

Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos. Informe preliminar

Marisol Espinosa-Zapata, Guillermo Loza-Hernández, Ricardo Mondragón-Ballesteros

Resumen

Objetivo: el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en los pacientes pediátricos mexicanos.

Material y métodos: se realizó exploración bucal completa a todos los niños que acudieron a consulta al Centro de Especialidades Odontológicas del Instituto Materno-Infantil del Estado de México, y que pasaron al servicio de prevención en un periodo de dos meses.

Resultados: fueron detectadas 86 lesiones (7.4 %), 59.3 % en el sexo masculino y 40.7 % en el femenino; el rango de edad varió de 1 a 16 años; las lesiones más frecuentes fueron la hiperplasia fibrosa (43 %), la candidosis eritematosa (25.6 %) y las lesiones ulcerativas (16.3 %).

Conclusiones: casi tres cuartas partes de las lesiones se encontraron asociadas a mala higiene bucal aunada al empleo de aparatología de ortodoncia fija y removible. Es vital hacer énfasis en la higiene bucal para prevenir el alto porcentaje de lesiones de la mucosa bucal en los pacientes pediátricos.

Palabras clave: lesiones de la mucosa bucal.

Summary

Objective: The purpose of this study was to determine the prevalence of lesions of the oral mucosa in Mexican pediatric patients.

Methods: Complete oral exploration in search of oral lesions was performed in all pediatric patients who attended the prevention service at C.E.O. during a period of 2 months.

Results: A total 86 lesions (7.4%) were detected, 59.3% in males and 40.7% in females with an age range of 1 to 16 years. The most frequent lesions were fibrous hyperplasia (43%), erythematous candidosis (25.6%), and oral ulcers (16.3%).

Conclusions: Of the lesions detected, 71% were secondary to poor oral hygiene and the use of orthodontic apparatus. It is important to be aggressive in oral hygiene to decrease the prevalence of oral lesions in this group of patients.

Key words: Oral mucosa lesion.

Introducción

Las principales consideraciones sobre la salud bucal de los niños radican en sentar las bases para conseguir una dentición permanente intacta, un estado periodontal correcto y el mantenimiento de la salud del resto de las estructuras orales.¹

En general, para la mayoría de los cirujanos dentistas la mucosa bucal no es considerada tan importante como los tejidos duros (órganos dentarios y tejido óseo), sin embargo, cumple varias funciones, la más importante es la protección

que otorga a los tejidos más profundos, es un órgano sensorial regulador de la temperatura corporal y un medio a través del cual se segregan la saliva.²

Los pacientes pediátricos pueden desarrollar diversas lesiones orales y periorales, las cuales llegan a ser sintomáticas, algunas veces están asociadas a un grado variable de incomodidad para el menor y muestran un patrón recurrente, por lo que requieren un diagnóstico temprano correcto, tratamiento y seguimiento; en ocasiones el tratamiento deberá variar por diversas razones. Las lesiones ulcerativas, incluyendo úlceras recurrentes, infección por el virus del herpes simple, candidosis y queilitis, son algunas de las lesiones más frecuentes en este grupo de edad.^{3,4}

El examen de los tejidos blandos dentales de los pacientes pediátricos involucra el conocimiento del tamaño normal, forma, color y textura de las estructuras que los conforman; la evaluación de dichos tejidos precede generalmente a la de los tejidos duros (dentición) y la oclusión, y deberá ser incorporada al expediente clínico del paciente.⁵ La correcta exploración de la mucosa bucal puede proporcionar importantes herramientas en el diagnóstico de alteraciones del desarrollo,

Centro de Especialidades Odontológicas. Instituto Materno-Infantil del Estado de México.

Solicitud de sobretiros:

Marisol Espinosa-Zapata,
Paseo Colón s/n, esquina Gral. Felipe Ángeles, Colonia Villa Hogar,
50100 Toluca, Estado de México.
Tel.: (01 722) 212 1121.
E-mail: g2lozah@yahoo.com.mx

Recibido para publicación: 16-08-2005

Aceptado para publicación: 26-10-2005

Cuadro I. Lesiones en los pacientes pediátricos estudiados

Lesión	n	%	Sexo	
			M	F
Hiperplasia fibrosa	37	43.0	20	17
Candidosis bucal	22	25.6	13	9
Úlcera	14	16.3	11	4
Dermatitis por contacto	8	9.3	3	5
Granuloma piógeno	2	2.32	2	-
Hiperplasia epitelial focal	1	1.16	1	-
Nevo	1	1.16	1	-
Mucocele	1	1.16	1	-

neoplásicas, infecciosas e inflamatorias. Numerosas lesiones orales observadas en pacientes pediátricos son benignas y no tienen significado médico, sin embargo, el reconocimiento de una enfermedad de fondo o de una enfermedad genética puede ser de gran valor, particularmente cuando la manifestación bucal es el signo primario.⁶

No existen suficientes estudios que orienten hacia la epidemiología de las lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos mexicanos.

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

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, el cual consistió en la exploración bucal según los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud,⁷ a los pacientes pediátricos

que acudieron a consulta odontológica por primera vez y subsiguiente, y que pasaron al servicio de prevención entre el 1 de noviembre y el 23 de diciembre de 2004, en el Centro de Especialidades Odontológicas del Instituto Materno-Infantil del Estado de México, en Toluca, Estado de México. El objetivo del estudio fue identificar las lesiones de la mucosa bucal que se presentan con mayor frecuencia en este grupo de pacientes, así como brindar tratamiento a las mismas y, en caso necesario, remitir a los pacientes al servicio correspondiente. Se empleó el programa de cómputo Stata estadístico para el análisis de la información. Para la realización del estudio se aprovecharon los recursos de la institución.

Resultados

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 prevalencia de lesiones se presenta en el cuadro I.

La lesión más frecuente fue la hiperplasia fibrosa con 37 casos (43 %), asociada a la mala higiene bucal aunada al empleo de bracketts (figura 1); sólo en un caso se relacionó a la administración de fenitoína. Las localizaciones más frecuentes fueron encía inferior en zona de anteriores (65 %), encía superior en anteriores (27 %) y zona posterior, tanto superior como inferior (8 %). En todos los casos se informó al cirujano dentista responsable del tratamiento del paciente y se pidió interconsulta con el Departamento de Cirugía Maxilofacial para la resolución del padecimiento. Dos casos correspondieron a hiperplasia fibrosa inflamatoria, antes conocida como epulis fisurado; en ambos las lesiones se localizaron en fondo de saco superior, en proximidad con aparatos ortodónticos



Figura 1. Hiperplasia fibrosa en encía inferior.



Figura 2. Candidosis eritematosa en paladar duro.



Figura 3. Úlcera traumática.

removibles con excedente de material acrílico; la hiperplasia fue bilateral en un caso y unilateral en otro. Ambos pacientes se programaron para escisión quirúrgica y posterior estudio histopatológico del espécimen, además de la corrección del ajuste del aparato ortodóntico.

La candidosis bucal ocupó el segundo lugar en frecuencia de lesiones con 22 casos (25.58 %), prevaleciendo la variante eritematosa; la principal localización fue el paladar duro (figura 2) y en un caso se extendió a las comisuras labiales. La media de edad de estas lesiones fue de ocho años. A todos los pacientes se realizó interrogatorio sobre posibles agentes causales; en un caso la administración por un periodo de tiempo prolongado de antibioticoterapia contribuyó en la patogénesis de la lesión, sin embargo, la mala higiene de la aparato-ología ortodóntica removible fue observada constantemente. Las lesiones fueron tratadas durante dos semanas con antimicótico a base de miconazol, aplicado tanto en paladar duro como en la superficie acrílica del aparato removible por las noches después del aseo bucal. Se instruyó sobre el aseo correcto del aparato ortodóntico. Cada uno de los pacientes fue citado para revisión después de 10 días y sólo en dos casos se decidió continuar con la aplicación del antimicótico durante una semana más; en los 22 casos se obtuvo remisión completa del cuadro clínico. Es importante mencionar que la mayoría de los pacientes de esta institución son de bajos recursos.

Se encontraron 14 lesiones ulcerativas de la mucosa bucal (16.3 %), y de ellas las traumáticas representaron 69.2 %; el origen se relacionó en primer lugar a traumatismo ocasionado por aparato-ología ortodóntica fija (figura 3) o removible y en segundo lugar al empleo del anestésico local para la realización del tratamiento dental; 23.6 % de las lesiones ulcerativas fue ocasionado por el virus del herpes simple; las localizaciones más frecuentes fueron labio inferior con extensión a zona peribucal (figura 4). Se encontró un caso (7.14 %) con úlceras



Figura 4. Úlcera herpética.

recurrentes menores en piso de boca, refiriéndose en el interrogatorio historia familiar previa.

La dermatitis por contacto constituyó 9.3 % de las lesiones totales. Mediante el interrogatorio a todos los pacientes se identificó el agente causal. La delimitación peribucal de las lesiones fue un factor constante y la lesión estuvo relacionada estrechamente con el empleo de tableta reveladora de placa dentobacteriana, misma que no era eliminada completamente una vez concluido el aseo bucal, por lo que permanecía en contacto por tiempo prolongado con la piel, dando como resultado lesiones periorales caracterizadas básicamente por resequedad en forma de grietas o eritemas. Se recomendó a todos los pacientes que acuden al servicio de prevención, eliminar por completo dicho agente.

En dos pacientes masculinos de cinco y ocho años, se detectaron lesiones correspondientes a granuloma piógeno (figura 5). Las lesiones se programaron para biopsia escisional y estudio histopatológico, en el cual la sospecha clínica fue corroborada.

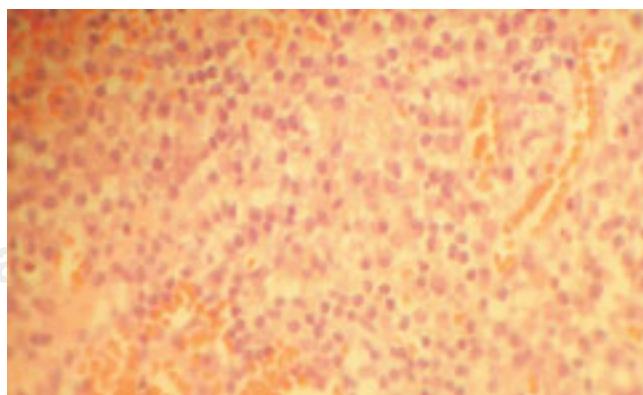


Figura 5. Granuloma piógeno, corte histológico.

En un paciente de cinco años de edad fue detectada hiperplasia epitelial focal (1.14 %); durante la exploración bucal se observaron cinco lesiones en la mucosa labial inferior caracterizadas por pápulas discretas de color similar al de la mucosa bucal.

El mucocele identificado (1.16 %) se localizó en el pilar posterior.

El nevo encontrado (1.16 %) se localizó en la encía adherida en la zona anterior inferior; se decidió realizar escisión quirúrgica y estudio histopatológico del espécimen, obteniendo como resultado nevo intramucoso pigmentado.

Discusión

En nuestro estudio la prevalencia de lesiones fue de 7.4 %, cifra similar a la mencionada en el estudio realizado por Keszler,⁸ en el cual la prevalencia fue de 6.8 %; en el mismo estudio se observó que las lesiones de origen inflamatorio representaron 10.2 %. En el estudio reportado por Das,⁹ los hispanos ocuparon 17 % de la población con lesiones; de éstas, las de naturaleza inflamatoria representaron 66.1 %. Respecto a la relación entre sexos, el mayor número de lesiones se presentó en el masculino (59.3 %), sin embargo, en la investigación realizada por Sousa¹⁰ en pacientes brasileños, la diferencia en la distribución por sexos fue menos marcada con 51 % para el sexo masculino; la lesión más frecuentemente fue el mucocele con 13.5 %, a diferencia de nuestro estudio en el que la lesión sólo se presentó en 1.16 %. La hiperplasia fibrosa alcanzó 5.4 % en ese estudio y en el nuestro 43.02 %, resultando la lesión más común.¹⁰

Entre las lesiones identificadas en el presente estudio, las asociadas a la mala higiene bucal y al empleo de aparatología ortodóntica fija o removible constituyeron 70.9 %, observándose elevado porcentaje de hiperplasia fibrosa, misma que puede ser secundaria a factores etiológicos como acumulación de placa dentobacteriana, cálculos dentarios, cambios hormonales y algunos fármacos.¹¹ Respecto a la hiperplasia fibrosa inflamatoria, se ha discutido mucho sobre su origen y relación en portadores de prótesis mal ajustadas.¹² En segundo lugar se encontró candidosis bucal relacionada a la mala higiene de aparatología ortodóntica removible. La prevalencia de este hongo en niños clínicamente sanos se ha reportado entre 45 y 65 %; dentro de los factores predisponentes se encuentran el empleo de prótesis aunado a la mala higiene de las mismas, combinación que constituye un irritante local en cavidad bucal. Cándida ha sido encontrada en portadores de dentadura en 78 a 100 %,¹³ su relación como agente causal de estomatitis asociada a dentadura la describió Cahn por vez primera en 1936.¹⁴

Un promedio de 500 mil infecciones relacionadas con el virus del herpes simple ocurre en Estados Unidos; el trata-

miento debe ser instituido de acuerdo con la cantidad de lesiones y etapa de las mismas.¹⁵

La hiperplasia epitelial focal fue descrita por vez primera por John W. Heck en 1961, y se ha observado predilección en el sexo femenino entre los tres y 18 años de edad.¹⁶ En nuestro estudio se observó en un niño de cinco años de edad. Diversos artículos han descrito esta entidad en varios grupos étnicos, la mayoría se ha reportado en esquimales e indios del norte, sur y centro del continente americano. Reportes ocasionales han demostrado principalmente la presencia de virus del papiloma humano subtipo 13 o 32 y, en menor cantidad, los subtipos 6, 16 y 11.¹⁷⁻¹⁹ Existe implicaciones sociales y legales cuando la infección ocurre en niños, sin embargo, en un estudio realizado por Puranen²⁰ se demostró que la prevalencia de lesiones orales causadas por el virus del papiloma humano en niños nacidos de madres con historia previa o actual de infección genital por este virus fue de 31.6 %. Las vías de transmisión no sexual incluyen transmisión intraparto y autoinoculación.²⁰

Por lo que toca a las lesiones solitarias pigmentadas de origen melanocítico en cavidad bucal, se ha reportado en diversos estudios una frecuencia de 0.8 %, 31 % en gingiva. El nevo melanocítico tiene una frecuencia de 0.1 %, siendo el intramucoso el más común con 64 %.²¹ En nuestro estudio su frecuencia fue de 1.16 %, localizado en gingiva; la histopatología evidenció un nevo intramucoso pigmentado.

Conclusiones

La odontología a lo largo de los años ha tenido un enfoque restaurativo, sin embargo, en la actualidad se ha descubierto la importancia de la prevención de las diversas lesiones bucales y sólo algunos centros odontológicos en el país poseen un departamento encargado de esta función. Por otro lado, existen escasos índices sobre la prevalencia de la patología bucal pediátrica en la literatura mundial y en los existentes poco se toma en cuenta a los pacientes mexicanos. La importancia de un diagnóstico precoz y preciso se ve reflejada en la eficacia del tratamiento, por lo cual es importante conocer los principales padecimientos que nuestros niños presentan ya que existen medidas para disminuir la incidencia de algunos de ellos.

Debido a que en la presente investigación únicamente se tomaron en cuenta las lesiones de la mucosa bucal, es importante realizar estudios subsecuentes para detectar lesiones que no fueron tomadas en cuenta.

Agradecimientos

A todo el personal odontológico del Centro de Especialidades Odontológicas del Instituto Materno-Infantil del Estado de México, por el apoyo para la realización del presente estudio.

Referencias

1. García-Pola MJ, García-Martín JM, González-García M. Prevalence of oral lesions in the 6-year-old pediatric population of Oviedo (Spain). *Med Oral* 2002;7:184-191.
2. Ten Cate AR. *Histología oral*. Segunda edición. Panamericana; 1986. pp. 401-447.
3. Flaitz CM, Baker KA. Treatment approaches to common symptomatic oral lesions in children. *Dental Clin North Am* 2000;44:671-696.
4. Delaney JE, Keels MA. Pediatric oral pathology. Soft tissue and periodontal conditions. *Pediatr Clin North Am* 2000;47:1125-1147.
5. Mathewson RJ, Primosch RE. *Fundamentals of Pediatric Dentistry*, 3rd ed. Quintessence Books;1995. pp. 56-75.
6. W.H.O. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and condition. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980;8:1-26.
7. Witman PM, Rogers RS 3rd. *Pediatric oral medicine*. *Dermatol Clin* 2003;21:157-170.
8. Keszler A, Guglielmotti MB, Domínguez FV. Oral pathology in children. Frequency, distribution and clinical significance. *Acta Odontol Latinoam* 1990;5:39-48.
9. Das S, Das AK. A review of pediatric oral biopsies from a surgical pathology service in a dental school. *Pediatr Dent* 1993;15:208-11.
10. Sousa FB, Etges A, Correa L, Mesquita RA, de Araujo NS. Pediatric oral lesions: a 15-year review from São Paulo, Brazil. *J Clin Pediatr Dent* 2002;26:413-418.
11. Reguezi JA, Schiubba JJ. *Patología bucal*. Tercera edición. México: McGraw-Hill Interamericana;2000.
12. Cohelo CM, Sousa YT, Date AM. Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry. *J Oral Rehabil* 2004;31:135-139.
13. Farah CS, Ashman RB, Challacombe SJ. Oral candidosis. *Clin Dermatol* 2000;18:553-562.
14. Gordon R, Tomsett K, Wickes BL, Redding SW. Denture stomatitis: a role for Candida biofilms. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004;98:53-59.
15. Nikkels AF, Pierard GE. Treatment of mucocutaneous presentations of herpes simplex virus infections. *Am J Clin Dermatol* 2002;3: 475-487.
16. Cohen PR, Hebert AA, Adler SK. Focal epithelial hyperplasia: Heck Disease. *Pediatr Dermatol* 1993;10:245-251.
17. Roman CB, Sedano HO. Multifocal papiloma virus epithelial hyperplasia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1994;77: 631-635.
18. Garlick JA, Taichman LB. Human papillomavirus infection of the oral mucosa. *Am J Dermatopathol* 1991;13:386-395.
19. Chang F, Syrjänen S, Kelloski S, Syrjänen K. Human papillomavirus (HPV) infections and their associations with oral disease. *J Oral Pathol Med* 1991;20:305-317.
20. Puranen M, Yliskoski M, Saarikoski S, Syrjänen S. Vertical transmission of human papillomavirus from infected mothers to their newborn babies and persistence of the virus in childhood. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:694-699.
21. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of solitary melanocytic lesions of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2004;33:550-557.

