

**HALLAZGOS BUCALES CLÍNICOS EN NIÑOS DE 0 A 13 AÑOS CON
ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS.**

Estudio realizado en:
Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación,
de junio a agosto del año 2003.

Tesis Presentada por:

LUIS EDGAR FORTUNY LEMUS

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

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, noviembre de 2003

DL
09
T(1734)

**JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

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

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Segundo:	Dr. Oscar Toralla de León
Vocal Tercero:	Dr. Luis Felipe Paz García-Salas
Secretario:	Dr. Otto Torres Bolaños

ACTO QUE DEDICO

A DIOS y a la VIRGEN:

Por estar siempre presentes en mi vida bendiciéndome cada día.

A mis Padres:

René Fortuny y Elsa de Fortuny, por haberme apoyado incondicionalmente durante toda mi vida, gracias! Yo también los amo.

A la "Tita":

Por estar siempre pendiente de mí, un beso grande abuela.

A mis Hijos:

Luis Edgar y Javier Andrés, le doy gracias a Dios por habérmelos regalado, los amo hasta el cielo.

A mis Hermanas:

Lucky y Astrid, por los consejos y cariño para su hermanito, las quiero mucho.

A mi Cuñado y Sobrinos:

Gabriel, Gabrielito y Ana María.

A mis Abuelos:

José Luis y Amelia (Q.E.P.D.), por haber existido en mi niñez, siempre los recuerdo.

A mi Familia:

Tíos y tías, primos y primas, sobrinos y sobrinas, sé que puedo contar con ustedes, los quiero A TODOS.

A mis Amigos:

Jairo, Mariano, Edgardo, Nico, Demetrio, J.C., Otto, Peru, Silvia, Rogelio, Ligia, Rodolfo, Lorena, Rolando, Mynor y Edgar.

A todos los que, sin hacer mención, han contribuido a lo largo de mi vida a mi formación personal y profesional.

TESIS QUE DEDICO

A DIOS y a la VIRGEN:	Por sus bendiciones infinitas.
A mi Patria:	Guatemala, con gratitud y respeto.
A la Universidad de San Carlos de Guatemala:	Por ser mi casa de estudios.
A la Facultad de Odontología:	Por haberme formado como profesional.
A mi Asesor:	Doctor Oscar Toralla de León, por su apoyo en la realización de la tesis.
A mis Catedráticos:	Por los conocimientos y consejos recibidos, en especial a los Doctores: Mirna Calderón, Mauricio Guillén, Manuel Miranda, Danilo López Pantoja, Jorge Luis Villatoro, Max Marroquín, Mario Taracena, Juan Luis Pérez Bran, Benjamín Guzmán, Nineth Melgar y a los Doctores del área de O.S.P.
Al Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación:	Centro hospitalario donde realicé el trabajo de campo, a su amable personal, en especial al Doctor Pablo Pacheco, Doctor Ángel Higueros, Blanqui, Silvia, Sandra y Glendy.
Al Dispensario "Bethania", Jocotán:	Centro hospitalario donde realicé mi E.P.S. y a su querido personal.
A mi Familia:	Por su motivación y amor.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado: **“HALLAZGOS BUCALES CLÍNICOS EN NIÑOS DE 0 A 13 AÑOS CON ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS”**. Estudio realizado en: Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, de junio a agosto del año 2003, conforme lo demandan los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Deseo agradecer a mi asesor Doctor Oscar Toralla de León y a todas aquellas personas que colaboraron y apoyaron en la realización de este trabajo de investigación, y a ustedes distinguidos miembros del HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR, sírvanse aceptar las muestras de mi más alta consideración y respeto.

ÍNDICE

	Página
SUMARIO.....	01
I. INTRODUCCIÓN.....	03
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	04
III. JUSTIFICACIÓN.....	05
IV. REVISIÓN DE LITERATURA.....	06
V. CONCEPTOS DEL PROBLEMA.....	39
VI. OBJETIVOS.....	44
VII. DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	45
VIII. INDICADORES DE LAS VARIABLES.....	47
IX. MATERIAL Y TÉCNICAS.....	48
X. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	50
XI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	65
XII. CONCLUSIONES.....	67
XIII. RECOMENDACIONES.....	69
XIV. LIMITACIONES.....	70
XV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
XVI. ANEXOS.....	73

SUMARIO

El estudio "Hallazgos bucales clínicos en niños de cero a trece años con enfermedades infectocontagiosas" se realizó en el período comprendido entre el 11 de junio de 2003 al 11 de agosto de 2003 en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación. El mismo determinó la prevalencia de las manifestaciones bucales clínicas de estos pacientes con el objetivo de proporcionar al odontólogo general una guía documentada con datos de nuestro medio, en la que se pueda basar para participar en el diagnóstico de dichas enfermedades.

La metodología utilizada para la obtención de los resultados consistió en la evaluación clínica de los pacientes recién ingresados y pacientes ambulatorios (consulta externa y emergencia) que no estuvieran aún bajo tratamiento. Dicha evaluación se realizó utilizando los lineamientos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala; primero inspeccionando los tejidos blandos y duros, y luego palpándolos; anotando los hallazgos encontrados en las fichas diseñadas para la recolección de datos. Con estos datos se obtuvo como resultado que las enfermedades infectocontagiosas presentaron, en ésta casuística, manifestaciones bucales clínicas en 75.51% de los pacientes; por lo que se concluyó que la manifestación más frecuentemente encontrada fue úlcera y que

estas manifestaciones son diferentes dependiendo de la enfermedad.

Se recomienda realizar estudios similares en personas de otras edades para comparar resultados y ver si éstos coinciden.

I. INTRODUCCIÓN

Guatemala es un país en vías de desarrollo y uno de sus problemas en el campo de la salud lo constituyen las enfermedades infectocontagiosas y sus manifestaciones bucales, entidades que son frecuentes en la población; sin embargo la información que se posee corresponde en mayor parte a literatura extranjera, por lo que esta investigación tuvo como fin dar a conocer los hallazgos bucales clínicos de las enfermedades infectocontagiosas observadas en nuestro país. El proyecto de investigación se dirigió específicamente a niños de 0 a 13 años diagnosticados con enfermedad infectocontagiosa.

A los pacientes se les practicó una evaluación clínica de la cavidad bucal (siguiendo los lineamientos usados en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala) para determinar la existencia de hallazgos bucales clínicos; los cuales fueron registrados en una ficha diseñada para el efecto. Luego se procedió a la tabulación e interpretación de resultados.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los índices de morbilidad son altos en nuestro país, y dentro de este contexto las enfermedades infectocontagiosas corresponden a un rubro mayor, dado que son entidades frecuentes. Sin embargo no son conocidas en todos sus aspectos por parte de los profesionales de salud, de donde surge la siguiente interrogante: ¿Existen manifestaciones bucales clínicas en niños de 0 a 13 años con enfermedades infectocontagiosas? Y si las hay, ¿Cuáles son?

III. JUSTIFICACIÓN

Es de gran importancia que el profesional de la salud conozca las manifestaciones bucales de las enfermedades infectocontagiosas en nuestro medio, puesto que la mayor parte de la información disponible corresponde a literatura extranjera, es de gran valor que conociendo sus manifestaciones bucales clínicas, el odontólogo guatemalteco pueda tener participación en el diagnóstico de tales entidades.

IV. REVISIÓN DE LITERATURA

A continuación se dan a conocer los signos y síntomas de las enfermedades infectocontagiosas que afectan a niños y que presentan manifestaciones bucales.

Escarlatina

Enfermedad que se presenta en invierno predominantemente, causada por el estreptococo de tipo Beta Hemolítico que produce la toxina eritrógena. Es similar a la amigdalitis y faringitis aguda y se diferencia sólo por la naturaleza de la toxina. Posee un período de incubación de 3-5 días, presenta una erupción cutánea difusa y brillante al 2do. o 3er. día, puede también haber agrandamiento y sensibilidad al tacto de los ganglios linfáticos cervicales regionales.

Manifestaciones bucales: la mucosa, en especial la del paladar, aparece congestionada y la garganta tiene color rojo brillante. Las amígdalas y pilares de las fauces están inflamados y cubiertos con un exudado grisáceo. Los cambios más importantes se dan en la lengua, primero muestra una cubierta blanca y las papilas fungiformes están edematosas e hiperémicas (lengua de fresa), luego esta cubierta se pierde y la lengua se vuelve de color rojo oscuro, brillante y lisa excepto por las papilas hinchadas (lengua de frambuesa). Puede haber ulceración de la mucosa bucal y palatal por infección secundaria (2,3,4,8).

Tratamiento: antibioterapia, no existe vacuna disponible (3,4,8).

Difteria

Enfermedad contagiosa aguda causada por un bacilo gram positivo (*Corynebacterium Diphtheriae* o el Klebs-Loeffler). Es mas frecuente en niños en meses de otoño e invierno (2,3,5,6,8). Posee un período de incubación de 1-4 días, con un período prodrómico de 12-24 horas (2). El paciente presenta dolor de garganta leve, disfagia, náusea, vómitos, escalofríos, cefalea, fiebre y linfadenopatía cervical (2,3,6,8). Manifestaciones bucales: hay formación de una membrana diftérica (falsa membrana, que es un exudado de apariencia gelatinosa de color grisáceo, grueso y fibrinoso) que empieza en las amígdalas y se extiende cubriendo las áreas necróticas y ulceradas de la mucosa, recubre amígdalas, faringe y laringe, deja una superficie sangrante si se retira (3,5,6,8). En ocasiones la membrana se forma en la úvula, en encía y en paladar blando (éste último se puede paralizar temporalmente). El paciente presenta un sonido nasal peculiar y puede haber regurgitación nasal de los líquidos al beber (3,8). Se han reportado casos de afección del labio inferior, comisuras de la boca y lengua (6). Si la laringe es cubierta por la pseudomembrana, se eritema, lo que produce obstrucción mecánica respiratoria y la característica tos (3,5,8).

Tratamiento: antitoxina combinada con penicilina (2,3,4,6,7,8). La antitoxina debe administrarse precozmente pues ésta sólo neutraliza la toxina que aún no está unida a las células (2).

Tuberculosis

Enfermedad infecciosa granulomatosa causada por el bacilo acidorresistente *Mycobacterium Tuberculosis* y rara vez por el *Mycobacterium Bovis*. La tuberculosis pulmonar es la principal forma de la enfermedad (7,8). Puede diseminarse por la sangre hacia el riñón e hígado (tuberculosis miliar), o por metástasis linfática hasta los ganglios linfáticos submaxilares y cervicales (escrófula) formando un absceso o permaneciendo como una lesión granulomatosa característica; la hinchazón de los ganglios es obvia clínicamente y son sensibles al tacto, estos pueden llegar hasta secretar pus (1,2,3,5,6,7,8). El rasgo principal de la tuberculosis pulmonar infantil es la linfadenopatía biliar; los ganglios mediastínicos que drenan el área inicial de neumonitis se agrandan en forma masiva, unilateralmente, lo que provoca compresión bronquial que causa una tos metálica improductiva. Ocasionalmente, poco después de la infección aparece una pleuritis serofibrinosa con derrame. Los síndromes de hipersensibilidad incluyen: Queratoconjuntivitis flictenular y eritema nudoso (2).

Manifestaciones bucales: la prevalencia de tuberculosis oral es de un 0.05 a un 1.44% (6). Dependiendo de la forma cómo el bacilo de la tuberculosis llega a los tejidos de la boca, se identifican tres cuadros clínicos cuyas manifestaciones son diferentes en cada uno de ellos, tanto en lo que concierne al tipo y evolución de las lesiones como a las características del paciente afectado: tuberculosis oral primaria, tuberculosis oral secundaria y tuberculosis oral asociada a tuberculosis cutánea (1,3).

1. Tuberculosis Oral Primaria: las lesiones tuberculosas en boca son raras y son rara vez primarias (1,3,4,6,8). Esta ocurre en personas que no padecen de tuberculosis visceral, no han estado infectadas previamente o no han adquirido inmunidad contra el bacilo. El cuadro clínico típico resulta de la inoculación del bacilo dentro de los tejidos de la boca mediante el beso de una persona con tuberculosis activa o por utensilios contaminados que son llevados a la boca, también se ha señalado que puede ser ocasionada por bacilos bovinos presentes en leche no pasteurizada que contamina una mucosa traumatizada o áreas de extracciones dentales recientes. Las lesiones orales primarias ocurren generalmente en niños y se caracterizan por la aparición del chancro tuberculoso ubicado en cualquier parte de la mucosa oral y la presencia

de un ganglio submaxilar o cervical marcadamente aumentado de volumen, totalmente asintomático. Este chancro aparece con mayor frecuencia en la encía adherida vestibular de premolares y se caracteriza por ser una úlcera granulomatosa ligeramente elevada con fondo de apariencia grasa y bordes hemorrágicos, de color rojizo que contiene pequeñas pápulas amarillentas de 1 a 5 mm. de tamaño y no produce sintomatología (1,3).

2. Tuberculosis Oral Secundaria: éstas lesiones son el resultado de la autoinoculación de bacilos provenientes de tuberculosis pulmonar en diferentes zonas de la boca. La zona más frecuentemente afectada es el borde lateral de la lengua, seguida por piso de boca, paladar blando, región amigdalina, úvula, dorso y base de la lengua, encía y paladar duro; y se manifiesta como una úlcera profunda, irregular, de fondo necrótico o granulomatoso sumamente dolorosa, de aparición brusca que tiende a aumentar de tamaño lentamente (1,3,4,8). El resto de la mucosa aparece pálida y la lengua presenta glositis atrófica por policarencia. Otra forma de tuberculosis secundaria que compromete la piel de los labios y la mucosa oral recibe el nombre de tuberculosis orificial, aquí las úlceras se encuentran diseminadas en diferentes partes de la boca y

comprometen un área considerable de los labios (1). La gingivitis tuberculosa aparece como proliferación de tejido gingival difuso, hiperémico, nodular o papilar; también puede afectar hueso maxilar superior o inferior (granuloma periapical tuberculoso o tuberculoma), es doloroso y hay aumento marcado de movilidad de los dientes afectados. En últimas etapas de la enfermedad se presenta osteomielitis tuberculosa (3,4,6,8), en estos casos se produce una inflamación sobre la zona afectada como consecuencia de la formación de hueso nuevo subperióstico, la destrucción ósea es característica y se forman sequestros; con el tiempo la tumoración inflamatoria se rompe apareciendo fistulas. También se han descrito menos de 100 casos de tuberculosis en las glándulas salivales (6).

3. Tuberculosis Oral Asociada a Tuberculosis Cutánea: en esta forma de tuberculosis por inoculación se pueden observar pápulas de variado tamaño, indoloras ubicadas en el paladar y en encía, desconociendo si éstas se han desarrollado posterior, previa o simultáneamente con las lesiones de piel (1).

Tratamiento: el tratamiento de la tuberculosis bucal es secundario al de las lesiones primarias (3,8). La isoniacida tiene que formar parte de todas las pautas

del tratamiento, excepto cuando se administra rifampicina en casos de tuberculosis resistente a la isoniacida. En casos moderados se utiliza isoniacida más etambutol; en enfermedad avanzada se utiliza esto mismo más estreptomicina durante 18 a 24 meses (2,4,7). Se aconseja lavados bucales abundantes para prevenir la sobre infección de las úlceras existentes (6).

Lepra

Es una enfermedad crónica granulomatosa causada por el bacilo ácido-resistente *Mycobacterium Leprae*, ligeramente contagioso. Se clasifica en lepra tuberculoide (TT) y lepra lepromatosa (LL) con tres grupos intermedios: línea tuberculoide (BT), línea leprosa (BB) y línea lepromatosa (BL) (2,3,6,7,8).

Manifestaciones bucales: consisten en masas parecidas a tumores pequeños (lepromas) que se desarrollan en el paladar blando y duro, úvula, lengua y labios; éstos nódulos tienden a romperse y ulcerarse. También se ha descrito hiperplasia gingival con aflojamiento de los dientes (2,3,6,8). Los tejidos de cicatrización suelen ser fibróticos, lo cual tiende a aumentar la desfiguración física. La afectación granulomatosa de hueso conduce a la destrucción de la premaxila, los cambios dentales se conocen como odontodisplasia leprosa en donde los diámetros dentarios se reducen de forma concéntrica y las raíces se aplanan. Se ha

encontrado hipoplasia del esmalte y cemento en material osteoarqueológico. A menudo se afectan las fibras sensoriales y motoras de nervios periféricos de los pares craneales, la rama más frecuentemente afectada es la maxilar ya que en un 25% de los pacientes son tuberculosis leprosa se describe una parálisis bilateral del nervio facial y puede desarrollarse una neuralgia del trigémino (6). Tratamiento: quimioterapia específica a largo plazo (8), que incluye dapsona, rifampicina y clofacimina (2,4,7,6).

Tétanos

Enfermedad causada por la exotoxina (Tétanos Pasmina) del bacilo anaerobio grampositivo y esporulado *Clostridium Tetan*; caracterizada por intensa actividad de las neuronas motoras que origina espasmos musculares intensos (2,6,7,8). El período de incubación comprende de 2 a 50 días, puede haber inquietud, irritabilidad, rigidez de la nuca, brazos o piernas, cefalea, fiebre, dolor de garganta y escalofríos. El espasmo de esfínteres produce retención urinaria o constipación (2). Manifestaciones bucales: dolor y rigidez de los maxilares y en los músculos del cuello que produce crisis y disfagia, más tarde el paciente tiene dificultad para abrir la mandíbula (trismo) (2,6,8), el espasmo de los músculos faciales produce una expresión característica con la sonrisa fija y las cejas levantadas (risa

sardónica) (2). El trismo intenso puede simular una infección bucal aguda, traumatismo, disfunción temporomandibular e incluso histeria (6,8). Tratamiento: antibioterapia con 2 millones U de penicilina G I.V. cada 6 horas ó 500mg. I.V. cada 6 horas de tetracilina, inmunización activa o pasiva con 3,000 U I.M. de inmunoglobulina humana antitetánica y si están indicados, anticonvulsivos (2,6,7,8).

Sífilis

Enfermedad producida por la espiroqueta móvil microaerófila *Treponema Pallidum*, se clasifica como adquirida o congénita con períodos primario, secundario, terciario y latente (1,2,3,4,5,6,7,8). Sífilis Congénita: a diferencia de la adquirida que es por contacto sexual, la sífilis congénita se transmite de la madre al feto por medio de la placenta, el cuadro clínico varía según el período de la enfermedad durante la cual la madre quede embarazada; si sufre de sífilis precoz, el embarazo no llega a término con aborto en los tres primeros meses de gestación; si la enferma sufre sífilis latente precoz, el embarazo puede llegar a término y el niño nace con lesiones activas en piel y mucosa (sífilides), así como con hepato y esplenomegalia; si la madre sufre de sífilis latente precoz insuficientemente tratada o sífilis latente tardía, el niño nace sin lesiones clínicas

aparentes, y más tarde puede presentar los estigmas de la sífilis congénita bajo la forma de lesiones cardiovasculares, hepáticas, óseas, nerviosas o la tríada de Hutchinson (3). El recién nacido puede presentar retraso del crecimiento y un aspecto característico de “hombre viejo”, desarrolla lesiones fisuradas alrededor de la boca (rágades). Algunos recién nacidos pueden desarrollar meningitis, coroiditis, hidrocefalia o convulsiones y otros retraso mental. En el curso de los 3 primeros meses de vida, la osteocondritis (condroepifisitis) puede provocar una pseudoparálisis de las extremidades con cambios radiológicos en los huesos. Un desarrollo anormal del maxilar causa una facies de “bull-dog” (2).

Manifestaciones bucales:

1. Sífilis Bucal Primaria: la lesión se denomina chancro, aparece en la zona de inoculación o de contacto inicial después de un período de incubación de 3 a 4 semanas y a veces hasta 90 días (1,2,3,5,7). Al principio aparece una pápula que luego evoluciona a una úlcera indolora, dura de bordes crateriformes que contiene escaso exudado, los labios son las zonas más frecuentemente afectadas, en hombres ocurre más en el labio superior y en mujeres en el labio inferior. Intraoralmente cualquier zona puede ser involucrada, con mayor frecuencia la lengua y región amigdalina. Puede haber ganglios submaxilares y cervicales aumentados de tamaño, firmes y

asintomáticos (1,3,6). La linfadenopatía regional es unilateral por lo que facilita el diagnóstico (6). El chancro primario cura sin tratamiento después de 2 a 6 semanas, luego aparece un período de latencia durante el cual hay espiroquetemia (1).

2. Sífilis Bucal Secundaria: es el resultado de la propagación de espiroquetas y aparecen manifestaciones dentro de los 6 meses del inicio de la infección. El cuadro clínico es variable, pero generalmente se manifiesta con síntomas parecidos a un proceso gripal, presencia de linfadenopatía y una erupción cutánea. Hay presencia de úlceras cubiertas con una placa blanquecina a nivel de la mucosa bucal que reciben el nombre de placas mucosas (1,2,3,5,6,7); las cuales se pueden encontrar en lengua, mucosa bucal, orofaringe y cara interna de los labios, pero rara vez en la superficie gingival. Las placas mucosas son muy contagiosas y durante ésta fase las gotitas de saliva infectadas pueden transmitir fácilmente la enfermedad. Pueden presentarse lesiones maculopapulares en el paladar y en las comisuras de los labios, en este último sitio se denominan pápulas agrietadas, que deben diferenciarse de una queilitis angular (1,6). Las placas mucosas pueden ser de 0.5 a 2 cm. de tamaño, de forma ovalada o irregular rodeadas por un margen eritematoso, usualmente indoloras (1,3).

Otra manifestación es la lesión denominada Condiloma Lata, la cual se presenta como una pápula de color rosado o rojizo con superficie lisa o papiliforme que le da un aspecto de coliflor (1).

3. Sífilis Bucal Terciaria: aparece después 5, 10 o más años (1,2,3,4,5,7) y se manifiesta como goma sifilítico, glositis sifilítica difusa o como una perforación del paladar duro. Los gomas aparecen como nódulos únicos o múltiples de tamaño variable, rosados o rojizos indoloros, ubicados en el dorso de la lengua, en el paladar duro (1,6), en labios, mucosa bucal, glándulas salivales y hueso mandibular (6); cuando se ulceran presentan una capa blanco-amarillenta en su superficie. La glositis sifilítica se caracteriza por atrofia del revestimiento dorsal de la lengua, acompañada de fisuración y de placas de leucoplasia (1,6). En casos tardíos de sífilis congénita se han encontrado lesiones como relieve frontal, nariz en forma de silla de montar, molares de mora (3,6,8), maxilar superior corto, arco palatino alto, engrosamiento irregular de la porción esternoclavicular, protuberancia relativa de la mandíbula, ragadias y espinilla en forma de sable (6,8). La tríada de Hutchinson se señala como patognomónico de la enfermedad y se caracteriza por hipoplasia de los incisivos y todos los primeros molares, sordera y queratitis intersticial; es poco usual que todos

los aspectos de la tríada aparezcan simultáneamente en la misma persona (6,8). Las rágades peribucales son lesiones lineales y son el resultado de las lesiones cutáneas sifilíticas y se presentan como líneas de color rojizo cubiertas por una costra y son patognomónicas de la sífilis congénita (6).

Tratamiento: mujeres embarazadas deben ser tratadas con penicilina G benzatínica 2,400,000 en una sola inyección ó 600,000 u/d I.M. de penicilina procaína acuosa durante 10 días ó 500 mg. de eritromicina cada 6 horas durante 15 días. Los recién nacidos de madres tratadas con eritromicina deben recibir penicilina ya que el paso de ésta al feto es escaso, la tetraciclina está contraindicada. Los recién nacidos deben recibir penicilina G procaína 50,000u/kg/d I.M. durante 10 días o penicilina G benzatínica 50,000 u/kg I.M. en dosis única (2).

Noma

Es una gangrena de los tejidos bucales y faciales que se extiende con rapidez y por lo regular se presenta en las personas débiles o con desnutrición, principalmente en niños. Los factores predisponentes además de desnutrición con difteria, disentería, sarampión, neumonía, escarlatina, sífilis, tuberculosis y discrasias sanguíneas; de esta manera el Noma se puede considerar como una

complicación secundaria de la enfermedad sistémica. Parece originarse como una lesión específica provocada por los organismos de Vincent, una gingivoestomatitis ulcero necrosante aguda, la cual se complica por invasión secundaria de muchas otras formas microbianas (estreptococos, estafilococos y bacilos de difteria). Manifestaciones bucales: empieza como una úlcera de la mucosa gingival que se disemina rápidamente y afecta a los tejidos que rodean a maxilares, labios y carrillos mediante una necrosis gangrenosa; hay una línea de demarcación entre tejido muerto y sano y se pueden desprender grandes masas de tejido dejando expuesto el maxilar. Hay olor extremadamente fétido, es poco común que el paladar y la lengua estén afectados. Tratamiento: el noma responde bien a la penicilina, pero este debe ser precoz, antes que se produzca pérdida de tejido (3,4,8).

Estomatitis Aftosa Recurrente

Enfermedad que se caracteriza por el desarrollo de ulceraciones dolorosas en la mucosa bucal, tiene gran similitud con la infección por herpes simple pero no tiene la misma etiología pues el herpes es viral y la estomatitis aftosa es bacteriana. Sus posibles factores etiológicos son las alteraciones inmunitarias, infección bacteriana por el estreptococo alfa hemolítico *Streptococcus Sanguis*,

deficiencia de hierro, vitamina B12 o ácido fólico y sus factores precipitantes son traumatismos, condiciones endocrinas y condiciones alérgicas. Manifestaciones bucales: se clasifican en 3 variedades principales:

1. Estomatitis Aftosa Recurrente Menor: se manifiesta al principio por la presencia de 1 ó más nódulos pequeños, edema generalizado en la boca (especialmente en lengua), parestesia, indisposición, fiebre, linfadenopatía localizada y vesículas que contienen moco. Empieza como una erosión superficial sola o múltiple de 2 a 3mm. hasta 10mm. de diámetro, cubierta por una membrana grisácea rodeada por un halo eritematoso, en número de 1 a 6 úlceras extremadamente dolorosas que interfieren con la alimentación; se presenta en todos los sitios de la mucosa labial no unida a periostio, más comúnmente en mucosa bucal y labial, surcos bucales y linguales, lengua, paladar blando, faringe y encía; dura de 7 a 14 días y no deja cicatriz.
2. Estomatitis Aftosa Recurrente Mayor: se manifiesta por la presencia de úlceras grandes dolorosas en número de 1 a 10, localizadas en labios, carrillos, lengua, paladar blando y fauces; estas lesiones persisten más de 6 semanas y dejan cicatriz. Tanto la mayor como la menor son más frecuentes en mujeres.

3. Úlceras Herpetiformes Recurrentes: se caracterizan por múltiples úlceras pequeñas hinchadas en número de más de 100 y se presentan en cualquier sitio de la cavidad bucal. Empiezan como pequeñas erosiones del tamaño de un alfiler que se van uniendo, son dolorosas; estas lesiones están presentes casi continuamente desde 1 a 3 años con remisiones cortas.

Tratamiento: el enjuague bucal con tetraciclina (250mg/5ml) cuatro veces al día durante 5 a 7 días produce una buena respuesta, pero no hay cura conocida (8).

Herpes Simple

Éste virus (VHS) produce una infección endémica en todos los grupos humanos, incluyendo a tribus aisladas geográficamente (1). Existen 2 tipos de virus del herpes simple: VHS-1 que afecta cara, labios, cavidad bucal y piel de la parte superior del cuerpo; y VHS-2 que afecta genitales y piel de la parte inferior del cuerpo. Puede haber infección primaria y recurrente, ambas agudas (1,2,3,4,5,6,8). El VHS-1 se transmite por contacto con saliva infectada o con superficies de mucosa o piel infectadas; el VHS-2 se transmite sexualmente o de la madre al recién nacido durante su paso por el tracto genital infectado (1).

1. Gingivostomatitis Herpética Primaria: afecta generalmente a niños entre los 6 meses y 5 años de edad (1,3), pero también puede ocurrir en

adolescentes y adultos (1,8). Tiene un período de incubación de 3 a 7 días y el niño presenta inquietud, irritabilidad, fiebre de 38.9 a 40.6°C, cefalea, linfadenopatía regional y comienza a sentir dolor en la boca (1,3,8).

Manifestaciones bucales: la manifestación clínica más constante es una gingivitis dolorosa con marcado edema (1,8) y ulceración del margen gingival y la papila interdental, además puede haber sangrado espontáneo. También hay presencia de múltiples vesículas amarillentas de 1 a 3mm. llenas de líquido que luego de rompen y forman úlceras extremadamente dolorosas cubiertas por una membrana grisácea y rodeadas por un halo eritematoso, las cuales afectan labios, carrillos, dorso lingual, paladar duro, faringe y amígdalas; por lo regular el paladar blando no se encuentra comprometido (1,3,4,6,8); éstas lesiones sanan espontáneamente en un lapso de 7 a 14 días (1,6,8) y no dejan cicatriz, luego el virus permanece latente en los ganglios nerviosos regionales (3,4,8); el paciente refiere dificultad para masticar, hablar y tragar (6). Se observa sialorrea y olor fétido (1,3). Tratamiento: es principalmente de soporte y sintomático, para aliviar el dolor y reducir las probabilidades de infección secundaria (3,6,8).

2. Gingivostomatitis Herpética Recurrente: se presenta por lo regular en adultos y se asocia con traumatismo, fatiga, menstruación, embarazo,

infección de vías respiratorias, problemas emocionales, alergia, exposición a la luz solar o a alteraciones gastrointestinales (8). Manifestaciones bucales: las lesiones son precedidas por una sensación de quemazón y prurito, luego se presentan vesículas de color gris o blanco las cuales se rompen formando úlceras superficiales confluentes con halo eritematoso, dolorosas que luego secan y forman costra. En 95% de los casos estas lesiones se presentan en la parte más externa del bermellón del labio inferior (1,3,4,6,8). El cuadro de herpes intra oral recurrente es menos frecuente y generalmente involucra mucosa que está unida a periostio (paladar duro y encía adherida) a nivel de premolares y molares; se caracteriza por la presencia de múltiples ulceraciones pequeñas, superficiales, confluentes y muy dolorosas. La curación de las formas recurrentes toma de 6 a 10 días y no deja cicatriz (1,3,8). Tratamiento: es principalmente paliativo, aunque se puede hacer uso de aciclovir, idoxiridina, trifluorotimidina o vidarabina, que aceleran un poco el proceso de la enfermedad (1,3,4,8).

Papiloma Virus

Los papiloma virus humanos (VPH) son un grupo de virus ADN capaces de

inducir crecimientos epiteliales benignos de superficie verrucosa, papilomatosa o plana en piel, tracto anogenital, uretra, mucosa traqueobronquial, mucosa del esófago, laringe, cavidad nasal, conjuntiva y mucosa bucal (1). Sólo algunos de los aproximados 60 tipos de VPH causan manifestaciones bucales (1,6). En la mucosa bucal las lesiones producidas por el VPH pueden agruparse en 2 categorías:

A. Lesiones Papilomatosas Exofíticas:

1. Papiloma Escamoso: es un tumor benigno que ocurre en cualquier edad pero con mayor frecuencia en la 3era. y 5ta. década de vida. Los sitios más afectados son el paladar blando, el dorso y el borde lateral de la lengua y el labio inferior. Son lesiones pediculadas, solitarias, de menos de 1cm. de tamaño cuya superficie tiene aspecto de coliflor (1) y es producido por el VPH 6, 11 y 16 (6).
2. Condiloma Acuminado: ésta lesión es menos frecuente que el papiloma escamoso, se presenta como múltiples nódulos pequeños de color rosado o blanco que tienden a unirse formando tumores sésiles mayores de 1cm. cuya superficie tiene aspecto de coliflor; ocurre en la encías, rebordes edéntulos, lengua y labios

(1,4,5,8). El agente etiológico es el VPH 6 y 11 (5).

3. Verruga Vulgar: es una lesión circunscrita, sésil de superficie irregular, de consistencia firme y color blanquecino, pueden ser únicas o múltiples y se presentan generalmente en labios, carrillos y encía. Es una lesión rara de la mucosa bucal (1). El agente etiológico es el VPH 6, 11 y 16 (6).

B. Lesiones Papulares Planas:

1. Hiperplasia Epitelial Focal: afecta exclusivamente la mucosa bucal y su distribución es universal (1,8). Las lesiones son el resultado de la infección de las células epiteliales por el VPH 13 y 32 (1) y 31 (3). Aparentemente ocurre en individuos que tienen una predisposición genética (1). Afecta principalmente a niños y adolescentes entre 3 y 18 años; las lesiones se caracterizan por presentarse como múltiples pápulas blandas de base sésil, indoloras, a veces confluentes, del mismo color que la mucosa adyacente. Se encuentran más frecuentemente en el labio inferior seguido por las comisuras, carrillos, labio superior, zona dorsal y bordes laterales de la lengua; no se observan lesiones en el paladar duro, en encía adherida ni en piso de boca (1,8).

No se requiere tratamiento pues las lesiones son benignas y desaparecen espontáneamente (8).

Herpangina

Enfermedad viral específica causada por los virus Coxsackie A tipo 1-6, 8,10 (4,6,8), 16 y 22 (6); con un período de incubación de 5 días, presenta fiebre de 40°C, dolor de cabeza (3,4,6,8), vómitos, conjuntivitis y disfagia (3).

Manifestaciones bucales: empieza con pequeñas vesículas en la faringe, fauces, amígdalas, paladar blando (3,4,6,8), paladar duro y lengua (3,4,8); luego éstas se rompen a los 3 ó 4 días dejando úlceras superficiales de 2 a 3mm. de diámetro con una base grisácea y un margen eritematoso, que sanan en menos de una semana y son poco dolorosas (3,4,6,8). Ocurre en los meses de mayo a octubre en epidemias (6). El tratamiento no es necesario por ser autolimitada y se adquiere inmunidad permanente (3,4,8).

Sarampión

Es una infección viral aguda, de las enfermedades de la niñez es la más frecuente y es muy contagiosa. Manifestaciones bucales: éstas son prodromales, aparecen lesiones llamadas manchas de Koplik que son puntos de color blanco o

azulado rodeados por un margen rojo brillante en mucosa bucal en especial carrillos a nivel de primeras molares. También se presenta inflamación generalizada, congestión, ulceración focal de encía, paladar y garganta. La erupción cutánea se presenta de 2 a 3 días después (2,3,4,6,8). Tratamiento: es de apoyo por ser autolimitada. Sus complicaciones incluyen encefalitis, púrpura trombocitopénica, otitis media y neumonía (4).

Rubéola

Enfermedad causada por un virus ARN que se propaga por gotitas de saliva (2,6,8). Posee un período de incubación de 14 a 21 días y un período prodrómico de 1 a 5 días que suele consistir en malestar y adenopatía. Es característica la tumefacción dolorosa de los ganglios suboccipitales, post-auriculares y post-cervicales. Presenta exantema menos extenso y más evanescente que el del sarampión. Al comienzo de la erupción puede aparecer un rubor transitorio que simula al de la escarlatina (2). . Manifestaciones bucales: en el paladar blando se observa un exantema leve que consiste en manchas petequiales que luego se unen para formar máculas rojizas que se extienden por las fauces; las amígdalas y la faringe pueden estar algo hinchadas y congestionadas sin haber dolor de garganta (2,6,8). Los efectos de la infección congénita consisten en hipoplasia de esmalte,

hoyos y morfología dentaria anormal. Puede aparecer aplasia focal o total de la dentición primaria, alteración del patrón normal de erupción dental, labio leporino y paladar hendido así como parálisis facial (6).

Varicela

Enfermedad viral aguda causada por el virus Varicela-Zoster, es autolimitada y se adquiere inmunidad permanente (2,3,4,6,7,8). Las epidemias aparecen en invierno y comienzos de la primavera, en ciclos de 3 a 4 años (período requerido para que se desarrolle un nuevo grupo de susceptibles), posee un período de incubación de 14 a 16 días, la transmisibilidad se considera posible desde 10 a 21 días después de la exposición; cuando las lesiones ha formado costra el paciente ya no puede transmitirla. De 24 a 36 horas antes de la primer serie de lesiones se presenta cefalea leve, fiebre moderada y malestar (2). . Manifestaciones bucales: no son comunes y se presentan como vesículas con un eritema que las rodea y luego se rompen para formar pequeñas úlceras erosionadas con margen rojizo y no son dolorosas; estas lesiones se presentan en mucosa bucal vestibular, lengua, encía, paladar y mucosa de la faringe (3,4,6,8). El tratamiento de apoyo (4).

Herpes Zoster

Enfermedad viral aguda causada por el virus de Varicela-Zoster, de naturaleza extremadamente dolorosa y en niños tiene un curso clínico muy benigno (3,4,8). Esta enfermedad es la reactivación del virus que ha permanecido latente en las células ganglionares de la raíz dorsal después de haber padecido varicela (1,6). Cuando el virus se reactiva desciende a lo largo de los axones sensoriales hacia la piel y mucosa del dermatoma, donde se desarrolla el característico Zoster unilateral. En 25% de los casos se afectan los pares craneales, siendo el más frecuente la rama oftálmica del trigémino (6). . Manifestaciones bucales: el herpes zoster de las ramas maxilares y mandibulares del trigémino produce vesículas extremadamente dolorosas sobre la mucosa bucal, lengua, úvula, faringe, laringe (8), paladar, encía, mucosa del labio y carrillo (3); las cuales se rompen para dejar áreas de erosión pero no sobre pasan la línea media (3,8). En ocasiones produce dolor ipsolateral u orofacial. La infección zoster en niños mayores produce desvitalización y oclusión parcial de cámaras pulpares y conductos radiculares, alteraciones dentarias como acortamiento e irregularidad de raíces con coronas normales y alteraciones de la erupción dental y su secuencia (6). El herpes zoster en sí es raro en niños y es más común en pacientes de edad avanzada o inmunodeprimidos (3,6,8). Si el dolor persiste más de 6 a 8 semanas

se da una neuralgia post-herpética, el dolor puede persistir meses o años.
Tratamiento: la vidarabina o aciclovir así como corticosteroides han dado buen resultado (6).

Parotiditis

Es una infección viral aguda producida por el Paramixovirus Parotiditis (2,3,4,5,6,8), su síntoma más precoz es dolor al masticar o al deglutir, en especial el tragar líquidos ácidos como vinagre o limón (2,5); otros síntomas incluyen dolor de cabeza, escalofríos, fiebre moderada, vómito y dolor por debajo del oído (2,3,4,5,6,8). . Manifestaciones bucales: se caracteriza por la hinchazón unilateral o bilateral de la glándulas salivales, por lo regular de la parótida, en ocasiones pueden estar afectadas las glándulas submaxilares y sublinguales (2,3,4,5,6,8). Sus complicaciones consisten en orquitis, meningitis y pancreatitis que se presentan más en adultos (5,6,).

Histoplasmosis

Enfermedad micótica granulomatosa causada por el hongo dimórfico *Histoplasma Capsulatum* (1,2,3,4,6,7,8). Se caracteriza por una lesión pulmonar primaria con una diseminación hematógena ocasional (1,2), sus síntomas son tos,

fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso (2,4). Manifestaciones bucales: lesiones ulceromicrogranulomatosas persistentes, moderadamente dolorosas localizadas en paladar, encías, lengua o labios y no cicatrizan (1,3,4,6,8). Cuando se da en la mandíbula produce movilidad dentaria y posibles fistulas oroantrales (6). Tratamiento: ha tenido éxito la anfotericina B (1,3,4,6,8).

Coccidioidomycosis

Enfermedad causada por el hongo *Coccidioides Immitis* (2,4,6,8). Manifestaciones bucales: son lesiones granulomatosas proliferativas y ulceradas en boca que no son específicas en su apariencia clínica. Las lesiones sanan por hialinización y por cicatrización, presentan marcada cronicidad. Se pueden presentar lesiones líticas de los maxilares. Tratamiento: con anfotericina B (4,6,8).

Paracoccidioidomycosis

Es la micosis sistémica más frecuente de Latinoamérica, causada por el hongo dimórfico *Paracoccidioides Brasiliensis* (1,8). Los pulmones son los sitios de la infección primaria y las lesiones secundarias aparecen en las mucosas, ganglios linfáticos, piel y glándulas suprarrenales. Es más común en varones que en

mujeres (1). Manifestaciones bucales: el sitio más frecuente después de los pulmones es la mucosa bucal. Las lesiones se caracterizan por úlceras superficiales eritematosas que sangran con facilidad y presentan un exudado blanco amarillento; dependiendo de la extensión y duración de las lesiones gingivales puede producir destrucción ósea, lo que conduce a movilidad dentaria severa. Debido a la severa fibrosis hay una dificultad para masticar y deglutir. Tratamiento: se emplea sulfonamidas, anfotericina B, ketoconazol o itraconazol (1).

Criptococosis (torulosis)

Infección crónica causada por el hongo *Cryptococcus Neoformans* (2,4,6,8) y *Cryptococcus Bacillispora* (6,8). Es más frecuente en personas inmunodeprimidas. Manifestaciones bucales: aparecen úlceras individuales o múltiples no específicas en la mucosa bucal. Tratamiento: la anfotericina B ha dado buen resultado (4,6,8).

Geotricosis

Enfermedad causada por microorganismos de la especie *Geotrichum* (2,8). Manifestaciones bucales: son idénticas a las de la candidiasis o algodoncillo y su

diferencia se hace por examen microscópico, se observa en personas débiles y su desarrollo es paralelo al de la candidiasis. Su tratamiento es inespecífico (8).

Esporotricosis

Enfermedad micótica causada por *Sporotrichum Schenckii*. Manifestaciones bucales: se presentan como ulceraciones no específicas de la mucosa bucal, nasal y faríngea asociada con una linfadenopatía regional, las lesiones sanan y dejan cicatrices suaves y flexibles. Su tratamiento no es específico y su pronóstico es bueno (6,8).

Rinosporidiosis

Enfermedad micótica causada por *Rhinosporidium Seebi*, afecta principalmente a la orofaringe y nasofaringe así como faringe, piel, ojos y genitales. Manifestaciones bucales: aparecen como crecimientos polipoides de color rojo acompañados por una secreción mucoide y se diseminan a la laringe y faringe; las lesiones son vasculares y sanan con facilidad. Su tratamiento no es específico (2,8).

Candidiasis

Enfermedad micótica causada por *Cándida Albicans*, pero la sola presencia del hongo no es suficiente para producirla (1,3,4,6,8) ya que es un componente de la flora bucal normal controlada por el flujo salival, componentes proteicos antimicrobianos de la saliva y los mecanismos dependientes de la inmunidad celular y humoral (1,6,8). Entre los factores que pueden alterar el equilibrio microbiano bucal normal y producir una candidiasis se han encontrado: la diabetes, hipoparatiroidismo, defectos inmunológicos, alteraciones de la fagocitosis, linfoma y leucemia, disminución del flujo salival (síndrome de Sjögren), lepra, tuberculosis, dietas ricas en carbohidratos, deficiencias vitamínicas y de hierro, factores mecánicos (producidas por prótesis), ingesta de hormona contraceptivas, antibióticos y corticosteroides, quimioterapia, radioterapia de cabeza y cuello, hipoadrenalismo, consumo de tabaco, Guna, niños prematuros, embarazo y ancianidad (1,6). Se clasifica en dos categorías:

- Sistémica, que afecta ojos, riñones y piel a través de diseminación hematógena.
- Mucocutánea, que incluye a la candidiasis bucal orofaríngea, esofagitis por candidiasis, vulvovaginitis por candidiasis y la balanitis, el intertrigo y la paroniquia (1,3,4,6,8).

Las diversas candidiasis presentan manifestaciones bucales y han sido categorizadas de la siguiente forma:

1. Candidiasis Seudomembranosa Aguda (algodoncillo): es una de las más comunes y se caracteriza por la aparición de placas ligeramente elevadas, de color blanco, blandas, localizadas en mucosa bucal, lengua, paladar, encía y piso de boca; las placas son muy toscas y parecidas a coágulos de leche que se pueden eliminar con una gasa y dejar una mucosa eritematosa o relativamente sana. Las placas varían desde pocos milímetros a varios centímetros (1,3,4,5,6,8). Se presenta en recién nacidos, ancianos, pacientes con enfermedades terminales, diabetes mellitus, leucemia y sida (1).
2. Candidiasis Atrófica Aguda: presenta un cuadro de estomatitis eritematosa diseminada acompañada de depilación del dorso lingual (1,3,4,6,8). Ocurre durante o inmediatamente después del uso de antibióticos de amplio espectro (1) es la única variedad que presenta dolor (3,8).
3. Candidiasis Hiperplásica Crónica: es del tipo leucoplásico y las lesiones consisten en placas blancas, firmes, persistentes que se localizan en labios, lengua y carrillos. Las lesiones pueden durar años y tener potencial pre-maligno (1,3,4,6,8).

4. Candidiasis Mucocutánea Crónica: término usado para describir un grupo heterogéneo de síndromes clínicos caracterizados por una infección crónica multifocal por *Candida* que compromete la piel, uñas y mucosa orofaríngea (1).
5. Candidiasis Atrófica Crónica: la boca está ulcerada por uso de prótesis total, es una inflamación difusa del área que soporta la dentadura y a menudo se presenta con una queilitis angular (1,3,4,6,8). Afecta más a mujeres, es asintomática y generalmente no se presenta en rebordes alveolares inferiores (1).
6. Candidiasis Eritematosa: se presenta principalmente en pacientes VIH positivo. Clínicamente se observan máculas eritematosas localizadas generalmente en la parte media del dorso de la lengua y del paladar duro, aun en personas con dientes naturales. Algunos pacientes manifiestan sensación de quemazón (1).

Tratamiento: tabletas vaginales de nistatina en disolución bucal, otras sustancias de valor son los clotrimazoles, ketoconazol y los triazoles (1,3,4,6,8).

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Enfermedad viral causada por el virus de la inmunodeficiencia VIH que

infecta a una persona de por vida. Eventualmente el virus induce una inmunodepresión irreversible y progresiva que hace a la persona susceptible a una gran variedad de infecciones oportunistas y malignas. Esto induce a innumerables manifestaciones bucales que implican a la profesión dental, tanto en su diagnóstico como en su tratamiento (6). Las características clínicas del SIDA incluyen fiebre, desmedro, infección pulmonar crónica y recurrente, diarrea crónica, linfadenopatía y hepatoesplenomegalia; un dato que no se ve en adultos es la frecuencia de parotiditis de origen desconocido (2, 5, 7, 8). Manifestaciones bucales:

1. Sarcoma de Kaposi: es la neoplasia más frecuente del SIDA y tiene una presentación bucal en aproximadamente la mitad de los pacientes (6). Aparecen lesiones en forma temprana, planas de color púrpura rojo, que varían en tamaño y generalmente son asintomáticas. Conforme la enfermedad progresa las lesiones se vuelven nodulares y sintomáticas, es más común en varones (2,5,6,7,8). Además el paciente refiere a menudo antecedentes de fatiga, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna (7). Tratamiento: el tratamiento cuando las lesiones no son extendidas es la radioterapia a dosis baja. En algunas situaciones son útiles la cirugía con láser de dióxido de carbono y la quimioterapia con vinblastina (6).

2. Leucoplasia Velloso (pilosa): debe su nombre a su aspecto algo arrugado que recuerda el vello, su color es blanco, casi siempre se presenta en forma unilateral o bilateral en los lados de la lengua y ocasionalmente en otras superficies mucosas (6). Esta lesión es importante porque puede ser el primer signo de una infección por VIH (6,7). Como estas lesiones casi siempre son asintomáticas, el tratamiento no es necesario (6).

Los principales agentes de infección en pacientes con SIDA incluyen:

- Virus: Herpes tipo 1 y 2, Citomegalovirus, Varicela-Zoster, Adenovirus, de Epstein-Barr y Retrovirus.
- Protozoarios: Pneumocystis carinii, Toxoplasma gondii, especies de Isospora, Cryptosporidium, Giardia lamblia y Entamoeba histolítica.
- Micobacterias: Mycobacterium tuberculosis, Aviumintracellulare y Kansasii y especies de Legionella.
- Espiroquetas: Treponema pallidum.
- Bacterias: especies de Shigella, de Salmonella, de Neisseria, de Campylobacter y Chlamydia.
- Hongos: Cryptococcus neoformans, Nocardia y Cándida albicans (7), que es la infección oportunista más frecuente en pacientes con SIDA (1,6,7).

V. CONCEPTOS DEL PROBLEMA

Enfermedad Infectocontagiosa:

Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo debido a la implantación y desarrollo en el organismo de seres vivientes patógenos y su acción morbosa consecutiva, propagada por contagio de una persona a otra, por vía directa o indirecta.

Mácula:

Lesión representada por un cambio de coloración en piel o en mucosa, no ocasiona depresión o relieve de la superficie, posee extensión y tamaño variable; se considera que es una hiper o hipopigmentación de cualquier sustancia.

Pápula:

Lesión circunscrita, sólida y elevada que mide hasta $\frac{1}{2}$ cm. de diámetro y es de base sésil. Puede ser el resultado de depósitos metabólicos, de hiperplasia de la epidermis o la dermis, o de infiltrado celular en la dermis. Pueden ser únicas o múltiples, de cualquier color, su contorno puede ser circular, elíptico o linear; su forma redondeada, cónica o aplanada y su superficie lisa o rugosa.

Placa:

Área elevada de extensión variable, no se desprende al tratar de removerla, está formada por confluencia de pápulas y puede estar atravesada en su superficie por pliegues o fisuras.

Nódulo:

Lesión circunscrita y elevada que puede medir de 0.5 hasta 3cm. de diámetro, su forma puede ser redondeada, elíptica u ovoide, su consistencia dura o blanda, su base sésil o pedunculada, puede estar localizada en la epidermis o extenderse a la dermis.

Tumor:

Posee las mismas características que el nódulo, sólo que es de mayor tamaño, puede ser de origen benigno o maligno.

Vesícula o Bula:

Lesión circunscrita y elevada que contiene fluido (suero, linfa o sangre); puede medir hasta 0.5 cm. de diámetro y su forma es siempre redonda.

Ampolla o Flictena:

Posee las mismas características de una vesícula, pero es mayor de 0.5 cm.; la unión de varias vesículas puede formar una ampolla.

Pústula:

Lesión circunscrita de piel o mucosa con iguales características que la vesícula y la ampolla, pero su contenido es purulento y puede ser de color blanco, amarillo o grisáceo.

Fisura o Grieta:

Hendidura longitudinal que afecta al continuidad del epitelio, puede ser dolorosa.

Úlcera:

Lesión con destrucción de la epidermis y pérdida de la continuidad del epitelio, puede ser de cualquier tamaño y es muy dolorosa. Ocasiona una depresión de profundidad variable en cuyo fondo se encuentra tejido conectivo que puede estar cubierto por exudado. La forma de una úlcera puede ser ovoide, circular o elíptica; sus borde (límites) duros o suaves, definidos o indefinidos,

elevados, crateriformes, excavados, cortados a pico o difusos. El fondo de una úlcera puede ser liso, granuloso o cubierto de membrana, su consistencia suave o dura. Cuando la base de una úlcera es dura se dice que está infiltrada.

Costra:

Es el resultado de la desecación de fluidos o exudados en úlceras, grietas o erosiones. Puede ser de color café o amarillo, dependiendo del color del exudado.

Escama: (descamación)

Pequeñas laminillas que se desprenden después de cierto tiempo de estar en su lugar de origen en forma de escamas, varían en tamaño, color y adherencia.

Base sésil:

Se refiere a una lesión que se inicia en un lugar causando una elevación y termina haciendo más o menos la figura de una cima o montaña.

Base pedunculada:

Se refiere a una lesión que está unida al tejido de donde se origina por medio de un pedúnculo que semeja un tallo y se mueve libremente sobre su base.

Cavidad bucal:

Espacio en la parte inferior de la cara que aloja los dientes, circunscrita por la bóveda palatina, lengua, labios, mejillas, velo del paladar y faringe.

Hallazgos bucales clínicos:

Manifestaciones que se descubren durante un examen de la cavidad bucal.

Signos y Síntomas:

Manifestaciones de una alteración orgánica o funcional del cuerpo apreciables por el médico y por el paciente.

VI. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la prevalencia de los hallazgos bucales clínicos en niños de 0-13 años con enfermedades infectocontagiosas.

Objetivos Específicos:

En la población de niños de 0-13 años diagnosticados con enfermedad infectocontagiosa, determinar:

1. La existencia de manifestaciones bucales clínicas de dichas entidades.
2. La región de la cavidad bucal en que con mayor frecuencia se presentan alteraciones clínicas.
3. El hallazgo clínico de la cavidad bucal más frecuente.
4. La distribución por sexo de los hallazgos clínicos de la cavidad bucal.
5. La edad con que con mayor frecuencia se presentan hallazgos clínicos bucales.
6. Signos y síntomas que se presentan con mayor frecuencia.

VII. DEFINICIÓN DE VARIABLES

1. Enfermedad Infectocontagiosa: (independiente) alteración del estado fisiológico de alguna parte del cuerpo debido a la acción morbosa provocada por algún agente patógeno, propagado por contagio se una persona a otra.

Hallazgos Bucales Clínicos: (dependiente) manifestaciones que se descubren durante un examen de la cavidad bucal.

2. Cavidad bucal: (independiente) espacio en la parte inferior de la cara que aloja los dientes, circunscrita por la bóveda palatina, lengua, labios, mejillas, velo del paladar y faringe.

Hallazgos Bucales Clínicos: (dependiente) manifestaciones que se descubren durante un examen de la cavidad bucal.

3. Sexo: (independiente) condición que distingue al macho de la hembra.

Hallazgos Bucales Clínicos: (dependiente) manifestaciones que se descubren durante un examen de la cavidad bucal.

4. Edad: (independiente) tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Hallazgos Bucales Clínicos: (dependiente) manifestaciones que se descubren durante un examen de la cavidad bucal.

5. Enfermedad Infectocontagiosa: (independiente) alteración del estado fisiológico de alguna parte del cuerpo debido a la acción morbosa provocada por algún agente patógeno, propagado por contagio se una persona a otra.

Signos y Síntomas: (dependiente) manifestaciones de una alteración orgánica o funcional del cuerpo apreciables por el médico y por el paciente.

VIII. INDICADORES DE LAS VARIABLES

1. Se observó si los hallazgos bucales clínicos variaban según la enfermedad infectocontagiosa.
2. Se observó si los hallazgos bucales clínicos variaban según la localización en la cavidad bucal.
3. Se trató de establecer una relación entre el sexo del paciente y los hallazgos bucales clínicos.
4. Se observó si existía una relación entre la edad del paciente y los hallazgos bucales clínicos.

IX. MATERIALES Y TÉCNICAS

1. Material de la Investigación: Se investigó durante dos meses, luego de aprobado el protocolo de investigación, los hallazgos bucales clínicos de todos los niños (100% de la población) de recién ingreso y pacientes ambulatorios (consulta externa y emergencia), de 0 a 13 años de edad, diagnosticados con enfermedades infectocontagiosas que según la literatura presentan manifestaciones bucales, atendidos en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación.

2. Técnicas y Procedimientos: se diseñó una ficha (que se presenta a continuación) para el registro de datos encontrados en dichos pacientes. La evaluación clínica de los pacientes se hizo en base a los criterios utilizados en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, los cuales incluyen:

a) Inspección de tejidos blandos y duros: se empieza por la observación de la región de la cara, seguida por la región de los labios, bermellones y comisuras labiales, carrillos y surcos yugales, pared interna de los labios, la encía bucal superior e inferior; luego se

procede a inspeccionar el paladar duro y blando seguido por la úvula, las fauces, la región amigdalina, la orofaringe, la lengua, el piso de boca y la encía lingual; por último se procede a inspeccionar las arcadas dentarias. Todo esto se realiza utilizando baja lenguas desechables y espejo dental y anotando cualquier hallazgo clínico anormal en la ficha diseñada para el efecto.

b) Palpación: con la utilización de guantes para examen clínico, se procede a percibir con los dedos de la mano todos los tejidos anteriormente mencionados (en ese orden), seguido por la palpación de los ganglios regionales (submaxilares, sublinguales y cervicales) y la articulación temporomandibular; anotando cualquier hallazgo clínico anormal en la ficha diseñada para el efecto.

X. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla No. 1

Distribución del número de pacientes con manifestaciones bucales clínicas observadas según el tipo de enfermedad infectocontagiosa padecida por niños de 0 a 13 años, atendidos en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, del 11 de junio al 11 de agosto del 2003.

Enfermedad Infectocontagiosa	No. de Pacientes con Manifestaciones Bucales	No. de Pacientes sin Manifestaciones Bucales	Total
Sida	2	0	2
Tuberculosis	13	3	16
Tos Ferina	5	6	11
Estomatitis Aftosa	1	0	1
Candidiasis	7	0	7
Varicela	3	0	3
Impétigo	5	2	7
Sífilis	0	1	1
Estomatitis Herpética	1	0	1
Total	37	12	49

Nota: el número total de pacientes examinados fue 49; algunos pacientes presentaron más de una manifestación bucal y más de una enfermedad.

Fuente: fichas utilizadas para el registro de datos.

La enfermedad más frecuentemente observada fue tuberculosis, encontrándose en 16 pacientes que equivale a 32.65% del total; seguida por tos ferina en 11 pacientes que equivale a 22.45% del total. Así mismo 37 pacientes presentaron manifestaciones bucales lo que equivale a un 75.51% del total.

Tabla No. 1ª

Distribución de las manifestaciones bucales clínicas observadas según el tipo de enfermedad infectocontagiosa padecida por niños de 0 a 13 años, atendidos en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, del 11 de junio al 11 de agosto del 2003.

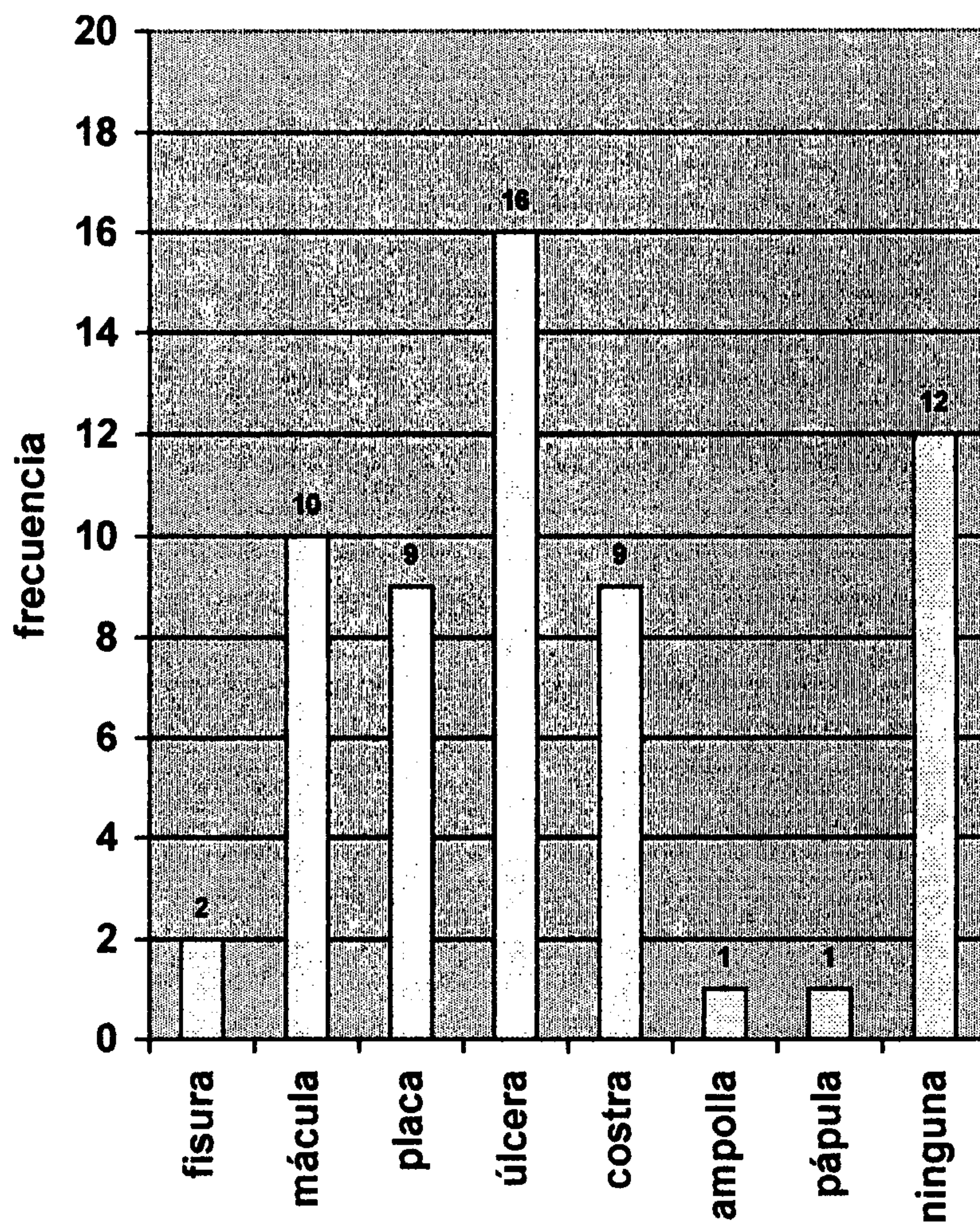
Enfermedad Infectocontagiosa	Manifestación Bucal Clínica								Total
	Fisura	Mácula	Placa	Úlcera	Costra	Ampolla	Pápula	Ninguna	
Sida	1	1	2	0	0	0	0	0	4
Tuberculosis	0	5	0	8	0	0	0	3	16
Tos Ferina	0	2	1	1	1	0	1	6	12
Estomatitis Aftosa	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Candidiasis	0	1	6	1	0	0	0	0	8
Varicela	0	0	0	2	3	0	0	0	5
Impétigo	0	1	0	2	5	1	0	2	11
Sífilis	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Estomatitis Herpética	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Total	1	10	9	16	9	1	1	12	59

Nota: el número total de pacientes examinados fue 49; algunos pacientes presentaron más de una manifestación bucal y más de una enfermedad.

Fuente: fichas utilizadas para el registro de datos.

La lesión más frecuentemente observada fue úlcera, encontrándose 16 lesiones que equivale a 27.12% del total; seguida por mácula, encontrándose 10 lesiones que equivale a 16.95% del total.

Gráfica No. 1
Distribución de manifestaciones bucales
según la enfermedad



Nota: el número total de pacientes examinados fue 49; algunos pacientes presentaron más de una manifestación bucal y más de una enfermedad.

Fuente: fichas utilizadas para el registro de datos.

La lesión más frecuentemente observada fue úlcera, encontrándose 16 lesiones que equivale a 27.12% del total; seguida por mácula, encontrándose 10 lesiones que equivale a 16.95% del total.

Tabla No. 2

Distribución de las manifestaciones bucales clínicas observadas según la región de la cavidad bucal en niños de 0 a 13 años con enfermedades infectocontagiosas, atendidos en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, del 11 de junio al 11 de agosto del 2003.

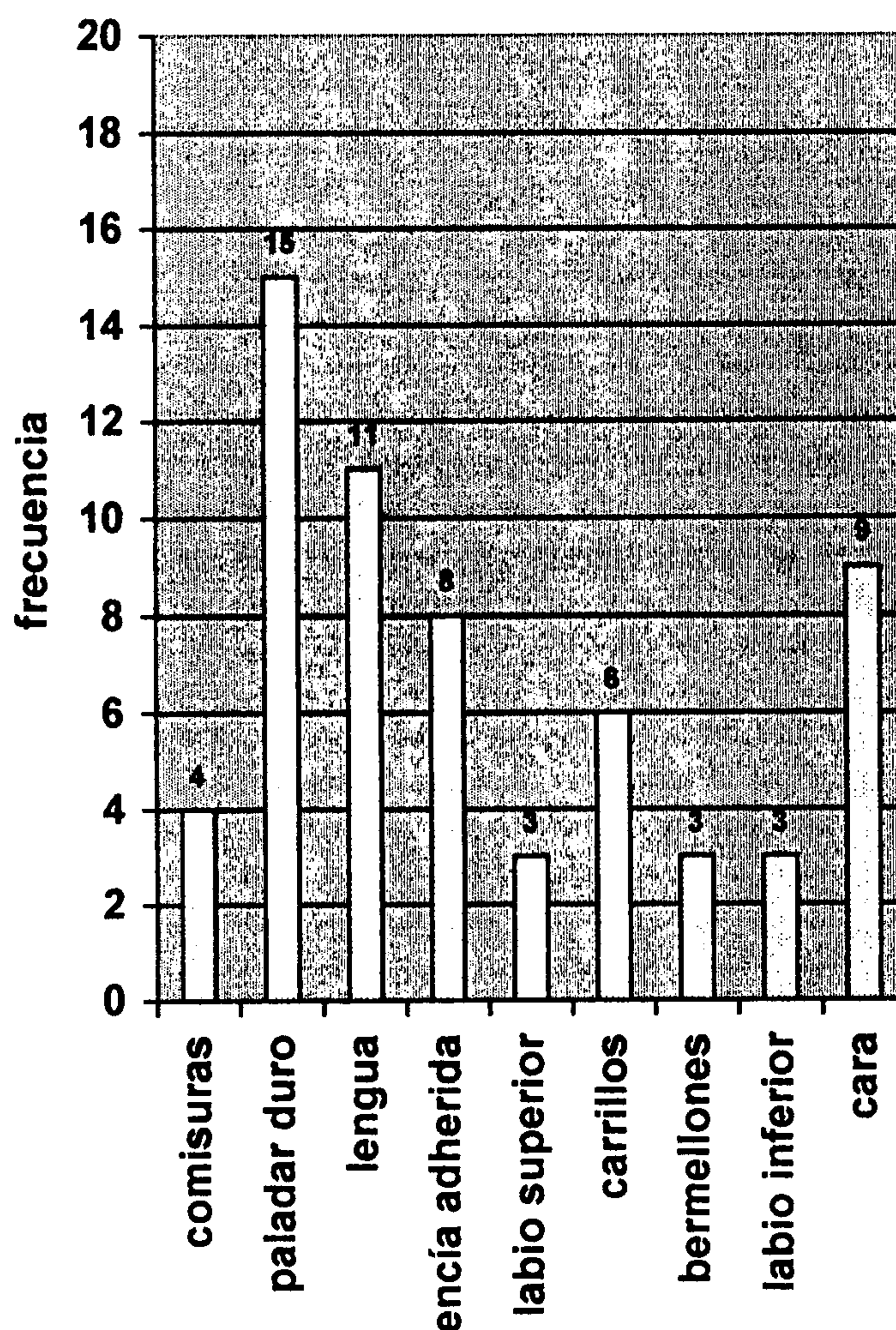
Región Bucal	Manifestación Bucal Clínica							Total
	Fisura	Mácula	Placa	Úlcera	Costra	Ampolla	Pápula	
Comisuras	3	0	0	0	1	0	0	4
Paladar Duro	0	8	1	6	0	0	0	15
Lengua	0	0	9	2	0	0	0	11
Encía Adherida	0	0	0	7	0	0	1	8
Labio Superior	0	0	1	2	0	0	0	3
Carrillos	0	2	1	3	0	0	0	6
Bermellones	0	0	0	1	1	1	0	3
Labio Inferior	0	0	1	2	0	0	0	3
Cara	0	0	0	1	8	0	0	9
Total	3	10	13	24	10	1	1	62

Nota: el número total de pacientes examinados fue 49; algunos pacientes presentaron más de una manifestación bucal en diferente región de la cavidad bucal.

Fuente: fichas utilizadas para el registro de datos.

La región bucal en la que más frecuentemente se observó manifestaciones fue el paladar duro, encontrándose 15 lesiones que equivale a 24.19% del total; seguido por la lengua, encontrándose 11 lesiones que equivale a 17.74% del total.

Gráfica No. 2
Distribución de manifestaciones
según la región bucal



Nota: el número total de pacientes examinados fue 49; algunos pacientes presentaron más de una manifestación bucal en diferente región de la cavidad bucal.

Fuente: fichas utilizadas para el registro de datos.

La región bucal en la que más frecuentemente se observó manifestaciones fue el paladar duro, encontrándose 15 lesiones que equivale a 24.19% del total; seguido por la lengua, encontrándose 11 lesiones que equivale a 17.74% del total.

Tabla No. 3

Distribución del número de pacientes con manifestaciones bucales clínicas observadas según el sexo, en niños de 0 a 13 años con enfermedades infectocontagiosas, atendidos en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, del 11 de junio al 11 de agosto del 2003.

Sexo	No. de Pacientes con Manifestaciones Bucles	No. de Pacientes sin Manifestaciones Bucles	Total
Masculino	18	6	24
Femenino	19	6	25
Total	37	12	49

Nota: el número total de pacientes examinados fue 49; algunos pacientes presentaron más de una manifestación bucal.

Fuente: fichas utilizadas para el registro de datos.

18 pacientes de sexo masculino presentaron manifestaciones bucales que equivale a 36.74% del total; 19 pacientes de sexo femenino presentaron manifestaciones que equivale a 38.78% del total; y 12 pacientes (6 de cada sexo) no presentaron manifestaciones que equivale a 24.49% del total (12.24% cada sexo).

Tabla No. 3ª

Distribución de las manifestaciones bucales clínicas observadas según el sexo, en niños de 0 a 13 años con enfermedades infectocontagiosas, atendidos en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, del 11 de junio al 11 de agosto del 2003.

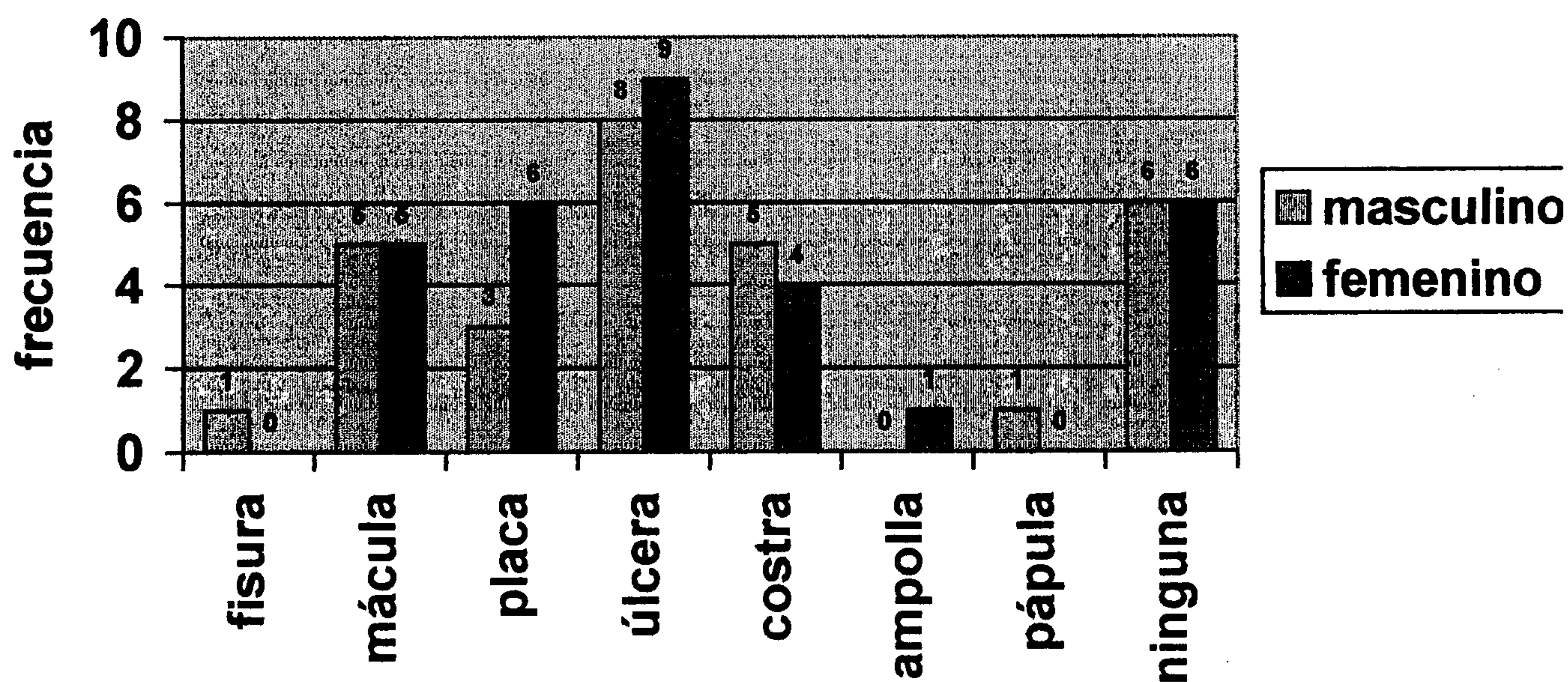
Sexo	Manifestación Bucal Clínica								Total
	Fisura	Mácula	Placa	Úlcera	Costra	Ampolla	Pápula	Ninguna	
Masculino	1	5	3	8	5	0	1	6	29
Femenino	0	5	6	9	4	1	0	6	31
Total	1	10	9	17	9	1	1	12	60

Nota: el número total de pacientes examinados fue 49; algunos pacientes presentaron más de una manifestación bucal.

Fuente: fichas utilizadas para el registro de datos.

Se observó 23 lesiones bucales en pacientes de sexo masculino que equivale a 38.33% del total; y 25 lesiones en pacientes de sexo femenino que equivale a 41.67% del total. 12 pacientes (6 de cada sexo) no presentaron manifestaciones que equivale a 20% del total (10% cada sexo).

Gráfica No. 3
Distribución de manifestaciones bucales
según el sexo



Nota: el número total de pacientes examinados fue 49; algunos pacientes presentaron más de una manifestación bucal.

Fuente: fichas utilizadas para el registro de datos.

Se observó 23 lesiones bucales en pacientes de sexo masculino que equivale a 38.33% del total; y 25 lesiones en pacientes de sexo femenino que equivale a 41.67% del total. 12 pacientes (6 de cada sexo) no presentaron manifestaciones que equivale a 20% del total (10% cada sexo).

Tabla No. 4

Distribución del número de pacientes con manifestaciones bucales clínicas observadas según la edad, en niños de 0 a 13 años con enfermedades infectocontagiosas, atendidos en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, del 11 de junio al 11 de agosto del 2003.

Edad	No. de Pacientes con Manifestaciones Bucal	No. de Pacientes sin Manifestaciones Bucal	Total
De 0 a 12 meses	13	6	19
2 años	5	1	6
3 años	3	3	6
4 años	1	0	1
5 años	2	0	2
6 años	2	0	2
7 años	2	0	2
8 años	3	0	3
9 años	1	0	1
10 años	3	1	4
11 años	1	1	2
12 años	1	0	1
13 años	0	0	0
Total	37	12	49

Nota: el número total de pacientes examinados fue 49; algunos pacientes presentaron más de una manifestación bucal. No fue posible examinar a niños de 13 años.

Fuente: fichas utilizadas para el registro de datos.

La edad en la que más frecuentemente se observó manifestaciones bucales fue de 0 a 12 meses, encontrándose en 13 pacientes que equivale a 26.53% del total; seguido por 2 años de edad en 5 pacientes que equivale a 10.20% del total.

Tabla No. 4^a

Distribución de las manifestaciones bucales clínicas observadas según la edad, en niños de 0 a 13 años con enfermedades infectocontagiosas, atendidos en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, del 11 de junio al 11 de agosto del 2003.

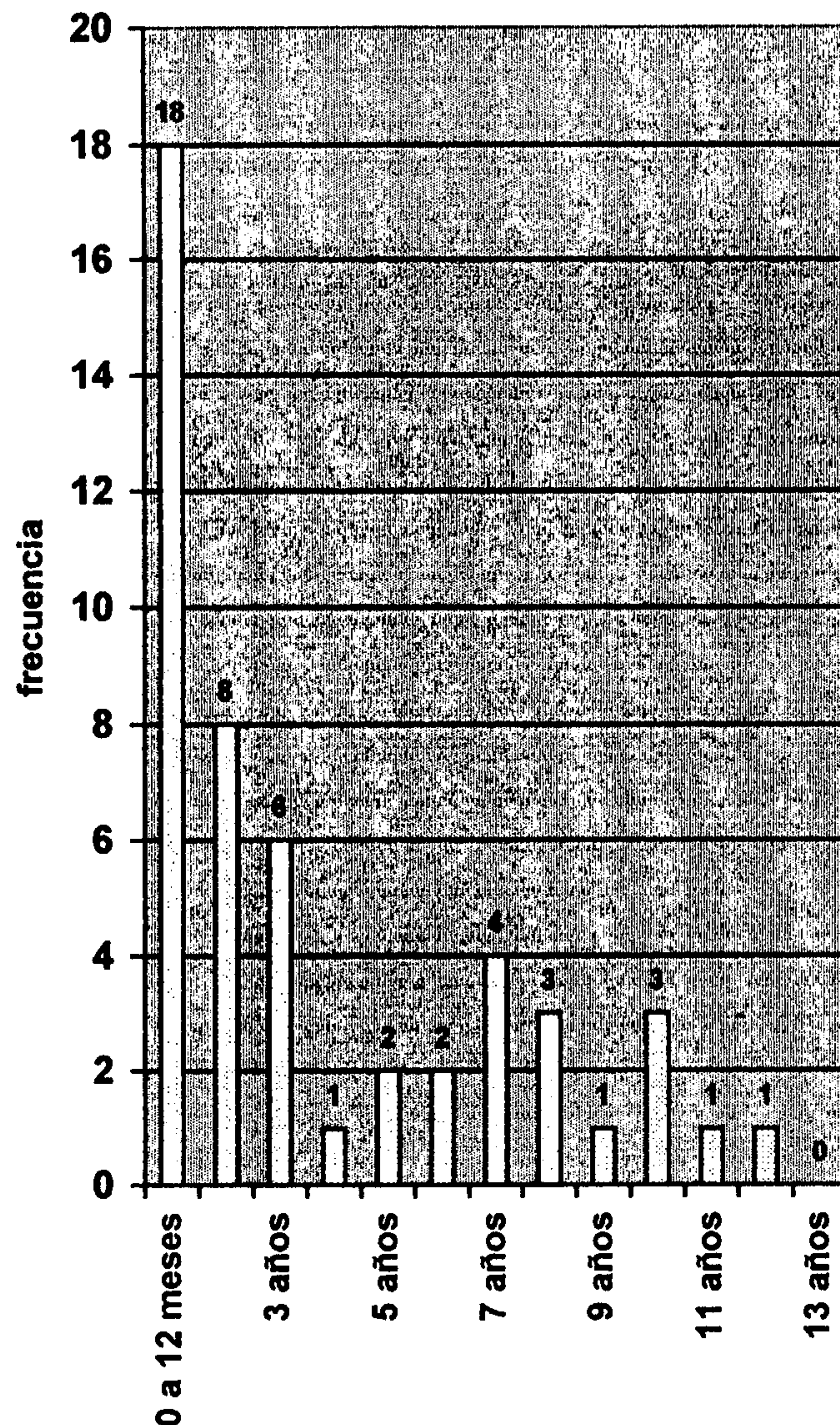
Edad	Manifestación Bucal Clínica								Total
	Fisura	Mácula	Placa	Úlcera	Costra	Ampolla	Pápula	Ninguna	
De 0 a 12 meses	0	3	7	1	6	0	1	6	24
2 años	2	1	1	3	1	0	0	1	9
3 años	0	0	0	3	2	1	0	3	9
4 años	0	0	0	1	0	0	0	0	1
5 años	0	0	0	2	0	0	0	0	2
6 años	0	0	0	2	0	0	0	0	2
7 años	1	2	1	0	0	0	0	0	4
8 años	0	3	0	0	0	0	0	0	3
9 años	0	0	0	1	0	0	0	0	1
10 años	0	0	0	3	0	0	0	1	4
11 años	0	0	0	1	0	0	0	1	2
12 años	0	1	0	0	0	0	0	0	1
13 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	3	10	9	17	9	1	1	12	62

Nota: el número total de pacientes examinados fue 49; algunos pacientes presentaron más de una manifestación bucal. No fue posible examinar a niños de 13 años.

Fuente: fichas utilizadas para el registro de datos.

La edad en la que más frecuentemente se observó manifestaciones bucales fue de 0 a 12 meses, encontrándose 18 lesiones que equivale a 29.03% del total; seguido por 2 años de edad encontrándose 8 lesiones que equivale a 12.90% del total.

Gráfica No. 4
Distribución de manifestaciones bucales
según la edad



Nota: el número total de pacientes examinados fue 49; algunos pacientes presentaron más de una manifestación bucal. No fue posible examinar a niños de 13 años.

Fuente: fichas utilizadas para el registro de datos.

La edad en la que más frecuentemente se observó manifestaciones bucales fue de 0 a 12 meses, encontrándose 18 lesiones que equivale a 29.03% del total; seguido por 2 años de edad encontrándose 8 lesiones que equivale a 12.90% del total.

Tabla No. 5

Distribución del número de pacientes con signos y síntomas observados según el tipo de enfermedad infectocontagiosa padecida por niños de 0 a 13 años, atendidos en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, del 11 de junio al 11 de agosto del 2003.

Enfermedad Infectocontagiosa	No. de Pacientes que Presentaron Signos y Síntomas	No. de Pacientes que no Presentaron Signos y Síntomas	Total
Sida	2	0	2
Tuberculosis	16	0	16
Tos Ferina	11	0	11
Estomatitis Aftosa	1	0	1
Candidiasis	6	1	7
Varicela	3	0	3
Impétigo	7	0	7
Sífilis	1	0	1
Estomatitis Herpética	1	0	1
Total	48	1	49

Nota: el número total de pacientes examinados fue 49; algunos pacientes presentaron más de un signo y síntoma y más de una enfermedad.

Fuente: fichas utilizadas para el registro de datos.

La enfermedad en la que más frecuentemente se observaron signos y síntomas fue tuberculosis en 16 pacientes que equivale a 32.65% del total; seguida por tos ferina en 11 pacientes que equivale a 22.45% del total. Solamente 1 paciente no presentó signos y síntomas que equivale a 2.04% del total.

Tabla No. 5ª

Distribución de los signos y síntomas observados según el tipo de enfermedad infectocontagiosa padecida por niños de 0 a 13 años, atendidos en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, del 11 de junio al 11 de agosto del 2003.

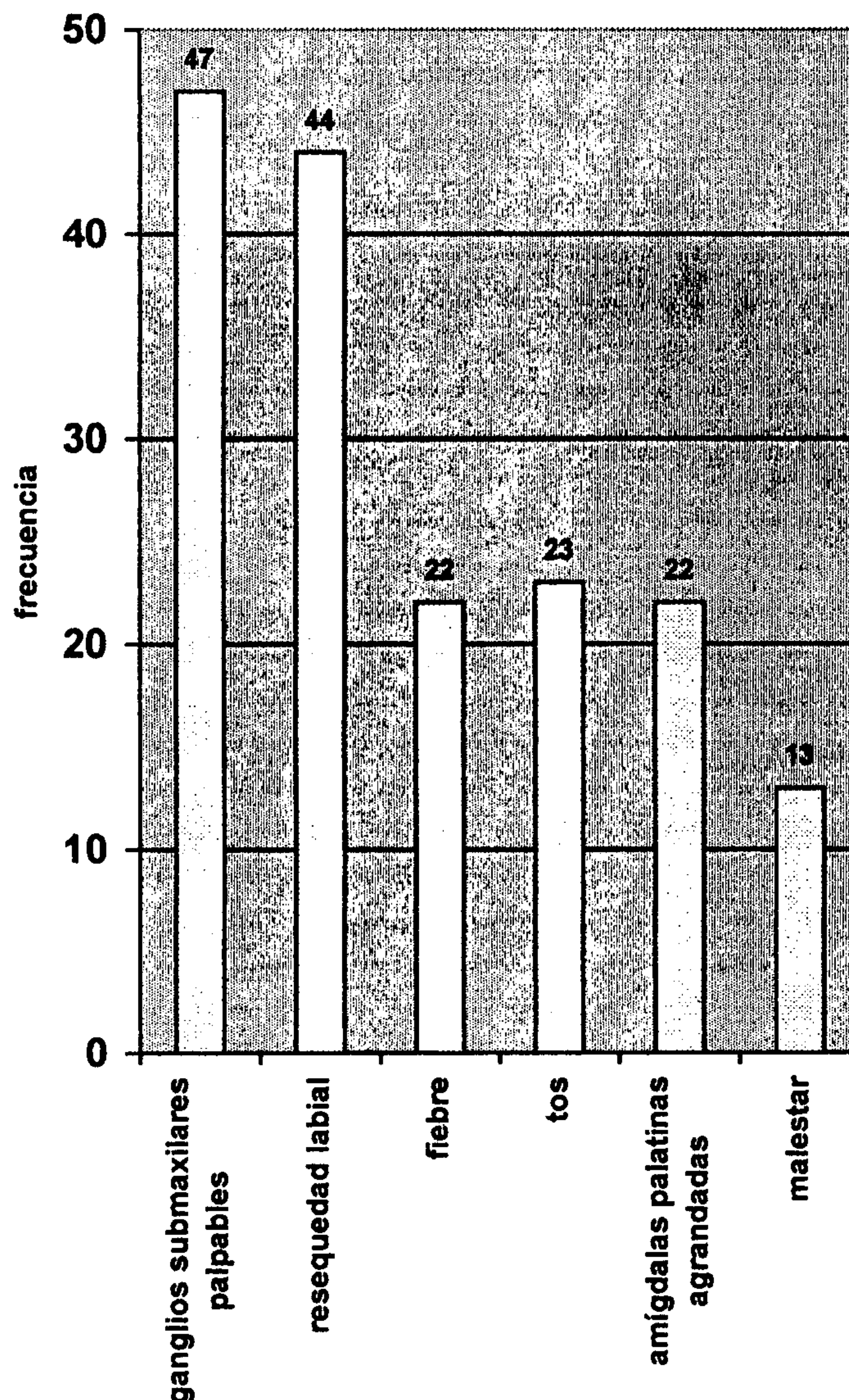
Signos y Síntomas	Enfermedad Infectocontagiosa									Total
	Sida	Tuberculosis	Tos Ferina	Estomatitis Aftosa	Candidiasis	Varicela	Impétigo	Sífilis	Estomatitis Herpética	
Tos	1	10	11	0	1	0	0	0	0	23
Fiebre	0	2	6	1	4	3	4	1	1	22
Náusea y Vómito	0	2	0	0	0	0	1	0	0	3
Cefalea	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
Disnea	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
Malestar	1	0	1	0	2	3	5	0	1	13
Anorexia	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Palidez	0	3	3	0	1	0	0	0	0	7
Diarrea	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
Dolor Bucal	0	0	0	1	0	0	1	0	1	3
Resequedad Labial	2	16	8	1	5	3	7	1	1	44
Depapilación Lingual	1	0	1	0	3	1	0	0	0	6
Disfagia	0	1	0	0	1	0	0	0	1	3
Amígdalas Palatinas Agrandadas	1	11	5	0	0	2	2	0	1	22
Ganglios Submaxilares Palpables	2	16	11	1	6	3	7	0	1	47
Ganglios Cervicales Palpables	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
Asintomático	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Total	8	64	47	5	26	15	30	2	7	204

Nota: el número total de pacientes examinados fue 49; algunos pacientes presentaron más de un signo y síntoma y más de una enfermedad.

Fuente: fichas utilizadas para el registro de datos.

El signo y síntoma más frecuentemente observado fue ganglios submaxilares palpables, encontrándose en 47 pacientes que equivale a 95.92% del total de pacientes y a 23.04% del total de signos y síntomas; seguido por resequedad labial en 44 pacientes que equivale a 89.80% del total de pacientes y a 21.57% del total de signos y síntomas. La enfermedad que más presentó signos y síntomas fue tuberculosis, encontrándose 64 que equivale a 31.37% del total seguido por tos ferina con 47 que equivale a 23.04% del total.

Gráfica No. 5
Distribución de signos y síntomas
más comunes según la enfermedad



Nota: el número total de pacientes examinados fue 49; algunos pacientes presentaron más de un signo y síntoma y más de una enfermedad.

Fuente: fichas utilizadas para el registro de datos.

El signo y síntoma más frecuentemente observado fue ganglios submaxilares palpables, encontrándose en 47 pacientes que equivale a 95.92% del total de pacientes y a 23.04% del total de signos y síntomas; seguido por resequedad labial en 44 pacientes que equivale a 89.80% del total de pacientes y a 21.57% del total de signos y síntomas. La enfermedad que más presentó signos y síntomas fue tuberculosis, encontrándose 64 que equivale a 31.37% del total seguido por tos ferina con 47 que equivale a 23.04% del total.

Tabla No. 6

Distribución de alteraciones clínicas en tejidos duros de la cavidad bucal observadas en niños de 0 a 13 años con enfermedades infectocontagiosas, atendidos en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, del 11 de junio al 11 de agosto del 2003.

Enfermedad Infectocontagiosa	Alteración de Tejidos Duros				Total
	Caries Dental	Hipoplasia Dental	Coloración Dental Anormal	Ninguna	
Sida	2	1	0	0	3
Tuberculosis	16	0	0	0	16
Tos Ferina	2	0	0	9	11
Estomatitis Aftosa	1	0	0	0	1
Candidiasis	0	1	1	6	8
Varicela	1	0	0	2	3
Impétigo	4	2	0	2	8
Sífilis	0	0	0	1	1
Estomatitis Herpética	0	0	0	1	1
Total	26	4	1	21	52

Nota: el número total de pacientes examinados fue 49; algunos pacientes presentaron más de una alteración y más de una enfermedad.

Fuente: fichas utilizadas para el registro de datos.

La alteración de tejidos duros más frecuentemente observada fue la caries dental, encontrándose en 26 pacientes que equivale a 53.06% del total de pacientes.

XI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los hallazgos bucales clínicos variaron según la enfermedad infectocontagiosa padecida por los pacientes; a pesar de eso, la manifestación bucal más frecuentemente observada fue úlcera y la enfermedad más común fue la tuberculosis (se debe tomar en cuenta que el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación es el centro para la referencia de paciente tuberculoso infantil a nivel nacional) (tabla 1 y 1ª y gráfica No. 1).

La región de la cavidad bucal con que con mayor frecuencia se presentaron manifestaciones fue el paladar duro seguido por la lengua, encía adherida y carrillos. Se logró observar una variación en el tipo de manifestación dependiendo de la región bucal examinada, esto debido probablemente al tipo de tejido de cada región y su función (tabla y gráfica No. 2).

No se encontró una diferencia significativa en la presencia de manifestaciones bucales clínicas con relación al sexo de los pacientes, por lo que se deduce que invariablemente del sexo se presentarán manifestaciones bucales en este tipo de enfermedades (tabla 3 y 3ª y gráfica No. 3).

En pacientes menores de 1 año se observaron más frecuentemente manifestaciones bucales clínicas seguido por niños de 2 y 3 años; probablemente

debido a su estado inmunológico deficiente, ya que varios pacientes presentaron conjuntamente desnutrición protéico-calórica (DPC), diarrea líquida y una consecuente deshidratación (tabla 4 y 4ª y gráfica No. 4).

Se observó variación de algunos síntomas y de otros no, según el tipo de enfermedad infectocontagiosa padecida; es importante recordar que algunos pacientes presentaron más de una enfermedad o condición (DPC, deshidratación, etc.). Sin embargo los signos y síntomas más frecuentes fueron ganglios submaxilares palpables y resequedad labial, seguidos por tos, fiebre, amígdalas palatinas agrandadas y malestar (tabla 5 y 5ª y gráfica No. 5).

La alteración de tejidos duros de la cavidad bucal más frecuente fue la caries dental, debido probablemente a los factores económicos, nutricionales y culturales que estos pacientes presentan (tabla No. 6).

XII. CONCLUSIONES

1. Los niños de 0 a 13 años con enfermedades infectocontagiosas presentaron generalmente, manifestaciones clínicas en la cavidad bucal.
2. El hallazgo clínico que con mayor frecuencia se presentó en la cavidad bucal en niños de 0 a 13 años con enfermedades infectocontagiosas, fue úlcera.
3. Las manifestaciones bucales clínicas en niños de 0 a 13 años variaron, según el tipo de enfermedad infectocontagiosa.
4. La región de la cavidad bucal en niños de 0 a 13 años con enfermedades infectocontagiosas, donde se presentaron con mayor frecuencia manifestaciones clínicas, fue el paladar duro.
5. No se encontró relación entre el sexo y el tipo de manifestaciones bucales clínicas que presentaron niños de 0 a 13 años con enfermedades infectocontagiosas.
6. Los niños menores de 1 año con enfermedades infectocontagiosas, presentaron con mayor frecuencia hallazgos bucales clínicos.

7. Los signos y síntomas más frecuentemente encontrados en niños de 0 a 13 años con enfermedades infectocontagiosas, fueron ganglios submaxilares palpables y resequedad labial.
8. La caries dental fue el hallazgo bucal más frecuentemente encontrado en dientes de niños de 0 a 13 años con enfermedades infectocontagiosas.

XIII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar estudios similares en personas adolescentes y en personas adultas con el mismo tipo de enfermedades, para comparar si presentan el mismo tipo de manifestaciones.
2. Se recomienda al odontólogo general evaluar detenidamente los tejidos blandos de la cavidad bucal, para poder tener participación en el diagnóstico de entidades como lo son las enfermedades infectocontagiosas.

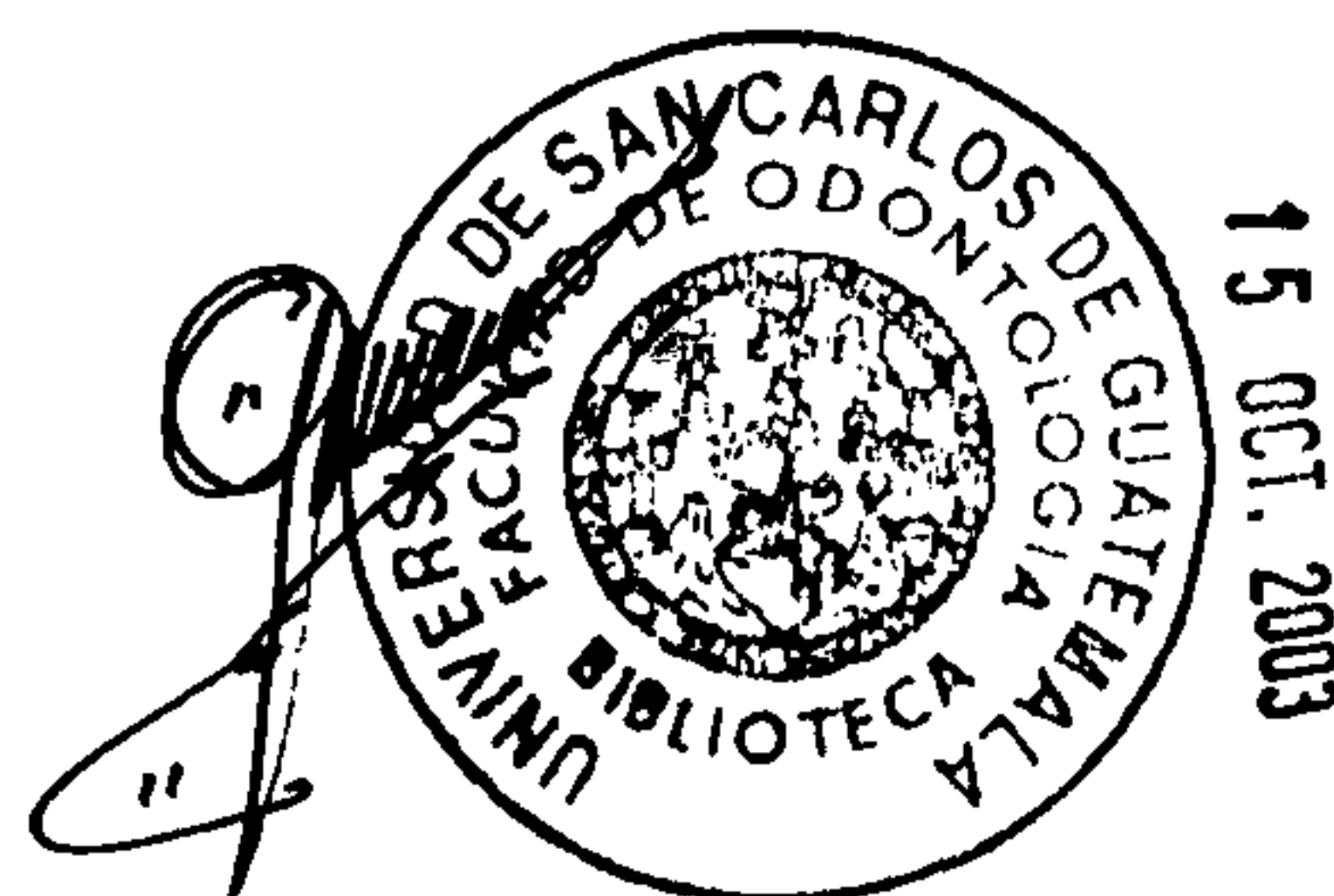
XIV. LIMITACIONES

No fue posible examinar a muchos pacientes diagnosticados con tuberculosis y otras enfermedades por ser pacientes de reconsulta.

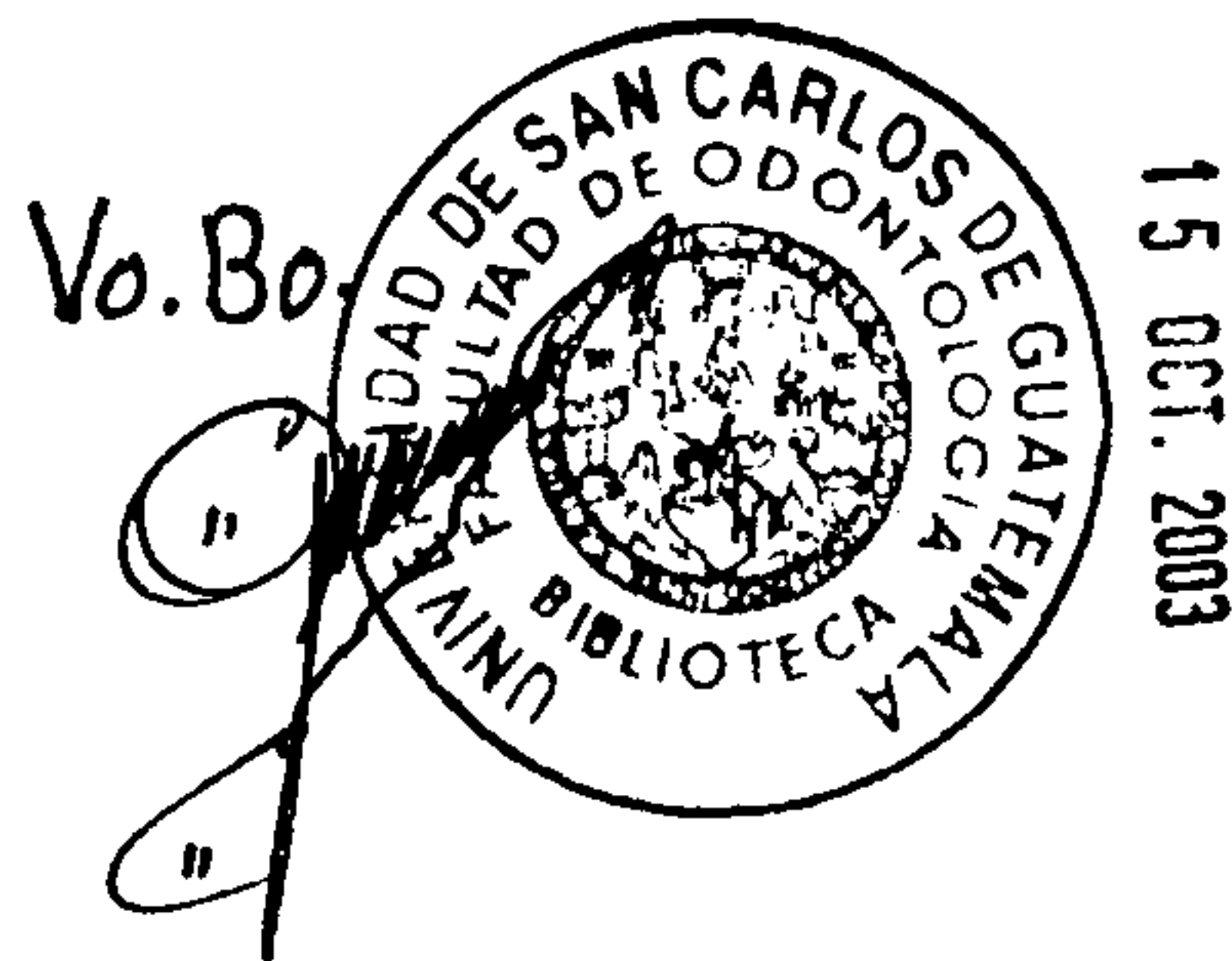
Otra limitación de la presente investigación fue que el diagnóstico de algunas enfermedades era dado sólo en base a los signos y síntomas que referían los pacientes y no por exámenes de laboratorio, debido a los recursos con los que cuentan los hospitales nacionales.

XV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado A., Wilson.-- Procesos inflamatorios infecciosos de la mucosa oral.-- pp. 7-55.-- En: Tumores de cabeza y cuello / Mario A. Luna, Eduardo Blasco O., Jorge García T., autores.-- España, San Sebastián : Fundación Guipúzcoa, 1998.
2. El manual merck de diagnóstico y terapéutica / Meena Adhar... [et al.] ; trad. por José M. Alcover... [et al.]-- 8ª ed.-- Barcelona : Doyma, 1989.-- pp. 76-281, 317, 2113, 2212-2263.
3. López A., César.-- Manual de patología oral.-- Guatemala : Editorial Universitaria, 1975.-- pp. 331-360, 391-392. (Colección Aula vol. No. 16).
4. Regezi, Joseph A.-- Patología bucal / Joseph A. Regezi, James J. Sciubba ; trad. por Sonia Schneider Rivas, Manuel A. Palacios E.-- 2ª ed.-- México : Interamericana McGraw-Hill, 1991.-- pp. 1-71, 250-260.
5. Robbins, Stanley L.-- Patología humana / Stanley L. Robbins, Vinay Kumar ; trad. por Alberto Folch Pi, Bernardo Rivera M.-- 4ª ed.-- México : Interamericana McGraw-Hill, 1990.-- pp. 47, 178-182, 450, 460, 501-514, 639-647.
6. Rose, Louis F.-- Medicina interna en odontología / Louis F. Rose, Donald Kaye ; trad. por Javier González Lagunas.-- 2ª ed.-- Barcelona : Salvat Editores, 1992.-- pp. 131-339, 903, 1029, 1203.
7. Stites, Daniel P.-- Inmunología básica y clínica / Daniel P. Stites, John D. Stobo, Vivian Wells ; trad. por Jorge Orizaga Samperio.-- México : El Manual Moderno, 1988.-- pp. 346-353, 536-583, 666-691.
8. Tratado de patología bucal / William G. Shafer... [et al.] ; trad. por María de Lourdes Hernández Cázares.-- 4ª ed.-- México : Nueva Editorial Interamericana, 1986.-- pp. 347-414.



9. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología, Área de Patología.-- Anatomía clínica de la cavidad oral.-- Guatemala, 1990.-- 17p.
10. _____ Lesiones básicas de piel y mucosa.-- Guatemala, 1991.-- 16p.
11. _____ Úlcera.-- Guatemala, 1992.-- 10p.



XVI. ANEXOS

FICHA PARA REGISTRO DE DATOS

Paciente No. _____ Fecha _____

Datos Generales

Nombre _____ Sexo M ___ F ___ Edad _____

Diagnóstico Clínico _____

Examen Clínico de la Cavidad Bucal

Signos y Síntomas _____

Hallazgos Clínicos Encontrados en la Inspección:

• Lesión Básica _____ Forma _____ Tamaño _____

Base _____ Color _____ Bordes _____ Superficie _____

Consistencia _____ Exudado _____ Dolor Sí ___ No ___ Localización _____

Placa Blanquesina Sí ___ No ___

• Lesión Básica _____ Forma _____ Tamaño _____

Base _____ Color _____ Bordes _____ Superficie _____

Consistencia _____ Exudado _____ Dolor Sí ___ No ___ Localización _____

Placa Blanquesina Sí ___ No ___

• Lesión Básica _____ Forma _____ Tamaño _____

Base _____ Color _____ Bordes _____ Superficie _____

Consistencia _____ Exudado _____ Dolor Sí ___ No ___ Localización _____

Placa Blanquesina Sí ___ No ___

Disfagia ___ Trismo ___ Olor Fétido ___ Dolor Bucal ___ Hinchazón de Parótidas ___ Edema Papilar ___

Depapilación Lingual ___ Resequedad Labial ___ Inflamación _____

Palidez _____ Edema _____

Otros _____

Hallazgos Clínicos Encontrados en la Palpación: _____

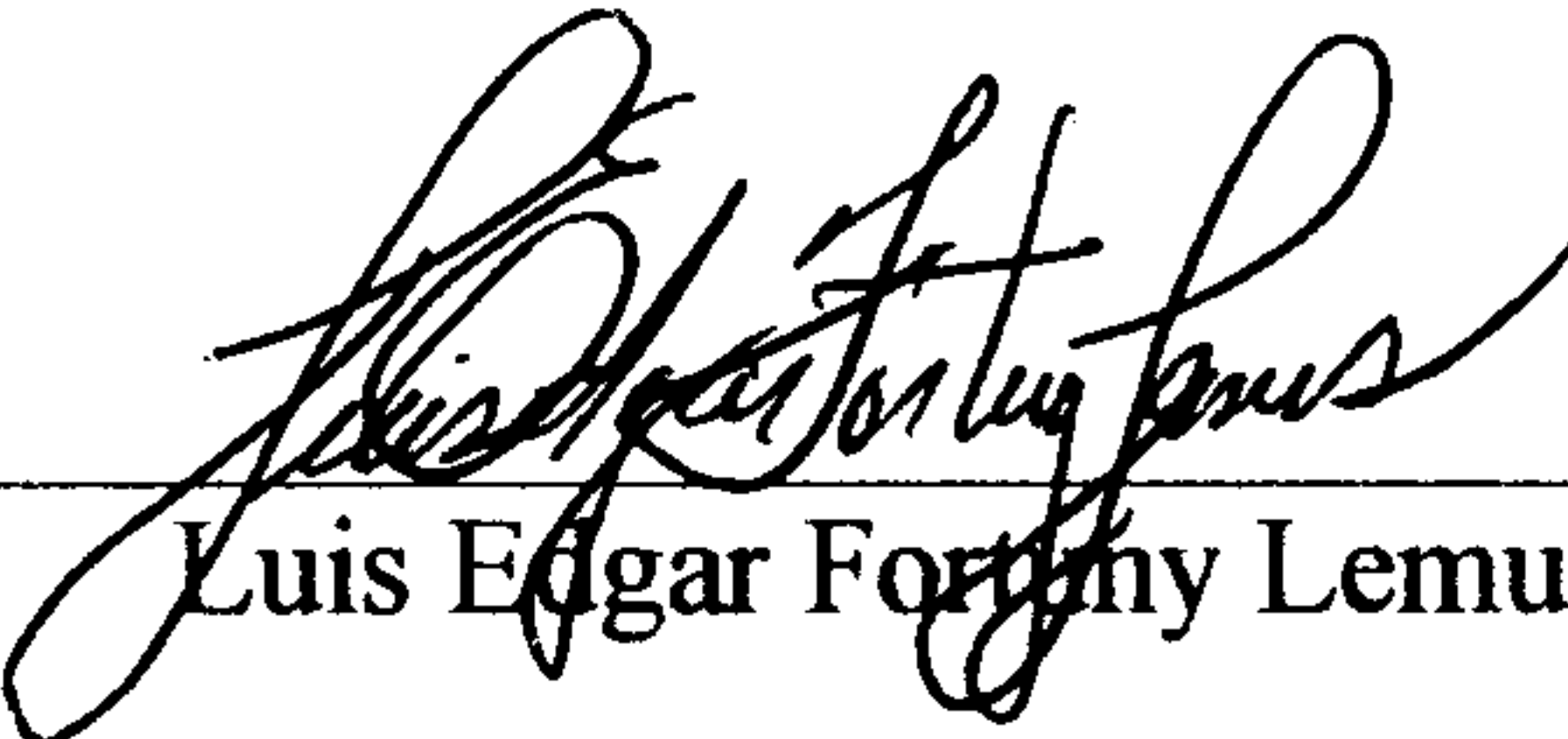
Ganglios Linfáticos Palpables, Submaxilares y Sublinguales Sí ___ No ___ Cervicales Sí ___ No ___

Sensibles al Tacto Sí ___ No ___ ATM _____

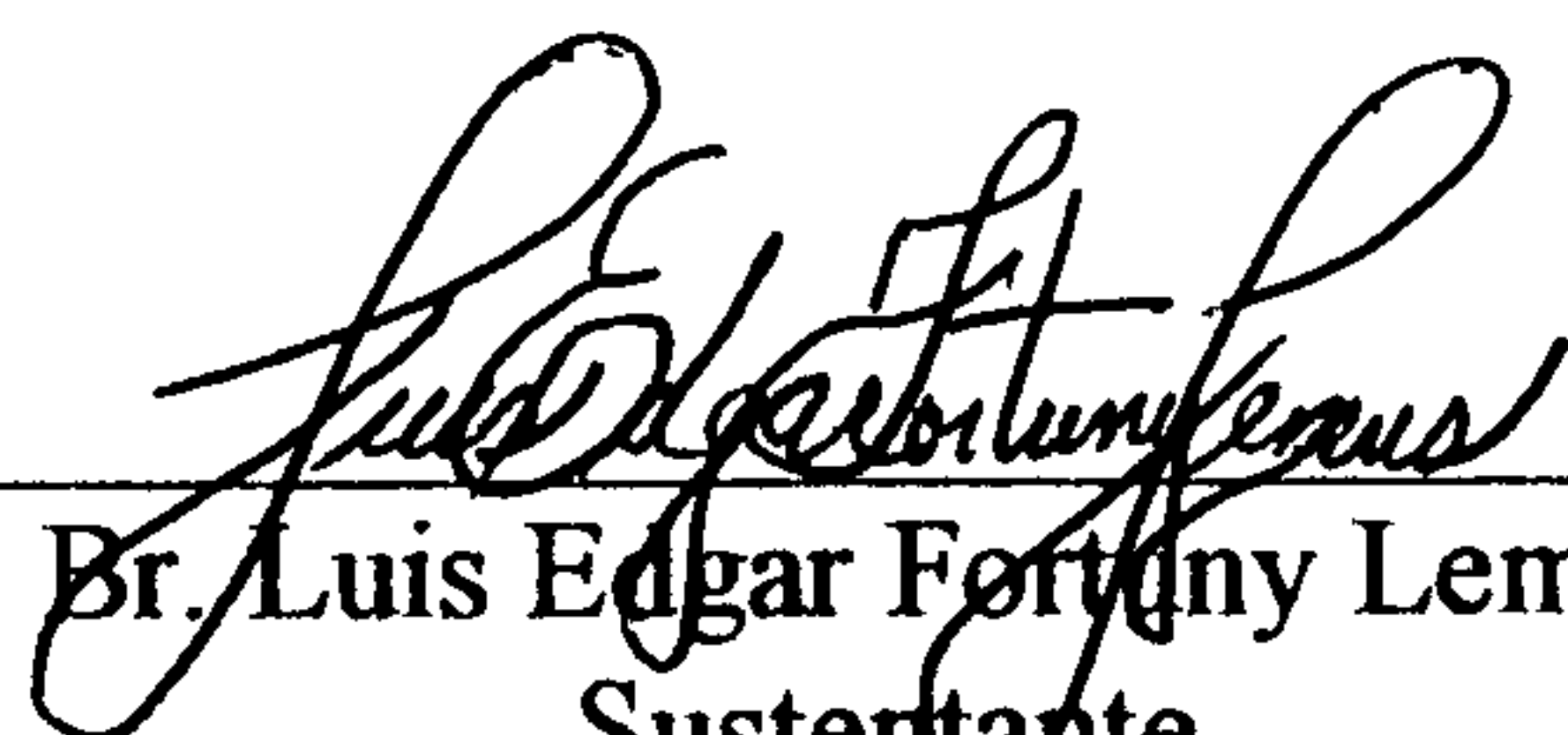
INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA FICHA DE DATOS

Paciente No.: se anotará el orden correlativo con números arábigos. Fecha: se anotará el día, mes y año en que se realizó el examen. Nombre: se anotará el nombre del paciente. Sexo: se anotará el sexo social del paciente, M para masculino y F para femenino. Edad: se anotará la edad del paciente en meses o años cumplidos. Diagnóstico Clínico: se anotará el diagnóstico dado por el médico que haya examinado al paciente. Signos y Síntomas: se anotarán los hallazgos referidos por el paciente o por su madre y los signos clínicos que se encuentren tales como fiebre, cefalea, escalofríos, etc. Lesión Básica: se anotará el aspecto general del hallazgo según los criterios de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Forma: se anotará la forma predominante de la lesión. Tamaño: se anotará el tamaño de la lesión expresada ya sea en centímetros o milímetros. Base: se anotará si es sésil o pedunculada, no se anotará nada si la lesión es plana o es una pérdida de continuidad. Color: se anotará el color predominante de la lesión. Bordes: se anotará si son definidos o indefinidos. Superficie: se anotará el tipo de superficie (lisa, rugosa, granulomatosa, etc.) en caso de úlceras se debe anotar su fondo en lugar del tipo de superficie. Consistencia: se anotará el tipo de consistencia de la lesión (blanda, dura, etc.). Exudado: se anotará en caso lo hubiese, el tipo de exudado (sangre, linfa, pus, etc.). Dolor: se anotará si el paciente refiere dolor al tacto de la sesión. Localización: se anotará el lugar preciso de la lesión utilizando como referencia las estructuras normales de la boca. Placa Blanquesina: en caso de una úlcera se anotará si existe o no. Disfagia, Trismo, Olor Fétido, Dolor Bucal, Hinchazón de Parótidas, Edema Papilar, Depapilación Lingual, Resequedad Labial: se anotará con una "X" si existiera. Inflamación, Palidez y Edema: se anotará el área en donde se encuentre si lo hubiese. Otros: se anotará algún otro hallazgo encontrado, así como erupción dental retardada, hipoplasia dental, movilidad y coloración anormal de las piezas dentales. Hallazgos Clínicos Encontrados en la Palpación: se anotará cualquier crecimiento o anomalía que se encuentre. Ganglios Linfáticos Palpables: se anotará si están agrandados o no, así como si son o no sensibles al tacto. ATM: se anotará cualquier hallazgo encontrado a nivel de la articulación temporomandibular.

**EL CONTENIDO DE ESTA TESIS ES ÚNICA Y
EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL AUTOR**



Luis Edgar Fortuny Lemus


Br. Luis Edgar Fortuny Lemus
Sustentante

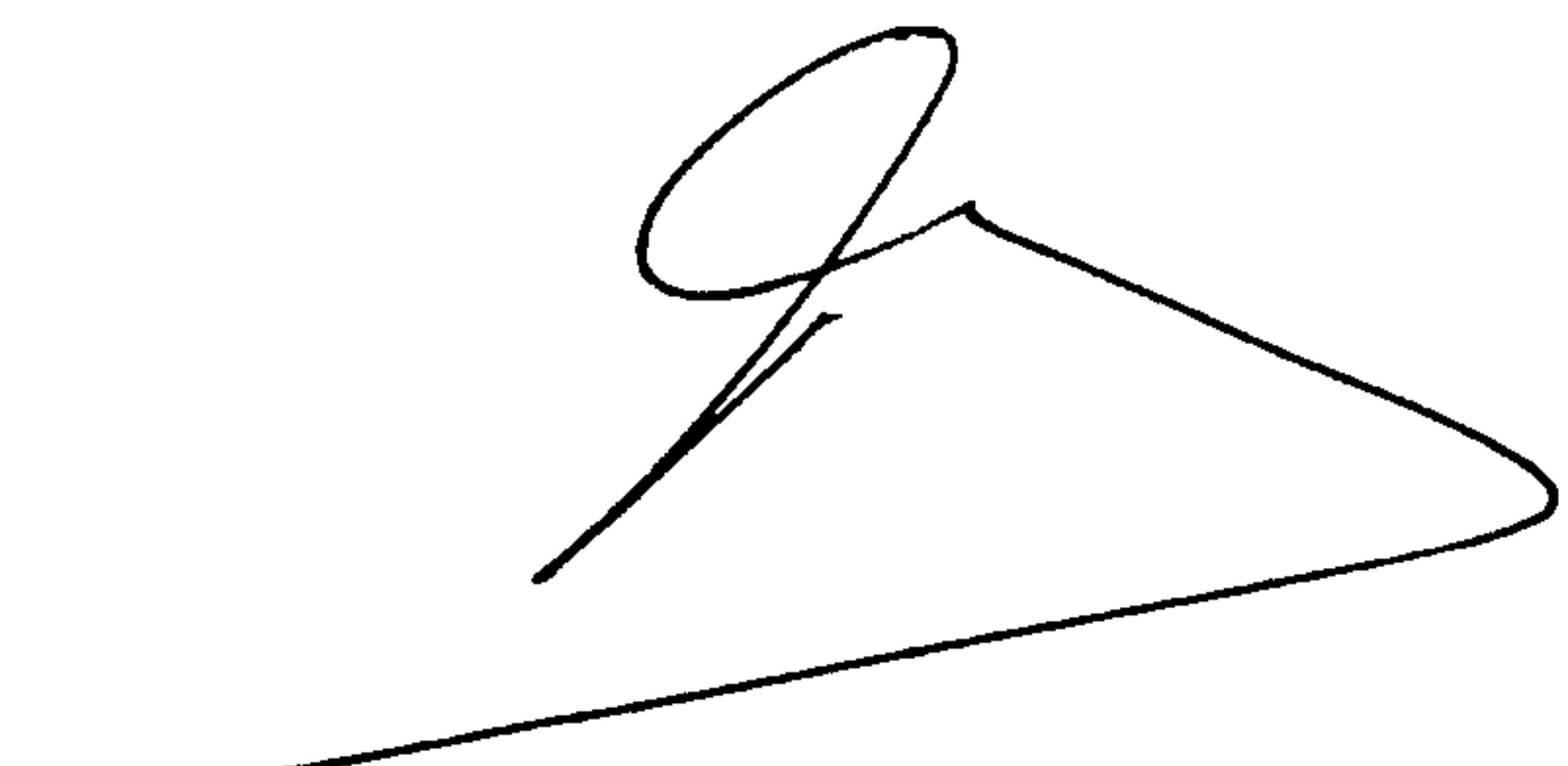

Dr. Oscar Stuardo Toralla de León
Asesor de Tesis


Dr. Jorge Orlando Avila Morales
Comisión de Tesis




Dr. Edgar Estuardo Montoya Flores
Comisión de Tesis

Imprimase.


Dr. Otto Raúl Torres Bolaños
Secretario General

