

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen
Volume **61**

Número
Number **2**

Marzo-Abril
March-April **2004**

Artículo:

Magnitud de lesiones bucales de tejidos blandos en niños de 1 a 6 años de edad de la ciudad de México

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Magnitud de lesiones bucales de tejidos blandos en niños de 1 a 6 años de edad de la ciudad de México

CD Adriana Reynoso Licona,*
Dr. Víctor M. Mendoza Núñez**

* Alumna de la Especialidad en Estomatología del Niño y del Adolescente. Alumna del Diplomado en Investigación Clínica y Epidemiológica.

** Coordinador de Investigación de la Especialidad en Estomatología del Niño y del Adolescente. Coordinador del Diplomado de Investigación Clínica y Epidemiológica.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
UNAM.

Resumen

El propósito de este estudio fue determinar la magnitud de lesiones bucales de tejidos blandos en niños menores de 6 años de edad de la ciudad de México que asisten a 5 planteles públicos, durante el periodo de octubre del 2001 a septiembre del 2002. El presente trabajo fue realizado en 1,057 niños en quienes se diagnosticó 466 lesiones (44%); se evaluaron 5 lesiones de mayor frecuencia: candidiasis, lengua geográfica, úlcera traumática, gingivoestomatitis herpética primaria y pigmentación melánica racial, presentando mayor prevalencia en el sexo masculino y a la edad de 3 años, siendo mayor la frecuencia en pigmentación melánica racial.

Palabras clave: Lesiones orales, epidemiología, diagnóstico oral, odontología infantil.

Abstract

The purpose of this study was to determine the amount of oral lesions in soft tissues in children under 6 years of age that assist 15 public facilities from October 2001 to September 2002 in Mexico City. 1057 children were scanned and 466 lesions (44%) were found. The most frequent lesions found were: candidiasis, geographic tongue, traumatic ulcer, primary herpetic stomatitis and racial melanin pigmentation. The higher prevalence was found in males of 3 years with racial melanin pigmentation.

Key words: Oral lesions, epidemiology, oral diagnosis, pedodontics.

Introducción

Es necesario llevar a cabo estudios epidemiológicos sobre la magnitud de las lesiones en la cavidad oral debido a su asociación con las alteraciones sistémicas y las limitaciones funcionales que esto conlleva. En los consultorios pediátricos y odontológicos un número importante de niños con patologías orales se pueden detectar; desafortunadamente el escaso conocimiento, la falta de exploración completa o el pasar por alto las recomendaciones de atención dental para los pacientes, propicia que éstos no sean atendidos adecuada y oportunamente por lo que con frecuencia los pacientes se atienden en forma tardía con alteraciones avanzadas o incluso en ningún momento.^{1,2}

En este sentido, diversos estudios han reportado algunas alteraciones bucales comunes entre las que se encuentra la candidiasis pseudomembranosa aguda. Al respecto en Brasil se ha encontrado hasta en un 25% y en Estados Unidos de Norteamérica en un 40%, siendo muy común observarla desde el nacimiento hasta los tres años de edad, debido al contacto del útero de las madres infectadas o por fomites contaminados,³ así como la glositis migratoria benigna reportada en Argentina entre el 30% al 3.63%⁴ y en un 14.5% en Estados Unidos de Norteamérica.⁵ En un estudio realizado en el Estado de México se observó en un 8%,⁶ cuya lesión se asoció con un fondo psicosomático que se acentúa con la edad, debido a que se asocia con estrés. Es muy común el confundirla con micosis ya que su patrón morfológico involucra la desquamación del epitelio lingual y da un aspecto blanquecino pro-

piciando un diagnóstico erróneo.⁴ Otras entidades patológicas son la úlcera traumática asociada a lesiones mecánicas, químicas o térmicas, la cual aumenta conforme los niños crecen porque se encuentran con mayor exposición al medio ambiente, incluso hasta por los juguetes, reportada en un 3.6% en el Estado de México.⁶ La gingivoestomatitis herpética primaria se asocia con la tensión emocional, estado inmunológico deprimido; fiebre o exposiciones muy largas al sol, cuya prevalencia se ha reportado de un 10% hasta 60% en niños de Israel⁷⁻⁹ y finalmente la pigmentación melánica racial la cual está relacionada con grupos étnicos de piel oscura y factores genéticos, reportada en 27.6% en China y Turquía.^{10,11}

En una publicación previa,¹ se reportaron los aspectos epidemiológicos de las lesiones de tejidos blandos bucales, en una muestra de 406 niños; en la cual se observó una prevalencia 39.4% de niños afectados, de cuyo total el 21.4% presentó la úlcera traumática, 8.9% la pigmentación melánica racial, 4.9% en lengua geográfica, a la gingivoestomatitis herpética primaria con 3.9% y candidiasis pseudomembranosa aguda con un 2%. No obstante, los resultados no son concluyentes, debido a las limitaciones del tamaño de la muestra. En el presente artículo se presentan resultados complementarios a los previamente publicados.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional, prolectivo, transversal y descriptivo en una población infantil de 5 planteles públicos en ambos turnos, cuatro de ellos denominados Centro de Desarrollo Infantil (CENDI) y otro en una zona suburbana de la región oriente, perteneciente al Desarrollo Integral Familiar (DIF) en la ciudad de México de octubre del 2001 a septiembre del 2002.

La población de estudio se conformó de 1,057 niños, con edades de 1 a 6 años, 590 del género masculino y 467 del femenino, se excluyeron a los niños que por algún motivo no hayan permitido la revisión oral o ausentes el día de la examinación.

Los datos de cada niño se registraron en formatos especialmente diseñados y piloteados con lo siguiente: nombre, edad, género, tipo de lesión, localización y observaciones; además, se realizó una revisión de la literatura comparándolo con los hallazgos.

La valoración clínica se realizó por medio de la exploración bucal con guantes de látex, cubrebocas, lámpara de mano de la marca Riester y abatelenguas de madera.

El examen clínico fue realizado siguiendo los criterios de la OMS. Clasificándose por edad, género, lesiones de tejido blando: candidiasis, glositis migratoria benigna, úlcera traumática, gingivoestomatitis herpética primaria y pigmentación melánica racial. El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete SPSS Versión 10 y EPIINFO Versión 2000.

Resultados

De los 1,057 niños examinados, 466 (44.00%), se reportaron con lesiones bucales, de los cuales 287 (48.67%) correspondieron al género masculino y 179 (38.32%) al femenino. Cuya diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.001$) (*Cuadro I*).

De las lesiones bucales en nuestra población la pigmentación melánica racial se presentó con mayor frecuencia en primer lugar con un 13.72%, seguida de la úlcera traumática 12.39%, en tercer lugar la gingivoestomatitis herpética primaria y de menor frecuencia se tuvieron hallazgos de la glositis migratoria benigna 7.76% y candidiasis 0.95% (*Cuadro II*).

En cuanto a la pigmentación melánica racial se encontró con mayor frecuencia en el género masculino 10.03%, que en el femenino 3.69% ($p < 0.001$); sin embargo la gingivoestomatitis herpética tuvo mayor frecuencia en las niñas 5.96%, que en los niños 3.31%. La glositis migratoria benigna se observó con una frecuencia del 5.49% comparado con el 2.27% en el género femenino, cuya diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.001$) (*Cuadro III*).

Con respecto a la presencia de lesiones por rango de edad de 1 a 3 años, la prevalencia de pigmentación melá-

Cuadro I. Frecuencia de lesiones bucales por género.

Género	Lesión					
	Positivo		Negativo		Total	
	f	%	f	%	f	%
Masculino	287	48.67*	303	51.35	590	100
Femenino	179	38.32	288	61.67	467	100

N = 1,057 (100%) * p < 0.0001

Cuadro II. Frecuencia de lesiones bucales.

Lesión	Positivo		Negativo	
	f	%	f	%
Candidiasis	10	0.95	1,047	99.05
Glositis migratoria benigna	82	7.76	975	92.24
Úlcera traumática	131	12.39	926	87.61
Gingivoestomatitis herpética primaria	98	9.27	959	90.73
Pigmentación melánica racial	145	13.72	912	86.28

N = 1,057 (100%)

Cuadro III. Frecuencia de tipo de lesión por género.

Lesión	Género							
	Masculino				Femenino			
	Positivo f	%	Negativo f	%	Positivo f	%	Negativo f	%
Candidiasis	6	0.57	584	55.25	4	0.38	463	43.80
Glositis migratoria benigna	58	5.49*	532	50.33	24	2.27	443	41.91
Úlcera traumática	82	7.76	508	48.06	49	4.64	418	39.55
Gingivoestomatitis herpética primaria	35	3.31	555	52.51	63	5.96*	404	38.22
Pigmentación melánica racial	106	10.03*	484	45.79	39	3.69	428	40.49

N = 1,057 (100%) * p < 0.0001

Cuadro IV. Distribución del tipo de lesión por rango de edades.

Lesión	Edad											
	1 a 3 años				4 a 6 años				Total			
	Positivo f	%	Negativo f	%	Positivo f	%	Negativo f	%	Positivo f	%	Negativo f	%
Candidiasis	10	0.95	567	53.64	0.0	0.0	480	45.41	10	0.95	1,047	99.05
Glositis migratoria benigna	59	5.58*	518	49.01	23	2.18	457	43.24	82	7.76	975	92.24
Úlcera traumática	50	4.73	527	49.86	81	7.66*	399	37.75	131	12.39	926	87.61
Gingivoestomatitis herpética primaria	44	4.16	533	50.43	54	5.11	426	40.30	98	9.27	959	90.73
Pigmentación melánica racial	113	10.69*	464	43.90	32	3.03	448	42.38	145	13.72	912	86.28

N = 1,057 (100%) * p < 0.0001

nica racial fue del 10.69%, comparada con un 3.03% en niños de 4 a 6 años ($p < 0.001$) (*Cuadro IV*).

En el rango de edad de 4 a 6 años se observó la úlcera traumática con una frecuencia del 7.66% en comparación con el 4.73 en niños de 1 a 3 años, cuya diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.005$) (*Cuadro IV*).

Tomando en cuenta la presencia de lesiones por rango de edad la frecuencia más alta se registró de 1 a 3 años en un 26.11%, en comparación al rango de 4 a 6 años con un 17.98% ($p < 0.005$) (*Cuadro V*).

Por otro lado, el género masculino fue detectado como factor de riesgo para pigmentación melánica racial con una RM = 2.40, ($IC_{95\%}$: 1.60-3.62; $p < 0.0001$), y el género femenino para gingivoestomatitis herpética primaria con una RM = 2.47, ($IC_{95\%}$: 1.57-3.90; $p < 0.0001$) (*Cuadro VI*).

En relación con la edad de 1-3 años como factor de riesgo de pigmentación melánica racial, se observó una RM = 3.22, ($IC_{95\%}$: 2.09-4.98; $p < 0.0001$), así mismo para la úlcera traumática la edad de 4 a 6 años, fue detectado como factor de riesgo con una RM = 2.14, ($IC_{95\%}$: 1.45-3.17; $p < 0.0001$) (*Cuadro VII*).

Discusión

Otros estudios se han originado donde se determinan los aspectos epidemiológicos de las lesiones bucales, obedeciendo más a las necesidades institucionales de los centros donde se originó la información, que a las necesidades de la comunidad, aunque algunos estudios esporádicos con cierta cobertura nacional han sido publicados.^{3,5,6}

Cuadro V. Frecuencia de lesiones por edad						
Edad (años)	Lesión					
	Positivo		Negativo		Total	
	f	%	f	%	f	%
1-3	276	26.11*	301	28.48	577	54.59
4-6	190	17.98	290	27.44	480	45.41
Total	466	44.09	591	55.91	1,057	100

N = 1,057 (100%) * p < 0.05

Cuadro VI. Género masculino como factor de riesgo para lesiones bucales en niños.			
Padecimiento	RM	IC _{95%}	Valor de P
Candidiasis	1.91	0.48 – 8.10	0.484
Glositis migratoria benigna	2.01	1.20 - 3.39	0.006
Úlcera traumática	1.38	0.93 – 2.04	0.115
Gingivoestomatitis herpética primaria*	0.40	0.26 – 0.64	0.001
Pigmentación melánica racial	2.40	1.60 – 3.62	0.001

* El género femenino mostró una RM = 2.47, (IC_{95%:} 1.57 – 3.90; p < 0.0001).

En el presente estudio la tasa de prevalencia de lesiones en tejidos blandos en niños de 1 a 6 años de edad fue alta 44.00% (466), lo cual contrasta con un estudio similar realizado por Kleinman quien encontró 4.1% (43,282) en niños de 5 a 17 años de edad, cabe aclarar que este estudio fue en una población norteamericana que debido a que también involucra adolescentes entonces incluye factores como tabaco y alcohol. La alta prevalencia de nuestro estudio puede relacionarse con factores inmunológicos, estrés, deficiencias de vitamina B₁-B₁₂, ácido fólico y cambios hormonales.^{5,8,12}

Se encontró una frecuencia mayor en el género masculino 48.67%, que en el femenino 38.32%, lo cual coincidió con lo encontrado por otros autores, aun en estudios realizados en personas mayores, considerando que la mujer se preocupa más por su estética e higiene y acuden con mayor frecuencia a consultas médicas y dentales.^{3,5,6,12,13}

La glositis migratoria benigna tiene su origen en el sentido de que las áreas exfoliadas así descritas se normalizan, para aparecer otras similares en otra localización; de acuerdo con Crivelli en el 25% de los casos existen síntomas subjetivos que se acentúan con la edad, por lo que en nuestro estudio se encontró con una prevalencia de 5.49%

Cuadro VII. Edad (1-3 años) como factor de riesgo para patologías bucales.			
Padecimiento	RM	IC _{95%}	Valor de P
Glositis migratoria benigna	2.14	1.27 - 3.64	0.003
Úlcera traumática	0.44	0.30 – 0.65	0.001
Gingivoestomatitis herpética primaria	0.62	0.40 – 0.96	0.029
Pigmentación melánica racial	3.22	2.09 – 4.98	0.001

La úlcera traumática en el grupo de edad de 4 – 6 años mostró una RM = 2.14, (IC_{95%:} 1.45 – 3.17; p < 0.0001).

(p < 0.0001), hallado en un rango bajo después de lo reportado por Rahaminoff en una población israelí 14.40%;¹³ lo cual difiere con estudios en otros países como en el Sur de África de 1.6% en una raza negra, en Argentina 3.63%⁴ y Brasil en donde Bezerra incluye dentro del estudio lactantes registrando una proporción de 21%³ y lo reportado por Redman en un 4.25% en Minnesota. Es posible que en nuestra población el rango sea mayor debido a que esta lesión se relaciona con factores como: estrés, desnutrición, deficiencia de vitamina B₁₂, que son síntomas que actualmente presentan los niños.¹⁴

Crivelli y cols. encontraron en grupos de niños argentinos de 3 a 13 años las lesiones herpéticas en el 1.29% a 2.95% de la población, en tanto que Harperin y cols. en su estudio encontraron una prevalencia de 0.85%;^{5,15} Samaranayake en el estudio aplicado en una población vietnamita mayor de los dos años de edad; registra el 2%,¹² siendo en todos los casos menor la prevalencia encontrada en nuestro estudio 5.96% (p < 0.0001).

La candidiasis ha sido una de las manifestaciones más frecuentes encontradas en un 30-60%¹⁶ y de acuerdo a los hallazgos reportados por Castro y Sonis en Brasil es una de las lesiones más frecuentes observadas del nacimiento a los 3 meses, manifestándose en el 7º día de vida, debido al contacto con el útero de la madre infectada, de esta forma manifestándose en la superficie de la lengua;³ Ikeda en Japón registró la presencia en un 0.2%,⁴ siendo la cifra similar a Zain y cols. dentro de las lesiones representativas en Malasia con un 3%¹⁷ y Bendicevsky en Israel en una cifra mayor con 45%.⁵ Si bien los datos reportados difieren en mucho con lo encontrado en nuestra muestra, esto puede deberse a que en los CENDIS existe una supervisión médica constante, siendo un requisito para la estancia del niño, el exigir a los padres la realización de análisis de laboratorio de forma periódica.

La úlcera traumática se identificó como la forma de mayor frecuencia debido a la enorme cantidad de factores locales.¹³ Katz la reporta como 6.2%¹⁴ y Samaranayake en un 9%;¹² aunque la etiología es diversa en nuestra población se registró 12.39%, se observó que hubo un incre-

mento conforme a la edad del niño, lo cual puede ser atribuido a que los niños se vuelven inquietos y más propensos a los accidentes.

La pigmentación melánica racial va de acuerdo a las diferentes razas. En la población israelí se tienen hallazgos de 35.6% en adultos,¹⁸ en niños de 6 a 10 años se obtuvieron cifras de 13.5% en paladar blando, mucosa bucal, labio superior, piso de la lengua a la examinación clínica.¹⁹ En China y Japón se tienen reportes en un 40 y 50% en niños de edad preescolar de 5 a 6 años.^{20,21} Así como en Turquía la localización mayor es en la encía inferior, siendo el hallazgo más frecuente en algunos grupos étnicos de piel oscura.²² Esta lesión se localizó simultáneamente en encía superior e inferior y en nuestro reporte fue la de mayor prevalencia con un 10.03% ($p < 0.0001$), es posible que esta cifra se deba a la constante migración de distintas entidades del país.

Si bien es conocido que los niños podrían estar más afectados que los adultos, de acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio, el género masculino mostró mayor riesgo de presentar lesiones en la cavidad oral, siendo éste un hallazgo similar al presentado por Bezerra en algunas lesiones reportadas en su estudio; en el cual los varones mostraron mayor prevalencia, aun cuando el género femenino se ha confirmado en otros estudios con rangos mayores.^{3,6,14}

Teniendo en cuenta la amplia disparidad de las cifras de prevalencia que se encuentran en la literatura consultada y las diferencias entre dichas cifras y las nuestras pensamos que convendría en el futuro efectuar estudios en los cuales se incluyera un número mayor de niños, además de integrarlo a factores asociados.

Se recomienda realizar más estudios sobre la frecuencia de lesiones bucales, ya que esto permite conocer el tipo de padecimiento de nuestra población y orientar al odontólogo de práctica general en su detección y diferenciación a través del diagnóstico, así como identificar que lesiones de mayor frecuencia y en base a los resultados, adecuar los programas de estudio para afrontar el problema que la sociedad presenta.

Bibliografía

1. Reynoso LA. Prevalencia de alteraciones bucales de tejidos blandos en niños de 1 a 6 años de la ciudad de México. *Dentista y Paciente* 2002; 11(123): 35-7.
2. Nowak AJ, Casamassimo PS. Esung anticipatory guidance to provide. *JADA* 1995; 7(126): 1156-1163.
3. Bezerra S, Costa I. Oral conditions in children from birth to 5 years: the findings of a children's dental program. *J Clin Pediatr Dent* 2000; 25(1): 79-81.
4. Crivelli MR, Aguas S, Quarracino C, Adler I, Braunstein S. Prevalence of tongue anomalies in children. *Asoc Odontol Argent* 1990; 78(2): 74-7.
5. Kleinman DV, Swango PA, Pindborg JJ. Epidemiology of oral mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-87. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1994; 22(4): 243-53.
6. Díaz GM. Prevalencia de lesiones de la mucosa oral en pacientes de las clínicas de la Facultad de Odontología de la UAEM. *Práctica Odontológica* 1993; 14(10): 37-48.
7. Thein DJ, Hurt WC. Lysine as a prophylactic agent in the treatment of recurrent herpes simplex labialis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984; 58(6): 659-66.
8. Katz J, Chaushu G, Peretz B. Recurrent oral ulcerations associated with recurrent herpes labialis - two distinct entities? *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2001; 29: 260-3.
9. Olson JA, Greenspan JS, Silverman S. Recurrent aphthous ulcerations: etiology, diagnosis and treatment. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathology* 1984; 74(6): 63-6.
10. Amir E, Gorsky M, Buchner A, Sarnat H, Gat H. Physiologic pigmentation of the oral mucosa in Israeli children. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol* 1991; 71(3): 396-8.
11. Mishiro Y, Ogihara K, Zhang Y, Hu D. Gingival pigmentation in preschool children of Chengdu, West China. *J Pedod* 1990; 14(3): 150-1.
12. Kleinman DV, Swango PA, Niessen LC. Epidemiologic studies of oral mucosal conditions methodologic issues. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1991; 19(2): 129-40.
13. Meskin LH, Redman RS. Incidence of geographic tongue among 3,668 students at the University of Minnesota. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathology* 1963; 10.
14. Redman RS. Prevalence of geographic tongue, fissured tongue, median rhomboid glossitis, and hairy tongue among 3,611 Minnesota schoolchildren. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathology* 1970; 30(3): 390-5.
15. Lo ECM, Corbet EF, Holmgren CJ. Oral health care need among the middle-age and the elderly in Hong Kong. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1994; 22: 403-7.
16. Boyd DH, Gregg TA. Candida infection of a persistent palatal ulcer in a 20-month-old child. *Int J Paediatr Dent* 1995; 5(2): 109-11.
17. Sigal MJ, Mock D. Symptomatic benign migratory glossitis: report of two cases and literature review. *Pediatr Dent* 1992; 14(6): 392-6.
18. Spotswood LS, Wenerstrom GRN. Pathogenesis of recurrent herpes simplex labialis. IV Maturation of lesion within 8 hours after onset and implications for antiviral treatment. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol* 1984; 58(6): 667-70.
19. Regezzi JA, Sciuba JJ. Patología bucal. México: Interamericana Mc Graw Hill; 1994: 115-18, 145-50, 511-15.
20. Pinkham JR. *Odontología pediátrica*. México: Interamericana; 1995: 144-155.
21. Arendorf TM, Vander Ross R. Oral soft tissue lesions in a black pre-school South African population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1996; 24: 296-7.
22. Samaranayake LP, Philipsen HP, Graham RGB. Prevalence of oral lesions in a selected vietnameses population. *International Dental Journal* 1996; 46: 48-51.

Reimpresos:

Adriana Reynoso Licona
Jesús María 141-4 Colonia Centro
C.P. 06090. México, D.F.
Teléfono: 55-52-67-53,55-42-12-72
Este documento puede ser visto en:
www.medigraphic.com/adm