediatría de la Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública en Tuxtla Gutiérrez.

#### **4.2 Objetivos específicos**

- Determinar la prevalencia de lesiones patológicas según la edad y el sexo de la población estudiada.
- Clasificar las lesiones bucales
- Identificar las lesiones según el sitio de aparición



# **CAPITULO 5**

## **METODOLOGÍA**

## **5.1 Diseño del estudio**

- Para alcanzar los objetivos del presente estudio, se realizó una investigación de campo de tipo observacional y de carácter transversal

## **5.2 Descripción del área de estudio**

- El presente estudio se realizó en la Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública de la UNICACH. La Facultad se encuentra ubicada en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, capital del estado de Chiapas. Cuenta con seis clínicas en las que se atiende a 400 personas por día y un promedio de 64,000 durante un año. Cada clínica es atendida por dos odontólogos adscritos y veinte alumnos. Los motivos más frecuentes de la atención odontológica son caries dental, enfermedad periodontal, tratamientos quirúrgicos, entre otras patologías. Las lesiones bucales en general representan el 1 % de todos los diagnósticos realizados en las clínicas. El estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido del primero de febrero al treinta y uno de mayo de 2012.

## **5.3 Población**

- La población de estudio estuvo conformada por todos los niños en edad preescolar y escolar, llevados por sus padres a la consulta de odontopediatría de la Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública de la UNICACH, que en total sumaron 211 niños.

### **5.3.1. Criterios de Inclusión**

1. Todos los niños en edad preescolar y escolar que asistan a las clínicas de odontopediatría de la Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública

### **5.3.2. Criterios de Exclusión**

1. Aquellos niños cuyos padres no hayan expresado su consentimiento mediante un documento firmado (Consentimiento informado)

## 5.4 VARIABLES

Tabla 5.4 Definición conceptual y operacional de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable
<b>Edad</b>	Considera la edad cronológica de los pacientes en años o meses de los pacientes incluidos en el estudio.	La referida por el padre o madre de familia	<b>Cuantitativa continua</b>
<b>Grupo de edad</b>	Dícese también grupo etario. Dicho de varias personas que tienen la misma edad, en un parámetro determinado de la edad.	2 - 4 6 - 8 9 - 11	<b>Cualitativa ordinal</b>
<b>Edad escolar</b>	Según la UNICEF, suele decirse que los niños de 6 a 11 años están en la edad escolar porque es la etapa de la vida cuyo eje es el aprendizaje, que se logra en las clases, en juegos y en relaciones con los demás.	En el presente estudio se determinó incluir a los niños que estuvieran entre los 6 - 11 años	<b>Cuantitativa continua</b>
<b>Edad preescolar</b>	Aquellos niños que están entre los 2 - 5 años, etapa del proceso educativo que antecede a la escuela primaria.	En el presente estudio se determinó incluir a los niños que estuvieran entre los 2 - 5 años	<b>Cuantitativa continua</b>
<b>Sexo</b>	Determinar que genero es más susceptible a este problema.	<b>Hombre Mujer</b>	<b>Cualitativa nominal</b>
<b>Lesiones patológicas</b>	Se considera a todas las alteraciones o cambios anatómicos de la cavidad oral	<b>Elaboración de hoja de registro</b>	<b>Cualitativa nominal</b>
<b>Lesión intrabucal</b>	Toda aquella lesión que se encuentre dentro de la boca	<b>Se realizó inspección de tejidos blandos y duros</b>	<b>Cualitativa nominal</b>

<b>Lesión extrabucal</b>	Toda aquella lesión que se encuentre fuera de la boca	<b>Se realizó inspección de la zona peribucal</b>	<b>Cualitativa nominal</b>
--------------------------	---	---	----------------------------

## **5.5 Métodos de recolección de datos**

Para la recolección de datos, se utilizó una hoja de registro (Instrumento de recolección de datos), aplicado por el autor de la investigación. Éste instrumento de recolección de datos incluyó: datos personales del paciente, tales como el nombre, la edad y el sexo; así mismo, se obtuvo información sobre las lesiones, en el que se describieron sus características; por ejemplo, si eran intra o extra bucales, el tipo de lesión y sitio de localización, y finalmente se hizo el diagnóstico clínico presuntivo.

### **5.5.1 Exploración extra e intrabucal**

#### **Revisión Extrabucal**

Revisar el contorno del labio y observar:

- Hidratación
- Aumentos de volumen
- Consistencia
- Color
- Forma
- Simetría
- Integridad de la superficie

## Revisión Intrabucal

Se tendrá que palpar todas zonas de la cavidad oral.

- Elevar el labio superior y observar la coloración, textura, consistencia, ubicación del frenillo labial
- Bajar el labio inferior y observar la coloración, textura, consistencia, ubicación del frenillo labial
- Retraer el carrillo del lado derecho e izquierdo, observar la coloración, textura, consistencia, salida del conducto
- Observar y palpar el palmar duro, su coloración, textura y consistencia
- Observar y palpar el palmar blando, su coloración, textura y consistencia
- Solicitar que el paciente saque la lengua y se revisar la porción dorsal y bordes laterales (izquierdo y derecho) tonicidad, textura, color, consistencia
- Pedirle al paciente elevar la lengua hasta tocar el palmar y así poder observar y palpar la porción ventral de la lengua, el frenillo lingual, riego sanguíneo, coloración, textura, consistencia.

**Nota:** AL revisar la lengua habrá que considerar tomarla con una gasa desde la punta con mucho cuidado de no apretar demasiado, jalándola hacia afuera y hacia los lados para observar base de lengua y parte posterior del piso de la boca

- De la misma manera se podrá observar y palpar el piso de la boca, su coloración, textura, consistencia.
- Solicitarle al paciente cerrar su boca y poner en oclusión sus dientes para ver forma, tamaño, número, color, simetría. Al mismo tiempo observar y palpar la encía, color, consistencia, textura, apariencia.

## **5.5.2 Material**

### **Material clínico**

Lentes de protección, cubre boca, guantes de látex, batas desechables, gorros desechables, espejos bucales infantiles, gasas estériles, campos operatorios, abate lengua.

### **Material de apoyo**

Instrumento de recolección de datos, hojas blancas, plumas, bicolores, computadora, impresora.

# **CAPITULO 6**

## **ASPECTOS ÉTICOS**



Una vez elaborado el protocolo de investigación, éste fue sometido a la revisión correspondiente por el Comité de Bioética del Posgrado de Salud Pública de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. El día 6 de junio de 2012, se recibieron las recomendaciones y observaciones correspondientes. Una vez obtenida la aprobación del protocolo por el Comité de Bioética, se inició la recolección de la información; para lo cual a cada uno de los padres de los participantes en el presente estudio, lo hicieron voluntariamente previa explicitación de los objetivos de la investigación y de la confidencialidad de la información.

# **CAPITULO 7**

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

En el presente estudio se estudiaron a 211 participantes en edad preescolar y escolar, de los cuales, 104 eran niñas (49.3%) y 107 niños (50.7%). La edad promedio fue de  $5.8 \pm 2.4$  años. El grupo de edad más frecuente estuvo representado por aquellos que tenían entre 5 y 7 años, 84 (58.3%).

Con respecto a las lesiones bucales, se identificaron en 84, de los 211 participantes (39.8%). Al explorar la frecuencia de estas lesiones según el sexo, aunque se observó, una mayor proporción en los niños (42.9%) que en las niñas (36.5); sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0.3385$ ). Ver Tabla 1.

**Tabla 7.1** Frecuencia de lesiones bucales, según el sexo

Sexo	Lesiones				Total	X2; valor p
	SI		NO			
	n	(%)	n	(%)		
Niñas	38	(36.5)	66	(63.4)	104	
Niños	46	(43)	61	(57)	107	<b>0.92; 0.3385</b>
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>(39.8)</b>	<b>127</b>	<b>(60.1)</b>	<b>211</b>	

Con respecto al grupo de edad, se pudo constatar que la mayor proporción de lesiones, se presentó en aquellos niños que tenían entre 5 y 7 años (31.7 %), seguido por los que registraban entre 2 y 4 años (50 %). Ver Tabla 2

**Tabla 7.2** Frecuencia de lesiones, según grupo de edad

Grupo de edad	Lesiones				Total	X2; valor p
	SI		NO			
	n	%	n	%		
2 – 4 años	24	(50)	24	(50)	48	
5 – 7 años	39	(31.7)	84	(68.3)	123	
8 – 10 años	21	(52.5)	19	(47.5)	40	<b>8.14; 0.01709</b>
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>(39.81)</b>	<b>127</b>	<b>(60.19)</b>	<b>211</b>	

Con respecto al tipo de lesiones, se constató que las más frecuentes fueron aquellas producidas por mordedura (35.5%), seguida por lesiones pustulares asociadas a lesión dental (19.4%) y lengua geográfica (16.1%). Cabe hacer mención, que las lesiones menos frecuentes fueron las diagnosticadas como mucocele. (Ver Tabla 3)

**Tabla 7.3** Frecuencia de lesiones y clasificación de las patologías

<b>Tipo de lesión</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Lesión por mordedura</b>	<b>33</b>	<b>35.5</b>
<b>Pústula por lesión dental</b>	<b>18</b>	<b>19.4</b>
<b>Lengua geográfica</b>	<b>15</b>	<b>16.1</b>
<b>Lengua fisurada</b>	<b>9</b>	<b>9.7</b>
<b>Hiperplasia epitelial focal</b>	<b>6</b>	<b>6.5</b>
<b>Úlcera aftosa recurrente</b>	<b>6</b>	<b>6.5</b>
<b>Granuloma piógeno</b>	<b>3</b>	<b>3.2</b>
<b>Mucocele</b>	<b>3</b>	<b>3.2</b>
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

El presente estudio proporciona información valiosa para promover y fortalecer programas de salud bucal para la detección y prevención de enfermedades, lesiones y alteraciones bucales en niños de edad preescolar y escolar; así como de carácter educativo.

La lesión con mayor prevalencia observada en los pacientes pediátricos fue la provocada por mordedura autoinflingida o morsicatio buccarum con un porcentaje de 35.5%. Éste resultado contrasta con la obtenida en un estudio realizado en Caracas, Venezuela; donde ésta lesión fue la más frecuente con un 15.8%<sup>8</sup>. En otro estudio realizado en Uruguay fue de 11.5%<sup>4</sup> y en otro estudio realizado en el estado de Monagas, Venezuela; que reportó 2.36%<sup>6</sup>, solo que con mucho menor prevalencia que la encontrada en éste estudio.

La segunda lesión bucal más frecuente fueron las lesiones pustulares (abscesos) asociadas a lesión dental con 19.4%. Éste resultado en otro estudio realizado en India fue mucho menor, ya que se presentó en un 3.2%<sup>3</sup>, en nuestro estudio es indicativo de que no hay una buena higiene oral por parte de los pacientes pediátricos.

La tercera lesión oral con mayor frecuencia en éste estudio fue la lengua geográfica con 16.1%, que contrastada con otro estudio realizado en Venezuela en donde se reportó 13.3%<sup>6</sup> fue muy similar al nuestro. Pero comparado con el estudio realizado en España donde fue la tercera más frecuente, lo reportado fue de 4.48%<sup>11</sup> y es mucho menor contrastándolo con éste estudio.

De acuerdo a estudios retrospectivos que se han realizado, algunos autores coinciden en que existe una diferencia entre los diferentes grupos de edades siendo la prevalencia más elevada a edades más tempranas como lo respalda el estudio de Bessa en el que encontraron una prevalencia significativamente mayor en los niños con edades comprendidas entre 0 y 4 años. Comúnmente se afirma que su aparición comienza en la infancia (entre los 6 y 12 meses) y que la edad de

mayor observación estaría comprendida entre los 4 años y 4 años y medio aproximadamente.

Con respecto al grupo de edad, se pudo constatar que la mayor proporción de lesiones, se presentó en aquellos niños que tenían entre 5 y 7 años (31.7 %), seguido por los que registraban entre 2 y 4 años (50 %). Revisando diversos trabajos de investigación se encontró que los rangos de edad varían demasiado, no hay uniformidad, la mayoría oscila entre los 0 y 17 años; por lo que resulta difícil realizar una comparación.

Con relación al sexo, en la estomatitis aftosa recurrente parece ser que no existe una predilección clara por uno determinado; no obstante, en algunos estudios se ha comprobado una susceptibilidad discretamente superior en las mujeres.

En un estudio realizado en Uruguay se observó que del total de niños revisados se encontró 46 (11.5%) pacientes con lesiones traumáticas autoinflingidas (úlceras traumáticas). Las lesiones traumáticas autoprovocadas se deben a hábitos nerviosos inconscientes, por estrés o ansiedad. (Keochgerián, 2009)

En el estudio realizado por García (2002) en Oviedo, España; se encontró que lengua geográfica se presentó en 15 (4.37%) niñas

En el estudio realizado por García (2002) en Oviedo, España; se encontró que el absceso se presentó en 5 (1.45%) niños.

Para la realización de ésta investigación se contó con el apoyo de un alumno de licenciatura y la autorización de los docentes de la materia de odontopediatría. Como primer trabajo de investigación sobre lesiones de mucosa oral en pacientes pediátricos no encontramos con la limitante de la autorización por parte de los padres de familia que en ocasiones se negaron a la petición de participar en

nuestro trabajo. Los materiales necesarios para realizar dicha investigación fueron adquiridos por cuenta propia, por tratarse de trabajo tesis.

Esperamos realizar un seguimiento a éste estudio más a fondo pero con financiamiento interno o externo, ya que en nuestro estado no se realizan trabajos epidemiológicos sobre patologías orales en niños.

Tabla 7.4 Resultados de diversos estudios sobre lesiones bucales

<b>Estudios</b>	<b>García-Pola.2002 Oviedo. España</b>	<b>Shulman.2005 Estados Unidos</b>	<b>Jiménez. 2008 Venezuela</b>	<b>Rosales.2012 Chiapas. México</b>
<b>Rango de edad</b>	6 años Nacido en 1991	2 – 17 años	3 – 17 años	2 – 11 años
<b>Población</b>	624 Niños	10 300 Niños	875 Niños	211 Niños
<b>N° niños que presentaron lesiones</b>	344 38.9%	976 20.43%	211 (1.02%)	84 39.81%
<b>Sexo</b>	H 117 (18.7%) M 126 (20.2%)	H 11.76% M 8.67%	H 96 (47%) M 109 (53%)	M 46 (42.99%) F 38 (36.53%)
<b>Prevalencia lesiones</b>	Lengua saburral 100 (16.02%) U. traumática 76 (12.17%) Lengua geográfica 28 (4.48%)	Mordedura de labio/mejilla (1.89%) Estomatitis aftosa (1.64%) Herpes labial (1.42%)	Úlcera traumática (24.2%) Lengua geográfica 28 (13.3%) Nevos 25 (11.84%)	Lesión por mordedura 33 (35.5%) Pústula por lesión dental 18 (19.4%) Lengua geográfica 15 (16.1%)
<b>Prevalencia edad</b>	Solo niños de 6 años	3ª Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición 1988-1994 Encuesta Nacional de Salud Bucal en Escolares, 1986-1987	12 – 14 años (26%)	5 – 7 años 46.43%



## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Ambika L., Vaishali Keluskar , Shivayogi Hugar, Sudha Patil. **Prevalence of oral mucosal lesions and variations in Indian public school children.** Brazil Journal Oral Sci. Vol. 10, N° 4. 10(4):288-293. 2011
2. Bessa, C. F. N., Santos, P. J. B., Aguiar, M. C. F. and Do Carmo, M. A. V. **Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old.** Journal of Oral pathology and Medicine. Vol. 33. N° 1. 2004
3. Colaci R, Sfasciotti G. **Most common oral mucosal lesions in children: Prevalence and differential diagnosis.** Review articles. <http://www.webmedcentral.com>. 2013
4. De la Teja-Ángeles, Eduardo.; Durán-Gutiérrez, Américo.; Espinosa-Victoria, Lilia.; Ramírez-Mayans, Jaime A. **Manifestaciones estomatológicas de los trastornos sistémicos más frecuentes en el Instituto Nacional de Pediatría. Revisión de la literatura y estadísticas del instituto.** Acta Pediátrica Mexicana. Vol. 29. N° 4. 2008
5. Espinosa-Zapata M, Loza-Hernández, G, Mondragón-Ballesteros, R. **Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos. Informe preliminar.** Cirugía y Cirujanos, vol. 74, núm. 3, mayo-junio, 2006
6. García-Pola Vallejo, M.J.; García Martín, J.M.; González García, M. **Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de Oviedo (España).** Medicina Oral. 2002
7. González González Rogelio., Bologna Molina Ronell, Nevárez Rascón Alfredo., Ramón Gil Carreón Burciga Ramón. **Lesiones frecuentes de la mucosa bucal en niños y adolescentes: Revisión literaria.** Revista ADM. VOL. 68. No 1. 2011

8. Jiménez Palacios, Cecilia.; Brito, Federico.; Ortiz, Virginia.; Virgüez, Yaidilis. **Identificación de entidades patológicas en los tejidos blandos bucales de la población rural infantil y adolescente de la unidad educativa padre Luis Ormieres "fe y alegría" de Maturin, estado Monagas en el período agosto - noviembre 2005.** Acta odontológica venezolana. Vol 46. N° 1. 2008
9. Jiménez C., Kkilikan R., Perez C., Herrera N., Hernandez L. **Estudio retrospectivo de lesiones patológicas en niños y adolescentes. Servicio de clínica estomatológica Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela. Período 1992-2006.** Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2008
10. Jablonski- Diccionario ilustrado de odontología. Editorial médica panamericana. 1992
11. Jiménez Palacios, Cecilia; Kkilikan, Ramón; Ramírez; Reymaira. **Levantamiento epidemiológico de lesiones patológicas en los tejidos blandos de la cavidad bucal de los niños y adolescente del Centro Odontopediátrico de Carapa, Parroquia Antímano, Caracas, Distrito Capital -Venezuela. Período Mayo - Noviembre 2005.** Acta Odontológica Venezolana. Vol. 45. N° 4. 2007
12. Keochgerián, Verónica; Cuestas, Mariela; Padula, Dario; Scavino, Marco. **Frecuencia de las enfermedades de la mucosa bucal en el Uruguay en niños de 0 a 14 años.** Scielo. Odontoestomatología Vol.11 N°.13. 2009
13. Kittipong Dhanuthai, Marut Banrai, Somyot Limpanaputtajak. **A retrospective study of paediatric oral lesions from Thailand.** International Journal of Paediatric Dentistry. 2007

14. Linares-Vieyra, C Meza-Sánchez, J.C. González-Guevara, M.B. Murrieta-Pruneda, J.F. Salgado-Rodríguez, S.J. Morales- Jaimesd, R. **“Prevalencia de lesiones bucales en niños”**. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2013
15. Majorana A, Bardellini E, Flocchini P, Amadori F, Conti G, Campus G. **Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years old: ten years experience**. Oral surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology. Vol. 110, N° 1. 2010
16. Mejía González Adriana Marcela. Lomelí Buyoli Guadalupe. Gaxiola Cortés Marcela C. **Epidemiología: Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales. Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología**. Septiembre. 2012
17. Reynoso Licona, Adriana, Mendoza Núñez, Víctor M. **Magnitud de lesiones bucales de tejidos blandos en niños de 1 a 6 años de edad de la ciudad de México**. Revista ADM. Vol. 61. N° 2. 2004
18. Rioboo-Crespo MR, Planells-del Pozo P, Rioboo-García R. **Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children**. Medicina Oral, Patología Oral, Cirugía Bucal. 2005
19. Shulman J,D. **Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA**. International Journal Paediatric Dentistry. 2005.
20. Tello de Hernández, Teresita de J.; Hernández-Pereyra, Jorge.; Gutiérrez-García, Nancy. **Epidemiología oral de tejidos duros y blandos en escolares del estado de Yucatán, México**. Revista Biomédica. 1997
21. UNICEF. **Vigía de los derechos de la niñez mexicana**. N° 2. Año 1. 2005

Páginas web

1.- <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=etario>

# **ANEXO**

FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

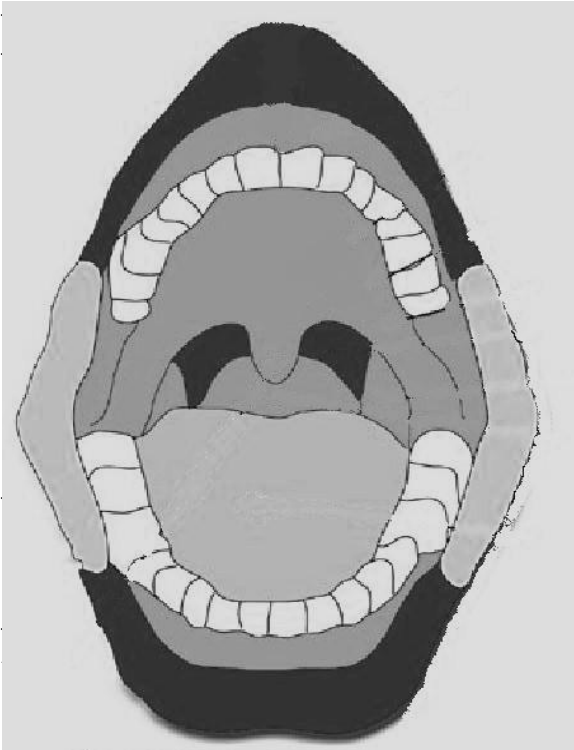
EDAD \_\_\_\_ AÑOS SEXO (F) (M)

Nº DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA LESIÓN

Presenta lesión: Si \_\_\_ No \_\_\_

LOCALIZACIÓN



### TIPO DE LESIÓN

PÁPULA \_\_\_\_ MÁCULA \_\_\_\_ TUMOR \_\_\_\_  
NÓDULO \_\_\_\_ PLACA \_\_\_\_ EROSIÓN \_\_\_\_

VESÍCULA \_\_\_\_ ÚLCERA \_\_\_\_ AMPOLLA \_\_\_\_

ATROFIA \_\_\_\_ CICATRIZ \_\_\_\_ COSTRA \_\_\_\_

PUSTULA \_\_\_\_

COLOR \_\_\_\_\_

CONSISTENCIA \_\_\_\_\_

FORMA \_\_\_\_\_

TAMAÑO \_\_\_\_\_ mm cms

DIMENSIONES \_\_\_\_ x \_\_\_\_ x \_\_\_\_ mm cms

BASE SÉSIL ( ) PEDÍCULO ( )

Coloca en el esquema el lugar de la lesión SUPERFICIE \_\_\_\_\_

### NATURALEZA DE LA LESIÓN

INFLAMATORIA ( ) HIPERPLÁSICA ( ) QUÍSTICA ( ) DEGENERATIVA ( )

NEOPLÁSICA BENIGNA ( ) MALIGNA ( ) DEL DESARROLLO ( ) OTRA \_\_\_\_\_

### TIEMPO DE EVOLUCIÓN

\_\_\_\_ DIAS \_\_\_\_ MESES \_\_\_\_ AÑOS

DIAGNOSTICO CLINICO PRESUNTIVO \_\_\_\_\_

## **TERMINOLOGÍA DE LESIONES ELEMENTALES**

Servirá para dar una descripción clínica de las alteraciones bucales encontradas.

### **MACULA O MANCHA**

Área circunscrita con cambio de color sin elevación o depresión de los tejidos circundantes, no es palpable.

### **PÁPULA**

Elevación superficial redonda, ovoide, sólida que mide menos de 0.5 cm. de diámetro, palpable, generalmente de base sésil.

### **PLACA**

Elevación de la superficie de la mucosa, generalmente bien definida, con bordes bien o mal circunscritos y de superficie lisa, rugoso, o de aspecto verrugoso.

### **NÓDULO**

Aumento de volumen localizado, generalmente sólido, palpable, circunscrito, suele medir de 0.5 mm hasta varios centímetros.

### **VESÍCULA**

Elevación circunscrita de la piel, de contenido líquido seroso; mide unos cuantos milímetros; al romperse forma costras.

### **AMPOLLA**

Elevación circunscrita de la piel, de contenido líquido y gran tamaño, hasta 15 o 20 mm o más. Las ampollas son transparentes, turbias o hemorrágicas, y al romperse dejan erosiones.

### **ULCERA**

Lesión que se caracteriza por la pérdida de la superficie epitelial, quedando expuesto el tejido conectivo. La profundidad varía y la zona central o fondo puede tener aspecto hemorrágico, o cubierto por una membrana de color blanco, grisáceo, o amarillento, los bordes son lisos y eritematosos o indurados firmes y elevados.



## **EROSIÓN**

Solución de continuidad que solo afecta a la epidermis: es de origen traumática y no deja cicatriz.

## **ATROFIA**

Disminución de una o varias capas de la piel y sus anexos; se manifiesta por piel adelgazada, decolorada, finamente plegada, con telangiectasis y alopecia.

## **COSTRA**

Exudado que se seca; son melicéreas si son concreción de serosidad o pus, con detritus epidérmicos.

## **CICATRIZ**

Reparación de una solución de continuidad mediante la formación de tejido conectivo fibroso; es de origen traumático o inflamatorio. Puede ser hipertrófico cuando el volumen es muy grande, o queloide si hay neoformación de tejido conectivo; la primera se atenúa de manera progresivo; la segunda es de gran volumen, firme o dura, blanda o rosada y con telangiectasias en la superficie.

## **TUMOR**

Neoformación de una porción de tejido. Es palpable, circunscrito, elevado, y constituido por proliferación tisular.

## **QUISTE**

Acumulación no inflamatoria, rodeada de una pared constituida por epitelio pavimentoso o glandular, de contenido líquido o pastoso; se constituye en espesas de glándulas o inclusiones epiteliales.

## **PÚSTULA**

Elevación pequeña, circunscrita, llena de líquido purulento.