

Universidad Autónoma de Baja California

Facultad de Odontología Tijuana

Especialidad en Odontología Pediátrica



Prevalencia de Lesiones Mucosas en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica UABC y Caso Clínico

Trabajo Terminal para obtener el DIPLOMA de
ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

PRESENTA

CD Brenda Melissa Hernández Noriega

PRESIDENTE

MC Betsabé De La Cruz Corona

SINODAL

SINODAL

Dr. Julio César García Briones

MO Fabián Ocampo Acosta

SINODAL

Dra. Haydeé Gómez Llanos Juárez

Tijuana, Baja California, México

Diciembre 2020

VOTOS APROBATORIOS

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA
Especialidad en Odontología Pediátrica**

Tijuana, Baja California a; 10 de noviembre de 2020

**Comité de Estudios de Posgrado
Presente**

Por medio del presente, me permito informar que el trabajo: **Prevalencia de Lesiones Mucosas en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica UABC y Caso Clínico**

Propuesto por la **CD Brenda Melissa Hernández Noriega**, fue revisado y ha sido aprobado para su impresión.

Por lo que el sustentante puede continuar con el proceso del examen recepcional.

ATENTAMENTE


MC Betsabé De La Cruz Corona
PRESIDENTE

Ccp.- Archivo.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA
Especialidad en Odontología Pediátrica

Tijuana, Baja California a; 10 de noviembre de 2020

Comité de Estudios de Posgrado
Presente

Por medio del presente, me permito informar que el trabajo: **Prevalencia de Lesiones Mucosas en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica UABC y Caso Clínico**

Propuesto por la **CD Brenda Melissa Hernández Noriega**, fue revisado y ha sido aprobado para su impresión.

Por lo que el sustentante puede continuar con el proceso del examen recepcional.

ATENTAMENTE


Dr. Julio Cesar García Briones
SINODAL

Ccp.- Archivo.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA
Especialidad en Odontología Pediátrica

Tijuana, Baja California a; 10 de noviembre de 2020

Comité de Estudios de Posgrado
Presente

Por medio del presente, me permito informar que el trabajo: **Prevalencia de Lesiones Mucosas en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica UABC y Caso Clínico**

Propuesto por la **CD Brenda Melissa Hernández Noriega**, fue revisado y ha sido aprobado para su impresión.

Por lo que el sustentante puede continuar con el proceso del examen recepcional.

A T E N T A M E N T E



MO Fabián Ocampo Acosta
SINODAL

Ccp.- Archivo.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA
Especialidad en Odontología Pediátrica

Tijuana, Baja California a; 10 de noviembre de 2020

Comité de Estudios de Posgrado
Presente

Por medio del presente, me permito informar que el trabajo: **Prevalencia de Lesiones Mucosas en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica UABC y Caso Clínico**

Propuesto por la **CD Brenda Melissa Hernández Noriega**, fue revisado y ha sido aprobado para su impresión.

Por lo que el sustentante puede continuar con el proceso del examen recepcional.

ATENTAMENTE



Dra. Haydeé Gómez Llanos Juárez
SINODAL

AGRADECIMIENTOS

“Debemos encontrar tiempo para detenernos y agradecer a las personas que hacen la diferencia en nuestras vidas”.

-John F. Kennedy-

A la Universidad Autónoma de Baja California, docentes, y padres de familia; por permitirme llevar a cabo la investigación, por su confianza, apertura y apoyo en todo momento.

A mis docentes de la especialidad, quienes fueron guía para la elaboración de este documento, por sus aportaciones, sugerencias a favor del enriquecimiento de dicho trabajo.

Deseo expresarle toda mi gratitud y aprecio en especial a mi tutora Betsabé De la Cruz Corona, por su paciencia y dedicación para guiarme todo este recorrido de la tesis.

A todas mis compañeras, por el gusto de haberlas conocido, compartir momentos de angustia, corajes, aprendizaje y de felicidad que hicieron este período de mi vida una valiosa experiencia.

A mi familia, amistades y a de todo corazón mi novio José Pérez por estar presente cuando los necesitaba, motivarme a seguir adelante, por sus consejos, su apoyo, amor y paciencia, gracias a ellos este recorrido no hubiera sido igual.

Y a mis padres Francisco Hernández y Martha Noriega, quienes fueron los que me dieron la vida, por el valioso y grande apoyo que me han brindado siempre, por los excelentes consejos en mi caminar a diario, por la confianza y el amor; que sin ellos no sería lo que soy.

DEDICATORIA

Se lo dedico a quienes me inspiraron, a quienes me ayudaron a llegar donde he
llegado, a mis padres, a mis héroes.

Resumen

Introducción: La mucosa oral cumple las funciones esenciales de la integridad bucal. En pacientes pediátricos diversos autores han reportado herpes simple 11% -18%, úlceras aftosas 14,3%-28,4%, candidiasis oral 2.7%, morsicatio buccarum 1,7%. Existe una clasificación para identificar las lesiones mucosas por Sidhu Gurminder, metabólica, inflamatoria.

Objetivo: Determinar la prevalencia de lesiones mucosas en pacientes pediátricos de la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica, UABC, Tijuana.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal de 107 pacientes que acudieron por primera vez a la Clínica de la Especialidad de Odontología Pediátrica, UABC durante 2019.

Resultados: Fueron del género femenino 52.3% y 47.3% masculino, la media de edad 6 años. La prevalencia de lesiones mucosas fue del 27%, la más frecuente con 76% absceso periodontal. De acuerdo con la clasificación de lesiones mucosas de Gurminder, se observó 86% de inflamatorias, el 10.3% del desarrollo y solo 3.4% metabólicas. Se observó una diferencia estadísticamente significativa al comparar lesiones inflamatorias y del desarrollo con los días de lesión $p = 0.014$, así como la presencia de dolor $p = 0.087$.

Discusión: La prevalencia y edad fue similar al estudio de Guerrero Rivas y cols. con 32% con una edad constante de 5 y 9 años que la presente investigación; coincide con Yáñez y cols., Sadeq A. y cols. que reportaron una prevalencia de 37.62% y 25.2% respectivamente.

Conclusiones: Se concluye que no existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia/ausencia de lesiones de la mucosa bucal, el género y edad del paciente. Al comparar los días de presencia de lesión, dolor y biopsia entre la clasificación de las lesiones mucosas solo se observó estadísticamente diferencia significativa entre los días de presencia de lesión y dolor.

Abstract

Introduction: The oral mucosa fulfills the essential functions of oral integrity. In pediatric patients, various authors have reported herpes simplex 11% -18%, aphthous ulcers 14.3% -28.4%, oral candidiasis 2.7%, and morsicatio buccarum 1.7%. There is a classification to identify mucosal, metabolic and inflammatory lesions by Sidhu Gurminder.

Objective: To determine the prevalence of mucosal lesions in pediatric patients of Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica, UABC, Tijuana

Methods: observational, descriptive, and cross-sectional study of 107 patients who attended at the Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica, UABC for the first time during 2019.

Results: 52.3% were female and 47.3% male, the mean age was 6 years. The prevalence of mucosal lesions was 27%, the most frequent being 76% periodontal abscess. According to the Gurminder classification of mucosal lesions. 86% inflammatory, 10.3% development and only 3.4% metabolic were observed. A statistically significant difference was observed when comparing inflammatory and developmental lesions with the days of injury $p = 0.014$, as well as in the presence of pain $p = 0.087$.

Discussion: The prevalence and age were similar to the study by Guerrero Rivas et al. with 32% with a constant age of 5 and 9 years that the present investigation; agrees with Yáñez et al., Sadeq A. et al. who reported a prevalence of 37.62% and 25.2% respectively.

Conclusions: it is concluded that there is no statistically significant relationship between the presence / absence of lesions of the oral mucosa, gender and age of the patient. When comparing the days of presence of lesion, pain and biopsy between the classification of mucosal lesions, only statistically significant difference was observed between the days of presence of lesion and pain.

ÍNDICE

Introducción	1
Planteamiento del problema	34
Justificación	35
Objetivos	36
Materiales y métodos	37
Resultados	44
Discusión	52
Conclusión.....	54
Recomendaciones	56
Caso Clínico	56
Referencias bibliográficas	71
Anexos	75

Introducción

La mucosa oral es una entidad que cumple funciones esenciales en el mantenimiento de la integridad bucal, en los niños es susceptible de presentar lesiones de diferente etiología como los hábitos parafuncionales, las anomalías del desarrollo, las infecciones, las manifestaciones de las enfermedades sistémicas, las lesiones inflamatorias y las lesiones traumáticas, las cuales están asociadas a un grado variable de incomodidad para el menor y muestran un patrón recurrente, por lo que requieren un diagnóstico temprano correcto, tratamiento y seguimiento.^{1,2}

Alrededor del mundo existen diversos estudios cuyos porcentajes y frecuencias de las lesiones dependen de la apreciación del investigador y su diversidad epidemiológica de su población. La mayoría de los trabajos dedicados a estudiar a la patología de la mucosa oral siguen siendo escasos.³

Las lesiones que frecuentemente se han establecido por los diferentes autores y que aparecen en los diferentes estudios son: herpes simple 11% al 18%, úlceras aftosas 14,3% al 28,4%, candidiasis oral 2.7%, morsicatio buccarum 1,7% y lesiones traumáticas, también se diagnosticaron lesiones del virus del papiloma con prevalencias. Frente a la gran cantidad de alteraciones que se pueden encontrar, debemos ser capaces de detectar dichas lesiones y llevar a cabo un correcto diagnóstico diferencial, esencial del plan de tratamiento.⁴

La salud oral es una parte fundamental de la salud y el bienestar general de todos los bebés, niños y adolescentes ya que las enfermedades orales afectan la función, el

desarrollo y la calidad de vida. La atención de la salud bucal infantil debe ser segura, continua, amplia, de fácil acceso, rentable, de buena calidad y reverente de cada niño y su familia.

El propósito del presente estudio fue conocer la realidad actual de las manifestaciones orales en la Clínica de la Especialidad de Odontología Pediátrica en la Universidad Autónoma de Baja California, para los especialistas odontopediatras tener suficiente conocimiento de las patologías encontradas con mayor frecuencia que permitió otorgar un buen diagnóstico y a su vez un eficaz tratamiento al paciente infantil.

Se han reportado estudios de prevalencia relevantes encontradas por lesiones mucosas por los autores:

Soyele O. y cols *Pattern of distribution of reactive localised hyperplasia of the oral cavity in patients at a tertiary health institution in Nigeria*, en el año 2019, este es un estudio transversal retrospectivo en el que todos los registros existentes en los archivos quirúrgicos de la unidad de Patología Oral del Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial y Departamento de Patología Oral, Universidad Obafemi Awolowo, Ile-Ife, Nigeria, se extrajeron entre 2006 y 2015, en un período de 10 años. Los casos de inclusión en este estudio fueron aquellos clasificados como hiperplasia fibrosa focal, granuloma piógeno, fibroma osificante periférico y granuloma periférico de células gigantes con portaobjetos teñidos con hematoxilina y eosina disponibles. Se obtuvieron datos clínicos sobre la edad, el sexo y la ubicación de la lesión para cada caso a partir de los registros de los pacientes. De las 390 lesiones solo 79 casos fueron (20%) lesiones hiperplásicas localizadas reactivas de la cavidad oral. Las lesiones más comunes fueron

granuloma piógeno (43.7%) e hiperplasia fibrosa focal (39.7%), respectivamente. Se descubrió que las BSR eran más frecuentes en mujeres (66,7%) que en hombres (33,3%). Los lugares más comunes de participación fueron las encías (84,6%), y las lesiones fueron más comunes en el grupo de edad de 9 a 29 años y la edad media fue de 37,7 ($\pm$ 21,1) años. Sin embargo, la relación entre el grupo de edad y las lesiones reactivas no fue estadísticamente significativa.⁵

Sadeq A. y cols. *White oral mucosal lesions among the Yemeni population and their relation to local oral habits* en Australia en el año 2017 un estudio transversal incluyó 1052 pacientes dentales de 15 años de edad y mayores, asistiendo a clínicas dentales ambulatorias en la Universidad de Sana. El cuestionario de la entrevista buscó información sobre datos sociodemográficos, incluyendo edad, sexo y residencia; historial médico autoinformado; uso pasado y actual de medicamentos; y prácticas de higiene oral; hábitos de riesgo oral. En general, el 25.2% de los participantes del estudio presentaron una o más lesiones blancas. Las lesiones más prevalentes fueron la lesión blanca inducida por khat (8.8%), leucoedema (5.1%) y queratosis de fricción (3.9%). Se observaron lesiones potencialmente malignas, como liquen plano, leucoplasia y lesiones inducidas por el tabaco sin humo, en el 2.4%, 1.2% y 1.7% de los participantes, respectivamente. Además, se identificaron tres casos de cáncer oral.⁶

Casamayou R. y cols. *Oral mucosal lesions in a child population of Montevideo, Uruguay* en el año 2016 un estudio observacional, descriptivo, transversal de lesiones de la mucosa bucal en una población infantil de Montevideo, Uruguay en niños de 3 a 12 años de edad. Se tomaron en cuenta lesiones en la totalidad de la cavidad bucal, describiendo

y registrando cada uno de los hallazgos. Se realizó un análisis estadístico según edad, género y tipo de dentición. Se encontró 191 pacientes con alguna lesión obteniendo una prevalencia de 54%. Los sujetos con dentición mixta tuvieron más riesgo de presentar *Morsicatio buccarum* (48%) que el grupo de dentición permanente. Asimismo, los individuos de 6-9 años tuvieron mayores posibilidades de presentar *Morsicatio buccarum* que el grupo de 9-12 años.¹

Yañez M.y cols 2016 *Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Children, Chile*, se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal, con muestreo no probabilístico por conveniencia, con una muestra de 219. La historia del paciente y la presencia de lesiones de la mucosa oral se registraron en las historias clínicas específicas de este estudio. En 101 pacientes se observó una prevalencia del 37,62% de las lesiones de la mucosa oral. La lesión más frecuente fue la úlcera aftosa menor (6,9%), seguida de irritación fibroma (5%), úlcera traumática (5%), erosión traumática (4%), impétigo (4%), lesión pigmentada (3%) y otros, a tasas más bajas. La ubicación más frecuente fue los labios con un 38.5%.⁷

Armadori F., y cols. en el período de 2008 a 2014 *Oral mucosal lesions in teenagers : a cross- sectional study*, un estudio retrospectivo transversal se llevó a cabo un examen de todos los registros médicos de los adolescentes 13 -18 años tratados en la Clínica Dental de la Universidad de Brescia (Italia). Los datos relativos a la edad, sexo, tipo de OML, malos hábitos, se recogieron las enfermedades crónicas sistémicas. Se encontró 1544 casos (31,7%) de lesiones de la mucosa oral; Se detectaron 36 diferentes tipos de alteraciones de la mucosa y los más frecuentes fueron: úlceras aftosas (18%), ulceraciones traumáticas (14,3%), virus herpes simple (11%), lengua geográfica (9,6%),

candidiasis (5,5%), y Morsicatio Buccarum (4,7%). también se diagnosticaron lesiones virus del papiloma (1,7%), lesiones relacionadas penetrantes (4%), eritema multiforme (0,13%), el liquen plano oral (0,13%) y tumor de células granulares (0,06%).⁸

Vidal M. y cols. en 2013, *Prevalence of tongue alterations and related factors in children seen at the University of Cartagena, Colombia*, se realizó una prevalencia de alteraciones linguales y factores relacionados en niños que consultan a la Universidad de Cartagena, Colombia como un estudio descriptivo de corte transversal, se examinaron aleatoriamente 134 niños que consultaron en el segundo semestre del año 2011. Se realizó examen clínico al niño, revisión de su historia clínica médica y una encuesta a la madre, para evaluar la presencia de alteraciones linguales, clasificación, características sociodemográficas y los posibles factores relacionados (ingesta de medicamentos, anemia, problemas nutricionales, déficit de vitamina B, alergias, estrés, psoriasis e higiene bucal). Se utilizaron proporciones, intervalos de confianza y la prueba estadística, asumiendo una significancia menor a 0.05. Se evidenciaron 107 casos de alteraciones linguales correspondiente a una prevalencia de 79.9% De acuerdo al tipo de alteración lingual las de mayor frecuencia fueron lengua saburral con el 74.6% seguida de la anquiloglosia con un 5.2%.⁴

Majorana A. y cols. 2010. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology*. Un estudio retrospectivo transversal se realizó con historias clínicas de enero de 1997 a diciembre de 2007. Se siguieron los criterios diagnósticos clínicos propuestos por la Organización Mundial de la Salud. La frecuencia de niños que presentan lesiones de la mucosa oral fue del 28,9%, y no se observaron diferencias relacionadas con el género. Las lesiones más frecuentes registrados fueron candidiasis oral (28,4%), lengua

geográfica y otras lesiones en la lengua (18,5%), lesiones traumáticas (17,8%), ulceraciones aftosas recurrentes (14,8%), 1 infecciones por herpes simple (9,3%), y eritema multiforme (0,9%).⁹

Linares C. y cols, de enero de 2006 a julio de 2009, *Lesiones de mucosa bucal*; se realizó un estudio de lesiones en mucosa bucal, descriptivo, retrospectivo y transversal en la clínica odontológica San Lorenzo Atemoaya de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, Distrito Federal, México. Se seleccionaron los expedientes clínicos de niños y niñas de 0 a 12 años, que fueron llevados a consulta programada. De 1228 expedientes, 367 correspondieron a niños, 200 del sexo masculino (54.5%). La mediana de edad fue de seis años. La prevalencia de las lesiones de la mucosa bucal de 66.2%. Las lesiones más frecuentes fueron la quelitis simple (41.1%), la macula melanótica (18.3%), las petequias (16.9%) y la ulcera traumática (12%), sin diferencias entre sexos.²

Espinosa M. y cols. en 2006, *Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos. Informe preliminar*, se realizó una prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos en Toluca en el Estado de México. Un estudio descriptivo y transversal, el cual consistió en la exploración bucal según los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud. Fueron examinados 1165 pacientes, encontrando 86 lesiones, las cuales correspondieron a 7.4 %; 51 (59.3 %) en el sexo masculino y 35 (40.7 %) en el femenino, con una relación hombre: mujer de 1.6:1. El rango de edad varió de 1 a 16 años. La lesión más frecuente fue la hiperplasia fibrosa con 37 casos (43 %), asociada a la mala higiene bucal aunada al empleo de bracketts; sólo en un caso se relacionó a la administración de fenitoína.³

Guerrero E. y cols, en 2011, Prevalencia de lesiones y condiciones de la mucosa bucal en la especialidad de odontología pediátrica y caso clínico, realizaron un estudio observacional, descriptivo, transversal en Tijuana Baja California, México, conformándose por 197 pacientes, 103 pertenecen al género femenino y 94 al género masculino. Se observaron 70 niños con lesiones y condiciones, el 32% corresponde las lesiones siendo páruis con 27%, seguido de morsicatio buccarum con un 21%, úlceras aftosas con un 16%, lengua geográfica 8%, lenguas fisuradas con un 5%, úlcera traumática con un 5, fenestración con un 5%, mucocelo en un 5%, fibroma irritativo con un 5%, siendo las menos como el granuloma piógeno con un 3%.¹⁰

Marco Teórico

Mucosa oral

La mucosa oral es una entidad que cumple funciones esenciales en el mantenimiento de la integridad bucal, una de las más importantes es la protección de tejidos más profundos, a su vez es un órgano sensorial regulador de la temperatura corporal y un medio por el cual se segrega saliva. La mucosa bucal de los niños es susceptible a presentar lesiones de diferente etiología por hábitos parafuncionales, anomalías del desarrollo, infecciones, manifestaciones de las enfermedades sistémicas, lesiones inflamatorias y lesiones traumáticas.¹¹

La cavidad oral está limitada por varias estructuras como los labios hacia delante, los carrillos a los lados, el piso de la boca hacia abajo, el paladar hacia arriba y la pared de la faringe hacia atrás; la superficie está tapizada por una mucosa cuya estructura varía en diversos sitios, dependiendo de la función. La mucosa oral se compone de un epitelio plano escamoso estratificado no queratinizado y una capa de tejido fibrocolagenoso llamada lámina propia. A veces la mucosa se adhiere a las estructuras profundas por medio de tejido fibrocolagenoso adicional y forma la submucosa, una capa que también presenta modificaciones.¹²

La mucosa oral está constituida por un epitelio plano estratificado y el corion. El color de la mucosa normal se debe fundamentalmente a la presencia de melanina en el epitelio y de hemoglobina en los vasos del corion.¹³

Las funciones de la mucosa oral son tres principales: protección de los tejidos nobles y profundos frente a las fuerzas mecánicas de la masticación y de los microorganismos habituales de la cavidad bucal. Sensitiva: receptores de tacto, temperatura y dolor. Del gusto en la lengua. Probablemente la mucosa oral responda a la sensación de saciedad de agua y la sed. Secreción: pequeña cantidad mediante glándulas salivales menores.

La mucosa de la cavidad bucal puede clasificarse de acuerdo a su localización y función: Mucosa limitante o de revestimiento, masticatoria y especializada o sensitiva.^{12,14}

Mucosa limitante o de revestimiento

Se encuentra en labios, carrillos, paladar blando, las porciones lateral y ventral de la lengua e interna de los labios. El epitelio que lo forma es plano, delgado, no queratinizado y adhiere a las estructuras profundas en forma firme a laxa. Además, por debajo del corion se encuentra otra capa conectiva denominada submucosa, que le brinda gran movilidad. No funciona en la masticación y, por lo tanto, tiene un desgaste mínimo. Abarca un 60% del total de la mucosa.^{12,14,15}

Mucosa masticatoria

El epitelio puede presentar gránulos de queratina o estar completamente queratinizado; es plano, estratificado y paraqueratinizado y el corion puede ser más o menos fibroso. La submucosa está ausente y, por lo tanto, se fija fuertemente al hueso y carece de movilidad la mucosa se adhiere con firmeza a los planos profundos. Se encuentra en la encía y en el paladar duro. Abarca un 25% del total de la mucosa. Mucosa primaria que está en contacto con los alimentos durante la masticación.^{12,14,15}

Mucosa especializada o sensitiva

Está presente en el dorso de la lengua y muestra las papilas linguales poseen intraepitlialmente los corpúsculos gustatorios. Dentro de la cavidad oral se localiza la lengua, un órgano muscular revestido de mucosa, y los dientes, formados principalmente por tejidos duros. Estas estructuras son las encargadas de recibir estímulos para captar las diferentes sensaciones gustativas. Abarca un 15% del total de la mucosa.^{12,14,15}

Lesiones Mucosas

Las lesiones de la mucosa oral son una amplia gama de alteraciones diferentes ubicadas en el tejido blando de la cavidad oral. Algunos tipos de lesiones de la mucosa bucal pueden causar dolor y puede alterar la masticación, fonación y estética. Problemas que afectan a la cavidad oral también pueden provocar miedo a la atención dental o ansiedad en pacientes pediátricos y en un período de establecimiento de comportamientos, que pueden producir consecuencias a largo plazo, lo que puede provocar alteración en la salud bucal, en última instancia, impactando en la calidad de vida relacionada con la salud general.^{7,16}

Los pacientes pediátricos presentan una variedad de patologías orales que pueden ser diferentes a las de los adultos. La variedad de patologías bucales es muy amplia y comprende trastornos en el desarrollo del cráneo, los maxilares y órganos dentales, patologías de la mucosa bucal, lengua y glándulas salivales, tumores y lesiones radio lúcidas y radiopacas de los maxilares. Enfermedades y síndromes que afectan la salud general de los pacientes pueden ir acompañados de manifestaciones orales.¹⁷

La patología oral pediátrica supone un verdadero reto diagnóstico para dermatólogos, estomatólogos, digestólogos y pediatras entre otros. Incluye un amplio espectro de procesos infecciosos, inflamatorios y tumorales con una expresión clínica muy variada.

La exploración intraoral del niño ha de ser completa y sistemática con el fin de que abarque todas las estructuras de la cavidad oral. La exploración de la mucosa oral se realiza a partir del interior de los labios y continuando por la mucosa de los carrillos y los surcos alveolares. La orofaringe debe ser inspeccionada para comprobar de su coloración es normal y el tamaño de las amígdalas el apropiado o presenta signos de inflamación o hipertrofia amigdalina, que pueden repercutir en la posición de la lengua) baja y adelantada. La exploración del paladar abarca tanto el paladar duro como el blando e incluye su inspección, palpación y valoración funcional. Lo que se debe tener importancia en la lengua es no solo su forma, volumen y posición en reposo, sino que además hayamos de estudiar su función, valorando sus movimientos y el control de estos, así como la posición durante la deglución y la fonación.¹⁸

Una herramienta útil que los médicos pueden utilizar para ayudar a formar un diagnóstico diferencial, junto con un historial cuidadoso y un examen es la clasificación por Sidhu G. y cols., basado en un enfoque etiopatogénico. Se clasifica en 4 divisiones principales con termino de MIND: Metabólico, Inflamatorio, Neoplasia y Desarrollo. También se ha agregado una categoría idiopática para incluir las lesiones con etiologías desconocidas.¹⁹

Metabólico (enfermedades sistémicas)

La categoría de Metabolismo se puede subcategorizar en nutricionales y hormonales y se pueden dividir en aquellas que son de origen genético o adquirido. Los defectos adquiridos asociados con el metabolismo óseo se pueden ver en el esqueleto general, así como en las mandíbulas y estos incluirían vitamina C, D y metabolismo de Ca, asociados con deficiencias en la ingesta. Otras afecciones patológicas que afectan el metabolismo pueden ser de tipo genético.¹⁹

Inflamatorio

Inflamación es la compleja respuesta biológica de los tejidos a estímulos dañinos, como traumas e irritantes. Es un intento de protección por parte del cuerpo para eliminar los estímulos dañinos, así como para iniciar el proceso de curación. Los signos clásicos de inflamación son enrojecimiento, dolor, hinchazón, calor y pérdida de la función.

Las lesiones inflamatorias se dividen en cuatro subcategorías; Lesiones causadas por factores extrínsecos (agentes físicos), lesiones reactivas, infecciones y lesiones de origen inmunológico. Factores externos como la radiación y los agentes químicos pueden conducir a lesiones. La subcategoría reactiva incluye lesiones que ocurren en respuesta a la irritación crónica. Las lesiones reactivas intraóseas como el granuloma central de células gigantes y el quiste óseo aneurismático se observan ocasionalmente en las mandíbulas. La tercera subcategoría incluye las lesiones intraóseas causadas por infecciones en la cavidad bucal. Las infecciones bacterianas en la cavidad oral se observan principalmente en el hueso alveolar, lo que ocasiona periodontitis y necrosis pulpar, lo que puede provocar lesiones inflamatorias periapicales.¹⁹

Neoplasia

El término neoplasia se refiere a un crecimiento descontrolado de tejido, que resulta de una proliferación anormal de células. Las lesiones neoplásicas se dividen ampliamente en dos categorías principales en función de su capacidad de metástasis benignas y malignas.

Las neoplasias benignas son proliferaciones dismórficas de tejidos que se caracterizan por la falta de metástasis. Estos se han subcategorizado aún más como odontogénicos y no odontogénicos en función del tejido de origen. Las neoplasias odontogénicas incluyen las lesiones derivadas de partes del aparato odontogénico. Las neoplasias no odontogénicas incluyen las lesiones del tejido óseo que no están relacionadas con el desarrollo del diente pero que se originan en el tejido óseo.

Las neoplasias malignas se pueden subcategorizar en función del tejido de origen en sarcomas y carcinomas. Los sarcomas incluyen las neoplasias malignas de origen mesenquimatoso. Los carcinomas incluyen los tumores malignos de origen epitelial.¹⁹

Desarrollo

La categoría de desarrollo incluye cambios patológicos en el hueso que se desarrollan tanto como un defecto genético o adquirido. Sin embargo, en muchas de estas lesiones aún no se han determinado los factores etiológicos exactos. Los determinantes genéticos de algunas de estas condiciones de desarrollo se han identificado y esta lista está creciendo constantemente. Muchas de las condiciones adquiridas se han relacionado tanto con la osteogénesis como con el desarrollo facial y también con la odontogénesis.¹⁹

Idiopático

Desafortunadamente, hay un gran número de lesiones en la mandíbula por las cuales se desconoce la etiología en este momento. No se pueden clasificar claramente en ninguna categoría actualmente. Por lo tanto, se ha agregado una categoría idiopática para incluir todas las lesiones de este tipo con etiología desconocida.¹⁹

A continuación, se exponen a modo de resumen algunas lesiones de mucosas lo que podríamos denominar variaciones de la normalidad más frecuente en pacientes pediátricos.

Infección por el virus del Herpes Simple

La cavidad oral humana es uno de los principales portales de entrada para el virus del herpes simple 1 (HSV-1). La infección primaria generalmente ocurre durante la infancia y da como resultado la replicación viral en las superficies mucosas seguida de una infección latente del ganglio trigémino, que representa el mayor reservorio humano de HSV-1. La seroprevalencia de la infección por HSV-1 entre los niños de 0 a 49 años es alta, estimada en 67% (3.700 millones de personas) con infección casi universal en muchas partes del mundo. La incidencia de la infección por HSV-1 en 2012 se estimó en 118 millones, lo que la convierte en un importante problema de salud pública mundial.^{20,21}

La transmisión de HSV-1 a personas susceptibles puede ocurrir durante el contacto directo con lesiones o con secreciones orales o genitales infectadas durante el desprendimiento asintomático. El herpes simple existe como 2 tipos virales distintos: tipo 1 (HSV-1) y tipo 2 (HSV-2), los cuales están asociados con la enfermedad neonatal. HSV-1 y HSV-2 se clasifican en la subfamilia del virus del herpes alfa de la familia de

virus de ADN Herpesviridae, junto con el virus varicela zóster. Como subfamilia, los alfa herpes virus se caracterizan por ciclos replicativos cortos, destrucción de la célula huésped y la capacidad de establecer latencia de por vida en los ganglios neuronales sensoriales después de la infección primaria.^{21,22}

La infección producida por el virus del herpes simple (VHS) tipo 1 que se contagia por contacto con las secreciones orales de una persona infectada, incluso cuando ésta no tenga lesiones. La primoinfección por el VHS en la infancia suele ser asintomática o provocar síntomas inespecíficos como un cuadro catarral, faringitis o fiebre sin foco aparente. La manifestación específica más frecuente es la gingivoestomatitis, que afecta a un 25-30% de niños, sobre todo menores de 4 años. Se caracteriza por fiebre, adenopatías cervicales y lesiones vesiculosas que en menos de 24 horas dan lugar a erosiones y úlceras superficiales y sangrantes en los labios, las encías, el paladar duro, la lengua y la mucosa yugal. Su base es amarillenta y tienen un halo eritematoso. Se acompañan de disfagia y sialorrea intensas que duran entre 6 y 7 días (Figura 1).²³

Histológicamente las infecciones por herpes son muy distintivas. El patrón de baja potencia de una lesión típica es de una ampolla intraepidérmica. La característica clave es la acantólisis con queratinocitos solitarios dentro de la cavidad de la ampolla. Los queratinocitos mostrarán cambios nucleares en la infección viral. Estos incluyeron la marginación de la cromatina nuclear, multinucleación e inclusiones nucleares. Las inclusiones virales son pequeños depósitos rosados con un halo transparente visto dentro del núcleo.²⁴

Se debe plantear con otros procesos ulcerativos orofaríngeos, incluyendo la aftosis oral recurrente, la herpangina, la enfermedad mano-pie-boca y el síndrome de Stevens Jonhson. Por tratarse de una enfermedad contagiosa, se recomienda que el niño se quede en casa hasta que se cure. El aciclovir oral en niños menores de 2 años de edad se administran 200 mg 4 veces al día (2,5ml de suspensión) durante 5 días parece disminuir la duración de las lesiones y de excreción viral. Para calcular la posología con mayor exactitud, se pueden calcular 20 mg aciclovir/kg de peso corporal (sin sobrepasar 800 mg) 4 veces al día.²³



Figura 1. Herpes Simple tipo 1. ²⁵

Candidiasis oral

La candidiasis oral es una infección micótica muy común de la cavidad oral. Es causada por levaduras del género *Candida* y *Candida albicans* es la especie más virulenta y más comúnmente involucrada, aislada del ~ 62% de las personas sanas.^{26,27}

Clínicamente, se pueden dividir según sus características de color en blanco y eritematoso. La forma blanca se representa para la candidiasis pseudomembranosa e

hiperplásica. El eritematoso incluye candidiasis atrófica aguda, estomatitis protésica, glositis romboide mediana, queilitis angular y eritema gingival lineal (Figura 2). Además, hay tres formas de candidiasis no incluidas en esta clasificación: candidiasis mucocutánea crónica, queilocandidiasis y candidiasis multifocal crónica.²⁶

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial con otras lesiones blancas de la mucosa oral, tales como el liquen plano oral, el nevo esponjoso blanco y las leucoplasias (placas blancas mucosas de etiología incierta), no suele plantear dudas. Estas lesiones no se desprender al frotar con un depresor y cada una de ellas tiene una histología peculiar. La candidosis atrófica lingual debe diferenciarse de la lengua aframbuesada de la escarlatina y del síndrome de Kawasaki.²³

Tratamiento

En general, ante una candidosis oral la infección se extiende por todo el tubo digestivo. Suelen ser suficientes los antimicóticos «tópicos», que no se absorben, tales como el miconazol o la nistatina en soluciones y grageas, administrados 4 o 5 veces al día. En casos rebeldes son útiles los antimicóticos sistémicos, preferentemente itraconazol y sobre todo fluconazol. La administración de ácido láctico (yogur) contribuye a evitar la infección y ayuda a su resolución.²³

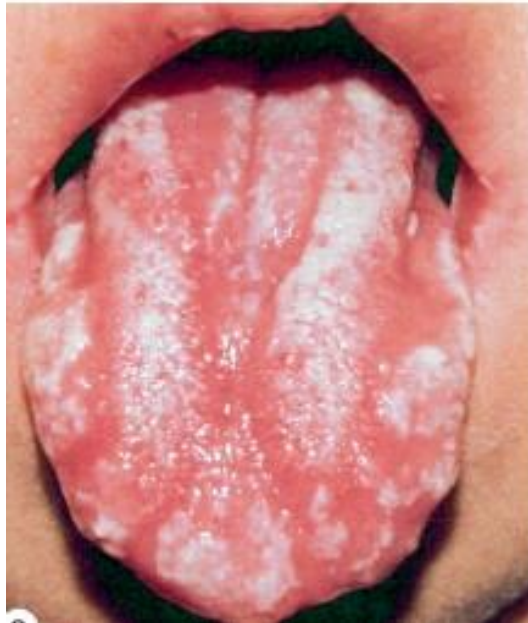


Figura 2. Candida Oral ²⁸

Virus del Papiloma Humano (VPH)

El virus del papiloma humano (VPH) forma parte de un grupo de virus ADN heterogéneo llamados papillomaviridae; este virus, es causante de múltiples lesiones hiperplásicas, verrucosas y papilomatosas de las células epiteliales de piel y mucosas. Las infecciones por VPH están muy extendidas y ocurren en todo el mundo. Los posibles modos de transmisión incluyen el contacto sexual y no sexual con artículos contaminados y la exposición materna de la infección por VPH cervical a un recién nacido.²⁹⁻³¹

El VPH es una de las infecciones de transmisión sexual con más prevalencia en la actualidad; en México, se tiene estimado que cerca del 43% de los hombres y del 17,5% de las mujeres, todos ellos sanos y sexualmente activos tienen alguna infección por VPH.²⁹

En el caso del VPH lingual, existen dos grandes grupos de presentación clínica: a) Lesiones benignas y b) lesiones premalignas o malignas. Entre las lesiones bucales benignas se encuentran el papiloma bucal, la verruga vulgar bucal, el condiloma acuminado bucal y la hiperplasia epitelial focal (enfermedad de Heck). En tanto las lesiones premalignas o malignas están representadas principalmente por leucoplasias y carcinoma escamocelular. El papiloma escamoso de la mucosa oral es la lesión papilar más frecuente y representa el 2.5% de todas las lesiones de la cavidad oral.⁶ Las lesiones clínicas del VPH se observan con mayor frecuencia en el labio superior, labio inferior, frenillo lingual, dorso de la lengua y comisuras.

La morfología más comúnmente observada es la de coliflor, aunque también pueden apreciarse otras formas como verrugas vulgares, además de hiperqueratosis o incluso una superficie no queratinizada, con cambios de coloración superficial (Figura 3).

Histológicamente las células de tienen una disposición estructural poli estratificada. Estas células se encuentran asentadas sobre un estrato corneo (superficial), estrato granuloso, estrato espinoso y estrato basal (el más profundo). El núcleo de estas células cambia de tamaño de acuerdo con su madurez y especialización.³²

El diagnóstico diferencial de las cuentas publicadas de sobrecrecimiento gingival papilar o verrugoso en pacientes menores de 19 años es diverso y ha incluido fibroma de células gigantes, fibroma osificante periférico, hiperplasia gingival esponjosa juvenil localizada, nevo epidérmico lineal, xantoma verruciforme, fibroma odontogénico periférico, hiperplasia primaria de pseudoepiteliomatosis, vulgares verrugosos, condiloma

acuminatum, hiperplasia epitelial multifocal, queratoacantoma, linfangioma y papila retrocuspídea.³¹

Tratamiento

El tratamiento para el papiloma oral es conservador y requiere la eliminación completa de la lesión, pero la escisión de un margen de seguridad circundante no es obligatoria. Las lesiones no tratadas generalmente no cambian con el tiempo. La escisión quirúrgica conservadora es una buena opción, con la destrucción por láser de CO₂, cauterización o criocirugía también es aceptable.³³



Figura 3. Lesión VPH en la mucosa gingival ³¹

Aftosa oral recurrente

La aftosis oral recurrente es la enfermedad no infecciosa más frecuente de la cavidad oral en la infancia y se caracteriza por brotes repetidos de úlceras dolorosas en la mucosa bucal. Se estima que afectan hasta al 20% de la población, es más frecuente

en mujeres y existe una cierta agregación familiar. Su etiología es desconocida, estando implicados factores traumáticos, emocionales, alérgicos e inmunológicos.

Las lesiones se inician como máculas eritematosas dolorosas que en pocas horas adquieren un centro blanquecino y necrótico. Ello da lugar a una úlcera poco profunda, redondeada u ovalada, bien delimitada, con un centro blanco-amarillento y un halo inflamatorio prominente. Se localizan en la mucosa no queratinizada o móvil (mucosa yugal y labial, zona ventral de la lengua, mucosa alveolar y pliegues mucobucales) y cursan a brotes (Figura 4).²³

Diagnóstico diferencial

Se plantea principalmente con la infección recurrente por el virus del herpes simple (VHS) y con las enfermedades ampollares autoinmunes. En la infección por VHS las lesiones se inician como vesículas, tienden a reaparecer en la misma zona y afectan principalmente la mucosa queratinizada (paladar duro y encía adherida).²³

Tratamiento

El tratamiento consiste en corticoides tópicos durante los primeros 3-4 días de formación de las lesiones (acetónido de triamcinolona 0.1% en orabase) y en medidas sintomáticas, tales como antihistamínicos en enjuagues, anestésicos (lidocaína viscosa 2%), antifúngicos y sucralfatos tópicos. En casos graves son útiles los corticoides orales y la colchicina. Otras alternativas son la pentoxifilina, la sulfona y la talidomida por vía oral.²³



Figura 4. Aftosis oral recurrente en mucosa de labio inferior²³

Abscesos Dentales

Esta entidad siempre se encuentra asociada a un órgano dentario con caries profunda o destrucción coronaria amplia. La situación clínica más común es el aumento de volumen gingival, de crecimiento rápido, color rojo intenso, doloroso al tacto y en ocasiones el dolor es espontáneo. Este aumento de volumen puede aparecerse en el surco mucogingival o en el paladar y puede estar asociado a necrosis pulpar de cualquier órgano dentario. Los pacientes encuentran dolor, molestias o sensibilidad a las bebidas frías o calientes, dependiendo de la cronicidad de la lesión. Hay una cascada de patologías que una da a la otra.^{23,34}

El diagnóstico de la lesión se realiza mediante evaluación clínica y radiográfica. Los hallazgos histopatológicos apoyan el diagnóstico. Por lo tanto, todas las lesiones periapicales pueden actuar de forma específica en la evolución de la inflamación.³⁴



Figura 5. Absceso Dental

Quiste de Erupción

El quiste de erupción se define como una variante del quiste dentígero en tejido blando, asociado a un diente temporal o permanente en erupción. Las lesiones son múltiples y no aumentan de tamaño. Se debe a un crecimiento folicular que se presenta antes de la erupción dentaria, específicamente a la separación del folículo dental alrededor de la corona del diente(Figura 6).³⁵

Su incidencia en niños es común y se ubica en cualquier zona del diente en erupción. Dicho color, depende de la cantidad de sangre en el quiste, producto de una hemorragia, cuya corona dental no consigue romper la mucosa gingival.³⁶

Histopatológicamente, se observa que la cavidad quística está delineada por una delgada capa de epitelio escamoso no queratinizado, la inflamación de grado variable de

la lámina propia, puede estar presente. En la capa superior se encuentra el epitelio queratinizado del reborde alveolar y debajo separado por una delgada capa de tejido fibroso relativamente libre de inflamación, el revestimiento de un quiste de erupción.³⁵

El diagnóstico diferencial ocurre con el hematoma, hemangioma, abscesos dentarios, tatuaje de amalgama, nevus pigmentado, melanocarcinoma. La mayoría de autores, coinciden que los quiste de erupción, no requieren tratamiento porque desaparecen por sí solos, permitiendo la erupción dental (tratamiento conservador).³⁶



Figura.6 Lesión de quiste de erupción a nivel del órgano dentario

Mucocele

Los mucocelos son lesiones benignas relacionadas con las glándulas salivares menores y sus respectivos conductos. Los mucocelos son el tipo de quiste más común que ocurre en los tejidos blandos orales. Esta lesión se caracteriza por la presencia de lesiones elevadas, esféricas, blandas, fluctuantes, bien delimitadas, de color azul cuando no existe trauma previo y cuando están traumatizadas, su color puede ser rojo y puede tener zonas blanquecinas o violáceas. Chi y cols. informaron una serie de casos a gran escala con 1824 pacientes con mucocelos, y revelaron que el sitio más común para los mucocelos era el labio inferior (81,9%), seguido del piso de la boca (5,8%) y la superficie ventral de la lengua (5.0%). La razón por la que se produce la proclividad de los mucocelos en el labio inferior no está clara, pero varios estudios han reportado posibles razones, que están asociadas con hábitos parafuncionales (como morderse los labios), diferencias en la movilidad de los labios superior e inferior o diferencias en la densidad de la glándula salival. Además, la mayoría de los mucocelos se desarrollan como una lesión solitaria (Figura.7).^{12,37,38}

Hay 2 tipos de mucocelos: mucocelo de extravasación y mucocelo de retención. Los mucocelos de extravasación emergen como resultado de la extravasación de las secreciones de las glándulas salivales desde el conducto de las glándulas salivales hacia los tejidos blandos alrededor de la glándula. Mientras tanto, la obstrucción de los conductos de las glándulas salivales, que conduce a la reducción o ausencia de secreción glandular. Estos se aceptan como separados entre sí, ya que cada uno tiene una patogénesis única y propiedades microscópicas. Si bien las lesiones son más

comunes en la parte interna del labio inferior, también pueden estar presentes en la mucosa bucal, la lengua y el piso de la boca.¹⁸

Histopatológicamente, los mucocelos se pueden clasificar en (a) el tipo de extravasación (sin revestimiento epitelial de la pared del quiste) y (b) el tipo de retención (con revestimiento epitelial de la pared del quiste). La incidencia de quistes de retención mucosa es baja, y la mayoría de los mucocelos son del tipo de extravasación.³⁸

El tratamiento es extirpar completamente la lesión, realizando disección roma y con mucho cuidado de no romper la capsula, e incluir en el acto quirúrgico la glándula salival menor circundante.¹⁰



Figura. 7 Mucocel en el labio inferior por hábito parafuncional

Morsicatio (línea de mordida)

Morsicatio es el término científico derivado del latín morsus (mordedura), es una afectación mucocutánea poco frecuente de origen facticio. El mecanismo de acción de

estas lesiones es por fricción de los dientes sobre la mucosa de manera continuada y compulsiva, asociada a un estado de ansiedad.^{39,40}

Los sitios comunes para el mordisco habitual incluyen la lengua (*morsicatio linguarum*), la mucosa bucal (*morsicatio buccarum*) y la mucosa labial (*morsicatio labiorum*). En particular, el borde lateral de la lengua, la mucosa bucal anterior a nivel del plano oclusal y la mucosa labial inferior son subsitios favorecidos. (Figura. 9)

La presentación clínica característica suele ser suficiente para un diagnóstico presuntivo fuerte, aunque se puede realizar una biopsia si hay incertidumbre. El examen microscópico muestra una capa de queratina espesa y triturada con colonización bacteriana suprayacente. No se necesita un tratamiento específico, aunque el dejar el hábito inducirá la resolución de la lesión. Algunos investigadores han recomendado la fabricación de una prótesis removible para ayudar a prevenir las mordidas en las mejillas.²⁵



Figura 9. Morsicatio Buccarum. Placa blanca e irregular que afecta la mucosa bucal izquierda.²⁵

Glándulas de Fordyce

Las manchas de Fordyce, también conocidas como gránulos de Fordyce, son pápulas amarillentas y asintomáticas agrupadas en la mucosa yugal y en la semimucosa labial que corresponden a glándulas sebáceas ectópicas. Generalmente se ven a lo largo del borde entre el bermellón y la mucosa oral del labio superior y en la mucosa bucal, particularmente dentro de las comisuras, y también en el retromolar. regiones y labios. Son pequeñas protuberancias pálidas o manchas que tienen entre 1 y 3 milímetros (mm) de diámetro. Normalmente están rodeados de un color amarillo, blanco, rojo pálido o del color de la piel, y son visibles en el eje del pene y el escroto, en el borde bermellón o labios (Figura 8).^{28,41}

Probablemente el 80% de la población tiene manchas de Fordyce, pero generalmente no son evidentes en los bebés (aunque están presentes histológicamente), apareciendo clínicamente en niños después de los 3 años, aumentando durante la pubertad y luego nuevamente en la vida adulta posterior. Se notan principalmente en adultos, más prominentes en hombres y parecen ser más obvios.^{23,28,42}

Las lesiones probablemente estén presentes al nacer, pero no se vuelven clínicamente evidentes hasta durante o después de la pubertad. Los gránulos de Fordyce se encuentran en el 20% de los niños, el 30% de los adolescentes y el 70-80% de los adultos. En realidad, pueden volverse sutiles o desaparecer por completo en los ancianos. Las biopsias revelan glándulas sebáceas normales que no están asociadas con los folículos capilares.²⁸

No se sabe qué causa, pero algunos estudios han relacionado su desarrollo con cambios hormonales, y otros sugieren que comienzan a formarse mientras crece un embrión en el útero. No es necesario ningún tratamiento, se puede usar un láser de dióxido de carbono superficial para extirpar las lesiones que desfiguran cosméticamente.^{28,41}



Figura 8. Gránulos de Fordyce en labio superior. ⁴¹

Métodos de Diagnóstico de las Lesiones Mucosas

La realización de un examen visual dirigido en el contexto de los programas de salud oral puede proporcionar diagnósticos más tempranos a un costo mucho menor.

Las lesiones de la mucosa oral pueden manifestarse de muchas maneras diferentes, aunque una clasificación basada en la clínica fundamental del paciente (en este caso, los datos obtenidos principalmente a través de la inspección) nos guiará en el diagnóstico y facilitará el diagnóstico diferencial inicial, que llevaremos a través del desarrollo de una cuidadosa anamnesis dirigida. Una vez que se han recopilado todos los datos clínicos y patológicos relevantes, debemos garantizar cuidadosamente el diagnóstico diferencial que nos llevará a indicaciones terapéuticas específicas.⁴³

Biopsia

La biopsia ayuda a establecer las características histopatológicas de las lesiones y ayuda a llegar al diagnóstico adecuado de las lesiones orales. La biopsia oral no solo ayuda en el diagnóstico, sino que también ayuda a determinar la naturaleza de la lesión, como benigna y maligna. Es un procedimiento quirúrgico que abarca la remoción y examen de un tejido u otro material desde un cuerpo vivo con la finalidad de realizar su examen microscópico para determinar un diagnóstico. Otorgando la capacidad diferenciar entre lesiones orales benignas y premalignas o malignas.^{43–45}

Indicaciones de biopsia

Está indicada para las lesiones que existen durante más de 2 semanas en el asiento, incluso después de la eliminación del factor irritante y la etiología. Después de un período

de 2 semanas, cualquier anormalidad restante o cualquier lesión que resulte refractaria a la terapia local está indicada para la biopsia.⁴⁶

Contraindicaciones

La biopsia de la mucosa oral no es necesaria en la mucosa oral normal. Además, las lesiones que se resuelven después de la eliminación del irritante no requieren intervención.⁴⁶

Técnicas para recolección de muestra

El material de la lesión puede ser obtenido por diferentes técnicas para su estudio microscópico; entre ellas se pueden mencionar:

- Escisión quirúrgica con bisturí. Biopsia incisional (extirpación parcial de la lesión y biopsia excisional) (extirpación total de la lesión).
- Extracción con pinzas para biopsia, también llamadas sacabocados o biótomo.
- Obtención quirúrgica con cauterio o con bisturí de alta frecuencia.
- Punción o biopsia por aspiración.
- Citología exfoliativa.
- Biopsia obtenida por punch.⁴³

Biopsia incisional

Es aquella en que sólo parte de la lesión es removida. Se utiliza usualmente para obtener una muestra parcial de una lesión que es difícil de extirpar en su totalidad debido a su tamaño o a su localización. Este procedimiento es de gran utilidad en lesiones grandes, que pueden ser tratadas por medios no quirúrgicos una vez hecho el

diagnóstico, o lesiones en las cuales el diagnóstico determinará si el tratamiento ha de ser conservador o radical. ⁴⁶

Biopsia excisional

Es la remoción total de una lesión para su estudio microscópico. Se utiliza para lesiones superficiales, accesibles y pequeñas, que se extirpan totalmente, incluyendo un margen de tejido aparentemente sano. Se la considera terapéutica debido a que es una forma de tratamiento para muchas lesiones de tamaño pequeño. También está indicada en aquellos casos en que no se puede realizar una biopsia incisional, como, por ejemplo, en los melanomas. ⁴⁴

Estudio Histopatológico

Previo procesamiento de la muestra en el laboratorio, el que incluye, en resumen: distintos procesos de fijación, deshidratación, coloración y montaje para convertirse en una preparación permanente observable al microscopio, el patólogo estará en condiciones de elaborar su diagnóstico histopatológico.

Los diagnósticos anatomopatológicos tienen diferentes grados de dificultad aún bajo las condiciones más favorables; definir entre normal y patológico, o inflamatorio y tumoral, conlleva a una certeza de casi el 100%. Pero dilucidar entre benigno y maligno crea un mayor margen de error, y especificar el origen de ciertas malignidades puede conducir a dificultades extremas.

El informe que el patólogo envía consta generalmente de tres partes y a veces de cuatro: 1. Descripción macroscópica. 2. Descripción microscópica. 3. Diagnóstico. 4. Observaciones o recomendaciones adicionales que puedan ayudar al clínico.⁴⁷

Planteamiento del problema

Las lesiones mucosas son condiciones que ocurren en los tejidos blandos de la cavidad oral, expresadas por diversas presentaciones clínicas. Algunos tipos de lesiones de la mucosa bucal pueden causar dolor y puede alterar la masticación, fonación y estética. La Organización Mundial de Salud (OMS) menciona que las enfermedades bucales son la cuarta causa más costosa de tratar, en nuestro país se encuentran entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país.

En los pacientes pediátricos las patologías orales se presentan en una variedad que puede ser diferentes a las del adulto. Se han reportado estudios que describen las alteraciones bucales en pacientes pediátricos y que son enfocadas a problemas periodontales o dentales, razón por lo cual existen relativamente pocos reportes en la literatura que abordan a las lesiones de tejidos blandos de la mucosa bucal. El odontólogo pediatra es el encargado de realizar una inspección bucal integral en la consulta dental para detectar lesiones anormales en la cavidad bucal realizar un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado

Por lo antes expuesto, surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de las lesiones mucosas en menores que reciben atención odontológica en Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica de la Universidad Autónoma de Baja California?

Justificación

El propósito de la presente investigación fue determinar la proporción de individuos en la población infantil, que recibe atención integral en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica y que presentaron lesiones mucosas durante el periodo febrero a diciembre de 2019. Para tener la capacidad establecer la relación entre el porcentaje de niños y niñas, frecuencia, porcentaje de edad, y la clasificación de lesiones basado en un enfoque etiopatogénico por Sidhu Gurminder con término de MIND: Metabolismo, Inflamatorio, Neoplásico y de Desarrollo, agregando también la categoría Idiopática para incluir las lesiones con etiología desconocida, de esta manera formar juicios que establecen la prevalencia de las lesiones observadas.

Con los datos obtenidos son beneficiados los odontólogos pediatras que recurren a la revisión de la literatura, en busca de información oportuna, actualizada y realizada con el método científico para la identificación de las posibles patologías del diagnóstico diferencial, que le permita la interconsulta al patólogo con la nota de referencia de la paciente argumentada en la información obtenida de las evidencias en los reportes científicos.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la prevalencia de lesiones mucosas en pacientes pediátricos de la Clínica de Especialidades en Odontología Pediátrica (CEOP) de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Tijuana.

Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia de cada tipo de lesión mucosa, utilizando la clasificación de Sidhu Gurminder, en pacientes pediátricos de la CEOP de la UABC, Tijuana.
2. Evaluar la posible relación entre la presencia de lesiones mucosas y las variables de edad y sexo, tanto de manera general como de acuerdo al tipo de lesión.
3. Describir las características clínicas de dolor, aumento de volumen, presencia de lesión similar en algún familiar, uso de automedicación, y necesidad de biopsia de las lesiones mucosas, tanto de manera general como de acuerdo al tipo de lesión mucosa.
4. Evaluar la relación entre el tipo de lesión mucosa y las características clínicas mencionadas.

Materiales y métodos

Tipo de estudio y diseño general

Descriptivo, analítico, prospectivo y transversal

Universo de estudio

Pacientes acuden por primera vez la clínica de la Especialidad de Odontología Pediátrica de febrero a diciembre 2019

Muestra

Pacientes que presentan lesiones mucosas

Técnicas de muestreo

La técnica de muestreo fue no aleatoria por conveniencia

Criterios de inclusión:

- Niños que acudan a consulta a la Especialidad en Odontología Pediátrica
- El Consentimiento Informado firmado por los padres
- Niños de 3-12 años de ambos sexos

Criterios de exclusión:

- Padres de los pacientes que no desearon participar de la investigación.
- Consentimiento informado no firmado por el paciente

Criterios de eliminación:

- Captura de datos inconsistentes

Operación de Variables

Nombre de la variable: Lesiones Mucosas

Definición: Patologías que afectan a la mucosa bucal

Tipo de medición: nominal

Escala: existe lesión o no existe lesión

Uso: para obtener datos de prevalencia

Fuente: Historia Clínica

Nombre de la variable: Edad

Definición: Tiempo transcurrido desde el nacimiento medido en años y meses

Tipo de medición: Cuantitativo

Escala: 3-12 años

Uso: para obtener la prevalencia

Fuente: Tabla de Recolección

Nombre de la variable: Sexo

Definición: Condiciones genotípicas

Tipo de medición: Cuantitativa

Escala: Hombres y Mujeres

Uso: para obtener la prevalencia

Fuente: Tabla de recolección de datos

Nombre de la variable: Lesiones mucosas metabólicas

Definición: Patologías que afectan a la mucosa bucal que son de origen genético o adquirido

Tipo de medición: Cuantitativa

Escala: Existe lesión, No existe lesión

Uso: para obtener la prevalencia

Fuente: Observación directa de la lesión

Nombre de la variable: Lesiones mucosas inflamatorias

Definición: Patologías que afecta los tejidos a estímulos dañinos, como traumas e irritantes

Tipo de medición: Cualitativa

Escala: Existe lesión o no existe lesión

Uso: para obtener la prevalencia

Fuente: Observación directa de la lesión

Nombre de la variable: Lesiones mucosas de desarrollo

Definición: Patologías que afectan a la mucosa bucal, por cambios patológicos defecto genético o adquirido

Tipo de medición: Cualitativa

Escala: Existe lesión no existe lesión

Uso: para obtener la prevalencia

Fuente: Observación directa de la lesión

Nombre de la variable: Lesiones mucosas idiopáticas

Definición: Patologías que afectan a la mucosa bucal, se desconoce la etiología en este momento

Tipo de medición: Cualitativa

Escala: Existe lesión no existe lesión

Uso: para obtener la prevalencia

Fuente: Observación directa de la lesión

Plan de Recolección de Datos

Se acudió a la clínica de la Especialidad de Odontología Pediátrica, explicando a los padres en una unidad dental. Se contó con consentimiento informado donde el padre o tutor leyó y firmó, donde aceptaron participar en este estudio, así como también se les informo los procedimientos que llevarían a cabo y los beneficios que se conseguían. (Anexo1 y 2)

Los datos de cada niño se registraron en formatos diseñados especialmente para el estudio, en los cuales se recaudó la información: nombre, edad, genero, tipo de lesión, fecha de la revisión, como información para complementar sobre la lesión. (Anexo 3)

La exploración clínica de la mucosa oral se realizó por medio de abatelenguas de madera, gasas y luz artificial. El examen clínico fue realizado siguiendo los criterios de la OMS, iniciando con la revisión de los labios en movimiento y en reposo, observando la piel circundante de los labios, semimucosa y la mucosa de estos continuando con la revisión de la mucosa yugal de forma bilateralmente desde las comisuras hasta el istmo de las fauces buscando alteraciones patológicas continuando con los rebordes alveolares, lengua tomándola con una gasa y traccionar la lengua siguiendo con el piso de boca observando las características de este, por último el paladar duro y observar en movimiento colocando un abatelenguas para deprimir la lengua y pedir al paciente que pronuncie la letra A prolongado el sonido así mismo observaremos la amígdalas y pared posterior de la faringe.

Clasificándose por edad, sexo, tipo de lesión metabólica, inflamatoria o de desarrollo.

Recursos humanos

- 2 investigadores
- Patólogo

Recursos materiales

- Guantes
- Básico (espejo, explorador, pinzas de curación)
- Abatelenguas
- Cubrebocas
- Gasas
- Campos
- Baberos
- Sonda periodontal
- Retractores
- Cámara fotográfica
- Regla milimétrica
- Espejos para fotografías intraorales
- Papel
- Plumas, marcadores
- Bisturí
- Sutura de seda
- Legra
- Portaagujas
- Mango de bisturí
- Capsula H-60-19
- Agujas,
- Cánula de aspiración

Plan de análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de cada variable por separado, utilizando métodos numéricos (cálculo de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas, y de medidas de tendencia central y dispersión para variables numéricas) y gráficos de acuerdo al tipo de variable.

Para calcular la prevalencia (P) de lesiones mucosas en la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$P = \frac{\text{Número de casos}}{\text{Total de pacientes incluidos en la muestra}} * 100\%$$

Por tratarse de la variable principal, se realizó un análisis inferencial de la prevalencia de lesiones mucosas, calculando un intervalo de confianza de 95% (IC95%) utilizando el método exacto para el cálculo de intervalos de confianza para una proporción.

Para evaluar la posible relación entre la presencia de lesiones mucosas y la edad, y tomando en cuenta que esta última no tenía una distribución normal, se realizó una prueba no paramétrica de comparación de suma de rangos de Wilcoxon. Sin embargo, por considerarse de interés, se realizó también un análisis de esta relación considerando a la variable de edad como categórica, y en este caso se realizó una prueba de χ^2 . Por otro lado, para evaluar la posible relación entre la presencia de lesiones mucosas y el sexo se utilizó una prueba de independencia χ^2 . Estos tres análisis consistieron un

análisis inferencial, el cual se expresó como un valor p , utilizando un nivel crítico de rechazo de 0.05. Este valor p obtenido se interpreta entonces de la siguiente manera:

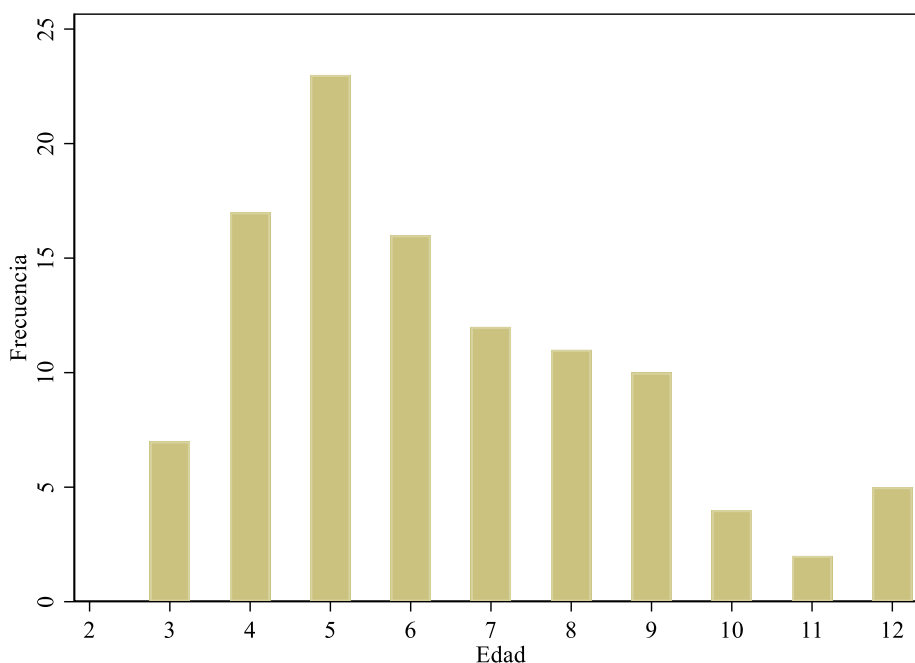
- $p \geq 0.05$: la asociación entre la presencia de lesiones mucosas y la variable de interés (edad o sexo) *no* es estadísticamente significativa, por lo que se puede asumir que dicha asociación no existe en la población de interés, y que cualquier asociación evidente en la muestra es debida al azar.
- $p < 0.05$: la asociación entre la presencia de lesiones mucosas y la variable de interés es estadísticamente significativa, por lo que se puede asumir que dicha asociación es real, y existe en la población de interés.

Por último, para evaluar la posible relación entre el tipo de lesión mucosa (metabólica, inflamatoria, o del desarrollo) y el resto de las variables medidas en el estudio, se realizaron tres tipos de pruebas distintas. Sin embargo, debido a que solo hubo un caso de lesión metabólica, estas pruebas se realizaron para comparar solamente las lesiones inflamatorias con las del desarrollo. Para la variable de *edad* se realizó una prueba de suma de rangos de Wilcoxon; para la variable de *días con la lesión* se realizó una prueba de comparación de medianas (debido a que era una variable con valores extremos); y para las variables de sexo, dolor, aumento de volumen, familiar con lesión similar, automedicación, y necesidad de biopsia se utilizó una prueba exacta de Fisher. Debido al tamaño de muestra reducido que se utilizó para estas pruebas ($n=28$), se decidió utilizar un nivel crítico de rechazo menos estricto de 0.1, cuya interpretación sería análoga a la descrita previamente ($p < 0.1$ puede ser interpretado como que existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de lesión, inflamatoria o del desarrollo, y la característica clínica de interés).

Resultados

Se incluyeron un total de 107 pacientes pediátricos que cumplieron con los criterios de inclusión, y que se presentaron para consulta en el periodo febrero a diciembre 2019. La media de edad de los pacientes incluidos en el estudio fue de 6.39 años (desviación estándar de 2.33 años), con un rango de 3 a 12 años. En la **Figura 1** se muestra un histograma de las edades de los participantes.

Figura 1. Histograma de edad de los 107 participantes



En la **Tabla 1** se muestra el resumen del resto de las variables medidas en el estudio en la muestra total (107). Hubo un ligero predominio del sexo femenino (52.3%), y la madre fue el acompañante más común (81.3%). La prevalencia de lesiones mucosas fue de 27.1%, con un intervalo de confianza de 95% de 19 a 37%.

Tabla 1. Características de la muestra y prevalencias de lesiones mucosas

Variable	Categorías	Frecuencia	Prevalencia
Sexo	Femenino	56	52.3%
	Masculino	51	47.7%
Parentesco de acompañante	Madre	87	81.3%
	Padre	11	10.3%
	Abuelo(a)	7	6.5%
	Tío(a)	2	1.9%
Lesión	Presente	29	27.1% IC95%:(19%, 37%)
	Ausente	78	72.9%

Para los 29 pacientes que presentaron lesión mucosa, el sexo más común fue el femenino (62%, ver **Figura 2**). Para estos mismos 29 pacientes, la mediana de días con la lesión fue de 15 días, con un rango intercuartil de 7 a 30 días. La distribución de esta variable se muestra con un histograma en la **Figura 3**. Tomando en cuenta a estos mismos 29 participantes con lesión mucosa, y como se muestra en la **Tabla 2**, el 86.2% (n=25) presentó una lesión inflamatoria: Absceso 76% (n=22), Morsicatio 10% (n=3), el 10.3% (n=3) presentó lesión del desarrollo: Fibroma de fibroblastos gigantes 3% (n=1), Queratocantoma 3% (n=1), Lengua geográfica 3% (n=1) y solo el 3.4% (n=1) presentó una lesión metabólica: Papiloma oral escamoso (**Figura 4**). Por último, de los 29 pacientes con lesión mucosa, el 51.7% presentó dolor, el 27.6% presentó aumento de volumen, el 6.9% refirieron que un familiar tenía una lesión similar, el 17.2% estaba

tomando algún medicamento al momento de acudir a la consulta, y el 10.3% requirió biopsia.

Figura 2. Proporción de sexos en los 29 pacientes con lesión mucosa

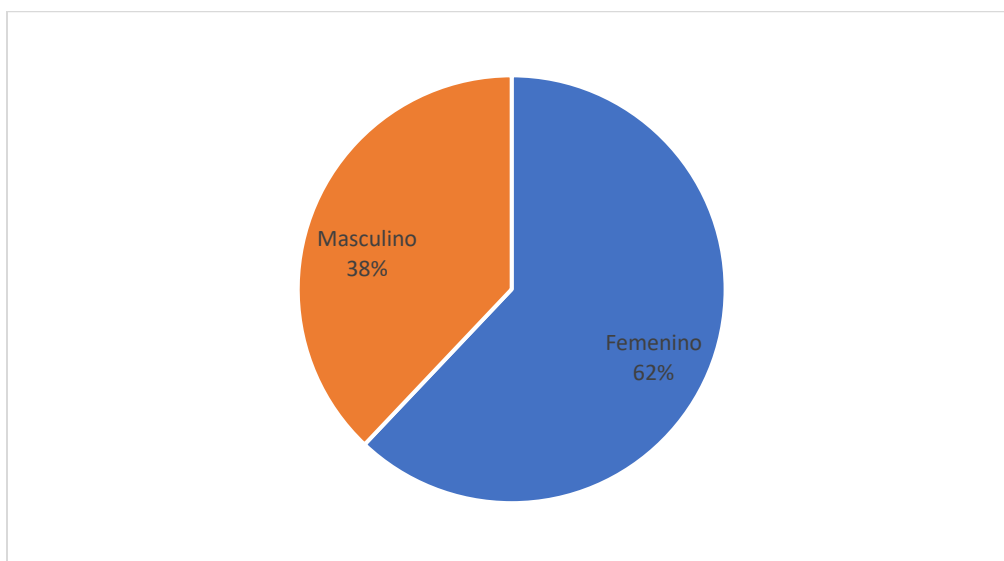


Figura 3. Histograma de la variable días con la lesión

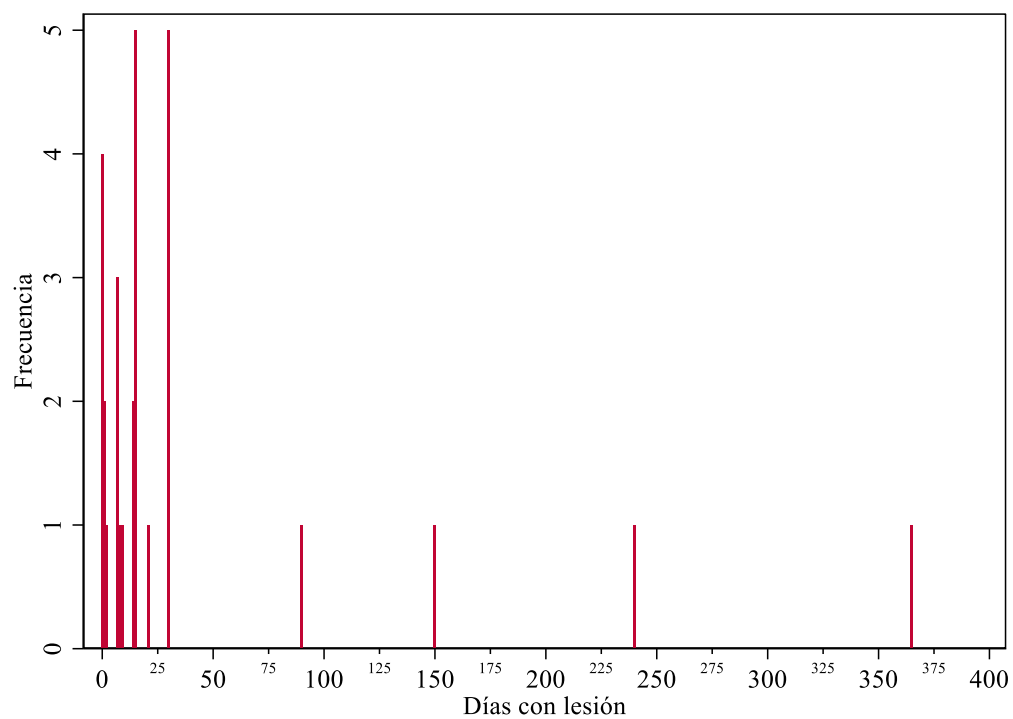
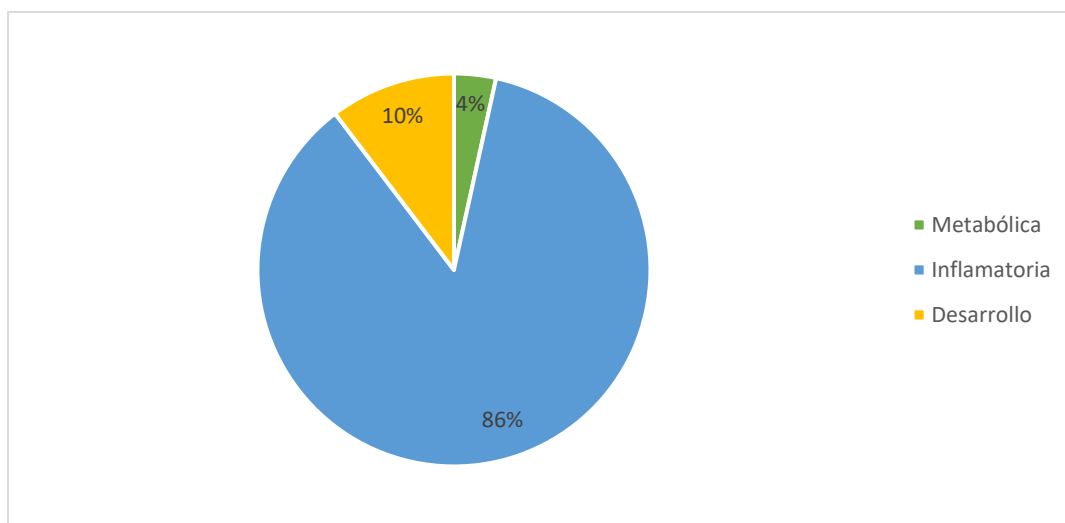


Tabla 2. Proporciones de los tipos de lesión mucosa y prevalencia de características clínicas en los 29 pacientes con lesión mucosa

Variable	Categorías	Frecuencia	Prevalencia
Tipo de lesión	Metabólica	1	3.4%
	Inflamatoria	25	86.2%
	Desarrollo	3	10.3%
Características clínicas	Dolor	15	51.7%
	Volumen	8	27.6%
	Familiar con lesión similar	2	6.9%
	Automedicación	5	17.2%
	Requirió biopsia	3	10.3%

Figura 4. Proporciones de los tipos de lesión mucosa en los 29 pacientes que la presentaron



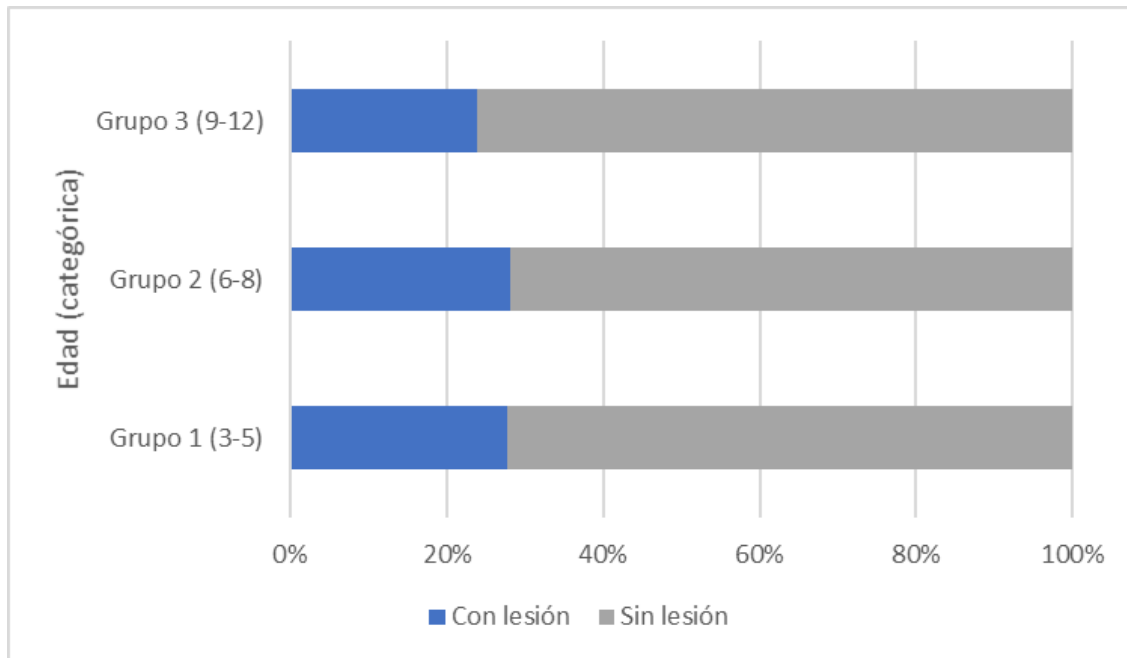
El análisis de la relación entre la presencia de lesiones mucosas y las variables de edad y sexo se muestran en la **Tabla 3**. En cuanto al sexo, las mujeres presentaron una

prevalencia de lesiones mucosas (32%) mayor que la de los hombres (22%); sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.219$ para una prueba de independencia χ^2). En cuanto a la edad, los pacientes con lesión tuvieron una media de edad (6 años) ligeramente menor que los pacientes sin lesión (6.5 años), pero esta diferencia tampoco fue estadísticamente significativa ($p=0.354$ para una prueba de suma de rangos de Wilcoxon). Al analizarse esta última relación considerando a la variable edad como categórica, donde se dividió en 3 grupos primer grupo de 3-5 años, el segundo grupo de 6-8 años y tercer grupo 9-12, se observó una menor prevalencia de lesiones mucosas en el grupo 3 (9 a 12 años), pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.929$ para una prueba de independencia χ^2) (**Figura 5**).

Tabla 3. Relación entre la presencia de lesión mucosa y las variables de edad y sexo

		Con lesión	Sin lesión	Valor p
Sexo	Femenino	18(32%)	38(68%)	0.219
	Masculino	11(22%)	40(78%)	
Edad (numérica) media (DE)		6(2.1)	6.5(2.4)	0.354
Edad (categórica)	Estadio 1 (3-5)	13(28%)	34(72%)	0.929
	Estadio 2 (6-8)	11(28%)	28(72%)	
	Estadio 3 (9-12)	5(24%)	16(76%)	

Figura 5. Prevalencia de lesión mucosa de acuerdo a la edad



Por último, en la **Tabla 4** se muestra la relación del tipo de lesión (metabólica, inflamatoria, o del desarrollo) con las diversas variables medidas en el estudio. Debido a que solo hubo un caso de lesión mucosa de tipo metabólica, este análisis tomó en cuenta solo a las lesiones del tipo inflamatoria y del desarrollo. Acerca de la lesión metabólica, el caso (lesión por VPH) correspondió a una niña de 8 años de edad, llevada a la consulta por su madre, y dicha lesión requirió biopsia para su estudio. Para los otros dos tipos de lesiones, se observó una diferencia estadísticamente significativa en las siguientes tres variables: días con la lesión, siendo mayor para las lesiones del desarrollo (mediana de 240 días) que para las inflamatorias (mediana de 14 días), con un valor p de 0.014; presencia de dolor, el cual fue común en las lesiones inflamatorias (60%) y estuvo ausente en las del desarrollo (0%), con un valor p de 0.087; y la necesidad de biopsia, la cual se solicitó en 2 de los 3 pacientes con lesión del desarrollo (67%) y en ninguno de

los 25 casos de lesión inflamatoria (0%), con un valor p de 0.008. La relación entre el tipo de lesión y las variables de sexo, parentesco, y las diversas características clínicas medidas se muestra también en las **Figuras 6 a 8**.

Tabla 4. Relación entre el tipo de lesión mucosa y las diversas variables medidas en el estudio

Variable	Categorías	Metabólica	Inflamatoria	Desarrollo	Valor p*
Sexo <i>n (%)</i>	Masculino	0 (0%)	10 (40%)	1 (33%)	0.664
	Femenino	1 (100%)	15 (60%)	2 (67%)	
Edad media (DE)		8(0)	5.88(2.08)	6.33(2.52)	0.705
Días con lesión <i>p50</i> (RIC)		0(0)	14(7, 21)	240(30, 365)	0.014
Parentesco <i>n (%)</i>	Madre	1 (100%)	19 (76%)	2 (67%)	0.209
	Padre	0 (0%)	4 (16%)	0 (0%)	
	Abuelo(a)	0 (0%)	2 (8%)	0 (0%)	
	Tío(a)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33%)	
Características clínicas <i>n (%)</i>	Dolor	0 (0%)	15 (60%)	0 (0%)	0.087
	Aumento de volumen	0 (0%)	6 (24%)	2 (67%)	0.188
	Familiar con lesión similar	0 (0%)	2 (8%)	0 (0%)	0.794
	Automedicación	0 (0%)	5 (20%)	0 (0%)	0.541
	Requirió biopsia	1 (100%)	0 (0%)	2 (67%)	0.008

*Para la variable Edad se utilizó una prueba de suma de rangos de Wilcoxon, para Días con lesión se utilizó una prueba de comparación de medianas, y para el resto de las variables se utilizó una prueba exacta de Fisher. Los valores p reportados corresponden a pruebas que comparan solamente las lesiones inflamatorias y las del desarrollo, excluyendo del análisis a las metabólicas. DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartil.

Figura 6. Proporción de sexos de acuerdo al tipo de lesión mucosa

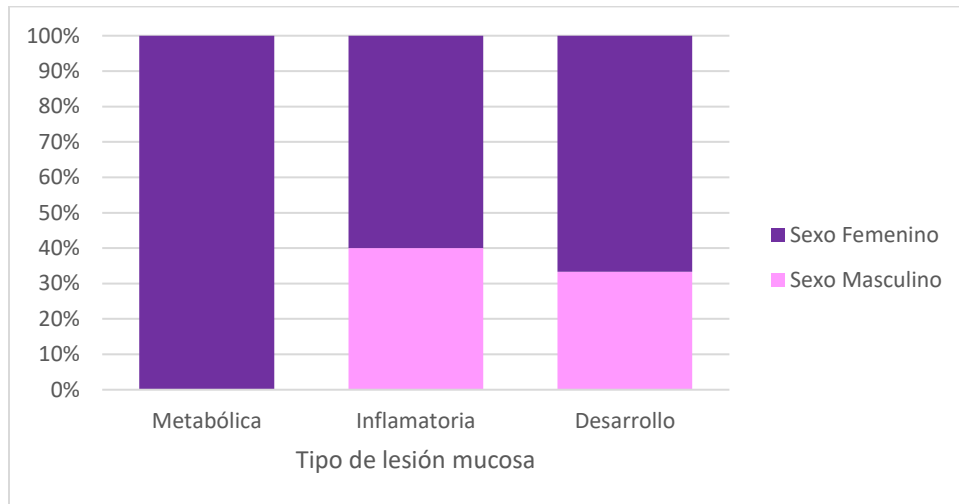
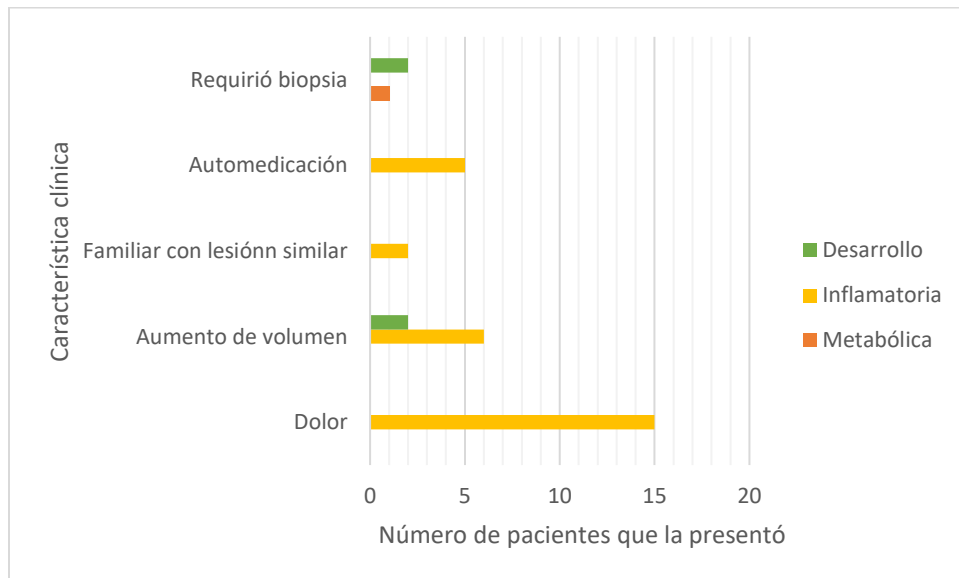


Figura 7. Características clínicas de acuerdo al tipo de lesión



Discusión

En el presente estudio se estimó la prevalencia de lesiones mucosas en los pacientes pediátricos que acudieron de la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica de la Universidad Autónoma de Baja California, así como sus características clínicas principales, tanto de manera general como de acuerdo al tipo de lesión, utilizando la clasificación de Sidhu Gurminder.¹⁹ Para lograr estos objetivos, se estudió a una muestra de 107 pacientes que fueron atendidos en este servicio entre febrero y diciembre del 2019.

La prevalencia de lesiones mucosas fue de 27.1%, con un IC95% cifra similar mencionada en el estudio de Yañez y cols. en Chile 2016 donde se obtuvo una prevalencia 37.62%, con una muestra de 101 pacientes, similar asimilar al estudio de Majorana A. y cols. en Italia 2010 con prevalencia de 28.9 %, de igual forma en el estudio de Sadeq A. y cols. en Australia en el 2017 con una prevalencia de 25.2% pero hubo diferencias al tratarse de pacientes de 15 años de edad y mayores, obteniendo una muestra mayor al nuestro; asimismo coincide con el estudio de Guerrero Rivas y cols. en 2011 en Tijuana Baja California donde reportó prevalencia con 32% con una edad constante de 5 y 9 años.^{6,7,10}

Con el estudio de Casamayou R. y cols. en Uruguay en el 2016 hubo una coincidencia en la observación de la muestra del rango de edad 3 a 12 años, sin embargo, se obtuvo una prevalencia mayor con 54% siendo la lesión más frecuente *Morsicatio buccarum* (48%) a diferencia de la presente investigación con 10%.¹

A diferencia de la investigación Amadori F. y cols. en Italia 2015 mostro un rango de edad de 13- 18 años y una prevalencia de 31.7%, no coincide con Vidal M. y cols. en Colombia por el enfoque del estudio a las alteraciones linguales y factores, asimismo no coincide con el estudio de Linares C. y cols. en el Distrito Federal obtuvo una muestra de 357 con una prevalencia de 66.2%. así como de igual manera con el estudio de Espinoza M. y cols. en Toluca Estado de México 2006 reportó un rango de edad de 1 a 16 años de 1165 obteniendo una prevalencia de 7.4%, asimismo estos estudios anteriores no coinciden con el rango de edad.^{2,4,8,10}

Hasta el momento no se han reportado investigaciones donde se utilice la clasificación de Sidhu Gurminder para las lesiones siendo una clasificación sencilla y útil para el odontólogo por la variedad y común de lesiones existentes. En este estudio la gran mayoría de las lesiones mucosas pertenecieron a la categoría de lesiones mucosas inflamatorias (86.2%), seguidas por las del desarrollo (10.3%) y por último las metabólicas (3.4%).

Conclusión

Durante muchos años, la odontología ha tenido un enfoque restaurativo, pero ahora ha descubierto la importancia de prevenir diversas lesiones orales. Por otro lado, en la literatura mundial, existen pocos índices sobre la prevalencia de la patología oral pediátrica, y en los índices existentes, rara vez se consideran pacientes mexicanos.

La importancia de un diagnóstico temprano y preciso se refleja la eficacia del tratamiento, por lo que es importante conocer la condición principal de los pacientes, ya que se pueden tomar medidas para reducir la incidencia de algunos de ellos. Es necesario tener en cuenta que estas lesiones requieren diagnóstico y tratamiento, aun cuando pueden pasar desapercibidas para el paciente y sus familiares.

Basados en los resultados de esta investigación hubo una prevalencia de lesiones mucosas del 27%, la lesión más frecuente fue absceso periodontal con 76%, siendo la clasificación de lesiones mucosas inflamatorias con mayor prevalencia con 86%. En cuanto a la edad lo pacientes con lesión tuvieron una media de 6 años, no se observó una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones mucosas y las variables de sexo y edad.

Se encontró también que los pacientes con lesiones mucosas del desarrollo tienen un tiempo de evolución significativamente mayor (mediana de 240 días) que el de los pacientes con lesiones inflamatorias (mediana de 14 días), debido a los procesos inflamatorios como los casos de los procesos infecciosos son de corta duración donde la respuesta del organismo en la mayoría de los casos tiende a una resolución de estas lesiones creando un trayecto sinuoso.

Los pacientes con lesiones mucosas de desarrollo requirieron biopsia con mayor frecuencia que los pacientes con lesiones inflamatorias (67% vs. 0%, $p=0.008$). Siendo los de lesiones de inflamatorias una patología que por su etología se puede confirmar por un proceso infeccioso o por las características del volumen o la región en donde se observan.

Por último, se encontró que más de la mitad los pacientes con lesión inflamatoria presentaron dolor (60%), mientras que ninguno de los pacientes con lesiones de otro tipo presentó este síntoma. Los pacientes que acuden a consulta a la clínica de la Especialidad de Odontología Pediátrica en UABC son por presentar alguna molestia o en este caso dolor en el área de la lesión donde se demostró un absceso periodontal con él 76%. Por lo tanto, al detectar una lesión inflamatoria hay que cuestionar si ha tenido dolor.

Recomendaciones

Realizar un protocolo más detallado en la Clínica de la Especialidad Odontología pediátrica de la inspección bucal enfocándose en los tejidos blandos. Además, otorgar pláticas a los integrantes de las familias y los de Sector Salud para concientizar y brindar acciones sobre el conocimiento de lesiones mucosas que se pueden presentar los pacientes pediátricos y evitar complicaciones en un futuro.

Realizar futuros estudios con el objetivo de identificar las lesiones mucosas de los pacientes pediátricos y analizar con mayor precisión las alteraciones, la misma investigación con una muestra más grande y estudiar las patologías de los pacientes que acuden a la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica usando de manera habitual la historia clínica de exploración intraoral para todos los pacientes pediátricos.

Aplicar en la consulta dental la clasificación de Gurminder como una herramienta útil y sencilla para formar un diagnóstico diferencial, junto con un historial cuidadoso y un examen clínico para un eficaz tratamiento.

Caso Clínico

Papiloma Escamoso Intraoral en paciente pediátrico

Hernández-Noriega BM¹, Ocampo-Acosta F, De La Cruz-Corona B², Verdugo-Valenzuela IA²

1. Alumna de Posgrado en Odontología Pediátrica, Facultad de Odontología Tijuana, Universidad Autónoma de Baja California.
2. Cuerpo Académico Odontología Pediátrica y Ciencias Afines, Universidad Autónoma de Baja California.

RESUMEN

Introducción: El papiloma escamoso intraoral es una proliferación benigna de epitelio escamoso estratificado, inducida por el virus del papiloma humano. La lesión puede afectar cualquier región oral: lengua, labio, úvula y paladar blando. Típicamente el papiloma escamoso intraoral es asintomático, unilateral, pedunculado o sésil; varían en color dependiendo de la queratinización de la superficie. En los niños la vía de transmisión es la ingestión de partículas virales de células infectadas desde el canal de parto. Es la cuarta lesión epitelial benigna más común asociada con el virus del papiloma humano tipos 6 y 11. La incidencia es del 2,4 al 3,1%. **Reporte de Caso:** Paciente femenino de 8 años de edad que acudió a la Especialidad de Odontología Pediátrica y al examen clínico se observó lesión en el lado izquierdo en la parte dorsal de la lengua, de forma pálida, color café con áreas blancas, consistencia firme y morfología como coliflor. No presentó lesiones similares en otras áreas, los antecedentes heredofamiliares no fueron significativos. La madre reportó que nació con esa lesión y sin cambios. El tratamiento fue biopsia excisional con anestesia local para examen histopatológico. El resultado histopatológico reportó el diagnóstico de papiloma escamoso oral sin malignidad. La evolución posterior a la cirugía fue favorable. No hay evidencia de recurrencia después de la cirugía. **Conclusiones:** El examen intraoral minucioso proporciona el beneficio de identificar lesiones poco comunes en los niños, mayormente las producidas durante el parto por una madre infectada y se recomienda la confirmación histopatológica.

Palabras Claves: Lesiones mucosas, Papiloma escamoso intraoral, pediatría.

ABSTRACT

Introduction: The oral squamous papilloma is a benign proliferation of stratified squamous epithelium, induced by the human papilloma virus. The lesion can affect any oral region: tongue, lip, uvula and soft palate. Typically, intraoral squamous papilloma is asymptomatic, unilateral, pedunculated, or sessile; They vary in color depending on the keratinization of the surface. In children, the route of transmission is the ingestion of viral particles of infected cells from the birth canal. It is the fourth most common benign epithelial lesion associated with human papillomavirus types 6 and 11. The incidence is 2.4 to 3.1%. **Case Report:** 8-year-old female patient who

attended the Specialty of Pediatric Dentistry and the clinical examination showed a lesion on the left side of the dorsal part of the tongue, pale in color, brown with white areas, firm consistency and morphology like cauliflower. She did not present similar injuries in other areas, the heredofamilial history was not significant. The mother reported that she was born with that injury and unchanged. The treatment was excisional biopsy with local anesthesia for histopathological examination. The histopathological result reported the diagnosis of oral squamous papilloma without malignancy. The evolution after surgery was favorable. There is no evidence of recurrence after surgery. **Conclusions:** Thorough intraoral examination provides the benefit of identifying rare lesions in children, mainly those produced during delivery by an infected mother, and histopathological confirmation is recommended.

Keywords: *Mucous lesions, oral squamous papilloma, pediatric.*

Introducción

La mucosa oral es una entidad que cumple funciones esenciales en el mantenimiento de la integridad bucal, en los niños es susceptible de presentar lesiones de diferente etiología como los hábitos parafuncionales, las anomalías del desarrollo, las infecciones, las manifestaciones de las enfermedades sistémicas, las lesiones inflamatorias y las lesiones traumáticas, las cuales están asociadas a un grado variable de incomodidad para el menor y muestran un patrón recurrente, por lo que requieren un diagnóstico temprano correcto, tratamiento y seguimiento.^{1,2}

El virus del papiloma humano (VPH) son virus del ADN que pueden inducir lesiones de células escamosas hiperplásicas, papilomatosas y verrugosas en la piel y en varios sitios de la mucosa. Las infecciones por VPH están muy extendidas y ocurren en todo el mundo. Hoy, la pluralidad de VPH está bien establecida; Se han identificado más de 100 tipos de VPH. Los VPH han ganado un interés creciente debido a su papel potencial en la patogénesis de los tumores malignos.³⁰

El VPH es una de las infecciones de transmisión sexual con más prevalencia en la actualidad; en México, se tiene estimado que cerca del 43% de los hombres y del 17,5% de las mujeres, todos ellos sanos y sexualmente activos tienen alguna infección por VPH.

Las lesiones producidas por estos virus se pueden clasificar en dos grandes grupos lesiones benignas y lesiones potencialmente cancerosa o maligna. ²⁹

Papiloma escamoso intraoral

El papiloma escamoso intraoral es una proliferación benigna de epitelio escamoso estratificado y se presenta como una masa exofítica papilar o verrugosa inducida por el virus del papiloma humano. La lesión puede afectar cualquier región oral, más común en la lengua, labio, úvula y paladar blando.⁴⁸ Típicamente el papiloma escamoso intraoral es asintomático, unilateral, pedunculado o sésil; varían en color (rosa, rojo, y blanco) dependiendo de la queratinización de la superficie. Macroscópicamente, generalmente aparece como una masa exofítica pedunculada con proyecciones de superficie en forma de coliflor. Microscópicamente, el papiloma generalmente aparece como múltiples proyecciones en forma de dedo del epitelio escamoso que rodea los núcleos fibrovasculares. La etiología del papiloma escamoso oral es desconocida, pero se ha asociado con VPH 6, y 11. Se ha descubierto que el VPH tiene la capacidad de invadir los núcleos de las células en la capa espinosa, lo que resulta en un crecimiento proliferativo de tejidos.^{31,49,50}

En los niños la vía de transmisión es la ingestión de las partículas virales de células infectadas desde el canal de parto, mientras que en adultos a través del contacto sexual. ³¹

Es la cuarta lesión de la mucosa oral más común y se encuentra en 4 de cada 1,000 lesiones orales de tejidos blandos. Las lesiones escamosas orales tienen una apariencia clínica que imita el carcinoma exofítico, el carcinoma verrugoso o el condiloma acuminado. Sin embargo, el papiloma escamoso generalmente tiene una progresión lenta y a menudo son asintomáticos y muestran un carácter benigno en los exámenes patológicos. ^{48,50}

Si bien se pueden realizar pruebas serológicas, como un ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (ELISA) y una reacción en cadena de la polimerasa (PCR), para detectar cualquier origen virulento, estas pruebas no se realizan de manera rutinaria.⁵⁰

El tratamiento para el papiloma oral es conservador y requiere la eliminación completa de la lesión, pero la escisión de un margen de seguridad circundante no es obligatoria. Las lesiones no tratadas generalmente no cambian con el tiempo. La escisión quirúrgica conservadora es una buena opción, con la destrucción por láser de CO₂, cauterización o criocirugía también es aceptable.³³

Jaya Ar. y cols. en 2020 se presenta un caso de un paciente masculino de 9 años de edad Se quejó del diente no erupcionado en la región del diente frontal superior durante 2 años y también se quejó del crecimiento de tejidos blandos en el paladar que se siente coriáceo y aumenta de tamaño durante 3 años y no está asociado con dolor o incomodidad. El diente 62 fue exfoliado hace 3 años. Los antecedentes familiares fueron insignificantes sin antecedentes médicos o dentales positivos. El examen clínico intraoral completo reveló un niño con dentición mixta. El examen de tejidos blandos reveló una pequeña proyección en forma de dedo de color rosa que se extiende desde el labio adjunto encía que se extiende hasta el paladar medio de forma cónica irregular en relación con 22 y mide aproximadamente 3.2 cm × 1.6 cm. A la palpación, la lesión era de consistencia firme, de forma irregular, no sensible, adherida en la región anterior y libremente móvil en la región del paladar. La lesión se extirpó con anestesia local y el seguimiento se realizó a intervalos regulares. La erupción normal de 22 se observó después de 1 mes y la observación de tejidos blandos reveló tejido sano sin recurrencia.⁵¹

Chaitanya P. y cols. en 2018 se reporta un caso de un paciente femenino de 10 años de edad con la principal queja de crecimiento de masa de tejidos blandos en el paladar que estuvo presente desde hace 1 mes. El examen intraoral reveló una lesión en la parte anterior del paladar duro. La lesión era un crecimiento pedunculado de color rosa pálido con proyecciones de tejido blando en forma de dedo presentes en el lado derecho del área de la ruga del paladar duro justo

al lado de la papila incisiva. Tenía aproximadamente 1,5 cm de tamaño, circunscrito y no asociado con sangrado. La escisión quirúrgica del crecimiento se realizó con un margen de 1 mm hasta la profundidad de la submucosa bajo anestesia local. Después de la biopsia por escisión, la muestra se fijó y se tiñó con hematoxilina y eosina para el análisis histológico. Las características histológicas son sugestivas de papiloma escamoso.⁴⁸

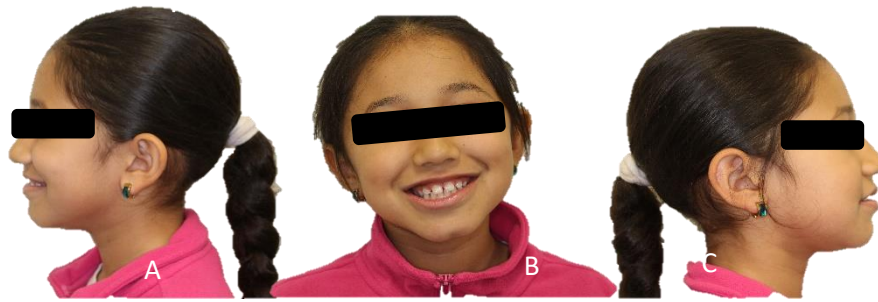
Orenuga OO. y cols. en 2018 presenta un caso de un paciente femenino de 5 años, con la queja principal de un crecimiento en el paladar anterior de 3 meses de duración. El examen clínico reveló un crecimiento pedunculado verrugoso en el paladar duro anterior de un tamaño de alrededor de 10 × 7 mm. La hinchazón fue de color rosado, de consistencia firme y no interfirió con la oclusión. Se realizó una escisión quirúrgica completa de hasta 1 mm de margen hasta la profundidad de la submucosa y se realizó una pequeña área de tejido normal circundante y se envió una muestra para análisis histopatológico. Dando resultado de papiloma escamoso intraoral.⁵²

El objetivo del presente caso clínico fue diferenciar el papiloma escamoso intraoral de otras las lesiones benignas de la cavidad bucal en paciente pediátrico.

REPORTE DEL CASO

Paciente femenino de 8.5 años de edad aparentemente sana con esquema de vacunación completo, sin alteraciones alérgicas o sistémicas, sin compromiso médico ni antecedentes heredofamiliares de importancia, se presenta a la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica de la Universidad de Baja California por “caries”.

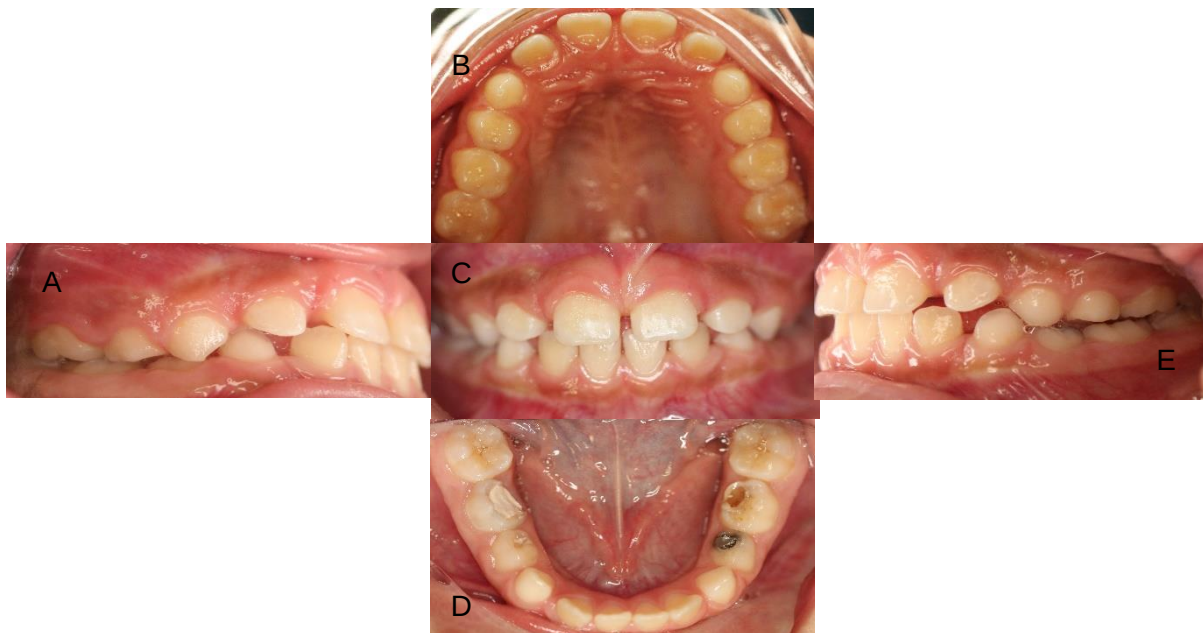
En la exploración extraoral se observó biotipo facial dolicocefalo, con perfil cóncavo, simetría facial respecto a la línea media sagital y tercio inferior disminuido (Figura 1).



Fotografía 1. Examen extraoral.

A. Perfil izquierdo **B.** Frente **C.** Perfil derecho

A la inspección intraoral se observó un periodonto sano color rosa, con frenillos bien insertados dentición mixta, en estadio 2, línea media superior e inferior coinciden, arcos en forma herradura, piso de boca sin datos patológicos, frenillo lingual bien insertado, con presencia de lesión cariosa en OD 75 y con restauración con amalgama en OD 74, lesión cariosa en OD 84 y con una restauración previa en OD 85 (Figura 2).



Fotografía 2. Examen Clínico.

A. Lateral derecha **B.** Oclusal superior. **C.** Frente **D.** Oclusal inferior **E.** Lateral izquierda

Se observó una lesión en el lado izquierdo en la parte dorsal de la lengua, de forma pálida, de color café con áreas blancas, de consistencia firme y morfología de una coliflor tamaño de 1.2 x .9 cm. (Figura 3). No hubo lesiones similares presentes en otros lugares, los antecedentes heredofamiliares no fueron significativos. La madre menciona que su hija nació con esa lesión y no ha cambiado.



Fotografía 3. Patología en la parte dorsal de la lengua.

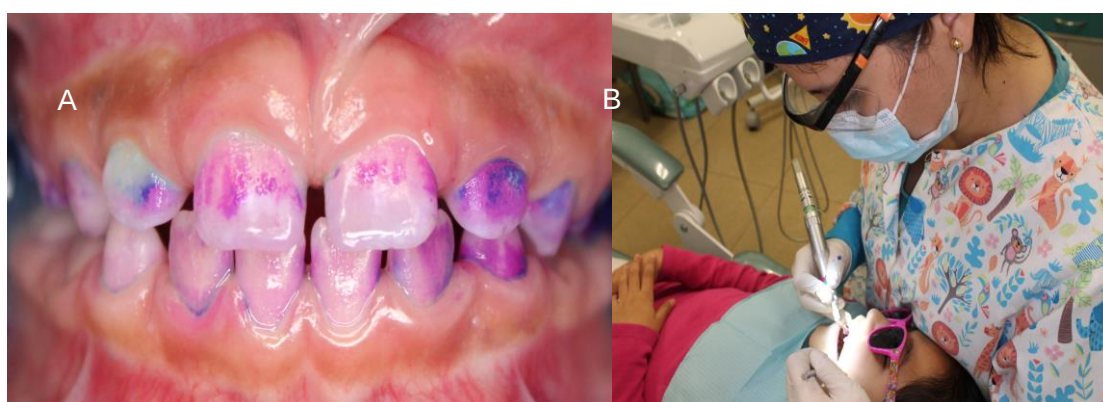
A la exploración radiográfica con radiografía panorámica se reportó lesión cariosa Grupo I grado 2 en segundo molar inferior izquierdo temporal, y con restauración con amalgama próximo a exfoliar el primer molar inferior izquierdo temporal. En el primer molar inferior derecho con lesión cariosa Grupo I grado 1, y en segundo molar inferior derecho se observó restauración previa con pulpectomía (Figura 4).



Fotografía 4. Examen radiográfico.

Como diagnóstico diferencial para la patología observada en la parte dorsal de la lengua fue carcinoma exofítico, carcinoma verrugoso o condiloma acuminado.

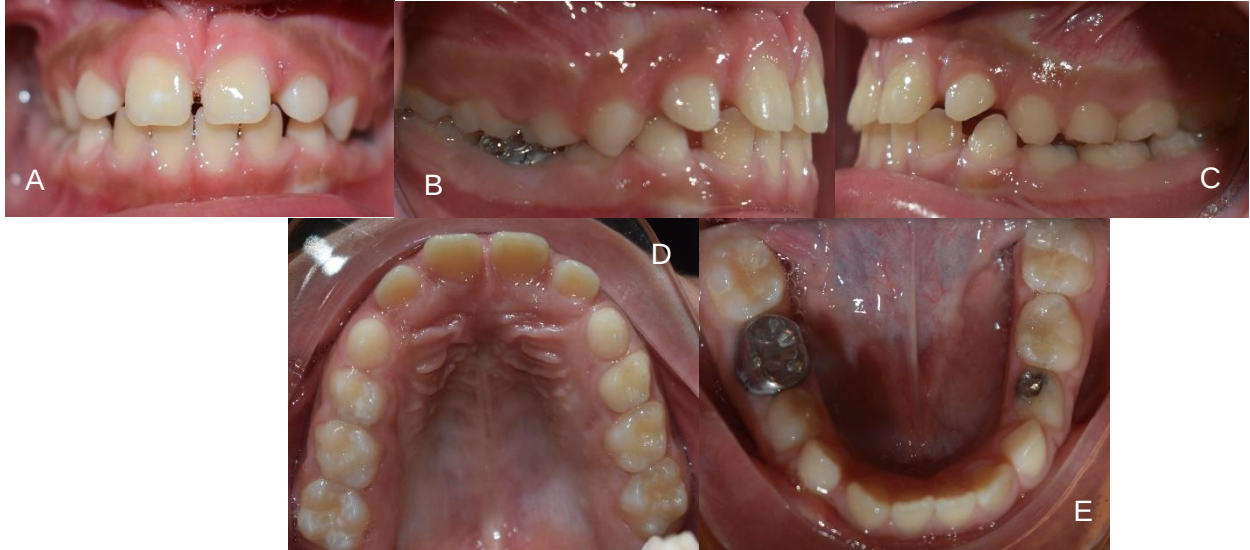
Se llevo a cabo la detección de placa dentobacteriana antigua y reciente con GC Tri Plaque ID Gel (Fotografía 5A), llevándose acabo como primer tratamiento la profilaxis (Figura 5B), colocación de selladores en órganos dentales sanos y barniz de flúor Clinpro de la casa comercial 3M.



Fotografía 5. A. Detección de placa dentobacteriana. B. Profilaxis.

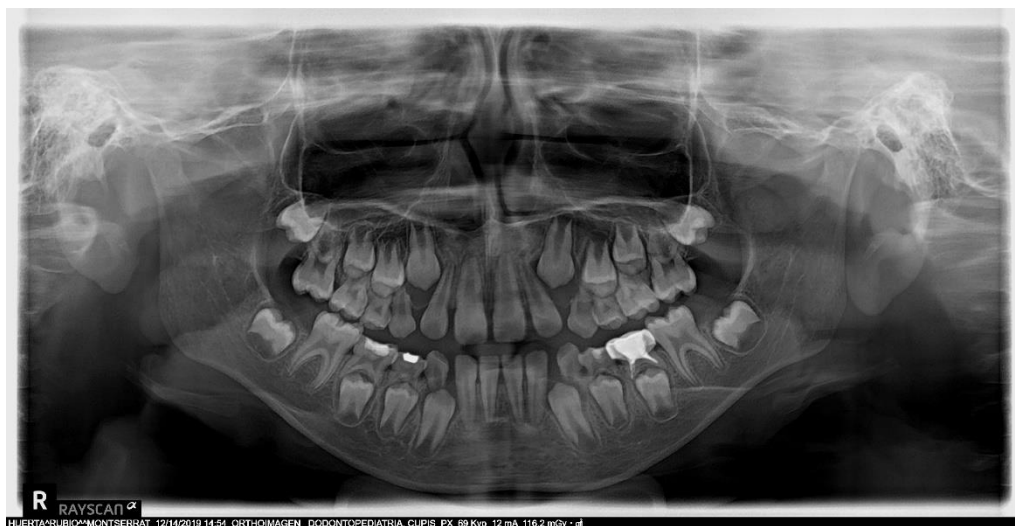
Para el tratamiento de las lesiones cariosas fue colocación del material de obturación de resina con liberación de flúor Cention-N de la casa comercial ivoclar en OD 75 y OD 84, se le realizó

retratamiento de pulpectomía en OD 85 colocando corona de acero cromo, y quedando en observación el OD 74 (Figura 6 y 7).



Fotografía 6. Fotografías intraorales de seguimiento.

A. Frente **B.** Lateral Derecha. **C.** Lateral izquierda **D.** Oclusal superior **E.** Oclusal inferior



Fotografía 7. Examen radiográfico posoperatorio.

El tratamiento para el diagnóstico de la patología fue una biopsia excisional con anestesia local scandonest special al 2% de mepivacaina con epinefrina la cuál produce menos vasodilatación. tiene un inicio más rápido y una mayor duración de acción, con técnica infiltrativa colocando puntos locales alrededor y en el área de la patología, de 1/2 catucho o carpule (Figura 8). La incisión se llevó a cabo con hoja de bisturí estéril número 15 de acero inoxidable de marca ambiderm, haciendo exeresis total (Figura 9) colocando la muestra en cápsula hermética con formaldehido como fijador y conservador de rutina de tejidos tisulares, enviando a estudio histopatológico (Figura 10). Los bordes de tejido remanente se afrontaron con sutura seda 0.3 no absorbible, con puntos simples (Figura 11).



Fotografía 8. Biopsia excisional.

Con anestesia local scandonest special al 2% técnica infiltrativa.



Fotografía 9. Exeresis total.



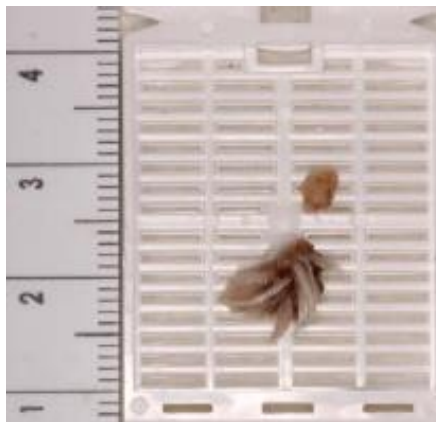
Fotografía 10. Muestra para estudio histopatológico. Se coloca la muestra en formaldehído enviando a estudio histopatológico.



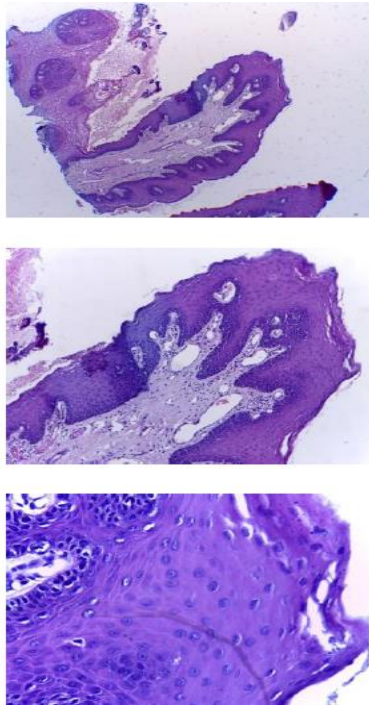
Fotografía 11. Colocación de Suturas. Se coloca puntos simples de sutura de seda 0.3 no absorbible.

El estudio histopatológico se realizó en el Departamento de Patología Bucal de la Facultad de Odontología Tijuana. Se observó macroscópicamente tejido blando fijado en formalina amortiguada al 10%, de forma oval, superficie papilar, color café con zonas blancas, consistencias firmes, que mide 1.2 x 0.9 x 0.6 cm. (Figura 12); microscópicamente se observó una proliferación epitelial con proyecciones digitiformes exofíticas, con tabiques de tejido conjuntivo. El escamoso estratificado hiperparaqueratinizado con acantosis, coilocitos en estrato espinoso y zonas de exocitosis. El tejido conjuntivo subyacente es fibroso denso irregular bien vascularizado como con haces de musculo esquelético de aspecto normal. (Figura 13).

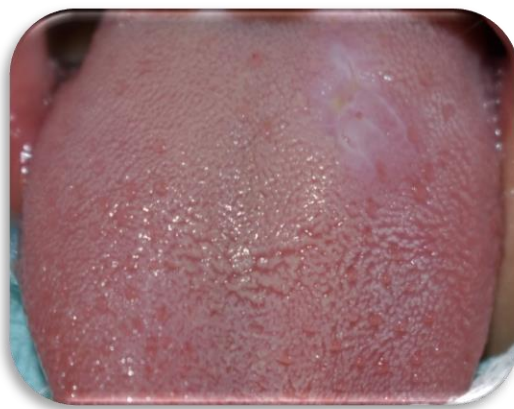
Se dio seguimiento de una semana para retirar las suturas y se citó en un mes para seguimiento (Figura 14). Los resultados histopatológicos fueron consistentes con el diagnóstico de papiloma escamoso oral sin surgir malignidad.



Fotografía 12. Macroscópicamente. Se observa un tejido blando fijado en formalina amortiguada al 10%,



Fotografía 13. Histopatológicamente se observa una proliferación epitelial con proyecciones digitiformes exofíticas, con tabiques de tejido conjuntivo



Fotografía 14. Seguimiento posterior a 1 mes del procedimiento, retirando suturas.

Discusión

El papiloma escamoso oral es un término genérico utilizado para el crecimiento papilar y verrugoso compuesto por epitelio benigno, pequeñas cantidades de tejido conectivo y está asociado con el VPH-6 y el VPH-11.

En la bibliografía se encontró tantos casos que han sido tratados quirúrgicamente por escisión y se envió a estudio histopatológico. El presente caso cumple con los criterios comúnmente encontrados en la literatura médica en forma, color y número de la tumoración, incluso se encontró que los informes histopatológicos mostraron epitelio escamoso estratificado hiperqueratinizado con núcleo delgado de tejido conectivo fibrovascular. El tejido conectivo contenía pequeños canales vasculares endoteliales revestidos y unas pocas células inflamatorias crónicas que consisten principalmente en linfocitos.

La etiología del papiloma escamoso oral en niños es controversial, los menores de 1 año de edad, se ha implicado la transmisión del VPH materno-fetal o materno-neonatal. También puede ser el resultado de la diseminación hematógena de una infección reciente o la reactivación de una infección latente en la madre.

Conclusión

Lográndose el objetivo de diferenciar el papiloma escamoso intraoral de otras lesiones benignas en la cavidad oral.

El papiloma escamoso oral es una lesión proliferativa benigna caracterizada por un crecimiento indoloro y es rara en los niños. Su patogenia está relacionada con el VPH. Se debe realizar un diagnóstico y tratamiento tempranos para evitar complicaciones adicionales.

Referencias bibliográficas

1. Casamayou R, Izquierdo Rabellino S, Der Boghosian E, Nuñez Jorge G, Pérez Caffarena M. Lesiones de la mucosa bucal en una población infantil de Montevideo, Uruguay TT - Oral mucosal lesions in a child population of Montevideo, Uruguay. *Actas odontol* [Internet]. 2016;13(2):4–14. Available from: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/actasodontologicas/article/view/1263/1235>
2. Linares-Vieyra C, González-guevara MB, Murrieta-pruneda JF. Lesiones de mucosa bucal. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(3):320–5.
3. Espinosa-Zapata M, Loza-Hernández G, Mondragón-Ballesteros R. Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos. Informe preliminar. *Cir y Cir*. 2006;74(3):153–7.
4. Vidal M, Anaya M, Del M, Jiménez C, Mayda L, Ricardo L. Prevalencia de alteraciones linguales y factores relacionados en niños que consultan a la Universidad de Cartagena , Colombia Prevalence of tongue alterations and related factors in children seen at the University of Cartagena , Colombia. *Rev Odontológica Mex*. 2013;17(4):235–9.
5. Soyele OO, Ladeji AM, Adebisi KE, Adesina OM. Pattern of distribution of reactive localised hyperplasia of the oral cavity in patients at a tertiary health institution in Nigeria. 2019;19(1):1687–94.
6. Sadeq A, Sharhan A. White oral mucosal lesions among the Yemeni population and their relation to local oral habits. 2017;(July):1–8.
7. Yañez M, Escobar E, Oviedo C, Stillfried A, Pennacchiotti G. Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Children. 2016;10(3):463–8.
8. Amadori F, Bardellini E, Conti G, Majorana A. Oral mucosal lesions in teenagers : a cross- sectional study. 2017;(January 2008):1–7.
9. Majorana A, Bardellini E, Flocchini P, Amadori F, Conti G, Campus G. Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years old: Ten years' experience. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology* [Internet]. 2010;110(1):e13–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2010.02.025>
10. Guerrero E, Ocampo F, Torres M, Verdugo I. Prevalencia de lesiones y condiciones de la mucosa bucal en la especialidad de odontología pediátrica y caso clínico. Universidad Autónoma de Baja California; 2011.
11. Casamayou R, Izquierdo Rabellino S, Der Boghosian E, Nuñez Jorge G, Pérez Caffarena M. Lesiones de la mucosa bucal en una población infantil de Montevideo, Uruguay TT - Oral mucosal lesions in a child population of Montevideo, Uruguay. *Actas odontol*. 2016;13(2):4–14.

12. Sepulveda J, Hernández J. Histología. Biología celular y tisular. Instructivo de laboratorio. 6a ed. México, D.F: McGRAW-HILL INTERAMERICANA; 2014. cap. 17.
13. Fernández G., Guzm A, Vera I. Lesiones pigmentadas de la mucosa oral. Parte I. Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica. 2015;13(2):139–48.
14. Gomez de Ferraris M. Histologia, Embriologia E Ingenieria Tisular Bucodental. In: Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. 4ta ed. Panamericana; 2019. p. 1–12.
15. Ann BL. Oral Mucosa in Health and Disease [Internet]. Bergmeier LA, editor. Cham: Springer International Publishing; 2018. 1-15 p. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-56065-6>
16. De Oliveira LJC, Torriani DD, Correa MB, Peres MA, Peres KG, Matijasevich A, et al. Oral mucosal lesions' impact on oral health-related quality of life in preschool children. Community Dent Oral Epidemiol. 2015;43(6):578–85.
17. Vallejo GH, Pérez MLS, Sánchez AL, De LA, Rodríguez MDG. Lesiones de la mucosa bucal. 1997;7(8):303–11.
18. Barbería Leache E. Odontopediatría. 2da edició. Barcelona, España: Masson; 2001. 24-25 p.
19. Gurminder S, Supreet K, Carpenter W. MIND-A Classification System for Jaw Pathoses. 2017;1–5.
20. Interactions V, Thier K, Petermann P, Rahn E, Rothamel D, Bloch W. Mechanical Barriers Restrict Invasion of Herpes Simplex Virus 1 into Human Oral Mucosa. J Virol. 2017;91(22):1–13.
21. Magaret A, Huang M, Johnston C. Oral Mucosa of Healthy Adults. 2017;43(12):756–60.
22. James SH. Neonatal Herpes Simplex Virus Infection. Infect Dis Clin NA [Internet]. 2015;1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2015.05.001>
23. García-Patos Briones V. Patología oral. Vol. 1, Asociación Española de Pediatría. 2010. 193-199 p.
24. Tallon B. Histology of herpes infections [Internet]. DermNet NZ. 2010 [cited 2020 May 18]. Available from: <https://dermnetnz.org/topics/herpes-virus-infection-pathology/>
25. Neville B, Damm D, Allen C, Chi A. Physical and Chemical Injuries 8. In: Jackson C, editor. Color Atlas of Oral and Maxillofacial Diseases. 1st ed. Philadelphia: Elsevier; 2018. p. 169–203.
26. Meira HC, Oliveira BM De, Pereira IF, Naves MD. Oral candidiasis : A retrospective

- study of 276 Brazilian patients. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2017;21(3):351–5.
27. Rossoni RD, Barros PP De, De JA, Ribeiro FDC, Velloso S, Fuchs B, et al. Antifungal activity of clinical *Lactobacillus* strains against *Candida albicans* biofilms : identification of potential probiotic candidates to prevent oral candidiasis. *Biofouling* [Internet]. 2018;7014:212–25. Available from: <http://doi.org/10.1080/08927014.2018.1425402>
 28. Cohen BA. Oral Cavity. In: *Pediatric Dermatology* [Internet]. Fourth Edi. Maryland, USA: Elsevier Ltd; 2013. p. 240–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-7234-3655-3.00009-6>
 29. Chairez P, María Elisa VM, Graciela ZG, Alma Graciela GC, Ixchel Araceli MG, Juan Carlos CG. Presencia del Virus Papiloma Humano en la Cavidad Oral: Revisión y Actualización de la Literatura. *Int J Odontostomatol.* 2015;9(2):233–8.
 30. Salvadori MI. Human papillomavirus vaccine for children and adolescents. *Paediatr Child Health.* 2018;23(4):262–5.
 31. Brooks JK, Poshni K, Khoury ZH, Basile JR. Recurrent gingival squamous papilloma: A rare finding in a child. *J Dent Child.* 2017;84(3):145–8.
 32. Gleason AG, María D, González S, Gaspar DV. Diagnóstico y tratamiento de un papiloma solitario de lengua . Case report and literature review. *Rev Odontológica Mex* [Internet]. 2016;20(1):39–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rod mex.2016.02.006>
 33. Nogueira EF de C, Lopes PH de S, Souza BLM de, Bezerra CB, Vasconcellos RJ de H, Torres BCA. Partial glossectomy for treating extensive oral squamous cell papilloma. *Braz J Otorhinolaryngol* [Internet]. 2016;(7):7–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2016.07.002>
 34. Mahin P, Ismail S, Apoorva K, Manasa N, R RK, Bhowmick S, et al. Clinical, radiographic , and histological findings of chronic inflammatory periapical lesions– A clinical study. 2020;235–8.
 35. Sacsquispe-contreras S, Paredes-paredes N. Manejo bajo sedación consciente de quiste de erupción en infante. 2016;26(4):255–62.
 36. Flores AG, Oviedo G. Quiste de erupción: Reporte de caso. Vol. 5, *Revista Mexicana de Estomatología*. Monterrey; 2018.
 37. Ayhan E, Toprak SF, Kaya Ş, Akkaynak Ş. Dermoscopy of oral mucocoele : three types of extravasation mucocoeles. 2020;96–102.
 38. Abe A. Multiple mucocoeles of the lower lip : A case report. *Clinical Case Report Wiley.* 2019 May;1388–90.
 39. Pérez-elizondo AD. Morsicatio buccarum et labiorum. ¿De qué se trata? *Medigraphic.* 2016;VIII(2):65–7.

40. Somacarrera M, López A, Carreras M, Días M. Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. *Av Odontoestomatol*. 2015;31(0213-1285):129–34.
41. Felman A. Fordyce spots: Treatments, risk factors, and symptoms [Internet]. *Medical News Today*. 2017 [cited 2020 May 14]. p. 1–7. Available from: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/256918#causes>
42. Scully C. White lesions. In: *Oral and Maxillofacial Medicine ,The Basis of Diagnosis and Treatment*. 3rd ed. London, UK: Churchill Livingstone; 2013. p. 170–2.
43. Fuenzalida Cabezas R, Hernández Mosqueira C, Perez Serey J. Alteraciones Estructurales y Funcionales del Sistema Estomatognático. *Areté*. 2017;17(1):31–3.
44. Tyagi KK, Khangura RK, Grewal DS, Salgotra V. Original R esearch Knowledge, Attitude and Practices of General Dental Practitioners towards Oral Biopsy in Ghaziabad , Uttar Pradesh. 2017;2(1):5–9.
45. Palaia G, Tenore G, Tribolati L, Russo C, Gaimari G, Vecchio A Del, et al. Evaluation of wound healing and postoperative pain after oral mucosa laser biopsy with the aid of compound with chlorhexidine and sodium hyaluronate : a randomized double blind clinical trial. *Clin Oral Invest*. 2019;23(01 Agust 2019):3141–51.
46. Singh H, Poonia M, Sidhu SK, Sihmar SS. Biopsy- A vision of life. *ijcmr*. 2016;3(6):1734–7.
47. Jaimes Freyre NL. Biopsia. Vol. 14, *Patología de la mucosa oral, Mediterraneo*. Chile: Mediterraneo; 1995. 145 p.
48. Chaitanya P, Martha S, Punithvathy R, Reddy M. Squamous Papilloma on Hard Palate: Case Report and Literature Review. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2018;11(3):244–6.
49. Alan H, Agacayak S, Kavak G, Ozcan A. Case Report Verrucous carcinoma and squamous cell papilloma of the oral cavity : Report of two cases and review of literature. 2019;453–6.
50. Ramasamy K, Kanapaty Y, N AG. CASE REPORT Symptomatic oral squamous papilloma of the uvula – a rare incidental finding. 2019;14(3):74–6.
51. Jaya AR, Nagarathna C, Aishwarya N. Case Report A case report of squamous papilloma of the hard palate in a pediatric patient. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2020;38(1):91–3.
52. Orenuga OO, Oluwo A, Oluwakuyide RT, Olawuyi AB. Recurrent oral squamous papilloma in a pediatric patient: Case report and review of the literature. *Niger J Clin Pract*. 2018;21(12):1674–7.

Anexos

Anexo 1

Consentimiento Informado



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA
ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA**

Proyecto

Prevalencia de lesiones cariosas en la clínica en Especialidad en Odontología Pediátrica.

Alumna: CD Brenda Melissa Hernández Noriega

Asesor MC Betsabé De La Cruz Corona

Carta de Consentimiento para participación padres y sus hijos

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

A través de este documento queremos hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio observacional descriptivo. Que tiene como objetivo determinar la Prevalencia de lesiones mucosas en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica de la Facultad de Odontología Tijuana.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar y que hijo(a) participe también en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

1. **A usted** Le haremos algunas preguntas sobre los datos de identificación de su hijo antecedentes médicos, heredofamiliares y odontológicos para poder llenar correcta y verazmente su historia clínica. Ya que el menor tenga completa y autorizada su historia clínica, se establecerá un plan de recolección de datos.
2. **A su hijo(a)** se le aplicará una revisión bucal, la cual constara de inspección de mucosa bucal y de acuerdo a las condiciones de estos, serán diagnosticados y establecido un plan de tratamiento.

Beneficios: Ni Usted ni su hijo(a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con el Programa de Especialidad en Odontología Pediátrica de la Facultad de Odontología Tijuana, en el Proyecto de la Prevalencia de lesiones mucosas de la Especialidad en Odontología Pediátrica.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted y su hijo(a) quedarán identificados(as) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados(as).

Riesgos Potenciales/Compensación: No existen riesgos para ningún paciente, que se incluya en el presente estudio. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en la Clínica de Especialidad de Odontología Pediátrica.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: **Brenda Melissa Hernández Noriega** al siguiente número de teléfono 664 3685931, en un horario de lunes a viernes 9:00 am a 4:00 pm.

Si usted acepta participar en el estudio y que su hijo participe también, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Su firma indica su aceptación para que Usted y su hijo(a) participen voluntariamente en el presente estudio.

Consentimiento del padre/madre o tutor para su participación y la de su hijo(a)

Su firma indica su aceptación para que Usted y su hijo(a) participen voluntariamente en el presente estudio.

		Fecha:		
Nombre completo del participante:				
Nombre del Padre/Madre/Tutor participante:	Firma:	Relación con el menor:		

Nombre Completo del Testigo 1:	Dirección:	Firma:	Relación con el menor:
Nombre Completo del Testigo 2:	Dirección:	Firma:	Relación con el menor:
Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:			

Anexo 2
Carta de Asentimiento Informado



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA
ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA**

Proyecto
**Prevalencia de lesiones mucosas en la Clínica en Especialidad en Odontología
Pediátrica.**

Alumna: CD Brenda Melissa Hernández Noriega
Asesor MC Betsabé De La Cruz Corona

Carta de Asentimiento

Hola mi nombre es Brenda Melissa Hernández Noriega y estudio en el Programa de la Especialidad en Odontología Pediátrica de la Facultad de Odontología Campus Tijuana. Actualmente se está realizando un estudio para determinar la Prevalencia de lesiones mucosas en la Especialidad en Odontología Pediátrica y para ello quiero pedirte que nos apoyes. Tu participación en el estudio es voluntaria y consiste en una revisión bucal.

Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones/ las mediciones que realicemos nos ayudarán a identificar signos y síntomas de lesiones en tu boca.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus resultados de las mediciones, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

☐ Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: a _____ dé _____ de ____.

Anexo 3



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Tijuana
Especialidad en Odontología Pediátrica



“Prevalencia de lesiones mucosas en la Clínica de Especialidad en Odontología Pediátrica”

Alumna: CD Brenda Melissa Hernández Noriega
Asesor MC Betsabé De La Cruz Corona

Fecha:			
Número de expediente:	Número de registro:		

NOMBRE:			EDAD:	
SEXO:	M	F	FECHA DE NACIMIENTO:	
¿Presenta lesión?	SI	NO		

METÁBOLICAS		INFLAMATORIAS		DESARROLLO	
Herpes Simple		Aftosis oral recurrente		Gránulos de Fordyce	
Candidiasis		Absceso		Otra:	
(VPH)		Quiste de Erupción		Otra:	
Otra:		Mucocelo:			
		Morsicatio:			
		Otra:			

1.	¿Cuánto tiempo ha estado presente este problema?	Días	Meses	Años
2.	¿Presenta dolor?	SI		NO
3.	¿Ha notado algún aumento de volumen?	SI		NO
4.	¿Cualquier otro integrante de la familia tiene algo similar?	SI		NO
5.	¿Está tomando medicamento?	SI		NO
		¿Cuál?		
6.	Necesita biopsia para determinar la lesión	SI		NO