



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
ESTOMATOLOGÍA**

**PREVALENCIA DE ENTIDADES PATOLÓGICAS EN LOS  
TEJIDOS BLANDOS BUCALES EN NIÑOS DE LA IEI N° 102,  
AYACUCHO 2016.**

**TESIS**

**Para optar el Título Profesional de CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR:**

Bach. Kevin Atachao Vila

**ASESOR:**

C. D. Rosa Milagros Cabero Manchego

**Ayacucho – Perú**

**2016**

*A mis padres, porque ellos siempre estuvieron  
a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos  
para hacer de mi una mejor persona.*

*A mi hermana, por sus palabras y compañía.*

*A mi esposa e hijo por sus palabras y confianza,  
por su amor y brindarme el tiempo necesario para  
realizarme profesionalmente.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la *Universidad Alas Peruanas* y en especial a la *Escuela Académico Profesional de Estomatología* por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

Al director de la Escuela Académico Profesional de Estomatología, *Dr. Henry Alarcón Prado*, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

A los Dres. *Mery De la Cruz Licas, Juan Barboza Navarro* y *John Tinco Bautista* por sus consejos, su enseñanza y más que todo por su amistad.

De igual manera agradecer a mi profesora de investigación, *C.D. Rosa Milagros Cabero Manchego*, por su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, por su rectitud en su profesión como docente y por sus consejos que ayudan a formarme como persona e investigador.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus enseñanzas.

***¡A todos ellos, MUCHAS GRACIAS!***

## RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de identificar y diferenciar las entidades patológicas en tejidos blandos bucales y su relación con el sexo y la edad, en 215 niños de 3 a 5 años de la I.E.I. N° 102 “Rosita de Lima” Ayacucho, que fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico intencional, mediante un examen clínico estomatológico para la recolección de datos en fichas clínica odontológicas, teniendo los siguientes resultados. La prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales fue de 54,9%. El sexo masculino presentó mayor incidencia con 57,5% y a la edad de 4 años con 72,2%. Se encontraron 7 entidades patológicas, siendo las más frecuentes la lengua saburral con 49,2%, úlcera traumática con 35,6%, absceso periapical con 16,9%, úlcera afosa recurrente con 7,6%, lengua geográfica con 2,5%; mientras que las de menor incidencia fueron la queilitis angular y la gingivoestomatitis herpética primaria con 0,8% cada una respectivamente. Se observó niños con solo una lesión en un 86,4%. El aula en que se hallaron niños con más entidades patológicas fue amarilla con el 100% de casos. El tipo de entidades patológicas como la lengua saburral y úlcera traumática estuvieron relacionadas con la edad ( $p < 0,05$ ); mientras que las otras entidades no, con respecto al sexo no se halló asociación ( $p > 0,05$ ).

Se concluye que existe un 54.9% de prevalencia de las lesiones de la mucosa bucal en el grupo investigado; supuestamente influidos por factores socioeconómicos, deficiencias nutricionales, hábitos orales, alteraciones inmunológicas entre otros. Informando y recomendando a los docentes y padres de familia sobre las patologías bucales existente en los niños de esa institución educativa, para una atención precoz y oportuna de las mismas evitando así complicaciones mayores.

**Palabras claves:** Entidades patológicas en tejidos blandos bucales, pacientes niños.

## ABSTRACT

A descriptive study was conducted cross-sectional, with the aim of identifying and differentiating the pathological entities in oral soft tissues and its relation to sex and age in 215 children aged 3 to 5 years of I.E.I. No. 102 "Rosita de Lima" Ayacucho, who were selected by an intentional non-probability samples using clinical examination estomatológico for data collection in clinical dental records, with the following results. The prevalence of pathologic entities in oral soft tissues was 54.9%. Males had higher incidence with 57.5% and at the age of 4 years with 72.2%. 7 pathological entities were found, the most frequent coated tongue with 49.2%, 35.6% traumatic ulcer with abscess periapical with 16.9%, recurring ulcer afosa with 7.6%, 2.5 geographic tongue %; while the lower incidence were angular cheilitis and primary herpetic gingivostomatitis with 0.8% each respectively. Children were observed with only a sprained 86.4%. The classroom in which children were found with more pathological entities was yellow with 100% of cases. The type of disease entities such as coated tongue and traumatic ulcers were associated with age ( $p < 0.05$ ); while other entities not about sex not association ( $p > 0.05$ ) found.

It is concluded that there is a 54.9% prevalence of oral mucosal lesions in the group investigated; supposedly influenced by socioeconomic factors, nutritional deficiencies, oral habits, immunological disorders among others. Informing and recommending to teachers and parents about the existing oral diseases in children of that school, for early and timely care of them avoiding further complications.

**Keywords:** Pathological entities in oral soft tissues, patients children.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>3</b>
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	3
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	4
1.2.1 Delimitación Espacial.....	4
1.2.2 Delimitación Social .....	5
1.2.3 Delimitación Temporal .....	5
1.2.4 Delimitación Conceptual .....	5
1.3 PROBLEMAS DE LA INVESTIGACIÓN .....	5
1.3.1 Problema Principal.....	5
1.3.2 Problemas Secundarios.....	5
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	6
1.4.1 Objetivo General.....	6
1.4.2 Objetivos Específicos .....	6
1.5 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN .....	6
1.5.1 Variable Independiente.....	6
1.5.2 Variable Interviniente .....	7
1.5.3 Definición Conceptual y Operacionalización de Variables.....	7
1.6 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
1.6.1 Tipo y Nivel de Investigación .....	9
1.6.2 Métodos y Diseño de Investigación .....	9
1.6.3 Población y Muestra .....	10
1.6.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos.....	11

1.6.5	Plan de análisis de datos .....	14
1.6.6	Implicancias éticas.....	14
1.7	JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.7.1	Justificación de la Investigación.....	15
1.7.2	Importancia de la Investigación .....	15
1.7.3	Limitación de la Investigación .....	16
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>		<b>17</b>
2.1	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	17
2.1.1	Antecedentes Internacionales.....	17
2.1.2	Antecedentes Nacionales .....	23
2.2	BASES TEÓRICAS .....	23
2.2.1	Entidades Patológicas de los Tejidos Blandos Bucales.....	23
2.2.2	Clasificación de las Entidades Patológicas.....	24
2.2.2.1	Lesiones Ampollosas y/o Vesiculares.....	24
	Gingivoestomatitis Herpética Primaria .....	24
2.2.2.2	Lesiones Ulceradas .....	26
	Úlceras Aftosas Recurrentes .....	26
	Úlcera Traumática.....	29
2.2.2.3	Otras alteraciones.....	30
	Absceso Periapical .....	30
	Lengua Geográfica .....	32
	Lengua Saburral .....	35
	Queilitis Angular.....	36
2.3	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS .....	37

<b>CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>39</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>67</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>71</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>72</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>80</b>
Anexo N° 1: Matriz de Consistencia.....	81
Anexo N° 2: Ficha clínica odontológica.....	83
Anexo N° 3: Cronograma .....	86
Anexo N° 4: Presupuesto.....	87
Anexo N° 5: Consentimiento Informado .....	88
Anexo N° 6: Autorización de la Institución .....	90
Anexo N° 7: Fotografías.....	91



## LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1: Características de los niños considerados en el estudio.....	40
Tabla N° 2: Frecuencia del tipo de entidades patológicas detectadas .....	45
Tabla N° 3 Frecuencia del tipo de entidades patológicas en relación con la edad .....	47
Tabla N° 4: Frecuencia del tipo de entidades patológicas en relación con el sexo.....	49
Tabla N° 5: Frecuencia de entidades patológicas en relación con el sexo ..	51
Tabla N° 6: Frecuencia de entidades patológicas en relación con la edad ..	54
Tabla N° 7: Frecuencia del número de entidades patológicas por individuo	58
Tabla N° 8: Frecuencia del número de entidades patológicas en relación al sexo.....	60
Tabla N° 9: Frecuencia del tipo de entidades patológicas en relación con el aula .....	63
Tabla N° 10: Frecuencia de entidades patológicas en relación con el aula .	65

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráficos N° 1: Frecuencia de niños según sexo en trece aulas .....	41
Gráficos N° 2: Frecuencia de niños según edad en trece aulas .....	42
Gráficos N° 3: Frecuencia de niños según aula .....	43
Gráficos N° 4: Frecuencia de entidades patológicas en niños .....	44
Gráficos N° 5: Frecuencia del tipo de entidades patológicas detectadas.....	46
Gráficos N° 6: Frecuencia del tipo de entidades patológicas en relación con la edad .....	48
Gráficos N° 7: Frecuencia del tipo de entidades patológicas en relación con el sexo.....	50
Gráficos N° 8: Frecuencia de entidades patológicas en relación con el sexo femenino .....	52
Gráficos N° 9: Frecuencia de entidades patológicas en relación con el sexo masculino.....	53
Gráficos N° 10: Frecuencia de entidades patológicas en relación con la edad de tres años .....	55
Gráficos N° 11: Frecuencia de entidades patológicas en relación con la edad de cuatro años .....	56
Gráficos N° 12: Frecuencia de entidades patológicas en relación con la edad de cinco años .....	57

Gráficos N° 13: Frecuencia del número de entidades patológicas por individuo .....	59
Gráficos N° 14: Frecuencia del número de entidades patológicas en relación al sexo.....	61
Gráficos N° 15: Frecuencia del número de entidades patológicas en relación con la edad .....	62
Gráficos N° 16: Frecuencia de entidades patológicas en relación con el aula .....	66

## LISTA DE FIGURAS

Figura N° 1: Entrada principal de la Institución Educativa Inicial .....	91
Figura N° 2: Materiales adecuados para la investigación clínica .....	92
Figura N° 3: Ejecución de la fase clínica .....	92
Figura N° 4: Gingivoestomatitis Herpética Primaria .....	93
Figura N° 5: Ulcera Aftosa Recurrente .....	93
Figura N° 6: Ulcera Traumática.....	94
Figura N° 7: Absceso Periapical.....	94
Figura N° 8: Lengua Geográfica.....	95
Figura N° 9: Lengua Saburral .....	95
Figura N° 10: Queilitis Angular.....	96

## INTRODUCCIÓN

Algunos de los factores prioritarios, a la hora de establecer planes preventivos para salud pública es el diagnóstico epidemiológico, el cual tiene como principal objetivo descubrir cuál es el estado de ciertas enfermedades en algunas poblaciones o regiones nacionales, permitiendo identificar los problemas y cuáles son los grupos poblacionales de mayor riesgo, lo cual ayuda a desarrollar estrategias preventivas para la solución de algunas patologías (1).

La población pediátrica conforma un grupo etario dinámico y complejo, en pleno crecimiento y desarrollo, sometido a continuos cambios biológicos, psico-emocionales y físicos que los hacen susceptibles de padecer diversas patologías. La aparición de lesiones en la mucosa bucal producen un gran impacto emocional sobre el niño y su entorno; por lo tanto el profesional tratante debe manejar adecuadamente la situación.

Las lesiones orales y periorales que desarrollan los niños, pueden llegar 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.

Frente a la gran cantidad de alteraciones que podemos encontrar en la mucosa de la boca del niño, debemos ser capaces de detectar dichas lesiones. Una conducta inadecuada al realizar tanto una exploración convencional de la mucosa oral como al establecer el diagnóstico diferencial de las lesiones puede suponer el pasar por alto lesiones importantes o el indicar un tratamiento inadecuado (2).

La patología de la cavidad bucal debe ser un punto de atención para el odontólogo general y odontopediátrico, quienes se encuentran en la capacidad de detectar lesiones bucales, las cuales con el tiempo pueden malignizarse. La mayoría de los clínicos se enfocan en las patologías relacionadas con los tejidos duros (caries y mal posición dentaria) así como también lesiones a nivel

gingival, sin prestar atención a las posibles alteraciones de los tejidos blandos (3).

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

La presente investigación se realizó con la finalidad de identificar la prevalencia de entidades patológicas en los tejidos blandos bucales en niños. La investigación en esta área es limitada y en consecuencia la descripción de estas entidades patológicas, son hechas basándose en estadísticas extranjeras, la cual corresponde a otros grupos raciales, estructuras socioeconómicas y culturales diferentes que modulan de manera substancial la aparición y prevalencia de las diversas patologías bucales.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

La población pediátrica en Perú, constituye un grupo que ha sido señalado entre las prioridades de los planes de desarrollo, sin embargo, en la práctica la falta de atención adecuada y oportuna a sus necesidades más importantes configura hoy un sector poblacional con múltiples problemas acumulados.

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

Las entidades patológicas en los tejidos blandos continúan siendo un problema de salud bucal tanto en los niños como en las personas adolescentes y adultas, después de la caries dental, enfermedad periodontal y maloclusión (4, 5). El conocimiento sobre estas patologías juega un papel muy importante para el clínico. Los estudios epidemiológicos realizados a lo largo de estos últimos años, han mostrado una variación considerable en la prevalencia de las lesiones de las mucosas bucales en diferentes zonas de todo el mundo y el impacto que pueda tener en la sociedad y el costo de su tratamiento.

Los pacientes pediátricos pueden desarrollar diversas lesiones a nivel de la cavidad bucal y peribucales, 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 y tratamiento acorde con el padecimiento presente.

La exploración de la mucosa oral en el paciente pediátrico debe ser de manera ordenada. Su importancia radica en que cuanto más antes se diagnostique una determinada lesión oral mejor será su pronóstico; ya que en determinados casos éstas pueden ser signos de enfermedades sistémicas cuya primera manifestación es en el campo orofacial.

Muchas veces, el reconocimiento de las enfermedades infecciosas causa dificultades al odontólogo porque está poco familiarizado con los cuadros patológicos y con sus correspondientes síntomas orales. Dado que muchas veces las enfermedades pediátricas son catalogadas como infecciones benignas pero en algún caso pueden ocasionar complicaciones serias, es por eso la importancia de conocer cuáles son las más relevantes y su curso evolutivo.

Existen algunos factores que pueden aumentar el riesgo de padecer algunas de las enfermedades orales como la genética, la edad, bajo nivel socioeconómico, entre otros; siendo este uno de los motivos principales para la realización de la presente investigación.

## **1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1 Delimitación Espacial**

Esta investigación estuvo comprendida en el Departamento de Ayacucho, Provincia de Huamanga, Distrito de Ayacucho; con los niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”.



### **1.2.2 Delimitación Social**

El grupo social objeto de estudio fueron niños de 3 a 5 años de edad, que asisten a la institución arriba mencionada.

### **1.2.3 Delimitación Temporal**

La investigación se desarrolló entre marzo y abril del presente año, considerando que fue un periodo que permitió establecer los objetivos planteados.

### **1.2.4 Delimitación Conceptual**

Esta investigación abarcó el tema de prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales en niños.

## **1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Problema Principal**

¿Cuál es la prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales en niños de 3 a 5 años de edad de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho?

### **1.3.2 Problemas Secundarios**

- ¿Cuál es la prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales de acuerdo al sexo?
- ¿Cuál es la prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales según la edad?
- ¿Cuál es la prevalencia del número de entidades patológicas en tejidos blandos bucales por niño?
- ¿Cuál es la prevalencia del tipo de entidades patológicas detectadas en tejidos blandos bucales?

- ¿Cuál es la prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales en relación con el aula en el que se hallan los niños?

## **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1 Objetivo General**

- Determinar la prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales en niños de 3 a 5 años de edad de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Determinar la prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales de acuerdo al sexo.
- Determinar la prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales según la edad.
- Cuantificar la prevalencia del número de entidades patológicas en tejidos blandos bucales por niño.
- Determinar la prevalencia del tipo de entidades patológicas detectada en tejidos blandos bucales.
- Determinar la prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales en relación con el aula en el que se hallan los niños.

## **1.5 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1 Variable Independiente**

- Entidades patológicas en tejidos blandos bucales

## 1.5.2 Variable Interviniente

- Sexo
- Edad

## 1.5.3 Definición Conceptual y Operacionalización de Variables

### 1.5.3.1 Definición Conceptual

- **Apariencia externa:** la apariencia se refiere a aquello que se puede ver o percibir de una persona o de un objeto desde afuera, aquello que se ve a simple vista, lo que muestra externamente una persona de sí misma hacia los demás, no hay una mayor profundización, ni un conocimiento de cómo es esta persona, simplemente es lo que se puede percibir desde afuera (6).
- **Edad:** con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo (7).
- **Entidades patológicas:** la OMS define la entidad clínica como aquella alteración o interrupción de la estructura o función de una parte del cuerpo, con síntomas y signos característicos y cuya etiología, patogenia y pronóstico pueden ser conocidos o no (8).
- **Ficha Clínica Odontológica:** se define como un documento fundamental en que se recoge la descripción ordenada, completa y precisa de la experiencia que el odontólogo obtiene en su relación directa y técnica con los pacientes (9).
- **Sexo:** se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos (10).

### 1.5.3.2 Operacionalización de Variables

**Título:** Prevalencia de entidades patológicas en los tejidos blandos bucales en niños de la IEI N° 102, Ayacucho 2016

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Tipo	Escala	Valor
Entidades patológicas en tejidos blandos bucales	Implica identificar la prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales en niños de 3 a 5 años de edad	Entidades patológicas según el sexo	Ficha clínica odontológica	Cualitativa	Nominal	Con lesión patológica
		Entidades patológicas según la edad	Ficha clínica odontológica	Cuantitativa	Discreta	Sin lesión patológica

Variable	Definición	Indicador	Tipo	Escala	Valor
Sexo	Características externas del sujeto	Aparición externa	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Años de vida transcurridos del sujeto desde el nacimiento hasta la fecha de la evaluación	Ficha clínica odontológica	Cuantitativa	Discreta	3 años 4 años 5 años

## **1.6 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.6.1 Tipo y Nivel de Investigación**

#### **1.6.1.1 Tipo de Investigación**

Aplicada; porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en investigación. El uso del conocimiento y los resultados de investigación que da como resultado una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad (11-13).

#### **1.6.1.2 Nivel de Investigación**

Descriptiva; porque no se interviene o manipula el factor de estudio, es decir se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio en condiciones naturales, en la realidad (11).

### **1.6.2 Métodos y Diseño de Investigación**

#### **1.6.2.1 Método de Investigación**

Observacional

#### **1.6.2.2 Diseño de Investigación**

Transversal; porque intentan analizar el fenómeno en un período de tiempo corto, un punto en el tiempo, por eso también se le denomina de corte (11).

No experimental; porque se realizará el estudio sin manipular deliberadamente las variables; es decir, se observarán los fenómenos tal y como se den en su contexto natural para después analizarlos (14).

### 1.6.3 Población y Muestra

#### 1.6.3.1 Población

La población estuvo comprendida por todos los niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima” matriculados en el año académico 2016, que consta de 341 alumnos y se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

N°	SECCIÓN	EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1	Amarillo	3 años	14	12	26
2	Rosada	3 años	11	15	26
3	Celeste	3 años	12	13	25
4	Blanca	3 años	12	13	25
			<b>49</b>	<b>53</b>	<b>102</b>
5	Violeta	4 años	10	18	28
6	Turquesa	4 años	13	12	25
7	Fucsia	4 años	13	14	27
8	Verde limón	4 años	14	15	29
9	Coral	4 años	14	14	28
			<b>64</b>	<b>73</b>	<b>137</b>
10	Roja	5 años	12	13	25
11	Azul	5 años	16	10	26
12	Verde	5 años	18	8	26
13	Anaranjada	5 años	10	15	25
			<b>56</b>	<b>46</b>	<b>102</b>
<b>TOTAL</b>			<b>169</b>	<b>172</b>	<b>341</b>

#### 1.6.3.2 Muestra

La muestra estuvo conformada por 215 niños, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. El muestreo fue no probabilístico intencional.

### **1.6.3.3 Criterios de Inclusión**

Para el presente trabajo de investigación se utilizó los siguientes criterios de inclusión:

- Niños de 3 a 5 años de edad.
- Ambos sexos.
- Niños que están matriculados en el año académico 2016.
- Niños que permitieron la revisión bucal.
- Niños que asistieron el día de la examinación.
- Niños de los que se obtuvo el formato de consentimiento informado, firmado por el Padre, Madre o Tutor.

### **1.6.3.4 Criterios de Exclusión**

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Niños menores de 3 años o mayores de 5 años.
- Niños que no están matriculados en el año académico 2016.
- Niños que no permitieron la revisión bucal.
- Niños que no asistieron el día de la examinación.
- Niños de los que no se obtuvo el formato de consentimiento informado firmado por el Padre, Madre o Apoderado.

## **1.6.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos**

### **1.6.4.1 Técnica de Recolección de datos**

La recolección de datos se realizó mediante dos etapas:

#### **a. Etapa de selección**

Para seleccionar los niños que integraron la muestra de la presente investigación se verificó si cumplían con los requisitos especificados en los criterios de inclusión y exclusión, y así pasaron a la etapa clínica de la investigación.

### **b. Etapa de examen clínico estomatológico**

La evaluación de los niños que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión se ejecutó en los ambientes de la propia institución; y se les realizó un examen clínico de la siguiente manera:

- Paciente sentado, con iluminación natural y artificial.
- Utilizando espejo, explorador y pinza porta algodón se procedió a realizar una exploración clínica para el respectivo llenado de la ficha clínica odontológica.

Para el llenado de esta ficha, se realizó una exploración clínica estomatológica de la cavidad bucal dándole mayor relevancia a la inspección de la mucosa bucal, tejidos blandos bucales y peribucales, por medio de las maniobras exploratorias que incluyen inspección, palpación, auscultación y percusión (15, 16, 17).

La exploración debe ser sistemática y garantizar una evaluación completa sin omisiones (16) siguiendo una secuencia cuidadosa y metódica establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (18), como condición para un diagnóstico sólido, y utilizando un equipo de examen básico con el objetivo de determinar la presencia de entidades patológicas en los tejidos blandos bucales. Cada niño será evaluado una sola vez.

### **c. Etapa de registro de datos**

Todos los datos obtenidos fueron registrados en una ficha de recolección de datos (Anexo N° 2) para cada niño, la cual se confeccionó para el desarrollo de esta investigación.

#### **1.6.4.2 Instrumentos de Recolección de datos**

- Consentimiento informado (Anexo N° 5)



- Ficha clínica odontológica (Anexo N° 2), donde se consigna lo siguiente:
  - Número de ficha y fecha
  - Datos generales (nombres y apellidos, edad, sexo, nombre del padre o tutor)
  - Hábitos, enfermedades, medicamentos
  - CEOD, enfermedad periodontal, tipo de mala oclusión
  - Características de la lesión
  - Diagnóstico, pronóstico
- Instrumentales de examen odontológico:
  - Espejos bucales
  - Exploradores bucales
  - Pinza para algodón
  - Cajas metálicas
  - Guantes
  - Mascarillas
  - Campos descartables
  - Vasos descartables
  - Baja lengua de madera
  - Gasa
  - Algodón
  - Envase porta desechos
  - Fuente de luz artificial (linterna)
- Materiales de desinfección:
  - Sablón
- Materiales de oficina:
  - Lapiceros (azul, rojo)
  - Lápices
  - Corrector líquido
  - Hojas bond

- Otros:  
01 cámara fotográfica
- Archivador para el almacenamiento de las fichas de consentimiento informado y ficha clínica odontológica.

#### **1.6.5 Plan de análisis de datos**

Concluida con la recolección de la información se procedió a crear una base de datos en hoja de cálculo Microsoft Excel en ambiente Windows XP. Esta base fue procesada con el Software Estadístico SPSS Versión 20.0 (*Statistical Package for Social Science*), con lo cual se construyeron cuadros de contingencia de una o doble entrada aplicándoles la prueba estadística de Chi Cuadrado (CHI<sup>2</sup>) para determinar la relación de las principales variables de estudio.

#### **1.6.6 Implicancias Éticas**

El plan de tesis fue revisado y aprobado para su ejecución por la Comisión de Revisión de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Filial Ayacucho.

Se elaboró una hoja de consentimiento informado (Anexo N° 5) para ser entregado al padre y/o tutor, en la cual autorizó a su hijo o representado para que participe en el estudio.

A todos los padres y/o tutores de los niños, se les convocó para una reunión, de manera tal que se les brindó información acerca de la investigación y la importancia que representaba la colaboración de los mismos para la recolección de datos.

Se solicitó la autorización correspondiente al director de la Institución Educativa Inicial N° 102 Rosita de Lima (Anexo N° 6).

## **1.7 JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.7.1 Justificación de la Investigación**

En el Perú como en la mayoría de los países de América Latina, la investigación en esta área es limitada y en consecuencia la descripción de estas entidades patológicas, son hechas basándose en estudios internacionales, lo cual corresponde a otros grupos raciales, estructuras socioeconómicas, culturales y edades diferentes, que modulan de manera substancial la aparición y prevalencia de las diversas patologías bucales (4).

Debido a la carencia de estudios nacionales enfocados en esta área se planteó la necesidad de realizar esta investigación, para conocer las diferentes entidades patológicas en los tejidos blandos de la cavidad bucal en la población pediátrica (19).

### **1.7.2 Importancia de la Investigación**

La finalidad de la presente investigación fue determinar la prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos en niños. También se hizo énfasis en aspectos relacionados a la correcta confección y llenado de una ficha odontológica y el examen minucioso de la mucosa oral de los pacientes pediátricos para poder detectar lesiones, llevar a cabo un correcto diagnóstico y un apropiado tratamiento.

Actualmente la situación de pobreza que atraviesa nuestro país afecta también las condiciones de salud bucal de la población pediátrica y adolescente, ya que si evaluamos las respuestas de la profesión odontológica en el Perú a los problemas de patología

bucal, encontramos que son escasos los planes y proyectos, tanto nacionales y regionales, para este tipo de población (19).

### **1.7.3 Limitación de la Investigación**

El desarrollo de la presente investigación requirió de la colaboración de los padres de familia de los niños examinados, para la autorización del examen y brindando información para el correcto llenado de las fichas odontológicas, pero lamentablemente por el desconocimiento del tema; las entidades patológicas y sus consecuencias, no siempre se pudo contar con dicho apoyo apropiadamente.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **2.1.1 Antecedentes Internacionales**

**Marshall M, Feldstedt M, Fernández J, Fernández A, Esguep A, (2014).**

“Prevalencia de lengua geográfica en niños chilenos de 7 a 10 años de edad”. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de lengua geográfica y evaluar su asociación con el estrés emocional, irritación crónica, lengua fisurada y tipo de establecimiento educacional, en niños de 7 a 10 años de edad en la ciudad de Viña del Mar, Chile. De un total de 27.234 escolares, cursando 2° a 5° año básico, pertenecientes a colegios de la ciudad de Viña del Mar, Chile; se examinaron 436 niños. Se realizó un estudio descriptivo transversal de alumnos provenientes de tres tipos de establecimientos educacionales diferentes: particular, particular con subvención del estado de Chile y municipalizado. Las variables estudiadas fueron edad, sexo y establecimiento educacional. Adicionalmente, en los alumnos con lengua geográfica y 23 alumnos sin este diagnóstico se evaluó la presencia de lengua fisurada, irritación lingual crónica y estrés emocional. De los 436 niños, 23

presentaron lengua geográfica, evidenciando una prevalencia de 5,28%, con un IC 95% de 3,37% a 7,81%. No se evidenciaron diferencias respecto al sexo, edad ni tipo de establecimiento educacional. No se determinaron factores asociados a lengua geográfica. La prevalencia de lengua geográfica determinada es similar a otros estudios que abarcan la misma población de rangos etarios. Al igual que en otros estudios no se pudo demostrar que el estrés emocional, irritación crónica, lengua fisurada y tipo de establecimiento educacional constituyeron factores asociados a la presencia de lengua geográfica (20).

**Aroucha T, Melo C, Fontes A, Nogueira da Fortoura Ma, Guimarães E, Ferreira F, (2013).**

“Patologías bucales en niños y adolescentes: Estudio retrospectivo de veinte años”. El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de la patología bucal y maxilofacial en niños y adolescentes de 0 a 16 años, diagnosticados en un período de 20 años. Los datos fueron recogidos de los 277 casos diagnosticados entre los años 1985 y 2005. Los datos recolectados fueron sexo, edad del paciente al momento del diagnóstico, región anatómica afectada y el diagnóstico histopatológico. Se encontró que la patología de los tejidos blandos benignos fueron los más frecuentes, representando el 41,52% de toda la patología maxilofacial en niños y adolescentes, y las lesiones más comunes fueron: granuloma piógeno (14,44%), proceso inflamatorio crónico (12,9%) y hemangioma (11,55%), y la prevalencia anatómica de los labios. Entre los casos de tumores malignos (10,83%), los más prevalentes fueron linfoma de Hodgkin (2,16%), linfoma no Hodgkin (2,16%), tumores malignos no identificados (2,16%) y sarcoma (1,44%). En cuanto al sexo, hubo una mayor frecuencia de trastornos en los pacientes de sexo masculino (55,76%), excepto para el grupo de enfermedades de la piel, que eran más comunes en las mujeres (21).

**Madera M, Montesino E, Orozco J, Peralta A, Jiménez M, (2011).**

“Prevalencia de patologías linguales en niños atendidos en clínicas odontológicas de la Universidad de Cartagena”. El propósito de este estudio

fue determinar la prevalencia de patologías linguales en niños atendidos en clínicas odontológicas de la Universidad de Cartagena entre 1999 y el 2009. La muestra consistió en 297 historias clínicas seleccionadas aleatoriamente en el 2010. Se evaluó la presencia de patologías, clasificación y características sociodemográficas. Se utilizaron distribuciones de frecuencia absoluta y relativa con intervalos de confianza del 95% y un límite de significancia de 0,05. La prevalencia de patologías linguales fue 39,4%; las lesiones más frecuentemente diagnosticadas fueron: lengua saburral con el 32,7%, anquiloglosia con el 5,7%, glositis migratoria benigna con el 1,7%, y lengua fisurada con el 0,7% (22).

**Keochgerián V, Cuestas M, Padula D, Scavino M, (2009).**

“Frecuencia de las enfermedades de la mucosa bucal en Uruguay en niños de 0 a 14 años”. Realizaron un estudio clínico-epidemiológico, analítico y transversal en 401 individuos de 0 a 14 años, distribuidos en dos muestras aleatorias, provenientes del Instituto Nacional del Niño y Adolescente de Uruguay (INAU) y el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU). El objetivo de su estudio fue establecer la prevalencia de las enfermedades de la mucosa bucal en 401 pacientes y en cada una de las muestras; determinar la influencia del género, la edad, la localización en la mucosa, la situación socio-económica-cultural, establecer la frecuencia relativa por categorías de enfermedades y comparar los resultados obtenidos con estudios similares de otros medios. La prevalencia total fue de 32.9%; en CASMU 36.8% y en INAU 29%. Las variables edad y género no determinaron diferencias significativas. Se consideraron lesiones: traumáticas, de desarrollo, infecciosas, inmunoalérgicas, crecimientos tisulares, por acción del tabaco e idiopáticas. Las lesiones más prevalentes fueron las traumáticas y las de desarrollo (23).

**Jiménez C, Brito F, Ortiz V, Virgüez Y, (2008).**

“Identificación de entidades patológicas en los tejidos blandos bucales de la población rural infantil y adolescente de la Unidad Educativa Padre Luis Ormieres “Fe y Alegría” de Maturín, Estado Monagas en el período agosto -

noviembre 2005". El propósito de su estudio fue el de determinar lesiones patológicas en tejidos blandos de la población infantil y adolescentes de la Unidad Educativa Padre Luis Ormieres "Fe y Alegría" de una región rural en Maturín, Estado Monagas - Venezuela, en el período de agosto - noviembre del 2005. Realizaron el trabajo en una población de 875 pacientes entre 3 y 17 años de edad, de los cuales 205 pacientes (23,42%) presentaron 211 lesiones lo que equivale al 1,02% de lesiones patológicas en tejidos blandos; el género femenino fue el más prevalente 53%. Las lesiones más frecuentes fueron la úlcera traumática con 24,2%, seguido por lengua geográfica con 13,3%, nevus el 11,84%, fibroma traumático 10,42%, mácula melanótica 10%, afta recurrente menor 6,63%, mucocelos 4,73%, leucoplasia 4,26%, morsiscatum bucare y herpes labial recurrente 2,36%, papiloma 1,9%, queilitis angular 1,42%, glositis romboidea media, quiste gingival y queratosis friccional con el 0,94% y hemangioma capilar, impétigo, fibroma periférico, gingivoestomatitis herpética, queilitis actínica candidiasis atrófica y estomatitis subprotésica cada una con 0,47%. La edad de mayor prevalencia fue entre 12 y 14 años con 26% y la localización más frecuente fue el labio con 54% seguido por carrillo 20%, lengua 19%, encía 4%, paladar 2% y región perinasal 1%. La raza mestiza fue la de mayor prevalencia con 71% (5).

**Jiménez C, Kkilikan R, Pérez C, Herrera N, Hernández L, (2008).** "Estudio retrospectivo de lesiones patológicas en niños y adolescentes. Servicio de Clínica Estomatológica Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela. Período 1992 - 2006". El objetivo principal fue conocer y describir las diversas patologías bucales que afectan a niños y adolescentes, que asistieron al Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la U.C.V. en el período 1992-2006, dicha información la recopilaron mediante historias clínicas, examen clínico, e histopatología de cada uno de los casos; determinando lesiones más frecuentes, grupo etareo, género y localización en cavidad bucal. Resultaron un total de 944 pacientes en un período de 15 años, la lesión más frecuente fue el mucocelo (19,60%), seguida por fibroma traumático (10,28%), virus herpes tipo i (8,26%), granuloma piogénico (7,10%) y papiloma bucal (6,89%); el género femenino predomina



con (54,66%), con respecto al masculino de (45,34%). El grupo etareo más afectado fue entre los 13 a 16 años (32%), siendo las localizaciones más frecuentes: labio inferior (35%), encía (27%), carrillo (12%), labio superior (10%), lengua y paladar (8%) (4).

**Jiménez C, Kkilikan R, Ramírez R, Ortiz V, Virgüez Y, Benítez A, (2007).**

“Levantamiento epidemiológico de lesiones patológicas en los tejidos blandos de la cavidad bucal de los niños y adolescente del Centro Odontopediátrico de Carapa, Parroquia Antímamo, Caracas, Distrito Capital – Venezuela. Período mayo – noviembre 2005”. El propósito de su estudio fue realizar un levantamiento epidemiológico de lesiones patológicas en tejidos blandos en niños y adolescentes en una región urbana de la ciudad de Caracas – Venezuela, en el Centro Odontopediátrico de Carapa, Parroquia Antímamo, en un período de mayo – noviembre del 2005. Realizaron el trabajo en una población de 245 pacientes entre 2 y 17 años de edad, de estos 69 pacientes (28,16%) presentaron 82 lesiones lo cual equivale al 1,18% de lesiones patológicas en tejidos blandos; el género masculino fue el más prevalente 56,52%. Las lesiones más frecuentes fueron el morsiscatum buccarum y la leucoplasia con 15,87%, seguido por el fibroma traumático con 12,19%, candidiasis y glositis migratoria benigna el 9,75%, úlcera traumática 8,53%, queilitis actínica y herpes recurrente 6,09%, mucocele 4,87%, quiste de erupción, impétigo, estomatitis nicotínica y estomatitis subprotésica 2,43% y úlcera aftosa recurrente 1,21%. La edad de mayor prevalencia fue entre 16 y 17 años 49,27% y la localización anatómica más frecuente fue carrillo y reborde 28% seguido por labio 25%, lengua el 16%. La etnia mestiza fue la de mayor prevalencia con 53,33% (19).

**Espinosa M, Loza G, Mondragón R, (2006).**

“Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos. Informe preliminar”. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en los pacientes pediátricos mexicanos. Realizaron una 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. 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 candidiasis eritematosa (25,6%) y las lesiones ulcerativas (16,3%). Casi tres cuartas partes de las lesiones que encontraron estuvieron asociadas a mala higiene bucal aunada al empleo de aparatología de ortodoncia fija y removible (24).

**Reynoso A, Mendoza V, (2004).**

“Magnitud de lesiones bucales de tejidos blandos en niños de 1 a 6 años de edad de la ciudad de México”. 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 período de octubre del 2001 a septiembre del 2002. El trabajo fue realizado en 1,057 niños en quienes diagnosticaron 466 lesiones (44%); evaluando 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 (25).

**García M, García J, González M, (2002).**

“Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de Oviedo - España”. El objetivo fue determinar la prevalencia de las enfermedades orales en la población infantil de 6 años de la ciudad de Oviedo. Seleccionaron una muestra representativa de la población de 6 años de edad de Oviedo (n=786 niños), participando en la revisión 624 niños. Siguieron un protocolo elaborado específicamente para enfermedades y condiciones orales infantiles. El número de lesiones que observaron fue 344 en 243 niños. La lesión más frecuente fue la lengua saburral (16,02%), seguido de las lesiones traumáticas (12,17%) y la lengua geográfica (4,48%). la prevalencia de la estomatitis aftosa fue de 2,24% y del herpes labial del 1,6%. La anquiloglosia se manifestó en el 2,08% y el frenillo labial hipertrófico en el 1,28% (26).

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

Se revisaron diversas fuentes referentes a las patologías bucales en tejidos blandos; pero hasta la actualidad no hay estudios ni investigaciones al respecto a nivel nacional y regional.

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1 Entidades Patológicas de los Tejidos Blandos Bucles**

Las lesiones bucales son alteraciones morfológicas que ocurren en la mucosa bucal, con determinadas características propias, individualizadas, con determinados patrones, a partir de los cuales y junto con otros datos clínicos se pueden identificar como una enfermedad (3).

Aunque algunas alteraciones orales se manifiestan solas, otras pueden ser a menudo un signo de una enfermedad de orden general; pero que muchas veces hacen su primera y única aparición en la boca (27, 28).

Cada una de estas afecciones se manifiestan con signos y síntomas, algunos son característicos y por lo tanto facilitan el diagnóstico. En otros casi están ausentes o se presentan en forma atípica, entonces es la oportunidad de poner en práctica los conocimientos y la experiencia para realizar un correcto examen clínico (27).

El diagnóstico de las lesiones orales es sobre todo un ejercicio de patología clínica, que a su vez se basa en el estudio de dichas alteraciones. Normalmente, estas lesiones se deben a gérmenes u otros agentes patógenos. Para que el clínico pueda reconocer y describir estas lesiones, deben existir unas referencias con las cuales se pueda comparar tales alteraciones. De esto se deduce que el conocimiento básico de las relaciones clínicas normales de la cavidad oral y de las zonas adyacentes es un requisito previo para la detección de las enfermedades de la cavidad oral (29).

El diagnóstico no es un objetivo en sí mismo; es la base del pronóstico y del tratamiento. Por ello, el clínico debe seguir una rutina diagnóstica metódica que identifique todas las características de un proceso patológico, para llegar de forma rápida y efectiva al objetivo de un diagnóstico definitivo (29).

### **2.2.2 Clasificación de las Entidades Patológicas**

Los sistemas de clasificación de las distintas patologías del organismo permiten crear una estructura sobre la cual estudiar científicamente tanto el origen, evolución y tratamiento de las distintas enfermedades. Además, crea un lenguaje común y universal con el cual los clínicos de las diversas regiones del mundo pueden comunicarse entre sí.

Existen múltiples clasificaciones, según criterios de los diferentes autores, para las lesiones de los tejidos blandos bucales.

Según Bezerra, las afecciones estomatológicas pediátricas se clasifican en (15):

#### **2.2.2.1 Lesiones Ampollosas y/o Vesiculares**

##### **a. Gingivoestomatitis Herpética Primaria**

**Otras Nomenclaturas:** Panestomatitis herpética (16).

**Definición:** es una enfermedad infecciosa aguda que afecta sobre todo a los niños de 2 a 5 años de edad (15).

**Etiología:** es causada por el herpes virus tipo 1 (HSV-1), siendo transmitido por el contacto directo con la saliva contaminada o a través de lesiones presentes (30).

Aproximadamente 1% de la población mundial desarrollará gingivoestomatitis herpética primaria y aunque sea raro, el herpes virus tipo 2 (HSV-2), también puede causarla (15). Las infecciones generalizadas por herpes son muy raras y aparecen en niños inmunodeprimidos (30).

**Frecuencia:** suelen aparecer en niños, fundamentalmente entre los 5 - 6 meses y los 4 – 6 años; sin existir preferencia por ningún sexo. Aunque con menor frecuencia, también puede aparecer en adolescentes, adultos jóvenes y pacientes con inmunodeficiencias (16).

**Localización:** aunque de preferencia se localizan en los labios, pueden estar presentes en la encía, lengua, mucosa yugal, paladar, tonsilas (amígdalas) y porción anterior de la faringe (15).

**Características Clínicas:** el período de incubación es de 2 - 7 días. La enfermedad comienza con síntomas prodrómicos, como fiebre alta, irritabilidad, malestar general, cefaleas y disfagia (16, 30). La linfadenopatía regional bilateral es una característica constante de la enfermedad (31). A los 3 – 5 días es característico un enrojecimiento y tumefacción de las encías (16).

Cuando los signos están presentes, además de la mucosa de color rojo intenso, inflamada, también se presentan numerosas vesículas. Luego de 24 horas como promedio, dichas vesículas se unen formando ampollas que se rompen provocando la aparición de pequeñas úlceras semejantes a las aftas. Estas úlceras son dolorosas, superficiales, redondeadas y contorneadas por un halo eritematoso. En algunos casos se observa estomatitis generalizada envolviendo toda la mucosa. El paciente puede presentar, incluso, linfadenopatía, fiebre y sialorrea (15).

Las vesículas pueden formarse en cualquier parte de la mucosa oral, incluyendo la piel que rodea los labios (28). Estas tienen la particularidad de agruparse en ramilletes. Cuando se asientan en la piel de los labios, suelen mantenerse como tales durante un tiempo, a veces días, para después

romperse y dar lugar a la lesión elemental secundaria a la ruptura de las vesículas, que es la erosión, cubierta por una costra, producto de la desecación del contenido líquido de la lesión primaria (32). En casos más raros, las mucosas nasal y conjuntiva pueden afectarse (15).

La infección primaria puede comprometer a niños y adultos. Al terminar la infección primaria, el virus migra para el ganglio trigémino y permanece en estado de latencia. Frente a ciertos estímulos, puede ocurrir un desequilibrio virus-hospedero determinando la recurrencia de la infección (15, 33).

Este trastorno cura sin necesidad de tratamiento y las úlceras sanan espontáneamente en un plazo de 10-14 días sin dejar cicatrices (28).

El diagnóstico se realiza mediante la anamnesis y su aspecto clínico (28), que debe realizarse a través de las erosiones cubiertas por pseudomembranas que son el equivalente de las costras fuera de la boca (32).

**Tratamiento:** en la mayoría de los casos, el tratamiento es sintomático, aunque el uso de aciclovir o valaciclovir ha demostrado su eficacia (15).

Los antibióticos deben ser utilizados sólo en casos con infecciones secundarias. Como prevención para evitar su diseminación, se pueden prescribir enjuagues bucales con clorhexidina al 0.12%. Algunos autores recomiendan analgésicos, dependiendo del número y severidad de las lesiones y la zona afectada. Otros indican, además, la vitamina C diaria por largos períodos. Debe indicarse el consumo de alimentos blandos, no ácidos e ingestión abundante de líquidos (15).

#### **2.2.2.2 Lesiones Ulceradas**

##### **a. Úlceras Aftosas Recurrentes**

**Otras Nomenclaturas:** afta, afta vulgar, periadenitis, mucosa necrótica recurrente cicatrizante (15), estomatitis aftosa recurrente, aftosis oral recidivante (16), aftas recurrentes, aftas recidivantes (32).

**Definición:** son ulceraciones bucales que aparecen de forma característica en intervalos que varían de días hasta años. Es una enfermedad relativamente común y puede presentarse en cualquier región de la mucosa bucal (15).

**Etiología:** todavía no está definida, sugiriendo su relación con enfermedades sistémicas, factores genéticos, infecciosos, al igual que se afirma que existen factores predisponentes (15, 16).

Las aftas se observan con frecuencia en pacientes con inmunodepresión, enfermedades crónicas y los sometidos a tratamientos inmunoestimuladores. Algunos factores predisponentes son: trauma local, alteraciones emocionales, fisiológicas, endocrino-metabólicas, infecciones y alergias, entre otros de origen etiológico multifactorial. Aunque estos son considerados factores predisponentes, parece ser que el desequilibrio del sistema inmune siempre está presente. Hay pacientes que comunican signos previos a la aparición de las aftas como la hipertermia local, prurito, hiperestesia, aspereza y/o tumefacción (15).

**Frecuencia:** es común luego de los seis años de edad; se considera una enfermedad típica de la infancia y adolescencia. El sexo femenino es el más afectado y su severidad disminuye con la edad. Ocurre en alrededor del 10% de la población mundial, aunque su frecuencia varía de 5 a 6% (15).

**Localización:** la mucosa bucal móvil no queratinizada es la más afectada (mucosa labial, paladar blando, mucosa yugal, piso de boca y úvula) (31, 32).

**Características Clínicas:** clínicamente las ulceraciones varían en tamaño, número y localización; son clasificadas en menor, mayor y herpetiforme (15).

Las **úlceras aftosas menores o de Mikulick BOJ** son las más comunes en niños y adultos, representan el 80% de los casos, caracterizándose como úlceras redondeadas, superficiales, de 3 a 6 mm de diámetro, recubiertas por una membrana amarillo pálido, con un borde eritematoso (15).

Por lo general, aparecen en zonas no queratinizadas de la mucosa oral: mucosa yugal, fondo del vestíbulo, punta y bordes laterales de la lengua, mucosa labial y suelo de la boca (16, 28). Las lesiones pueden ser únicas o múltiples (dos o seis) (31) y curan en 7 - 10 días sin dejar cicatriz. Suelen recurrir tras períodos de remisión muy variables (16).

Las **úlceras aftosas mayores** son menos comunes y se presentan más profundas, con sintomatología dolorosa, su tamaño es de 1 a 2 cm de diámetro (15), y el número varía de uno a cinco (31). Permanecen por tres a seis meses o más, y pueden causar cicatrices defectuosas residuales (31).

Las **úlceras herpetiformes**, raras en niños, son úlceras superficiales, pequeñas, dolorosas, de 1 a 2 mm de diámetro (15). Característicamente, las úlceras son múltiples (10 – 100 en número), persiste por una o dos semanas y curan sin dejar cicatrices residuales (31).

En ocasiones, los pacientes experimentan síntomas prodrómicos de hormigueo o ardor antes de la aparición de las lesiones (33).

Las úlceras aftosas recurrentes pueden clasificarse en simples o complejas. Las lesiones del tipo simple desaparecen en un lapso de hasta dos semanas, pero las complejas que se presentan como lesiones profundas, grandes y numerosas, tardan más de dos semanas para desaparecer (15).

El diagnóstico se basa fundamentalmente en las características clínicas y los antecedentes de la patología en la mayoría de los pacientes (28, 32).

**Tratamiento:** el tratamiento se basa en el alivio sintomático, mediante tratamiento tópico con anestésicos y corticosteroides o inyección intralesional



de corticosteroides. En casos de recurrencias frecuentes y más graves, se pueden utilizar los corticosteroides sistémicos, en dosis reducidas. Para prevenir o tratar las infecciones secundarias, que ocurren sobre las lesiones aftosas, se indican enjuagues bucales con clorhexidina al 0.12%. En casos de niños muy pequeños, se aplica el medicamento sólo sobre la lesión, con un hisopo humedecido (15).

### **b. Úlcera Traumática**

**Definición:** lesión en cualquier región de la mucosa bucal, con pérdida de capas epiteliales por agentes traumáticos (15, 31).

**Etiología:** es el resultado del contacto con agentes químicos, por ejemplo, ácido acetilsalicílico; agentes físicos, como las quemaduras térmicas o eléctricas; o por contusiones mecánicas recurrentes de piezas dentales fracturadas o con bordes incisales puntiagudos, restauraciones mal adaptadas, aparatos ortodóncicos, mordedura accidental posterior a la anestesia, cuerpos extraños, prótesis dental, iatrogénicas o por objetos introducidos inadvertidamente en la cavidad bucal (15).

**Frecuencia:** la incidencia en niños es común (31).

**Localización:** las úlceras traumáticas pueden producirse en cualquier lugar de la boca, pero se originan con mayor frecuencia en los bordes laterales de la lengua, mucosa yugal, labios y encía (15, 34).

**Características Clínicas:** la duración e intensidad del agente traumático determinará las características clínicas de la lesión. En general, las úlceras varían en tamaño, forma, contorno y profundidad, y también cambian respecto al tiempo de permanencia de dicho agente en la cavidad bucal. Por lo general, el aspecto clínico de los casos crónicos, es de lesiones ovoides, con centro necrótico blanquecino, circundadas por un área eritematosa. El síntoma característico es el dolor y la dificultad en deglutir y hablar (15).

Curan sin dejar cicatriz en un periodo de 6 a 10 días, espontáneamente o después de que se elimine la causa (31).

No existe un examen complementario que identifique esta lesión. El examen clínico nos ofrece gran variedad de signos desde la anamnesis, donde el paciente puede referir el haber sufrido un trauma, hasta el aspecto clínico con úlcera irregular de tamaño variado (3).

Cuando se establece una relación entre el factor traumático y la úlcera, debe eliminarse la causa y proceder al seguimiento del paciente durante 7 a 10 días para comprobar su completa curación. Si la úlcera persiste, se recomienda la revisión del diagnóstico clínico y la realización de una biopsia para descartar la posibilidad de que se trate de un cáncer (34).

**Tratamiento:** el tratamiento se basa en la remoción de los agentes causales y limpieza de la lesión con suero fisiológico. En casos de traumatismo severo, con exposición amplia del tejido conjuntivo, se debe suturar los bordes de la lesión. Aunque algunos autores no indiquen las pomadas con cortisona, otros prescriben su uso en el tratamiento de úlceras traumáticas. La reparación de las lesiones ocurre, por lo general, en un período de 10 a 14 días. La clorhexidina al 0.12% está indicada para prevenir la ocurrencia de infecciones secundarias (15).

### **2.2.2.3 Otras alteraciones**

#### **a. Absceso Periapical**

**Definición:** es una acumulación de material purulento alrededor del ápice de un diente sin vitalidad como producto de una necrosis pulpar (31).

**Etiología:** bacterias aeróbicas y anaeróbicas. La necrosis pulpar no tratada puede ocasionar gran número de secuelas, todas dependientes de la virulencia

de los microorganismo causales y de la integralidad de los mecanismos de defensa del paciente (33).

**Frecuencia:** la incidencia en niños es relativamente común (31).

**Localización:** incisivos y molares en ambas denticiones: temporal y permanente (31).

**Características Clínicas:** los pacientes con absceso periapical típico sufren dolor intenso en el área del diente desvitalizado debido a la presión sobre el tejido nervioso. El exudado e infiltrado de un absceso ejercen presión sobre el tejido circundante y con frecuencia provocan una ligera extrusión del diente de su cavidad (31, 33). El pus relacionado con la lesión, si no se confina focalmente, usa el camino de menor resistencia y se propaga a las estructuras continuas (33).

La región afectada de la boca puede ser dolorosa a la palpación y el sujeto padece hipersensibilidad a la percusión del diente. La pieza dental dañada no responde a las pruebas eléctricas y térmicas por la necrosis pulpar (33).

El paciente también puede presentar escalofríos, fiebre, dolor de cabeza, malestar general y linfadenopatía (31).

El diagnóstico se hace con los hallazgos clínicos y radiográficos (31).

**Tratamiento:** se debe efectuar drenaje, ya sea abriendo el propio diente o a través del tejido blando mandibular circundante si se ha desarrollado celulitis. Se requiere asimismo antibióticos dirigidos contra los microorganismos agresores. El tratamiento debe ser integral y preciso puesto que las consecuencias de una terapéutica tardía o inapropiada pueden ser significativas y en ocasiones mortales (33).

El absceso puede propagarse por varios caminos. Algunas veces evoluciona a través del hueso cortical bucal y tejido blando gingival, estableciendo un

drenaje natural o un trayecto fistuloso. La misma situación puede ocurrir en el paladar o la piel; esto depende de la localización original del absceso y de la vía de menor resistencia. Si no se establece un drenaje, el exudado purulento puede causar un absceso o celulitis en los tejidos blandos de la cara, cavidad bucal o cuello (33).

Tratamiento endodóntico, apiceptomía o extracción del diente afectado (31).

## **b. Lengua Geográfica**

**Otras Nomenclaturas:** glositis migratoria recidivante (35), glositis migratoria benigna (36), glositis exfoliativa marginada, lengua mapeada (16), mucositis migratoria, lengua geográfica ectópica (37), glositis areata exfoliativa, estomatitis areata migratoria, mucositis psoriasiforme, eritema migratorio, papilitis lingual eruptiva familiar, glositis marginal de Hunter (3); entre otros.

**Definición:** es un trastorno común e inócuo que afecta de forma primaria a la lengua, y que se caracteriza por atrofia o pérdida temporal de las papilas filiformes (15, 31).

**Etiología:** desconocida, aunque el patrón hereditario no está definido como causa, la lengua geográfica se observa con frecuencia en más de un miembro de la misma familia (15, 31).

Puede estar asociada con factores psicogénicos, deficiencias nutricionales, factores emocionales (estrés, ansiedad o tensión nerviosa), diabetes mellitus, síndrome de Reiter, insulino dependientes, alérgicos, infecciones fúngicas, síndrome de Down, irritantes (alimentos calientes o picantes), alcohol, tabaco, asma, rinitis; entre otros (3, 33, 38, 39).

Algunos autores describen mayor frecuencia en pacientes con dermatitis atópica y seborreica, así como en pacientes con psoriasis, pero otros opinan que la irritación crónica es un factor coadyuvante significativo (15, 16, 40).

Se sugiere que los individuos con lengua geográfica son más susceptibles a las alteraciones inflamatorias agudas en las zonas afectadas (15).

**Frecuencia:** es bastante frecuente en niños entre 8 y 12 años de edad, afecta del 1 al 2% de la población y más al sexo femenino. Es cuatro a cinco veces más frecuente en niños y adolescentes que en adultos (15, 31). Su incidencia tiende a disminuir con la edad (35).

**Localización:** por lo general, afecta la superficie dorsal y bordes laterales de la lengua (15).

En ocasiones se han comunicado lesiones similares en otras mucosas orales como mucosa labial, región vestibular, paladar blando y encía; considerándose como una afectación más extensa del mismo proceso (15, 37). A este trastorno se denomina "Estomatitis Geográfica" (31).

**Características Clínicas:** se caracteriza por la existencia de múltiples áreas depapiladas, rojas y circunscritas por zonas blanquecinas. Las papilas fungiformes se elevan claramente, ya que se pierden o descaman las filiformes (16).

Los bordes de la lesión son circunscritos por una discreta línea blanco amarillenta. Esta alteración presenta un patrón circunscrito irregular, semejante al contorno de un mapa geográfico o mapamundi (15, 40). Algunas veces la lesión comienza como una pequeña placa blanquecina, seguida rápidamente por una zona roja central que crece de manera centrífuga (31).

La característica principal es un cambio rápido y continuo de su localización, presentándose como normal luego de un determinado lapso de tiempo en las áreas que presentaban inflamación. Por esta causa, también se le conoce como "glositis migratoria benigna", que en tamaño varía de algunos milímetros a varios centímetros (15).

Las lesiones casi siempre son múltiples y asintomáticas y, cuando se presentan, su sintomatología dolorosa se caracteriza por sensación de ardor, sobre todo luego de la ingestión de alimentos ácidos o condimentados (15). También puede ocurrir pérdida de la sensación gustativa y la sensibilidad lingual a los cítricos pero puede aumentar con alimentos picantes (35).

Las lesiones pueden permanecer por 2 semanas, aunque también pueden persistir durante meses e incluso años (31, 41). La lengua geográfica se asocia en un 60% con la lengua fisurada (16).

El diagnóstico se establece basándose en la apariencia clínica, en su patrón de emigración, en ausencia de síntomas y en la cronicidad de las lesiones y sólo en raras ocasiones se requiere biopsia, para establecer un diagnóstico definitivo (36, 42).

**Tratamiento:** no se conoce un tratamiento específico y, lo principal, es tranquilizar al paciente y decirle que la lesión es inocua, no hay motivo de preocupación (31, 41). Se pueden utilizar las siguientes medidas:

Eliminar factores irritantes e inflamatorios como alcohol, tabaco, alimentos calientes, ácidos, picantes o excesivamente condimentados (38, 39, 42).

Buena higiene oral, eliminando restos y detritus alimenticios que puedan quedar retenidos en los pliegues linguales (38). La higiene debe complementarse con el cepillado de la lengua en forma cuidadosa, o limpiarla con una gasa, a fin de que se eliminen por completo los restos de comida que queden depositados en las lesiones (39).

Se puede optar por un tratamiento sintomático pudiendo usar cremas a base de esteroides cuando el ardor o el dolor sean muy intensos (3, 15).

También se ha descrito el uso de colutorios con soluciones anestésicas y antisépticas cuando la lesión se hace dolorosa. Se recomienda eliminar irritantes y una dieta blanda (43).

### **c. Lengua Saburral**

**Otras Nomenclaturas:** lengua forrada (31).

**Definición:** es una condición benigna transitoria, común en individuos con baja resistencia orgánica, determinada por acúmulo de placa en la región dorsal de la lengua (15).

**Etiología:** es causada por la descamación epitelial, presencia de restos alimenticios y acúmulo bacteriano; sin embargo la etiología aún no está clara (15).

Se consideran como factores predisponentes la fiebre e infecciones sistémicas, ulceraciones bucales dolorosas, deshidratación, dieta blanda e higiene bucal inadecuada (15, 31).

**Frecuencia:** relativamente común en niños (31).

**Localización:** exclusivamente en la cara dorsal de la lengua (31).

**Características Clínicas:** presenta una cubierta blanca o amarilla como resultado del alargamiento de las papilas filiformes, usualmente menos de 3 – 4 mm (31).

La hiperqueratización de las papilas filiformes no es arrastrada por la autoclisis de la masticación ni por la acción mecánica del alimento sólido. Entre estas papilas quedan restos de alimentos de muy diversa naturaleza, así como gérmenes, células descamadas, etc. Todo ello se convierte en un estímulo

irritativo local, de tal manera que la situación saburral puede progresar, modificándose más el color del dorso de la lengua y la longitud de las papilas, llegando incluso a la lengua pilosa (44).

La acumulación de detritus alimenticio, bacterias y la descamación de las células epiteliales conforman la denominada "saborra" y estos factores también contribuyen con el desarrollo de ésta patología (31, 45).

La cubierta es asintomática, aparece y desaparece en cortos períodos de tiempo (31). Esta lesión puede ir de un blanco amarillento a negro; cuando intervienen factores externos, como alimentos, produce halitosis y sensación de quemazón (45).

El espesor de la saborra es mayor por la mañana, ya que durante la noche, al disminuir el flujo salival, disminuye la acción de limpieza de ésta (45).

**Tratamiento:** el tratamiento consiste en la adecuada higiene bucal y limpieza de la lengua con auxilio de cepillos dentales o raspadores de lengua preferentemente (15).

#### **d. Queilitis Angular**

**Otras Nomenclaturas:** Queilitis comisural (32), Perleche (31).

**Definición:** enfermedad caracterizada por un estado inflamatorio agudo o crónico, que frecuentemente afecta las comisuras labiales (15).

**Etiología:** es multifactorial, se asocia con irritaciones mecánicas, maloclusiones, dermatitis atópica, infecciones bacterianas, lamido de comisuras, anemia, deficiencias nutricionales, síndrome de la inmunodeficiencia adquirida y déficit de vitamina B (15, 37). El contacto prolongado con la saliva produce maceración con posible infección secundaria por Candida o estafilococos (33).



**Frecuencia:** relativamente común en niños (31).

**Localización:** afecta las comisuras labiales y por lo general las lesiones son bilaterales (37).

**Características Clínicas:** comúnmente se observa eritema, fisuras, descamaciones y erosiones. En ocasiones, las lesiones se diseminan desde la comisura hasta la piel adyacente. Entre sus síntomas se hallan resequedad, sensación de ardor y sintomatología dolorosa leve (15).

Con la apertura bucal amplia o el bostezo las fisuras o las grietas se abren, con las consiguientes molestias. Cuando a los aspectos clínicos establecidos se les asocian pequeñas costras amarillentas o marrones, puede haber coinfección o sobreinfección bacteriana (32).

El diagnóstico se realiza clínicamente (31).

**Tratamiento:** lo más importante es identificar y tratar los factores predisponentes (31).

El uso de corticosteroides tópicos con agentes antimicóticos y antibióticos son lo mejor (31).

### 2.3 Definición de Términos Básicos

- **Gingivoestomatitis Herpética Primaria:** es la forma más común de infección bucal aguda en la niñez, causada por el virus herpes simple tipo 1 (46).
- **Úlceras Aftosas Recurrentes:** enfermedad crónica de carácter inflamatoria, que se caracteriza por la aparición de una o varias úlceras

dolorosas en la mucosa oral, que persisten durante días o semanas y que recidivan tras periodos de remisión variables (47).

- **Úlcera Traumática:** úlcera irregular que afecta la mucosa bucal, sin distinción de área y provocada por agentes traumáticos, generalmente única irregular en lo que se refiere al contorno y forma con extensión y profundidad variable (3).
- **Absceso Periapical:** es un proceso inflamatorio que desde su origen (pulpa dental), se extiende a los tejidos periapicales, ocasionando un dolor intenso en el área del diente desvitalizado debido a la presión sobre el tejido nervioso (33).
- **Lengua Geográfica:** proceso benigno caracterizado por la presencia de una o más placas lisas de color rojo brillante en las que existe pérdida de las papilas filiformes y localizadas en el dorso de la lengua (48).
- **Lengua Saburral:** se da cuando se produce una excesiva descamación epitelial, depositándose en el dorso de la lengua restos de células descamadas, bacterias, restos de alimentos, conformando la denominada “saborra” (45).
- **Queilitis Angular:** lesiones que asientan en las comisuras labiales y se ven favorecidas por la maceración oral. Se trata de placas eritematosas, con fisuración y formación de costras superficiales acompañadas de quemazón y dolor con la apertura bucal (48).

## **CAPÍTULO III**

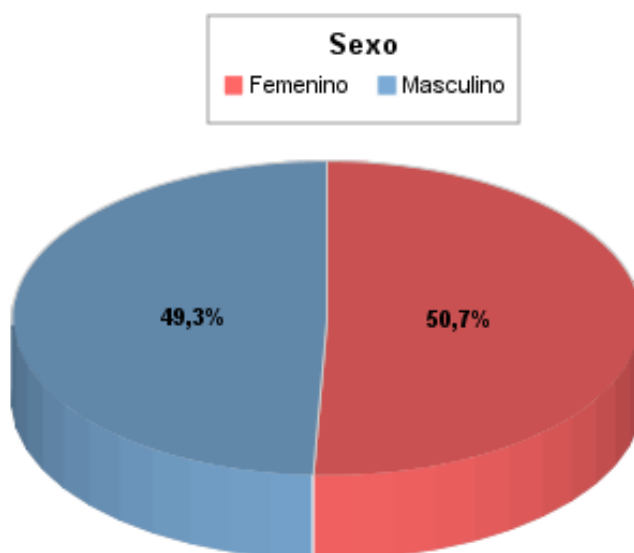
### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

**Tabla N° 1**  
**Características de los niños considerados en el estudio de la Institución**  
**Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016**

<b>Características de los niños</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
Sexo	Femenino	109	50,7
	Masculino	106	49,3
Edad (años)	Tres	47	21,9
	Cuatro	90	41,9
	Cinco	78	36,3
Aulas	Rojo	24	11,2
	Verde	19	8,8
	Azul	15	7,0
	Anaranjado	20	9,3
	Fucsia	25	11,6
	Violeta	22	10,2
	Turquesa	22	10,2
	Verde Limón	11	5,1
	Coral	10	4,7
	Amarillo	7	3,3
	Rosado	17	7,9
Celeste	23	10,7	

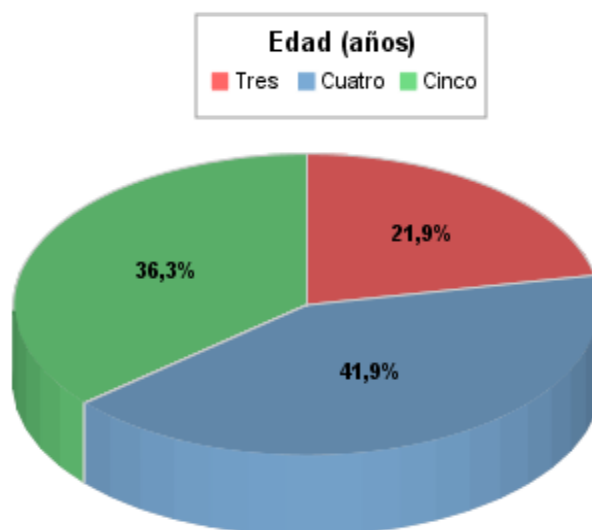
En la Tabla N° 1 se muestra las características de los niños considerados en el estudio, las cuales fueron sexo, edad y aulas a las cuales pertenecían.

**Gráfico N° 1**  
**Frecuencia de niños según sexo en trece aulas considerados en el estudio de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016**



En el Gráfico N° 1 se muestra la frecuencia de sexo en niños de las trece aulas consideradas en el estudio, donde se observa que el sexo femenino es la que mayor frecuencia presenta con el 50.7% (109 niñas), mientras que el sexo masculino representa el 49.3% (106 niños).

**Gráfico N° 2**  
**Frecuencia de niños según edad en trece aulas considerados en el estudio de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016**

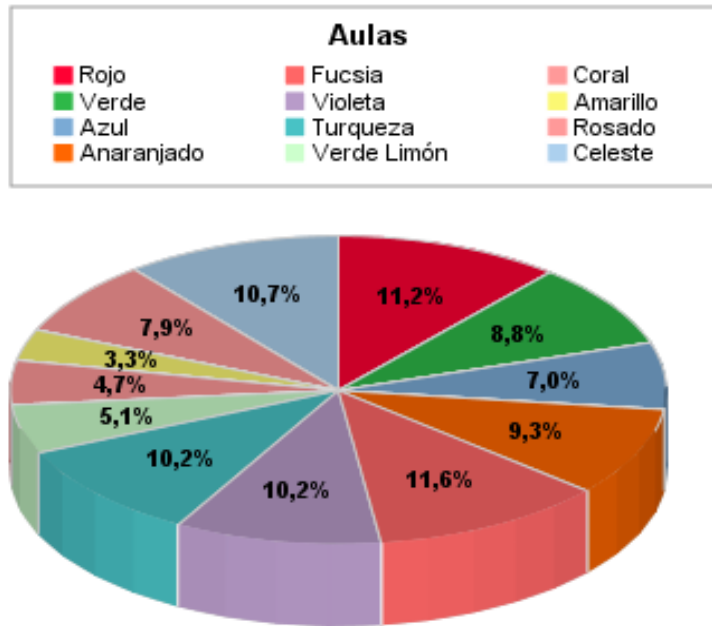


En el Gráfico N° 2 se muestra la frecuencia de edad en niños de las trece aulas consideradas en el estudio, donde se observa que el mayor porcentaje estuvo compuesto por niños de cinco años con el 41.9% (90 niños), seguido de niños de cinco años con el 36.3% (78 niños), siendo los niños de tres años los de menor frecuencia con el 21.9% (47 niños).



**Gráfico N° 3**

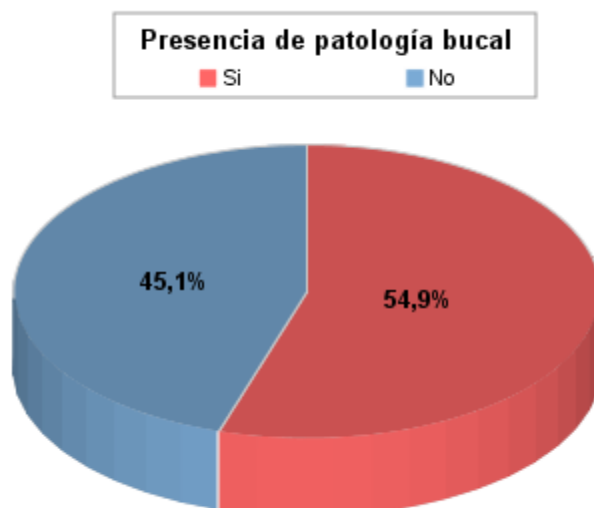
**Frecuencia de niños según aula en la cual se hallan las trece aulas consideradas en el estudio de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016**



En el Gráfico N° 3 se observa la frecuencia de los niños considerados en el estudio según el aula en el cual se observa que el aula con mayor número de niños es el aula fucsia con 25 niños que representa el 11,6%, mientras que el aula con menor número es el amarillo con 7 niños que representa el 3,3%.



**Gráfico N° 4**  
**Frecuencia de entidades patológicas en niños de la Institución Educativa**  
**Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016**



En el Gráfico N° 4 se observa que del total de niños examinados, el 54,9% representado por 118 niños presentan alguna patología bucal; mientras que el 45,1% (97 niños) no lo presenta.

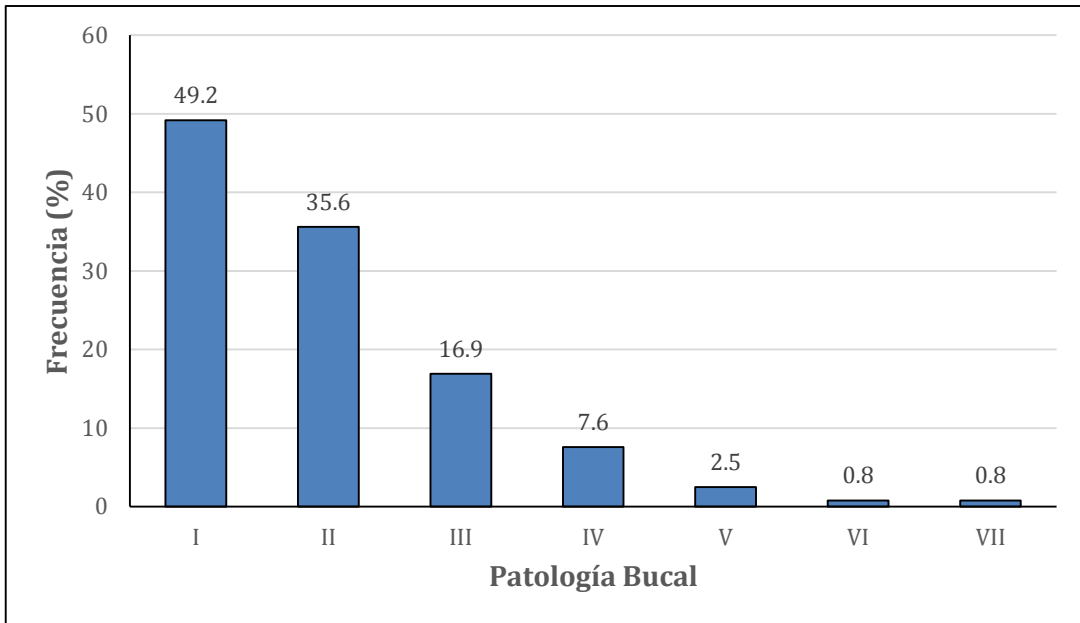
**Tabla N° 2**  
**Frecuencia del tipo de entidades patológicas detectadas en niños de la**  
**Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de**  
**Ayacucho 2016**

<b>Tipo de patología bucal</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Lengua saburral	58	49,2
Úlcera traumática	42	35,6
Absceso periapical	20	16,9
Úlcera aftosa recurrente	9	7,6
Lengua geográfica	3	2,5
Queilitis angular	1	0,8
Gingivoestomatitis herpética primaria	1	0,8

En la Tabla N° 2 se muestra la frecuencia del tipo de patología bucal, se observa que la Lengua saburral es la más frecuente en los niños examinados, representando el 49,2% (58 niños), seguido de la Úlcera traumática con el 35,6% (42 niños), Absceso periapical que representa el 16,9% (20 niños), Úlcera aftosa recurrente que representa el 7,6% (9 niños), Lengua geográfica que representa 2,5% (3 niños); mientras que los menos frecuentes son la Gingivoestomatitis herpética primaria y la Queilitis angular, con el 0,8% (un niño) para ambos casos.

**Gráfico N° 5**

**Frecuencia del tipo de entidades patológicas detectadas en niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016**



Lengua saburral	<b>I</b>	Úlcera traumática	<b>II</b>
Absceso periapical	<b>III</b>	Úlcera aftosa recurrente	<b>IV</b>
Lengua geográfica	<b>V</b>	Queilitis angular	<b>VI</b>
Gingivostomatitis herpética primaria	<b>VII</b>		

En el Gráfico N° 5 se observa que dentro de las patologías detectadas en los niños examinados, la Lengua saburral es la más frecuente representando el 49,2% (58 niños), seguido de la Úlcera traumática con el 35,6% (42 niños), Absceso periapical el que representa el 16,9% (20 niños): mientras que los menos frecuentes son la Gingivostomatitis herpética primaria y la Queilitis angular, con el 0,8% (un niño) para ambos casos.

**Tabla N° 3**

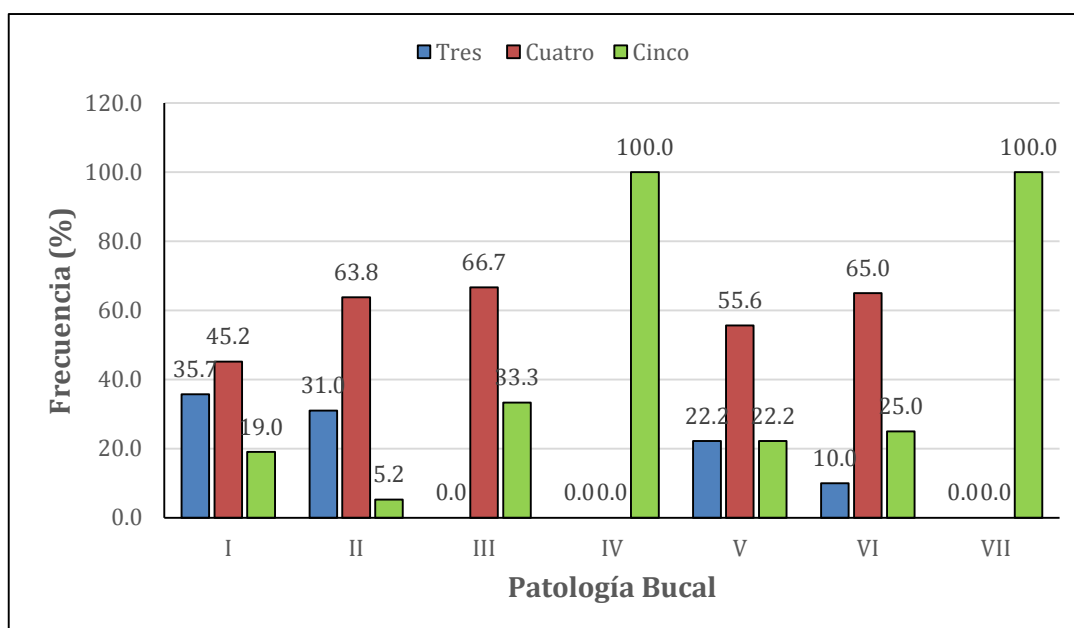
**Frecuencia del tipo de entidades patológicas en relación con la edad en niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016**

Patología bucal	Edad (años)						Chi Cuadrado (p)
	Tres		Cuatro		Cinco		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Úlcera traumática	15	35,7	19	45,2	8	19,0	0,011
Lengua saburral	18	31,0	37	63,8	3	5,2	0,000
Lengua geográfica	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0,571
Queilitis angular	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0,414
Úlcera aftosa recurrente	2	22,2	5	55,6	2	22,2	0,627
Absceso periapical	2	10,0	13	65,0	5	25,0	0,082
Gingivoestomatitis herpética primaria	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0,414

En la Tabla N° 3 se muestra la frecuencia del tipo de patologías bucales en relación con la edad de los niños. Al realizar la prueba de independencia de Chi-cuadrado, se halló que solo las patologías Úlcera traumática y la Lengua saburral se hallan asociadas con la edad ( $p < 0,05$ ). Las dos patologías mencionadas, son mucho más frecuentes en niños de cuatro años, representando el 45,2% y 63,8% del total. Con respecto al resto de patologías se puede afirmar que se presentan en el niños de manera indistinta.

**Gráfico N° 6**

**Frecuencia del tipo de entidades patológicas en relación con la edad en niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016.**



Lengua saburral	<b>I</b>	Úlcera traumática	<b>II</b>
Absceso periapical	<b>III</b>	Úlcera aftosa recurrente	<b>IV</b>
Lengua geográfica	<b>V</b>	Queilitis angular	<b>VI</b>
Gingivostomatitis herpética primaria	<b>VII</b>		

En el Gráfico N° 6 se muestra la frecuencia del tipo de patologías bucales según la edad. Resalta que en los niños de cuatro años son más frecuentes patologías como Lengua saburral, Úlcera traumática, Absceso periapical, Lengua geográfica y Queilitis angular; mientras que los niños con cinco años presentan en su mayoría Úlcera aftosa recurrente y Gingivostomatitis herpética primaria.

**Tabla N° 4**

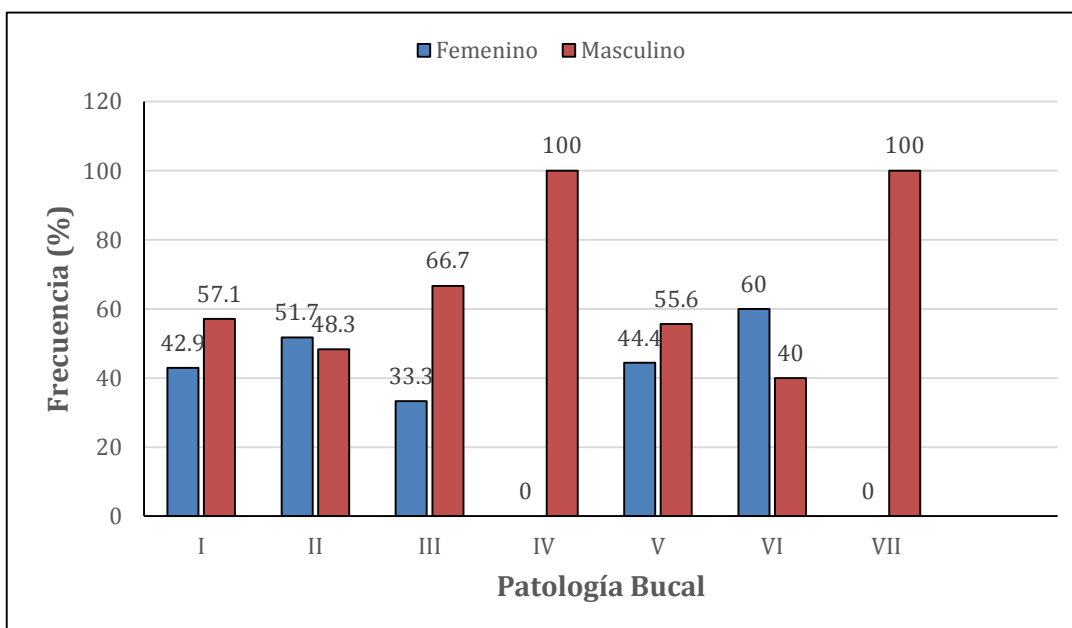
**Frecuencia del tipo de entidades patológicas en relación con el sexo en niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016**

Patología bucal	Sexo				Chi Cuadrado (p)
	Femenino		Masculino		
	Nº	%	Nº	%	
Úlcera traumática	18	42,9	24	57,1	0,257
Lengua saburral	30	51,7	28	48,3	0,855
Lengua geográfica	1	33,3	2	66,7	0,545
Queilitis angular	0	0,0	1	100,0	0,309
Úlcera aftosa recurrente	4	44,4	5	55,6	0,701
Absceso periapical	12	60,0	8	40,0	0,382
Gingivoestomatitis herpética primaria	0	0,0	1	100,0	0,309

En la Tabla N° 4 se observa la frecuencia del tipo de patologías bucales en relación con el sexo. Al realizar la prueba de independencia de Chi-cuadrado, no se halló asociación entre dichas variables ( $p > 0,05$ ), lo que se interpreta como que la presencia de dichas entidades patológicas se presentan indistintamente en niños y niñas.

**Gráfico N° 7**

**Frecuencia del tipo de entidades patológicas en relación con el sexo en niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016**



Lengua saburral	<b>I</b>	Úlcera traumática	<b>II</b>
Absceso periapical	<b>III</b>	Úlcera aftosa recurrente	<b>IV</b>
Lengua geográfica	<b>V</b>	Queilitis angular	<b>VI</b>
Gingivoestomatitis herpética primaria	<b>VII</b>		

En el Gráfico N° 7 se muestra la frecuencia de las patologías bucales según la sexo. Resalta que los niños de sexo masculino son los que presentan en su mayoría patologías bucales, excepto la Úlcera traumática y Queilitis angular.

**Tabla N° 5**

**Frecuencia de entidades patológicas en relación con el sexo en niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016**

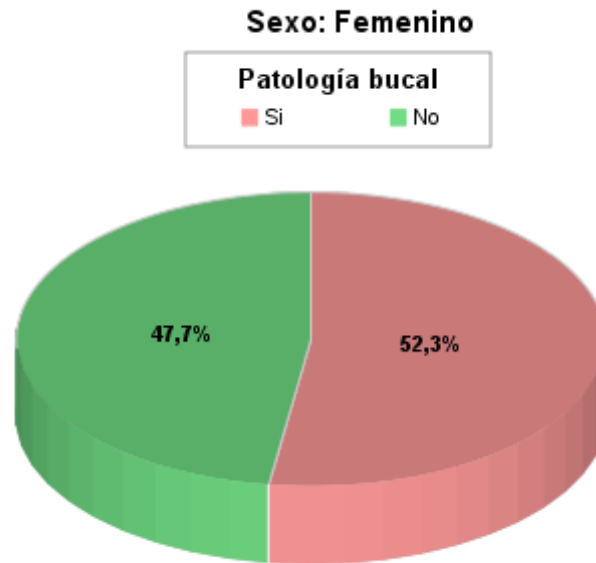
<b>Sexo</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Femenino</b>	Si	57	52,3%	52,3%	52,3%
	No	52	47,7%	47,7%	100,0%
	Total	109	100,0%	100,0%	
<b>Masculino</b>	Si	61	57,5%	57,5%	57,5%
	No	45	42,5%	42,5%	100,0%
	Total	106	100,0%	100,0%	

En la Tabla N° 5 se muestra la frecuencia de entidades patológicas en relación con el sexo, se observa que el sexo masculino es el más afectado con un 57,5% (61 casos); mientras que el sexo femenino esta representado por un 52,3% (57 casos).



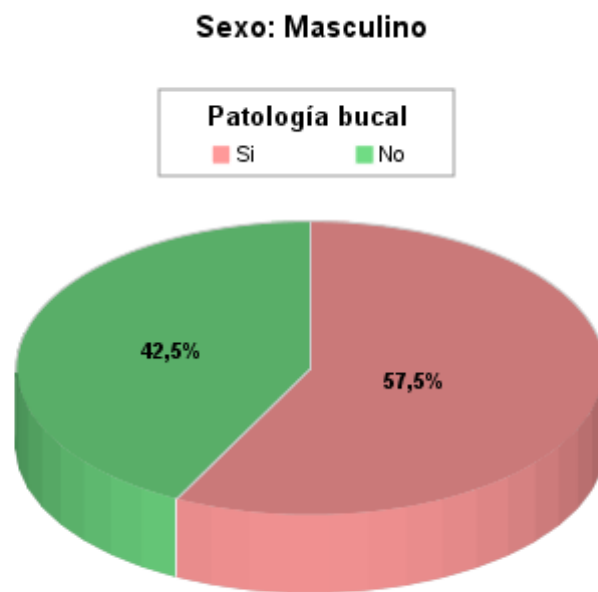
### Gráfico N° 8

Frecuencia de entidades patológicas en relación con el sexo femenino en niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016



En el Gráfico N° 8 se observa la frecuencia de entidades patológicas en relación con el sexo femenino, que indica que el 52,3% de niñas están afectadas.

**Gráfico N° 9**  
**Frecuencia de entidades patológicas en relación con el sexo masculino**  
**en niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”,**  
**distrito de Ayacucho 2016**



En el Gráfico N° 9 se observa la frecuencia de entidades patológicas en relación con el sexo masculino, que indica que el 57,5% de niños están afectados.

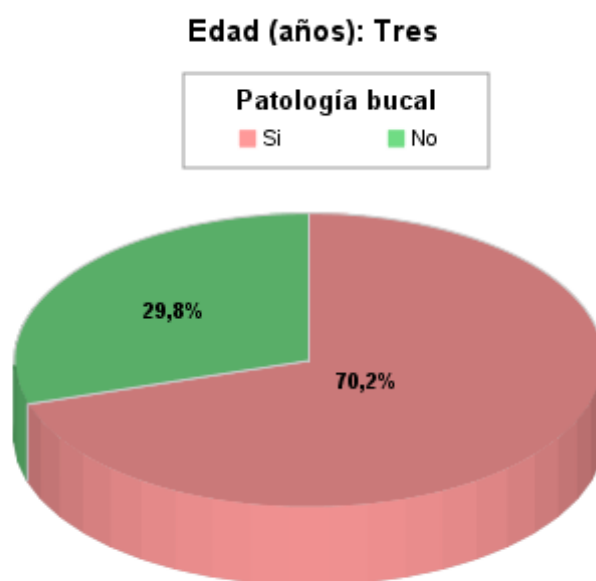
**Tabla N° 6**  
**Frecuencia de entidades patológicas en relación con la edad en niños de**  
**la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de**  
**Ayacucho 2016**

Edad (años)	Edad		Porcentaje		Porcentaje acumulado
	(años)	Frecuencia	Porcentaje	válido	
<b>Tres</b>	Si	33	70,2%	70,2%	70,2%
	No	14	29,8%	29,8%	100,0%
	Total	47	100,0%	100,0%	
<b>Cuatro</b>	Si	65	72,2%	72,2%	72,2%
	No	25	27,8%	27,8%	100,0%
	Total	90	100,0%	100,0%	
<b>Cinco</b>	Si	20	25,6%	25,6%	25,6%
	No	58	74,4%	74,4%	100,0%
	Total	78	100,0%	100,0%	

En la Tabla N° 6 se muestra la frecuencia de entidades patológicas en relación con la edad de los niños. Se observa que la edad más afectada es cuatro años con un 72,2%, seguido de tres años con 70,2% y la menos afectada es la edad de cinco años con un 25,6%.

**Gráfico N° 10**

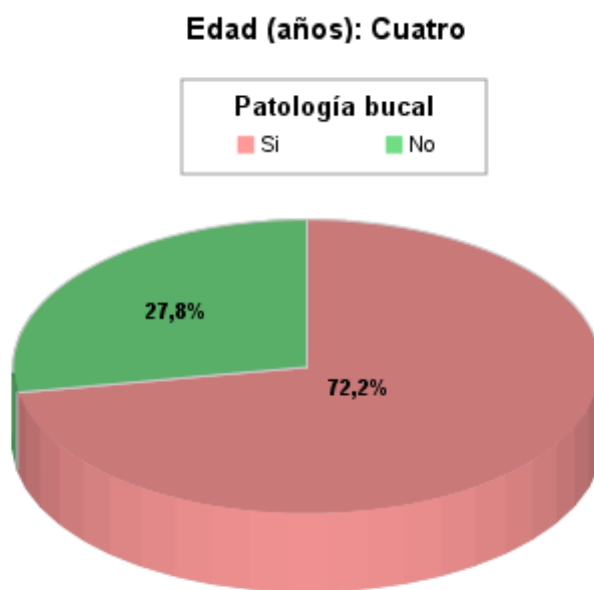
**Frecuencia de entidades patológicas en relación con la edad de tres años en niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016**



En el Gráfico N° 10 se observa la frecuencia de entidades patológicas en relación con la edad de tres años, que indica que el 70,2% de niños están afectados.

**Gráfico N° 11**

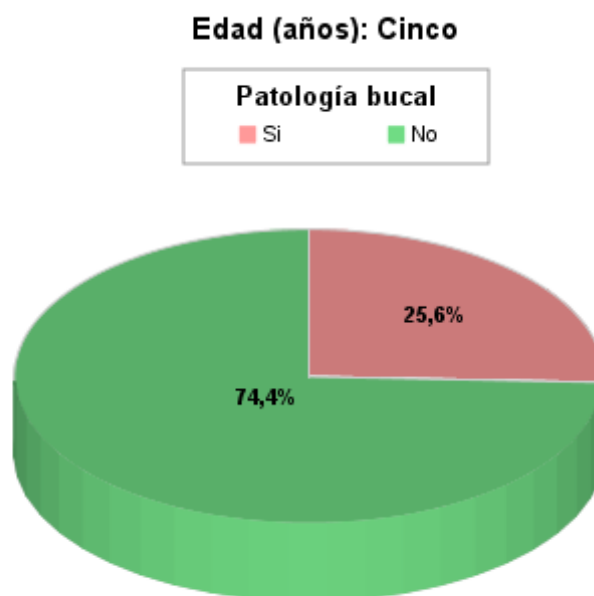
**Frecuencia de entidades patológicas en relación con la edad de cuatro años en niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016**



En el Gráfico N° 11 se observa la frecuencia de entidades patológicas en relación con la edad de cuatro años, que indica que el 72,2% de niños están afectados.

**Gráfico N° 12**

**Frecuencia de entidades patológicas en relación con la edad de cinco años en niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016**



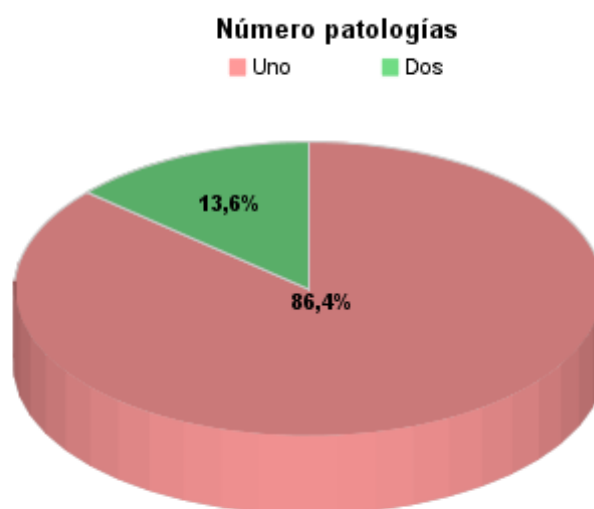
En el Gráfico N° 12 se observa la frecuencia de entidades patológicas en relación con la edad de cinco años, que indica que el 74,4% de niños están afectados.

**Tabla N° 7**  
**Frecuencia del número de entidades patológicas por individuo en niños**  
**de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de**  
**Ayacucho 2016**

<b>N° Patología</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Uno</b>	102	86,4%	86,4%	86,4%
<b>Dos</b>	16	13,6%	13,6%	100,0%
<b>Total</b>	118	100,0%	100,0%	

En la Tabla N° 7 se observa el número de patologías bucales encontradas por niño, que indica que el 86,4% presentan una sola patología; mientras que el 13,6% presentan dos patologías.

**Gráfico N° 13**  
**Frecuencia del número de entidades patológicas por individuo en niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016**



En el Gráfico N° 13 se observa el número de patologías bucales encontradas por niño, que indica que el 86,4% presentan una sola patología; mientras que el 13,6% presentan dos patologías.



**Tabla N° 8**

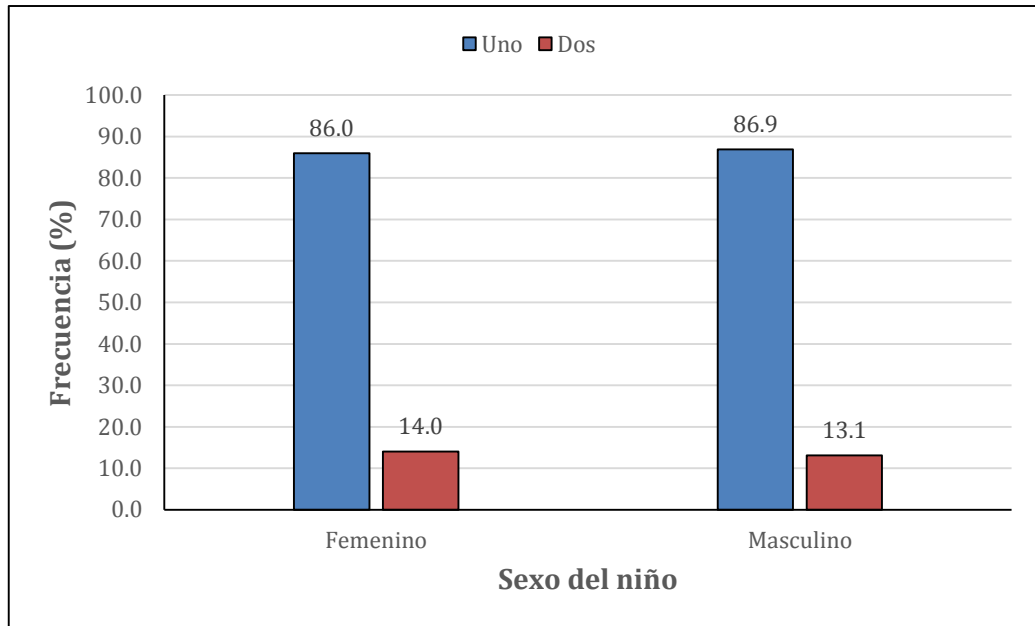
**Frecuencia del número de entidades patológicas en relación al sexo y la edad en niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016**

Características del niño		Número patologías				Chi Cuadrado (p)
		1		2		
		Nº	%	Nº	%	
<b>Sexo</b>	Femenino	49	86,0%	8	14,0%	0,884
	Masculino	53	86,9%	8	13,1%	
<b>Edad (años)</b>	Tres	29	87,9%	4	12,1%	0,38
	Cuatro	54	83,1%	11	16,9%	
	Cinco	19	95,0%	1	5,0%	

En la Tabla N° 8 se observa la frecuencia del número de patologías bucales en relación al sexo y la edad en niños. Al realizar la prueba de independencia de Chi-cuadrado, no se halló asociación del número de patologías bucales con el sexo y edad, lo que quiere decir que el número de patologías afecta indistintamente a niños de sexo masculino y femenino, así como a las diferentes edades.

**Gráfico N° 14**

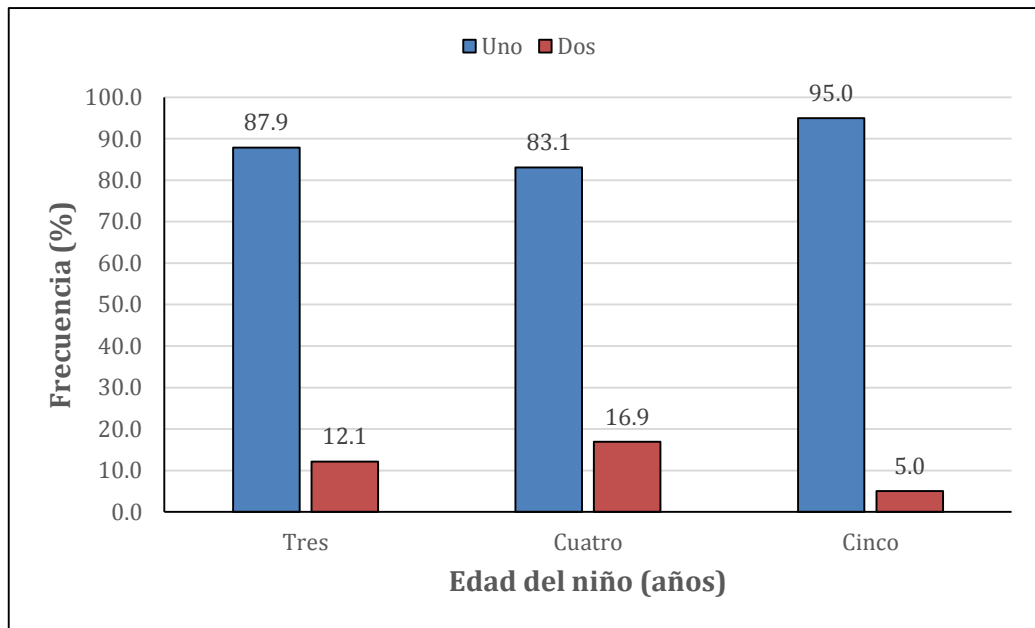
**Frecuencia del número de entidades patológicas en relación al sexo en niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016**



En el Gráfico N° 14 se muestra la frecuencia del número de patologías bucales en relación al sexo. Se observa que tienen la misma tendencia, la mayoría presenta solo una patología llegando a niveles de 86% en el sexo femenino y de 86,9% en el sexo masculino. Mientras que la presencia de dos patologías es mínima, casi en la misma proporción, siendo de 14% y de 13,1% en el sexo femenino y masculino respectivamente.

**Gráfico N° 15**

**Frecuencia del número de entidades patológicas en relación con la edad en niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016**



En el Gráfico N° 15 se muestra la frecuencia del número de patologías bucales en relación con la edad. Se observa en las tres edades (tres, cuatro y cinco años) frecuencias semejantes en cuanto al número de patologías. Mucho mayor para aquellos que presentan una sola patología y menor aquellos que presentan dos patologías.

**Tabla N° 9**

**Frecuencia del tipo de entidades patológicas en relación con el aula en el que se hallan los niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016.**

Aulas		Úlcera traumática	Lengua saburral	Lengua geográfica	Queilitis angular	Úlcera aftosa	Absceso periapical	Gingivoest. herpética primaria
<b>Chi Cuadrado (p)</b>		0,06	0,00	0,386	0,498	0,012	0,754	0,498
<b>Rojo</b>	Nº	0	0	0	0	1	2	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	10,0	0,0
<b>Verde</b>	Nº	0	0	0	1	0	2	1
	%	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	10,0	100,0
<b>Azul</b>	Nº	2	3	1	0	1	0	0
	%	4,8	5,2	33,3	0,0	11,1	0,0	0,0
<b>Anaranj.</b>	Nº	6	0	0	0	0	1	0
	%	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	0,0
<b>Fucsia</b>	Nº	6	12	0	0	0	4	0
	%	14,3	20,7	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0
<b>Violeta</b>	Nº	4	12	0	0	0	4	0
	%	9,5	20,7	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0
<b>Turq.</b>	Nº	4	2	1	0	5	3	0
	%	9,5	3,4	33,3	0,0	55,6	15,0	0,0
<b>Verde</b>	Nº	3	7	1	0	0	1	0
	%	7,1	12,1	33,3	0,0	0,0	5,0	0,0
<b>Coral</b>	Nº	2	4	0	0	0	1	0
	%	4,8	6,9	0,0	0,0	0,0	5,0	0,0
<b>Amarillo</b>	Nº	2	5	0	0	0	0	0
	%	4,8	8,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Rosado</b>	Nº	7	7	0	0	1	1	0
	%	16,7	12,1	0,0	0,0	11,1	5,0	0,0
<b>Celeste</b>	Nº	6	6	0	0	1	1	0
	%	14,3	10,3	0,0	0,0	11,1	5,0	0,0

En la Tabla N° 9 se muestra la frecuencia de las patologías bucales en relación con el aula en la que estudian los niños. Se observa que al realizar la prueba de Chi-cuadrado, se halló significancia estadística ( $p < 0,05$ ) para Lengua saburral y Úlcera aftosa recurrente; lo que nos indica que dichas dolencias se

hallan determinadas por el aula en la que se hallan los niños. Para el caso de la lengua saburral se observa que es mucho más frecuente en las aulas fucsia y violeta con 12 casos, representando el 20,7% del total de niños con dicho problema de salud. Para el caso de Úlcera aftosa recurrente, ésta es mucho más frecuente en los niños que se hallan en el aula turquesa con 5 casos, representando el 55,6% del total de los niños con dicho problema.

**Tabla N° 10**

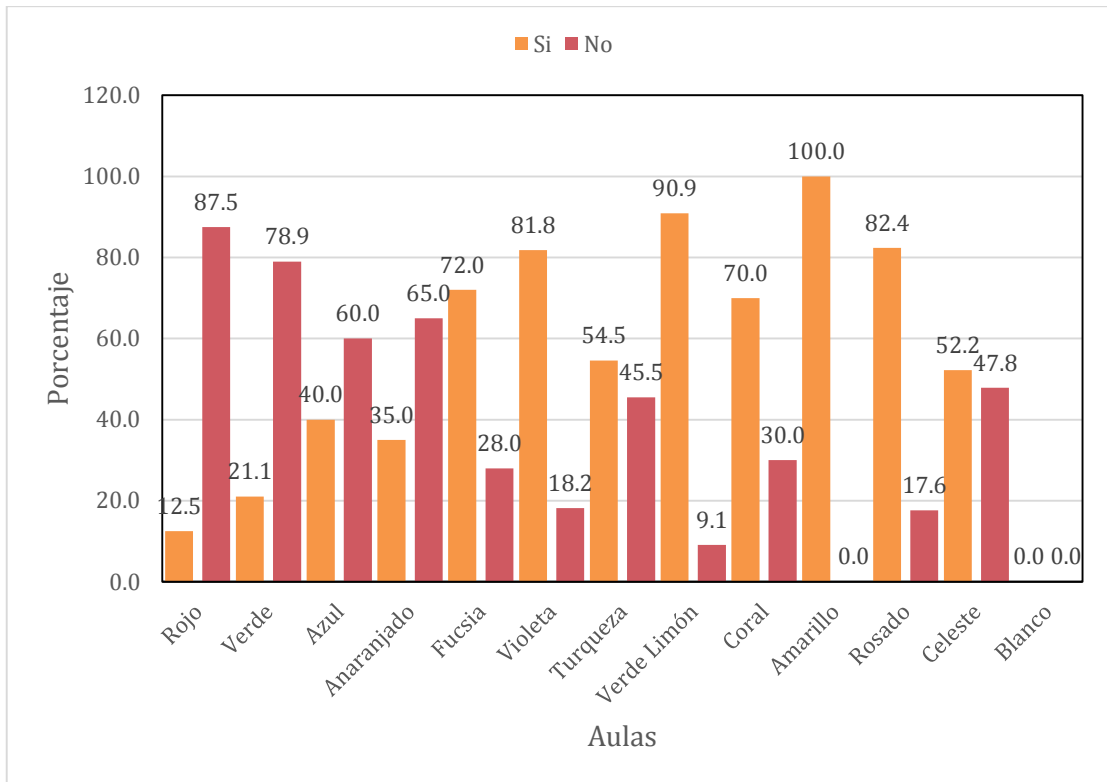
**Frecuencia de entidades patológicas en relación con el aula en el que se hallan los niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016.**

Aula	Entidades bucales			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
<b>Rojo</b>	3	12,5	21	87,5
<b>Verde</b>	4	21,1	15	78,9
<b>Azul</b>	6	40,0	9	60,0
<b>Anaranjado</b>	7	35,0	13	65,0
<b>Fucsia</b>	18	72,0	7	28,0
<b>Violeta</b>	18	81,8	4	18,2
<b>Turquesa</b>	12	54,5	10	45,5
<b>Verde</b>	10	90,9	1	9,1
<b>Limón</b>				
<b>Coral</b>	7	70,0	3	30,0
<b>Amarillo</b>	7	100,0	0	0,0
<b>Rosado</b>	14	82,4	3	17,6
<b>Celeste</b>	12	52,2	11	47,8
<b>Blanco</b>	0	0,0	0	0,0

En la Tabla N° 10 se muestra la frecuencia de entidades patológicas en relación con el aula en el que se hallan los niños. Se observa que el aula más afectada es la amarilla con un 100% de niños afectados.

**Gráfico N° 16**

**Frecuencia de entidades patológicas en relación con el aula en el que se hallan los niños de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho 2016.**



En el Gráfico N° 16 se muestra la frecuencia de entidades patológicas en relación con el aula en el que se hallan los niños. Se observa que el aula más afectada es la amarilla con un 100% de niños afectados.

## DISCUSIÓN

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. Por otro lado, existen escasos índices sobre la prevalencia de la patología bucal pediátrica en la literatura mundial (24).

Los estudios epidemiológicos realizados a lo largo de estos últimos años han mostrado la distinta apreciación de los diferentes investigadores y una variación considerable en las prevalencias de las lesiones mucosas orales en las diferentes zonas del mundo; todo esto sumado a la falta de uniformidad en los criterios de elaboración de los estudios epidemiológicos explica que el porcentaje de las lesiones orales observadas en los diferentes grupos de niños estudiados nos ofrezcan una gran variabilidad con porcentajes comprendidos entre el 4,1% y 52,6% (2).

Debido a la existencia de muy pocos estudios que valoren la patología de la mucosa oral en la edad pediátrica, los hallazgos obtenidos en este trabajo solamente se pueden comparar con un número reducido de estudios realizados en otros países, ya que en nuestro País la mayoría de los trabajos en niños y adolescentes están enfocados a problemas de caries, maloclusiones, periodontopatías y niños con necesidades especiales determinando el componente bucal para el abordaje de sus necesidades odontológicas.

El porcentaje de entidades patológicas en los tejidos blandos bucales en los niños explorados de 3 a 5 años de edad fue de 54,9%, la cual se puede comparar con estudios similares realizados por Reynoso y cols. (25) donde reportaron el 44% de lesiones bucales en niños 1 a 6 años y Aroucha y cols. (21) con el 41,52% de patologías bucales en niños y adolescentes de 0 a 16 años; sin embargo contrasta con el estudio realizado por Espinosa y cols. (24) donde encontró el 7,4% de niños afectados en una población de 1 a 16 años de edad. Es importante exponer que la edad es similar con el primer estudio



mencionado, pero las discrepancias entre ambos posiblemente estén justificadas por diferencias en la educación bucal y por el empleo de distintos protocolos epidemiológicos al no estar estos uniformizados universalmente.

En nuestro país la incidencia de lesiones es alta y es posible que la presencia de estas se den por hábitos orales, deficiencias nutricionales, alteraciones inmunológicas y factores socioeconómicas.

En relación con la presencia de entidades patológicas se encontró que la mayor frecuencia fue de la lengua saburral con el 49,2%, situación similar encontrada en el estudio de Madera y cols. (22) con un 32,7% y García y cols. con un 16% (26); seguido de la lengua geográfica, se encuentra la úlcera traumática con un 35,6%, situación similar encontrada en la investigación realizada por Jiménez y cols. (5) donde la lesión más frecuente fue la úlcera traumática con 24,2%. Estos resultados nos llevan a deducir que una de las lesiones más frecuentes en niños y adolescentes son aquellas producidas por un trauma, que a veces podría ser autoinducido por el paciente.

En cuanto al género se encontró que el masculino resulto más afectado con un 57,5%, mientras que el sexo femenino obtuvo un 52,3%; lo que coincide con lo encontrado por otros autores como Jiménez y cols. (19), Espinosa y cols. (24) y Reynoso y cols. (25); pero difiere con los estudios de Jiménez (4, 5), García-Pola y cols. (26) y Keochgerian y cols. (23) donde el género femenino fue el más predominante.

En relación a la edad de incidencia, se obtuvo que la mayor frecuencia de entidades patológicas se encontró en los niños de 4 años con el 72,2%; esto difiere con los resultados obtenidos por Reynoso y cols. (25) donde la edad de mayor prevalencia fue entre 1 y 3 años de edad.

Las variaciones existentes en los resultados hallados probablemente se deben a las diferencias en las condiciones socioeconómicas, niños inmunológicamente suprimidos o que padecieron alguna enfermedad que

produjo desequilibrios del sistema inmunitario y variaciones hormonales; pudiéndose presentar estas condiciones en forma igual en todas las edades y en ambos géneros (49).

Es preciso consignar que en los diferentes trabajos antes mencionados se analizaron muestras con rangos de edades semejantes al presente estudio, ya que no se hallaron investigaciones con muestras iguales en relación a la edad. Se destaca que en el presente estudio se encontró diferencias estadísticamente significativas entre la variable edad y su asociación con dos entidades patológicas específicas, la Lengua saburral y la Úlcera traumática ( $p < 0,05$ ); mientras que con la variable sexo no hubo significancia, lo que se interpreta como que la presencia de dichas entidades se presentan indistintamente en niños y niñas. El mismo resultado obtuvo García-Pola y cols. (26) en la población infantil de Oviedo (España) en la cual hallaron una relación significativa entre las variables lengua saburral y fístula ( $p = 0,04706$ ) y no hubo relación entre la variable sexo y cada una de las lesiones orales. Todo lo anteriormente mencionado difiere con lo encontrado por Keochgerián y cols. (23) donde no se hallaron diferencias estadísticamente significativas con la variable edad.

En cuanto al número de entidades patológicas por niño, se halló que el 86,4% (102 niños) presentan una sola patologías; mientras que el 13,6% (16 niños) presentan dos patologías.

En relación con el aula en el que se hallan los niños, el aula amarilla fue la más afectada con un 100% que equivales a 7 casos.

El proceso de crecimiento en los menores de edad más los hábitos nutritivos, influyen directamente en las características orgánicas de los niños pudiendo originar patologías en la cavidad oral, ya que ciertos alimentos que contienen conservantes como son los dulces (golosinas) y otros pueden ocasionar desequilibrios hormonales que alteran las características orgánicas de los niños haciéndolos más vulnerables a numerosas patologías no solamente de la

cavidad oral, sino en todos los órganos del cuerpo de los niños (50).

Por lo mencionado, podemos afirmar que los resultados hallados en la presente investigación difieren a los reportados por los investigadores antes descritos, debido a que las condiciones epidemiológicas de las zonas de estudio son diferentes, asimismo los factores de riesgo podrían actuar interrelacionadamente (más de dos factores) pudiendo tener efectos diferentes en cada niño estudiado.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados hallados en la presente investigación se arribó las siguientes conclusiones:

1. La prevalencia de entidades patológicas en los tejidos blandos bucales en niños de 3 a 5 años de edad de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima” fue de 54,9% representado por 118 casos.
2. El género masculino fue el más afectado con 61 casos, que representa el 57,5%. El tipo de entidades patológicas no tuvo asociación con el sexo ( $p>0,05$ ).
3. La edad más afectada fue los cuatro años con 65 casos, que representa el 72,2%. El tipo de entidades patológicas como la Lengua saburral y Úlcera traumática estuvieron asociadas con la edad ( $p<0,05$ ); mientras que el resto de patologías se puede presentar de manera indistinta.
4. El número de entidades patológicas encontradas por niño, indica que el 86,4% (102 casos) presenta una sola patología; mientras que el 13,6% (16 casos) presenta dos patologías.
5. El tipo de entidad patológica más frecuente fue la lengua saburral con 58 casos, que representa el 49,2%.
6. El aula en el que se hallan los niños con más entidades patológicas fue amarilla con 7 casos, que representa el 100% de todos los niños examinados en dicho salón.

## RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de entidades patológicas a nivel local y nacional, ya que esto permite conocer el tipo de padecimiento de nuestra población y obtener cifras reales de la problemática en patologías.
2. Instruir a los odontólogos generales para la detección y diferenciación a través del diagnóstico, así como identificar que lesiones son de mayor frecuencia y en base a los resultados, adecuar los programas de estudio para afrontar el problema que la sociedad presenta.
3. Proveer de información necesaria sobre las patologías bucales a los padres, representantes y/o responsables para obtener una atención precoz y oportuna de las mismas evitando así complicaciones mayores en esta población quienes básicamente dependen de un adulto para su desenvolvimiento diario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez C. *Factores que influyen en la prevalencia de patologías bucales de tejidos blandos y duros de niños y adolescentes, dos instituciones educativas de la Gran Caracas*. Tesis para optar el Título de Doctora en Odontología. Universidad Central de Venezuela; 2012.
2. Rioboo M, Planells P, Rioboo R. Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños. *Medicina y Patología Oral* 2005; 10: 376-387.
3. Boraks S. *Diagnóstico Bucal*. Brasil: Artes Médicas Latinoamérica; 2004.
4. Jiménez C, Kkilikan R, Pérez C, Herrera N, Hernández L. Estudio retrospectivo de lesiones patológicas en niños y adolescentes. Servicio de Clínica Estomatológica Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela. Período 1992-2006. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* 2008. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art6.asp> (último acceso 15 noviembre 2015).
5. Jiménez C, Brito F, Ortiz V, Virgúez Y. Identificación de entidades patológicas en los tejidos blandos bucales de la población rural infantil y adolescente de la Unidad Educativa Padre Luis Ormieres "Fe y Alegría" de Maturín, Estado Monagas en el período agosto - noviembre 2005. *Acta Odontológica Venezolana* 2008; 46(1): 36-40.
6. Quees.la. ¿Qué es apariencia?. <http://quees.la/apariencia/> (último acceso 20 enero 2016).
7. Definición.De. Definición de edad. <http://definicion.de/edad/> (último acceso 15 enero 2016)

8. López M, Mingote JC. Fibromialgia. *Clínica y Salud* 2008; 19(3): 343-358.
9. Moya V, Roldán B, Sánchez J. *Odontología legal y forense*. Barcelona: MASSON; 1994.
10. Amssac asociación. Definiciones básicas. <http://www.amssac.org/biblioteca/definiciones-basicas/> (último acceso 26 enero 2016).
11. García J. Estudios descriptivos. *Nure Investigación* 2004; 7. <http://webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/BLOQUEIII/DocbIII/Estudios%20descriptivos.pdf> (último acceso 23 mayo 2016).
12. Von Braun W. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/100104/100104\\_EXE/leccin\\_5\\_investigacin\\_pura\\_investigacin\\_aplicada\\_investigacin\\_profesional.html](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/100104/100104_EXE/leccin_5_investigacin_pura_investigacin_aplicada_investigacin_profesional.html) (último acceso 17 febrero 2016).
13. Vargas Z. La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Revista Educación* 2009; 33(1): 155-165.
14. Tesis de investigación. Diseños no experimentales: Según Hernández, Fernández y Baptista. <http://tesisdeinvestig.blogspot.pe/2012/12/disenos-no-experimentales-segun.html> (último acceso 10 mayo 2016).
15. Bezerra L. *Tratado de Odontopediatría*. Vol. 1. Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 2008.
16. Boj J, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. *Odontopediatría*. Madrid: Masson; 2004.

17. Padrón R. *Propedéutica Clínica y Fisiopatología Odontológica Fundamental*. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
18. Organización Mundial de la Salud. *Encuestas básicas de salud bucodental: métodos básicos*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud; 1997.  
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/7dc33df0bb36ec58e04001011e011c36.pdf> (último acceso 2 diciembre 2015).
19. Jiménez C, Kkilikan R, Ramírez R, Ortiz V, Virgüez Y, Benítez A. Levantamiento epidemiológico de lesiones patológicas en los tejidos blandos de la cavidad bucal de los niños y adolescente del Centro Odontopediátrico de Carapa, Parroquia Antímamo, Caracas, distrito capital–Venezuela. Período mayo – noviembre 2005. *Acta Odontológica Venezolana* 2007; 45(4).  
[http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/4/levantamiento\\_epidem\\_iologico\\_lesiones\\_patologicas.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/4/levantamiento_epidem_iologico_lesiones_patologicas.asp) (último acceso 12 noviembre 2015).
20. Marshall M, Feldstedt M, Fernández J, Fernández A, Esguep A. Prevalencia de lengua geográfica en niños chilenos de 7 a 10 años de edad. *International Journal of Odontostomatology* 2014; 8(2): 235-240.
21. Aroucha T, Melo C, Fontes A, Nogueira da Fortoura Ma, Guimarães E, Ferreira F. Patologías bucales en niños y adolescentes: Estudio retrospectivo de veinte años. *Acta Odontológica Venezolana* 2013; 51(1).  
<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art8.asp> (último acceso 22 noviembre 2015).
22. Madera M, Montesino E, Orozco J, Peralta A, Jiménez M. Prevalencia de patologías linguales en niños atendidos en clínicas odontológicas de la Universidad de Cartagena. *Revista Nacional de Odontología* 2011; 7(13): 7-11.



23. Keochgerián V, Cuestas M, Padula D, Scavino M. Frecuencia de las enfermedades de la mucosa bucal en el Uruguay en niños de 0 a 14 años. *Odontoestomatología* 2009; 11(13). [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392009000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392009000200005&script=sci_arttext) (último acceso 1 noviembre 2015).
24. Espinosa M, Loza G, Mondragón R. Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos. Informe preliminar. *Cirugía y Cirujanos* 2006; 74(3): 153-157.
25. Reynoso A, Mendoza V. Magnitud de lesiones bucales de tejidos blandos en niños de 1 a 6 años de edad de la ciudad de México. *Revista de la Asociación Dental Mexicana* 2004; 61(2): 65-69.
26. García-Pola MJ, García JM, González M. Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de Oviedo. *Medicina Oral* 2002; 7(3): 24-27.
27. Ceccotti E. *Clínica Estomatológica: Sida, cáncer y otras afecciones*. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1993.
28. Cameron A, Widmer R. *Manual de Odontología Pediátrica*. Madrid: S.A. Elsevier España; 1998.
29. Reichart P, Philipsen H. *Atlas de Patología Oral*. Barcelona: Masson; 2000.
30. Van Waes H, Stockli P. *Atlas de Odontología Pediátrica*. Barcelona: Masson; 2002.
31. Laskaris G. *Patología de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes*. México: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 2001.

32. Ceccotti E. *El Diagnóstico en Clínica Estomatológica*. Madrid: Panamericana; 2007.
33. Regezi J, Sciubba J. *Patología Bucal: Correlaciones Clinicopatológicas*. 3ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
34. Laskaris G. *Atlas de enfermedades orales*. Barcelona: Masson; 2005.
35. De Figueiredo L, Ferelle A, Issao M. *Odontología para el Bebé: Odontopediatría desde el Nacimiento hasta los 3 años*. Chile: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 2001.
36. Marchena L, Fernández C. Etiología de la lengua geográfica. *Revista Europea de Odontoestomatología* 2015. <http://www.redoe.com/ver.php?id=193> (último acceso 14 noviembre 2015).
37. Wood N, Goaz P. *Diagnóstico Diferencial de las Lesiones Orales y Maxilofaciales*. 5ª ed. Madrid: S.A. Elsevier España; 1998.
38. Bascones M, Valero A, Encinas A, Carrillo A, Bascones A. Lengua geográfica y dermatitis atópica: una asociación frecuente. *Avances en Odontoestomatología* 2006; 22(2). [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852006000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852006000200002) (último acceso 11 diciembre 2015).
39. Salud y Medicinas. *Lengua geográfica, un mapa en la boca*. <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/bucodental/articulos/lengua-geografica-mapa-boca.html> (último acceso 8 diciembre 2015).
40. Sapp J, Eversole L, Wysolki G. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. 2ª ed. Madrid: S.A. Elsevier España; 1998.

41. Santana J. *Atlas de Patología del Complejo Bucal*. La Habana: Ciencias Médicas; 2010.
42. De La Teja E, Durán L, Tovar D, Zurita Y. Eritema migrans. *Acta Pediátrica de México* 2011; 32(6): 357-358.
43. Villal G, Cardoso C, Maroto M, Barber'a E. Lengua geográfica en odontopediatría: revisión. *Gaceta Dental* 2011. <http://www.gacetadental.com/2011/09/lengua-geografica-en-odontopediatra-revisin-25437/> (último acceso 22 diciembre 2015).
44. AA. VV. *Higienistas Dentales del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL): Personal Estatutario*. 2ª ed. España: MAD; 2006. <https://books.google.es/books?id=IDfSL5xhQ1sC&pg=PA69&dq=lengua+saburral&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiP4JCir5bKAhXJSiYKHc2UAaEQ6AEIJzAC#v=onepage&q=lengua%20saburral&f=false> (último acceso 5 noviembre 2015).
45. Palma A, Sánchez F. *Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica*. 2ª ed. España: Paraninfo; 2013. <https://books.google.es/books?id=90EysT6jCBwC&pg=PA168&dq=lengua+saburral&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiP4JCir5bKAhXJSiYKHc2UAaEQ6AEIITAB#v=onepage&q=lengua%20saburral&f=false> (último acceso 28 noviembre 2105).
46. Rudi C. *Guía terapéutica para la Atención Primaria en Salud*. La Habana: Ciencias Médicas; 2010.
47. Eguía A, Saldón R, Aguirre JM. La estomatitis Aftosa Recurrente (I): Epidemiología etiopatogenia y aspectos clínicopatológicos. *Gaceta Médica de Bilbao* 2003; 100: 51-55.

48. Uribarri F, Álvarez G, Martín E. Urgencias Bucodentales. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP* 2010: 231-237.  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/urgencias\\_bucodental\\_es.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/urgencias_bucodental_es.pdf) (último acceso 6 febrero 2016).
49. López S, Bologna R, Sánchez A, Horta A. Frecuencia de patologías bucales en una clínica de atención primaria odontológica. *Revista Tamé* 2013; 2(4): 100-105.
50. Jiménez C, Villarroel M, Pérez C, Bauce B, Córdova M. Factores que influyen en la prevalencia de patologías bucales de tejidos blandos y duros en niños y adolescentes. Revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana* 2013; 51(1).  
<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art22.asp> (último acceso 28 mayo 2016).

## **ANEXOS**



**ANEXO N° 1**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**Título:** Prevalencia de entidades patológicas en los tejidos blandos bucales en niños de la IEI N° 102, Ayacucho 2016

**Autor:** Br. Atachao Vila, Kevin

**Asesor:** C. D. Rosa Milagros Cabero Manchego

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p><b>Problema principal</b> ¿Cuál es la prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales en niños de 3 a 5 años de edad de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho?</p> <p><b>Problemas secundarios</b> ¿Cuál es la prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales de acuerdo al sexo?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar la prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales en niños de 3 a 5 años de edad de la Institución Educativa Inicial N° 102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Determinar la prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales de acuerdo al sexo.</p>	No presenta	<p><b>Variable independiente</b> Entidades patológicas en tejidos blandos bucales</p> <p><b>Variables intervinientes</b> Sexo Edad</p>	<p><b>Tipo de investigación</b> Aplicada</p> <p><b>Nivel de investigación</b> Descriptiva</p> <p><b>Método de investigación</b> Observacional</p> <p><b>Diseño de investigación</b> Transversal No experimental</p> <p><b>Población:</b> 341 niños de la IEI N° 102 “Rosita De Lima”.</p>

<p>¿Cuál es la prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales según la edad?</p>	<p>Determinar la prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales según la edad.</p>			<p><b>Muestra:</b> Estuvo conformada por 215 niños, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. El muestreo fue no probabilístico intencional.</p>
<p>¿Cuál es la prevalencia del número de entidades patológicas en tejidos blandos bucales por niño?</p>	<p>Cuantificar la prevalencia del número de entidades patológicas en tejidos blandos bucales por niño.</p>			<p><b>Técnica e instrumentos de recolección de datos:</b></p>
<p>¿Cuál es la prevalencia del tipo de entidades patológicas detectadas en tejidos blandos bucales?</p>	<p>Determinar la prevalencia del tipo de entidades patológicas detectada en tejidos blandos bucales.</p>			<p><b>Técnica:</b> Examen clínico estomatológico</p>
<p>¿Cuál es la prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales en relación con el aula en el que se hallan los niños?</p>	<p>Determinar la prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales en relación con el aula en el que se hallan los niños.</p>			<p><b>Instrumento:</b> Ficha Clínica Odontológica</p>



**ANEXO N° 2**  
**FICHA CLÍNICA ODONTOLÓGICA**

**Caracterización de lesiones patológicas**

Nº: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

**1. Hábitos**

Succión del pulgar		Queilofagia		Onicofagia		Succión	
--------------------	--	-------------	--	------------	--	---------	--

**2. Enfermedades que padece o ha padecido:**

Asma		Diabetes		Eruptiva		Epilepsia	
Cardiovascular		Raquitismo		Renales		HTA	
Otras enfermedades:							

**3. Medicamentos:**

Antibióticos		Analgésicos		Antialérgicos		Antipirético	
Otros medicamentos:							

**4. CEOD:**

Nº dientes		Caries		Obturados		Extraídos	
------------	--	--------	--	-----------	--	-----------	--

**5. Enfermedad periodontal:**

Gingivitis		Periodontitis	
------------	--	---------------	--

**6. Tipo de mala oclusión:**

Plano terminal recto		Escalón mesial		Escalón distal	
Mordida abierta anterior				Mordida cruzada posterior	

**7. Características de la lesión**

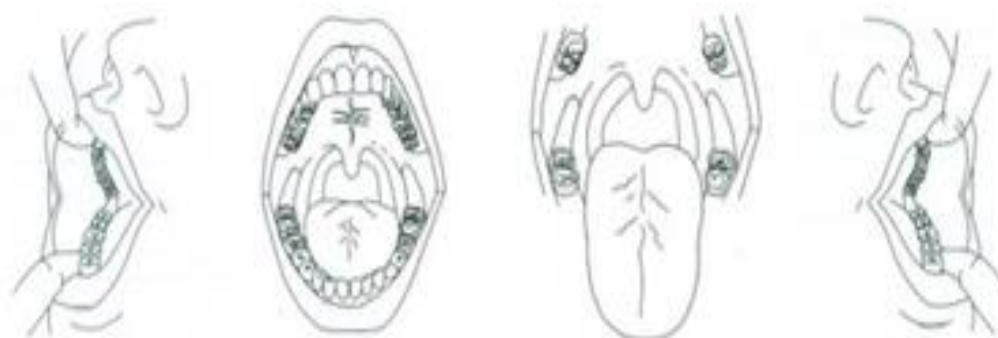
Naturaleza		Forma		Color	
Mácula	Exostosis	Esférica		Normal	
Placa	Costra	Ovalada		Blanco	
Pápula	Atrofia	Papilada		Rojo	
Nódulo	Vesícula	Circular		Marrón	

Tumor		Ampolla		Irregular		Azul	
Úlcera		Queratosis		Alargada		Negro	
Quiste						Amarillo	

Superficie		Consistencia		Implantación	
Lisa		Blanda		Adherida	
Granular		Fluctuante		Móvil	
Fisurada		Firme		Pedículo	
Áspera		Renitente		Sésil	
Rugosa		Dura			

Síntomas		Presentación		Localización		Tamaño	
Dolor		Primaria		Labios		mm..	
Fiebre		Secundaria		Lengua		cm.	
Hemorragia		Congénita		Carrillos			
Supuración		Familiar		Paladar			
Adenopatía				Piso de boca			
Ardor				Reborde alveolar			
Rubor				Encías			
Edema y/o Inflamación				Fondo de vestíbulo			
Generales				Zona retromolar			

### Esquema



### 8. Diagnóstico presuntivo

--

**9. Método de diagnóstico utilizado**

Examen clínico		Biopsia incisional		Biopsia excisional	
Otros:					

**10. Diagnóstico diferencial**

--

**11. Pronóstico**

--

**12. Diagnóstico definitivo**

--

**ANEXO N° 3**  
**CRONOGRAMA**

Actividades	2015		2106					
	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
Revisión bibliográfica	X	X						
Elaboración del proyecto			X	X				
Registros y autorización				X				
Recolección de datos					X	X		
Análisis de datos							X	
Informe final								X

**ANEXO N° 4**  
**PRESUPUESTO**

<b>CONCEPTOS</b>	<b>COSTOS (S/.)</b>	
<b>a. Personal:</b>		2500.00
Apoyo especializado	2500.00	
<b>b. Bienes:</b>		800.00
Material de escritorio	200.00	
Instrumental y material odontológico	350.00	
Material bibliográfico	250.00	
<b>c. Servicios:</b>		2800.00
Impresión, fotocopias	400.00	
Movilidad	200.00	
Gastos de Universidad	2200.00	
<b>TOTAL</b>		<b>6100.00</b>

## ANEXO N° 5

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señores Padres de familia:

Es grato dirigirme a usted, y así mismo informarle que el Sr. Kevin Atachao Vila, Bachiller de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Universidad Alas Peruanas; está realizando una investigación titulada **Prevalencia de entidades patológicas en tejidos blandos bucales en niños. Ayacucho 2016**. Las lesiones en los tejidos blandos bucales son enfermedades multifactoriales y actualmente el Perú afronta una crisis sobre salud oral, por lo cual, es necesario realizar un examen cuidadoso para detectarlas y determinar la prevalencia que se encuentra en los niños de la institución.

Es importante que comprenda esta información, si luego de tener la información completa, está de acuerdo en dejar participar a su hijo(a), deberá firmar o registrar su huella digital en el espacio correspondiente al final de esta hoja.

El procedimiento del estudio será el siguiente:

- Al niño(a) se le realizará un examen clínico odontológico.
- El examen es gratuito y se realizará en las instalaciones de la institución educativa.
- Durante el estudio no se suministrará ningún tipo de fármaco.
- El beneficio del ingreso de su niño(a) a este estudio es que se determinará la prevalencia de lesiones patológicas con lo cual se podrá contribuir a aumentar los conocimientos de dicho tema y poder identificar medidas de prevención.
- Estos datos podrán ser usados en el futuro en publicaciones y presentaciones profesionales sin violar el derecho a la intimidad y a la dignidad humana, preservando en todo momento confidencialidad de la información relacionada con su privacidad y la de su menor hijo(a).

Habiendo leído satisfactoriamente la información anterior, acepto la participación de mi menor hijo(a) en el trabajo de investigación.

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:

-----

DNI:

-----

FIRMA:

-----

FECHA:

-----

**ANEXO N° 6**  
**AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN**



Ayacucho, 01 de marzo del 2016.

Señora:

Silvana POMA SALAZAR.

**Directora de la Institución Educativa Inicial N° 102 Rosita de Lima – Ayacucho.**

**Ciudad.-**

De mi mayor consideración:

Previo cordial saludo, me dirijo a usted para presentar al alumno **Kevin ATACHAO VILA** Bachiller en Estomatología de la Universidad ALAS Peruanas filial Ayacucho, quien realizara examen bucal y fluorización a los niños de 03 a 05 años de la institución que tan dignamente dirige, trabajo que realizara para la Tesis final de su profesión, por lo que solicito se sirva brindarle las facilidades del caso.

Agradeciéndole anticipadamente a la atención al presente, es ocasión para manifestarle las muestras de mi deferencia personal.

Atentamente,

 **UAP** | UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS  
FILIAL - AYACUCHO  
  
**Mg. CD. Henry V. Alarcón Prado**  
Coordinador de Estomatología

C.c.

Archivo

HVAP/



**ANEXO N° 7**  
**FOTOGRAFÍAS**



Figura N° 1

Entrada principal de la Institución Educativa Inicial N°102 “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho, donde se realizó la investigación.



Figura N°2  
Materiales adecuados para la investigación clínica.



Figura N°3  
Ejecución de la fase clínica a una niña de la Institución Educativa Inicial “Rosita De Lima”, distrito de Ayacucho



Figura N°4  
Gingivoestomatitis Herpética Primaria



Figura N°5  
Ulcera Aftosa Recurrente



Figura N°6  
Ulcera Traumática



Figura N°7  
Absceso Periapical



Figura N°8  
Lengua Geográfica



Figura N°9  
Lengua Saburral



Figura N°10.- Queilitis Angular