



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA Y MEDICINA ORAL
AREA DE ANATOMIA PATOLOGICA**

**“PREVALENCIA DE LESIONES DE MUCOSA ORAL EN NIÑOS ATENDIDOS
EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE”**

Valerie Francisca Kong González

**TRABAJO DE INVESTIGACION
REQUISITO PARA OPTAR AL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

**TUTORA PRINCIPAL
Dra. Gina Pennacchiotti Vidal
TUTORA ASOCIADA
Dra. Iris Espinoza Santander**

Adscrito a PRIO-ODO 18/005

Santiago - Chile

2018



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA Y MEDICINA ORAL
AREA DE ANATOMIA PATOLOGICA**

**“PREVALENCIA DE LESIONES DE MUCOSA ORAL EN NIÑOS ATENDIDOS
EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE”**

Valerie Francisca Kong González

**TRABAJO DE INVESTIGACION
REQUISITO PARA OPTAR AL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

TUTORA PRINCIPAL

Dra. Gina Pennacchiotti Vidal

TUTORA ASOCIADA

Dra. Iris Espinoza Santander

Adscrito a PRIO-ODO 18/005

Santiago - Chile

2018

DEDICATORIA

Dedicado a mi familia.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, estás tú mi amada madre. No tengo palabras para agradecerte lo que has hecho por nosotros. Gracias por acompañarme y guiarme en cada uno de mis pasos. Me has ayudado a ser feliz y construir una vida hermosa. Sin ti jamás hubiese llegado tan lejos. Lo logramos Marietitta.

A mis compañeros de tantos juegos y alegrías: mis hermanos Yuc y Choi. Gracias por cuidarme y protegerme. Son mi gran regalo en la vida. Todo es más sencillo sabiendo que los tengo a ustedes.

A mis abuelos: Francisca y Gustavo. Me hubiese encantado que ambos terminaran esta etapa junto a mí, pero soy inmensamente feliz de abrazar hoy a mi abuela y mirar hacia el cielo para encontrarme contigo Peladito. Nunca hallaré tanto amor como en los ojos de ustedes.

A David, por cuidar y amar a mi madre. Gracias por apoyarme durante la carrera.

A mis tutoras: Dra. Gina Pennacchiotti y Dra. Iris Espinoza. Gracias por su tiempo y dedicación. Logramos un maravilloso trabajo.

A mis queridos amigos: Gonzalo, Francisca, Juan Pablo, Diana, Che y Coni. Aparecieron en mi vida en el momento preciso. Gracias por acompañarme en mis locuras, penas y alegrías. En ustedes encontré el real significado de la amistad. Mis patrañas favoritas.

A la selección de Atletismo U. de Chile. Gracias por confiar en mis capacidades y haberme permitido cumplir uno de mis mayores sueños, ser campeona nacional universitaria.

A todas aquellas personas que me acompañaron en alguna etapa de este proceso, gracias por haber estado a mi lado.

Y a mis amores de cuatro patitas, en especialmente a ti Almendra.

... Gracias por estar en mi vida.

INDICE

Resumen.....	pág. 7
Introducción.....	pág. 8
Marco Teórico.....	pág. 9
Hipótesis y Objetivos.....	pág. 27
Materiales y Métodos.....	pág. 28
Resultados.....	pág. 32
Discusión.....	pág. 44
Conclusiones.....	pág. 49
Referencias Bibliográficas.....	pág. 51
Anexos.....	pág. 56

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia de las lesiones de mucosa oral distribuidas por localización anatómica.....	pág. 37
Tabla 2. Frecuencia de las condiciones o variaciones de mucosa oral distribuidas por localización anatómica.....	pág. 37
Tabla 3. Frecuencia de pacientes con enfermedades sistémicas.....	pág. 40
Tabla 4. Frecuencia de las lesiones de la mucosa oral.....	pág. 41
Tabla 5. Frecuencia de las condiciones o variaciones de la mucosa oral.....	pág. 43

INDICE DE FIGURAS

- Figura 1. Frecuencia de lesiones de la mucosa oral distribuidas por grupos etarios de 3 a 5 años y 6 a 13 años.....**pág. 33**
- Figura 2. Prevalencia de condiciones o variaciones de la mucosa oral distribuidas por grupos etarios de 3 a 5 años y 6 a 13 años.....**pág. 34**
- Figura 3. Frecuencia de pacientes con lesiones de mucosa oral según sexo.....**pág. 35**
- Figura 4. Frecuencia de pacientes con condiciones o variaciones de la mucosa oral según sexo.....**pág. 36**
- Figura 5. Presencia y ausencia de lesiones de mucosa oral en pacientes sanos y con enfermedades sistémicas.....**pág. 38**
- Figura 6. Presencia y ausencia de condiciones de mucosa oral en pacientes sanos y con enfermedades sistémicas.....**pág. 39**
- Figura 7. Distribución de frecuencia de las lesiones entre el total de lesiones de la mucosa oral.....**pág. 42**
- Figura 8. Distribución de frecuencia de las condiciones entre el total de las condiciones de la mucosa oral.....**pág. 43**

RESUMEN

Introducción: Las lesiones de la mucosa oral agrupan un amplio conjunto de alteraciones que se localizan en los tejidos blandos de la cavidad oral. Los estudios que describen la prevalencia de las lesiones de la mucosa oral se han realizado principalmente en adultos. Por lo tanto, en la literatura, hay pocos informes sobre lesiones y condiciones de la mucosa oral en niños.

Objetivo: Establecer la prevalencia de lesiones mucosa oral en niños de 3 a 13 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal. Se examinaron pacientes pediátricos de 3 a 13 años, ambos sexos, sanos o con patologías sistémicas atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile previo consentimiento y/o asentimiento informado. Se excluyeron aquellos pacientes, padres, familiares y/o tutores legales que no aceptaron participar del trabajo de investigación ni firmar el consentimiento y/o asentimiento informado.

Resultados: De un total de 106 pacientes, 54 correspondieron a mujeres (50,94%) y 52 fueron hombres (49,06%). La prevalencia de lesiones de la mucosa oral en este estudio fue del 50%. La frecuencia de lesiones de la mucosa oral fue en mujeres 23 (42,59%) mientras que en hombres 30 (57,69%). Las lesiones de la mucosa oral más prevalentes correspondieron a la erosión traumática (14,15%), absceso dentoalveolar crónico (páulis) (12,26%), gingivitis asociada a placa bacteriana (11,32%), afta menor (6,6%), mucocele (4,72%), úlcera traumática (4,72%), morsicatio buccarum (3,77%).

Conclusión: Debido a la alta prevalencia encontrada y a la escasez de estudios nacionales publicados en niños es necesario desarrollar más evidencia sobre la prevalencia de lesiones en mucosa oral en este grupo de edad, originando un lineamiento base para focalizar a continuación futuras investigaciones en patologías orales más prevalentes y desarrollar programas educativos para el diagnóstico correcto y precoz del odontólogo/a y otros profesionales de salud. El contexto actual de las políticas públicas de salud oral en niños en Chile, que desarrollan diversos programas, pueden beneficiarse de este conocimiento.

INTRODUCCION

Las lesiones de la mucosa oral agrupan un amplio conjunto de alteraciones que se localizan en los tejidos blandos de la cavidad oral, posibles de distinguir tanto por sus etiologías, características clínicas, tratamientos y pronósticos.

Según los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define lesión a aquellas entidades que implican necesidad de tratamiento preventivo, profiláctico o terapéutico (Kramer y cols., 1980). Por otro lado, las condiciones orales son consideradas variantes de la normalidad o parte de un proceso fisiológico, donde su relevancia radica en establecer un buen diagnóstico diferencial y así, evitar procedimientos innecesarios. Estas modificaciones de la normalidad en la mucosa oral son inocuas, relativamente frecuentes y no necesariamente representan una patología (Neville y cols., 2016).

Las lesiones de mucosa oral en niños se pueden presentar como vesículas, úlceras, cambios de color, alteraciones en el tamaño y configuración de la anatomía oral (Pinto y cols., 2014).

La mucosa oral cumple importantes funciones como: protección de los tejidos más profundos, órgano sensorial regulador de la temperatura corporal y medio a través del cual se secreta la saliva (Yañez y cols., 2016).

El examen clínico para el diagnóstico de condiciones y lesiones orales es fundamental, para lo cual, debe ser correcto, minucioso y sistemático. El examen de los tejidos blandos de los pacientes pediátricos involucra el conocimiento del tamaño normal, forma, color, consistencia y textura de las estructuras que lo conforman. La correcta exploración de la mucosa bucal puede proporcionar importantes herramientas en el diagnóstico de alteraciones del desarrollo, neoplásicas, infecciosas, inflamatorias, entre otras (Kramer y cols., 1980).

MARCO TEORICO

La cavidad oral (revestida por la mucosa oral), está limitada anteriormente por los labios, posteriormente por el istmo de las fauces y tonsilas que la separa de la orofaringe y, lateralmente, por los carrillos o mejillas. La zona superior está limitada por la bóveda palatina e inferiormente por el piso de la boca y la base de la lengua. La boca es una cavidad de tipo virtual ocupada casi en su totalidad por el órgano lingual en estado de reposo. Los maxilares con sus arcos dentarios, al entrar en oclusión, dividen la cavidad en dos partes: la boca propiamente tal, que queda comprendida por dentro de los arcos dentarios y el vestíbulo bucal que se encuentra por fuera de los mismos.

Histología de la mucosa oral

El término membrana mucosa es usado para describir el recubrimiento húmedo del tracto gastrointestinal, fosas nasales, y otras cavidades del cuerpo que comunican con el exterior. En la cavidad oral este recubrimiento es llamado membrana mucosa oral o mucosa oral. Se encuentra localizada anatómicamente entre la piel y la mucosa gastrointestinal presentando propiedades de cada una de ellas. Está constituida por dos componentes tisulares: una cubierta epitelial y un tejido conectivo subyacente. Debido a que estos tejidos realizan una función común, se considera un órgano (Nanci, 2008).

Epitelio oral: Constituye la barrera primaria entre el entorno oral y los tejidos más profundos. El epitelio oral es un epitelio escamoso estratificado que consiste en células firmemente unidos entre sí y dispuestas en una serie de distintas capas o estratos (Nanci, 2008). Los epitelios de la cavidad bucal se dividen en queratinizados y no queratinizados, dependiendo si superficialmente están protegidos o no por la capa córnea o queratina; a su vez la capa queratinizada se llamará ortoqueratina si las células no muestran sus núcleos y paraqueratina si los muestran.

Membrana Basal: La unión entre el epitelio y el tejido conjuntivo se realiza mediante la membrana basal, estructura que, además de presentar adhesión mecánica, cumple con múltiples funciones, entre las que destaca su rol guía de las células epiteliales en la proliferación durante la reparación tisular.

Lámina propia o corion: Es una lámina de tejido conectivo de espesor variable que confiere sostén y nutrición al epitelio. Estas funciones se ven reforzadas por la presencia de papilas que llevan vasos y nervios (Nanci, 2008). El tejido conectivo de la lámina propia puede ser laxo o denso según la región, al igual que la distribución, concentración y organización de células, fibras y sustancia fundamental de acuerdo con la ubicación topográfica. Su distribución está relacionada con las necesidades funcionales específicas de las diversas regiones de la cavidad oral.

Funciones de la mucosa oral

La mucosa oral cumple múltiples funciones que van más allá del revestimiento aislante frente al exterior, además actúa como órgano sensorial y sitio para la actividad glandular (Nanci, 2008).

Protección: La mucosa oral es una barrera impermeable que separa y protege los tejidos y órganos más profundos de la región oral del medio externo. Las funciones realizadas durante la masticación exponen los tejidos blandos orales a fuerzas mecánicas y abrasiones superficiales. La mucosa oral presenta una serie de adaptaciones del epitelio y el tejido conectivo para resistir a dichas cargas (Nanci, 2008).

Percepción sensitiva y sensorial: En la mucosa oral los receptores responden a estímulos sensitivos como temperatura, tacto y dolor; en zonas específicas como en el dorso de la lengua también se encuentran receptores capaces de percibir estímulos sensoriales de tipo gustativos. La información sensitiva de la mucosa oral es importante, porque provee información respecto a eventos que están ocurriendo dentro de la cavidad oral, mientras que los labios y la lengua perciben además

estímulos sensitivos externos. Ciertos receptores en la mucosa oral probablemente responden al agua y a señales de satisfacción de sed. Reflejos tales como deglución, vómito y salivación también son iniciados por receptores de la mucosa oral (Nanci, 2008).

Secreción: La mayor secreción asociada con la mucosa oral es la saliva, producida por las glándulas salivales que contribuye a la mantención de la superficie húmeda. Las glándulas salivales mayores, están situadas distantes de la mucosa y su producto de secreción se vierte a la mucosa a través de un sistema de ductos; sin embargo, las glándulas salivales menores están asociadas con la mucosa oral. Glándulas sebáceas frecuentemente están presentes en la mucosa oral, pero sus secreciones son insignificantes (Nanci, 2008).

Regulación térmica: En algunos animales el calor corporal es disipado en forma significativa a través de la mucosa oral. En la mucosa oral humana, sin embargo, esto no ocurre, debido a la falta de especialización de los vasos sanguíneos existentes para controlar la transferencia de calor (Nanci, 2008).

Variaciones morfofuncionales de la mucosa oral

La mucosa oral muestra una variación estructural considerable debido a la influencia mecánica que actúa sobre ella en las diferentes regiones de la cavidad oral. Es posible identificar tres tipos principales de la mucosa de acuerdo con su función primaria: mucosa masticatoria, mucosa de revestimiento y mucosa especializada. Cuantitativamente, la mayor parte de la mucosa oral está representada por mucosa de revestimiento, que asciende a aproximadamente el 60% del área total, mucosa masticatoria y mucosa especializada que ocupan áreas más pequeñas (25% y 15%, respectivamente) (Nanci, 2008).

Mucosa de revestimiento: Este tipo de mucosa se encuentra en la cara interna del labio, paladar blando, cara ventral de la lengua, mejillas y piso de la boca. Cumple una función de protección. El epitelio es de tipo no queratinizado, con una lámina

propia laxa y presenta una submucosa bien definida donde podemos encontrar glándulas salivales menores, tejido adiposo o fibras musculares estriadas en grados variables según la ubicación. Es distensible, se adapta a la contracción y relajación de los músculos faciales y a los movimientos del maxilar inferior durante la masticación. Las fibras colágenas no están organizadas en haces densos y presenta, además fibras elásticas que le otorgan mayor capacidad de estiramiento. El número de capas del epitelio es menor que en la mucosa masticatoria (Nanci, 2008).

Mucosa masticatoria: Se presenta en aquellas zonas sometidas directamente a las fuerzas intensas de fricción y presión originadas por el impacto masticatorio (Nanci, 2008). Suele estar fija al hueso y es inextensible. A este tipo de mucosa corresponden la encía y paladar duro. El epitelio es orto o paraqueratinizado, con numerosas crestas epiteliales y corion denso. La lámina propia está fuertemente unida al periostio del tejido óseo subyacente, excepto en las partes laterales del paladar duro donde encontramos tejido adiposo y glandular interpuesto.

Mucosa especializada: Recibe este nombre porque aloja corpúsculos gustatorios intraepiteliales, que cumplen una función sensorial destinada a la recepción de los estímulos gustativos. Los corpúsculos gustatorios se localizan en el epitelio de las papilas linguales fungiformes, foliadas y caliciformes. Es decir, esta variedad de mucosa se observa en la cara dorsal de la lengua.

Etiología de la patología de mucosa oral

La literatura indica que la etiología es múltiple y diversa. Estas entidades patológicas son resultados de traumatismos, infecciones (bacterianas, virales o micóticas), procesos autoinmunes, reactivas, reacciones de hipersensibilidad, asociación a enfermedades sistémicas o neoplasias (Neville y cols., 2016).

Lesiones traumáticas

Las lesiones traumáticas que se presentan con más frecuencia son provocadas por malos hábitos. Los traumas se presentan por lesiones directas en los tejidos blandos

de la boca que pueden ser ocasionados por mordeduras, succión, daño local, como fracturas dentales, tratamientos ortodónticos, entre otros (González y cols., 2011).

Erosión traumática: Se define como una lesión por pérdida de sustancia superficial. Suele deberse a pequeños roces o traumatismos y no suele ser muy dolorosa. Repara en 2 o 3 días sin dejar cicatriz si el agente causal no se encuentra presente (Somacarrena y cols., 2015).

Úlceras traumáticas: Las úlceras traumáticas son una de las lesiones más frecuentes en los tejidos blandos bucales. Clínicamente se observa un área central blanco-amarillenta, de aspecto limpio y no hemorrágico con un halo eritematoso. Suelen cursar como episodios de corta duración, dolorosos y que pueden recurrir si el agente que los ocasiona no se elimina (Bascones y cols., 2005).

Lesiones reactivas / reaccionales

Fibromas irritativos: Son una hiperplasia de tejido conectivo fibroso, exofíticas, bien delimitadas que se produce secundario a un trauma crónico de la mucosa oral. Aparecen clínicamente como nódulos con una superficie lisa o a veces ulcerada. El color es el de la mucosa circundante y es firme a la palpación. La localización más frecuente es la mucosa bucal, cara interna labial y bordes laterales de lengua (Pinto y cols., 2014).

Fibromatosis gingival: Es una patología benigna, que se manifiesta con aumento en el volumen de la encía, de forma generalizada, dificultando la higiene bucal y el habla. Es de crecimiento lento y asintomática. Se origina como un efecto secundario a medicamentos, puede ser hereditaria, de origen inflamatorio o idiopática (Harris y cols., 2014).

Granuloma telangiectásico: Es un tumor de origen epitelial benigno que tiene predilección en la cavidad oral a nivel de la encía, de contenido vascular y de crecimiento rápido, cuya etiología es atribuible a irritantes locales como placa

bacteriana, cálculo, traumatismos, presencia de restos radiculares y otros como la presencia de cuerpos extraños (Rebolledo y cols., 2010).

Lesiones infecciosas

Lesiones Virales

Virus Herpes Simplex tipo 1 (VHS-1) y Virus Herpes Simplex tipo 2 (VHS-2): Se caracteriza por presentar dos fases: gingivostomatitis herpética primaria; se presenta generalmente después de los 6 meses de edad, se manifiesta con compromiso del estado general, a los pocos días se desarrollan múltiples vesículas que posteriormente se erosionan o rompen y se ulceran. Las áreas más afectadas son labios y encías, remite espontáneamente entre 7 a 14 días. La fase de herpes simple oral secundario, se observan dos formas de presentación, el herpes labial recurrente y el herpes intraoral recurrente. El herpes labial recurrente reaparece cada cierto tiempo, produce leves molestias y generalmente existe un factor precipitante, como luz solar, menstruación, fiebre, tensión emocional, trauma, inmunosupresión. Se localiza con mayor frecuencia en el labio inferior. El herpes intraoral recurrente es poco frecuente en individuos sanos, se localiza con mayor frecuencia en el paladar duro (Lobos, 1995).

Virus Herpes Humano tipo 3 (VHH-3): Este virus se encuentra latente en el tejido nervioso de alguna zona del organismo. Se describen dos infecciones: Varicela que comúnmente se observa en niños. Se presenta con compromiso del estado general del paciente y aparición de úlceras y vesículas en el paladar y la lengua. La segunda es el Herpes Zoster. Se presenta en forma cíclica, tiene un periodo de ardor y parestesia del nervio afectado. Las zonas más afectadas son el paladar, lengua o piezas dentarias de manera unilateral (Lobos, 1995).

Virus Coxsackie: Se describen dos infecciones; Mano pie boca que se trata de un proceso muy prevalente en la edad pediátrica de carácter epidémico y de predominio estacional. Afecta a niños de 1 a 5 años durante el verano, pudiendo

causar epidemias. Se caracteriza por la aparición súbita de lesiones cutáneas en manos, pies y a nivel oral sin afectar el estado general. En la mucosa bucal se manifiesta en forma de lesiones de tipo aftoso, muy dolorosas, en número de 5 a 10 recubiertas por una pseudomembrana amarillenta y rodeadas por un halo eritematoso (Bacones y cols., 2006). La segunda es la Herpangina. Se caracteriza por la aparición de un enantema periuvular, acompañado a nivel sistémico por fiebre, disfagia, cefalea, vómitos y dolor en las extremidades. A nivel bucal, la evolución del enantema es hacia vesículas blanco-amarillentas localizadas en los pilares anteriores amigdalinos, paladar blando y úvula (Bacones y cols., 2006).

Virus Papiloma Humano (VHP): Se sabe de la existencia de más de 200 subtipos. Estos se dividen en dos grandes grupos dependiendo de su potencial oncogénico: bajo y alto riesgo. Los genotipos VHP de bajo riesgo (4, 6, 11, 13, 32) se encuentran asociados a papiloma, enfermedad de Heck, verruga vulgar, condiloma acuminado. Los genotipos de VHP de alto riesgo (16, 18) están asociados a carcinoma espinocelular oral.

Lesiones Micóticas

Candidiasis: Es una infección micótica oportunista causada por *Candida albicans*. Es más prevalente en pacientes que toman antibióticos, corticoesteroides o utilizan prolongadamente aparatos intraorales. La variedad pseudomembranosa se presenta como placas blancas superficiales en las membranas mucosas. Estas placas blancas se pueden observar en mucosa bucal, labial, paladar duro, blando y lengua. La candidiasis eritematosa suele estar relacionada, con deficiencias de folatos o vitamina B12, a terapia antibiótica o uso de corticoides recientes. La forma asintomática se caracteriza por máculas eritematosas crónicas (Witman y Rogers, 2003).

Lesiones Bacterianas

Impétigo: Es una infección primaria superficial de la piel causada por *Streptococcus betahemolíticos* o *Streptococcus aureus*. Se forman ampollas, erosiones, vesículas y costras en regiones peri-orificiales de la cara. Pueden ser factores de riesgo el nivel socioeconómico bajo, climas cálidos y húmedos (Sunderkötter y Becker, 2015).

Escarlatina: Enfermedad infectocontagiosa exantemática de origen bacteriano y de distribución universal que afecta a individuos a partir de los tres años. El agente responsable es el *Streptococo betahemolítico* del grupo A. A nivel bucal cursa con un exantema muy marcado en la lengua, la cual aparece cubierta por un exudado blanco-amarillento. Las papilas linguales sobresalen hiperémicas, estando engrosadas y dando el aspecto de lengua aframbuesada (Bascones y cols., 2006).

Lesiones inmunológicas y reacciones de hipersensibilidad

Estomatitis aftosa recurrente: Suelen darse durante la infancia. La frecuencia de aparición y severidad disminuye con la edad (Rioboo-Crespo y Bascones, 2011). Existen tres formas clínicas de aparición clasificadas en base a su tamaño en menores, mayores y herpetiformes (Sciubba, 2007).

Aftas menores: Son las más frecuentes y suponen el 75-85% de los casos. Su tamaño es menor de 1 cm. Son de forma ovalada, con profundidad escasa, bordes eritematosos, no muy numerosas y su duración se sitúa entre los 10 y 14 días, curando sin secuela. Afectan principalmente a mucosas yugales, labiales, fondo de vestíbulo, piso de la boca y lengua (Falgás, 2015).

Aftas mayores: Son lesiones mayores de 1 cm y representan entre el 10 y el 15% del total de las aftas. Generalmente, comienzan después de la pubertad. Suelen aparecer 1 o 2 lesiones aisladas, su duración es de más de 2 semanas, pudiendo superar el mes y con posibilidades de resolverse dejando cicatriz. Su ubicación más

frecuente es el paladar blando y la faringe. Suelen ser redondeadas, más profundas que las menores y de color blanco-amarillento (Falgás, 2015).

Estomatitis aftosa herpetiforme: Representan el 5-10% de las aftas. Son lesiones de tamaño muy pequeño, pero muy numerosas, con tendencia a unirse y formar úlceras más grandes e irregulares, que pueden confundir con un cuadro herpético. Afectan a la mucosa blanda móvil y no queratinizada. Su duración es de 10 a 14 días y se resuelven sin dejar cicatriz (Falgás, 2015).

Lesiones pigmentadas

La mucosa bucal puede presentar pigmentaciones, ya sean de origen endógeno o exógeno. Se debe enfatizar que en algunas personas es común encontrar áreas pigmentadas de la mucosa oral y que corresponden a una situación no patológica sino a un carácter de tipo racial (Lobos, 1995).

Pigmentaciones Exógenas

Argirosis (tatuaje de amalgama): Causa más común de hiperpigmentaciones en la cavidad oral, se trata de partículas de amalgamas proyectadas por maniobras odontológicas al interior de la encía o del hueso alveolar. Se presenta como una mácula asintomática azul o negra, de diferentes tamaños (Lobos, 1995; Witman y Rogers, 2003).

Pigmentaciones Endógenas

Mácula melanótica bucal: Aumento localizado de la pigmentación melánica en una mucosa bucal normal. Se presenta a cualquier edad como lesión asintomática, de color pardo-negrusco, generalmente solitaria. La localización más frecuente es el labio inferior y mucosa gingival (Lobos, 1995).

Nevo: Son lesiones que se observan mayoritariamente en la piel, originados por una acumulación de melanocitos en la epidermis o en la dermis y también, algunas veces, se presentan en la mucosa bucal. Se observan como manchas oscuras de distintos tamaños, con mayor frecuencia en el paladar duro. Se describen variedades como nevo de unión, compuesto, intradérmico, azul (Lobos, 1995).

Lesiones asociadas a glándulas salivales

Mucocele: Es un quiste de extravasación de la mucosa cuyo tamaño puede variar de 2-3 mm a 1-2 cm, producidos por un traumatismo en un pequeño conducto de alguna glándula salival menor. Se presenta con mayor frecuencia en el labio inferior como nódulos comúnmente translúcidos o con una coloración azul. En ocasiones se resuelve espontáneamente (43%), sin embargo, es fácil su recidiva (Witman y Rogers, 2003; Falgás, 2015).

Ránula: Es un quiste mucoso de retención en el piso de boca, anterior o lateral al frenillo lingual. La mucosa que lo recubre puede tener coloración azulada o el color normal de la mucosa. Puede aparecer como resultado de una obstrucción, perforación o atresia del conducto salival de la glándula sublingual o submandibular (Witman y Rogers, 2003; Falgás, 2015).

Variaciones de la mucosa oral normal

Las condiciones de la mucosa oral son consideradas variantes de la normalidad o parte de un proceso fisiológico, donde su relevancia radica en establecer un buen diagnóstico diferencial respecto a las lesiones de la mucosa oral para así evitar procedimientos innecesarios. Estas modificaciones de la normalidad en la mucosa oral son inocuas, relativamente frecuentes y no necesariamente representan una patología (Neville y cols., 2016).

Algunas de las condiciones o variaciones de la mucosa oral más frecuentes descritas en la literatura son las siguientes:

Lengua fisurada, escrotal o plegada: Se caracteriza por la presencia de numerosos surcos o fisuras de 2 a 6 mm de profundidad en la superficie dorso lateral de la lengua. Se pueden observar múltiples variaciones, como una sola fisura central o cubriendo toda la superficie dorsal dividiendo a la lengua. Requiere una limpieza lingual más sistematizada para evitar halitosis y sobreinfecciones (Falgás, 2015; Neville y cols., 2016).

Lengua geográfica o glositis migratoria benigna: Desorden inflamatorio de la mucosa lingual, que se caracteriza por la pérdida de las papilas filiformes. Aparecen placas únicas o múltiples depapiladas con centro eritematoso y bordes sobreelevados que afectan al dorso y márgenes linguales. Se da en población infantil en un 1-2%. Más en niños que niñas, asociándose con dermatitis seborreica, bronquitis espasmódica, atopias, alergias, psoriasis y lengua fisurada. Su etiología es desconocida, aunque es más frecuente en casos de ansiedad y tensión emotiva (González y cols., 2011; Falgás, 2015).

Condición de Fordyce: Son glándulas sebáceas ectópicas en diversos sitios de la cavidad bucal. Se disponen en forma simétrica y en ambos lados de la cara interna de la mejilla; a veces en la vertiente bucal del labio y en el triángulo retromolar. Pueden presentarse en recién nacidos, pero suelen aparecer luego de la pubertad. Clínicamente se distinguen como pápulas o máculas blancas o amarillas de entre 1-3 mm separadas entre sí y que se proyectan ligeramente hacia la superficie (Lobos, 1995; Witman y Rogers, 2003).

Línea alba: Es una elevación lineal blanca de la mucosa oral a nivel del plano oclusal. El área hiperqueratósica se asocia con una presión repetitiva, fricción u otros hábitos parafuncionales de las superficies vestibulares de la dentición. No requiere tratamiento, pero puede desaparecer si se elimina el estímulo desencadenante.

Estudios de prevalencia de lesiones de mucosa oral

Diversos estudios con relación a las patologías de la mucosa oral se han basado en el diagnóstico histopatológico a partir de los registros de los servicios de anatomía patológica (Keszler y cols., 1990; Chen y cols., 1998; Jones y Franklin., 2006; Lima y cols., 2008; Wang y cols., 2009). Estos estudios han permitido determinar que existe una variación considerable en la frecuencia de las lesiones de mucosa oral en diferentes zonas geográficas (Donoso y cols., 2013). Sin embargo, se debe tener presente que este tipo de investigaciones no permiten obtener la prevalencia actual o la incidencia de lesiones en la población pediátrica, ya que algunas de estas son de diagnóstico netamente clínico.

Estudios de prevalencia de lesiones de mucosa oral en el mundo

Respecto a estudios de prevalencia de lesiones de mucosa oral en población pediátrica basados en el aspecto clínico a nivel internacional podemos encontrar reportes en América, Europa, Asia y África. A continuación, presentamos los principales resultados obtenidos por continentes.

En América

Un estudio realizado en Argentina para una muestra total de 75 pacientes pediátricos varones, sanos, con edades entre los 6 y 13 años, se encontraron 46 pacientes con lesiones de mucosa oral, con una prevalencia de 61,3%. Las lesiones más comunes fueron la queilitis angular (14,7%), seguido de herpes labial (10,7%), impétigo (9,3%), lengua geográfica, afta recurrente y verruga vulgar (2,7%) (Muniz y cols., 1981).

En otro estudio realizado en el mismo país para una muestra total de 308 pacientes, entre 1 mes a 15 años de edad (155 pacientes de sexo femenino y 153

masculino), 33,8% de ellos presentaban alguna lesión de mucosa oral. Las lesiones más prevalentes fueron el herpes labial (10,38%), lengua depapilada (6,16%), queilitis angular (5,19%), candidiasis (1,94%), lengua geográfica (1,29%), nevo melánico (0,33%), ránula (0,3%) (Crivelli y cols., 1986).

Otro estudio realizado por el mismo autor, comparó la prevalencia de lesiones de mucosa oral, con exclusión de gingivitis y enfermedad periodontal, en escuelas en Argentina con distintos niveles socioeconómicos. Para una muestra total de 846 niños de entre 4 y 13 años, donde la prevalencia de lesiones de mucosa oral total fue de 39,04%, las lesiones más frecuentes fueron las úlceras aftosas recurrentes (10,87%), luego el herpes labial (5,20%), queilitis angular (3,54%), lengua geográfica (2,95%), lesiones traumáticas (1,41%), mucocele (1,18%), impétigo (0,94%). No hubo diferencias significativas en cuanto al nivel socioeconómico en relación a la prevalencia total de las lesiones (Crivelli y cols., 1988).

En Estados Unidos para una muestra total de 39.206 pacientes de entre 5 y 17 años, la prevalencia de lesiones de mucosa oral fue de 4,1%. La mayoría de las lesiones fueron encontradas en mucosa bucal, labial y lengua. Las lesiones más prevalentes fueron: úlcera aftosa (1,23%), herpes labial (0,78%), lengua geográfica (0,60%), mucocele (0,03%) (Kleinman y cols., 1994).

En Belo Horizonte, Brasil para una muestra total de 1211 pacientes, los cuales fueron divididos en dos grupos: de 0 a 4 años y de 5 a 12 años. Este estudio demostró que un 27% de los pacientes examinados presentaban lesiones de mucosa oral, sin diferencias significativas por sexo. La frecuencia de niños con lesiones de mucosa oral fue más alta en el grupo de 5 a 12 años. Se encontraron 25 alteraciones diferentes y las más comunes fueron lengua geográfica (9,1%), lesiones traumáticas (6,1%), mácula melanótica (2,6%) (Bessa y cols., 2004).

En Dallas, Texas para una muestra total de 10.030 individuos, de entre 2 y 17 años, 914 (9,11%) pacientes tenían lesiones de mucosa oral, con un total de 976 lesiones. Este trabajo describe los resultados del Tercer Examen Nacional de Salud y Nutrición, 1988-1994 (TENS III) y los compara con los del Examen Nacional de Salud Oral en niños escolares de USA, 1986-1987. Se encontró que el labio fue el lugar predilecto (30,76%), seguido de el dorso de la lengua (14,7%)

y mucosa bucal (13,6%). Las lesiones fueron más prevalentes en sexo masculino (11,76%) que en el sexo femenino (8,67%). Las más frecuentes fueron las lesiones traumáticas (1,89%), estomatitis aftosa (1,64%), herpes labial recurrente (1,64%), lengua geográfica (1,05%) (Shulman, 2005).

En México para una muestra total de 1165 pacientes, de entre 1 a 16 años. La prevalencia de lesiones de mucosa oral fue de 7,4%. Se concluyó que la lesiones más frecuente fueron: hiperplasia fibrosa (3,18%), candidiasis oral (1,89%), lesiones ulcerativas (1,2%) (Espinoza-Zapata y cols., 2006).

Un estudio realizado en Venezuela para una muestra total de 245 pacientes de entre 2 a 17 años de edad, obtuvo 69 pacientes (28,2%) con lesiones de mucosa oral. Las lesiones más frecuentes fueron el morsicatio buccarum y la leucoplasia con 5,3% respectivamente, seguido de fibroma traumático (4,08%), candidiasis (3,27%), glositis migratoria benigna (3,27%), úlcera traumática (2,86%), queilitis actínica (2,04%), herpes labial (2,04%), mucocele (1,63%), quiste de erupción (0,82%), impétigo (0,82%), estomatitis (0,82%), úlcera aftosa recurrente (0,41%) (Jiménez y cols., 2007). Además la misma autora realizó un estudio similar el año 2009, para una muestra total de 88 pacientes donde 69 presentaban lesiones de mucosa oral, y sus edades comprendían entre los 12 y 19 años. En este caso, la ubicación anatómica más frecuente fueron los labios (49%), mucosa yugal (19%), reborde alveolar (14%), paladar, encía y lengua (6%). Las lesiones más frecuentes fueron la leucoplasia, fibroma traumático, morsicatio buccarum (Jiménez y cols., 2009).

En otro estudio realizado en Brasil para una muestra total de 724 pacientes pediátricos de entre 2 a 5 años. La prevalencia de lesiones de mucosa oral fue de 50,7%. Las lesiones más prevalentes fueron las máculas melanóticas (17,8%), úlceras orales (11%), lengua geográfica (5,2%), lengua fisurada (1,9%), glositis romboidal media (1,8%). Este estudio evaluó el impacto que tenían estas condiciones orales en la calidad de vida del niño. Se concluyó que estas no afectaban la calidad de vida de los preescolares, como por ejemplo en el caso de la mácula melanótica. Pero sí en el caso de las úlceras orales, donde estas afectan

la calidad de vida del paciente, por el dolor y dificultad para alimentarse (Viera-Andrade y cols., 2015).

En Europa

En España para una muestra total de 624 niños de 6 años de edad, se encontró 38,9% de lesiones de mucosa oral en los menores estudiados. La lengua saburral tuvo la mayor prevalencia con 16,02%, seguido por ulceración traumática con 12,17%, lengua geográfica 4,48%, angioma 3,84%, fistula 3,2%, afta recidivante 2,24%, anquiloglosia y queilitis angular 2,08% entre otras con menor porcentaje (García-Pola y cols., 2002).

En Ankara, Turquía para una muestra total de 993 pacientes, de entre 13 a 16 años de edad. Se reportó una prevalencia de 26,2% de pacientes con lesiones de mucosa oral. La queilitis angular fue la que obtuvo la prevalencia más alta con un (9%), seguido por línea alba (5,3%), úlcera aftosa (3,6%), herpes labial (2,9%), lengua fisurada (2,8%) (Parlak y cols., 2006).

En Italia para una muestra total de 10.128 niños de 0 a 12 años, se observó una prevalencia de lesiones de mucosa oral de 28,9%. Las lesiones más frecuentes fueron: candidiasis oral (8,19%), lesiones traumáticas (5,12%), estomatitis aftosa recurrente (4,7%), lengua geográfica (2,9%), herpes labial recurrente (2,7%), gingivostomatitis herpética primaria (1,3%) y eritema multiforme (0,26%). Los pacientes fueron divididos en 2 grupos: niños con enfermedades sistémicas y sanos. La candidiasis oral fue la lesión más común en los pacientes que tenían antecedentes de diabetes, asma o trasplante. Las lesiones de la lengua eran más frecuente en niños con encefalopatías (40,6%), al igual que las lesiones traumáticas (42,8%). La prevalencia de las úlceras recurrentes fue alta en los pacientes afectados por leucemia o la inmunodeficiencia (Majorana y cols., 2010).

En Turquía, para una muestra total de 1034 niños de entre 0 a 12 años. Se detectaron 142 lesiones de mucosa oral con una prevalencia de 13,7%. La localización más frecuente fue la lengua (28%), seguido de la encía (21%), mucosa labial (18%), mucosa bucal (12%), labios (9%), vestíbulo (8%), comisuras labiales

(4%). Las lesiones más frecuentes, encontradas en este estudio fueron: estomatitis aftosa recurrente (2,7%), lengua geográfica (1,64%), mucocele (1,55%), gingivoestomatitis herpética primaria (1,35%), candidiasis oral (1,06%) entre otras. (Köse y cols., 2013).

En Asia

En un estudio realizado en India para una muestra total de 1.003 niños de 4 a 14 años de edad, se reportaron 643 lesiones de mucosa oral, donde 566 de estas eran gingivitis, seguido por lengua fisurada (4,9%), úlceras traumáticas (3,19%), absceso gingival (3,19%), lengua geográfica (1,4%) (Ambika y cols., 2011).

En el Valle de Cachemira, India, se realizó un estudio con una muestra total de 51 pacientes. La prevalencia de lesiones de la mucosa oral fue 37,2%. Las lesiones más frecuentes fueron: úlceras aftosas menores (21.5%), fibroma irritado (15.7%), úlcera traumática (15.7%), erosión traumática (10.2%), impétigo (10.2%), lesiones pigmentadas, herpes labial recurrente, mucocele, ránula (5.2% respectivamente) (Shafi y cols., 2017).

En Africa

En un estudio realizado en Sudáfrica para una muestra total fue de 1051 pacientes, se observó una prevalencia de lesiones de mucosa oral de 32,9%. La lesión más prevalente fue el afta recurrente (10,87%), seguido del herpes labial (5,2%), queilitis angular (3,54%), lengua geográfica (2,95%), lengua depapilada (2,6%), anquiloglosia y úlceras traumáticas (1,41%), mucocele (1,18%), impétigo (0,94%) (Arendorf y Van Der Ross, 1996).

Estudios de prevalencia de lesiones de mucosa oral en Chile

En Chile, los estudios de prevalencia de lesiones de mucosa oral son escasos y son complejos de comparar debido a las diferencias en la población en estudio.

Población Adulta

La primera publicación encontrada es de los años 60` y su objetivo fue determinar la frecuencia de 14 lesiones en la cavidad oral. La población total examinada fue de 1906 voluntarios, predominando en la muestra individuos jóvenes, que en un 64% eran menores de 30 años y sólo 7% eran mayores de 50 años. Entre las lesiones detectadas, se destaca la mayor frecuencia de lengua fisurada y lengua escrotal (Witkop y Barros, 1963).

En población adulto mayor, un estudio realizado en la Región Metropolitana determinó una prevalencia de 53% de lesiones de mucosa oral (una o más lesiones en el momento del examen), siendo las más prevalentes la estomatitis subprotésica (22,3%) y las lesiones reaccionales, tipo hiperplasias irritativas (9,4%) (Espinoza y cols., 2003).

En la ciudad de Temuco, se realizó un estudio en 300 pacientes mayores de 20 años y se determinó que la prevalencia total de lesiones de la mucosa oral fue de 66%, siendo las más frecuentes la candidiasis atrófica (14,33%), mácula melanótica (13,67%), varices (7,33%) (Raposo y cols., 2011).

En la región de Valparaíso, una investigación llevada a cabo en población adulto mayor, la muestra total fue de 126 pacientes con un rango de edad entre 60 y 80 años. La prevalencia de una o más lesiones de mucosa oral fue de 67,5%, entre las más frecuentes se encontraron la estomatitis subprotésica (37,1%), las úlceras traumáticas (21,4%), el fibroma irritativo (12,9%) (Cueto y cols., 2013).

Población Pediátrica

Un estudio realizado en la región de Valdivia, a partir de registros de biopsias en un servicio de anatomía patológica determinó que la gran mayoría de las lesiones orales encontradas en menores de 16 años fueron inflamatorias/reactivas y benignas (Donoso y cols., 2013).

En un estudio realizado en pacientes pediátricos de 3 a 13 años atendidos en una clínica odontológica universitaria en la Región Metropolitana, se observó una prevalencia del 37,62% de lesiones en la mucosa oral para una muestra total de 101 pacientes. La lesión más frecuente fue la úlcera aftosa menor (6,9%), seguida de fibroma irritativo (5%), úlcera traumática (5%), erosión traumática (4%), impétigo (4%), lesión pigmentada (3%). La ubicación más frecuente fue labios con un 38,5% (Yáñez y cols., 2016).

Debido a la alta prevalencia encontrada y a la escasez de estudios nacionales publicados en niños es necesario desarrollar más evidencia sobre la prevalencia de lesiones en mucosa oral en este grupo de edad, originando un lineamiento base para focalizar a continuación futuras investigaciones en patologías orales más prevalentes y desarrollar programas educativos para el diagnóstico correcto y precoz del odontólogo/a y otros profesionales de salud. El contexto actual de las políticas públicas de salud oral en niños en Chile, que desarrollan diversos programas, pueden beneficiarse de este conocimiento.

HIPOTESIS

El trabajo de investigación no presenta hipótesis debido a que es un estudio descriptivo.

OBJETIVO GENERAL

Establecer la prevalencia de lesiones y condiciones de mucosa oral en niños de 3 a 13 años atendidos en la UTE Clínica Odontológica del Niño y Adolescente III y IV de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile año 2017 - 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la prevalencia de lesiones y condiciones de mucosa oral en niños de 3 a 13 años atendidos en la UTE Clínica Odontológica del Niño y Adolescente III y IV de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile según edad y sexo.
2. Determinar la localización más frecuente de lesiones y condiciones de mucosa oral en niños de 3 a 13 años atendidos en la UTE Clínica Odontológica del Niño y Adolescente III y IV de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.
3. Determinar la prevalencia de lesiones y condiciones de la mucosa oral según presencia de enfermedades sistémicas en niños de 3 a 13 años atendidos en la UTE Clínica Odontológica del Niño y Adolescente III y IV de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

MATERIALES Y METODOS

Diseño del estudio

Para establecer la prevalencia de lesiones de mucosa oral en la UTE Clínica Odontológica del Niño y Adolescente III y IV de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal.

Muestra

La muestra fue conformada por 106 pacientes atendidos en la UTE Clínica Odontológica del Niño y Adolescente III y IV de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Se utilizó un muestreo por conveniencia no probabilístico.

Criterios de inclusión

Pacientes pediátricos de 3 a 13 años, ambos sexos, sanos o con patologías sistémicas que asistan a la UTE Clínica Odontológica del Niño y Adolescente III y IV de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

Se determinó este rango etario para estandarizar los criterios de inclusión con el único estudio de prevalencia de lesiones de mucosa oral en niños realizado en Chile basado en el diagnóstico clínico (Yañez y cols., 2006).

Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellos pacientes, padres, familiares y/o tutores legales que no aceptaron participar del trabajo de investigación ni firmar el consentimiento y/o asentimiento informado.

Metodología

Se solicitó autorización al docente encargado de la UTE Clínica Odontológica del Niño y Adolescente III y IV de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile para realizar el proyecto. Posteriormente, se invitó a los padres y/o tutor(a) legal a participar del trabajo de investigación el día de la atención clínica de su hijo(a) y/o pupilo(a). Firmaron el consentimiento informado (anexo1). En el caso que el paciente tuvo más de 12 años, este firmó el asentimiento informado (anexo 2).

Se examinó a cada paciente posterior a la atención realizada por el alumno de la UTE Clínica Odontológica del Niño y Adolescente III y IV. El examen clínico se realizó en un sillón dental en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile FOUCH con iluminación e instrumental de examen adecuado. El examen fue realizado por Valerie Kong González, estudiante de sexto año de la carrera de Odontología de la Universidad de Chile calibrada previamente y supervisada durante el proceso por la Dra. Gina Pennacchiotti, tutora del trabajo de investigación y docente de la misma facultad. El entrenamiento del examinador(a) para realizar el diagnóstico clínico de las lesiones y/o condiciones presentes en mucosa oral de los pacientes, consistió en observar grupos de 20 fotografías que exhibían la gama completa de las lesiones de la mucosa oral que se esperaba pesquisar durante el examen clínico debido a la prevalencia descrita en la literatura, estas son: neoplasias benignas y malignas, leucoplasias, eritroplasias, leucoeritroplasias, lesiones infectocontagiosas, de origen inmunológico, pigmentadas, reaccionales, traumáticas, lesiones de glándulas salivales y variantes de la normalidad, entre otras. Los resultados fueron entre 0,62 – 0,80 evaluado por el coeficiente Kappa.

El examen y el instrumento de medición del estudio correspondió a una ficha clínica (anexo 3). Este se basó en el examen clínico de mucosa oral aplicado por la OMS descrita en el estudio *“Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosa diseases and conditions* y en *“Pediatric Oral Medicine”*, en donde es posible determinar las lesiones y condiciones de la mucosa oral presentes en niños (Witman P., & Rogers

R., 2003). Se registró la identificación del paciente, ausencia o presencia de enfermedades sistémicas, consumo de medicamentos, historia de alergias, hábitos, presencia de lesiones y/o condiciones orales y su localización. Este se llevó a cabo mediante observación directa sin uso de exámenes complementarios, por lo que el diagnóstico se basó en el examen clínico realizado.

En caso de encontrarse alguna lesión de mucosa oral, se tomó un registro fotográfico estandarizado, el cual fue previamente autorizado en el consentimiento informado. Se utilizó una cámara Réflex Canon® Eos Rebel T3, separados plásticos y espejos intraorales. El objetivo de este procedimiento fue respaldar y complementar los datos obtenidos en la ficha clínica. Las lesiones de la mucosa oral de mayor complejidad, se derivaron al especialista correspondiente o se les dio tratamiento dependiendo del tipo de lesión.

El examen clínico de mucosa oral fue un procedimiento no invasivo protocolizado, según estándares internacionales y cuya información obtenida se resguardó bajo confidencialidad y anonimidad de los datos. El tiempo de ejecución del examen clínico fue entre 90 a 120 segundos por paciente en una única vez. No se realizaron biopsias, citologías u otras pruebas complementarias (ejemplo: toma de sangre, saliva, etc).

Criterios éticos de la investigación

Las fichas clínicas, consentimientos y asentimientos informados y registros fotográficos fueron mantenidos bajo estricta confidencialidad de los datos, anonimizados, resguardados y disociados irreversiblemente por los investigadores responsables.

Análisis Estadístico

Los resultados obtenidos en fichas clínica fueron ingresados en una planilla Excel 2016. Se estableció la prevalencia de las lesiones y condiciones de la muestra obtenida. Se analizó la prevalencia de las lesiones observadas según variables cuantitativas (rango etario) y cualitativas nominales (sexo, enfermedad sistémica, tipo de lesión, localización de la lesión y/o condición). Se realizó estadística descriptiva con tabulación y distribución de frecuencia: valores absolutos y porcentajes.

Para todos los análisis se utilizó el programa Estadístico STATA 12,0 (Stata Statistical Software: College Station, TX: StataCorp LP) y se consideró un valor p menor a 0,05 para considerar una diferencia como estadísticamente significativa y un intervalo de confianza de 95%.

RESULTADOS

La muestra final para este trabajo de investigación estuvo constituida por 106 pacientes de 3 a 13 años atendidos en la UTE Clínica Odontológica del Niño y Adolescente III y IV de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile de un total de 457. La muestra representa un 23,19% del total.

I. Prevalencia de lesiones y condiciones de mucosa oral

La prevalencia de pacientes con lesiones y condiciones de mucosa oral fue de 53 (50%), respectivamente.

Del total de los 106 pacientes estudiados: 28 pacientes presentaron lesiones de la mucosa oral exclusiva, 25 pacientes presentaron tanto lesiones como condiciones de la mucosa oral, 28 pacientes presentaron condiciones de la mucosa oral exclusivas y 25 pacientes no presentaron lesiones ni condiciones de la mucosa oral.

a) Prevalencia de lesiones y condiciones de la mucosa oral según edad

En el presente estudio, 28 pacientes se encontraron en el rango etario de 3 a 5 años y 78 pacientes en el rango de 6 a 13 años. La frecuencia de pacientes con lesiones de la mucosa oral de 3 a 5 años fue de 13 (46,43%) mientras que la frecuencia en pacientes de 6 a 13 años fue de 40 (51,28%). La edad promedio fue 7,3 años (Figura 1).

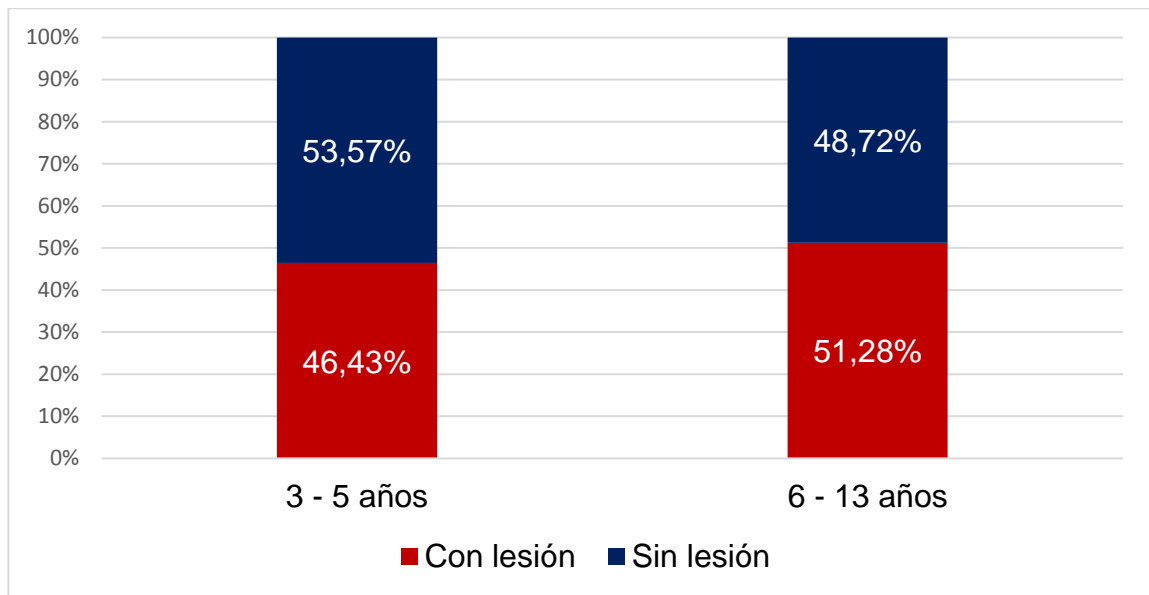


Figura 1. Frecuencia de lesiones de la mucosa oral distribuidas por grupos etarios de 3 a 5 años y 6 a 13 años.

En el caso de las condiciones de la mucosa oral, la frecuencia de pacientes con condiciones de la mucosa oral de 3 a 5 años fue de 10 (35,71%) mientras que la prevalencia en pacientes de 6 a 13 años fue de 43 (55,13%) (Figura 2).

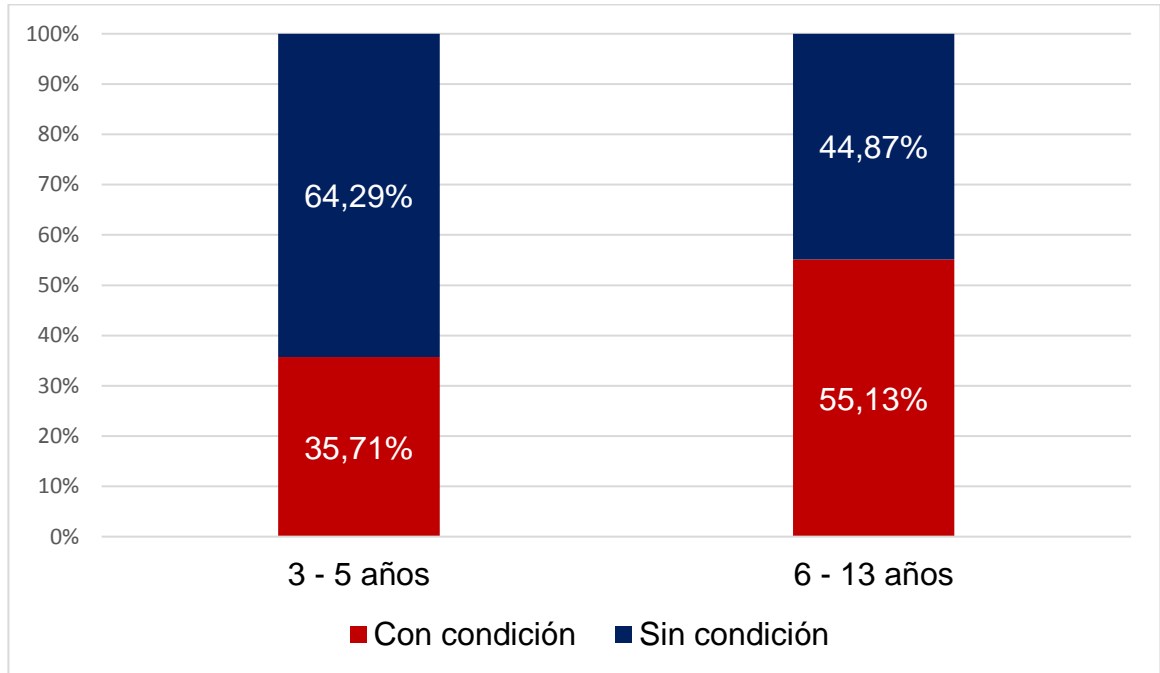


Figura 2. Prevalencia de condiciones o variaciones de la mucosa oral distribuidas por grupos etarios de 3 a 5 años y 6 a 13 años.

b) Prevalencia de pacientes con lesiones y condiciones de mucosa oral según sexo

Del total de los pacientes examinados, 54 correspondieron a mujeres (50,94%) y 52 fueron hombres (49,06%). La frecuencia de lesiones de la mucosa oral fueron en mujeres 23 (42,59%) mientras que en hombres 30 (57,69%) (Figura 3).

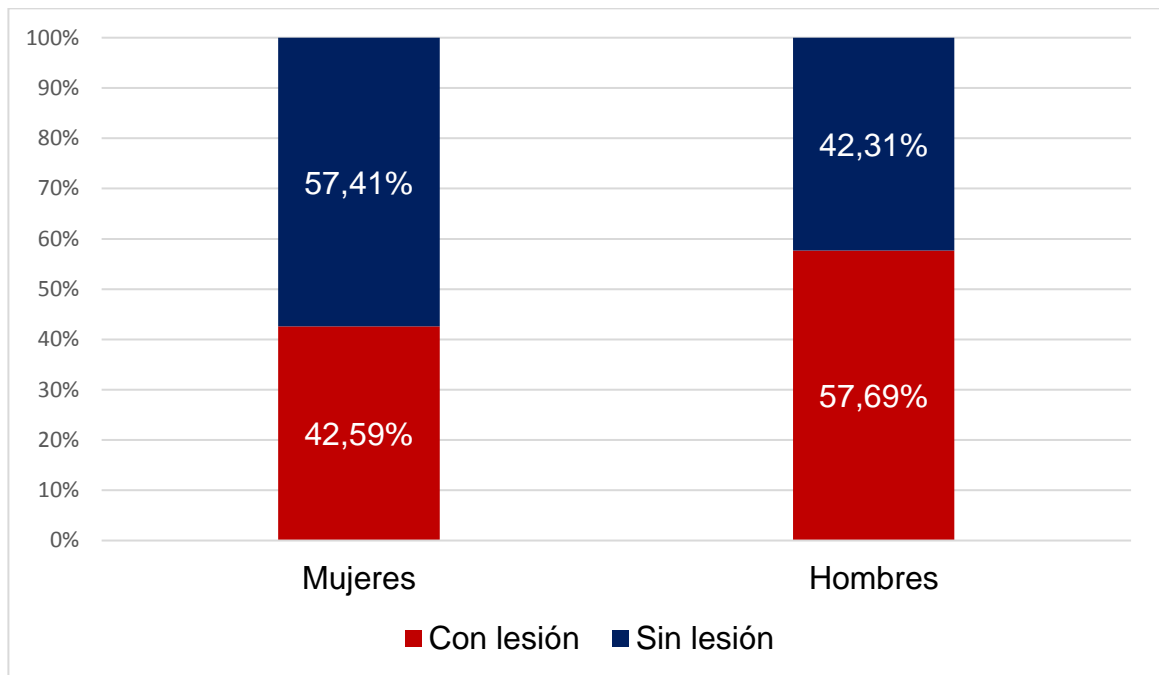


Figura 3. Frecuencia de pacientes con lesiones de mucosa oral según sexo.

En el caso de las condiciones o variaciones de la mucosa oral, los hombres presentaron una frecuencia mayor 21 (38,89%) en comparación que 32 (61,54%) de las mujeres. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$) (Figura 4).

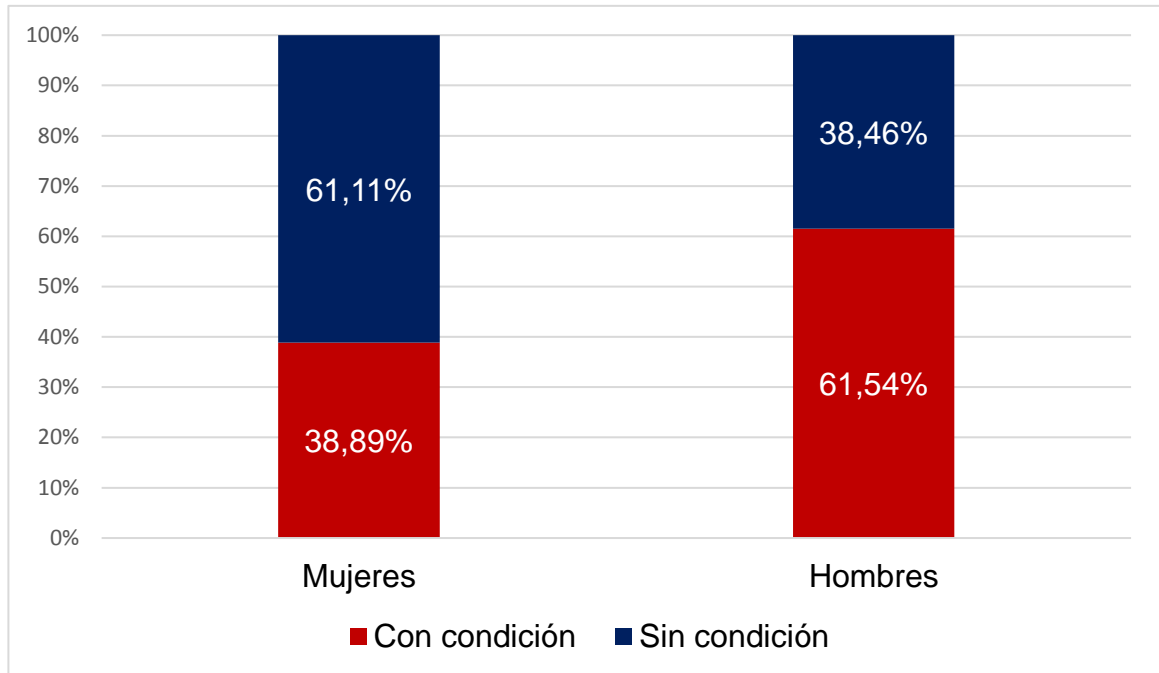


Figura 4. Frecuencia de pacientes con condiciones o variaciones de la mucosa oral según sexo.

II. Localización más frecuente de las lesiones de mucosa oral

Las lesiones de la mucosa oral se localizaron anatómicamente en la encía (41,43%), cara interna de labio (18,57%), bermellón de labio (14,29%), mucosa yugal (10%), fondo de vestíbulo (8,57%), comisura labial (5,71%) y piso de boca (1,43%).

La frecuencia de las 70 lesiones de la mucosa oral observadas en 53 pacientes se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Frecuencia de las lesiones de mucosa oral distribuidas por localización anatómica.

Localización anatómica	Frecuencia de lesiones
Encía	29
Cara interna de labio	13
Bermellón de labio	10
Mucosa yugal	7
Fondo de vestíbulo	6
Comisura labial	4
Piso de boca	1

En el caso de las condiciones o variaciones de la mucosa oral, la localización anatómica más frecuente fue la encía (44,12%), dorso de lengua (39,71%), mucosa yugal (10,29%) y bermellón labial (5,88%).

La frecuencia de las 68 condiciones de la mucosa oral observadas en 53 pacientes se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Frecuencia de las condiciones o variaciones de mucosa oral distribuidas por localización anatómica.

Localización anatómica	Frecuencia de condiciones
Encía	30
Dorso de lengua	27
Mucosa yugal	7
Bermellón labial	4

III. Prevalencia de lesiones de mucosa oral según presencia o ausencia de autoreporte de enfermedades sistémicas

Del total de pacientes examinados, 27 (25,47%) manifestaron autoreporte de algún tipo de enfermedad sistémica. Los pacientes con enfermedades sistémicas presentaron un mayor porcentaje lesiones de la mucosa oral 18 (66,67%) comparado 35 (44,30%) en pacientes sanos. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$) (Figura 5).

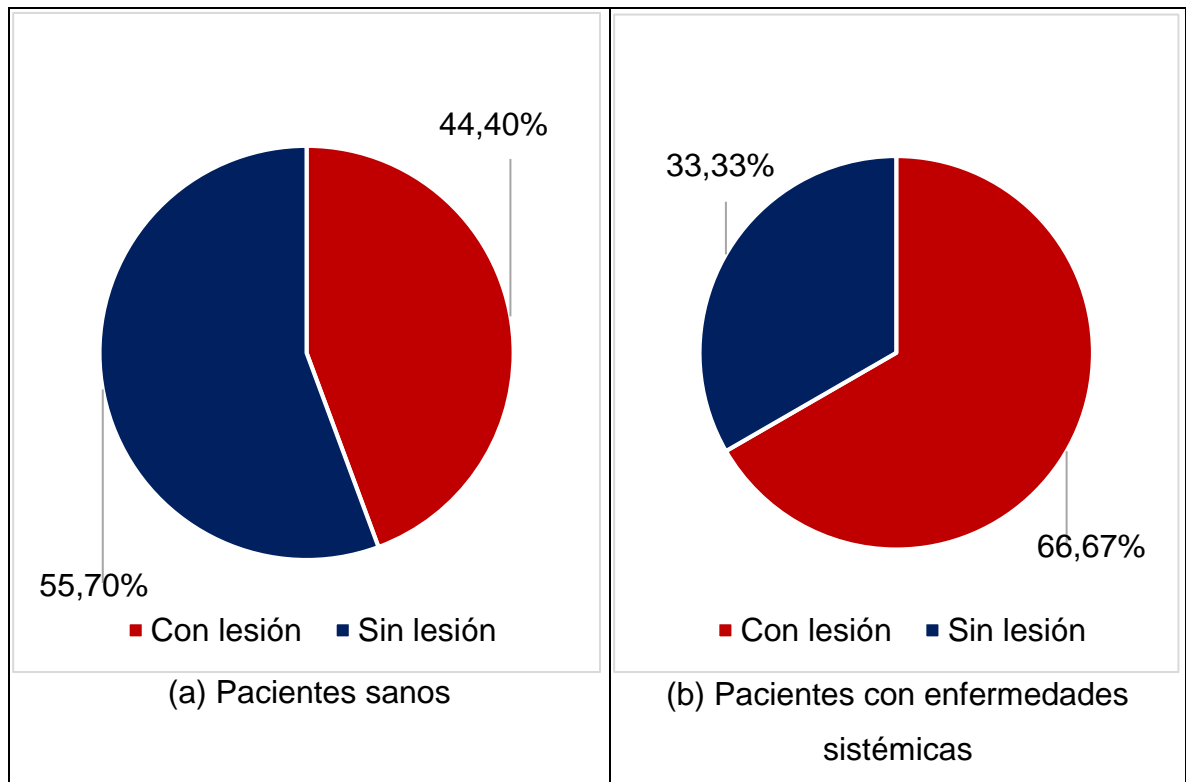


Figura 5. Presencia y ausencia de lesiones de mucosa oral en pacientes sanos (a) y con enfermedades sistémicas (b).

En el caso de las condiciones o variaciones de la mucosa oral, los pacientes con enfermedades sistémicas también presentaron un porcentaje mayor de condiciones de la mucosa oral 19 (70,37%) comparado 34 (43,04%) en pacientes sanos. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$) (Figura 6).

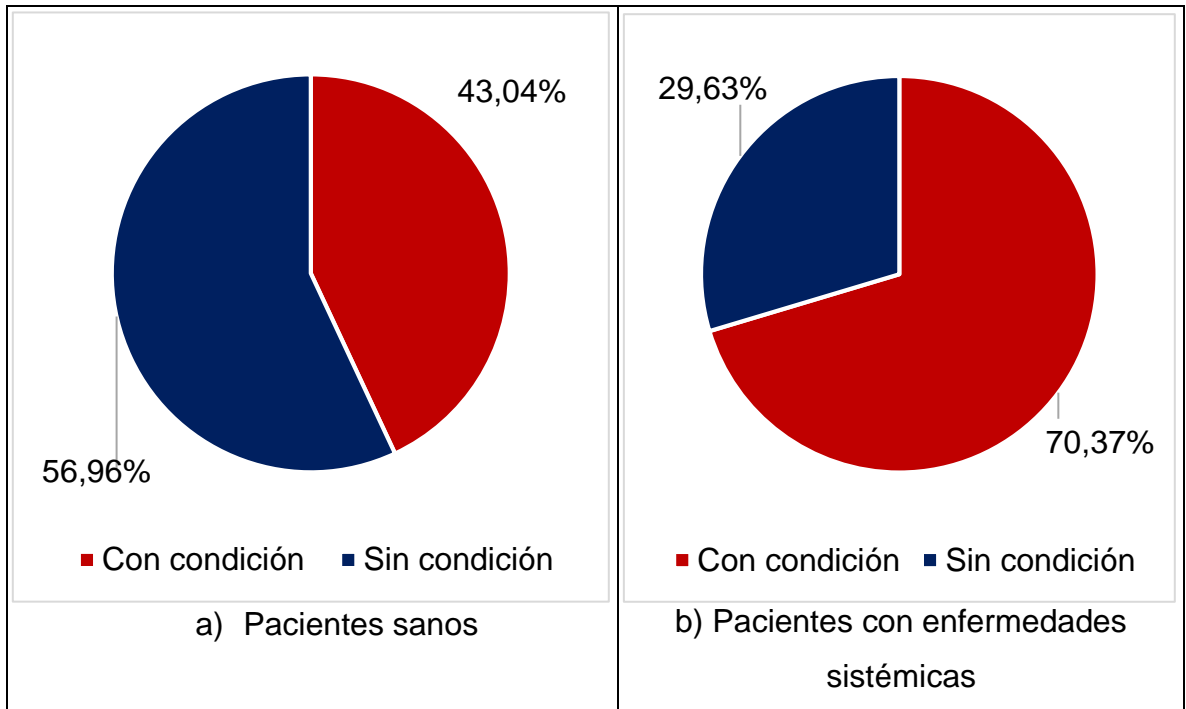


Figura 6. Presencia y ausencia de condiciones de mucosa oral en pacientes sanos (a) y con enfermedades sistémicas (b).

Los tipos de enfermedades sistémicas y su frecuencia se observan en la tabla 3.

Todos los pacientes autoreportaron sólo una enfermedad sistémica.

Tabla 3. Frecuencia de pacientes con enfermedades sistémicas.

Enfermedades sistémicas	Número de pacientes
Asma crónica	12
Déficit atencional	2
Síndrome de Pierre Robin	1
Diabetes Mellitus tipo I	1
Sífilis congénita	1
Obesidad infantil	1
Soplo cardíaco	1
Epilepsia	1
Coqueluche	1
Inmadurez neurológica	1
Bajo crecimiento	1
Rinitis alérgica	1
Púrpura	1
Sinusitis crónica	1
Queratodermia palmoplantar	1

IV. Lesiones y condiciones específicas de la mucosa oral

a) Lesiones de la mucosa oral

Las lesiones de la mucosa oral más prevalentes correspondieron a la erosión traumática (14,15%), absceso dentoalveolar crónico (páulis) (12,26%), gingivitis asociada a placa (11,32%), afta menor (6,6%), mucocele (4,72%), úlcera traumática (4,72%), morsicatio buccarum (3,77%), herpes labial recurrente (2,83%), lesión pigmentada (2,83%), fibroma irritativo (1,89%) y granuloma telangettásico (0,94%).

Los diagnósticos de las 70 lesiones de la mucosa oral observadas en 53 pacientes se muestran en la tabla 4.

Tabla 4. Frecuencia de las lesiones de la mucosa oral.

Tipo de lesión	N	%	95% Intervalo de confianza
Erosión traumática	15	14,15	6,43 – 19,76
Absceso dento alveolar crónico (páulis)	13	12,26	5,92 – 18,61
Gingivitis asociada a placa	12	11,32	5,19 – 17,45
Afta menor	7	6,60	1,03 – 11,12
Mucocele	5	4,72	0,61 – 8,82
Úlcera traumática	5	4,72	0,61 – 8,82
Morsicatio buccarum	4	3,77	0,09 – 7,46
Herpes labial recurrente	3	2,83	-0,38 – 6,04
Lesión pigmentada	3	2,83	-0,38 – 6,04
Fibroma irritativo	2	1,89	-0,75 – 4,52
Granuloma piogénico	1	0,94	-0,93 – 2,81

40 pacientes presentaron una lesión, 9 pacientes presentaron dos lesiones y 3 pacientes presentaron tres lesiones de la mucosa oral.

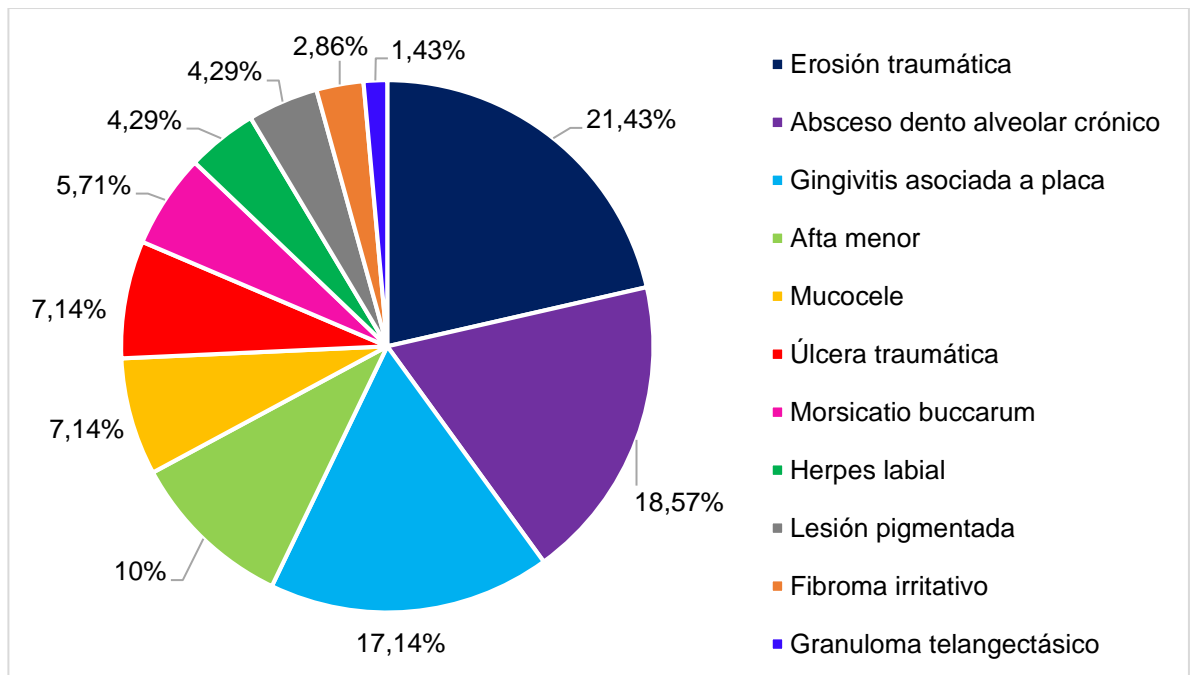


Figura 7. Distribución de frecuencia de las lesiones entre el total de lesiones de la mucosa oral.

b) Condiciones o variaciones de la mucosa oral

Las condiciones de la mucosa oral más prevalentes correspondieron a la melanosis racial (28,30%), lengua saburral (20,75%), línea alba (6,60%), lengua fisurada (3,77%), condición de Fordyce (3,77%) y lengua geográfica (0,94%).

Los diagnósticos de las 68 condiciones de la mucosa oral observadas en 53 pacientes se muestran en la tabla 5.

Tabla 5. Frecuencia de las condiciones o variaciones de la mucosa oral.

Tipo de condición	N	%	95% Intervalo de confianza
Melanosis racial	30	28,30	19,59 - 37,02
Lengua saburral	22	20,75	12,91- 28,60
Línea alba	7	6,60	1,80 – 11,41
Lengua fisurada	4	3,77	0,08 – 7,46
Condición Fordyce	4	3,77	0,08 – 7,46
Lengua geográfica	1	0,94	-0,93 – 2,81

41 pacientes presentaron una condición, 9 pacientes presentaron dos condiciones y 3 pacientes presentaron tres condiciones de la mucosa oral.

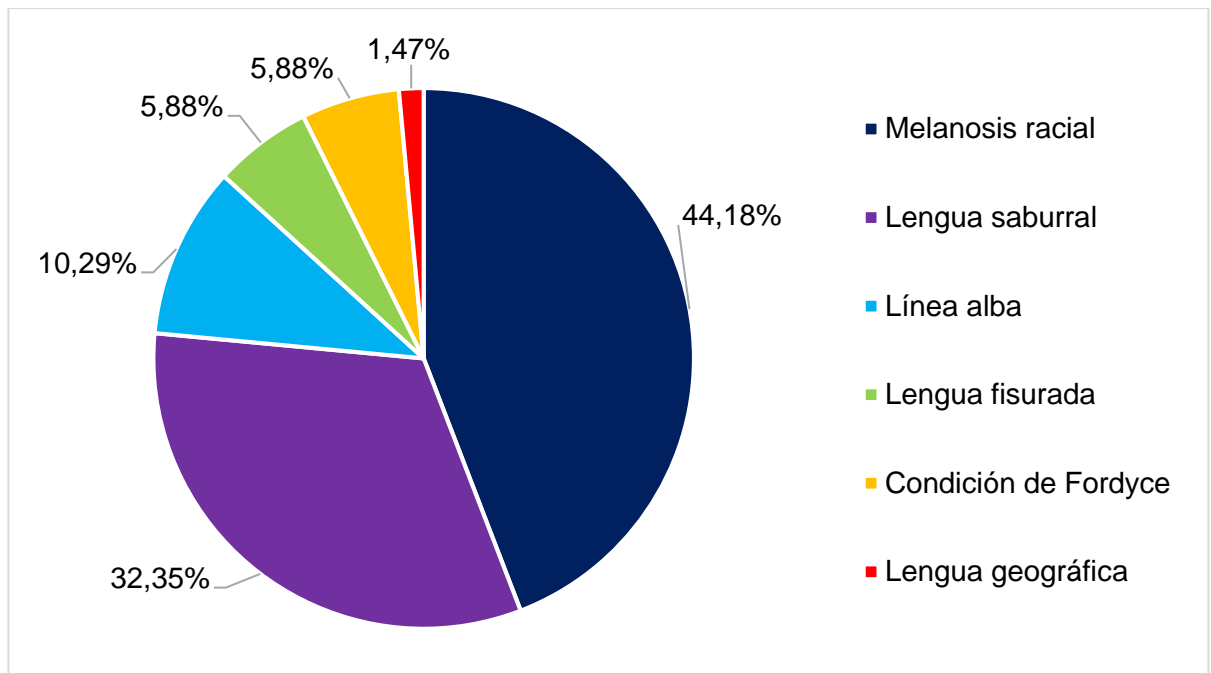


Figura 8. Distribución de frecuencia de las condiciones entre el total de las condiciones de la mucosa oral.

DISCUSION

Diversos estudios extranjeros han determinado la prevalencia de lesiones de mucosa oral obteniendo diferentes frecuencias para cada una de las lesiones reportadas. En Chile sólo existe un estudio epidemiológico publicado que determina la prevalencia de lesiones de mucosa oral en niños basado exclusivamente en el diagnóstico clínico (Yañez y cols., 2016). Si bien existe un estudio para población pediátrica basado en muestras obtenidas por biopsia y su informe anatomopatológico (Donoso y cols., 2013), la prevalencia de las distintas lesiones de la mucosa oral no siempre se correlaciona.

Por otro lado, existen estudios que describen la prevalencia de lesiones de mucosa oral en población adulta que reportan la prevalencia de lesiones de mucosa oral basados en el diagnóstico clínico de las lesiones (Witkop y Barros, 1963; Espinoza y cols., 2003; Raposo y cols., 2011; Cueto y cols., 2013). Sin embargo, estos grupos etarios presentan otros factores de riesgo específicos asociados para esa población (hábitos tabáquicos, consumo de bebidas alcohólicas, pacientes portadores de prótesis removible, etc) lo que determina una frecuencia de lesiones de la mucosa oral distinta a población pediátrica.

La frecuencia de niños con alteraciones de la mucosa oral y la prevalencia de cada lesión muestran un amplio rango en la literatura, y esto puede ser el resultado de las diferencias de áreas geográficas, características sociodemográficas de la población estudiada, metodología y criterios de diagnóstico clínico. Algunos autores también excluyen anormalidades periodontales y abscesos dento alveolares en el diagnóstico de las lesiones de la mucosa oral. Esto puede influir en la prevalencia general de alteraciones de la mucosa oral y dificultar las comparaciones entre los estudios (Crivelli y cols., 1986; Arendorf y Van De Ross., 1996; Bessa y cols; 2004)

La prevalencia de lesiones de la mucosa oral fue del 50% de la población pediátrica estudiada. En la revisión de estudios, este porcentaje varía de 4.1% (Kleinman y cols.,1994) a 78.4% (Jiménez y cols., 2009). La prevalencia de nuestro estudio es mayor a la descrita por otros autores (Crivelli y cols, 1988; Bessa y cols., 2004; Shulman J., 2005; Jiménez y cols., 2007; Majorana y cols, 2010; Köse y cols., 2013 Yañez y cols., 2016; Shafi y cols., 2017). Sin embargo, es similar a la prevalencia

de Viera- Andrade y cols., 2015 (50,7%). Se debe considerar que el estudio presenta un rango etario menor.

La prevalencia de las condiciones o variaciones de la mucosa oral fue de 50%. Los autores suelen estudiar de manera conjunta las lesiones y condiciones de la mucosa oral. Esta situación dificulta la comparación de prevalencias de las lesiones y condiciones de la mucosa oral entre los estudios. Es necesario realizar la diferencia entre ambas entidades, debido a que las condiciones de la mucosa son variantes de la normalidad, inocuas y no representan necesariamente una patología (Neville y cols., 2016). En cambio, las lesiones requieren de algún tipo de tratamiento preventivo, profiláctico o terapéutico (Kramer y cols., 1980).

La frecuencia de lesiones de la mucosa oral distribuidas por rango etario fue de 46,43% en pacientes de 3 a 5 años mientras que en pacientes de 6 a 13 años fue de 51,28%. Estos resultados se pueden contrastar con el estudio realizado por Bessa y cols., 2004, en donde el grupo etario de 5 a 12 años presentó una frecuencia de lesiones de la mucosa oral significativamente mayor (30,3%) comparada al grupo etario de 0 a 4 años (24,9%).

La frecuencia de lesiones de la mucosa oral en mujeres fue 42,59% mientras que en hombres fue 57,69%. La frecuencia de ambos sexos es mayor a la descrita en el estudio de García-Pola y cols., 2002, donde la prevalencia de lesiones de mucosa oral fue de 18,7% en hombres y 20,2% en mujeres mientras que en el estudio de Shafi y cols., 2017, los porcentajes de frecuencia de las lesiones de la mucosa oral en hombres y mujeres fueron 36,2% y 38,9%, respectivamente. En el estudio de Shulman y cols., 2005. la frecuencia de lesiones de mucosa oral fue significativamente mayor en hombres (11,76%) que en mujeres (8,67%).

La localización más frecuente de las lesiones de la mucosa oral fue la encía (41,43%), cara interna de labio (18,57%), bermellón de labio (14,29%), mucosa yugal (10%), fondo de vestíbulo (8,57%), comisura labial (5,71%) y piso de boca (1,43%). La frecuencia de la encía fue mayor a los otros estudios. Esto se puede deber a que algunos autores excluyen la gingivitis asociada a placa bacteriana y

otras enfermedades periodontales (Crivelli y cols., 1988). En el caso del bermellón de los labios, la frecuencia es similar a la observada en el estudio de Yáñez y cols., 2016 (15,4%) y Shafi y cols., 2017 (15%). La frecuencia de la mucosa yugal es similar a la descrita por Yáñez y cols., 2016 (12,8%).

Con respecto a los pacientes con enfermedades sistémicas, la prevalencia de las lesiones de la mucosa oral fue significativamente mayor (66,67%) que en pacientes sanos (44,30%). Esta situación es similar a la descrita en el estudio de Majorana y cols., 2010.

La lesión de la mucosa oral más prevalente del presente estudio correspondió a la erosión traumática (14,15%). Las lesiones traumáticas de la mucosa oral fueron comúnmente causadas por malos hábitos, presencia de restauraciones deficientes, quemaduras de alimentos, eventos traumáticos e inadecuada técnica de higiene oral. Esta prevalencia fue mayor a la encontrada en Yáñez y cols., 2016, la cual correspondió a un 4%.

La segunda lesión de la mucosa oral más prevalente fue el absceso dento alveolar crónico (párrulis) (12,26%). Esta prevalencia fue mayor a la descrita en otros estudios (García Pola y cols., 2002; Shulman J., 2005; Köse y cols., 2013; Yáñez y cols., 2016).

La prevalencia del afta menor (6,6%) fue similar a la descrita por Yáñez y cols., 2016 (6,9%), cuya lesión fue la más prevalente en su estudio. En otros reportes se observó gran variabilidad en cuanto a su prevalencia. Shafi y cols., 2017 observó una prevalencia de 21,5%, mientras que Jiménez y cols., 2007 reportó una prevalencia de 0,4%.

Se observó una prevalencia de un 4,72% para el mucocele. En estudio de Shafi y cols., 2017 se observó una prevalencia similar de 5,2%. Sin embargo, se encontró una prevalencia mayor a la descrita en los estudios de Crivelli y cols., 1988 (1,2%), García-Pola y cols., 2002 y Bessa y cols., 2004 (0,8%).

En el caso de morsicatio buccarum, la prevalencia obtenida fue de 3,77%. Esta es similar a la observada en el estudio de Jiménez y cols., 2007 (5,3%). Sin embargo,

es mayor a la prevalencia descrita por Bessa y cols., 2004 (0,2%) y Yáñez y cols., 2016 (1%).

La prevalencia para herpes labial recurrente fue de 2,83%. Yáñez y cols., 2016 reportó un 2%. Majorana y cols., 2010 un 2,7%. García-Pola y Cols., 2002 un 1,6% de herpes labial recurrente, lo que se muestra en concordancia con el estudio. Crivelli y cols., 1988 observó la mayor prevalencia para el herpes labial con un 5,2%.

Las lesiones pigmentadas fueron observadas en un 2,83%, se asimila a lo reportado por Bessa y cols., 2014 en Brasil, donde se obtuvo un 2,6% y a Yáñez y cols., 2016 en Santiago, donde se reportó una frecuencia de 3%.

En el caso del fibroma irritativo, se observó una prevalencia de 1,89%. La prevalencia de esta lesión varía en la literatura desde 0,1% descrita en el estudio de Shulman J., 2005 hasta un 15,7% descrita en el estudio de Shafi y cols., 2017.

La melanosis racial fue la condición de la mucosa oral más prevalente de nuestro estudio (28,30%). Es importante destacar esta variación de la mucosa oral, debido a su alta prevalencia y a la escasez de reportes en la literatura. Es necesario tener presente sus características clínicas extra e intraorales, para así evitar posibles confusiones con otros diagnósticos (lesiones pigmentadas) y, por consiguiente, tratamientos inadecuados.

La segunda condición más prevalente fue la lengua saburral (20,75%). Esta es similar a la observada en el estudio de García Pola y cols., 2002 (16%). Sin embargo, es mayor a la prevalencia descrita por Majorana y cols., 2010 (2,1%) y Köse y cols., 2013 (0,3%).

La prevalencia lengua fisurada fue de 3,77%. En el estudio de Yáñez y cols., 2016 se describe una prevalencia de 1%, mientras que en el estudio de Bessa y cols., 2004 se reportó una prevalencia de 1,5%.

La prevalencia de lengua geográfica fue de un 0,94%. Esta situación es similar a la descrita por Shulman., 2005 y Yañez y cols., 2016 donde se observó una prevalencia de 1,1% y 1%, respectivamente.

Limitaciones del estudio

Aunque, la mayoría de las lesiones de mucosa oral evaluadas en estudio pueden ser de diagnóstico netamente clínico, hay algunas lesiones de mucosa oral que deben tener confirmación diagnóstica mediante estudio anatomopatológico. Al contar sólo con un examinador para toda la muestra y realizar la investigación en paralelo al trabajo clínico de los alumnos tratantes de la UTE Clínica Odontológica del Niño y Adolescente III y IV de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, no fue posible contar con un tamaño muestral mayor.

CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación describe la prevalencia de lesiones de mucosa oral pesquisadas en 53 pacientes de un total 106 pacientes examinados en la UTE Clínica Odontológica del Niño y Adolescente III y IV de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile de 3 a 13 años.

La prevalencia de pacientes con lesiones y condiciones de mucosa oral fue de 50%, respectivamente.

La frecuencia de lesiones de la mucosa oral distribuidas por rango etario fue de 46,43% en pacientes de 3 a 5 años mientras que en pacientes de 6 a 13 años fue de 51,28%.

Los hombres presentaron una prevalencia de lesiones de la mucosa oral de 57,70%, mientras que las mujeres presentaron una prevalencia de 42,59%. En el caso de las condiciones de la mucosa oral, la prevalencia fue significativamente mayor en hombres (61,54%) que en mujeres (38,89%).

La localización anatómica más prevalente de las lesiones de la mucosa oral fue la encía (41,43%), luego la cara interna de los labios (18,57%) y el bermellón labial (14,29%). En el caso de las condiciones de la mucosa oral, estas fueron la encía (44,12%), dorso de lengua (39,71%) y mucosa yugal (10,29%).

La prevalencia de los pacientes con enfermedades sistémicas con lesiones y condiciones de la mucosa oral fue significativamente mayor (66,67% y 70,37%, respectivamente) que en pacientes sanos (44,30% y 43,04%, respectivamente).

La erosión traumática fue la lesión de la mucosa más prevalente (14,15%), seguido de absceso dento alveolar crónico (párrulis) (12,26%) y la gingivitis asociada a placa bacteriana (11,32%).

Las condiciones de la mucosa oral más prevalentes correspondieron a la melanosia racial (28,30%), lengua saburral (20,75%) y línea alba (6,60%).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ambika L, Vaishali Keluskar, Shivayogi Hugar & Sudha Patil (2011). Prevalence of oral mucosal lesions and variation in Indian public school children. *Braz J Oral Sci.*, 10(4), 288-293.

Arendorf T, Van Der Ross R (1996). Oral soft tissues lesions in a black pre-school South African population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24, 296.

Bascones A, Figueroa E, Esparza G (2005). Úlceras orales. *Med Clin*;125(15):590-7

Bessa C, Santos P, Aguiar C, Do Carmo M (2004). Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *Journal of Oral Pathology and Medicine, Brazil*, 33, 17–22.

Cárdenas D (2009). *Fundamentos de la odontología; Odontología Pediátrica*. 4ta Edición, CIB, 467-484.

Chen YK, Lin LM, Huang HC, Lin CC, Yan YH (1998). A retrospective study of oral and maxillofacial biopsy lesions in a pediatric population from southern Taiwan. *Pediatr Dent*; 20: 404–410.

Crivelli M, Aguas S, Adler I, Quarracino C, Bazerque P (1988). Influence of socioeconomic status on oral mucosa lesion prevalence in schoolchildren. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 16, 58–60.

Crivelli, M, Muhlmann M, Adler I, Cornicelli J (1986). Prevalencia de patología bucal en niños. *Rev AOA*, 74, 80-82.

Cueto A, Martinez R, Niklander S, Deichler J, Barraza A, Esguep A (2013). Prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population in the city of Valparaíso, Chile. *Gerodontology* 30:201–206.

Donoso M, Rosas C, Rubí R, Carpio D (2013). Paediatric oral pathology in Chilean population: a 15 years review. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 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.

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 (2015). Patología bucal. *Pediatr Integral*; XIX (1): 13-20.

García-Pola M, García-Martin J, González-García M (2002). Prevalence of oral lesions in the 6- year-old pediatric population of Oviedo (Spain). *Med oral.*,7, 184–191.

Gómez M, Campos A (2009). *Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental*. 3era edición, editorial Panamericana, 7, 139-176.

González R, Bologna R, Nevárez A (2011). Frequent oral mucosal lesions in children and adolescents: A review of the literature. *Revista ADM*, 68(1), 17-24.

Harris J, López A, Vega M (2014). Fibromatosis gingival hereditaria: reporte de caso en un niño. *rev esp cir oral maxilo fac*;3 6(1):38–41

Jiménez C, Ramírez R, Ortiz V, Virgüez V, Benitez 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).

Jones AV, Franklin CD (2006). An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. *Int J Paediatr*; 16: 19–30.

Keszler A, Guglielmotti MB, Dominguez FV (1990). Oral pathology in children. Frequency, distribution and clinical significance. *Acta Odontol Latinoam*; 5:39–48.

Kleinman D, Swango P, Pindborg J (1994). Epidemiology of oral mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-87. *Community Dent Oral Epidemiol*, 22, 243-53.

Köse O, Güven G, Özmen I, Akgün Ö, Altun C (2013). The oral mucosal lesions in pre-school and school age Turkish children. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 25, e136 – e137.

Kramer I, Pindborg J, Bezroukov V, Infirri J (1980). Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 8(1), 1-26.

Lima Gda S, Fontes ST, De Araujo LM, Etges A, Tarquinio SB, Gomes AP (2008). A survey of oral and maxilla facial biopsies in children: a single-center retrospective study of 20 years in Pelotas-Brazil. *J Appl Oral Sci*; 16: 397–402.

Lobos N (1995). *Patología de la mucosa oral*. Editorial mediterráneo.

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, e13–18.

Muñiz B, Crivelli M, Paroni H (1981). Estudio clínico de las lesiones en tejidos blandos en niños de una comunidad. *Rev AOA*, 69, 405-408.

Nanci A (2008). *Ten Cate's Oral Histology Development, Structure, and Function*. 8^a ed.2008. Editorial Mosby Elsevier.

Neville B, Damm D, Allen C, Chi A (2016). *Oral and Maxillofacial Pathology* (4th edition ed.). Missouri, St Louis: Saunders Elsevier.

Oliveira L, Torriani D, Correa M, Peres M, Peres K, Matijasevich A, Santos I, Barros A, Demarco F, Tarquinio S (2015). Oral mucosal lesions' impact on oral health-related quality of life in preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*.

Parlak A, Koybasi S, Yavuz T, Yesildal N, Anul H, Aydogan I, Cetinkaya R, Kavak A (2006). Prevalence of oral lesions in 13- to 16-year-old students un Duzce, Turkey. *Oral Dis*, 12, 553–558.

Pinto A, Haberland C, Baker S (2014). Pediatric soft tissue oral lesions. *Dent Clin N Am*, 58, 437-453.

Raposo A, Monsalves M, 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.

Rebolledo M, Harris J, Cantillo O, Carbonell Z, Díaz A (2010). Granuloma telangiectásico en cavidad oral. *Av. Odontoestomatol*; 26 (5): 249-253.

Rioboo-Crespo M, Bascones M (2011). Aftas de la mucosa oral. *Avances en odontoestomatología* 27(2), 63-72.

Sciubba J (2007). Oral mucosal diseases in the office setting part I: Aphthous stomatitis and herpes simplex infections. *Gen Dent*; 55(4):347-54.

Shafi M, Syed M, Gul S (2017). Prevalence of oral mucosal lesions in pediatric patients in Kashmir Valley. *Int. J. Adv. Res.* 5(5), 667-670.

Shulman J (2005). Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA. *Int J Paediatr Dent.*,15, 89–97.

Somacarrera ML, López AF, Martín C, Díaz M (2015). Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. *Av. Odontoestomatol*; 31 (3): 129-134.

Sunderkötter C, Becker K (2015). Frequent bacterial skin and soft tissue infections: diagnostic signs and treatment. *Journal of the German Society of Dermatology*, 501-526.

Vieira-Andrade R, Martins-Júnior P, Correa-Faria P, Marques L, Paiva S, Ramos-Jorge M (2015). Impact of oral mucosal conditions on oral health-related quality of life in preschool children: a hierarchical approach. *Int J Paediatr Dent*, 25,103–109.

Wang YK, Chang HH, Chang JY (2009). Retrospective survey of biopsed oral lesions in pediatric patients. *J Formos Med Assoc*; 108: 862–871.

Witkop C, Barros L (1963). Oral and genetic studies of Chileans. 1960. I. Oral anomalies. *Am J Phys Anthropol* 21:15-24.

Witman, P, Rogers R (2003). Pediatric oral medicine. *Dermatologic clinics*, 21, 157-170.

Yañez M, Escobar E, Oviedo C, Stillfried A, Pennacchiotti G (2016). Prevalence of oral mucosal lesions in children. *Int. J. Odontostomat.*, 10(3):463-46

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado de participación en el proyecto de investigación.

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 2. Asentimiento informado de participación en el proyecto de investigación.

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 participar, primero debes leer lo siguiente:

La Dra. Gina Pennacchiotti está realizando un proyecto que se llama "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 un 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

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: _____

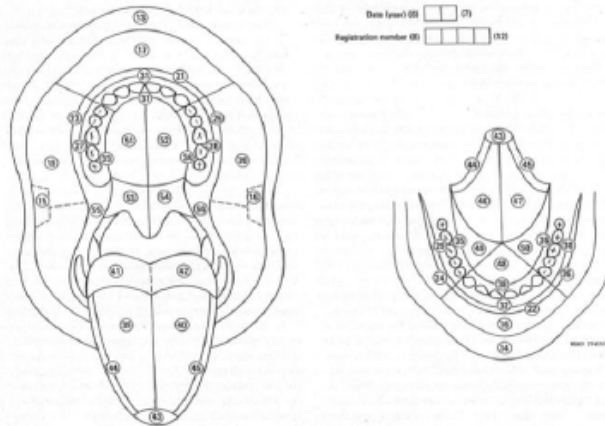
Anexo 3. Ficha Clínica

Ficha Clínica

(1) Fecha: ____/____/20 ____	
INFORMACIÓN PERSONAL:	
Sexo M=1, F=2 ____ (2)	Nombre _____ <i>Apellido Nombres</i>
Rango etario ____ (3)	Fecha de Nacimiento ____/____/____
[3 años, 0 meses – 3 años, 11 meses] = 01	Nacionalidad _____
[4 años, 0 meses – 4 años, 11 meses] = 02	Representante legal _____
[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	
HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE	
Estado de salud del paciente Sano = 1, Enfermo = 2 _____ (4)	
Enfermedad sistémica _____ (5)	
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 _____ (6)	
¿Cuál? Especificar _____	
Alergias a medicamentos Si = 1, No = 2 _____ (7)	
¿Cuál? Especificar _____	

EXAMEN DE MUCOSA ORAL**CODIGOS:** *Si no presenta la condición o enfermedad deje el casillero en blanco*

Código de localización anatómica __ (7)



Tipo de lesión _____ (8) Otra ¿Cuál? _____

Estomatitis aftosa recurrente	Afta mayor	01
	Afta menor	02
	Herpetiforme	03
Lesiones traumáticas	Morsicatio bucarum (mejilla)	04
	Morsicatio labiarum (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 recurrente	12
	Herpes intraoral recurrente	13
Candidiasis	Pseudomembranosa	14
	Eritematosa	15
	Hiperplásica	16
Mucocele		17
Ranula		18
Queilitis 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 4. Acta de aprobación de protocolo de investigación por Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

Ed- 10 de Abril de 2018



ACTA DE APROBACION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

INFORME 2018/01

PROTOCOLO DE ESTUDIO N°2018/01

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 Patrocinante: 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



C/c.: Investigador Principal y Secretaria C.E.C.

Anexo 5. Definición conceptual y operacional de variables.

Variable	Definición	Tipo de Variable	Indicador de Medición
Sexo	<p>Definición conceptual: Determinante biológico al que pertenece la persona.</p> <p>Definición operacional: Auto-reporte del género al que pertenece el encuestado: masculino o femenino.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	<p>Frecuencia</p> <p>Porcentaje</p>
Salud	<p>Definición conceptual: estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.</p> <p>Definición operacional: autoreporte o reporte de sus padres o representantes del estado de salud del paciente menor de edad. Se valorará como sano o con enfermedad sistémicas.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	<p>Frecuencia</p> <p>Porcentaje</p>
Enfermedad Sistémica	<p>Definición conceptual: alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas o signos.</p> <p>Definición operacional: autoreporte o reporte de sus padres o representantes de la enfermedad que padece el paciente. Se expresará como presente o ausente.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	<p>Frecuencia</p> <p>Porcentaje</p>
Localización de la lesión	<p>Definición conceptual: lugar donde se encuentra clínicamente la lesión.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	<p>Frecuencia</p> <p>Porcentaje</p>

	Definición operacional: número asignado a la localización anatómica de la lesión en el examen clínico de acuerdo al esquema de la OMS.		
Tipo de lesión o condición	<p>Definición conceptual: clasificación de la lesión según OMS. De acuerdo a lo pesquisado en el examen clínico.</p> <p>Definición operacional: el examinador define el tipo de lesión en el examen de mucosa oral de acuerdo a la calibración que recibió. Se registró en la ficha clínica los tipos de lesiones como: estomatitis aftosa recurrente, traumáticas, gingivoestomatitis herpética primaria, herpes labial, candidiasis, mucocele, ránula, granuloma telangectásico, papiloma, carcinoma, leucoplasia, eritroplasia, liquen plano, pigmentadas, abscesos bucales, entre otras.</p> <p>Condiciones: melanosis racial, lengua fisurada, lengua saburral, lengua depapilada, condición de Fordyce, línea alba, entre otras.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	<p>Frecuencia</p> <p>Porcentaje</p>
Rango Etario	<p>Definición conceptual: número de años que ha cumplido una persona.</p> <p>Definición operacional: auto-reporte del número de años cumplidos a la fecha de examinación.</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Continua</p>	<p>Media</p> <p>Desviación Estandar</p>

Granulom a telangcet ásico										0,94%
Melanosis racial										28,30 %
Lengua saburral		16%				2,1%	0,3%			20,75 %
Línea alba										6,60%
Lengua fisurada	2%		1,5%	0,1%		0,1%	0,3%	1,7%	1%	3,77%
Condición de Fordyce		1%	0,3%				0,2%	0,2%	1%	3,77%
Lengua geográfic a	3%	4,5%	9,1%	1,1%	3,3%	2,9%	1,7%	1,3%	1%	0,94%
Prevalenc ia de lesiones	39,0 4%	38,94 %	27%	10%	26,1 6%	28,9 0%	13,70 %	37,6%	37,2 %	50%
Localizaci ón más frecuente				30,7% labios 14,7% cara dorsal de lengu a 13,6% mucos a yugal	28% muc osa yugal y encí a 25% labio s 16% leng ua		28% lengu a 21% encía 18% mucos a labial 12% mucos a yugal 9% labios 8% vestíb ulo 4% comis uras labiale s	23,1% mucos a labial, 15,4% bermel lón labial, 12,8% mucos a yugal	25% muc osa labial , 15% berm ellón labial , 15% muc osa bucal .	41,43 % encía, 18,57 % cara interna de labio, 14,29 % bermel lón labial, 10% mucos a yugal.