



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MORBILIDAD BUCAL DE TEJIDOS BLANDOS Y ÓSEOS
EN PACIENTES ESCOLARES.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

MELISSA PATLÁN RODARTE

TUTOR: Mtro. RAÚL DÍAZ PÉREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INTRODUCCIÓN

Este documento presenta las características de las enfermedades y lesiones de tejidos blandos y óseos que presentan manifestaciones clínicas de mayor frecuencia en los escolares que fueron atendidos en la Clínica Integral del Niño y Adolescente de la Clínica Periférica Azcapotzalco, con el propósito de proporcionar un marco de referencia epidemiológico para la formulación y orientación de programas de salud bucal.

Por tal motivo se decidió la realización de esta investigación. Pero el propósito general, es obtener información que resolviera interrogantes y en algunos casos, ampliara y actualizara la información ya existente permitiendo la reorientación de programas que fomenten la salud de la población.

La presente investigación se llevó a cabo con la información que la Clínica Periférica Azcapotzalco de ambos turnos, matutino y vespertino nos proporcione, misma que se encuentra, en los reportes clínicos elaborados por estudiantes del 5° año de la carrera de Cirujano Dentista, los cuales fueron revisados y evaluados por personal docente que se encuentra a cargo de la clínica Integral del Niño y el Adolescente. Estos expedientes clínicos abarcan dos ciclos escolares del 2009 al 2010 y del 2010 al 2011, de pacientes escolares a los que se les fue realizado su expediente clínico, una vez obtenida la información de cada expediente se realizará el procesamiento y análisis de la información y por último la elaboración del informe final con los resultados.

ÍNDICE

1.- ANTECEDENTES.....	3
1.1.- Escolar.....	3
1.2.- Principales características del crecimiento y desarrollo del escolar.....	4
1.3.- Características clínicas en salud de la cavidad bucal del escolar.....	6
1.4.- Alteraciones clínicas de tejidos blandos en escolares.....	8
1.5.- Alteraciones del periodonto en escolares.....	18
1.6.- Alteraciones óseas de los maxilares que presentan manifestaciones clínicas en escolares	21
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
3.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	24
4.- JUSTIFICACIÓN.....	25
5.- OBJETIVOS.....	26
6.- HIPOTESIS.....	27
7.- METODO.....	28
8.- OBTENCIÓN DE LA MUESTRA.....	29
9.- MUESTRA.....	31
10.- PROCEDIMIENTO.....	32
11.- VARIABLES.....	33
12.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	35
13.- RESULTADOS.....	36
14.- DISCUSIÓN.....	50
15.- CONCLUSIÓN.....	54
16.- REFLEXIÓN	55
16.- REFERENCIAS.....	56

1.- ANTECEDENTES

1.1.- Escolar

Comenzaremos definiendo que un escolar es aquel niño que se encuentra entre los 6 y 12 años. Que cuenta con eventos como el ingreso a la escuela, ampliando su contacto con la sociedad, apareciendo cambios psicológicos según la edad en que se encuentra, también tendrá cambios en su desarrollo neuromotor, cognitivo y se evidenciara su desarrollo físico en general.¹

Esta población constituye el 27 % de los habitantes del país y es de gran importancia el estudio de las enfermedades y alteraciones bucales que se encuentran con mayor frecuencia en este sector de la población. Sin embargo en la literatura no se encuentran reportes actuales sobre estas alteraciones en dicho sector.²

Es necesario antes de continuar mencionar, que este sector de población es el más vulnerable a las enfermedades y lesiones bucales, por tal motivo es muy importante hacer mención de las características de la cavidad bucal del escolar cuando se encuentra en salud, para poder entender los resultados de los expedientes clínicos, que se utilizaron en nuestra investigación, así que brevemente mencionaremos dichas características, al igual que mencionaremos las principales características de crecimiento del escolar. Se consideró de relevancia para nuestra investigación ya que la morbilidad bucal tiene relación con el crecimiento y desarrollo del escolar.

1.2.- Principales características del crecimiento y desarrollo del escolar

En la edad escolar

El promedio de aumento de peso durante esta edad es de unos 3.5 kg por año, mientras la estatura registra una ganancia de 6 cm en lapsos iguales. Es característico de la etapa un exuberante tejido linfóide y modificaciones en el esqueleto, atenuándose las curvaturas de la columna vertebral y corrigiéndose algunos casos como el pie plano; ocurre también una fase de reemplazo de dientes deciduos; hay ampliación y precisión de las destrezas psicomotoras y se perfecciona la capacidad de abstracción y conceptualización iniciadas en la etapa anterior.

- Tipos de crecimiento (de aparatos y sistemas)

Crecimiento general

Es de características relativamente constantes con los incrementos en peso y talla ya señalados, con escaso tejido adiposo condicionado en parte por la vigorosa actividad física y su conformación de las curvaturas de la columna vertebral. El segmento inferior empieza a ganar terreno al superior.

Crecimiento de tipo neural

La masa encefálica ha alcanzado hacia el segundo año de esta etapa prácticamente el peso y volumen del adulto (90-95%), con lo que la cabeza crece en forma paralela, cifrando el 95% del tamaño del adulto hacia el séptimo año de la vida; en lo sucesivo, el crecimiento de este tipo de tejido se torna más lento, incluyendo el no encefálico.³

Crecimiento de tipo gonadal

Muestra un incremento mínimo y se le considera un estado de latencia hacia el inicio de la adolescencia.

Crecimiento de tipo linfóide

Ocupa el primer lugar en velocidad de crecimiento, además de que su incremento llega al doble que en el adulto, para después involucionar a su estado definitivo durante la pubertad y adolescencia.⁴

- Tipos de desarrollo

Neuromotor

La secuencia de la maduración neuromotriz progresa lentamente durante toda la etapa, desde la obtención de un mejor control de la musculatura gruesa, a la fina, evidenciándose esto en localidad y velocidad de la escritura.

Probablemente, debido a factores culturales que van en relación a los juegos, existan algunas diferencias en el desarrollo neuromotor de niños y niñas. Los niños progresan más en fuerza física y velocidad, mientras que las niñas lo hacen en cuanto a continuación y ritmo, lo que les permite bailar o saltar la cuerda con mayor eficacia. Al final de la etapa escolar, hay un completo desarrollo del sistema nervioso, lo que se traduce en el perfeccionamiento de la actividad física.

Cognitivo

El tipo de pensamiento que marca al niño de la etapa escolar es el operacional concreto (Piaget), cuya facultad se describe por la capacidad de ordenar y relacionar secuencias lógicas, así como de revertir el orden, lo que le permite comprender la fundación de la resta como operación contraria a la suma. Otro fenómeno que hace su aparición en esta etapa es la modificación de conceptos que previamente tenía establecidos y que ahora comprende su sentimiento más amplio, como son el pecado, la fidelidad, el amor y la muerte.³

Características psicológicas

Durante la fase de latencia (fase escolar) ninguno de los órganos del cuerpo predomina, y aún cuando son muchos los cambios físicos y biológicos no son cambios revolucionarios, aunque importantes, el foco principal de esta fase es el psicosocial. En líneas generales existen tres factores que rigen la conducta del niño: su madurez, sus rasgos de personalidad y su ambiente.

Estos temas son mencionados debido a que son eventos por los cuales atraviesa el escolar. Sin embargo, en un principio se habla en las características de crecimiento de un evento importante, el **reemplazo de dientes deciduos**, en dicho evento también se involucra el crecimiento y desarrollo. Este evento es considerado de relevancia ya que al tener estos

cambios en la cavidad del escolar, es más susceptible a lesiones, alteraciones o alguna enfermedad en el periodonto, la mucosa, la encía o en alguna zona de la cavidad bucal.⁵

A continuación se mencionaran las características en salud de la cavidad bucal, en dicha investigación ya fue mencionado la importancia de abordar este tema.

1.3.- Características clínicas en salud de la cavidad bucal del escolar

Labios. En los labios del niño el borde de bermellón debe estar bien delimitado y debe aparecer húmedo y suave. La cianosis en el borde de bermellón debe alarmarnos sobre la posible presencia de problemas en oxigenación adecuada.

Maxilar y paladar. La mucosa del maxilar y del paladar debe ser de color rosado brillante, suave y húmedo.

Lengua y piso de boca. La apariencia rugosa del dorso de la lengua se debe a la presencia de diferentes tipos de papilas. Las papilas ovaladas, grandes que se encuentran sobre el borde posterior del dorso de la lengua, contienen gran cantidad de papilas gustativas. Las papilas fungiformes, que generalmente se encuentran sobre el dorso de la lengua, están más concentradas en la punta y en los márgenes laterales de la lengua. Las papilas filiformes son más numerosas y están distribuidas uniformemente sobre toda la superficie dorsal de la lengua. La sensación gustativa está asociada con las papilas foliadas. La superficie ventral de la lengua es lisa y no presenta papilas.

El piso de la boca está cubierto por una capa menos especializada de mucosa y contiene las glándulas sublinguales.

El frenillo lingual se presenta anteriormente para conectar la base anterior de la lengua al reborde alveolar mandibular.

Mandíbula. La parte anterior de la mandíbula presenta un reborde alveolar prominente. Este reborde se aplana posteriormente a medida que se acerca al piso de boca. El perímetro

externo de la mandíbula y el surco labial terminan anteriormente como frenillo labial, el cual conecta el labio al reborde alveolar en la línea media.⁶

Periodonto. Su consistencia es más blanda, sin edema y su sistema de fibras gingivales es inmaduro, su consistencia es flácida y retráctil. **Margen gingival:** más grueso y redondeado. **Col:** Zona de encía proximal con una depresión central muy lábil, por eso cualquier herida o presión mayor hace sangrar la encía de los niños. **Encía:** Es de color rosa pálido, pero no tan pálida, es un poco más rojiza de la que se observa en el adulto y esto es por estar muy vascularizada. Tiene aspecto aterciopelado y brillante, menos queratinización, por lo tanto es más frágil. Adaptación holgada al cuello del diente.

Encía interdental: En zona anterior forma la silla de montar por los diastemas, y en zona de molares, puede estar a nivel de la cara oclusal. La profundidad del suco depende del proceso fisiológico de erupción y exfoliación dental. Sus papilas son achatadas y redondeadas. **Hueso alveolar:** Parte de los maxilares que forma y sostiene los alvéolos de los dientes. Está constituido por tejido cortical y por tejido esponjoso. Dentro del tejido cortical existe: Cortical externa vestibular y lingual o palatina. Cortical interna o lámina cribosa o radiográficamente lámina dura. Está constituida por hueso fasciculado y hueso laminar.⁷

Dentición. El proceso de erupción de dientes permanentes comienza a los 6 años con la erupción del primer molar inferior permanente en boca, convirtiendo la dentición primaria en dentición mixta. La dentición permanente se completa a los doce años cuando hacen erupción los segundos molares.

El patrón normal de erupción dental es variable tanto en la dentición temporal como en la permanente, observándose mayores modificaciones en la cronología que en la secuencia, la cual sigue un orden más estricto de erupción.⁸

Hoy día diferentes estudios y autores coinciden que una serie de factores tales como sexo, raza, herencia, nivel socioeconómico y algunos factores de desarrollo intrauterino y postnatal, puede influenciar la secuencia y el tiempo de erupción. Así mismo, relatan asociaciones positivas entre el desarrollo dentario, el crecimiento general del cuerpo y la maduración del esqueleto, pero en todas las instancias, las correlaciones indican que este proceso, es relativamente independiente de las condiciones que afectan el crecimiento somático.

Estableciendo lo anterior, se debe mencionar que en dicha investigación, la dentición es una variable en donde se toma en cuenta los dientes que están presentes, de acuerdo con lo registrado en la historia clínica del escolar, no se contempla como dentición. También es importante mencionar que cada diente se tomo como unidad y se midió con base a los índices CPO-d y ceo-d. Aún cuando esta investigación no se enfoca específicamente a las lesiones o malformaciones dentales.

Una vez que ya tenemos claro las características de salud en la cavidad bucal del escolar, tendremos que hacer mención a las características de las enfermedades y lesiones de tejidos blandos y óseos que se encuentran con mayor frecuencia en la cavidad de este sector de población.

1.4.- Alteraciones clínicas de tejidos blandos en escolares

LABIOS

Anomalías del frenillo labial

El frenillo labial es una estructura normal de tejidos conjuntivos que se extienden desde los labios al proceso alveolar de los dientes, raras veces el frenillo labial superior es grueso, amplio y largo, con adhesión a la encía marginal. En muchos casos puede existir un gran espacio entre los incisivos centrales (diastemas), también puede haber tracción de la encía o movimiento de los dientes.¹⁶

Epidemiología de anomalías del frenillo labial

Es el más frecuente y su aparición provoca frecuentemente la separación de los dientes incisivos centrales superiores, lo que ocasiona alteraciones estéticas y en algunos casos, alteraciones de la fonética, produciendo un sonido balbuceante o de silbido.¹⁹

Herpes simple recurrente (herpes labial)

Agente causal: virus herpes simple tipo I. se estima que las lesiones ocurren por la activación del virus que se encuentra inactivo en el ganglio del nervio trigémino, en un huésped con infección previa. Casi el 25% de los enfermos presentan uno o más episodios al mes, la activación viral puede vincularse con el frío, la luz solar o el estrés. Características clínicas: a

menudo los síntomas incluyen un pródromo con comezón o una sensación de cosquilleo antes de que ocurran las lesiones. Los signos son vesículas de 2 a 4 mm de diámetro que se localizan en la unión mucocutánea labial, las comisuras labiales y por debajo de la nariz, posteriormente se rompen y forman costras en 36 a 48 horas; la cicatrización sucede entre 7 y 10 días. Tratamiento: por lo general conservar las lesiones bien lubricadas para favorecer la cicatrización, las úlceras curan sin producir cicatrices en un periodo de 15 a 20 días.¹⁴

Epidemiología

En la infección por VHS I aunque la latencia se establece con rapidez, el paciente infectado puede infectar a otros como resultado de la recurrencia. El virus se encuentra en las lesiones cutáneas pero también puede estar presente en diversos fluidos corporales incluyendo la saliva. No obstante el VHS-I usualmente se transmite de boca en boca (al besar o al compartir utensilios contaminados con saliva). Una gran parte de la población muestra datos de la infección por VHS-I según pruebas con anticuerpos. Como resultado de una pobre higiene en países en vías de desarrollo, se encuentran anticuerpos al VHS-I en más del 90% de la población infantil.⁹

Queilitis labial

Es la inflamación de los labios, puede ser de tipo exfoliativo o descamativo. Es originada por factores como el frío, la exposición solar, el viento, el polvo, el agua, los ambientes secos o sustancias que al entrar en contacto con los labios desencadenan alergias o irritación, también por la saliva. La queilitis exfoliativa afecta principalmente el labio inferior, donde se observa el desprendimiento del epitelio como si fueran escamas, cuando esto sucede, sangra y se forman costras. Se manifiesta con fisuras, en ocasiones profundas y dolorosas, chuparse los labios empeora el cuadro clínico. El tratamiento principal es insistir en que los niños dejen el hábito de chuparse los labios, se debe utilizar cremas emolientes o hidratantes, la vaselina es una buena opción, para disminuir la inflamación se suele utilizar corticoides tópicos.¹⁶

Epidemiología de queilitis labial

En un estudio realizado en Madrid se muestra una tabla en donde las queilitis ocupan del 0,08% al 3%, de las alteraciones en la cavidad bucal en niños.¹⁰

Queilitis angular

Se caracteriza clínicamente por fisuras, dolorosas y húmedas en las comisuras bucales del niño. La queilitis angular se desarrolla a partir de infecciones por bacterias como el

estreptococo y el estafilococo, la más común es por un hongo: la ***cándida albicans*** y también por la deficiencia de vitaminas, en especial del complejo B. este tipo de queilitis a veces aparece como resultado de tratamientos de ortodoncia, niños con la dimensión vertical disminuida o en niños con síndrome de Down debido al babeo continuo.¹¹

Epidemiología de queilitis angular

Se llevo a cabo un estudio tipo mixto, en el Centro de Atención Infantil Antímamo (CANIA), ubicado en Caracas Venezuela. El estudio se realizo en niños y adolescentes que asistieron a este centro durante los meses de Mayo y Octubre de 2008. La población total estimada fue de 1000 niños y adolescentes con edades comprendidas entre 0 y 18 años. Este análisis dió como resultado que el 0,08% de los pacientes estudiados presentan queilitis y que coincide con otros estudios realizados en diferentes partes del mundo.¹²

Mucocele

Es una lesión frecuente de la cavidad bucal y se origina de las glándulas salivales menores, puede aparecer en cualquier área de la boca donde asientan estas glándulas; pero sin embargo la localización más frecuente es en el labio inferior en casi un 96%. Se clasifica en mucocele de extravasación, que es la forma más frecuente y la mayoría de los casos aparecen a los 10 años; siendo causados por ocurrencias traumáticas como mordeduras, microtraumas por ortodoncia, como consecuencia de esto se produce una ruptura o el seccionamiento del conducto excretor de la glándula ocasionando una extravasación salival hacía el tejido circundante. El mucocele por retención, afecta a los pacientes mayores de 40 años. El mecanismo patológico esta directamente relacionado con una suboclusión de la luz de la glándula debido a una proliferación epitelial en la misma. La lesión del mucocele por extravasación puede ser profunda o superficial, en la superficial aparecen vesículas levantadas de varios milímetros a 1 o 2 cm. De diámetro, de un color azulado, sésil e indoloro y fluctuante a la palpación. En las lesiones profundas también se manifiesta masa fluctuante, pero en la superficie la coloración es normal debido a los tejidos que la corren. Se desarrolla en pocos días y persisten a menos que sean tratados. Tratamiento: La eliminación quirúrgica es el tratamiento usado más frecuente.¹⁶

Epidemiología de Mucocele

En el estudio realizado por García–Pola, el mucocele en una población total de 624 niños, represento el 0.8%.¹⁵

LENGUA

Anquiloglosia

La anquiloglosia o lengua de corbata es una malformación en la cual la lengua está anormalmente fijada al piso de la boca o tiene un aspecto lingual de la encía, debido a un frenillo lingual corto y mal posicionado. Características: el frenillo lingual es corto, delgado o grueso y fibroso. La malformación puede ser casada por una inmovilidad parcial o completa de la lengua. La mitad de los casos son asintomáticos y pueden pasar inadvertidos por largo tiempo. Los casos severos pueden causar problemas para hablar, comer y en el amamantamiento. Tratamiento: recorte quirúrgico del frenillo.²²

Epidemiología de anquiloglosia

En un estudio publicado en la revista Odontológica de Especialidades, realizado en Barcelona, España. Valora la dificultades que conlleva esta anomalía al desarrollo, lingüístico y de alimentación en pacientes con edades de 5 a 11 años, dando como resultado que las anomalías de frenillo lingual, corresponden a un 10% de los casos y que en todos es recomendable la liberación quirúrgica de estos.¹³

Candidiasis

La candidiasis es producida por el hongo *Candida albicans*, este es un microorganismo comensal, de la cavidad oral, su transformación en patógeno está relacionado con factores locales o sistémicos. Característica clínicas: las manifestaciones bucales son variables y la forma más frecuente es la pseudomembranosa conocida como muget o algodoncillo. Localización: se localiza en el paladar, en la lengua y en la zona de los carrillos. Tratamiento: el manejo de la candidiasis bucal en niños, es necesario instruir a los padres para que puedan limpiar la cavidad bucal y remover mecánicamente la placa antes de tomar o aplicarse la medicación antimicótica. Y reemplazar el cepillo dental con uno nuevo después de cada uso. En la mayoría de los casos resultan eficaces los enjuagues de la boca con una solución de peróxido de hidrógeno diluido al 3%. Se recomiendan distintos tratamientos para prevenir la candidiasis como el uso de la clorhexidina. Esta tiene un efecto antifungicida. También se utiliza el uso de nistatina y miconazol gel.¹⁴

Epidemiología de candidiasis

La mayoría de los estudios epidemiológicos realizados en la candidiasis bucal son muy variables y en grupos heterogéneos siendo un grupo de estudio los lactantes y escolares. En un estudio realizado por Kadir T, et al, donde examinaron la prevalencia de especies de *Candida* en 300 niños (160 mujeres, 140 hombres) de 0 a 12 años encontraron que el 22.3% presentaron infección por *Candida albicans*, mientras que el 3.9% estaban infectados por *Candida parapsilosis*, *krusei*, *kefyr*, *famata* y *tropicalis*, siendo más frecuente en niños de entre 6 y 8 años de edad, mientras que Kleinegger et al, en un estudio de 172 pacientes de diferentes grupos etarios encontraron que el 24% de los pacientes infectados estaban en el rango de edad de 5–7 años y el 53% en el grupo de los 15–18 años, siendo mucosa bucal, piso de boca y superficie dorsal de lengua los sitios más frecuentes de infección.¹⁸

Glositis migratoria benigna

Es una condición inflamatoria benigna en la que se presenta áreas eritematosas sin papilas rodeadas por un margen bien delimitado en la superficie dorsal de la lengua las cuales aparecen y desaparecen en un periodo de pocos días. El cuadro clínico suele ser indoloro, aunque en algunas ocasiones puede haber ardor. El tamaño forma y posición de las lesiones es variado. La causa exacta se desconoce, aunque se cree que es una condición genética, también se cree que puede relacionarse con el estrés o las dietas altas en azúcar. El tratamiento generalmente no es necesario, y la condición puede desaparecer por si sola, pero puede volver a ocurrir y migrar a otras áreas de la lengua, también se puede evitar las causa locales de la irritación, también debe evitarse el cepillado de la lengua, ya que tiende a intensificarse y prolongar el trastorno.¹⁴

Epidemiología de glositis migratoria benigna

En un estudio realizado por Miloglu et al, en 7619 pacientes de edades entre los 4-60 años, la glositis migratoria benigna se presentó en el 1.5% de los pacientes, siendo más prevalente en niños, fue ligeramente más frecuente en mujeres que en hombres. La glositis migratoria benigna tiene un comienzo en niños entre los 6 y 12 meses, y se observa con mayor frecuencia entre los 4 y 5 años de edad. La glositis migratoria benigna es una condición que inicia con mayor frecuencia en la infancia entre los 0–5 años, Majorana et al, en estudio realizado en 10,128 niños la glositis migratoria benigna se presenta en un 2.86% de toda la población

estudiada, por tanto esta condición es una enfermedad poco frecuente con predilección hacia la edad pediátrica.¹⁵

Macroglosia

Esta entidad patológica se refiere a una lengua que es más grande de lo normal. Etiología: Puede ser congénito o adquirido. La macroglosia congénita es causada por un desarrollo exagerado de la musculatura lingual y se hace evidente durante el crecimiento del individuo. Puede presentarse en forma generalizada en los casos de hipertiroidismo, síndrome de Down y acromegalia y en forma localizada en las mal formaciones infantiles. La macroglosia adquirida puede presentarse en forma aguda cuando ocurren reacciones alérgicas, hemorrágicas, y en forma crónica en leucoedema y amiloidosis. Localización: Una lengua desproporcionadamente grande puede producir un crecimiento anormal de la mandíbula y generalmente maloclusión clase III. Tratamiento: El tratamiento de la macroglosia depende de su causa. A veces es necesario eliminar quirúrgicamente una porción de lengua en forma de cuña. Dentro de las indicaciones quirúrgicas se tiene la obstrucción de las vías respiratorias bucofaríngeas, los trastornos del leguaje, protrusión dento-alveolar, estéticas, entre otros (Mc Donald, 1990).¹⁶

Mucosa oral

Estomatitis aftosa recurrente

La Estomatitis aftosa recurrente se divide en **menor** y **mayor**.

Estomatitis aftosa menor: pequeñas úlceras superficiales y dolorosas de la mucosa oral glandular con cierta frecuencia y episódicamente en brotes de una a cinco lesiones. Durante un episodio pueden seguir apareciendo lesiones durante un periodo de 3 a 4 semanas, durando cada uno entre 10 y 14 días. Las úlceras se localizan en la mucosa respetando normalmente las encías, el paladar duro y el dorso de la lengua. Las lesiones son redondas, son pequeñas con el diámetro de 0.5 mm a 1 cm, superficiales con bordes marcados, crateriformes y presentan una base blanco-amarillenta con un halo eritematoso en la mucosa circundante. Cuando la lesión afecta a la mucosa labial suelen existir pequeños traumas banales. El tratamiento es variado contando con una gran cantidad de remedios. Aunque el tratamiento más eficaz es la aplicación de corticoides tópicos, especialmente los de mayor potencia, en forma de gel o crema. Cuando son pocas y en zonas accesibles, se emplean agentes químicos cauterizantes para reducir la duración de la lesión.¹⁰

Estomatitis aftosa mayor: una o dos grandes úlceras superficiales, dolorosas poco frecuentes, situadas generalmente en la mucosa labial y paladar blando, las lesiones aparecen en áreas con gran cantidad de glándulas salivales menores. En tamaño oscilan entre los 5 y 20 mm aparecen en dos localizaciones, ya mencionadas, las lesiones son crateriformes y duran mucho mas 6 semanas, el dolor dificulta la alimentación, y aparecen generalmente después de la pubertad. Tratamiento uso combinado de corticoides tópicos y sistémicos, colutorios a veces es necesario anestésicos tópicos para que pueda comer.¹⁴

Epidemiología de estomatitis aftosa menor

Es una de las lesiones de cavidad bucal que se presentan con mayor frecuencia en niños y adolescentes, entre los 8 y 19 años de edad, predominando en mujeres con una relación de 2:1. Las recurrencias son muy frecuentes y los factores desencadenantes asociados, son diversos entre ellos destacan el clima frio, infección, trauma, estrés y exposición solar. En un estudio realizado por García–Pola et al, en 624 pacientes de 6 años de edad, los autores reportaron que el 1.6% de la población presentó herpes labial recurrente, mientras que en la revisión realizada por Goodman GS et al, la incidencia en niños menores de 10 años fue de 370 por cada 100,000 habitantes, y en personas de 10 a 20 años disminuyó el 55.1% con una población de 138 por cada 100,000 habitantes. Crivelli et al, indican que la población con recursos socioeconómicos bajos es más predisponente a presentar herpes recurrente que las personas con recursos socioeconómicos altos.¹⁵ (Cuadro 1)^{16,10}

Estomatitis herpética

Las aftas bucales son pérdidas de sustancia de la mucosa oral, frecuentes en la población general; afectan al 60 % de los individuos en algún momento de su vida. Clínicamente se denomina como afta bucal a toda lesión de aspecto ulceroso, del tamaño de la cabeza de un alfiler, con un halo enrojecido y sumamente dolorosa. Desde el punto de vista etiológico, las aftas bucales se clasifican básicamente en 2 grandes grupos: primarias y secundarias, que se muestran a continuación:

Cuadro A: (Clasificación de Estomatitis herpética).¹⁷

Primarias	Secundarias
En este grupo están involucrados factores causales <i>exógenos</i> o <i>ambientales</i> ; de acuerdo con estos, se distinguen 3 tipos:	Generalmente son de etiología <i>endógena</i> , presentes siempre que exista una enfermedad medad sistémica o debilitante en el organismo, tales como:
a) <i>Tipo mecánica</i> : trauma por prótesis, cepillado enérgico, alimentos muy fríos o muy calientes, mordeduras de las mejillas autoinducidas.	a) Discracias sanguíneas, siclemia, etc.
b) <i>Tipo química</i> : quemaduras por medicamentos (ASA), productos de terapia dental, aplicación de caústico	b) Linfomas y neoplasias
c) <i>Tipo biológico</i> : infecciones bacterianas (<i>Stafilococcus mutans</i>), virales (herpes simple) y micóticas (candidiasis)	c) Diabetes mellitus y enfermedades vesículo-ampollosas (pénfigo)
	d) Reacciones adversas a fármacos antineoplásicos o inmunosupresores
	e) Carenciales (déficit de ácido fólico o vitaminas B12)
	h) Inmunodeficiencias primaria

TOMADO DE: REV CUBANA ESTOMATOL V.42 N.1 CIUDAD DE LA HABANA ENE.-ABR. 2005. DR. JOSÉ A. PACHO SAAVEDRA1 Y DR. FELIPE N. PIÑOL JIMÉNEZ).

En la actualidad, teniendo en cuenta la periodicidad, la intensidad y la persistencia con que se presentan las aftas bucales, se han definido, desde el punto de vista clínico, como una entidad que cursa con recurrencia y de etiología no bien precisada, denominada estomatitis aftosa recurrente (EAR), también reconocida en la literatura mundial como úlcera oral recurrente, úlcera aftosa recurrente.

Es originada por el virus del herpes simple (VHI) del tipo 1. Se presenta con mucha frecuencia en niños de corta edad, y a veces se observa en jóvenes. Es muy rara en adultos. Características Clínicas: tras un período de incubación aproximado de 7 días (1-3 semanas) aparecen los síntomas prodrómicos como fiebre alta de 39-40 °C, malestar general, todo lo cual hace pensar en un cuadro infeccioso faríngeo. De los 5-6 días de haberse iniciado la sintomatología, la encía aparece roja, tumefacta y sangrante. Además se presentan múltiples lesiones vesiculares de 2-3 mm de diámetro. Localización: ubicadas en la encía adherida; encía y paladar blando y en la mucosa vestibular, mucosa de labios e incluso de lengua. Tratamiento:

es sintomático, incluye la administración de analgésicos sistémicos ej. Paracetamol y la aplicación directa de analgésicos tópicos con una torunda de algodón (diclonina líquida al 0,5 % o pomada de benzocaína al 2-20 %) se aconseja rescribir enjuague sin alcohol, dieta blanda, gran ingesta de líquidos. Sólo se recomienda el uso de aciclovir para acortar la evolución clínica cuando se producen infecciones severas para reducir el dolor post herpético.¹⁸

Epidemiología de estomatitis herpética primaria

Estudios epidemiológicos más actuales indican que la prevalencia de la EAR oscila entre el 2 y el 50 % en la población general, con un estimado total de entre 5 y 25 %. En una revisión sobre las lesiones más frecuentes en niños, publicado en Madrid, se muestra una tabla con los porcentajes de las lesiones y la estomatitis herpética primaria ocupa el 0,33% y en un estudio realizado con 1211 pacientes y el 0,3% en 587, en el 2004 en Brasil.¹⁵

Epidemiología de úlcera traumática

En un estudio realizado por García–Pola, las úlceras traumáticas representaron el 12.17% de una población total de 624 niños. Las úlceras traumáticas representaron la segunda lesión más común con un total de 14 casos, representando el 16.3 % del total de las lesiones traumáticas.¹⁵

Ránula

Forma de mucocele. Localización: La glándula que más frecuente se ve afectada en la producción de ránulas, es la glándula sublingual. Sin embargo, pueden estar involucradas: la glándula submandibular y las glándulas salivales menores. Etiología: Consiste en una colección de mucina proveniente de la ruptura del conducto de una glándula salival, por lo general causada por un previo trauma local. La palabra ránula proviene del latín que significa, rana, debido a su apariencia comparable a la garganta de un sapo. Características clínica: Una ránula es por lo general asintomática, aunque puede con el tiempo cambiar de tamaño, encogiéndose o hinchándose, haciendo que una ránula sea difícil de detectar. La piel que la recubre tiende a permanecer intacta, la masa no está fija y no es dolorosa. Si crece con suficiente tamaño puede interferir con la deglución. Tratamiento: El tratamiento de una ránula incluye la excisión de la pared de la lesión, en un procedimiento llamado marsupielización.¹⁵

Cuadro 1. (Tabla de prevalencia de alteraciones mucosas que se manifiestan en la cavidad bucal de los escolares). 16,10

TIPO DE LESIÓN	Bessa CFN Brasil 2004 N=1211	Benavides dos Santos PJ Brasil 2004 N=587	García Pola Epaña 2002 N=343	Arendorf TM Sudáfrica 1996 N=1051	Sedano HO México 1989 N=32022	Crivelli MR Argentina 1988 N=846	Kleinman EEUU 1986-87 N=39206
Lengua							
Lengua geográfica	9,08%	4,9%	8,15%	1,6%	1,98%	2,95%	0,60%
Lengua bifida					0,55%		
Lengua fisurada	1,49%	27,3%		0,6%	15,7%		
Lengua vellosa			0,58%				
Candidiasis	0,91%	3,7%					0,01%
Anquiloglosia	0,50%		3,79%	15,1%	0,83%	1,41%	
Labios							
Herpes labial	0,82%	0,2%	2,91%	0,8%		5,20%	0,78%
Queilitis angular	0,08%		3,79%			3,54%	
Queilitis facticia		1,7%	1,16%				
Queilitis alérgica						0,23%	
Hoyuelos comisurales	0,74%			9,6%	5,28%	6,38%	
Fenillo labial hiperplásico			2,33%			0,11%	
MUCOSA ORAL							
Lesiones traumáticas	2,23%	6%	22,15%	2,5%		1,41%	0,09%
Lesiones por mordedura	6,11%						
Lesiones por tabaco							0,71%
Hiperplasi focal epitelial		21%			0,06%		
Gránulos de Fordyce	0,33%	3,8%	1,74%		0,12%		
Lesiones vasculares	0,17%	0,7%	6,99%				
Fístula			5,83%				
Afta recidivante	1,57%	0,9%	4,08%			10,87%	1,23%
Absceso dento alveolar		0,3%	2,33%	1,1%			
Manchas melánicas	2,56%	2,4%	2,04%				
Mucocele	0,08%	2,2%	1,45%			1,18%	0,03%
Verruga vulgar		0,2%	0,29%	0,2%			0,03%
Hiperplasia gingival						0,11%	0,04%
Estomatitis herpética	0,33%	0,3%		0,2%			0,02%
GUNA				0,2%			0,03%
Papiloma				0,2%			
Impétigo	0,17%	0,7%				0,94%	
Miscelánea			1,16%	0,8%			0,31%

TOMADO DE: RIOBOO M. DEL ROSARIO. PLANELL S. P. RIOBOO R. EPIDEMIOLOGÍA DE LA PATOLOGÍA DE LA MUCOSA ORAL MÁS FRECUENTE EN NIÑOS. MED ORAL PATOL CIR BUCAL 2005; 10: 375-87. MADRID

1.5.- Alteraciones del periodonto en escolares

Enfermedad gingival inducida por placa dentobacteriana o biopelícula

Etiología: placa e higiene deficiente. Características: existe presencia de placa bacteriana en el margen gingival, cambios en el color gingival y en el contorno, cambios de temperatura en el surco, incremento de exudado gingival, sangrado bajo provocación y cambios histológicos. Puede estar asociado a caries y dientes con movilidad (traumatismos). Se clasifica según su extensión: LOCALIZADA: cuando hablamos de un diente o un grupo (menos del 30%). GENERALIZADA: más del 30% una arcada o las dos. Su clasificación según el estado inflamatorio: GINGIVITIS AGUDA: es un estado doloroso que aparece de improviso y dura poco tiempo, eliminando la causa se mejora. GINGIVITIS CRÓNICA: aparece con lentitud, dura mucho tiempo y no causa dolor a menos que la compliquen estados agudos o sub-agudos. Tratamiento: el tratamiento eficaz requiere atención profesional seguida por intensificar la higiene en casa. La atención profesional incluye: limpieza para eliminar los rastros de la placa y el sarro, instrucción para limpieza en casa, seguimiento regular y limpiezas profesionales. El cuidado en casa incluye: cepillado por lo menos dos veces al día, usar hilo dental por lo menos una vez al día, el uso de enjuague bucal antiséptico.⁹

Epidemiología de gingivitis inducida por placa dentobacteriana o biopelícula

En un estudio realizado en la institución educativa Andrés Bello en Lima Perú, realizado para determinar la prevalencia de enfermedad periodontal y las necesidades de tratamiento, en escolares de entre 7 y 14 años, dio como resultado que el 59,3% de estos escolares presentaron gingivitis, sin referir a qué tipo de gingivitis pertenece este porcentaje.¹⁹ En los estudios de Trombelli de 2004 y 2006²⁰. Se someten a evaluación distintos aspectos de la respuesta y se plantea la hipótesis de que independientemente de que éste sea el mecanismo de aparición de la enfermedad, la respuesta del individuo ante el ataque bacteriano puede ser muy diferente en cada caso. De hecho, los autores plantean la posibilidad de que haya individuos con alta respuesta e individuos con baja respuesta, por lo que la aparición del cuadro sería independiente de la composición cualitativa y cuantitativa de la placa, sino que todo es el resultado de la capacidad de defensa de cada paciente²¹. Por otro lado, el estudio va un poco más allá y dice que el factor tiempo podría compensar la alta o baja capacidad de respuesta, de manera que con una exposición más larga ante la misma carga bacteriana,

individuos con una menor respuesta, acabarían por desarrollar una gingivitis del mismo modo que aquéllos con alta respuesta.²²

Gingivitis Ulcero Necrosante Aguda (enfermedad de Vincent) GUNA

Es una entidad destructiva de la encía que tiene signos y síntomas que le son propios, tales como compromiso ganglionar, fiebre, malestar general, aumento de la salivación y halitosis fuerte. Etiología: es infecciosa pero no contagiosa, microorganismo responsable: Borrella Vincent. Stress. Todas aquellas enfermedades sistémicas que cursen con depresión del sistema inmunitario pueden favorecer la aparición de GUNA (Sde. de Chediak-Higashi, Sde. de Papillon-Lefèvre, neutropenia cíclica, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Von Willebrand, agranulocitosis, entre otros). Alteraciones hormonales. Control de placa deficiente que da lugar a la existencia de una gingivitis preexistente. Todos aquellos factores locales que actúen como favorecedores de la retención de placa pueden ser considerados como de mayor riesgo en la aparición de GUNA como por ejemplo obturaciones desbordantes, dientes malposicionados, impactación alimenticia, presencia de cálculo. Característica y localización: puede ser fácilmente diagnosticada por las pailas interproximales afectadas y las pseudomembranas necrosadas cubriendo el tercio marginal, existe sangrado, halitosis, hipertermia, adenopatía regional. Puede ser LOCALIZADA O GENERALIZADA. Tratamiento: limpieza del área, remoción de los agentes irritantes, aplicación de agua oxigenada y otros agentes oxigenantes, profilaxis, penicilina o eritromicina, vitamina C y complejo B, alimentación rica en albúmina, puede coadyuvar en la terapia.⁹

Epidemiología de GUNA

Un artículo realizado para mostrar más información sobre las alteraciones bucales en los niños, muestra una tabla donde la Gingivitis Ulcero Necrosante aguda dio como resultado el 0,2% en un estudio realizado a 1051 niños en Sudáfrica en 1996, en estudios más recientes no se mostró porcentaje.¹⁰

Gingivitis por medicamentos

Localización: comienza en zonas de papilas vestibulares superiores y en ocasiones llegan a las zonas posteriores. Características: (FENITOÍNA: anticonvulsivante para el tratamiento de epilepsia) agrandamiento indoloro que puede cubrir las coronas, escaso o nulo sangramiento, alta prevalencia, 50%, aparece en los primeros meses de tomar la droga, se produce porque

estimula la producción de fibroblastos de alta actividad (sintetiza proteínas y colágeno) en presencia de inflamación. (CICLOSPORINA: inmunosupresor usado para el trasplante de órganos) alta prevalencia, 30% mayor en niños, similar a la provocada por Fenitoína, su severidad se relaciona con la concentración en el plasma sanguíneo, su aumento de volumen puede ser tan grande que cubra las coronas. NIFEDIPINO: (vasodilatador coronario) es un bloqueador de calcio que produce dilatación directa de las arterias y arteriolas coronarias mejorando el suministro de oxígeno, prevalencia cercana al 20%, generalmente en personas mayores por problemas de hipotensión.²⁰

Epidemiología de gingivitis por medicamentos

La incidencia es frecuente, especialmente en niños epilépticos que toman difenilhidantoina y, raro en niños que reciben fármacos inmunosupresores o bloqueadores de canales de calcio.²⁰

Gingivitis por desnutrición

Ejemplos de deficiencias nutricionales: déficit de la Vitamina A (hiperplasia e hiperqueratinización del epitelio gingival). Déficit de complejo B (gingivitis, glositis). Déficit de Vitamina C (escorbuto, es escaso, se presentan hemorragias y cicatrización retardada de las heridas. Déficit Protéico. La malnutrición es un trastorno en la composición corporal que interfiere en la respuesta normal del huésped frente a su enfermedad y tratamiento. Este estado se caracteriza por un aumento del agua extracelular, déficit de potasio y de masa muscular, asociado frecuentemente con disminución de tejido graso e hipoproteinemia.²³

Epidemiología de Gingivitis por desnutrición

La malnutrición crónica reduce la tasa de secreción de la saliva estimulada, pero no de la saliva sin estimular. La capacidad buffer de la saliva también decrece a medida que lo hace la tasa de secreción según el nivel de malnutrición.²³ Los desordenes orales como alteraciones en la erupción dentaria, xerostomía, caries, lesiones de los tejidos son debido no solamente a problemas físicos sino también sociales, principalmente económicos. Las enfermedades sistémicas y la calidad de vida son los factores más decisivos.²⁴ Johansson, afirma que la malnutrición en niños desarrolla aumento de caries, especialmente cuando es crónica en niños en crecimiento, aumentando el potencial criogénico de los hidratos de carbono.²⁵

Periodontitis

Características: baja prevalencia en niños, progresión rápida de la destrucción de los tejidos de inserción, anormalidad en la respuesta defensiva del huésped, posible influencia de factores genéticos en su etiología.¹⁴

Epidemiología de periodontitis

La incidencia de la periodontitis en niños es rara, es más frecuente en adolescentes, en un estudio realizado en el municipio de San José de las Lajas, Provincia La Habana, a 248 escolares, con edad de 7 a 10 años reveló que el 79% del total de los escolares presentó enfermedad gingival leve, y solo el 3% en cuanto a la enfermedad periodontal en esta edad.²⁶ De igual manera en una investigación epidemiológica realizada en el 2010 por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, mostró que la gingivitis afecta al 80% de los niños en edad escolar mientras que el 70% de la población adulta ha padecido Gingivitis, Periodontitis o ambas. Contando con un porcentaje importante que corresponde a los adolescentes que van de los 12 a los 18 años.²⁷

1.6.- Alteraciones óseas de los maxilares que presentan manifestaciones clínicas en escolares

Quiste dentífero

Este quiste es un quiste del desarrollo. Localización: normalmente en caninos superiores, premolares inferiores y especialmente terceros molares. En relación a la corona de una pieza dentaria, generalmente permanente. Clínicamente se observa una cápsula de tejido conjuntivo fibroso.²⁸

Epidemiología de quiste dentífero

Del total de quistes que se han realizado en estudios histopatológicos en el CREPO, de estos el que tiene el 37% de incidencia es el quiste dentífero observado en niños de entre 0 y 15 años.²⁹

Quistes de la erupción

Es un quiste odontogénico que se asienta sobre la corona de un diente en erupción y cuya pared está formada por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado, es un quiste del tejido blando que resulta de la separación del folículo dental de la corona del diente en erupción y en el espacio que se crea hay acumulación de fluidos. Localización: se encuentra con mayor frecuencia en la región del primer molar mandibular y región del maxilar superiores anteriores. Tratamiento: no requiere tratamiento, en la mayoría el diente erupciona finalmente.¹⁶

Epidemiología de quistes de la erupción

El 52.2% se da entre los 6 y 12 años y en sexo masculino.¹⁶

Mixoma

El mixoma de los tejidos blandos orales es una lesión rara que se manifiesta como una masa submucosa de crecimiento lento sin características clínicas genuinas. Puede aparecer a cualquier edad, sin predilección por ningún sexo y en cualquier localización intraoral, aunque con cierta predilección por el paladar. Estos tumores son localmente agresivos y tienen tendencia a recidivar, por lo que debe procurarse una escisión completa.²⁹

Epidemiología de mixoma

En un artículo publicado en Paraguay que habla de quistes y tumores de maxilar en niños, muestra una tabla de porcentajes donde el mixoma ocupa el 5%, dicho estudio fue realizado a 40 pacientes con edades de 4 a 10 años.³⁰

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población infantil constituye el 28.7% de los habitantes del país³¹ se sabe que este sector de la población presenta enfermedades bucales como caries. A pesar de esto existe desconocimiento casi total de la morbilidad bucal en este grupo, así como de los logros de los programas, situación que es debida a los escasos estudios que sobre morbilidad bucal de tejidos blandos y óseos se han realizado en el país. Por ello se consideró efectuar un estudio de morbilidad bucal de tejidos blandos y óseos en escolares con la finalidad de identificar la prevalencia para su diagnóstico temprano; con lo que se disminuirán las secuelas de estas alteraciones y el determinar la prevalencia podrán determinar las jerarquías de atención en programas de salud.

3.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de alteraciones de tejidos blandos y tejidos óseos en escolares atendidos en la clínica integral del niño y el adolescente, de la clínica periférica Azcapotzalco?

4.- JUSTIFICACIÓN

Se consideró realizar este estudio para poder determinar la prevalencia de la morbilidad bucal en tejidos blandos y óseos en escolares obteniendo un panorama epidemiológico, con el objetivo de poder orientar los programas educativos y de atención bucodental pero, sobre todo para resolver las alteraciones más frecuentes, realizando programas específicas para poder disminuir las alteraciones con mayor prevalencia en este sector de población.

5.- OBJETIVOS

Los objetivos que se contemplaron en este estudio fueron:

5.1.- Objetivo General

Determinar la morbilidad bucal en tejidos blandos y óseos de la población escolar de la Clínica Integral del Niño y Adolescente de la Clínica Periférica Azcapotzalco ciclo escolar 2009-2010 y 2010-2011, de ambos turnos.

5.2.- Objetivo Específico

- Se determinó la prevalencia de las alteraciones de los tejidos blandos en la población escolar de la Clínica Periférica Azcapotzalco.
- Se determinó la prevalencia de las alteraciones de los tejidos duros en la población escolar de la Clínica Periférica Azcapotzalco
- Se obtuvo información sobre la distribución por grupos de estas alteraciones.
- Se obtuvo información sobre la distribución de las alteraciones, por sexo de los pacientes.
- Se midió la distribución de las alteraciones de los pacientes según el turno en el que fueron atendidos.

6.- HIPOTESIS

No es necesaria por tratarse de un estudio descriptivo.

7.- MATERIAL Y MÉTODO

7.1.- TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo descriptivo, Transversal no aleatorio, en el cual el universo lo construyó la población escolar de la Clínica Integral del Niño y el Adolescente de la Clínica Periférica Azcapotzalco distribuida en los ciclos escolares 2009-2010 y 2010-2011 de ambos turnos, matutino y vespertino.

Para describir las características sociodemográficas de los pacientes incluidos, se utilizó estadística descriptiva.

Y proporciones para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas; para analizar la frecuencia de lesiones se utilizó proporciones.

Para analizar si la distribución de las lesiones está asociada al sexo se aplicó χ^2 de **Pearson**, con una significancia del 0.05.

8.- OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

Para la realización de este estudio fue necesario desarrollar un análisis estadístico, en el cual las variables que se incluyeron, fueron el resultado de los artículos consultados para dicha investigación, es necesario mencionar que dichos artículos no corresponden a artículos realizados en México, así que se tomaron como base las lesiones que surgieron como más prevalentes en los artículos consultados, sobre todo de Centro, Sudamérica y España.

La razón por la cual estos artículos fueron tomados como base para este estudio es debido a que en nuestro País no hay estudios sobre morbilidad bucal en escolares, razón por la que se inicio esta investigación.

Para poder realizar este estudio fue necesario recurrir al **archivo de la Clínica** Periférica Azcapotzalco de la Facultad de Odontología de la UNAM. Se localizaron las Historias Clínicas fueron seleccionadas y se cumplieron los siguientes requisitos:

8.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edad de 6 a 12 años
- De los años 2009 a 2011
- Historias Clínicas completas

(Autorizadas por un docente de la Clínica Integral Del Niño y el Adolescente).

8.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Expedientes de pacientes con diagnostico de algún retraso mental
- Expedientes de pacientes con diagnostico de algún síndrome genético de cabeza y cuello (esto es debido a que este tipo de pacientes tienen ciertas características en cuanto a lesiones y enfermedades según el síndrome o retraso que se tenga y por ello no entra en la investigación).
- Historias clínicas diversas del mismo paciente
- Historias clínicas de urgencia

8.3.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Reportes clínicos de lesiones de tejidos blandos sin estudios histopatológicos incluidos en el expediente.
- Expedientes de pacientes que no correspondieran con la edad escolar.

9.- MUESTRA

Total disponible, **no aleatorio**.

10.- PROCEDIMIENTO

Una vez teniendo localizados los expedientes, se creó una **tabla** para poder capturar todos los datos de la historia clínica del paciente escolar, en dicha tabla se incluyeron todos y cada uno de los incisos y apartados de la historia clínica del niño y el adolescente.

Antes de capturar cada una de las historias se verificó que dichas historias clínicas hubieran sido avaladas por los docentes autorizados, verificándolo con la firma de autorización.

***El sesgo en el diagnóstico no se controla, se asumió como verídico al estar avalado por los profesores que se encuentran a cargo de la clínica del niño y del adolescente de la Clínica Periférica Azcapotzalco de ambos turnos, que a continuación se mencionan:**

Turno matutino	Turno vespertino
Mtro. CARLOS GONZÁLEZ LUCASCEWICZ	CD. LIZ MARIAN CERECEDO MARIN
Mtra. ROSAURA YARELI CAPDEVILLE CUEVA	CD. MARISOL ALCOCER GORDILLO
Esp. KARY JIMÉNEZ CASTELLANOS	

También se separaron las historias clínicas que no se encontraran en el rango de edad utilizado para el estudio y todas aquellas que no contaran con los requisitos antes mencionados.

Posterior a esto se realizó un formulario para darle el valor correspondiente a cada pregunta de la historia clínica, para la fácil lectura de los resultados.

Una vez que se terminó de ingresar cada uno de los expedientes, se revisó la tabla para la verificación del llenado y que no existiera ningún error, en la elaboración de dicha tabla y evitar resultados erróneos.

Por último se realizó el análisis en computadora con ayuda del programa SPSS 15.0, para comenzar a obtener los resultados de acuerdo a los objetivos que nuestra investigación estaba buscando.

11.- VARIABLES

NOBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALADE MEDICIÓN
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Tiempo transcurrido del nacimiento al momento del estudio que declare el tutor en meses	Cuantitativa Discreta
Sexo	Se registra como femenino o masculino según corresponda	Características físicas del niño al momento de la historia clínica que declare el tutor	Cualitativa Nominal
Grado escolar	Cada uno de los niveles de educación	Grado que se encuentra cursando al momento del estudio que declare el tutor	Cuantitativa Discreta
Estomatitis Aftosa	Lesiones redondeadas superficiales cubiertas por una membrana amarillo pálido	Lesión dolorosa cubiertas por una membrana blanca amarillenta rodeada por color rojizo superficiales de 3 a 6 mm y también puede haber profundas de 1 a 2 cm	Cualitativa Nominal
Úlcera traumática	Lesión en cualquier región de la mucosa bucal, con pérdida de capas epiteliales por agentes traumáticos	Solo una lesión de tamaño forma y contorno irregulares, dolorosa, cubierta por exudado.	Cualitativa Nominal
Estomatitis Herpética	La encía aparece roja, tumefacta y sangrante además se presentan múltiples lesiones vesiculares.	Muchas lesiones ulcerosas y dolorosas de pequeño tamaño que se presentan en labios, paladar, lengua y mucosa de 2 a 3 mm de diámetro	Cualitativa Nominal
Queilitis labial	Proceso inflamatorio irritativo único de los labios y piel peribucal	Presenta edema suave, eritema y formación de escamas delgadas en los labios y sensación de ardor	Cualitativa Nominal
Queilitis angular	Caracterizada por estado inflamatorio agudo o crónico, que frecuentemente afecta las comisuras labiales	Lesión caracterizada por ardor eritema y fisuras en las comisuras orales, tanto las bacterias como los hongos pueden estar involucradas	Cualitativa Nominal
Glositis migratoria benigna	Aparición de placas eritematosas, múltiples hipersensibles e irregulares que aumentan y cambian de forma a diario	Lesión que diario cambia de tamaño y de formas de las lesiones, están delimitadas por bordes blancos cuando ya están atróficas estas zonas se localiza en la zona ventral de la lengua	Cualitativa Nominal
Mucocele	Lesión de las glándulas salivales menores, en el labio inferior	Lesión con aumento de volumen, de forma redondeada, incolora, transparente localizado en el labio inferior con mayor frecuencia	Cualitativa Nominal
Ránula	Es parecido al mucocele pero ocasionado por la glándula sublingual	Es por lo general asintomática, puede cambiar el tamaño con el tiempo, la piel que la cubre puede permanecer intacta, es móvil y no está bien definida	Cualitativa Nominal
Candidiasis	Es un hongo que es causada por la C. albicans un hongo dimórfico levaduriforme que existe en la mucosa bucal del recién nacido y empieza a colonizarse horas después del nacimiento	La lesión manifiesta una pseudomembrana conocida como muget o algodoncillo, se localiza en el paladar, lengua y carillos.	Cualitativa Nominal

Anquiloglosia	Es una malformación en el frenillo lingual donde la lengua esta fija al piso de boca	Se observa un frenillo corto, delgado o grueso y fibroso. Se observa inmovilidad parcial o total de la lengua y causa problema para hablar, a la revisión se observa isquemia en la zona	Cualitativa Nominal
Alteraciones del frenillo labial	Es una estructura normal de tejido conjuntivo que se extiende desde los labios al proceso alveolar	Debido a la estructura de los tejidos este frenillo puede provocar diastemas, en los incisivos centrales y también puede haber tracción de los tejidos o movimientos dentales	Cualitativa Nominal
Gingivitis inducida por placa	Presencia de placa debido a la deficiencia de higiene	Existe presencia de placa bacteriana en el margen gingival y en el contorno cambios de temperatura sulcular incremento de exudado gingival, cambios de color y sangrado bajo provocación	Cualitativa Nominal
GUNA	Es una entidad destructiva de la encía que tiene signos y síntomas que le son propios, tales como: fiebre, aumento de la salivación y halitosis fuerte	Puede ser localizada por las papilas interproximales afectadas y las pseudomembranas necrosadas cubriendo el tercio marginal, existe sangrado, halitosis y adenopatía regional.	Cualitativa Nominal
Gingivitis por medicamentos	Comienza en zona de papilas vestibulares y solo se presenta en pacientes que toman ciertos medicamentos	Se presenta agrandamiento gingival sin dolor que puede cubrir la corona y se presenta en pacientes que toman anticonvulsivantes	Cualitativa Nominal
Gingivitis por desnutrición	Es causada por el déficit de vitamina A, déficit de complejo B, déficit de vitamina C, déficit proteico	En estas situaciones donde el sistema está afectado, hay un aumento de la respuesta del organismo a la placa, causando una reacción exagerada del proceso inflamatorio	Cualitativa Nominal
Periodontitis	Progresas rápidamente la destrucción del ligamento y el hueso	Rápida pérdida de inserción y destrucción de hueso alveolar	Cualitativa Nominal
Quistes de la erupción	Es un quiste odontogénico que se asienta sobre la corona de un diente en erupción	Es un tejido que se forma en el diente en erupción y en el espacio formado entre el tejido y el diente donde se cae que hay acumulación de fluidos.	Cualitativo Nominal
Quiste dentigero	Es un quiste del desarrollo que normalmente se diagnostica más frecuentemente en los dientes que quedan incluidos con mayor frecuencia	Existe expansión de la tabla vestibular, tiene una cápsula de tejido conjuntivo fibroso y se localiza en caninos superiores, premolares y terceros molares	Cualitativo Nominal
Queratoquiste	Es una lesión agresiva que se ve asociada al síndrome de Gorlin	Este quiste es común en la mandíbula y puede confundirse con el quiste dentigero, puede infectarse y el paciente tener una fístula	Cualitativa Nominal
Mixoma	Es una lesión rara que se manifiesta como una masa submucosa de crecimiento lento	Son lesiones agresivas con predilección por el paladar, son tumores agresivos y tienden a recidivar, por lo que se recomienda escisión completa	Cualitativa Nominal

12.- CONSIDERACIONES ÉTICA

Esta investigación es necesario mencionar que de acuerdo al artículo 17° I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para Salud,³¹ se clasifica este estudio como una investigación sin riesgo y con relación a lo considerado en el artículo 20° de dicho reglamento esta investigación no requiere del consentimiento informado, debido a que se utilizar expedientes clínicos, se mantuvo la confidencialidad de la información.

13.- RESULTADOS

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Se incluyeron 334 expedientes, de los cuales sólo 229 entran dentro del rango de edad de nuestro estudio, el 32.2% de los expedientes pertenece al turno matutino y el 67.7% pertenece al turno vespertino como puede observarse en la gráfica 1.

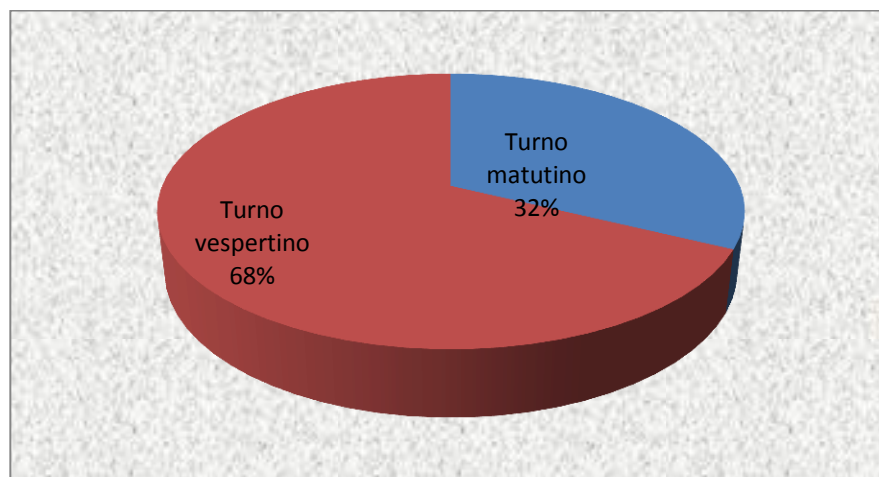
La edad promedio fue de 8 años, con un mínimo de seis y máximo 12 años.

La distribución por sexo tuvo discreta mayoría en el sexo femenino 52.4%.

En la gráfica 2, lugar de nacimiento el Distrito Federal ocupa el primer lugar con el mayor porcentaje, 78.2%.

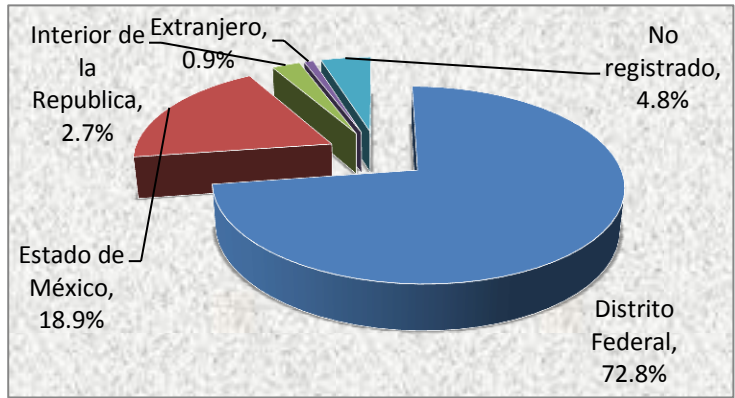
Gráfica 1. Porcentaje de los Expedientes por Turno

n=229



Gráfica 2. Porcentaje del Lugar de Nacimiento de los Pacientes Registrado en los Expedientes.

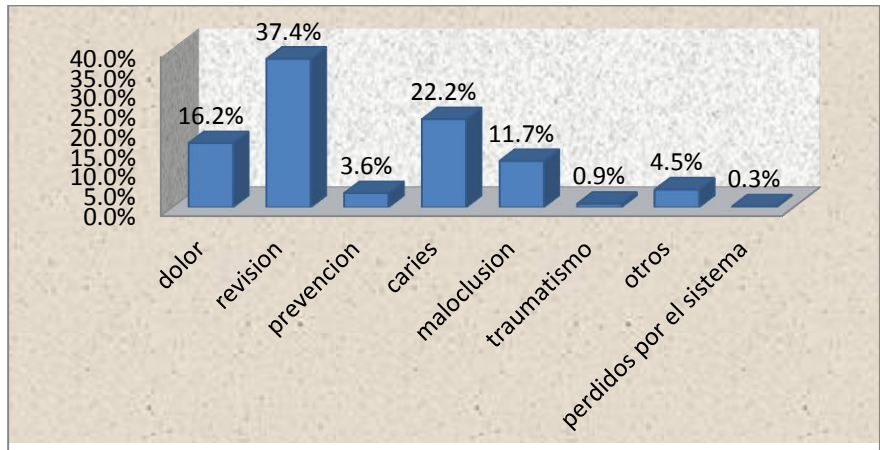
n=229



En el motivo principal de consulta, los mayores porcentajes corresponden a revisión con el 37.4%, caries 22.2% y en tercer lugar dolor con 16.2%. (Gráfica 3).

Gráfica 3. Porcentaje del Motivo Principal de Consulta

n=229

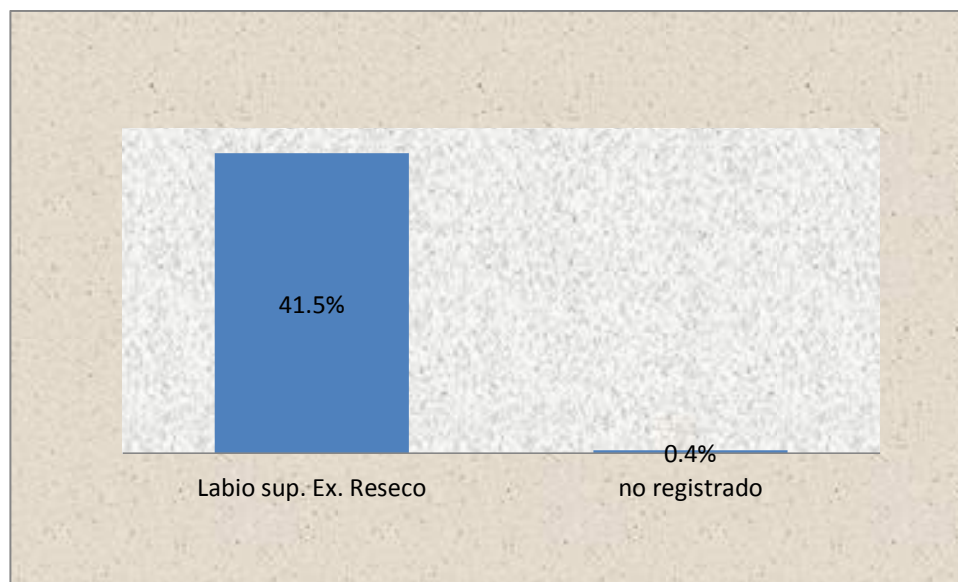


PREVALENCIA DE LAS ALTERACIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

La alteración de labio reseco presenta una prevalencia del 41.48% en el labio superior. (Gráfica 3), (Cuadro 1 y 2).

Gráfica 3. Prevalencia de Morbilidad en el Labio Superior Externo.

n=229



Cuadro 1. Distribución de las alteraciones de tejidos blandos (labio superior externo)

Alteración	Prevalencia Total n=229	Prevalencia Masc n=109	Prevalencia Fem n=120	X²	Valor de p
Reseco	41.48%	38.9%	43.3%	8.021	.018

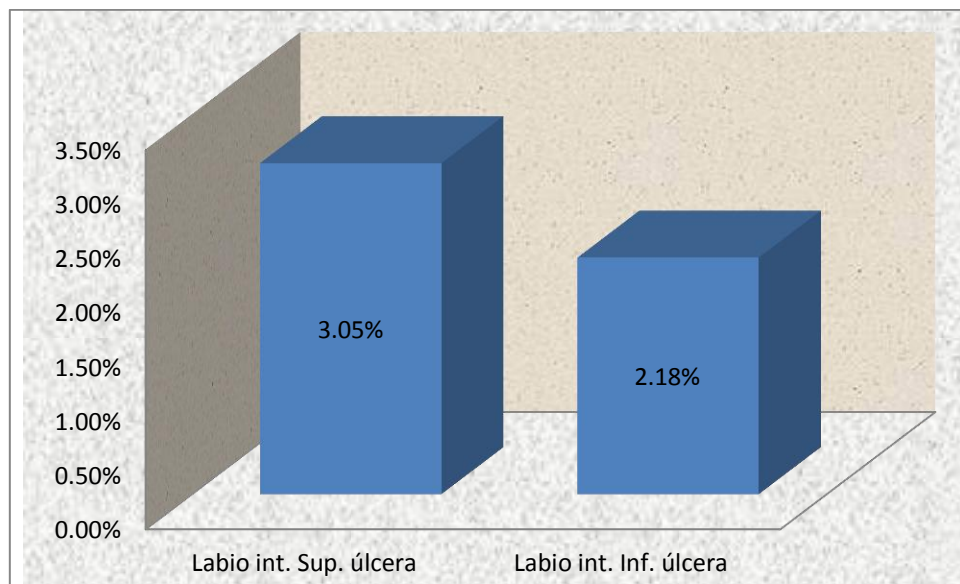
Cuadro 2. Distribución de las alteraciones de tejidos blandos (labio inferior externo)

Alteración	Prevalencia Total n=229	Prevalencia Masc n=109	Prevalencia Fem n=120	X²	Valor de p
Reseco	30.56%	32.4%	28.3%	5.356	.069
Queilitis	19.21%	18.5%	20.0%	4.177	.124
Foveóla	13.97%	10.2%	17.5%	3.690	.450

Las úlceras fueron las alteraciones de mayor prevalencia en la superficie interna del labio inferior con el 2.18%. (Gráfica 4).

Gráfica 4. Prevalencia de Morbilidad del Labio interno superior

n=229



En cuanto a la alteración de los frenillos labial, bucal y lingual, el que se registro con mayor prevalencia es la alteración del frenillo labial inferior con el 99.5%, la alteración de la inserción con mayor porcentaje le corresponde a la inserción media del frenillo bucal izquierdo con el 77.29% (Cuadro 3).

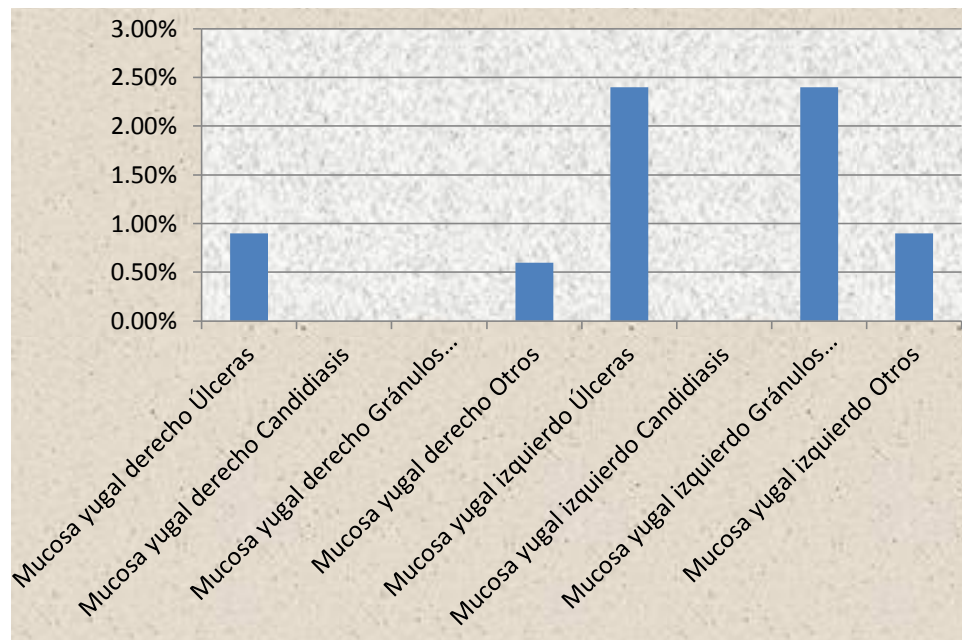
Cuadro 3. Distribución de las alteraciones de tejidos blandos (Frenillo labial, frenillo bucal y lingual)

Frenillo Frenillo	Tipo de inserción	Prevalencia Total
Labial sup.		98.25%
	Normal	74.23%
	Alta	02.62%
	Media	10.48%
	Baja	10.48%
	Otra	00.87%
Labial inf.		99.56%
	Normal	84.27%
	Alta	01.31%
	Media	10.04%
	Baja	03.49%
Bucal derecho		99.12%
	Múltiple	09.17%
	Alta	12.66%
	Media	74.23%
	Baja	03.05%
Bucal izquierdo		99.12%
	Múltiple	09.60%
	Alta	07.42%
	Media	77.29%
	Baja	04.36%

En la mucosa yugal las alteraciones con mayor prevalencia fueron las úlceras de la mucosa del lado izquierdo con una proporción del 2.4% y con igual proporción se encontró, gránulos de Fordyce en mucosa yugal del lado izquierdo, (Gráfica5).

Gráfica 5. Prevalencia de Morbilidad en Mucosa Yugal Derecha y Mucosa Yugal Izquierda

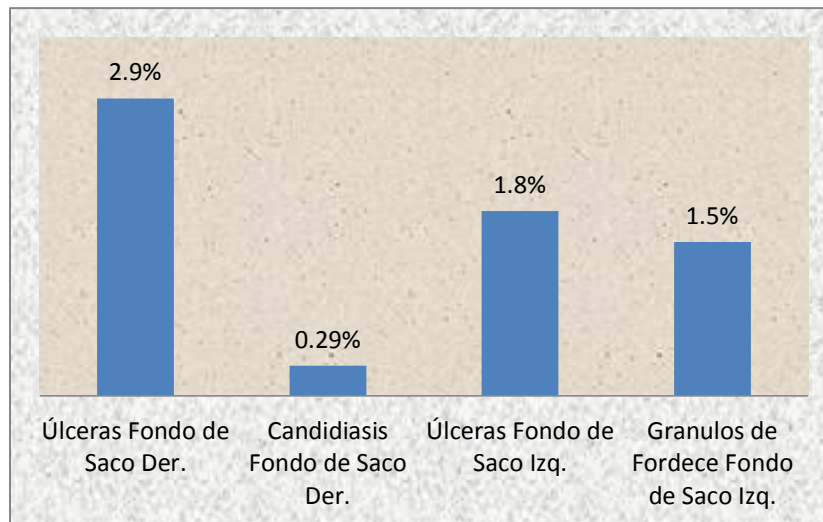
n=229



En el fondo de saco la alteración, con mayor prevalencia fueron las úlceras en el lado derecho con el 2.9%. (Gráfica 6).

Gráfica 6. Prevalencia de Morbilidad en Fondo de Saco

n=229



En el caso de la lengua la alteración con mayor prevalencia le pertenece a lengua fisurada con el 2.1%. (Cuadro 4).

Cuadro 4. Distribución de las Alteración de los Tejidos Blandos (lengua).

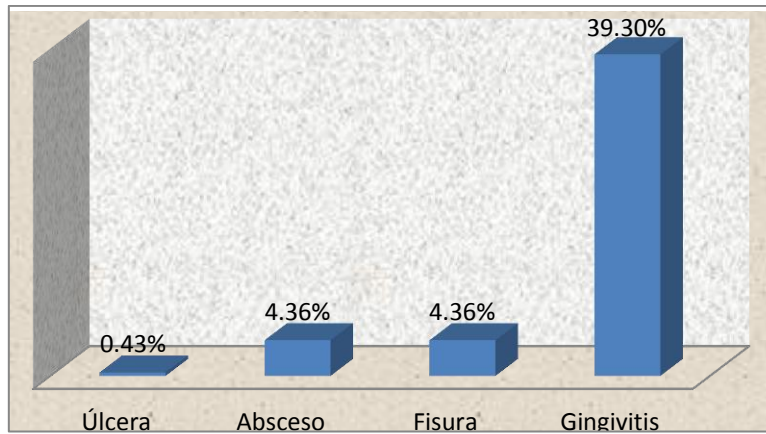
Alteración de Lengua	Prevalencia Total n=229
Fisurada	2.11%
Pilosa	1.74%
Glositis Migratoria	2.62%
Glositis Romboidea	0.43%
Candidiasis	0.43%

En el piso de boca se registro la prevalencia de r nulas con un total del 0.87%.

En cuanto a la prevalencia de las alteraciones de la encía se reportó que la alteración con mayor prevalencia es la gingivitis con un 39.30%, (Gráfica 7).

Gráfica 7. Prevalencia de Morbilidad en la Encía

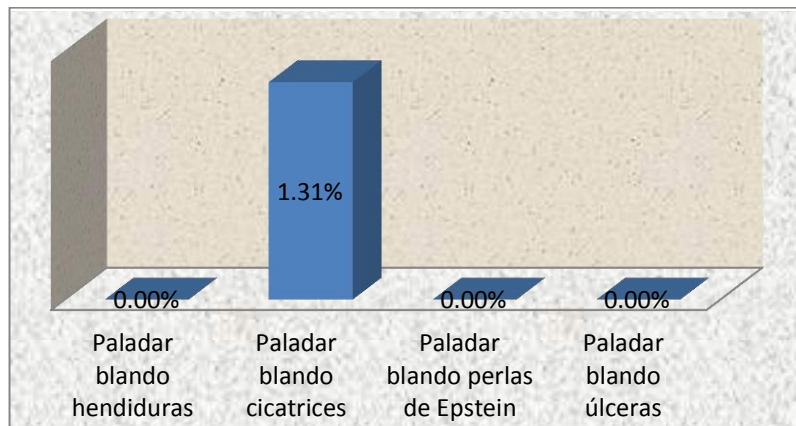
n=229



En el paladar duro sólo se registró la alteración de úlcera con una prevalencia de .43%. (Gráfica 8).

Gráfica 8. Prevalencia de Morbilidad en Paladar Duro

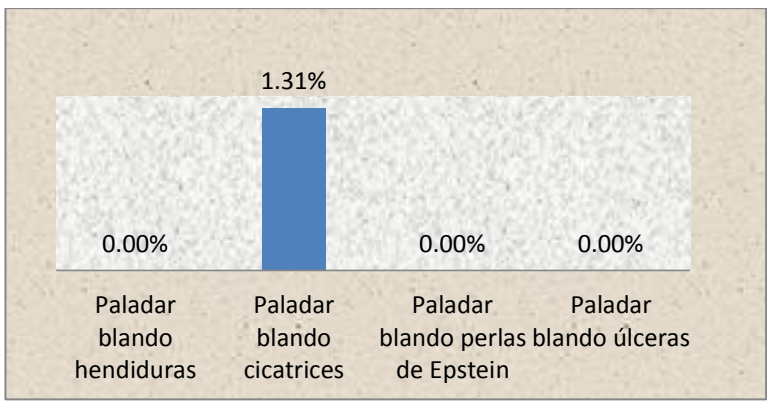
n=229



En el paladar blando se registró la alteración de cicatrices con una prevalencia de 0.9%. (Gráfica 9).

Gráfica 9. Prevalencia de Morbilidad en Paladar blando

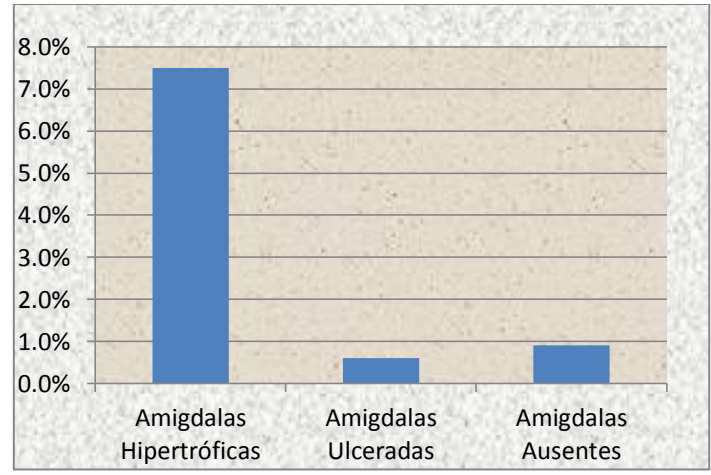
n=229



Las amígdalas registradas como hipertróficas fueron las más frecuentes con una prevalencia de 6.5%. (Gráfica 10).

Gráfica 10. Prevalencia de Morbilidad en Amígdalas Palatinas

n=229



La úvula registró la alteración de úvula bífida con una prevalencia del .43%

Al analizar la distribución de las alteraciones por sexo, destaca que los pacientes femeninos presentaron una mayor proporción en: el labio externo superior reseco con el 43.3%. En el labio externo inferior queilitis 20.0% y foveóla con el 17.5%. En el labio interno superior, úlceras 3.3%. En el fondo de saco izquierdo úlceras presentó el 2.5% y candidiasis el .8% en fondo de saco derecho. En la lengua, glositis romboidea 0.8%. En amígdalas, hipertrófica 8.3%. En la úvula, bífida presento una proporción del 0.8%. En los frenillos la inserción baja del frenillo labial superior presento 12.5% y la inserción alta 3.3%. En el frenillo labial inferior la inserción alta el 1.7% la inserción baja 5.0%. En el frenillo bucal derecho la inserción alta 15.0%. El frenillo bucal izquierdo presento en la inserción alta 8.0% y la inserción media el 79.2%.

En los pacientes masculinos destaca una proporción mayor en la alteración de labio externo inferior reseco con 32.4%. En el labio interno inferior, úlceras presentó 2.8%. En la mucosa yugal derecha úlceras 0.9% y en la mucosa yugal izquierda 4.6%. En el fondo de saco derecho úlceras presentó 3.7%. Los Gránulos de Fordyce en la mucosa yugal izquierda presento una proporción del 3.7% y en la mucosa derecha 5.6%. En la lengua, fisurada 3.7% al igual que glositis migratoria. En la encía, gingivitis con 44.4% y fisura 6.5%, absceso 4.6% y úlceras 0.9%. En los frenillos, el frenillo labial superior en la inserción media presento una proporción del 12.0%. El frenillo labial inferior en la inserción media 10.2%. En el frenillo bucal derecho la inserción media presentó 75.9% y la inserción baja el 4.6%. En el frenillo bucal izquierdo la inserción 75.9% y la inserción baja el 5.6%. (Cuadro 5).

Cuadro 5. PREVALENCIA DE MORBILIDAD EN LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL

Alteración	Sitio anatómico	Prevalencia masc. n=109	Prevalencia fem. n=120	X ²	Valor de p	
Reseco	Labio externo sup.	38.9%	43.3%	02.864	.581	
	inf.	32.4%	28.3%	03.581	.466	
Queilitis	inf.	18.5%	20.0%	01.252	.869	
Foveóla	inf.	10.2%	17.5%	03.690	.450	
Úlcera	Labio interno sup.	02.8%	03.3%	01.009	.908	
	inf.	02.8%	01.7%	01.253	.869	
Úlcera	Mcosa yugal der.	00.9%	00.0%	02.029	.730	
	izq.	01.9%	02.5%	02.916	.572	
	Fondo de saco der.	03.7%	03.3%	00.969	.915	
	Fondo de saco izq.	01.9%	02.5%	02.916	.572	
Candidiasis	Fondo de saco der.	00.0%	00.8%	01.833	.766	
Gránulos de Fordyce	Mucosa yugal izq.	05.6%	01.7%	03.461	.484	
	Fondo de saco izq.	03.7%	00.8%	03.100	.541	
Fisurada	Lengua	03.7%	00.8%	03.100	.541	
Glositis migratoria		03.7%	01.7%	01.844	.764	
Glositis romboidea		00.0%	00.8%	01.833	.766	
Candidiasis		00.9%	00.0%	02.029	.730	
Úlcera	Encía	00.9%	00.0%	02.029	.730	
Absceso		04.6%	04.2%	00.983	.912	
Fisura		06.5%	02.5%	03.077	.545	
Gingivitis		44.4%	35.0%	03.556	.469	
Úlceras	Paladar duro	00.9%	00.0%	01.141	.888	
	Amígdalas	04.6%	08.3%	05.552	.475	
Bífida	Úvula	00.0%	00.8%	02.761	.838	
Inserción alta	Frenillo labial sup.	01.9%	03.3%	05.233	.950	
		media	12.0%	09.2%	05.233	.950
		baja	08.3%	12.5%	05.233	.950
Inserción alta	Frenillo labial inf.	00.9%	01.7%	03.217	.976	
		media	10.2%	10.0%	03.217	.976
		baja	01.9%	05.0%	03.217	.976
Inserción alta	Frenillo bucal der.	09.3%	15.0%	17.294	.139	
		media	75.9%	73.3%	17.294	.139
		Baja	04.6%	01.7%	17.294	.139
Inserción alta	Frenillo bucal izq.	06.5%	08.3%	13.232	.211	
		Media	75.9%	79.2%	13.232	.211
		Baja	05.6%	03.3%	13.232	.211

PREVALENCIA DE ALTERACIONES DE TEJIDOS ÓSEOS

En el registro de los expedientes al realizar la exploración clínica no se reportaron lesiones de tejidos óseos.

14.- DISCUSIÓN

Hasta el momento se han realizado muy pocos estudios que valoren la patología de la mucosa oral en la edad escolar, en comparación con estudios que valoran con mayor importancia la caries o la salud gingival, por tanto nuestros hallazgos solamente se pueden comparar con un número reducido de estudios realizados en otros países.

En esta investigación de los 334, sólo 229 expedientes entran en el rango de edad de este estudio, encontramos que el mayor porcentaje de los expedientes corresponden a pacientes que se encuentran en los 8 años. Con lo cual se observa que existe relación aceptable con el sector de población que se decidió analizar en esta investigación.

En cuanto al resultado de la distribución por sexo existe una discreta mayoría en el sexo femenino 52.4%.

Que el Distrito Federal ocupa el primer lugar con el mayor porcentaje de pacientes que son residentes de dicho lugar, es razonable por ser una clínica que se encuentra en esta localidad y facilita la asistencia por la cercanía al domicilio de los pacientes.

El motivo de consulta que se registra con mayor proporción, es el de revisión este resultado puede deberse a que el 60% de los pacientes que continúan con su tratamiento y continuas revisiones cada ciclo escolar.

Hablando sobre los resultados de esta investigación, en cuanto a la distribución de las alteraciones en la superficie externa de los labios la de mayor proporción con el 41.48% resulto ser la de labio superior reseco, lesión que en esta investigación no se puede analizar comparativamente, ya que en los artículos utilizados como referencias ninguno tiene investigaciones sobre dicha lesión.

No obstante es de destacar que el sexo femenino resulto ser el más afectado por esta alteración 43.4%.

En la prevalencia de morbilidad de la superficie interna de los labios, las úlceras son las alteraciones con mayor porcentaje de prevalencia, el 3.05%, publicado por García-Pola et al¹⁶. El marco de sondeo de dicho estudio lo constituyó la población infantil nacida en el año 1991 en Oviedo (España). El número total de lesiones orales fue de 344, que se desarrollaron

en 243 niños (38,9%), de los cuales 117 eran varones (18,7%) y 126 mujeres (20,2%). Se reportó que el 1.6% de la población presentó úlceras. Probablemente la diferencia en proporciones entre este estudio y el nuestro, sea el número de muestra, en nuestro estudio se revisaron 229 expedientes. Y se reportó que en el labio interno superior presentó mayor prevalencia en el sexo femenino con el 3.3%, mientras que el sexo masculino reportó mayor prevalencia en el labio interno inferior, el 2.8%.

La queilitis es una alteración que en esta investigación tuvo como resultado una prevalencia del 19.21%, mientras que en el estudio de García-Pola et al¹⁶, muestra una prevalencia del 1.16%, la discrepancia de los porcentajes podría deberse principalmente de la localización geográfica donde se realizó. El estudio de García-Pola se realizó en Asturias España, enfocado en un grupo de edad de 6 años, donde se les realizó una revisión de la cavidad bucal a niños que pertenecían al censo del Centro de Salud Comandante Vallespin de Oviedo, participando 624 niños, pero únicamente las lesiones se presentaron en 243. Mientras que nuestro estudio se realizó en México Distrito Federal, con expedientes de pacientes que fueron atendidos en la Clínica Integral del Niño y Adolescente de la Clínica Periférica Azcapotzalco de la Facultad de Odontología de la UNAM, enfocada a un grupo de 6 a 12 años de edad, participando 229 expedientes.

De esta alteración la mayor prevalencia la presentó el sexo femenino con el 17.5%.

La candidiasis es una de las alteraciones más encontrada por los diferentes autores y la que con más frecuencia aparece en estudios recientes. En esta investigación tuvo una prevalencia de .43%. En un estudio realizado por Kadir T, et al¹⁰, donde examinaron la prevalencia de especies de *Candida* en 300 niños (160 mujeres, 140 hombres) de 0 a 12 años encontraron que el 22.3% presentaron infección por *Candida albicans*, mientras que el 3.9% estaban infectados por *Candida parapsilosis*, *krusei*, *kefyr*, *famata* y *tropicalis*, siendo más frecuente en niños de entre 6 y 8 años.

Dicho estudio fue realizado en 300 niños turcos sanos de edades comprendidas entre los 0 y 12 años y también se analizó a 26 niños alimentados por leche materna y 38 alimentados con leche materna y botella de leche o algún otro líquido. Los resultados demostraron que la prevalencia de transporte por *Candida* oral fue de 26.3%. La prevalencia de transporte en los niños que fueron alimentados por leche materna y botella de otros líquidos fue de 18.5%, mientras que los que fueron alimentados únicamente por leche materna fue de 0%. Este hallazgo apoya las observaciones de que puede haber diferencias intrínsecas en la *Candida*

oral, entre diferentes edades y poblaciones y tipo de la ingesta dietética pueden afectar a la frecuencia de transporte.

En nuestro estudio el sexo femenino fue el de mayor prevalencia, 0.8% del total de casos.

Los Gránulos de Fordyce, en la mucosa yugal, presentaron una prevalencia del 3.49%, y en el fondo de saco de 2.18%, el sexo masculino presentó la mayor prevalencia en la mucosa yugal con el 5.6% y en el fondo de saco el 3.7%, mientras que el estudio de García-Pola et al¹⁸, refiere el 1.74%.

La glositis migratoria en esta investigación presentó una prevalencia de 2.6%, En un estudio realizado por Miloglu et al¹⁰, en 7619 pacientes de edades entre los 4-60 años, la glositis migratoria benigna se presentó en el 1.5% de los pacientes, el sexo masculino obtuvo mayor prevalencia, 3.7%. Los porcentajes tienen discreta discrepancia entre las dos investigaciones, sin embargo la población de nuestro estudio se circunscribió a niños de 6 a 12 años de edad.

La glositis romboidea mostró una prevalencia de un .43%, en este caso el sexo el sexo femenino presentó una prevalencia del 0.8% de los casos registrados. En el estudio realizado en Venezuela por Jiménez Palacio et al²⁰, en niños y adolescentes de 0 a 18 años, mostró que solo en el 1% se diagnosticó glositis romboidea media.

En las alteraciones de los frenillos, la alteración que resultó ser la más frecuente fue la inserción media del frenillo bucal izquierdo con una prevalencia total del 79.2%. No se analizar comparativamente, ya que en los artículos utilizados como referencias ninguno tiene investigaciones sobre dicha alteración.

En la lengua la alteración con mayor prevalencia fue glositis migratoria con 2.62%, el sexo masculino presentó mayor prevalencia, 3.7%. A diferencia del estudio de García-Pola et al¹⁸, donde la lengua geográfica obtuvo un 4.48% de prevalencia ocupando el primer lugar de las alteraciones de la lengua.

La gingivitis fue la alteración más frecuente de la encía, los resultados de nuestra investigación mostraron una prevalencia del 39.30%, el sexo masculino presentó mayor prevalencia, el 44.4%. En un estudio realizado en la Institución Educativa Andrés Bello en Lima Perú, por Pareja Vázquez et al²⁵, corroboró que la gingivitis es la alteración más frecuente, en escolares de 7 y 14 años. Encontrando que el 59.3% de estos escolares

presentaron gingivitis. Probablemente la discrepancia se deba al sector incluido en el estudio ya que en nuestra investigación las edades de 13 y 14 años no están incluidas.

Las siguientes alteraciones presentes en nuestro estudio, no fueron comparadas pues los artículos y referencias bibliográficas no tienen registro de ellas.

Fovéola es la alteración que se presenta en el labio externo inferior obtuvo el 1.3% de prevalencia en este estudio. Ránula alteración del piso de boca que tiene el .87% de prevalencia. En la encía se registraron alteraciones como las úlceras que registraron el .43% de prevalencia, absceso con el 4.36% de prevalencia y fisuras igual con el 4.36%. En el paladar duro las úlceras registraron el .43% de prevalencia. En las amígdalas se registraron alteraciones como hipertróficas con el 6.55%. La úvula presentó las alteraciones de bífida con el .43% e inflamada con el .3% de prevalencia.

15.- CONCLUSIONES

En este estudio se identificaron las lesiones y alteraciones bucales reportadas con mayor frecuencia en la población escolar de la Clínica Integral del Niño y el Adolescente de la Clínica Periférica Azcapotzalco distribuida en los ciclos escolares 2009-2010 y 2010-2011 de ambos turnos, matutino y vespertino.

Teniendo como resultado en alteraciones de los labios una prevalencia del 41.5% en resequedad labial, 19.21% queilitis labial, 13.97% foveola, 3.05% úlcera labial. En las alteraciones de los frenillos como resultado se obtuvo una prevalencia del 10.48% en la inserción media del frenillo labial superior, 10.09% en el frenillo labial inferior, 74.23% en el frenillo bucal derecho inserción media y 77.23% en frenillo bucal izquierdo inserción media. En la mucosa yugal se reporto una prevalencia del 2.4% úlcera y con la misma proporción gránulos de Fordyce. En el fondo de saco úlceras obtuvo la mayor prevalencia, 2.9%. En la lengua, lengua fisurada obtuvo una prevalencia del 2.1%. La de mayor prevalencia en las alteraciones de la encía es gingivitis 39.30%. En el paladar duro la alteración con mayor prevalencia es úlceras con 0.43%. El paladar blando obtuvo una prevalencia de 0.9% cicatrice. Y en las amígdalas, las hipertróficas resultaron con mayor prevalencia 6.5%.

La distribución de la alteración por sexo no tuvo significancia estadística, $\chi^2 = 0.969$ y $p = 0.139$.

16.- REFLEXIÓN

Para poder tener un panorama de las condiciones en las que asistieron los escolares a la Clínica Integral del Niño y el Adolescente de la Clínica Periférica Azcapotzalco, con ayuda de la Historia Clínica se pudieron identificar muchas más alteraciones que fueron omitidas en otras investigaciones internacionales. Sería importante realizar este estudio en las Clínicas Periféricas restantes y más oportuno realizarlo en cada ciclo escolar, con el fin de poder saber cada año cifras exactas de la prevalencia de cada alteración y cada año realizar programas específicos para cada una de estas alteraciones y disminuir la prevalencia de estas.

Estos programas se podrían ir perfeccionando gradualmente. Otro punto es poder implementar Historias Clínicas más concretas creadas para el fácil llenado, de forma que a partir de la bases de datos de la Facultad se pueda obtener información epidemiológica bucal de escolares.

17.- REFERENCIAS

- ¹ Bardoni N. Escobar A. Castollo R. Odontología Pediátrica-La salud Bucal Del Niño Y El Adolescente En El Mundo Actual. Panamericana. 2010. P. 64.
- ² Miembros Del Consejo Consultivo De Unicef Mexico. La Edad Escolar- Vigía Los Derechos De La Niñez Mexicana. N° 2. Año 1. Diciembre 2005. Disponible En: <Http://Www.Observatorioperu.Com>. Consultado En: 22/04/12.
- ³ Martínez R. Pediatría Martínez-La Salud Del Niño Y El Adolescente. Maual Moderno. 2005 5ª Edición. P. 393-394.
- ⁴ Barceló E. Odontología Para Bebés-Estrategia De Prevención. Trillas. 2007. P. 49-55
- ⁵ Shaffer D. Psicología Del Desarrollo-Infancia Y Adolescencia. Thomson. 2006 7ª Edición. P. 12-16.
- ⁶ Cárdenas D. Fundamentos De Odontología-Odontología Pediátrica. Corporación Para Investigaciones Biológicas. 2003 3ª Edición. P. 1-3.
- ⁷ Boj J. Catalá M. García Ballesta Carlos. Mendoza Asunción. Odontopediatría. Masoon. 2005. P. 40-43.
- ⁸ Escobar Mf. El Desarrollo De La Dentición. En: Escobar Mf, Editores. Odontología Pediátrica. 2da Ed. Caracas: Amolca; 2004, Pp. 369-408.
- ⁹ M. Castillo Sarah. Virología. Mayo 2011. Disponible en: <http://pathmicro.med.sc.edu/spanish-virology/spanish-chapter11.htm>
- ¹⁰ Rioboo M. Del Rosario. Planells P. Rioboo R. Epidemiología De La Patologíade La Mucosa Oral Más Frecuente En Niños. Med Oral Patol Cir Bucal 2005; 10: 375-87. Madrid.
- ¹¹ Bezerra L. Tratado de Odontología. Amolca. 2008. P. 64-72.
- ¹² Jimenez C. De Freitas/G. Corzo L. Hernández L. Patologías Más Frecuentes En cavidad Bucal De Niños y Adolescentes. Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 – www.ortodoncia.ws
- ¹³ Ribelles M, Sáez S, Bellet L. Frenectomia Lingual: A Propósito De Un Caso Clínico. Rev Oper Dent Endod 2007; 5:72.
- ¹⁴ Sapp j. Eversole r. Wysoki P. Patología oral y Maxilofacial. Mosby 2008 3ª Edición. P. 246-2048
- ¹⁵ González R. Dr. En C. Bologna R. Dr. En C. Nevárez M. En C. Carreón R. Lesiones Frecuentes De La Mucosa Bucal En Niños Y Adolescentes. Adm/Enero-Febrero 2011/Vol. Lxviii. N°1 P.17-24. Escuela De Odontología-Universidad Juárez Del Estado De Durango

-
- ¹⁶ Daena. Estomatología Pediátrica. Ripano. 2011. P. 275-293.
- ¹⁷ Dr. Pacho J. Dr. Piñol F. Rev. Cubana Estomatol v.42 n.1 Ciudad de La Habana ene.-abr. 2005
- ¹⁸ Daena. Estomatología Pediátrica. Ripano. 2011. P. 125-139.
- ¹⁹ Vásquez M. García V. Gutierrez F. Castañeda C. Prevalencia Y Necesidad De Tratamiento Periodontal En Escolares De La Institución Educativa “Andrés Bello”. Artículo. Kiru. 2009; 6(1): 36-38.
- ²⁰ Trombelli L, Scapoli C, Orlandini E, Tosi M, Bottega S, Tatakis DN. Modulation of clinical expression of plaqueinduced gingivitis. III. Response of “high responders” and “low responders” to therapy. J Clin Periodontol. 2004 Apr;31(4):253-9.
- ²¹ Trombelli L, Tatakis DN, Scapoli C, Bottega S, Orlandini E, Tosi M. Modulation of clinical expression of plaqueinduced gingivitis. II. Identification of “high-responder” and “low-responder” subjects. J Clin Periodontol. 2004 Apr;31 (4):239-52.
- ²² Trombelli L, Scapoli C, Calura G, Tatakis DN. Time as a factor in the identification of subjects with different susceptibility to plaque-induced gingivitis. J Clin Periodontol. 2006 May;33 (5):324-8.
- ²³ Hollister M.C, Weintraub J.A. (1993): The association of oral status with systemic health, quality of life, and economic productivity. J. Dent. Educ. 57 (12): 901-12.
- ²⁴ Burt B.A., Ismail A. (1986): Diet, nutrición and food cariogenicity. J. Dent. Res. 65: 1475-84.
- ²⁵ Johansson I., Saellstrom, A. K.: (1992):Salivary flow and dental caries in Indian children suffering from chronic malnutrition. Caries Res. 26 (1): 38-43.
- ²⁶ Hernández Y. Olivera M. Enfermedad Periodontal Y Propuesta De Un Método Educativo Sanitario En Un Grupo De Escolares. Revista De Ciencias Médicas La Habana 2007, 13(1)
- ²⁷ Ojeda M. Secretaria De Salud. Gingivitis Y Enfermedades Periodontales. Número 9. Vol. 27. Semana 9. Del 28 De Febrero Al 6 De Marzo Del 2010. Disponible En [Www.Dgepi.Salud.Gob.Mx](http://www.dgepi.salud.gob.mx); Consultada En: 14/04/12.
- ²⁸ Guedes A. Bönecker M. Fundamentos De La Odontología-Coordinación De La Serie Oswaldo Crivello Junior. Odontopediatría. Santos Editora. 2011. P. 115-20.
- ²⁹ Pérez L, Bascones M. Tumores Benignos De La Mucosa Oral. Av. Odontoestomatol 2010; 26 (1): 11-18.
- ³⁰ Caballero A. Quistes Y Tumores De Maxilar En Niños. Servicio De Cirugía Pediátrica Oncológica, Instituto Nacional Del Cáncer. Asunción, Paraguay. 1997. P. 205-210.

³¹ Diario Oficial De La Federación. Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Investigación Para La Salud.Publicado El 6 De Enero De 1987.