



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

PREVALENCIA DE ALTERACIONES MÁS FRECUENTES  
EN LENGUA, EN NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS QUE  
SOLICITARON ATENCIÓN EN LA F.O. UNAM. 2012.

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANA DENTISTA**

P R E S E N T A:

ILIANA IVONNE PÉREZ FLORES

TUTORA: C.D. MARTHA CONCEPCIÓN CHIMAL SÁNCHEZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

### *A Dios*

*Señor te agradezco por todo el gran amor, por la fuerza y la valentía que toda mi vida me has dado, por toda la luz que has proyectado en mí y por todas las grandes personas que siempre has puesto en mi camino. Por llevarme siempre de la mano, por darme la oportunidad de hacer realidad mis sueños. Por ser mi mejor amigo.*

### *A mi Padre*

*Por los ejemplos de perseverancia, constancia y por el valor mostrado para salir adelante.*

### *A mi Madre*

*Por brindarme la oportunidad de alcanzar la más grande de mis metas, mi formación profesional la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.*

*Gracias a sus sabias palabras, lograron llevarme por el camino correcto y tener las armas necesarias para defenderme en la vida, por impulsarme a luchar para lograr este sueño. Por todo el tiempo que compartimos, por las horas grises y momentos alegres, por su sacrificio, ahora los recompensare. Por ser parte de tu vida.*

*¡Te amo!*

### *A mis Hermanas*

*Por ser personas importantes en mi vida, por ser parte de mi formación les doy las gracias por soportarme, las amo.*

### *A Becker*

*Por acompañarme en las noches de desvelo, por darme tu amor y compañía.*

*Doctora Martha*

*Por ser mi tutora, brindarme su tiempo, paciencia y dedicación por todos los conocimientos y experiencias que me transmitió pero sobre todo por su amistad, ya que sin su colaboración este trabajo no hubiera sido posible.*

*Doctora Conchita*

*Por la ayuda que me brindo para llevar a cabo este proyecto.*

*Y a todos aquellos maestros y maestras que contribuyeron en mi formación y que hoy solo puedo decir gracias.*

*A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA*

*Por brindarme la oportunidad de alcanzar una educación de calidad, muy en especial a la Facultad de Odontología. Por sus instalaciones de primer nivel, que a través de sus aulas y clínicas, me han forjado como cirujana dentista y brindarme las armas necesarias para enfrentar la vida y ser una persona íntegra y útil en la sociedad.*

*¡Gracias!*

# ÍNDICE

1. Introducción	5
2. Antecedentes	7
3. Definición y funciones de la lengua	11
4. Planteamiento del Problema	43
5. Justificación	44
6. Objetivos	45
1.1 General	45
2.2 Específicos	45
7. Metodología	46
7.1 Material y método	46
7.2 Tipo de estudio	52
7.3 Población de estudio	52
7.4 Muestra	52
7.5 Criterios de inclusión	52
7.6 Criterios de exclusión	52
7.7 Variables de estudio	53
7.8 Variable independiente y variable dependiente	53
8. Resultados	54
9. Conclusiones	59
10. Bibliografía	60
11. Anexos	65



## 1. INTRODUCCIÓN

Los estudios epidemiológicos realizados a lo largo de estos últimos años, han mostrado una variación considerable de la prevalencia de alteraciones en la cavidad oral en diferentes zonas de todo el mundo.

De acuerdo al Perfil epidemiológico de la salud bucal en México realizado en el 2010, las alteraciones bucales han sido un problema de salud pública que demandan altos costos de servicio para las instituciones del sector salud y que por lo tanto limitan su campo de acción a actividades curativas en un bajo porcentaje.

La epidemiología de enfermedades de la cavidad bucal ha estado ubicada en un plano secundario, sin recibir la atención apropiada en la planificación del servicio de salud bucal. Por tal motivo, existen pocas referencias sobre la incidencia y tipos de lesiones en los tejidos blandos que se presentan en niños y adolescentes.

El diagnóstico de alteraciones orales de mucosa depende de la capacidad del odontólogo para distinguir entre cambios patológicos y la variación normal dentro de la cavidad oral.

El examen de tejidos blandos de la boca de los pacientes pediátricos involucra el conocimiento del tamaño normal, forma, color y textura de las estructuras que lo conforman.



La elección correcta de los diferentes procedimientos tanto técnicos como farmacológicos, aunada a un estudio clínico detallado del paciente lleva a feliz término el diagnóstico y resultado del tratamiento.

En ningún momento debe actuarse si se tiene duda sobre el procedimiento, ya que los pacientes posiblemente presenten diversas patologías o alteraciones sumadas al motivo de consulta odontológica.

En este estudio se analizarán las alteraciones más comunes en lengua en niños de edades entre 7 – 12 años y la patología relacionada.



---

---

## 2. ANTECEDENTES

En 1989 Sedano HO y col., publican un estudio realizado en diferentes estados de la República Mexicana que representan una muestra de la población mexicana por su ubicación geográfica, composición étnica y oportunidades económicas, un total de 73 escuelas fueron visitadas en 6 ciudades (Figura 1), estas escuelas ubicadas en diferentes localidades aseguran la inclusión de niños pertenecientes a familias de diferentes estatus económico.

Un total de 32,022 niños fueron examinados; la muestra fue dividida de acuerdo al género y edad, el primer grupo se formó de niños entre 5 y 10 ½ años; el segundo grupo fue de niños mayores a 10 ½ y 14 ½ años.

Los resultados muestran una prevalencia del 0.8% anquiloglosia, 0.5% lengua bífida, 15.7% lengua fisurada, 2% lengua geográfica y 1.3% con lengua fisurada y geográfica, de acuerdo a la tabla 1 estas alteraciones se presentan con mayor frecuencia en niños que en niñas y la prevalencia disminuye en el grupo de mayor edad. <sup>14</sup>



Fig. 1 Mapa de la República Mexicana que muestra las 6 ciudades examinadas <sup>14</sup>

Condición	Afectados Grupo I (5-10.5 años)		Afectados Grupo II (> 10.5 ≤ 14.5 años)		Total afectados Grupo I y II (5-14.5 años)			
	Niños (11,375)	Niñas (10,691)	Niños (5,098)	Niñas (4,858)	Niños (16,473)	Niñas (15,549)	Total (32,022)	%
Anquiloglosia	130	68	38	30	168	98	266	0.8%
Bífida	99	38	18	16	117	54	171	0.5%
Fisurada	1,750	1,358	1,023	899	2,773	2,257	5,030	15.7%
Geográfica	273	233	70	57	343	290	633	2.0%
Geográfica y Fisurada	171	118	67	70	238	188	426	1.3%

Tabla 1 Prevalencia de condiciones orales en estudiantes Mexicanos <sup>14</sup>



En el 2004 Arzate N y col. publican un estudio realizado en la División de Estudios de Posgrado e Investigación, Facultad de Odontología, UNAM en el cual se les tomo una muestra de mucosa oral con un hisopo estéril a una población de 93 niños (53 niñas y 40 varones de 1 a 13 años), los resultados principales fueron; identificación de 40 cultivos positivos al género *Candida* (43%). El grupo de edad con mayor prevalencia fué el grupo de 4 a 6 años (30%). El 92% de las especies correspondieron a *Candida albicans*.

La población pediátrica estudiada, proveniente de una clínica de atención odontopediátrica muestra una alta prevalencia de acarreadores bucales de *Candida spp*, siendo independiente de la edad y del género.

La alta prevalencia de *Candida* en la cavidad bucal de los niños justifica que el odontopediatra se encuentre alerta para la identificación precoz de cualquier signo clínico de candidiasis oral.

En el siguiente cuadro se observan los resultados en los grupos demográficos estudiados.<sup>31</sup>

Variable	Género	N	Positivo Candida	Prevalencia %
Total Casos		93	40	43.0%
Género	Niños	40	17	42.5%
	Niñas	53	23	43.3%
Edad	1-3	17	3	17.0%
	4-6	30	9	30.0%
	7-10	27	7	26.0%
	> 10	19	6	26.0%

**Tabla 2** Prevalencia de portadores de especie de *Candida* en los grupos demográficos estudiados.<sup>31</sup>



Frente al gran número de alteraciones que podemos encontrar en la mucosa de la cavidad oral del niño, debemos ser capaces de detectar dichas lesiones, llevar a cabo un diagnóstico correcto y un tratamiento apropiado. Una conducta inadecuada al realizar tanto una exploración convencional de la mucosa oral como al establecer el diagnóstico diferencial de las lesiones puede suponer el pasar por alto lesiones importantes o indicar un tratamiento inadecuado.<sup>1</sup>

*Candida albicans* y varias especies de *Candida spp* son patógenos oportunistas que viven como flora normal en cavidades orales de individuos sanos.<sup>7</sup>

Tanju Kadir, Banu Uygun y Serap Akyuz de la Universidad Marmara en Estambul, Turquía, realizaron una evaluación a 300 niños Turcos en el 2004, de edades entre 0 y 12 años muestra la presencia de candidiasis en 26 casos en los que los niños fueron alimentados únicamente con leche materna otros 36 fueron alimentados con leche materna y fórmula. El resultado muestra que en el 26.3% de la población evaluada existía la candidiasis en diferentes niveles.<sup>7</sup>

Por otro lado, autores como Kleiman DV, Swango PA (1987) afirman que el estudio de las diferentes alteraciones de la lengua en poblaciones infantiles no han recibido especial atención.

En un estudio realizado en Brasil, Bitu Sousa F y col (2002), en el que se realizó una revisión de las lesiones orales en 2356 niños (de 0 a 14 años) recibidos durante los últimos 15 años en el departamento de patología oral, se encontró que el grupo de lesiones encuadradas dentro de la patología lingual presentaba el porcentaje más bajo del total de las lesiones.



Dentro de la patología lingual, las condiciones que más interés han ocupado en la atención de los autores es la de lengua geográfica, seguida de lengua fisurada o escrotal.<sup>18</sup>

## **Definición y funciones de la lengua**

La lengua llena la cavidad de la boca propiamente dicha. Esta fija solamente en su parte posterior, es decir, en su base; la punta anterior, queda libre, se llama vértice y viene a descansar en las caras linguales de los incisivos superiores. Al estar la lengua en descanso, es ancha y bien redondeada.

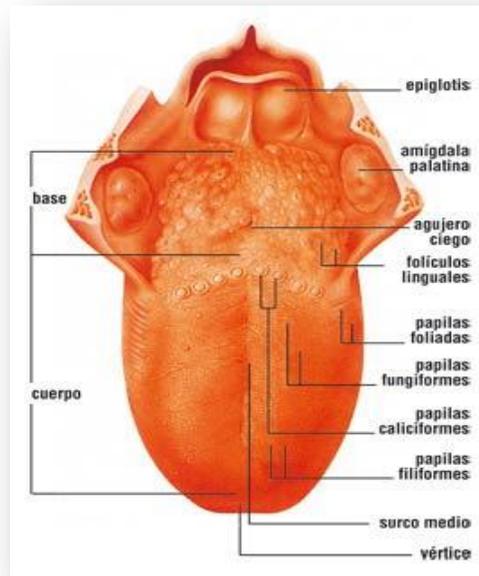
La base o raíz está conectada con el hueso hioides por medio de los músculos genioglosos.

La lengua tiene una superficie dorsal, una superficie ventral y dos superficies laterales.

La superficie dorsal del tercio posterior de la lengua es desigual a causa de la presencia de las amígdalas linguales.

Las papilas linguales, la mayor parte de las cuales se proyectan por arriba de la superficie, cubren los dos tercios anteriores de la superficie dorsal de la lengua.

La lengua es el órgano sensible del gusto, contribuye de manera importante a las funciones de la masticación, la deglución y la fonación.<sup>17</sup>



**Fig. 2** Estructura de la lengua.<sup>27</sup>

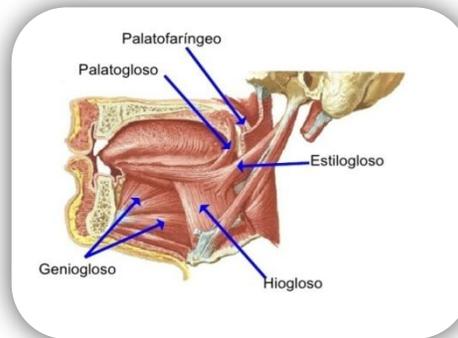
Gartner en 1977, describe que: la lengua es el órgano de mayor tamaño de la cavidad oral.

Su movilidad extrema se debe a la gran cantidad de fibras de músculo esquelético entrelazadas que constituyen su parte principal.

Los conglomerados de fibras musculares se pueden clasificar en dos grupos: los que se originan fuera de la lengua, o músculos extrínsecos, y los que se originan en la lengua y se insertan en ella, o sea músculos intrínsecos. Los músculos extrínsecos son los encargados de mover la lengua, en tanto que los intrínsecos alteran la forma de esta. Los músculos intrínsecos están distribuidos en cuatro grupos: longitudinales superior e inferior, vertical y transversos.<sup>17</sup>

### Músculos extrínsecos de la lengua.

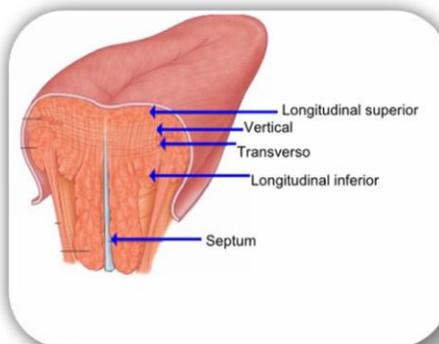
- Geniogloso
- Hiogloso
- Estilogloso
- Palatogloso



**Fig. 3** Músculos extrínsecos de la lengua.<sup>28</sup>

### Músculos intrínsecos de la lengua.

- Longitudinal superior
- Longitudinal inferior
- Transverso
- Vertical



**Fig. 4** Músculos intrínsecos de la lengua.<sup>28</sup>



---

---

## Arcos Faríngeos

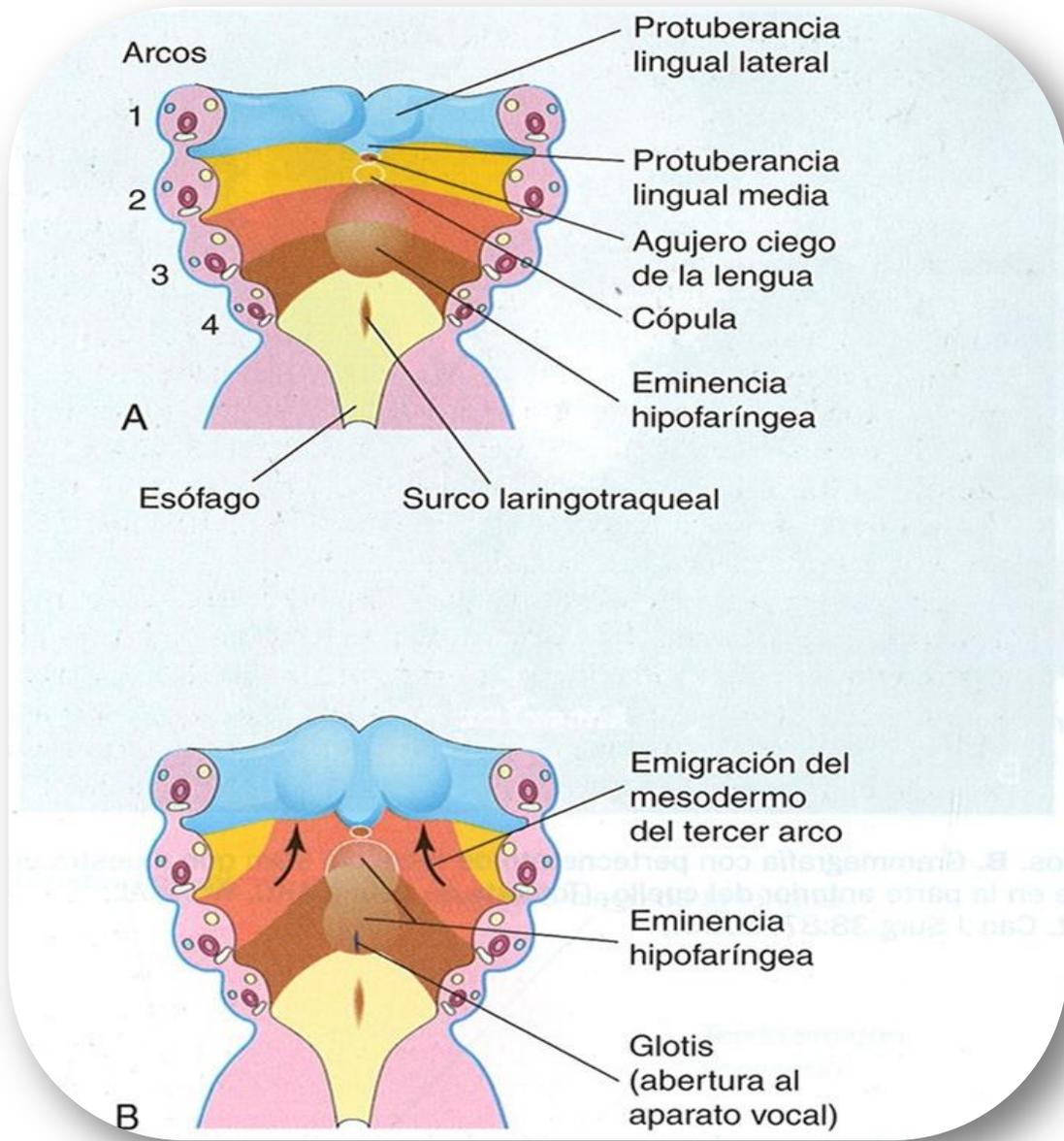
T.V.N. Persaud, en el 2008, determina que: el desarrollo de la lengua explica su inervación. La inervación sensitiva de la mucosa de casi la totalidad de los dos tercios anteriores procede de la rama lingual de la división mandibular del nervio trigémino V par craneal (PC V), el nervio del primer arco faríngeo. Este arco forma las protuberancias linguales media y laterales (Fig.4). Aunque el nervio del segundo arco faríngeo es facial, su rama cuerda del tímpano inerva las papilas gustativas de los dos tercios anteriores de la lengua, salvo las papilas caliciformes o circunvaladas.

Como el crecimiento del tercer arco supera al del componente del segundo arco, es decir la cúpula, el nervio facial (PC VII) no inerva ninguna zona de la mucosa lingual, salvo las papilas gustativas de la parte anterior del órgano. La inervación de las papilas caliciformes de la parte anterior de la lengua procede del nervio glossofaríngeo (PC IX) que es del tercer arco faríngeo (Fig.5).

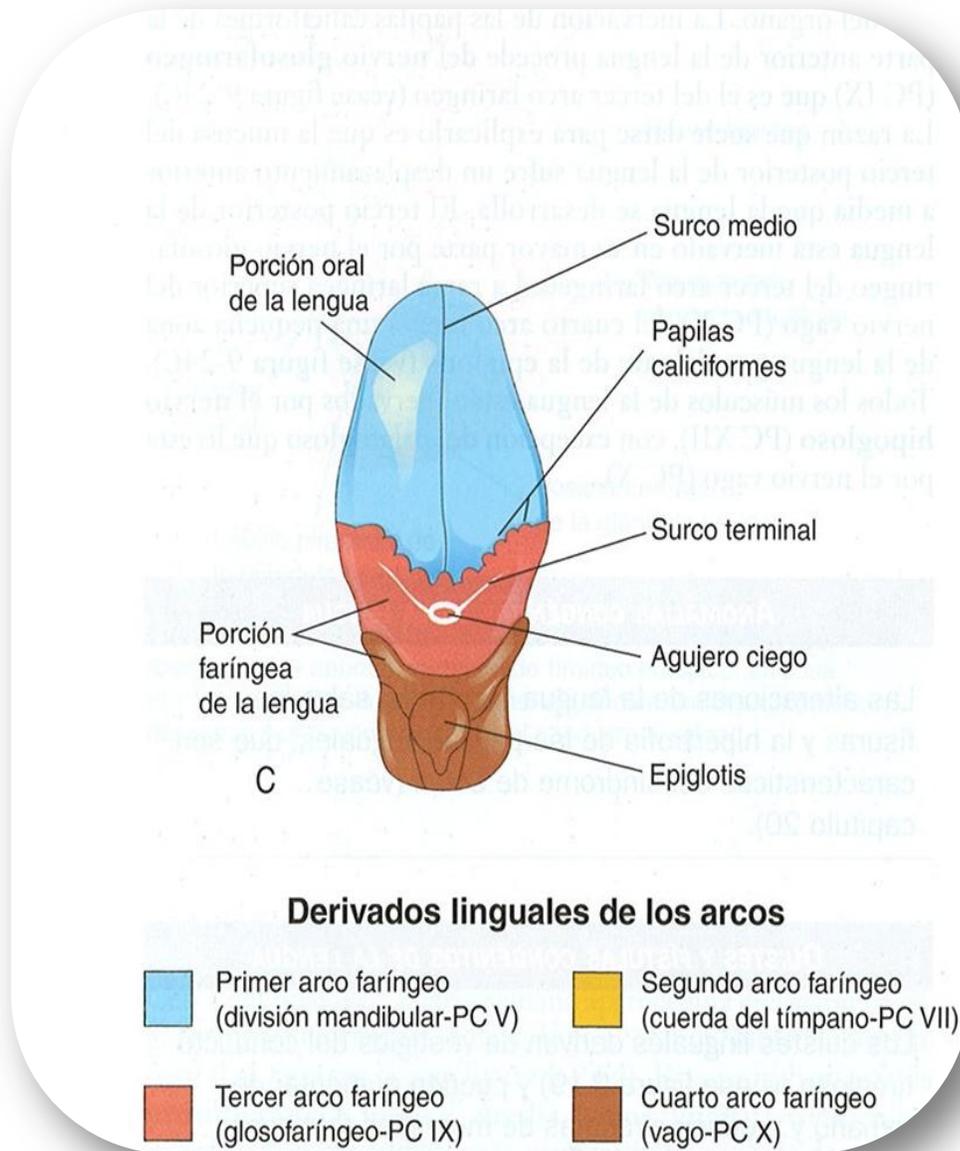
La razón que suele darse para explicarlo es que la mucosa del tercio posterior de la lengua sufre un desplazamiento anterior a medida que la lengua se desarrolla.

El tercio posterior de la lengua esta inervado en su mayor parte por el nervio Glossofaríngeo del tercer arco faríngeo. La rama laríngea superior del nervio Vago (PC X) del cuarto arco inerva una pequeña zona de la lengua por delante de la epiglotis. (Fig.6)

Todos los músculos de la lengua están inervados por el nervio hipogloso (PC XII), excepto el palatogloso que lo está por el nervio Vago (PC X).<sup>25</sup>



**Fig.5 A y B.** Cortes horizontales esquemáticos a través de la faringe a la altura mostrando estadios sucesivos del desarrollo de la lengua durante la cuarta y quinta semanas.<sup>25</sup>



**Fig.6 C.** Dibujo de la lengua del adulto en el que se representan los arcos faríngeos de los que deriva la inervación de la mucosa.<sup>25</sup>



---

---

## Papilas Gustativas

La lengua está cubierta por una membrana mucosa, y su masa principal está formada por fibras musculares estriadas y glándulas.

Las fibras musculares son intrínsecas y extrínsecas; algunas están limitadas a la lengua, en tanto que otras se originan fuera, principalmente en la mandíbula y el hueso hioides.

Entre las fibras musculares existen glándulas. Estas son principalmente mucosas en la base de la lengua, con sus conductos abriéndose atrás del surco terminal; su excreción es en el cuerpo de la lengua, otros se abren por delante del surco (cerca de las papilas circunvaladas) y son acinos mixtos cerca de la punta, con sus conductos que se abren en la superficie inferior de la lengua.<sup>26</sup>

El tercio posterior de la lengua tiene una superficie nodular irregular por la presencia de nódulos linfáticos (amígdala lingual).

La membrana mucosa de la superficie inferior de la lengua es lisa y tiene submucosa debajo de ella. En la superficie superior de la mucosa muestra numerosas protuberancias pequeñas llamadas papilas, que dan a la lengua un aspecto rugoso o aterciopelado. Se encuentran cuatro tipos de papilas.

Las papilas filiformes, localizadas sobre toda la superficie lingual principalmente en hileras paralelas al surco terminal, son delgadas, tienen forma cónica y de 2 a 3 mm de altura, cada una con un centro primario de tejido conectivo de la lámina propia con papilas secundarias.

Con frecuencia el epitelio que las cubre está parcialmente queratinizado y duro.

Las papilas fungiformes se encuentran aisladas entre las hileras de papilas filiformes y son más numerosas hacia la punta de la lengua. Su forma es semejante a la de un hongo, con un tallo corto y un casquete más ancho. El centro de tejido conectivo muestra papilas secundarias, y el epitelio de recubrimiento es muy delgado, de manera que el plexo vascular abundante que hay en la lámina propia le da un tinte rosado o rojizo a estas papilas. En el epitelio hay corpúsculos gustativos.<sup>26</sup>



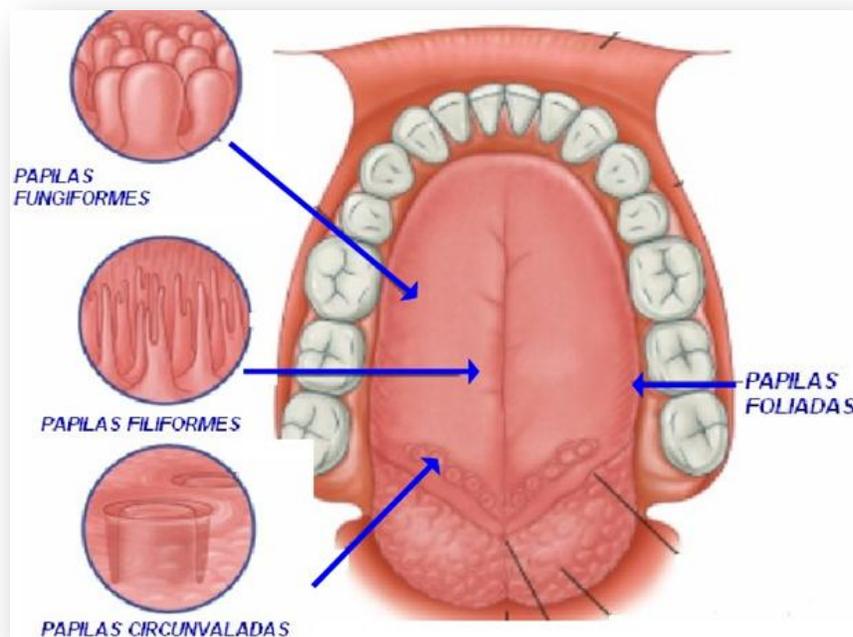
Lengua normal en niño edad 7 años.  
Fuente Directa.

Las papilas circunvaladas, en un número de 10 a 14 en el hombre, se localizan a lo largo del surco en forma de V. Cada una sobresale ligeramente de la superficie y está rodeada por un surco circular, con numerosos corpúsculos gustativos en el epitelio de la cara externa (del lado del surco circular). En el fondo del surco se abren los conductos de las glándulas serosas (de Ebner), que se localiza más profundamente en la lengua.

La secreción serosa de estas glándulas lava el material alimenticio del surco y permite la recepción de nuevos estímulos por los corpúsculos gustativos.

Las papilas foliadas aparecen como pliegues a manera de hojas de pasto en los bordes posterolaterales de la lengua, con corpúsculos gustativos en los surcos que hay entre los pliegues. Al igual que en las papilas circunvaladas, las glándulas serosas desembocan en la profundidad de los surcos.

Todas las papilas contienen numerosas terminaciones nerviosas sensitivas para el tacto; también hay corpúsculos gustativos en todas, salvo en las filiformes.<sup>26</sup>



**Fig.7** Papilas linguales.<sup>28</sup>



---

---

## Corpúsculos gustativos

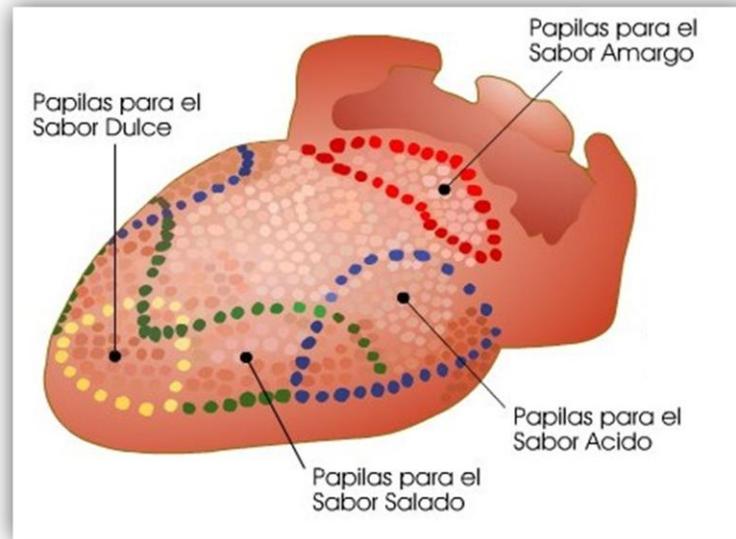
Estas estructuras, que contienen células receptoras del gusto, se encuentran en el epitelio bucal (plano estratificado), principalmente en relación con papilas, pero también en otras partes de la cavidad bucal.<sup>26</sup>

La superficie de la lengua y la superficie posterior de la cavidad oral cuentan con cerca de 3000 corpúsculos gustativos.

Las sensaciones del sabor son cuatro primarias: salada, dulce, agria y amarga. Se cree cada corpúsculo gustativo puede discernir cualquiera de las cuatro sensaciones, y cada uno se especializa en dos de las cuatro.

El proceso de la percepción compleja de los sabores se debe más al sistema olfatorio que a los corpúsculos gustativos.<sup>17</sup>

Además, existe evidencia de que el ser humano presenta un quinto tipo de receptor específico del gusto que se ha denominado *umami* (por glutamato monosódico).<sup>30</sup>



**Fig.8** Zonas de sabor. <sup>29</sup>

### **Alteraciones de lengua.**

La lengua es una estructura compleja que puede presentar diversas alteraciones que pueden ser benignas pero también puede presentar patologías malignas.

Los problemas linguales abarcan ardor, dolor, agrandamiento o cambio en la apariencia de la lengua. Existen muchas razones diferentes para los cambios en función y apariencia de la lengua.

En esta tesina presentaremos algunos cambios de apariencia en lengua como son:



---

---

## Candidiasis

Es la micosis superficial más común de la mucosa bucal.

### Etiología

Esencialmente por *Candida albicans*, raras veces es producido por otras especies de *Candida*.

Los factores predisponentes para la candidiasis bucal influyen factores locales (higiene bucal pobre, xerostomía) anemia por deficiencia de hierro, diabetes mellitus, desnutrición, enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), inmunodeficiencias y fármacos (antibióticos, corticoesteroides y otros inmunodepresores).

### Incidencia en niños

- ✓ Común, particularmente en recién nacidos e infantes. Los adolescentes son los menos afectados.

### Localización:

- ✓ Paladar blando, mucosa bucal y lengua.

### Características clínicas

- ✓ Las variantes clínicas de la candidiasis se observan más frecuentes en niños son: candidiasis pseudomembranosas, candidiasis eritematosa y candidiasis mucocutánea.

Candidiasis pseudomembranosa o algodoncillo, es la variante más común vista en niños, es usualmente aguda. Clínicamente se caracteriza por placas amarillo-blanquecinas, ligeramente elevadas, que pueden ser removidas por raspado. Dejando una mucosa normal o rojiza (Fig. 9). Puede haber xerostomía, sabor desagradable y sensación de quemadura de mediana intensidad.<sup>24</sup>



**Fig.9** Candidiasis pseudomembranosa aguda de la lengua.<sup>24</sup>

La candidiasis eritematosa: es la variante más común, en niños (VIH) positivos o que han estado en tratamiento con antibióticos de amplio espectro. Clínicamente se caracteriza por parches eritematosos o grandes áreas, que tienen predilección por el dorso de la lengua y el paladar (Fig.10). La sensación de quemadura es común.

## Tratamiento

- ✓ Aplicación tópica de nistatina, clotrimazol
- ✓ Enjuagues de bicarbonato de sodio. <sup>24</sup>



**Fig.10** Candidiasis eritematosa de la lengua.<sup>24</sup>

Candidiasis mucocutánea: es rara, las variantes aguda y crónica se caracterizan por lesiones de piel, uñas y mucosas. La enfermedad aparece durante la infancia y está asociada con disfunciones inmunológicas, endocrinopatías (hipoparatiroidismo, hipotiroidismo, hipoadrenalismo, diabetes mellitus e hipogonadismo) y anemia severa por deficiencia de hierro. Clínicamente en las lesiones intrabucales se observan placas blanquecinas gruesas y rugosas usualmente sobre una base eritematosa. (Fig. 11)



**Fig.11** Candidiasis mucocutánea crónica de lengua.<sup>24</sup>

Característicamente las lesiones son múltiples y generalizadas con predilección por la mucosa bucal, comisuras, lengua, paladar y pueden extenderse a la orofaringe y esófago (Fig.12).

Las lesiones bucales típicas comienzan entre los 4 y 6 años de edad o un poco más tarde mientras las endocrinopatías siguen meses o años después.

El diagnóstico de todas las variantes de la *Candidiasis* se basan en el criterio clínico, pero se puede soportar con el diagnóstico de laboratorio.

### Tratamiento

- ✓ Aplicación tópica de nistatina, clotrimazol, anfotericina B.
- ✓ Administración sistémica de ketokonazol, fluconazol, itraconazol.<sup>24</sup>



**Fig.12** Candidiasis mucocutánea de lengua. <sup>24</sup>

## Lengua bífida

La lengua bífida es una mal formación del desarrollo de la lengua, causada por la pérdida o fusión de la mitad de la lengua.

Incidencia en niños

- ✓ Rara

Localización:

- ✓ Punta de la lengua, línea media del dorso de la lengua

Características clínicas

- ✓ La forma completa es muy rara, y puede terminar en la formación de 2 lenguas completas.

La forma incompleta aparece como una ranura profunda asintomática en la línea media de la cara dorsal de la lengua, o como una lengua terminada en doble punta (Fig.13). Su forma puede no tener ninguna importancia clínica.

### Tratamiento

- ✓ La forma incompleta no requiere tratamiento.
- ✓ La forma completa requiere de reconstrucción quirúrgica. <sup>24</sup>



**Fig. 13** Lengua bífida.<sup>24</sup>



---

---

## Anquiloglosia

La anquiloglosia o “lengua de corbata” es una mal formación en la cual la lengua esta anormalmente fijada al piso de boca, debido a un frenillo lingual corto y mal posicionado.

El frenillo lingual corto presenta diversos grados de gravedad, sin que ello se relacione con el deterioro funcional. Algunos niños no tienen problemas. Entre las posibles alteraciones se cuentan las siguientes:

Fonación sustitución de los sonidos producidos con la punta de la lengua, como la <l>, <t>, <d>, <n>, o <s>, debido a la limitación de la elevación lingual.<sup>2</sup>

### Clasificación

Considerando la longitud del frenillo son:

Clase I: ligera anquiloglosia: 12 a 16 mm.

Clase II: moderada anquiloglosia: 8 a 10mm.

Clase III: severa anquiloglosia: 3 a 7mm.

Clase IV: completa anquiloglosia: menos de 3mm. <sup>2</sup>

### Incidencia en niños

- ✓ Rara, aproximadamente 1 por cada 1.000 nacimientos.

## Características clínicas

- ✓ El frenillo lingual es corto, delgado o grueso y fibroso (Fig. 14 y 15).
- ✓ La mal formación puede ser causada por una inmovilidad parcial o completa de la lengua.<sup>24</sup>

## Presentaciones

- ✓ La lengua no es capaz de sobresalir más allá de los incisivos.
- ✓ La lengua no es capaz de tocar el paladar.
- ✓ La lengua no puede mostrar una escotadura en forma de V.<sup>31</sup>



**Fig.14** Anquiloglosia<sup>24</sup>



**Fig.15** Anquiloglosia<sup>24</sup>



## Complicaciones

Causa problemas en los lactantes al alimentarse.

Si la lengua no puede limpiar la cavidad bucal de alimento, puede producir caries, enfermedad periodontal y halitosis.

Si el proceso es grave, puede provocar dificultad en el habla.<sup>31</sup>

## Tratamiento

- ✓ La mitad de los casos son asintomáticos y pueden pasar inadvertidos por largo tiempo. Los casos severos pueden causar problemas para hablar (fonética), comer y en el amamantamiento.<sup>24</sup>

## Indicaciones quirúrgicas

Las indicaciones quirúrgicas del frenillo lingual, son controversiales, la mayoría de los autores coinciden en que debe realizarse en los casos de restricción de la movilidad lingual y alteraciones del habla.

La indicación de una frenectomía (corte) tiende a basarse en criterios funcionales como: limitación de la movilidad, presencia de una lengua bífida con limitación de la protrusión lingual anterior.<sup>2</sup>



---

---

## Lengua Geográfica (Glositis Migratoria Benigna)

Lengua geográfica, es un trastorno común e inocuo que afecta de forma primaria a la lengua, y que se caracteriza por atrofia o pérdida temporal de las papilas filiformes.

### Etiología

Desconocida. A menudo se puede ver en más de un miembro de una misma familia, aunque el patrón hereditario no está claro.

Ocurre con más frecuencia en niños que tienen dermatitis atópica o seborreica.

### Incidencia en niños

- ✓ Común. El trastorno es 4 o 5 veces más frecuente en niños y adolescentes más que en adultos.
- ✓ Ocurre en 2% de la población, las mujeres son más afectadas que los hombres.

### Localización:

- ✓ Usualmente la cara dorsal y los bordes laterales de la lengua.
- ✓ Raras veces la mucosa bucal de otros sitios se ve afectada (labial, bucal, paladar blando, encía).

## Características clínicas

- ✓ Se caracteriza por una zona eritematosa bien demarcada, lisa, redondeada, o parche en forma de espiral, debido a la atrofia o pérdida de las papilas filiformes.
- ✓ Las áreas eritematosas se caracterizan por estar rodeadas parcial o totalmente por un margen blanquecino ligeramente elevado (Fig. 16 y 17)
- ✓ Algunas veces la lesión comienza como una pequeña placa blanquecina, seguida rápidamente por una zona roja central.
- ✓ El tamaño varía de pocos milímetros a varios centímetros.

## Tratamiento

- ✓ No necesita tratamiento. Informar al paciente que la alteración es inocua, no hay motivo de preocupación.
- ✓ Se sugiere cepillar la lengua.<sup>24</sup>



**Fig.16** Lengua geográfica.<sup>24</sup>



**Fig.17** Lengua geográfica.<sup>24</sup>



---

---

## Lengua fisurada o Escrotal.

La lengua fisurada o escrotal, es un trastorno de desarrollo relativamente común.

### Etiología

La causa exacta permanece oscura.

La xerostomía y el envejecimiento pueden ser el responsable del trastorno.

### Incidencia en niños

- ✓ Relativamente raro, más común en adolescentes
- ✓ Se ve usualmente en niños con síndrome de Down.
- ✓ Los rangos de prevalencia van de 0.5 a 5% de la población.

### Localización:

- ✓ Superficie de la cara dorsal y bordes laterales de la lengua.

### Características clínicas

- ✓ Se pueden observar diversas variantes.
- ✓ Fisuras múltiples cubiertas por una mucosa normal y cursando en diferentes direcciones es la más común de las variantes (Fig.18).
- ✓ La fisura central mediana con múltiples y pequeños pliegues, es otra variante común. (Fig.19)
- ✓ El número, dirección y profundidad de las fisuras varía considerablemente.

- ✓ El trastorno es usualmente asintomático, aunque los restos de alimentos se pueden quedar entre las fisuras llenándolas, produciendo inflamación y sensación de quemadura.
- ✓ La lengua geográfica se puede observar en 10 a 20% de los pacientes con lengua fisurada.

### Tratamiento

- ✓ No necesita tratamiento. Informar al paciente que es una alteración benigna.
- ✓ Cepillado de lengua para remover los alimentos de las fisuras o grietas.<sup>24</sup>



**Fig.18** Lengua fisurada<sup>24</sup>



**Fig.19** Lengua con fisura mediana asociada con lengua geográfica.<sup>24</sup>



Fuente directa.  
Lengua escrotal en niño edad 12 años

## Lengua saburral

La lengua saburral es una condición benigna pasajera, e inusual en individuos sanos.

### Etiología

Es debida a la reducida descamación del epitelio, detritus alimenticio y a acumulación de bacterias. Sin embargo la etiología aún no está clara.

Algunos factores predisponentes como fiebre, ulceraciones dolorosas de la cavidad bucal, deshidratación, dieta blanda y pobre higiene bucal se han citado últimamente.

### Incidencia en niños

- ✓ Relativamente común.

### Localización:

- ✓ Exclusivamente en la cara dorsal de la lengua.

## Características clínicas

- ✓ Gruesa cubierta blanca o amarilla como resultado del alargamiento de las papilas filiformes, usualmente menos de 3 – 4mm. (Fig.20 y 21)
- ✓ La acumulación de bacterias y la descamación de las células epiteliales también contribuyen con el desarrollo de esta alteración.
- ✓ La cubierta es asintomática, aparece y desaparece en cortos periodos de tiempo.

## Tratamiento

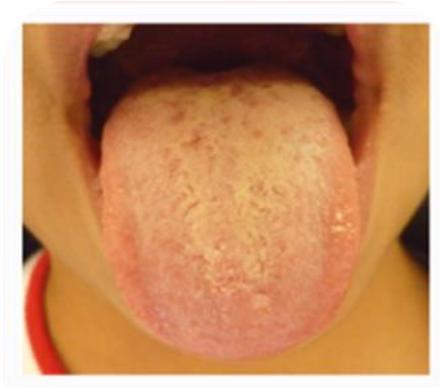
- ✓ Buena higiene bucal.
- ✓ Cepillado del dorso de la lengua.<sup>24</sup>



**Fig. 20** Lengua saburral.<sup>24</sup>



**Fig. 21** Lengua saburral.<sup>24</sup>



Fuente Directa.  
Lengua saburral en niña de 10 años de edad.

## Lengua dentada

La lengua dentada es una condición inocua de la lengua.

### Etiología

Es debido a una presión anormal o empuje de la lengua contra los dientes, dejando la impresión de los dientes sobre la lengua.

Mal posición dentaria.

Edema y agrandamiento de la lengua son también factores predisponentes.

### Incidencia en niños

- ✓ Relativamente común.

### Localización:

- ✓ En bordes laterales y punta de la lengua.



### Características clínicas.

- ✓ Impresiones festoneadas múltiples de los márgenes laterales de la lengua.

### Tratamiento

- ✓ Buena higiene bucal.

## **Glositis Media Romboidea**

Es un trastorno benigno con características morfológicas.

### Etiología

En el pasado se creía que era una anomalía del desarrollo, debido a la persistencia del tubérculo impar (el germen de la lengua mediana) como resultado de la falla en la fusión en las dos partes laterales de la lengua.

Recientemente se ha sugerido que es una alteración inflamatoria causada por *Candida albicans*, de manera primaria o secundaria.

### Incidencia en niños

- ✓ Muy rara.

### Localización:

- ✓ Sobre la cara dorsal de la lengua, a lo largo de la línea media.

### Características clínicas

- ✓ Forma romboidea u oval bien definida.

- ✓ Característicamente la lesión se presenta de color rojiza, plana, ligeramente multilobulada, de superficie lisa y depilada (Fig.22)
- ✓ El tamaño varia de 1 a 3 cm, la condición es usualmente asintomática, raras veces los pacientes se quejan o sienten malestar.

## Tratamiento

- ✓ Buena higiene bucal.
- ✓ Cepillado del dorso de la lengua.
- ✓ En casos de infección por *Candida albicans*, fármacos antimicóticos de uso tópico.
- ✓ Informar al paciente que tienen una lesión inocua.<sup>24</sup>



**Fig. 22** Glositis media romboidea.<sup>24</sup>



## Macroglosia

La macroglosia, o <lengua grande>, es un trastorno que puede ser congénito o secundario. La macroglosia congénita se observa en el síndrome de Down. La macroglosia secundaria puede ser consecuencia de afectación difusa y en otros síndromes.<sup>32</sup>

La macroglosia no es un problema frecuente; en los casos en los que se observa en recién nacidos o lactantes puede determinar una obstrucción de la vía aérea superior que, en algunos casos, se asocia a micrognatia (complejo de Pierre Robin). En niños mayores puede observarse dificultades fonatorias, de la deglución o de la masticación o sialorrea.

Antes de decidir cualquier tratamiento debe realizarse un correcto diagnóstico ya que la observación de una lengua grande o protruyendo por fuera de la boca puede ocurrir en diferentes circunstancias: a) posición anterior de la lengua, b) macroglosia relativa a micrognatia.

Vogel (1986) publicó una clasificación de las macroglosias y las dividió en congénitas y adquiridas.

Las primeras, que se registran desde el nacimiento, pueden deberse a hipertrofia muscular o a malformaciones vasculares. Las macroglosias pueden ser agudas o crónicas. Las agudas se deben a lesiones traumáticas, hemorragias, reacciones alérgicas o infecciones, mientras que las crónicas se asocian con enfermedades generales. Gigantismo, acromegalia.<sup>22</sup>

La incidencia en niños es común. La tasa de prevalencia es aproximadamente de uno por cada 800 nacimientos vivos.<sup>24</sup>



**Fig.23** Síndrome de Down.  
Características faciales.<sup>24</sup>



**Fig. 24** Síndrome de Down.  
Macroglosia y lengua fisurada.<sup>24</sup>

## Condiloma Acuminado

Es una enfermedad benigna de transmisión sexual que afecta el epitelio plano estratificado.

### Etiología

Virus Papiloma Humano (VPH6, VPH11, VPH16, VPH18 y otros)

### Incidencia en niños

- ✓ Rara

### Localización

- ✓ Área ano- genital

- ✓ Raro en cavidad bucal (lengua, mucosa bucal, labios, paladar blando, encía).

### Características clínicas

- ✓ La lesión se presenta como un nódulo pediculado o sésil, bien circunscrito, que pueden proliferar o coalescer, formando proyecciones parecidas a la superficie de un coliflor. (Fig.25)

### Tratamiento

- ✓ Excisión quirúrgica.<sup>24</sup>



**Fig. 25** Condiloma acuminado de punta de lengua.<sup>24</sup>



### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Facultad de Odontología, a través de sus clínicas de servicio odontológico brinda atención integral y especializada, como parte de su formación profesional, por alumnos que son supervisados por el personal académico, desde su creación, ha ofrecido atención dental a la población, realizando actualmente cerca de cinco mil consultas diarias.<sup>33</sup>

Durante la elaboración del expediente clínico general y la historia clínica en odontopediatría se realiza la exploración completa de la cavidad oral resaltando la exploración de los tejidos blandos y duros, asegurándose de no presentar alteraciones y en el caso de encontrarlas dar un diagnóstico adecuado.

El presente trabajo tiene la finalidad de determinar. **¿Cuál es la prevalencia de alteraciones más frecuentes en lengua en niños de 7 a 12 años de edad que solicitaron atención en la Facultad de Odontología UNAM 2012?**



---

---

## 4. JUSTIFICACIÓN

Es indispensable contar con buenos hábitos de higiene oral para asegurar que los dientes y encías se conserven sanos durante toda la vida. Es la infancia la mejor edad para iniciar esto y para mantener una oportuna salud general. He aquí la importancia de enseñar a los pacientes buenos hábitos de higiene.

Ahora bien, si el niño es diagnosticado con alguna alteración en lengua es imprescindible capacitar a los padres en el uso de técnicas adecuadas de la higiene oral, correcto cepillado y elección idónea de productos o medicamentos de un pediátrico.

Es bien sabido que en la salud oral puede indicar el estado de bienestar general. Una higiene deficiente puede constituir un factor de riesgo para ciertas enfermedades tanto en niños, adultos y ancianos.

Por esto es de vital importancia que el odontólogo sea capaz de detectar alteraciones y sobre todo efectuar un diagnóstico correcto para poder proporcionar un tratamiento adecuado.



## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 GENERAL**

Determinar la prevalencia de alteraciones más frecuentes en lengua, en niños de 7 a 12 años que solicitaron atención en la F.O UNAM 2012.

### **5.2 ESPECÍFICOS**

5.2.1 Determinar la localización de las alteraciones en lengua en niños de 7 a 12 años que solicitaron atención en la F.O. en el mes de Septiembre 2012.

5.2.2 Determinar los efectos secundarios que derivan la presencia de alteraciones encontradas en lengua en niños de 7 a 12 años que solicitaron atención en la F.O. en el mes de Septiembre 2012.



## 6. METODOLOGÍA

### 6.1 MATERIAL Y MÉTODO

Recursos Materiales.

Se utilizaron:

- 1 tesista.
- 1 tutora de tesina.
- 1 cámara fotográfica.
- Cubrebocas estériles por paciente.
- Batas estériles desechables por paciente.
- Espejos (uno por cada paciente explorado).
- Guantes desechables por paciente.
- Gasas estériles.
- Ficha de recolección de datos la cual contiene (nombre y apellido, edad, sexo, fecha y lugar de nacimiento) y datos de lesión (forma, color, ubicación, superficie).

Todo el instrumental no desechable fue convenientemente esterilizado para su uso.

Se realiza la supervisión por parte de la C.D. Martha Concepción Chimal Sánchez, de la exploración oral en niños y poniendo énfasis en lengua.

Todos estos pacientes acudieron a su cita de tratamiento de rehabilitación dental y/o controles de salud dental de rutina.

Se revisó una población total de 23 pacientes de género masculino y femenino con edades comprendidas entre 7 y 12 años de edad, que fueron evaluados en la clínica de odontopediatría.

Se realizó la exploración bucal de acuerdo a la exploración oral de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

### **Exploración oral de la OMS descripción.**

**Peribucal e intrabucal:** se inicia revisando los labios observe el tamaño y el color, la simetría, la textura, las comisuras labiales. Palpe si se observa algún aumento de volumen.



Fig. 26 Fuente Directa.

**Mucosa labial:** se retrae el labio superior suavemente con una gasa, observe y examine el color, la textura y cualquier otra anomalía de la mucosa el fondo de saco y los frenillos vestibulares. Continúe de la misma manera en la región inferior.



Fig. 27 Fuente Directa.

**Encía:** primero examine la parte bucal y labial de la encía y los procesos alveolares, inicie en la parte posterior derecha del maxilar para posteriormente pasar a la parte posterior izquierda. Baje a la zona mandibular iniciando en la parte posterior izquierda para terminar en la parte posterior derecha.



Fig. 28 Fuente Directa.

**Mucosa bucal:** se empezó retrayendo la mucosa bucal en dirección contraria a los dientes, observe primero el lado derecho y luego el izquierdo, extendí la mucosa desde el labial. Observe el color, la textura. Para separar el carrillo se puede ayudar de un abatelenguas.



Fig. 29 Fuente Directa.

**Lengua:** en posición de descanso se inspecciona y se palpa el dorso se observa cualquier cambio de color, de textura, se examina la punta de la lengua. Los bordes laterales son muy importantes por lo que se debe utilizar un espejo o un abatelenguas para examinar los márgenes derecho izquierdo. Después se utiliza una gasa y se toma la punta, en completa protrusión se examinan los bordes laterales y los más posteriores.



Fig.30 Fuente Directa.

**Piso de boca:** se palpa el piso de boca para detectar cualquier anomalía. Se observa cualquier cambio de color, textura, crecimiento u otras anomalías de la superficie.

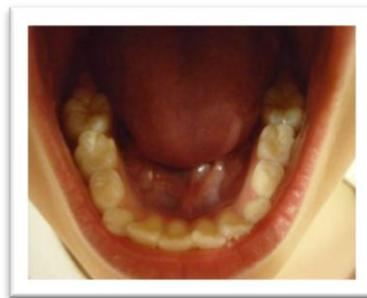


Fig. 31 Fuente Directa.

**Paladar:** se examina minuciosamente con los dedos, el paladar blando y duro se indica al paciente que abra la boca e incline ligeramente la cabeza hacia atrás para poder observar y palpar. Primero el paladar duro se presiona suavemente la base de la lengua para poder observar la región del paladar blando, la úvula y los pilares amigdalinos.



Fig. 32 Fuente Directa.

**Dientes:** se inicia en la parte superior en sentido de derecha a izquierda y en la parte inferior de izquierda a derecha. Se observa el color, el número tamaño y forma. Se identifican los dientes ausentes, fracturados, cariados.



Fig. 33 Fuente Directa.



---

Después de realizar la exploración oral en los 23 niños que acudieron a la clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología del mes de septiembre.

Se llevo a cabo el llenado de las fichas de recolección de datos, para posteriormente hacer las graficas correspondientes.

Los niños incluidos fueron evaluados a través de la ficha de recolección admitiendo aquellos que se consideraron como clínicamente sanos.

Se registro el sexo y la edad de cada paciente.



---

---

## **6.2 TIPO DE ESTUDIO**

El presente trabajo corresponde a un estudio transversal.

## **6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Niños que acudieron a cita de tratamiento de rehabilitación en el Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, UNAM, con edades de 7 años a 12 años.

## **6.4 MUESTRA**

23 niños; 13 niños y 10 niñas entre edades de 7 a 12 años

## **6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Niños de 7 a 12 años de edad de género masculino y femenino.

## **6.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Niños que acudieron a cita de rehabilitación que cumplan con los criterios de inclusión pero que no deseen participar.



---

---

## **6.7 VARIABLES DE ESTUDIO**

- Alteraciones de lengua.
- Edad.
- Género.

## **6.8 VARIABLE INDEPENDIENTE Y VARIABLE DEPENDIENTE**

Variable independiente:

- Género
- Edad

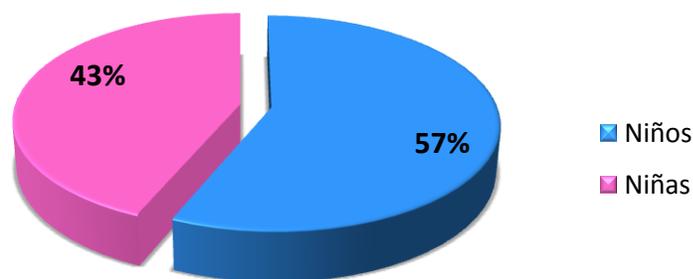
Variable dependiente

- Alteraciones en lengua

## 7. RESULTADOS

Un total de 23 niños que fueron examinados; 13 género masculino (57%) y 10 género femenino (43%) de edades de 7 a 12 años, la evaluación se llevo a cabo durante el mes de Septiembre 2012 en el Departamento de Odontopediatria de la Facultad de Odontología, UNAM. Supervisada por la C.D. Martha Concepción Chimal Sánchez.

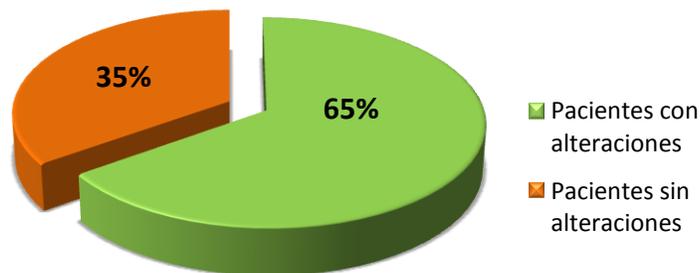
### Distribución porcentual por sexo



Gráfica 1. Fuente Directa.

Del total de población se presentan 15 casos con alteraciones de lengua (65%) y 8 casos (35%) sin alteración.

### Pacientes evaluados (23)

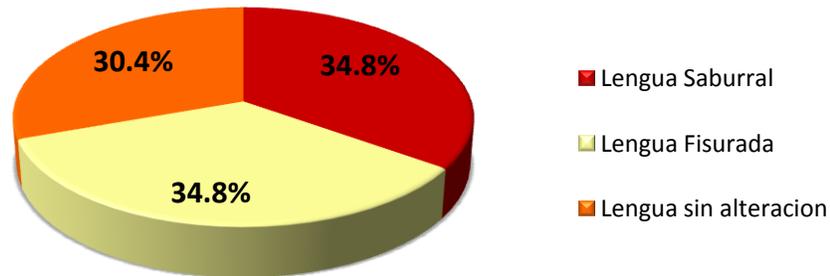


Gráfica 2. Fuente Directa.

De acuerdo a la determinación de tipo de alteraciones se identificó que la más frecuente fue la lengua saburral en 8 casos (34.8%) distribuyendo 4 niñas y 4 niños, 7 casos de lengua fisurada (30.4%) con una prevalencia en 5 niños y en 3 niñas.

Los niños muestran una mayor presencia de alteraciones con respecto a las niñas.

## Distribución por tipo de alteración



Gráfica 3. Fuente Directa.

Con respecto al género se identificó la presencia de alteraciones en 8 niños (61.5%) y 7 niñas (70%).

De acuerdo a la tabla 3 se observa que las alteraciones en lengua se presentan con mayor frecuencia entre las edades de 7 y 9 años.

Variable	Género	N	Positivo Lengua Saburral	Prevalencia %	Positivo Lengua Fisurada	Prevalencia %
Total Casos		23	8	34.8%	7	30.4%
Género	Niños	13	4	30.8%	5	38.5%
	Niñas	10	4	40.0%	2	20.0%
Edad	7-9	13	5	38.5%	4	30.8%
	10-12	10	3	30.0%	3	30.0%

Tabla 3 Prevalencia de alteraciones en lengua en el grupo estudiado. Fuente Directa.

Las alteraciones encontradas se localizaron en el dorso y bordes laterales de la lengua, siendo el dorso el lugar mas común.

Variable	Género	N	Alteración en dorso	Prevalencia %	Alteración en bordes laterales	Prevalencia %
Lengua Fisurada	Niños	5	4	80.0%	1	20.0%
	Niñas	2	2	100.0%	0	0.0%
Lengua Saburral	Niños	4	4	100.0%	0	0.0%
	Niñas	4	4	100.0%	0	0.0%

Tabla 4. Localización de alteraciones en lengua. Fuente Directa.

Los efectos secundarios que presentan los pacientes con alteraciones son halitosis y sensación de quemadura, en la siguiente tabla se observa la prevalencia de cada uno de estos efectos.

Variable	Género	N	Presencia de Halitosis	Prevalencia %	Presencia de sensación de quemadura	Prevalencia %
Lengua Fisurada	Niños	5	5	100.0%	5	100.0%
	Niñas	2	2	100.0%	2	100.0%
Lengua Saburral	Niños	4	4	100.0%	0	0.0%
	Niñas	4	4	100.0%	0	0.0%

Tabla 5. Efectos secundarios de alteraciones encontradas en lengua. Fuente Directa.



## 8. CONCLUSIONES

Los resultados muestran que un 65% de la población pediátrica estudiada presenta alteraciones en la lengua, en todos los casos (15 pacientes) los padres desconocían la presencia de las mismas, esto debido a la falta de orientación adecuada por parte del servicio odontológico.

Las alteraciones encontradas en la población fueron lengua saburral y lengua fisurada, consideradas benignas y no requieren de tratamiento específico es importante que el paciente lleve una técnica de cepillado correcta para esto se debe capacitar a los padres en el uso de dichas técnicas.

La exploración oral adecuada por parte del odontólogo tiene una participación importante en la detección de alteraciones y en la orientación de los padres para que los niños adquieran hábitos de higiene oral a temprana edad.

El odontólogo debe identificar y diferenciar aquellas alteraciones de la lengua que nos delaten una enfermedad sistémica de las que frecuentemente aparece de forma benigna realizando la exploración oral de acuerdo a la OMS.

Se observa que en el grupo estudiado las alteraciones en lengua se manifiestan más en edades entre 7 y 9 años de edad, con predilección en el sexo masculino que en el femenino.



---

---

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Rioboo - Crespo M° del Rosario, Planells del Pozo Paloma, Rioboo Garcia Rafael. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10: 376-387.
2. Ortiz Rosas Gustavo, Gonzales Magaña Fernando. Anquiloglosia parcial (incompleta) Reporte de un caso y revisión de la literatura, *Revista Asociación Dental Mexicana*. 2009; 65(2): 42-44.
3. Jiménez Palacios Cecilia. Identificación de lesiones en los tejidos blandos de la cavidad bucal en adolescentes con privación de libertad en el odontopediátrico de carpa. Septiembre 2005- Abril 2006 *Venezuela*. 2009; 47: 2-4.
4. González González Rogelio, Bologna Molina Ronell. Lesiones frecuentes de la mucosa bucal en niños y adolescentes, *Revista Asociación Dental Mexicana*. 2011:68 (1); 17-24.
5. Jiménez C., Kkilikan R., Herrera N., Hernández L. Estudio retrospectivo de lesiones patológicas en niños y adolescentes. Servicio de clínica estomatológica Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela. Periodo 1992-2006. 2008; 2-3.
6. Rai Rohan, R. Rai Ashwin. Prevalence of bifid tongue and ankiloglossia in south indian population with an emphasis on its embryogenesis 2012; 30(1):182-184.



7. Kadir Tanju, Uygun Banu, Akyuz . Prevalence of *Candida* species in Turkish children: relationship between dietary intake and carriage 2004; 07: 1-3.
8. García Polo MJ, García JM, Gonzales M. Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de Oviedo. Medicina Oral 2002; 7: 184-91.
9. Goncalves Vieira –Andrade Raquel, De Faria Zuquim Guimaraes Flavia, Da Silva Vieira Charles. Oral mucosa alterations in a socioeconomically deprived región prevalence and associated factors 2011; 25(4):1-6.
10. Jahanbani J. Morse DE, Alinejad H. Prevalence of oral lesions and normal variants of the oral mucosa in 12 to 15- year-old students in Teheran, Iran 2012; 15(3):142-145.
11. Majorana Alessandra, Bardellini Elena, Flocchini Pierangela. Oral mucosal in children from 0 to 12 years old: ten years' experience. Med Oral Pathol Radiol Endod 2010; 110:13-18.
12. Jiménez Palacios Cecilia, Brito Federico. Identificación de entidades patológicas en los tejidos blandos bucales de la población rural infantil y adolescente de la unidad educativa padre Luis Ormieres “Fe y Alegría “de maturin, estado Monagas en el periodo agosto- noviembre 2005. 2006; 2-5.



- 
13. Gacia Pola M° José, González García Manuel, García Martín José Manuel. A study of pathology associated with short lingual frenum, *Revista Journal of Dentistry For Children*, 2002; 59-61.
  
  14. O. Sedano Heddie, Carreon Freyre Ignacio, Garza de la Garza María. Clinical orodental abnormalities in Mexican children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 68:300-11.
  
  15. Pérez N, López M. Anquiloglosia en niños de 5 a 11 años de edad diagnóstico y tratamiento. *Revista Cubana Estomatológica* 2002; 39(3)
  
  16. Langman T.W. Sadler. *Embriología Médica*. 7° edición, Editorial Panamericana. Pp. 307,308.
  
  17. Gartner Leslie P. *Histología texto y atlas*, Editorial Mc Graw- Hill. Interamericana. Pp. 328-330.
  
  18. Kleiman DV, Swango PA, Pndborg JJ. Epidemiology of mucosal lesions . in United States school children: 1986-1987. *Community Dent Oral Epidemiol*.1994; 22:243-53.
  
  19. Bitu Sosa F. Pediatric oral lesions: a 15 years review from Sao Paulo Brazil. *J Clin Pediatr Dent* 2002; 26: 413-18.
  
  20. Shulman J.D. Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA 2005;15:89-97.



- 
21. Voros –Balog T, Vincze N, Banoczy J. Prevalence of tongue lesions in Hungarian children. Oral Diseases 2003; 9:84-87.
22. Bordoni Noemí, Escobar Rojas Alfonso. Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual, 2010. Pp. 620-811.
23. C. Cameron Angus, Winder Richard P. Manual de odontología Pediátrica. Editorial Elsevier, 2010, Pp. 193.
24. Laskaris George. Patologías Niños – Adolescentes. Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A, 2001, Pp. 38-41, 80-85, 128, 129, 130, 194.
25. Persaud T.V.N. Embriología Clínica. Editorial Elsevier, 2002, Pp. 177, 178.
26. Lesson C. Roland, Lesson Thomas S. Histología. Editorial Interamericana Pp. 328, 329, 330.
27. <http://lengua-uaablogspot.mx>
28. <http://guia.com.ve>
29. <http://cuerpohumano.blogspot.mx>
30. Ira Fox Stuart. Fisiología Humana. Editorial McGraw-Hill. Interamericana Pp. 253.



31. Arzate Nancy, Sánchez Octavio. Calderón Lourdes. Prevalencia de portadores de especies de candida en cavidad bucal en una población pediátrica 2002; 8(4):107-111.
  
32. Sapp J. Philip, Eversole Lewis R. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Editorial Iberoamericana Pp. 23.
  
33. <http://74.53.185.66/~odonto/admin.php?IDPagina=atencionpaciente>
  
34. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41997/l/9243544934\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41997/l/9243544934_spa.pdf)  
OMS



---

# ANEXOS



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
COORDINACIÓN DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA  
Y SALUD PÚBLICA  
Oficio 01/09/2012  
Asunto: Solicitud de apoyo

Esp. Alejandro Hinojosa Aguirre  
Coordinador de Odontopediatría  
Presente

Por este conducto, la que suscribe Dra. Arcelia F. Meléndez Ocampo, Coordinadora de Odontología Preventiva y Salud Pública me dirijo a ud. para solicitar su apoyo a fin de que la alumna Iliana Ivonne Pérez Flores inscrita en el Seminario de Epidemiología y Salud Pública pueda tener acceso a revisar la lengua de los menores que reciben atención dental en la Clínica de Odontopediatría para determinar la prevalencia de lesiones en lengua.

La revisión bucal no conlleva riesgo alguno para los menores y mucho agradeceré su fina atención.

Sin más por el momento aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"Por mi raza hablará el espíritu"  
Ciudad Universitaria, D.F, a 5 de septiembre del 2012.

Dra. Arcelia Meléndez Ocampo  
Coordinación



Recibi: 10-Sept-12



**FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNAM  
SEMINARIO EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PÚBLICA CUADRAGESIMA  
NOVENA PROMOCION**

**PASANTE:** Iliana Ivonne Pérez Flores.  
**TUTORA:** C.D. Martha Concepción Chimal Sánchez.

Deje en blanco \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Mes /Día \_\_\_\_\_ Carnet \_\_\_\_\_ Examinador \_\_\_\_\_

Información general Nombre \_\_\_\_\_

Edad en años \_\_\_\_\_ Localización geográfica. Delegación \_\_\_\_\_

Sexo (M=1 F=2) \_\_\_\_\_

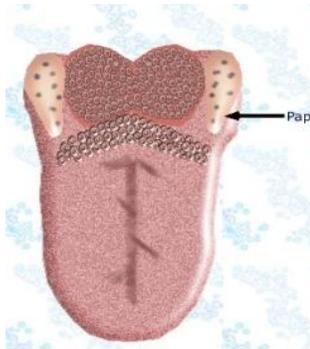
Ocupación \_\_\_\_\_

Tipo de localización:

urbana \_\_\_\_\_

suburbana \_\_\_\_\_

rural \_\_\_\_\_



Ubicación de la lesión \_\_\_\_\_

Tamaño de la lesión \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_