

**DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍAS EN
TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL. ESTUDIO REALIZADO EN
NIÑOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA, QUE ASISTEN A ESCUELAS DE
CUATRO COMUNIDADES DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA.
(Estudio Piloto)**

Tesis presentada por:

LIBNI MARIANA GIRÓN RUIZ

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, Agosto de 2013

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. José Fernando Ávila González
Vocal Segundo:	Dr. Erwin Ramiro González Moncada
Vocal Tercero:	Dr. Jorge Eduardo Benítez De León
Vocal Cuarto:	Br. Carlos Alberto Páez Galindo
Vocal Quinta:	Br. Betzy Michelle Ponce Letona
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. José Fernando Ávila González
Vocal Segundo:	Dr. Erwin Ramiro González Moncada
Vocal Tercero:	Dr. Marvin Lizandro Maas Ibarra
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por haberme permitido llegar hasta aquí, porque me enseñó que estaba, está y estará en cada momento de mi vida y ver que de mí nunca se olvidó, dándome la fuerza, la capacidad y la paciencia; gracias mi Dios porque sin ti nada hubiese sido posible, tuyo es mi triunfo, la honra y la gloria.

A MIS PADRES

Haroldo Girón Motta y Lucrecia Ruiz Rodas; porque han dedicado su vida con amor para formarme como persona y porque han sabido guiar mis pasos por el camino correcto. Gracias por el esfuerzo, sacrificio y apoyo que me han brindado para ser quien soy y para llegar hasta la cumbre de mi carrera que me ha llevado a alcanzar este triunfo que también es de ustedes. Los amo con todo mi corazón.

A MIS HERMANAS

Nury y Dara, por ser mis compañeras de vida, creer en mí y apoyarme siempre.

A MIS SOBRINOS

José David y David Emilio por ser esa luz que ilumina mi vida.

A MI ABUELITA

Dorita Motta, que aunque no esté con nosotros, vive en mi corazón, y quien siempre creyó en mí, dándome siempre todo su amor.

A MIS TIOS

Susy y Maribel Ruiz, Carlos Hernández y René Sarti, por su apoyo en todos los sentidos y su cariño incondicional.

A MIS AMIGOS

Evelyn Echeverría, Nancy Chacón, Ingrid Mendoza, Roxana Cojón y Glenda Alvizúres, por haber dejado una hermosa huella en mi vida, por ser aleados y amigos sinceros, siempre apoyándonos en nuestra formación profesional. Los llevo en mi corazón.

A MI NOVIO

Jorge Gil, por su amor, tiempo y apoyo incondicional.

**A MIS COMPAÑERAS
DE TESIS**

Nancy Chacón, Elizabeth Medrano, Ana Lucía Franco, por su apoyo y buen compañerismo.

**A MIS REVISORES Y
ASESORES**

Dr. Guillermo Barreda, Dr. Marvin Maas, Dr. Victor Lima y Dra. Marlen Melgar; por el tiempo y la ayuda que brindaron durante la investigación.

TESIS QUE DEDICO

A DIOS	Fuente inagotable de sabiduría, por las bendiciones que a cada momento tiene para mí.
A MI QUERIDA FAMILIA	Por el amor, sacrificio, y apoyo que nunca falto.
A MI HERMOSA GUATEMALA	Por ser bella y colorida, por ser más que mi patria, mi raíz.
A CHICHÉ, EL QUICHÉ	Por haber hecho de mi EPS una experiencia única e inolvidable.
A MIS ASESORES Y REVISORES	Por hacer posible esta investigación.
A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Por ser templo del saber, por haberme permitido ser una nueva profesional.
A MI PRESTIGIOSA, ÚNICA, GLORIOSA Y TRICENTENARIA, UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA	Por haberme brindado mis estudios superiores y sido mi casa de estudios.
A TODOS LOS QUE COLABORARON DE ALGUNA U OTRA FORMA CON LA REALIZACION DE ESTA INVESTIGACION	Muy agradecida

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración el trabajo de tesis titulado: **“DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA CLÍNICA DE PATOLOGÍAS EN TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL. ESTUDIO REALIZADO EN NIÑOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA, QUE ASISTEN A ESCUELAS DE CUATRO COMUNIDADES DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA.” ESTUDIO PILOTO.** 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 todas las personas que me brindaron su ayuda en la elaboración del siguiente trabajo de tesis, en especial a mis asesores de tesis: Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles, Dr. Marvin Lizandro Maas Ibarra, Dr. Víctor Hugo Lima Sagastume y Dra. Marlen Esther A. Melgar Girón, por su valiosa orientación y dedicación en la elaboración de la presente investigación.

Y a ustedes miembros del honorable tribunal examinador, acepten las muestras de mi más alta estima y respeto.

ÍNDICE

I.	Sumario	1
II.	Introducción	3
III.	Antecedentes	4
IV.	Planteamiento del problema	9
V.	Justificación	10
VI.	Marco teórico	11
VII.	Objetivos	42
VIII.	Variables	43
IX.	Metodología	44
X.	Recursos	46
XI.	Presentación, interpretación y análisis de resultados	47
XII.	Discusión de resultados	82
XIII.	Conclusiones	86
XIV.	Recomendaciones	88
XV.	Limitaciones	89
XVI.	Bibliografía	90
XVII.	Anexos	93

I. SUMARIO

En la población pediátrica pueden presentarse varias entidades patológicas que afectan a la cavidad bucal, de etiología diversa (microbiológica, genética, ambiental, entre otras).

Las patologías encontradas requieren un examen clínico definido para poder proporcionar un diagnóstico certero, brindando información adecuada para proporcionar un tratamiento específico. El presente estudio consistió en determinar la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal en la población infantil, pertenecientes a cuatro escuelas de los municipios de Chiché, El Quiché; Estanduela, Zacapa; Huehuetenango, Huehuetenango y, San Andrés Itzapa, Chimaltenango de la República de Guatemala. Tomando una muestra de 320 escolares (80 de cada comunidad en mención) utilizando para ello el consultorio odontológico donde se realizó el programa de Ejercicio Profesional Supervisado, examinando a los pacientes a través de la palpación e inspección.

Para cada caso clínico se utilizó un instrumento de recolección de datos que incluye: datos generales del paciente, aspectos clínicos de la lesión, historia breve de la lesión, diagnósticos diferenciales y su localización en el diagrama conveniente. Luego de la recopilación de la información, se procedió a la tabulación y realización de cuadros y gráficas correspondientes. La información obtenida fue utilizada para el análisis, interpretación de los resultados, elaboración de conclusiones y recomendaciones.

Con base a los resultados se concluyó que, la presencia clínica de lesiones patológicas en tejido blandos en las edades comprendidas entre los 7 y los 15 años (57.85%), 185 escolares examinados presentaron lesiones patológicas, con una diferencia en cuanto a predilección del sexo del 7.02%; afectando 99 escolares (53.51%) del sexo femenino y 86 escolares (46.49%) al sexo masculino. Aunque en general el sexo femenino predominó sobre el masculino, en el municipio de Estanduela, Zacapa, el sexo masculino presentó mayor número de lesiones que el femenino.

Las tres lesiones más comunes en la muestra de las cuatro escuelas de las comunidades en estudio fueron; para el municipio de Chiché, El Quiché; gránulos de Fordyce (50.2%), páculis (25.83%) y úlcera aftosa menor (6.44%). En el municipio de Estanduela, Zacapa; gránulos de Fordyce (41.30%), herpes simple (21.74%) e hiperqueratosis focal (15.22%). En el municipio de Huehuetenango, Huehuetenango; gránulos de Fordyce (55.56%), úlcera aftosa menor (13.89%) y úlcera traumática (11.11%). En el municipio de San Andrés Itzapa, Chimaltenango; gránulos de Fordyce (57.14%), úlcera aftosa menor (9.52%) y herpes simple (7.14%). Siendo para las cuatro comunidades en mención, los gránulos de Fordyce la lesión mayormente encontrada.

Resulta de suma importancia realizar estudios de prevalencia de lesiones en diferentes zonas del país para dar a conocer el tipo de lesión que más afecta a nuestra población y poder así, realizar análisis comparativos regionales; orientando al odontólogo general en la detección y diferenciación de las mismas a través de un diagnóstico precoz para su posterior referencia al profesional especialista en patología bucal, en especial si se considera que existen lesiones con potencial de malignidad.

II. INTRODUCCIÓN

Se pueden desarrollar diversas lesiones a nivel de la cavidad bucal en pacientes pediátricos, (1, 7) por lo que se requiere de un diagnóstico global temprano para proporcionar un tratamiento acorde con el o los padecimientos. Al efectuar un estudio en Guatemala en una población pediátrica para identificar las diversas patologías bucales que pueden presentarse en tejidos blandos, se busca contribuir al conocimiento de los padecimientos que sufre la población estudiantil del nivel primario, con el objeto de suministrar un aporte que pueda sumarse a los estudios relacionados con éste tema.

La Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, a través de los estudiantes del Ejercicio Profesional Supervisado, busca realizar un aporte a la sociedad guatemalteca a través de un estudio cuyo muestreo estadístico se obtendrá realizando un examen clínico a escolares del nivel primario que asistan a escuelas de cuatro comunidades de la República de Guatemala, utilizando para éste fin, el consultorio odontológico proporcionado para la realización del programa de Ejercicio Profesional Supervisado. Con los datos obtenidos, un número importante de niños con patologías bucales pueden ser diagnosticados, cuyos resultados podrán promover la comunicación y el interés entre los organismos de salud encargados de brindar las pautas necesarias orientadas a la detección de enfermedades bucales y así estimular la investigación, el reporte de casos, el registro de los mismos y, obtención de resultados. Con la información obtenida se buscará incidir en la toma de decisiones para la propuesta de una solución dentro de los programas bucales al efectuar acciones que beneficien a la población estudiantil del área donde se realizará el mismo.

III. ANTECEDENTES

En 1993 se realizó un estudio con una muestra de 124 escolares, entre niños y niñas, de las escuelas del área urbana de la Villa de Chicacao, municipio del departamento de Suchitepéquez, comprendidos entre las edades de 6 a 16 años, distribuidos entre los tres diferentes grados de desnutrición, con el objeto de identificar la presencia de lesiones bucales clínicas en los niños desnutridos. El número entre niños y niñas que presentó algún grado de desnutrición fue de 76, a éstos se le realizó un examen clínico de la cavidad bucal para poder identificar la presencia de lesiones bucales en los grados de desnutrición presentes.(1) Se procedió a tabular los datos obtenidos y a agruparlos en los grados correspondientes, pudiéndose comprobar el grado de palidez de la mucosa, seguida de la depapilación de la lengua, ambas fueron las lesiones que se presentaron con mayor frecuencia en el examen de tejidos blandos.(1)

En el periodo comprendido entre el 11 de junio al 11 de agosto de 2003 se realizó el estudio: "Hallazgos bucales clínicos en niños de cero a trece años con enfermedades infectocontagiosas" en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación. En el mismo se 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 Guatemala, en la que se pueda basar para participar en el diagnóstico de dichas enfermedades. Se determinó la prevalencia de las manifestaciones bucales clínicas de estos pacientes con el objetivo de proporcionar al odontólogo general una guía documentada, con datos del medio, en la que se pueda apoyar para participar en el diagnóstico de dichas enfermedades.(4)

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.(4)

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. Con estos datos se obtuvo como resultado que las enfermedades infecto contagiosas presentaron, en esta casuística, manifestaciones bucales clínicas en 75.51% de los pacientes.(4)

En el año 1978, Ruth Galliano realizó un estudio de lesiones orales en niños desnutridos. En Guatemala se han realizado diversos estudios sobre desnutrición infantil, ello es posible puesto que es una nación con las características propias de los países en desarrollo económico; tales como: bajo ingreso per cápita, alto índice de analfabetismo, situación de la tenencia de tierra, entre otros, estas características y otras más contribuyen en el progreso de la desnutrición infantil. Se encuentra algunas veces cuadros clínicos de lesiones orales, causadas por la desnutrición de las cuales se ignora la causa o sugiere una etiología equivocada. Esta investigación pretendió estudiar las manifestaciones bucales encontradas en el momento en que el niño estaba desnutrido, sin relacionar directamente la desnutrición con las lesiones orales clínicas específicas, sino solamente asociarlas.(5)

En el año 1998, Ana Rivera realizó un estudio de patología bucal pediátrica titulado: Prevalencia de tumores y quistes en niños guatemaltecos menores de 3 años. Estudio retrospectivo (doce años, de 1985 a 1997), en un laboratorio de referencia de patología anatómica de cabeza y cuello. Se procedió a revisar los archivos de las biopsias y expedientes clínicos de los pacientes, tomando únicamente los correspondientes a niños menores de 3 años.(15)

El total de casos recibidos durante ese período 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 candidiasis. La patología de las lesiones estudiadas que mostró mayor frecuencia fue la úlcera de Riga-Fede. El 13% lo representaron las patología no neoplásicas de glándulas salivares, de las cuales el mucocelo fue la más frecuente. Las anomalías del desarrollo representaron el 12%, de ellas las más comunes fueron Quiste de erupción y Hemiatrofia facial. Con respecto al sexo no se tuvo un dato significativo, puesto que se encontraron 41 casos de niños y 44 de niñas, en una relación de 1:00 a 1:07. En dicha investigación se concluyó que del total de las 85 lesiones, la más frecuente fue el mucocelo (10 casos), seguido de candidiasis bucal (7 casos). Las pocas neoplasias malignas encontradas fueron de alto grado de malignidad. (15)

En el año 2007, Jiménez et al realizaron un estudio epidemiológico referente a las lesiones en tejidos blandos en niños y adolescentes, sin trastornos nutricionales, que asistieron al Centro Odontopediátrico de Caracas, en Venezuela, durante el período de mayo a noviembre. La población total fue de 361 pacientes, entre niños y adolescentes, con edades comprendidas entre los 2 y los 17 años de edad, de los cuales 245 pacientes fueron evaluados clínicamente, de ellos, 69 pacientes (28,16%) presentaron 82 lesiones patológicas en los tejidos blandos, correspondiendo 39 (56,52%) pacientes al género masculino y 30 (43,47%) pacientes al femenino.(7) Los resultados de este estudio indicaron que la lesión más frecuente fue el Morsicatum Buccarum y la Leucoplasia, con 13 casos cada uno, lo que representa el 15,87%; seguido por el Fibroma Traumático con 10 casos siendo el 12,19%; luego la Candidiasis y la Glositis Migratoria Benigna con 8 casos cada una, representando el 9,75%; la Úlcera Traumática con 7 casos, representando el 8,53%; Queilitis Actínica y Herpes Labial Recurrente con 5 casos cada uno, siendo el 6,09%; Mucocelos con 4 casos, al 4,87%; Quiste de Erupción, Impétigo, Estomatitis Nicotínica y Estomatitis Subprotésica presentando 2 casos cada uno, siendo el 2,43%; y la Úlcera Aftosa Recurrente en un caso, el 1,21%.

En el año 2004, se realizó un estudio en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, sobre epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños, donde se dice que el odontólogo responsable de tratar al niño debe tener en cuenta la posibilidad de encontrar cualquier condición patológica a nivel de la mucosa oral sobre todo a edades tempranas.

Los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años han mostrado el distinto grado de apreciación de los diferentes investigadores y una gran variabilidad en las prevalencias de las lesiones mucosas orales en las diferentes regiones del mundo. Las lesiones que más frecuentemente se han tomado en cuenta por los diferentes autores y que más aparecen en los diferentes estudios son: la estomatitis aftosa recurrente, el herpes labial, la lengua fisurada, la lengua geográfica, la candidiasis oral y las lesiones traumáticas, con prevalencias que respectivamente muestran rangos de 0,9% al 10,8%, del 0,78% al 5,2%, del 1,49% al 23%, del 0,60% al 9,8% y del 0,01% al 3,7%. Frente a la gran cantidad de alteraciones que se pueden encontrar, el odontólogo debe ser capaz de detectar dichas lesiones y llevar a cabo un correcto diagnóstico diferencial, eslabón esencial del plan de tratamiento.(14)

Durante mayo y octubre de 2008 se realizó un estudio de patologías más frecuentes en cavidad bucal en niños y adolescentes malnutridos y nutridos que asistieron al Centro de Atención Nutricional Infantil Antimano (CANIA) de Caracas, en Venezuela. A nivel mundial son pocas las referencias que relacionen patologías bucales con el diagnóstico nutricional. La clasificación nutricional utilizada en los pacientes fue: Eutrófico (normopeso), Desnutrición subclínica, Leve, Moderada, Severa y Obesidad.(7) El objetivo general fue determinar las diversas patologías bucales de los niños y adolescentes. Entre los materiales y métodos se emplearon: equipo básico, luz frontal y un instrumento de recolección de datos que contenía datos socio-epidemiológicos, diagnóstico nutricional, patología presente y características de las mismas.

La investigación fue de tipo mixta: documental, de campo, descriptiva y transversal. Entre los resultados obtenidos están: 347 pacientes observados, 167 presentaron lesión en tejido duro y blando. La caries dental fue la lesión más frecuente con 53%, seguido de máculas (12%) e hipoplasia de esmalte (6%). El grupo etáreo más afectado fue entre los 6 a 8 años (35%). El género más afectado fue el masculino (64%), la localización fue el tejido dentario (61%).

Este estudio permitió registrar el tipo de patología que afecta a esta población con deficiencia nutricional, así mismo, la importancia de la evaluación integral e interdisciplinaria pediátrica, para dar mejor atención odontológica, acorde con las patologías presentes por la malnutrición.(7)

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Guatemala diariamente se presentan en universidades, hospitales y clínicas dentales, casos relacionados a cuadros patológicos en la cavidad bucal, los cuales afectan a personas de cualquier rango de edad, siendo la población pediátrica un grupo importante.(1)

Se pueden desarrollar diversas lesiones a nivel de la cavidad bucal, en pacientes pediátricos, las cuales algunas veces suelen ser asintomáticas y otras veces están asociadas a un grado variable de incomodidad para el menor y pueden mostrar un patrón recurrente, por lo que requieren un diagnóstico temprano y un tratamiento acorde con el padecimiento respectivo.

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

Por lo tanto, es importante identificar ¿Cuáles son las lesiones patológicas de tejido blando que se presentan con más frecuencia en niños de edad escolar en poblaciones de la República de Guatemala?

V. JUSTIFICACIÓN

En Guatemala es necesario llevar a cabo estudios sobre lesiones que se presentan en la cavidad bucal, debido a su asociación con las alteraciones sistémicas y las limitaciones funcionales que éstas puedan implicar. En los consultorios odontológicos, un número importante de niños con patologías bucales pueden ser diagnosticados, pero desafortunadamente, por falta de una exploración clínica completa o una atención clínica no adecuada y oportuna; con frecuencia pueden presentar lesiones patológicas avanzadas sin que reciban un tratamiento adecuado. El efectuar éste estudio en Guatemala, en la población pediátrica, sobre las diversas patologías bucales que pueden presentarse en tejidos blandos, contribuyó al enriquecimiento sobre el conocimiento de este tema, aportando datos de carácter nacional, puesto que forma parte de otros estudios similares que se llevan a cabo en lugares donde se realiza el Ejercicio Profesional Supervisado.

Adicionalmente, la información recabada es utilizada para retroalimentar los programas de estudios de la Facultad de Odontología, especialmente para el Área de Patología, Odontopediatría y Clínica Estomatológica que se imparten en la carrera de cirujano dentista. Este estudio podrá promover la comunicación y el interés entre los organismos de salud encargados de dar las pautas orientadas a la detección de enfermedades bucales y así estimular la investigación, el reporte de casos, el registro de los mismos, así como tener resultados de lo anterior, lo cual puede llegar a incidir en la toma de decisiones para la propuesta de soluciones dentro de los programas sanitarios respectivos.

La cantidad de investigadores participantes fueron cuatro; Nancy Kareen Chacón Estrada, María Elizabeth Medrano Maldonado, Ana Lucía Franco Arreaza y Libni Mariana Girón Ruiz, con los cuales se pudo abarcar más regiones para investigar.

VI. MARCO TEÓRICO

LESIONES EN TEJIDO BLANDO. Clasificación

Gingivostomatitis herpética primaria:

- **Etiología y patogenia:** Numerosas infecciones virales son conocidas como causantes de gingivitis. Las más importantes son los herpes virus: herpes virus simple tipo 1 y 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 ano genitales y solo en ocasiones causa infecciones bucales. Las infecciones por herpes simple se encuentran entre las infecciones virales más comunes.(8)

- **Características clínicas:** Se observan múltiples vesículas pequeñas por toda la mucosa oral y los labios. Estas vesículas se rompen pronto convirtiéndose en úlceras puntiformes, y se produce, por lo general, una infección secundaria. Las úlceras labiales pueden tornarse hemorrágicas y costrosas, pudiendo “gotear” saliva de la cavidad oral.(19)

La enfermedad primaria suele observarse en niños, aunque los adultos que no se han expuesto antes al HSV o que no desarrollan una reacción apropiada a la infección previa pueden ser afectados. La erupción vesicular aparece algunas veces sobre la piel, borde del bermellón labial o membrana de la mucosa bucal. Dentro de la boca, las lesiones pueden presentarse sobre cualquier superficie mucosa. Esto es contrario a lo que ocurre en la forma recurrente de la afección, en la cual la lesión primaria se acompaña de fiebre, artralgia, malestar, cefalea y linfadenopatía cervical.

La infección sistémica primaria evoluciona durante una semana a 10 días aproximadamente y las lesiones sanan sin dejar cicatriz.

Además, el virus puede haber emigrado para entonces hacia el ganglio del nervio trigémino para residir allí en forma latente. Se desconoce el número de individuos

con infección clínica primaria o subclínica en quienes el virus permanece latente en el tejido nervioso.

El cuadro clínico se agrava más por la acumulación de placa dentobacteriana, debido a la higiene bucal deficiente y la suspensión de la función masticatoria, provocando inflamación en las encías, dicha inflamación aparece días antes de las úlceras.(2)

- **Diagnóstico diferencial:** La enfermedad, manos, pie y boca debe considerarse porque se presenta con múltiples úlceras y vesículas orales puntiformes, junto con fiebre. Es posible identificar la herpangina por la distribución de las pequeñas vesículas y úlceras, que se limitan a la orofaringe y al paladar blando.(20)

Los signos y síntomas sistémicos acompañados de úlceras en la boca deben diferenciarse algunas veces de faringitis estreptocócica, eritema multiforme e infección de Vincent.(13,2)

- **Tratamiento y pronóstico:** La gingivostomatitis herpética primaria carece de tratamiento específico. Se prescriben agentes antipiréticos si existe fiebre. En casos graves puede ser necesario un colutorio oral anestésico tópico, como lidocaína viscosa.(20)

Uno de los factores más importantes del tratamiento de las infecciones por HSV es el tiempo. Para que un fármaco sea eficaz se debe administrar lo más pronto posible. Por lo regular, se considera que el tiempo ideal para iniciar las medidas terapéuticas no deber ser mayor de 48 horas después de la aparición de los síntomas. Al parecer, también son muy importantes los transportadores o vehículos de los medicamentos tópicos en la quimioterapia de infecciones por HSV.(2)

El curso del trastorno se limita entre 7-10 días. El eritema gingival difuso, y el edema que aparecen temprano en la enfermedad, perduran varios días luego de que las lesiones ulcerativas cicatrizan. No quedan cicatrices en las regiones donde las úlceras remitieron.(8)

Herpangina:

- **Etiología y patogenia:** Virus coxackie A (tipos A 1-6, A8, A10, B3 y quizás otros) causan esta infección viral aguda. Se transmite por saliva y en ocasiones a través de heces contaminadas. La herpangina casi siempre es endémica y los brotes se presentan con frecuencia en verano o a principios del otoño. Se detecta más a menudo en niños que en adultos.(13)
- **Características clínicas:** Los pacientes experimentan fiebre, disfagia, dolor faríngeo y malestar general y en la boca presentan múltiples vesículas distribuidas sobre el paladar blando y pilares de las fauces enrojecidas.(20). También se presenta faringitis eritematosa difusa. En ocasiones, el virus coxackie causante de herpangina típica puede ocasionar infección subclínica o síntomas leves sin evidencia de lesiones faríngeas.(13)
- **Diagnóstico diferencial:** La enfermedad de manos, pies y boca también se debe al virus coxackie A, suele afectar a niños menores de 10 años, presenta síntomas como fiebre, malestar general náuseas y diarrea. La distribución característica y duración breve de la herpangina la distinguen de varicela.(20)
La erupción vesicular, síntomas leves, presentación en verano y faringitis difusa también pueden diferenciar esta afección de la faringitis estreptocócica y los síntomas sistémicos la distinguen de la estomatitis aftosa. La confirmación de laboratorio se logra aislando el virus o por detección de anticuerpos en suero.(13)
- **Tratamiento y pronóstico:** Los síntomas se tratan según sea necesario. Se recomienda analgésicos orales para disminuir la fiebre y molestias, aumentar la ingesta de líquidos fríos; utilización de paliativos tópicos en la mucosa oral, los cuales pueden contener benzocaína o xilocaína. Los signos y síntomas son por lo general leves a moderados y duran menos de una semana.(2)

Leucoedema:

- **Etiología y Patogenia:** Se desconoce la causa del leucoedema. Algunos estudios indican una posible relación con falta de higiene bucal y patrones de masticación

anormal. Es una opacificación generalizada de la mucosa bucal que puede considerarse como una variante de lo normal.

- Es más frecuente en grupos raciales de individuos afroamericanos en un 85 a 95% y en un 40 a 45% en individuos de raza blanca, con mayor incidencia en varones.(20)
- **Características clínicas:** Presenta aspecto de una superficie membranosa, blanca grisácea, o lechosa, y difusa. Al estirar la mucosa bucal, se disipa el color opaco, excepto en los casos más avanzados.(13)

Es asintomático y suele observarse durante la exploración oral rutinaria. Su localización más habitual es simétrica bilateral y aparece sobre la mucosa de la boca, presentándose también en la mucosa labial y en el paladar blando. La importancia de las lesiones varía desde casos de mínimo grosor cuya detección requiere exploración atenta hasta lesiones opalescentes más densas con arrugas o pliegues superficiales. El leucoedema no puede desprenderse con un depresor de lengua, aunque se torna menos visible o desaparece al tensarse el tejido.(20)

- **Diagnóstico diferencial:** La leucoplasia, liquen plano, nevo esponjoso blanco, disqueratosis intraepitelial benigna hereditaria y la respuesta a mordedura crónica de la mejilla pueden evidenciar una semejanza clínica con el leucoedema.(20)
- **Tratamiento y Pronóstico:** No se requiere tratamiento alguno debido a que los cambios son inofensivos. La lesión no tiene potencial maligno y no muestra predisposición a desarrollar una leucoplasia.(2)

Lengua Geográfica:

- **Etiología y patogenia:** Es una enfermedad de causa desconocida. También conocida como eritema migrante, glositis areata migratoria benigna y glositis areata exfoliativa. Se han propuesto varias hipótesis que vinculan este trastorno con el estrés emocional o la infección por hongos o bacterias.(20). La lengua geográfica se observa en alrededor del 2% de la población de Estados Unidos de América y afecta a mujeres con incidencia un poco mayor respecto de los hombres.

En ocasiones también puede atacar a niños.(3) Es más frecuente en adultos jóvenes o de mediana edad, aunque ha aparecido en pacientes de 5 a 85 años.(20)

- **Características clínicas:** Esta afección se caracteriza al principio por la presencia de áreas pequeñas, circulares o irregulares de desqueratinización y descamación de papilas filiformes.(13)

Aparecen áreas irregulares o redondas de color rosa o rojo y el resto toma un color blanquecino, esto da precisamente el aspecto de un mapa. Las regiones descamadas aparecen rojas y algo dolorosas. Los márgenes prominentes que rodean las zonas rojas son de color blanco o blanco amarillento y a menudo poseen un patrón cercenado. Conforme un área sana, el proceso se extiende a las áreas adyacentes. Existe una correlación clínica positiva entre lengua geográfica y lengua plegada o fisurada.(3)

Prácticamente todos los individuos con lengua geográfica no presentan sintomatología. Empero, algunas veces los pacientes se quejan de irritación o dolor, sobre todo en relación con el consumo de alimentos condimentados con especias y bebidas alcohólicas. Las anomalías pueden desaparecer y recurrir de manera cíclica sin razón aparente.

- **Diagnóstico diferencial:** El aspecto clínico de la lengua geográfica es por lo general diagnóstico. Sólo raras veces requiere biopsia para un diagnóstico definitivo. En casos dudosos deben incluirse en el diagnóstico clínico diferencial candidiasis, psoriasis, síndrome de Reiter, leucoplasia, liquen plano y lupus eritematoso.(2,20)
- **Tratamiento y Pronóstico:** Debido a la naturaleza autolimitante y en general asintomática de esta enfermedad, no es necesaria la terapéutica. Empero, cuando aparecen síntomas, el tratamiento es empírico. Pueden ser útiles esteroides tópicos, especialmente los que contienen un agente antimicótico.(2)

Páruis:

- **Etiología y patogenia:** Páruis 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 ápice de un diente desvitalizado.

Si la vía de menor resistencia conduce a la submucosa gingival se produce un absceso de tejido blando o párulis. El dolor es típico y, una vez que el pus escapa a la superficie, los síntomas se alivian de manera transitoria.

- **Características clínicas:** La lesión asume la forma de una tumefacción gingival de color amarillo blanquecino con eritema variable.

Es una acumulación de material infectado resultante de una infección bacteriana en una pieza dental, la infección ocasiona una acumulación de pus (tejido muerto, bacterias vivas y muertas, glóbulos blancos) e inflamación de los tejidos internos del diente, siendo una complicación de la caries dental y también puede resultar de un trauma al diente. Las fisuras en el esmalte dental permiten que las bacterias infecten directamente la pulpa dental permitiendo que la infección invada raíz y hueso alveolar. La sintomatología es principalmente dolor intenso el cual se describe como agudo, pulsátil o punzante.(2)

- **Diagnóstico diferencial:** Bolsa periodontal profunda, mucocelo o rínula supurativas; el mucocelo se localiza por lo regular en el labio inferior y la rínula, en el piso de la cavidad oral. Una historia de varios episodios de tumefacción y drenaje lleva a considerar probable los diagnósticos, en especial cuando el líquido es claro, viscoso y pegajoso.(20)
- **Tratamiento y pronóstico:** Es necesario tratar la enfermedad subyacente (bolsa periodontal o diente desvitalizado) hay que proceder al drenaje inmediato si es posible para lograr la resolución del absceso gingival. Para realizarlo, puede ser necesario penetrar en la cámara pulpar a lo largo del conducto radicular, extraer la pieza dental o proceder a la incisión y drenaje de los abscesos de tejido blando por gravedad. El tratamiento oportuno por lo general elimina la infección y, en muchos casos, la pieza dental generalmente se puede salvar.(20)

Verruga Vulgar Bucal:

- **Etiología y patogenia:** Es una hiperplasia xerofítica benigna, de la superficie rugosa del tejido epitelial, producida por el virus del papiloma humano (HPV). La verruga vulgar, no constituye una lesión oral frecuente cuando es invariablemente

blanca, se ha considerado durante mucho tiempo como una lesión oral relativamente frecuente.(20)

- **Características Clínicas:** Las verrugas se presentan como pápulas o nódulos firmes, circunscritos y verrucosos, sobre manos, cara o cuero cabelludo. Pueden aparecer en cualquier sitio de la piel, incluidos labios y mucosa bucal.(8)
Muestra finos pliegues o proyecciones de epitelio superficial, frecuentemente con hiperplasia, constituyendo grupos, para después ramificarse también de forma secundaria. Estas lesiones de superficie rugosa presentan una superficie en empedrado a menudo con importantes fisuras. Las verrugas vulgares orales se localizan en el paladar en el 50% de las ocasiones.(20)
- **Diagnóstico diferencial:** Candidiasis, pénfigo vulgar, penfigoide, hiperplasia pseudoepiteliomatosa elevada.(20)
- **Tratamiento y pronóstico:** La mayor parte de las verrugas involucionan de manera espontánea en unos dos años. La terapéutica para las verrugas es la destrucción inespecífica; los diferentes métodos de destrucción incluyen crioterapia, salicilatos y escisión. Se ha comunicado que la cimetidina es eficaz en niños.(2)

Mucocele:

- **Etiología y patogenia:** El mucocele es una lesión común de la mucosa bucal que resulta de la ruptura de las glándulas salivares menores y el derrame de la mucina hacia los tejidos blandos circundantes.(20) Conocido también como fenómeno mucoso de extravasación o reacción de escape mucoso. Frecuentemente el derrame es resultado de un trauma local, sin embargo no existe historia de trauma en muchos casos. A diferencia del quiste del conducto salivar, el mucocele no es un verdadero quiste porque carece de revestimiento epitelial.(13)
- **Características clínicas:** El mucocele aparece típicamente como un crecimiento de la mucosa con apariencia de domo, que puede medir de 1-2 mm hasta varios centímetros. Cuando la mucosa es más gruesa de lo habitual, o la lesión no es superficial, su aspecto es rosado, no azulado. Su consistencia es blanda a gomosa y fluctúa, aunque no es susceptible de vaciarse. La mucina derramada debajo de la

superficie de la mucosa frecuentemente imparte un tono azulado traslúcido al crecimiento, sin embargo mucocelos más profundos pueden ser normales en su color. Son comunes en niños y adultos jóvenes, tal vez porque los jóvenes son más susceptibles al trauma que induce el derrame de mucina.(13,20) La duración de la lesión puede variar de unos días a varios años, la mayoría de los pacientes reportan que la lesión la han tenido presente por varias semanas. Muchos pacientes relatan historia de crecimientos recurrentes que periódicamente se rompen liberando el fluido. Sin embargo, existe otra variante interesante, es el mucocelo superficial, que se desarrolla en las áreas mencionadas y a lo largo de la mucosa bucal posterior. Se presentan como vesículas únicas o múltiples que miden de 1-4 mm de diámetro.(2) Episodios repetidos en la misma localización no son usuales. También se ha reportado que los mucocelos superficiales ocurren en asociación con desórdenes liquenoides, como liquen plano.

- **Diagnósticos diferenciales:** Ránula, hemangioma cavernoso cuando la mucina extravasada se mezcla con eritrocitos. Debe distinguirse de los quistes superficiales, lipomas, hemangiomas cavernosos relativamente profundos, linfangiomas y tumores de glándulas salivares productoras de moco.(20)
- **Tratamiento y pronóstico:** Algunas lesiones se rompen y sanan por sí mismas, algunas que son de naturaleza crónica puede necesitar una escisión quirúrgica local, si se sigue un planteamiento terapéutico conservador de la marsupialización, hay que estudiar cuidadosamente la base de la lesión para detectar cualquier cambio patológico, manteniendo un cuidadoso seguimiento periódico. Para minimizar el riesgo de recurrencia debe removerse las glándulas salivares menores adyacente. Las lesiones frecuentemente explotan, dejando úlceras dolorosas que sanan en pocos días. El pronóstico es excelente.(2,20)

Noma:

- **Etiología y patogenia:** La causa exacta se desconoce, pero puede deberse a bacterias llamadas organismos fusospiroquetósicos. Es un tipo de gangrena que destruye las membranas mucosas de la boca y otros tejidos. Se presenta en niños

desnutridos que residen en áreas de higiene deficiente o con trastornos como el sarampión o la leucemia y el hecho de vivir en países subdesarrollados.

Este trastorno se presenta con mayor frecuencia en niños pequeños, 2 a 5 años de edad, severamente desnutridos, que con frecuencia han padecido enfermedades como sarampión, escarlatina, tuberculosis, cáncer o inmunodeficiencia.(8)

- **Características clínicas:** El noma causa destrucción del tejido en forma súbita, rápida y progresiva. Las encías y el revestimiento de las mejillas se inflaman y desarrollan úlceras. Las úlceras producen un drenaje fétido, causando mal aliento y un olor fétido de la piel. La infección se disemina a la piel y, el tejido de labios y mejillas, se necrosa. El proceso puede finalmente destruir el tejido blando y el hueso. La destrucción final de los huesos alrededor de la boca causa deformidad y pérdida de los dientes.(2)
- **Diagnósticos diferenciales:** Es difícil de hacer por la similitud en la presentación clínica de los síntomas. Desde el punto de vista práctico, más que la identificación de estos procesos específicos, lo que realmente interesa es determinar precozmente, por la gravedad que entrañan, la extensión de la lesión, las estructuras afectadas y el grado de afectación general, de modo que pueden señalarse: contaminación simple, celulitis anaeróbica, miositis estreptocócica, gangrena estreptocócica hemolítica, sepsis por estafilococo, mionecrosis por *Aeromonas hydrophila*.
- **Tratamiento y pronóstico:** El tratamiento con antibióticos y una nutrición adecuada detienen el progreso de la enfermedad. Se puede necesitar cirugía plástica para extirpar los tejidos destruidos y reconstruir los huesos de la cara, con el fin de mejorar la apariencia facial y la función de la boca y de la mandíbula. En algunos casos, esta afección puede ser mortal si se deja sin tratamiento. Otras veces, la afección puede sanar con el tiempo incluso sin tratamiento; sin embargo, puede ocasionar cicatrización y deformidad severas.(2)

Hemangioma:

- **Etiología y patogenia:** La mayoría de los hemangiomas son congénitos o aparecen a edad joven y muestran un crecimiento limitado.(20) Un hemangioma es una

anormalidad de desarrollo vascular, generalmente benigna, de los vasos sanguíneos, caracterizada por la aparición de un gran número de vasos normales y anormales sobre la piel u otros órganos internos. Generalmente son localizados, pero pueden extenderse a grandes segmentos del cuerpo, denominados angiomas.

El hemangioma es una de las neoplasias benignas más frecuentes en la lactancia y la niñez, constituyendo un 7% de todos los tumores benignos. Ataca principalmente la piel de la cara y cuero cabelludo y afecta a las niñas 3 veces más que los varones.(3)

- **Características clínicas:** En la exploración clínica, los hemangiomas aparecen como lesiones rojas o azuladas y planas o elevadas con bordes irregulares de color rojo vino, que se blanquean eventualmente a la presión. Los bordes de las lesiones no suelen estar bien delimitados; por lo tanto, lo que parece ser un hemangioma superficial pequeño puede tener una porción más grande debajo de la superficie. Las lesiones grandes suelen mostrar pulsación.(20)

Los hemangiomas casi nunca se marginan a nivel de la piel, cuando se marginan, casi siempre es a nivel de las vísceras. A veces se relaciona con la enfermedad hereditaria llamada de Von Hippel-Lindau.(3)

Tipos de hemangiomas:

Hemangioma capilar: Denominado también nevus o marca de fresa por su aspecto similar a este fruto. Es de tipo benigno y está compuesto de capilares, siendo de aparición típica durante la infancia (en los primeros meses de vida). Crece durante el primer año de vida hasta estabilizarse y, en muchos casos, involuciona. Hacia los nueve años de edad el 90% han sufrido una involución completa, desapareciendo.

Hemangioma cavernoso: Aparece durante la infancia, pero a diferencia del anterior tiende a persistir. Infiltra capas más profundas y es más alterado, con más componente sanguíneo y un aspecto nodular, aunque también es de naturaleza benigna. Es difícil realizar una biopsia dado su gran componente sanguíneo.

Hemangioma arteriovenoso: Son lesiones altamente fluidas que resultan de la comunicación directa y persistente arterio-venosa. Aparecen desde el nacimiento y pueden ser notables hasta la niñez o adultez. Por la rápida circulación vascular la

piel suprayacente es cálida al tacto. La sintomatología presente puede incluir dolor, sangrado y ulceraciones en piel.

El hemangioma se manifiesta en 3 fases:

- De rápido crecimiento
 - De reposo
 - De involución, donde desaparece completamente.
- **Diagnósticos diferenciales:** Los hemangiomas deben diferenciarse mediante examen histológico de otras lesiones vasculares, como sarcoma de Kaposi, angiosarcoma, angioma en pecho, manchas vino de Oporto, malformaciones venosas, malformaciones linfáticas, hemangioendotelioma kaposeiforme, carcinoma adrenal, granuloma piógeno, glioma nasal, miofibromatosis, nevus fusiforme y epiteloide, quiste dermoide.(3,20)
 - **Tratamiento y pronóstico:** El hemangioma superficial no tiene tratamiento, sólo se espera su involución, el hemangioma cavernoso, puede tratarse con láser o corticoides, sobre todo si está en el párpado y obstruye la visión. En noviembre de 2011 se empezó a utilizar el propranolol como tratamiento. El resultado ha sido satisfactorio.(19)

Nevo Blanco Esponjoso (enfermedad de Cannon):

- **Etiología y patogenia:** El nevus blanco esponjoso (NBE) es una rara condición autosómica dominante, causada al parecer por mutaciones en los puntos 4 o 13 o ambos de la queratina. Pese a que la enfermedad respeta habitualmente la mucosa conjuntival afecta a las mucosas oral de ambos lados, faríngea, esofágica, anal, vulvar y vaginal y se hace más intenso en la pubertad.(20)
- **Características clínicas:** Se presenta como una lesión asintomática, intensamente plegada, de color blanco o gris que puede afectar varios sitios de la mucosa, también otras áreas como la lengua; en especial a lo largo de ésta sufren afección. Las lesiones tienden 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.

El cuadro clínico presenta más afectación en la mucosa yugal con placas blancas bilaterales más o menos grandes, parcheadas, rugosas, granulares, hiperplásicas y asintomáticas son de aspecto esponjoso, blandas a la palpación y pueden escamarse.(19)

- **Diagnóstico diferencial:** Incluye disqueratosis intraepitelial benigna hereditaria, liquen plano y mordedura de la cara interna de la mejía, leucoedema, leucoplasia, paquioniquia congénita.(20)
- **Tratamiento y pronóstico:** En ocasiones la descamación del epitelio engrosado deja una superficie cruenta, siendo necesarios diversos procedimientos paliativos para aliviar la quemazón y el dolor y el uso de antibióticos, en especial la tetraciclina, ha demostrando buenos resultados en su control. No existe terapéutica específica para esta enfermedad particular, puesto que es asintomática y una entidad benigna.(19,20)

Quiste Dermoide:

- **Etiología y patogenia:** Constituyen trastornos del desarrollo. Corresponden básicamente a teratomas quísticos que resultan fundamentalmente de epitelio germinal atrapado. No se ha detectado ningún patrón familiar de aparición ni predilección por ningún sexo.(20)

Se producen generalmente en pacientes pediátricos y adultos jóvenes. Crecen lentamente por acumulación de contenido sebáceo. 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; menos del 2% de todos los quistes dermoides.(19)

- **Características clínicas:** Estos quistes son indoloros y de crecimiento lento; su tamaño varía desde lesiones relativamente pequeñas hasta masas de 10x5x5 cm, aunque en ejemplos extremos pueden alcanzar los 12 cm.
El quiste no suele estar fijo a los tejidos circundantes. Su color varía, dependiendo de su posición y del grosor del tejido subyacente.

Si el quiste es relativamente superficial, será amarillo a blanco, y su superficie es lisa y no ulcerada, salvo traumatismos. La consistencia del quiste varía de blanda a firme; puede ser fluctuante y suele ser gomosa o caseosa dependiendo de los elementos comprendidos en él. La lesión acostumbra a estar bien delimitada, y su aspiración produce diversos materiales, además del típico líquido quístico de color amarillento.(20)

A la palpación, los quistes son blandos y pastosos debido a la queratina y al cebo que contienen en su luz a diferencia de los quistes epidérmicos. Se ubican profundos en relación con la fascia cervical, por lo que la piel que lo cubre se moviliza libremente. Cuando estos quistes se localizan sobre el músculo milohioideo desplazan la lengua hacia arriba y atrás con la dificultad funcional resultante, cuando se hallan por debajo del músculo milohioideo se identifica una tumefacción en la línea media del cuello.(19)

- **Diagnósticos diferenciales:** Quistes del conducto tirogloso, ránula, higroma quístico, quistes de hendidura branquial, celulitis, tumores y lipomas.(20)
- **Tratamiento y pronóstico:** Su tratamiento consiste en enucleación quirúrgica, aunque puede requerirse cierto legrado. Casi todas las anomalías se pueden extirpar a través de la boca. El quiste no suele recidivar.(19,20)

Herpes Zóster:

- **Etiología y patogenia:** Está producido por el mismo virus causante de la varicela. El herpes zóster ocurre cuando el virus es reactivado desde su estado latente en los ganglios radicales posteriores y en la piel del dermatoma correspondiente. La inflamación afecta en ocasiones a las astas posteriores y anteriores de la sustancia gris, las meninges y las raíces dorsales y ventrales.
- **Características clínicas:** Se caracteriza por grupos de vesículas o lesiones costrosas sobre una base eritematosa o edematosa localizada unilateralmente en el territorio de un nervio espinal o craneal.

Los pares craneales afectados con mayor frecuencia son el quinto y el séptimo. Las lesiones aparecen 1-7 días después.(20) El dolor a lo largo de la futura erupción

suele preceder al exantema en 2 o 3 días. Después aparecen tandas de vesículas características sobre una base eritematosa, en la distribución cutánea de uno o más dermatomas adyacentes. La zona afectada suele presentar hiperestesia, y el dolor puede ser intenso.(12)

Las erupciones son más frecuentes en la región dorsal y en la lumbar, y tienen carácter unilateral. De modo habitual siguen apareciendo lesiones durante 3 a 5 días. El herpes zóster se puede extender a otras regiones de la piel y a las vísceras. Sobre todo en pacientes inmunosuprimidos.(12)

- **Diagnósticos diferenciales:** Dermatitis de contacto, varicela, herpes simple, erisipela, vesículas o rash vesicular, pioderma superficial.
- **Tratamiento y pronóstico:** Es posible que no se requiera tratamiento ya que tiene una cura espontánea, lo que se puede realizar es un tratamiento para un alivio sintomático en donde se utilizan medicamentos para el dolor: el aciclovir, por ejemplo, es un medicamento que se utiliza para acortar el curso y disminuir el dolor, reducir complicaciones o proteger al individuo que no posea un sistema inmune adecuado. El tratamiento se puede iniciar dentro de las 24 horas de la aparición del dolor y antes de la aparición de ampollas y, las personas que tengan casos complejos de herpes al no responder a los medicamentos orales, se les suministrarán dosis de aciclovir intravenoso. El herpes zóster es generalmente un cuadro autolimitado que se resuelve espontáneamente en una o dos semanas. En algunos pacientes puede persistir una neuralgia post herpética de duración variable. En los pacientes inmunodeprimidos existe riesgo de generalización del virus con afectación de otros órganos y peor pronóstico. De ahí la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz en estos pacientes. En lo que respecta a la localización, el herpes ocular presenta un peor pronóstico respecto al resto, por la posibilidad de evolucionar a ceguera.(19)

Herpes Simple:

- **Etiología y patogenia:** El contacto físico con un individuo infectado es la vía típica de inoculación del HSV para un individuo (seronegativo) no expuesto antes al virus o posiblemente para una persona con títulos bajos de anticuerpos protectores contra

HSV. Durante la infección primaria, sólo un pequeño porcentaje de los individuos muestra signos y síntomas clínicos de enfermedad infecciosa sistémica, en tanto que la gran mayoría sólo desarrolla enfermedad subclínica. Después de la exposición, el período de incubación varía de algunos días a dos semanas. En la enfermedad primaria declarada es típica la erupción de vesículas ulcerativas en tejidos bucales y peribucales (gingivostomatitis primaria).

Se piensa una vez resuelta la gingivostomatitis herpética primaria el virus se desplaza, por algún mecanismo desconocido, a lo largo de la vaina que rodea el axón del nervio trigémino hasta el ganglio trigeminal, donde puede permanecer en estado latente o recluso. El virus puede reactivarse después de la exposición a la luz solar, frío, traumatismo, estrés o inmunosupresión, lo cual induce la infección secundaria o recurrente.

- **Características clínicas:** En general, los pacientes muestran síntomas prodrómicos de hormigueo, ardor o dolor justo en el sitio donde aparecerán las lesiones. En unas pocas horas surgen múltiples vesículas frágiles y de corta duración. Estas vesículas se ulceran y confluyen para formar úlceras superficiales que confluyen y semejan un mapa. Las lesiones sanan sin dejar cicatriz en una o dos semanas y sólo eventualmente surge infección secundaria.
- **Diagnóstico diferencial:** Dentro de la boca, el herpes secundario se confunde muchas veces con estomatitis aftosa, pero por lo general se puede distinguir con base en los indicios clínicos. Las lesiones múltiples, úlceras precedidas por vesículas y localización sobre el paladar y las encías indican infección por herpesvirus.
- **Tratamiento y pronóstico:** Uno de los factores más importantes del tratamiento de las infecciones por HSV es el tiempo. Para que un fármaco sea eficaz se debe administrar lo más pronto posible.

Por lo regular, se considera que el tiempo ideal para iniciar las medidas terapéuticas no debe ser mayor de 48 horas después de la aparición de los síntomas. El pronóstico es excelente.(13)

Úlceras aftosas herpetiformes:

- **Etiología y patogenia:** Se ignora su origen. Se considera una enfermedad multifactorial, o sea, desencadenada por múltiples factores precipitantes, que unidos con un trastorno de la inmunorregulación de la mucosa bucal, favorecen la aparición de las aftas bucales, que según su intensidad y persistencia se convierten en lesiones recurrentes. Diversas hipótesis tratan de explicar la génesis de las úlceras, que son el signo patognomónico de la entidad. Resulta ser más frecuente en las mujeres. Suelen aparecer a partir de los 20-30 años de edad. Es una simuladora de la estomatitis herpética.(20)
- **Características clínicas:** Aparecen conjuntos de úlceras puntiformes de 10 hasta 100, muy dolorosas, localizadas sobre la mucosa, en ocasiones agrupadas. Son lesiones pequeñas, habitualmente menores de 1 mm de diámetro; pueden converger hasta formar úlceras únicas de mayor tamaño. Se localizan en cualquier parte de la cavidad oral, persisten durante una semana y el 30% cura sin dejar cicatriz. Las úlceras más grandes son profundas y pueden tomar hasta 30 días en sanar, mientras que las úlceras pequeñas sanan en una semana; pueden dejar cicatriz.(2,20)
- **Diagnósticos diferenciales:** Estomatitis aftosa, herpes simple, varicela zóster, herpangina, eritema multiforme.
- **Tratamiento y pronóstico:** Dada su amplia distribución, deben tratarse con colutorios, en vez de aplicaciones locales sobre cada úlcera.(20) Protectores de mucosa: Carboximetilcelulosa. (Orabase), Aceite Ozonizado, Bálsamo de Shostakovky, Crema de Aloe. Esteroides tópicos: Hydrocortisona sódica succinato 2.5 mg (Corlan), Triamcinolona 0.1% en carboxymethylcellulose (Adcortyl en Orabase), Betamethason (Betnesol). Aerosoles: Beclomethasone dipropionate (Beconase spray), Colutorios Antisépticos, Benzydamine, Gluconato de Chlorhexidina, Pasta de carboximetilcelulosa (Orabase). Drogas sistêmicas, Colchicine 500, Prednisolone.(2)

Lengua pilosa:

- **Etiología y patogenia:** Trastorno benigno de la lengua caracterizada por hipertrofia de las papilas filiformes debido a la pérdida del estímulo mecánico y falta de descamación lo cual da al dorso de la lengua un aspecto de fieltro. El color de las papilas alargadas varía del blanco amarillento al pardo o negro, según sea la coloración de sustancias como tabaco, alimentos, fármacos o microorganismos cromogénicos.(13,20)
- **Características clínicas:** En la lengua blanca vellosa se localizan las papilas filiformes alargadas por el incremento de la retención de queratina. Puede cubrir toda la superficie dorsal o aparecer como una simple mancha; en ocasiones puede afectar los márgenes laterales, sobre todo del área posterior. En la lengua vellosa negra, las papilas hiperplásicas, hiperqueratósicas, tienen en esencia un color claro aunque el cambio de color se debe a factores locales.
- **Diagnósticos diferenciales:** Es importante diferenciar de la leucoplasia vellosa oral si el paciente es HIV positivo ya que esta entidad puede ser ocasionada por el virus de Epstein Barr.(13)
- **Tratamiento y Pronóstico:** El tratamiento es sencillo y consiste en el cepillado regular dos o más veces por día, buches con peróxido de hidrógeno diluido (1 parte en 5 partes de agua), o aplicar esta solución con cepillo de dientes. Antibióticos y antimicóticos si correspondiera. Cuando las papilas alcanzan una longitud extrema, una medida de control eficaz consiste en cortarlas con tijeras y cepillar la lengua después. El cultivo de la superficie dorsal de la lengua se debe realizar cuando se sospecha superposición con candida u otra infección. El tratamiento es más difícil en los pacientes con xerostomía y alteraciones de la microflora bacteriana por radioterapia. Es importante decir al paciente que la lesión es de naturaleza benigna.(19,20)

Quiste de erupción:

- **Etiología y patogenia:** Es bastante habitual, aparece característicamente en la región de los incisivos. La tumefacción cupuliforme llena de líquido se aprecia fácilmente sobre la cresta, donde intenta erupcionar el diente afectado.(20)
- **Características clínicas:** Suelen tener consistencia gomosa y un tinte azulado o pueden tener el color de las encías normales adyacentes. La mayoría miden 3-4 mm de diámetro. Durante su biopsia las lesiones se colapsan y el líquido escapa. Estos quistes no suelen afectar hueso. Son por lo general encontrados en el incisivo, canino y las zonas de premolares.
- **Diagnósticos diferenciales:** Hematomas eruptivos habitualmente color azul más oscuro, linfangiomas.(20)
- **Tratamiento y pronóstico:** Suelen romperse espontáneamente, aunque si existe preocupación de los padres del paciente, se puede llevar a cabo una simple incisión o escisión obteniendo resultados positivos.(20)

Mácula melanótica bucal:

- **Etiología y patogenia:** Su causa no se ha aclarado, aunque podría representar una pigmentación postraumática. Es una afección pigmentada de la mucosa oral y de los labios, es más frecuente entre los individuos de piel clara. Representa el 0,4-0,5% de los casos estudiados. Al igual que en la piel, en el bermellón se presentan lesiones similares a las efélides.
- **Características clínicas:** Habitualmente la mácula melanótica labial es una lesión solitaria, suele estar bien circunscrita, de morfología redondeada, color marrón, azulado o negro y de menos de 1 cm de diámetro, que asienta en el borde libre del labio inferior seguido de las encías, la mucosa bucal y el paladar duro.(20)

Las máculas pigmentadas de la mucosa bucal, se presentan por un aumento localizado de la pigmentación melánica, aquí no hay proliferación de melanocitos, suelen ser lesiones solitarias, sin embargo, pacientes que tienen máculas en la mucosa labial, suelen tener efélides en el resto de la piel, por lo tanto no es tan aislado.(3)

- **Diagnóstico diferencial:** Melanoplasia, tatuaje por amalgama, melanoma oral, nevus, léntigo, hiperplasia melanocítica.(20)
- **Tratamiento y pronóstico:** Debe extirparse la mácula melanótica oral y un borde adecuado de tejido normal lo antes posible en pacientes de alto riesgo quirúrgico. Como se trata de un proceso que sólo afecta al límite entre epitelio y corion, una biopsia-extirpación superficial es curativa.(3,20)

Ránula:

- **Etiología y patogenia:** El traumatismo ya sea accidental o quirúrgico y la obstrucción del conducto ductal ocasionan este trastorno. Un cálculo salival o sialolito (precipitaciones de sales de calcio), que puede encontrarse en cualquier punto del sistema de conductos desde el parénquima de la glándula hasta el orificio del conducto excretor, provoca por lo general la obstrucción.
La ránula, es un término clínico que incluye el fenómeno de extravasación de moco de la glándula salival sublingual (mayor) y, el quiste por retención de moco aparece de manera específica en el piso de la boca. Se vincula con glándulas salivales sublinguales o glándulas submandibulares.(20)
- **Características clínicas:** La lesión suele presentar un tamaño mínimo a primera hora de la mañana y adquirir el máximo tamaño justo antes de las comidas. Cuando se localizan superficialmente, tienen un color bastante azulado aunque las profundas tienen una coloración más rosada lo que refleja su revestimiento mucosa más grueso. Suelen ser unilaterales, cupoliformes y su tamaño puede variar. Se trata de lesiones blandas y fluctuantes que no pueden vaciarse por presión digital. No pulsan y a la aspiración producen un líquido claro y viscoso. Son más grandes que los mucocelos.(20)
- **Diagnósticos diferenciales:** Lo que nos ayuda a distinguirla de un quiste dermoide es que siempre está localizada lateral a la línea media. 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, el diagnóstico de la ránula coincide con el de mucocelo.(20)

- **Tratamiento y pronóstico:** La terapéutica preferida es el quirúrgico, se puede realizar marsupialización antes de una escisión definitiva tratando de reducir el tamaño de la lesión mediante descompresión natural.

Por lo general también se practica escisión de la glándula afectada. En caso de sialolitos, el cálculo debe retirarse por medios quirúrgicos o exprimir a través del orificio del conducto. El pronóstico es magnífico.(12)

Úlceras Aftosas (menores y mayores):

- **Etiología y patogenia:** La visión actual es que se trata de un proceso multifactorial en el cual están involucrados factores activadores, los cuales desencadenan los episodios. No existe un factor único para el desarrollo de las mismas. 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.

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.

- **Características clínicas:** Aparecen como únicas o múltiples en la superficie mucosa de los labios. La estomatitis aftosa puede presentarse con una o más lesiones recubiertas de una capa amarillenta sobre una base roja, las cuales tienden a recurrir. A menudo suelen ser 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.(20)

Se conocen tres formas de úlceras aftosas: menores, mayores y herpetiformes:

Úlceras Aftosas menores: Es la forma de úlceras aftosas observada 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 por un halo eritematoso.

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 aproximadamente de siete a diez días y sanan sin formar cicatriz. Las recurrencias varían de un individuo a otro.

Úlceras Aftosas mayores: 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. Sujetos que sufren dolor y malestar considerables, su 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.

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.

- **Diagnósticos diferenciales:** 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, paladar duro y brotes de lesiones,

indica herpes y no úlceras aftosas. Otros padecimientos con úlceras bucales dolorosas que pueden simular diferentes formas de úlceras aftosas incluyen el traumatismo, pénfigo vulgar, penfigoide cicatrizal y expresión bucal de afección sistémica, como enfermedad de Crohn, neutropenia y enfermedad celiaca.

- **Tratamiento y pronóstico:** En pacientes con úlceras aftosas menores, ocasionales o escasas no es requerido, ni el paciente lo solicita debido al malestar relativamente mínimo. Sin embargo, cuando los pacientes presentan infección más grave, algunas formas de tratamiento pueden suministrar control significativo (aunque no curación) de esta enfermedad.

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.

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. Suele ser típica la recurrencia de los episodios tras un intervalo de 1 a 4 meses.(12)

Úlcera traumática:

- **Etiología y patogenia:** Las úlceras constituyen la lesión más común de tejido blando en la boca. La mayor parte se debe a traumatismo mecánico simple y casi siempre es evidente la relación causa-efecto. Prácticamente todas las úlceras se deben a traumatismo accidental y suelen presentarse en regiones donde es fácil que entren en contacto con los dientes. En circunstancias inusuales, las lesiones pueden ser autoinducidas debido a un hábito anormal relacionado con algún problema psicológico. Estas llamadas lesiones facticias (artificiales) son con frecuencia tan difíciles de descifrar como de tratar.

Las úlceras traumáticas bucales también pueden ser iatrogenias. En el tratamiento de pacientes odontológicos, respetar los frágiles tejidos blandos bucales es, por supuesto, de capital importancia.

- **Características clínicas:** Las úlceras reactivas agudas de la mucosa bucal presentan signos y síntomas clínicos de inflamación aguda. Se identifican lesiones cubiertas por un exudado fibrinoso de color amarillo blanquecino rodeadas por un halo eritematoso. Las lesiones agudas se relacionan con grados variables de dolor e hiperestesia.
- **Diagnósticos diferenciales:** Se las puede diferenciar de úlceras herpetiformes, úlcera debida a infección odontogénica, úlcera debida a lesión de enfermedad vesiculoampollosa o mucositis generalizada, úlcera secundaria a enfermedad sistémica no infecciosa.(20)
- **Diagnóstico y tratamiento:** En caso de úlceras reactivas agudas, la relación causa-efecto casi siempre es evidente desde el examen clínico y el historial. Cuando hay un trasfondo artificial el diagnóstico se convierte en un reto.

La mayor parte de las úlceras reactivas de la mucosa bucal sólo requiere observación. En caso de dolor intenso, el tratamiento sintomático, que puede adoptar la forma de un corticosteroide tópico, puede ser benéfico.(13)

Hiperqueratosis Focal (friccional):

- **Etiología y patogenia:** El frotamiento crónico o la fricción contra una superficie de la mucosa bucal pueden causar una lesión blanca hiperqueratósica presuntamente protectora análoga a los callos de la piel. Es una lesión blanca clasificada a menudo bajo el término clínico general de leucoplasia. 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.

La mordedura continua de la cara interna de los labios o mejilla puede provocar opacificación (queratinización) de la región afectada. El expediente clínico y examen clínico elaborados de manera cuidadosa deben indicar la naturaleza de esta lesión.(12)

- **Características clínicas:** La intensidad y el patrón varían de modo considerable de un individuo a otro, se observa un incremento del espesor o hiperortoqueratosis. Los bordes pueden ser claros o poco visibles y lisos o rugosos. Las lesiones pueden ser únicas o existir múltiples placas diseminadas.(20)
- **Diagnósticos diferenciales:** Sin embargo, puesto que en esta lesión existe una relación evidente causa-efecto es posible diferenciarla de las leucoplasias idiopáticas (causa desconocida), liquen plano, leucoedema, lesión por mordedura de carrillo.(20)
- **Tratamiento y pronóstico:** Si el examinador confía en una causa traumática, con base en datos clínicos, no se requiere biopsia, debe solicitarse a los pacientes que interrumpan el hábito causante de la lesión; ésta se resolverá con el tiempo o al menos se reducirá su tamaño.

La resolución de la lesión también permite descubrir cualquier lesión subyacente no relacionada con traumatismo. En las anomalías hiperqueratósicas por fricción, 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. El pronóstico suele ser excelente al eliminar la causa inicial.(2)

Fibroma traumático:

- **Etiología y patogenia:** También conocido como *fibroma por irritación*, *hiperplasia fibrosa local* y *cicatriz hiperplásica*, es una lesión reactiva causada habitualmente por traumatismo crónico a las membranas de la mucosa bucal. La reparación con tejido fibroso conectivo exuberante da como resultado una masa submucosa clínicamente evidente.
- **Características clínicas:** No hay predilección por sexo o raza para que esta lesión se desarrolle en la boca. Es una hiperplasia reactiva muy común que por lo general aparece en áreas traumatizadas con gran frecuencia. Es una tumefacción indolora de base ancha y color más claro que el tejido circundante, debido a la ausencia

relativa de conductos vasculares. Los fibromas traumáticos poseen un potencial limitado de crecimiento, no exceden 1cm y raras veces son mayores de 2cm.

- **Diagnóstico diferencial:** Según sea su localización, deben incluirse en el diagnóstico clínico diferencial algunas otras entidades de masa pequeña, submucosas y asintomáticas.

El neurofibroma, neurilemoma y tumor de células granulares son posibilidades en el caso de masas linguales. En el labio inferior y la mucosa bucal deben considerarse lipoma, mucocèle y tumores de glándulas salivales.

- **Tratamiento y pronóstico:** La excisión quirúrgica simple es eficaz. Es una lesión relativamente inocua que debe extirparse para excluir otros procesos patológicos. Las recurrencias, infrecuentes, se deben algunas veces al traumatismo continuo sobre el área dañada. Estas anomalías carecen de potencial maligno.(13)

Gránulos de Fordyce:

- **Etiología y patogenia:** Son glándulas sebáceas ectópicas o coristomas sebáceos (tejido normal en localización anormal). Se cree que estos gránulos se originan en las etapas de desarrollo. Los gránulos de Fordyce son múltiples y a menudo aparecen en agregados o arreglos confluyentes. Los sitios de predilección incluyen mucosa bucal y el borde del bermellón superior. Las lesiones se distribuyen habitualmente de manera simétrica.
- **Características clínicas:** Están claramente delimitados con superficies lisas y no ulceradas, y los nódulos sólidos dotan a la región afectada de una ligera sensación caseosa. Son más habituales en la mucosa bucal y suelen ser bilaterales y simétricos. También se observan en la región de la almohadilla retromolar y en la mucosa labial; aparecen en ocasiones en las encías, frenillos y paladar.(20)

Los hombres muestran mayor número en comparación con las mujeres. Las lesiones son asintomáticas, y por lo regular se descubren de manera incidental, por el paciente o por un profesional de la salud durante el examen bucal rutinario.(13)

- **Diagnósticos diferenciales:** Debe incluir la posibilidad de que los gránulos correspondan a colecciones focales de candida y que las áreas diseminadas en forma de placa puedan corresponder a leucoplasias, acné nodular.(20)
- **Tratamiento y pronóstico:** Ninguna terapéutica está indicada para este padecimiento particular ya que las glándulas son de carácter normal y no causan efectos indeseables.(12)

Eritroplasia:

- **Etiología y patogenia:** 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.

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.

- **Características clínicas:** Suele aparecer como mácula roja aterciopelada o granular que puede elevarse ligeramente. Tiene un tamaño muy variable y sus límites pueden estar bien delimitados o fundirse con la mucosa circundante normal. Se describen tres aspectos clínicos: a) la forma homogénea de aspecto completamente rojo, b) las manchas asociadas a leucoplasia, y c) las moteadas, pequeñas manchas sobre una zona. (20)

Los sitios de alto riesgo son el piso de la boca, la lengua y la mucosa retromolar. No alude a un diagnóstico microscópico particular. Pero la biopsia revela que casi todas son displasias graves o carcinomas.

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.

- **Diagnósticos diferenciales:** Eritema traumático, candidiasis atrófica, mácula purpúrica, hemangioma macular, gingivitis localizada. 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 clínico cuidadosos pueden diferenciar la mayor parte de estas lesiones.(20)
- **Tratamiento y pronóstico:** Es obligatorio biopsiar cualquier lesión roja que persista durante más de 14 días después de eliminar todo traumatismo local y foco infeccioso. 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 debe ser lo suficientemente profundo.(20)
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.(12)

Granuloma piógeno:

- **Etiología y patogenia:** Esta lesión es una reacción exuberante y excesiva del tejido conectivo a un estímulo o daño conocido. Aparecen sobre la gingiva, donde presuntamente son causados por cálculos o material extraño en la grieta gingival. En la pubertad y el embarazo los cambios hormonales pueden modificar la respuesta gingival reparadora de la lesión.
- **Características clínicas:** Se presenta como una masa roja debido al predominio en su composición de tejido de granulación hiperplásico en el cual abundan los capilares. Los granulomas piógenos son típicamente rojos; pueden ser pedunculados o de base ancha y varían en tamaño, desde unos cuantos milímetros hasta varios

centímetros. Estas anomalías surgen a cualquier edad y tienden a ser más frecuentes en mujeres que en hombres.

- **Diagnóstico diferencial:** Esta malformación debe diferenciarse clínicamente del granuloma periférico de células gigantes, que también se presenta como una masa gingival enrojecida.
- **Tratamiento y pronóstico:** Los granulomas piógenos deben extirparse por medios quirúrgicos, sin excluir el tejido conectivo, del cual se originan las lesiones, y también cualquier factor etiológico local como cálculos. La recurrencia es ocasional y tal vez se deba a la escisión incompleta, fracaso para eliminar los factores causales o una nueva lesión en el área.(13)

MONOGRAFÍAS DE POBLACIONES ESTUDIADAS

Guatemala es un país que cuenta con 334 municipios, entre ellos se encuentran los municipios: San Andrés Itzapa, en el departamento de Chimaltenango; Estandzuela, en Zacapa; Chiché, en el Quiché; y Huehuetenango, en Huehuetenango que han sido seleccionados para la obtención de la muestra del estudio.

1. Chiché, El Quiché

Limita al norte con los municipios de Chinique y San Andrés Sajcabajá (Quiché); al sur con el municipio de Chichicastenango y Santa Cruz El Quiché (Quiché).

Se localiza en la latitud 15°02'21" y en la longitud de 91°01'40". Con una altura de 2,000.92 metros sobre el nivel del mar. Se encuentra a 174 kilómetros de la ciudad capital y a 11 kilómetros de la cabecera departamental de El Quiché. Entre las cosechas que se producen están maíz y frijol, tiene industrias productoras de tejidos de lana, talabarterías y tenerías. El clima del municipio es frío. Cuenta con dos aldeas llamadas Capuchinas y Chuaxán; y con 20 caseríos. El idioma principal indígena es el quiché aunque se habla también el castellano. Tiene una extensión de 144 kilómetros cuadrados y con una población de 31,139.(6)

2. Estandzuela, Zacapa

Está ubicada en la zona oriental de la República de Guatemala; limita al norte con el municipio de Rio Hondo; al oriente con los municipios Rio Hondo y Zacapa; al sur con el municipio de Zacapa, y al poniente con los municipios de Teculután y Huité.

Se localiza en una latitud y longitud de 14°59'55" y 89°34'25" respectivamente, a una altura de 195 metros sobre el nivel del mar, a una distancia de 141 kilómetros de la ciudad capital, a 5 kilómetros de la cabecera departamental de Zacapa, sobre la ruta CA-10 que conduce hacia Esquipulas.

El clima del municipio de Estandzuela es cálido, con una temperatura mínima de 22°C y una máxima de 41°C, durante el período de octubre a mayo indica una temperatura promedio de 37°C, época seca y en los meses de junio a septiembre su época denota humedad relativa media de 66%, lluviosa; llegando alcanzar temperaturas de 28°C. La agricultura consiste principalmente en el cultivo de granos, yuca, legumbres, siendo su principal industria la elaboración de queso. El municipio de Estandzuela está conformado por cuatro aldeas que están integradas por barrios y colonias, no cuenta con caseríos. Los censos de población realizados en los años 1,994 y 2,002, muestran que la población está en crecimiento, se han dividido barrios y colonias. Sin embargo el crecimiento durante el período 1994 a la fecha ha generado la necesidad de que se desplacen los habitantes, creándose nuevos linderos como lo son la Laguna II y Barrio Arriba. El sector rural está conformado por cuatro aldeas: San Nicolás, Chispan, Guayabal y Tres Pinos. El municipio de Estandzuela tiene una extensión de 66 kilómetros cuadrados que representa el 3.30% del departamento de Zacapa. Cuenta con cuatro aldeas, 11 fincas distribuidas en todo el municipio, 15 barrios y tres colonias dentro del casco urbano, la distancia entre el casco del municipio y la aldea más lejana (Tres Pinos), es de 30 kilómetros. Su población es de 11,500 habitantes, el idioma predominante es el chortí, se habla también castellano.(6)

3. Huehuetenango, Huehuetenango

Está situado en colindancia al norte con los municipios de Chiantla y Aguacatán (Huehuetenango); al sur con los municipios de Malacatancito (Huehuetenango), Santa Lucía La Reforma (Totonicapán); y San Pedro Jocopilas (Quiché), al este con el municipio de Aguacatán (Huehuetenango) y al oeste con los municipios de Santa Bárbara y San Sebastián (Huehuetenango). Se localiza en una latitud y longitud de 15°19'14" y 91°28'13" respectivamente, a una altura de 1.901,64 metros sobre el nivel del mar, y a una distancia de aproximadamente 264 km de la ciudad capital. El clima es templado-frío, con una temperatura mínima de 9°C y una máxima de 22°C, de acuerdo con la elevación y sinuosidades del terreno. La producción agrícola más importante es

el maíz. Se habla Español, Mam, Aguacateco, Akateko, Chuj, Popti' y Q'anjob'al; siendo el predominante, el Mam.(6)

4. San Andrés Itzapa, Chimaltenango

Ubicado en la región central de la república de Guatemala; limita al norte; con el municipio de Zaragoza y Chimaltenango (cabecera), al sur; San Antonio Aguas Calientes (Sacatepéquez) y Acatenango (Chimaltenango), al este; San Antonio Aguas Calientes (Sacatepéquez) y Parramos (Chimaltenango) y al oeste; con Acatenango y Patzicia (Chimaltenango).

Se localiza en una latitud y longitud de 14°37'15" y 90°50'40" respectivamente, a una altura de 1850 metros sobre el nivel del mar, a una distancia de 59 kilómetros de la ciudad capital y a 7 kilómetros de la cabecera departamental de Chimaltenango.

El clima del municipio de San Andrés Itzapa es templado o frío con una temperatura mínima de 17°C y una máxima de 23°C. Entre su producción se encuentran cosechas de maíz, chile, frijoles y garbanzo.

El municipio de San Andrés Itzapa está conformado por nueve aldeas que son: Chicazanga, Chimachoy, Parrimaquin, San José Calderas, Yerba Buena, El Aguacate, San José Los Corrales, Xiparqui y San José Cajahualten y cuenta con seis caseríos. Tiene una extensión de 90 kilómetros cuadrados y su población es de 31,956 habitantes. Se habla español y kaqchiquel.(6)

VII. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal, estudio realizado en niños de primaria que asisten a escuelas de cuatro comunidades de la República de Guatemala.

Objetivos Específicos:

- Determinar la frecuencia de presentación de patologías bucales en tejidos blandos identificadas en el estudio.
- Determinar el grupo de edad más afectado.
- Determinar el sexo más afectado.

VIII. VARIABLES

Independientes:

- Edad
- Sexo
- Población

Dependientes:

Patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal

1. Definición de variables independientes:

Edad

Del latín aetas, es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo. Tiempo de existencia desde el nacimiento. Cada uno de los períodos en que se encuentra dividida la vida humana.

Sexo

Desciende del latín: cortar, dividir; originalmente se refiere nada más que a la división del género humano en dos grupos: hombre o mujer. Cada individuo pertenece a uno de estos grupos. La persona es de sexo femenino o masculino.

Población

El concepto de población proviene del término latino populatio. En su uso más habitual, la palabra hace referencia al grupo formado por las personas que viven en un determinado lugar e inclusive en el planeta en general. Se determina normalmente por un censo.

2. Definición de variable dependiente:

Patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal.

La patología es la parte de la medicina encargada del estudio de las enfermedades en su más amplio sentido, es decir, como procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas. Patología bucal es la rama de la odontología y patología que se encarga de la naturaleza, identificación y tratamiento de las alteraciones y enfermedades localizadas en la cavidad oral, maxilar, mandibular y órganos dentarios (comprendiendo todas las estructuras que lo conforman), así como las relaciones que éstas guardan con problemas sistémicos.

IX. METODOLOGÍA

Población

Estuvo conformada por escolares del nivel primario que asistían a la Escuela Oficial Urbana Mixta Chiché, municipio de Chiché, El Quiché; Escuela Oficial Urbana para varones José Agapito Castañeda, municipio de Estanduela, Zacapa; Escuela Oficial Rural Mixta Brisas del Campo, municipio de Huehuetenango, Huehuetenango; Escuela Oficial Urbana Mixta 15 de Septiembre JM, municipio de San Andrés Itzapa, Chimaltenango.

Muestra

Estudio llevado a cabo en niños, de ambos sexos, de nivel primario que asistían a las escuelas en mención; mediante las listas de asistencia que proporcionaron los maestros, se seleccionó aleatoriamente a grupos pequeños de alumnos para ser examinados en la clínica dental del programa de Ejercicio Profesional Supervisado de cada comunidad.

Los pacientes fueron escogidos tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de selección:

1. Criterios de inclusión.

- Pertenecer al grupo de niños estudiantes de la primaria pertenecientes a cuatro escuelas establecidas, de la República de Guatemala.
- Contar con la autorización de los padres a través de un consentimiento informado por escrito para participar en el estudio.

2. Criterios de exclusión.

- Se excluyeron del estudio los escolares que no tenían deseos de participar en el mismo.
- Lesiones que involucraran tejido óseo y requerían de estudios radiográficos complementarios.
- No se tomó en cuenta niños con padecimientos de enfermedades sistémicas.

Procedimiento:

- a) Se solicitó la autorización a los directores(as) de las escuelas, para realizar el estudio, previa información por escrito del mismo. (Ver anexo 5)
- b) La muestra del estudio estuvo conformada por 320 niños (80 niños de cada escuela) aplicando una tabla de números aleatorios para determinar a los sujetos de la investigación.
- c) Se tomó en cuenta el aspecto bioético, requiriendo por escrito la autorización del padre o la madre del escolar para participar en el estudio, haciéndole saber adecuadamente sobre la naturaleza del mismo.
- d) Se realizó un examen clínico completo de los tejidos blandos de la cavidad bucal, en una unidad dental, a través de la palpación e inspección con la utilización de espejo, explorador, pinza y baja lenguas.
- e) En cada lesión donde surgió duda sobre el diagnóstico se documentó con fotografía de la misma, y se envió mediante los métodos tecnológicos más adecuados al Dr. Oscar Toralla para plantear el manejo de los diagnósticos diferenciales, contando con la aprobación de las mismas.
- f) Se diseñó y utilizó un instrumento de recolección de datos relacionado al tema, de fácil comprensión y aplicación. (Ver anexo 2)
- g) Se diseñó una ficha para el vaciamiento de los datos recabados con el instrumento de recolección mencionado. (Ver anexo 2)
- h) Los padres de los niños que formaron parte del estudio fueron debidamente informados sobre los resultados de las evaluaciones clínicas. (Ver anexo 1)
- i) Se diseñó una hoja de referencia para algunos de los pacientes que requirieron tratamiento médico y/o quirúrgico, en cuyos casos no se resolvió la situación en la clínica de atención primaria, siendo enviados al centro de salud u hospital general más cercano en la comunidad. (Ver anexo 7)
- j) Los resultados se presentaron en cuadros de asociación para su mejor interpretación, en valores absolutos y relativos, aplicando la media aritmética, utilizando estadística descriptiva. Se utilizaron las gráficas pertinentes de acuerdo a los resultados.

X. RECURSOS

Humanos

- Pacientes niños de la Escuela Oficial Urbana Mixta Chiché, municipio de Chiché, El Quiché; ; Escuela Oficial Urbana para varones José Agapito Castañeda, municipio de Estanduela, Zacapa; Escuela Oficial Rural Mixta Brisas del Campo, municipio de Huehuetenango, Huehuetenango y Escuela Oficial Urbana Mixta 15 de Septiembre JM, municipio de San Andrés Itzapa, Chimaltenango de la República de Guatemala, que asistieron a la clínica dental asignada para el desarrollo del Ejercicio Profesional Supervisado.
- Padres o representantes del paciente.
- Investigadoras.
- Asesores y profesionales consultados.

Institucionales

- Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Escuelas

Materiales

- Espejo, pinza y explorador
- Regla milimétrica para medir la lesión
- Bajalenguas
- Servilletas y porta servilletas
- Equipo de protección personal (guantes, mascarilla, lentes, gorro)
- Silla dental y lámpara dental
- Cámara fotográfica digital
- Computadora, servicio de Internet e impresora
- Fichas de recolección de datos, bolígrafo
- Frasco de formalina al 10% y recipiente para el depósito de muestras

Estadísticos

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

XI. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En esta sección se presentan todos los resultados que se obtuvieron luego de realizado el trabajo de campo en las cuatro poblaciones que fueran establecidas inicialmente, y después de haber hecho la tabulación de los mismos. La presentación se ha dividido en cinco secciones, de acuerdo a los resultados obtenidos, y son las siguientes:

- A.** El municipio de Chiché en el departamento de El Quiché.
- B.** El municipio de Estanduela en el departamento de Zacapa.
- C.** El municipio de Huehuetenango en el departamento de Huehuetenango.
- D.** El municipio de San Andrés Itzapa en el departamento de Chimaltenango.
- E.** La compilación de todos los resultados luego de haber reunido la información de cada uno de los municipios indicados.

Cuadro No. 1

Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal referentes a **edad y sexo de pacientes examinados** de Escuela Oficial Urbana Mixta, Chiché, El Quiché.

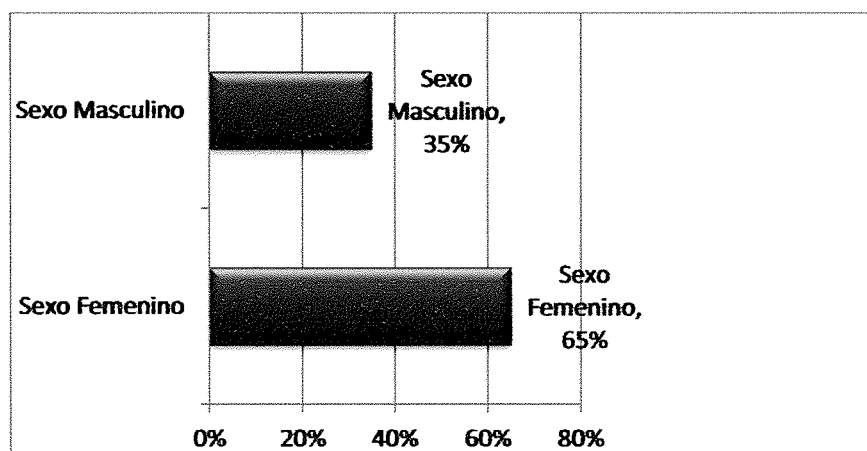
Edad	Sexo Femenino		Sexo Masculino		TOTALES	
	VA	%	VA	%	VA	%
7	10	12.50	5	6.25	15	18.75
8	9	11.25	4	5.00	13	16.25
9	6	7.50	3	3.75	9	11.25
10	7	8.75	3	3.75	10	12.50
11	4	5.00	2	2.50	6	7.50
12	11	13.75	6	7.50	17	21.25
13	5	6.25	5	6.25	10	12.50
TOTALES	52	65.00	28	35.00	80	100

Fuente: Fichas de recolección de datos

VA: Valor Absoluto

%: Valor relativo

Gráfica No. 1.1
Sexo de pacientes examinados.

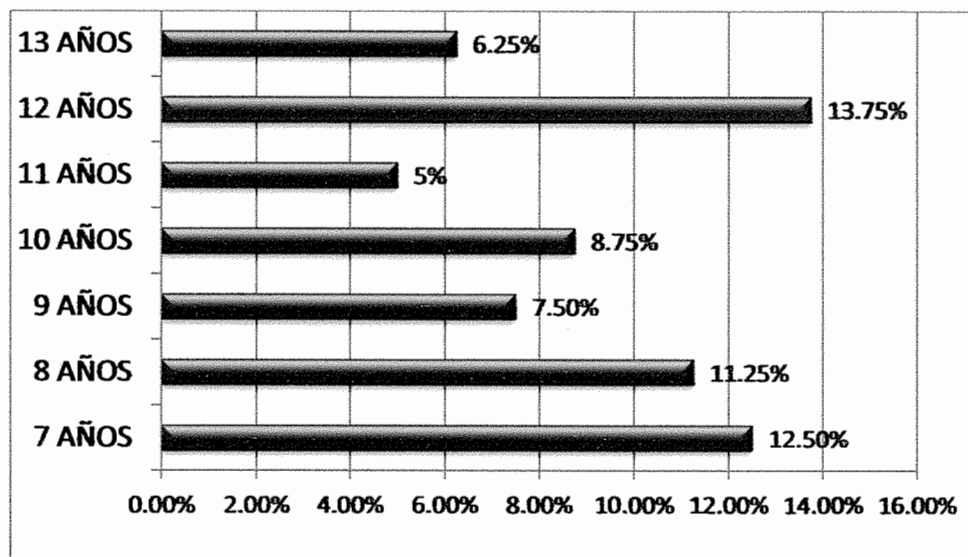


Fuente: cuadro No. 1

%: Valor relativo

Gráfica No. 1.2

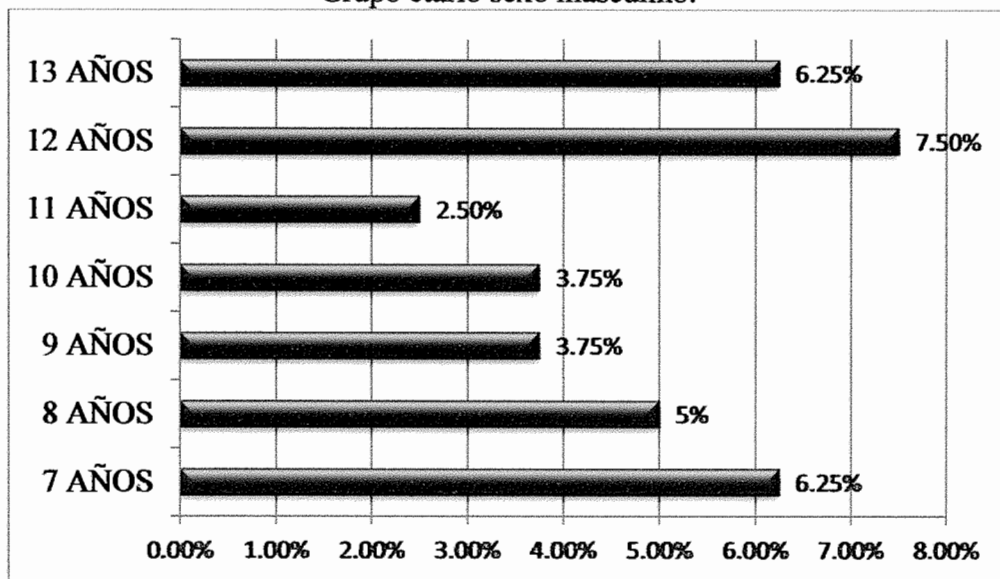
Grupo etario sexo femenino.



Fuente: cuadro No. 1
%: Valor relativo

Gráfica No. 1.3

Grupo etario sexo masculino.



Fuente: cuadro No. 1
%: Valor relativo

En el cuadro No.1 y sus correspondientes gráficas, se representa el porcentaje según edad y sexo de los pacientes examinados en el municipio de Chiché; para la edad de 7 años se tiene que el 12.50% son del sexo femenino y 6.25% son del sexo masculino formando un total de 18.75%.

Del total de pacientes se observa que la edad con mayor cantidad de pacientes examinados es de 12 años tanto en el sexo femenino como en el masculino, sin embargo, el mayor porcentaje para esta edad es representado por el sexo femenino con un 13.75% el cual está un 6.25% sobre el porcentaje de los niños de 12 años.

El hecho que el porcentaje de sexo femenino sea mayor que el de sexo masculino es un indicador que en el área rural de Guatemala, los niños de estas edades forman parte de la mano de obra de la fuerza de trabajo de la región.

Cuadro No. 2

Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal referente a **recurrencia de lesiones encontradas** en pacientes examinados en la Escuela Oficial Urbana Mixta, Chiché, El Quiché.

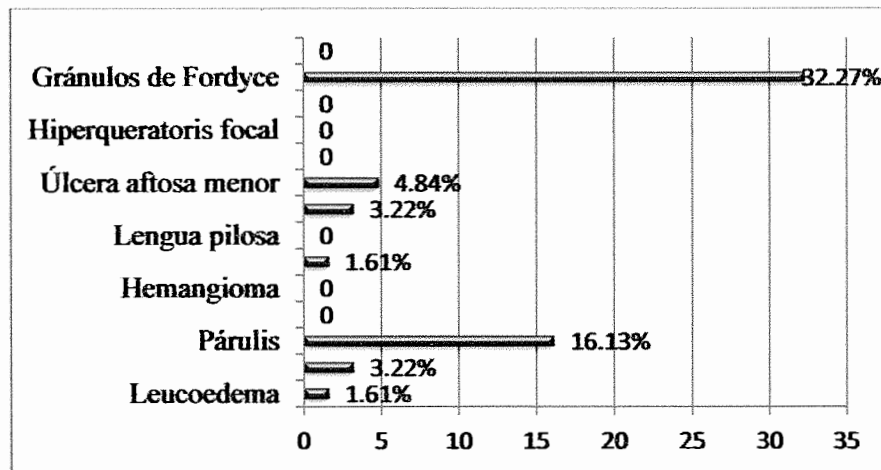
Lesión	Sexo femenino		Sexo masculino		Totales	
	VA	%	VA	%	VA	%
Leucoedema	1	1.61	1	1.61	2	3.22
Lengua geográfica	2	3.22	1	1.61	3	4.83
Páulis	10	16.13	6	9.69	16	25.83
Mucocele	0	0	0	0	0	0
Hemangioma	0	0	0	0	0	0
Herpes simple	1	1.61	1	1.75	2	3.22
Lengua pilosa	0	0	0	0	0	0
Mácula melanótica bucal	2	3.22	2	3.22	4	6.44
Úlcera aftosa menor	3	4.84	1	1.61	4	6.44
Úlcera traumática	0	0	0	0	0	0
Hiperqueratoris focal	0	0	0	0	0	0
Fibroma traumático	0	0	0	0	0	0
Gránulos de Fordyce	20	32.27	11	17.75	31	50.02
Granuloma piogénico	0	0	0	0	0	0
Totales	39	62.90	23	37.24	62	100

Fuente: Fichas de recolección de datos

VA: Valor Absoluto

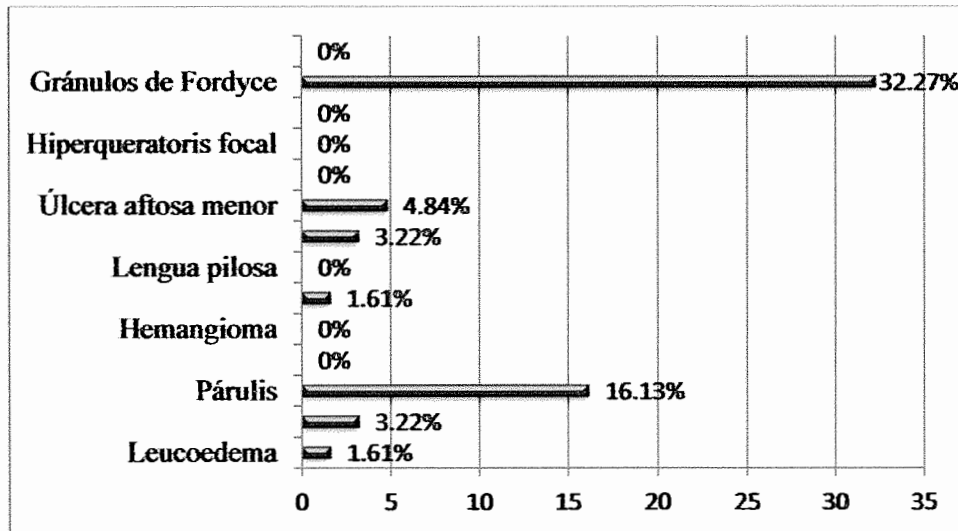
%: Valor relativo

Gráfica No. 2.1
Porcentaje de lesiones de pacientes examinados.



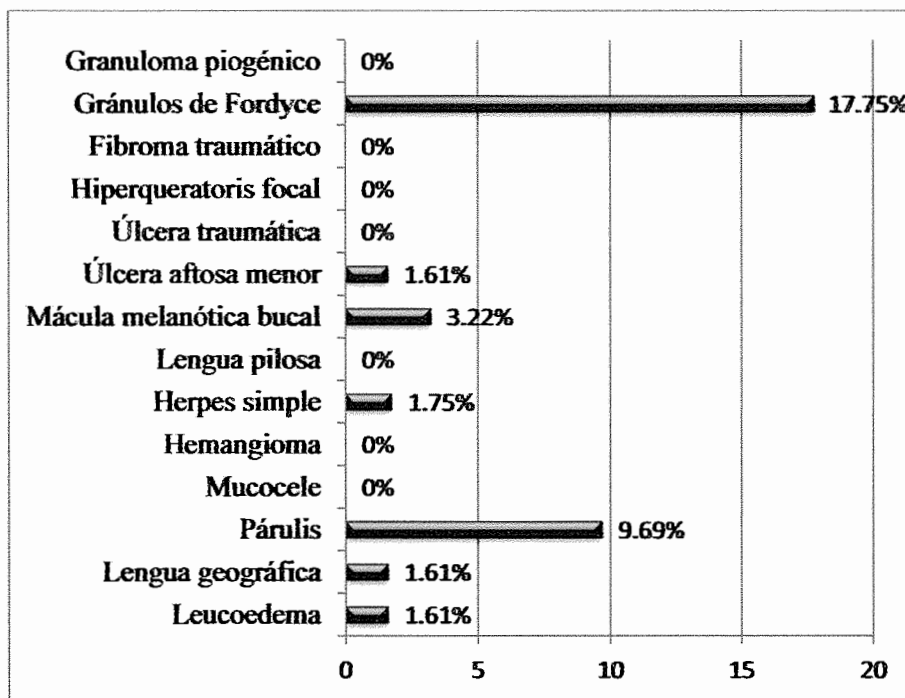
Fuente: cuadro No. 2'
%: Valor relativo

Gráfica No. 2.2
Porcentaje sexo femenino.



Fuente: cuadro No. 2
%: Valor relativo

Gráfica No. 2.3
Porcentaje sexo masculino.



Fuente: cuadro No. 2
%: Valor relativo

En el cuadro No.2 y sus correspondientes gráficas, se representa el porcentaje según la recurrencia de lesiones encontradas en los pacientes examinados en el municipio de Chiché; se representa para la lesión de Leucoedema un 1.61% tanto en el sexo femenino como en el masculino, formando un total de 3.22%.

Del total de lesiones encontradas: gránulos de Fordyce con un 32.27%, páulis con un 16.13% y úlcera aftosa menor con un 4.84%, son las que se presentaron en mayor porcentaje, sin embargo, el mayor porcentaje para éstas lesiones se encontraron en el sexo femenino.

Cuadro No. 3

Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal referente a **edad y sexo de los niños afectados por lesiones en estudio**, en la Escuela Oficial Urbana Mixta, Chiché, El Quiché.

Edad	Sexo femenino		Sexo masculino		Totales	
	VA	%	VA	%	VA	%
7	10	16.39	5	8.2	15	24.61
8	7	11.47	3	4.92	10	16.39
9	5	8.2	1	1.64	6	9.83
10	4	6.56	3	4.92	7	11.47
11	4	5.56	2	3.28	6	9.83
12	6	9.83	6	9.83	12	19.67
13	3	4.92	2	3.28	5	8.2
TOTALES	39	62.93	22	36.07	61	100

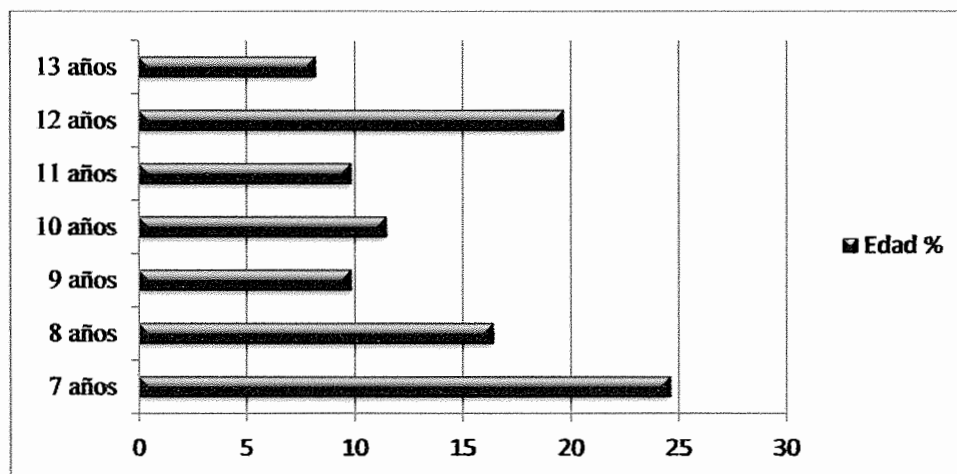
Fuente: Fichas de recolección de datos

VA: Valor Absoluto

%: Valor relativo

Gráfica No. 3.1

Porcentaje total de edades mayormente afectadas de la muestra de niños.

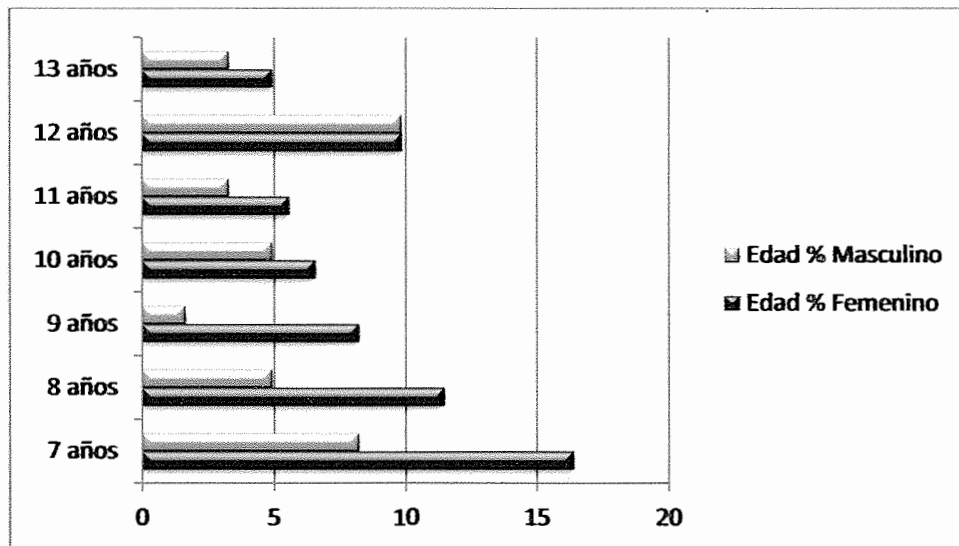


Fuente: cuadro No. 3

%: Valor relativo

Gráfica No. 3.2

Porcentaje de grupo etario y sexo mayormente afectados de la muestra de niños.



Fuente: cuadro No. 3
%: Valor relativo

En el cuadro No.3 y sus correspondientes gráficas, se representa el porcentaje según edad y sexo de los pacientes afectados por lesiones en estudio en el municipio de Chiché; para la edad de 7 años se tiene que el 16.39% son del sexo femenino y el 8.2% son del sexo masculino formando un total de 24.61%.

Del total de pacientes se observa que la edad con mayor cantidad de pacientes afectados es de 7 años en el sexo femenino y 12 años en el masculino, sin embargo, el mayor porcentaje es representado por el sexo femenino con un 16.39%.

Cuadro No. 1

Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal referentes a **edad y sexo de pacientes examinados** en la Escuela Oficial Urbana para Varones "José Agapito Castañeda" y la Escuela Oficial Urbana para Niñas, Estanzuela, Zacapa.

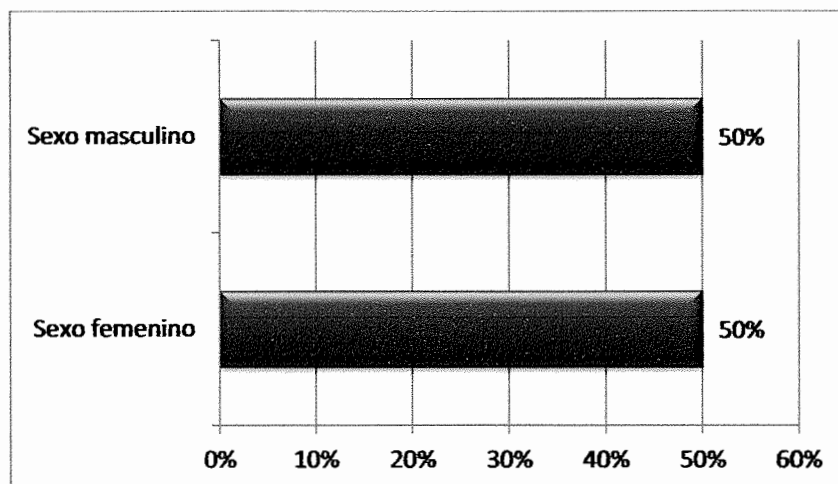
Edad	Sexo femenino		Sexo masculino		Totales	
	VA	%	VA	%	VA	%
8	11	13.75	4	5.00	15	18.75
9	10	12.50	3	3.75	13	16.25
10	9	11.25	8	10.00	17	21.25
11	3	3.75	10	12.50	13	16.25
12	7	8.75	12	15.00	19	23.75
13	0	0.00	3	3.75	3	3.75
Totales	40	50.00	40	50.00	80	100

Fuente: Fichas de recolección de datos

VA: Valor Absoluto

%: Valor relativo

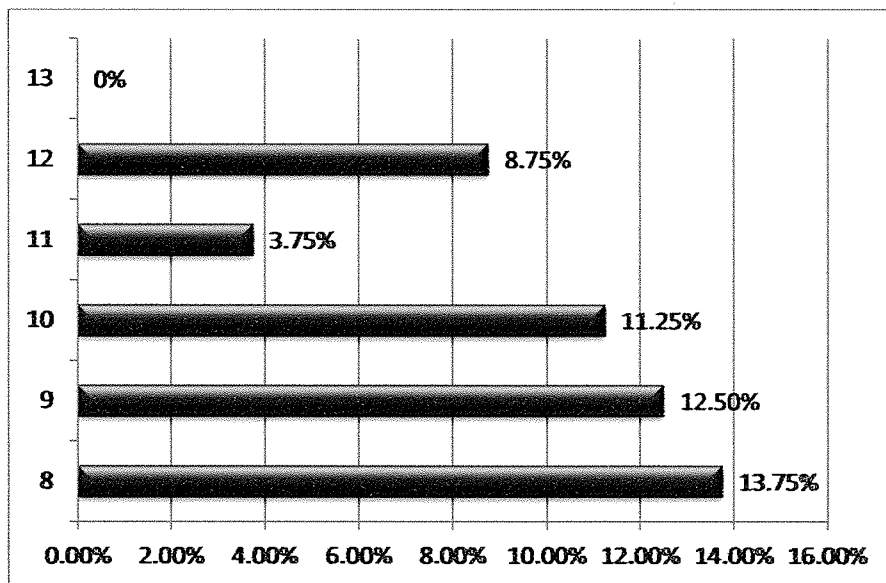
Gráfica No. 1.1
Sexo de pacientes examinados.



Fuente: cuadro No. 1

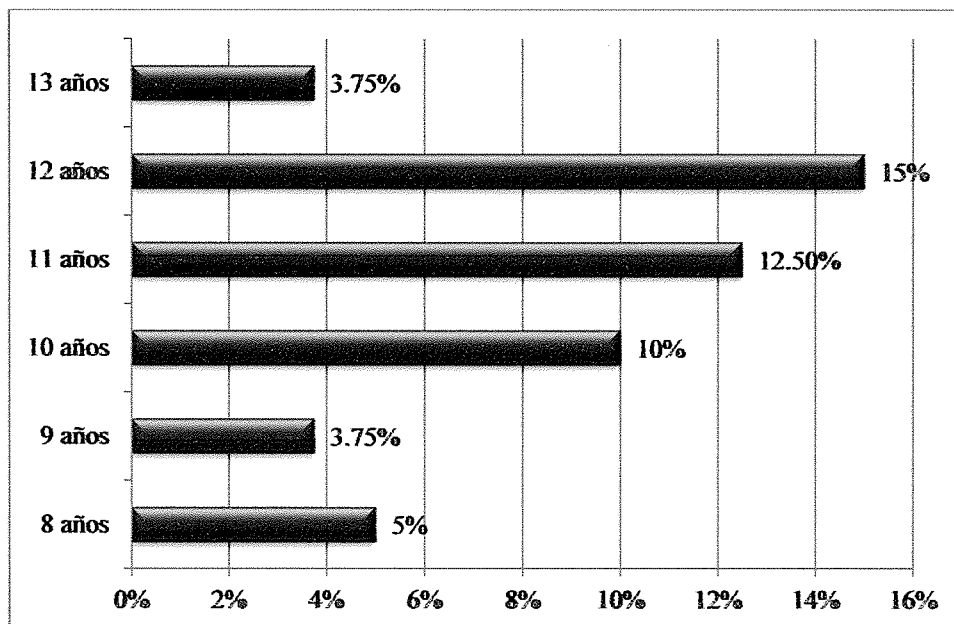
%: Valor relativo

Gráfica No. 1.2
Grupo etario sexo femenino.



Fuente: cuadroNo. 1
%: Valor relativo

Gráfica No. 1.3
Grupo etario sexo masculino.



Fuente: cuadro No. 1
%: Valor relativo

En el cuadro No.1 y sus correspondientes gráficas, se representa el porcentaje según edad y sexo de los pacientes examinados en el municipio de Estandzuela; para la edad de 8 años se tiene que el 13.75% son del sexo femenino y 5.00% son del sexo masculino formando un total de 18.75%.

Del total de pacientes se observa que la edad con mayor cantidad de pacientes examinados es de 8 años en el sexo femenino y 12 años en el masculino.

Cuadro No. 2

Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal referentes a **recurrencia de lesiones encontradas** en pacientes examinados en la Escuela Oficial Urbana para Varones "José Agapito Castañeda" y la Escuela Oficial Urbana para Niñas, Estandzuela, Zacapa.

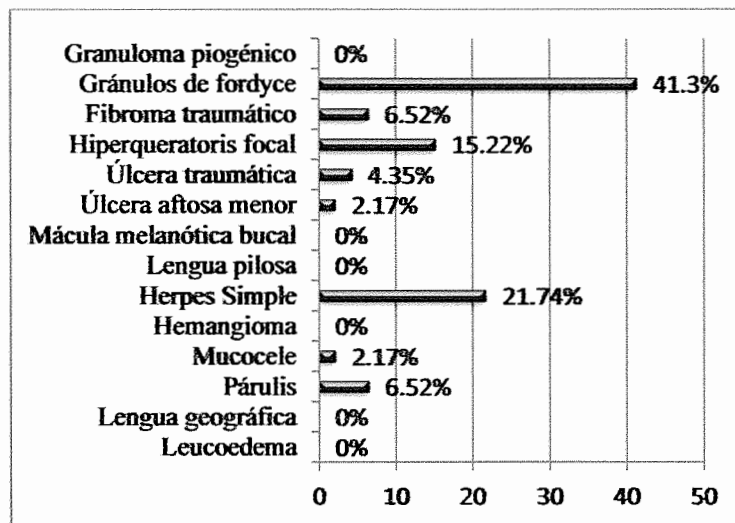
Lesión	Sexo femenino		Sexo masculino		Totales	
	VA	%	VA	%	VA	%
Leucoedema	0	0	0	0	0	0
Lengua geográfica	0	0	0	0	0	0
Páculis	2	4.35	1	2.17	3	6.52
Mucocele	1	2.17	0	0	1	2.17
Hemangioma	0	0	0	0	0	0
Herpes Simple	2	4.35	8	17.39	10	21.74
Lengua pilosa	0	0	0	0	0	0
Mácula melanótica bucal	0	0	0	0	0	0
Úlcera aftosa menor	0	0	1	2.17	1	2.17
Úlcera traumática	0	0	2	4.35	2	4.35
Hiperqueratoris focal	0	0	7	15.22	7	15.22
Fibroma traumático	0	0	3	6.52	3	6.52
Gránulos de fordyce	9	19.57	10	21.74	19	41.30
Granuloma piogénico	0	0	0	0	0	0
Totales	14	30.43	32	69.57	46	100

Fuente: Fichas de recolección de datos

VA: Valor Absoluto

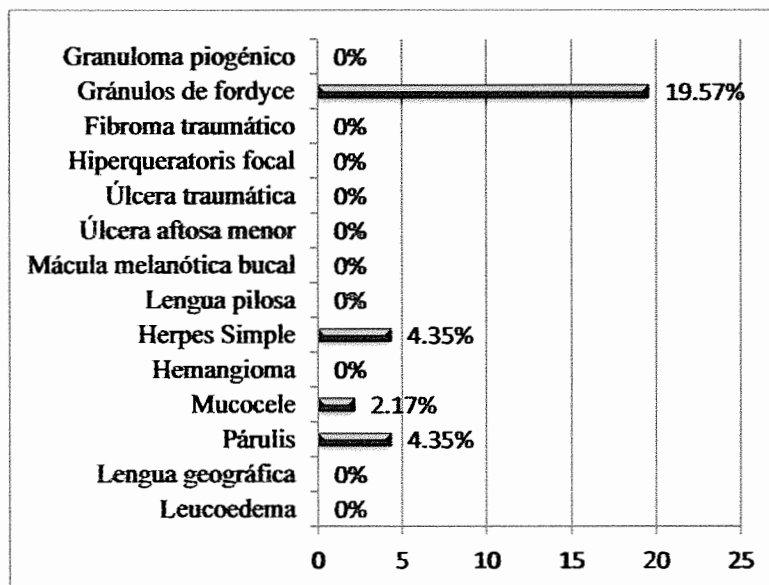
%: Valor relativo

Gráfica No. 2.1
Porcentaje de lesiones de pacientes examinados.



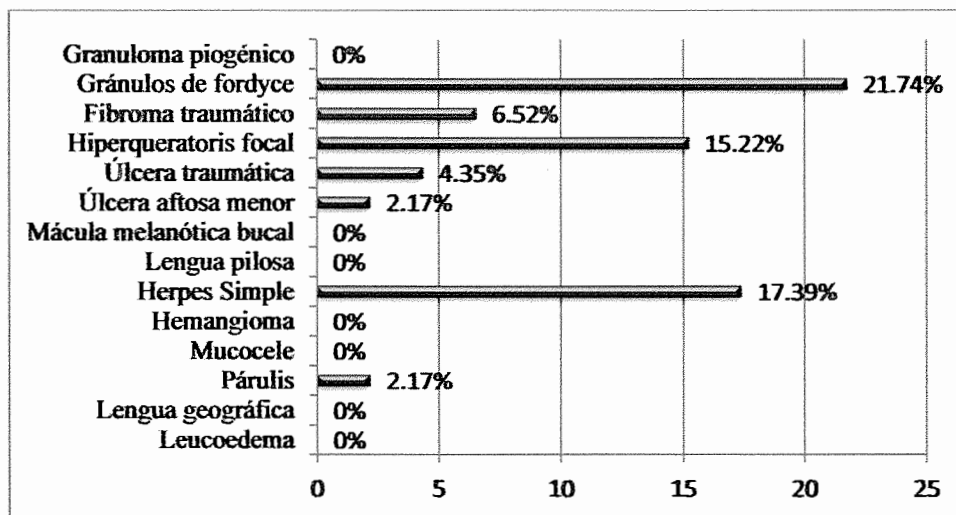
Fuente: cuadro No. 2
%: Valor relativo

Gráfica No. 2.2
Porcentaje sexo femenino.



Fuente: cuadro No. 2
%: Valor relativo

Gráfica No. 2.3
Porcentaje sexo masculino.



Fuente: cuadro No. 2
%: Valor relativo

En el cuadro No.2 y sus correspondientes gráficas, se representa el porcentaje según la recurrencia de lesiones encontradas en los pacientes examinados en el municipio de Estanduela; se representa para la lesión de páculis un 4.35% en el sexo femenino y un 2.17% en el masculino formando un total de 6.52%.

Del total de pacientes evaluados se observa que las lesiones mayormente encontradas son: gránulos de Fordyce con un 41.3%, herpes simple con un 21.74% y hiperqueratosis focal con un 15.22%, sin embargo, el mayor porcentaje para éstas lesiones es representado por el sexo femenino.

Cuadro No. 3

Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal referentes a **edad y sexo de los niños afectados por lesiones en estudio**, en la Escuela Oficial Urbana para Varones "José Agapito Castañeda" y la Escuela Oficial Urbana para Niñas, Estandzuela, Zacapa.

Edad	Sexo femenino		Sexo masculino		Totales	
	VA	%	VA	%	VA	%
8	2	4.35	4	8.70	6	13.04
9	5	10.87	3	6.52	8	17.39
10	1	2.17	6	13.04	7	15.22
11	4	8.70	9	19.57	11	28.26
12	2	4.35	7	15.22	6	19.57
13	0	0.00	3	6.52	3	6.52
Totales	14	30.43	32	69.57	46	100.00

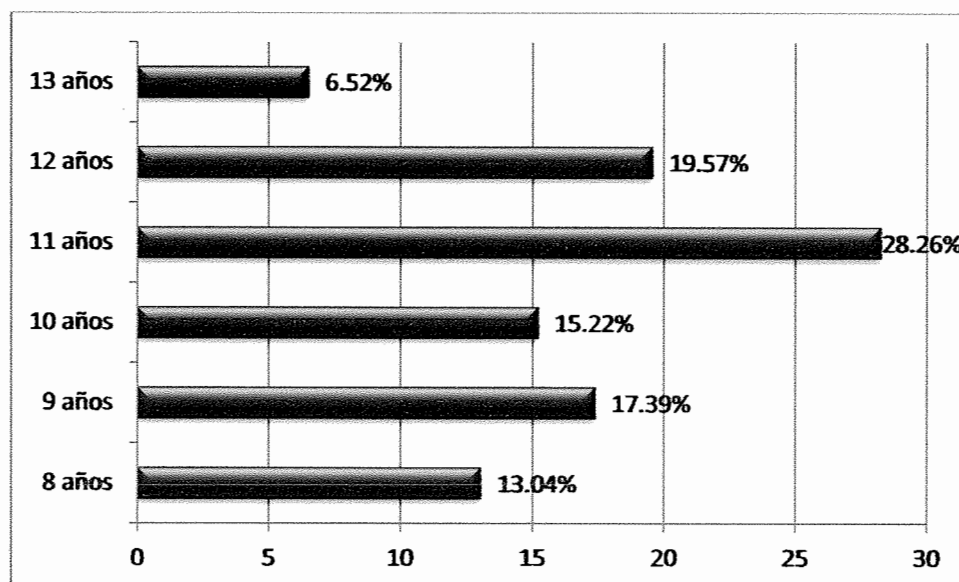
Fuente: Fichas de recolección de datos

VA: Valor Absoluto

%: Valor relativo

Gráfica No. 3.1

Porcentaje total de edades mayormente afectadas de la muestra de niños.

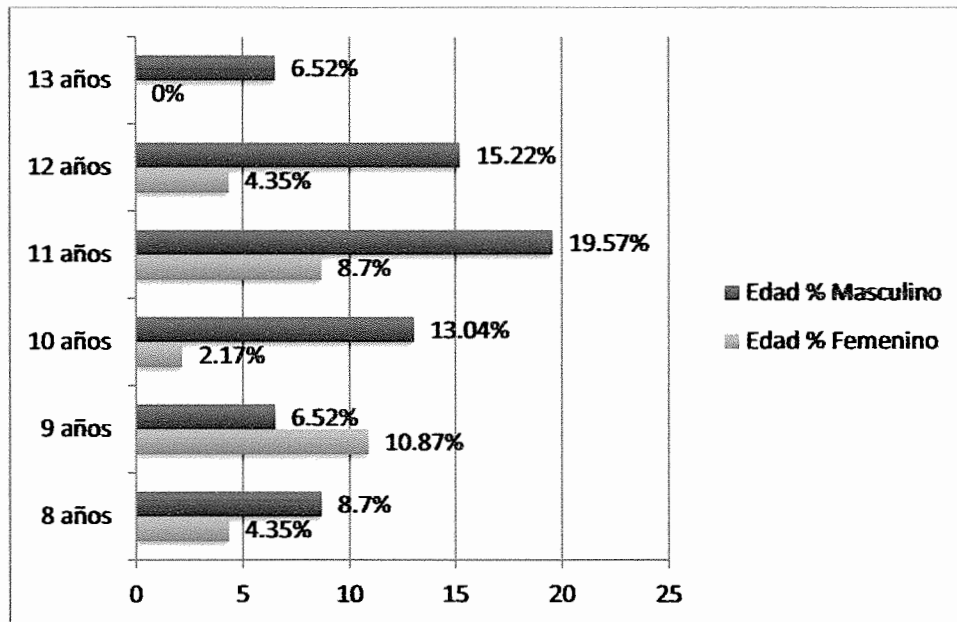


Fuente: cuadro No. 3

%: Valor relativo

Gráfica No. 3.2

Porcentaje de grupo etáreo y sexo mayormente afectados de la muestra de niños.



Fuente: cuadro No. 3

?: Valor relativo

En el cuadro No.3 y sus correspondientes gráficas, se representa el porcentaje según edad y sexo de los pacientes afectados por lesiones en estudio en el municipio de Estanzuela; para la edad de 8 años se tiene que el 4.35% son del sexo femenino y el 8.70% son del sexo masculino formando un total de 13.05%.

Del total de pacientes se observa que la edad con mayor cantidad de pacientes afectados es de 9 años en el sexo femenino y 11 años en el masculino, sin embargo, el mayor porcentaje es representado por el sexo masculino con un 19.57%.

Cuadro No. 1

Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal referentes a **edad y sexo de los pacientes examinados** en la Escuela Oficial Rural Mixta Brisas del Campo, municipio de Huehuetenango, Huehuetenango.

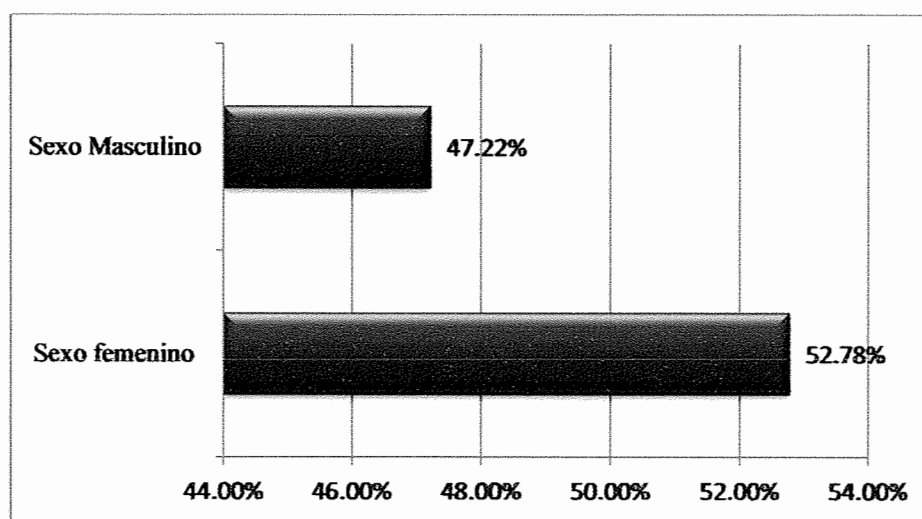
Edad	Sexo femenino		Sexo masculino		Totales	
	VA	%	VA	%	VA	%
8	12	15	4	5	16	20
9	5	6.25	13	16.25	18	22.5
10	5	6.25	4	5	9	11.25
11	13	16.25	4	5	17	21.25
12	4	5	0	0	4	5
13	0	0	13	16.25	13	16.25
15	3	3.75	0	0	3	3.75
Totales	42	52.5	38	47.5	80	100

Fuente: Fichas de recolección de datos

VA: Valor Absoluto

%: Valor relativo

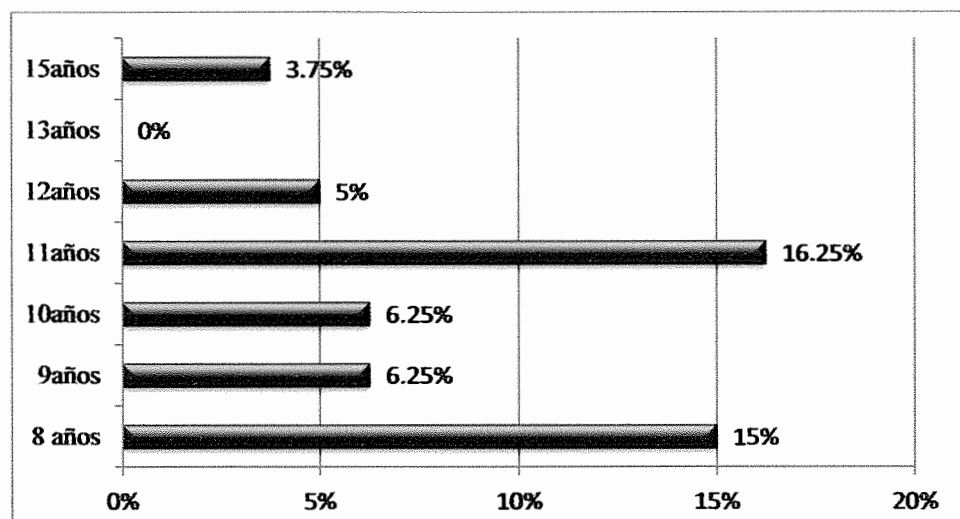
Gráfica No. 1.1
Sexo de pacientes examinados.



Fuente: cuadro No. 1

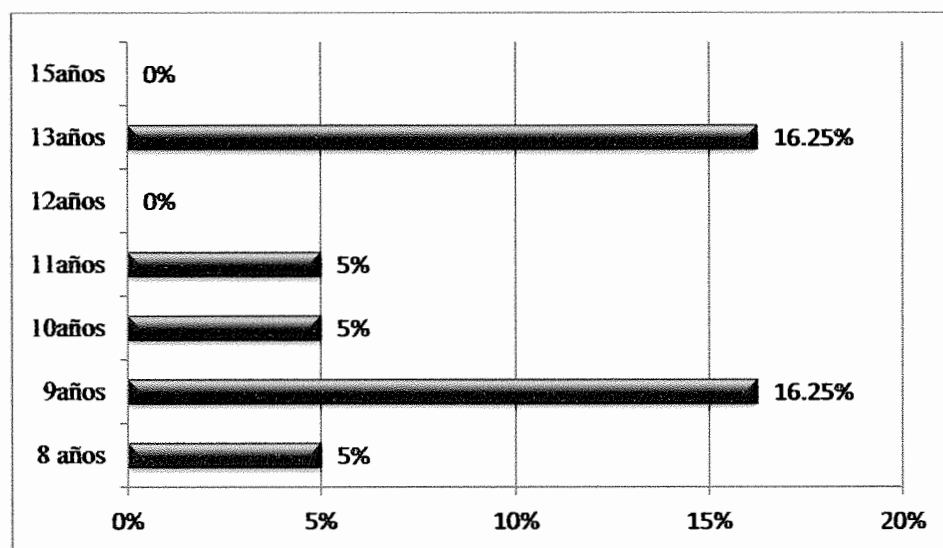
%: Valor relativo

Gráfica No. 1.2
Grupo etáreo sexo femenino.



Fuente: cuadro No. 1
%: Valor relativo

Gráfica No. 1.3
Grupo etáreo sexo masculino.



Fuente: cuadro No. 1
%: Valor relativo

En el cuadro No.1 y sus correspondientes gráficas, se representa el porcentaje según edad y sexo de los pacientes examinados en el municipio de Huehuetenango; para la edad de 8 años se tiene que el 15% son del sexo femenino y 5% son del sexo masculino formando un total de 20%.

Del total de pacientes se observa que la edad con mayor cantidad de pacientes examinados es de 11 años en el sexo femenino y 8 y 13 años en el masculino.

El hecho que el porcentaje de sexo femenino sea mayor que el de sexo masculino es un indicador que en el área rural de Guatemala, los niños de estas edades forman parte de la mano de obra de la fuerza de trabajo de la región.

Cuadro No. 2

Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal referentes a **recurrencia de lesiones encontradas** en pacientes examinados en la Escuela Oficial Rural Mixta Brisas del Campo, municipio de Huehuetenango, Huehuetenango.

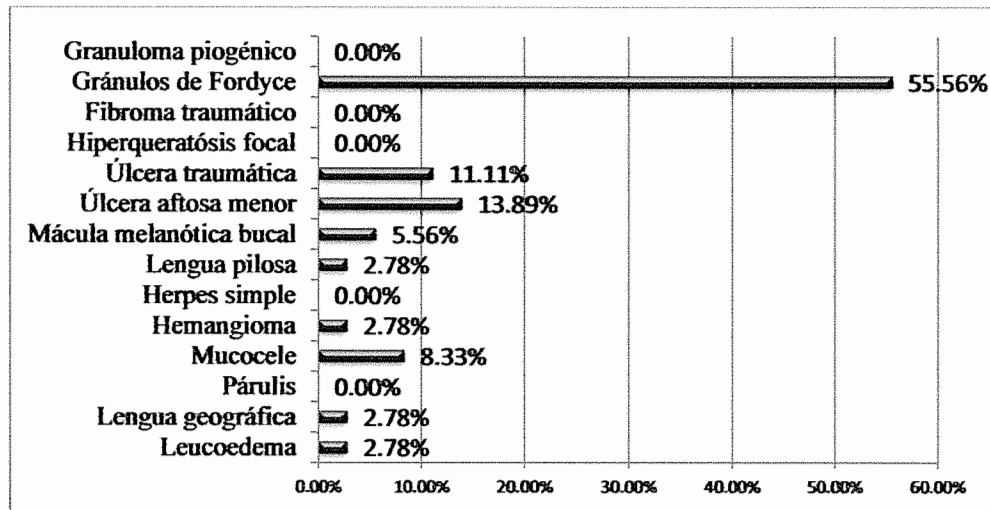
Lesión	Sexo femenino		Sexo masculino		Totales	
	VA	%	VA	%	VA	%
Leucoedema	0	0	1	2.78	1	2.78
Lengua geográfica	0	0	1	2.78	1	2.78
Páulis	0	0	0	0	0	0
Mucocele	2	5.56	1	2.78	3	8.33
Hemangioma	0	0	1	2.78	1	2.78
Herpes simple	0	0	0	0	0	0
Lengua pilosa	1	2.78	0	0	1	2.78
Mácula melanótica bucal	1	2.78	1	2.78	2	5.56
Úlcera aftosa menor	2	5.56	3	8.33	5	13.89
Úlcera traumática	1	2.78	3	8.33	4	11.11
Hiperqueratosis focal	0	0	0	0	0	0
Fibroma traumático	0	0	0	0	0	0
Gránulos de Fordyce	14	38.89	6	16.67	20	55.56
Granuloma piogénico	0	0	0	0	0	0
Totales	21	52.78	17	47.22	38	100

Fuente: Fichas de recolección de datos

VA: Valor Absoluto

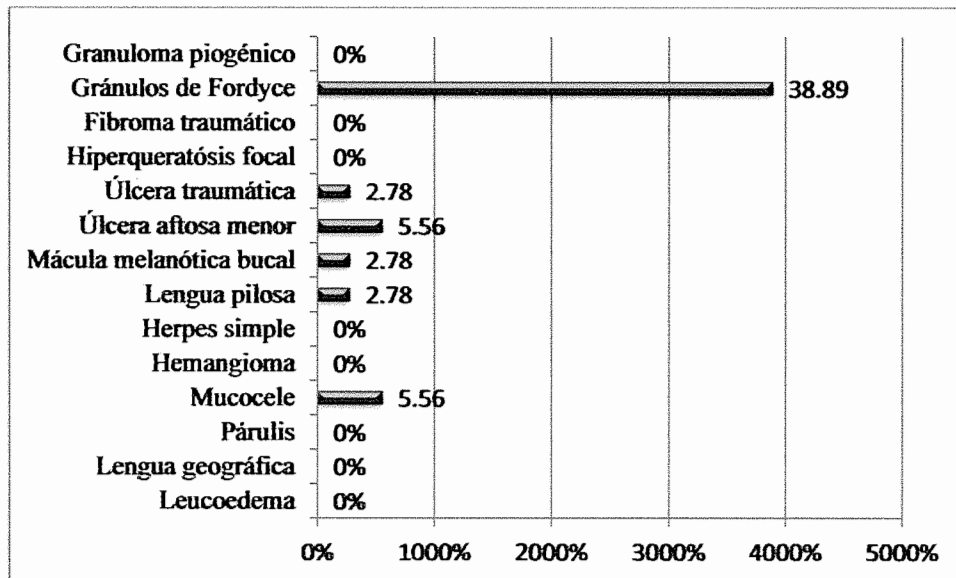
%: Valor relativo

Gráfica No. 2.1
Porcentaje de lesiones de pacientes examinados.



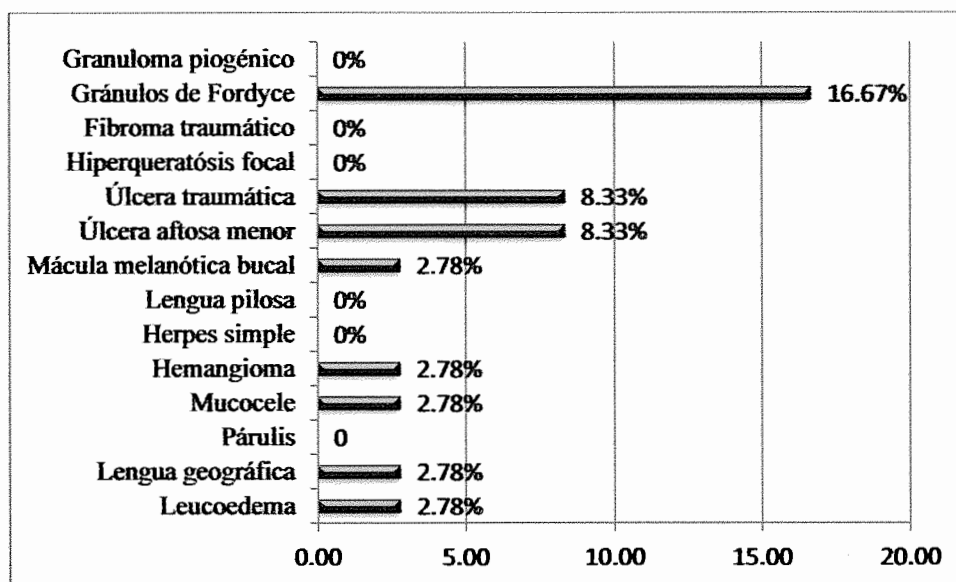
Fuente: cuadro No. 2
%: Valor relativo

Gráfica No. 2.2
Porcentaje sexo femenino.



Fuente: cuadro No. 2
%: Valor relativo

Gráfica No. 2.3
Porcentaje sexo masculino.



Fuente: cuadro No. 2
%: Valor relativo

En el cuadro No.2 y sus correspondientes gráficas, se representa el porcentaje según la recurrencia de lesiones encontradas en los pacientes examinados en el municipio de Huehuetenango; la lesión más representativa tanto en el sexo femenino 38.89% como en el masculino 16.67%, los gránulos de Fordyce.

Del total se observa que las lesiones mayormente encontradas son: Gránulos de Fordyce con un 55.56%, úlcera aftosa menor con un 13.89% y úlcera traumática un 11.11%, sin embargo, el mayor porcentaje para éstas lesiones es representado por el sexo femenino.

Cuadro No. 3

Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal referentes a **edad y sexo de los niños afectados por lesiones en estudio**, en la Escuela Oficial Rural Mixta Brisas del Campo, municipio de Huehuetenango, Huehuetenango.

E dad	Sexo femenino		Sexo masculino		Totales	
	VA	%	VA	%	VA	%
8	2	5.56	4	11.11	6	16.67
9	5	13.89	3	8.33	8	22.22
10	5	13.89	4	11.11	9	25
11	3	8.33	4	11.11	7	19.44
12	4	11.11	0	0	4	11.11
13	0	0	1	2.78	1	2.78
15	1	2.78	0	0	1	2.78
Totales	20	52.78	16	47.22	36	100

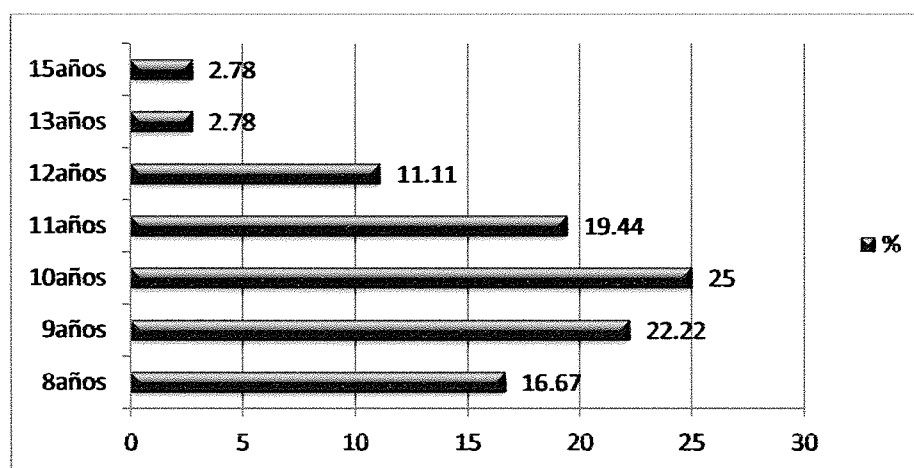
Fuente: Fichas de recolección de datos

VA: Valor Absoluto

?: Valor relativo

Gráfica No. 3.1

Porcentaje total de edades mayormente afectadas de la muestra de niños.

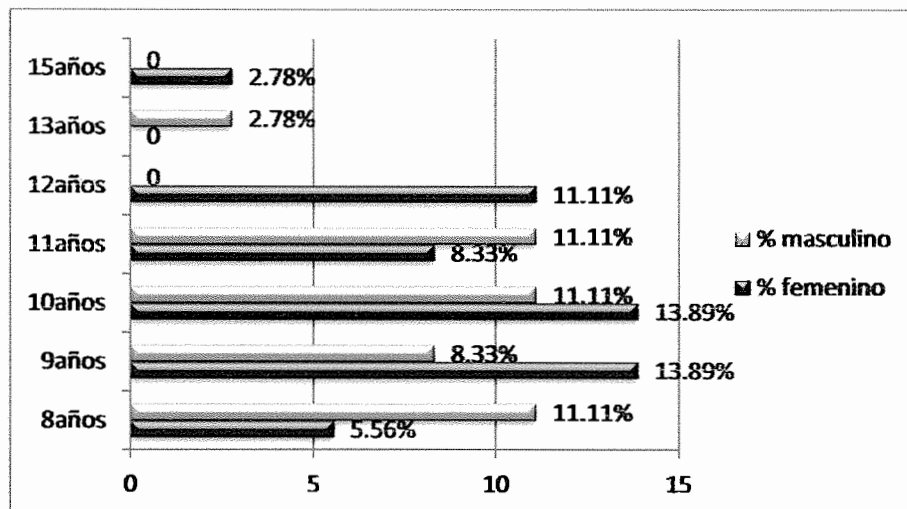


Fuente: cuadro No. 3

?: Valor relativo

Gráfica No. 3.2

Porcentaje de grupo etáreo y sexo mayormente afectados de la muestra de niños.



Fuente: cuadro No. 3

%; Valor relativo

En el cuadro No.3 y sus correspondientes gráficas, se representa el porcentaje según edad y sexo de los pacientes afectados por lesiones en estudio en el municipio de Huehuetenango; para la edad de 8 años se tiene que el 5.56% son del sexo femenino y el 11.11% son del sexo masculino formando un total de 16.67%.

Del total de pacientes se observa que la edad con mayor cantidad de pacientes afectados es de 9 y 10 años en el sexo femenino y 8 y 11 años en el masculino, sin embargo, el mayor porcentaje es representado por el sexo femenino con un 13.89%.

SECCIÓN D

Cuadro No. 1

Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal referentes a **edad y sexo de los pacientes examinados** en la Escuela Oficial Urbana Mixta 15 de Septiembre JM, San Andrés Itzapa, Chimaltenango.

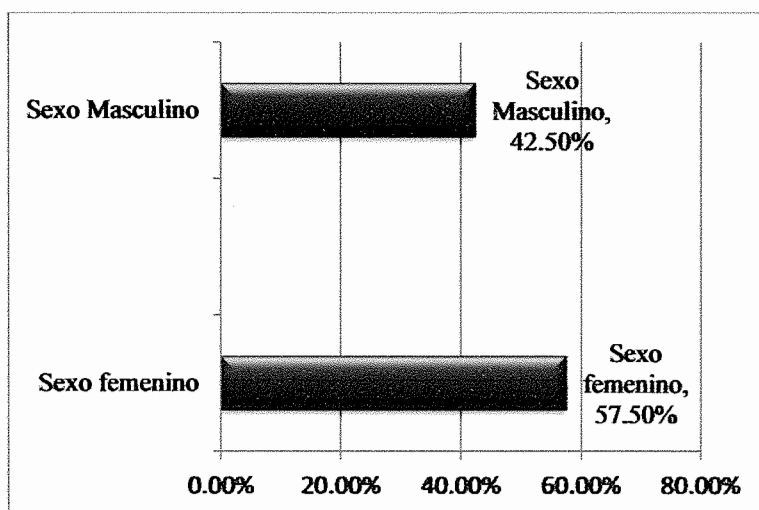
Edad	Sexo femenino		Sexo masculino		Totales	
	VA	%	VA	%	VA	%
8	5	6.25	6	7.5	11	13.75
9	10	12.5	5	6.25	15	18.75
10	11	13.75	9	11.25	20	25
11	9	11.25	6	7.5	15	18.75
12	11	13.75	8	10	19	23.75
Totales	46	57.50	34	42.5	80	100

Fuente: Fichas de recolección de datos

VA: Valor Absoluto

?: Valor relativo

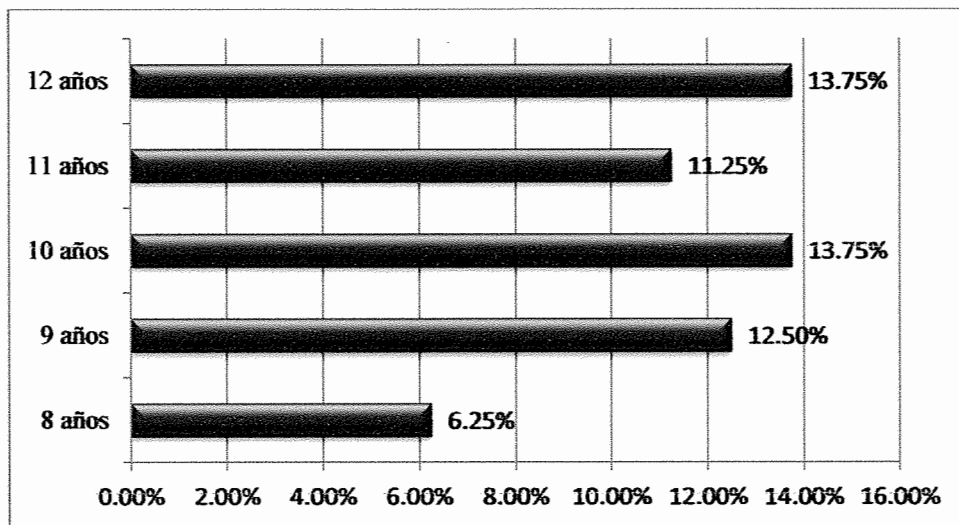
Gráfica No. 1.1
Sexo de pacientes examinados.



Fuente: cuadro No. 1

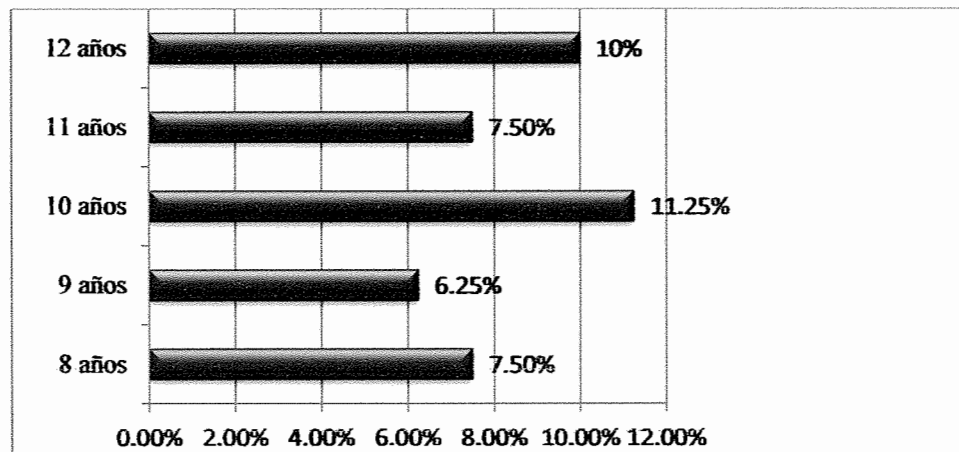
?: Valor relativo

Gráfica No. 1.2
Grupo etáreo sexo femenino.



Fuente: cuadro No. 1
%: Valor relativo

Gráfica No. 1.3
Grupo etario sexo masculino.



Fuente: cuadro No. 1
%: Valor relativo

En el cuadro No.1 y sus correspondientes gráficas, se representa el porcentaje según edad y sexo de los pacientes examinados en el municipio de San Andrés Itzapa; para la edad de 8 años se tiene que el 6.25% son del sexo femenino y 7.5% son del sexo masculino formando un total de 13.75%.

Del total de pacientes se observa que la edad con mayor cantidad de pacientes examinados es de 10 y 12 años en el sexo femenino y 10 años en el masculino.

El hecho que el porcentaje de sexo femenino sea mayor que el de sexo masculino es un indicador que en el área rural de Guatemala, los niños de estas edades forman parte de la mano de obra de la fuerza de trabajo de la región.

Cuadro No. 2

Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal referentes a **recurrencia de lesiones encontradas** en pacientes examinados en la Escuela Oficial Urbana Mixta 15 de Septiembre JM, San Andrés Itzapa, Chimaltenango.

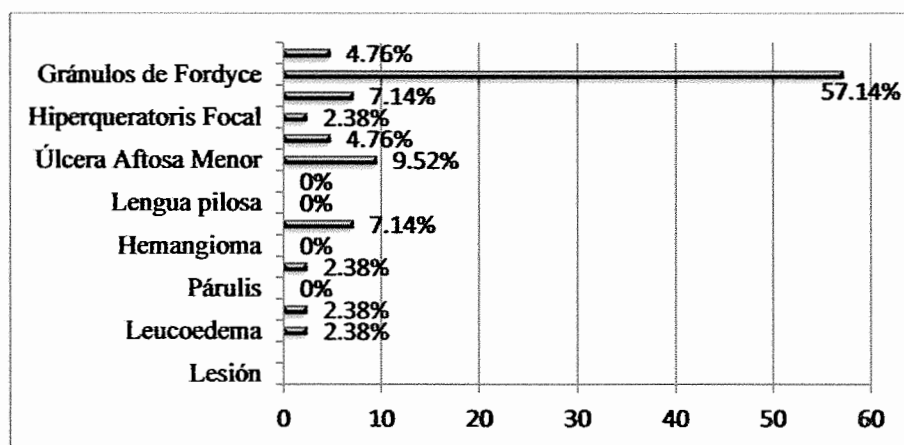
Lesión	Sexo femenino		Sexo masculino		Totales	
	VA	%	VA	%	VA	%
Leucoedema	1	2.38	0	0	1	2.38
Lengua geográfica	0	0.00	1	2.38	1	2.38
Páulis	0	0.00	0	0	0	0
Mucocele	1	2.38	0	0	1	2.38
Hemangioma	0	0.00	0	0	0	0
Herpes simple	3	7.14	0	0	3	7.14
Lengua pilosa	0	0.00	0	0	0	0
Mácula Melanótica Bucal	0	0.00	0	0	0	0
Úlcera Aftosa Menor	1	2.38	3	7.14	4	9.52
Úlcera traumática	1	2.38	1	2.38	2	4.76
Hiperqueratoris Focal	1	2.38	0	0	1	2.38
Fibroma traumático	2	4.76	1	2.38	3	7.14
Gránulos de Fordyce	14	33.33	10	23.81	24	57.14
Granuloma Piogénico	2	4.76	0	0	2	4.76
Totales	26	61.9	16	38.1	42	100

Fuente: Fichas de recolección de datos

VA: Valor Absoluto

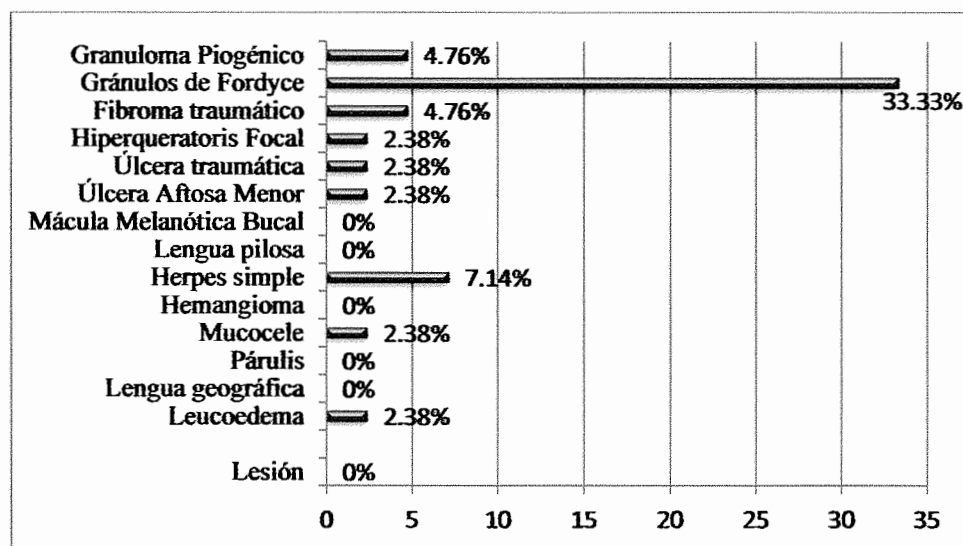
%: Valor relativo

Gráfica No. 2.1
Porcentaje de lesiones de pacientes examinados.



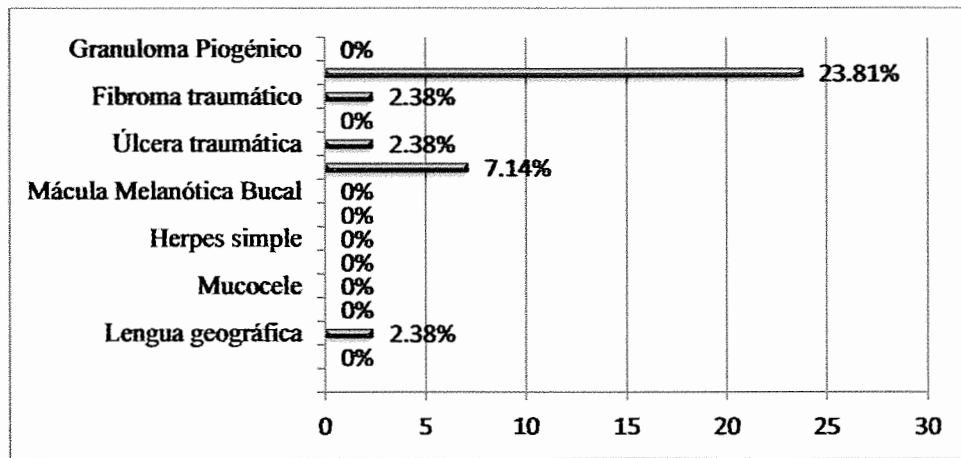
Fuente: cuadro No. 2
%: Valor relativo

Gráfica No. 2.2
Porcentaje sexo femenino.



Fuente: cuadro No. 2
%: Valor relativo

Gráfica No. 2.3
Porcentaje sexo masculino.



Fuente: cuadro No. 2
%: Valor relativo

En el cuadro No.2 y sus correspondientes gráficas, se representa el porcentaje según la recurrencia de lesiones encontradas en los pacientes examinados en el municipio de San Andrés Itzapa; se representa para la lesión de fibroma traumático un 4.76% en el sexo femenino y un 2.38% en el masculino, formando un total de 7.14%.

Del total se observa que las lesiones mayormente encontradas son: Gránulos de Fordyce con un 57.14%, úlcera aftosa menor con un 9.52% e hiperqueratosis focal con un 7.14% sin embargo, el mayor porcentaje para éstas lesiones es representado por el sexo femenino.

Cuadro No. 3

Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal referentes a **edad y sexo de los niños afectados por lesiones en estudio**, en la Escuela Oficial Urbana Mixta 15 de Septiembre JM, San Andrés Itzapa, Chimaltenango.

Edad	Sexo femenino		Sexo masculino		Totales	
	VA	%	VA	%	VA	%
8	5	11.90	2	4.76	7	16.67
9	5	11.90	1	2.38	6	14.29
10	8	19.05	5	11.90	13	30.95
11	5	11.90	4	9.52	9	21.43
12	3	7.14	4	9.52	7	16.67
Totales	26	61.90	16	38.10	42	100.00

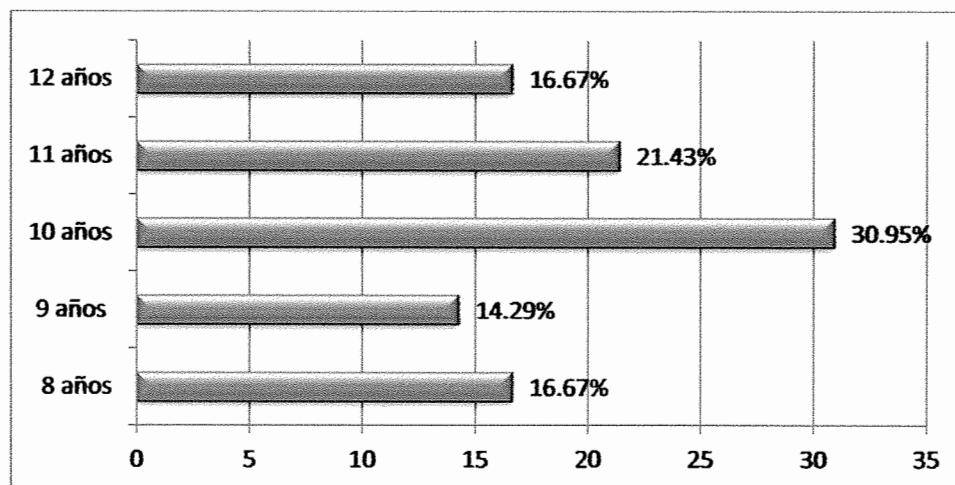
Fuente: Fichas de recolección de datos

VA: Valor Absoluto

?: Valor relativo

Gráfica No. 3.1

Porcentaje total de edades mayormente afectadas de la muestra de niños.

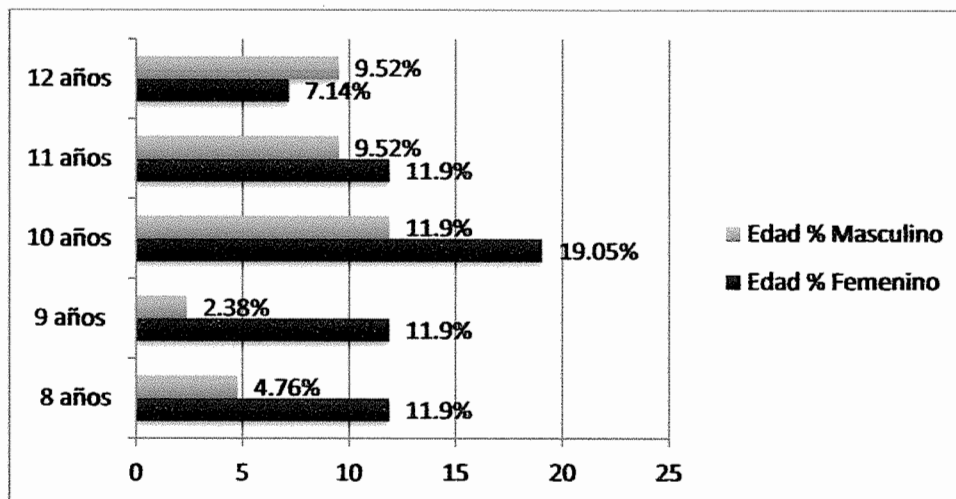


Fuente: cuadro No. 3

?: Valor relativo

Gráfica No. 3.2

Porcentaje de grupo etáreo y sexo mayormente afectados de la muestra de niños.



Fuente: cuadro No. 3

%; Valor relativo

En el cuadro No.3 y sus correspondientes gráficas, se representa el porcentaje según edad y sexo de los pacientes afectados por lesiones en estudio en el municipio de San Andrés Itzapa; para la edad de 8 años se tiene que el 11.90% son del sexo femenino y el 4.76% son del sexo masculino formando un total de 16.67%.

Del total de pacientes se observa que la edad con mayor cantidad de pacientes afectados es de 10 años tanto para el sexo femenino como para el masculino.

Cuadro No. 4

Porcentaje de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal en escolares de las comunidades estudiadas, julio a octubre 2012.

Comunidad	Muestra		Presencia de lesiones	
	VA	%	VA	%
Escuela Oficial Urbana Mixta Chiché, El Quiché	80	100%	61	19.06
Escuela Oficial Urbana para Varones y Escuela Oficial Urbana para Niñas Estanduela, Zacapa	80	100%	46	14.38
Escuela Oficial Rural Mixta Brisas del Campo, municipio de Huehuetenango, Huehuetenango	80	100%	36	11.25
Escuela Oficial Urbana Mixta 15 de Septiembre JM, San Andrés Itzapa, Chimaltenango	80	100%	42	13.13
TOTALES	320	100%	185	57.81

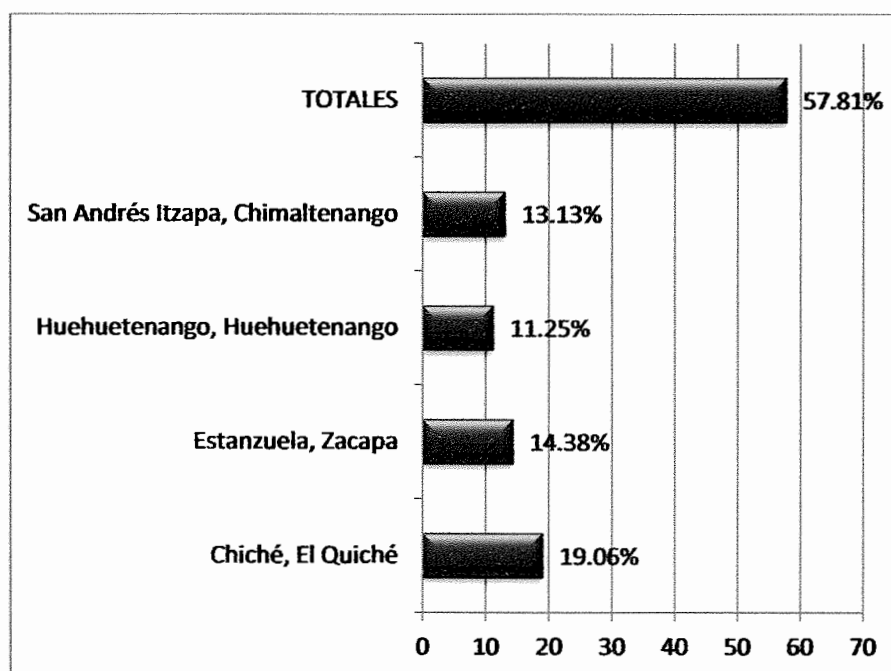
Fuente: Fichas de recolección de datos

VA: Valor Absoluto

%; Valor relativo

Gráfica No. 4.1

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



Fuente: cuadro No. 4

%; Valor relativo

En el cuadro No.4 y su correspondiente gráfica, se representa el porcentaje de la presencia clínica de lesiones encontradas en los pacientes examinados en el municipio de San Andrés Itzapa; se encontraron 42 lesiones representando un 13.13%; en el municipio de Huehuetenango, Huehuetenango; se encontraron 36 lesiones representando un 11.25%; en el municipio de Estanzuela, Zacapa; se encontraron 46 lesiones representando un 14.38%; en el municipio de Chiché, El Quiché; se encontraron 61 lesiones representando un 19.06%.

Del total de pacientes examinados se observa que la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal con mayor cantidad es el representado por el municipio de Chiché, El Quiché.

Cuadro No. 5

Distribución la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal por **edad y sexo** en las comunidades estudiadas.

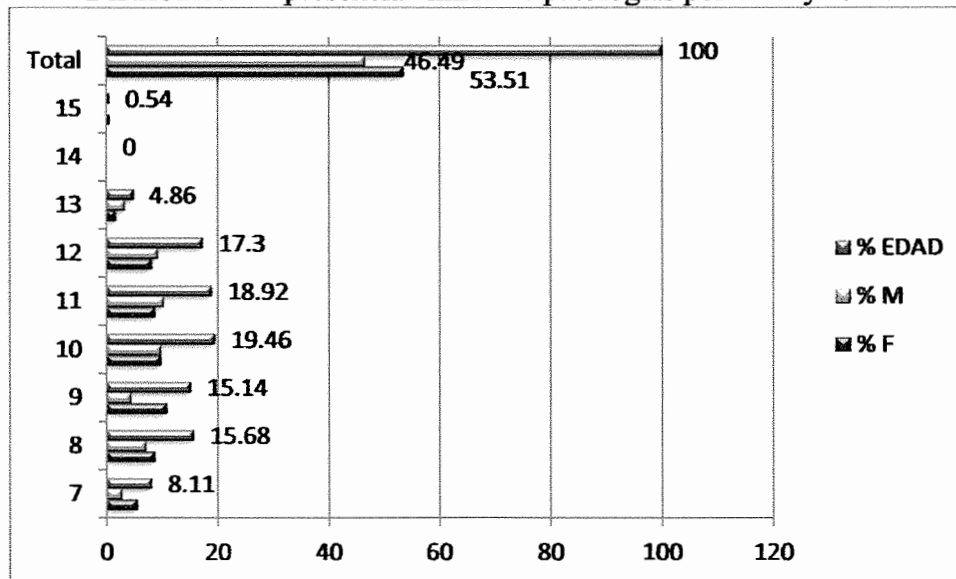
Edad	F	%	M	%	TOTAL	%
7	10	5.41	5	2.7	15	8.11
8	16	8.65	13	7.03	29	15.68
9	20	10.81	8	4.32	28	15.14
10	18	9.73	18	9.73	36	19.46
11	16	8.65	19	10.27	35	18.92
12	15	8.11	17	9.19	32	17.3
13	3	1.62	6	3.24	9	4.86
14	0	0	0	0	0	0
15	1	0.54	0	0	1	0.54
Total	99	53.51	86	46.49	185	100

Fuente: Fichas de recolección de datos

VA: Valor Absoluto

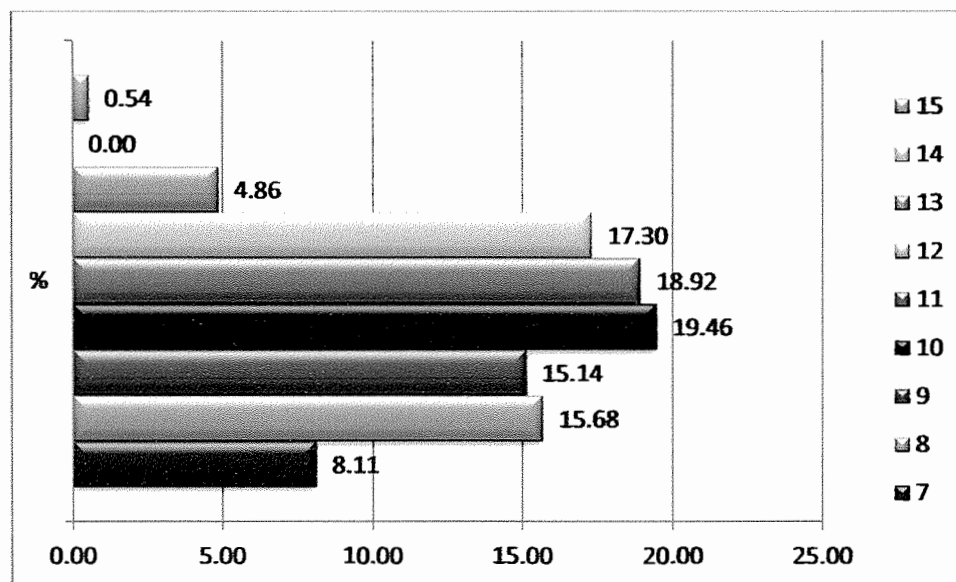
%; Valor relativo

Gráfica No. 5.1
Distribución la presencia clínica de patologías por edad y sexo.



Fuente: cuadro No. 5
%: Valor relativo

Gráfica No. 5.2
Distribución la presencia clínica de patologías por edad.



Fuente: cuadro No. 5
%: Valor relativo

En el cuadro No.5 y sus correspondientes gráficas, se representa la distribución del porcentaje según la edad y sexo en las comunidades estudiadas, siendo para el sexo femenino la edad en la que se encuentra mayor frecuencia de patologías es la de 9 años con un porcentaje de 10.81%; sin embargo para el sexo masculino fue la edad de los 11 años la más afectada con un porcentaje de 10.27%.

Tabla No. 6

Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal referente a **lesiones mayormente encontradas en las comunidades estudiadas.**

Lesión	Chiché	Estanzuela	Huehuetenango	San Andrés Itzapa	Totales	%
Leucoedema	2	0	1	1	4	2.16
Lengua geográfica	3	0	1	1	5	2.70
Páculis	16	3	0	0	19	10.27
Mucocele	0	1	3	1	5	2.70
Hemangioma	0	0	1	0	1	0.54
Herpes simple	2	10	0	3	15	8.11
Lengua pilosa	0	0	1	0	1	0.54
Mácula melanótica bucal	4	0	2	0	6	3.24
Úlcera aftosa menor	4	1	5	4	14	7.57
Úlcera traumática	0	2	4	2	8	4.32
Hiperqueratoris focal	0	7	0	1	8	4.32
Fibroma traumático	0	3	0	3	6	3.24
Gránulos de Fordyce	30	19	18	24	91	49.19
Granuloma piogénico	0	0	0	2	2	1.08
Total	61	46	36	42	185	100

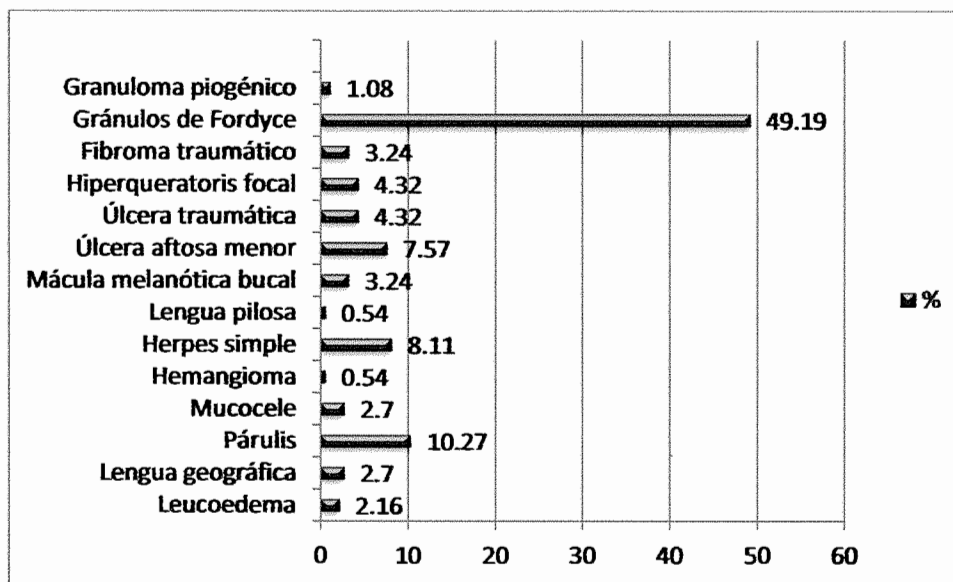
Fuente: Fichas de recolección de datos

VA: Valor Absoluto

?: Valor relativo

Gráfica No. 6.1

Lesiones mayormente encontradas en las comunidades estudiadas.



Fuente: cuadro No. 6

%; Valor relativo

En el cuadro No. 6 y su correspondiente gráfica se muestra las tres lesiones más comunes en la muestra de las cuatro escuelas de las comunidades en estudio fueron: para Chiché, El Quiché; gránulos de Fordyce, páculis y úlcera aftosa menor. En Estanduela, Zacapa; gránulos de Fordyce, herpes simple e hiperqueratosis focal. En Huehuetenango, Huehuetenango; gránulos de Fordyce, úlcera aftosa menor y úlcera traumática. En San Andrés Itzapa, Chimaltenango; gránulos de Fordyce, úlcera aftosa menor y herpes simple. Podemos observar que el páculis, únicamente apareció en el municipio de Chiché, El Quiché. Las úlceras aftosas recurrentes no se presentaron en los escolares de Estanduela, Zacapa. El herpes simple, estuvo presente en los municipios de Estanduela, Zacapa y San Andrés Itzapa, Chimaltenango. Pero no se detectó en los otros municipios.

XII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados en el estudio **“Determinación de la presencia clínica de patologías en tejidos blandos de la cavidad bucal. Estudio realizado en niños de educación primaria, que asisten a escuelas de cuatro comunidades de la República de Guatemala”**. Estudio piloto, fueron los siguientes:

La presencia clínica de lesiones patológicas en tejido blando en escolares de las cuatro comunidades estudiadas, se evaluó una población total de 320 niños y niñas escolares, con edades comprendidas entre los 7 y los 15 años, de los cuales 185 escolares (57.81%) presentaron lesiones patológicas en tejido blando, con una diferencia en cuanto a predilección del sexo del (7.02%); afectando 99 escolares (53.51%) del sexo femenino y 86 escolares (46.49%) al sexo masculino. Aunque en general el sexo femenino predominó sobre el masculino, en el municipio de Estanduela, Zacapa, el sexo masculino presentó mayor número de lesiones que el femenino. De los 185 escolares, 36 niños y niñas (19.46%) de 10 años de edad, fueron los que manifestaron mayor presencia de lesiones de tejido blando en la cavidad bucal.

Del (57.81%) de escolares afectados la distribución de lesiones patológicas de tejido blando fue la siguiente: gránulos de Fordyce con 91 casos, representando el (49.19%), seguido por páruis con 19 casos, representando el (10.27%), a continuación, herpes simple con 15 casos, representando el (8.11%), úlcera aftosa menor con 14 casos, (7.57%), úlcera traumática e hiperqueratosis focal con 8 casos cada una, (4.32%), fibroma traumático y mácula melanótica bucal con 6 casos cada una (3.24%), mucocelo y lengua geográfica con 5 casos cada una (2.70%), leucoedema con 4 casos (2.16%), granuloma piogénico con 2 casos (1.08%), hemangioma y lengua pilosa con 1 caso cada una (0.54%).

La distribución de las lesiones más prevalentes en tejido blando de la cavidad bucal según el sexo, luego de los gránulos de Fordyce; en cada una de las comunidades fue la siguiente: en el sexo femenino; páculis en Chiché (16.13%); herpes simple y páculis en Estandzuela (4.35% en ambas lesiones); mucocela y úlcera aftosa menor en Huehuetenango (5.56% en ambas lesiones). Y herpes simple en San Andrés Itzapa (7.14%).

En el sexo masculino: páculis en Chiché (9.69%), herpes simple en Estandzuela (17.39%), úlceras aftosas menores en Huehuetenango (8.33%) y San Andrés Itzapa (7.14%), con poca diferencia en porcentajes.

Los escolares con mayor presencia de lesiones en tejido blando en la cavidad bucal fueron los del municipio de Chiché, El Quiché con 61 casos (19.06%), seguido de Estandzuela, Zacapa con 46 casos (14.38%), San Andrés Itzapa, Chimaltenango con 42 casos (13.13%) y por último Huehuetenango, Huehuetenango con 36 casos (11.25%).

Las tres lesiones más comunes en la muestra de las cuatro escuelas de las comunidades en estudio fueron: para Chiché, El Quiché; gránulos de Fordyce (50.2%), páculis (25.83%) y úlcera aftosa menor (6.44%). En Estandzuela, Zacapa; gránulos de Fordyce (41.30%), herpes simple (21.74%) e hiperqueratosis focal (15.22%). En Huehuetenango, Huehuetenango; gránulos de Fordyce (55.56%), úlcera aftosa menor (13.89%) y úlcera traumática (11.11%). En San Andrés Itzapa, Chimaltenango; gránulos de Fordyce (57.14%), úlcera aftosa menor (9.52%) y herpes simple (7.14%).

Podemos observar que el páculis, únicamente apareció en el municipio de Chiché, El Quiché. Las úlceras aftosas recurrentes no se presentaron en los escolares de Estandzuela,

Zacapa. El herpes simple, estuvo presente en los municipios de Estandzuela, Zacapa y San Andrés Itzapa, Chimaltenango. Pero no se detectó en los otros municipios.

Las edades más afectadas en el sexo femenino fueron: 7 años en el municipio de Chiché, El Quiché (5.41%); 9 años en el municipio de Estandzuela, Zacapa (10.87%); 9 y 10 años en el municipio de Huehuetenango, Huehuetenango (13.89%) y 10 años en el municipio de San Andrés Itzapa, Chimaltenango (19.05%).

Las edades más afectadas en el sexo masculino fueron: 12 años en el municipio de Chiché, El Quiché (9.19%); 11 años en el municipio de Estandzuela, Zacapa (19.57%); 8, 10 y 11 años en el municipio de Huehuetenango, Huehuetenango (11.0%) y 10 años en el municipio de San Andrés Itzapa, Chimaltenango (11.9%).

En comparación con los antecedentes de esta investigación se determinó lo siguiente:

Los resultados obtenidos en esta investigación, no son coincidentes con el estudio realizado en la Villa de Chicacao, Suchitepéquez; ya que no se encontró palidez en la mucosa, ni depapilación de la lengua; como en dicho estudio.

En los resultados obtenidos el (58.13%) de la muestra total presentaron lesiones bucales, resultado que no es parecido al obtenido en el estudio “Hallazgos bucales clínicos en niños de cero a trece años con enfermedades infectocontagiosas” en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación”; donde el (75.51%) presentaron presencia de lesiones bucales.

En el año 1998, Ana Rivera realizó un estudio de patología bucal pediátrica titulado: Prevalencia de tumores y quistes en niños guatemaltecos menores de 3 años. Estudio retrospectivo (doce años, de 1985 a 1997), en un laboratorio de referencia de patología

anatómica de cabeza y cuello. La lesión más frecuente fue el mucocelo (10 casos de 85). Por lo que los resultados obtenidos no coinciden con los resultados de dicho estudio, ya que la lesión más común fue, gránulos de Fordyce, páculis y herpes simple. En este aspecto cabe destacar que las edades de los sujetos de estudio eran totalmente diferentes.

XIII. CONCLUSIONES

- La presencia clínica de lesiones de tejido blando encontradas con mayor frecuencia al realizar un estudio estadístico en los pacientes evaluados en el municipio de Chiché fueron: gránulos de Fordyce con un (32.77%), páculis con un (16.13% y úlcera aftosa menor con un (4.84%). De los pacientes evaluados en el estudio, se encontró que el sexo mayormente afectado ha sido el femenino con un (65%).
- La presencia clínica de lesiones de tejido blando encontradas con mayor frecuencia al realizar un estudio estadístico en los pacientes evaluados en el municipio de Estanduela fueron: gránulos de Fordyce con un (41.3%), Herpes simple con un (21.74%) e hiperqueratosis focal con un (15.22%). De los pacientes evaluados en el estudio, se encontró que el sexo mayormente afectado ha sido el masculino con un (69.57%).
- La presencia clínica de lesiones de tejido blando encontradas con mayor frecuencia al realizar un estudio estadístico en los pacientes evaluados en el municipio de Huehuetenango fueron: gránulos de Fordyce con un (55.56%), úlcera aftosa menor con un (13.89%) y úlcera traumática con un (11.11%). De los pacientes evaluados en el estudio, se encontró que el sexo mayormente afectado ha sido el femenino con un (52.78%).
- La presencia clínica de lesiones de tejido blando encontradas con mayor frecuencia al realizar un estudio estadístico en los pacientes evaluados en el municipio San Andrés Itzapa, Chimaltenango fueron: gránulos de Fordyce con un (57.14%), úlcera aftosa menor con un (9.52%) y herpes simple con un (7.14%). De los pacientes evaluados en el estudio, se encontró que el sexo mayormente afectado ha sido el femenino con un (61.90%).
- El grupo etario que presentó mayor índice de afección fue de 12 años, siendo representado en el municipio de Chiché.

- El sexo más afectado con la presencia de lesiones clínicas encontradas fue el femenino.
- La lesión más común encontrada al verificar las comunidades en estudio ha sido gránulos de Fordyce representado con un (49.19%), de los 185 casos estudiados.

XIV. RECOMENDACIONES

- Es importante realizar estudios de prevalencia de lesiones en diferentes zonas del país para dar a conocer el tipo que más afecta a nuestra población y poder así, realizar análisis comparativos regionales; orientando al odontólogo general en la detección y diferenciación de las mismas a través de un diagnóstico precoz para su posterior referencia al equipo especialista bucal, más aún, si se considera que existen lesiones con potencial de malignidad.
- Las patologías encontradas requieren un examen definido para poder brindar un diagnóstico certero, el cual facilitará la información adecuada para proporcionar un tratamiento específico.
- Ampliar el conocimiento del odontólogo al realizar capacitaciones constantes las cuales le ayudarán a identificar y diferenciar aquellas lesiones mucosas bucales que revelen una enfermedad sistémica que aparecen en forma benigna, esto cobra especial importancia en el momento de realizar el diagnóstico al evaluar al paciente.
- Conocer la importancia del diagnóstico global temprano para proporcionar un tratamiento acorde con el/los padecimientos, observando cambios mínimos en tejido blando al realizar un examen de inspección y palpación efectivos.
- Contribuir al conocimiento de los padecimientos que sufre la población estudiantil del nivel primario, con el objeto de suministrar un aporte que pueda sumarse a los estudios relacionados con este tema.

XV. LIMITACIONES

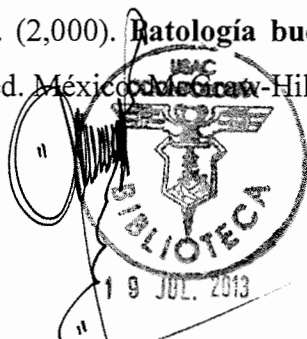
- En el momento de la realización del examen clínico de la cavidad bucal en los grupos de estudio, se logró la evaluación de lesiones poco comunes las cuales fueron debidamente referidas al centro de salud u hospital regional; lamentablemente no pudieron ser canalizados ya sea por falta de interés de los padres o encargados de los paciente o posiblemente la distancia y recursos de los mismos.
- En ocasiones se intentó dar la hoja de referencia pero el paciente nunca la aceptó, perdiendo así, la posibilidad de una evaluación y diagnóstico certero de la lesión.

XVI. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre Gómez, R.A. (1,993). **Lesiones bucales en niños desnutridos de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 6 a 16 años, de la Villa de Chicacao, Suchitepéquez.** Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. Pp.1
2. Beer, M.H.; Berkow, R. (1,999). **El manual merck de diagnóstico y tratamiento.** 10ª ed. Madrid: Harcourt Internacional. 1301p.
3. Constanza, V. (2,004). **Lesiones pigmentadas.** (en línea). Chile: Consultado el 23 de Mayo 2012. Disponible en: www.odontochile.cl/archivos/tercero/patoral/lesionespig...
4. Fortuny Lemus, L.E. (2,003). **Hallazgos bucales clínicos en niños de 0 a 13 años con enfermedades infecto contagiosas.** Tesis (Licda. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. Pp. 1.
5. Galliano Padilla, R.I. (1,978). **Lesiones orales en niños desnutridos.** Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. Pp. 1.
6. **Instituto Geográfico Nacional “Ingeniero Alfredo Obiols Gómez”** (1,984). Huehuetenango, municipio de Huehuetenango; San Andrés Itzapa, municipio de Chimaltenango; Chiché, municipio de El Quiché; Estanzuela, municipio de Zacapa. Guatemala: El Instituto. Pp. 93-95, 193-195, 290-297, 669-671.



7. Jimenez De Freitas, C. y Corzo Hernandez, L. (2,009). **Patologías más frecuentes en cavidad bucal en niños y adolescentes malnutridos y nutridos que asistieron al centro de atención nutricional infantil Antímano durante mayo y octubre de 2008.** (en línea). Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica junio 2009: Consultado el 8 de Mayo 2012. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art10.asp>
8. Laskaris, G. (2,001). **Patologías: niños-adolescentes.** Trad. José Troconis. Caracas, Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica. Pp.: 88-97,104-107,118-127,262-264,270-278.
9. Lindhe, J.; Karring, T. y Lang, N.P. (2,005). **Periodontología clínica e implantología odontológica.** Trad. Horacio Martínez. 3º ed. Buenos Aires: Médica Panamericana. Pp. 342- 354.
10. López A.C. (1,975). **Manual de patología oral.** Guatemala: Universitaria. Pp.: 223-241.
11. Montoya Imeri, M.N. (2,000). **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.
12. Neville, B.W. et al. (2,002). **Oral and maxillofacial pathology.** 2 ed. Philadelphia: Saunders. 817 p.
13. Regezi, J.A. y Sciubba, J.J. (2,000). **Patología bucal: correlaciones clinicopatológicas.** Trad. José Pérez Gómez. 3 ed. México: McGraw-Hill Interamericana. 103, 519 p.



14. Rioboo Crespo, M.R.; Planells del Pozo, P. y Rioboo García, R. (2,005). **Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños.** (en línea). Madrid: Consultado el 8 de Mayo 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1698-44472005000500001&script=sci_arttext
15. Rivera Veliz, A.J. (1,998). **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. Pp. 1.
16. Ruíz Ordóñez, A. (2,008). **Examen clínico del aparato estomatognático.** Departamento de diagnóstico, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos. (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. 9p.
17. Sapp, J.P.; Eversole, L.R y Wysocki, G.P. (2,005). **Patología oral y maxillofacial contemporánea.** Madrid: Elsevier. Pp.: 207-212, 219-221, 223-226.
18. Shaffer, W.G.; Hine, M.K. y Levy B.M. (1,963). **Oral pathology.** Philadelphia: Saunders. Pp.: 76-93,116-132.
19. Vicente, B. J. (1,995). **Medicina oral.** Barcelona: Masson. Pp. 118-124,141,142,169-172.
20. Wood, N.K. (1,998). **Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales.** Trad. Paul Goaz. 5 ed. Madrid: Harcourt Brace. 78, 568p.
21. Zagarelli, E.V.; Kutscher, A.H. y Hyman, G.A. (1,982). **Diagnóstico en patología oral.** Trad. Santiago Pi Suñer. 2 ed. Barcelona: Salvat. 678 p.



XVII. ANEXOS

1. Consentimiento informado para la realización del estudio de tesis para padres de familia.
2. Instrumento recolector de información.
3. Instructivo para llenar el instrumento recolector de información.
4. Hoja de referencia.
5. Autorización para la realización del estudio de tesis.
6. Informe del examen clínico con normalidad.
7. Informe del examen clínico para referencia.

Consentimiento informado para la realización del estudio de tesis:

Sr. (a). Padre de familia:

Con el fin de mejorar la salud bucal de los niños de la República de Guatemala, se está realizando un estudio el que consiste en la realización de un examen clínico, con el objeto de verificar la presencia de lesiones bucales en la población estudiantil, lo cual nos dará la posibilidad de conocer el estado de salud y tomar acciones correctivas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los estudiantes.

Para que se realice ésta investigación, se solicita de su colaboración y autorización para realizar el estudio a su hijo(a); posterior a esto se le dará a conocer los resultados de la misma.

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

Nombre del padre, madre o tutor.

Firma

INSTRUMENTO RECOLECTOR DE INFORMACIÓN

Datos del paciente

Nombre: _____ Edad: _____ años / Sexo: F M

Historia breve de la lesión: _____

Datos de la lesión

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

Color

Blanco ()

Rojo ()

Negro ()

Normal ()

Otro ()

Naturaleza

Úlcera ()

Nódulo ()

Pápula ()

Mácula ()

Otro ()

Sintomatología

Dolor ()

Hemorragia ()

Supuración ()

Ninguno ()

Forma

Esferoidal ()

Ovoide ()

Circular ()

Irregular ()

Superficie

Granular ()

Lisa ()

Fisurada ()

Consistencia

Suave ()

Firme ()

Fluctuante ()

Asociada o no a piezas dentales

Vital ()

No vital ()

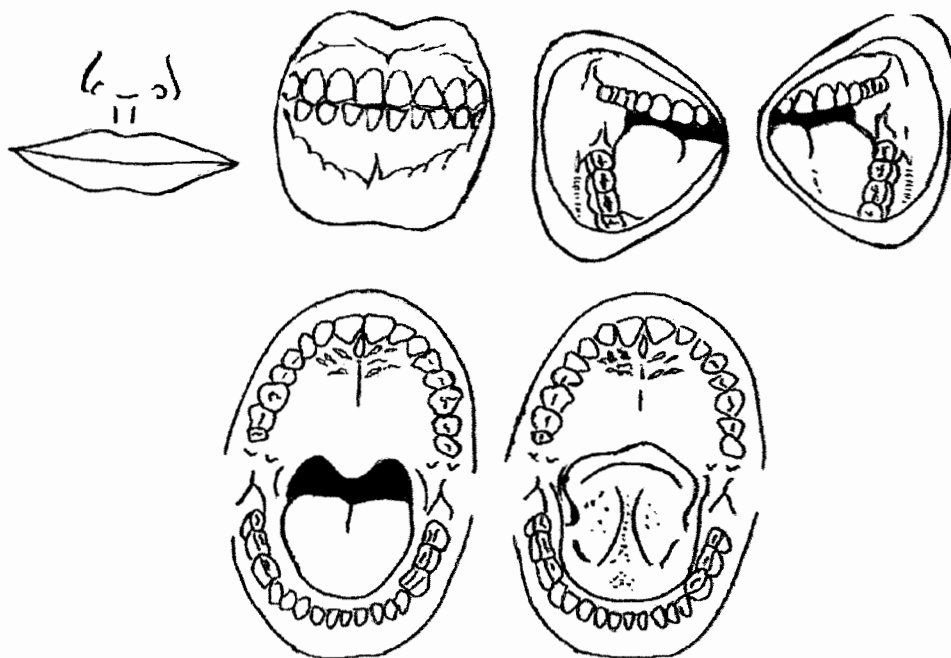
Base

Sésil ()

Pedunculada ()

Diagnósticos Diferenciales:

LOCALIZACIÓN ESPECÍFICA DE LA LESIÓN



Instructivo para llenar el instrumento recolector 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 en años cumplidos que el paciente refiera en ese momento.
- **Sexo:** se marcará con una equis sobre la letra F o M dependiendo el sexo al cual corresponda el paciente.

Breve historia de la lesión:

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

Datos de la lesión:

Tamaño:

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

Duración:

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

Color:

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

Naturaleza:

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

Sintomatología:

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

Forma:

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

Superficie:

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

Consistencia:

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

Asociada o no a pieza dentaria:

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

Diagnósticos diferenciales.

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

Localización específica de la lesión.

Se dibujó en el diagrama más conveniente, entre los que aparecen en hoja; la ubicación, forma y tamaño aproximados de la lesión.

Observaciones:

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

Secuencia de examen clínico

INSPECCIÓN:

Bermellón.

Empleando un bajalenguas en cada mano se examina el bermellón superior y el inferior, iniciando en el bermellón superior desde el lado derecho del paciente, distendiéndolo suavemente hacia el lado izquierdo del mismo, a continuación se examina el bermellón inferior distendiéndolo desde el lado izquierdo hacia el lado derecho del paciente. Luego se observa la región de las comisuras, primero la derecha y luego la izquierda distendiéndolas.

Región de carrillo derecho.

A continuación se indica al paciente que abra parcialmente la boca y se procede a examinar el carrillo derecho, para ello se coloca el bajalenguas de la mano izquierda sobre la mucosa labial superior derecha en el área que corresponde la región de caninos. Se separa ampliamente el carrillo y con el auxilio del bajalenguas del lado derecho, se procede a examinar la mucosa del mismo, distendiendo desde la región retro molar hacia adelante. Al mismo tiempo se debe observar la mucosa alveolar y encías superior e inferior.

Región labial y vestibular superior.

El siguiente paso consiste en examinar la región labial superior observándose, mucosa labial, mucosa alveolar, encías, frenillos y demás estructuras sobre el reborde alveolar, para lo cual debe dejarse el bajalenguas de la mano izquierda como se indicó en la región de carrillo. Seguidamente se coloca el bajalenguas de la mano derecha a nivel del área del canino izquierdo indicándole al paciente que cierre parcialmente la boca para poder elevar el labio superior con facilidad.

Región de carrillo izquierdo.

Se pide al paciente que vuelva a abrir la boca y se procede a examinar el carrillo izquierdo para lo cual se coloca el bajalenguas de la mano izquierda en donde estaba el bajalenguas de la mano derecha y con éste (el bajalenguas de la mano derecha) se procede a examinar las mismas regiones y en el mismo orden como fueron observadas en el carrillo del lado derecho. (16)

Región labial y vestibular inferior.

A continuación se procede a examinar la región labial inferior observándose las mismas estructuras que en la misma región superior para lo cual se coloca el bajalenguas de la mano derecha a nivel del canino inferior izquierdo y el bajalenguas de la mano izquierda a nivel del canino inferior derecho para revertir el labio con facilidad pidiendo al paciente que cierre parcialmente la boca.

Paladar duro y blando.

El siguiente paso consiste en el examen de la mucosa en el paladar duro y blando. Para ello no se utiliza bajalenguas.

Orofaringe.

El examen de la orofaringe comprende: pilares anteriores y posteriores del istmo de las fauces, úvula, amígdalas palatinas, paredes laterales y posteriores de la orofaringe. Para lo cual se adosan los bajalenguas colocándoles sobre la parte posterior del dorso de la lengua y se presionan firmemente hacia abajo al mismo tiempo se le pide al paciente que diga AAAA....

Algunos pacientes exponen la región orofaríngea con solo abrir la boca, por lo tanto, no es necesario deprimir la lengua.

Lengua.

A continuación se examina el dorso y los bordes de la lengua, observándola primero en posición normal y luego en protrusión. Con el extremo de los bajalenguas, se explora la superficie dorsal de dicho órgano distendiendo por segmentos de atrás hacia adelante iniciando en el lado derecho y en forma inversa del lado izquierdo.

Luego se pide al paciente que mueva la lengua hacia la izquierda, al mismo tiempo que la protruye. En esta posición se examina el borde derecho de la lengua distendiéndolo por segmentos con los bajalenguas de atrás hacia adelante. El mismo procedimiento se repite para examinar el borde izquierdo.

Si el paciente no es capaz de mantener la lengua en la posición indicada, se produce una variación en la técnica, utilizando un trozo de gasa colocado alrededor del vértice de la lengua para guiar sus movimientos y utilizando un solo bajalenguas para examinar los bordes.

A continuación se procede a examinar el vientre de la lengua con visión directa y sin bajalenguas para ello, se pide al paciente que lleve la lengua hacia el paladar, mientras mantiene la boca abierta, en esta posición se observa primer al lado derecho de atrás hacia el vértice y luego el lado izquierdo del vértice de la lengua hacia atrás. (16)

Piso de boca y encía lingual.

Adosados los bajalenguas, se procede a separarla y se examinan estas estructuras siempre iniciando en el lado derecho de atrás hacia adelante y luego el izquierdo de adelante hacia atrás.

Región retromolar.

Con la ayuda de un espejo intraoral se inicia observando el lado superior derecho, luego el superior izquierdo en los cuales se observan por visión indirecta, y en las regiones retromolares inferiores utilizando el espejo como iluminación auxiliar. (16)

PALPACIÓN:

Carrillos y labios.

Se inicia la palpación apoyando el dedo índice sobre la mucosa del carrillo en la parte más posterior del surco mucobucal superior derecho, al mismo tiempo, se coloca el dedo pulgar de la misma mano sobre la piel de la cara de manera que coincida con la posición que ocupa el dedo índice en el lado interno. A partir de esa posición se realiza la palpación bidigital del carrillo comprimiendo los tejidos entre ambos dedos al mismo tiempo que éstos se desplazan hacia adelante.

La maniobra anterior se continúa en la región del labio superior hasta la zona del canino izquierdo. Al llegar a este punto, debe rotarse la mano desplazando el dedo pulgar 180 grados hasta que coincida nuevamente con la posición del índice en el lado interno del carrillo.

Se continúa con la palpación de la porción superior del carrillo izquierdo hacia atrás y al llegar a la parte más posterior de ésta se desplazan los dedos hacia la parte inferior. A partir del punto anterior se procede a la palpación bidigital de la mitad inferior del carrillo izquierdo iniciando desde la parte más posterior hacia delante, para continuar con el labio inferior y terminar en la mitad inferior y posterior del carrillo derecho.

Encía y mucosa alveolar.

Para determinar la consistencia, sintomatología de los tejidos gingivales, la presencia de exudado o la tendencia a sangrar, se procede a palpar el aspecto vestibular de las encías y mucosa alveolar iniciando la palpación en la región de la tuberosidad derecha. Esta parte de la palpación se hace presionando con la yema del dedo índice firmemente los tejidos contra el hueso alveolar, a la vez que se desplaza el dedo en sentido anterior, continuándose en el lado izquierdo hasta llegar a la tuberosidad correspondiente. De esta posición se pasa a la región retromolar inferior izquierda. A partir de esta zona se inicia la palpación de la región vestibular de la encía y mucosa alveolar inferiores, desplazando el dedo a lo largo del reborde hasta concluir en la región retromolar derecha.

Paladar.

Se procede luego a la palpación del paladar duro y la encía palatina, la cual se efectúa presionando firmemente con la yema del dedo índice la mucosa de atrás hacia delante en el lado derecho del paciente luego hacia la ruga palatina y de adelante hacia atrás en el lado izquierdo del mismo, en la misma secuencia indicada para la inspección de esta región.

Lengua.

A continuación el operador debe colocarse detrás de la cabeza del paciente para efectuar la palpación de la lengua, para lo cual se pide al paciente que la protruya ligeramente y se procede a presionarla entre el índice y el pulgar, procediendo de la región más posterior en el lado derecho hasta el vértice y de aquí hasta la región más posterior en el lado izquierdo.
(16)

Encía y mucosa alveolar lingual.

En esta posición se procede a palpar estas estructuras presionando firmemente con el dedo índice los tejidos contra el hueso alveolar, la palpación inicia en la región derecha más posterior y se va desplazando hasta la misma posición en el cuadrante izquierdo.

Piso de boca.

Finalmente, sin cambiar de posición, se palpa el piso de la boca, para lo cual se procede a apoyar los dedos índice, medio y anular de la mano izquierda sobre la piel de la región submaxilar derecha y con el dedo índice de la mano derecha, se procede a presionar el lado derecho del piso de la boca de atrás hacia adelante al mismo tiempo que se presiona con la mano apoyada sobre la piel para dar soporte a la palpación. Luego se palpará el lado izquierdo de adelante hacia atrás. (16)

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

Hoja de referencia

Dirigida 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:

Instructivo para el llenado de la hoja de referencia

En la primera parte de la hoja se colocó a quién va dirigido, dentro de estos están: Hospital regional más cercano del lugar, Universidad de San Carlos de Guatemala, Unidad de Cirugía Maxilofacial Hospital Roosevelt.

Seguido se colocó un espacio para colocar el nombre completo del paciente quien se refiere. Se colocó un espacio para los diagnósticos diferenciales de la lesión, seguido, la descripción de la lesión.

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

Autorización para la realización del estudio de tesis:

Sr(a). Director:

Con el fin de mejorar la salud bucal de los niños de la República de Guatemala, se está realizando un estudio el que consiste en la realización de un examen clínico, con el objeto de verificar la presencia de lesiones bucales en la población estudiantil, lo cual nos dará la posibilidad de conocer el estado de salud y tomar acciones correctivas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los estudiantes.

Para que se realice ésta investigación, se solicita de su colaboración y autorización para realizar el estudio a los estudiantes de los grados de nivel primario.

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

Sr(a). Director

Firma

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

Informe del examen clínico

Estimado padre de familia:

Por medio de la presente me dirijo a usted para manifestarle mi agradecimiento por la disposición en llevar a cabo el estudio, el cual nos dio la posibilidad de conocer el estado de salud y tomar acciones correctivas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los estudiantes.

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

Se le realizó el examen clínico, obteniendo como resultado todo con normalidad.

Atentamente:

Estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala

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

Informe del examen clínico

Estimado padre de familia:

Por medio de la presente me dirijo a usted para manifestarle mi agradecimiento por la disposición en llevar a cabo el estudio el cual nos dio la posibilidad de conocer el estado de salud y tomar acciones correctivas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los estudiantes.

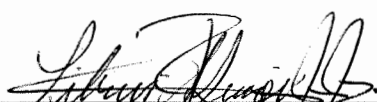
Al mismo tiempo quiero informarle que a su hijo (a):

Se le realizó el examen clínico, obteniendo como resultado la presencia de una lesión en la cavidad bucal, por lo que es necesaria la referencia del paciente para la realización de exámenes más completos y llevar a cabo los procedimientos que sean necesarios.

Atentamente:

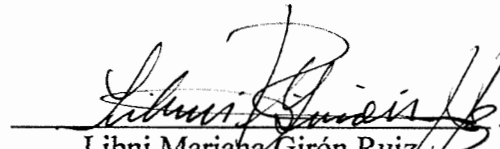
Estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala

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



LIBNI MARIANA GIRON RUIZ

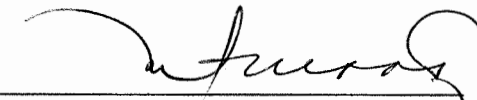
FIRMAS DE TESIS DE GRADO



Libni Mariana Girón Ruiz
SUSTENTANTE



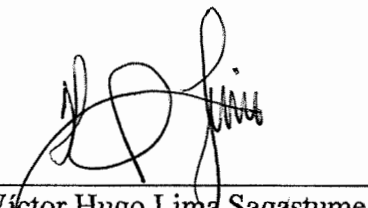
Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
CIRUJANO DENTISTA
ASESOR



Dr. Marvin Lizandro Maas Ibarra
CIRUJANO DENTISTA
ASESOR



Dra. Marlen Esther A. Melgar Girón
CIRUJANO DENTISTA
PRIMERA REVISORA
Comisión de Tesis



Dr. Víctor Hugo Lima Sagastume
CIRUJANO DENTISTA
SEGUNDO REVISOR
Comisión de Tesis

IMPRÍMASE

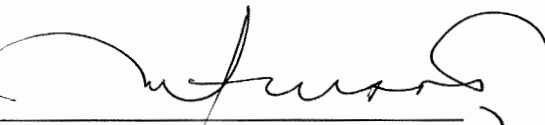
Vo.Bo.

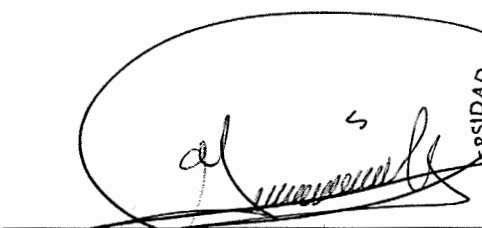
Dr. Julio Rolando Pineda Córdón
SECRETARIO GENERAL
Facultad de Odontología

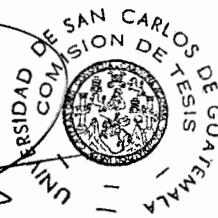
FIRMAS DE TESIS DE GRADO

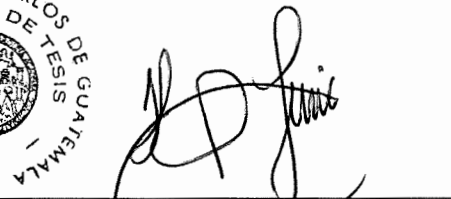

Libni Marlana Girón Ruiz
SUSTENTANTE


Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
CIRUJANO DENTISTA
ASESOR


Dr. Marvin Lizandro Maas Ibarra
CIRUJANO DENTISTA
ASESOR

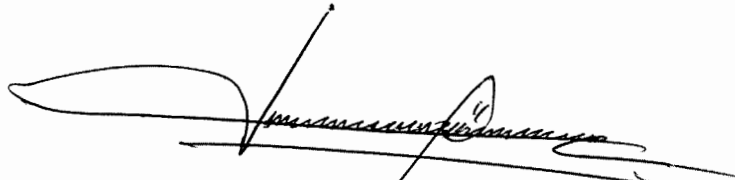

Dra. Marlen Esther A. Melgar Girón
CIRUJANO DENTISTA
PRIMERA REVISORA
Comisión de Tesis




Dr. Víctor Hugo Lima Sagastume
CIRUJANO DENTISTA
SEGUNDO REVISOR
Comisión de Tesis

IMPRÍMASE

Vo.Bo.


Dr. Julio Rolando Pineda Córdón
Secretario Académico
Facultad de Odontología

