



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE LAS LESIONES DE LA MUCOSA
ORAL Y VARIANTES DE LO NORMAL EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS DE 8 A 15 AÑOS DE EDAD DE LA
INSTITUCIÓN ESTRELLAS COLGATE.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

BRIAN RODRIGUEZ RAMIREZ

TUTOR: Esp. DOLORES CARRASCO ORTIZ



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

En el presente trabajo agradezco a Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia, fuerza y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología por permitir que me formara como ser humano y como profesionalista dentro de sus aulas, por brindarme la oportunidad de realizar una estancia en el extranjero y poder así vivir una de las mejores experiencias de mi vida, gracias a cada maestro que formó parte de este proceso, por sus enseñanzas y sus consejos que me ayudaron a ser quien soy.

Me gustaría agradecer también a mi Tutora la Esp. Dolores Carrasco Ortiz por su valioso apoyo, disposición y paciencia, los cuales fueron fundamentales durante el desarrollo de esta tesis.

A Lucina mi madre, con quien comparto este logro y todos mis éxitos, gracias por estar no solo en esta etapa de mi vida sino en todo momento ofreciendo lo mejor y buscando lo mejor para mí, por ser el pilar más importante de mi vida, por sus palabras de apoyo, por sus grandes sacrificios durante este difícil camino, por las noches en vela y por su amor incondicional que han hecho de mí un hombre de bien.

A mi familia por la motivación, apoyo incondicional, por creer y nunca perder la fe en mí, a ustedes por estar siempre presentes, gracias por no dejarme desistir y hacer que este camino fuera más fácil.



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología



Agradezco a mis amigos por permitirnos crecer como personas y como profesionales durante la carrera, por ser con quienes compartí grandes experiencias día a día y por hacer de esta travesía algo increíble.

Finalmente agradezco a quien lee este apartado y más de mi tesis, por permitir que entre a sus vidas a través de mi experiencia, investigación y conocimiento.



Índice

1. Resumen	6
2. Introducción	7
3. Marco Teórico.....	8
3.1 Antecedentes	8
3.2 Epidemiología de las lesiones de la mucosa oral a nivel internacional .	9
3.2.1 Registros estadísticos en América Latina	11
3.2.2 Registros Estadísticos en México	13
3.2.2.1 Estadística en la Ciudad de México	14
3.3 Clasificación MIND según el Dr. Carpenter.....	16
3.3.1 Clasificación por etiopatogenia	16
3.3.2 Clasificación Clínica.....	18
4. Planteamiento del problema	22
5. Justificación	24
6. Objetivos.....	25
6.1 Objetivo General.....	25
6.2 Objetivo específico	25
7. Hipótesis.....	25
8. Materiales y métodos.....	26
8.1. Tipo de estudio	26
8.2. Universo de estudio	26
8.3. Población y tamaños de muestra.....	26
8.4. Criterios de selección	27
8.4.1. Criterios de inclusión	27
8.4.2. Criterios de exclusión	27
8.4.3 Criterios de eliminación.....	27
8.5. Definición operacional y escala de medición de las variables	28
8.6. Método de recolección de información.....	35
8.7. Análisis estadístico	36



8.8. Aspectos éticos.....	36
8.9. Recursos humanos y materiales.....	37
9. Resultados.....	38
10. Discusión.....	51
11. Conclusión.....	54
12. Anexos.....	56
13. Índice de Imágenes.....	65
14. Referencias.....	66



1. Resumen

Introducción: En la cavidad oral se pueden manifestar diversas alteraciones, que pueden ser semejantes entre sí clínicamente, tienen un origen y conducta biológica distinta, entre ellas se pueden identificar, variaciones de lo normal, trastornos genéticos, de origen inflamatorio, malformaciones, y neoplasias.

Objetivo: Determinar la prevalencia de lesiones de la mucosa oral en pacientes pediátricos de 8 a 15 años en la Ciudad de México.

Material y Método: Se realizó un estudio Observacional Transversal con una previa calibración y un kappa del 95% en el cual se obtuvo la prevalencia de las lesiones de la mucosa oral y de variantes de lo normal en 485 niños pertenecientes a la institución de Estrellas Colgate.

Resultados: El número total de lesiones y variantes de lo normal encontradas fue de 886 de las cuales el 91% fueron variantes de lo normal y el 9% algún tipo de lesión, en total 427 niños presentaron una o más alteraciones, lo que significa que la prevalencia es de 88%, es decir 46.8% para los hombres y de 53.2% para las mujeres, también se reportó que la alteración con mayor prevalencia fue la Lengua saburral presente en 32.1% de los niños.

Conclusiones: La prevalencia de las lesiones de la mucosa oral además de las variantes de lo normal se presenta de manera variable dependiendo de aquellos factores tanto internos como externos que influyen sobre el paciente tales como la edad, género o hábitos.

Palabras clave: Lesiones de la mucosa oral, Variantes de lo normal, Prevalencia.



2. Introducción

La cavidad oral está limitada por estructuras como los labios hacia al frente, los carrillos a los costados, el piso de la boca hacia la parte inferior el paladar por la parte superior y la pared de la faringe o istmo de las fauces hacia posterior; la superficie está recubierta por una mucosa cuya estructura varía en diversos sitios, dependiendo de la función¹. La mucosa oral se compone de epitelio plano escamoso estratificado no queratinizado y una capa de tejido conectivo fibroso llamado lámina propia².

Al igual que la piel y otras mucosas, la superficie de la cavidad bucal puede presentar diversas alteraciones, que pueden ser semejantes entre sí clínicamente, tienen un origen y conducta biológica distinta, entre ellas se pueden identificar, variaciones de lo normal, trastornos genéticos, de origen inflamatorio, malformaciones, y neoplasias altamente agresivas.

Sin embargo no existen métodos estandarizados para su diagnóstico, aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incrementado sus recomendaciones epidemiológicas en este grupo de población estableciendo signos y síntomas de la mucosa oral propias de los infantes que pueden cambiar con la edad y ser diferentes a la de los adultos³; Es por ello la importancia de realizar este estudio en la población escolar de ocho a quince años de edad, en México, con el propósito de identificar las lesiones orales más frecuentes en tejidos blandos y su localización⁴.

El presente trabajo tiene como objetivo general la evaluación de la prevalencia y localización de aquellas lesiones de la mucosa oral y variantes de lo normal presentes en la población infantil de la Ciudad de México de 8 a 15 años de edad y su relación con la edad y el sexo.



3. Marco Teórico

3.1 Antecedentes

La niñez y la adolescencia constituyen etapas de la vida muy particulares que obligan a considerarlas con atención. Configuran un grupo etario mundialmente numeroso. Los informes de las Naciones Unidas de 2019, establecen que los pobladores de 0 a 15 años son el 26% del total de habitantes mundiales⁵ y según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía en el 2019 representa el 27,26% de la población total en México.⁶

La cavidad bucal del niño constituye un órgano de enorme complejidad; ya que presenta cambios anatómicos, fisiológicos, del desarrollo o patologías; es por eso que muchas estructuras son únicas, características y transitorias en esta época de la vida.

Aunque algunas alteraciones bucales se manifiestan como únicas, las lesiones pueden ser a menudo un signo de un trastorno médico más complejo. Y aunque una gran partes de las anomalías son inocuas, es esencial descartar alteraciones más graves.

El examen de los tejidos blandos de la cavidad bucal de los pacientes pediátricos involucra el conocimiento del tamaño normal, forma, color y textura de las estructuras que los conforman. La correcta exploración de la mucosa oral puede proporcionar importantes herramientas en el diagnóstico.

La mucosa oral y los tejidos blandos son susceptibles de presentar una amplia diversidad de lesiones que se encuentran sujetas a modificaciones debido a diferentes factores como la edad; lo cual conlleva a que las lesiones sean distintas entre las etapas de la vida y que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos sean diferentes entre una población y otra.



A diferencia de los estudios epidemiológicos que hablan sobre la caries, la enfermedad periodontal o la maloclusión, los que se refieren a las enfermedades orales se caracterizan por la falta de uniformidad en los criterios de elaboración. Siendo quizás los protocolos más estructurados los dedicados al estudio del cáncer y al precáncer⁷.

El resto de estudios que analizan la prevalencia de la patología oral restante, en su mayoría están orientados hacia la edad adulta y por tanto no son apropiados para valorar cómo afectan estas enfermedades en los niños.

Los pacientes pediátricos pueden desarrollar diversas lesiones orales y periorales, las cuales llegan a ser sintomáticas, algunas veces están asociadas a un grado variable de incomodidad para el menor y muestran un patrón recurrente, por lo que requieren un diagnóstico temprano, tratamiento y seguimiento.

Los estudios que analizan la prevalencia de la patología oral están orientados en su mayoría hacia la edad adulta, y, por tanto, no son apropiados para valorar cómo afectan a los niños.

3.2 Epidemiología de las lesiones de la mucosa oral a nivel internacional

Las investigaciones realizadas a lo largo de estos últimos años, han mostrado una variación considerable en la prevalencia de las lesiones de mucosa oral en diversas zonas del mundo. Para obtener una idea general de la frecuencia de lesiones que se presentan en la cavidad bucal infantil, el cuadro (Tabla A) resume algunos de los estudios realizados en distintas poblaciones.



Principales alteraciones presentes en boca de acuerdo a diferentes grupos poblacionales (Tabla A)

Tabla A Prevalencia de las lesiones de la mucosa que se manifiestan en la cavidad bucal de los escolares.

TIPO DE LESIÓN	Bessa CFN (Brasil) ⁽¹⁰⁾ 2004 n=1211	Benevides dos Santos PJ (Brasil) ⁽⁴⁾ 2004 n=587	García Pola (España) ⁽⁵⁾ 2002 n=343	Arendorf TM (Sudáfrica) ⁽²⁰⁾ 1996 n=1051	Sedano HO (México) 1989 n=32022	Crivelli MR (Argentina) ⁽⁹⁾ 1988 n=846	Kleinman (EEUU) ⁽³⁾ 1986-87 n=39206
Lengua							
Lengua saburrall			29,15%				
Lengua geográfica	9,08%	4,9%	8,16%	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%	
Frenillo labial hiperplásico			2,33%			0,11%	
Mucosa oral							
Lesiones traumáticas	2,23%	6%	22,15%	2,5%		1,41%	0,09%
Les por mordedura	6,11%						
Lesiones por tabaco							0,71%
Hiperpl focal epitelial		21%			0,06%		
Gránulos de fordyce	0,33%	3,8%	1,74%		0,12%		
Lesiones vasculares	0,17%	0,7%	6,99%				
Fistula			5,83%				
Afta recidivante	1,57%	0,9%	4,08%			10,87%	1,23%
Absceso dentoalveolar		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%
Porcentaje de lesiones orales en los niños explorados.	27%	52,6%	38,9%	32,9%	25,2%	39%	4,1%

Los problemas de tipo metodológico han sido muchos cuando se ha tratado de revisar la literatura actual en este campo, de modo que no se ha llegado aún a sobrepasar una serie de problemas como lo son la ausencia de



protocolos estandarizados y la gran variabilidad de alguno de los componentes de la metodología, llamando la atención la falta de uniformidad.

El resultado es, como se observa en la tabla (Tabla A), la dispareja percepción de los diferentes autores y la variabilidad de la prevalencia para cada lesión. Teniendo en cuenta las diferencias raciales y ambientales de cada muestra, el porcentaje de lesiones orales encontradas en los niños es similar en los estudios realizados en España, Sudáfrica y Argentina, no estando muy lejos el estudio realizado en México. En cambio, los resultados registrados en Estados Unidos se alejan de manera clara de todos los anteriores lo que puede ser justificado por la discrepancia tanto en los criterios clínicos utilizados como en el tipo de muestra utilizada. Debido a que en el protocolo de un estudio realizado en España, los autores incluyeron la lengua saburral⁸ como patología, y que no fue incluida en los demás estudios.

En cambio, Kleiman⁹ incluía en su estudio las lesiones causadas por el consumo de tabaco masticable, práctica frecuente en la población adolescente de Estados Unidos, pero prácticamente inexistente en la sociedad mexicana. Ocurre igualmente con otras lesiones que aparecen únicamente en determinadas poblaciones, por ejemplo en el estudio realizado recientemente en una comunidad del Amazonas (Brasil), donde una de las condiciones más frecuente observada es la hiperplasia multifocal epitelial, ausente en las demás poblaciones o los hoyuelos comisurales, muy frecuentes en poblaciones Sudafricana¹⁰, Argentina o Mexicana pero no considerada en los demás estudios.

3.2.1 Registros estadísticos en América Latina

La frecuencia de algunas lesiones está directamente relacionada con el modo de vida de las diferentes poblaciones¹¹. En general, y tomando como



base el estudio realizado en España podemos apreciar las coincidencias en varios autores al señalar a la estomatitis aftosa recurrente, el herpes labial, la lengua geográfica, saburral, escrotal, la candidiasis y las lesiones de origen traumáticas, como las lesiones más frecuentes al analizar los resultados.

Arendorf y van der Ross en 1996 realizaron un estudio en Sudáfrica, encontrando la incidencia de Úlcera traumática en un 2,5 %¹²; mientras que otro estudio en Israel, señala incidencia de Linfoma de Burkitt en un 60,0 %, Papilomas y Fibromas en 72,5 %¹³.

Otro estudio realizado por Espinoza I. y col. en Santiago de Chile por la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, en 889 adultos mayores, mostró que un 53% de los estudiados presentó alguna lesión a nivel de la cavidad oral..

En 2005 Rioboo-Crespo y cols. Documentó que los porcentajes de las lesiones en tejidos blandos en la población infantil varían notablemente, encontrando cifras que van desde el 4,1 % hasta el 52,6 %, siendo la estomatitis aftosa recurrente, herpes labial, lengua geográfica, candidiasis y lesiones de origen traumático las más prevalentes¹⁵.

En la Universidad Central de Venezuela en 2008 Jimenez y cols. realizó un estudio retrospectivo en niños y adolescentes de 1992-2006, determinando lesiones más frecuentes en el grupo etario, género y localización en cavidad oral resultando un total de 944 pacientes en un período de 15 años, la lesión más frecuente fue el Mucocele (19,60 %), seguida por Fibroma Traumático (10,28 %), Virus Herpes tipo I (8,26 %), Granuloma Pirogénico (7,10 %) y Papiloma oral (6,89 %); el género femenino predomina con (54,66 %), con respecto al masculino de (45,34 %). El grupo etario más afectado fue entre



los 13 a 16 años (32 %), siendo las localizaciones más frecuentes: labio inferior (35 %), encía (27 %), carrillo (12 %), labio superior (10 %), lengua y paladar (8 %) ¹⁶.

En el 2009 en Uruguay, Keochquerian identificó la frecuencia de enfermedades en la mucosa oral en 401 personas de 0 a 14 años, distribuidos en dos muestras aleatorias, provenientes del Instituto Nacional del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) y el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU). La prevalencia total de las lesiones fue de 32,9 %; en CASMU 36,8 % y en INAU 29 %. La prevalencia de lesiones traumáticas en el INAU fue del 4,5 % y en CASMU de 18,4 %, en este estudio se realizó una investigación epidemiológica muy superficial pues no se mostraron resultados específicos, es decir solo se mostraron en grupos de lesiones traumáticas y no traumáticas ¹⁷.

3.2.2 Registros Estadísticos en México

Los estudios epidemiológicos de la mucosa oral son escasos, la mayor parte de los trabajos descriptivos de la cavidad oral conciernen a la enfermedad periodontal, al cáncer bucal y a las manifestaciones orales de VIH/SIDA, y menos frecuentes son los realizados en el ámbito de las lesiones de la mucosa oral.

Debido a que las enfermedades se manifiestan de manera distinta según la población y el país en cuestión, es necesario realizar estudios epidemiológicos de forma particular, para reconocer las necesidades en salud bucal de cada región.

Según la revisión de la bibliografía en México no se registra una gran cantidad de estudios donde se hayan registrado las afecciones de la mucosa oral, Castellanos y su grupo, en una clínica odontológica universitaria en



León, Guanajuato, realizaron un estudio retrospectivo de 22 años con una muestra de 23,785 pacientes. Reportaron como lesiones de mayor prevalencia al leucoedema, úlcera traumática, queratosis friccional, eritema traumático, Morsicatio buccarum y candidiasis crónica¹⁸.

En 1989 el Dr. Sedano y cols. Publicaron un artículo que lleva por nombre "Clínica orodental abnormalities in Mexican Children" donde un total de 32,022 niños, pertenecientes a seis diferentes ciudades de la república mexicana fueron examinados, las ciudades en las que se realizó la exploración se eligieron por su posición geográfica ya que representaban a la población mexicana, el universo de estudio fue dividido en dos grupos, el grupo 1 que iba de los 5 hasta los 10 años y medio y el grupo 2 comprendía de 10 y medio hasta los 14 y medio años de edad, como resultados obtuvieron que el 51.4% fueron hombres y el 48.6% mujeres, las fositas labiales se encontró con menor prevalencia en el grupo de los niños, de igual manera los gránulos de Fordyce se observaron solo en un 12%, esto contrasta con la prevalencia de 85.6% reportada para la población adulta. Sedano y Cols. Reportaron en las anomalías dentales que la prevalencia de la cúspide en garra fue de 6% posicionándose en el primer lugar, en caso contrario el diente cónico fue la alteración con menos casos observados con solo 3%.

Con respecto al tipo de lengua la Lengua bífida se presentó en uno de cada 187 niños examinados. La prevalencia de lengua fisurada entre los niños fue de 16,8% y en las niñas de 14,5%. También se mencionó la presencia de la lengua geográfica con solo 1.9% de los casos.¹⁹

3.2.2.1 Estadística en la Ciudad de México

Ramírez-Amador y colaboradores, en la UAM Xochimilco, en la Ciudad de México, en 1986, establecieron la prevalencia de 22 afecciones nosológicas



de la mucosa oral, la pigmentación melánica (40%), los gránulos de Fordyce (31.5%), las manchas blancas (24.5%) y los aumentos tisulares (13%) los cuales se observaron con mayor frecuencia en población adulta²⁰.

En un estudio realizado por Reynoso Licona & Mendoza Núñez en 2004, la tasa de prevalencia de lesiones en tejidos blandos en niños de 1 a 6 años de edad fue de 44,0 % (466), Se encontró una frecuencia mayor en el género masculino 48,67 %, que en el femenino 38,32 %. La glositis migratoria benigna se encontró con una prevalencia de 5,49 %. La prevalencia de las lesiones herpéticas fue del 5,96 %. La úlcera traumática se identificó como la forma de mayor frecuencia debido a la enorme cantidad de factores locales, se registró en un 12,39 %, Esta lesión se localizó simultáneamente en encía superior e inferior y fue la de mayor prevalencia con un 10,03 %²¹.

Adriana L. en 2010 en su trabajo de tesis realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo, el cual consistió en la exploración bucal de pediátricos de 6 a 12 años de edad en la Escuela primaria Tlamachtlicalli en la ciudad de México donde de una población de 293 niños 145 fueron del sexo masculino y 148 fueron del sexo femenino, en los que reporto la presencia de 98 lesiones que se presentaron en 80 niños, representando el 27.31% de total de los pacientes, haciendo notorio que existe una mayor incidencia en el sexo masculino con un 51.25% sobre un 48.75% en el caso de las niñas, adicional a esto manifestó que la alteración con mayor presencia en boca fue la línea alba con un total de 42 pacientes, seguida de la ulcera traumática con 20 casos y en tercer lugar la lengua fisurada con solo 13 casos.²²

Por ultimo Marx-Sánchez en 2017 desarrolló una investigación en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua donde se revisaron 1,670 expedientes clínicos de los que únicamente 532 cumplieron los criterios de



selección. El 41% de las alteraciones bucales correspondieron a trastornos infecciosos (principalmente candidosis en 29%), 24% a tumores benignos, 10% a enfermedades ampollas, 7% a trastornos pigmentarios, 6% a alteraciones inflamatorias²³.

3.3 Clasificación MIND según el Dr. Carpenter

El establecimiento de un diagnóstico diferencial para las lesiones de la mucosa oral a menudo es problemático, se relaciona con la gran cantidad de lesiones que pueden afectar a un paciente y el hecho de que muchas ocurren con poca frecuencia. Un enfoque sistemático de la patología es de suma importancia. Clásicamente, la patología oral se ha enseñado siguiendo el enfoque de la etiología. Este enfoque, considera los procesos o mecanismos básicos de la enfermedad y la respuesta del cuerpo así como su relación con los factores etiológicos involucrados. Enfocar la clasificación de la enfermedad desde este punto de vista es eficaz y permite tomar decisiones de manejo más efectivas. Es decir una vez que se comprende la etiología, se puede determinar el tratamiento²⁴.

La literatura de patología general se divide en capítulos sobre inflamación, inmunología, neoplasia, trastornos genéticos y del desarrollo y enfermedades de los diversos sistemas. En patología oral también se utiliza este mismo enfoque además de incluir otras categorías específicamente relacionadas con lesiones orales, como quistes, tumores odontogénicos y glándulas salivales.

3.3.1 Clasificación por etiopatogenia

Las categorías etiopatogenias generales que se consideran para la realización de este trabajo se divide en cuatro áreas principales que pueden recordarse mejor por el acrónimo MIND planteado inicialmente por el Dr. Carpenter²⁵ y Cols. En 1999 (diagrama 1), es decir:



La letra M hace referencia a metabólico donde se incluye al grupo de lesiones que ocurren como resultado de varias enfermedades sistémicas. Estas enfermedades pueden ser de naturaleza hormonal o nutricional. Es decir; La cavidad oral puede verse afectada directamente como ocurre en la enfermedad de Addison, que conduce a cambios como pigmentaciones orales de la lengua secundarias al complejo de hipovitaminosis B, pero además de estas alteraciones también se incluyen aquellas manifestaciones de enfermedades como la leucemia o aquellas anemias o neutropenias que se pudieran presentar, incluso síndromes como el de Huler siendo la forma más común de la mucopolisacaridosis o la proteinosis Lipoidea la cual presenta induraciones de la mucosa y de la parte posterior de la lengua.²⁶

La letra I corresponde a las lesiones de origen inflamatorio que son el tipo más común y tienen muchas subcategorías. Clásicamente, estas lesiones pueden manifestar los signos cardinales de inflamación: Tumor, Rubor, Calor, dolor y pérdida o limitación de la función. Las subcategorías incluyen trauma, enfermedades reactivas, infecciosas (virales, bacterianas, fúngicas) y las lesiones inmunológicas (reacciones alérgicas, enfermedades autoinmunes e inmunodeficientes).

La letra N se refiere a neoplasias las cuales pueden representar un proceso benigno, premaligno o maligno y, por lo tanto, cubren un gran grupo de tejidos epiteliales y mesenquimatosos que crecen sin control, tal es el caso del carcinoma epidermoide que es el tumor maligno más frecuente en boca representando hasta el 92% de los cánceres bucales o también es el caso del Carcinoma mucoepidermoide, el cual es una de las neoplasias malignas más comunes en glándulas salivales formadas a partir del epitelio ductal²⁷.

Por último la letra D que se refiere a alteraciones del Desarrollo donde pueden ser de naturaleza genética o adquirida. Así mismo se podrían dividir

en congénita o exhibir una manifestación oral a medida que el individuo crece y se desarrolla, en esta categoría se pueden añadir a las hendiduras bucofaciales las cuales pueden estar unidas a algún síndrome, otras alteraciones que también se pueden incluir en esta categoría pueden ser la anquiloglosia ya sea parcial o total, la lengua Bífida las anomalías del frenillo labial tal como el apéndice del frenillo, además también están presentes en esta división los gránulos de Fordyce y las exostosis ya sean mandibulares o maxilares.²⁵

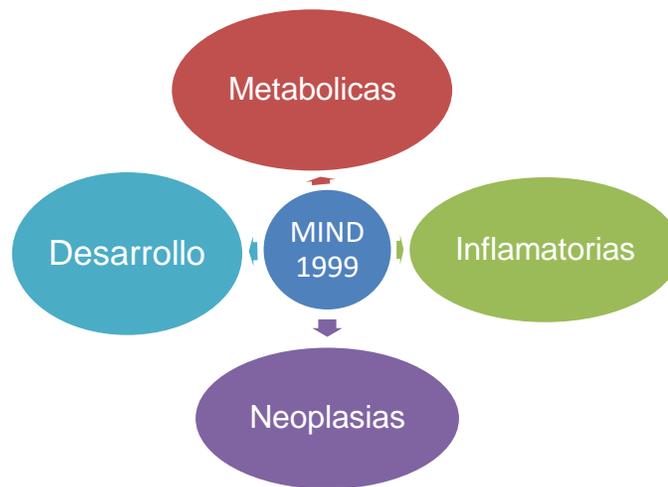


Diagrama 1 Nomenclatura MIND de las lesiones.

3.3.2 Clasificación Clínica

Dejando a un lado el enfoque de etiopatogenia para la clasificación de la alteración, se debe considerar esquemas de clasificación clínica más prácticos. Las categorías que se enlistan a continuación representan las diversas alteraciones o lesiones tisulares que se observan.

▪ Las lesiones blancas de la mucosa oral pueden ser:

1) Una pseudomembrana (intrínseca o extrínseca)

2) Un engrosamiento de una o más capas del epitelio ya sea del estrato córneo o espinoso



3) Infiltrado de células inflamatorias subepiteliales

4) Fibrosis densa.

Las lesiones blancas ocurren con frecuencia como resultado de un trauma que puede causar una úlcera o una hiperqueratosis dependiendo de la cronicidad del proceso. Una buena prueba clínica es determinar la capacidad de limpieza del área blanca. Otros factores importantes incluyen dolor, y duración de la úlcera. Los hábitos sociales, incluido el consumo de tabaco y alcohol, también pueden ser causantes de estas lesiones.

Las lesiones rojas pueden presentar eritema lo que significa una vascularización aumentada o un adelgazamiento de las capas del epitelio es decir atrofia. Estas lesiones también presentar inflamación (vasodilatación) pero pueden ser el primer signo de una lesión epitelial premaligna²⁵

La pigmentación que se presenta en negro, marrón o azul puede representar pigmentos intrínsecos o extrínsecos. Las pigmentaciones más comunes de la mucosa oral son pigmentos extrínsecos debido al material de relleno de amalgama o selladores del conducto radicular. Estos generalmente son de gris a negro, en cambio los pigmentos intrínsecos son melanina y hemoderivados (hemoglobina y hemosiderina). La melanina es marrón pero ocasionalmente puede aparecer azul o negra como es el caso de los nevos. La hemoglobina se encuentra en los glóbulos rojos y comúnmente es de azul a púrpura.

Las úlceras ocurren como resultado de una pérdida del epitelio y pueden representar una lesión primaria o secundaria a la ruptura de una lesión preexistente, otras características distintivas importantes de las ulceraciones pueden ser: si son focales o multifocales, el patrón de recurrencia y la ubicación de cada lesión.



Las vesículas pueden presentar variación en el tamaño, tienen menos de 5 mm de diámetro y generalmente son de origen viral o alérgico. Las enfermedades virales están asociadas con fiebre en la infección primaria y los pacientes no presentan fiebre en caso de episodios recurrentes, en cambio las ampollas son mayores de 5 mm y pueden representar alguna enfermedad mucocutánea de naturaleza alérgica o autoinmune aunque también pueden tener un origen traumático. Raramente se observan vesículas intactas de la mucosa oral, la mayoría de estas aparecen como descamaciones difusas o multifocales.

Las lesiones inflamatorias son el grupo final y más grande, varían desde una superficie lisa hasta rugosa (papilar, verrugosa, papular), las superficiales rugosas generalmente representan proliferaciones del epitelio superficial y con frecuencia son de origen viral. Las de superficie lisa se deben a un agrandamiento submucoso. Los parámetros importantes son la ubicación, la consistencia y la presencia o ausencia de dolor. Ciertas inflamaciones tienen una mayor predilección a un sitio anatómico determinado²⁵.

De acuerdo a lo anterior la clasificación clínica para el diagnóstico diferencial de las lesiones orales de tejidos blandos puede relacionarse con los hallazgos histopatológicos. Como se discutió para cada grupo clínico de lesiones, esta correlación permitirá al clínico visualizar y comprender lo que ocurre, el clínico integra los esquemas de clasificación clínicos y etiopatogénicos, las diversas lesiones se vuelven mentalmente manejables. Por lo tanto, una combinación de estos dos enfoques, si se realiza correctamente, conducirá a un diagnóstico diferencial.

En general, el primer paso es asignar la alteración en una de las categorías ya mencionadas y luego enlistar aquellas enfermedades que se presenten con dicha apariencia, mientras se clasifican como metabólicas, inflamatorias,



neoplásicas o de desarrollo. Puede ser necesario realizar una prueba complementaria para establecer mejor el diagnóstico definitivo. Esta prueba puede ser microbiológica, serológica, bioquímica, de imagen o puede incluir un procedimiento de muestreo de tejido es decir la toma de una biopsia.

Una vez que se ha establecido el diagnóstico definitivo, el clínico puede administrar el tratamiento adecuado. La consideración final es el seguimiento y la reevaluación. Este es un paso muy importante que permite el establecimiento de la normalidad y asegura que se logró un diagnóstico correcto y se prestó el tratamiento adecuado.



4. Planteamiento del problema

En la actualidad se han realizado estudios epidemiológicos sobre la Patología de la mucosa oral en niños en México aunque son escasos a diferencia de los estudios epidemiológicos que versan sobre la caries y enfermedad periodontal.

Desafortunadamente en la práctica diaria el odontólogo tiende a concentrarse y tratar las lesiones de los dientes y no les presta la atención adecuada a las alteraciones de los tejidos blandos. Así mismo el estudio constante de la fisiopatología de estas lesiones y los avances en la terapia farmacológica, nos obligan a actualizarnos constantemente para llevar a cabo una práctica clínica responsable y oportuna.

Los estudios que analizan la prevalencia de las enfermedades orales están en su mayoría asociados hacia la edad adulta y por tanto en la literatura mundial existen relativamente pocos reportes que se refieren a las condiciones de la mucosa oral y de las enfermedades pediátricas.

En México hay un número escaso de investigaciones sobre la prevalencia de las lesiones en la cavidad oral en pacientes de este grupo etario no es posible identificar aquellas alteraciones presentes en boca, por lo que este trabajo puede tener como parte de su objetivo permitir que haya una mayor facilidad en la educación de los profesionales, siendo una herramienta de gran utilidad pues al ser un condensado de aquellos trastornos más frecuentes en la cavidad oral permite que el clínico este mas familiarizado con estos desordenes y por lo tanto permitir una ruta diagnostica con mayor efectividad.

Como consecuencia de la falta de estadísticas nacionales actualizadas, la instrucción por parte del profesional hacia los padres no logra ser objetiva ni



eficaz pues en ocasiones el clínico es incapaz de saber con qué frecuencia se presentan estas alteraciones en pacientes pediátricos en México impidiendo el correcto diagnóstico de estas, recordando que siempre la prevención y diagnóstico correcto evita gasto de recursos económicos y personales mayores.

Al ser la población infantil la que cuenta con menor cantidad de reportes de investigación epidemiológica referente a la mucosa oral, se abre la puerta a la realización de investigaciones sobre esta área, permitiendo ofrecer un panorama actual y específico acerca de la presencia de este tipo de lesiones o variaciones de lo normal.

Con lo antes expuesto nos planteamos la siguiente pregunta:

- ¿Cuál es la prevalencia y localización más frecuente de las lesiones de la mucosa oral y variaciones de lo normal en pacientes pediátricos de 8 a 15 años de edad y su relación con la diferencia entre sexo y edad



5. Justificación

En México aunque son escasos los estudios que permitan establecer claramente la prevalencia de las lesiones de la mucosa oral, específicamente en la población pediátrica; es importante conocer las posibilidades diagnósticas ante una lesión en la cavidad oral, lo que ha motivado la realización de estudios para conocer la epidemiología y su comportamiento clínico. Sin embargo, ha sido muy difícil transpolar los resultados de los estudios por las diferencias metodológicas y sociodemográficas de los grupos o porque los mismos están realizados en clínicas de distinto nivel de atención (primarias o especializadas) o de distinta especialidad (odontológicas o médicas).

Para conocer la frecuencia de estas lesiones es de suma importancia realizar estudios epidemiológicos que brinden información con la finalidad de poder establecer la prevalencia de estas en la población capitalina y la relación que guardan con algún otro factor ambiental, para así poder llegar a un adecuado diagnóstico.

Los hallazgos obtenidos podrán usarse para la revisión de los contenidos académicos, de manera que ofrezcan las herramientas necesarias para que el odontólogo general pueda reconocer y diagnosticar estas lesiones.

Finalmente, el propósito de este trabajo es evaluar la prevalencia y localización de las lesiones de la mucosa oral y variantes de lo normal en pacientes pediátricos, la frecuencia de estos casos según el sexo.



6. Objetivos

6.1 Objetivo General

- Determinar la prevalencia de lesiones de la mucosa oral en pacientes pediátricos de 8 a 15 años en la Ciudad de México.

6.2 Objetivo específico

- Conocer la distribución de las lesiones en pacientes de 8 a 15 años en la Ciudad de México de septiembre a noviembre del 2019.
- Reconocer las principales lesiones presentes en este grupo de pacientes
- Identificar la distribución de lesiones y su localización por sexo en niños de 8-15 años de edad.

7. Hipótesis

- **Ha0.** La ulcera traumática, la glositis migratoria benigna y la melanosis racial no son las alteraciones con mayor prevalencia en pacientes de 8 a 15 años y no presentan variación entre géneros.
- **Ha1.** La ulcera junto con la glositis migratoria benigna y la melanosis racial son las alteraciones con mayor prevalencia en pediátricos de 8 a 15 años de edad
- **Ha2.** Existe una diferencia en la prevalencia de las úlceras La glositis migratoria benigna y la melanosis racial entre grupos de género.



8. Materiales y métodos

8.1. Tipo de estudio

Este es un estudio transversal observacional.

8.2. Universo de estudio

Niños de 8 a 15 años de edad matriculados en la Escuela Primaria “Prof. Onofre Meléndez” y alumnos de la Escuela Secundaria Técnica No 68 "Ing. Ignacio García Téllez" que reciben atención en la institución deportiva “estrellas Colgate”,

8.3. Población y tamaños de muestra

La institución deportiva “estrellas Colgate” cuenta con una matrícula de 270 alumnos, por parte de la Escuela Primaria “Prof. Onofre Meléndez” hay 115 niños matriculados y de la Escuela Secundaria Técnica No 68 "Ing. Ignacio García Téllez" se contara con un aproximado de 100 alumnos.

Se incluirán todos los formatos de evaluación de niños de entre 8 y 15 años de edad que se presenten a estas instituciones.



8.4. Criterios de selección

8.4.1. Criterios de inclusión

- Historias clínicas completas de niños que tengan de entre 8 a 15 años de edad
- Historias clínicas de niños que se hayan presentado a las instituciones antes mencionadas
- Pacientes que autoricen su participación en la investigación.
- Consentimiento informado firmado
- Asentimiento por el menor

8.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes menores a 8 años.
- Pacientes mayores a 15 años.
- Historias clínicas que no contengan información requerida.
- Pacientes que no autoricen su participación en la investigación.

8.4.3 Criterios de eliminación

- Pacientes que no se presenten a la revisión
- Pacientes con difícil manejo



8.5. Definición operacional y escala de medición de las variables

Variables independientes

CONCEPTO	DEFINICION	TIPO
Sexo	Estado orgánico y funcional que distingue a los hombre de las mujeres.	Cualitativa
Edad	Cantidad de años que tiene un individuo desde su nacimiento.	Cuantitativa
Localización	Es la determinación del lugar en el cual se encuentra algo o alguien.	Cualitativa
Prevalencia	Número de pacientes que presentan estas alteraciones.	Cuantitativa
Trastorno	Cambio en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno.	Cualitativa
Variante de lo normal	Alteraciones del desarrollo no patológicas, por lo general son asintomáticas sin afectar la función del tejido involucrado.	Cualitativa



VARIABLES DEPENDIENTES

CONCEPTO	DEFINICION	TIPO
Gránulos de Fordyce	Pápulas múltiples de 1-2 mm de diámetro de color amarillento asintomáticas localizadas frecuentemente en mucosa vestibular, área retromolar, borde de los bermellones. se presentan mayormente en adultos.	Cualitativa
Lengua Fisurada	surcos, que varían en tamaño y profundidad, y que pueden ser únicas o múltiples en el dorso de la lengua. Esta alteración puede ser congénita, aunque puede manifestarse en cualquier etapa de la vida y exacerbarse con la edad.	Cualitativa
Lengua Bífida	División de la lengua, la cual se divide en dos partes desde la punta hacia adentro tomando forma de lengua en v o también llamada de serpiente.	Cualitativa
Lengua Geográfica	Desorden inflamatorio de la mucosa lingual, pérdida de las papilas filiformes, los síntomas incluyen la aparición de maculas lisas, blancas o rojizas en la parte superior o lateral de la lengua, esta variante de la normalidad es idiopática.	Cualitativa
Anquiloglosia	Frenillo lingual con inserción corta, el cual altera la fisiología mecánica de la lengua, pudiendo provocar alteraciones anatómicas y	Cualitativa



	funcionales en otras estructuras de la boca.	
Úlcera Aftosa	Trastorno que provoca la aparición de úlceras pequeñas en la boca. Generalmente aparecen en el interior de los labios, en los carrillos o en la lengua. No se conoce la causa exacta de esta alteración.	Cualitativa
Lengua Saburral	Inflamación de las papilas, propiciando así una acumulación de bacterias por los restos de comida que se van acumulando en la lengua, tornándola de un color blanquecino. Asociada a mala higiene.	cualitativa
Queilitis Angular	Lesión inflamatoria en la comisura labial, que puede ser unilateral o bilateral. En casos graves, las fisuras pueden sangrar cuando se abre la boca, y formar úlceras poco profundas o una costra.	cualitativa
Hiperplasia Fibrosa	Agrandamiento del tejido conectivo; se considera una lesión reactiva ya que se presenta como respuesta a una irritante crónico local; es una lesión común en pacientes adolescentes y de edad adulta.	Cualitativa
Granuloma Piógeno	Aumento de volumen interdental, eritematoso y puede ser sangrante.	Cualitativa
Verruga vulgar	Se presenta como lesión asintomática, de consistencia firme, crecen rápidamente hasta alcanzar un tamaño máximo de 5 a 6 mm, su coloración va del blanco al rosa dependiendo	Cualitativa



	del grado de queratinización, son lesiones generalmente solitarias pero pueden presentarse de manera múltiple. Común en niños y adolescentes; su prevalencia es igual en hombres y mujeres.	
Mucocele/ Ránula	Lesión papulosa hemisférica, que normalmente se presenta de forma solitaria en la mucosa del labio inferior, aunque también puede afectar al suelo de la boca (ránula), la mucosa oral y la lengua. Suele tener una coloración rosada o azulada, un aspecto translúcido, una consistencia blanda, y medir desde unos pocos milímetros hasta más de 1 cm	Cualitativa
Absceso/ Fistula	Abertura que se da en la mucosa que el propio organismo instaura para posibilitar la salida de pus que procede de un diente o de un tejido el cual presenta una infección. Se trata de un conducto que va desde la parte interna del diente hacia al exterior, concretamente al tejido blando (encía).	Cualitativa
Glositis Romboidea media	Suele localizarse en la línea media del dorso de la lengua por delante de la "V" lingual, en forma de área rojiza, romboidal, plana como una mácula o a veces exofítica, mamelonada, que puede sobresalir de 2 a 5	Cualitativa



	mm, en la que no se observan papilas filiformes.	
Línea Alba	banda fibrosa y de color claro (a veces blanco) que aparece a lo largo de la mucosa bucal a menudo al nivel del plano oclusal.	Cualitativa
Úvula Bífida	Fisura que afecta a la úvula que se encuentra en la parte posterior del velo del paladar, las formas clínicas varían de una simple muesca posterior a una duplicación completa de la úvula.	Cualitativa
Morsicatio Buccarum/Linguarum	Afectación mucocutánea poco frecuente de origen artificial, resultado del acto repetitivo plenamente consciente de autolesionarse mordiendo, casi siempre deliberado y en secreto por parte del paciente con el objetivo de atraer la atención de sus familiares y/o personal de salud.	Cualitativa
Gingivoestomatitis Herpética	Enfermedad viral contagiosa, causada por el Herpes virus, se observa principalmente en niños pequeños. Se caracteriza por fiebre, aftas orales y dificultad en la ingesta	Cualitativa
Melanosis Racial	Áreas pigmentadas de color café de intensidad variable, multifocales y de bordes poco definidos, las cuales se localizan predominantemente en la encía insertada, carrillos y bordes linguales, y con menor frecuencia en otros sitios de la mucosa bucal.	Cualitativa



Úlcera Traumática	Lesiones de superficie ulcerativa con halo eritematoso, la superficie está cubierta por una pseudo membrana blanca amarillenta, alcanzan tamaños de milímetros hasta centímetros de diámetro, además se localizan principalmente en lengua, labios, mucosa vestibular, paladar duro y blando, carrillos y encías, son usualmente dolorosas, pueden llegar a durar hasta 2 semanas, producidas por agentes	Cualitativa
Leucoedema	La mucosa afectada es asintomática y presenta un aspecto membranoso difuso y translucido, de color blanco grisáceo, generalmente se lo encuentra afectando la mucosa yugal de manera bilateral siendo más severo a la altura de la línea de oclusión.	Cualitativa
Hamartomas	Forma de un nódulo semejante a un tumor benigno, aunque se consideran una malformación y no un tumor.	Cualitativa

²⁸ Brand Neville. Patología Oral e Maxilofacial, 4ta Ed. Elsevier Brasil 2016



De acuerdo a su localización:

Labios: Repliegues musculocutaneos con textura firme y ligeramente húmedos

Encía: Mucosa color rosa coral, con presencia de puntilleo.

Carrillos: Mucosa color rosado, aspecto liso y húmedo, con presencia de glándulas salivales.

Lengua: órgano muscular, de color rosa, ligeramente húmedo, con presencia de papilas gustativas y gran rango de movimiento.

Piso de la boca: Cubierto de una mucosa humeda y lisa, ahí se encuentra el frenillo lingual, y se pueden observar las lasidas de los conductos salivales de la glándula sublingual.

Paladar duro: formado por una mucosa firme, fuertemente adherida al hueso maxilar, es de color rosa y presenta rugas palatinas y un rafe palatino.

Paladar blando: Formado por una mucosa rosada y delgada ubicada en la parte posterior de la boca y posee glándulas salivales menores¹.



8.6. Método de recolección de información

Se realizó un estudio de tipo observacional y transversal el cual consistió en una exploración bucal a los pacientes pediátricos de 8 a 15 años, siguiendo los parámetros que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Previo a la realización de la revisión de los pacientes, se realizó una calibración del revisor basada en dos exámenes donde se observaron 100 imágenes de diferentes alteraciones para posteriormente dar el diagnóstico, se estableció una Kappa de 95% de confiabilidad, considerándolo satisfactorio para la revisión y diagnóstico de los pacientes²⁹.

Se contó con una población total de 485 pediátricos con edades que van desde los 8 hasta los 15 años de edad, a los cuales se les realizó historia clínica y exploración bucal. (Anexo 1)

Como primer paso se entregó a cada padre de familia o tutor del paciente un consentimiento informado, donde se les proporcionaba información sobre el estudio a realizar, el cual tenían que firmar para dar su autorización y así poder ser incluidos en el estudio (anexo 2).

Posterior a recibir la autorización por parte de los responsables, se realizó la logística para una revisión organizada, estableciendo una fecha y hora.

Al iniciar la revisión se le pidió al paciente se posicionara frente al revisor, una vez situado se realizó exploración bucal extraoral e intraoral según como lo establece el manual de procedimiento de la facultad de Odontología de la UNAM (anexo 6)



8.7. Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central, medias, modas, porcentajes y medianas para el análisis de la edad, sexo y localización todos estos análisis se llevaron a cabo con las herramientas de SPSS V.25.³

8.8. Aspectos éticos

Al ser un estudio observacional donde se hizo intervención observacional, que incluye como unidad de estudio a los formatos de evaluación de los pacientes pediátricos de la institución “estrellas Colgate AC”, la Escuela Primaria “Prof. Onofre Meléndez” y alumnos de la Escuela Secundaria Técnica No 68 “Ing. Ignacio García Téllez”, donde según la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012³¹, Del expediente clínico, en el apartado “4.2 Cartas de consentimiento informado” solicita un consentimiento informado (anexo 2), describiéndolo como “aquellos documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente”. Así como también en la NORMA Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015³², Para la prevención y control de enfermedades bucales. En el punto “9.6 Carta de consentimiento informado” donde se enuncia que “Debe expresarse en lenguaje sencillo sin usar terminología técnica, es revocable mientras no inicie el procedimiento y no obliga al estomatólogo a realizar un procedimiento cuando ello implique mayor riesgo que beneficio al paciente”, adicional a lo anterior se respetó la identidad, manteniendo la información obtenida en total confidencialidad.

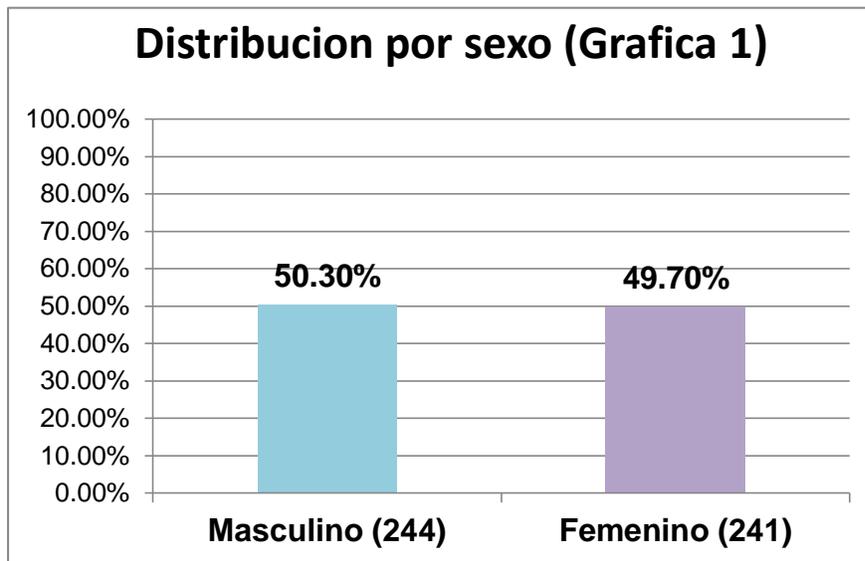


8.9. Recursos humanos y materiales

- Guantes
- Cubrebocas
- Bata
- Lentes de protección
- 40 espejos dentales planos del número 5 autoclavables
- Vasos desechables
- Pluma
- Formato de evaluación
- Computadora de escritorio "LENOVO ALL IN ONE" DE 1 Tb de memoria con sistema operativo Windows 10 64 bits

9. Resultados

De una población total de 485 pacientes que van desde los 8 hasta los 15 años de edad (Gráfica 3) se contabilizaron 244 pacientes del género masculino lo que representa el 50.30% y 241 del género femenino representando el 49.70% lo que significa que la relación entre grupos de sexo es muy cerrada (Gráfica 1)



Fuente Directa (comparación entre géneros en Estrellas Colgate)



Fig. 1 Revisión Estrellas Colgate

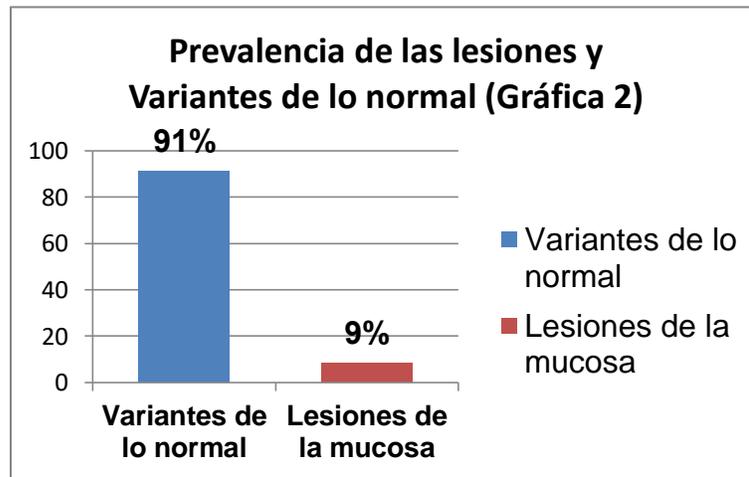


Fig. 2 Revisión E.S.T.
68



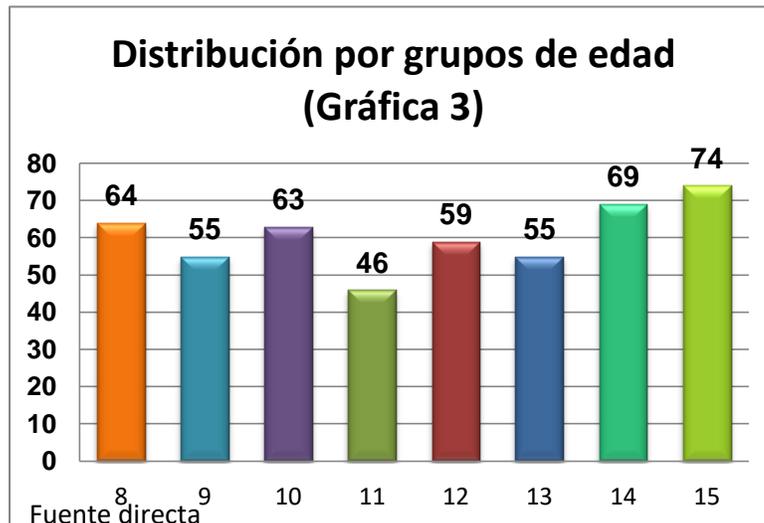
En 427 niños se reportaron una o más lesiones o variantes de lo normal siendo un total de 886, de las cuales el 91% fueros variantes de lo normal y solo el 9% algún tipo de lesión.

Del total de 886 lesiones o variaciones de lo normal, el sexo masculino presento 415 (46.8%) y 471 para las mujeres (53.2%)



Fuente Directa

De los 427 niños 221 fueron mujeres y 206 hombres, el grupo femenino ostento 471 alteraciones y el grupo masculino presento 415 alteraciones. (Tabla 1)



Fuente directa

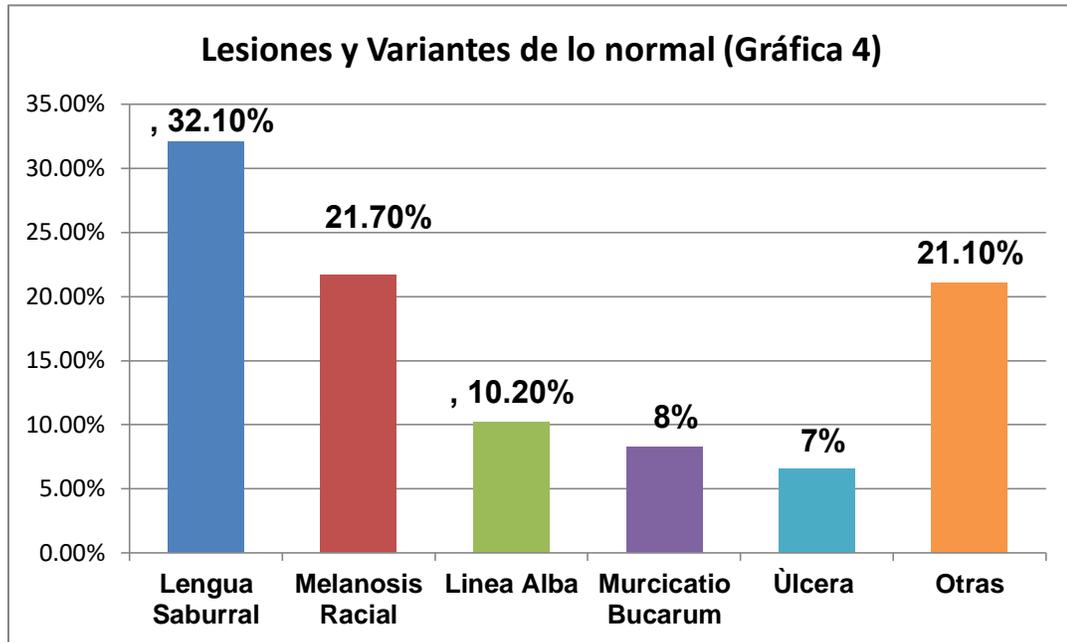


**Distribución de las lesiones y variantes de lo normal por género.
(Tabla 1)**

Tipo de lesión	H= 206	M= 221	Total
Lengua Saburral	139 (15.6%)	146 (16.4%)	285 (32.1%)
Melanosis racial	95 (10.7%)	98 (11.6%)	193 (21.7%)
Línea Alba	32 (3.6%)	59 (6.6%)	91 (10.2%)
Morsicatio Buccarum	30 (3.3%)	44 (4.9%)	74 (8.3%)
úlceras traumáticas	31 (3.4%)	28 (3.1%)	59 (6.6%)
Lengua Geográfica	17 (1.9%)	21 (2.3%)	38 (4.2%)
Lengua Fisurada	13 (1.4%)	23 (2.5%)	36 (4%)
Apéndice de Frenillo	14 (1.5%)	13 (1.4%)	27 (3.0%)
Gránulos de Fordyce	6 (0.6%)	11 (1.2%)	17 (1.9%)
Anquiloglosia parcial	5 (0.56%)	3 (0.33%)	8 (0.9%)
Nevo	4 (0.45%)	4 (0.45%)	8 (0.9%)
Úlcera Aftosa	5 (0.56%)	3 (0.33%)	8 (0.9%)
Torus Mandibular	5 (0.56%)	1 (0.11%)	6 (0.6%)
Queratosis Friccional	1 (0.11%)	4 (0.45%)	5 (0.56%)
Morsicatio Linguarum	0 (0%)	4 (0.45%)	4 (0.45%)
Queilitis Angular	3 (0.33%)	1 (0.11%)	4 (0.45%)
Lengua Crenada	1 (0.11%)	2 (0.22%)	3 (0.33%)
Úvula Bífida	1 (0.11%)	2 (0.22%)	3 (0.33%)
Boca Mano Pie	1 (0.11%)	1 (0.11%)	2 (0.22%)
Exostosis Maxilar	2 (0.22%)	0 (0%)	2 (0.22%)
Hiperplasia de papilas	1 (0.11%)	1 (0.11%)	2 (0.22%)
Leucoedema	1 (0.11%)	1 (0.11%)	2 (0.22%)
Macroglosia	2 (0.22%)	0 (0%)	2 (0.22%)
Mucocele	1 (0.11%)	1 (0.11%)	2 (0.22%)
varices linguales	2 (0.22%)	0 (0%)	2 (0.22%)
Fibroma	1 (0.11%)	0 (0%)	1 (0.11%)
Hérpes Labial	1 (0.11%)	0 (0%)	1 (0.11%)
Torus Maxilar	1 (0.11%)	0 (0%)	1 (0.11%)
	415 (46.8%)	471(53.2%)	886 (100%)

Fuente directa

La Lengua Saburral, la Melanosis Racial, la línea alba, el Morsicatio Buccarum y las Úlceras representan casi el 80% de las alteraciones encontradas y el resto de alteraciones figuran con el 21% de la estadística (Gráfica 4).



Fuente Directa



Fig. 3 Lengua Saburral



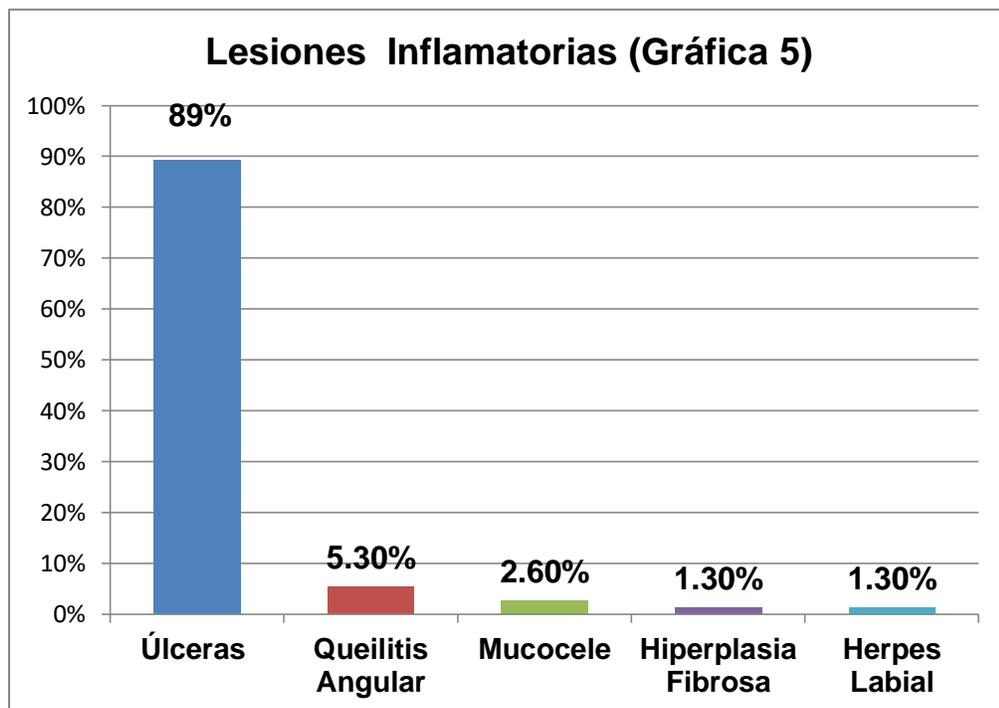
Fig. 4 Melanosis Racial



Durante la revisión de 485 pacientes se encontró un total de 75 lesiones inflamatorias de las cuales 42 se presentaron en el grupo masculino formado por 45 niños y 33 en el grupo femenino formado por 28 niñas, las siguientes lesiones se enlistan de mayor a menor aparición (Tabla 2, Gráfica 5).

Lesión	Total
Úlceras	67
Queilitis Angular	4
Mucocele	2
Hiperplasia Fibrosa	2
Herpes Labial	1

Tabla 2.



Fuente Directa



Fig. 5 Úlcera Labial

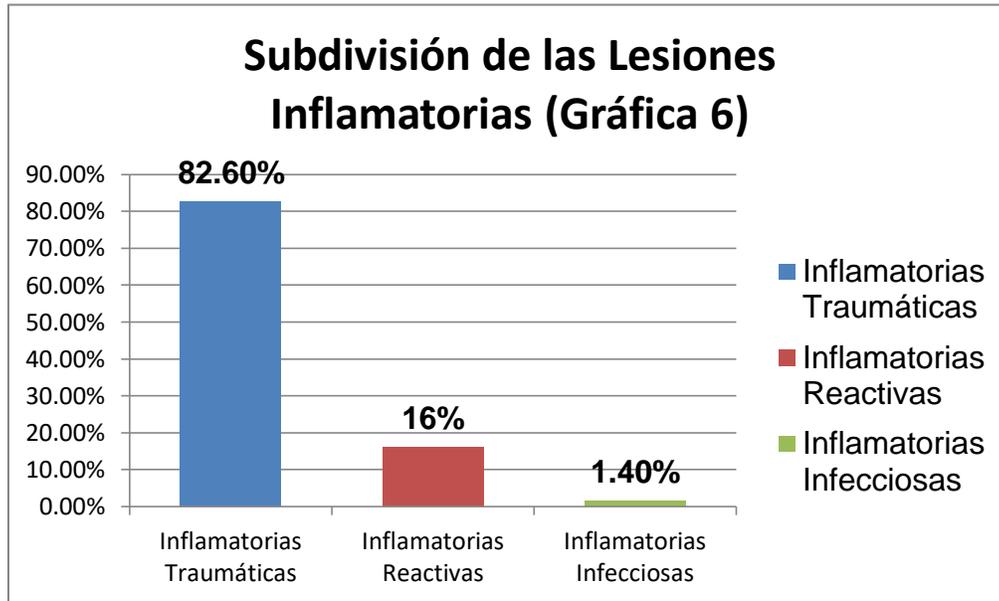


Fig. 6 Úlcera en Frenillo



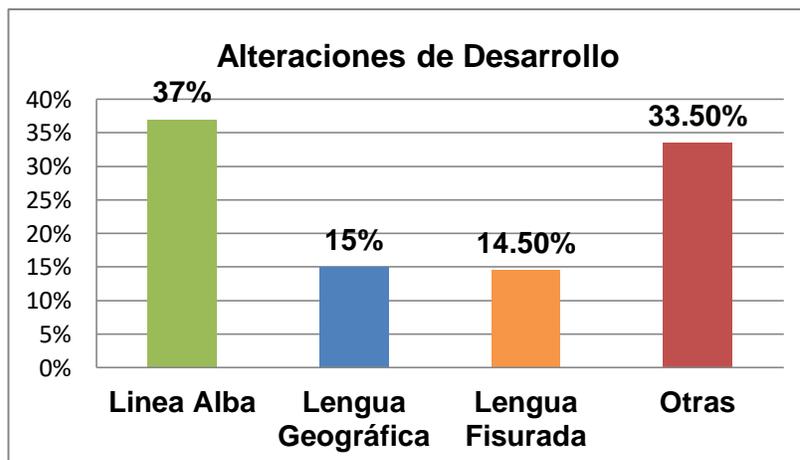
Fig. 7 Úlcera en carrillo

Dentro de las revisiones no se encontraron lesiones de tipo Metabólicas ni Neoplásicas, por lo que la totalidad de las lesiones halladas pertenecen a la clasificación de lesiones inflamatorias que se subdividen en: Inflamatorias Traumáticas con un Total de 62 lesiones lo que representa un 82.6%, Inflamatorias Reactivas con 12 lesiones que equivale al 16% e Inflamatorias Infecciosas con solo 1 lesión figurando un 1.4% del total de la estadística (Gráfica 6).



Fuente Directa

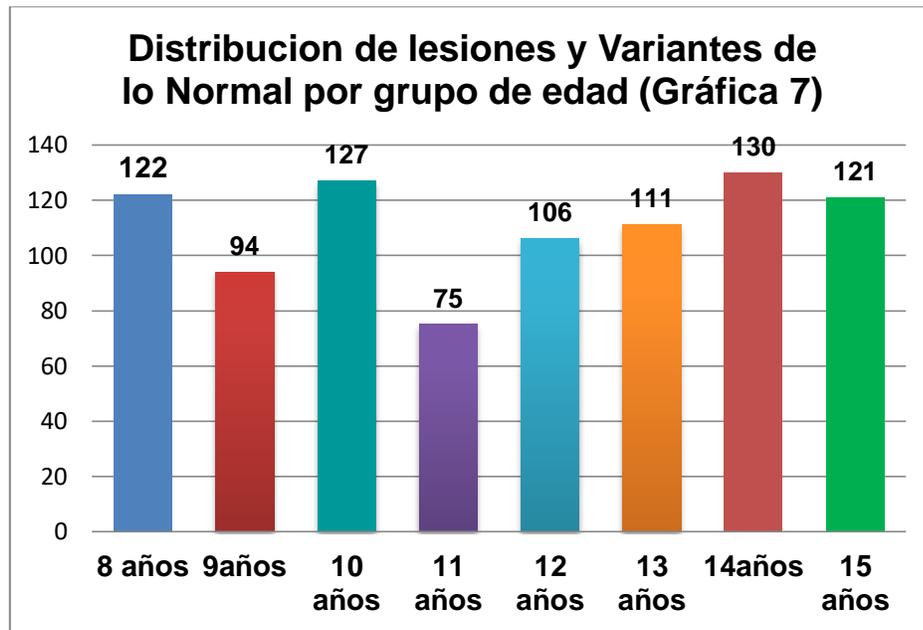
El número observado de lesiones de desarrollo fue de 248, es decir, para el sexo masculino 107 que represento el 44% y 56% para el sexo femenino con 141 alteraciones, en primer lugar se observo la Línea Alba con 91 casos (37%) en segundo lugar la lengua geográfica con 38 casos (15%) y en tercer lugar la lengua fisurada con 36 casos (14.5%), siendo el resto de las alteraciones representadas por un 33.5%.



Fuente Directa



La prevalencia de grupos por años de edad, se dividió en 8 grupos según los años que tenía cada niño, estos grupos van de los 8 hasta los 15 años de edad, el grupo con mayor número de lesiones encontradas fue el de 14 años con un total de 130, en segundo lugar el grupo de 10 años presentó 127, y el grupo con menor número de alteraciones encontradas fue el de los 11 años con solo 75 (Gráfica 7).

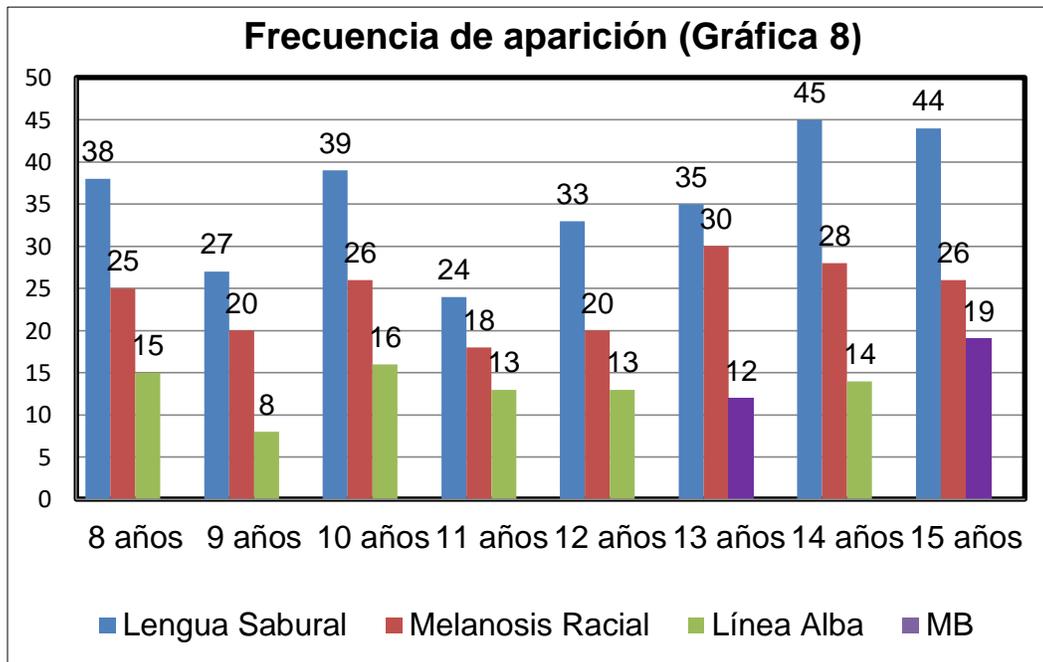


Fuente Directa

Las tres alteraciones más frecuentes por cada grupo de edad son: la lengua saburral presente en 45 niños en el grupo de los 14 años y 24 veces en el grupo de 11, en segundo lugar se ubicó la Melanosis Racial en el grupo de 13 años con 30 casos, el grupo de 11 años tuvo solo 18 casos, finalmente en tercer lugar se presentaron dos alteraciones, la Línea Alba, más frecuente en el grupo de 10 años con 16 casos y con menor número el grupo de 9 años con 8 casos (Gráfica 8).



En el grupo de los 13 y 15 años la tercera alteración más frecuente corresponde al Morsicatio Buccarum (Tabla 3)



Fuente Directa



Tabla 3
Alteraciones por Grupos de edad

	8	9	10	11	12	13	14	15	Total
Lengua Saburral	38	27	39	24	33	35	45	44	285
Melanosis racial	25	20	26	18	20	30	28	26	193
Línea Alba	15	8	16	13	13	4	17	5	91
Morsicatio Bucarum	7	6	7	4	11	12	8	19	74
Úlcera traumática	8	8	8	3	10	6	8	8	59
Lengua Geográfica	6	4	4	3	2	5	7	7	38
Lengua Fisurada	4	6	9	3	5	3	2	4	36
Apéndice de Frenillo	2	2	2	1	3	6	7	4	27
Gránulos de fordyce	7	1	3	2	1	2	1	0	17
Anquiloglosia parcial	2	1	3	0	0	1	0	1	8
Nevo	1	1	3	0	2	0	1	0	8
Úlcera Aftosa	0	0	0	0	2	3	3	0	8
Torus Mandibular	1	0	2	1	1	0	0	1	6
Queratosis Friccional	0	1	0	0	2	1	1	0	5
Morsicatio Linguarum	2	0	0	0	1	0	0	1	4
Queilitis Angular	1	0	0	1	0	0	1	1	4
Lengua Crenada	1	1	0	1	0	0	0	0	3
Úvula Bífida	0	2	0	0	0	1	0	0	3
Boca Mano Pie	0	1	1	0	0	0	0	0	2
Exostosis Maxilar	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Hiperplasia de papilas	0	1	0	0	0	1	0	0	2
Leucoedema	0	1	0	0	0	1	0	0	2
Macroglosia	0	0	0	1	0	0	1	0	2
Mucocele	0	1	1	0	0	0	0	0	2
varices linguales	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Hiperplasia Fibrosa	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Úlcera Herpética	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Torus Maxilar	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	122	94	127	75	106	111	130	121	886

Fuente directa



Fig. 8 Hiperplasia de papilas y Macroglosia



Fig. 9 Glositis Migratoria Benigna



Fig. 10 Lengua Fisurada



Fig. 11 Línea Alba



Fig. 12 Apéndice de Frenillo



Fig. 13 Torus Palatino

Las lesiones más frecuentes que afectaron la mucosa bucal fueron: Úlceras, Hiperplasia Fibrosa, Mucocele, Queilitis angular y Nevo.

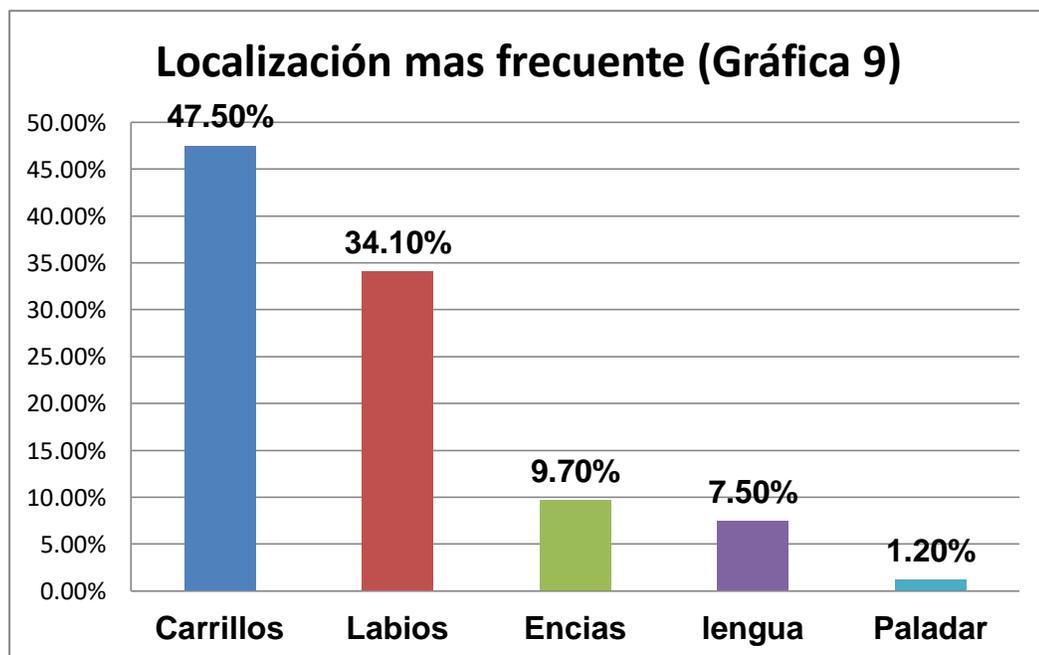


Fig. 14 Nevo en el labio inferior



Fig. 15 Queilitis Angular

La localización más frecuente por lesión fue en carrillos con 39 casos (47.5%), seguido por labios con 28 casos (34.1%), en tercer lugar encía con 8 casos (9.7%) posteriormente la lengua con 6 casos (7.5 %) y finalmente paladar duro con 1 caso (1.2%).(Gráfica 9)



Fuente Directa

En la siguiente tabla (tabla 4) se muestran la distribución de las alteraciones encontradas según la zona anatómica donde se observaron.

Localización por alteración (Tabla 4)

Lesión	Carrillos	labios	Encía	lengua	paladar
Úlceras	35	19	7	5	0
Nevo	2	3	1	1	1
Queilitis Angular	0	4	0	0	0
Hiperplasia Fibrosa	2	0	0	0	0
Mucocele	0	2	0	0	0
	39	28	8	6	1

Fuente Directa (Distribución de lesiones por zona cada anatómica en Niños de estrellas Colgate)



Fig. 16 Hiperplasia Fibrosa en labio inferior



Fig. 17 Mucocele



10. Discusión.

En México existen escasos estudios que hablen del tema de las lesiones de la mucosa oral y variantes de lo normal en niños, generalmente están enfocados a pacientes adultos, y en caso de que existan investigaciones sobre la población infantil en su mayoría son dirigidos a otros temas como la caries dental, enfermedad periodontal u ortodoncia. Por lo que este trabajo se suma a un número reducido de estudios realizados en México y en otros países, tal es el caso del estudio de Reynoso Licon y cols. y el de Estrada A. ambos realizados dentro del país. Por otro lado, internacionalmente se cuenta con estudios epidemiológicos como el de Shulman en 1994 y el estudio de Arendorf y Van der Ross en 1996.

Los resultados obtenidos después de haber realizado las revisiones de todos los pacientes arrojaron que la Lengua Saburral (32%), la Melanosis Racial (22%) y la Línea alba (10%) fueron las alteraciones con mayor prevalencia en los pacientes de 8 a 15 años de edad.

La úlcera traumática junto con la glositis migratoria benigna y la melanosis racial son las alteraciones con mayor prevalencia en pediátricos de 8 a 15 años de edad. A pesar de que dentro de las alteraciones con mayor prevalencia se encuentra la Melanosis Racial, la glositis migratoria benigna no figura dentro de las más prevalentes puesto que el número de casos reportados sobre estas alteraciones no son tan significativos como los de la lengua Saburral (285) y los de la línea Alba (196).

A diferencia de otros estudios de prevalencia como el de Ramírez-Amador, para este trabajo se consideraron todas aquellas variantes de lo normal que se encontraron en la mucosa oral sin excluir a ninguna, por esta razón el



número de alteraciones encontradas en estos pacientes fue considerablemente mayor en comparación con otros estudios.

Según los resultados se observó que hay diferencias en el número de casos presentes de la Úlcera traumática con 7% el cual fue un resultados menor al obtenido por Reynoso L donde represento el 12% posicionándola como la lesión más frecuente en su estudio, en la investigación de Castellanos se reportó que el Leucoedema fue la condición más frecuente, contrario a lo reportado en este trabajo donde la alteración más prevalente fue la lengua saburral.

En el caso de la Glositis Migratoria Benigna las estadísticas mostraron 21 casos en el grupo femenino y 17 en el grupo masculino, es decir, existe una mayor incidencia de esta alteración en el grupo femenino, en el caso de la Melanosis racial los números nos indican que la mayor prevalencia se va a encontrar en el grupo femenino con 98 casos, y 95 en el grupo de los varones, lo que concuerda con Sánchez M. en su estudio del 2017 donde menciona que la frecuencia de casos de melanosis fue mayor en el grupo femenino con 16% en comparación con un 12% del grupo masculino.

Como estadísticas generales se observa que el grupo con mayor afectación es el femenino con 53.2% en contraste con el 46.8% del grupo masculino por lo que no concuerdan los resultados obtenidos en este trabajo con el realizado por Reynoso L en 2004 donde la tasa de prevalencia de las lesiones de la mucosa fue mayor para el género masculino con 48.6% y menor para las mujeres con 38.2% .

De igual manera se registró la localización de las lesiones presentes en boca para poder determinar cuál sería el área que presentaría un mayor número de casos teniendo como resultado que la localización más frecuente fue en los carrillos con 39 casos, es decir 47.5% del total, caso contrario a lo



reportado por Adriana L en 2010 donde la zona con mayor número de casos reportados fue la encía con un 10.03% de su estadística, es importante hacer hincapié en que para determinar la localización más frecuente solo se tomaron en cuenta las lesiones y no las variantes de lo normal puesto que algunas solo se presentan en lugares específicos.

Para finalizar se debe tener en cuenta que a pesar de que este trabajo puede ser un apoyo para los odontólogos en el diagnóstico de las lesiones de la mucosa oral y las variantes de lo normal, es de importancia considerar que cada grupo poblacional está expuesto a diferentes factores tanto internos como externos que pueden modificar la estadística.



11. Conclusión

Se establece que el porcentaje de prevalencia en pacientes pediátricos de 8 a 15 años de edad es del 88%.

El género más afectado fue el femenino con 53.2% en contraste con el 46.8% del grupo de masculino.

Se observó que la lengua saburral fue la alteración con mayor prevalencia con un 32.1% seguido de la melanosis racial con 21.7% y la línea alba con 10.2%.

La ulcera traumática tuvo mayor presencia en el grupo masculino en comparación con el femenino.

La glositis migratoria benigna y la melanosis racial se observaron con mayor frecuencia en el sexo femenino.

El Morsicatio Buccarum y de la Glositis Migratoria Benigna presentaron un aumento en el número de casos conforme al aumento de edad.

La lengua saburral y la melanosis racial, se hicieron presentes en todos los grupos de edad en una estadística constante.

La anquiloglosia parcial y los gránulos de Fordyce presentaron una disminución en la frecuencia de casos según incrementaba la edad.

La localización con mayor número de lesiones fueron los carrillos con un 47.5%, seguidos por los labios con 34% y en tercer lugar la encía con solo 9.7%.

Para finalizar, la prevalencia de las lesiones de la mucosa oral además de las variantes de lo normal se presenta de manera variable dependiendo de



aquellos factores tanto internos como externos que influyen sobre el paciente tales como la edad, genero, hábitos o factores genéticos, la exploración bucal por parte del odontólogo en la población pediátrica es de suma importancia para detectar algún tipo de variación dentro de la cavidad oral que pudiera derivar en mayores complicaciones, además de conocer la prevalencia de ciertas alteraciones, pudiendo así dar un correcto diagnóstico y un tratamiento eficaz de ser necesario.



12. Anexos

Anexo 1

Prevalencia de las lesiones de la mucosa oral y variantes de lo normal en pacientes pediátricos de 8 a 15 años de edad.

Formato de evaluación

Edad: _____ Sexo: _____

Presenta alteración: Si _____ No: _____

Qué alteración presenta:

Localización:

Labios: _____

Lengua: Dorsal: _____ Ventral: _____

Paladar: Duro: _____ Blando: _____

Encías: _____

Piso de la boca: _____

Carrillos: _____



Anexo 2

Consentimiento Informado

Posterior a recibir la información referente al estudio de estadística “Prevalencia de las lesiones de la mucosa oral en pacientes pediátricos 8 a 15 años de edad” y después de que se hayan resuelto todas mis dudas y haciendo uso de mis facultades y mi total libertad:

Yo: _____ como padre o tutor de:

Autorizo que el pasante Brian Rodríguez Ramírez de la Facultad de Odontología realice una revisión de la cavidad oral a mi hijo, manteniendo su identidad anónima así como recopilar solo el sexo y la edad, como parte del estudio de estadístico realizado en esta institución.

Fecha _____

Firma: _____

Asentimiento del menor:

Solo si el niño/a asiente:

Nombre del niño/a _____

Fecha: _____



Ciudad de México a 20 de septiembre del 2019

Asunto: Solicitud de autorización para estudio de prevalencia.

CD. María Guadalupe Piña
Responsable de Atención Bucodental “Estrellas Colgate”

Presente:

Por medio de la presente yo, Brian Rodríguez Ramírez egresado de la facultad de odontología con número de cuenta 312109040, me dirijo a usted para solicitar su autorización para realizar un estudio de estadística en alumnos matriculados en ésta, como parte de mi trabajo de titulación el cual trata de una tesis que llevará por título “Prevalencia de las lesiones en la mucosa oral en pacientes pediátricos de 8 a 15 años de edad”.

Para este estudio la población objetivo serán 270 pediátricos de 8 a 15 años de edad, al ser una investigación observacional no se solicitará información personal a excepción de sexo y edad por motivos estadísticos, esta información se mantendrá confidencial.

El proceso consistirá en: una exploración armada de la cavidad oral, es decir con una lámpara y un espejo, se mantendrán medidas de higiene con el uso de barreras de seguridad como bata, guantes y cubrebocas, en esta se buscará la presencia de alguna lesión en la mucosa oral, en caso de estar presente se registrará su localización dentro de la cavidad bucal en un formato impreso donde se muestra una lista de patologías y su posible ubicación además del sexo y edad del paciente.

Al ser un estudio de prevalencia se clasifica como transversal por lo que no habrá mayor intervención en los alumnos más que la plena observación.

La realización de este estudio tiene un tiempo estimado de 2 días durante el mes de noviembre del presente año y será llevado a cabo por el pasante Brian Rodríguez Ramírez egresado de la facultad de Odontología de la UNAM

En espera de verme favorecido con dicha petición, reciba usted un cordial saludo.

Atentamente: P. Brian Rodríguez Ramírez



Ciudad de México a 27 de septiembre del 2019
Asunto: Solicitud de autorización para estudio de prevalencia.

Mtro. José Gustavo Pérez Hernández
Director de la Escuela Primaria “Profesor Onofre Meléndez”

Presente:

Por medio de la presente yo, Brian Rodríguez Ramírez egresado de la facultad de odontología con número de cuenta 312109040, me dirijo a usted cómo la autoridad de la institución para solicitar su autorización para realizar un estudio de estadística en alumnos matriculados en ésta, como parte de mi trabajo de titulación el cual trata de una tesis que llevará por título “Prevalencia de las lesiones en la mucosa oral en pacientes pediátricos de 8 a 15 años de edad”.

Para este estudio la población objetivo serán 150 pediátricos de 8 a 12 años de edad, al ser una investigación observacional no se solicitará información personal a excepción de sexo y edad por motivos estadísticos, esta información se mantendrá confidencial.

El proceso consistirá en: una exploración armada de la cavidad oral, es decir con una lámpara y un espejo, se mantendrán medidas de higiene con el uso de barreras de seguridad como bata, guantes y cubrebocas, en esta se buscará la presencia de alguna lesión en la mucosa oral, en caso de estar presente se registrará su localización dentro de la cavidad bucal en un formato impreso donde se muestra una lista de patologías y su posible ubicación además del sexo y edad del paciente.

Al ser un estudio de prevalencia se clasifica como transversal por lo que no habrá mayor intervención en los alumnos más que la plena observación.

La realización de este estudio tiene un tiempo estimado de 2 días durante el mes de noviembre del presente año y será llevado a cabo por el pasante Brian Rodríguez Ramírez egresado de la facultad de Odontología de la UNAM.

En espera de verme favorecido con dicha petición, reciba usted un cordial saludo.

Atentamente: P. Brian Rodríguez Ramírez



Ciudad de México a 27 de septiembre del 2019
Asunto: Solicitud de autorización para estudio de prevalencia.

Lic. Gabriel Dionisio Téllez
Subdirector de Escuelas Secundarias Técnicas de la Ciudad de México

Presente:

Por medio de la presente yo, Brian Rodríguez Ramírez egresado de la facultad de odontología con número de cuenta 312109040, me dirijo a usted cómo la autoridad de la institución para solicitar su autorización para realizar un estudio de estadística en alumnos matriculados en ésta, como parte de mi trabajo de titulación el cual trata de una tesis que llevará por título "Prevalencia de las lesiones en la mucosa oral en pacientes pediátricos de 8 a 15 años de edad".

Para este estudio la población objetivo serán 100 pediátricos de 12 a 15 años de edad de la Escuela Secundaria Técnica 68 "Ignacio García Téllez", al ser una investigación observacional no se solicitará información personal a excepción de sexo y edad por motivos estadísticos, esta información se mantendrá confidencial.

El proceso consistirá en: una exploración armada de la cavidad oral, es decir con una lámpara y un espejo, se mantendrán medidas de higiene con el uso de barreras de seguridad como bata, guantes y cubrebocas, en esta se buscará la presencia de alguna lesión en la mucosa oral, en caso de estar presente se registrará su localización dentro de la cavidad bucal en un formato impreso donde se muestra una lista de patologías y su posible ubicación además del sexo y edad del paciente.

Al ser un estudio de prevalencia se clasifica como transversal por lo que no habrá mayor intervención en los alumnos más que la plena observación.

La realización de este estudio tiene un tiempo estimado de 2 días durante la el mes de noviembre del presente año y será llevado a cabo por el pasante Brian Rodríguez Ramírez egresado de la facultad de Odontología de la UNAM.

En espera de verme favorecido con dicha petición, reciba usted un cordial saludo.

Atentamente: P. Brian Rodríguez Ramírez



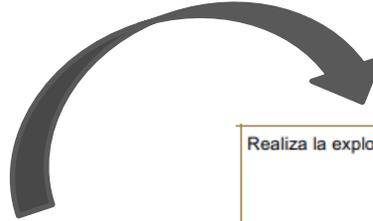
Anexo 6

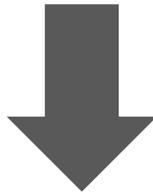
Actividad		
Inicia la exploración en los labios.	Palpa con la yema de los dedos el revestimiento cutáneo del borde libre de los labios, las comisuras labiales y el revestimiento mucoso.	Visualiza la mucosa bucal por retracción de la parte más posterior hacia la parte anterior.
Revisa simetría, forma, textura y color.	Estira la mucosa y observa toda la superficie del borde libre de los labios y parte de las comisuras.	Examina la mucosa en forma indirecta, emplea el espejo dental para separarla.
Revisa signos de irritación, sequedad y grietas (especialmente en las comisuras).	Pide al paciente que abra la boca lo más que pueda y observa ambas comisuras.	Anota el color, textura y humedad de la mucosa bucal.
Verifica si hay dificultad para cerrarlos.	Registra variaciones de lo normal, alteraciones y patologías de la región labial y perioral.	Observa la línea alba de color blanco, sobresaliente y de dirección posteroanterior.
Explora los límites de la región labial (superior, inferior y lateral).	Continúa con el revestimiento interno de la mucosa labial.	Verifica si coincide con la línea de oclusión.
Explora los límites comprendidos por la base de la nariz y surco nasolabial por arriba.	Explora primero el revestimiento del labio superior y después del labio inferior.	Localiza el conducto parotídeo (antes Stensen o Stenon), ubicado enfrente del primer molar superior (tiene aspecto de papila).
Explora línea imaginaria que baja de la pupila medio centímetro de la comisura y surco mentolabial por abajo.	Everte los labios con los dedos pulgar por dentro e índice por fuera, en forma bimanual, para su exploración.	Comprime la glándula parótida del mismo lado (previo secado del orificio con una gasa).
Explora los límites laterales que se localizan a un centímetro de la comisura labial.	Anota el color, textura y humedad.	Observa si la saliva es fluida y clara.
	Registra variaciones de lo normal, alteraciones y patologías del revestimiento interno de la mucosa labial superior e inferior.	





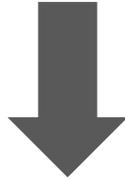
Registra variaciones de lo normal, alteraciones, patologías y permeabilidad de la glándula parótida.		Realiza la exploración de la lengua.
Palpa la consistencia de la mucosa bucal.		Pide al paciente que abra la boca ampliamente para visualizar sus superficies en su totalidad.
Palpa el borde anterior del músculo masetero, el pulso de la arteria facial y el trayecto del conducto parotídeo.	Realiza la exploración de la encía.	Recuerda la lengua forma parte de la mucosa especializada.
Palpa y observa en la superficie interna de los labios pequeños nódulos que son las glándulas salivales accesorias.	Verifica el color de la encía y si cubre el arco dentario y está adherido al cuello de los dientes.	Observa las partes anatómicas, la base o raíz, la punta, la cara dorsal, la cara ventral y sus bordes.
Evalúa la secreción mediante el secado de la mucosa con una gasa.	Recuerda que la encía forma parte de la mucosa masticatoria.	Anota el color, textura y humedad de las partes anatómicas.
Registra variaciones de lo normal, alteraciones y patologías de la mucosa bucal.	Anota el color, textura y humedad.	Realiza la exploración de lengua por inspección en reposo y en movimiento.
	Registra variaciones de lo normal, lesiones y enfermedades de la encía.	Recuerda, en reposo se va efectuar específicamente la tracción de la lengua.
		Sujeta firmemente con una gasa la lengua, sin lastimar al paciente.





Realiza movimientos de lateralidad para observar sus caras y bordes.		Realiza la exploración del piso de boca.
Revisa en los bordes las papilas foliadas en la parte más posterior.		Verifica que el paciente esté sentado con la espalda recta.
Revisa las estructuras que se encuentran en la cara dorsal.		Verifica que la mandíbula esté perpendicular al piso y que la punta de la lengua esté dirigida hacia el paladar duro.
Localiza las papilas calciformes, agujero ciego, V lingual y hacia la parte posterior la tonsila lingual (antes amígdala).		Anota el color, textura y humedad del piso de la boca.
Registra variaciones de lo normal, alteraciones y patologías de los bordes y cara dorsal de la lengua.		Revisa los conductos de las glándulas sublinguales, visible en los pliegues sublinguales y carúnculas.
Revisa las estructuras que se encuentran en la superficie ventral de la lengua.	Revisa los conductos excretores que se abren en pequeños nódulos en los pliegues fimbriados.	Revisa los conductos de las glándulas submandibulares (antes Wharton), visible en los pliegues sublinguales y carúnculas.
Revisa las venas linguales profundas (antes raninas), el frenillo lingual y glándulas linguales anteriores (punta de la lengua).	Anota el color, textura y humedad de la cara ventral de la lengua.	Revisa la permeabilidad de los conductos estimulando la secreción.
Recuerda que las glándulas linguales anteriores también se reconocen como glándulas salivales menores accesorias (Blandin y Nuhn).	Registra variaciones de lo normal, alteraciones y patologías de la cara ventral de la lengua.	Palpa la consistencia intra y extraoral, de manera bimanual con el dedo índice.





Visualiza los componentes del paladar.	Deprime con el espejo la base de la lengua.
Observa el paladar duro (o bóveda palatina).	Pide al paciente que pronuncie una "A" prolongada.
Observa el paladar blando (o velo del paladar).	Revisa la pared posterior de la cavidad oral, delimitada por el borde inferior del velo del paladar y la base de la lengua.
Explora la región anterior de manera indirecta con el espejo bucal.	Revisa la base de la lengua, limitada a los lados por el arco palatogloso (antes pilares).
Palpa la papila incisiva, las rugas palatinas y la parte anterior del rafe palatino.	Revisa la úvula, el paladar, los arcos palatogloso y palatofaríngeo, y en medio la fosa tonsilar.
Anota el color, textura y humedad de la región anterior.	Revisa la pared posterior de la porción oral de la faringe (antes orofaringe).
Explora la región posterior de manera directa.	Anota el color, textura y humedad de la pared posterior de la cavidad oral.
Palpa la parte posterior del rafe palatino, la fovea palatina, foveolas palatinas y el surco gingivopalatino.	Registra variaciones de lo normal, alteraciones y patologías de la porción oral de la faringe.
Anota el color, textura y humedad de la región posterior.	Valida el procedimiento de la exploración de la cavidad oral.
Registra variaciones de lo normal, alteraciones y patologías de la región anterior y posterior del paladar.	





13. Índice de Imágenes

Fig. 1 Revisión Estrellas Colgate.....	38
Fig. 2 Revisión E. S. T. 68.....	38
Fig. 3 Lengua Saburral.....	41
Fig. 4 Melanosis racial.....	41
Fig. 5 Úlcera Aftosa.....	43
Fig. 6 Úlcera Traumática en Frenillo.....	43
Fig. 7 Úlcera en Carrillo.....	43
Fig. 8 Hiperplasia de papilas y Macroglosia.....	48
Fig. 9 Glositis Migratoria Benigna.....	48
Fig. 10 Lengua Fisurada.....	48
Fig. 11 Línea Alba.....	48
Fig. 12 Apéndice de Frenillo.....	48
Fig. 13 Torus palatino.....	48
Fig. 14 Nevo en el Labio inferior.....	49
Fig. 15 Queilitis Angular.....	49
Fig. 16 Hiperplasia Fibrosa en Labio inferior.....	50
Fig. 17 Mucocele.....	50



14. Referencias

1. Sepúlveda J. cavidad oral, en: Histología. Biología celular y tisular. Instructivo de laboratorio, 6ed, 2016, pp 143-145
2. Fernandez G, Guzman A. Lesiones de la mucosa oral. En: Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica, Buenos Aires, Argentina 2015, pp139-148. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2015/dcm152k.pdf>
3. Kramer, I. R.; Pindborg, J. J.; Bezroukov, V. & Infirri, J. S. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. World Health Organization. Community Dent. Oral Epidemiol., 8(1):1-26, 1980.4. Banderas JA, Toshikasu O,
4. Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994.
5. Unfpa.org. (2019). WorldPopulationDashboard. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/data/world-population-dashboard> consultado el 6 de octubre del 2019.
6. INEGI, I. (2019). *Población*. Inegi.org.mx. disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/> [consultado el 6 de octubre del 2019.
7. Kleinman DV, Swango PA, Niessen LC. Epidemiologic studies of oral mucosa conditions-methodologic issues. Community Dent Oral Epidemiol 1991
8. García-Pola MJ, García JM, González M. Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de Oviedo (España). Medicina Oral 2002
9. Kleiman DV, Swango PA, Pndborg JJ. Epidemiology of mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-1987. Community Dent Oral Epidemiol. 1994
10. Arendorf TM, Van der Ross R. Oral lesions in a black pre-school South African population. Community Dent Oral Epidemiol 1996



- 11** Benevides dos Santos PJ, Ferreira C, Ferreira de Aguilar MC, Viera do Carmo MA. Cross-sectional study of oral mucosal conditions among a central Amazonian Indian community, Brazil. *J Oral Pathol Med* 2004
- 12.** Arendorf, T. M. & van der Ross, R. Oral soft tissue lesions in a black pre-school South African population. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 24(4):296-7, 1996.
- 13.** Ulmanky, M.; Lustmann, J. & Balkin, N. Tumors and tumor-like lesions of the oral cavity and related structures in Israeli children. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*, 28(4):291-4, 1999
- 14.** Espinoza I; Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med* 2003: 571-575.
- 15.** Rioboo-Crespo, M. del R.; Planells-del Pozo, P. & Rioboo-García, R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*, 10(5):376-87, 2005.
- 16.** Jiménez, C.; Kilikan, R.; Pérez, C.; Herrera, N. & Hernández, L. Estudios retrospectivo de lesiones patológicas en niños y adolescentes. *Rev. Latinoam. Ortod. Odontopediatr.* [Revista en Internet] 2008. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2015/dcm152k.pdf>
- 17.** Keochgerián, V.; Cuestas, M.; Padula, D. & Scavino, M. Frecuencia de las enfermedades de la mucosa bucal en el Uruguay en niños de 0 a 14 años. *Odontoestomatología*, 11(13):43-57, 2009.
- 18.** Castellanos J, Díaz-Guzmán L. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;105:79- 85.
- 19.** Sedano, Heddie O. et al. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* "Clinical orodental abnormalities in Mexican children" Volumen 68 1989.
- 20.** Ramírez-A VA, Mosqueda-T A, Hernández-LL H. Estudio epidemiológico de las lesiones de la mucosa oral. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. División de División ciencias Biológicas y de la Salud 1986



- 21.** Reynoso Licón, A. & Mendoza Núñez, V. M. Magnitud de lesiones bucales de tejidos blandos en niños de 1 a 6 años de edad de la ciudad de México. Rev. ADM, 61(2):65-9, 2004
- 22.** Adriana L. sustentante, frecuencia de alteraciones en la mucosa bucal de niños de 6 a 12 años de la primaria Tlamachtlicalli /CDMX, 2010
- 23.** Marx-Sánchez Pontón M, Fernández-Cuevas L, Alcalá-Pérez D, Tercero-Quintanilla G, Esquivel-Pedraza L. Prevalencia de alteraciones bucales en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Dermatol Rev Mex. 2017
- 24.** McPhee SJ, Lingappa VR, et al, Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine, 1 ed. Appleton & Lange, Stamford, 1995.
- 25.** Jacobsen PL, Carpenter WM, How then shall we think? About oral pathology using your M.I.N.D. Dentistry Today in press.
- 26.** Espinoza-Zapata, M.; Loza-Hernández, G. & Mondragón-Ballesteros, R. Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos. Informe preliminar. Rev. Cir. Cir., 74(3):1537, 2006.
- 27.** Laskaris G. Patologías de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes. Tumores Malignos, Colombia, primera ed. 2001 p. 294
- 28.** Brand Neville. Patología Oral e Maxilofacial, 4ta Ed. Elsevier Brasil 2016
- 29.** FacMed (2017). *Medición de la concordancia*. Disponible en: http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/10/U5_anexo8_presconcor_epiclin.pdf consultado el 10 de octubre del 2019.
- 30.** Méndez I. El Protocolo de Investigación, Ap; A: Análisis Estadístico (Prueba T). 2 ed. Mexico 1996 pp 139-142
- 31.** NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012
- 32.** NORMA Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015
- 33.** Manual de Procedimientos. Módulo de Introducción al diagnóstico, exploración clínica. Facultad de odontología, UNAM. 2016