

**DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍAS EN
TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL. ESTUDIO REALIZADO EN
NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS QUE ASISTEN A TRES ESCUELAS PRIMARIAS DE
PATULUL, SUCHITEPÉQUEZ, DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA,
DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2012.**

Tesis presentada por:

NANCY FABIOLA OROZCO GÓMEZ

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:

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, noviembre 2012.

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Manuel Aníbal Miranda Ramírez
Vocal Primero:	Dr. José Fernando Ávila González
Vocal Segundo:	Dr. Erwin Ramiro González Moncada
Vocal Tercero:	Dr. Jorge Eduardo Benítez De León
Vocal Cuarto:	Br. Carlos Alberto Páez Galindo
Vocal Quinta:	Br. Betzy Michelle Ponce Letona
Secretaria General de Facultad:	Carmen Lorena Ordóñez de Maas, Ph.D.

TRIBUNAL QUE PACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Manuel Anibal Miranda Ramírez
Vocal Primero:	Dr. Erwin Ramiro González Moncada
Vocal Segundo:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Tercero:	Dr. Marvin Lizandro Maas Ibarra
Secretaria General de Facultad:	Carmen Lorena Ordóñez de Maas, Ph.D.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por todo lo que día a día me das, pero muy especialmente por tu amor, tu sabiduría y tu misericordia. Y porque sin tí no hubiera alcanzado este sueño, a tí sea toda lo gloria y honra, te amo Señor.

A MIS PADRES

Abigail Luis Orozco Díaz gracias por todo tu amor y apoyo incondicional, pero sobre todo gracias por tus grandes esfuerzos por sacarme adelante en la vida.

Silvia Janeth Fajardo de Orozco es usted el ángel que Dios me mandó y el ejemplo a seguir en mi vida. Agradezco todos sus consejos, todo su apoyo y amor.

Quiero enorgullecerlos todos los días de mi vida, mi triunfo es el de ustedes. Los amo.

María Catalina Gómez por darme la vida.

A MIS HERMANOS

Joselin Karina Orozco, Luis Fernando Orozco, José Alberto Orozco, por ser parte de mi vida. Espero poder ser un ejemplo para ustedes y que este logro los inspire. Los amo.

A MIS ABUELOS

Margarito Toribio Orozco, María Ángela de Orozco, en especial a Ileana Esperanza Muñoz. Con mucho cariño.

A MI PRIMA

Eugenia Audelina Fuentes, por su amor, su apoyo y por estar al pendiente de mí.

A MIS TÍOS

Abisai Nehemías Orozco y en especial a Albina Magdalena Orozco por tu especial amor y apoyo incondicional y a Elida Patricia Fajardo de Young por sus oraciones y por esas palabras de apoyo que siempre encontré en usted.

A MIS AMIGAS

Mercedes Fernández, Pamela Cifuentes, Anelena Ferrigno, Jessica Sánchez, Sharoon España, Heidy Ixacaragua, Nancy Vásquez, gracias por haber estado conmigo en este camino y por bendecir mi vida. Las quiero.

Rosario Santizo por su sincera amistad y todo su apoyo.

A MIAL

Por estar a mi lado, por apoyarme tanto y por su amor. Gracias por ser parte de mi vida. Lo amo.

A MIS CATEDRATICOS

Dr. Sisniega (Q.E.P.D), Dr. Ramos, Dr. Cáceres, Dr. Galvéz-Sobral, Dr. Ricardo León, Dr. Cashaj, Dra. Agueda, Dr. Catalán, Dr. Moncada, Dr. Aníbal Taracena, gracias por toda su enseñanza y ayuda durante mi carrera.

A MI ASESOR DE TESIS

Dr. Guillermo Barreda, por su dedicación y paciencia para la elaboración de esta tesis.

A MIS PADRINOS DE GRADUACIÓN

Dr. Guillermo Alejandro Ruiz Ordóñez, Dr. Guillermo Barreda Muralles, Dr. Otto Raúl Torres Bolaños, por todo sus consejos y por el apoyo incondicional.

TESIS QUE DEDICO

A DIOS

Por todo su amor.

A MIS PADRES

Por todos sus sacrificios y por su amor.

A MIS HERMANOS

Por apoyarme siempre.

A MIS AMIGAS

Por su cariño y ayuda durante la carrera.

AL Dr. ALEJANDRO RUIZ ORDÓÑEZ

Por ser parte de este sueño.

AL COLEGIO LICEO MIXTO MONTESSORI

Por ser mi primera casa de estudios.

AL COLEGIO JUSTO RUFINO BARRIOS

Por ser la base de mi educación.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Por darme las enseñanzas para realizarme como profesional.

A LA TRICENTENARIA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Por ser mi casa de estudios superiores.

A MI PATRIA GUATEMALA

Con admiración y respeto.

A FINCA SAN JUAN LUISIANA, PATULUL, SUCHITEPEQUEZ

Por permitirme realizar mi práctica profesional supervisada y ser mi segundo hogar por un año.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a consideración mi trabajo de tesis titulado: **DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL. ESTUDIO REALIZADO EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS QUE ASISTEN A TRES ESCUELAS PRIMARIAS DE PATULUL, SUCHITEPÉQUEZ, DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA, DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2012**, conforme lo demandan las Normas del Proceso Administrativo para la Promoción de los estudiantes de grado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Agradezco a las personas que hicieron posible esta investigación especialmente al Dr. Guillermo Barreda Muralles por todo su apoyo.

Y a ustedes distinguidos miembros del Honorable Tribunal Examinador, reciban mis más altas muestras de admiración y respeto.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
Sumario.....	1
Introducción.....	2
Antecedentes.....	3
Planteamiento del problema.....	4
Justificación.....	5
Revisión de literatura.....	6
Objetivos.....	53
Identificación de variables.....	53
Definición de variables.....	54
Medición de variables.....	55
Materiales y métodos.....	55
Recursos.....	60
Resultados.....	61
Análisis y discusión de resultados.....	73
Conclusiones.....	74
Recomendaciones.....	75
Bibliografía.....	73
Anexos.....	76

I. SUMARIO

La presente investigación se realizó con la finalidad de determinar la frecuencia de patologías bucales de tejidos blandos en niños de 8 a 12 años que asisten a tres escuelas primarias del municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, así como establecer el sexo y grupo etario más afectado.

De la población estudiantil de la Escuela Oficial Rural Mixta Caserío "La Providencia", de la Escuela Oficial Rural Mixta Finca "El Recuerdo" y de la Escuela Privada Rural Mixta Cantón Luisiana, se seleccionó de forma aleatoria a una muestra de 187 niños.

Se informó a las directoras de los tres centros educativos y a los padres de familia sobre los objetivos de la investigación y se les solicitó autorización por escrito para poder realizar el trabajo de campo.

A cada uno de los niños de la muestra se le realizó un examen clínico, los hallazgos se registraron en una ficha de vaciamiento de datos. Estos fueron ordenados para poder presentar los resultados en tablas y gráficas.

Se concluyó que de los 187 niños que fueron evaluados, 47% son de sexo masculino y 53% de sexo femenino. De ellos el 24.6% de los niños presentó alguna lesión.

El sexo femenino fue el más afectado con 15% y el menos afectado, el sexo masculino con 9.1%, siendo la lesión más frecuente pírulis con 10.2% en el sexo femenino y 3.8% en el sexo masculino.

En el sexo femenino el grupo etario de 8 años fue el más afectado con 9.1% y el menos afectado el grupo etario de 12 años con 0.53%.

Y en el sexo masculino el grupo etario de 8 años fue el más afectado con 4.3% y el menos afectado el grupo etario de 9 años con 0.54%.

II. INTRODUCCIÓN

En Guatemala, la atención primaria en salud, no llega a tener prioridad debido al subdesarrollo en que está inmerso el país, esto impide contar con recursos para la atención de la salud en cualquiera de sus ramas, lo cual no favorece al desarrollo de programas que promuevan la prevención de enfermedades en la población, para que se optimicen la calidad de vida de las personas.

En la población guatemalteca existen diversas patologías bucales como el carcinoma de células escamosas, carcinoma mucoepidermoide, adenoma pleomorfo, granuloma periférico de células gigantes, granuloma piogénico, tumor odontogénico epitelial calcificante, odontoma, quiste periapical, quiste residual, quiste dentígero, hiperplasia inflamatoria fibrosa, mucocele, ránula, mácula melanótica y leucoplasia idiopática, por mencionar algunas.¹⁰

La epidemiología de las lesiones de la cavidad bucal ha estado ubicada en un plano secundario, es importante que el odontólogo general realice controles en los tejidos blandos de la cavidad bucal ya que pueden aparecer lesiones que muchas veces no provocan sintomatología y podría tratarse de lesiones precancerosas, en estos casos es fundamental la referencia del paciente al especialista.

La presente investigación se realizó con la finalidad de identificar la frecuencia de lesiones de tejidos blandos del sistema estomatognático de la población infantil de tres escuelas del municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, aportando datos que generen información estadística de un grupo de la población guatemalteca.

Para ello, se realizó un cronograma para la ejecución del estudio, y cuadros con valores absolutos y relativos según el análisis de los datos recabados determinando el sexo más afectado y el grupo etario más afectado.

Se hizo el examen de la cavidad bucal tomando diferentes datos a cada paciente como lo son el color, naturaleza, síntomas, forma, superficie, consistencia y si está asociado a una pieza o no; todo esto en una silla de campaña, contando con sets desechables para cada niño

evaluado, teniendo una adecuada iluminación con ayuda de una lámpara de arquitecto o de cabeza. Todos los datos recabados se colocaron en la hoja de recopilación de datos y se tiene evidencia por medio de fotografía digital, se presentan los datos, análisis, discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones.

III. ANTECEDENTES

Cándida Luz Franco, en 1982, realizó el estudio “Frecuencia de lesiones nodulares benignas en encía y reborde alveolar desdentado”, en el cual evaluó a los pacientes edéntulos que habían ingresado a la Facultad de Odontología de la USAC, de 1963 a 1980, examinando 424 fichas clínicas, donde encontró que la hiperplasia fibrosa inflamatoria o fibroma fue la patología más frecuente, y que el sexo más afectado era el femenino, así mismo concluyó que los resultados obtenidos para la realidad nacional, no eran diferentes a los encontrados en la bibliografía consultada para su estudio.⁵

María Cristina Burke Sierra en 1984, realizó el estudio “Hallazgos patológicos encontrados en el examen clínico en tejidos de soporte en pacientes que han sido tratados como pacientes de Prótesis Total de la Facultad de Odontología de la USAC, muestra tomada de 1979 a 1983”, en el cual estudió a 73 pacientes edéntulos totales, de los cuales, el 67% presentó hallazgos patológicos en los tejidos de soporte asociados al uso de prótesis total. Los hallazgos más prevalentes fueron los signos clínicos de inflamación en el maxilar inferior e hiperplasia papilar inflamatoria, afectando mayormente al sexo femenino.²

Ya se ha encontrado interés entre los estudiantes de la Facultad de Odontología en patología bucal pediátrica, como la tesis presentada por Ana Judith Rivera Veliz, con el tema “Patología Bucal Pediátrica: Prevalencia de tumores y quistes en niños guatemaltecos menores de 3 años, estudio de doce años en un laboratorio de referencia de Patología Anatómica de Cabeza y Cuello”, el estudio se realizó en las clínicas del Servicio de Diagnostico Patológico de la ciudad de Guatemala; a cargo del Dr. Román Carlos Bregni, con especialidad en patología bucal, donde se reciben muestras de los hospitales nacionales y clínicas privadas. Se procedió a revisar los archivos de las biopsias y expedientes clínicos de los pacientes, correspondientes a los años 1985 a 1997; tomando únicamente los correspondientes a niños menores de 3 años.¹⁵

El total de casos recibidos durante ese periodo de tiempo fue de 7,430; de los cuales únicamente 85 casos fueron de niños menores de 3 años, lo que representa el 1.2% del total. Se clasificaron las lesiones en neoplasias, enfermedades infecciosas, patología inflamatoria,

patología no neoplásica de glándulas salivares y anomalías del desarrollo. Siendo las más frecuentes las neoplasias en un 36%. De éstas, el hemangioma fue el más común. Únicamente 3 casos fueron neoplasias malignas que es un dato significativo. Las enfermedades infecciosas representaron el 25% del total de las lesiones estudiadas, siendo la más frecuente, la candidiasis. La patología inflamatoria representó el 14% de las 85 lesiones estudiadas, mostrando mayor frecuencia la úlcera de Riga-Fede. El 13% lo representa las patologías que son no neoplasias de glándulas salivares, de las cuales, el mucocele fue la más frecuente.¹⁵

Las anomalías del desarrollo representaron el 12%, de las cuales las más comunes fueron quiste de erupción y hemiatrofia facial. Con respecto al sexo, no se tuvo un dato significativo, pues se encontraron 41 casos de varones y 44 de niñas, en una relación de 1:00 a 1:07. Se concluyó que del total de las 85 lesiones, la más frecuente fue el mucocele (10 casos); seguido de candidiasis bucal (7 casos). Las pocas neoplasias malignas encontradas son de alto grado de malignidad. Se recomienda que el contenido del presente trabajo de tesis sea difundido a estudiante y profesionales de medicina y estomatología particularmente a especialistas de pediatría y odontopediatría. Es adicionalmente recomendable que las lesiones encontradas independientemente de su frecuencia, sean incluidas en los programas de grado en el Área de Patología y Odontopediatría en las Facultades de Odontología del país. Para que los futuros profesionales se familiaricen con lesiones que específicamente ocurren con mayor frecuencia en ciertos grupos étnicos.¹⁵

Magda Nineth Montoya Imeri, en el 2000, realizó el estudio “Determinación de la frecuencia de lesiones patológicas detectadas en estudios histopatológicos del tejido que rodea a los terceros molares retenidos, analizados en el laboratorio de Patología de la USAC de febrero de 1995 a marzo 2000, así como el grado de conocimiento e importancia que se le da a dicho estudio por los odontólogos y los cirujanos maxilofaciales”. De una muestra de 284, encontró que un 50.35 % presentaba lesiones patológicas, de las cuales el 50 % fue quiste dentígero y un 0.35 % odontoma complejo; el sexo más afectado fue el femenino y el grupo etario el comprendido entre los 16 – 20 años.⁹

Espinosa-Zapata M, Loza-Hernández G, Mondragón-Ballesteros R., del Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Instituto Materno-Infantil del Estado de México, en

el año 2006 realizaron un estudio con el propósito de determinar la prevalencia de lesiones de la mucosa oral en pacientes pediátricos mexicanos.⁴

MÉTODOS: Exploración oral completa en busca de lesiones orales fue interpretada en todos los pacientes pediátricos que asistieron al servicio de prevención al CEO durante un período de 2 meses.⁴

RESULTADOS: Se detectaron un total 86 lesiones (7,38%), 59.31% en varones y 40.69% en mujeres con un rango de edad de 1 a 16 años. Las lesiones más frecuentes fueron hiperplasia fibrosa (43.02%), candidosis eritematosa (25.58%) y úlceras orales (16.27%).⁴

CONCLUSIONES: De las lesiones detectadas, 70.93% fueron secundaria a la mala higiene oral y el uso de aparatos de ortodoncia.⁴

En el año 2011, Andrea Morales, realizó un estudio retrospectivo de casos de patologías bucales diagnosticadas en pacientes, que han sido tratados mediante biopsias incisionales y/o escisionales en la unidad de cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el período del año 2005 al 2009, con el propósito de obtener estadísticas reales y recientes sobre las patologías que recibieron tratamiento mediante biopsia en la unidad de cirugía. Se reportó que el sexo femenino es el más afectado por la prevalencia de patologías bucales, que el grupo etario mayor afectado es el comprendido entre el rango de 51 a 60 años. El maxilar superior es el que con mayor frecuencia presenta prevalencia de patologías, siendo la hiperplasia fibrosa por prótesis la patología más prevalente y la segunda prevalencia es el papiloma escamoso. Un total de 24% del total de las muestras enviadas a estudio histopatológico tuvo una concordancia diagnóstica con el diagnóstico pre operatorio.¹⁰

En el año 2002 Claudia Virginia Morales, realizó un estudio retrospectivo de la prevalencia de lesiones gingivales en Guatemala. Estas lesiones fueron diagnosticadas por biopsia y los datos pertenecen al archivo de un laboratorio de Patología Oral y Maxilofacial de Guatemala.¹¹

La población fueron 9,809 casos y la muestra un total 348 casos únicamente en tejidos blandos. Los resultados fueron los siguientes: casos de lesiones reactivas benignas 251,

lesiones virales 27, micóticas 5, parasitarias 1, casos de enfermedades neoplásicas malignas 15 y benignas 8, lesiones pigmentadas 17, enfermedades vesículo ulcerativas 9, crecimientos del desarrollo 3, lesiones de etiología idiopática 2, con un total de casos de 348.¹¹

Lesiones neoplásicas: el neurofibroma y el lipoma fueron los más comunes. Se encontraron 3 casos de neurofibroma, lipoma 3, linfangioma 1.¹¹

Crecimientos inflamatorios/reactivos benignos: granuloma piogénico y el fibroma osificante periférico fueron los más comunes. Se encontraron 97 casos de granuloma piogénico, fibroma osificante periférico 66, granuloma periférico de células gigantes 17, fibroma por irritación 20, pólipo fibroepitelial 8, mucisitis crónica 4, úlcera no específica 2, síndrome de Melkersson-Rosenthal 2, gingivitis de células plasmáticas 1.¹¹

Lesiones neoplásicas malignas o premalignas: carcinoma escamoso y displasia fibrosa fueron los más comunes. Se encontraron 8 casos de carcinoma escamoso, displasia epitelial 4, melanoma 1, leucemia mieloide aguda 1, linfoma 1.¹¹

Lesiones pigmentadas: tatuaje de amalgama fue el más común. Se encontraron 15 casos de tatuaje de amalgama, melanoacantoma 1, hemosiderosis focal 1.¹¹

Lesiones infecciosas virales: papiloma escamoso fue el más común. Se encontraron 25 casos, verruga vulgar 1, condiloma acuminado 1.¹¹

Lesiones infecciones micóticas: se halló blastomicosis suramericana con 5 casos.¹¹

Crecimientos del desarrollo: se encontró el quiste gingival con 3 casos. Crecimientos de etiología idiopática: se halló 1 caso de hiperplasia verrucosa y 1 caso de la fibromatosis gingival.¹¹

Todos estos fueron documentados en enero de 1984 a noviembre del 2001.¹¹

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Guatemala diariamente se presentan casos en universidades, hospitales y clínicas dentales, relacionados a cuadros patológicos dentro de la cavidad bucal, estos cuadros afectan a personas de cualquier rango de edad, siendo la población pediátrica y adolescentes un grupo etario importante, ya que un diagnóstico temprano podrá dar al paciente un mejor pronóstico.

Existen diferentes tipos de lesiones que pueden ser observadas en tejidos blandos de la cavidad bucal, entre ellas se pueden mencionar: carcinomas, adenomas pleomórficos, granulomas periféricos de células gigantes, fibromas, hiperplasias, mucocelos, ránulas, leucoplasias, eritroplasias, entre otras.

Al iniciar un cuadro patológico, la mayoría de casos son asintomáticos o con muy leve sintomatología, por esto se considera importante la inspección de la cavidad bucal por parte del Odontólogo.

El obtener resultados de las inspecciones bucales, ayudará a identificar qué patologías son las más frecuentes dentro de la población guatemalteca en el área de estudio.

Estas podrán ser presentadas en los cursos de odontopediatría y patología de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, o bien de otras universidades.

De acuerdo a lo anterior surge la siguiente interrogante: ¿Qué lesión patológica bucal de tejido blando se encuentra con más frecuencia en niños en edad escolar en la población infantil de tres escuelas primarias del municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, de la República de Guatemala?

V. JUSTIFICACIÓN

Realizar este tipo de estudios en la población pediátrica de Guatemala acerca de las diversas patologías bucales que pueden presentarse en tejidos blandos, contribuye al enriquecimiento sobre el conocimiento de este tema, aportando datos de carácter nacional que pueden complementarse tanto a los Cirujanos Dentistas ya graduados como a los futuros profesionales para un mejor entendimiento de las situaciones que pueden presentarse. Es necesario llevar a cabo estudios como este en muchos lugares de Guatemala para luego poder hacer una recopilación de datos que muestren la epidemiología de las patologías bucales en nuestro medio.

En los consultorios pediátricos u odontológicos, un número importante de niños con patologías bucales pueden ser diagnosticados; desafortunadamente el escaso conocimiento, la falta de exploración completa, propicia que éstos no sean atendidos adecuada y oportunamente. Y por esto con frecuencia los pacientes se atienden en forma tardía con lesiones patológicas avanzadas o incluso en ocasiones no reciben el tratamiento adecuado.

En pláticas sostenidas con docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos, así como también con compañeros de la universidad, se menciona que con frecuencia se observan pacientes pediátricos con alteraciones en tejidos blandos de la cavidad bucal, sin embargo estos casos no son documentados la mayoría de veces, por lo cual se pierde información importante al respecto.

Además, un estudio como el que se plantea, proporciona una retroalimentación para el Área de Patología y áreas afines de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, específicamente para los cursos de Patología y Clínica Estomatológica que se imparten en los últimos años de la carrera.

Este estudio puede fomentar la comunicación y el interés entre los organismos de salud encargados de dar las directrices orientadas a la detección de enfermedades bucales y así incentivar la investigación, el reporte de casos y el registro de los mismos, y tener derivado

de lo anterior, incidencia en la toma de decisiones para la propuesta de soluciones dentro de los programas sanitarios respectivos.

VI. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Monografía de Patulul, Suchitepéquez: (El nombre Patulul se deriva de las palabras de la lengua Quiche, *Paque* significa árbol y *Tululque* significa zapote, por lo que uniendo los vocablos se entiende como árbol de zapote)

Características generales del municipio de Patulul, Suchitepéquez:

Ubicación geográfica: el municipio de Patulul se encuentra ubicado a una distancia de 52 kilómetros de la cabecera departamental de Suchitepéquez con dirección al este, tiene acceso a la altura del kilómetro 113 en aldea Cocales del mismo municipio.¹⁷

Características territoriales:

Extensión territorial: Patulul posee una extensión territorial de 332 kilómetros cuadrados. Sus límites territoriales son: al norte con San Lucas Tolimán (Sololá) y Pochuta (Chimaltenango); al este con Santa Lucía Cotzumalguapa (Escuintla), Pochuta y Yepocapa (Chimaltenango); al sur con Santa Lucía Cotzumalguapa y Nueva Concepción (Escuintla); el oeste con Nueva Concepción (Escuintla), Santa Bárbara y San Juan Bautista (Suchitepéquez).¹⁷

Accidentes geográficos: en su jurisdicción se encuentra el volcán Atitlán y las montañas Camolote y la Gloria. Lo cruzan 30 ríos Madre Vieja, Mapam, Quebrada, Mascalate, Los Tarrales, Rialpec, Susú, El Toro, Cumatziyá, Playon, Jajá, Coyolate, Sinacá, Loboyá, San José, San Lázaro, Muchiyá, Chapuná, Teculuté, Cardoza, Quixaya, Seco, Piyá, Siguacán, Saycá, El Jute, El Zarco, Lutyá, Camaronero y Santa Teresa; también hay 4 riachuelos, 23 zanjones y 5 quebradas.¹⁷

Integración territorial: la cabecera municipal; 10 caseríos, 6 colonias, 2 barrios, 53 fincas. Y es la finca, San Juan Luisiana, la que cuenta con la Colonia Luisiana, en Patulul, Suchitepéquez. Con 1,295 habitantes. Tipo de comunidad: rural. Principal actividad económica: trabajos de pica de hule. Principales cultivos: hule. Sistema hidrológico: Río Madre Vieja. Distancia desde la cabecera municipal: 3 kilómetros. Acceso a la comunidad: carretera asfaltada 3 kilómetros.¹⁷

El tiempo para acceder a la comunidad: 20 minutos desde la cabecera municipal. Y las colindancias de la comunidad son: NORTE: Finca El Recuerdo, Pochuta, SUR: Finca La Providencia, ESTE: Finca San Juan Luisiana, OESTE: Rio Madre Vieja, Finca San Juan Luisiana.¹⁷

Topografía: las tres quintas partes del municipio de Patulul son montañosas y quebradas, siendo su suelo muy fértil y su principal riqueza consiste en sus fincas de caña, macadamia, hule y numerosas haciendas de ganado bovino.¹⁷

Clima: Patulul por ser un municipio con abundante riqueza ecológica posee un clima tropical húmedo, sin olvidar que por pertenecer a la boca costa es cálido.¹⁷

Altura: El municipio se encuentra a una altura de 530.70 metros sobre el nivel del mar.

Temperatura: Patulul, Suchitepéquez posee una temperatura variada que va de los 25 a los 28 grados de temperatura.¹⁷

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LESIONES DE TEJIDO BLANDO BUCAL

LESIONES VESICULOSAS

✓ *Gingivoestomatitis herpética primaria*

Se define la gingivoestomatitis herpética primaria, como una infección primaria de la cavidad bucal, originada por el herpes virus simple tipo 1 (VHS-1), el cual es más frecuente en recién nacidos y menores de 6 años de edad y el herpes virus simple tipo 2 (VHS-2) cuya frecuencia se registra en adolescentes y adultos, lo que constituye una urgencia en odontología.¹⁴

Numerosas infecciones virales son conocidas como causantes de gingivoestomatitis herpética primaria. Las más importantes son los herpes virus: herpes virus simple tipo 1, 2 y el herpes varicela zóster. Estos virus suelen ingresar en el organismo humano durante la niñez y generar enfermedades con asiento en la mucosa bucal seguidas por períodos de latencia y algunas veces de reactivación. El herpes virus simple tipo 1 (HSV-1) causa, por lo general, manifestaciones bucales; mientras que el virus herpes simple tipo 2 (HSV-2) está involucrado principalmente en las infecciones anogenitales y solo en ocasiones, causa infecciones bucales. Las infecciones por herpes simple se encuentran entre las infecciones virales más comunes.¹⁴

Características clínicas:

Cuando se presenta en adultos jóvenes puede estar asociada con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Acontece con la misma frecuencia en ambos sexos. No obstante, en la mayoría de la gente, la infección primaria es asintomática. El período de incubación varía de 2 a 20 días.¹⁴

La gingivoestomatitis herpética primaria es contagiosa. Si bien hay informes de gingivoestomatitis herpética aguda recurrente, casi nunca reaparece a menos que una enfermedad sistémica debilitante atenúe la inmunidad.¹⁴

La gingivoestomatitis es un cuadro febril con odinofagia y vesículas dolorosas en labios, encías, mucosa oral y porción anterior de lengua y paladar duro. Las lesiones son friables,

se ulceran y pueden sangrar con facilidad. Pueden presentarse adenopatías cervicales o submentonianas. La duración de la gingivostomatitis es de 10 a 14 días y la excreción viral persiste hasta la resolución de las lesiones. Los signos y síntomas bucales se presentan como una gingivitis severa con afección difusa, eritematosa y brillante en la encía y la mucosa bucal adyacente, con grados cambiantes de edema, hemorragia gingival. En su etapa inicial se distingue por la presencia de vesículas discretas y esféricas, en la encía, mucosas labial y vestibular, paladar blando, faringe, mucosa sublingual y lengua.¹⁴

Luego de unas 24 horas, las vesículas se rompen y forman pequeñas úlceras dolorosas, con un margen en halo rojo elevado y una porción central amarillenta o blanco grisáceo. Esto sucede en zonas muy separadas o en grupos donde hay confluencia. En ocasiones, la gingivostomatitis herpética aguda aparece sin vesículas evidentes.¹⁴

Frecuentemente se presenta dolor, ardor u hormigueo en la zona de recurrencia, horas previas a la aparición de lesiones vesiculares agrupadas sobre una base eritematosa, generalmente en el borde del bermellón del labio. Se resuelven en 5 a 7 días.¹⁴

El diagnóstico inicial se establece sobre la base de antecedentes y hallazgos clínicos.

Es posible obtener material de las lesiones y enviarlo a un laboratorio para realizar pruebas de confirmación, entre ellas los cultivos virales y las pruebas inmunitarias mediante anticuerpos monoclonales, o las técnicas de hibridación de ADN.¹⁴

La gingivostomatitis herpética primaria puede diferenciarse de las siguientes enfermedades:

Del eritema multiforme, porque en él las vesículas son más extensas que las de la gingivostomatitis herpética aguda, y al romperse tienden a formar una pseudomembrana. Asimismo, en el eritema multiforme la lengua aparece casi siempre muy afectada, con infección de las vesículas rotas que genera diversos grados de ulceración. El daño bucal en el eritema multiforme puede acompañarse de lesiones cutáneas. La duración del eritema multiforme es comparable al de la gingivostomatitis herpética aguda. Sin embargo, no es raro que prosiga algunas semanas.¹⁴

El síndrome de Stevens-Johnson, es un tipo comparativamente anómalo del eritema multiforme. Se caracteriza por lesiones vesiculares hemorrágicas en la cavidad bucal, oculares hemorrágicas y ampollares en la piel.¹⁴

El liquen plano bulboso, es una enfermedad dolorosa que se distingue por ampollas grandes en la lengua y los carrillos; las ampollas se rompen y ulceran. El liquen plano bulboso tiene un curso prolongado e indefinido. Es frecuente que las placas de lesiones con aspecto de encaje, lineales y grises del liquen plano aparezcan entremezcladas en las erupciones bulbosas. La afección coexistente de la piel en el liquen plano aporta una base para la diferenciación del liquen plano bulboso y la gingivostomatitis herpética primaria.¹⁴

Tratamiento:

Diversos tratamientos, con poco éxito, se emplean en la gingivostomatitis herpética. Se incluyen aplicaciones locales, vitaminas, radiaciones y antimicrobianos.¹⁴

Para el tratamiento de la primera infección y de la recurrencia herpética se utiliza el antiviral de elección Aciclovir, dentro de las 24 a 48 h de iniciado el cuadro. La eficacia de la formulación tópica es cuestionable y estudios de grandes series no muestran beneficio al utilizado.¹⁴

Cualquier tratamiento elegido consiste en medidas paliativas para que el paciente se sienta cómodo mientras la enfermedad sigue su curso y la disminución de la posibilidad de una infección secundaria. Se elimina placa, residuos y cálculos superficiales para reducir la inflamación gingival que complica la lesión herpética aguda. El tratamiento periodontal intenso debe posponerse hasta que los síntomas agudos remitan para evitar la posibilidad de exacerbación. Para obtener alivio sintomático, sobre todo antes de la alimentación, se aplica anestésico local tópico, como solución de clorhidrato de lidocaína viscosa, al 2% sobre las zonas afectadas, facilitando la ingestión de bebidas, alimentos blandos y la higiene bucal.¹⁴

El diagnóstico definitivo se obtenía mediante el aislamiento del virus, actualmente se realiza examen de inmunofluorescencia o inmunoperoxidasas para VHS-1 así como frotis, sin olvidar una biopsia incisional.¹⁴

✓ *Mucocele*

El mucocele es una lesión común de la mucosa bucal y resulta de la ruptura de un conducto de una glándula salivar ocurriendo un derrame de mucina en los tejidos suaves que la rodean. Este derrame de mucina puede ser ocasionada por trauma.¹²

Características clínicas:

Estas lesiones aparecen bien definidas y su tamaño varía de 1 a 2 mm. hasta varios centímetros de diámetro se observa translúcida o tono azul de superficie lisa, se localiza con mayor frecuencia en el labio inferior, aunque también puede aparecer la mucosa bucal, superficie ventral de lengua, piso de boca, paladar blando y región retromolar. Los mucoceles pueden afectar a cualquier edad, pero es más común en adolescentes y niños.¹²

Tratamiento y pronóstico:

Algunas de estas lesiones son de corta vida ya que sufren de ruptura por si solas. Aunque hay algunas que se vuelven crónicas y necesitan tratamiento quirúrgico. El pronóstico es excelente, aunque a veces hay necesidad de una nueva cirugía.¹²

Diagnóstico:

Biopsia por aspiración y estudio histopatológico.

✓ *Ránula*

Es un término clínico utilizado para denominar un tipo de mucocele que ocurre de manera específica en el piso de boca, cuya patogenia e histopatología corresponden tanto al fenómeno de extravasación como al quiste de retención mucosa. La ránula se comunica con los conductos de las glándulas salivales sublinguales o, con menos frecuencia, de las submandibulares. También se ha utilizado para describir otras hinchazones similares en piso de boca tales como el quiste de glándulas salivales o quistes dermoides.¹⁰

El traumatismo (accidental o quirúrgico) y la obstrucción de los conductos son causas frecuentes de ránula. Por lo general, el bloqueo de los conductos se debe a cálculos salivales o sialolitos, que son precipitaciones de sales de calcio, alrededor de un nido central de residuos celulares o mucina condensada, la lesión exuda moco en el tejido intersticial circundante y desencadena una inflamación.¹⁰

Características clínicas:

Se presenta como una masa de tejido blando fluctuante, que no es dolorosa, unilateral en el piso de boca. Evidencia un aspecto típico azulado que se compara con la barriga de una rana. La lesión presenta grandes variaciones de tamaño; cuando es muy grande, puede producir desviación media y superior de la lengua; si el fenómeno de extravasación separa los tejidos subyacentes, puede cruzar la línea media. Cuando se localiza en la profundidad del tejido conectivo no se aprecia la característica lesión translúcida azul. Son más largas que los mucocelos. Lo que nos ayuda a distinguirla de un quiste dermoide es que siempre está localizada lateral a la línea media.¹⁰

Una variante clínica puede ser la ránula cervical, que ocurre cuando la mucina se disipa a través del músculo milohioideo y produce hinchazón en el cuello.

En casos de bloqueo por sialolitos, una radiografía de los tejidos blandos establece el diagnóstico, pues muestra la presencia de los mismos.¹⁰

Tratamiento:

Extirpación quirúrgica por medio de marsupialización, para tratar de reducir el tamaño mediante descompresión natural, o se extirpa la glándula afectada. En caso de sialolito este debe ser extirpado quirúrgicamente o exprimirse a través del conducto.

Los diagnósticos diferenciales de ránulas profundas, incluyen lesiones quísticas de origen de seno cervical, quistes tímicos e higroma quístico.¹⁰

Diagnóstico:

Por biopsia por aspiración y estudio histopatológico.

✓ *Pólipo fibroepitelial*

Es una hiperplasia fibrosa poco común, que ocurre en el paladar duro al lado de los dientes maxilares, esta lesión es de color rosado, que esta adherida al paladar por medio de un tallo delgado, usualmente la masa está estrechamente ligada al paladar y se coloca en la depresión del mismo de cualquier manera, su diagnóstico es sencillo.¹⁰

Tratamiento:

Consiste en la escisión quirúrgica, y un examen microscópico del tejido extirpado.¹⁰

Diagnóstico:

Por su base pediculada se realiza una biopsia excisional y estudio histopatológico.

✓ *Neurolimoma*

Es una neoplasia benigna de etiología desconocida. Propiciada por una proliferación de células de Schwann. A medida que la lesión crece el nervio se desplaza a un lado y no se mezcla con el tumor. Es poco común y del 25% al 48% ocurren en la región de cabeza y cuello.¹⁴

Características clínicas:

Es una masa submucosa encapsulada de crecimiento lento, que en condiciones típicas es asintomática. Su sitio favorito es la lengua, aunque puede ocurrir en cualquier parte de la boca. En algunas ocasiones el tumor puede ser intraóseos y causar expansión del hueso, estos son más comunes en la parte posterior de la mandíbula, no es común el dolor y la parestesia.¹⁴

Esta lesión es común en la edad joven y media de la vida adulta, la lesión puede medir desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros en su tamaño. Sus particularidades microscópicas suelen ser muy peculiares, lo que permite establecer el diagnóstico con cierta facilidad; las células fusiformes asumen dos patrones, en una de ellas, la llamada área de Antoni A, las células fusiformes se organizan en palizadas verticiladas y ondas, el otro

patrón llamado tejido de Antoni B, son células fusiformes distribuidas al azar en una matriz fibrosa de color claro.¹⁴

Tratamiento y pronóstico:

Su tratamiento es extirpación quirúrgica, su recurrencia es poco probable. Su transformación maligna es muy baja. Y su pronóstico es excelente.¹⁴

Diagnóstico:

Estudio histopatológico y biopsia exsiccional.

✓ *Lipoma*

Es un tumor benigno de la obesidad, aunque representa la neoplasia mesenquimal más común, la mayoría de los lipomas ocurren en el tronco y las porciones proximales de las extremidades, los lipomas orales son menos frecuentes. Su patogénesis es incierta, pero aparecen más comúnmente en personas obesas, sin embargo su metabolismo no está relacionado con la grasa del cuerpo, porque aunque la ingesta calórica disminuya, el lipoma no disminuye su tamaño.¹²

Características clínicas:

Los lipomas orales son, casi siempre, masas ondulares suaves y de superficie lisa, que pueden ser base sésil o pediculada, normalmente es asintomática, y puede ser vista por el paciente muchos meses o años antes de ser diagnosticada, las lesiones pueden medir 3cm, aunque algunos llegan a alcanzar un tamaño mayor. La mucosa bucal y el vestíbulo bucal son los sitios intraorales más comunes, otros sitios menos comunes son la lengua, el piso de boca y labios. La mayoría de los pacientes tienen 40 años de edad, y son muy poco comunes en niños, son más comunes en las mujeres.¹²

Tratamiento:

Los lipomas son tratados mediante escisiones locales conservadoras, y su recurrencia es rara, los lipomas intramusculares son los más recurrentes, aunque esta variante es muy rara en la región oral y maxilofacial.¹²

Diagnóstico:

Biopsia excisional y estudio histopatológico.

✓ *Herpes zóster*

El herpes zóster es una neuropatía que afecta a los nervios periféricos y que puede producir pequeñas ampollas dolorosas en forma de anillo agrupadas a lo largo de un dermatoma. Se produce por una reactivación del virus latente de la varicela-zóster y este se distribuye a través del nervio sensorial. Coloquialmente, es más conocido como culebrilla, culebrina o culebrón.¹⁴

La mayor parte de las personas toman contacto con el virus varicela-zóster durante la infancia, aunque no siempre desarrollen la sintomatología de la varicela. Durante la infección primaria, el virus pasa a los nervios sensitivos y se extiende hasta las fibras sensitivas de los ganglios nerviosos.¹⁴

Características clínicas:

Los primeros síntomas del herpes zóster son inespecíficos e incluyen cefaleas, fotosensibilidad, fiebre y malestar general, que pueden durar uno o varios días. Se siguen de picores, hormigueos y dolor que puede llegar a ser extremo, todo ello en la zona del nervio afectado, donde aparecerá la erupción cutánea. Este dolor puede presentar múltiples características, como punzante, ardiente, picante, etcétera, y se suele desarrollar en brotes agudos y exacerbaciones.¹⁴

Tratamiento:

Actualmente no existe ningún tratamiento curativo, ni es posible la eliminación del virus del organismo. Sin embargo, existen tratamientos que pueden paliar los síntomas, y disminuir la duración y gravedad del proceso: analgésicos, antivirales, entre otros.¹⁴

Diagnóstico:

Si no han aparecido las erupciones, es difícil de diagnosticar. Pero si las erupciones ya han aparecido, la identificación de esta patología solo exige un examen visual.

✓ *Herpangina*

La herpangina es una enfermedad muy común en los niños, sobre todo en los que tienen entre 1 y 4 años de edad. Provoca la aparición de úlceras en la boca, además de fiebre y dolor de garganta.⁵

Características clínicas:

Esta enfermedad de origen viral, suele ser causada por el virus Coxsackie y el virus Echo, que provocan que el pequeño tenga cefalea, pérdida de apetito por el dolor y la molestia a la hora de tragar y además unos niveles elevados de fiebre.⁵

Para prevenir la aparición del virus es imprescindible mantener una buena higiene, de ahí la importancia de lavarse bien las manos. Este virus, una vez se hospeda y multiplica en el organismo, produce los síntomas citados antes, que perduran entre 2 y 7 días, depende de la persona, ya que hay que tener en cuenta que es una enfermedad que se autolimita, de ahí que a la semana aproximadamente desaparezca.⁵

Tratamiento:

La herpangina será tratada por el médico según varios factores, como la edad, antecedentes médicos, el estado general de salud y además la tolerancia a las medicinas, según lo recomendado por el doctor se puede tomar paracetamol o ibuprofeno oral para la fiebre y la molestia, aumentar la ingesta de líquidos especialmente de productos lácteos fríos, evitar bebidas calientes y los críticos, usar anestésicos tópicos que pueden contener benzocaína o xilocaína.^{5,17}

Los niños que sufren esta enfermedad deben controlar su alimentación, pues deben tomar alimentos que no irriten la zona afectada, como por ejemplo los lácteos fríos, ya que hay alimentos como las frutas que por su acidez irritarían aún más la garganta.⁵

Diagnóstico: con un simple examen médico, ya que esta patología tiene unas características únicas que la diferencia de otras enfermedades.

LESIONES ULCERATIVAS

✓ *NOMA*

El NOMA es una gangrena de expansión rápida, de tejidos bucales y faciales, que suelen presentarse en personas debilitadas o con nutrición insuficiente.¹⁰

Es una rara enfermedad de la infancia caracterizada por un proceso destructivo de los tejidos bucofaciales.¹⁰

La necrosis del tejido se debe a la invasión por bacterias anaerobias en un huésped cuya salud sistémica sufre compromiso significativo. El factor predisponente citado con mayor frecuencia es la desnutrición, aunque también se ha implicado el debilitamiento por enfermedades sistémicas, como la neumonía. El NOMA comparte muchas características con la gingivitis ulcerativa necrosante aguda benigna, una enfermedad más limitada.¹⁰

Características clínicas:

La lesión inicial del noma es una úlcera dolorosa, por lo regular sobre las encías o la mucosa bucal, de rápida propagación y necrosable con el tiempo.¹⁰

Tratamiento:

Para el tratamiento, la terapia es tratar las condiciones predisponentes subyacentes y la propia infección. Por lo tanto, deben restituirse líquidos, electrolitos y nutrición general, además de suministrar antibióticos. Si la destrucción es amplia, también puede ser de beneficio desbridar el tejido necrosado.¹⁰

✓ *Úlceras aftosas*

De todos los tipos de úlceras no traumáticas que afectan a las membranas mucosas, las úlceras aftosas son tal vez las más comunes. La incidencia varía entre un 20% a un 60%,

según sea la población estudiada. La prevalencia tiende a ser mayor en profesionales y en grupos socioeconómicos elevados.¹⁰

Las úlceras aftosas son el trastorno ulcerativo no infeccioso y no traumático más frecuente que afecta a la mucosa bucal. Se ha reportado que puede manifestarse hasta en 80% de los individuos, dependiendo de la población en estudio. No existe un factor único para el desarrollo de las mismas. La visión actual es que se trata de un proceso multifactorial en el cual están involucrados factores activadores, los cuales desencadenan los episodios. Entre ellos se encuentran: trauma local, historia familiar, tensión emocional/factores psicológicos, cambios hormonales, alergia, medicamentos, sustancias químicas. También se ha asociado con otras condiciones sistémicas, como deficiencia de vitamina B12, ácido fólico o hierro.¹⁰

Características clínicas:

La estomatitis aftosa puede presentarse con una o más lesiones recubiertas de una capa amarillenta sobre una base roja, las cuales tienden a recurrir. No suele acompañarse con fiebre aunque a menudo son dolorosas. Por lo general comienzan con una sensación de ardor en el sitio de la futura úlcera. Al cabo de varios días progresan a una tumefacción que se vuelve ulcerosa. El área de color gris, blanca o amarillenta, se debe a la formación de fibrina, una proteína asociada con la coagulación de la sangre.¹⁰

Se han identificado tres formas de úlceras aftosas: menores, mayores y herpetiformes.¹⁰

Úlceras aftosas menores: esta es la forma de úlceras aftosas observadas con mayor frecuencia. Suelen presentarse como úlceras ovales, simples y dolorosas, con diámetro menor de 0.5 cm cubiertas por una membrana fibrinosa de color amarillo y rodeadas con un halo eritematoso.¹⁰

Algunas veces se identifican múltiples aftas en la boca. Cuando las superficies lateral o ventral de la lengua están afectadas, el dolor tiende a ser desproporcionado para la magnitud de la lesión. Las úlceras aftosas menores duran habitualmente de 7 a 10 días y sanan sin formar cicatriz. Las recurrencias varían de un individuo a otro. Los períodos libres de enfermedad pueden fluctuar desde semanas hasta años.¹⁰

Los pacientes con enfermedad de Crohn subyacente pueden presentar, además de las aftas bucales, fisuras y nódulos en la mucosa. Esto es más frecuente en la mucosa bucal, vestíbulos y labios donde ejerce un efecto de guijarros.¹⁰

Úlceras aftosas mayores: en el pasado se creyó que ésta forma era una entidad separada y se le denominó periadenitis mucosa necrótica recurrente, o enfermedad de Sutton. En la actualidad se considera como la expresión más grave de la estomatitis aftosa. Las lesiones son de mayor tamaño (0.5 cm), más dolorosas y persisten un tiempo mayor que las aftas menores debido a la profundidad de la lesión, las úlceras aftosas mayores aparecen clínicamente en forma de cráter y sanan con formación de cicatriz. Las lesiones toman a veces hasta seis semanas para sanar y tan pronto como una úlcera desaparece, otra aparece. En sujetos que sufren un curso sin remisiones, con dolor y malestar considerables, la salud general puede comprometerse debido a la dificultad para comer y al estrés psicológico. La predilección por la mucosa bucal movable es típica de las úlceras aftosas mayores y menores de las aftas menores.¹⁰

Úlceras aftosas herpetiformes: clínicamente, esta forma de la enfermedad se presenta en brotes recurrentes de úlceras pequeñas. Aunque la mucosa movable está afectada en manera predominante, también lo pueden estar las mucosas del paladar y las encías. El dolor puede ser intenso y la úlcera sana en una o dos semanas. A diferencia de las infecciones herpéticas, las úlceras aftosas herpetiformes no van precedidas por vesículas y no muestran células infectadas con virus. A parte de los racimos de úlceras bucales como característica clínica no existe un dato que vincule este trastorno con infección viral.¹⁰

El diagnóstico diferencial de úlceras aftosas se basa en los antecedentes y el aspecto clínico. El herpes bucal secundario (recurrente) se confunde con úlceras aftosas pero casi siempre pueden diferenciarse. Una información de vesículas anteriores a las úlceras, localización sobre encías y paladar duros y brotes de lesiones indican herpes y no úlceras aftosas. Otros padecimientos con úlceras bucales dolorosas que pueden similar diferentes formas de úlceras aftosas incluyen el traumatismo, pénfigo vulgar, penfigoide cicatrizal y expresión bucal de afección sistémica, como enfermedad de Crohn, neutropenia y enfermedad celiaca.¹⁰

Tratamiento:

El tratamiento en pacientes con úlceras aftosas menores, ocasionales o escasas no se requiere casi nunca tratamiento ni el paciente lo solicita debido al malestar relativamente mínimo. Además no se dispone de un tratamiento sencillo poco costoso y siempre eficaz. Sin embargo, cuando los pacientes presentan infección más grave, algunas formas de tratamiento pueden suministrar control significativo (aunque no curación) de esta enfermedad.¹⁰

Dentro de los tratamientos indicados se pueden mencionar los esteroides sistémicos que son apropiados para la enfermedad grave, pero no se deben administrar a menos que el clínico tenga experiencia en este campo de tratamiento o colabore con un asesor experimentado.¹⁰

Los esteroides tópicos, suministrados de manera juiciosa, pueden ser relativamente eficaces y seguros en el tratamiento de la enfermedad leve a moderada. Casi todos los compuestos tópicos se han desarrollado para aplicarse en la piel, pero es habitual prescribir estos agentes para utilizarlos sobre membranas mucosas.¹⁰

Diagnóstico: por examen visual.

✓ *Carcinoma de células escamosas*

En relación con la incidencia de todos los tipos de cáncer el carcinoma de células escamosas, bucal y bucofaríngeo, representa alrededor del 3% del total en hombres y 2% en mujeres.¹²

Las causas de la aparición del carcinoma de células escamosas es multifactorial, se considera que un solo factor no podría definir claramente estas lesiones. Existen factores extrínsecos e intrínsecos. Sus características clínicas varían, puede presentarse como una lesión exofítica, endofítica, leucoplásica, eritroplásica y eritroleucoplásica.¹²

Carcinoma labial: desde el punto de vista biológico deben separarse los carcinomas labiales en carcinoma del labio inferior y superior, ya que el cáncer del labio inferior es mucho más frecuente que el del superior. El crecimiento es más lento en el labio inferior en comparación al del superior. El pronóstico para lesiones del labio inferior es favorable, en tanto, para las que aparecen en el labio superior sólo son regular.¹²

Carcinoma intrabucal: el sitio más común para este tipo de lesiones es la lengua, seguido por las lesiones en piso de boca que afectan más a hombres que a mujeres. Algunos otros sitios afectados son (en orden descendiente): paladar blando, encía, mucosa bucal, mucosa labial, y paladar duro.¹²

La localización más común es la porción posterior del borde lateral de lengua la cual explica el 45% de las lesiones y un 25% surge en el tercio posterior de la base de este órgano.¹²

Las lesiones en piso de boca representan el 35% de todas las lesiones intrabucales y aparece con más frecuencia en mujeres. Ocurre en décadas tempranas en mujeres y en hombres sigue siendo común encontrarlas en pacientes mayores. El sitio más común es en la línea media cerca del frenillo lingual.¹²

El carcinoma en encías y mucosas bucales explican casi el 10% de las lesiones intrabucales. Los hombres en el séptimo decenio de la vida constituyen el grupo más afectado. El cuadro inicial de estas lesiones varía desde una placa blanca hasta una úlcera que no cicatriza y una lesión exofítica.¹²

En el paladar blando y los tejidos contiguos de las fauces, el carcinoma de células escamosas explica 10 a 20% de las lesiones intrabucales. En el paladar duro es infrecuente encontrar estas lesiones. Los carcinomas de células escamosas en el paladar se presentan generalmente como placas asintomáticas de color rojo o blanco o como masas queratósicas ulceradas.¹²

Para este tipo de lesiones se recomienda la resección, radioterapia o ambas. El pronóstico depende tanto del subtipo histológico y de la extensión clínica de la lesión, siendo la etapa clínica el factor más determinante.¹²

Diagnóstico: biopsia insicional y estudio histopatológico.

✓ *Carcinoma mucoepidermoide*

Esta lesión se considera la neoplasia maligna de glándulas salivales más común. Este tumor se ubica con frecuencia en la glándula parótida en un 60 a 90% de los casos y las glándulas salivales menores son el segundo sitio más común en el que aparece; se han registrado las áreas más afectadas que son: el labio inferior, piso de boca, lengua y área retromolar.¹⁴

Características clínicas:

Estas lesiones aparecen asintomáticas, algunas veces fluctuantes y tienen un color azul o rojo que puede confundirse clínicamente con un mucocele.¹⁴

Los tumores de alto grado de malignidad se acompañan de dolor y ulceración de la mucosa. Cuando aparece en las glándulas salivales mayores compromete el nervio facial o presenta signos de obstrucción.¹⁴

La prevalencia de esta lesión es entre la segunda y séptima décadas de vida. Se han reportado algunos casos en la primera década de vida y se han observado mayor malignidad de estas lesiones en niños. Se nota una leve predilección por mujeres.¹⁴

El carcinoma mucoepidermoide es un tumor epitelial productor de mucina. Su nombre refleja su estructura bifásica de células epidermoides y secretoras de moco, a menudo se nota una forma poligonal, puentes intercelulares y rara vez queratinización, además se encuentran células basales que aparentemente son las creadoras de mucina y células epidermoides.¹⁴

Tratamiento y pronóstico:

El tratamiento está indicado según su localización, grado histopatológico y estado clínico del tumor. El tratamiento de los tumores malignos es quirúrgico; los de alto grado casi siempre se tratan además con radioterapia postoperatoria en el sitio primario. Casi siempre es necesario realizar disección radical del cuello en tumores de alto grado. El pronóstico se atribuye significativamente a los grados histológicos alto y bajo de malignidad.¹⁴

Diagnóstico:

Biopsia insicional y estudio histopatológico.

✓ *Adenoma pleomorfo*

Es el tumor mixto benigno más común de las glándulas salivales mayores y menores. De un 53% a un 77% de estos se localizan en glándula parótida, de un 44% a un 68% en la submandibular y de un 38% a un 43% en las glándulas salivales menores. La mayor parte de estos tumores aparecen en el paladar.¹⁴

Características clínicas:

Estas lesiones pueden aparecer a cualquier edad, pero es más común entre los 30 y 50 años, y tienen predilección por mujeres. Su apariencia clínica es un nódulo sin movimiento de crecimiento lento, de consistencia firme, superficie lisa, indoloro. Los tumores que crecen en la parótida, por lo regular se localizan debajo de la oreja, en la parte posterior de la mandíbula y pueden llegar a alcanzar proporciones grotescas. Los que aparecen en glándulas menores rara vez alcanzan un tamaño mayor a 1 o 2 cm. de diámetro, la mayoría de estos tumores aparecen en la porción postero-lateral del paladar seguido por el labio inferior y mucosa bucal. Las lesiones en la mucosa bucal frecuentemente son móviles.¹⁴

El adenoma pleomórfico se observa como un tumor bien circunscrito y encapsulado, aunque este encapsulado completo es más común en los tumores de glándulas menores, especialmente en los que crecen en el paladar.¹⁴

Casi una tercera parte de estas lesiones poseen una proporción casi igual de elementos epiteliales y mesenquimatosos. El componente epitelial incluye un gran número de patrones incluyendo los que forman glándulas, túmulos, bandas y laminas sólidas. A veces se observa una transformación del epitelio metaplásico en elementos escamosos, sebáceos u oncócitos. A estas características se le suman mezclas estromales de tejido mixoide, condroide, hialino y raras veces tejido adiposo y óseo. A este patrón se le añaden células mioepiteliales que puede ser de dos tipos, células plasmacitoides y células fusiformes.¹⁴

Tratamiento y pronóstico:

El mejor tratamiento es la escisión quirúrgica. No se recomienda la enucleación por el riesgo de recurrencia. En todos los casos la intervención quirúrgica debe incluir tejido exterior a la pseudocápsula. Con una cirugía adecuada el pronóstico es excelente, los riesgos de recurrencia son menores en tumores en glándulas menores. La posibilidad de transformación maligna es mayor cuando los pacientes recibieron radioterapia o ha pasado mucho tiempo si ser tratado el tumor. ¹⁴

Diagnóstico:

Biopsia por aspiración y estudio histopatológico.

LESIONES BLANCAS

✓ *Leucoedema*

El leucoedema es una condición muy común en la mucosa oral que aún no se conoce la causa del mismo. Ocurre más frecuente en la raza negra, en un 90%, en comparación con la raza blanca, en un 50%. ¹⁰

Características clínicas:

Es una opacificación generalizada de la mucosa bucal que puede considerarse como un variante de lo normal. Es asintomático de distribución simétrica y aparece sobre la mucosa de la boca. Presenta aspecto de una superficie membranosa, blanca grisácea, o lechosa y difusa. En los casos más pronunciados, se puede observar una capa blanquecina con cambios de textura en la superficie incluyendo arrugas o pliegues. Al estirar la mucosa bucal se disipa el color opaco, excepto en los casos más avanzados. Con mayor frecuencia se observa en personas que no son de raza blanca, especialmente afroamericanos. La leucoplaquia, nevo esponjoso blanco, disqueratosis intraepitelial benigna hereditaria y la respuesta a mordedura crónica de la mejilla, pueden evidenciar una semejanza clínica con

el leucoedema. El espesor total de estas lesiones, su persistencia durante el estiramiento y sus rasgos microscópicos típicos ayudan a diferenciarlas del leucoedema.¹⁰

Tratamiento:

No se requiere tratamiento alguno debido a que los cambios son inofensivos.¹⁰

Diagnóstico:

Por medio de dos baja lenguas estirando la mucosa si desaparece el color es leucoedema.

✓ *Nevo blanco esponjoso*

Es una enfermedad autosómica dominante causada, al parecer, por mutaciones en los puntos 4 o 13, o ambos de la queratina. Daña la mucosa bucal de ambos lados y no requiere tratamiento.¹⁰

Características clínicas:

Se presenta como una lesión asintomática, intensamente plegada, de color blanco o gris que puede afectar varios sitios de la mucosa. Las lesiones tienen a ser algo gruesas y poseen consistencia esponjosa. En la boca suele identificarse como una lesión bilateral y simétrica y por lo general aparece desde los primeros años de vida, casi siempre antes de la pubertad. Las manifestaciones clínicas típicas de esta forma particular de queratosis se observan mejor sobre la mucosa bucal, aunque otras áreas como la lengua, en especial a lo largo y los bordes y la mucosa vestibular también pueden estar afectadas. Pese a que la enfermedad respeta habitualmente la mucosa conjuntival, puede detectarse un grado variable de afección en la mucosa esofágica, anal, vulvar y vaginal.¹⁰

El diagnóstico diferencial incluye disqueratosis epitelial benigna hereditaria, liquen plano y mordedura de la cara interna de la mejía. Una vez confirmado el diagnóstico tisular es innecesaria la biopsia adicional.¹⁰

No existe terapéutica específica para esta enfermedad particular, puesto que es asintomática, benigna y sin potencial maligna.¹⁰

Diagnóstico: se da por sus características clínicas.

✓ *Hiperqueratosis focal (friccional)*

La hiperqueratosis inducida por fricción se observa en áreas donde es común el traumatismo. Como labios, bordes laterales de la lengua, mucosa bucal a lo largo de la línea de oclusión y bordes edéntulos. Es una lesión blanca clasificada, a menudo, bajo el término clínico general de leucoplaquia. Sin embargo, puesto que en esta lesión existe una relación evidente causa-efecto.¹⁴

La mordedura continua de la cara interna de labios o mejía puede provocar opacificación (queratinización) de la región afectada. Las mordeduras sobre un borde alveolar edéntulo producen el mismo efecto.¹⁴

El expediente clínico y examen físico elaborados de manera cuidadosa deben indicar la naturaleza de esta lesión.¹⁴

Si el examinador confía en una causa traumática, con base en datos clínicos, no se requiere biopsia. Sin embargo, debe solicitarse a los pacientes que interrumpan el hábito causante de la lesión; esta se resolverá con el tiempo o al menos se reducirá su intensidad, lo cual confirma el diagnóstico clínico. La resolución de la lesión también permite descubrir cualquier lesión subyacente no relacionada con traumatismo.¹⁴

Tratamiento:

En las anomalías hiperqueratósicas por fricción, todo lo que se requiere habitualmente es la observación. El control del hábito causante de la anomalía debe inducir mejoría clínica. Cualquier lesión de causa dudosa, debe someterse a biopsia.¹⁴

Diagnóstico: con base a sus datos clínicos.

✓ *Lengua pilosa*

La lengua pilosa está caracterizada por una marcada acumulación de queratina en las papilas filiformes en el dorso de la lengua. Es encontrada en el 0.5% de la población.¹⁰

Lengua pilosa es un término descriptivo e inespecífico para referirse en la clínica a una enfermedad que aparece sobre la superficie dorsal de la lengua. Aunque la lengua pilosa es por lo general idiopática.¹⁰

Características clínicas:

Las alteraciones clínicas acompañan a la hiperplasia de las papilas filiformes, con retraso concomitante de la tasa normal de descamación. Como resultado se genera una superficie mate gruesa que atrapa bacterias, hongos, desperdicios celulares y material extraño. Un examen cuidadoso permite identificar papilas filiformes individuales alargadas, algunas de las cuales alcanzan hasta varios milímetros de largo.¹⁰

Los síntomas son habitualmente mínimos, pero si el alargamiento papilar es excesivo, se puede percibir sensación de náusea o cosquilleo. De acuerdo con la dieta, higiene bucal y composición de las bacterias alojadas en la superficie papilar, el color puede variar desde blanco hasta canela y marrón intenso o negro.¹⁰

Puesto que los rasgos clínicos de esta lesión son muy característicos, no es necesario confirmarla por biopsia¹⁰.

Puede ser de utilidad detectar un posible factor etiológico en el historial clínico del paciente, como antibióticos o enjuagues bucales oxigenantes. Interrumpir el uso de uno de estos agentes debe producir mejoría en unas cuantas semanas.¹⁰

Diagnóstico: por examen visual.

✓ *Lengua geográfica*

También conocida como eritema migratorio benigno y glositis migratoria benigna, es una enfermedad de causa desconocida. Se han propuesto varias hipótesis, que vinculan este trastorno con el estrés emocional o la infección por hongos o bacterias.¹⁰

La lengua geográfica acompaña, de manera coincidental, a varias enfermedades diferentes, entre ellas psoriasis, dermatitis seborreica y atopia. La lengua geográfica se observa en alrededor del 2% de la población estadounidense y afecta a mujeres con incidencia un poco mayor respecto de los hombres. En ocasiones también puede atacar a niños. Esta afección se caracteriza al principio por la presencia de áreas pequeñas circulares o irregulares de desqueratinización y descamación de papilas filiformes.¹⁰

Características clínicas:

Las regiones descamadas aparecen rojas y algo dolorosas. Los márgenes prominentes que rodean las zonas rojas son de color blanco o blanco amarillento.¹⁰

Las anomalías son atróficas, rojas con bordes queratósicos blancos y similares a sus homologas linguales; algunos pacientes se quejan de dolor sobre todo con el consumo de alimentos condimentados con especias y bebidas alcohólicas. La gravedad de los síntomas varía con el tiempo y con frecuencia indica actividad intensa de las lesiones. Las anomalías pueden desaparecer y recurrir de manera clínica sin razón aparente.¹⁰

El aspecto clínico de la lengua geográfica es, por lo general, diagnóstico. Solo raras veces se requiere biopsia para un diagnóstico definitivo.¹⁰

Tratamiento:

Debido a la naturaleza auto limitante y, en general, asintomática de esta enfermedad, no es necesaria la terapéutica, sin embargo cuando se necesita el tratamiento es empírico. Pueden ser útiles los esteroides tópicos, especialmente los que contienen un agente antimicótico. Infundir confianza a la persona aclarándole que este padecimiento es completamente benigno y que no presagia enfermedad más grave, ayuda a aliviar la ansiedad.¹⁰

Diagnóstico:

Por examen visual, por su aspecto clínico.

✓ *Candidiasis*

Las candidiasis constituyen un grupo de infecciones causadas por un hongo oportunista del género *Cándida*, de los cuales *Cándida albicans* es la más frecuente. Pueden producir una infección clínica prácticamente en cualquier sistema orgánico. El espectro de infecciones abarca desde la enfermedad mucosa y cutánea superficial.¹²

Forman parte del grupo de las enfermedades más frecuentes que afectan a alguna persona e incluso se puede afirmar que prácticamente todos, a lo largo de su vida, la padecerán alguna vez. Hay múltiples factores predisponentes a la infección candidiásica: unos dependen del huésped y otros de las condiciones ambientales.¹²

Dentro de los primeros factores están los fisiológicos, los genéticos y los adquiridos. Así, los recién nacidos, las mujeres en el período premenstrual o embarazadas, los pacientes con síndrome de Down, diabetes, linfomas, leucemias, que toman antibióticos o corticoides o inmunosupresores o tienen enfermedades debilitantes, tienen mayor facilidad para padecer esta dermatosis. Entre los factores ambientales, la humedad, el calor, la maceración crónica, por ejemplo, de las comisuras en los ancianos, las prótesis dentarias mal ajustadas y la fricción entre dos superficies cutáneas, favorecen la infestación.¹²

Características clínicas:

Los síntomas varían dependiendo de la localización. Desde el punto de vista dermatológico interesan las candidiasis mucosas y las cutáneas. Dentro de las primeras y afectando a la mucosa, está el muguet. Éste se manifiesta como unas placas cremosas, blanquecinas que confluyen en placas, en dorso de lengua, velo del paladar, mucosa gingival y genital. Al desprenderse dejan al descubierto una mucosa roja y congestiva. También la infección puede manifestarse como una lengua roja, lisa, brillante y dolorosa o como una afectación de las comisuras bucales en forma de placas triangulares, con escamas y fisuras en el centro o afectando a los labios, principalmente al inferior con escamas adherentes de color grisáceo y erosiones.¹²

✓ *Candidiasis*

Las candidiasis constituyen un grupo de infecciones causadas por un hongo oportunista del género *Cándida*, de los cuales *Cándida albicans* es la más frecuente. Pueden producir una infección clínica prácticamente en cualquier sistema orgánico. El espectro de infecciones abarca desde la enfermedad mucosa y cutánea superficial.¹²

Forman parte del grupo de las enfermedades más frecuentes que afectan a alguna persona e incluso se puede afirmar que prácticamente todos a lo largo de su vida, la padecerán alguna vez. Hay múltiples factores predisponentes a la infección candidiásica: unos dependen del huésped y otros de las condiciones ambientales.¹²

Dentro de los primeros factores están los fisiológicos, los genéticos y los adquiridos. Así, los recién nacidos, las mujeres en el período premenstrual o embarazadas, los pacientes con síndrome de Down, diabetes, linfomas, leucemias, que toman antibióticos o corticoides o inmunosupresores o tienen enfermedades debilitantes, tienen mayor facilidad para padecer esta dermatosis. Entre los factores ambientales, la humedad, el calor, la maceración crónica, por ejemplo, de las comisuras en los ancianos, las prótesis dentarias mal ajustadas y la fricción entre dos superficies cutáneas, favorecen la infestación.¹²

Características clínicas:

Los síntomas varían dependiendo de la localización. Desde el punto de vista dermatológico interesan las candidiasis mucosas y las cutáneas. Dentro de las primeras y afectando a la mucosa, está el muguet. Éste se manifiesta como unas placas cremosas, blanquecinas que confluyen en placas, en dorso de lengua, velo del paladar, mucosa gingival y genital. Al desprenderse dejan al descubierto una mucosa roja y congestiva. También la infección puede manifestarse como una lengua roja, lisa, brillante y dolorosa o como una afectación de las comisuras bucales en forma de placas triangulares, con escamas y fisuras en el centro o afectando a los labios, principalmente al inferior con escamas adherentes de color grisáceo y erosiones.¹²

Onicomycosis candidásica: con cierta frecuencia aparece en niños con muguet y en adultos con intertrigo de pequeños pliegues interdigitales. Puede mostrarse como una inflamación dolorosa del reborde periungueal, acompañada de mínima secreción purulenta o bien como un engrosamiento de la lámina ungueal con depresiones puntiformes y surcos trasversales.⁵

Tratamiento y pronóstico:

Según la extensión de la infección y el estado general del paciente se decide un tratamiento tópico o sistémico. Así tópicamente se puede emplear cotrimazol al 1 por ciento, miconazol, ketoconazol, sertocanazol, terbinafina o naftilina. Los tratamientos sistémicos más frecuentemente empleados son itraconazol o fluconazol. El pronóstico es bueno, siendo curativo tanto los tratamientos tópicos como sistémicos. Pero, si los factores predisponentes de estas micosis no se corrigen, es posible otra nueva infección.⁵

Diagnóstico:

Raspado o frotis en la zona afectada y se realiza un estudio histopatológico.

✓ ***Quiste gingival***

Estos quistes son nódulos múltiples, a veces solitarios, del reborde alveolar del recién nacido, que se originan en los restos de la lámina dental. A este quiste se le ha denominado *perlas de Epstein* y *nódulos de bohn*.¹²

Características clínicas:

A veces estos quistes de la lámina dental se agrandan lo suficiente como para apreciarse clínicamente como pequeñas tumefacciones circunscritas blancas del reborde alveolar, que en ocasiones aparecen isquémicas por la presión interna. Estas lesiones son asintomáticas y no parecen producir molestias infantiles.¹²

Estos son verdaderos quistes con un delgado revestimiento epitelial y una luz, por lo común, ocupada por queratina descamada, y a menudo, células inflamatorias. Es interesante que la calcificación distrófica y los cuerpos hialinos de Rushton, comunes en los quistes dentígeros, sean hallazgos frecuentes en esta lesión.¹²

Tratamiento:

No se requiere tratamiento alguno, las lesiones desaparecerán por apertura en la superficie mucosa o al ser deshechas por los dientes en brote. ¹²

Diagnóstico: por examen visual.

✓ ***Párlis***

Párlis o *absceso de la encía* es un foco de pus en el tejido conectivo gingival y se deriva de una infección aguda, sea en la base de una bolsa periodontal ocluida, o en el ápex de un diente desvitalizado. Si la vía de menor resistencia conduce a la submucosa gingival, se produce un absceso de tejido blando o párlis. La lesión asume la forma de una tumefacción gingival de color amarillo blanquecino con eritema variable, el dolor es típico y, una vez que el pus escapa a la superficie, los síntomas se alivian de manera transitoria. Es necesario tratar la enfermedad subyacente (bolsa periodontal o diente desvitalizado) para lograr la resolución del absceso gingival. ¹⁰

Diagnóstico: por examen visual.

✓ ***Disqueratosis intraepitelial benigna hereditaria***

También conocida como enfermedad de witkop, es una rara afección hereditaria autosómica dominante de naturaleza muy penetrante. Esta anomalía se observó en una mezcla trirracial aislada de raza blanca, india y afroamericana. ¹⁴

Características clínicas:

Es un síndrome temprano (por lo regular se inicia antes del primer año de vida) que incluye conjuntivitis bulbar o lesiones blancas bucales. En la conjuntiva bulbar se depositan placas espumosas gelatinosas que representan lesiones oculares homólogas de las observadas en la mucosa bucal. ¹⁴

Las lesiones bucales consisten en pliegues blancos, blandos y asintomáticos y placas de mucosa esponjosa. Las áreas típicas afectadas incluyen las mucosas bucal y labial y las comisuras labiales así como el piso de boca y las superficies laterales de la lengua, encías y paladar. El dorso de la lengua casi nunca es dañado. Las anomalías bucales se destacan antes del primer año de vida y su intensidad aumenta de manera gradual hasta la mitad de la adolescencia. Las áreas afectadas a lo largo de la línea de oclusión suelen estar maceradas, lo cual incrementa aún más la textura vellosa de la superficie.¹⁴

Tratamiento:

No se requiere tratamiento puesto que este padecimiento es autolimitante. No existe, al parecer, riesgo de transformación maligna.¹⁴

Diagnóstico:

Para establecer un diagnóstico se requiere un historial preciso y biopsia.¹⁴

✓ *Queilitis solar*

La queilitis solar o actínica representa una degeneración acelerada del tejido del borde rojo labial, en particular labio inferior, como consecuencia de la exposición regular y prolongada a la luz solar. Esta situación particular se presenta casi de manera exclusiva en personas caucásicas y muestra prevalencia especial en aquellos con piel blanca.¹⁴

Características clínicas:

La porción afectada del borde rojo labial adquiere un aspecto atrófico, de color gris pálido a plateado, y pulido, por lo regular con fisuras y arrugas en ángulo recto con la unión cutánea y el borde rojo del labio. En casos avanzados, la unión es irregular o está totalmente borrada, con un grado de epidermización evidente del borde rojo labial. Se identifican áreas moteadas de hiperpigmentación y queratosis y también descamación superficial, grietas, erosiones, ulceración y costras.¹⁴

Tratamiento:

En pacientes de alto riesgo se justifica aplicar ungüento labial como filtro solar con ácido para-amino-benzoico o sus derivados durante los periodos de exposición al sol.¹⁴

LESIONES ROJO AZULADAS

✓ *Hemangioma*

El hemangioma es un tumor común que se caracteriza por la proliferación de vasos sanguíneos. Suele ser de naturaleza congénita y, por lo general, tiene evolución benigna, aunque no invariablemente. Algunos autores creen que esta lesión, particularmente la forma congénita, no es una verdadera neoplasia, si no una anomalía del desarrollo de hamartoma, es decir, una proliferación anormal de tejidos de estructuras naturales de la zona. Estos tumores raras veces invaden los tejidos circundantes.¹⁰

Se han propuesto varias clasificaciones para establecer categorías entre las diferentes formas de hemangiomas pero como el grupo intrabucal es limitado, no todas las diversas formas serán consideradas en detalle.¹⁰

La mayoría de los casos de hemangioma están presentes desde el nacimiento o aparecen a edad temprana.

Características clínicas:

El hemangioma de los tejidos blandos bucales es similar al hemangioma de la piel y aparece como una lesión plana o elevada de la mucosa; por lo general, el color rojo intenso o rojo azulado y, bien circunscrita. Los lugares más habituales de su aparición son los labios, lengua, mucosa vestibular y el paladar. El tumor suele ser traumatizado, se ulcera y se infecta en forma secundaria.¹⁰

Se comprobó que muchos hemangiomas congénitos remiten espontáneamente a una edad relativamente temprana. Los casos que no hacen esta remisión o en los que aparecen en personas de edad avanzada han sido tratadas de diversas maneras, incluidas la cirugía,

irradiación (irradiación externa), agentes esclerosantes, crioterapia y compresión. Cada una de las formas de tratamiento tiene defensores y opositores, pero en manos capacitadas, cada uno tiene su lugar apropiado.¹⁰

El pronóstico del hemangioma es excelente, porque no se transforma en maligno ni recidiva después de la eliminación o destrucción adecuada.¹⁰

Diagnóstico:

Biopsia por aspiración y estudio histopatológico.

✓ *Eritroplasia*

La eritroplasia es un término clínico que se refiere a una placa roja sobre la membrana mucosa bucal. No alude a un diagnóstico microscópico particular. Pero la biopsia revela que casi todas son displasias graves o carcinomas. Se desconoce la causa de esta anomalía. Sin embargo, se asume que los factores etiológicos de la eritroplasia son similares a los que causan cáncer bucal. Por lo tanto, el tabaco tal vez desempeña una función significativa en la introducción de muchas de estas lesiones. El alcohol, defectos nutricionales, irritación crónica y otros factores también pueden contribuir o actuar como modificadores.¹⁴

La eritroplasia se identifica más a menudo que su homóloga, la leucoplasia. No obstante debe considerarse una lesión más grave debido al porcentaje significativamente más alto de procesos malignos vinculados con ella. La anomalía adopta la forma de una placa roja con márgenes bastante bien definidos. Los sitios de alto riesgo son el piso de la boca, la lengua y la mucosa retromolar.¹

Características clínicas:

Los rasgos clínicos de la eritroplasia pueden ser compartidos en ocasiones por otras lesiones rojas diferentes. La candidiasis atrófica produce una lesión roja en la mucosa aunque por lo general hay síntomas. Un diagnóstico diferencial más extenso debe incluir el sarcoma de kaposi, equimosis, reacción alérgica de contacto, malformación vascular, y psoriasis. El expediente clínico y el examen físico cuidadosos pueden diferenciar la mayor parte de estas lesiones.¹⁴

Tratamiento:

El tratamiento preferido para la misma es la escisión quirúrgica. Debido a su naturaleza superficial, en las lesiones displásicas tiene mayor importancia que la escisión sea más extensa que profunda. Empero, dado que los cambios epiteliales pueden extenderse hacia los conductos excretores de la glándula salival del área, el borde quirúrgico profundo no debe de ser muy superficial. Pueden requerirse varios cortes histológicos para evaluar adecuadamente la afección de los conductos. Por lo regular se acepta que las anomalías intensamente displásicas se conviertan con el tiempo en invasivas. El tiempo necesario para que ocurra esto puede variar de meses a años. Los exámenes de seguimiento son decisivos en virtud del posible efecto de campo que ejercen los agentes etiológicos.¹⁴

Diagnóstico:

La biopsia proporciona una respuesta definitiva.

✓ *Tatuaje de amalgama*

Es una lesión iatrogénica secundaria a la implantación traumática en el tejido blando de partículas de amalgama o transferencia pasiva por fricción crónica de la mucosa contra una amalgama restauradora. Esto ocurre habitualmente después de una extracción dental o preparación dental con rellenos de amalgama antiguos para efectuar una reparación con casquitos de oro.¹²

Características clínicas:

Los tatuajes de amalgama aparecen como máculas, pueden ser negras, azules o grises, los bordes son bien definidos, irregulares o difusos. Cualquier superficie mucosa puede ser afectada, pero los sitios más comunes son la encía, la mucosa alveolar y la mucosa bucal. Es la pigmentación más común de la membrana mucosa bucal. Puesto que la amalgama es relativamente bien tolerada por los tejidos blandos, raras veces se detectan signos de inflamación. Si las partículas de amalgama son de suficiente tamaño pueden identificarse en radiografías de tejido blando.¹²

Si la partícula de amalgama es visible en una radiografía de tejido blando no se requiere de ningún tratamiento, si no se observan y si la lesión no puede ser diagnosticada clínicamente se necesita una biopsia.^{10, 12}

Diagnóstico:

Características clínicas y la relación con restauraciones.

✓ *Mácula melanótica bucal*

La mácula melanótica bucal (melanosis focal) es una lesión pigmentada focal que puede evidenciar: pecas intrabucales, pigmentación post inflamatoria o manchas relacionadas con el síndrome de PeutzJeghers o enfermedad de Addison.^{14, 10}

Características clínicas:

Las máculas melanóticas se describen como lesiones predominantes sobre el borde rojo labial o gingival, aunque pueden aparecer sobre cualquier superficie mucosa. Son asintomáticas y no tienen potencial malignas.^{14, 10}

Esta pigmentación bucal debe diferenciarse del melanoma superficial temprano. Algunas veces se confunde con nevo azul o tatuaje por amalgama. Si es abundante deben considerarse como una posibilidad clínica en síndrome de PeutzJeghers y la enfermedad de Addison. Por otra parte, no está indicado tratamiento alguno.¹⁴

Diagnóstico:

Puede ser necesaria la biopsia para establecer el diagnóstico definitivo de esta lesión.

✓ *Verruga vulgar bucal*

Es un crecimiento exofítico asintomático formado por numerosas proyecciones pequeñas semejantes a los dedos, que causa una lesión con superficie rugosa, verrugosa o “parecida a la coliflor”, causado por el Virus del Papiloma Humano (HPV).¹⁰

Características clínicas:

Suelen ser únicas, aunque en ocasiones se detectan lesiones múltiples y suelen ser pedunculado bien circunscrito, o sésiles. Las lesiones miden menos de 1 cm. y suelen localizarse en la región cutánea de los labios o en cualquier sitio de la mucosa intrabucal, con predilección por paladar duro, blando y la úvula. El paladar blando es el que se afecta con mayor frecuencia.¹⁰

Tratamiento:

Extirpación quirúrgica o ablación con láser y su recurrencia es poco frecuente.¹⁰

Diagnóstico: biopsia excisional y estudio histopatológico.

✓ *Granuloma central de células gigantes*

Esta lesión ocurre casi de manera exclusiva en la mandíbula y se considera de origen reactivo. Se ha demostrado que las lesiones en la boca son parte de un proceso reparativo.¹²

Esta patología ocurre en un rango de edad entre los 2 a los 80 años, aunque el 60% de los casos ocurren a las 30 años de edad, tiene predilección por el sexo femenino.¹²

Características clínicas:

Se consideran, en su mayoría, asintomáticas y son descubiertas en exámenes radiográficos de rutina observándose como una lesión solitaria, radiolúcida y expansiva, generalmente compromete las regiones anteriores a los molares pudiéndose extender hasta la línea media, también puede desplazar las raíces dentales y a veces reabsorción de estas. Una minoría de los casos puede estar asociada a dolor, parestesia o perforación de la tabla cortical.¹²

Tratamiento:

La escisión quirúrgica y el raspado radical de la lesión son el tratamiento de elección para evitar la recurrencia. Algunos casos requieren un tratamiento prequirúrgico de endodoncia o extracción de los dientes afectados. Se reporta mayor tasa de recurrencia en casos de niños y adolescentes.⁵

Diagnóstico:

Radiológico por sus características, biopsia incisional y estudio histopatológico.

✓ *Granuloma piógeno*

Esta anomalía se considera como una reacción exuberante del tejido conectivo a un estímulo o agresión. A pesar de su nombre, no es un verdadero granuloma.¹⁰

Características clínicas:

Se presenta como una masa roja, ya que está formada de tejido hiperplásico de granulación abundante en capilares, el cual puede llegar a ulcerarse. Estos aparecen sobre la gingiva, siendo causados por cálculo o material exógeno en el surco gingival. Suelen aparecer en cambios hormonales de la pubertad y del embarazo ya que se modifica la reacción gingival reparativa y se forman lesiones múltiples de encía o hiperplasia gingival generalizada.¹⁰

Es poco frecuente encontrar lesiones en otras partes de la boca, pero es posible encontrarlos en zonas que reciben traumatismos frecuentes como el labio inferior, la mucosa vestibular y la lengua. Pueden presentar base sésil o pedunculada, su tamaño varía de milímetros a varios centímetros. Se presentan, en su mayoría, en las primeras cuatro décadas de vida y son más frecuentes en mujeres que en varones.¹⁰

Esta anomalía está formada especialmente de tejido de granulación hiperplásico. Es posible observar células gigantes multinucleadas dispersas por toda la masa lobulada de tejido de granulación, también se observa células inflamatorias crónicas y neutrófilos en la base de las úlceras. A menudo se observan islotes de hueso metaplásico en estas malformaciones.¹⁰

Tratamiento:

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica, así como la eliminación de cualquier factor etiológico local como cálculos. La recurrencia es infrecuente.^{10, 12}

Diagnóstico: biopsia excisional y estudio histopatológico.

✓ *Granuloma periférico de células gigantes*

Esta es una lesión relativamente común en la cavidad bucal, representa una respuesta poco frecuente del tejido conectivo hiperplásico a la lesión de los tejidos gingivales causada por trauma o irritación local.¹²

Se presenta de manera exclusiva en encía y zonas alveolares edéntulas, casi siempre en la zona intermedia entre los primeros molares permanentes y los incisivos. Se cree que se origina en el ligamento periodontal o en el periostio y puede ocasionar reabsorción del hueso alveolar.¹²

Características clínicas:

Clínicamente se observa como una masa de color rojo azulado de base amplia, a veces puede presentar ulceración secundaria a traumatismo que puede producir zonas amarillas en la lesión por la formación de un coágulo de fibrina que cubre la úlcera. Esta lesión mide aproximadamente 1 cm. de diámetro, suelen aparecer entre los 50 y 60 años de edad, siendo el sexo femenino el más afectado.¹²

Cuando esta lesión ocurre en el reborde edéntulo puede observarse como una transparencia superficial caliciforme. Estas anomalías se componen de masas lobulares de tejido hiperplásico de granulación. Puede presentar cierta cicatrización, lo que sugiere que puede tratarse de un proceso de reparación para la maduración de tejido conectivo. También puede observarse células inflamatorias crónicas; en las zonas superficiales de las lesiones ulceradas, puede observarse neutrófilos.¹²

Tratamiento:

Estas lesiones deben ser tratadas por medios quirúrgicos, en el procedimiento debe incluirse también la eliminación de factores locales irritantes. La recurrencia es poco frecuente, pero puede ocurrir si la lesión no es bien eliminada.^{10,12}

Diagnóstico: biopsia excisional y estudio histopatológico.

✓ *Fibroma traumático*

Esta lesión es provocada por traumatismo crónico de la mucosa bucal. La reparación excesiva del tejido conectivo fibroso origina una masa submucosa.¹²

Características clínicas:

Se presenta como asintomática, de color más claro que la mucosa adyacente, y por lo general su tamaño no excede 1cm. de diámetro.¹²

Tratamiento:

Escisión quirúrgica y eliminación del agente causal. La recurrencia no es frecuente. Las lesiones no presentan potencial maligno.^{10,12}

Diagnóstico: biopsia excisional y estudio histopatológico.

✓ *Nevus azul*

Son agregados de células productoras de melanina en la dermis, aparecen de tonalidad azul debido a la melanina en la porción profunda de la dermis que absorbe luz de longitud de onda larga y la luz azul se refleja hacia el observador (efecto de tyndall). Los nevus azules no tienen potencial maligno.¹⁴

Los nevus pequeños e invariables no requieren tratamiento en el adulto, si la lesión aparece súbitamente, carece y se excede de 1cm se requiere examen histológico para excluir melanoma.¹⁰

Tratamiento:

Si la lesión creciera, se realizará biopsia excisional y estudio histopatológico.

Diagnóstico:

Por sus características clínicas.

✓ *Pénfigo vulgar*

Es una enfermedad mucocutánea que se distingue por formación de vesículas intraepiteliales. Esto se debe a rotura, o pérdida de la adhesión intracelular, que produce separación de las células epiteliales conocida como acantólisis. La rotura de las ampollas va seguida de ulceración muy extendida y produce dolor débilmente, pérdida de líquido y desequilibrio electrolítico. Antes del uso de los corticoesteroides, el resultado común en pacientes con pénfigo vulgar era la muerte.¹⁴

Características clínicas:

Los pacientes con pénfigo vulgar evidencian los primeros signos de la enfermedad en la mucosa bucal casi en 60% de los casos. Estas lesiones pueden anteceder al inicio de las lesiones cutáneas por períodos hasta de un año. Las lesiones se presentan al principio, como una bulla llena de líquido (o vesícula) o como úlceras superficiales. Las bullas se rompen casi de inmediato dejando una cubierta colapsada. Esta membrana grisácea se puede desprender con facilidad mediante raspada con apósito de gasa dejando una base ulcerada, roja y dolorosa. El aspecto de las úlceras varía desde pequeñas lesiones similares a aftas, hasta lesiones extensas como mapas. Clínicamente no afecta, puede causar desprendimiento de tiras de epitelio, un signo de Nikolsky positivo.¹⁴ Es común malestar por la confluencia de vesículas más pequeñas y ulceración sobre el paladar blando, mucosa bucal y piso de la boca. La incidencia de pénfigo bucal es igual en ambos sexos. Los factores genéticos y étnicos parecen predisponer al desarrollo de la enfermedad.¹⁴

Tratamiento:

La enfermedad puede controlarse con dosis intermedias de esteroides (prednisona). En individuos con afección más grave, el empleo de corticoesteroides en dosis altas debe ir seguido con una combinación terapéutica con fármacos como la prednisona en días alternos y agentes inmsupresores conservadores de esteroides, por ejemplo azatioprina, metotrexato o ciclofosfamida.¹⁴

✓ *Pulpitiscrónica hiperplásica*

Se caracteriza por el desarrollo de un tejido de granulación a nivel de la exposición pulpar, denominado **pólipo pulpar**. Es típica de las pulpas con elevado potencial defensivo (principalmente en jóvenes) con evolución de cuadros ulcerados, donde la barrera de tejido de granulación, estimulada por traumatismos seguidos, prolifera, llenando la cavidad existente (pulpar y de caries), llegando a articularse con el diente antagonista. De esta forma, el pólipo presenta 3 partes: la raíz, el pedículo y la cabeza coronaria. A veces, este estado no existe, faltando el pedículo, y la raíz es simplemente la región donde comienza y la cabeza es toda la masa de granulación proliferada. Esta estructura se caracteriza por estar ricamente vascularizada y celularizada, con poca resistencia.¹⁷

Diagnóstico clínico:

Como la presencia de un pólipo pulpar es clínicamente característica, se torna relativamente fácil su diagnóstico. De la misma forma que la pulpitis ulcerada, la compresión de los alimentos durante el acto masticatorio es la responsable de la sintomatología dolorosa y de una posible hemorragia debida a la rica vascularización. El examen radiográfico podrá revelar una comunicación directa de la cámara pulpar con la cavidad de caries.¹⁷

Tratamiento:

La biopulpectomía es la técnica de tratamiento más indicada.¹⁷

TUMEFACCIONES DEL PISO DE LA BOCA

✓ *Quiste dermoide*

Aparece en muchas regiones del cuerpo. Cuando se encuentra en la cavidad bucal, surge regularmente en la porción anterior del piso de la boca sobre la línea media. La incidencia total de este tipo de quiste en cabeza y cuello es más bien baja; explica menos del 2% de todos los quistes dermoides. Se cree que el atrapamiento durante el desarrollo embrionario de células multipotenciales o tal vez la implantación de epitelio es la causa del quiste dermoide de esta región.⁵ Cuando estos quistes se localizan sobre el musculo milohioideo desplazan la lengua hacia arriba y atrás con la dificultad funcional resultante. Cuando se hallan por debajo del musculo milohioideo se identifica una tumefacción en la línea media del cuello.

Características clínicas:

Estos quistes son indoloros y de crecimiento lento; no existe predilección por sexo. Las anormalidades son en general menores de 2 cm de diámetro, aunque en ejemplos extremos pueden alcanzar 8 a 12 cm. A la palpación, los quistes son blandos y pastosos debido a la queratina y al cebo que contienen en su luz.⁵

Tratamiento:

La terapéutica es la escisión quirúrgica, casi todas las anomalías se pueden extirpar a través de la boca con poco riesgo de recurrencia.⁵

Diagnóstico: biopsia incisional y estudio histopatológico.

VII. OBJETIVOS

GENERAL

Establecer la presencia clínica de patologías de tejidos blandos en la cavidad bucal en niños de 8 a 12 años que asisten a tres escuelas primarias del municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, de la República de Guatemala, durante el mes de agosto del año 2012.

ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar la frecuencia de presentación de las patologías bucales de tejidos blandos en la cavidad bucal en niños de 8 a 12 años que asisten a la escuela primaria de tres escuelas primarias del municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez.
- ✓ Establecer el grupo de edad más afectado de las patologías bucales de tejidos blandos en la cavidad bucal en niños 8 a 12 años que asisten a la escuela primaria de tres escuelas primarias del municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez.
- ✓ Determinar el sexo más afectado de las patologías bucales de tejidos blandos en la cavidad bucal en niños 8 a 12 años que asisten a la escuela primaria de tres escuelas primarias del municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez.

VIII. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

DEPENDIENTES

Patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal.

INDEPENDIENTES

- ✓ Edad
- ✓ Sexo

DEFINICIÓN DE VARIABLES DEPENDIENTES

Patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal

Son aquellas identificadas como lesiones o enfermedades que son procesos o estados anormales de causas desconocidas o conocidas en tejidos blandos de la cavidad bucal.

DEFINICIÓN DE VARIABLES INDEPENDIENTES

Edad

Tiempo que ha vivido una persona, tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana. Una persona puede estar dentro de las categorías de bebé, niño, púber, adolescente, joven, adulto. En el presente estudio se investigó el grupo de 8 a 12 años.

Sexo

Se refiere a la división del ser humano en dos grupos: mujer y hombre.

IX. MEDICIÓN DE VARIABLES

Edad

El grupo etario es de 8 a 12 años.

Sexo

Se registró M para masculino, y F para femenino.

Patología

Según los diagnósticos diferenciales se apuntó en la hoja de recolección de datos con todas sus descripciones.

X. MATERIALES Y MÉTODOS

1. Población

El estudio se llevó a cabo con niños de 8 a 12 años que asisten a tres escuelas primarias del municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, de la República de Guatemala, durante el mes de agosto del año 2012. Los pacientes fueron escogidos tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión.

2. Criterios de selección

2.1 Criterios de inclusión:

- ✓ Pertener al grupo de edad comprendido entre los 8 y 12 años de edad.
- ✓ Contar con la autorización de padres de familia por escrito para participar en el estudio.
- ✓ Asistir a la Escuela Privada Rural Mixta de Colonia Luisiana, Patulul, Suchitepéquez.
- ✓ Asistir a la Escuela Oficial Mixta Caserio “La Providencia”, Patulul, Suchitepéquez.
- ✓ Asistir a la Escuela Oficial Mixta Finca “El Recuerdo”, Patulul, Suchitepéquez.

2.2 Criterios de exclusión:

- ✓ Lesiones que involucren tejido óseo y que requieran estudios radiográficos complementarios.*
- ✓ Niños que no tengan deseos de participar en el mismo.

*Lesiones en tejido óseo quedaron excluidos de los resultados de la investigación, pero si se examinaron y de ser necesario se referirían al especialista.

3. Procedimiento

- ✓ Aprobación del protocolo de investigación.
- ✓ Se realizó un cronograma para la ejecución del estudio.

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
PRESENTACION Y APROBACIÓN DE TEMA	✓								
ELABORACIÓN Y APROBACIÓN PROTOCOLO		✓	✓	✓	✓	✓			
TRABAJO DE CAMPO							✓		
INFORME FINAL							✓		
REVISIÓN Y APROBACIÓN DE INFORME FINAL								✓	✓

- ✓ Tomando en cuenta el aspecto bioético, se solicitó por escrito la autorización del padre, la madre o el tutor del estudiante para participar en el estudio, informándole adecuadamente sobre la naturaleza del mismo.

- ✓ Se solicitó autorización al Director (a) de la escuela, para realizar el estudio, previa información por escrito del mismo.
- ✓ Se escogió a la población del estudio conformada por niños entre los 8 y los 12 años de edad, pertenecientes al sexo masculino y al sexo femenino. La muestra fue de 187 niños de una población de 362, la medición fue aleatorio simple. Se enumeraron a los niños y haciendo papelitos del 1 al 362 se sacaron 187 papelitos que fueron tomados para la muestra. Utilizando la formula:

$$n = \frac{k^2 (p) (q) (n)}{[E^2(N-1) + k^2 (p)(q)]} \quad n = \frac{1.96^2 (0.5) (0.5) (362)}{[0.05^2 (361) + 1.96 (0.5) (0.5)]} = \frac{347.6648}{1.8629} = 186.63 = 187$$

Donde:

N= población 362

k = constante que depende del Co nivel de confianza en este caso 95% = 1.96

E= error muestral 5%

P= 0.5

q= (1-p) =0.5

n= muestra

- ✓ Se diseñó una ficha para la recopilación de datos. Dentro de estos estarán datos generales del paciente, aspectos clínicos de la lesión (color, naturaleza, síntomas, forma, superficie, consistencia, asociada o no a pieza dental), historia breve de la lesión, diagnósticos diferenciales, y se localizó la lesión en el diagrama correspondiente.
- ✓ La realización de la investigación se llevó a cabo en la unidad dental de la clínica donde se realiza el programa de ejercicio profesional supervisado.
- ✓ En cada paciente se procedió a evaluar clínicamente cada una de las regiones de la cavidad bucal, llevando un orden para evitar la exclusión de alguna estructura. Bermellón superior derecho e izquierdo, bermellón inferior izquierdo y derecho,

comisura derecha e izquierda, mucosa de carrillo derecho, mucosa labial superior, mucosa de carrillo izquierda, mucosa labial inferior, lengua, piso de boca, paladar blando, paladar duro, reborde alveolar, etc.

- ✓ Al concluir el examen clínico, los padres de los niños que formaron parte del estudio, fueron debidamente informados sobre los resultados de las evaluaciones clínicas.
- ✓ Se diseñó una hoja de referencia por si alguno de los pacientes requiere tratamiento médico y/o quirúrgico, en el caso que no se pudiera resolver la situación en la clínica de atención primaria.
- ✓ Utilizando la información de la ficha diseñada para la investigación, se procesaron los datos de las mismas, las cuales se incluyen en la sección de presentación, interpretación y análisis de resultados.
- ✓ A las lesiones que no fueran de diagnóstico inmediato y requerirían asignarles diagnósticos diferenciales, se documentarían a través de fotografía digital, con estos registros se haría referencia al especialista si fuera necesario.
- ✓ Los resultados se presentan en cuadros de asociación para su mejor interpretación, en valores absolutos y relativos, aplicando la media aritmética, utilizando una estadística descriptiva. Se utilizaron las gráficas pertinentes de acuerdo a los resultados.

Materiales

- ✓ Espejo
- ✓ Pinza
- ✓ Explorador
- ✓ Bajalenguas

- ✓ Servilletas
- ✓ Equipo de protección personal (guantes, mascarillas, lentes, gorro)
- ✓ Silla dental
- ✓ Lámpara dental
- ✓ Computadora
- ✓ Impresora
- ✓ Fichas de recolección de datos
- ✓ Bolígrafo
- ✓ Cámara para toma de fotografía digital

XI. RECURSOS

Humanos

- ✓ Niños que asisten a la Escuela Privada Rural Mixta de Colonia Luisiana, Patulul, Suchitepéquez, Escuela Oficial Rural Mixta finca “El Recuerdo”, Patulul, Suchitepéquez y Escuela Oficial Rural Mixta caserío “La Providencia”, Patulul, Suchitepéquez.

- ✓ Padres o tutor del paciente.

- ✓ Investigador.

- ✓ Asesor y profesionales consultados.

Institucionales

- ✓ Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- ✓ Escuela Oficial Rural Mixta finca “El Recuerdo”, Patulul, Suchitepéquez.
- ✓ Escuela Oficial Rural Mixta caserío “La Providencia”, Patulul, Suchitepéquez
- ✓ Escuela Privada Rural Mixta Colonia Luisiana, Patulul, Suchitepéquez.

Estadísticos

- ✓ Cuadros de recopilación, porcentajes, análisis e interpretación de los resultados.

De tiempo

- ✓ Un mes calendario (agosto) para la realización del trabajo de campo y obtención de la información.

XII. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Cuadro No. 1. Edad y sexo de niños evaluados, para la determinación de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal en el municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, Guatemala.

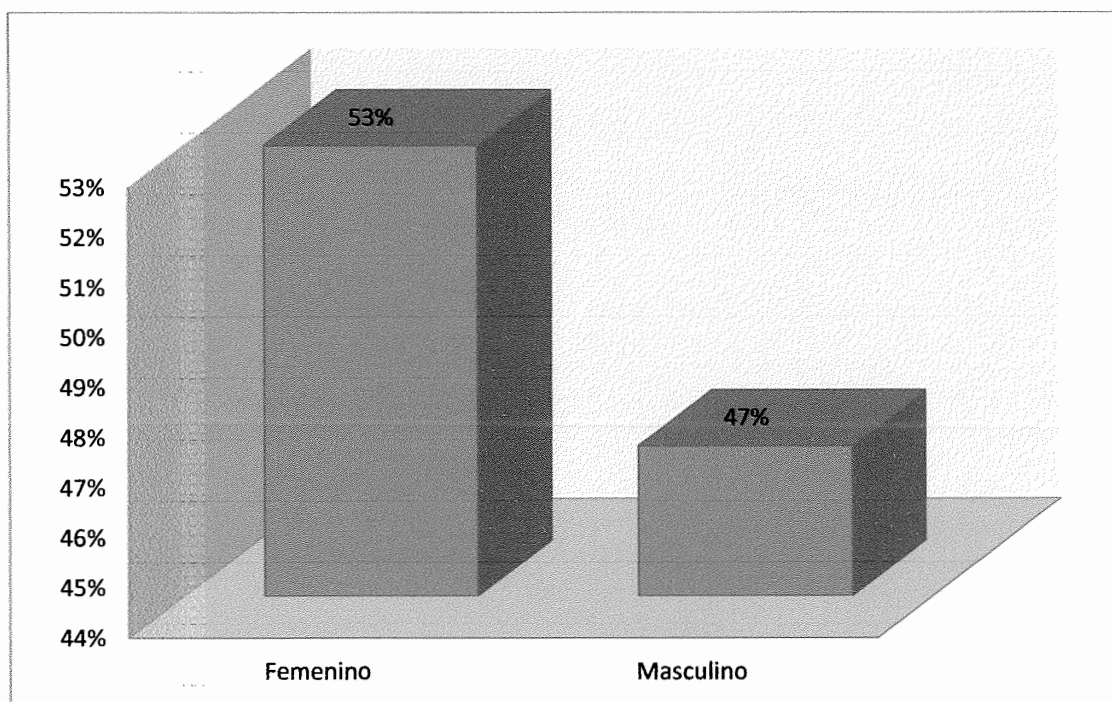
Edad	Sexo femenino		Sexo masculino		TOTAL	
	VA	%	VA	%	VA	%
8	25	13	22	12	47	25
9	16	9	10	5	26	14
10	19	10	20	11	39	21
11	23	12	16	9	39	21
12	17	9	19	10	36	19
TOTAL	100	53	87	47	187	100

VA: Valor absoluto.

%: Valor relativo.

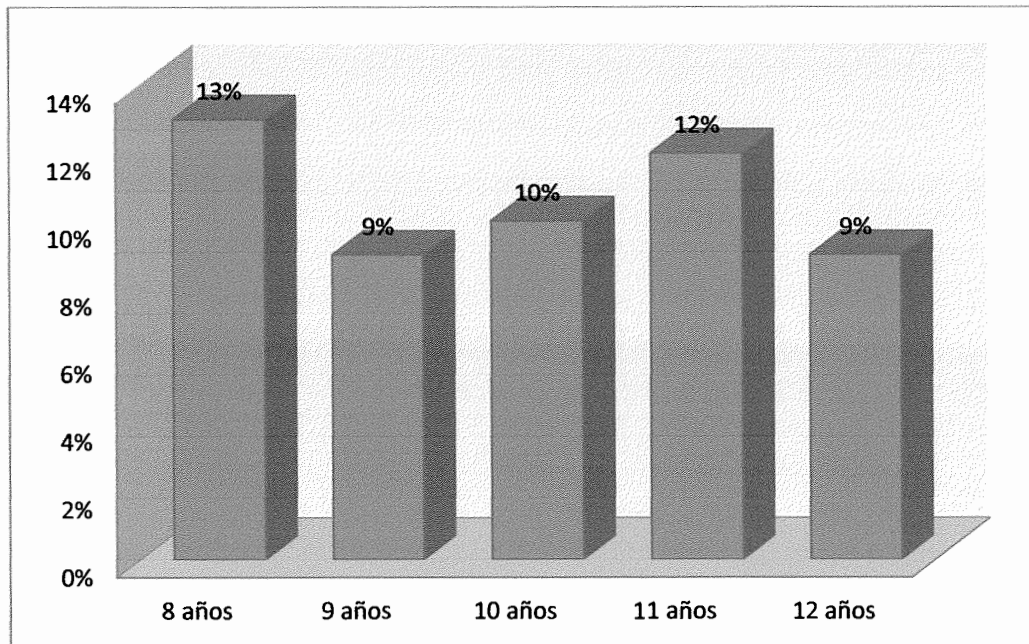
Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica No. 1. Sexo de niños evaluados, para la determinación de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal en el municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, Guatemala.



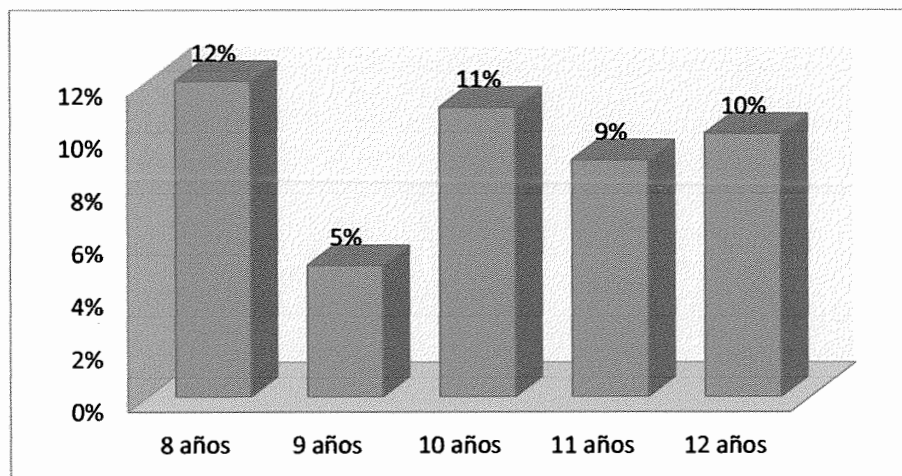
Fuente: cuadro No.1.

Gráfica No. 2. Grupo etario femenino, para la determinación de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal en el municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, Guatemala.



Fuente: cuadro No.1.

Gráfica No. 3. Grupo etario masculino, para la determinación de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal en el municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, Guatemala.



Fuente:cuadro No.1.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

✓ Interpretación gráfica No.1.

De los 187 niños examinados, 100 pertenecen al sexo femenino correspondiente al 53% y 87 pertenecen al sexo masculino correspondiente al 47%.

✓ Interpretación de cuadro No. 1 y gráfica No.2.

De los 100 niños de sexo femenino evaluados, 25 niños (13%) tienen 8 años, 16 niños (9%) tienen 9 años, 19 niños (10%) tienen 10 años, 23 niños (12%) tienen 11 años, 17 niños (9%) tienen 12 años. Esto corresponde al 53% de la muestra.

✓ Interpretación de cuadro No. 1 y gráfica No. 3.

De los 87 niños de sexo masculino evaluados, 22 niños (12%) tienen 8 años, 10 niños (5%) tienen 9 años, 20 niños (11%) tienen 10 años, 16 niños (9%) tienen 11 años, 19 niños (10%) tienen 12 años (10%). Esto corresponde al 47% de la muestra.

Cuadro No. 2. Resultados de la inspección de cavidad bucal, para la determinación de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal en el municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, Guatemala.

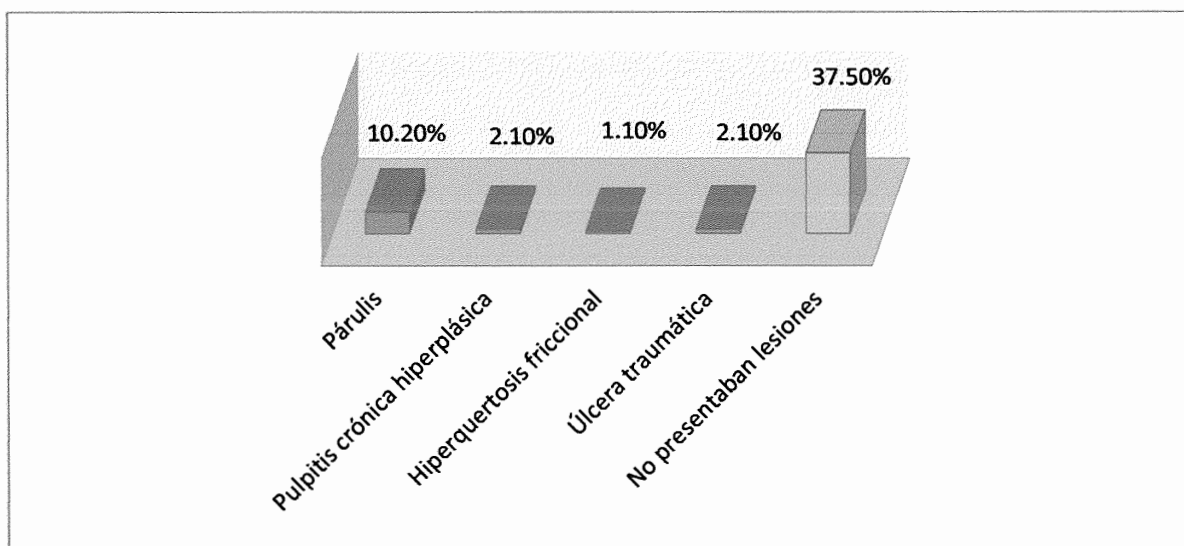
Resultados de la inspección	Sexo femenino		Sexo masculino		TOTAL	
	VA	%	VA	%	VA	%
Párrulis	19	10.2	7	3.8	26	14
Pulpitis crónica hiperplásica	4	2.1	7	3.8	11	5.9
Hiperqueratosis friccional	2	1.1	1	0.5	3	1.6
Lengua geográfica	-----	-----	1	0.5	1	0.5
Úlcera traumática	4	2.1	1	0.5	5	2.6
No presentaban lesiones	71	37.5	70	37.9	-----	75.4
TOTAL	100	53	87	47	46	100

VA: Valor absoluto

=: Valor relativo

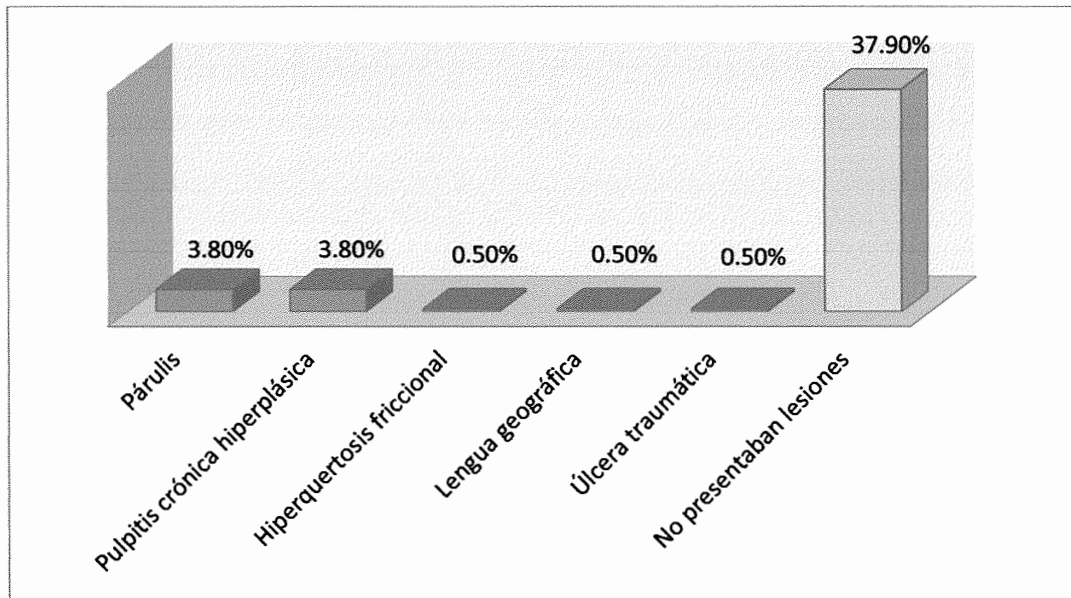
Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica No. 4. Resultados de la inspección de cavidad bucal sexo femenino, para la determinación de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal en el municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, Guatemala.



Fuente: tabla No.2.

Gráfica No.5. Resultados de la inspección de cavidad bucal sexo masculino, para la determinación de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal en el municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, Guatemala.



Fuente: tabla No.2.

✓ **Interpretación del cuadro No. 2 y gráfica No. 4.**

De los 100 niños examinados de sexo femenino, 71 no presentaban lesiones (37.5%), 29 presentaban lesiones en tejidos blandos de la cavidad bucal, lo que representa un (15.5 %) de la totalidad de lesiones encontradas, 10 niñas con párrulis (10.2%), 4 niñas con pulpitis crónica hiperplásica (2.1%), 2 niñas con hiperqueratosis friccional (1.1%) y 4 niñas con úlcera traumática (2.1%).

✓ **Interpretación del cuadro No. 2 y gráfica No. 5.**

De los 87 niños examinados de sexo masculino, 70 no presentaban lesiones (37.5%), 17 presentaban lesiones en tejidos blandos de la cavidad bucal, lo que representa un (9.1%) de la totalidad de las lesiones, 7 niños con párrulis (3.8%), 7 niños con pulpitis crónica hiperplásica (3.8%), 1 niño con hiperqueratosis friccional (0.5%), 1 niño con lengua geográfica (0.5%) y 1 niño con úlcera traumática (0.5%).

Cuadro No. 3. Lesiones encontradas en la inspección en ambos sexos, para la determinación de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal en el municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, Guatemala.

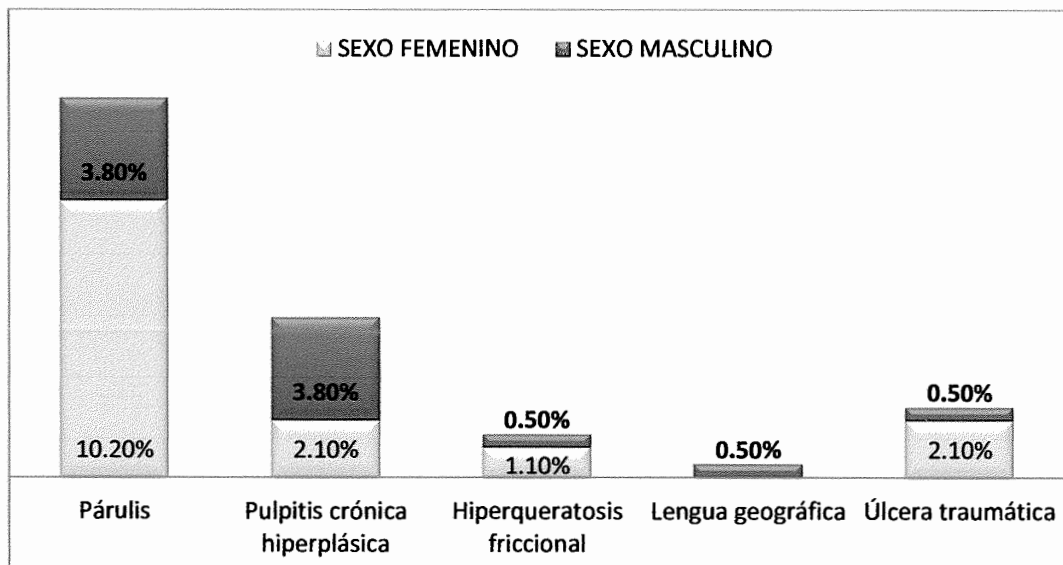
Lesión	Sexo femenino		Sexo masculino		TOTAL	
	VA	%	VA	%	VA	%
Párrulis	19	10.2	7	3.8	26	14
Pulpitis crónica hiperplásica	4	2.1	7	3.8	11	5.9
Hiperqueratosis friccional	2	1.1	1	0.5	3	1.6
Lengua geográfica	-----	-----	1	0.5	1	0.5
Úlcera traumática	4	2.1	1	0.5	5	2.6
TOTAL	29	15.5	17	9.1	46	24.6

VA: Valor absoluto

#: Valor relativo

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica No.6. Lesiones encontradas en la inspección en ambos sexos, para la determinación de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal en el municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, Guatemala.



Fuente: Cuadro No. 3.

✓ **Interpretación del cuadro No. 3 y gráfica No. 6.**

De los 187 niños examinados, 46 presentan lesiones en tejidos blandos de la cavidad bucal (24.6%).

26 niños con páruis (14%), 19 de sexo femenino (10.2%) y 7 de sexo masculino (3.8%).

11 niños con pulpitis crónica hiperplásica (5.9%), 4 de sexo femenino (2.1%) y 7 de sexo masculino (3.8%).

3 niños con hiperqueratosis friccional (1.6%), 2 de sexo femenino (1.4%) y 1 de sexo masculino (0.5%).

1 niño con lengua geográfica (0.5%) de sexo masculino.

5 niños con úlcera traumática (2.6%), 4 de sexo femenino (2.1%) y 1 de sexo masculino (0.5%).

Cuadro No. 4. Distribución de lesiones por grupo etario sexo femenino, para la determinación de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal en el municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, Guatemala.

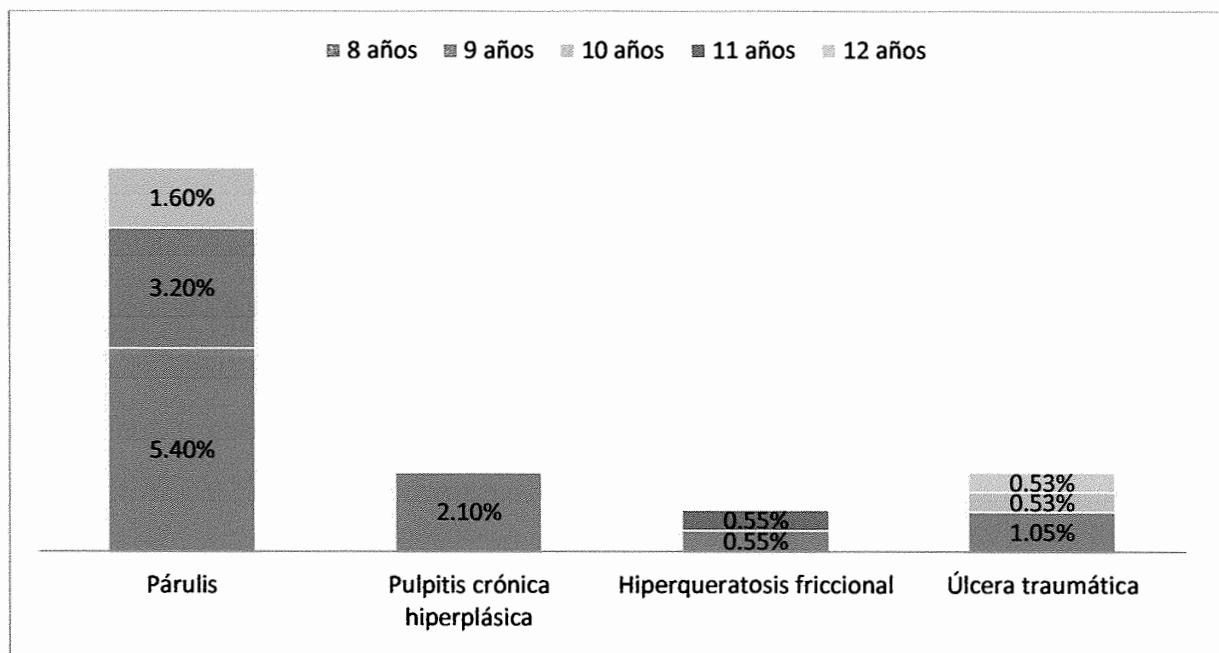
Lesión	8 años		9 años		10 años		11 años		12 años		TOTAL	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Páulis	10	5.4	6	3.2	3	1.6	----	----	----	----	19	10.2
Pulpitis crónica hiperplásica	4	2.1	---	----	----	----	---	----	---	----	4	2.1
Hiperqueratosis friccional	1	0.55	---	----	----	----	1	0.55	---	----	2	1.1
Úlcera traumática	2	1.05	----	----	1	0.53	---	----	1	0.53	4	2.1
TOTAL	17	9.1	6	3.2	4	2.13	1	0.55	1	0.53	29	15.5

VA: Valor absoluto

?: Valor relativo

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica No. 6. Distribución de lesiones por grupo etario sexo femenino, para la determinación de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal en el municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, Guatemala.



Fuente: Cuadro No. 4.

✓ **Interpretación del cuadro No. 4 y gráfica No. 6.**

De los 29 niños de sexo femenino que presentan lesiones en tejidos blandos de la cavidad bucal:

17 niñas corresponden al grupo etario de 8 años (9.1%), 10 niñas con páruis (5.4%), 4 niñas con pulpitis crónica hiperplásica (2.1%), 1 niña con hiperqueratosis friccional (0.5%), 2 niñas con úlcera traumática (1.05%).

6 niñas corresponden al grupo etario de 9 años (3.2%), 6 niñas con páruis (3.2%).

4 niñas corresponden al grupo etario de 10 años (2.13%), 3 niñas con páruis (1.6%), 1 niña con úlcera traumática (0.53%).

1 niña corresponde al grupo etario de 11 años (0.55%), 1 niña con hiperqueratosis friccional (0.55%).

1 niña corresponde al grupo etario de 12 años (0.53%), 1 niña con úlcera traumática (0.53%).

Cuadro No. 5. Distribución de lesiones por grupo etario sexo masculino, para la determinación de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal en el municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, Guatemala.

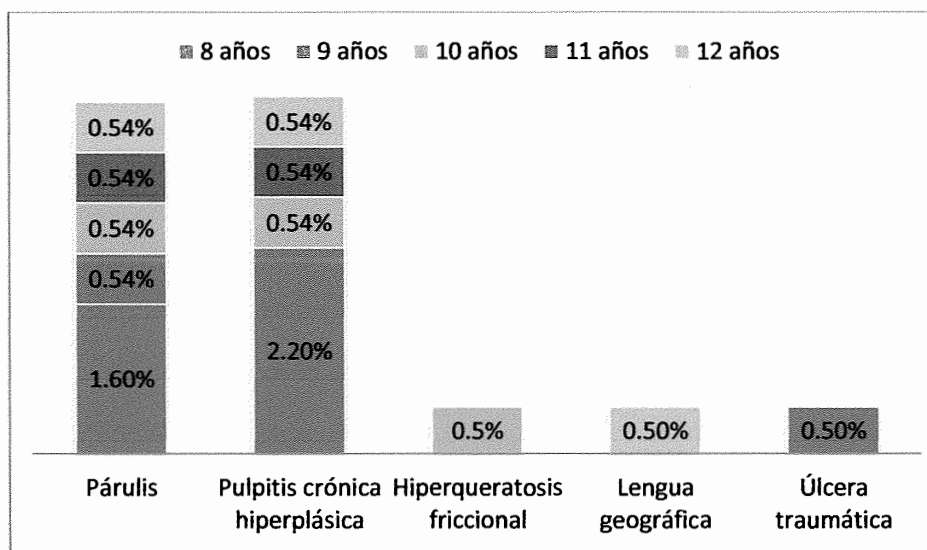
Lesión	8 años		9 años		10 años		11 años		12 años		TOTAL	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Páruis	3	1.6	1	0.54	1	0.54	1	0.54	1	0.54	7	3.8
Pulpitis crónica hiperplásica	4	2.2	---	---	1	0.54	1	0.54	1	0.54	7	3.8
Hiperqueratosis friccional	---	---	---	---	1	0.5	---	---	---	---	1	0.5
Lengua geográfica	---	---	---	---	---	---	---	---	1	0.5	1	0.5
Úlcera Traumática	1	0.5	---	---	---	---	---	---	---	---	1	0.5
TOTAL	8	4.3	1	0.54	3	1.58	2	1.08	3	1.58	17	9.1

VA: Valor absoluto

%: Valor relativo

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica No. 7. Distribución de lesiones por grupo etario sexo masculino, para la determinación de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal en el municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, Guatemala.



Fuente: Cuadro No. 5.

✓ **Interpretación del cuadro No. 5 y gráfica No. 7.**

De los 17 niños de sexo masculino que presentaban lesiones en tejidos blandos de la cavidad bucal:

8 niños corresponden al grupo etario de 8 años (4.3%), 3 niños con párulis (1.6%), 4 niños con pulpitis crónica hiperplásica (2.2%), 1 niño con úlcera traumática (0.5%).

1 niño corresponde al grupo etario de 9 años (0.54%), 1 niño con párulis (0.54%).

3 niños corresponden al grupo etario de 10 años (1.58%), 1 niño con párulis (0.54%), 1 niño con pulpitis crónica hiperplásica (0.54%), 1 niño con hiperqueratosis friccional (0.5%).

2 niños corresponde al grupo etario de 11 años (1.08%), 1 niño con párulis (0.54%), 1 niño con pulpitis crónica hiperplásica (0.54%).

3 niños corresponde al grupo etario de 12 años (1.58%), 1 niño con párulis (0.54%), 1 niño con pulpitis crónica hiperplásica (0.54%), 1 niño con lengua geográfica (0.5%).

XIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Esta investigación fue realizada en tres escuelas primarias del municipio de Patulul, departamento de Suchitepéquez, de la República de Guatemala, para determinar la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal, en una muestra de 187 niños de 8 a 12 años.

Se encontraron 46 lesiones, la más frecuente fue páruilis correspondiente al 14% del total de la muestra, 5.9% pulpitis crónica hiperplásica, 1.6% hiperqueratosis friccional, 2.6% úlcera traumática y 0.5% lengua geográfica.

En el desarrollo de esta investigación se hicieron consultas bibliográficas, para poder obtener antecedentes de estudios similares. Y en comparación con investigaciones realizadas previamente como en el año 2002 por Morales García, acerca de la prevalencia de lesiones gingivales en un archivo de un laboratorio de patología oral y maxilofacial de Guatemala, en la cual se reportan 251 casos de lesiones reactivas benignas correspondiente al 72% del total de la muestra de 348 casos, así como 2.58% de lesiones vesiculo-úlcerales.¹¹ Pero esta investigación, a diferencia del presente estudio, fue realizada en niños y adultos, por lo que la presencia de lesiones patológicas de tejido blando varía por factores que determinan las distintas edades.

Otro estudio en el año 2006 en México determinó la prevalencia de lesiones de la mucosa oral en pacientes pediátricos, reportó 86 lesiones, de las cuales la hiperplasia fibrosa corresponde al 43.02%, candidosis eritematosa 25.58% y úlceras orales 16.27%.⁴

Al comparar este estudio con las dos investigaciones mencionadas se encuentra que solo hubo coincidencia en dos tipos de lesiones, las de tipo reactivo como la hiperqueratosis friccional, y las de tipo ulcerativo como úlcera traumática.

XIV. CONCLUSIONES

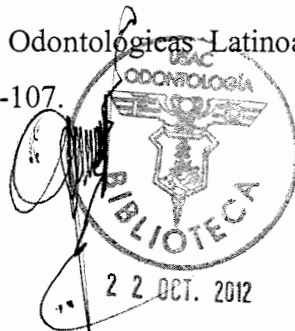
- ✓ De los 187 niños examinados, 100 pertenecen al sexo femenino, correspondiente al 53% y 87 pertenecen al sexo masculino correspondiente al 47%.
- ✓ De los 100 niños examinados de sexo femenino, se encontraron 29 lesiones en tejido blando de la cavidad bucal, las lesiones que se presentaron fueron: 19 niños con párrulis (10.2%), 4 niños con pulpitis crónica hiperplásica (2.1%), 2 niños con úlcera traumática (1.1%), y por ultimo 2 niños con hiperqueratosis friccional (2.1%); lo que representa un 15.5% de la totalidad de las lesiones encontradas.
- ✓ De los 87 niños examinados de sexo masculino, se encontraron 17 lesiones en tejido blando de la cavidad bucal, las lesiones que se presentaron fueron, 7 niños con párrulis (3.8%), 7 niños con pulpitis crónica hiperplásica (3.8%), 1 niño con hiperqueratosis friccional (0.5%), 1 niño con lengua geográfica (0.5%), 1 niño con úlcera traumática (0.5%); lo que representa un 9.1% de la totalidad de las lesiones.
- ✓ El sexo femenino fue el más afectado con 15% y el menos afectado el sexo masculino con 9.1%. Siendo la lesión más frecuente párrulis con 10.2% en el sexo femenino y 3.8% en el sexo masculino.
- ✓ En el sexo femenino el grupo etario de 8 años fue el más afectado con 9.1% y el menos afectado el grupo etario de 12 años con 0.53%.
- ✓ Y en el sexo masculino el grupo etario de 8 años fue el más afectado con 4.3% y el menos afectado el grupo etario de 9 años con 0.54%.
- ✓ Las lesiones encontradas con más frecuencia son asociadas a piezas dentarias.
- ✓ Las lesiones encontradas no son potencialmente malignas.

XV. RECOMENDACIONES

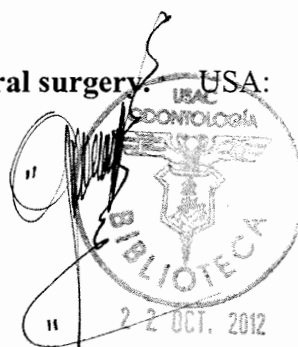
- ✓ Realizar este estudio en adultos ya que en niños no se han encontrado lesiones potencialmente malignas.
- ✓ Orientar a los odontólogos generales en la detección y diferenciación de lesiones bucales logrando así atender integralmente a la población.
- ✓ Incluir los resultados en los cursos de odontopediatría y patología.

XVI. BIBLIOGRAFÍA

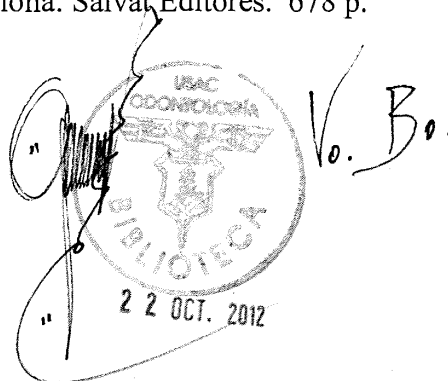
1. Burke Sierra, M.C. (1984). **Hallazgos patológicos encontrados en el examen clínico en tejidos de soporte en pacientes que han sido tratados como pacientes de prótesis total de la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, muestra tomada de 1979 a 1983.** Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. pp. 104-105.
2. de Lucas Tomas, M. (1988). **Medicina oral.** Barcelona: Salvat Editores. 406 pp.
3. Escobar Muñoz, F. (2004). **Odontología pediátrica.** Caracas, Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica. pp. 77-85.
4. Espinosa-Zapata, M.; Loza-Hernández, G. y Mondragón-Ballesteros, R. (2006). **Prevalencia de lesiones en mucosa bucal de pacientes pediátricos.** México: Cir Cir. 74 (3): 153-157.
5. Franco, C.L. (1982). **Frecuencia de lesiones nodulares benignas en encía y en reborde alveolar desdentado.** Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad San Carlos, Facultad de Odontología. pp. 22, 33-34,35.
6. Kruger, G. O. (1986). **Cirugía buco-maxilofacial.** Trad. Roberto Jorge Porter. 5 ed. Buenos Aires: Panamericana. pp. 235. 574- 584.
7. Laskaris, G. (2001). **Patologías: niños-adolescentes.** Trad. José E. Troconis Ganimez. Caracas, Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica. pp. 128-298, 174-283, 251, 118-120, 120-122, 80-83, 104-107.



8. Laskin, M. D. (1988). **Cirugía bucal y maxilo-facial**. Trad. Mario A. Marino. Buenos Aires: Médica Panamericana. pp. 491-543.
9. Montoya Imeri, M.N. (2000). **Determinación de la frecuencia de lesiones patológicas detectadas en estudios histopatológicos del tejido que rodea a los terceros molares retenidos, analizados en el laboratorio de patología de la USAC de febrero de 1995 a marzo 2000, así como el grado de conocimiento e importancia que se le da a dicho estudio por los odontólogos y los cirujanos maxilofaciales**. Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. pp. 1-4.
10. Morales García, A. M. (2011). **Estudio retrospectivo de casos de patologías bucales diagnosticadas en pacientes, que han sido tratados mediante biopsias incisionales y/o escisionales en la unidad de cirugía**. Tesis (Licda. Cirujana Dentista). Guatemala: Universidad San Carlos, Facultad de Odontología. pp. 7, 76.
11. Morales García, C.V. (2002). **Lesiones gingivales más comunes en Guatemala**. Tesis (Licda. Cirujana Dentista). Guatemala: Universidad Mariano Gálvez, Facultad de Odontología. pp. 31-54.
12. Neville, B. W. et al. (2009). **Oral and maxillofacial pathology**. 3 ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier. pp. 26-37, 154-176, 201-203, 240- 263, 397-398, 453- 470, 507-546.
13. Pedersen, G. W. (1988). **Oral surgery**. USA: Saunders. pp. 209-217.



14. Regezi, J. A. y Sciubba, J. J. (2000). **Patología bucal: correlaciones clinicopatológicas**. Trad. José Pérez Gómez. 3 ed. México: McGraw-Hill Interamericana. pp. 3-26, 31-71, 86-90, 179-214, 293-319, 483-501.
15. Rivera Veliz, A. J. (1998). **Patología bucal pediátrica: prevalencia de tumores y quistes en niños guatemaltecos menores de tres años. Estudio de doce años en un laboratorio de referencia de patología anatómica de cabeza y cuello**. Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. 1 pp.
16. Shafer, W.G. et al. (1986). **Tratado de patología bucal**. Trad. María de Lourdes Hernández Cázares. 4 ed. México: Interamericana. 940 p.
17. Wikipedia la enciclopedia libre (2002). **Definición de conceptos**. (en línea). Estados Unidos: Consultado el 20 de Ago. 2009. Disponible en: www.wikipedia.com
18. Zagarelli, E.V.; Kutscher, A.H. y Hyman, G.A. (1982). **Diagnóstico en patología oral**. Trad. Santiago Pi Suñer. 2 ed. Barcelona: Salvat Editores. 678 p.



XVII. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado para la realización del estudio de tesis.

Anexo 2. Autorización para la realización del estudio de tesis.

Anexo 3. Hoja recolectora de información.

Anexo 4. Descripción de la forma correcta de llenar los datos en la hoja recolectora de información.

Anexo 5. Hoja de vaciamiento de datos.

Anexo 6. Hoja de referencia.

Anexo 7. Descripción de la forma correcta de llenar los datos en hoja de referencia.

Anexo 8. Informe del examen clínico.

Anexo 9. Informe del examen clínico que necesita referencia.

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Odontología
Estudio de tesis

Consentimiento informado para la realización del estudio de tesis:

La Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con el afán de brindarle cada día una mejor atención, está realizando un estudio llamado:

Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal.

Estudio realizado en niños de 8 a 12 años que asisten a la escuela primaria de Colonia Luisiana*, Patulul, Suchitepéquez, de la República de Guatemala, durante el mes de agosto del año 2012.

***(de Escuela Oficial Rural Mixta Finca “El Recuerdo” ; o De Escuela Oficial Rural Mixta Caserío “La Providencia”)**

Este estudio será realizado a través de inspección y palpación de los tejidos de la cavidad bucal; para identificar la frecuencia, edad y sexo de presentación de las patologías bucales de tejidos blandos en la cavidad bucal en niños.

Para llevar a cabo esta investigación se solicita de su colaboración y autorización para realizar el examen clínico a su hijo (a); posterior se le dará a conocer los resultados.

Estando de acuerdo con lo anterior firmo para que este estudio se lleve a cabo.

Nombre del padre, madre o tutor.

Firma

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Odontología
Estudio de tesis

Autorización para la realización del estudio de tesis:

Sr (a). Director

La Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con el afán de brindarles cada día una mejor atención a nuestros niños, está realizando un estudio llamado:

Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal.

Estudio realizado en niños de 8 a 12 años que asisten a la escuela primaria de Colonia Luisiana*, Patulul, Suchitepéquez, de la República de Guatemala, durante el mes de agosto del año 2012.

***(de Escuela Oficial Rural Mixta Finca “El Recuerdo”; o De Escuela Oficial Rural Mixta Caserío “La Providencia”)**

Este estudio será realizado a través de inspección y palpación de los tejidos de la cavidad bucal; para identificar la frecuencia, edad y sexo de presentación de las patologías bucales de tejidos blandos en la cavidad bucal en niños.

Para llevar a cabo esta investigación se solicita de su colaboración y autorización para realizar el estudio a los niños que fueron seleccionados.

Estando de acuerdo con lo anterior firmo para que este estudio se lleve a cabo.

Director

Firma

HOJA RECOLECTORA DE INFORMACIÓN

Datos generales:

Nombre: _____

Edad: _____ años Sexo: _____ Raza: _____

Breve historia de la lesión: _____

Datos de la lesión:

Tamaño (en centímetros) _____ duración: días _____ meses _____ años _____

Color	Naturaleza	Síntomas	Forma
Blanco _____	Ulcera _____	Dolor _____	Esferoidal _____
Rojo _____	Nódulo _____	Hemorragia _____	Ovoidal _____
Negro _____	Pápula _____	Supuración _____	Circular _____
Normal _____	Mácula _____	Ninguno _____	Irregular _____

Superficie	Consistencia	Asociada o no a piezas dentales
Granular _____	suave _____	vital _____
Lisa _____	Dura _____	No vital _____
Fisurada _____	Fluctuante _____	

Diagnósticos Diferenciales:

DESCRIPCIÓN DE LA FORMA CORRECTA DE LLENAR LOS DATOS EN LA HOJA RECOLECTORA DE INFORMACIÓN

Se creó un instrumento para recolectar la información necesaria para la realización del estudio; comenzando con:

DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

- ✓ **NOMBRE:** nombres y apellidos del paciente.
- ✓ **EDAD:** se anotó con números arábigos la edad de los niños en años cumplidos que el paciente refiera en ese momento.
- ✓ **SEXO:** se anotó F si el paciente es de sexo femenino, M si el paciente es de sexo masculino.
- ✓ **RAZA:** se anotó si es indígena, ladino, mestizo y garífuna.

BREVE HISTORIA DE LA LESIÓN:

Se anotó cualquier información relevante que el paciente o el padre de familia indique sobre la misma, dentro de las cuales están, tiempo de estar en boca, sintomatología, evolución, etc.

DATOS DE LA LESIÓN:

TAMAÑO:

Se indicó en el sistema métrico decimal, las dimensiones aproximadas de los distintos ejes preferiblemente después de medirla directamente.

DURACIÓN:

Se anotó los días, meses o años que el paciente refiera tener la lesión en boca.

COLOR:

Se indicó el matiz principal y se determinará si este es más intenso o más pálido que la mucosa o la piel vecina. Dentro de las opciones de colores que se presentan están: rojo, blanco, negro o normal.

NATURALEZA:

Se indicó la apariencia principal que presente al examen por inspección, utilizando el término más adecuado de acuerdo a la lesión básica que presenta tal como mácula, pápula, nódulo o úlcera.

SINTOMAS:

Se indicó si la lesión presentará algún síntoma discernible, tal como: dolor, hemorragia, supuración o ninguno.

FORMA:

Se indicó la configuración principal utilizando como referencia para ello figuras geométricas (planas o tridimensionales). Dentro de estas están: esferoidal, ovoideo, circular o irregular.

SUPERFICIE:

Se indicó la apariencia superficial, tal como: granular, lisa o fisurada.

CONSISTENCIA:

Se indicó la consistencia que se aprecia al palparse tal como: suave, dura o fluctuante.

ASOCIADA O NO A PIEZA DENTARIA:

Se anotó si la lesión tiene relación con alguna pieza, ya sea vital o no vital.

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES:

Se anotó las enfermedades que presenten cuadros muy similares al diagnóstico de la lesión.

LOCALIZACIÓN ESPECÍFICA DE LA LESIÓN:

Se dibujó en el diagrama correspondiente, la ubicación, forma y tamaño aproximados de la lesión.

OBSERVACIONES:

En este apartado se anotaron todos los datos adicionales que el investigador considero necesarios y relevantes para la investigación.

HOJA DE REFERENCIA

A: Por medio de la presente hacemos de su conocimiento la referencia del paciente:

Debido a que presenta lesión con los siguientes diagnósticos diferenciales:

_____ ; la descripción de la lesión es la siguiente:

Tamaño (en centímetros) _____ duración: días _____ meses _____ años _____

Color	Naturaleza	Síntomas	Forma
Blanco _____	Úlcera _____	Dolor _____	Esferoidal _____
Rojo _____	Nódulo _____	Hemorragia _____	Ovoidea _____
Negro _____	Pápula _____	Supuración _____	Circular _____
Normal _____	Mácula _____	Ninguno _____	Irregular _____

Superficie	Consistencia	Asociada o no a piezas dentales
Granular _____	suave _____	vital _____
Lisa _____	Dura _____	No vital _____
Fisurada _____	Fluctuante _____	

Observaciones: _____

DESCRIPCIÓN DE LA FORMA CORRECTA DE LLENAR LOS DATOS EN HOJA DE REFERENCIA *

En la primera parte de la hoja se colocaría el lugar a quien va dirigido, dentro de estos están: Hospital regional de Mazatenango, Universidad de San Carlos de Guatemala, unidad de Cirugía Maxilofacial Hospital Roosevelt.

Seguido se colocaría el nombre completo del paciente quien se refiere.

Se colocarían dos diagnósticos diferenciales de la lesión, seguido de la descripción de la lesión.

TAMAÑO:

Se indicaría en el sistema métrico decimal, las dimensiones aproximadas de los distintos ejes preferiblemente después de medirla directamente.

DURACIÓN:

Se anotarían los días, meses o años que el paciente refiera tener la lesión en boca.

COLOR:

Se indicaría el matiz principal y se determinará si este es más intenso o más pálido que la mucosa o la piel vecina. Dentro de las opciones de colores que se presentan están: rojo, blanco, negro o normal.

NATURALEZA:

Se anotarían la apariencia principal que presente al examen por inspección, utilizando el término más adecuado de acuerdo a la lesión básica que presenta tal como mácula, pápula, nódulo o úlcera.

*no se hizo ninguna referencia ya que no se encontró una lesión que lo necesitara.

SÍNTOMAS:

Se indicaría si la lesión presentará algún síntoma discernible, tal como: dolor, hemorragia, supuración o ninguno.

FORMA:

Se anotaría la configuración principal utilizando como referencia para ello figuras geométricas (planas o tridimensionales). Dentro de estas están: esferoidal, ovoidea, circular o irregular.

SUPERFICIE:

Se indicaría la apariencia superficial, tal como: granular, lisa o fisurada.

CONSISTENCIA:

Se anotaría la consistencia que se aprecia al palparse tal como: suave, dura o fluctuante.

ASOCIADA O NO A PIEZA DENTARIA:

Se indicaría si la lesión tiene relación con alguna pieza, ya sea vital o no vital.

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Odontología
Estudio de tesis

INFORME DEL EXAMEN CLÍNICO

Estimado padre de familia:

Por medio de la presente me dirijo a usted para manifestarle mi agradecimiento por la disposición para llevar a cabo el estudio **Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal. Estudio realizado en niños de 8 a 12 años que asisten a la escuela primaria de Colonia Luisiana, (caserío la Providencia o finca el Recuerdo), Patulul, Suchitepéquez, de la República de Guatemala, durante el mes de agosto del año 2012;** ya que éste nos será útil para mejorar la calidad académica a nosotros los estudiantes del último año de la carrera de Cirujano Dentista.

Al mismo tiempo quiero informarle que su hijo (a): _____

Se le realizó el examen clínico, en el cual no encontró ninguna patología en la cavidad bucal.

Atentamente:

Nancy Fabiola Orozco Gómez

Estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala

INFORME DEL EXAMEN CLÍNICO

Estimado padre de familia:

Por medio de la presente me dirijo a usted para manifestarle mi agradecimiento por la disposición para llevar a cabo el estudio **Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal. Estudio realizado en niños de 8 a 12 años que asisten a la escuela primaria de Colonia Luisiana, (caserío la Providencia o finca el Recuerdo), de Patulul, Suchitepéquez, de la República de Guatemala, durante el mes de agosto del año 2012;** ya que éste nos será útil para mejorar la calidad académica a nosotros los estudiantes del último año de la carrera de Cirujano Dentista.

Al mismo tiempo quiero informarle que su hijo (a): _____

Se le realizó el examen clínico, en el cual se encontró una lesión en la cavidad bucal, por lo que es necesaria la referencia del niño(a) para la realización de exámenes complementarios y llevar a cabo los procedimientos que sean necesarios.

Atentamente:

Nancy Fabiola Orozco Gómez

Estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala

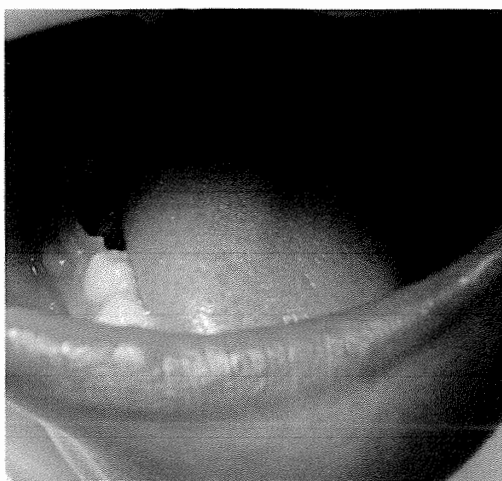
LESIONES

Pulpitis crónica hiperplásica



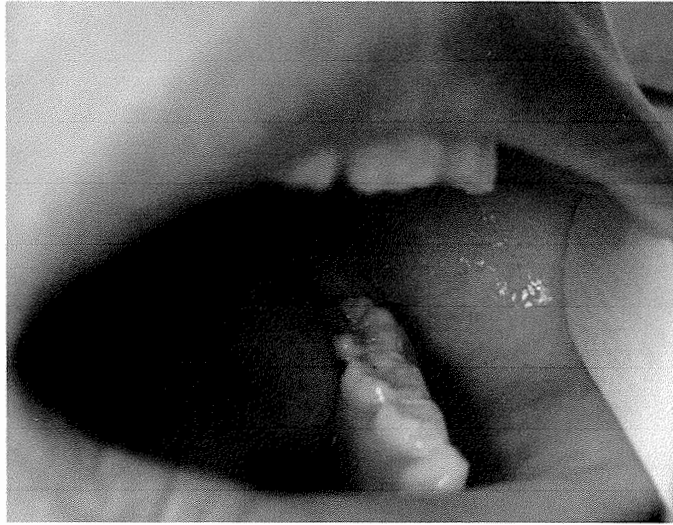
Fotografía tomada por Nancy Fabiola Orozco Gómez, en Clínica Dental de Colonia Luisiana, Patulul, Suchitepéquez, para la investigación “Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal. Estudio realizado en niños de 8 a 12 años de tres escuelas primarias de este municipio, durante el mes de agosto del año 2012”

Páruis



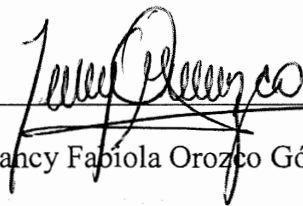
Fotografía tomada por Nancy Fabiola Orozco Gómez, en Clínica Dental de Colonia Luisiana, Patulul, Suchitepéquez, para la investigación “Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal. Estudio realizado en niños de 8 a 12 años de tres escuelas primarias de este municipio, durante el mes de agosto del año 2012”

Hiperqueratosis friccional



Fotografía tomada por Nancy Fabiola Orozco Gómez, en Clínica Dental de Colonia Luisiana, Patulul, Suchitepéquez, para la investigación "Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal. Estudio realizado en niños de 8 a 12 años de tres escuelas primarias de este municipio, durante el mes de agosto del año 2012"

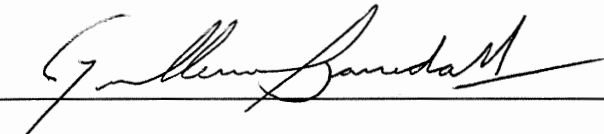
El contenido de esta tesis es única y exclusiva responsabilidad de la autora.

(f)  _____
Nancy Fabiola Orozco Gómez

TESIS



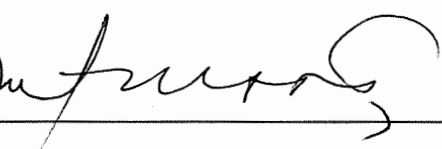
F. 
Nancy Fabiola Orozco Gómez

Investigadora

F. 
Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles

Cirujano Dentista

Asesor

F.   

Dra. Karla María Fortuny González

Dr. Marvin Lisandro Maas Ibarra

Cirujana Dentista

Cirujano Dentista

Primer Revisor Comisión de Tesis

Segundo Revisor Comisión de Tesis

Vo.Bo. Imprimase 
Carmen Lorena Ordoñez Samayoa de Maas, Ph. D.

Secretaria General de facultad

Universidad de San Carlos de Guatemala

