

**“PREVALENCIA DE HALLAZGOS CLÍNICOS PATOLÓGICOS
INTRA-BUCALES DE TEJIDOS BLANDOS (LENGUA GEOGRÁFICA,
HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL Y ANQUILOGLOSIA PARCIAL) EN
PACIENTES DE 6 A 12 AÑOS, ATENDIDOS EN LA CONSULTA
EXTERNA DE LA CLÍNICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL
HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y
DICIEMBRE DEL 2002”**

Tesis Presentada por:

TELMA BEATRIZ RUIZ ÁLVAREZ

Ante el tribunal de la Facultad de Odontología de la
Universidad de San Carlos de Guatemala, que practicó el
Examen General Público, previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, junio de 2004

DL
09
T(1761)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dr. Alejandro Ruiz Ordóñez
Vocal Tercero:	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Cuarto:	Br. Ricardo Hernández Gaitán
Vocal Quinto:	Br. Roberto Wehncke Azurdia
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Alejandro Ruiz Ordóñez
Vocal Segundo:	Dr. Marvin Maas Ibarra
Vocal Tercero:	Dra. Ana Ligia Padilla Morales
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

ACTO QUE DEDICO

A DIOS Y LA VIRGEN MARIA:

Que sin su Sabiduría, su Gracia y Bendición no hubiera logrado nada.

A MIS PADRES:

Lic. Luis Alberto Ruiz Rodas e Irma Elizabeth Álvarez de Ruiz. Por darme la vida, amor, paciencia, fe y su apoyo incondicional. Sea éste la realización de sus sacrificios y sueños.

A MIS HERMANITAS:

Mónica Elizabeth,
María Aurora y
Mildred Aída. Con Especial amor,
y por ser la razón de mis sacrificios.

A MIS PADRINOS:

Thelma Beatriz Ruiz Rodas y Fidel Salvador Girón Girón. Por el apoyo y cariño que me han dado. Sea éste también vuestro triunfo.

A MI FAMILIA EN GENERAL:

Con mucho cariño.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS: Con aprecio. En especial al Ingeniero
Mario Aroldo López, Sandra Nineth
García, Héctor Fabián Carpio y José
Francisco Franco.

Y A QUIENES SIN HACER MENCIÓN SABEN DE MI GRATITUD Y
RESPETO.

DEDICO ESTA TESIS

A GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

AL COLEGIO DE SEÑORITAS “EL SAGRADO CORAZÓN”

A MIS MAESTROS, CATEDRÁTICOS E INSTRUCTORES

Por brindarme sus conocimientos.

A MIS PADRINOS DE GRADUACIÓN

Quienes me han guiado por el buen camino y sobre todo me han brindado su amistad.

A MI COMUNIDAD DE LA IGLESIA VIRGEN DEL CAMINO

En especial al Padre Francisco Pedráz.

A SANTO TOMAS MILPAS ALTAS, SACATEPÉQUEZ

Lugar donde pasé ocho meses inolvidables y encontré verdaderos amigos, quienes me abrieron las puertas de su corazón y me brindaron su hospitalidad. En especial, Familias Mateo Ramírez y Acajabón Solórzano.

A LOS DOCTORES:

Jorge Aníbal Ochoa Callejas
Cándida Luz Franco Lemus
Rodolfo Cáceres Grajeda
Ricardo Antonio Catalán Barrios
Julieta Medina de Lara
Oscar Stalyn García Figueroa
Luis Arturo De León Saldaña

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado “PREVALENCIA DE HALLAZGOS CLÍNICOS PATOLÓGICOS INTRA-BUCALES DE TEJIDOS BLANDOS (LENGUA GEOGRÁFICA, HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL Y ANQUILOGLOSIA PARCIAL) EN PACIENTES DE 6 A 12 AÑOS, ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA CLÍNICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2002”, conforme lo demandan los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Deseo expresar mi agradecimiento al Dr. Marvin Lizandro Maas Ibarra y al Dr. Oscar Stalyn García Figueroa, por su asesoría y apoyo en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Y a vosotros miembros del honorable Tribunal Examinador, aceptad las muestras de mi más alta consideración y respeto.

HE DICHO.

ÍNDICE

Sumario	1
Introducción	3
Planteamiento del Problema	4
Justificación	5
Revisión de Literatura	6
Objetivo General	28
Objetivos Específicos	29
Variables de Estudio	30
Indicadores de las Variables	31
Metodología	33
Cuadros y Gráficas	36
Discusión de Resultados	49
Conclusiones	51
Recomendaciones	53
Limitaciones	54
Glosario	55
Consultas Bibliográficas	56
Anexos	58

SUMARIO

Esta investigación de tipo prospectivo, se realizó con el objeto de conocer la prevalencia de hallazgos clínicos patológicos intra-bucales de tejidos blandos (Lengua Geográfica, Hiperplasia Epitelial Focal y Anquiloglosia Parcial) en pacientes de 6 a 12 años, atendidos en la consulta externa de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt, durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2,002.

El trabajo de campo se realizó en las instalaciones de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt “Niño Sano”, durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2,002, examinando a los pacientes que llegaban a consulta externa diariamente. Esta investigación aporta valiosa información para el Departamento de Odontopediatría y Patología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, siendo el primer estudio de este tipo de lesiones.

Se examinaron un total de trescientos cincuenta pacientes, de los cuales solamente treinta y cinco presentaron las lesiones en estudio, conformando así un 10% del universo.

Luego de haber recolectado los datos, se tabularon y se presentaron por medio de cuadros y gráficas de barras con la interpretación y discusión correspondiente.

Se encontró que la mayoría de pacientes presentan Lengua Geográfica y que fueron las mujeres las más afectadas, aunque no con marcada diferencia con respecto a los hombres.

INTRODUCCIÓN

La presente es una investigación de tipo prospectivo aleatorio que enfoca la prevalencia de hallazgos clínicos patológicos intra-bucales de tejidos blandos (Lengua geográfica, Hiperplasia multifocal del epitelio, Anquiloglosia parcial), en pacientes de 6 a 12 años, atendidos en la consulta externa de la clínica de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt, durante los meses de noviembre y diciembre del 2002.

Constantemente el clínico pasa por alto hallazgos que podrían de alguna manera comprometer el funcionamiento o hasta la vida misma del paciente.

Por lo anterior, es menester el determinar la prevalencia de estas entidades, de manera que en un examen clínico apropiado, se puedan detectar e informar a los padres o responsables la condición bucal del paciente.

Ésta investigación pretende determinar la prevalencia y distribución por sexo y edad de las entidades clínicas patológicas intra-bucales de tejidos blandos en niños de 6 a 12 años de edad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es de suma importancia el determinar la prevalencia de éstas entidades patológicas intra-bucales en niños y niñas de 6 a 12 años para poder proporcionarles un tratamiento adecuado.

Por medio de un examen clínico apropiado, se puedan detectar, diagnosticar e informar a los padres o encargados el estado del paciente y en caso necesario (otras entidades) se pueda referir con un especialista, para realizarle los análisis pertinentes (Biopsias, estudios histopatológicos, etc.) para llegar así a un diagnóstico final y proporcionarle el tratamiento adecuado, mejorando así la calidad de vida al paciente.

Con este estudio se establecerá: ¿Cuál es la prevalencia de hallazgos clínicos patológicos intra-bucales en tejidos blandos (Lengua Geográfica, Hiperplasia Epitelial Focal y Anquiloglosia Parcial) en pacientes de 6 a 12 años atendidos en la consulta externa de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt durante los meses de noviembre y diciembre del 2002 según la edad y sexo del paciente?

JUSTIFICACIÓN

Se considera necesario obtener información actualizada, que pueda emplearse como retroalimentación a la docencia de los Departamentos de Patología Bucal y de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y que sea base de información nacional, ya que actualmente no existe ningún estudio que proporcione esta información.

Por ello es de suma importancia este estudio para conocer la prevalencia de entidades patológicas intra-bucales de tejidos blandos que se podrían encontrar en pacientes niños de 6 a 12 años, para que de esta manera se tenga un mejor manejo del paciente, se pueda informar a los padres o encargados del estado del paciente para referirlo, en caso necesario con un especialista (patólogo bucal), para que éste le realice exámenes pertinentes para llegar a un diagnóstico final le brinde el tratamiento adecuado y en consecuencia mejorar la calidad de vida del paciente; Al mismo tiempo contribuir al conocimiento de la patología intra-bucal en niños.

REVISIÓN DE LITERATURA

HISTORIA Y DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL HOSPITAL ROOSEVELT

Centro médico-pediátrico de carácter asistencial con actividades docentes e investigativos, cuyos fines y objetivos están dirigidos a la población infantil, comprendida entre los 0 a 12 años de edad que han sido registrados para su atención.

Entidad que forma parte del departamento de pediatría del Hospital Roosevelt, cuya ubicación geográfica está en la parte exterior del Hospital Roosevelt, Calzada Roosevelt, 6^a. Avenida 3-70, zona 11, de la ciudad capital de Guatemala.

Su origen tiene inicio en 1967, cuando la sección de neonatología del Hospital Roosevelt, dirigida por el Dr. Rafael Montiel, da apertura a una clínica para el seguimiento de recién nacidos prematuros y recién nacidos enfermos, atendiendo inicialmente un promedio de 30 pacientes mensuales.

En 1977 se amplía la cobertura proporcionándose servicio a niños sanos, nacidos en la Maternidad del Hospital Roosevelt, iniciándose el enfoque del control de crecimiento y desarrollo para niños, con enfoque multidisciplinario, continuándose con la atención de niños prematuros y recién nacidos de alto riesgo.

(2)

En 1993 se amplían los servicios con la apertura de la clínica de estimulación temprana, atendiendo aproximadamente 250 pacientes mensuales.

Se amplían los programas, con el seguimiento del niño canguro. En 1996 se da apertura a la clínica de endocrinología y la de nutrición ambulatoria para atención a niños mal nutridos.

En el año 1997, Fundación Pantaleón construye las nuevas instalaciones, trasladándose la Unidad de Crecimiento y Desarrollo a partir del 11 de mayo de 1998.

A la fecha ha quedado instituida la Unidad con diferentes programas de asistencia entre los que se mencionan: Sección permanente de inmunizaciones, guardería, programa de monitoreo de adolescentes, psicología, estimulación temprana, programa de investigación y docencia, neurología, neumología, infecciosas, genética, oftalmología pediátrica, odontología pediátrica, costurería de madre adolescente, salud reproductiva y audiometría.

Se atiende básicamente a la población infantil correspondiente a las zonas 7, 11, 18 y Mixco, municipios y departamentos del área de influencia del Hospital Roosevelt, siendo la mayoría de la población clasificada de extrema pobreza y no extrema, acorde al costo de la canasta básica, según estudio socioeconómico elaborado en esa unidad. (2)

La unidad de crecimiento y desarrollo, fue tomada por el Ministerio de Salud, como Centro de Capacitación de recursos humanos, recibiéndose personal auxiliar, así como estudiantes de medicina para orientarlos en el aprendizaje del modelo del programa de Desarrollo y Crecimiento, requiriéndose de mayor interés de parte de instituciones gubernamentales para lograr el instituir un programa docente continuo de capacitación.

Su funcionamiento actual se da con el aporte económico brindado por la Fundación Pantaleón por intermedio administrativo del Patronato de Asistencia Social del Hospital Roosevelt, para pago de sueldos y mantenimiento de personal administrativo y algunos programas. El Ministerio de Salud Pública colabora con salarios del personal de enfermería y profesionales en el área médica.

El área donde se encuentra establecida la clínica de atención es única en su género. Cuenta con 20 cubículos para consulta, amplia área de espera, auditórium, área verde, guardería, baños adecuados, área de juegos infantiles, abarcándose programas de enseñanza materna en costurería y nutrición.

Próximamente se planea la edificación de una nueva instalación para aumentar el servicio en las áreas de audiometría (atención temprana de sordera), odontología pediátrica y oftalmología pediátrica. (2)

EXAMEN CLÍNICO DEL APARATO ESTOMATOGNÁTICO

Se realiza éste examen con la finalidad de evaluar las estructuras que constituyen la cavidad bucal y regiones adyacentes de una forma fácil y efectiva, de manera que sea posible determinar si se encuentran en estado normal, o bien si presentan anomalías o alteraciones patológicas.

El procedimiento comprende inspección visual, palpación extrabucal y palpación intrabucal, las cuales se efectúan en secuencia y en el mismo sentido de las agujas del reloj. (5,8)

La inspección visual se inicia estando el paciente colocado en el sillón dental en posición supina y con la boca cerrada. Empleando un bajalenguas en cada mano, se examina el borde bermellón de ambos labios iniciando lado derecho del paciente, distendiéndolo suavemente con el auxilio de los bajalenguas y luego la región de las comisuras separando los labios con los mismos. Luego se examina la porción vestibular de la cavidad bucal, para ello se coloca el bajalenguas de la mano izquierda sobre la mucosa labial superior derecha en el área que corresponde a la región de caninos, se separa ampliamente el carrillo y con el auxilio del bajalenguas, de la mano derecha, se procede a examinar la mucosa del mismo, desde la región retromolar hacia adelante, al mismo tiempo se observa la mucosa alveolar y encia. (3,5)

Luego se examina la región labial superior, para observar, mucosa labial, encia y frenillos, inmediatamente se examina la región vestibular izquierda para continuar en la región labial inferior. (5)

El siguiente paso consiste en el examen de la mucosa del paladar duro, blando y de la encia palatina. La inspección se realiza examinando de atrás hacia adelante la encia y la mitad derecha del paladar y en sentido inverso la región izquierda; Continuando así con la orofaringe que comprende pilares anteriores y posteriores del paladar, úvula, amígdalas palatinas y paredes laterales y posterior de la orofaringe, para ello se adosan dos bajalenguas y se presiona firmemente hacia abajo al mismo tiempo que se le pide al paciente que diga “AA” para poder observar fácilmente estas áreas. (5)

A continuación se examina el dorso y los bordes de la lengua, observándola primero en posición normal y luego en protrusión. Con el extremo de los bajalenguas se explora la superficie dorsal de dicho órgano de atrás hacia adelante en el lado derecho y en forma inversa del lado izquierdo. Luego se le pide al paciente que mueva la lengua hacia la izquierda, al mismo tiempo que la protruye. En esta posición se examina el borde derecho de la lengua con un bajalenguas mientras el carrillo se separa con el otro. El mismo procedimiento se repite para examinar el borde izquierdo de la lengua. (4,5,8,15)

El siguiente paso consiste en examinar el vientre de la lengua, piso de la boca y encia lingual, para ello, se pide al paciente que lleve la lengua hacia el paladar mientras mantiene la boca abierta.

Utilizando un espejo intraoral se procede a examinar la región retromolar superior e inferior, iniciando siempre en el lado superior derecho.

Para continuar con la palpación se inicia apoyando el dedo índice sobre la mucosa del carrillo en la parte más posterior del surco mucobucal superior derecho, al mismo tiempo, se coloca el dedo pulgar de la misma mano sobre la piel de la cara de manera que coincida con la posición que ocupa el dedo índice en el lado interno. A partir de esta posición se realiza la palpación bidigital del carrillo comprimiendo los tejidos entre ambos dedos al mismo tiempo que estos se desplazan hacia adelante. Esta misma maniobra se deberá realizar para examinar las demás regiones de la cavidad bucal, (tuberossidades, regiones retromolares, paladar y encia palatina) para determinar tanto la consistencia de los tejidos gingivales, sintomatología o la presencia de exudados o la tendencia a sangrar.

A continuación se efectúa la palpación de la lengua y finalmente se palpa el piso de boca, la encia lingual y las glándulas salivares sublingual y submaxilar. (3,5,8,14)

Al finalizar la palpación intraoral se procede a la palpación externa que incluye articulación temporomandibular, músculos masticadores, glándulas parótidas y sistema ganglionar del área. El procedimiento se inicia simultáneamente palpándose en su orden: La inserción superior del músculo temporal, la masa del mismo músculo, la glándula parótida, el músculo masetero, la región suborbitaria y geniana, la región submaxilar y la porción lateral del cuello. Finalmente se localizan los cóndilos trazando una línea imaginaria que va del tragus hacia la comisura externa del ojo, a mas o menos dos centímetros del mismo. (3,4,5,8,14,15,16)

LENGUA GEOGRÁFICA

Esta condición se le conoce también como Rash Migratorio, Glositis Migratoria Benigna, Enantema Migran y Glositis Areata Exfoliativa. Es una lesión inflamatoria superficial no específica, que se incluye entre las anomalías de desarrollo a la falta de una ubicación mas adecuada, es de etiología desconocida, pero se han postulado varias posibles causas, entre ellas, factores nutricionales, trastornos inmunológicos y otros.

Algunos consideran que la condición se presenta cuando el poder regenerativo de la mucosa gástrica está severamente afectado. (3,4,11)

Es notoria su asociación con lengua fisurada. La enfermedad se presenta comúnmente desde la infancia y persiste durante toda la vida del paciente o bien, desaparece al llegar éste a su madurez. Es más común en mujeres con temperamento nervioso durante su período menstrual, en niños o personas con predisposición a reacciones alérgicas y muestra tendencia a ocurrir en períodos variables, en forma esporádica en ciertas épocas del año y en relación con etapas de mayor tensión emocional.

Clínicamente se presenta como una o varias zonas eritematosas (manchas peladas) de tamaño variable en el dorso y bordes de la lengua, las lesiones son de forma irregular y se caracterizan por pérdida parcial o total de las papilas filiformes, con persistencia de las fungiformes y que se ven prominentes.

Cada área esta rodeada por un rodete elevado de papilas filiformes normales por contraste o por acumulación de queratina aparecen como hipertrofiadas, de color blanco amarillento y bien delimitado. El borde de las lesiones es eritematoso. El número y localización de las zonas afectadas varía constantemente.

En ocasiones, pueden extenderse a la mucosa del viente de la lengua. Las lesiones de lengua geográfica son sintomáticas pero especialmente sensible a los cambios de temperatura y a los irritantes locales, como alimentos condimentados o bebidas calientes.

Las lesiones cambian de lugar con frecuencia a menudo en períodos de 7 días, lo que justifica la denominación de Rash Migratorio, cuando desaparecen se observa un proceso gradual de regeneración de las papilas filiformes y recuperación de la apariencia normal de la superficie lingual.

Histológicamente en la lesión activa, se observa desaparición de las papilas filiformes, moderada acantosis y un infiltrado inflamatorio agudo en la lámina propia. En estudio histopatológico se muestra variación de grados de epitelio perdiendo su continuidad y se observan varias depapilaciones.

El estrato espinoso es irregular en longitud y forma, además se muestra infiltración de células inflamatorias en el tejido conjuntivo. Las capas superficiales del epitelio se destruyen y son reemplazadas por exudado fibrinoso, éste exudado causa elevación de las capas de queratina circundante, produciendo las lesiones blancas que se observan clínicamente rodeando las lesiones rojas. (11,17)

La condición es definitivamente benigna y no requiere tratamiento ya que por lo general no responde a ningún tratamiento. Debe asegurarse al paciente el carácter benigno del problema. Cuando las lesiones son sensibles a los alimentos, pueden prescribirse buches salinos para aliviar la molestia y muchas veces se administra complejo vitamínico “B”.

Hasta el momento no se ha comunicado ningún caso de transformación maligna. (17,18)

HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL (HFE)

La HFE es una condición que afecta exclusivamente la mucosa bucal. Clínicamente, las lesiones son papulares, de base sésil y de forma circular u ovoidea.

Su tamaño varía de 1-10mm y la superficie puede ser lisa y brillante o de apariencia foliada. Su color es similar al de la mucosa bucal o ligeramente blanquecino. En algunos casos se encuentran lesiones pedunculadas de apariencia papilomatosa. Las lesiones son sintomáticas de consistencia suave y no tienen tendencia a sangrar o a ulcerarse.

Pueden presentarse en cualquier región de la cavidad bucal pero son más frecuentes en labios, carrillos y lengua. (11)

Según algunos autores, la HFE es más frecuente en niños y personas jóvenes pero se han comunicado múltiples casos en adultos, también se ha observado ocurrencia en forma familiar. La HFE ha sido comunicada en varios países de América latina, Estados Unidos, Canadá Groenlandia, Irak, Egipto y Dinamarca.

Se ha señalado que la HFE es prevalente en indígenas del continente americano. Se ha descrito en la literatura bajo diversos nombres como: Verruga Intraoral, Papilomatosis, Múltiples crecimientos benignos e idiopáticos de la cavidad bucal, Enfermedad de Heck. Se desconoce la verdadera etiología de la enfermedad aún cuando se han sugerido factores como desnutrición, irritantes locales, alergia, deficiencias vitamínicas, virus y herencia. Histológicamente la HFE, se caracteriza por acantosis con áreas de licuefacción y vacuolización del epitelio. Se encuentran alteraciones nucleares que sugieren la presencia de virus y no se observan cambios específicos en el tejido conjuntivo. (4,8,11,15,19)

Se describen el hallazgo de partículas virales, probablemente del grupo Papova en lesiones de HFE. No existe tratamiento específico para la HFE y la única forma efectiva de controlarla es por extirpación quirúrgica, sin embargo, se

han comunicado varios casos de reversión o desaparición espontánea de las lesiones. (11)

La HFE es una enfermedad endémica en la población pediátrica de estrato socio-económico bajo en Guatemala. Se ha demostrado por medio de técnicas de inmunohistoquímica e hibridización in situ de DNA, que la causa directa de la enfermedad es un papiloma virus humano de los grupos 13 y 32. (VPH-13 y VPH-32). (1)

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El término MF fue introducido por Archard, Heck y Stanley en 1965. esta patología fue descrita en la literatura con varios nombres, entre los que se encuentran Verruga Vulgar, lesión papilomatosa, múltiples crecimientos benignos e idiopaticos de la cavidad bucal y enfermedad de Heck.

Aún no se conoce con exactitud la forma como se transmite la infección, la duración del período de incubación y la razón por la cual ciertas comunidades suelen estar más afectadas que otras.

MEDIO AMBIENTE Y DIETA

Se ha encontrado con más frecuencia dentro de grupos étnicos de bajos recursos cuya dieta no se puede considerar completa.

TEORÍA VIRAL

Con el advenimiento de las técnicas de hibridización molecular se lograron identificar al papiloma virus humanos (HPV) del tipo 13 y 32 en las lesiones de HMFE, comprobándose su etiología viral. Los HPVs 13 y 32 han sido considerados además específicos para HMFE, ya que se identifican exclusivamente en lesiones de la mucosa bucal. (1)

EPIDEMIOLOGÍA

Se ha observado indistintamente en niños jóvenes y adultos de ambos sexos, pero es más común en pacientes menores de 18 años. Aunque en la mayoría de estudios no se han encontrado diferencias en cuanto a la predilección por sexo, Archard reporta mayor prevalencia en el sexo femenino en un rango de 4:1. (1,19)

Las lesiones se observan únicamente en la mucosa bucal aunque se menciona, que pueden afectar cualquier área de la misma. El sitio más común es la mucosa del labio inferior, siguiéndole en orden, carrillo, lengua y labio superior. Algunas lesiones se han observado en el borde bermellón de los labios (1,11,19)

ANQUILOGLOSIA PARCIAL

Recibe el nombre de anquiloglosia un estado en el cual la superficie ventral de la lengua está parcial o completamente adherida al piso de la boca, es un frenillo lingual anormalmente corto, sometiendo a tensión el tejido gingival y produciendo

enfermedad gingival y periodontal localizada en la región de la inserción del frenillo.

En su forma completa se presenta como una fusión total de la lengua al piso de la boca y es de ocurrencia rara.

Sin embargo, formas parciales de anquiloglosia son mucho más frecuentes y se deben a un frenillo lingual, hipertrófico, cuya inserción se extiende desde el vértice de la lengua hasta la encia lingual de incisivos centrales inferiores. (11)

El frenillo se presenta como una banda fibrosa y gruesa que restringe los movimientos de la lengua e impide una fonación normal, principalmente la pronunciación de ciertas consonantes y diptongos.

La inserción gingival del frenillo predispone a problemas periodontarios en incisivos inferiores. Debido a la observación de casos familiares, se ha sugerido un factor genético en su etiología. (3,4,11)

También se observa anquiloglosia en asociación con el síndrome oro-digito-facial.

Se ha comunicado una forma poco común de anquiloglosia que se manifiesta como una adherencia parcial o completa de la lengua al paladar.

Esta anomalía puede estar asociada con paladar hendido y otras anomalías y constituye un problema complejo por su interferencia con la nutrición. Los casos severos de anquiloglosia parcial requieren tratamiento quirúrgico para corregir la inserción del frenillo y liberar los movimientos de la lengua.

Los defectos fonéticos asociados con anquiloglosia no se corrigen con la intervención quirúrgica pero pueden prevenirse si la anomalía se opera a temprana edad. (3,4,8,11,15,16,17)

PROCEDIMIENTOS PARA TOMA DE BIOPSIAS DE LA REGIÓN BUCAL

Si bien es cierto que la biopsia ofrece información valiosa y prácticamente exacta con respecto a la naturaleza y extensión de la inmensa mayoría de las lesiones que pueden ocurrir en los tejidos bucales, es conveniente señalar en qué situaciones (cuando) es indispensable, o al menos recomendable la realización de este procedimiento diagnóstico y en cuáles otras existen limitaciones para el mismo. (11,13)

INDICACIONES PARA UNA BIOPSIA

a. En lesiones que plantean clínicamente más de una posibilidad diagnóstica.

Esta es quizá la situación más clara que demanda la toma de una biopsia, ya que existen lesiones de las que no se puede obtener una explicación precisa en cuanto a su naturaleza a pesar de un buen interrogatorio y adecuada exploración.

El estudio histopatológico es fundamental para establecer el diagnóstico definitivo y para establecer el tratamiento más adecuado en este caso. (13)

b. En lesiones ulceradas que no muestren tendencia a sanar al cabo de dos semanas.

Al respecto, se deben excluir aquellas lesiones ulcerativas con causas conocidas, en las cuales, antes de tomar una biopsia primero deben corregirse o modificarse los factores causales y esperar unos días antes de tomar la decisión de hacer un estudio histopatológico.

Se debe considerar que cualquier úlcera sin causa aparente que no muestre signos de reparación al cabo de dos semanas debe ser considerada como probable neoplasia maligna, proceso infeccioso específico o manifestación de alguna enfermedad sistémica subyacente, hasta que una biopsia demuestre lo contrario.

c. En lesiones persistentes, pese a tratamiento conservador.

Ejemplos de estas son algunos carcinomas gingivales y neoplasias malignas intra óseas, las cuales inicialmente son descubiertas por el paciente porque producen dolor y/o movilidad dental sugestivos de enfermedad periodontal severa, lo que conduce al clínico inexperto a realizar la extracción dental, curetajes, tratamientos antimicrobianos y otros sin el resultado esperado. (11,13)

d. En lesiones pigmentadas sospechosas de melanoma.

El melanoma es posiblemente la neoplasia maligna más agresiva que puede desarrollarse en la mucosa bucal. Sin embargo es conveniente recordar que un gran número de estas lesiones cursan por tiempo prolongado como manchas de tonos variables de color café a negro antes de diseminarse, lo que plantea una oportunidad para su diagnóstico en etapa temprana (curable). Los datos necesarios para indicar la biopsia son: presencia de una mancha café a negra sin causa aparente, asimetría de la lesión, entre otras.

e. Aumentos tisulares sin causa aparente.

La biopsia de una neoformación posibilita diagnosticar desde una lesión benigna de naturaleza reactiva, hasta una neoplasia maligna de agresividad variable.

f. En lesiones blancas que clínicamente no correspondan a alguna lesión conocida (Leucoplasia).

El diagnóstico de leucoplasia se basa en la exclusión de otras lesiones blancas de la mucosa bucal que presenten datos característicos para su identificación. De esta forma, el diagnóstico de leucoplasia se establece cuando la lesión blanca en estudio no es liquen plano, leucoedema, nevo blanco, queratosis friccional, etc.

La importancia de su diagnóstico radica en que algunas leucoplasias se pueden transformar en carcinomas de células escamosas. (11,13)

Consecuentemente, el informe histopatológico de este tipo de lesión puede revelar que la naturaleza de la misma va desde una simple hiperqueratosis benigna, hasta un carcinoma invasor, pasando entre estos dos extremos por diversas etapas denominadas displasias epiteliales, las cuales el patólogo clasifica como leve, moderada o severa, de acuerdo a los cambios tisulares que observa y que son predictores de un menor o mayor riesgo de progresión hacia la malignidad.

g. En lesiones rojas de tipo atrófico sin una causa aparente (eritroplasia).

Existen numerosas lesiones que pueden presentarse en la mucosa bucal como manchas rojas, entre las que destacan las malformaciones vasculares, procesos inflamatorios superficiales de origen traumático, alérgico o infeccioso y las lesiones debidas a extravasación sanguínea.

La presencia de una lesión roja, cuyas características no corresponden con ninguna de las lesiones antes mencionadas, establece el diagnóstico de eritroplasia. Debido al elevado riesgo de malignización que ésta presenta (más del 50% de los casos tienen displasia severa o son ya carcinomas), la biopsia debe efectuarse de inmediato.

h. Para corroborar el diagnóstico clínico de lesiones con causa evidente.

En estos casos el resultado histopatológico es fundamental para confirmar, además del diagnóstico, la validez del tratamiento, y sirve para definir con mayor precisión el pronóstico de la condición. (11,13,17)

LIMITACIONES PARA LA TOMA DE BIOPSIAS

Aunque existen situaciones particulares en las que la toma de una biopsia conlleva el riesgo de afectar de modo irreversible la integridad de un tejido u órgano, e incluso, de poner en peligro la vida del paciente, en la mayoría de las veces, como medida precautoria basta con estabilizar la o las funciones alteradas, aunque sea de manera temporal, para poder llevar a cabo sin mayores problemas el procedimiento quirúrgico de la toma de biopsia.

Entre las situaciones que con mayor frecuencia limitan la toma de una biopsia destacan:

1. Existencia de enfermedades de naturaleza local o sistémica que favorecen el desarrollo de infecciones (por ejemplo diabetes mellitus no controlada).
2. Presencia de lesiones o enfermedades con alto riesgo de hemorragia (por ejemplo malformaciones vasculares y hemofilia)
3. Proximidad de la lesión a estructuras vasculares, ductales o neurales, o localización de la misma en áreas de acceso quirúrgico difícil que requieren de una adecuada experiencia quirúrgica para poder tomar la muestra. (13)

TIPOS DE BIOPSIAS EN LESIONES DE LA REGIÓN BUCAL Y MAXILOFACIAL

Existen distintas formas de efectuar el procedimiento, cada una de ellas tiene ventajas y desventajas con relación a las demás. Algunas tienen su mayor atractivo en la rapidez con que se obtiene el resultado histopatológico, mientras que otras

fijan su valor en la extirpación completa de una lesión en el mismo procedimiento quirúrgico, como ocurre con las biopsias excisionales.

A continuación se describen cada uno de los cinco tipos de biopsia que pueden ser empleados en la práctica estomatológica y que son:

1. biopsia incisional
2. biopsia excisional
3. biopsia transoperatoria
4. biopsia en sacabocados (punch)
5. biopsia por punción o aspiración

BIOPSIA INCISIONAL

Se indica en lesiones extensas usualmente mayores a 1 cm o múltiples, de las cuales sólo se remueve una porción que debe ser representativa de los cambios que la caracterizan, debe contener además, una parte de tejido clínicamente sano, con objeto de proporcionar al patólogo elementos suficientes para un análisis sobre la naturaleza y extensión marginal del proceso patológico. (13)

Si el aspecto clínico de una lesión es variado, por ejemplo, con diversas tonalidades de color, diferente consistencia de una zona a otra, etc., o cuando existen múltiples lesiones de aspecto diferente entre sí, se deben tomar varias muestras que deberán colocarse en frascos por separado e identificarse mediante un esquema descriptivo que permita ubicarlas adecuadamente con respecto de su topografía. (13)

BIOPSIA EXCISIONAL

La biopsia excisional implica que la toma de la muestra incluye la totalidad de la lesión.

Por lo tanto, esta biopsia tiene un doble propósito, el cual es obtener tejido para diagnóstico, al mismo tiempo que se realiza el tratamiento definitivo.

Este tipo de biopsia se indica en lesiones que miden 1 cm o menos de diámetro, aunque si se tiene experiencia quirúrgica, el procedimiento puede realizarse en lesiones de mayor tamaño sin mayor complicación. Al igual que en la biopsia incisional, se recomienda que en la muestra obtenida se incluya un margen de tejido adyacente aparentemente normal. (11,13)

BIOPSIA TRANSOPERATORIA (POR CONGELACIÓN)

Es el tipo de biopsia que se lleva a cabo durante el transcurso de una cirugía, en aquellos casos en los que el resultado histopatológico es indispensable para determinar con certeza el tipo de procedimiento y la extensión que éste requiere.

Este tipo de biopsia no requiere de una fijación convencional con formol, sino que la muestra tisular es enviada inmediatamente al laboratorio de patología envuelta en una gasa húmeda en solución salina.

BIOPSIA CON SACABOCADOS O PUNCH

Es un método rápido y seguro para la obtención de tejido superficial de la mucosa, el cual constituye una alternativa tanto para la biopsia incisional como para la excisional.

El sacabocados consiste en un cilindro de acero, el cual presenta en un extremo un borde hueco de forma circular, afilado, que puede medir desde 2 hasta 10 mm de diámetro.

Existen variedades desechables esterilizados que tienen el mango de plástico, con la ventaja de que se utiliza una sola vez. La selección del diámetro depende del tamaño de la lesión, pero en estomatología por lo regular se utilizan círculos de 4 a 6 mm. (13)

BIOPSIA POR PUNCIÓN O ASPIRACIÓN

La biopsia por aspiración constituye un método que cada día va ganando mayor aceptación en la práctica clínica debido, entre otras razones, a la relativa facilidad y rapidez con que se realiza.

Las pocas molestias y mínimas complicaciones para el paciente y a su alta validez para establecer el diagnóstico preoperatorio de numerosas entidades, ya que su sensibilidad y especificidad son superiores al 80%.

En la región maxilofacial puede utilizarse la biopsia por aspiración en ganglios linfáticos, glándulas salivales, tiroides, masas de tejidos blandos y quistes, tanto intraoseos como de los tejidos blandos.

Además de utilizarse en la obtención de tejido para estudios histopatológicos y citológicos, también se emplea para obtener material para cultivos microbianos y otros estudios mas sofisticados, como la citometría de flujo.

Una indicación frecuente para emplear esta biopsia es para descartar la posibilidad de una lesión vascular, la cual, si no es detectada en forma preoperatoria, podría causar severas complicaciones trans y post-quirúrgicas.

Una vez que se ha obtenido la muestra en cualquiera de las 5 anteriores biopsias, ésta debe manejarse correctamente, ya que de no hacerlo así, la estructura del tejido puede dañarse y volverse inservible para diagnóstico, aún a pesar de ser una muestra adecuada en cuanto a tamaño y profundidad. Inmediatamente después de su obtención, el espécimen debe ser colocado en un frasco de boca ancha que contenga una cantidad adecuada de formol al 10% para lograr su preservación. El formol (formaldehído en solución) es un fijador que evita la degeneración post-mortem, ya que no permite que se deformen la estructura de los tejidos. (13)

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de Lengua Geográfica, Hiperplasia Epitelial Focal y Anquiloglosia Parcial mediante un estudio prospectivo realizado en pacientes de 6 a 12 años de edad, ingresados a la consulta externa de la Clínica de Desarrollo y Crecimiento del Hospital Roosevelt durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2002.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de Lengua Geográfica, Hiperplasia Epitelial Focal y Anquiloglosia Parcial, según el sexo de los pacientes.
- Determinar la prevalencia de Lengua Geográfica, Hiperplasia Epitelial Focal y Anquiloglosia Parcial, según la edad de los pacientes.
- Complementar la literatura y material docente para la formación y práctica de la estomatología pediátrica guatemalteca.

VARIABLES DE ESTUDIO

1. Dependientes

LENGUA GEOGRÁFICA

- a. Áreas o zonas eritematosas de tamaño variable en dorso y bordes de lengua.

HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL

- b. Lesiones papulares de base sésil de forma circular u ovoidea en cualquier región de la cavidad bucal.

ANQUILOGLOSIA PARCIAL

- c. Fusión parcial de la lengua al piso de boca.

2. Independientes

- a. Sexo: condición biológica por la que se diferencian los machos de las hembras.
- b. Edad: tiempo en que una persona ha vivido, a contar desde que nació.
- c. Prevalencia: número de veces que se presenta un fenómeno.

INDICADORES DE LAS VARIABLES

1. DEPENDIENTES

a. Áreas o zonas eritematosas.

Mácula o placa de color rojo ya sea homogénea o con áreas blancas que se presentan en cualquier región de la mucosa y que no puede identificarse con un diagnóstico específico. Eritema es un enrojecimiento difuso de forma de mácula, producido por congestión de capilares que desaparece momentáneamente. (12)

b. Lesión Papular:

Elevación circunscrita de consistencia compacta que puede medir hasta 5 mm de diámetro, siempre es sésil, su contorno puede ser circular, elíptico, linear y la forma redondeada, cónica o aplana. Es de color variable y de superficie lisa o rugosa. (5,12)

c. Fusión parcial:

Banda fibrosa o gruesa que restringe los movimientos de la lengua e impide la fonación normal, principalmente la pronunciación de ciertas consonantes y diptongos. (12)

2. INDEPENDIENTES

a. Sexo:

Condición biológica por la que se diferencian los machos de las hembras. (9)

b. Edad:

Tiempo en que una persona ha vivido, a contar desde que nació.

(9)

c. Prevalencia:

Número de veces en que se presenta un fenómeno.

METODOLOGÍA

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Estará constituida por pacientes niños de 6 a 12 años de ambos sexos atendidos en la consulta externa de la Clínica de Desarrollo y crecimiento del Hospital Roosevelt durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2002.

PROCEDIMIENTO DE MUESTREO

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizará la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{N}{(Nd)d + 1}$$

En donde:

n = tamaño de la muestra

N = población total

d = error de estimación (5%). (10)

Según datos estadísticos proporcionados por el Departamento de Registro y Estadística de la Clínica de Desarrollo y Crecimiento, en el año 2001 durante los meses de Noviembre y Diciembre fue un aproximado de 2,830 pacientes. Por lo

cual al aplicar la fórmula antes descrita se establecería que el tamaño de la muestra sería de 350 casos.

$$n = \frac{2830}{(141.5)0.05 + 1}$$

$$n = 350.4$$

La selección de los casos será de forma aleatoria. Luego se le informará al responsable del paciente sobre el tipo de estudio a elaborarse y si está de acuerdo en participar se le entregará una nota informativa la cual deberá firmar dando su autorización para que su hijo (a) o encargado entre en estudio. Se les realizará el examen clínico siguiendo los parámetros de los que se realizan en las clínicas del Departamento de Diagnóstico de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, además se tomará de guía el Patrón de Conducta Clínica para el Diagnóstico de Alteraciones del Sistema Estomatognático, anotando los datos obtenidos en el instrumento específico (ficha clínica).

Después de realizados los exámenes clínicos, en los casos en que se encuentren las entidades patológicas en estudio, se tomarán unas pequeñas muestras del tejido por medio de una biopsia con punch, se le notificará a los padres o encargados sobre el tipo de hallazgo, con el fin de informarles sobre la condición bucal del paciente y en el caso de encontrar otras entidades referirlos con un especialista (patólogo bucal)* para que se le realicen los exámenes pertinentes, llegar a un diagnóstico final y que éste le proporcione un tratamiento adecuado.

Se anotarán los datos encontrados en el instrumento específico para su interpretación estadística y gráfica y según los datos estadísticos se llegarán a las conclusiones y recomendaciones del estudio.

* Patólogo Bucal. Dr. Oscar Toralla, Facultad de Odontología Universidad de San Carlos de Guatemala.

CUADROS Y GRÁFICAS

CUADRO No. 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE PACIENTES EVALUADOS CLÍNICAMENTE, QUE PRESENTARON Y NO PRESENTARON LAS LESIONES EN ESTUDIO

(*Lengua Geográfica, Hiperplasia Epitelial Focal y Anquiloglosia Parcial*)
DURANTE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2,002

Edad	Con Lesión	Sin Lesión	TOTAL	%
6 años	1	0	1	0.28
7 años	2	18	20	5.71
8 años	8	45	53	15.14
9 años	7	92	99	28.29
10 años	7	101	108	30.86
11 años	9	45	54	15.43
12 años	1	14	15	4.29
TOTAL	35	315	350	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

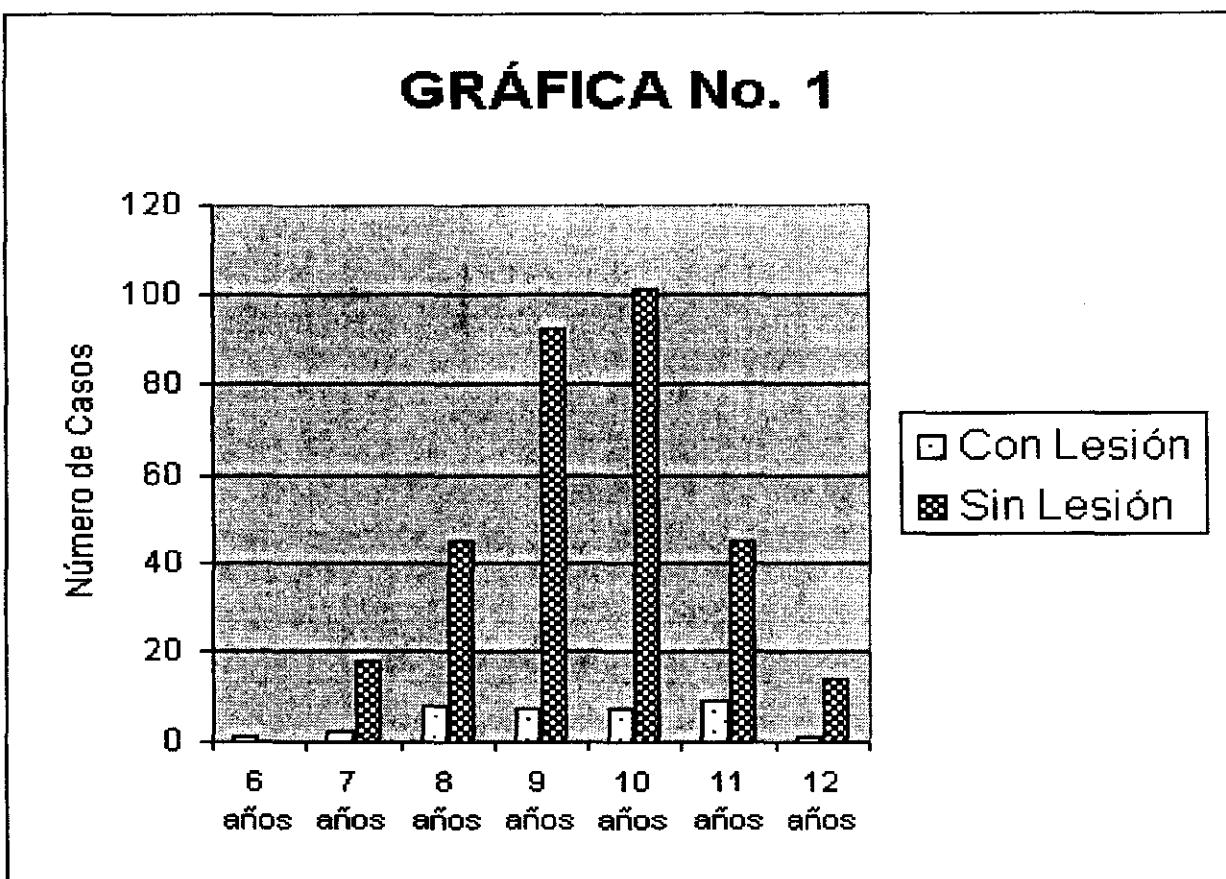
INTERPRETACIÓN:

La mayoría de pacientes que asistieron a consulta dental comprendían entre los 9 y 10 años de edad.

La edad en que se encontraron más lesiones de Lengua Geográfica, Hiperplasia Epitelial Focal y Anquiloglosia Parcial, fue a los 11 años con 9 casos de los 350 evaluados.

Las edades en que se encontraron menos lesiones fueron a los 6 y 12 años con 1 caso. (1.71% de la muestra)

GRÁFICA No. 1



CUADRO No. 2

*DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO DE PACIENTES EVALUADOS CLÍNICAMENTE
QUE PRESENTARON Y NO PRESENTARON LAS LESIONES EN ESTUDIO
(Lengua Geográfica, Hiperplasia Epitelial Focal y Anquiloglosia Parcial)
DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2,002*

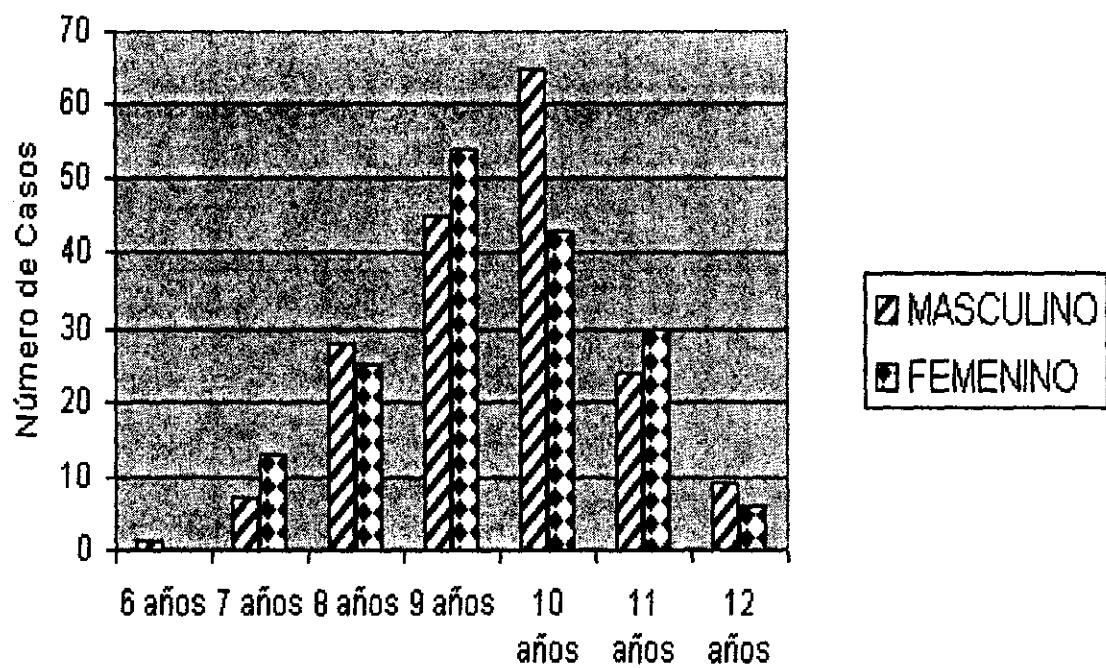
EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
6 años	1	0	1	0.28
7 años	7	13	20	5.71
8 años	28	25	53	15.14
9 años	45	54	99	28.29
10 años	65	43	108	30.86
11 años	24	30	54	15.43
12 años	9	6	15	4.29
TOTAL	179	171	350	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de pacientes que asistieron a consulta dental fueron de sexo masculino, (179 pacientes conformando un 51.14% de la muestra), y la edad en que más asistieron fue a los 10 años. En cuanto al sexo femenino asistieron 171 pacientes a consulta, predominando los 9 años.

GRÁFICA No. 2



CUADRO No. 3

**DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES EN ESTUDIO
(Lengua Geográfica, Hiperplasia Epitelial Focal y Anquiloglosia Parcial),
SEGÚN EL SEXO DE LOS PACIENTES EVALUADOS CLÍNICAMENTE
DURANTE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2,002**

LESIONES	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
Lengua Geográfica	9	12	21	6
Hiperplasia Epitelial Focal	0	1	1	0.29
Anquiloglosia Parcial	8	5	13	3.71
TOTAL	17	18	35	10

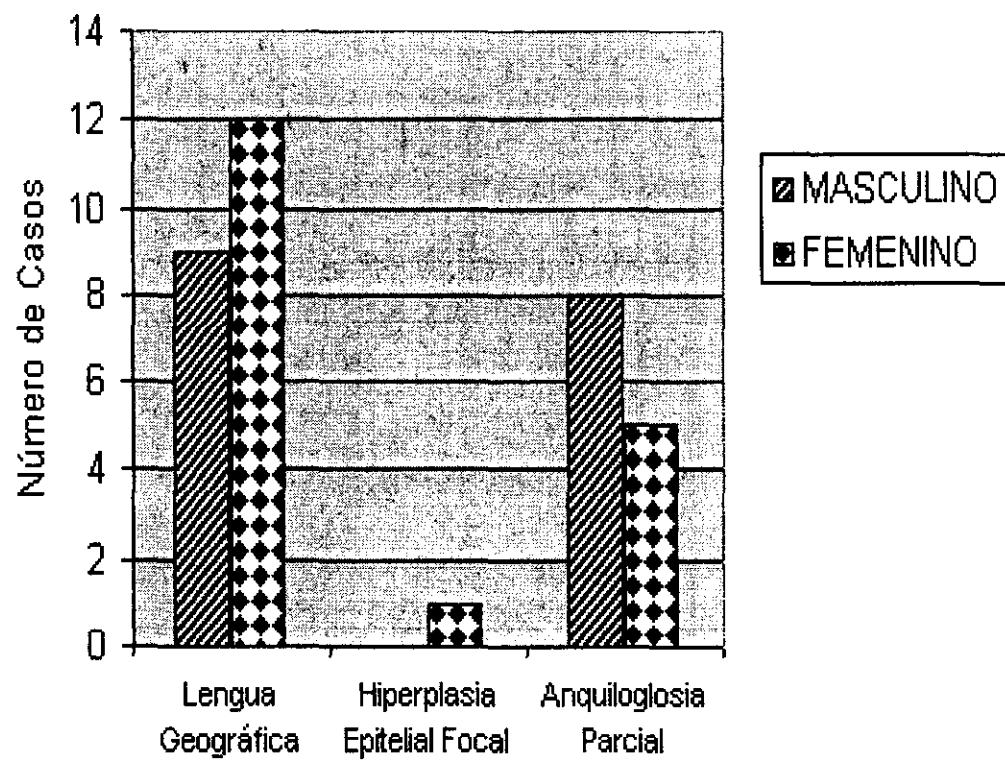
FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

INTERPRETACIÓN:

La distribución según sexo sugiere que, en el femenino se encontraron más las lesiones en estudio que en el masculino.

Según la distribución, se puede determinar que la población está afectada en un 10% con 35 casos, es decir, que es mínima la cantidad de pacientes que presentan Lengua Geográfica, Hiperplasia Epitelial Focal y Anquiloglosia Parcial, de los 350 pacientes evaluados.

GRÁFICA No. 3



CUADRO No. 4

*DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD DE LOS PACIENTES
EVALUADOS CLÍNICAMENTE QUE PRESENTARON
LENGUA GEOGRÁFICA
DURANTE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2,002*

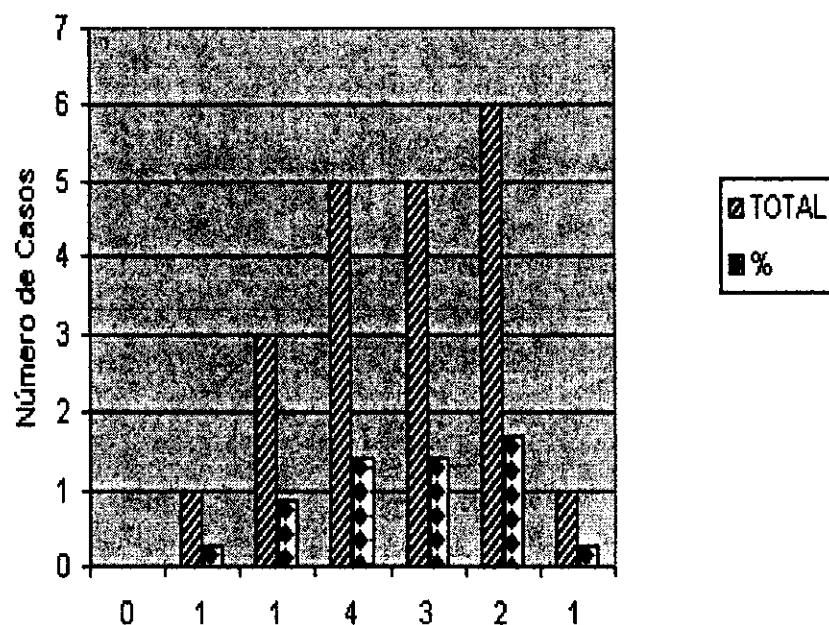
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
6 años	0	0	0	0
7 años	0	1	1	0.29
8 años	2	1	3	0.85
9 años	1	4	5	1.43
10 años	2	3	5	1.43
11 años	4	2	6	1.71
12 años	0	1	1	0.29
TOTAL	9	12	21	6

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

INTERPRETACIÓN:

Un 6% de la población en estudio presentó Lengua Geográfica, siendo en su mayoría en el sexo femenino, con un total de 12 casos que corresponden a un 3.43% del total de las lesiones registradas, (Lengua Geográfica, Hiperplasia Epitelial Focal y Anquiloglosia Parcial).

GRÁFICA No. 4



CUADRO No. 5

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES
EVALUADOS CLÍNICAMENTE QUE PRESENTARON
HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL
DURANTE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2,002

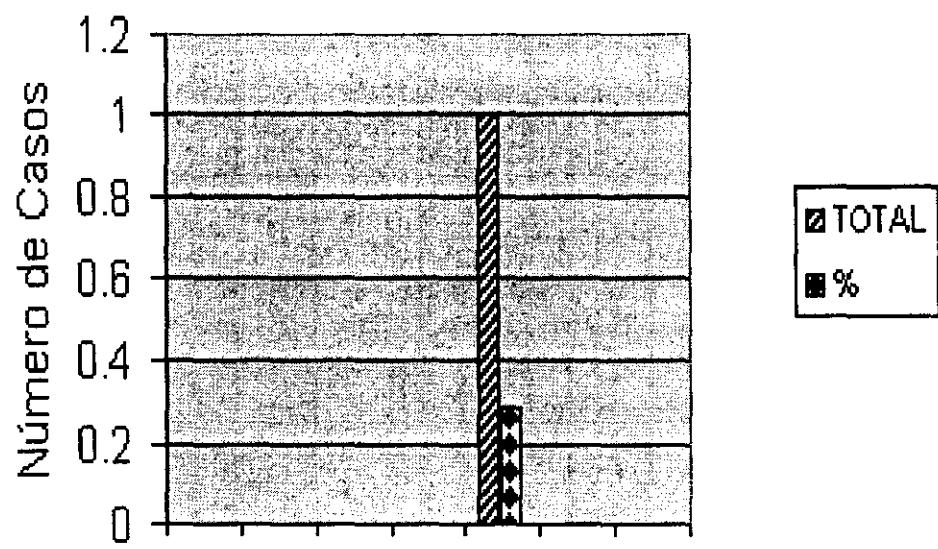
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
6 años	0	0	0	0
7 años	0	0	0	0
8 años	0	0	0	0
9 años	0	0	0	0
10 años	0	1	1	0.29
11 años	0	0	0	0
12 años	0	0	0	0
TOTAL	0	1	1	0.29

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

INTERPRETACIÓN:

Solamente se reportó un caso de Hiperplasia Epitelial Focal, correspondiendo éste a un 0.29% de las lesiones registradas, (Lengua Geográfica, Hiperplasia Epitelial Focal y Anquiloglosia Parcial).

GRÁFICA No. 5



CUADRO No. 6

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD DE PACIENTES
EVALUADOS CLÍNICAMENTE QUE PRESENTARON
ANQUILOGLOSIA PARCIAL
DURANTE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2,002

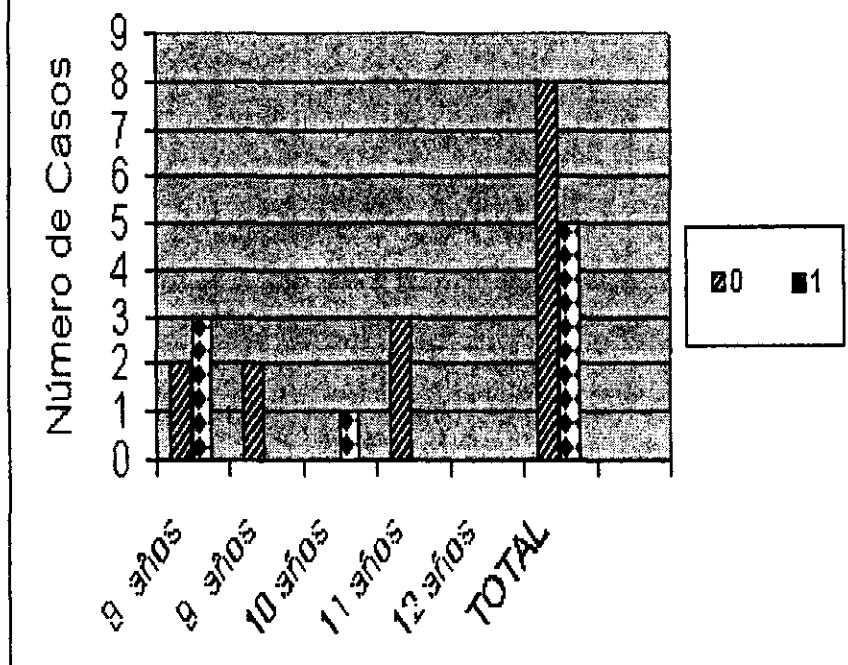
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
6 años	1	0	1	0.28
7 años	0	1	1	0.28
8 años	2	3	5	1.43
9 años	2	0	2	0.58
10 años	0	1	1	0.28
11 años	3	0	3	0.86
12 años	0	0	0	0
TOTAL	8	5	13	3.71

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

INTERPRETACIÓN:

Según los datos obtenidos un 3.71% de la población examinada (350 pacientes), presentó Anquiloglosia Parcial y según sexo, se presentó la mayor parte en el masculino a los 11 años, aunque por edad se reportó la mayoría de los casos a los 8 años en ambos sexos, conformando así 1.43% de las lesiones reportadas, (Lengua Geográfica, Hiperplasia Epitelial Focal y Anquiloglosia Parcial).

GRÁFICA No. 6



DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo al resultado de la tabulación de datos obtenidos en la investigación, se pudo determinar que la frecuencia con que se presentan las lesiones de Lengua Geográfica, Hiperplasia Epitelial Focal y Anquiloglosia Parcial es del 10% según la población estudiada, siendo un porcentaje relativamente bajo, tomando en consideración también que éstas lesiones no ponen en riesgo la vida del paciente.

La distribución según el sexo de los pacientes examinados determinó que el sexo femenino presentó la mayoría de las lesiones en estudio, aunque no con una marcada diferencia sobre el sexo masculino.

La mayoría de pacientes estudiados correspondían a las edades de 9 y 10 años de edad, siendo un 28.29% y un 30.86% de la población en estudio respectivamente.

Con respecto a las lesiones en estudio, se pudo observar que predominó la lesión de Lengua Geográfica con un 6%, siguiéndole Anquiloglosia Parcial con un 3.71% e Hiperplasia Epitelial Focal solamente en un 0.29% de la población.

En este estudio no se encontró ningún caso que presentara dos o más lesiones en estudio un mismo paciente.

Según literatura consultada y exámenes clínicos realizados, coinciden en que la Hiperplasia Epitelial Focal se presenta más en el sexo femenino.

En los pacientes que presentaron Anquiloglosia Parcial, la mayoría de ellos padecían de defectos y dificultades fonéticas, además de una notable desnutrición y no puede dejar de mencionarse que se encontraban afectados emocionalmente.

CONCLUSIONES

1. El 10% de los pacientes evaluados en la consulta externa de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt, durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2002, presentaron las lesiones en estudio, (Lengua Geográfica, Hiperplasia Epitelial Focal y Anquiloglosia Parcial), siendo este un porcentaje relativamente bajo, pero no por ello sin importancia.
2. El sexo en el cual se encontraron más casos clínicos patológicos intra-bucales de tejidos blandos en estudio, (Lengua Geográfica, Hiperplasia Epitelial Focal y Anquiloglosia Parcial), fue en el sexo femenino, aunque no con mucha diferencia con respecto al sexo masculino.
3. La edad en que se encontraron más lesiones en estudio fue a los 11 años. Y debemos tomar en cuenta que conforme aumenta la edad de los pacientes, es más frecuente encontrar lesiones.
4. En este estudio no se encontró ningún caso que presentara dos o más lesiones en estudio un mismo paciente.

5. De las lesiones en estudio, la más común fue Lengua Geográfica y la menos común Hiperplasia Epitelial Focal.
6. Según literatura consultada y exámenes clínicos realizados, coinciden en que la Hiperplasia Epitelial Focal se presenta más en el sexo femenino.
7. En los pacientes que presentaron Anquiloglosia Parcial, la mayoría de ellos padecían de defectos y dificultades fonéticas, además de una notable desnutrición y no puede dejar de mencionarse que se encontraban afectados emocionalmente.

RECOMENDACIONES

- 1.** Hacer énfasis en la importancia que tiene el realizar un buen examen clínico y una completa anamnesis o historia clínica del paciente, a los estudiantes y profesionales odontólogos, con el fin de detectar diferentes hallazgos clínicos patológicos.
- 2.** Tomar en cuenta las condiciones de vida del paciente, costumbres y hábitos, para así brindarle el mejor de los tratamientos y encontrarle una razón lógica a su padecimiento.
- 3.** Informarle siempre al paciente sobre su condición e indicarle si corre algún riesgo o no, y si así lo fuera, referirlo inmediatamente a un especialista.

LIMITACIONES

No todos los padres de familia o encargados permitieron realizar el examen clínico a sus hijos.

Se tuvo cierta dificultad para encontrar el dispositivo especial para tomar las muestras de tejido blando (punch).

El único caso de Hiperplasia Epitelial Focal encontrado, no pudo tomársele biopsia, ya que la madre de la paciente no aceptó y la niña no colaboró.

En el Hospital Roosevelt hubo cierta dificultad para poder autorizar este tipo de examen, ya que yo no pertenecía al cuerpo médico del hospital.

GLOSARIO

Aparato estomatognático: Se le llama así al conjunto de estructuras que conforman la cavidad bucal.

Bermellón: “labios”

Cáncer: Tumor epitelial maligno que tiende a invadir los tejidos vecinos y provocar metástasis en regiones distantes del organismo.

Carrillos: Parte carnosa de la cara, debajo de la mejilla.

Metástasis: Reproducción de una enfermedad en órganos distintos a aquel en que se presentó primero.

Neoplasia: Formación de un tejido con carácter tumoral, generalmente maligno.

Pápula: Tumor eruptivo que se presenta en piel sin pus ni serosidad.

Posición supina: Posición en la que el paciente está tendido en una forma cómoda sobre el dorso. (“Recostado sobre el sillón dental.”.)

Protruir: Acción de proyectar la lengua fuera de la boca.

Tragus: Prominencia cartilaginosa de la oreja, situada delante del conducto auditivo.

Consultas Bibliográficas:

1. Arteaga López, Vilma Lucrecia. -- Cuantificación de vitamina A y zinc en pacientes con hiperplasia multifocal epitelial. -- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Odontología, 1993. -- 73 p.
2. Ávila Estrada, Rigoberto. -- Plan estratégico año 1999 : Unidad de Crecimiento y Desarrollo Hospital Roosevelt, Guatemala. 1998. -- 6 p.
3. Barber, Thomas K. -- Odontología pediátrica / Thomas K. Barber, Larry S. Luke ; trad. por Ma. del Rosario Carsolio. -- México : El Manual Moderno, 1985. -- 431 p.
4. Budnick, Steven D. -- Handbook of pediatric oral pathology. -- United States of America : Year Book Medical Publishers, INC., 1981. -- 312 p.
5. Cáceres Grajeda, J. Rodolfo, Cándida Luz Franco Lemus, Sergio García Pilofía. -- Examen clínico del aparato estomatognático : examen diagnóstico. -- Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Diagnóstico, Guatemala. 1999. -- 7 p.
6. Coloraciones y tinciones En: Internet.
<http://www.odontocat.com/altpatcol.htm> 20 de Agosto del 2001.
7. Durante Avellanal, C. -- Diccionario odontológico. -- 2a. ed. -- Buenos Aires : Mundi, 1964. -- pp. 234-563.
8. Finn, Sidney B. -- Odontología pediátrica / Sydney B. Finn ; trad. por Carmen Muñoz Seca. -- México : Nueva Editorial Interamericana, 1976. -- 613 p.
9. García, R. -- Diccionario Larousse. -- México : Larousse, 1980. -- 390 p.
10. Levin Richard, David Rubio. -- Estadística para administradores. -- 6ta. ed. -- México : Prentice Hall Hispanoamérica, 1996. -- pp. 315-349.
11. López Acevedo, César. -- Manual de patología oral. -- Guatemala : Universitaria, 1975. -- 415 p. -- (Colección Aula Vol. No. 16)

12. López Acevedo, César, Otto Manuel España M. -- Patrón de conducta clínica para el diagnóstico de alteraciones del sistema estomatognático : examen diagnóstico. -- Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Diagnóstico, Área de Patología, Guatemala. 1983. -- 70 p.
13. Manual de procedimientos para toma de biopsias de la región bucal / Adalberto Mosqueda Taylor... [et. al.] -- México : Casa abierta al tiempo, 1998. -- 25 p.
14. McDonald, Ralph E. -- Odontología pediátrica y del adolescente / Ralph E. McDonald, David R. Avery ; trad. por Jorge Frydman. -- 5a ed. -- Buenos Aires : Médica Panamericana, 1,990. -- 848 p.
15. Odontología pediátrica / J. R. Pinkham... [et. al.] ; trad. por José Antonio Ramos Tercero. -- México : Interamericana McGraw-Hill, 1991. -- 566 p.
16. Odontopediatría enfoque clínico / Göran Koch... [et. al.] ; trad. por Jorge Frydman. -- Buenos Aires : Médica Panamericana, 1994. -- pp. 187- 207.
17. Oral & maxillofacial pathology / Brad W. Neville... [et. al.] . -- Philadelphia : Saunders Company, 1995. -- 699 p.
18. Robbins, Stanley L. -- Patología humana / Stanley L. Robbins, Marcia Angell, Vinay Kumar ; trad. por Homero Vela Treviño. -- México : Nueva Editorial Interamericana, 1985. -- 703 p.
19. Roman, Carlos B., Heddie O. Sedano. -- Multifocal papilloma virus epithelial hyperplasia. -- pp. 631-635 -- En : Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology -- 77 (June) 1994.
20. Ruiz o., Alejandro. -- Alteraciones de forma, número y tamaño : examen de diagnóstico.-- Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Diagnóstico, Guatemala. 1998. -- 8 p.



ANEXOS

Por este medio, yo _____
estoy enterado(a) de todo el examen y procedimiento que se hará y por medio de mi firma o huella digital confirmo que se me ha explicado satisfactoriamente sobre el contenido de éste consentimiento y de o que se hará.

También se me ha dicho que puedo abandonar la investigación en cualquier momento sin tener que dar explicación alguna. Con mi firma y nombre al final de éste documento autorizo al investigador a que haga el examen (a mi hijo / hija) y que tome la muestra que contemple el estudio.

Nombre completo (letra clara) _____

Cédula de Vecindad: Registro No. _____ Número: _____

Firma del encargado legal: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre del examinador: _____

Firma del examinador: _____

Lugar y fecha: _____

Vo.Bo. _____

Dr. Marvin Maas

Asesor

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
TESIS DE PREGRADO**

Paciente No. _____ Fecha: _____
Nombre: _____ Edad: _____ sexo: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Responsable: _____ Firma / huella: _____
No. de Registro: _____

MOTIVO DE CONSULTA:

HISTORIA MEDICA Y ODONTOLÓGICA ANTERIOR:

EVALUACIÓN CLÍNICA DE TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL:

Lengua Geográfica:

Áreas eritematosas: número:

sintomatología:

exámenes de laboratorio:

diagnóstico final

Observaciones:

Hiperplasia Epitelial Focal:

forma: tamaño: superficie:

base: color: sintomatología:

localización: consistencia:

exámenes de laboratorio:

diagnóstico final:

Observaciones:

Anquiloglosia:

total: parcial:

dificultad para la fonación:

exámenes de laboratorio

diagnóstico final

Observaciones:

INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA FICHA CLÍNICA

Paciente No.:

Anotar con números arábigos y en orden correlativo, el correspondiente a cada niño de la muestra.

Fecha:

Anotar el día en números arábigos, el mes en números arábigos y el año en números arábigos cuando se recabó la información.

Nombre:

Anotar con letra de molde, en forma clara el nombre completo del paciente, escribiendo primero los apellidos y luego los nombres completos.

Edad:

Anotar en números arábigos la edad en años cumplidos del paciente.

Sexo:

Anotar con letras mayúsculas “M” o “F”, correspondientes a masculino o femenino, respectivamente, de acuerdo al sexo del paciente.

Dirección:

Lugar donde reside el paciente.

Teléfono:

Número en el cual puede localizarse al padre o responsable del paciente.

Responsable:

Nombre del padre, madre o persona encargada del paciente.

Firma / Huella:

Firma legal, o en su defecto, huella dactilar del dedo pulgar derecho del responsable del paciente.

No. de Registro:

Anotar con números arábigos el que aparezca en el carné del paciente.

Motivo de consulta:

Causa por la que llevo al paciente a consulta médica u odontológica.

Historia médica y odontológica anterior:

Datos relevantes en la historia del paciente.

Evaluación clínica de tejidos blandos de cavidad bucal:

Se registran los datos encontrados en el paciente.

Lengua geográfica:

Anotar con letra de molde y con mayúscula “SI” o “NO” respectivamente según lo encontrado.

Áreas eritematosas:

Anotar con letra de molde y con mayúscula “SI” o “NO” respectivamente según lo encontrado.

Número:

Anotar con números arábigos el numero de lesiones encontradas.

Sintomatología:

Anotar con letra de molde y con mayúscula “SI” o “NO” respectivamente según lo que refiera el paciente.

Examen de Laboratorio:

Anotar con letra de molde y clara, en el caso necesario, el indicado por el patólogo bucal al que se refiere el caso.

Diagnóstico Final:

Anotar con letra de molde y clara el indicado por el patólogo bucal al que se refiere el caso.

Observaciones:

Datos relevantes del caso que sea necesario anotar con letra de molde y clara.

Hiperplasia Focal del Epitelio:**Forma:**

Anotar con letra de molde y clara la configuración principal utilizando como referencia para ello figuras geométricas.

Tamaño:

Anotar en sistema métrico decimal, las dimensiones aproximadas de los distintos ejes.

Superficie:

Anotar con letra de molde y clara la apariencia superficial, tal como: rugosa, lisa, ulcerada, etc.

Base:

Anotar con letra de molde y clara si la base es sésil o pedunculada.

Color:

Anotar con letra de molde y clara el matiz principal y determinese si éste es más intenso o más pálido que la mucosa o la piel adyacente. Así como cuando en el mismo se observan diferentes matices.

Sintomatología:

Anotar con letra de molde y clara si la lesión presenta dolor, ardor, prurito, etc.

Localización:

Anotar con letra de molde y clara el sitio donde se encuentra la lesión

Consistencia:

Anotar con letra de molde y clara la consistencia que se aprecia la palparla tal como: blanda, dura, fluctuante, firme.

Examen de Laboratorio:

Anotar con letra de molde y clara, en el caso necesario, el indicado por el patólogo bucal al que se refiere el caso.

Diagnóstico Final:

Anotar con letra de molde y clara el indicado por el patólogo bucal al que se refiere el caso.

Observaciones:

Datos relevantes del caso que sea necesario anotar con letra de molde y clara.

Anquilosis:**Total:**

Anotar con letra de molde y con mayúscula “SI” o “NO” respectivamente según lo encontrado.

Parcial:

Anotar con letra de molde y con mayúscula “SI” o “NO” respectivamente según lo encontrado.

Dificultad para la fonación:

Anotar con letra de molde y con mayúscula “SI” o “NO” respectivamente según lo encontrado.

Examen de Laboratorio:

Anotar con letra de molde y clara, en el caso necesario, el indicado por el patólogo bucal al que se refiere el caso.

Diagnóstico Final:

Anotar con letra de molde y clara el indicado por el patólogo bucal al que se refiere el caso.

Observaciones:

Datos relevantes del caso que sea necesario anotar con letra de molde y clara.

**El contenido de esta Tesis es única y exclusiva
responsabilidad del Autor,**

TELMA BEATRIZ RUIZ ÁLVAREZ

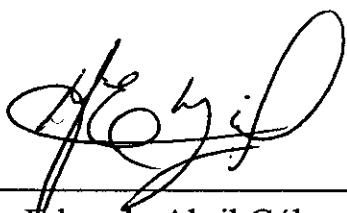
A handwritten signature in black ink, appearing to read "Telma B.R.", with a horizontal line underneath it.



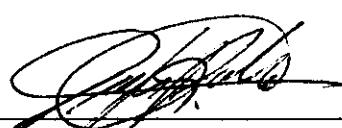
Br. Telma Beatriz Ruiz Álvarez
Sustentante



Dr. Marvin Lizandro Maas Ibarra
Asesor



Dr. Eduardo Abril Gálvez
Comisión de Tesis



Dra. Ana Ligia Padilla Morales
Comisión de Tesis



Vo.Bo. Imprimase:

Dr. Otto Raúl Torres Bolaños
Secretario