

**“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 DEL  
MUNICIPIO TECULUTÁN, DEPARTAMENTO DE ZACAPA, DE LA  
REPÚBLICA DE GUATEMALA, DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL AÑO  
2012.”**

Tesis presentada por:

**SHAROON STEPHANIE ESPAÑA BARRERA**

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**

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

## **TRIBUNAL QUE PACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO**

<b>Decano:</b>	Dr. Manuel Aníbal Miranda Ramírez
<b>Vocal Primero:</b>	Dr. José Fernando Ávila González
<b>Vocal Segundo:</b>	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
<b>Vocal Tercero:</b>	Dr. Marvin Lizandro Maas Ibarra
<b>Secretaria General de Facultad:</b>	Carmen Lorena Ordóñez de Maas, Ph.D.

## ACTO QUE DEDICO A

- DIOS:** Por darme la vida y especialmente por permitirme conseguir este logro.
- MIS PADRES:** Dr. Salvador España Rueda y Dra. Liliana del Rosario Barrera De Alvarado, por darme la vida, por su amor incondicional, por su apoyo, por sus esfuerzos al sacarme adelante en mis estudios, por darme un gran ejemplo, por su sacrificio y por el amor tan grande que me dan.
- MI HERMANO:** Manuel Alejandro España Barrera, gracias por apoyarme en todo, por siempre estar ahí cuando lo necesitaba y brindarme una mano, te quiero mucho.
- MIS ABUELOS:** En especial a Mami Chaito, por sus consejos, su amor, su paciencia y ayuda.
- MI NOVIO:** Aldo Alejandro Zarazúa, gracias por toda su ayuda durante todos estos años, por levantarme cuando lo necesite, por ser mi apoyo siempre, por todas esas palabras de aliento, por estar a mi lado todos estos años y por tu gran amor incondicional. Te amo

**MI MADRINA:**

Sandra de Recinos Barrera, por su apoyo, por sus consejos, por su cariño, por ser como mi madre. Te quiero tía.

**MIS AMIGAS:**

Heidy Ixcaragua, Jessica Sánchez, Nancy Orozco, Grace Santizo, Damaris Estrada. Por su amistad, por cada momento que pasamos juntas y por estar conmigo durante este trascurso de mi vida.

**MIS PROFESORES:**

Por su amistad y sus valiosos consejos durante mi carrera.

**MI ASESOR:**

Dr. Guillermo Barreda, por su apoyo, por su comprensión y su amistad incondicional.

**MIS REVISORES:**

Dr. Marvin Maas y Dra. Karla Fortuny, por sus grandes consejos, por su apoyo y su paciencia.

## TESIS QUE DEDICO A

### **DIOS**

Por todo su amor y por permitirme cumplir esta meta.

### **MIS PADRES**

Por su gran corazón y capacidad de entrega y por ser ellos dos mis grandes tesoros.

### **MI NOVIO**

Por su gran ayuda incondicional, por su apoyo, por su amor y por levantarme siempre cuando quise derrumbarme.

### **MI ASESOR Y MIS REVISORES**

Por hacer posible este trabajo.

### **LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

Por darme la preparación necesaria para ser profesional.

### **LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

Por ser mi casa de estudios.

## HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su 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 LA ESCUELA PRIMARIA DEL MUNICIPIO TECULUTÁN, DEPARTAMENTO DE ZACAPA, 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

Deseo expresar mi agradecimiento a las personas que colaboraron para que esta investigación fuera posible, en especial al Dr. Guillermo Barreda, ya que sin su apoyo y convicción no hubiera realizado la misma.

Y a ustedes Miembros del Tribunal Examinador, acepten las muestras de mi más alta muestra de estima y respeto.

# ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
Sumario	1
Introducción	2
Antecedentes	4
Planteamiento del problema	8
Justificación	9
Marco teórico	11
Objetivos	50
Identificación de variables	51
Definición de variables	51
Medición de variables	52
Materiales y métodos	53
Recursos	57
Presentación, interpretación de resultados	59
Análisis y discusión de resultados	71
Conclusiones	72
Recomendaciones	73
Bibliografía	74
Anexos	77

## I. SUMARIO

El presente trabajo de investigación se realizó con el propósito de identificar la frecuencia de la presencia de lesiones de tejidos blandos del sistema estomatognático de la población infantil, determinando el grupo de edad y el sexo más afectados.

La población del estudio estuvo conformada por 500 escolares del nivel primario público que asisten a las escuelas del Municipio de Teculután, Departamento de Zacapa, niños entre los 8 y 12 años de edad, de ambos sexos.

Se realizó la muestra escogiendo al azar 217 niños quedando aproximadamente el 50% de ambos sexos, se evaluaron los tejidos blandos de estos niños y en total se encontraron 23 lesiones de tejidos blandos.

Se solicitó la autorización de los directores de las escuelas y de los padres de familia de los estudiantes por escrito. Se llenaron las hojas de recopilación de datos para cada niño evaluado las cuales fueron de uso para realizar la interpretación de resultados.

Se les comunicó a los padres de familia los resultados de los mismos y se les ayudó en los casos cuya resolución estuvo en capacidad propia como odontólogo.

Se observó que el grupo etario más afectado son los pacientes comprendidos en los 12 años, igual en el sexo femenino como sexo masculino. En ambos la lesión más encontrada fue pulpitis crónica hiperplásica en las que, en todas las ocasiones fueron manifestadas con pólipos pulpaes.

De los 217 pacientes, 106 se evaluaron de sexo femenino y 111 de sexo masculino; entre las lesiones que se encontraron están: hiperplasia epitelial que representa 0.46% de la muestra, hiperqueratosis friccional que representa 0.92% de la muestra, páulis que representa 0.92% de la muestra, úlcera traumática que representa 1.38% de la muestra; mientras que la lesión con más frecuencia fue pulpitis crónica hiperplásica 6.91% de la muestra.



## 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 dentífero, hiperplasia inflamatoria fibrosa, mucocele, ránula, mácula melanótica y leucoplasia idiopática, por mencionar algunas.<sup>10</sup>

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 Teculután, Zacapa; 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 grupo de edad más afectado, 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 tendrá 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.<sup>5</sup>

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.<sup>2</sup>

Ya se ha encontrado interés entre los estudiantes de la Facultad de Odontología en la patología bucal pediátrica, como en 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.<sup>15</sup>

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.<sup>15</sup>

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.<sup>15</sup>

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.<sup>9</sup>

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.<sup>4</sup>

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.<sup>4</sup>

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%), candidiasis eritematosa (25.58%) y úlceras orales (16.27%).<sup>4</sup>

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

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.<sup>10</sup>

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.<sup>11</sup>

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 de neoplasias malignas 15 y benignas 8, lesiones pigmentadas 17, enfermedades vesiculo ulcerativas 9, crecimientos del desarrollo 3, lesiones de etiología idiopática 2, con un total de casos de 348.<sup>11</sup>

Lesiones neoplásicas: el neurofibroma y el lipoma fueron los más comunes. Se encontraron 3 casos de neurofibroma, lipoma 3, linfangioma 1.<sup>11</sup>

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, mucositis crónica 4, úlcera no específica 2, síndrome de melkerson rossenthal 2, gingivitis de células plasmáticas 1.<sup>11</sup>

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 mieloideaguda 1, linfoma 1.<sup>11</sup>

Lesiones pigmentadas: tatuaje de amalgama fue el más común. Se encontraron 15 casos de tatuaje de amalgama, melanoacantoma 1, hemosiderosis focal.<sup>11</sup>

Lesiones infecciosas virales: papiloma escamoso fue el más común. Se encontraron 25 casos, verruga vulgar 1, condiloma acuminado 1.<sup>11</sup>

Lesiones infecciones micóticas: se halló blastomicosis suramericana con 5 casos.<sup>11</sup>

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.<sup>11</sup>

Todos estos fueron documentados en enero de 1984 a noviembre del 2001.<sup>11</sup>

## 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 bucal por parte del odontólogo.

El obtener resultados de las inspecciones bucales, ayudará a identificar qué patologías son más frecuentes en tejidos blandos 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 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 de Teculután, Zacapa 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, contribuirá 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, puede proporcionar 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 Teculután:

Guatemala es un país que está organizado en 8 regiones y 22 departamentos; cada uno de ellos, dividido en municipios. Su suelo es montañoso, y su clima es particularmente templado en la meseta central, frío en el nor - occidente, cálido en el nor - oriente, y en el sur, en las cercanías del Océano Pacífico. Su sistema de gobierno es actualmente democrático, luego de haber pasado por una guerra civil de 36 años y gobiernos de corte militar.<sup>17</sup>

Al nor-oriente del país, se encuentra ubicado el departamento de Zacapa, que tiene una extensión territorial de 2,690 kilómetros cuadrados, una altitud de 220 metros sobre el nivel del mar; su clima es particularmente cálido y su temperatura oscila entre los 23 y 33 grados centígrados, su idioma es el idioma oficial del país, el español. Su fiesta titular se celebra el 8 de diciembre. El departamento de Zacapa está compuesto por diez municipios, siendo éstos los siguientes: Zacapa, Estanzuela, Río Hondo, Gualán, Teculután, Usumatlán, Cabañas, San Diego, La Unión y Huité. Teculután se localiza en el valle formado entre el Río Motagua y la cordillera de las Minas.<sup>17</sup>

Su nombre se origina de voces nahoas que quiere decir: “Lugar de tecolotes”. Su extensión territorial es de 273 kilómetros cuadrados, colinda al norte con Panzós, La Tinta (Alta Verapaz) y el Estor (Isabal), al este con Río Hondo y Estanzuela (Zacapa), al sur con Huité y Estanzuela, al oeste con Usumatlán (Zacapa). Se ubica a 28 kilómetros de la cabecera departamental y a 121 kilómetros de la ciudad capital.<sup>17</sup>

El municipio está conformado por un pueblo (Teculután, cabecera municipal), 09 colonias, 08 lotificaciones, 08 barrios, 03 aldeas, 16 caseríos, los cuales por su ubicación geográfica y características se han agrupado en micro regiones.<sup>17</sup>

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población del municipio al año 2010 es de 16,674 habitantes, de los cuales el 45.75% son hombres y el 54.25% son

mujeres. Según el grupo étnico al que pertenecen el 100% de la población se define como ladina. Además, cuenta con dos estaciones definidas; lluviosas y secas; cada una tiene una duración de 6 meses.<sup>17</sup>

Este municipio se comunica a través de la carretera al Atlántico que conduce hacia el departamento de Izabal, la cual llega hasta Puerto Barrios.<sup>17</sup>

## 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), él 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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

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 gingivoestomatitis 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.<sup>14</sup>

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 gingivoestomatitis herpética aguda aparece sin vesículas evidentes.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

La gingivoestomatitis herpética primaria puede diferenciarse de las siguientes enfermedades:

Del eritema multiforme, porque en él las vesículas son más extensas que las de la gingivoestomatitis 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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

Tratamiento:

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

Para el tratamiento de la primoinfección 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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

- **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.<sup>12</sup>

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 mucocelos pueden afectar a cualquier edad, pero es más común en adolescentes y niños.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

#### 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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

#### 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.<sup>10</sup>



Diagnóstico:

Por biopsia por aspiración y estudio histopatológico.

- **POLIPO 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 está 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.<sup>10</sup>

Tratamiento:

Consiste en la escisión quirúrgica, y un examen microscópico del tejido extirpado.<sup>10</sup>

Diagnóstico:

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

- **NUEROLIMOMA**

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.<sup>14</sup>

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 intraóseo y causar expansión del hueso, estos son más comunes en la parte posterior de la mandíbula, no es común el dolor y la parestesia.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

Tratamiento y pronóstico:

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

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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

Diagnóstico:

Si no han aparecido las erupciones, es difícil de diagnosticar. 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.<sup>5</sup>

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.<sup>5</sup>

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.<sup>5</sup>

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.<sup>5,17</sup>

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.<sup>5</sup>

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.<sup>10</sup>

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

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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

Tratamiento:

Para el tratamiento, la terapia implica el 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.<sup>10</sup>

- **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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

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

**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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

**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.<sup>10</sup>

**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.<sup>10</sup>

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 incluye el traumatismo, pénfigo vulgar, penfigoide cicatrizal y expresión bucal de afección sistémica, como enfermedad de Crohn, neutropenia y enfermedad celiaca.<sup>10</sup>

#### 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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

**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.<sup>12</sup>

**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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

Diagnóstico: biopsia insicinal y estudio histopatológico.

- **CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE**

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.<sup>14</sup>

Características clínicas:

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

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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

Diagnóstico:

Biopsia insinicial 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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

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 oncocíticos. 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.<sup>14</sup>

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 sin ser tratado el tumor.<sup>14</sup>

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%.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

Tratamiento:

No se requiere tratamiento alguno debido a que los cambios son inofensivos.<sup>10</sup>

Diagnóstico:

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

- **NEVO ESPONJOSO BLANCO**

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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

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

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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

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

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 habito 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.<sup>14</sup>

Tratamiento:

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

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.<sup>10</sup>

Lengua pilosa en 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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

Puesto que los rasgos clínicos de esta lesión son muy característicos, no es necesario confirmarla por biopsia<sup>10</sup>.

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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>



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.<sup>10</sup>

Las anormalidades 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.<sup>10</sup>

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

Tratamiento:

Debido a la naturaleza auto limitante y, en general, asintomático, 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.<sup>10</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

**Onicomycosis candidiásica:** 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.<sup>5</sup>

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.<sup>5</sup>

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*.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

Tratamiento:

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

Diagnóstico: por examen visual.

- **PÁRULIS**

Páculis 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 páculis. 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.<sup>10</sup>

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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

Tratamiento:

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

Diagnóstico:

Para establecer un diagnóstico se requiere un historial preciso y biopsia.<sup>14</sup>

- **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.<sup>14</sup>

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 ésta 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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

## *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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup> 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 y se ulcera, se infecta en forma secundaria.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

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

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.<sup>14</sup>

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.<sup>1</sup>

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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>10, 12</sup>



Diagnóstico:

Características clínicas y la relación con restauraciones.

- **MÁCULA MELANOTICA BUCAL**

La mácula melanótica bucal (melanosis focal) es una lesión pigmentada focal que puede evidenciar: pecas intrabucuales, pigmentación post inflamatoria o manchas relacionadas con el síndrome de Peutz Jeghers o enfermedad de Addison.<sup>14, 10</sup>

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.<sup>14,10</sup>

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 Peutz Jeghers y la enfermedad de Addison. Por otra parte, no está indicado tratamiento alguno.<sup>14</sup>

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).<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

Tratamiento:

Extirpación quirúrgica o ablación con láser y su recurrencia es poco frecuente.<sup>10</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>5</sup>

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.<sup>10</sup>

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 gíngiva, 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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

Tratamiento:

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica, así como la eliminación de cualquier factor etiológico local como cálculos. La recurrencia es infrecuente.<sup>10, 12</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>10,12</sup>

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.<sup>12</sup>

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.<sup>12</sup>

Tratamiento:

Escisión quirúrgica y eliminación del agente causal. La recurrencia no es frecuente. Las lesiones no presentan potencial maligno.<sup>10,12</sup>

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 nevos azules no tienen potencial maligno.<sup>14</sup>

Los nevos 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.<sup>10</sup>

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.<sup>14</sup>

### 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.<sup>14</sup> 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.<sup>14</sup>

### 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 inmusupresores conservadores de esteroides, por ejemplo azatioprina, metotrexato o ciclofosfamida.<sup>14</sup>

- **PULPITIS CRÓNICA 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.<sup>17</sup>

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.<sup>17</sup>

Tratamiento:

La biopulpectomía es la técnica de tratamiento más indicada.<sup>17</sup>

### ***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.<sup>5</sup> 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.<sup>5</sup>

#### Tratamiento y diagnóstico:

La terapéutica es la escisión quirúrgica, casi todas las anomalías se pueden extirpar a través de la boca con poco riesgo de recurrencia.<sup>5</sup> 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 la escuela primaria de Teculután, Zacapa de la República de Guatemala, durante el mes de agosto del año 2012.

### **ESPECÍFICOS**

1. 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 Teculután, Zacapa.
2. Establecer el grupo de edad más afectado 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 Teculután, Zacapa.
3. Determinar el sexo más afectado 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 Teculután, Zacapa.

## **VIII. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES**

### **DEPENDIENTES**

Patologías de 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 la escuela primaria de Teculután, Zacapa 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 las escuelas de Teculután, Zacapa.

#### **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 sí se examinaron y luego se referieron al especialista.

### 3. Procedimiento

- Aprobación del protocolo de investigación.
- Autorización para realizar el trabajo de campo.
- Se realizó un cronograma para la ejecución del estudio.
- 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 que estará conformada por niños entre los 8 y los 12 años de edad, pertenecientes al sexo masculino y al sexo femenino. La muestra fué de 217 niños de una población de 500, la medición fué aleatorio, simple. Se hicieron papelitos con los nombres de los niños y se escogieron 217 de esos, siendo la muestra tomada.

$$n = \frac{k^2 (p) (q) (n)}{[E^2(N-1) + k^2 (p) (q)]} \quad n = \frac{1.96^2 (0.5) (0.5) (500)}{[0.05^2 (499) + 1.96 (0.5) (0.5)]} = \frac{480.20}{2.2079} = 217$$

Donde:

N= población (500)

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

E=Error muestral donde es (5%)

P= 0.5

q= (1-p) = 0.5

n= muestra

- Se diseñó una ficha para la recopilación de datos. Dentro de estos están 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 realizó 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 a los niños, 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, y se incluyen en el presente estudio en la sección de resultados.

- Las lesiones que fueron identificadas se documentaron a través de fotografía digital cuyos registros fueron utilizados para determinar diagnósticos diferenciales y en el caso de requerirse una referencia para otro tipo de atención médica. Se pueden observar algunas de las fotos en el área de anexos.
- 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 utilizan las gráficas pertinentes de acuerdo a los resultados.

### **Materiales:**

- Espejo
- Pinza
- Explorador
- Bajalenguas
- Servilletas
- Portaservilletas
- Equipo de protección personal (guantes, mascarilla, lentes, gorro)
- Silla dental
- Lámpara dental
- Computadora
- Impresora
- Fichas de recolección de datos
- Bolígrafo
- Cámara, para tomar fotografías digitales

## **XI. RECURSOS**

### **Humanos:**

- Niños que asistirán a las escuelas primarias de Teculután, Zacapa.
- Padres o tutor del paciente.
- Investigador.
- Asesor y profesionales consultados.

### **Institucionales:**

- Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Escuelas participantes.
- Hospital Semillas de Esperanza, Rio Hondo, Zacapa.

### **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, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

### CUADRO No. 1

#### DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL. EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES EVALUADOS

Edad	Sexo femenino		Sexo masculino		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%
8	18	8%	31	14%	49	23%
9	25	12%	15	7%	40	18%
10	16	7%	12	6%	28	13%
11	24	11%	26	12%	50	23%
12	23	11%	27	12%	50	23%
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>49%</b>	<b>111</b>	<b>51%</b>	<b>217</b>	<b>100%</b>

Fuente: hojas de recopilación de datos.

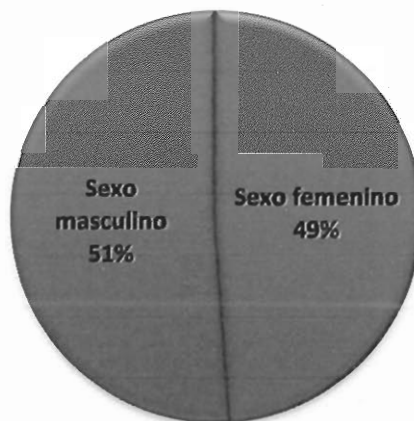
VA: valor absoluto

?: valor relativo

### Gráfica No. 1

#### DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL. EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES EVALUADOS

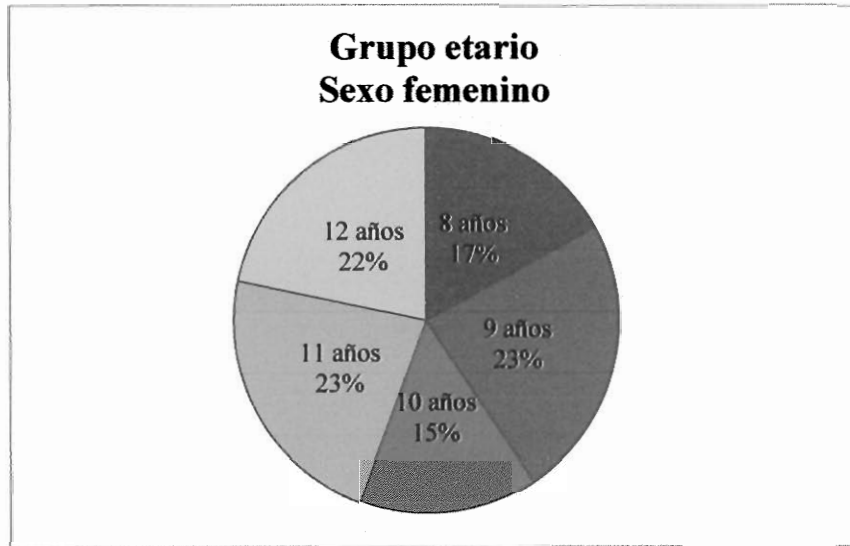
### Sexo de pacientes evaluados



Fuente: hojas de recopilación de datos y cuadro No. 1

**Gráfica No. 2**

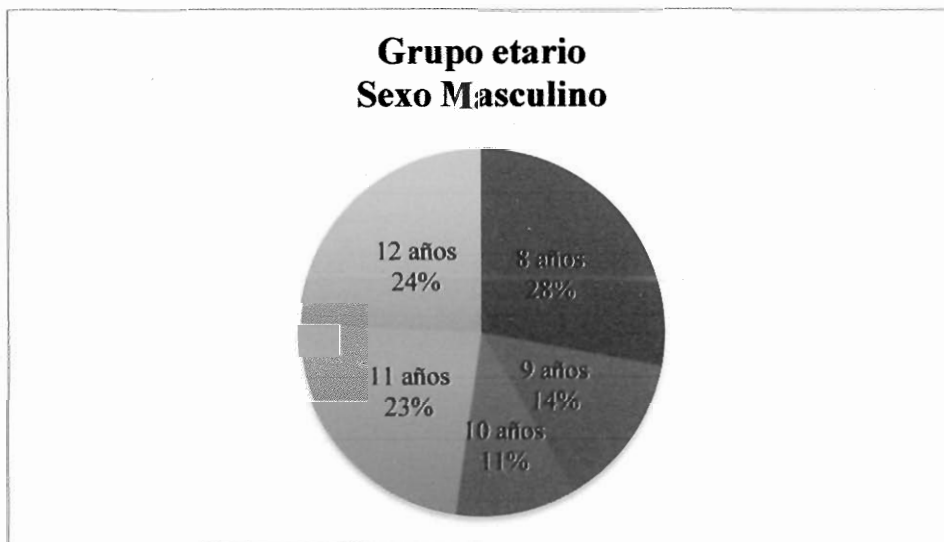
**DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍAS EN TEJIDOS BLANDOS  
DE LA CAVIDAD BUCAL.  
EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES EVALUADOS**



Fuente: hojas de recopilación de datos y cuadro No. 1

**Gráfica No. 3**

**DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍAS EN TEJIDOS BLANDOS  
DE LA CAVIDAD BUCAL.  
EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES EVALUADOS**

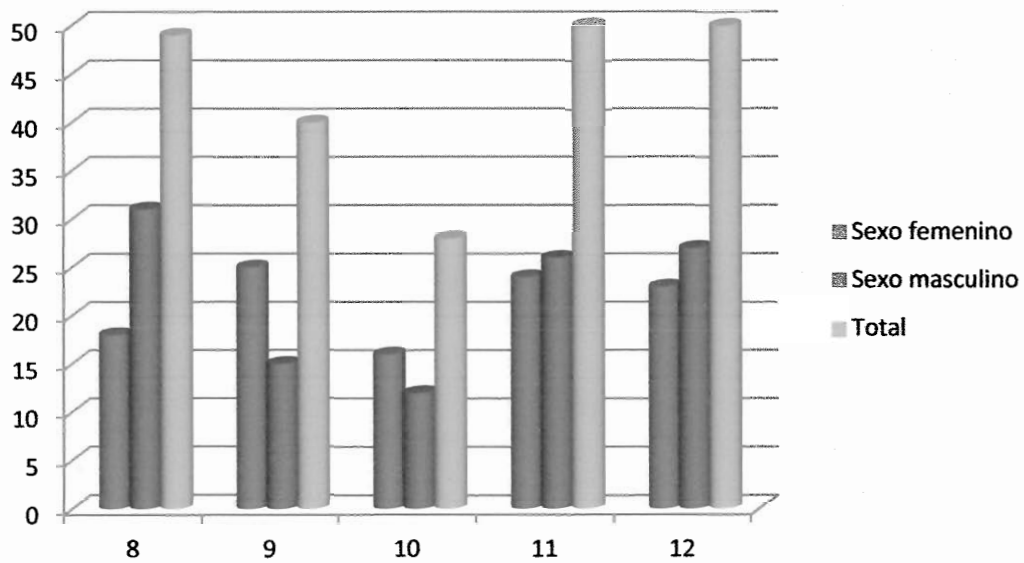


Fuente: hojas de recopilación de datos y cuadro No.

Gráfica No. 4

**DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍAS EN TEJIDOS  
BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL.  
EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES EVALUADOS**

**Grupo etario de pacientes**



Fuente: hojas de recopilación de datos y cuadro No. 1

## **Interpretaciones y análisis de cuadro 1 y gráficas 1, 2, 3 y 4**

Se presenta el cuadro No. 1 a los 217 pacientes evaluados distribuidos en grupos etarios y por sexo masculino y femenino, se observa que se obtuvo aproximadamente el 50% de ambos sexos a pesar de que la elección de los niños fue al azar. Se distribuyen las edades según el rango establecido para esta investigación de 8 a 12 años. Se evaluaron detalladamente los tejidos blandos de cada paciente conformado por la muestra, obteniendo en la distribución, 106 pacientes de sexo femenino y 111 pacientes de sexo masculino.

En la gráfica No. 1 que se dio del primer cuadro, se puede observar el valor relativo por sexo de los pacientes evaluados, siendo estos 49% para el sexo femenino y 51% para el sexo masculino.

La gráfica No. 2 fué proporcionada por el cuadro No. 1. En esta gráfica se separa el sexo masculino del sexo femenino para poder ver la distribución por grupos etarios pero por sexo. De los 106 pacientes evaluados de sexo femenino, 18 pacientes de 8 años de edad (8%), 25 pacientes de 9 años de edad (12%), 16 pacientes de 10 años de edad (7%), 24 pacientes de 11 años de edad (11%), 23 pacientes de 12 años de edad (11%). El grupo etario de 9 años es el que tuvo mayor número de participantes en el sexo femenino.

En la gráfica No. 3, también proporcionado, por el cuadro No. 1, se presentan los grupos etarios del sexo masculino. De los 111 pacientes evaluados de sexo masculino, 31 pacientes de 8 años de edad (14%), 15 pacientes de 9 años de edad (7%), 12 pacientes de 10 años de edad (6%), 26 pacientes de 11 años de edad (12%), 27 pacientes de 12 años de edad (12%). En el grupo etario que hubo mayor cantidad de participantes fue en el de 8 años.

Gráfica No. 4 del primer cuadro. En esta gráfica se puede observar la conformación etaria de la muestra total, no solo por sexo, sino que por el total de personas en cada grupo etario unidos, para poder compararlos. En la edad de 9 años hay mayor representación de mujeres, en la edad de 10 años hay menor representación de mujeres, en la edad de 12 años hay mayor representación de hombres, en la edad de 10 años hay menor representación de hombres, en la edad de 11 y 12 años hay mayor cantidad de pacientes evaluados en total y en la edad de 10 años menor cantidad de pacientes en total evaluados.

**CUADRO No. 2**

**DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL. RESULTADOS DE LESIONES DE TEJIDO BLANDO BUCAL QUE SE ENCONTRARON EN PACIENTES EVALUADOS**

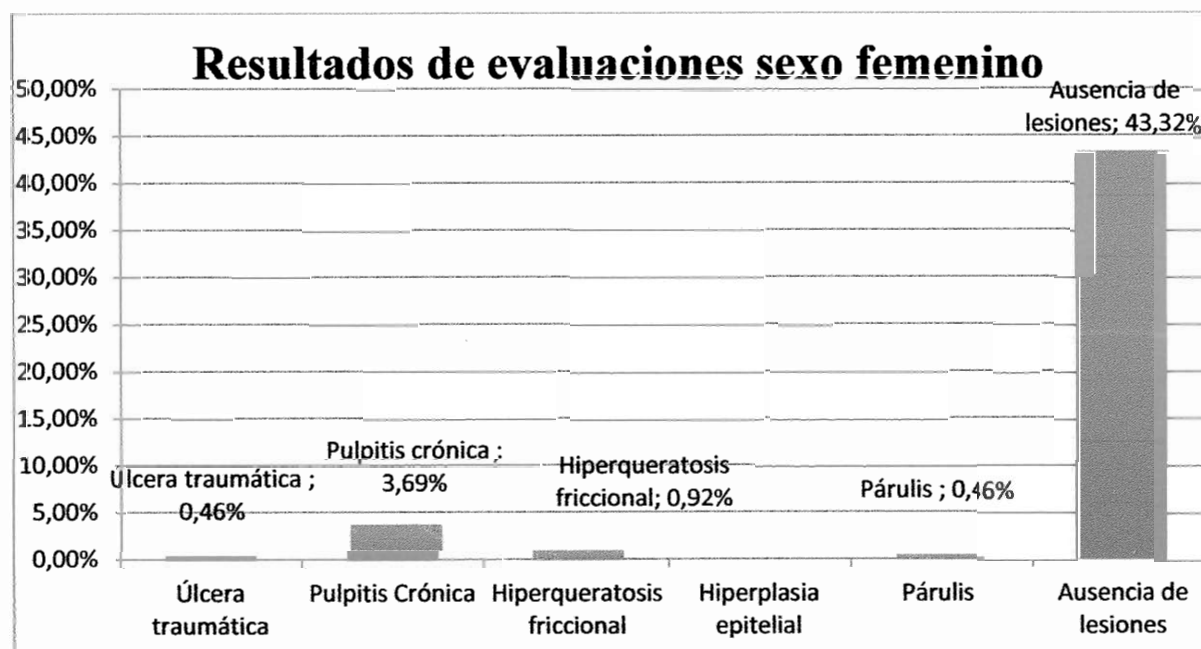
Resultado de pacientes evaluados	Sexo femenino		Sexo masculino		Total	
	VA	%	VA	%	VA	%
Úlcera traumática	1	0.46%	2	0.92%	3	1.38%
Pulpitis crónica	8	3.69%	7	3.23%	15	6.92%
Hiperqueratosis friccional	2	0.92%	0	-	2	0.92%
Hiperplasia epitelial	0	-	1	0.46%	1	0.46%
Párlulis	1	0.46%	1	0.46%	2	0.92%
Ausencia de lesiones	94	43.32%	100	46.08%	194	89.41%
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>49%</b>	<b>111</b>	<b>51%</b>	<b>217</b>	<b>100%</b>

Fuente: hojas de recopilación de datos.

VA: valor absoluto  
%: valor relativo

**Gráfica No. 5**

**DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL. RESULTADOS DE LESIONES DE TEJIDO BLANDO BUCAL QUE SE ENCONTRARON EN PACIENTES EVALUADOS**

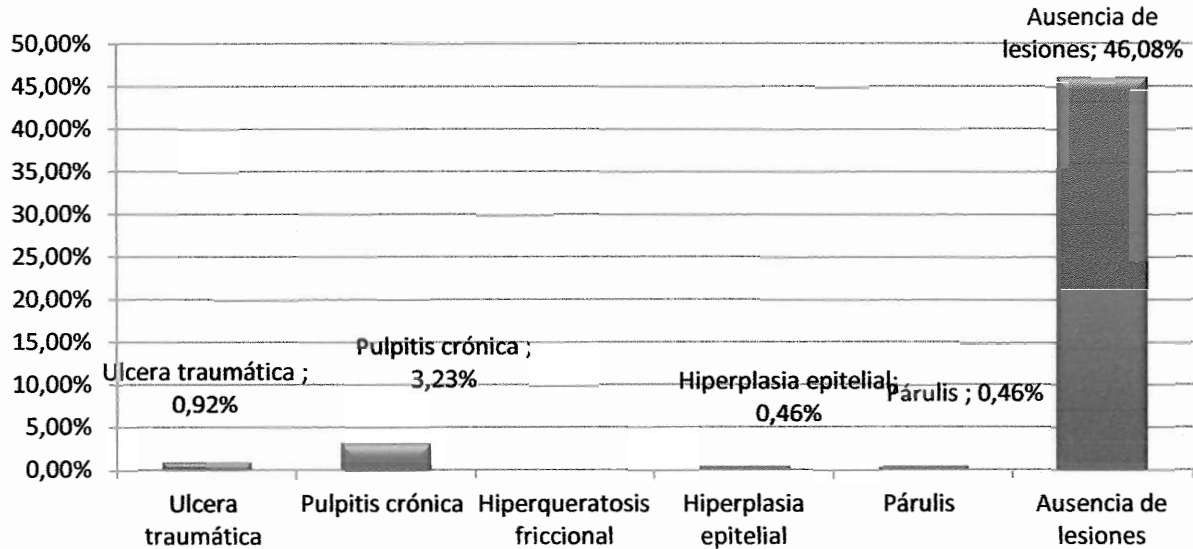


Fuente: hojas de recopilación de datos y cuadro No. 2

Gráfica No. 6

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL. RESULTADOS DE LESIONES DE TEJIDO BLANDO BUCAL QUE SE ENCONTRARON EN PACIENTES EVALUADOS

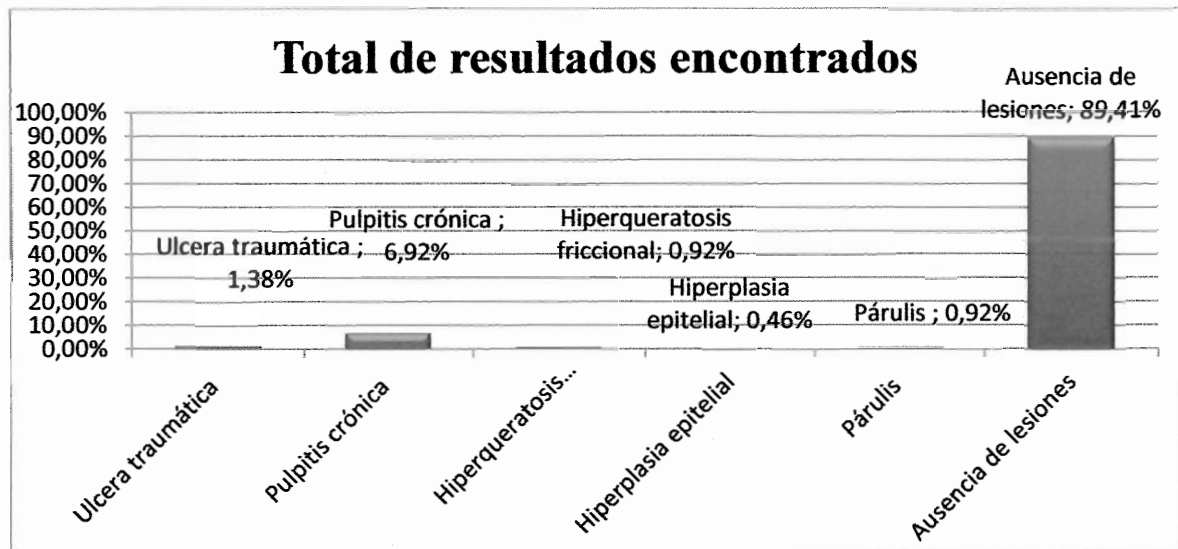
**Resultados de evaluaciones sexo masculino**



Fuente: hojas de recopilación de datos y cuadro No. 2

Gráfica No. 7

DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL. RESULTADOS DE LESIONES DE TEJIDO BLANDO BUCAL QUE SE ENCONTRARON EN PACIENTES EVALUADOS



Fuente: hojas de recopilación de datos y cuadro No. 2



## **Interpretaciones y análisis del cuadro No. 2, gráfica No. 5, 6 Y 7**

En el cuadro No. 2 se presenta la distribución de lesiones por sexo, encontradas en la muestra de 217 niños de 8 a 12 años, 12 lesiones de tejido blando encontradas en sexo femenino y 11 lesiones de tejido blando en sexo masculino, aproximadamente iguales en los dos sexos, no habiendo mucha diferencia en ellos.

En la gráfica No. 5 correspondiente al cuadro No. 2, se presentan las lesiones que se encontraron en el sexo femenino y sus porcentajes. De 106 pacientes evaluados de sexo femenino, se encontraron las siguientes lesiones de tejido blando bucal: 1 paciente con úlcera traumática (0.46%), 8 pacientes con pulpitis crónica (3.69%), 2 pacientes con hiperqueratosis friccional (0.92%), 1 paciente con páruilis (0.46%); lo que representa un 5.53% de la totalidad de las lesiones y a 94 pacientes (43%) que no presentaron ninguna lesión en tejidos blandos. En mujeres la lesión de tejido blando más presentada fue pulpitis crónica hiperplásica presentada con pólipo pulpar en todas las ocasiones, viéndose en estos pacientes una gran cantidad de piezas cariadas o por perder.

En la gráfica No. 6 representada del cuadro No. 2, se presentan las lesiones encontradas en el sexo masculino y sus porcentajes. De 111 pacientes evaluados de sexo masculino, se encontraron las siguientes lesiones de tejido blando bucal: entre las cuales están, 2 pacientes con úlcera traumática (0.92%), 7 pacientes con pulpitis crónica hiperplásica (3.23%), 1 paciente con hiperplasia epitelial (0.46%), 1 paciente con páruilis (0.46%); lo que representa un 5.07% de la totalidad de las lesiones y a 100 pacientes (46%) que no presentaron ninguna lesión en tejidos blandos. Al igual que el sexo femenino la lesión que más prevalece en el sexo masculino fue pulpitis crónica hiperplásica.

En la gráfica No. 7 se puede ver el total de lesiones encontradas en la muestra, siendo la lesión de tejido blando más observada pulpitis crónica hiperplásica con un 6.91%, la lesión menos encontrada fue hiperplasia epitelial con un 0.46%.

**CUADRO No. 3**

**DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL. RESULTADOS DE LESIONES DE TEJIDO BLANDO BUCAL QUE SE ENCONTRARON EN PACIENTES EVALUADOS POR GRUPO ETARIO SEXO FEMENINO**

Lesión	8 años		9 años		10 años		11 años		12 años		TOTAL	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Úlcera traumática	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.46	1	0.46
Pulpitis crónica	3	1.38	2	0.92	-	-	2	0.92	1	0.46	8	3.69
Hiperqueratosis friccional	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.92	2	0.92
Huperplasia epitelial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Páruis	-	-	-	-	-	-	1	0.46	-	-	1	0.46
Ausencia de lesiones	15	6.91	23	10.6	16	7	21	9.68	19	8.76	94	43.32
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>8.29</b>	<b>25</b>	<b>11.5</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>24</b>	<b>11.06</b>	<b>23</b>	<b>10.6</b>	<b>106</b>	<b>48.85</b>

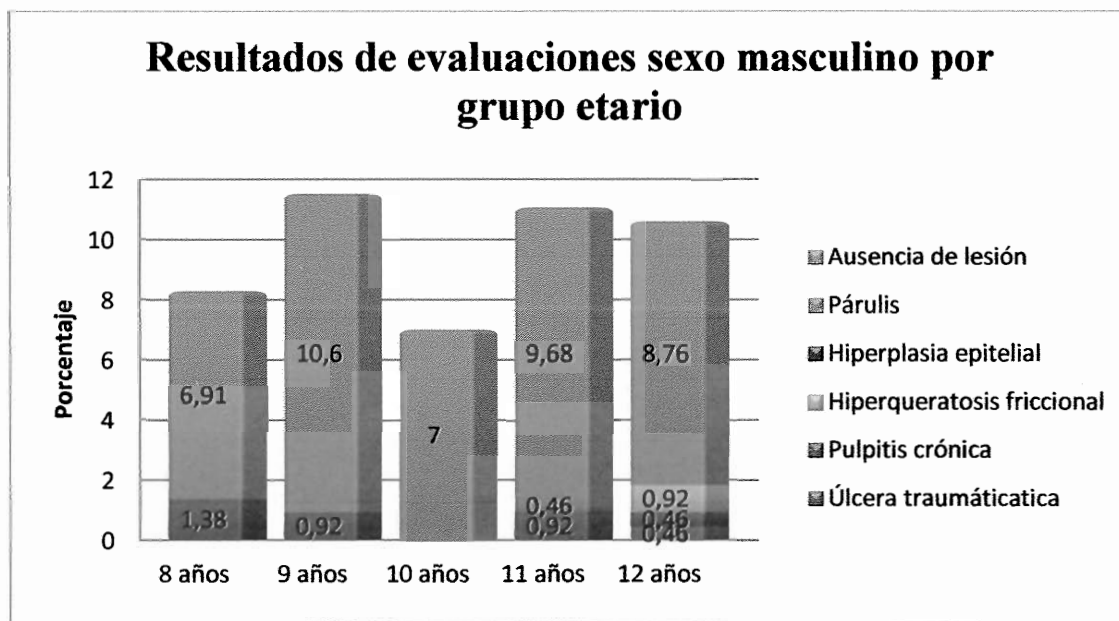
Fuente: hojas de recopilación de datos.

VA: valor absoluto

#: valor relativo

**Gráfica No 8**

**DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL. RESULTADOS DE LESIONES DE TEJIDO BLANDO BUCAL QUE SE ENCONTRARON EN PACIENTES EVALUADOS POR GRUPO ETARIO SEXO FEMENINO**



Fuente: hojas de recopilación de datos y cuadro No.

### **Interpretaciones y análisis del cuadro No 3 y gráfica No 8**

Se pueden observar los resultados encontrados en el estudio, por grupo etario para el sexo femenino, encontrando siguientes lesiones de tejido blando bucal: úlcera traumática, 1 lesión en un paciente a los 12 años (0.46%); pulpitis crónica hiperplásica, 3 lesiones en 3 pacientes a los 8 años (1.38%), 2 lesiones en 2 pacientes a los 9 años (0.92%), 2 lesiones en 2 pacientes a los 11 años (0.92%), 1 lesión en 1 paciente a los 12 años (0.46%), con un total de 8 lesiones en 8 pacientes (3.69%); hiperqueratosis friccional, 2 lesiones en 2 pacientes a los 12 años (0.92%); páruulis, 1 lesión en 1 paciente a los 11 años (0.46%).

Los pacientes que no presentaron ninguna lesión en tejidos blandos fueron: 15 pacientes de 8 años (6.91%), 23 pacientes de 9 años (10.6%), 16 pacientes de 10 años (7%), 21 pacientes de 11 años (9.68%), 19 pacientes de 12 años (8.76%); con un total de 94 pacientes (43.32%) que no presentan lesiones de tejidos blandos.

CUADRO No. 4

**DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL. RESULTADOS DE LESIONES DE TEJIDO BLANDO BUCAL QUE SE ENCONTRARON EN PACIENTES EVALUADOS POR GRUPO ETARIO SEXO MASCULINO**

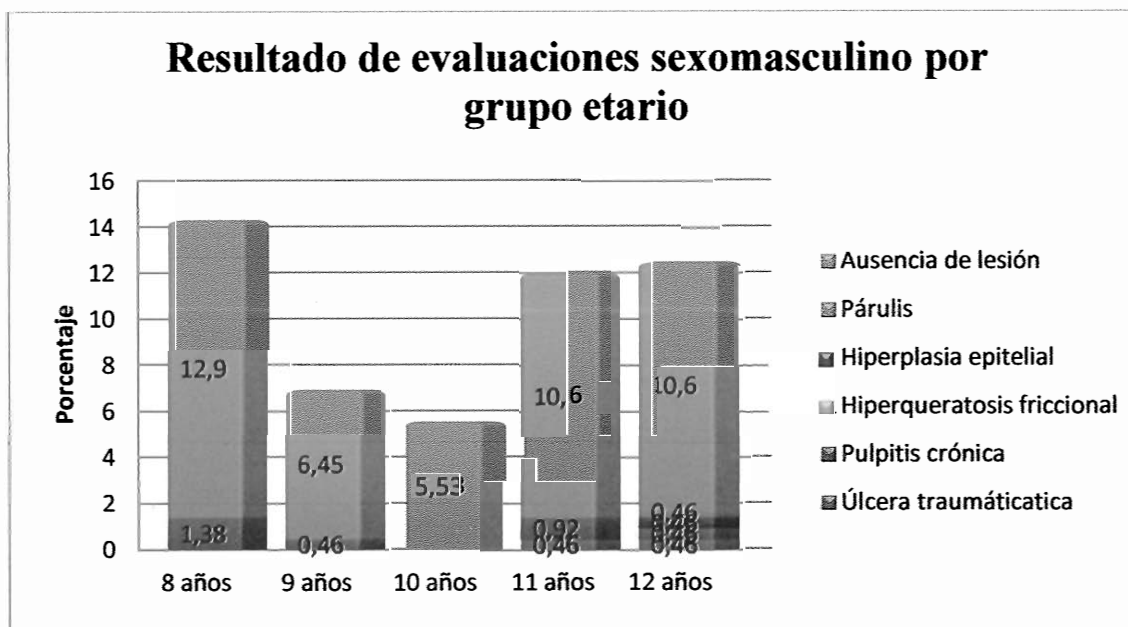
Lesión	8 años		9 años		10 años		11 años		12 años		TOTAL	
	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%	VA	%
Úlcera traumática	-	-	-	-	-	-	1	0.46	1	0.46	2	0.92
Pulpitis crónica	3	1.38	1	0.46	-	-	2	0.92	1	0.46	7	3.23
Hiperqueratosis friccional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hiperplasia epitelial	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.46	1	0.46
Páulis	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.46	1	0.46
Ausencia de lesiones	28	12.9	14	6.45	12	5.53	23	10.6	23	10.6	100	46.08
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>14.28</b>	<b>15</b>	<b>6.91</b>	<b>12</b>	<b>5.53</b>	<b>26</b>	<b>11.98</b>	<b>27</b>	<b>12.44</b>	<b>111</b>	<b>51.16</b>

Fuente: hojas de recopilación de datos.

VA: valor absoluto  
%: valor relativo

Gráfica No. 9

**DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL. RESULTADOS DE LESIONES DE TEJIDO BLANDO BUCAL QUE SE ENCONTRARON EN PACIENTES EVALUADOS POR GRUPO ETARIO SEXO MASCULINO**



Fuente: hojas de recopilación de datos y cuadro No. 4

## Interpretaciones y análisis del cuadro No. 4 y gráfica No. 9

Se pueden observar los resultados encontrados en el estudio, por grupo etario para el sexo masculino, encontrando las siguientes lesiones de tejido blando bucal: úlcera traumática, 1 lesión en un paciente a los 11 años (0.46%), 1 lesión en 1 paciente a los 12 años (0.46%), con un total de 2 lesiones en 2 pacientes (0.92%); pulpitis crónica hiperplásica, 3 lesiones en 3 pacientes a los 8 años (1.38%), 1 lesión en 1 paciente a los 9 años (0.46%), 2 lesiones en 2 pacientes a los 11 años (0.92%), 1 lesión en 1 paciente a los 12 años (0.46%), con un total de 7 lesiones en 7 pacientes (3.23%); hiperplasia epitelial, 1 lesión en 1 paciente a los 12 años (0.46%); páruilis, 1 lesión en 1 paciente a los 12 años (0.46%).

Los pacientes que no presentaron ninguna lesión en tejidos blandos fueron: 28 pacientes de 8 años (12.9%), 14 pacientes de 9 años (6.45%), 12 pacientes de 10 años (5.53%), 23 pacientes de 11 años (10.6%), 23 pacientes de 12 años (10.6%); con un total de 100 pacientes (46.08%) que no presentan lesiones de tejidos blandos.

### XIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación se realizó a nivel municipal, en Teculután departamento de Zacapa de la República de Guatemala, para la cual se incluyó 3 escuelas públicas. En donde se determinó la presencia clínica de patologías en tejidos blandos bucales encontrándose en la muestra estudiada: hiperplasia epitelial 0.46%, hiperqueratosis friccional 0.92%, úlcera traumática 1.38%, páruis 0.92% y pulpitis crónica hiperplásica 6.91%.

Durante el desarrollo de la tesis se realizaron varias consultas bibliográficas en donde se encontraron diversos antecedentes entre los se puede podemos comparar con la presente investigación. Se realizó un estudio en México que reporta, en el año 2006, los siguientes resultados de las lesiones más frecuentes: hiperplasia fibrosa 43.02%, candidosis eritematosa 25.58% y úlceras orales 16.27%.<sup>4</sup>

En comparación con el estudio realizado por Morales García en Guatemala en el año 2002, se reportó: 72 % de casos de lesiones reactivas benignas y 2.58% de enfermedades versículo ulcerativas.<sup>11</sup>

Los estudios mencionados anteriormente coinciden con la presente investigación en: dos lesiones de tipo reactivo como hiperplasia epitelial e hiperqueratosis friccional; lesiones ulcerativas como úlcera traumática. La diferencia está en el rango de edad estudiado y el número de la muestra.

## XIV. CONCLUSIONES

- El sexo femenino es el que presentó mayor índice de afección, siendo la lesión más encontrada, pulpitis crónica hiperplásica (3.69%), presentando en todos los casos pólipo pulpar.
- En ambos sexos el grupo etario que presentó mayor afección, fue la comprendida en 12 años y el grupo etario que presentó menor afección son las comprendidas en 10 años.
- Las patologías que se observaron con mayor frecuencia en los pacientes evaluados fueron: ulcera traumática (1.38%) y pulpitis crónica hiperplásica (6.91%).
- No se encontró ninguna lesión con potencial maligno.
- Aproximadamente el 90% de los pacientes evaluados no presentan patologías en los tejidos blandos bucales y solo en un 10% de los pacientes evaluados se encontraron lesiones de las cuales no todas son patologías bucales de tejido blando propiamente como la pulpitis crónica hiperplásica, que se debe más a una alteración en tejido blando por la asociación a una pieza dental.

## **XV. RECOMENDACIONES**

- No se recomienda seguir realizando el estudio en niños, ya que en el rango de edad que se estudió no presentan lesiones con potencial maligno, ni lesiones no malignas importantes.
- Se recomienda realizar el mismo estudio pero dirigido a un rango de edad mayor, como en jóvenes adultos o adultos, con un amplio grupo etario.



## XVI. BIBLIOGRAFIA

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](http://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**

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 Teculután, Zacapa, de la República de Guatemala, durante el mes de agosto del año 2012.**

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

ANEXO 2

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 Teculután, Zacapa, de la República de Guatemala, durante el mes de agosto del año 2012.**

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.

-----  
Sr (a). 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 \_\_\_\_\_

<b>Color</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Forma</b>
Blanco _____	Úlcera _____	Dolor _____	Esferoidal _____
Rojo _____	Nódulo _____	Hemorragia _____	Ovoidal _____
Negro _____	Pápula _____	Supuración _____	Circular _____
Normal _____	Mácula _____	Ninguno _____	Irregular _____

<b>Superficie</b>	<b>Consistencia</b>	<b>Asociada o no a piezas dentales</b>
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 anotará con números arábigos la edad de los niños en años cumplidos que el paciente refiera en ese momento.
- **SEXO:** se anotará F si el paciente es de sexo femenino, M si el paciente es de sexo masculino.
- **RAZA:** se anotará si es indígena, ladino, mestizo y garífuna.

### BREVE HISTORIA DE LA LESIÓN:

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

#### DURACIÓN:

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

**COLOR:**

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

**FORMA:**

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

**SUPERFICIE:**

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

**CONSISTENCIA:**

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

**ASOCIADA O NO A PIEZA DENTARIA:**

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

**DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES:**

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

**LOCALIZACIÓN ESPECÍFICA DE LA LESIÓN:**

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

**OBSERVACIONES:**

En este apartado se anotarán todos los datos adicionales que el investigador considerará 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 \_\_\_\_\_

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

<b>Superficie</b>	<b>Consistencia</b>	<b>Asociada o no a piezas dentales</b>
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 colocará el lugar a quien va a ir dirigido, dentro de estos están: Hospital regional de Zacapa, Universidad de San Carlos de Guatemala, unidad de Cirugía Maxilofacial Hospital Roosevelt.

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

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

### **TAMAÑO:**

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

### **DURACIÓN:**

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

### **COLOR:**

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

**FORMA:**

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

**SUPERFICIE:**

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

**CONSISTENCIA:**

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

**ASOCIADA O NO A PIEZA DENTARIA:**

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

Universidad de San Carlos de Guatemala

ANEXO 7

Facultad de Odontología

Estudio de tesis

## INFORME DEL EXAMEN CLINICO

### 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 Teculután, Zacapa, 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:

Sharoon Stephanie España

Estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala

## INFORME DEL EXAMEN CLINICO

### 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 Teculután, Zacapa, 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.

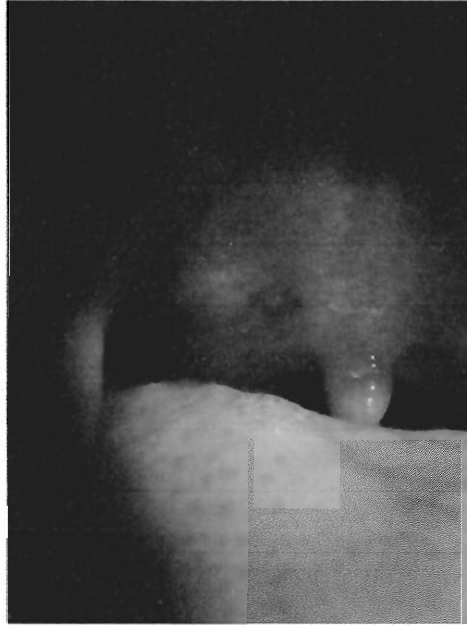
Atentamente:

Sharoon Stephanie España Barrera

Estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala

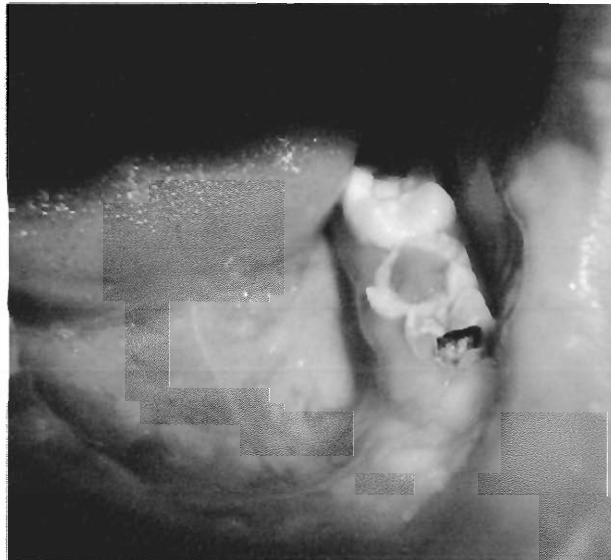


## **Úlcera Traumática**



Fotografía tomada por: Sharoon Stephanie España Barrera  
En la clínica del Hospital Semillas de Esperanza.  
En el municipio de Teculután, departamento de Zacapa.

## **Pulpitis Crónica Hiperplásica**



Fotografía tomada por: Sharoon Stephanie España Barrera  
En la clínica del Hospital Semillas de Esperanza.  
En el municipio de Teculután, departamento de Zacapa.

## **Páulis**



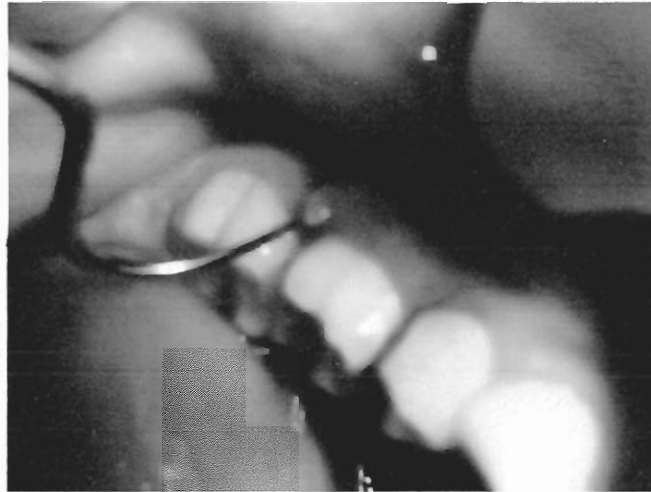
Fotografía tomada por: Sharoon Stephanie España Barrera  
En la clínica del Hospital Semillas de Esperanza.  
En el municipio de Teculután, departamento de Zacapa.

## **Hiperqueratosis Friccional**



Fotografía tomada por: Sharoon Stephanie España Barrera  
En la clínica del Hospital Semillas de Esperanza.  
En el municipio de Teculután, departamento de Zacapa.

## **Hiperplasia Epitelial**



Fotografía tomada por: Sharoon Stephanie España Barrera  
En la clínica del Hospital Semillas de Esperanza.  
En el municipio de Teculután, departamento de Zacapa.

El contenido de esta investigación es única y exclusivamente responsabilidad de la autora

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sharon España', written over a horizontal line.

Sharon Stephanie España Barrera

**FIRMAS**



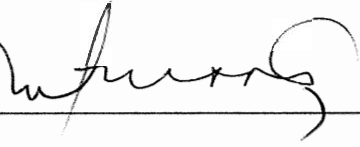
Sharoon Stephanie España Barrera  
Investigadora



Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles  
Cirujano Dentista  
Asesor



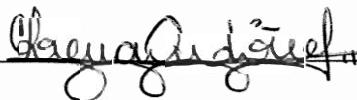
Dra. Karla María Fortuny Gonzales  
Cirujano Dentista  
Primer Revisor Comisión de Tesis



Dr. Marvin Lisandro Maas Ibarra  
Cirujano Dentista  
Segundo Revisor Comisión de Tesis

IMPRIMASE:

Vo.Bo.



Carmen Lorena Ordóñez Samayoa de Maas, Ph.D.  
Secretaria General de Facultad  
Universidad de San Carlos de Guatemala

