



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y MEDICINA ORAL**

**“CARACTERIZACIÓN DE CONDICIONES Y LESIONES DE MUCOSA ORAL
EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA
DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE”**

Paula Javiera Paloma Mondaca Cabrera

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

**TUTOR PRINCIPAL
Prof. Dra. Gina Pennacchiotti Vidal**

**TUTORA ASOCIADA
Prof. Dra. Iris Espinoza Santander**

Adscrito a Proyecto PRIO-ODO 18/005

**Santiago - Chile
2019**



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y MEDICINA ORAL**

**“CARACTERIZACIÓN DE CONDICIONES Y LESIONES DE MUCOSA ORAL
EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ATENDIDA EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA
DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE”**

Paula Javiera Paloma Mondaca Cabrera

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE

CIRUJANO-DENTISTA

TUTORA PRINCIPAL

Prof. Dra. Gina Pennacchiotti Vidal

TUTORA ASOCIADA

Prof. Dra. Iris Espinoza Santander

Adscrito a Proyecto PRIO-ODO 18/005

**Santiago - Chile
2019**

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

En este momento, en el cual me encuentro por dar un gran y emocionante paso en mi vida, quisiera agradecer y dedicar este trabajo a todos quienes de algún modo u otro, me transformaron en quien soy ahora.

A quienes hicieron el camino un poco más difícil, más agotador, porque pude lograr sobreponerme a ello y confiar en mis capacidades.

A quienes en esos momentos de fatiga emocional o física, tuvieron para mí una palabra de aliento, un abrazo reconfortante, un apoyo, y en aquellos momentos de alegría, celebraron y rieron junto a mí.

A mis dos adoradas madres, Susana y Sonia, quienes a pesar de la distancia que nos separaba, estuvieron junto a mi incondicionalmente en cada momento: con mis dolores, derrotas, alegrías y triunfos. Son y serán siempre lo más importante en mi vida.

A mi padre, Jaime, por su especial preocupación y aliento ante las adversidades.

A mi compañero de tantas únicas y formidables vivencias, Nelson, por su apoyo y amor a lo largo de esta gran etapa.

A quienes ya no están físicamente, mi abuela Hortensia y mi abuelo Carlos, que dejaron en mi un valioso e indeleble legado y siempre confiaron en que alcanzaría mis metas.

A mis amigas con las que compartí y aprendí a conocer durante esta carrera, la cual hicieron mucho más grata y alegre, y con las cuales espero que nuestra amistad se prolongue en el tiempo.

Y en el origen de este trabajo, que ha sido hecho con mucha dedicación y perseverancia, quisiera agradecer a mis tutoras, Dra. Gina Pennacchioti y Dra. Iris Espinoza, por permitirme trabajar en su proyecto de investigación y compartir conmigo sus grandes experiencias y saberes.

Con amor,
Paula

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	9
I. INTRODUCCIÓN	10
II. MARCO TEÓRICO	12
II.1 Características anatómicas e histológicas de la cavidad oral	12
II.2 Tipos de mucosa oral	13
II.3 Patología de la mucosa oral	15
a) CONDICIONES DE LA MUCOSA ORAL O VARIANTES ANATÓMICAS	15
b) LESIONES INFECCIOSAS POR BACTERIAS, VIRUS, HONGOS	17
c) LESIONES REACCIONALES Y TRAUMÁTICAS	24
d) LESIONES ASOCIADAS A REACCIONES INMUNITARIAS	26
e) LESIONES PIGMENTADAS	27
II.4 Estudios de investigación previos	28
III. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	36
IV. MATERIALES Y MÉTODOS	36
IV. RESULTADOS	43
V. DISCUSIÓN	58
VI. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	65
VII. CONCLUSIONES	66
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
IX. ANEXOS Y APÉNDICES	74

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Distribución de frecuencia de pacientes con presencia de condición de mucosa oral, lesión de mucosa oral, ambas presentes y ninguna.</i>	44
<i>Figura 2. Distribución de frecuencia de pacientes con condiciones de mucosa oral según sexo.</i>	44
<i>Figura 3. Distribución de frecuencia de pacientes con lesiones de mucosa oral según sexo.</i>	45
<i>Figura 4. Distribución de frecuencia de pacientes con condición de mucosa oral según edad.</i>	46
<i>Figura 5. Distribución de frecuencia de pacientes con lesión de mucosa oral según rango de edad.</i>	46
<i>Figura 6. Distribución de frecuencia según etiología del total de tipos de lesiones de mucosa oral observadas.</i>	49
<i>Figura 7. Frecuencia de condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral según ausencia o presencia de antecedente de enfermedad sistémica.</i>	52
<i>Figura 8. Frecuencia de lesiones de la mucosa oral según ausencia o presencia de antecedente de enfermedad sistémica.</i>	52
<i>Figura 9. Frecuencia de condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral según ausencia o presencia de antecedente de uso crónico de fármacos.</i>	53
<i>Figura 10. Frecuencia de lesiones de mucosa oral según ausencia o presencia de antecedente de uso crónico de fármacos.</i>	54
<i>Figura 11. Frecuencia de condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral según ausencia o presencia de antecedente de alergia.</i>	54
<i>Figura 12. Frecuencia de lesiones de la mucosa oral según ausencia o presencia de antecedente de alergia.</i>	55

- Figura 13. Frecuencia de condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral según ausencia o presencia de antecedente de mal hábito oral. _____ 55*
- Figura 14. Frecuencia de lesiones de la mucosa oral según ausencia o presencia de antecedente de mal hábito oral. _____ 56*
- Figura 15. Frecuencia de condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral según ausencia o presencia de reporte de estrés cotidiano infantil. _____ 56*
- Figura 16. Frecuencia de lesiones de la mucosa oral según ausencia o presencia de reporte de estrés cotidiano infantil. _____ 57*

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla N°1. Frecuencia de condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de mucosa oral observadas</i>	<u>47</u>
<i>Tabla N°2. Frecuencia de lesiones de la mucosa oral observadas</i>	<u>48</u>
<i>Tabla N°3. Frecuencia de condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral observadas según localización.</i>	<u>50</u>
<i>Tabla N°4. Frecuencia de lesiones de la mucosa oral observadas según localización.</i>	<u>51</u>
<i>Tabla N°5. Enfermedades sistémicas reportadas como antecedente médico por los apoderados de los pacientes examinados en el estudio</i>	<u>83</u>

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La patología oral pediátrica abarca una variedad de entidades con expresiones clínicas diversas. Estudios en población pediátrica son escasos en Chile y aquellos realizados en adultos no son apropiados para valorar estas alteraciones orales en los niños, por lo que es necesario conocer cuáles son las que afectan con mayor frecuencia a esta población, para así realizar un certero diagnóstico y llevar a cabo un tratamiento adecuado y eficaz, contribuyendo a mejorar su salud oral.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se efectuó un examen clínico intraoral a pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile entre 4 a 13 años, de ambos sexos, cuyo apoderado autorizó participar. Se completó una ficha clínica, registrando lesiones y/o condiciones encontradas, antecedentes médicos e información sobre hábitos y estrés cotidiano. Se describió con porcentajes e intervalos de confianza. Se realiza un análisis de Chi cuadrado para analizar las diferencias usando STATA 14.0 ®.

RESULTADOS: Con una muestra total de 179 pacientes, la frecuencia de condiciones y lesiones de mucosa oral fue de un 65,9% y 36,9% respectivamente, con una frecuencia relativa total que alcanzó el 81,0%. Las lesiones traumáticas y reaccionales fueron las más frecuentes con un 71,4% del total de tipos lesiones observadas, mientras que separadamente alcanzaron un 43,2% y 30,9% del total de lesiones respectivamente. Las lesiones infecciosas y aquellas asociadas a reacciones inmunitarias presentaron un 14,3% cada una. Dentro de las condiciones de mucosa oral, la más frecuente fue la lengua saburral presentándose en el 39,1% del total de pacientes.

CONCLUSIÓN: Ante los resultados obtenidos, en los que se presenta una alta frecuencia relativa de alteraciones en la mucosa oral de los niños, es preciso continuar realizando investigaciones sobre prevalencia de la patología oral pediátrica. Esto debido a los pocos estudios que existen actualmente, y por lo útil de este conocimiento tanto para el profesional odontólogo en su práctica diaria, como para la elaboración de programas de salud ministeriales en Chile con cobertura en niños que promuevan y eduquen en cuanto a la prevención de este tipo de patologías.

I. INTRODUCCIÓN

La salud oral es un espejo que nos permite ver reflejados diferentes aspectos o condiciones de la salud general. Hoy en día existe evidencia de como las patologías orales se relacionan con diversos tipos de enfermedades, como por ejemplo, de tipo cardiovasculares o metabólicas. Desde la boca pueden pesquisar tempranamente condiciones sistémicas que reflejan desde deficiencias vitamínicas hasta infecciones virales, como por ejemplo el VIH (Minsal, 2018).

Ante tal escenario, es importante en beneficio de la salud integral de los pacientes, abordar otro tipo de patologías y condiciones, de menor prevalencia, pero no por eso de menor impacto, como aquellas que pueden manifestarse en la mucosa oral. Estas constituyen un grupo heterogéneo que incluye alteraciones del desarrollo, lesiones infecciosas, lesiones por injurias químicas o físicas, reacciones alérgicas o de enfermedades inmunológicas, lesiones reaccionales, neoplasias benignas y malignas. Es necesario diferenciar las lesiones de aquellas manifestaciones que corresponden a variaciones de la normalidad, ya que no revisten en si mismas una entidad patológica, pero si aparecen con mayor frecuencia (Neville y cols., 2016).

Realizar un examen clínico con la mayor acuciosidad posible por parte del profesional odontólogo, constituye una herramienta de gran importancia, ya que esta será la base para obtener un diagnóstico acertado sobre las condiciones orales y lesiones de la mucosa oral (Yáñez y cols., 2016).

La mucosa oral tiene múltiples y relevantes roles, tales como otorgar protección tanto física como inmunológica y además participa en la función digestiva, absortiva y excretora (Gómez de Ferraris y cols., 2009). Estas funciones pueden verse afectadas con la aparición de lesiones de variada etiología.

La patología oral pediátrica abarca una gran variedad de entidades, con múltiples etiologías y expresiones clínicas muy diversas entre individuos. La correcta exploración de la mucosa bucal de los pacientes pediátricos implica tener acabada noción sobre las características clínicas normales de los tejidos que componen la

cavidad oral (Espinoza-Zapata y cols., 2006). Múltiples lesiones orales que se presentan en niños son de carácter benigno, pero más allá de reconocerlas, su importancia recae en que esta puede ser la primera manifestación de alguna patología sistémica (Kramer y cols., 1980), y por otra parte, en que podrían afectar directamente la calidad de vida del niño y, por consecuente, a su familia (Viera-Andrade y cols., 2014; Oliveira y cols., 2015). La aparición de alteraciones orales y periorales se pueden manifestar como diversas lesiones elementales principalmente, las cuales se definen como manifestaciones objetivas que evidencian procesos patológicos que afectan la mucosa (Lanza y Pérez, 2016). Estas lesiones pueden llegar a ser sintomáticas y algunas veces están asociadas a un grado variable de incomodidad, además muestran un patrón recurrente, por lo que requieren un diagnóstico temprano, tratamiento y seguimiento (Espinoza-Zapata y cols., 2006). En ocasiones los signos y síntomas que generan estas alteraciones son distintos a los que pueden manifestarse en adultos (González R. y cols., 2011), y podrían causar un significativo impacto negativo en la calidad de vida de los menores (Oliveira y cols., 2015).

Los estudios que analizan la prevalencia de la patología oral están orientados en su mayoría a población en edad adulta, y, por tanto, no son apropiados para valorar como afectan estas enfermedades a los niños (Espinoza-Zapata y cols., 2006), debido a que ellos durante su crecimiento y desarrollo experimentan una serie de cambios tanto biológicos, como psicológicos y sociales, que pudieran generar un impacto directo en su salud oral.

II. MARCO TEÓRICO

II.1 Características anatómicas e histológicas de la cavidad oral

La cavidad oral está constituida por un vestíbulo externo, limitado por los labios y las mejillas, y la cavidad oral propiamente dicha, separada del vestíbulo por el hueso alveolar y la encía. Los paladares duros y blandos forman la zona superior, y la zona inferior se encuentra limitada por el piso de boca y la lengua. El límite posterior está formado por los pilares de las fauces y las amígdalas (Nanci, 2013).

La cavidad oral se encuentra revestida por mucosa oral, la cual abarca anatómicamente desde el límite mucocutáneo de los labios hasta la faringe, donde continúa con la mucosa gastrointestinal. Funcionalmente la mucosa oral cumple con diversos roles, entre ellos separar y proteger los tejidos y órganos más profundos de la cavidad oral, transmitir información tanto sensitiva como sensorial y secretar sustancias, mayoritariamente saliva. Estructuralmente está constituida por dos capas fundamentales, que corresponden a un epitelio escamoso estratificado, llamado epitelio oral y tejido conectivo subyacente, llamado lámina propia (Nanci, 2013).

a) Epitelio oral

Constituye la barrera primaria entre el ambiente oral y los tejidos más profundos. Se clasifica como un epitelio escamoso estratificado, ya que sus células se encuentran estrechamente unidas entre sí y dispuestas en varias capas. Al igual que otros epitelios, el epitelio oral mantiene su integridad estructural mediante un proceso de renovación continua en el que las células producidas por las divisiones mitóticas en las capas más profundas maduran y experimentan una diferenciación terminal a medida que migran pasivamente hacia la superficie para reemplazar las que se desprenden (Nanci, 2013).

b) Lámina o membrana basal

La región donde el tejido conjuntivo de la lámina propia se encuentra con el epitelio oral suprayacente es una interfaz ondulada en la que las papilas del tejido conectivo se interdigitan con las crestas epiteliales. La unión propiamente tal entre ambas estructuras se da a través de la membrana basal. Esta unión física representa también una interfase de intercambio metabólico (Nanci, 2013).

c) Lámina propia

Esta estructura está compuesta por células, vasos sanguíneos, elementos neurales y fibras colágenas incrustadas en una sustancia amorfa. Se puede describir una capa papilar superficial, asociada con las crestas epiteliales y una capa reticular más profunda, que se encuentra entre la capa papilar y las estructuras subyacentes. El término reticular, es decir, en forma de red, se refiere a la disposición que presentan en esta capa las fibras de colágeno (Nanci, 2013).

II.2 Tipos de mucosa oral

La mucosa oral muestra una considerable variación estructural en diferentes regiones de la cavidad oral, no sólo en la composición de la lámina propia, la forma de la interfaz entre el epitelio y el tejido conjuntivo, y el tipo de epitelio superficial, sino también en la naturaleza de la submucosa. y cómo la mucosa está unida a las estructuras subyacentes (Nanci, 2013). Es así como se pueden reconocer tres tipos principales de mucosa, que se identifican de acuerdo con su función primaria:

- a) Mucosa masticatoria:** Cubre estructuras inmóviles como el paladar duro y la encía, que son zonas que están expuestas a fuerzas de compresión y corte, en constante abrasión durante la masticación de los alimentos, y está unida firmemente a ellas directamente mediante la unión de la lámina propia al perióstio del hueso subyacente, como en el mucoperióstio, o indirectamente por una submucosa fibrosa. Esta mucosa posee un epitelio de moderado grosor y en su mayor parte se presenta ortoqueratinizado. En la unión entre el epitelio y la lámina propia subyacente existen numerosas papilas alargadas que proporcionan una buena fijación mecánica y evitan

que el epitelio se desprenda bajo fuerzas de cizallamiento. La lámina propia también es gruesa y contiene una densa red de fibras de colágeno (Nanci, 2013).

b) Mucosa de revestimiento: Este tipo de mucosa cubre la cara ventral de la lengua, el interior de los labios, las mejillas, el paladar blando, el piso de la boca y los procesos alveolares hasta el límite con la encía, las cuales son regiones que están sujetas a movimiento. El epitelio de la mucosa del revestimiento puede alcanzar un grosor más grande que el de la mucosa masticatoria y no está queratinizado. De este modo, la superficie es flexible y capaz de soportar el estiramiento. En la interfaz con el tejido conectivo pueden existir algunas papilas delgadas que a menudo penetran en el epitelio. La lámina propia es generalmente más gruesa que en la mucosa masticatoria y contiene menos fibras de colágeno, que siguen un curso más irregular entre los puntos de anclaje. Asociadas con las fibras de colágeno hay fibras elásticas que tienden a controlar la extensibilidad de la mucosa (Nanci, 2013).

c) Mucosa especializada: La mucosa de la superficie dorsal de la lengua no se parece a ninguna otra parte de la cavidad bucal porque, aunque está cubierta por lo que es funcionalmente una mucosa masticatoria, también es un revestimiento muy extensible y, además, tiene diferentes tipos de papilas linguales. Algunas de ellos poseen una función mecánica, mientras que otros tienen papilas gustativas y, por lo tanto, tienen una función sensorial (Nanci, 2013).

II.3 Patología de la mucosa oral

Las lesiones que pueden presentarse en la mucosa oral pertenecen a un heterogéneo grupo de alteraciones. Estas alteraciones pueden manifestarse de muy diversas maneras, y si bien una clasificación basada en la clínica fundamental del paciente nos orientará el diagnóstico y facilitará el diagnóstico diferencial inicial, el examen clínico debe realizarse acompañado una cuidadosa anamnesis dirigida (González Otero y cols., 2006).

A continuación se detallarán las condiciones y lesiones de la mucosa oral más frecuentes en población pediátrica y su etiología.

a) CONDICIONES DE LA MUCOSA ORAL O VARIANTES ANATÓMICAS

Las condiciones de la mucosa oral refieren a un grupo de entidades que son consideradas como variante de lo normal o parte de un proceso fisiológico y que no son consideradas una verdadera patología (Kramer, 1980). Conocerlas es importante para evitar errores diagnósticos. Con frecuencia, estas anomalías tienen su origen en el desarrollo embriológico notablemente complejo de la cavidad oral, en el que participan varias hojas germinales y distintos procesos faciales. Otras anomalías constituyen únicamente variantes morfológicas de la normalidad sin significado patológico, pero que pueden favorecer la aparición de determinadas alteraciones patológicas (Bengel, 2010). Algunas entidades pertenecientes a este grupo son las siguientes:

- **Gránulos de Fordyce:**

Los gránulos de Fordyce son glándulas sebáceas que aparecen en la mucosa oral. Debido a que las glándulas sebáceas se consideran estructuras anexas cutáneas, las que se encuentran en la cavidad bucal a menudo se consideran "ectópicas". Sin embargo, debido a que los gránulos de Fordyce se informaron en más del 80% de la población, su presencia debe considerarse una variación anatómica normal (Neville y cols., 2016).

- Lengua geográfica:

Anomalía del desarrollo caracterizada por zonas eritematosas atróficas rodeadas por zonas serpiginosas blanquecino-amarillentas. Las lesiones evolucionan con períodos de remisión y recurrencia, reapareciendo cada vez en ubicaciones distintas. Es habitualmente asintomática, si bien algunos pacientes refieren sensación de quemazón o hipersensibilidad al calor (González Otero, 2006).

- Lengua escrotal o fisurada:

Es una condición relativamente común que se caracteriza por la presencia de numerosos surcos, o fisuras, en la superficie dorsal de la lengua. La causa es desconocida, pero existe evidencia que indica que la afección puede estar asociada a un rasgo poligénico o un rasgo autosómico dominante con penetrancia incompleta. El envejecimiento o factores ambientales locales también pueden contribuir a su desarrollo, y puede corresponder a uno de los signos de Melkersson-Rosenthal.

- Lengua saburral:

Condición presente en algunos individuos donde numerosas bacterias y células epiteliales descamadas se acumulan en la superficie dorsal de la lengua. Puede ser fuente de mal olor oral (Neville, 2016). La saburra puede estar relacionada con la placa dental existente y las condiciones periodontales que pueda presentar el paciente (Matsui, 2014).

- Leucoedema:

Se caracteriza por una acumulación de fluido dentro de las células epiteliales de la mucosa oral. Se presenta clínicamente de forma bilateral como una alteración blanca-grisácea semitransparente y asintomática. Puede extenderse por otras zonas de la cavidad oral. El leucoedema puede eliminarse temporalmente mediante el estiramiento de la mucosa oral donde se presenta (Rivera, 2016).

○ Sobreinserción frenillos orales:

Los frenillos orales son una inserción epitelial de tejido conectivo fibroso y muscular que se encuentran recubiertos por una membrana mucosa, situados ya sea en vientre lingual como en relación al vestíbulo oral. Cuando su inserción está en mal posición se describen como frenillos sobreinsertados pudiendo estar en una posición de inserción alta o baja ocasionando alteraciones ya sean diastemas, anquiloglosia, recesiones gingivales y problemas fonéticos que son las más comunes (Falgas, 2011).

b) LESIONES INFECCIOSAS POR BACTERIAS, VIRUS, HONGOS

Las patologías descritas a continuación son de alta frecuencia y relevancia en la cavidad oral, debido a su potencial contagioso y compromiso del estado general del paciente, por lo cual es importante realizar un diagnóstico certero y así indicar el tratamiento más adecuado.

BACTERIANAS

○ Impétigo:

Infección superficial de la piel que es causada por *Streptococo pyogenes* (*S. Pyogenes*) y *Estafilococo aureus* (*S. Aureus*), pudiendo actuar juntos o por separado. El epitelio intacto normalmente protege contra la infección, es así como muchos casos se originan en piel previamente dañada, como dermatitis, heridas, abrasiones o picaduras de insectos (Neville y cols., 2006).

- *Impétigo no bulloso:* Patrón infeccioso más común, presentándose con mayor frecuencia en las piernas, luego en el tronco, el cuero cabelludo y la cara. Lesiones faciales usualmente se desarrollan alrededor de la boca y nariz. Inicia con máculas rojas o pápulas, posteriormente evoluciona a frágiles vesículas, las cuales se rompen rápidamente y se cubren con una costra gruesa de color ámbar (Neville y cols., 2006).
- *Impétigo bulloso:* Generalmente es causado por *Estafilococo aureus* (*S. Aureus*), afectando más frecuentemente a bebés y recién nacidos. Las lesiones se caracterizan por vesículas superficiales que se agrandan

rápidamente para formar ampollas laxas las cuales se llenan con un líquido claro y seroso, volviéndose en poco tiempo más turbio y terminando purulento. Aunque las ampollas pueden permanecer intactas, generalmente se rompen y desarrollan una fina corteza marrón. Se pueden observar debilidad, fiebre y diarrea (Neville y cols., 2006).

○ Escarlatina:

Enfermedad infectocontagiosa exantemática de origen bacteriano y de distribución universal que afecta a individuos a partir de los tres años de edad. El agente responsable es el *Streptococo beta-hemolítico del grupo A (S. Pyogenes)*, a través de una exotoxina eritrogénica. La enfermedad comienza en forma de faringoamigdalitis convencional, apareciendo a los 2 días el exantema característico consistente en pequeñas máculas rojas, iniciando su aparición en tronco y cuello, extendiéndose luego hacia extremidades y cara, siendo intenso en axilas e ingles. A nivel oral cursa con un exantema muy marcado en la lengua, la cual aparece cubierta por un exudado blancoamarillento. Las papilas linguales sobresalen hiperémicas, estando engrosadas y dando el aspecto de lengua aframbuesada (Bascones y cols., 2006)

VIRALES

Virus Herpes Simple tipo 1 (HSV-1)

○ Gingivoestomatitis herpética primaria:

Se define como una infección primaria de la cavidad bucal, originada por el HSV-1. Está asociada a un cuadro febril con odinofagia y vesículas dolorosas en labios, encías, mucosa oral y porción anterior de lengua y paladar duro. Las lesiones son friables, se ulceran y pueden sangrar con facilidad. Pueden presentarse adenopatías cervicales o submentonianas. La duración de la gingivoestomatitis es de 10 a 14 días y la excreción viral persiste hasta la resolución de las lesiones. Los signos y síntomas bucales se presentan como una gingivitis severa con afección difusa, eritematosa y brillante en la encía y la mucosa bucal adyacente, con grados cambiantes de edema, hemorragia gingival (Yuni y cols., 2008).

- Herpes labial recurrente:

Es la lesión más común causada por HSV-1 y suele reactivarse con estímulos como el estrés, la ansiedad, luz solar prolongada o traumatismos. Afecta a la unión mucocutánea del labio y se comienza con síntomas de escozor, picor y sensación de parestesias muy localizadas, a los 2 días pueden observarse vesículas en ramillete de contenido claro amarillento con un tamaño que oscila entre 1 y 10 mm. Tras su rotura aparecen costras que curan sin dejar cicatriz entre los 8 y los 15 días (Pousa y Bascones, 2011).

- Herpes intraoral recurrente:

Se manifiesta con vesículas en ramillete a nivel de la mucosa masticatoria, que se ulceran rápidamente originando una erosión única con bordes estrellados y eritematosos, ligeramente dolorosa y que cura sin dejar cicatriz en 8 o 10 días (Pousa y Bascones, 2011).

Virus Varicela Zoster (VZV)

Es un virus neurodermatotropo, causante de la varicela como infección primaria, la cual es altamente contagiosa, afectando principalmente a niños, siendo su reactivación en adultos la que da lugar al herpes zóster. Las lesiones orales incluyen la presencia de vesículas en los labios y el paladar tanto duro como blando. A nivel oral las vesículas se rompen para formar lesiones ulceradas con bordes rosados prominentes que semejan aftas. En la piel aparecen erupciones de vesículas intraepiteliales que causan un dolor constante o intermitente y que se describe con carácter quemante. El herpes zóster en su manifestación oral podría incluso dar lugar a necrosis del periodonto y alteraciones óseas maxilares produciendo secuestros y pérdidas dentarias (Pousa y Bascones, 2011).

Virus Epstein-Barr (EBV)

El virus EBV infecta y se replica en el epitelio oral y en la orofaringe, así como en los linfocitos B. Se transmite por la saliva y la sangre y en países en desarrollo infecta a la mayoría de los niños, generalmente de forma asintomática y antes de los dos años de edad. En países desarrollados, sin embargo, afecta

generalmente a adolescentes causando la mononucleosis infecciosa, que se caracteriza por fiebre, linfadenopatías, astenia y faringitis. Se han descrito úlceras orales, petequias palatales y de forma menos frecuente también pericoronaritis, gingivitis necrotizante o úlceras gingivales (Pousa y Bascones, 2011).

Citomegalovirus (HCMV):

El HCMV se detecta en sangre y en secreciones orales como semen, saliva o leche materna. Es un virus muy frecuente, generalmente adquirido en la infancia, su infección primaria es sintomática cursando con faringitis, malestar, fiebre y linfadenopatías y el lugar de latencia es desconocido. Puede encontrarse a nivel de las glándulas salivares y puede infectar monocitos gingivales, macrófagos y linfocitos T. Las úlceras orales en pacientes inmunodeprimidos están frecuentemente relacionados con este virus. Dichas úlceras podrían ocasionalmente afectar a encías y periodonto dando lugar a destrucción ósea subyacente u osteomielitis. Se han descrito también casos de hiperplasia gingival (Pousa y Bascones, 2011).

Herpesvirus tipo 6 (HHV-6):

Este virus infecta el epitelio ductal de las glándulas salivares y se aísla en la saliva de la mayoría de los individuos, puede encontrarse también a nivel de encía de lesiones periodontales. En niños, el HHV-6, puede causar exantema súbito o incluso mononucleosis, neumonía, meningitis, encefalitis. Se le ha identificado como un cofactor para acelerar la inmunodepresión en pacientes infectados por VIH. (Pousa y Bascones, 2011).

Herpesvirus tipo 7 (HHV-7):

Se adquiere durante la infancia y la mayoría de los adultos son HHV-7 seropositivos. Este virus se encuentra en la saliva y ésta resulta la mayor vía de transmisión, de padres a hijos y así sucesivamente. Las glándulas salivares menores muchas veces albergan al virus y pueden ser el lugar de replicación de éste. Parece estar asociado con al menos dos condiciones patológicas: la roséola y la pitiriasis rosácea. La pitiriasis es un exantema caracterizado por

lesiones ovales cutáneas que pueden durar hasta dos semanas, pudiendo aparecer en lengua y mejillas (Pousa y Bascones, 2011).

Herpesvirus tipo 8 (HHV-8):

Ha sido recientemente descubierto y se cree que es el agente clave del sarcoma de Kaposi, se ha identificado en numerosas lesiones, incluso en lesiones periodontales de pacientes VIH positivos. Estudios serológicos refieren una prevalencia del 25% del virus HHV-8 en la población adulta estadounidense y de un 8% en los niños (Pousa y Bascones, 2011).

Virus Coxsackie

○ Enfermedad Mano-pie-boca:

La enfermedad de manos, pies y boca es una infección producida por el Coxsackie virus, generalmente serotipo A16, que afecta principalmente a niños, caracterizada por la aparición de vesículas en las zonas palmoplantares y en la mucosa oral. Los síntomas aparecen después 2 a 10 días de la exposición al virus, continuando por pocos días con manifestaciones semejantes al de un resfrío o influenza pero con síntomas intestinales (Delgado y cols., 2007).

○ Herpangina

Es producida por varios serotipos del virus Coxsackie A, afectando principalmente a población pediátrica. El virus posee un periodo de incubación de 2 a 10 días, luego del cual aparece el cuadro clínico que se caracteriza por la aparición de un enantema periuvular que evoluciona a vesículas blancoamarillentas en los pilares anteriores amigdalinos, paladar blando y úvula, no extendiéndose hacia la mucosa bucal y faríngea restante, facilitando diferenciarla de la gingivoestomatitis herpética y la estomatitis aftosa. Se acompaña a nivel general por fiebre alta, disfagia, cefalea, vómitos y dolor en extremidades (Bascones y cols., 2006).

Virus Papiloma Humano (VPH):

Es causante de múltiples lesiones hiperplásicas, verrucosas y papilomatosas de las células epiteliales de piel y mucosas, siendo además un factor de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino (Cháirez y cols., 2015).

- Papiloma oral: Lesión benigna que afecta a niños y adultos, pero tiene cierta predilección por personas de 30 a 50 años, los sitios de localización son: lengua, paladar blando, úvula, frenillo y bermellón. Clínicamente presentan un aspecto parecido a la coliflor, una superficie digitiforme, con crecimiento exofítico y base sésil (Cháirez y cols., 2015).
- Verruga vulgar: Es una lesión benigna, papilomatosa escamosa, que se localiza con más frecuencia en lengua, paladar duro, paladar blando, labio y bermellón, común en niños y adolescentes; su prevalencia es igual para ambos sexos. Se presenta asintomática, de consistencia firme, crecimiento rápido, alcanzando un tamaño máximo de 5 a 6 mm, su coloración va del blanco al rosa dependiendo del grado de queratinización, generalmente solitarias pero pueden presentarse de manera múltiple. Se ha sugerido que estas lesiones se contagian por contacto directo entre las personas, pero también pueden surgir mediante la autoinoculación (Cháirez y cols., 2015).
- Condiloma acuminado: Son lesiones que se pueden presentar en la mucosa oral, su apariencia es nodular blanda y sésil, con una superficie parecida a la coliflor. Su forma de contagio es venérea o por auto-inoculación (Cháirez y cols., 2015).
- Hiperplasia epitelial focal: También se le conoce como enfermedad de Heck. Es una patología benigna de la mucosa oral, caracterizada por lesiones múltiples, bien definidas, de 5 mm. aproximadamente, que se presentan como pápulas o placas del mismo color de la mucosa oral. Afecta labios, margen lateral de la lengua, así como la mucosa, su crecimiento es lento, y principalmente se presentan en niños de ambos sexos (Cháirez y cols., 2015).

Virus Sarampión:

Virus perteneciente a la familia *Paramyxoviridae*, de alta contagiosidad en personas no inmunizadas, que se transmite por contacto directo o por aire. El cuadro clínico consta de dos fases: la fase prodrómica caracterizada por fiebre alta, tos, coriza y conjuntivitis y manchas de Koplik que corresponden al enantema patognomónico de esta patología formado por micropápulas de 1 a 3 mm de color blanco-azuladas, ubicadas en la mucosa oral adyacente al 2° molar superior; y la fase exantemática con la aparición del rash maculopapular eritematoso característico del sarampión (Cuevas y cols., 2015).

FÚNGICAS○ **Candidiasis:**

Infección oportunista frecuente de la mucosa bucal provocada por hongos la familia de la *Candida* spp. Estos hongos son integrantes de la flora bucal habitual pero, por diferentes factores locales y sistémicos, pueden transformarse en la infección denominada Candidiasis oral (Pérez Caffarena y cols., 2004).

- *Pseudomembranosa:* Inflamación de la mucosa con la formación de placas superficiales blanco amarillentas las cuales se desprenden durante la masticación o al frotarla con una gasa dejando una mucosa erosionada, eritematosa, fácilmente sangrante (Pérez Caffarena y cols., 2004).
- *Eritematosa:* Lesión eritematosa erosiva, de tamaño variable, que puede sangrar espontáneamente, localizada en el dorso lingual o en la mucosa palatina preferentemente. El paciente relata que presenta la boca con la sensación de quemadura. Al examen clínico, se observa la lengua depapilada y enrojecida (Pérez Caffarena y cols., 2004).
- *Hiperplásica o leucoplásica:* se define como una lesión en placas o pápulas blancas, que no pueden ser desprendidos por raspado. De frecuente aparición en mucosa yugal, cerca de las áreas retrocomisurales y en lengua (Pérez Caffarena y cols., 2004).

- Queilitis angular:

La queilitis angular se presenta como áreas eritematosas y fisuradas en las comisuras de la boca. Generalmente bilateral y con sintomatología dolorosa. Con respecto a su etiología, frecuentemente *Stafilococo aureus* (*S. Aureus*) como *Candida albicans* están involucrados. El exceso de piel a lo largo de las comisuras o pliegues profundos en esta zona pueden provocar el crecimiento excesivo de *Candida albicans* al establecer un ambiente húmedo por la acumulación de saliva. También puede ocurrir queilitis angular en pacientes con deficiencias de ácido fólico, hierro, riboflavina, tiamina y vitamina B12 (Millsop y Fazel, 2016).

c) LESIONES REACCIONALES Y TRAUMÁTICAS

Este tipo de lesiones frecuentes en la mucosa oral se producen como consecuencia de un trauma mecánico y/o injuria de mecanismo diverso, ya que pueden influir otros factores locales como la presencia de placa bacteriana y tártaro dental (Espinoza, 2015).

- Morsicatio:

Lesión autoprovocada por el paciente, posiblemente a causa de hábitos nerviosos inconscientes, por estrés o ansiedad (Keochgerián y cols., 2009), en que la mucosa responde al trauma crónico produciendo queratina con su consecuente engrosamiento, el cual se vuelve ulcerado o erosionado dependiendo del grado de fricción. Puede manifestarse en la mucosa bucal “*Morsicatio buccarum*”, en el labio “*Morsicatio Labiorum*” o en la lengua “*Morsicatio Linguarum*” (Jiménez y cols., 2010).

- Queratosis friccional:

Se desarrolla en un sitio de irritación crónica de bajo grado. La irritación constante estimula la producción excesiva de queratina, con cambios secundarios en el grosor y en el color de la mucosa afectada. Los labios, las caras laterales de la lengua, la mucosa yugal a lo largo de la línea de oclusión

dental (línea alba) y las crestas alveolares desdentadas son los lugares de afectación más frecuente (Balbín Carrero y cols., 2009).

- Fibroma irritativo:

Hiperplasia reactiva de tejido conectivo fibroso, siendo su factor etiológico el traumatismo o la irritación local. Se presenta generalmente asintomático, en sitios como, mucosa de revestimiento, bordes laterales de lengua y reborde alveolar de pacientes edéntulos. (Correa y Arias, 2016). Suele tener un tamaño inferior a 15mm, base sésil o pediculada, forma redondeada u ovoide y, en general, es asintomático (Ferrer y cols., 2012).

- Granuloma telangiectásico:

El granuloma telangiectásico es un tumor de origen epitelial benigno que tiene predilección en cavidad oral a nivel de la encía, de contenido vascular y de crecimiento rápido, cuya etiología es atribuible a irritantes locales como placa bacteriana, calculo, traumatismos, presencia de restos radiculares y otros como la presencia de cuerpos extraños. Por lo general es exofítico puede ser pediculado o sésil y de consistencia blanda, la superficie puede ser lisa, granular o lobulada debido a los espacios vasculares superficiales dilatados que producen una apariencia de mora (Rebolledo y cols., 2010)

- Úlcera traumática:

Se caracterizan por una pérdida de sustancia del epitelio que deja expuesto el conectivo subyacente, de contornos regulares y base no indurada, aspecto limpio con halo eritematoso, que produce dolor intenso desde el principio, localizado, de carácter quemante. Las úlceras traumáticas son una de las lesiones más frecuentes en los tejidos blandos bucales. Se consideran traumáticas porque están producidas por una irritación mecánica, química, eléctrica o térmica, cuya principal característica es la presencia de una relación causa-efecto (Bascones y cols., 2005).

- Erosión traumática:

Una erosión se define como una lesión por pérdida de sustancia superficial. Suele deberse a pequeños roces o traumatismos y no suele ser muy dolorosa, cicatrizando en 2 o 3 días sin dejar cicatriz, si el agente causal no se encuentra presente. Son lesiones en las que el agente causal suele ser fácilmente identificable y, por lo tanto, se puede intentar eliminar. Cuando existe fricción sobre la mucosa se podrá desprender de forma superficial el epitelio dando lugar a lesiones de tipo erosivo (Somacarrera y cols., 2015).

d) LESIONES ASOCIADAS A REACCIONES INMUNITARIAS

- Estomatitis aftosa recurrente:

Enfermedad ulcerativa más frecuente de la mucosa oral, y se presenta como úlceras redondas y dolorosas con un margen eritematoso bien definido y un centro pseudomembranoso de color gris amarillento. Puede existir la sensación de ardor prodrómico que dura de 2 a 48 horas antes de que aparezca una úlcera. Ocurre en individuos sanos y por lo general se localiza en la mucosa bucal y labial y la lengua (Akintoye y Greenberg, 2005). Puede presentarse como:

- *Afta mayor:* Las úlceras son más grandes, mayor a 1 centímetro y más profundas. Sanan lentamente y pueden dejar cicatriz. Causan dolor significativo y fiebre (Witman y Rogers, 2003).
- *Afta menor:* Esta forma se caracteriza por el desarrollo infrecuente de una o más úlceras poco profundas, ovaladas o redondas pequeñas con un tejido fibromembranoso de color gris rodeado por una zona periférica de eritema. Generan dolor moderado y desaparecen sin dejar cicatriz en 1 a 2 semanas (Witman y Rogers, 2003).
- *Herpetiforme:* Esta variante presenta múltiples pápulas agrupadas de 1 a 2 mm que evolucionan a papulovesículas y, posteriormente, a úlceras, que pueden unirse. Las lesiones sanan en 7 a 30 días, a veces con cicatrices (Witman y Rogers, 2003).

e) LESIONES PIGMENTADAS

Las lesiones pigmentarias bucales se pueden originar por acumulación anómala de pigmentos habitualmente presentes en la mucosa oral, como la melanina, o ajenos a ella como pigmentos exógenos y endógenos. Ellas pueden ser clasificadas etiológicamente en lesiones melanóticas idiopáticas, neoplasias, pigmentaciones exógenas y endógenas, pigmentaciones presentes en enfermedades o síndromes y pseudomanchas (Fernández-Blanco, 2015). Actualmente se necesitan estudios adicionales sobre la frecuencia, los tipos de lesiones y las características clínicas que distinguen las lesiones benignas de las malignas en población pediátrica especialmente (Pennacchiotti y cols., 2018).

- Pigmentación racial o fisiológica:

Es la coloración parda de la mucosa oral que no altera las estructuras normales, cuya fisiopatogenia es la hipermelaninosis debido a una variante genotípica. Se observa en personas de cualquier edad y sexo, aunque es más frecuente en pacientes con fototipos altos. Se manifiesta como máculas orales que varían entre el marrón claro a azuladas, dispuestas en banda o de forma difusa, simétricas y bien demarcadas. Se localizan con mayor frecuencia en encía adherida vestibular superior e inferior y en mucosa yugal (Fernández-Blanco, 2015).

- Mácula melanótica oral:

Se trata de una lesión pigmentada focal, cuya patogenia es una hipermelaninosis de causa desconocida o posinflamatoria. Se presenta como máculas pequeñas de color que varía entre marrón, azul o negro, únicas o múltiples, de distribución asimétrica, asintomáticas y benignas. Su localización más frecuente es en la semimucosa del labio inferior, cerca de la línea media, o en la mucosa intraoral: encía, paladar y mucosa yugal (Fernández-Blanco, 2015).

- Nevo melanocítico oral:

Estas lesiones constituyen neoplasias benignas de melanocitos cutáneos. Los nevos melanocíticos orales son poco comunes, a diferencia de su contraparte cutánea. Se cree que la mayoría de ellos son adquiridos. Se presentan en paladar duro, encías, mucosa oral y labios como pequeñas máculas o pápulas, cuya pigmentación va del gris al negro o azul, la cual corresponde a una proliferación de nidos de nevomelanocitos en el epitelio, el corion o en ambos (Fernández-Blanco, 2015).

- Tatuaje por amalgama:

Se trata de una lesión secundaria a la implantación traumática de partículas de amalgama o a la transferencia pasiva por fricción crónica de la mucosa bucal contra una amalgama restauradora. Es una etiología común de pigmentación oral y puede ser confundida con una lesión melánica. El diagnóstico se sospecha con el antecedente del procedimiento dental, la clínica y puede confirmarse mediante una radiografía periapical que demuestra la presencia de partículas radiopacas (Fernández-Blanco, 2015).

II.4 Estudios de investigación

En el marco de la presente investigación podemos encontrar estudios de prevalencia de alteraciones de mucosa oral en población infantil que basan su diagnóstico sólo en características clínicas, no obstante, presentan marcadas diferencias al precisar sus muestras de estudio, puesto que los rangos etarios no se encuentran bien definidos, incluyendo en ciertos casos a población lactante o adolescente.

Esta área de la patología oral tiene sus primeros reportes alrededor de los años 50. Existe un estudio en el cual se intentaba dilucidar alguna asociación entre la prevalencia de lengua geográfica y otros desórdenes sistémicos en niños. Contaban con una muestra total de 8.305 niños, de los cuales 5.425 eran menores de 2 años y un 14,6% de ellos presentaban la condición de lengua geográfica (Rahamimoff y Muhsam; 1957).

En un estudio realizado en la década de los 80, en Argentina, que consideró sólo pacientes de sexo masculino de entre 6 a 13 años, obtuvo una prevalencia de lesiones de mucosa oral del 61,3% de un total de 75 individuos. Las lesiones más comunes resultaron ser la queilitis angular (14,7%) y el herpes labial (10,7%). (Muñiz y cols., 1981).

Pocos años más tarde otro autor, también en Argentina, con una muestra total de 308 pacientes, incluyendo pacientes pediátricos de ambos sexos y con un rango etario más amplio, que abarcó desde 1 mes de recién nacido hasta 15 años de edad, se obtuvo una prevalencia de lesiones de un 33,8%. (Crivelli y cols., 1986). Nuevamente aparece dentro de las lesiones más prevalentes el herpes labial (10,38%), le sigue la lengua depapilada (6,16%) y la queilitis angular (5,19%). Siguiendo la línea investigativa, este mismo autor realizó otra investigación en la cual comparó la prevalencia de lesiones de la mucosa oral, dejando de lado las patologías periodontales, en escuelas de diferente estrato social. Contaba con 846 niños, de ambos sexos, entre 4 a 13 años de edad, donde la prevalencia de lesiones de mucosa oral alcanzó un 39,04%. En orden decreciente, las lesiones más prevalentes fueron las úlceras aftosas recurrentes (10,87%), luego el herpes labial (5,20%) y la queilitis angular (3,54%). Dentro de sus conclusiones refiere que no se generaron diferencias representativas según nivel socioeconómico (Crivelli y cols., 1988).

En Estados Unidos, a comienzos de la década de los 90, se publicó una investigación que contaba con una muestra total de 39.206 pacientes, cuyas edades se encontraban desde los 5 a 17 años. La prevalencia de lesiones resultó ser menor a la de otros estudios descritos en esta revisión, con un 4,1%. Se reportó un aumento de la prevalencia directamente con la edad. Las lesiones más comunes resultaron ser úlcera aftosa (1,23%), herpes labial (0,78%) y lengua geográfica (0,60%). Con respecto a su distribución en la cavidad oral, la mayoría fueron encontradas en la mucosa bucal y labial, seguido de los labios y lengua (Kleinman y cols., 1994).

En 1996 en Sudáfrica, se publicó un estudio realizado con una muestra total de 1.051 pre-escolares de edades que variaban entre los 18 a 80 meses, se obtuvo una prevalencia del 32,9%. Queilitis angular (15,1%) fue la lesión más prevalente, sin diferencias entre niñas y niños. En el estudio refieren que su presencia puede estar asociada a deficiencias nutricionales de la población. Le siguen en frecuencia los pits comisurales (9,6%), y las lesiones traumáticas (2,5%) (Arendorf y cols.,1996).

En el año 2002 en España, en un estudio que tan sólo consideró pacientes de 6 años de edad, se obtuvo un 38,9% de prevalencia para una muestra total de 624 menores. La lengua saburral fue la manifestación más común encontrada (16,02%), seguida por ulceración traumática (12,17%) y lengua geográfica (4,48%). (García-Pola y cols., 2002)

Un par de años más tarde se publica en Brasil, un estudio que contó con una muestra de 1.211 niños. Los resultados reportaron una prevalencia del 27% de lesiones de mucosa oral. Relevante en la investigación fue el hecho de que aquellos pacientes de entre 5 a 12 años presentaron una mayor frecuencia de lesiones que aquellos de menor edad. La lesiones más comunes consistieron en lengua geográfica (9,1%) y lesiones traumáticas (6,1%) (Bessa y cols., 2004).

El año 2005 en Estados Unidos, se publica un trabajo en el cual se detallan los resultados del Tercer Examen Nacional de Salud y Nutrición 1988-1994 y se contrastan con los del Examen Nacional de Salud Oral en niños escolares de Estados Unidos 1986-1987, con una muestra total de 10.030 individuos, con edades desde los 2 a 17 años, se describe que 914 niños tenían lesiones de mucosa oral, lo cual corresponde a una prevalencia del 9,11%. Las lesiones traumáticas fueron las más prevalentes (1,89%), seguidas de la estomatitis aftosa (1,64%) y el herpes labial recurrente (1,64%). También agrupa a las lesiones según localización recurrente en boca, siendo el labio el lugar de mayor frecuencia (30,76%). Dentro de los resultados destacan que las lesiones fueron más

prevalentes en hombres (11,76%) que en mujeres (8,67%) y que a mayor edad se reflejaba una más alta prevalencia de lesiones (Shulman y cols., 2005).

En el 2006 en Turquía, se dio a conocer una investigación que contó con 993 adolescentes, de 13 a 16 años, de los cuales 260 de ellos presentaron lesiones de mucosa oral, correspondiendo a una prevalencia del 26,2%. La mayor prevalencia resultó ser queilitis angular con un 9%, y además fue la única lesión que tuvo una correlación significativa con anemia. Otras lesiones más comunes resultaron ser línea alba (5,3%) y úlcera aftosa (3,6%) (Parlak y cols., 2006).

En el mismo año en México, para un estudio en el cual participaron 1.165 pacientes, de 1 a 16 años, se reportaron 86 lesiones, las cuales correspondieron a una prevalencia del 7,4%. Se reportó una diferencia significativa entre sexos, presentándose más manifestaciones en el sexo masculino. Las lesiones con mayor prevalencia resultaron ser la hiperplasia fibrosa (43 %) y la candidosis eritematosa (25.6 %) (Espinoza-Zapata y cols., 2006).

Poco tiempo más tarde en Venezuela se publicaron dos estudios de prevalencia de lesiones de mucosa oral en niños y adolescentes. El primero de ellos, contaba con una muestra total de 245 pacientes, cuyo rango etario fluctuaba entre 2 y 17 años. El 28,16%, es decir, 69 pacientes presentaron manifestaciones orales, siendo el grupo etario más afectado aquel entre 16 y 17 años. Entre las lesiones más comunes, se encontró el *morsicatio buccarum* y leucoplasia (15,87%), fibroma traumático (12,19%) y candidiasis (9,75%) (Jiménez y cols., 2007).

Dos años más tarde, la misma autora del estudio anterior publicó un trabajo enfocado en una población adolescente privada de libertad, de 12 a 19 años. De los 88 pacientes que participaron del estudio, 69 tenían lesiones de mucosa oral, arrojando una alta prevalencia (78,4%), en la cual el mayor porcentaje de pacientes afectados también comprendía entre los 16 y 17 años. Las lesiones más frecuentes fueron queilitis actínica (17%), leucoplasia (13%), *morsicatio buccarum* (12%) y fibroma traumático (12%). Casi la mitad de las lesiones se encontraron localizadas en el labio superior (49%) (Jiménez y cols., 2009).

Durante el mismo año en Uruguay es publicado un estudio que contó con 401 pacientes de entre 0 a 14 años de edad. La prevalencia obtenida fue de un 32,9%. Dentro de sus resultados destacan las prevalencias halladas por grupo de patología, siendo las lesiones traumáticas las de mayor frecuencia con un 13,7% (Keochgerian y cols., 2009).

Al año siguiente en Italia fue publicado un estudio retrospectivo de corte transversal que abarcó datos clínicos obtenidos entre los años 1997 y 2007. Contó con 10.128 pacientes pediátricos de 0 a 12 años. Se obtuvo una prevalencia del 28,9%. Lo distintivo de esta investigación está en que subdivide a la muestra total en relación a si manifestaban o no algún tipo de patología sistémica. Los resultados evidenciaron que para aquellos pacientes que presentaban encefalopatías se manifestaron más comunmente las lesiones en lengua y del tipo traumáticas en específico. Pacientes afectados por inmunodeficiencias o diagnosticados con leucemia presentaron una mayor prevalencia de úlceras recurrentes. Y en aquellos pacientes asmáticos, diabéticos o transplantados, la lesión más prevalente resultó ser la candidiasis oral (Majorana y cols., 2010).

Durante el año 2011 en India se publicó un estudio que contaba con 1.003 pacientes cuyas edades fluctuaban entre los 4 y 14 años. En este se diferenció claramente las prevalencias entre las lesiones (64,11%), las alteraciones del desarrollo (21,93%) y variantes de la normalidad de la mucosa oral (38,98%). Las lesiones orales más frecuentes fue gingivitis, absceso gingival y úlceras traumáticas. Dentro de las alteraciones del desarrollo, las que tuvieron mayor prevalencia fueron anquiloglosia e inserción alta del frenillo lingual, y para las variantes de la normalidad, se encuentran la línea alba buccalis y granos de Fordyce. La distribución de las lesiones de mucosa oral y de las variantes de la normalidad fue la misma para ambos géneros, a excepción de los gránulos de Fordyce. En este estudio sólo unas cuantas lesiones de la mucosa oral poseen diferencias según sexo y podrían correlacionarse positivamente con la edad. (Ambika y cols., 2011)

Dentro de los estudios más recientes se encuentra uno realizado en Brasil, en cuya investigación participó un total de 724 niñas y niños entre 2 y 5 años. Aproximadamente la mitad de los pacientes presentaba manifestaciones en mucosa oral (50,7%), siendo las más comunes las máculas melanóticas (17,8%) y las úlceras orales (11%). La relevancia de este estudio recae en la valoración que se hace del impacto negativo que estas pudieran generar en la calidad de vida de los preescolares. Es así como se concluyó que algunas condiciones orales no causaban tal repercusión, como por ejemplo al presentar una mácula melanótica. Pero otro lado si determinaron una asociación entre la presencia de fístulas y caries dentales con un deterioro en la calidad de vida de los niños (Viera-Andrade y cols., 2015). Para la segunda más alta prevalencia detallan que aunque existen estudios previos en que evidencian que este tipo de lesiones pueden causar dolor al exponerse el tejido conectivo (Femiano y cols.; 2007) no se encontró asociación en esta investigación con respecto a la calidad de vida. Por lo que también concluyen que el diseño transversal utilizado no permite la determinación de la relación causa-efecto entre los diferentes tipos de manifestaciones de la mucosa oral y la calidad de vida de los niños. Aconseja realizar estudios de tipo longitudinal para lograr dilucidar la real asociación que existe entre ellos (Viera-Andrade y cols., 2015).

En el mismo año, otro investigador que también buscaba hacer énfasis en la relación que pudiera existir entre las lesiones de mucosa oral y la calidad de vida, publicó un estudio con una muestra total de 1118 preescolares de 5 años de edad. En este la prevalencia de lesiones de mucosa oral fue de 30,1%. De ellas, las úlceras fueron las lesiones más frecuentes (29,4%) seguido por pápulas o nódulos (21,9%) y por último lesiones pigmentadas (13%). Concluyen que aquellos menores que presentaron lesiones, éstas afectaron la calidad de vida relacionada con la salud oral. (Oliveira y cols., 2015)

En el año 2018 en México, un estudio realizado en población escolar, contó con una muestra total de 2.394 niñas y niños de entre 6 a 12 años de edad. 365 (15,25%) de los escolares presentaron lesiones de mucosa oral, siendo las de tipo traumáticas las más frecuentes, registrándose en 183 (51,2%) de aquellos pacientes que presentaron lesión (Caudillo y cols., 2018).

Durante la última década en Chile también se han presentado una reducida cantidad de estudios sobre manifestaciones en mucosa oral, en población de adultos mayores (Espinoza y cols., 2003), población mayor de 20 años (Raposo y cols., 2011), y también a partir de registros de biopsias orales y maxilofaciales de pacientes menores de 16 años (Donoso y cols., 2013) los cuales no son lo suficientemente representativos de la población general adulta, menos aún de la población pediátrica, impidiendo llegar a un conocimiento acabado sobre la caracterización y prevalencia.

Hace dos años, se publica una investigación que contaba con 219 pacientes que asistían regularmente a una clínica odontopediátrica perteneciente a una universidad chilena, de los cuales un 37,6% de ellos presentaba alguna lesión al momento del examen clínico. Al dividir la población según si padecían o no alguna enfermedad sistémica, la prevalencia en pacientes sanos fue menor (35,3%) versus aquellos que si la tenían, alcanzando en este grupo un 50%. En la muestra total estudiada, encabeza la lista de lesiones más frecuentes la úlcera aftosa menor (6,9%), seguida de fibroma irritativo (5%) y lesiones traumáticas (5 a 4%), localizadas comúnmente en los labios (38,5%) (Yáñez y cols., 2016).

Un reciente estudio, realizado también dentro del ámbito clínico-universitario, contó con 106 pacientes de entre 3 a 13 años. La prevalencia tanto de lesiones como de condiciones de mucosa oral obtenida por esta investigación resultó ser del 50%, manifestándose más frecuentemente en aquellos pacientes de 6 a 13 años, siendo la erosión traumática la lesión más común (14,15%) (Kong; 2018).

A lo largo del tiempo en que han transcurrido todas estas investigaciones se puede evidenciar la heterogeneidad de resultados obtenidos como consecuencia de la ausencia del uso de metodología estandarizada sobre criterios diagnósticos y las discrepancias en la selección de las muestras, lo que dificulta la comparación entre los estudios (Shulman y cols., 2005, Majorana y cols., 2010).

El escenario que se hace presente, hace imprescindible continuar realizando investigaciones en el ámbito epidemiológico nacional, tanto en áreas urbanas como rurales del país, utilizando metodología estandarizada, que respalde la instauración de bases científicas más sólidas en cuanto a la patología oral infantil y con ello dar pie a otros tipos de estudios que permitan seguir profundizando en el área al servicio de los pacientes. Todo el conocimiento generado permitirá orientar tanto a odontólogos generales como a especialistas de la salud en la detección y diferenciación de las diversas manifestaciones orales a través de un diagnóstico temprano para su posterior derivación a expertos en el área de patología oral si fuese necesario. A su vez, el profesional podrá enseñar directamente a sus pacientes y sus padres sobre el cuidado de la salud oral y la prevención de diversas patologías orales.

III. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS: Las lesiones de tipo traumáticas y reaccionales son las que presentan mayor frecuencia en niños de 4 a 13 años atendidos en las Clínicas de Odontopediatría de IV y V año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile el año 2018.

OBJETIVO GENERAL: Describir la frecuencia y características de las condiciones y lesiones de mucosa oral que presentan niños de 4 a 13 años atendidos en las Clínicas de Odontopediatría de IV y V año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile durante el año 2018 .

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Estimar la frecuencia de las condiciones y lesiones orales según sexo y rango de edad de los pacientes pertenecientes al estudio
2. Clasificar las condiciones y lesiones orales prevalentes de los pacientes pertenecientes al estudio según etiología y localización.
3. Describir la frecuencia de condiciones y lesiones orales según antecedentes de enfermedades sistémicas, tratamiento farmacológico, alergias, hábitos y reporte de estrés cotidiano en los pacientes pertenecientes al estudio.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

- a) **Diseño del estudio:** El tipo de estudio realizado fue observacional, descriptivo, de corte transversal, con un componente analítico.
- b) **Población de estudio:** Pacientes pediátricos atendidos en las Clínicas Odontológicas del Niño y Adolescente de IV y V año y Clínica de Odontopediatría Integral de V año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, durante el período de abril a diciembre del año 2018.
- c) **Selección de la muestra:** Se utilizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, asistiendo todos los días que estuvieran en funcionamiento las Clínicas de Odontopediatría mencionadas anteriormente.

d) Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA, ESCALA DE MEDICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	FUENTE DE INFORMACIÓN
Edad	Tiempo cronológico que vive una persona.	Cuantitativa discreta	Años	4 a 13 años	Ficha clínica (Anexo N°3)
Sexo	Conjunto de características anatómicas y fisiológicas que caracterizan y diferencian a hombres de mujeres.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Masculino = 1 Femenino = 2	Ficha clínica (Anexo N°3)
Antecedentes médicos personales	Registro médico que contiene información relevante sobre la salud de una persona.	Cualitativa nominal	<p>Estado de salud del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sano • Enfermo: <p>Asma, Dermatitis atópica, Alergia alimentaria, Enfermedades respiratorias, cardiovasculares, digestivas, endocrinas, autoinmunes, nefrourológicas, ginecológicas, neurológicas, dermatológicas, Otras.</p>	<p>a) Sano = 1 b) Enfermo = 2 b.1) Tipo de enfermedad: Asma= 01, Dermatitis atópica=02 Alergia alimentaria=03 Enf. respiratorias= 04 Enf. cardiovascular=05 Enf. digestivas= 06 Enf. endocrinas= 07 Enf. autoinmunes=08 Enf. nefrourológicas=09 Enf. ginecológicas =10 Enf. neurológicas=11 Enf. dermatológicas=12 Otras = 13</p>	Ficha clínica (Anexo N°3)
Tratamiento farmacológico	Uso de medicamentos para la prevención y tratamiento de las enfermedades.	Cualitativa nominal	<p>Si utiliza tratamiento farmacológico</p> <p>No utiliza tratamiento farmacológico</p>	<p>a) Si utiliza tratamiento farmacológico= 1 En el caso de "SI" deberá detallarse el tipo de medicamento. b) No utiliza tratamiento farmacológico= 2</p>	Ficha clínica (Anexo N°3)

Alergias	Respuesta inmunitaria excesiva provocada en individuos hipersensibles por la acción de determinadas sustancias, especialmente ambientales. (González LM, 2014)	Cualitativa nominal	Si presenta alergias No presenta alergias	a) Si presenta alergias = 1 En el caso de "SI" deberá detallarse a que sustancia es específico es alérgico. b) No presenta alergias = 2	Ficha clínica (Anexo N°3)
Malos hábitos orales	Costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, que pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático (Agurto y cols., 1999).	Cualitativa nominal	Si presenta mal hábito No presenta mal hábito Succión dedo, chupete, mamadera o labio, onicofagia, respiración bucal, la interposición lingual, rechinamiento dentario.	a) Si presenta mal hábito = 1 En el caso de "SI" deberá detallarse que mal hábito se encuentra presente. b) No presenta mal hábito = 2	Ficha clínica (Anexo N°3)
Reporte de estrés cotidiano	El estrés cotidiano infantil se trata de sucesos, problemas, preocupaciones y contrariedades de alta frecuencia, baja intensidad y alta predictibilidad que pueden alterar bienestar emocional y físico del individuo (Seiffge-Krenke, 2007). Los estresores de naturaleza cotidiana se agrupan en tres ámbitos principales: salud, escuela y familia (Trianes, 2002).	Cualitativa nominal	Apoderado(a) o tutor(a) legal reporta presencia de estrés cotidiano infantil Apoderado(a) o tutor(a) legal no reporta presencia de estrés cotidiano infantil	Apoderado(a) o tutor(a) legal reporta presencia de estrés cotidiano infantil = 1 Apoderado(a) o tutor(a) legal no reporta presencia de estrés cotidiano infantil = 2	Ficha clínica (Anexo N°3)

Tipo de condición o lesión oral	Grupo etiológico al cual pertenece la lesión o condición oral, Se utilizará como guía para su clasificación el libro "Patología Oral y Maxilofacial" de Neville, 3ra Edición, 2016.	Cualitativa nominal	Defectos o variantes del desarrollo o de la normalidad Lesiones infecciosas por bacterias, virus, hongos y parásitos Lesiones traumáticas y reaccionales Lesiones asociadas a reacciones inmunitarias Lesiones neoplásicas	a) Defectos o variantes del desarrollo o de la normalidad = 1 b) Lesiones infecciosas por bacterias, virus, hongos y parásitos = 2 c) Lesiones traumáticas y reaccionales = 3 d) Lesiones asociadas a reacciones inmunitarias = 4 e) Lesiones neoplásicas = 5	Ficha clínica (Anexo N°3)
Ubicación de condición o lesión oral	Sitio anatómico de la cavidad oral donde se hace presente la lesión o condición.	Cualitativa nominal	Ilustración topográfica de la cavidad oral (Kramer y cols., 1980).	Los códigos según área van correlativamente del 13 al 56.	Ficha clínica (Anexo N°3)
Sintomatología	Conjunto de manifestaciones de una enfermedad o de un síndrome que solo es percibida por el individuo que lo padece.	Cualitativa nominal	Si presenta síntomas No presenta síntomas	a) Si presenta síntomas = 1 Detallar que tipo de síntomas, como por ejemplo, dolor, ardor, etc. b) No presenta síntomas = 2	Ficha clínica (Anexo N°3)

e) Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Pacientes que asistieron a las Clínicas Odontológicas del Niño y Adolescente de IV y V año y Clínica de Odontopediatría Integral de V año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, atendidos por estudiantes de pregrado de los cursos mencionados en sus horarios establecidos.
- Pacientes de entre 4 a 13 años de edad, de ambos sexos.
- Pacientes cuyos padres o tutores legales aceptaron la participación en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado.
- Pacientes mayores de 12 años que aceptaron participar de la investigación mediante la firma del asentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Paciente, padre o tutor legal que no accedió a participar de la investigación.
- Pacientes que no estuvieron acompañados por padres o tutor legal al momento del examen.

f) Recolección de información

A través de la tutora principal del proyecto de investigación se solicitó el permiso de los respectivos jefes de clínica de los cursos de Odontopediatría de IV y V año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, para poder realizar el estudio en los pacientes atendidos en sus clínicas durante sus horarios de atención. Se explicó al apoderado que asiste junto a su pupilo (a) el motivo por el cual se les invita a participar de la investigación. Se les explica detalladamente el consentimiento informado (Anexo N°1) para la toma de conocimiento sobre las bases de la investigación y los procedimientos a realizar, y del asentimiento informado en caso de los pacientes mayores de 12 años (Anexo N° 2). Ambos documentos quedaron firmados en caso de permitir la participación en el estudio.

Posterior a ello se completó la ficha clínica (Anexo N°3) con los datos relevantes del paciente previo a la realización del examen clínico como tal. Para llevarlo a cabo se

esperó a que el alumno tratante del curso de Odontopediatría de IV o V año diera por terminada la atención. El examen clínico se efectuó en el mismo sillón dental donde se atendió previamente al paciente, con la apropiada iluminación e instrumental de examen esterilizado. Este fue realizado por dos alumnas de VI año de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile, Paula Mondaca Cabrera y Ana Paula Molina Nanjarí, quienes supervisadas y calibradas previamente por la tutora principal de la investigación, realizaron el examen clínico. Además se contó con dos alumnas ayudantes de V año de la carrera, que colaboraron en tareas administrativas durante la realización del examen.

La preparación de las alumnas examinadoras para poder definir el diagnóstico clínico lo realizó la tutora principal de la investigación a través de una presentación en Power Point, en la cual se expusieron una serie 20 de fotografías, que reflejó la variedad de manifestaciones que son factibles de encontrar al realizar el examen clínico. Las imágenes contemplaron la presencia de condiciones, variantes del desarrollo o de la normalidad, lesiones traumáticas, reaccionales, pigmentadas, infecto-contagiosas, de origen inmunológico, de origen en glándulas salivales, leucoplasias, eritroplasias, leucoeritroplasias, neoplasias benignas y malignas, y otras según consideración de la tutora principal. Posterior a ello, se expuso una nueva serie de imágenes, y las alumnas debieron responder una evaluación escrita, de respuesta corta, en el cual tuvieron que identificar las condiciones o lesiones orales que se presentan. Los resultados fueron evaluados mediante el coeficiente Kappa, los cuales estuvieron entre 0,61 – 0,80.

La forma detallada en que se realizó el examen clínico fue según las indicaciones presentes en dos documentos: por un lado la “Guía para la epidemiología y el diagnóstico de enfermedades y condiciones de la mucosa oral” perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (Kramer y cols., 1980) y de la cual se basó la confección de la ficha clínica en sí, en conjunto con la “Guía de medicina oral pediátrica” de Witman y cols., 2003. En la ficha clínica quedaron registrados los datos generales del niño aportados por el apoderado(a) o tutor(a) legal, como enfermedades, tratamiento farmacológico, alergias, malos hábitos y por aquellos datos que se obtuvieron posterior al examen, como la presencia de alguna condición

o lesión oral y su ubicación dentro de la cavidad oral, de la cual se realizó un registro fotográfico, utilizándose una cámara Nikon® D5300.

El diagnóstico de las condiciones o lesiones orales se realizó tan solo mediante la realización del examen clínico, sin la utilización de exámenes adicionales. Tampoco se realizaron pruebas complementarias, como biopsias o citologías. Sin embargo, si durante la realización del examen se encontraron lesiones, el apoderado(a) y el paciente fueron oportunamente informados y se realizó derivación a especialista si era necesario, o se le indicó el tratamiento y/o conducta a seguir.

g) Análisis estadístico

Finalmente se ingresaron los resultados obtenidos a una planilla Excel 2018, mediante la cual fue posible establecer la frecuencia de las manifestaciones orales en la población de estudio, distinguiendo y analizando variables cuantitativas (rango etario) y cualitativas nominales (sexo, patología sistémica, tratamiento farmacológico, alergias, malos hábitos orales, reporte de estrés, tipo y ubicación de lesión). El análisis estadístico incluyó evaluación de diferencia de proporciones y prueba de Chi cuadrado aplicando el paquete estadístico STATA 12.0 y se consideró como significativo un valor p menor o igual a 0,05.

h) Aspectos éticos

Este estudio está adscrito al proyecto PRIO-ODO 18/005 “Prevalencia de lesiones de mucosa oral del paciente pediátrico atendido en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile” que fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (Anexo N°5). Al paciente se le realizó el examen clínico, procedimiento no invasivo, durante una única oportunidad, según protocolos de carácter internacional. Tal como se detalla en el consentimiento y asentimiento informado, todos los datos presentes en la ficha clínica, incluyendo las fotografías, sólo fueron utilizados con los fines académicos en los cuales se basa la presente investigación, protegiendo siempre la confidencialidad del paciente.

IV. RESULTADOS

Se examinó un total de 179 pacientes de entre 4 a 13 años de edad, atendidos en las Clínicas Odontológicas del Niño y Adolescente de IV y V año y Clínica de Odontopediatría Integral de V año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, durante el período de abril a noviembre del año 2018.

Caracterización de muestra

Dentro de las características generales de la muestra final, se contó con un total de 95 (53,1%) pacientes de sexo femenino y 84 (46,9%) de sexo masculino, cuya edad promedio fue 7,8 años (DS: 2,4) y predominantemente de nacionalidad chilena (95,5%). Dentro de los antecedentes personales recopilados durante la anamnesis con el apoderado del paciente, 54 (30,2%) relataron presentar alguna enfermedad sistémica, 27 (15,1%) de ellos utilizar algún tratamiento farmacológico, 25 (14,0%) relataron antecedente de alergia, 102 (57,0%) manifestaron presentar malos hábitos orales y 81 (45,3%) de los apoderados reportaron presencia de estrés cotidiano infantil en su pupilo(a).

I. Frecuencia de condiciones y lesiones de mucosa oral

De la muestra total, 145 pacientes presentaron condiciones y/o lesiones de mucosa oral (por lo menos una o más de estas), alcanzando una frecuencia relativa total de 81,0%.

De los 179 pacientes examinados, 118 (65,9%) presentaron condiciones y variantes del desarrollo o de la normalidad de mucosa oral y 66 (36,9%) presentaron lesiones de mucosa oral, siendo 39 (21,9%) pacientes que las presentaron simultáneamente y 34 (19,1%) que no presentaron ninguna (Fig. 1).

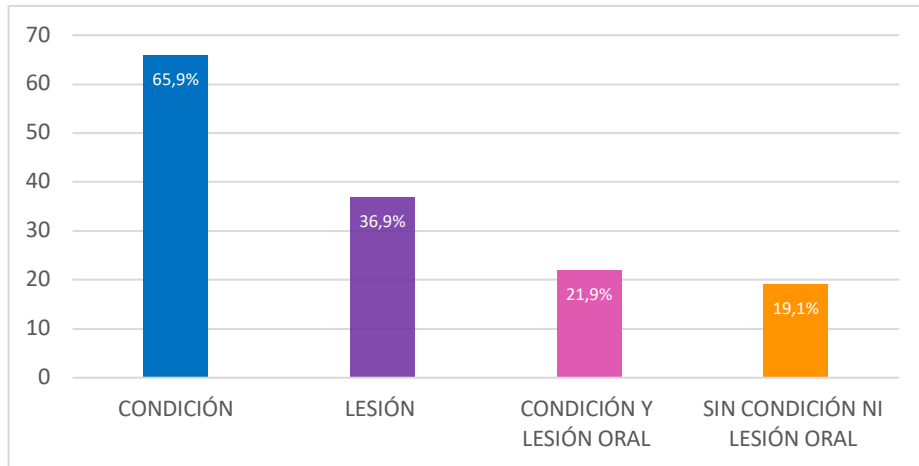


Figura 1. Distribución de frecuencia de pacientes con presencia de condición de mucosa oral, lesión de mucosa oral, ambas presentes y ninguna.

a) Frecuencia de condiciones y lesiones de mucosa oral observadas, según sexo

Dentro de la muestra total, 56 (59,0%) individuos de sexo femenino y 62 (73,8%) de sexo masculino presentaron condiciones y variantes del desarrollo o de la normalidad de mucosa oral, existiendo una diferencia significativa con $p < 0.05$ (Fig. 2).

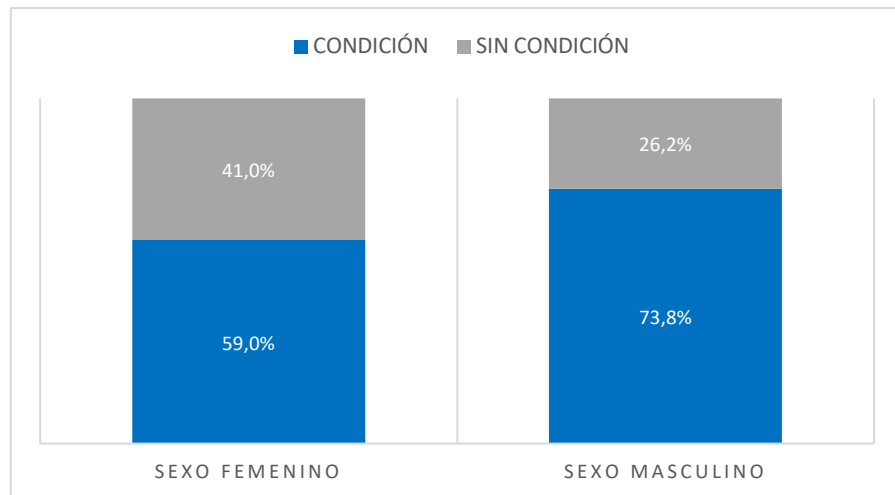


Figura 2. Distribución de frecuencia de pacientes con condiciones de mucosa oral según sexo.

Del total de pacientes examinados, en 36 (37,9%) de sexo femenino y 30 (35,7%) de sexo masculino se observaron lesiones de mucosa oral, no existiendo diferencias significativas (Fig. 3).

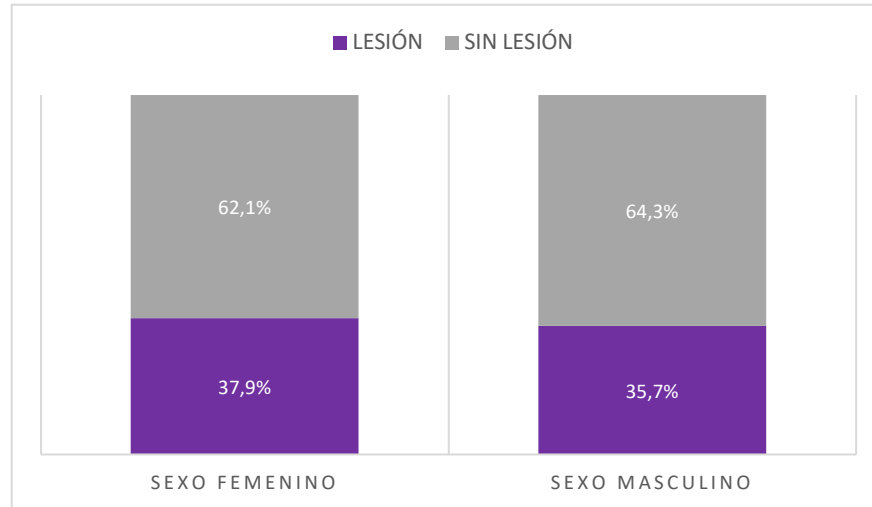


Figura 3. Distribución de frecuencia de pacientes con lesiones de mucosa oral según sexo.

b) Frecuencia de condiciones y lesiones de mucosa oral observadas, según edad

La muestra total del estudio se distribuyó en 3 grupos etarios: el primero, de entre 4 a 6 años, dentro del cual se encuentran 58 (32,4%) pacientes, luego el grupo que abarca a los pacientes de entre 7 a 10 años, con 94 (52,2%) pacientes y por último el grupo desde los 11 a 13 años con 27 (15,1%) pacientes.

La frecuencia de pacientes que presentaron condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de mucosa oral fue 31 (53,5%) en el grupo de edad entre 4 a 6 años, 63 (67,0%) en pacientes con edades entre 7 a 10 años y 24 (88,9%) en pacientes entre 11 a 13 años (Fig. 4).

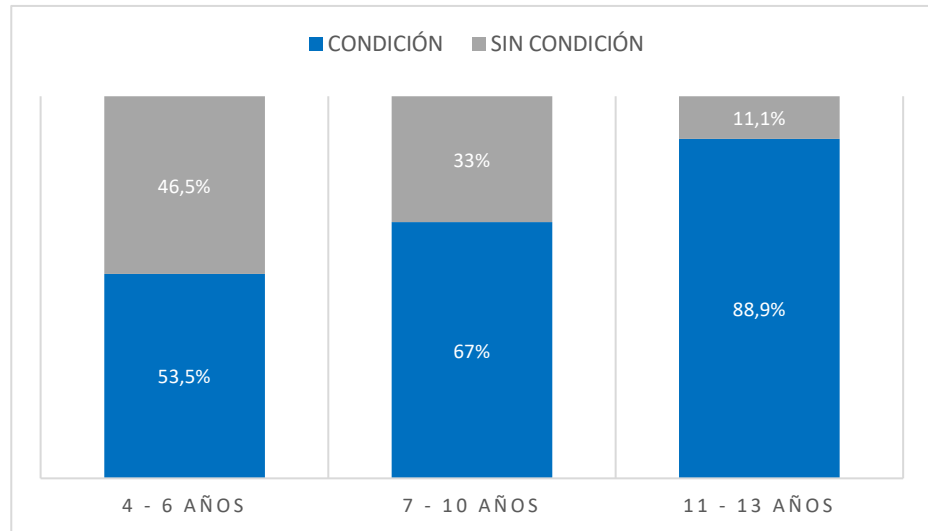


Figura 4. Distribución de frecuencia de pacientes con condición de mucosa oral según edad.

La frecuencia de pacientes que presentaron lesiones de mucosa oral resultaron ser 22 (37,9%) pertenecientes al grupo etario entre 4 a 6 años, 36 (38,3%) pacientes con edades entre 7 a 10 años y 8 (29,6%) pacientes de entre 11 a 13 años (Fig. 5).

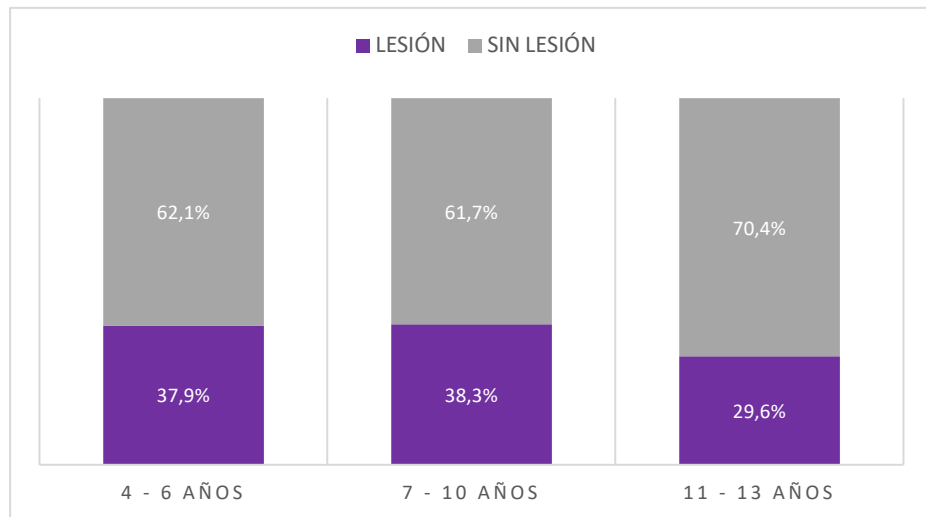


Figura 5. Distribución de frecuencia de pacientes con lesión de mucosa oral según rango de edad.

c) Condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral observadas

Las condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral más frecuentes resultaron ser lengua saburral (39,1%), pigmentación fisiológica o racial (26,8%), lengua fisurada (15,6%), hipertrofia local de papilas linguales (5%), lengua geográfica (3,4%), inserción baja frenillo labial superior (2,8%), frenillo labial superior fibroso (2,8%), máculas melanóticas (2,8%), lengua indentada (1,7%), frenillo lingual corto (0,6%) y papilas linguales pigmentadas (0,6%). En la Tabla N°1 se describen las frecuencias de las condiciones de mucosa oral y los valores obtenidos con un 95% de intervalo de confianza.

Tabla N°1. Frecuencia de condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de mucosa oral observadas

Condiciones de mucosa oral observadas	N Total	% (N=179)	% Condición (N=181)	95% Intervalo de confianza (N=179)
Lengua saburral	70	39,1%	38,7%	31,91 – 46,67
Pigmentación fisiológica o racial	48	26,8%	26,5%	20,48 – 33,94
Lengua fisurada	28	15,6%	15,5%	10,65 – 21,81
Hipertrofia local papilas linguales	9	5%	5,0%	2,32 – 9,33
Lengua geográfica	6	3,4%	3,3%	1,24 – 7,15
Inserción baja frenillo labial superior	5	2,8%	2,8%	0,91 – 6,40
Frenillo labial superior fibroso	5	2,8%	2,8%	0,91 – 6,40
Máculas melanóticas	5	2,8%	2,8%	0,91 – 6,40
Lengua indentada	3	1,7%	1,7%	0,35 – 4,82
Frenillo lingual corto	1	0,6%	0,6%	0,01 – 3,07
Papilas linguales pigmentadas	1	0,6%	0,6%	0,01 – 3,07

N° Total de pacientes: 179

De los pacientes que presentaron condición y/o variación del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral, 3 de ellos presentaron cuatro condiciones simultáneamente, 9 presentaron tres condiciones simultáneamente, 36 pacientes presentaron dos condiciones al mismo tiempo y 71 presentaron sólo una al momento del examen clínico.

d) Lesiones de mucosa oral observadas

Las lesiones de la mucosa oral más frecuentes resultaron ser erosión traumática (14,0%), *morsicatio buccarum* (6,7%), absceso apical crónico (5,6%), afta menor (5%), queratosis friccional (4,5%), petequia (2,8%), úlcera traumática (2,2%), fibroma irritativo (1,7%), afta mayor (0,6%), mucocele (0,6%), tatuaje pigmento exógeno (0,6%), cicatriz (0,6%) y papila lingual fibrosada (0,6%). En la Tabla N°2 se encuentran descritas las frecuencias de las lesiones de mucosa oral y los valores obtenidos con un 95% de intervalo de confianza.

Tabla N°2. Frecuencia de lesiones de la mucosa oral observadas

Lesiones de mucosa oral observadas	N Total	% (N=179)	% Lesion (N=81)	95% Intervalo de confianza (N=179)
Erosión traumática	25	14,0%	30,9%	9,25 – 19,92
Morsicatio buccarum	12	6,7%	14,8%	3,51 – 11,42
Abceso apical crónico	10	5,6%	12,3%	2,71 – 10,03
Afta menor	9	5,0%	11,1%	2,32 – 9,33
Queratosis friccional	8	4,5%	9,9%	1,95 – 8,62
Petequia	5	2,8%	6,2%	0,91 – 6,40
Úlcera traumática	4	2,2%	4,9%	0,61 – 5,62
Fibroma irritativo	3	1,7%	3,7%	0,35 – 4,82
Afta mayor	1	0,6%	1,2%	0,01 – 3,07
Mucocele	1	0,6%	1,2%	0,01 – 3,07
Tatuaje pigmento exógeno	1	0,6%	1,2%	0,01 – 3,07
Cicatriz	1	0,6%	1,2%	0,01 – 3,07
Papila lingual fibrosada	1	0,6%	1,2%	0,01 – 3,07

N° Total de pacientes: 179

Del total de pacientes que presentaron lesión de la mucosa oral, 15 pacientes presentaron dos lesiones simultáneamente y 51 pacientes presentaron sólo una lesión al momento del examen clínico.

II. Etiología y localización de condiciones y lesiones de mucosa oral

a) *Etiología más frecuente de las lesiones de mucosa oral observadas*

Existen 66 pacientes que poseen lesiones de mucosa oral, los cuales representan el 36,9% de la muestra total. Se contabilizó si el paciente presentaba al menos una lesión correspondiente a un determinado grupo etiológico, resultando en un total de 70 lesiones. Las lesiones traumáticas fueron el tipo más frecuente con un 71,4% del total de tipos lesiones observadas, mientras que las lesiones infecciosas presentaron un 14,3%, mismo porcentaje que obtuvieron las lesiones asociadas a reacciones inmunitarias (Fig. 6).

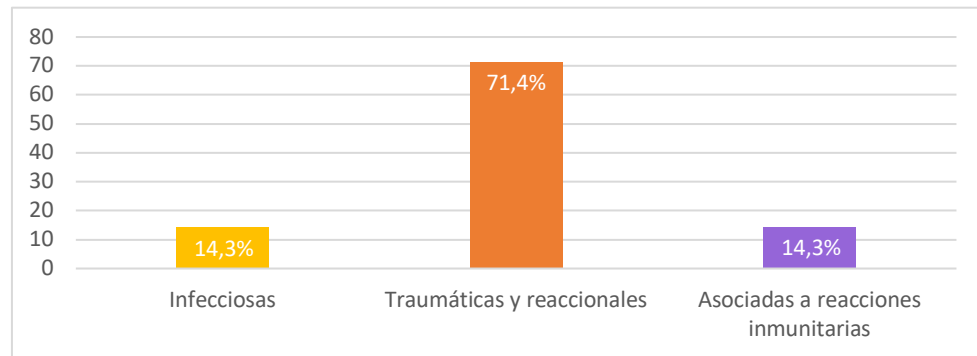


Figura 6. Distribución de frecuencia según etiología del total de tipos de lesiones de mucosa oral observadas.

b) *Frecuencia de condiciones de mucosa oral según localización anatómica.*

Las condiciones o variaciones del desarrollo o de la normalidad observadas se presentaron con mayor frecuencia en la cara dorsal de la lengua (61,9%), encía vestibular (32,6%), borde de lengua (2,8%), bermellón labial (2,2%) y cara ventral de la lengua (0,6%).

La frecuencia de las 181 condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de mucosa oral encontradas se describe en la Tabla N°3.

Tabla N°3. Frecuencia de condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral observadas según localización.

Localización anatómica en la cavidad oral	Frecuencia de condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de mucosa oral	% Total condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad (N=181)
Cara dorsal lengua	112	61,9
Encía vestibular	59	32,6
Borde de lengua	5	2,8
Bermellón labial	4	2,2
Cara ventral lengua	1	0,6

c) Frecuencia de lesiones de mucosa oral según localización anatómica

Las lesiones observadas se presentaron con mayor frecuencia en la mucosa yugal (33,3%), encía vestibular (22,2%), bermellón labial (17,3%), mucosa cara interna labial (9,9%), mucosa área retrocomisural (7,4%), mucosa fondo de vestíbulo (3,7%), borde de lengua (3,7%), cara ventral lengua (1,2%) y paladar duro (1,2%). La frecuencia de las 81 lesiones de mucosa oral encontradas se describe en la Tabla N°4.

Tabla N°4. Frecuencia de lesiones de la mucosa oral observadas según localización.

Localización anatómica en la cavidad oral	Frecuencia de lesiones de mucosa oral	% Total lesiones (N=81)
Mucosa yugal	27	33,3
Encía vestibular	18	22,2
Bermellón labial	14	17,3
Mucosa cara interna labial	8	9,9
Mucosa área retrocomisural	6	7,4
Mucosa fondo de vestíbulo	3	3,7
Borde de lengua	3	3,7
Cara ventral lengua	1	1,2
Paladar duro	1	1,2

III. Frecuencia de condiciones y lesiones de mucosa oral según antecedentes recopilados durante la anamnesis.

a) Frecuencia de condiciones y lesiones orales según presencia de antecedente de enfermedad sistémica.

Del total de 118 (65,9%) pacientes que presentaron condiciones o variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral, 36 (30,5%) reportaron antecedente de alguna enfermedad sistémica, mientras que en los 61 pacientes sin condición de mucosa oral, 18 (29,5%) de ellos también indicaron presentar el antecedente (Fig. 7).

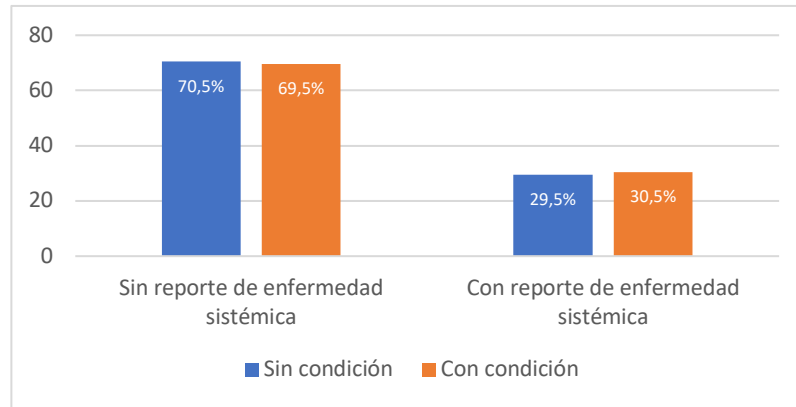


Figura 7. Frecuencia de condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral según ausencia o presencia de antecedente de enfermedad sistémica.

Con respecto a las lesiones de mucosa oral pesquisadas en relación al antecedente médico de enfermedad sistémica, de los 66 (36,9%) pacientes que las presentaron, 25 (37,9%) de ellos relataron tener alguna enfermedad sistémica. Por otro lado, en aquellos pacientes sin lesión de mucosa oral, 29 (25,7%) de ellos manifestaron tener alguna enfermedad (Fig. 8).

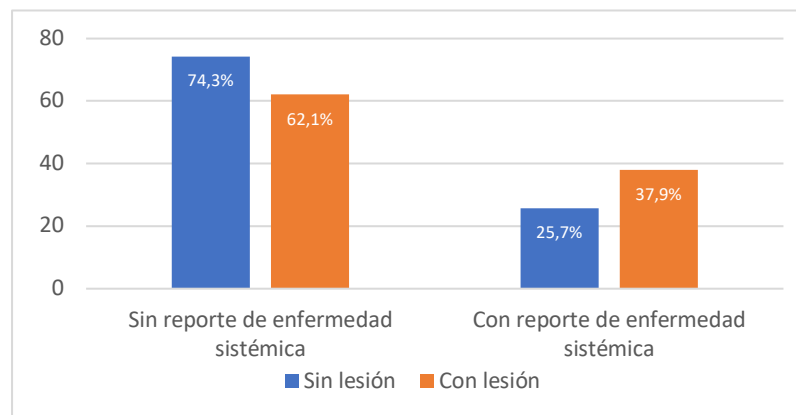


Figura 8. Frecuencia de lesiones de la mucosa oral según ausencia o presencia de antecedente de enfermedad sistémica.

Las enfermedades sistémicas reportadas como antecedente médico por los apoderados de los pacientes examinados en el estudio se encuentran detalladas en el Anexo N°6.

b) Frecuencia de condiciones y lesiones orales según presencia de tratamiento farmacológico.

Del total de 118 (65,9%) pacientes que presentaron condiciones o variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral, 17 (14,4%) de ellos reportaron a su vez consumo de fármacos de uso crónico debido a enfermedades particulares, mientras que de los 61 pacientes que no presentaron condición de mucosa oral sólo 10 (16,4%) reportaron el antecedente (Fig. 9).

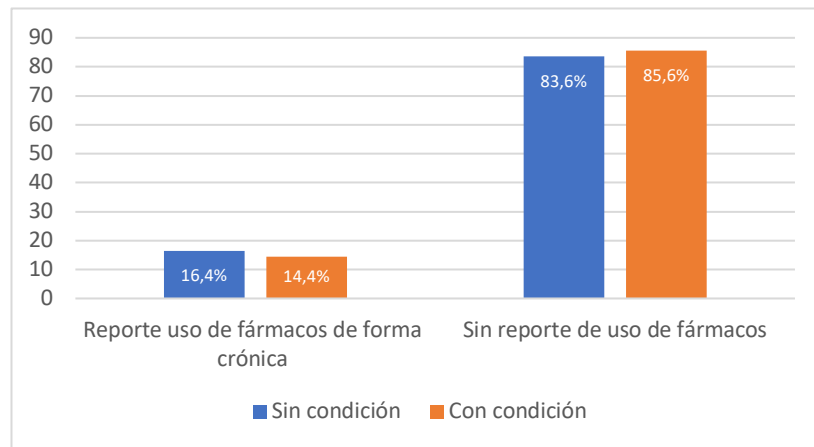


Figura 9. Frecuencia de condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral según ausencia o presencia de antecedente de uso crónico de fármacos.

En relación al consumo crónico de fármacos y los pacientes examinados que presentaron lesiones de mucosa oral, de estos 66 (36,9%) pacientes, 10 (15,2%) de ellos relataron consumir algún medicamento. De los 113 pacientes sin lesión de mucosa oral, 17 (15,0%) reportaron el antecedente (Fig. 10).

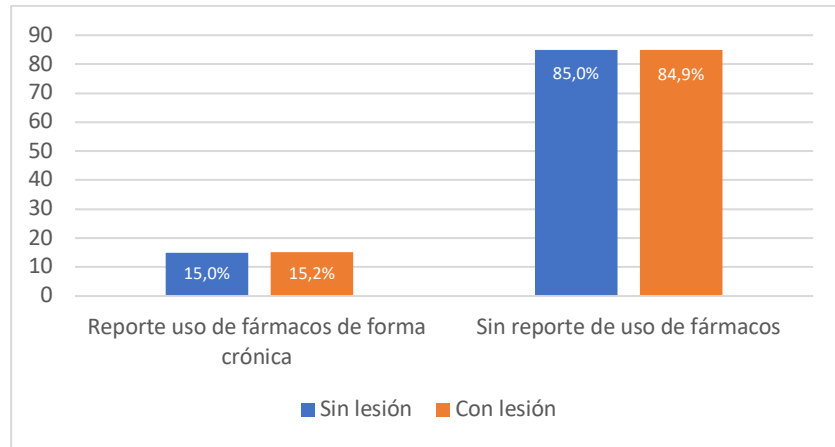


Figura 10. Frecuencia de lesiones de mucosa oral según ausencia o presencia de antecedente de uso crónico de fármacos.

c) Frecuencia de condiciones y lesiones orales según presencia de alergia.

Del total de 118 (65,9%) pacientes que presentaron condiciones o variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral, 18 (15,3%) de ellos manifestaron tener algún tipo de alergia. Por otra parte, de aquellos 61 pacientes que no presentaron ninguna condición de mucosa oral, 7 (11,5%) reportaron el mismo antecedente (Fig. 11).

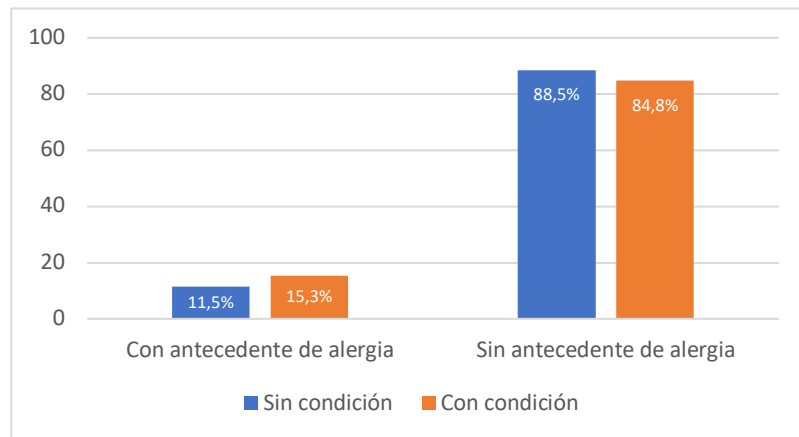


Figura 11. Frecuencia de condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral según ausencia o presencia de antecedente de alergia.

Con respecto a las lesiones de mucosa oral, de los 66 (36,9%) pacientes que las presentaron, 15 (22,7%) relataron tener el antecedente de algún tipo de alergia. Mientras que, de los 113 pacientes sin lesión de mucosa oral, sólo 10 (8,9%) reportaron el antecedente, existiendo una diferencia significativa con $p < 0.05$ (Fig. 12).

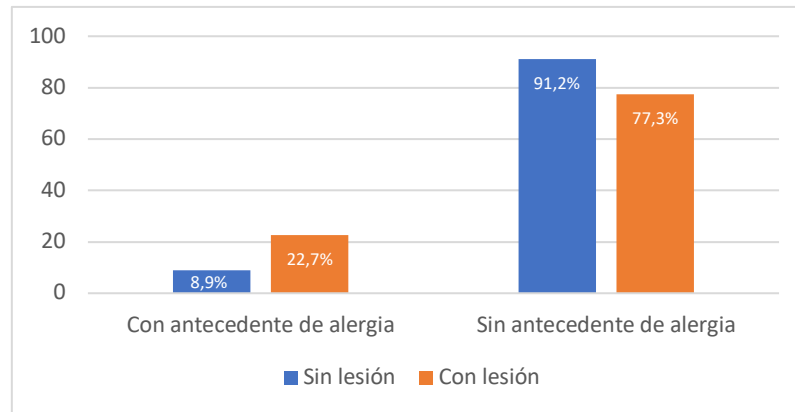


Figura 12. Frecuencia de lesiones de la mucosa oral según ausencia o presencia de antecedente de alergia.

d) Frecuencia de condiciones y lesiones orales según presencia de malos hábitos orales.

Del total de 118 (65,9%) pacientes que presentaron condiciones o variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral, 70 (59,3%) a su vez relataron que manifestaban algún mal hábito oral. De aquellos que no presentaron condiciones, 32 (52,5%) reportaron el antecedente (Fig. 13).

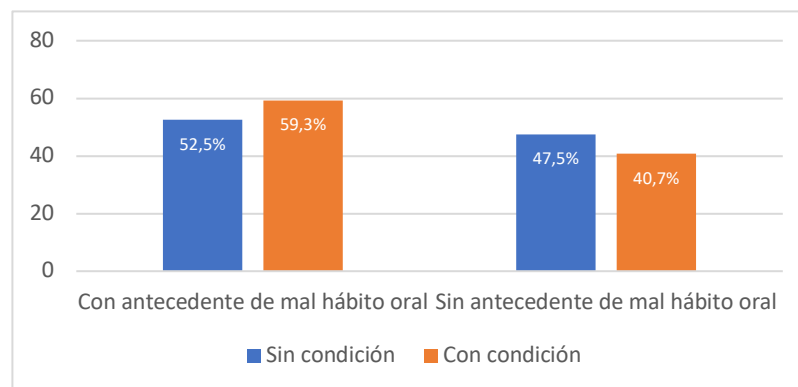


Figura 13. Frecuencia de condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral según ausencia o presencia de antecedente de mal hábito oral.

En relación a los 66 (36,9%) pacientes que presentaron lesiones de mucosa oral, 38 (57,6%) reportaron antecedente de algún mal hábito oral. Mientras que en aquellos 113 pacientes que no presentaron lesión, 64 (56,6%) reportaron el antecedente (Fig. 14).

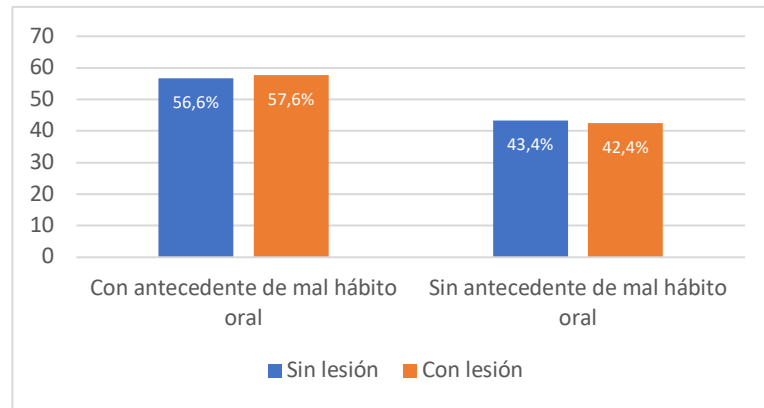


Figura 14. Frecuencia de lesiones de la mucosa oral según ausencia o presencia de antecedente de mal hábito oral.

e) Frecuencia de condiciones y lesiones orales según presencia de reporte de estrés cotidiano en los pacientes pertenecientes al estudio.

De 118 (65,9%) pacientes que presentaron condiciones o variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral, 51 (43,2%) ellos, según apreciación del apoderado(a) o tutor(a) legal, expresaron reporte de estrés cotidiano infantil. Por otra parte, de los pacientes que no presentaron condiciones, 30 (49,2%) reportaron el antecedente (Fig. 15).

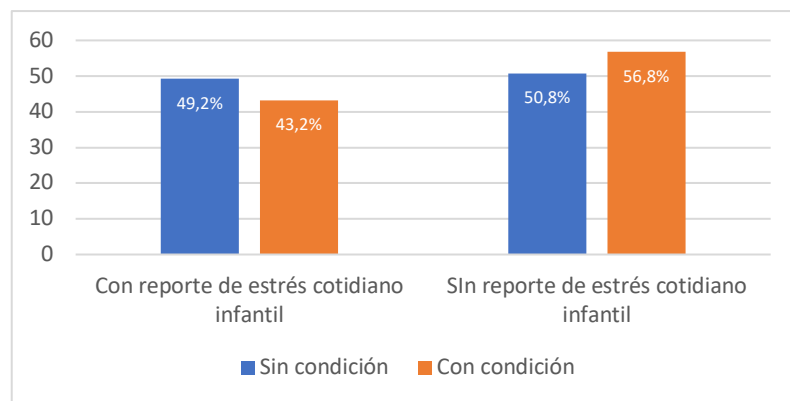


Figura 15. Frecuencia de condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral según ausencia o presencia de reporte de estrés cotidiano infantil.

De 66 (36,9%) pacientes que presentaron lesiones de la mucosa oral, 33 (50,0%) ellos, según valoración del apoderado(a) o tutor(a) legal, manifestaron reporte de estrés cotidiano infantil. Por otra parte, de los pacientes que no presentaron lesiones, 48 (42,5%) expresaron el antecedente (Fig. 16).

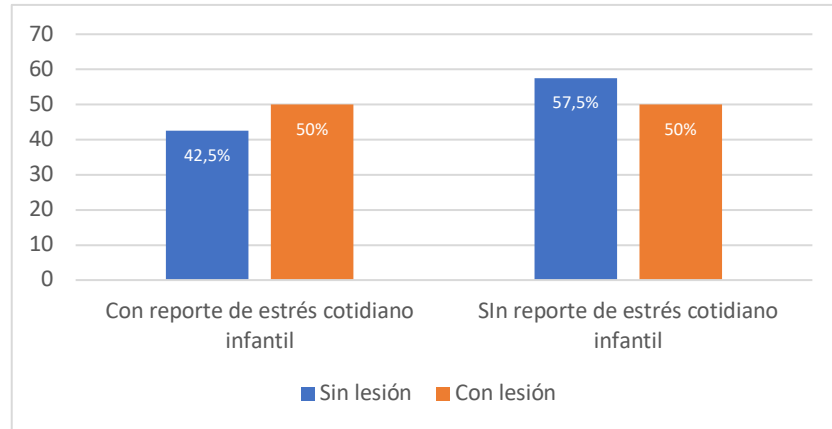


Figura 16. Frecuencia de lesiones de la mucosa oral según ausencia o presencia de reporte de estrés cotidiano infantil.

V. DISCUSIÓN

Las investigaciones realizadas hasta la actualidad que tratan sobre la patología de la mucosa oral pediátrica son escasas, a diferencia de aquellos que han sido efectuados en población adulta. También son reducidos en comparación a otros tópicos de estudio como la enfermedad de caries, enfermedad periodontal o maloclusiones. Además de ello, los resultados que entregan son dispares, por un lado, debido a las diferentes localizaciones geográficas de las poblaciones estudiadas y por otra parte a causa de la ausencia del uso de metodología estandarizada sobre criterios diagnósticos y las discrepancias en la selección de las muestras (Shulman y cols., 2005, Majorana y cols., 2010).

Los hallazgos del presente estudio muestran que la frecuencia relativa total de condiciones y/o lesiones de mucosa oral fue de un 81,0%, considerando en este resultado a pacientes que presentaron condiciones y/o variaciones del desarrollo aisladamente o simultáneamente con lesiones de mucosa oral. Según la literatura consultada, encontramos que esta frecuencia relativa es superior a las alcanzadas por otros estudios, como es el de Espinoza-Zapata y cols., 2006 con un 7,4%, Caudillo y cols., 2018 con un 15,25%, o también como Bessa y cols., 2004, con un 27%. Sólo en el estudio de Jiménez y cols., 2009, se obtuvo una frecuencia mayor, alcanzando el 78,4%, sin embargo, la muestra incluye a niños desde 12 años a 19 años. Tal situación puede deberse, por un lado, a que algunas investigaciones no consideraron ciertas condiciones orales o variaciones del desarrollo o de la normalidad que pudieran ser bastante frecuentes en niños, como lo es por ejemplo la lengua saburral, la cual en el presente estudio fue la condición oral más frecuente con un porcentaje de 38,7% del total de condiciones de mucosa oral observadas. Sin considerar ésta condición, la frecuencia total de condiciones y/o lesiones de mucosa oral alcanza el 41,9%, la cual es similar en comparación a los siguientes estudios: Crivelli y cols., 1988, con una prevalencia del 39,04%; Reynoso y cols., 2004, alcanzando un 44%; Yañez y cols., 2016 con un 37,6% y García-Pola y cols., 2002, con 38,9%, aunque este último trabajo si considera la lengua saburral, al igual que la presente investigación.

Es importante destacar que el hecho de la dísimilitud de los resultados puede también deberse al hecho de que en varios trabajos revisados (Arendorf y cols., 1996; García-Pola y cols., 2002; Bessa y cols., 2004; Reynoso y cols., 2004; Majorana y cols., 2010; Viera-Andrade y cols., 2014; Casamayou y cols., 2016; Yáñez y cols., 2016; Caudillo y cols., 2018) se puede evidenciar que en sus resultados consideran a las condiciones de mucosa oral dentro del grupo de las lesiones y no como un grupo por sí sólo, no destacando su frecuencia individual dentro de la muestra, lo cual es importante conocer debido a que éstas generalmente no necesitan un tratamiento en específico, a excepción de la lengua saburral en la cual se indica al paciente un cambio de hábito y mejorar higiene lingual.

En la presente investigación se propuso incluir todas las condiciones y lesiones de mucosa oral y diferenciarlas. Es así como el 65,9% de los pacientes presentaron al menos una condición de mucosa oral, mientras que en el 36,9% observamos al menos una lesión de mucosa oral. El 21,9% de los pacientes presentaron ambas entidades al momento del examen. Al comparar estos resultados con los del estudio de Ambika y cols., 2011, que subdivide sus resultados en *Variaciones del Desarrollo y Variaciones Normales de la Mucosa oral*, al considerarlas juntas, alcanzan una frecuencia del 60,9% lo cual se acerca al porcentaje obtenido en el presente estudio de pacientes que presentaron al menos una condición y/o variación de la normalidad de mucosa oral. Con respecto a las lesiones de mucosa oral el resultado obtenido es similar al estudio realizado por Keochgerián y cols., 2009, cuya frecuencia alcanza el 32,9%, pese a que el rango etario de este estudio incluye a lactantes. También el porcentaje obtenido es similar al que alcanzó el estudio de Yáñez y cols., 2016, en Chile, el cual fue de un 37,6%, cuyo rango etario es exactamente el mismo al estudiado en la presente investigación.

Para las condiciones y/o variaciones del desarrollo o de la normalidad existió una diferencia significativa ($p < 0,05$) entre niñas y niños, detectándose en el 59,0% de las pacientes de sexo femenino y el 73,8% de los pacientes de sexo masculino. De los estudios revisados tan sólo uno entrega resultados por sexo en relación a condiciones y variaciones del desarrollo o de la normalidad individualmente, que corresponde al de Ambika y cols., 2011, sin embargo, en la muestra estudiada por

ellos no existe una diferencia significativa entre sexos, a excepción para la condición de Fordyce, que es mayor en pacientes de sexo masculino.

A propósito de las diferencias en los resultados según sexo dentro de la literatura, hoy en día es importante destacar la necesidad de reportar los estados de salud según género o sexo debido a existen determinantes de la salud relacionados con el género como las normas, expectativas y funciones sociales que aumentan las tasas de exposición y la vulnerabilidad frente los riesgos para la salud, así como la protección frente a los mismos (World Health Organization, 2018).

Las lesiones de mucosa oral, estuvieron presentes en el 37,9% de las niñas y en el 35,7% de los niños. Valores similares a lo encontrado por Keochgerián y cols., 2009, con un 35,4% y un 30,7% para niñas y niños, respectivamente.

Con respecto a la edad, tan sólo unos cuantos estudios abarcan prácticamente el mismo rango etario (Crivelli y cols., 1988; Ambika y cols., 2011; Casamayou y cols., 2016; Yañez y cols., 2016), otros lo engloban total o parcialmente, incluyendo a lactantes y/o adolescentes (Kleinman y cols., 1994; Bessa y cols., 2004; Reynoso y cols., 2004; Shulman, 2005; Jiménez y cols., 2007; Keochgerián y cols., 2009; Majorana y cols., 2010; Viera-Andrade y cols., 2014; Caudillo y cols., 2018), y por otro lado existen aquellos que sólo se enfocan en población pre-adolescente y adolescente (Parlak y cols., 2006; Jiménez y cols., 2009) o sólo en una edad en particular (García-Pola y cols., 2002; Oliveira y cols., 2015). En el estudio realizado no existieron diferencias significativas para la edad, tanto para condiciones o lesiones de mucosa oral, sin embargo, los resultados obtenidos apuntan a que el rango etario que presenta con mayor frecuencia condiciones y/o variantes del desarrollo o de la normalidad de mucosa oral corresponde a los 11 y 13 años (88,9%), siendo este mismo grupo el que presenta con menos frecuencia lesiones de mucosa oral (29,6%), las cuales afectan prácticamente en la misma medida tanto a los pacientes de entre 4 a 6 (37,9%) años como a los de 7 a 10 años (38,3%). Existe un antecedente en el estudio de Ambika y cols., 2011, en el cual las variantes de la normalidad *papila parotídea* y *máculas pigmentadas* tuvieron una correlación positiva con la edad, siendo el grupo etario de entre 11 a 14 años quienes las presentaron con mayor frecuencia, sin embargo, no

ocurrió así con ninguna de las demás condiciones o lesiones de la mucosa oral. Para las lesiones de mucosa oral el rango etario más afectado resultó ser el de entre 7 a 10 años, situación similar que ocurre en los estudios de Casamayou y cols., 2016 y Caudillo y cols., 2018, siendo más frecuentes las lesiones de mucosa oral en los escolares de entre 6 a 9 años (68,35%) y de entre 9 a 10 años (17,7%) respectivamente.

De los 66 pacientes que presentaron lesiones de mucosa oral, al contabilizar si tenían al menos una lesión correspondiente a un determinado grupo etiológico, se registró un total de 70 lesiones. Las lesiones traumáticas o reaccionales fueron el tipo más frecuente con 50 (71,4%) del total de tipo de lesiones observadas, siendo la erosión traumática (14,0%) junto a *morsicatio buccarum* (6,7%) aquellas que encabezan la lista de las más presentes en el total de los pacientes examinados. Este hecho también ocurre en el estudio de Caudillo y cols., 2018, en el cual las lesiones traumáticas resultan ser las más frecuentes, alcanzando 187 (51,2%) del total de lesiones observadas. Además en el estudio de Keochgerián y cols., 2009, también en sus resultados destacan a las lesiones traumáticas como las más frecuentes, junto a las “*lesiones del desarrollo*”, con un 13,7% del total de individuos examinados.

En el análisis de los potenciales factores de riesgo, en el presente estudio existió una alta proporción de pacientes que sus apoderados relataron presencia de malos hábitos orales (57,0%) y de otros que reportaron presencia de estrés cotidiano infantil (45,3%), aunque no es posible mediante ésta investigación llegar a una asociación directa, estos comportamientos podrían eventualmente conducir a que se generen lesiones traumáticas autoinducidas, siendo de suma importancia prevenirlas indagando más en ellas en etapas tempranas del ciclo vital.

La condición de mucosa oral más frecuente fue la lengua saburral, observándose en el 39,1% del total de pacientes examinados. Es limitada la cantidad de estudios que considera a esta entidad dentro de sus resultados, aún así, aseveran que durante el examen clínico realizado a los pacientes encontraron una alta proporción de niños con tal condición, aunque no la describan (Casamayou y cols., 2016). Los resultados

obtenidos por Ambika y cols., 2011; relatan que la lengua saburral está presente en el 33,4% de los niños examinados, similar al resultado obtenido en el presente estudio para niñas y niños de semejante rango etario. Esta condición también es considerada como la más frecuente dentro del estudio de García-Pola y cols., 2002, con un 16,02% del total de entidades observadas. En este último estudio indican que existe una relación estadísticamente significativa de la lengua saburral con la presencia de fístulas dentoalveolares, lo cual podría eventualmente respaldar que su desarrollo esté vinculado a la colonización de bacterias más resistentes provenientes de esas fístulas. Es así como se vuelve relevante a la hora de enseñar una correcta técnica de cepillado, incluir la higienización de la lengua. Esto es necesario debido a que en su superficie se acumulan microorganismos que pueden favorecer la proliferación de biofilm de toda la cavidad oral (Mantilla y cols., 2001) junto con metabolitos y células descamadas, cuya remoción contribuye positivamente en el cuidado de la salud oral.

La localización más frecuente obtenida en este estudio para las condiciones y/o variantes del desarrollo o la normalidad de la mucosa oral fue la cara dorsal de la lengua, hallando en esta área el 61,9% del total de condiciones observadas, esto debido mayoritariamente a la condición de lengua saburral.

La localización más frecuente obtenida en este estudio para las lesiones de mucosa oral fue la mucosa yugal, ubicándose en esta zona el 33,3% del total de lesiones observadas. En la investigación hecha por Keochgerián y cols., 2009, alcanzan el mismo porcentaje de la localización considerando el total de lesiones, cuyo estudio también señala a las lesiones traumáticas como las más frecuentes. Así mismo, en el estudio de Jiménez y cols., 2007, la mucosa yugal o del carrillo es la más afectada, con un 28% del total de lesiones.

La segunda localización anatómica de mayor frecuencia resultó ser la encía con un 22,2% para las condiciones y un 32,6% para las lesiones de mucosa oral. Es importante destacar que en este estudio se descartaron todas las enfermedades propias del periodonto, como la gingivitis asociada a placa bacteriana, ya que son

altamente prevalentes, para tener el foco en el resto de patologías que se presenta en la mucosa oral de los niñas y niños.

Uno de los objetivos de este estudio se basó en describir la frecuencia de condiciones y lesiones de mucosa oral según antecedentes recopilados durante la anamnesis. Uno de estos fue la presencia de algún tipo de enfermedad sistémica, la cual se presentó prácticamente en la misma proporción de pacientes con o sin condiciones o variaciones del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral. En los pacientes que tenían lesiones aumentó un poco más la frecuencia de aquellos que también relataron alguna enfermedad, sin embargo, no fue un resultado estadísticamente significativo, a diferencia del encontrado por Majorana y cols., 2010, donde la frecuencia de lesiones de mucosa oral fue significativamente alta en el grupo de niños que sufrían de enfermedad sistémica comparado con el grupo de niños sanos.

Con respecto al antecedente del uso de fármacos de manera regular en el tiempo, se obtuvieron muy similares porcentajes entre los pacientes tanto para aquellos que presentaron condiciones como lesiones de mucosa oral. En el estudio de Bessa y cols., 2004, también investigaron el uso de medicamentos, el cual alcanzó el 27% de la muestra total, en comparación al 15,1% de la muestra en el presente estudio. Sin embargo tampoco reportan diferencias estadísticamente significativas en los pacientes con o sin alteraciones de mucosa oral.

El antecedente de alergia en los pacientes examinados, tanto para niñas como niños que presentaron o no alguna condición de mucosa oral, se presentó en proporciones muy similares, no existiendo alguna diferencia significativa. Existe sólo un reporte dentro de la literatura revisada, en el estudio de Bessa y cols., 2004, en que existe una asociación estadísticamente significativa en aquellos pacientes que presentan lengua fisurada e historia de alergias. Para las lesiones de mucosa oral este antecedente tuvo una diferencia estadísticamente significativa, alcanzando el 22,7% de aquellos pacientes con lesiones y el 8,9% de los pacientes sin lesión.

En cuanto al antecedente de malos hábitos orales, estuvo presente en porcentajes similares tanto para aquellos pacientes que presentaron condición o lesión de mucosa oral. Similar a lo que muestra el estudio de Bessa y cols., 2004, en el cual tampoco se establece una diferencia significativa entre las variables. Sin embargo la relevancia que cobra el registro de este dato en la anamnesis, nos da cuenta que del total de la muestra, 102 (57,0%) pacientes tienen adquiridos diversos malos hábitos, lo cual es de suma importancia poner en evidencia, ya que estos pueden alterar el normal desarrollo orofacial, produciendo deformaciones dentoesqueléticas, además de problemas psicológicos, emocionales, de otros sistemas y de aprendizaje (Agurto y cols., 1999). Esto también está relacionado con otro antecedente recopilado que es el de reporte de estrés cotidiano infantil, el cual lo relatan 81 (45,3%) apoderados de los pacientes del total de la muestra, y si bien no existen diferencias significativas entre aquellos niñas y niños que presentaron condiciones o lesiones orales con respecto a este dato, las lesiones traumáticas autoinflingidas pueden deberse en mayor porcentaje a hábitos nerviosos inconscientes, por estrés o ansiedad (Keochgerián y cols., 2009), lo cual puede ser congruente con una alta frecuencia de lesiones traumáticas y reactivas, tal como fueron observadas en los pacientes que participaron del estudio. Un caso donde también se hacen presentes estos antecedentes es en la investigación llevada a cabo por Jimenez y cols., 2009, realizado en adolescentes privados de libertad en Venezuela. En este estudio las lesiones más frecuentes son aquellas de tipo traumáticas o reactivas autoprovocadas, destacándose a su vez la presencia de malos hábitos orales como queilofagia, onicofagia y tabaquismo en la mayoría de los individuos de la muestra y se describe una distribución según las “*Condiciones de supervivencia*” de los adolescentes dentro del régimen de privación de libertad, donde prevalece con un 92% la ansiedad y el estrés.

En el marco del sistema de atención dental actual, los hallazgos recabados en la presente investigación, nos permiten tomar conocimiento sobre tipos de patologías y condiciones orales frecuentes en pacientes pediátricos que en innumerables oportunidades son pasadas por alto. Es así como al realizar un completo examen oral, que no deje de lado una exhaustiva revisión de la mucosa oral, se estará

recopilando información más acabada sobre la salud del paciente, pudiendo incluso detectar malos hábitos orales que sean la repercusión de algún estado emocional y que necesite la atención de otros profesionales de la salud. Desde el ámbito clínico-universitario es necesario reforzar el enfoque de trabajo integrado con otras especialidades médicas, constituyendo un respaldo más sólido sobre el estado de salud real del paciente.

VI. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio basó sus resultados en el diagnóstico clínico de las lesiones de mucosa oral observadas, aún cuando existen lesiones que necesitan tener una confirmación diagnóstica mediante estudio histopatológico u otros exámenes complementarios. También existió una difícil evaluación de lesiones transitorias en los pacientes que relataban haberlas presentado con anterioridad pero no al momento del examen. Con respecto al tipo de estudio realizado, no es posible generar asociaciones causales entre las variables estudiadas, sólo aproximaciones. Por otro lado, en relación a la muestra estudiada, como la constituyen sólo pacientes que acuden para recibir atención odontológica en la Facultad, no es posible extrapolar a una representación mayor que aquella.

VII. CONCLUSIONES

Este estudio describe la frecuencia de condiciones y/o variantes del desarrollo o de la normalidad y de lesiones de mucosa oral, las cuales se encontraron en 145 (81,0%) pacientes pediátricos de un total de 179. Las condiciones de mucosa oral resultaron más frecuentes (65,9%) en comparación a las lesiones de mucosa oral (36,9%).

No hubo diferencias estadísticamente significativas según sexo y edad para las lesiones de mucosa oral, sólo se presentan diferencias para las condiciones y/o variantes del desarrollo o de la normalidad de la mucosa oral, registrándose más en niños (73,8%) que en niñas (59,0%).

La localización anatómica más frecuente para condiciones de mucosa oral fue la cara dorsal de la lengua (61,9%), y para las lesiones de mucosa oral, correspondió a la mucosa yugal (33,3%).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según los antecedentes recopilados durante la anamnesis, como enfermedades sistémicas, tratamiento farmacológico, malos hábitos orales y reporte de estrés cotidiano en los pacientes pertenecientes al estudio, a excepción del antecedente de alergia.

La condición de mucosa oral más frecuente en los pacientes pertenecientes al estudio correspondió a la lengua saburral. Por otro lado, en cuanto a las lesiones de mucosa oral observadas, las de tipo traumáticas resultaron ser las más frecuentes, siendo la erosión traumática la de más alta frecuencia.

Es necesario continuar realizando investigaciones sobre prevalencia de la patología oral pediátrica, debido a los pocos estudios que existen actualmente en la población chilena, siendo útil este conocimiento para desarrollar nuevos y futuros programas de salud ministeriales en Chile con cobertura en niños, los cuales incluyan a las patologías más prevalentes, garantizando un diagnóstico temprano, tratamiento adecuado y educación en cuanto a su prevención.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agurto V., Pamela, Díaz M., Rodrigo, Cádiz D., Olga, & Bobenrieth K., Fernando. (1999). Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. *Revista chilena de pediatría*. 70(6): 470-482.
- Akintoye SO, Greenberg MS. (2005) Recurrent aphthous stomatitis. *Dent Clin N Am* 49:31– 47.
- Ambika L., Vaishali K. , Shivayogi H., Sudha P. (2011). Prevalence of oral mucosal lesions and variations in Indian public school children. *Braz J Oral Sci*. 10(4): 288-293.
- Arendorf TM., van der Ross R. (1996). Oral soft tissue lesions in a black pre-school South African population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 24: 296-297.
- Balbín Carrero, E., de la Cueva Dobao, P., Mauleón Fernández, C., Valdivielso Ramos, M., Hernanz Hermosa, JM. (2009) *Acta Pediatr Esp*. 67(3),123-124
- Bascones Martínez, A., Figuero Ruiz, E., Esparza Gómez, GC. (2005) *Úlceras orales, Medicina Clínica*, 125 (15): 590.
- Bascones Martínez A, Valero Marugán A, Carrillo de Albornoz Sainz A, Encinas-Bascones A, Bascones Martínez A. (2006) Afectación oral de las enfermedades comunes en la infancia con carácter exantemático. *Av. Odontoestomatol*; 22 (3): 163-170.
- Bessa CF, Santos PJ, Aguiar MC, do Carmo MA. (2004). Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *J Oral Pathol Med*. 33: 17-22.
- Bengel W. (2010) Variantes anatómicas de la mucosa oral. *Quintessence: Publicación internacional de Odontología*. 23(5): 214-222.
- Casamayou R., Izquierdo Rabellino S., Der Boghosian E., Núñez Jorge G., & Pérez M. (2016). Lesiones de la mucosa bucal en una población infantil de Montevideo, Uruguay. *Actas Odontológicas*. 13(2): 4-15.
- Caudillo T., Adriano MP., Caudillo PA. (2018) Lesiones orales en tejidos blandos de una población escolar en la Ciudad de México. *Int. J. Odontostomat.*, 12(2):177-181.

- Cháirez, P., Vega, ME., Zambrano, G., García, AG., Maya, IA., Cuevas, JC. (2015) Presencia del virus papiloma humano en la cavidad oral: revisión y actualización de la literatura. *Int. J. Odontostomat.*, 9(2):233-238.
- Crivelli MR., Muhlman M., Adler I., Cornicelli JC. (1986). Prevalencia de patología bucal em niños. *Rev Asoc Odont Argent.* 74: 81-82.
- Crivelli MR., Aguas S., Adier I., Quarracino C., Bazerque P. (1988). Influence of socioeconomic status on oral mucosa lesion prevalence in schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol.* 16: 58-60.
- Cueto A., Martínez R., Niklander S., Deichler J., Barraza A., Esguep, A. (2013). Prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population in the city of Valparaiso, Chile. *Gerodontology.* 30(3): 201-206.
- Cuevas, C., Contreras, J., Rostion, C., Mira, M. (2015). Exantemas virales: Sarampión. *Rev. Ped. Elec. [en línea]* 12(2):14-23.
- Delgado-Azañero W, Concha-Cusihualpa H, Guevara-Canales JO. Infección de la mucosa oral por Coxsackie virus: enfermedad de boca-mano-pie. *Rev Estomatol Herediana.* 2007; 17(1):35- 39.
- Dhanuthai K., Banrai M., Limpanaputtajak S. (2007). A retrospective study of paediatric oral lesions from Thailand. *Int J Pediatr Dent.* 17: 248–253.
- Donoso M., Rosas C., Rubí R., Carpio D. (2013). Paediatric oral pathology in Chilean population: a 15 years review. *Int J Paediatr Dent.* 23: 346-351.
- Espinoza I., Rojas R., Aranda W., Gamonal J. (2003) Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med.* 32: 571–575.
- Espinoza I. (2015) Patología de la mucosa oral: Lesiones Reaccionales [Archivo PDF] Recuperado desde https://www.academia.edu/17628208/Lesiones_reaccionales_de_la_mucosa_oral
- Espinosa-Zapata M., Loza-Hernández G., Mondragón-Ballesteros R. (2006) Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos. Informe preliminar. *Cir Ciruj.* 74:153-157

- Falgas J. Pediatría integral, órgano de expresión de la sociedad española de pediatría extrahospitalaria y atención primaria (2011). Patología bucal; 4: 33 - 40.
- Femiano F., Lanza A., Buonaiuto C. et al. (2007). Guidelines for diagnosis and management of aphthous stomatitis. *Pediatr Infect Dis J*; 26: 728–732.
- Fernández-Blanco G., Guzmán-Fawcett A., Vera I. (2015). Lesiones pigmentadas de la mucosa oral. Parte I. *Dermatología CMQ*; 13(2): 139-148.
- Ferrer Angelini, C., Salvà Siquier, A., Pallarés García, H., Baselga Torres, E. (2012) Fibroma por irritación. *Anales de Pediatría, Soc. Española de Pediatría*. 76 (6): 313-378
- García-Pola MJ., García JM., González M. (2002). Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de Oviedo. (España). *Med Oral*. 7(3): 184-191.
- Gómez de Ferraris M., Campos Muñoz A., Carda Batalla M., Carranza M., & Sánchez Quevedo M. (2009). *Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental*. Buenos Aires ; Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- González R., Bologna R., Nevárez A., Carreón RG. (2011). Frequent oral mucosal lesions in children and adolescents: A review of the literature. *Rev ADM*; 68: 17-24
- González LM. Alergias y el sistema inmune: una revisión desde el aula. (2014). *Rev Fac Cien Salud UDES*.1(1): 43-51.
- González Otero S., García Marín F., Cebrián Carretero JL. (2006). Lesiones de mucosa oral. *Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 4: 61-86.
- Jiménez C., Kkilikan R., Ramírez R., Ortiz V., Virgüez Y., Benítez A. (2007). Levantamiento Epidemiológico de Lesiones Patológicas en los Tejidos Blandos de la Cavidad Bucal de los Niños y Adolescente del Centro Odontopediátrico de Carapa, Parroquia Antimano, Caracas, Distrito Capital - Venezuela. Periodo Mayo - Noviembre 2005. *Acta Odontológica Venezolana*. 45(4): 1-10

- Jiménez C., Ramírez R., Ortiz V., Virgüez Y., Benítez A. (2009). Identificación de lesiones en los tejidos blandos de la cavidad bucal en adolescentes con privación de libertad en el odontopediátrico de carapa: Septiembre 2005- abril 2006 Venezuela. *Acta Odontológica Venezolana*. 47(2), 327-333.
- Jiménez C, Cogorno V, Peñuela A, Veitía J. (2010) Ficticia en niños y adolescentes manifestaciones bucales. Revisión de la literatura. *Acta odontol. Venez.* 48(2):1-16.
- Jones AV., Franklin CD. (2006). An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30- year period. *Int J Paediatr Dent*. 16: 19–30.
- Keochgerián V., Cuestas M., Padula D., Scavino M. (2009). Frecuencia de las enfermedades de la mucosa bucal en el Uruguay en niños de 0 a 14 años. *Odontoestomatología*, 11(13), 43-57.
- Kleinman DY., Swango PA., Pindborg JJ. (1994). Epidemiology of oral mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-87. *Community Dent Oral Epidemiol*. 22: 243-253.
- Kong V. (2018) Prevalencia de lesiones de mucosa oral en niños atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (Tesis de Pregrado). Universidad de Chile, Chile.
- Kramer IR., Pindborg JJ., Bezroukov V., Infirri JS. (1980). Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. World Health Organization.
- Lanza Martino, L., Pérez Caffarena, M. (2016). Lesiones elementales de la mucosa bucal. Guía para el diagnóstico clínico de patologías de la mucosa bucal.. *Actas Odontológicas (Publicación Discontinuada)*. 12(1): 14-20.
- Lima GS., Fontes ST., de Araújo LM., Etges A., Tarquinio SB., Gomes AP. (2008) A survey of oral and maxillofacial biopsies in children: a single-center retrospective study of 20 years in Pelotas-Brazil. *J Appl Oral Sci*. 16: 397–402.
- Logan HL. , Lutgendorf S., Hartwig A., Lilly J., Berberich SL. (1998) Immune, stress, and mood markers related to recurrent oral herpes outbreaks. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 86(1): 48-54.

- Majorana A., Bardellini E., Flocchini P., Amadori F., Conti G., Campus G. (2010) Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years old: ten years' experience. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* 110(1): 13-18.
- Mantilla Gómez S., Danser MM., Sipos PM., Rowshani B., Van der Velden U., Van der Weijden GA. (2001) Tongue coating and salivary bacterial counts in healthy/gingivitis subjects and periodontitis patients. *J Clin Periodontol*; 28: 970–978.
- Matsui, M., Chosa, N., Shimoyama, Y., Minami, K., Kimura, S., Kishi, M. (2014). Effects of tongue cleaning on bacterial flora in tongue coating and dental plaque: a crossover study. *BMC Oral Health.* 14 (4): 1-8.
- Millsop JW, Fazel N. (2016) Oral candidiasis. *Clinics in Dermatology.* 34(4), 487-494.
- Muñiz, B.; Crivelli, M. & Paroni, H. (1981) Clinical study of oral soft tissue lesions in boys in a children's home. *Rev. Asoc. Odontol. Argent.* 69(7): 405-408.
- MINSAL, Departamento de Salud Oral. Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2020. Chile, 2018.
- Neville B, Damm DD, Allen C, Chi A (2016). *Oral and Maxillofacial Pathology.* St. Louis, MO: Saunders/Elsevier.
- Oliveira LJC, Torriani DD, Correa MB, Peres MA, Peres KG, Matijasevich A, Santos IS, Barros AJD, Demarco FF, Tarquinio SBC. (2015) Oral mucosal lesions' impact on oral health-related quality of life in preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 43: 578–585.
- Parlak AH., Koybasi S., Yavuz T., Yesildal N., Anul H., Aydogan I., Cetinkaya R., Kavak A. (2006). Prevalence of oral lesions in 13-to16-year-old students in Duzce, Turkey. *Oral Dis.* 12: 553–558.
- Pennacchiotti G, Oviedo C, Ortega- Pinto A. (2018) Solitary pigmented lesions in oral mucosa in Latin American children: Case series report. *Pediatr Dermatol.* 35: 374–377
- Pousa Castro X, Bascones Martínez A. (2011) Herpesvirus. *Av. Odontoestomatol*; 27 (1): 11-24.

- Pinto A., Haberland C. M., Baker S. (2014). Pediatric soft tissue oral lesions. *Dent. Clin. North Am.* 58(2): 437-453.
- Rebolledo Cobos, M., Harris Ricardo, J., Cantillo Pallares, O., Carbonell Muñoz, Z., & Díaz Caballero, A.. (2010). Granuloma telangiectásico en cavidad oral. *Avances en Odontoestomatología.* 26(5): 249-253.
- Raposo A., Monsalves MJ., Aravena P., Sanhueza A.(2011). Prevalence of oral mucosal lesions at the Hernán Henríquez Aravena Hospital of Temuco. *Int J Morphol.* 29(2): 622-627.
- Rioboo-Crespo MR., Planells-del Pozo P., Rioboo-García R. (2005). Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 10: 376-387.
- Rivera, C. (2016) *Mucosa oral: alteraciones y variaciones en 100 palabras* (eBook). *Mouth.* 1(1): eb04102016es.
- Shulman JD. (2005). Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA. *Int J Paediatr Dent.* 15(2): 89-97.
- Somacarrera Pérez, M.L., López Sánchez, A.F., Martín Carreras-Presas, C., Díaz Rodríguez, M. (2015). Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. *Avances en Odontoestomatología.* 31(3): 129-134
- Soto Araya M., Rojas Alcaayaga G., Esguep A. (2004). Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de Liquen plano oral, Síndrome boca urente y Estomatitis aftosa recidivante. *Med Oral.* 9:1-7.
- Vieira-Andrade RG., Martins-Júnior PA., Corrêa-Faria P., Marques LS., Paiva SM., Ramos-Jorge ML. (2015). Impact of oral mucosal conditions on oral health-related quality of life in preschool children: a hierarchical approach. *Int J Paediatr Dent.* 25(2): 117-126.
- Wang YK., Chang HH., Chang JY., Huang GF., Guo MK. (2009). Retrospective survey of biopsed oral lesions in pediatric patients. *J Formos Med Assoc.* 108: 862–871.
- Witman PM, Rogers RS. (2003) Pediatric oral medicine. *Dermatol Clin.* 21(1):157-170.

- World Health Organization. (2018). Género y salud. WHO. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Yañez, M.; Escobar, E.; Oviedo, C.; Stillfried, A.; Pennacchiotti, V. (2016). Prevalence of oral mucosal lesions in children. *Int. J. Odontostomat.* 10(3): 463-468.
- Yuni J., Salinas M., Ronald E., Millán I. (2008) Gingivoestomatitis herpética primaria - Conducta odontológica. *Acta Odontológica Venezolana.* 46(2), 219-226.

IX. ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



"Prevalencia de lesiones de mucosa oral del paciente pediátrico atendido en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile".

INVESTIGADOR PRINCIPAL: DRA. GINA PENNACCHIOTTI VIDAL

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE CHILE

1. INTRODUCCIÓN

Este documento tiene como objetivo entregarle toda la información necesaria para que Ud. decida o no la participación de su hijo/a y/o pupilo/a en esta investigación. En Chile los estudios epidemiológicos sobre lesiones de mucosa oral realizados en la población infantil son realmente escasos a diferencia de los estudios epidemiológicos relacionados con la caries y enfermedad periodontal. El objetivo de este proyecto es conocer la prevalencia de lesiones de mucosa oral en pacientes pediátricos atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

2. PROCEDIMIENTOS

Se realizará un estudio observacional- descriptivo que utilizará como instrumento de medición un examen clínico. Los datos serán registrados en una ficha clínica estandarizada. Se obtendrá registro fotográfico. Es importante que Ud. sepa que esta investigación no implica alteración en los procedimientos médicos realizados de rutina que su cirujano-dentista le ha indicado.

3. BENEFICIOS

La realización de esta investigación no representa beneficio alguno para su hijo/a y/o pupilo/a. Sin embargo, otros pacientes se podrían ver beneficiados en el futuro con éste estudio a través del conocimiento generado en el mismo.

4. RIESGOS

La realización de esta investigación biomédica no significa ningún riesgo para su hijo/a y/o pupilo/a.

5. COSTOS

La realización de esta investigación no implica ningún gasto adicional para Ud.

6. CONFIDENCIALIDAD

La información personal y médica de su hijo/a y/o pupilo/a serán mantenidas en forma



confidencial. La información generada sólo será utilizada para los fines de la presente investigación. En el caso que los datos obtenidos en el presente estudio sean requerido para otros estudios futuros, se le solicitará su autorización y la firma de un nuevo consentimiento informado.

7. DERECHOS

Ud. es libre de aceptar la participación de su hijo/a y/o pupilo/a en la presente investigación. Ud. puede retirar a su hijo/a y/o pupilo/a de la presente investigación en el momento que desee sin perder los derechos que le asisten como paciente. La participación de su hijo/a y/o pupilo/a en esta investigación es absolutamente voluntaria y se hará efectiva sólo cuando firme este consentimiento informado.

8. CONTACTOS

Si Ud. desea obtener más información sobre los alcances de esta investigación puede contactarse directamente con el investigador principal, Dra. Gina Pennacchiotti Vidal (pennacchiotti@gmail.com). Si decide aceptar la participación de su hijo/a y/o pupilo/a, le solicitamos su autorización, firmando este documento. Si Ud. decide no participar, su atención en salud no se verá afectada.

He recibido la información arriba descrita, de manera voluntaria, esclarecida y sin influencia de ningún tipo, si acepto / no acepto la participación de mi hijo/a y/o pupilo/a en esta investigación (marque su decisión):

SI ___ NO ___ Acepto participar en este proyecto de investigación.

SI ___ NO ___ Acepto la toma de fotografías de la lesión presente en la boca.



Nombre y RUT del paciente: _____ Edad: _____

Nombre y RUT del Padre y/o Tutor Legal: _____

Firma: _____

Nombre y RUT Investigador principal _____

Firma: _____ Fecha: _____

ANEXO N°2

Asentimiento Informado de Participación en Proyecto de Investigación

Dirigido a: Pacientes de 12 años o más atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

En el siguiente texto se explica y se entregan detalles de la actividad a la que se te desea invitar a participar. Para lo cual, debes leer lo siguiente:

La Dra. Gina Pennacchiotti está realizando un proyecto llamado "Prevalencia de lesiones de mucosa oral del paciente pediátrico atendido en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile". El objetivo del proyecto es conocer que tan frecuentes son las enfermedades de la boca en niños entre 3 y 13 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile y por eso se te ha pedido que participes en una examen que consiste en:

Revisar tu boca posterior a la atención realizada por tu alumno tratante del curso de odontopediatría de cuarto año en un sillón dental perteneciente a la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, con iluminación e instrumental de examen. Este examen durará entre 60 a 120 segundos y se realizará sólo en una ocasión. En caso de encontrar alguna lesión se tomará una fotografía de esta. Esta actividad no significará ningún riesgo para ti.

Para que puedas participar, también conversaremos con tu padre/madre/tutor, pero aunque ellos estén de acuerdo en tu participación, tú puedes decidir **libre y voluntariamente** si deseas participar o no.

Todos los datos que se recojan en la actividad serán totalmente **anónimos y privados**. Además, los datos que entregues serán absolutamente **confidenciales** y sólo se usarán para el proyecto de investigación. La Dra. Gina Pennacchiotti será la encargada de cuidar y proteger los datos, y tomará todas las medidas necesarias para esto.

Además, se asegurará la **total cobertura de los costos** de la actividad, por lo que tu participación no te significará gastos. Por otra parte, la participación en esta actividad **no involucra pago o beneficios en dinero o cosas materiales**. Además, te contamos que se tomarán todas las medidas que sean necesarias para garantizar tu salud e integridad mientras participas de la actividad.

Si tú consideras que se ha hecho algo incorrecto durante la actividad, te puedes comunicar con la Dra. Gina Pennacchiotti, perteneciente a la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, al email pennacchito@gmail.com.

Si tienes dudas sobre esta actividad o sobre tu participación en ella, puedes hacer preguntas en cualquier momento que lo desees. Igualmente, puedes decidir retirarte de la actividad en cualquier momento, sin que eso tenga malas consecuencias. Además, tienes derecho a negarte a participar o a dejar de participar en cualquier momento que lo desees.

Si decides participar, ¡Muchas Gracias!

Dra. Gina Pennacchiotti Vidal
Investigador Responsable

Mi nombre es _____, la Dra. Gina Pennacchiotti me ha invitado a participar de un proyecto llamado "Prevalencia de lesiones de mucosa oral del paciente pediátrico atendido en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile". Acepto participar en la actividad a la que me ha invitado, y además quisiera decir que:

1. He leído lo anterior, o me lo han leído, y he entendido toda la información.
2. Cuando no entendí algo, pude preguntar, y me han contestado a todas mis preguntas.
3. Sé que puedo decidir no participar, y nada malo ocurrirá por ello. Si tengo alguna duda en cualquier momento de la actividad, puedo preguntar todas las veces que necesite.
4. Sé que puedo elegir participar, pero después puedo cambiar de opinión en cualquier momento, y nadie me retará por ello.
5. Sé que la información que entregue en esta actividad sólo la sabrán las doctoras del proyecto y la usarán sólo para su investigación. Si mis respuestas llegasen a ser publicadas, no estarán relacionadas con mi nombre, así que nadie sabrá cuales fueron mis decisiones o respuestas.
6. De tener alguna pregunta sobre la actividad, después podré llamar o escribir a la Dra. Gina Pennacchiotti que podrá responder todas mis preguntas y comentarios. Su contacto es pennacchiotti@gmail.com
7. Si acepto participar en la actividad debo firmar este papel, y me entregarán una copia para guardarla y tenerla en mi poder si tengo cualquier duda después.
8. Al final de todo, podré pedirle a la doctora que me invitó a participar, información sobre los resultados de su proyecto. Sus datos de contacto son pennacchiotti@gmail.com

"Yo no deseo participar en la investigación y no he firmado el asentimiento que sigue".

Nombre, firma y/o huella dactilar del
participante

Dra. Gina Pennacchiotti Vidal
Investigador Responsable

Fecha _____

ANEXO N°3**FICHA CLÍNICA**

PROYECTO PRIODO “Prevalencia de lesiones de mucosa oral del paciente pediátrico atendido en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile”

Examinador: _____

Fecha: ____ / ____ / 2018

INFORMACIÓN PERSONAL

Sexo (M=1/ F=2) _____

Rango etario _____

- [3 años, 0 meses – 3 años, 11 meses] = 01
- [4 años, 0 meses – 4 años, 11 meses] = 02
- [5 años, 0 meses – 5 años, 11 meses] = 03
- [6 años, 0 meses – 6 años, 11 meses] = 04
- [7 años, 0 meses – 7 años, 11 meses] = 05
- [8 años, 0 meses – 8 años, 11 meses] = 06
- [9 años, 0 meses – 9 años, 11 meses] = 07
- [10 años, 0 meses – 10 años, 11 meses] = 08
- [11 años, 0 meses – 11 años, 11 meses] = 09
- [12 años, 0 meses – 12 años, 11 meses] = 10
- [13 años, 0 meses – 13 años, 11 meses] = 11

Nombre: _____
Apellidos *Nombres*

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Nacionalidad: _____

Representante
 legal/apoderado: _____

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Estado de salud del paciente SANO = 1 ENFERMO =2 _____

Enfermedad sistémica _____

- Asma = 01
- Dermatitis atópica = 02
- Alergia alimentaria = 03
- Enfermedades respiratorias = 04
- Enfermedades cardiovasculares = 05
- Enfermedades digestivas = 06
- Enfermedades endocrinas = 07
- Enfermedades autoinmunes = 08
- Enfermedades nefrourológicas = 09
- Enfermedades ginecológicas = 10
- Enfermedades neurológicas = 11
- Enfermedades dermatológicas = 12
- Otras = 13

¿Cuál? Especificar _____

Tratamiento farmacológico SI = 1 NO = 2 _____

¿Cuál? Especificar _____

Alergia a medicamentos SI = 1 NO = 2 _____

¿Cuál? Especificar _____

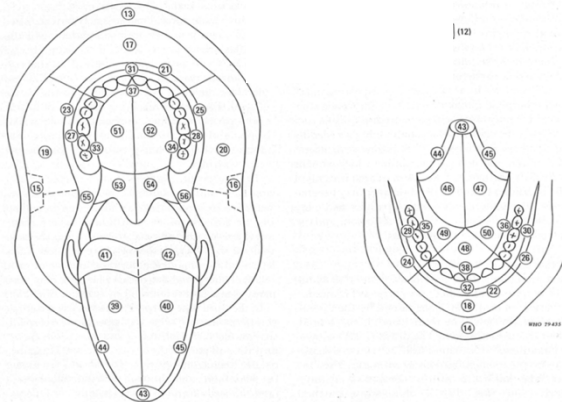
Otro tipo de alergia SI = 1 NO = 2 _____

¿Cuál? Especificar _____

Malos hábitos SI = 1 NO = 2 _____

¿Cuál? Especificar _____

Paciente se encuentra ocasionalmente con periodos de estrés o ansiedad SI = 1 NO = 2 _____

EXAMEN CLINICO INTRAORAL

Fecha de aparición aproximada	
Código localización anatómica	
Código tipo de lesión	
¿Presenta sintomatología? SI/NO ¿Cual?	
Otra lesión ¿Cuál?	

Estomatitis aftosa recurrente	Afta mayor	01
	Afta menor	02
	Herpetiforme	03
Lesiones traumática	Morsicatio buccarum (mejilla)	04
	Morsicatio labiorum (labio)	05
	Morsicatio linguarum (lengua)	06
	Queratosis friccional	07
	Fibroma irritativo	08
	Úlcera traumática	09
	Erosión traumática	10
Gingivostomatitis herpética primaria		11
Herpes simple bucal secundario	Herpes labial secundario	12
	Herpes intraoral recurrente	13
Candidiasis	Pseudomembranosa	14
	Eritematosa	15
	Hiperplásica	16
Mucocele		17
Ránula		18
Quielitis angular		19
Granuloma telangiectásico		20
Granuloma periférico de células gigantes		21
Lengua fisurada		22
Lengua geográfica		23
Lengua depapilada		24
Papiloma		25
Condiloma		26
Carcinoma		27
Leucoplasia		28
Eritroplasia		29
Liquen plano	Reticular	30
	Placa	31
	Atrófico-erosivo	32
	Otro tipo:	33
Lesiones pigmentadas		34
Abscesos bucales	Absceso periodontal marginal	35
	Absceso submucoso	36
Impétigo		37
Gingivitis	Asociada a placa	38
	Por fricción	39
Otra (ESPECIFICAR LESIÓN)		40

ANEXO N° 4



SANTIAGO, mayo 15 de 2017


Señor Prof.
Dr. Alfredo Criollo Céspedes
Director Investigación
Facultad Odontología U. de Chile
Presente


Estimado Director:

Mediante la presente me dirijo a Ud. para dejar constancia que estoy en conocimiento del Proyecto de Investigación PERIODO titulado: "PREVALENCIA DE LESIONES DE MUCOSA ORAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO ATENDIDO EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA D ELA UNIVERSIDAD DE CHILE", cuyo tutor principal es la Dra. Gina Pennacchiotti Vidal, del Departamento de Patología Oral.

Por lo anterior, autorizo que el proyecto se desarrolle en las dependencias de la Clínica Odontológica

Sin otro particular le saluda cordialmente,


PROF. DRA. MA. ALEXANDRA ANGULO SUÁREZ
Directora
Clínica Odontológica U. de Chile



-archivo.
mar

AV. LA PAZ N° 750 - FONO- 229785011 - SANTIAGO-CHILE
e-mail: directora.clinica@odontologia.uchile.cl

ANEXO Nº 5

Ed- 10 de Abril de 2018



ACTA DE APROBACION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

INFORME 2018/01

PROTOCOLO DE ESTUDIO Nº2018/01

Acta de Aprobación de Proyecto, titulado: "Prevalencia de lesiones de mucosa oral del paciente pediátrico atendido en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile".

1. Miembros del Comité Ético-Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile participantes en la aprobación del Proyecto:

Dr. Eduardo Fernández Godoy
Presidente CEC

Dr. Marco Cornejo Ovalle
Vicepresidente CEC

Dr. Juan Estay
Miembro permanente CEC

Sra. Rebeca Galarce
Miembro permanente CEC

Dr. Alfredo Molina
Miembro permanente CEC

Dr. Aler Fuentes
Miembro Permanente CEC

Dra. Viviana Toro
Miembro alterno CEC

Dr. José Suazo
Miembro alterno CEC

2. Fecha de Aprobación: 23-03-2018

Título completo del proyecto: "Prevalencia de lesiones de mucosa oral del paciente pediátrico atendido en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile".

3. Investigador responsable: Dra. Gina Pennacchiotti

Ed- 10 de Abril de 2010

4. Institución Patronante: PRICOD - FOUCH

5. Documentación Revisada:

- > Proyecto
- > Currículo del Investigador responsable y coinvestigadores
- > Nómina de los coinvestigadores y colaboradores directos de la investigación.
- > Resumen Ejecutivo
- > Carta Dr. Gonzalo Rojas, Director del Departamento de Patología y Medicina oral
- > Carta de Compromiso de IP

6. Fundamentación de la aprobación

El proyecto está correctamente formulado y no presenta reparos metodológicos, éticos, ni legales.

En consecuencia, el Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, ha aprobado el Proyecto, titulado: "Prevalencia de lesiones de mucosa oral del paciente pediátrico atendido en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile".


 Dr. Eduardo Fernández G.
 Presidente CEC



Cfo.: Investigador Principal y Secretaria C.E.C.

ANEXO N° 6

Tabla N°5. Enfermedades sistémicas reportadas como antecedente médico por los apoderados de los pacientes examinados en el estudio

Enfermedades	n (%)
Asma	14 (7,8)
Dermatitis Atópica	6 (3,4)
Alergia Alimentaria (Chocolate, pescados, mariscos, frutas, frutos secos)	7 (3,9)
Enfermedades respiratorias (Rinitis alérgica, displasia pulmonar)	29 (16,2)
Cardiovasculares (Cardiopatía congénita)	1 (0,6)
Digestivas (Intolerancia a la lactosa)	1 (0,6)
Nefrológicas (Infección urinaria recurrente, Síndrome nefrótico)	2 (1,1)
Dermatológicas (Vitíligo, Dermatitis seborreica)	2 (1,1)
Otras (Síndrome de Gilbert, Estrabismo, Síndrome de Asperger, Trastorno ansioso)	4 (2,2)
Total de pacientes con reporte de enfermedad sistémica	54 (30,2)