



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR**

**SEDE CENTRAL**

**Sucre – Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN**

**“ODONTOPEDIATRÍA”**

**“PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS DE TEJIDOS BLANDOS EN NIÑOS DE  
5 a 12 AÑOS DE LA ESCUELA TUJSUPAYA DE LA CIUDAD DE SUCRE  
2015”**

Tesis presentada para obtener  
el Grado Académico de Magister  
en “Odontopediatría”

**MAESTRANTE:** Dra. Ingrid Jhovana Saavedra Lizarazu

SUCRE – BOLIVIA  
2015



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR**

**SEDE CENTRAL**

**Sucre – Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN**

**“ODONTOPEDIATRÍA”**

**“PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS DE TEJIDOS BLANDOS EN NIÑOS DE  
5 a 12 AÑOS DE LA ESCUELA TUJSUPAYA DE LA CIUDAD DE SUCRE  
2015”**

Tesis presentada para obtener  
el Grado Académico de Magister  
en “Odontopediatría”

**MAESTRANTE:** Dra. Ingrid Jhovana Saavedra Lizarazu

**TUTOR:** Dr. Miguel Perea Paz

**SUCRE – BOLIVIA  
2015**

## **DEDICATORIA**

Dedico la presente investigación a toda mi familia por el apoyo brindado en todo momento.

## **AGRADECIMIENTO**

- Agradezco a Dios, supremo creador, fuente de sabiduría y amor por la fortaleza que me dio en tiempos de angustia.
- A la Universidad Andina Simón Bolívar Sede Sucre, por darme la oportunidad de continuar mejorando mi formación profesional.
- A mi tutor Dr. Miguel Perea Paz por el apoyo brindado.

## Resumen

Bolivia No tiene datos estadísticos de estudios de prevalencia de patologías en tejidos blandos de la cavidad oral del niño. En la ciudad de sucre no existen registros de estudios realizados en patologías de tejidos blandos en odontopediatria. Desafortunadamente en la práctica diaria el odontólogo tiende alteraciones de los tejidos blandos

Pretendemos con este estudio identificar que patología en tejidos blandos es más frecuente en niños de 5 a 12 años de la escuela Tujsupaya entre ellas el frenillo lingual corto, frenillo labial superior corto, mucocele, quiste de erupción y granuloma piógeno de la ciudad de Sucre 2015

El odontólogo responsable de tratar al niño puede encontrar cualquier condición patológica a nivel de la mucosa oral y este debe ser capaz de llevar un correcto diagnóstico sobre todo a edades tempranas en la población infantil.

Los beneficiados con este estudio serán todos los niños de 5 a 12 años de la escuela Tujsupaya de la ciudad de sucre, porque se les brindara un diagnóstico certero y posterior referencia al profesional especialista en patología bucal

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo porque se utilizarán métodos y técnicas cuantitativas se pretende verificar una hipótesis, buscar la causa para el efecto porque la realidad estudiada es objetiva. La presente investigación es un estudio de tipo observacional porque el investigador no manipula las variables independientes del estudio.

Se espera que con los resultados de la siguiente investigación puedan ser de gran ayuda para poder tener un adecuado registro de prevalencia de patologías que comprometan los tejidos blandos en la cavidad oral que afecta a nuestra población infantil de nuestro medio y poder así realizar análisis comparativos regionales orientando al odontólogo general en la detección y diferenciación de las mismas a través de un diagnóstico precoz.

**Palabras Claves:** Patología de tejidos blando, Odontopediatria, Frenillo labial corto, Frenillo lingual corto, Mucocele, Quiste de erupción, Granuloma piógeno.

## Summary

Bolivia does not have statistics on prevalence studies of diseases in soft tissues of the oral cavity child. In the city of Sucre there are no records of studies in soft tissue pathologies in pediatric dentistry. Unfortunately, in daily practice the dentist tends soft tissue alterations.

We intend this study to identify disease in soft tissue is more common in children of 5-12 years of school Tujsupaya including short lingual frenulum, short upper lip frenulum, mucocele, eruption cyst, and pyogenic granuloma of the city of Sucre 2015 .

Who treat the child dentist could find any pathological condition of the oral mucosa and it must be able to take a correct diagnosis especially at an early age in children.

The beneficiaries of this study are all children of 5-12 years of school Tujsupaya Sucre, because they would provide an accurate diagnosis and subsequent referral to the specialist professional in oral pathology.

The present study has a quantitative approach because quantitative methods and techniques used are intended to verify a hypothesis for the cause to the effect that the study is objective reality.

This research is an observational study because the researcher does not manipulate the independent variables of the study.

It is expected that following the results of the research can be helpful to have an adequate record of prevalence of diseases that involve the soft tissues in the oral cavity that affects our child population in our area and can thus carry out regional benchmarking guiding the general practitioner in the detection and differentiation of them through early diagnosis.

**Keywords:** soft tissue pathology, pediatric dentistry, short labial frenulum, short lingual frenulum, Mucocele, eruption cyst, pyogenic granuloma.

## ÍNDICE

### CAPITULO I

INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Antecedentes del tema de investigación .....	1
1.1.1. El problema.....	3
1.1.2. Justificación y uso de los resultados. ....	4
1.1.3 Objetivos.....	4
1.1.3.1 Objetivo general.....	4
1.1.3.2 Objetivos Específicos.....	5

### CAPITULO II

2.1 MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL.....	6
2.1.1 Patología de tejidos blandos. ....	6
Patología de la mucosa oral.- .....	6
Patología de la lengua. - .....	7
Patología del suelo de la boca. -.....	7
Patología Gingival. - .....	7
Patologías del paladar .....	8
2.1.1.1 Patología de la lengua. ....	8
Anomalías de desarrollo. ....	8
Anquiloglosia lingual o frenillo lingual corto. -.....	8
2.1.1.2 Patología de los labios. ....	13
Frenillo labial superior corto.....	13
Signos clínicos del frenillo labial superior.....	14
Diastema interincisal.....	14
Limitación del movimiento del labio. ....	14
Problemas de autoclisis en el vestíbulo. ....	14
Labio corto y bermellón elevado. ....	15
Tratamiento del frenillo labial superior. - .....	15
2.1.1.2 Lesiones inflamatorias agudas.....	15
Mucocele.- .....	15
2.1.1.4 Patología de la encía. ....	18

Lesiones Pigmentadas. ....	18
Lesiones purpuras o rojas.....	18
Quiste de erupción. - .....	18
2.1.1.5 Lesiones tumorales o pseudotumorales. - .....	19
Granuloma piógeno. - .....	19
2.2 Hipótesis.....	21
2.3 MARCO CONTEXTUAL. ....	21

### **CAPITULO III**

MARCO METODOLÓGICO.....	23
3.1 Enfoque, tipo y diseño de la investigación. ....	23
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA. ....	23
3.2.1 Población:.....	23
3.2.2 Muestra.....	24
3.3 Variables de Estudio. ....	24
3.3.1 Variable dependiente. ....	24
3.3.2 Variables independientes. ....	24
3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión. ....	28
3.4.1 Criterios de inclusión.....	28
3.5 Procedimiento para la Recolección de la información. ....	28
3.6. Procesamiento y análisis de los datos. ....	29
3.7. Delimitaciones de la investigación. ....	29

### **CAPITULO IV**

4.1 Análisis de datos.....	30
V. DISCUSIÓN. ....	49
6.1 CONCLUSIONES. ....	50
6.2 RECOMENDACIONES.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

### ANEXOS



## **CAPITULO I.**

### **INTRODUCCIÓN.**

#### **1.1. Antecedentes del tema de investigación**

Frente a la gran cantidad de alteraciones que podemos encontrarnos en la mucosa de la boca del niño, debemos ser capaces de detectar dichas lesiones, llevar a cabo un correcto diagnóstico y un apropiado tratamiento. (1) La epidemiología de las enfermedades en cavidad bucal, se encuentra ubicada en un plano secundario, sin recibir la atención apropiada en la planificación de los servicios de salud bucal. Tal como afirman Pindborg, Muñiz et al, y Kleinman et al, existen pocas referencias sobre los tipos e incidencias de lesiones bucales en poblaciones pediátricas. 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. (1)

Los estudios realizados en tejidos blandos en la población infantil son realmente escasos a diferencia de los estudios epidemiológicos que versan sobre la caries y enfermedad periodontal. (1)

Y es que, pese a los esfuerzos realizados por distintos estamentos, para ofrecer una sistemática apropiada para la colección de datos, emergen una serie de problemas metodológicos que aún no han obtenido la respuesta correcta. (1)

La mayoría de los estudios al respecto de las alteraciones bucales en niños y adolescentes son enfocados a problemas dentales y enfermedad periodontal Razones por la cual existen relativamente pocos reportes en la literatura que abordan a las lesiones de tejidos blandos de la mucosa bucal. (2)

Los estudios epidemiológicos realizados a lo largo de estos últimos años, han mostrado una variación considerable en la prevalencia de las lesiones de mucosas orales en diferentes zonas de todo el mundo. (1)

Hasta la actualidad se han realizado muy pocos estudios epidemiológicos sobre la patología de la mucosa bucal en niños y adolescentes, como lo reportan Redman y Arendorf et al , concretamente en España, se encontró con la casi total ausencia de este tipo de estudios que analizan específicamente la prevalencia de lesiones bucales en niños, exceptuando algunos estudios como el realizado por García-Paola et al , en Oviedo, en una población infantil de 6 años de edad; que es muy particular; debido a que solo consideran una edad puntual. En este estudio se pone de manifiesto la prevalencia de las lesiones de la mucosa oral en la población infantil española de 6 años. De los resultados del presente trabajo se desprende que los objetivos sanitarios orales públicos y privados en este campo deben ir enfocados hacia: 1) la erradicación de enfermedades de causa local (lengua saburral, ulceraciones traumáticas, etc.) por su elevada prevalencia; y 2) el diagnóstico precoz de anomalías del desarrollo (anquiloglosias y frenillo labial) por su relación con trastornos de la Fonación y futuras mal oclusiones. (3)

En el año 2005 Rioboo-Crespo MR, Planells-del Pozo P, Rioboo-García R. realizaron una investigación, basándose en una revisión de los diferentes estudios nacionales e internacionales, aportar datos sobre la patología de la mucosa oral más significativa de la población infantil en cuanto a prevalencia y diagnóstico diferencial. (1)

Las lesiones que más frecuentemente han sido tenidas en cuenta por los diferentes autores y que más aparecen en los diferentes estudios son: la estomatitis aftosa recurrente, el herpes labial, la lengua fisurada, la lengua geográfica, la candidiasis oral y las lesiones traumáticas, con prevalencias que respectivamente muestran rangos de 0,9% al 10,8%, del 0,78% al 5,2%, del 1,49% al 23%, del 0,60% al 9,8% y del 0,01% al 3,7%. Frente a la gran cantidad de alteraciones que podemos encontrarnos, debemos ser capaces de detectar dichas lesiones y llevar a cabo un correcto diagnóstico diferencial, eslabón esencial del plan de tratamiento. (1)

En el año 2005 y 2006 Giménez- Cecilia, Ramírez-Reymaira realizaron una investigación en una población total de 96 pacientes distribuidos en cuatro entidades para el cumplimiento de la medida socio educativa de privación de libertad y detención preventiva en Caracas (Venezuela ) de los cuales fueron estudiados 88 pacientes entre 12 y 19 años de edad, de estos 69 pacientes (91%) presentaron 122 lesiones y 19 pacientes (9%) no presentó lesiones; el género masculino fue el más prevalente con 92,75% y el femenino el 7,25%. Las lesiones más frecuentes fueron la Queilitis Actínica con un 17%, Leucoplasia con 13%, Morsiscatum Bucarum y Fibroma Traumático con 12% cada uno, también se observaron lesiones como Nevus, Mucocelo, Úlcera Traumática entre otras. La edad de mayor prevalencia fue entre 16 y 17 años con 68% y la localización anatómica más frecuente fue el Labio Superior en un 49% seguido por carrillo 19%, reborde 14%, paladar, encía y lengua 6% cada una. La etnia mestiza fue la de mayor prevalencia con 44%. El hábito con mayor frecuencia que se encontró fue Queilofagia con 44% y la condición de supervivencia en cuanto a su relación con las lesiones patológicas presentes encontramos que la de mayor prevalencia fue la Ansiedad y Stress con 92%, luego Hacinamiento 6% y Violencia con 2%.(4)

### **1.1.1. El problema**

#### **a) Identificación**

La situación de Salud Oral en Bolivia no aparece en el perfil epidemiológico del Ministerio de Salud y Deportes desde el año 1995, la información existente es limitada, sin embargo, los datos evidentes revelan la amplitud y severidad del problema que sufre la mayoría de la población boliviana en salud oral sobre todo la población infantil. Actualmente no se tienen datos sobre la cobertura estimada en salud oral de acuerdo a la población total atendida. (5) La única información que se tiene, es la otorgada por el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), que muestra datos sobre número de consultas nuevas y repetidas, así como el número de obturaciones y exodoncias pero que son registradas por pieza dentaria y no así por paciente. La falta de normas y protocolos en salud

oral, así como la limitada capacidad supervisora del Programa Nacional de Salud Oral debido al reducido número de personal que lo conforman, explica en gran parte este problema de falta de información estadística. (6)

## **b) Definición o formulación del problema.**

¿Cuál será la prevalencia de patología de tejidos blando en niños de 5 a 12 años de la escuela Tujsupaya entre el frenillo lingual corto, frenillo labial corto, mucoccele, quiste de erupción y granuloma piógeno de la ciudad de sucre?

### **1.1.2. Justificación y uso de los resultados.**

Es importante realizar esta investigación por que en nuestro medio no existe evidencia estadística sobre la prevalencia de patologías de tejidos blandos en la población infantil. La población beneficiada serán todos los niños de 5 a 12 años de la escuela de Tujsupaya porque se les brindara un diagnóstico para posterior derivación al especialista en patología bucal.

Se espera que con los resultados de la siguiente investigación puedan ser de gran ayuda para poder tener registro estadístico sobre la prevalencia de patologías en tejidos blandos en la cavidad oral de los niños y de esta manera poner a disposición de profesionales y comunidad científica dicho estudio.

Es factible y viable este estudio de investigación dada a la predisposición del profesional odontólogo, cooperación de los profesores de la escuela Tujsupaya de la ciudad de sucre Bolivia

### **1.1.3 Objetivos.**

#### **1.1.3.1 Objetivo general.**

Determinar la prevalencia de patologías de tejidos blandos en niños de 5 a 12 años de la escuela de Tujsupaya de la ciudad de Sucre 2015

### **1.1.3.2 Objetivos Específicos.**

- Determinar la prevalencia de patologías que comprometen los tejidos blandos en la cavidad bucal del niño entre frenillo lingual cortó, frenillo labial corto, mucocele, quiste de erupción y granuloma piógeno.
- Determinar que patologías de tejido blando de acuerdo a la edad es prevalente entre frenillo lingual corto, frenillo labial corto, mucocele, quiste de erupción y granuloma piógeno en los niños de estudio.
- Clasificar que patología de tejido blando según el sexo del niño se presenta con mayor frecuencia en la cavidad oral entre frenillo lingual corto, frenillo labial corto, mucocele, quiste de erupción y granuloma piógeno en los niños de estudio.
- Identificar que patología de tejidos blandos es más frecuente según el tipo de dentición entre frenillo lingual corto, frenillo labial corto, mucocele, quiste de erupción y granuloma piógeno en los niños de estudio.

## **CAPITULO II**

### **2.1 MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL.**

#### **2.1.1 Patología de tejidos blandos.**

La Patología Bucal es un área de la Odontología enfocada al diagnóstico y tratamiento de las lesiones de la boca, tanto de tejidos blandos como duros. (7) Los Odontólogos tanto de práctica general como especialistas son los profesionales más adecuados para identificar trastornos en la mucosa bucal y los maxilares, ya que de rutina se debe realizar la exploración de estos tejidos con la finalidad, precisamente, de identificar anomalías, esto solo se consigue con el conocimiento previo tanto de las características normales como de las patologías bucales más frecuentes. (7)

En la cavidad oral se han diferenciado seis áreas donde las lesiones de tejidos blandos se agrupan y se analizan en cada una de ellas. Cada patología queda reseñada en el área de la cavidad oral donde habitualmente tiene su presentación, lo que resulta sumamente útil, pero la descripción de las lesiones en un determinado apartado no descarta la posibilidad de su presentación en otra localización diferente tal y como se detalla en cada una de ellas. El esquema que se sigue es el siguiente:(8)

#### **1. Patología de la mucosa oral.-**

1.1 Anomalías de desarrollo

1.2 Lesiones blandas

1.3 Lesiones pigmentadas

1.4 Lesiones ulceradas

1.5 Lesiones papilares

1.6 Lesiones tumorales o pseudotumorales.(9)

**2. Patología de la lengua. -**

2.1 Anomalías de desarrollo.

2.2 Lesiones Blancas

2.3 Lesiones Pigmentadas

2.4 Lesiones Tumorales o Pseudotumorales(9)

**3. Patologías de los labios. -**

3.1 Anomalías de desarrollo

3.2 Lesiones tumorales o Pseudotumorales

3.3 Lesiones inflamatorias agudas (9)

**4. Patología del suelo de la boca. -**

4.1 Lesiones Blancas

4.2 Lesiones inflamatorias agudas (9)

**5. Patología Gingival. -**

5.1 Anomalías de desarrollo

5.2 Lesiones Blancas

5.3 Lesiones pigmentadas

5.4 Lesiones ulceradas

5.5 Lesiones papilares

5.6 Lesiones inflamatorias agudas

5.7 Lesiones tumorales o pseudotumorales (9)

## **6. Patologías del paladar**

### 6.1 Anomalías de desarrollo

### 6.2 Lesiones blancas

### 6.3 Lesiones Pigmentadas

### 6.4 Lesiones papilares

Autores de la clasificación de las 6 áreas de patología (M. Angustias Peñalver Sánchez- Matilde Ruiz Linares) (9)

De la clasificación general de patologías de tejidos blandos solo se tratarán las Lesiones siguientes:

#### **2.1.1.1 Patología de la lengua.**

##### **Anomalías de desarrollo.**

##### **Anquiloglosia lingual o frenillo lingual corto. -**

La lengua es un poderoso órgano muscular, con gran inervación sensorial, sensitiva y motora que debe gozar de gran movilidad para poder realizar diversas funciones dentro de la cavidad oral, siendo un importante regulador del desarrollo del aparato masticatorio. La limitación en la movilidad lingual con frecuencia se debe a la presencia de un frenillo lingual corto o engrosado. El frenillo lingual, elemento patológico frecuente, es una banda fibrosa que une la lengua con el suelo de la boca o con el proceso alveolar. (10)

Se inicia en la cara inferior de la lengua, en las proximidades de su extremo apical, recorre el tercio anterior de ésta y se vuelve hacia delante, insertándose en la línea media de la mucosa del suelo de la boca. El extremo anterior del frenillo lingual se asienta en la cara lingual de la mandíbula, entre los incisivos centrales. Es importante recordar que, además de las estructuras musculares existentes en esta zona (músculos geniogloso y genihioideo), el frenillo lingual se relaciona con el conducto de Wharton y su carúncula de salida, y con el



conducto de Rivini (que drena saliva de la glándula sublingual y los vasos linguales).(10)

Dependiendo de los componentes predominantes del frenillo podemos distinguir: a) frenillo fibroso, compuesto de tejido conectivo y de mucosa; b) frenillo muscular, en el frenillo lingual encontramos los músculos geniogloso y genihioides; c) frenillo mixto o fibromuscular. (10)

En los casos de acortamiento extremo produce anquiloglosia, donde la porción libre de la lengua pierde su movilidad. La movilidad lingual más afectada por un frenillo insertado se dará en movimientos del tercio anterior de la lengua. Esto, conlleva en los casos extremos, dificultades para la alimentación del bebé, pero en la mayoría de los casos lo que les ocurre a nuestros pequeños pacientes es una dificultad en el lenguaje, con la imposibilidad de pronunciar determinados sonidos. Dicha anomalía puede originar un rotacismo; es decir, la doble "r", típica de nuestro idioma será muy difícil de pronunciar; parcialmente también puede afectarse la pronunciación del fonema "l". También produce una ausencia de proyección de la lengua fuera de la boca provocando un aspecto bífido de la lengua (10)

El frenillo lingual corto o hipertrófico es una anomalía que se considera leve y de fácil resolución, bien con un tratamiento conservador o mediante un tratamiento quirúrgico. Si se descubre a tiempo y se interviene debidamente es posible evitar los trastornos físicos y psicológicos que produce a largo plazo. El diagnóstico y el tratamiento son sencillos, poco costosos y apenas causan molestias al paciente. (10)

### **Signos clínicos. -**

Según Peña Rocha y cols, en circunstancias patológicas de tamaño o inserción, o de las dos, el frenillo puede ocasionar básicamente tres problemas: anquiloglosia, diastema interincisivo y desajustes de los aparatos ortodóncicos. La anquiloglosia es la restricción física del movimiento normal anterior de la lengua, como consecuencia de un frenillo lingual cortó. Los movimientos de la lengua están disminuidos, el paciente no puede tocar el paladar con ella, estando

la boca abierta. En los intentos de movilización la lengua adquiere una forma helicoidal. En esta alteración el frenillo lingual se encuentra adherido muy hacia delante de la lengua, causando restricción del movimiento de la misma. El frenillo lingual, cuando es corto, altera la fisiología mecánica de la lengua, pudiendo también traer consigo alteraciones anatómicas y funcionales en otras estructuras de la boca y aumentando la prevalencia de mal oclusión dental. (10)

A veces uno observa en los niños un frenillo lingual anormalmente corto que ata la lengua al piso de la boca, de modo que no es posible proyectarla por delante de la cavidad oral ni ponerla en contacto con el paladar duro. (11)

La fonación y la deglución pueden dificultarse y además, puede traumatizarse el frenillo por el contacto con los incisivos inferiores y formar una úlcera. (11)

La anquiloglosia (lengua presa) es un problema que generalmente es subestimado por el dentista. Esta anomalía por lo general causa problemas de dicción al paciente. Es sorprendente el gran número de casos en que el problema afecta apenas la emisión de algunos sonidos, y estos son los casos en que, inexplicablemente, no reciben atención de los dentistas y de los otorrinolaringólogos. (11)

El odontólogo puede ser el primer profesional que consulten los padres de niños con problemas del habla y la articulación del lenguaje. Por lo tanto, es aconsejable que los odontólogos conozcan la secuencia normal del desarrollo del habla y el lenguaje en la infancia, el proceso en el que se produce el habla, los principales trastornos, y los servicios profesionales para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la comunicación. (11)

Vale la pena resaltar, que el disturbio articulatorio es una patología del lenguaje de fácil corrección con pocas probabilidades de mal pronóstico, siempre que se diagnostique y trate oportuna y correctamente. (11)

El frenillo lingual corto, en algunos casos, dificulta la elevación normal de la punta de la lengua para la pronunciación de los sonidos /t/, /d/, /n/, /l/, /t• / y /dz/. No

obstante, los niños se adaptan con facilidad a este problema y su pronunciación es aceptable. (11)

La liberación quirúrgica de esta restricción facilita la pronunciación de ciertas consonantes en la locación donde se articulan. (11)

### **Indicaciones quirúrgicas del frenillo lingual.**

Existe una gran controversia sobre las indicaciones quirúrgicas del frenillo lingual, aunque la mayoría de autores coinciden en que debe realizarse en los casos de restricción de la movilidad lingual y alteraciones del habla. (10)

Por otro lado, si en la época perinatal las dificultades de succión o deglución derivadas de un frenillo lingual corto ocasionan dolor e irritación del pezón materno, también estaría indicada la frenectomía.

Este tipo de dificultades representan el 10% de los casos (10). Así debemos tener en cuenta que la indicación para realizar una frenectomía ha de basarse en criterios funcionales donde exista una limitación de la movilidad del ápice, observando una lengua bífida cuando se intenta la profusión lingual anterior y/o imposibilidad de contactar el ápice lingual anterior con la zona retro dental superior constatándose un aumento de la palidez del frenillo. (10)

Pérez y López, tras analizar mediante un estudio descriptivo longitudinal y prospectivo el diagnóstico y tratamiento de la anquiloglosia en niños de edades comprendidas entre los 5 y 11 años, establecieron unas indicaciones para la práctica de la frenectomía lingual, cuando las siguientes condiciones locales lo justifican:(10)

- ✓ Interferencia en la funcionalidad de la lengua, dificultando su movimiento.
- ✓ Fonación deficiente.
- ✓ Diastema entre los incisivos centrales inferiores.
- ✓ Irritación del frenillo lingual y ulceración.

- ✓ Alteraciones periodontales.
- ✓ Alteraciones en el desarrollo evolutivo normal de la mandíbula.
- ✓ Hábitos orales anómalos. (10)

### **Diagnóstico.**

El odontopediatra puede ser el primer profesional al que consulten los padres de niños con problemas del habla y articulación del lenguaje. Por lo tanto, es aconsejable que conozca la secuencia normal del desarrollo del habla y del lenguaje en la infancia, los principales trastornos asociados, así como los servicios profesionales para el diagnóstico y tratamiento de los problemas de comunicación. (10)

Es importante previamente al examen clínico, elaborar una historia clínica completa con una anamnesis bien detallada, enfocada para que el niño pronuncie ciertas palabras y letras. Clínicamente, debemos observar las características propias del frenillo sano: inserción, grosor, extensión y longitud. La restricción en el movimiento normal de la lengua causada por un frenillo lingual hipertrófico se diagnostica cuando la lengua no puede contactar con el paladar duro con la boca abierta y cuando no puede protruirse más de 1-2 mm por fuera de los incisivos inferiores.(10)

Otro posible método o técnica para establecer si un frenillo lingual es corto se establece tras realizar la siguiente maniobra. Se coloca un espejo intraoral entre las caras oclusales de molares superiores e inferiores y hacemos que el niño intente estirar la lengua hacia la punta de la nariz. Dependiendo del alcance de la punta de la misma establecemos la necesidad o no de practicar tratamiento bien conservador o quirúrgico. (10) La hipertrofia del frenillo puede manifestarse con una intensidad variable y no siempre provoca problemas funcionales.

Si el frenillo altera la locución o la alimentación de un niño, el logopeda y el odontopediatra deben colaborar estrechamente para determinar si requiere tratamiento quirúrgico (10)

### **Tratamiento.**

El tratamiento del frenillo lingual hipertrófico o corto, puede ser conservador o quirúrgico. Mediante el tratamiento conservador se enseñan una serie de ejercicios apropiados que permiten obtener elongamiento del frenillo lingual. El tratamiento quirúrgico es la frenectomía lingual y para realizarla se debe identificar el problema y establecer una correcta indicación de la cirugía. (10)

### **Pronóstico**

El pronóstico tras la cirugía presenta un porcentaje elevado de éxito, siempre y cuando el paciente realice una serie de ejercicios que se le explica que realice en casa inmediatamente tras la cirugía. Generalmente las complicaciones tras la cirugía son raras, aunque se puede presentar: lengua anudada, inflamación lingual, sangrado, infección y daño de las glándulas submandibulares. (10)

### **2.1.1.2 Patología de los labios.**

#### **Anomalías de desarrollo.**

#### **Frenillo labial superior corto.**

Los frenillos labiales a menudo se pasan por alto en el examen bucal sistemático porque rara vez son un problema. Sin embargo, estas estructuras pueden causar ciertas anomalías o tipos de patologías, que son básicamente:(12)

1. Problemas ortodóncicos-ortopédicos.
2. Problemas periodontales.

El frenillo labial superior está constituido histológicamente por tres capas:

- Epitelio escamoso estratificado de la mucosa oral.
- Tejido conjuntivo conteniendo fibras elásticas y tejido fibroso blando.
- Submucosa que contiene glándulas mucosas, salivares menores, etc.(12)

El frenillo labial superior es un repliegue de la mucosa bucal que parte de la cara interna del labio y va a insertarse sobre la línea media de la encía adherida interincisiva del maxilar superior. En algunos casos el frenillo desciende hasta el borde alveolar y termina en la papila interdientaria en la bóveda palatina. (12)

### **Signos clínicos del frenillo labial superior.**

#### ➤ **Diastema interincisal.**

El diastema medial superior designa un espacio de 1 a 6 mm o mayor entre los incisivos centrales superiores.

El frenillo labial superior alargado con bordes paralelos, ocasiona un diastema que se caracteriza porque los ejes de los incisivos son sensiblemente paralelos. (12)

El frenillo labial superior triangular origina un diastema en que el eje de los incisivos es convergente, con sus coronas más próximas que sus ápices.

Podemos distinguir dos tipos de diastemas: el diastema verdadero y el pseudo diastema. El diastema verdadero lo suele originar la persistencia del frenillo después de la erupción de los dientes permanentes. Todos los demás casos son pseudo diastemas. (12)

#### ➤ **Limitación del movimiento del labio.**

Las fibras musculares que lo forman pueden actuar como unas riendas flexibles limitando el movimiento labial. (12)

#### ➤ **Problemas de autoclisis en el vestíbulo.**

Un frenillo demasiado hipertrófico puede provocar acumulación de alimentos y dificultar la limpieza de la zona. También puede complicar el cepillado dental al no existir el fondo de saco vestibular. (12)

Secundariamente y en relación con estos problemas pueden aparecer problemas periodontales por la inserción del frenillo en la papila interincisiva vestibular.

➤ **Labio corto y bermellón elevado.**

El frenillo labial superior puede elevar el bermellón y provocar un labio superior corto, lo que impedirá un buen sellado labial. (12)

**Tratamiento del frenillo labial superior. -**

Ante todo, deberá valorarse la edad del paciente. La cirugía eliminará el frenillo labial superior pero solamente la ortodoncia cerrará el diastema. Asimismo, la excéresis del frenillo no deberá llevar a cabo hasta que no haya erupcionado los caninos permanentes. (12)

**2.1.1.2 Lesiones inflamatorias agudas.**

**Mucocele.-**

El mucocele conocido también como fenómeno de retención mucosa, es una tumoración nodular producida por algún traumatismo a la mucosa y glándulas salivares menores. (13)

La cavidad bucal tiene abundantes agrupaciones de glándulas mucosas cuyos conductos en condiciones normales excretan moco en la superficie y conservan una atmosfera húmeda a la mucosa (13)

**Etiología y patogenia.**

La causa de este fenómeno se relaciona con traumatismo mecánicos de los conductos de las glándulas salivales menores que corta o desgarran dicho conducto, dando esto a lugar a derrame o extravasación de moco en el estroma de tejido conectivo circundante, donde precipita una reacción inflamatoria secundaria que al principio contiene neutrófilos y después macrófagos. El tejido

de granulación presente favorece la formación de una pared alrededor de la mucina derramada. (13)

El tejido de la glándula salival adyacente sufre una alteración inflamatoria inespecífica a causa de la retención de moco y posterior cicatrización en el interior y alrededor de la glándula. (13)

### **Características clínicas**

El mucocele suelen aparecer sobre todo en niños y adultos jóvenes, aunque pueden hacerlo en cualquier edad. Casi la mitad de los casos se presentan antes de los 21 años de edad, más de la cuarta parte entre las edades de 11 y 12 años, afectando por igual a hombres como a mujeres, siendo la localización más frecuente la superficie de la mucosa del labio inferior, también afecta a menudo la mucosa bucal, superficie ventral de la lengua, piso de la boca, paladar y región retro molar. (13)

Las lesiones se encuentran raras veces en otras regiones de la boca donde se localizan glándulas salivales, tal vez por la ausencia relativa de traumatismos en estas regiones. Dichas anomalías suelen ser indoloras y de superficie lisa, translúcidas o de color azulado en virtud de su ubicación superficial. Varían desde unos cuantos milímetros hasta algunos centímetros de diámetro, son fluctuantes. (13)

La tumefacción clínica relacionada con la mucina extravasada puede reducir su tamaño debido a la rotura de la lesión o resorción de la mucina acumulada. La producción adicional de mucina conduce a la reaparición de la lesión. El tamaño máximo se alcanza en unos pocos días y cuando se practica aspiración en la lesión se obtiene un material viscoso. (13)

### **Histopatología.**

El epitelio superficial esta distendido por él acumulo de mucina. Esta mucina suele estar cercada por un borde de tejido de granulación o en lesiones de larga



evolución. El colágeno denso que le confiere un aspecto encapsulado bien circunscrito. No existe revestimiento epitelial. (13)

La mucina y el tejido de granulación están infiltrados por abundantes neutrófilos e histiocitos espumosos grandes, redondos u ovalados, macrófagos, linfocitos, y en ocasiones células plasmáticas. El mucocele de muchas semanas de evolución o los que sufren traumatismos repetidos permitiendo el escape de moco suelen presentar signos histológicos de organización que constituyen un intento reparador. (13)

Entre los diagnósticos diferenciales podríamos mencionar, la Ránula, Fenómeno de la extravasación de moco, Malformación vascular Neurofibroma, Lipoma y Quiste de erupción o Quiste gingival. (13)

### **Tratamiento.**

El tratamiento de extravasación de moco es la escisión quirúrgica total para minimizar el riesgo de recidiva, deben extirparse las glándulas tributarias en continuidad con el mucocele o desde la base del lecho quirúrgico tras la extirpación de la lesión y la respectiva toma de biopsia para su estudio histopatológico. (13)

La biopsia de tipo excisional es aquella rutina quirúrgica en la cual se practica la remoción total de la patología presente en el paciente, para luego ser estudiada.

Las indicaciones para realizarla son: Remoción de patologías muy pequeñas y que al querer realizarlas de manera incisional, se corre el riesgo de que el tejido sea insuficiente para su estudio. A la inspección clínica, se tiene un diagnóstico presuntivo lo suficientemente claro y conciso. (13)

Con este tipo de intervención, se reduce el grado de Stress en el paciente, porque se remueve toda la lesión; por lo cual no se vuelve a intervenir al paciente, exceptuando algunos casos en donde la patología podría ser recidivante. (13)

#### **2.1.1.4 Patología de la encía.**

##### **Lesiones Pigmentadas.**

##### **Lesiones purpuras o rojas**

##### **Quiste de erupción. -**

Los quistes de erupción se presentan como áreas en la mucosa de levantamiento de volumen blando, de diferente coloración: azulado, rojo, vinaceo; mantiene un vaso presionado del que no solo sale agua, sino también sangre. Determinado como una variante del quiste dentígero, de origen odontogénico epitelial, diferentes porque este existe dentro del hueso; habitualmente en asociación con dientes próximos a erupcionar y en su gran mayoría relacionados con dentición mixta. (14)

##### **Características clínicas.**

Entre las características clínicas esta el sangrado y el dolor que ocasiona la masticación, el quiste es más frecuente entre los 6 y los 11 años de edad. Este quiste puede redimir espontáneamente al erupcionar el diente o incluso por la propia masticación del paciente, es allí donde se segrega un líquido mucoso o sanguinolento. (14)

El quiste de erupción aparece como una inflamación suave y a menudo translúcida de la mucosa gingival que recubre la corona de un diente en erupción deciduo o permanente. Aunque puede ocurrir con cualquier diente en erupción, la lesión es más comúnmente asociado con los incisivos centrales inferiores deciduos, los primeros molares permanentes, y los incisivos superiores deciduos. El traumatismo superficial puede resultar en una considerable cantidad de sangre en el líquido quístico, que presenta un color azul a púrpura-marrón. Estas lesiones a veces se conocen como hematomas de erupción. (15)

### **Características histopatológicas.**

El Quiste de erupción cuenta con características histológicas del dentígero entre estas un infiltrado inflamatorio que se muestra más intenso a medida que se aproxima al interior del diente. (14)

El quiste de erupción intacto rara vez se envía al laboratorio de patología oral y maxilofacial, y la mayoría de ejemplos consiste en extirpar el techo del quiste, que se ha quitado para facilitar la erupción de los dientes. Estos muestran la superficie del epitelio oral sobre la cara superior. La lamina propia subyacente muestra un infiltrado con variables células inflamatorias. La porción profunda de la muestra, lo que representa el techo del quiste, muestra una fina capa de epitelio escamoso no queratinizado. (15)

### **Tratamiento y pronóstico.**

El tratamiento puede no ser requerido porque por lo general el quiste se rompe de forma espontánea, permitiendo la erupción del diente. Si esto no se produce, la escisión simple del techo del quiste generalmente permite una rápida erupción del diente. (15)

#### **2.1.1.5 Lesiones tumorales o pseudotumorales. -**

##### **Granuloma piógeno. -**

El granuloma piogénico es una lesión de la cavidad oral de naturaleza no neoplásica. El granuloma piogénico, también conocido como hemangioma lobular capilar, es una neo formación reactiva de la piel consecutiva a traumatismo, que se presenta en cavidad bucal con cierta frecuencia. Aunque inicialmente se consideró su origen relacionado con agentes infecciosos, hoy en día se cree que no tiene relación con ellos. En la actualidad se conoce que es un desarrollo reactivo focal de tejido fibrovascular o de granulación con proliferación endotelial, la cual no tiene relación con ninguna bacteria. (16)

**Etiología.**

La causa del granuloma piógeno es desconocida; sin embargo por estar compuesta de tejido de granulación, se cree que la lesión representa una reacción exagerada de los tejidos a un traumatismo local. El granuloma piogénico representa una respuesta tisular exuberante a una irritación local o a un traumatismo; como por ejemplo exfoliación de dientes primarios, espículas óseas, trauma por cepillado, irritación gingival por placa y cálculo, sobre todo cuando están localizados en encía. (16)

**Características Clínicas.**

El granuloma piogénico se presenta como una masa lisa o lobulada, generalmente pediculada, aunque en algunos casos puede ser sésil; que sangra con facilidad y que puede presentar el aspecto de una frambuesa. La superficie característicamente está ulcerada, y su color oscila entre rosa, rojo y púrpura, dependiendo del tiempo de evolución de la lesión. Su tamaño puede variar desde pocos milímetros hasta varios centímetros de diámetro. La lesión no es dolorosa, pero puede sangrar con facilidad debido a su abundante vascularización. En algunos casos pueden mostrar un crecimiento rápido haciendo sospechar la presencia de una neoplasia maligna. (16)

El granuloma piogénico de la cavidad oral muestra predilección por la encía, aunque también se puede presentar en otras localizaciones. La irritación e inflamación de la encía como resultado de una pobre higiene oral puede ser el factor precipitante de muchos casos. (16)

**Epidemiología**

Aunque el granuloma piogénico se puede presentar en cualquier edad, es más frecuente en niños y en adultos jóvenes. (16)

### **Descripción histopatológico**

Se encuentra formado por tejido conjuntivo fibroso denso y laxo, con proliferación endotelial, infiltrado inflamatorio mixto, difuso, cubierto por epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado por acantosis, edema intra y extracelular, solución de continuidad, cubierto por fibrina. El grueso de la lesión se compone de gran cantidad de pequeños capilares dispuestos a menudo en islotes o lóbulos, con tejido conectivo edematoso interpuesto. Es posible observar una infiltración leve o densa de leucocitos polimorfonucleares, plasmocitos y linfocitos (16)

### **Tratamiento. -**

El tratamiento del granuloma piógeno consiste en la extirpación quirúrgica llegando hasta el periostio. En caso de localización gingival, se deben estudiar detenidamente los dientes adyacentes para eliminar cualquier fuente de irritación. En los casos de desarrollo durante el embarazo el tratamiento se debe diferir, a no ser que produzca problemas estéticos o funcionales. (16)

La escisión quirúrgica es el tratamiento más común. Sin embargo, esto puede resultar en cicatrices. Cuando el procedimiento tenga riesgo de producir deformidad marcada, la biopsia incisional es obligatoria. Recientemente, el uso de tratamientos más conservadores, tales como la criocirugía, la cirugía con láser, inyección de etanol absoluto y la tetradecil sulfato de sodio se han propuesto para reducirlo. (16)

### **2.2 Hipótesis.**

La patología prevalente de tejido blando en niños de 5 a 12 años de la escuela Tujsupaya de la ciudad de sucre es el frenillo labial corto

### **2.3 MARCO CONTEXTUAL.**

El estudio se realizará en la escuela de Tujsupaya de la ciudad de sucre en el departamento de Chuquisaca-Bolivia en niños de 5 a 12 años.

El terreno de la escuela fue dotado por la Reforma Agraria de 1952 a pedido de la población de la zona. En espacio de terreno de 4 hectáreas y media exclusivamente para la construcción de aulas y espacios deportivos que beneficien a los niños y jóvenes de la zona, en la actualidad la documentación está totalmente saneada e inscrita en derechos Reales.

La unidad educativa de Tujsupaya se encuentra a 7 kilómetros de la ciudad de Sucre, camino hacia el aeropuerto, ubicada hacia el Norte- Oeste de la ciudad.

En esta unidad funciona desde el Nivel Pre-escolar hasta el bachillerato, más la Nocturna con algunas especialidades como el Cema para los jóvenes que quieran completar sus estudios o aprender algún oficio.

Resumiendo, en total en los 3 turnos de la unidad Educativa de Tujsupaya alumnos entre varones y mujeres tenemos

Primaria 694 Docentes 30

Secundaria 457 Docentes 22

Nocturno 149 Docentes 9

Estos alumnos son migrantes del Área rural, más propiamente del Norte Potosí y de los barrios periféricos de la ciudad. La junta escolar es parte coadyuvante

En la socialización de la buena marcha de la institución nuestro colegio de Tujsupaya tiene 55 años de vida.

En la escuela de TUJSUPAYA de la ciudad de Sucre es la primera vez que se realiza un estudio epidemiológico para identificar la prevalencia de patologías de tejidos blandos según el sexo, la edad y el tipo de dentición en la cavidad bucal de niños de 5 a 12 años entre frenillo lingual corto, frenillo labial corto, mucocela, quiste de erupción y granuloma piógeno. Donde tanto los niños como los profesores de la escuela muestran mucho interés y colaboración en el estudio.

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO.**

#### **3.1 Enfoque, tipo y diseño de la investigación.**

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo porque se utilizarán métodos y técnicas cuantitativas; se pretende verificar una hipótesis, buscar la causa para el efecto porque la realidad estudiada es objetiva.

La presente investigación es un estudio de tipo: Observacional, descriptivo y de corte transversal.

- Observacional: se basa en la observación, el investigador no interviene por lo que las condiciones del estudio se mantienen independiente y no son controlados por el investigador.
- Descriptivo: Describe la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud. En la investigación se realizará una descripción del evento de estudio (patologías) en función de las variables independientes.
- Transversal o de prevalencia estima la frecuencia de un factor de riesgo en una población definida y en un momento determinado. En el grupo de estudio se determinó la prevalencia de patologías de tejidos blandos en niños de 5 a 12 años de la escuela de Tujsupaya de la ciudad de Sucre 2015

#### **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.**

##### **3.2.1 Población:**

Todos los niños comprendidos en las edades de 5 a 12 años de la escuela Tujsupaya de la ciudad de Sucre 2015.

### **3.2.2 Muestra.**

No se trabajará con una muestra, sino con toda la población.

### **3.3 Variables de Estudio.**

#### **3.3.1 Variable dependiente.**

Prevalencia de patologías:

- Frenillo Labial corto
- Frenillo Lingual corto
- Mucocele
- Quiste de erupción
- Granuloma Piógeno

#### **3.3.2 Variables independientes.**

- Edad
- Sexo
- Tipo de dentición



### 3.3.3 Diagrama de las Variables.

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍAS	INSTRUMENTACION
Determinar la prevalencia de patologías que comprometen los tejidos blandos en la cavidad bucal del niño entre frenillo lingual cortó, frenillo labial corto, mucocele, quiste de erupción y granuloma piógeno	Patología de tejido blando (Dependiente)	Estudia las causas y efectos de las enfermedades bucales	Según la prevalencia de patologías de tejidos blandos identificadas en los niños del estudio	Nominal Poli tónica	Frenillos labiales superiores cortos, Frenillos linguales cortos, Mucocele, Quistes de erupción, Granuloma piógeno.	Ficha de encuesta
Determinar que patología de tejido blando de acuerdo a la edad es prevalente entre frenillo lingual corto, frenillo labial corto,	Edad (Independiente)	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de una persona	Según los años que tenga el niño desde su nacimiento	Cuantitativa Continua	5-6 7-8 9-10 11-12	Ficha De encuesta

mucocele, quiste de erupción y granuloma piógeno en los niños de estudio.						
Clasificar que patología de tejido blando según el sexo del niño se presenta con mayor frecuencia en la cavidad oral entre frenillo lingual corto, frenillo labial corto, mucocele, quiste de erupción y granuloma piógeno en los niños de estudio.	Sexo (Independiente)	Desciende del Latín: cortar, dividir, originalmente se refiere nada más que a la división del género humano en dos grupos: hombre o mujer. Cada individuo pertenece a uno de estos grupos. La persona es de sexo femenino o masculino.	Según la división de género	Nominal Dicotómica	Masculino Femenino	Ficha De encuesta
Identificar que patología de tejidos blandos es más frecuente según el tipo de dentición	Tipo de dentición (Independiente)	<i>Dentición:</i> es el cambio o muda de un <i>tipo</i> de dientes a otro. En los humanos existen 3 <i>tipos de dentición</i> , la temporal, mixta y permanente.	Según el cambio o muda de dientes	Nominal Poli tónica	Dentición: Temporal Mixta Permanente	Ficha de encuesta

entre frenillo lingual corto, frenillo labial corto, mucocele, quiste de erupción y granuloma piógeno en los niños de estudio.						
--	--	--	--	--	--	--

### **3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión.**

#### **3.4.1 Criterios de inclusión.**

- Todos los niños de 5-12 años, estudiantes de la primaria de la unidad educativa de Tujsupaya
- Contar con la autorización de los Padres y/o tutores a través de un consentimiento informado por escrito para participar en el estudio

#### **Criterios de exclusión.**

- Niños con algún grado de deficiencia mental que no cooperen en la exploración clínica bucal para el estudio
- Se excluyeron del estudio los escolares que no tenían deseos de participar en dicho estudio

### **3.5 Procedimiento para la Recolección de la información.**

#### **a) Fuente de recolección de la información:**

La fuente de recolección de la información es de tipo primario porque la información se recolecto directamente de los niños de la escuela de Tujsupaya de la ciudad de sucre.

#### **b) Descripción de los instrumentos:**

- Autorización de los padres y/o tutores mediante el consentimiento informado de participación en dicho estudio (ver consentimiento informado en anexos)
- Inspección clínica para valorar las lesiones de la mucosa en los tejidos blandos de la cavidad bucal en todos los niños de estudio.
- Fichas de encuesta: Que nos permitió recoger datos sobre la edad, sexo, tipo de dentición y presencia de patologías entre frenillo labial corto,

frenillo lingual corto, mucocele, quiste de erupción y granuloma piógeno.  
(ver cuestionario en anexos)

- Baja lenguas y fotografías, (ver fotos en anexos)

### **3.6. Procesamiento y análisis de los datos.**

Una vez recogida la información se transcribirá en una base de datos, elaborada para este efecto en el programa Microsoft Excel, y posteriormente se procederá a la descripción de las variables de estudio presentándolas en tablas y gráficos

### **3.7. Delimitaciones de la investigación.**

a) Se realizará dicha investigación en niños de la escuela de Tujsupaya de la ciudad de sucre

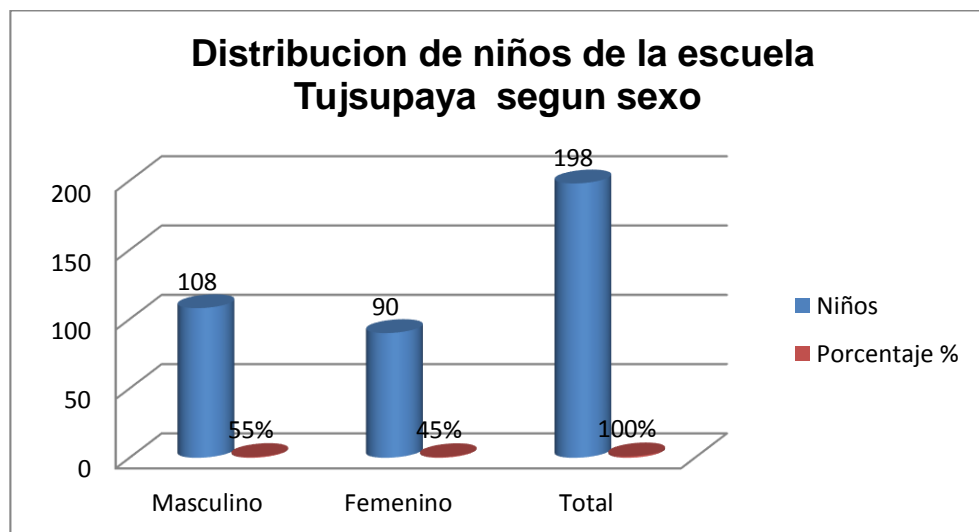
b) Niños de 5 a 12 años

## IV. RESULTADOS.

### 4.1 Análisis de datos

TABLA 1.

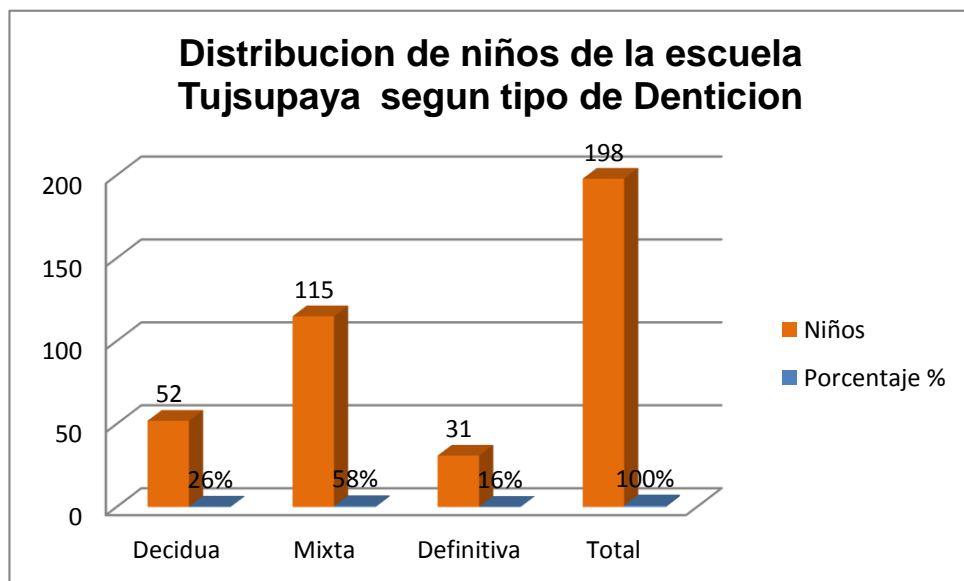
<b>DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS DE LA ESCUELA TUJSUPAYA SEGÚN SEXO</b>		
<b>SEXO</b>	<b>NIÑOS</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
Masculino	108	55%
Femenino	90	45%
<b>TOTAL</b>	<b>198</b>	<b>100%</b>



Pudimos observar que los niños estudiados de la escuela Tujsupaya Del 100 por ciento de estos un 55% son masculinos y un 45% son féminas.

TABLA. 2

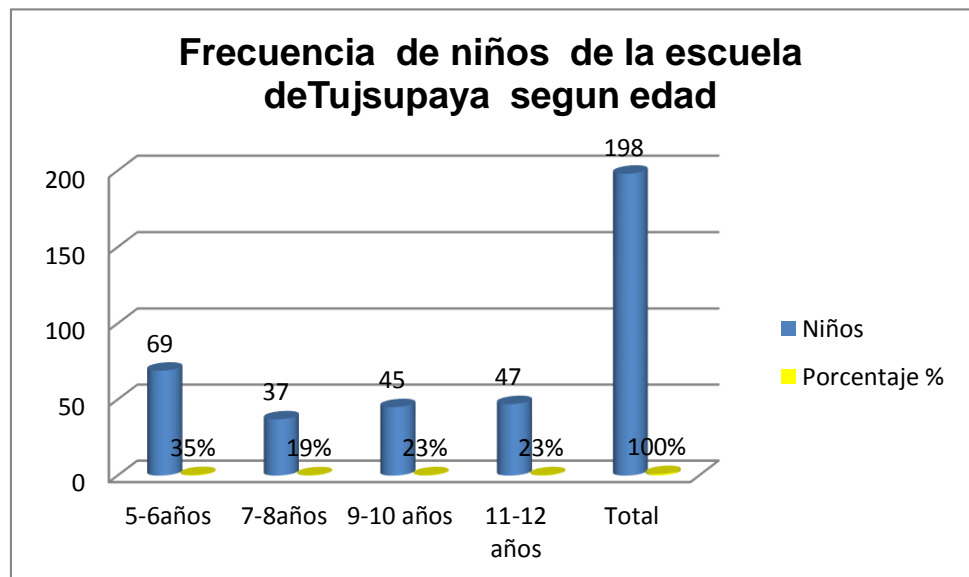
DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS DE LA ESCUELA TUJSUPAYA SEGÚN TIPO DE DENTICIÓN		
TIPO DE DENTICIÓN	NIÑOS	PORCENTAJE %
Decidua	52	26%
Mixta	115	58%
Definitiva	31	16%
<b>TOTAL</b>	<b>198</b>	<b>100%</b>



Del 100% de los niños estudiados en la escuela de Tujsupaya un 26% tiene dentición decidua, un 58% tiene dentición mixta y un 16% tiene dentición definitiva.

TABLA 3

FRECUENCIA DE NIÑOS DE LA ESCUELA DE TUJSUPAYA SEGÚN EDAD		
EDAD	NIÑOS	PORCENTAJE %
5-6años	69	35%
7-8años	37	19%
9-10 años	45	23%
11-12 años	47	23%
<b>TOTAL</b>	<b>198</b>	<b>100%</b>

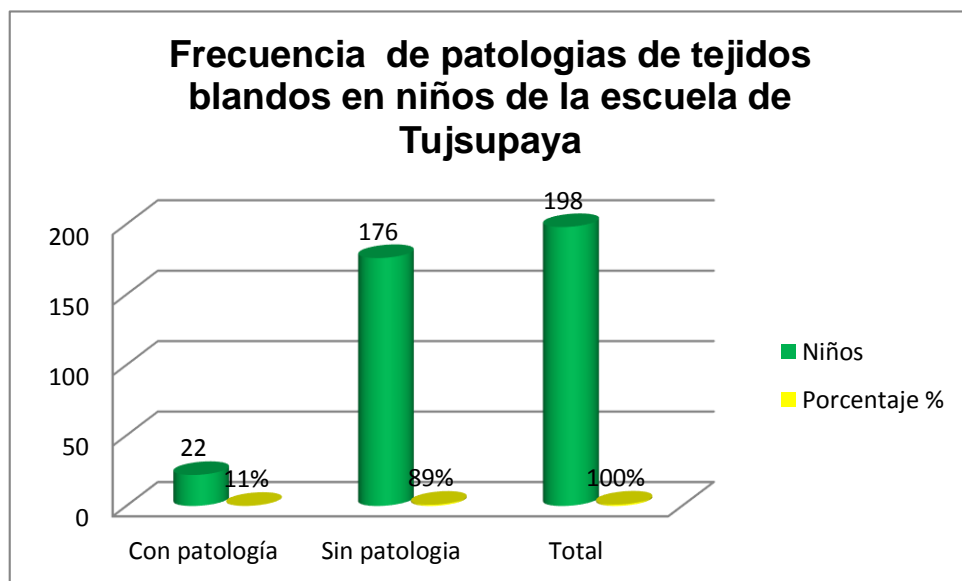


Del 100% de los niños estudiados en la escuela de Tujsupaya un 35% tienen entre 5 a 6 años de edad, un 19% tienen entre 7 a 8 años, un 23% tienen entre 9 a 10 años y un 47% entre 11 a 12 años.



TABLA 4

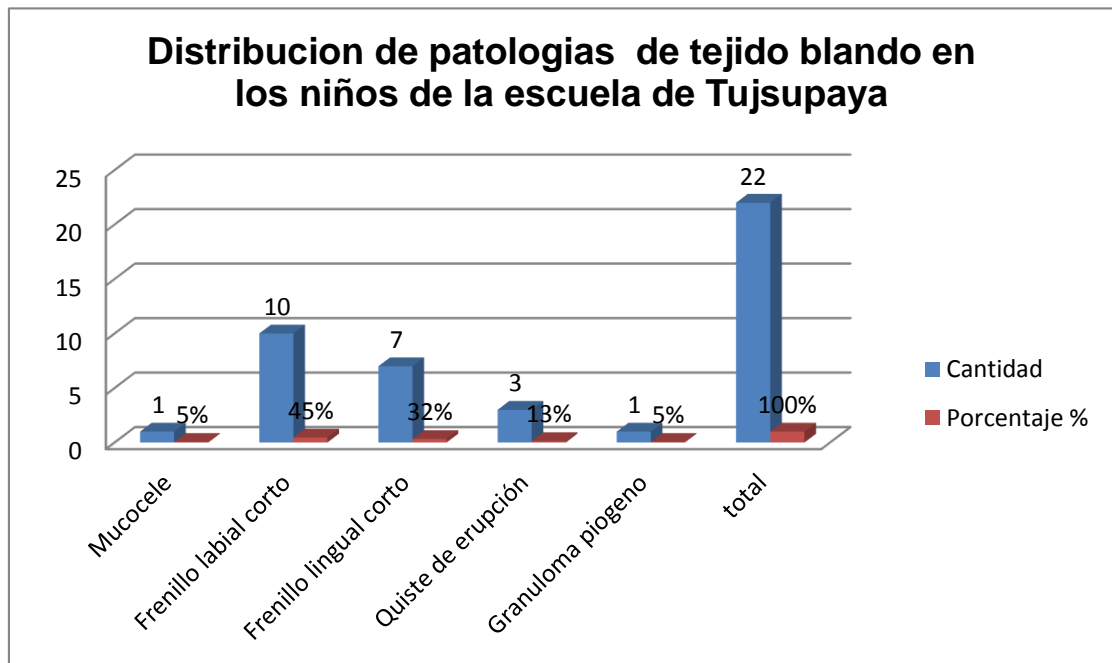
<b>FRECUENCIA DE PATOLOGÍAS DE TEJIDOS BLANDOS EN NIÑOS DE LA ESCUELA DE TUJSUPAYA</b>		
<b>PATOLOGÍA DE TEJIDO BLANDO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
Con patología	22	11%
Sin patología	176	89%
<b>TOTAL</b>	<b>198</b>	<b>100%</b>



Del 100% de los niños estudiados en la escuela de Tujsupaya un 11% presenta patología de tejidos blandos y un 89% no presentaba patología de tejidos blandos.

TABLA.5

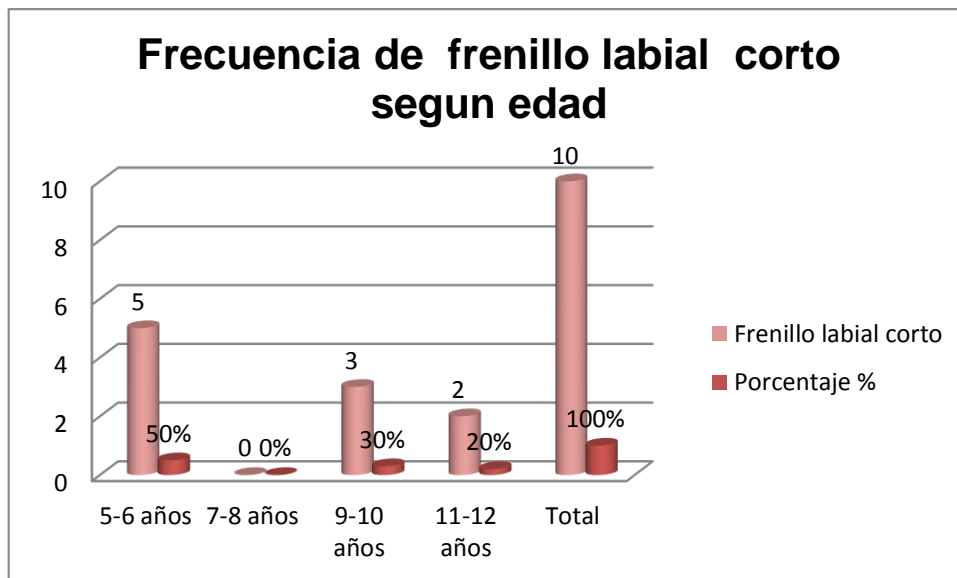
<b>DISTRIBUCIÓN DE PATOLOGÍAS DE TEJIDO BLANDO EN LOS NIÑOS DE LA ESCUELA DE TUJSUPAYA</b>		
<b>PATOLOGÍA BUCALES</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
Mucocele	1	5%
Frenillo labial corto	10	45%
Frenillo lingual corto	7	32%
Quiste de erupción	3	13%
Granuloma piógeno	1	5%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>



Del 100% de las patologías de tejidos blandos encontradas, en los niños de la escuela de Tujsupaya un 5% son Mucocele, un 45% son frenillo labial corto, un 32% frenillo lingual corto, un 13% son quiste de erupción y 5% son granuloma piógeno.

TABLA.6

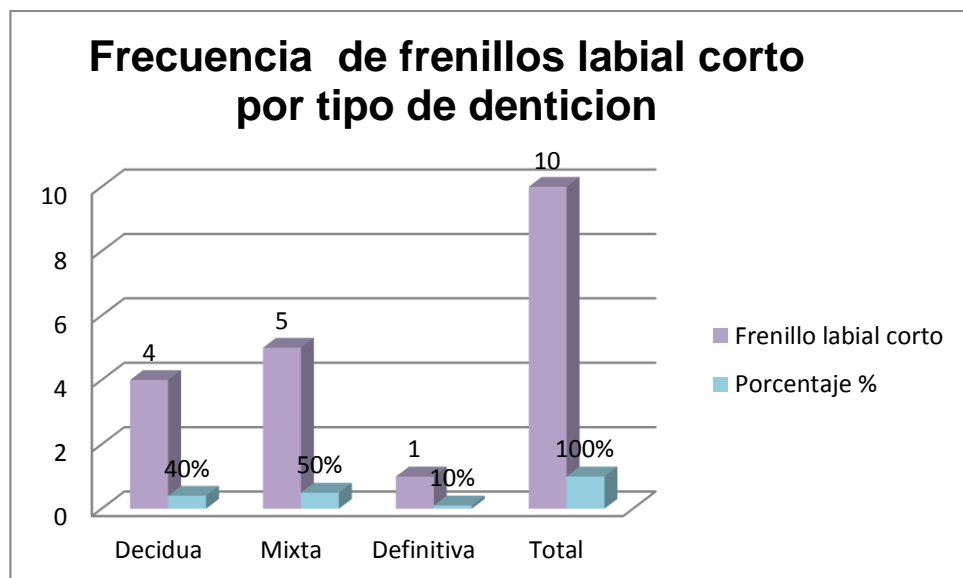
FRECUENCIA DE FRENILLO LABIAL CORTO SEGÚN EDAD		
EDAD	FRENILLO LABIAL CORTO	PORCENTAJE %
5-6 años	5	50%
7-8 años	0	0%
9-10 años	3	30%
11-12 años	2	20%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>



Del 100% de frenillos labiales cortos encontrados en niños de la escuela de Tujsupaya un 50% tienen entre 5 a 6 años de edad, los niños comprendidos entre 7 a 8 años de edad no presentan frenillo labial corto un 30% en niños entre 9 a 10 años y un 2% entre 11 a 12 años de edad.

TABLA.7

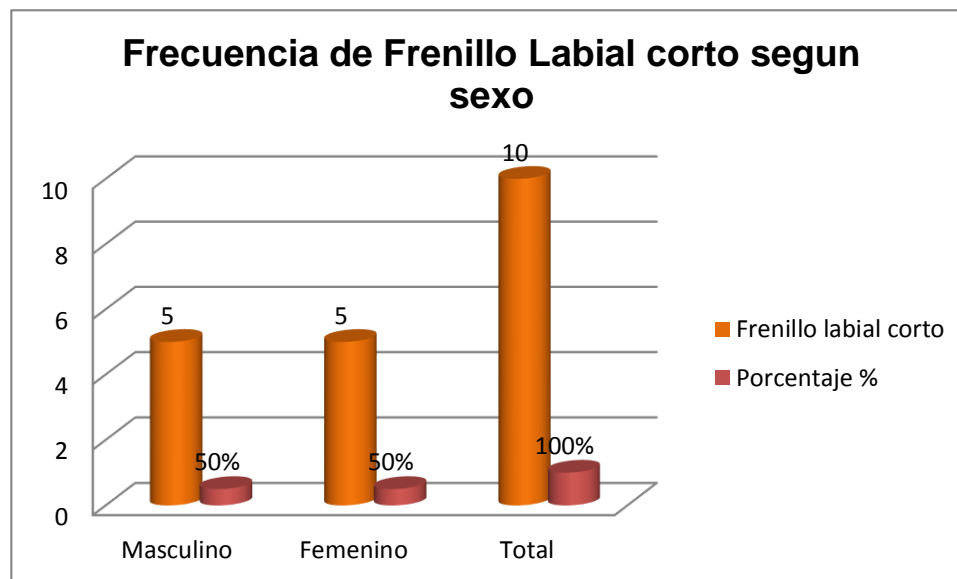
FRECUENCIA DE FRENILLO LABIAL CORTO SEGÚN TIPO DE DENTICIÓN		
TIPO DE DENTICIÓN	FRENILLO LABIAL CORTO	PORCENTAJE %
Decidua	4	40%
Mixta	5	50%
Definitiva	1	10%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>



Del 100% de frenillos labiales cortos encontrados en los niños de la escuela de Tujsupaya un 40% se encontró en niños con dentición decidua, un 50% en niños con dentición mixta y un 10% en niños con dentición definitiva.

TABLA.8

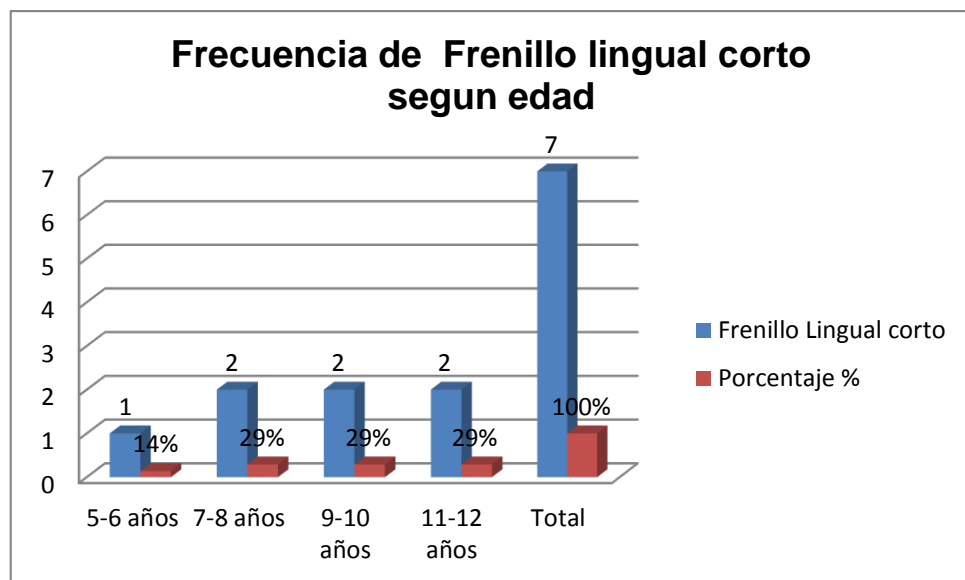
FRECUENCIA DE FRENILLO LABIAL CORTO SEGÚN SEXO		
SEXO	FRENILLO LABIAL CORTO	PORCENTAJE %
Masculino	5	50%
Femenino	5	50%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>



De los 100% de frenillo labial corto encontrados en niños de la escuela de Tujsupaya el 50% pertenece al sexo en masculino y un 50% en femeninos.

TABLA.9

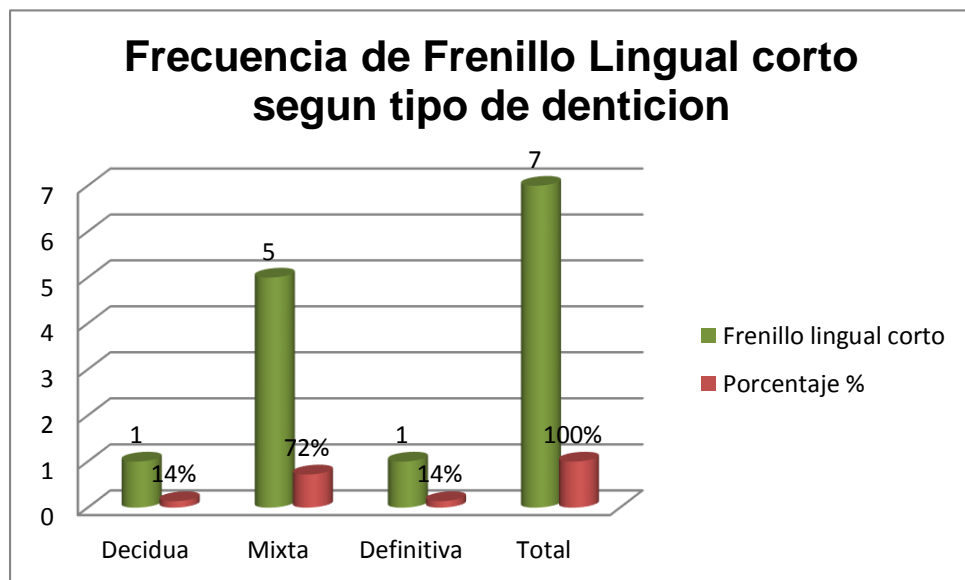
FRECUENCIA DE FRENILLO LINGUAL CORTO SEGÚN EDAD		
EDAD	FRENILLO LINGUAL CORTO	PORCENTAJE %
5-6 años	1	14%
7-8 años	2	29%
9-10 años	2	29%
11-12 años	2	29%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>



Del 100% de frenillos lingual corto en niños de la escuela de Tujsupaya un 14% se encontró en niños entre 5 a 6 años de edad, un 29% en niños entre 7 a 8 años de edad, un 29% en niños entre 9 a 10 años de edad y un 29% en niños entre 11 a 12 años de edad.

TABLA 10

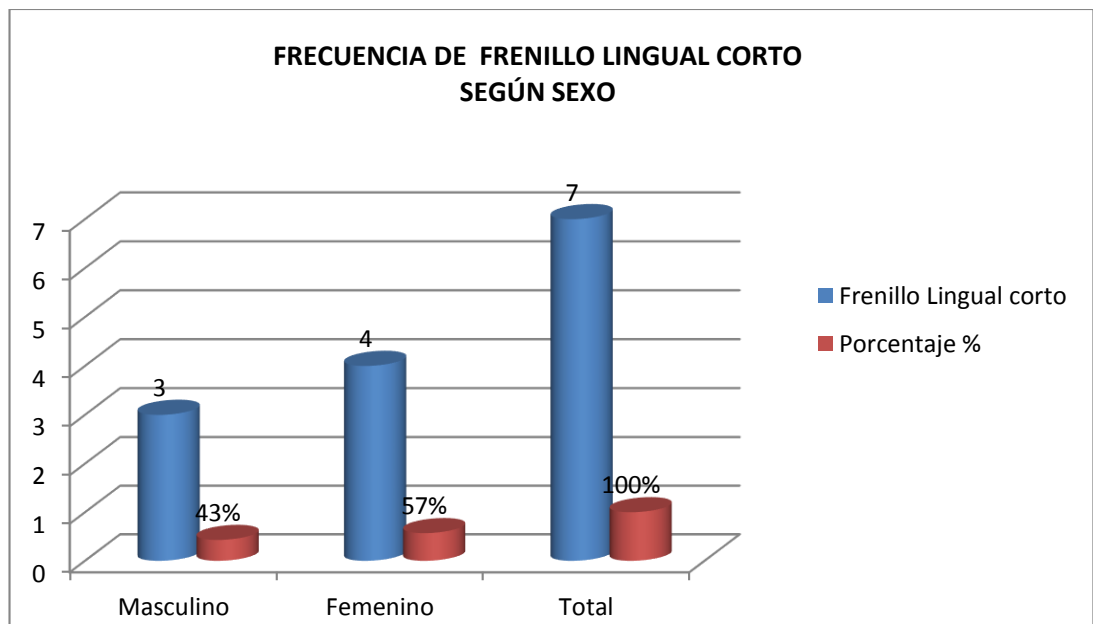
FRECUENCIA DE FRENILLO LINGUAL CORTO SEGÚN TIPO DE DENTICIÓN		
TIPO DE DENTICIÓN	FRENILLO LINGUAL CORTO	PORCENTAJE %
Decidua	1	14%
Mixta	5	72%
Definitiva	1	14%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>



Se observó que del 100% de niños de la escuela de Tujsupaya que tienen frenillo lingual corto un 14% tiene dentición decidua, un 72% dentición mixta y 14% dentición definitiva

TABLA 11

FRECUENCIA DE FRENILLO LINGUAL CORTO SEGÚN SEXO		
SEXO	FRENILLO LINGUAL CORTO	PORCENTAJE %
Masculino	3	43%
Femenino	4	57%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

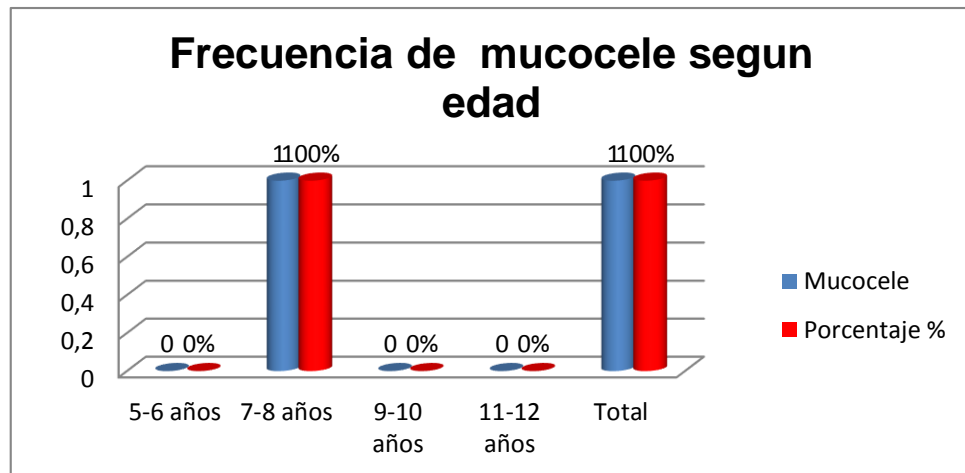


Del 100% de niños estudiados en la escuela Tujsupaya que presentaron frenillo labial corto, un 43% son de sexo masculino y un 57% de sexo femenino.



TABLA. 12

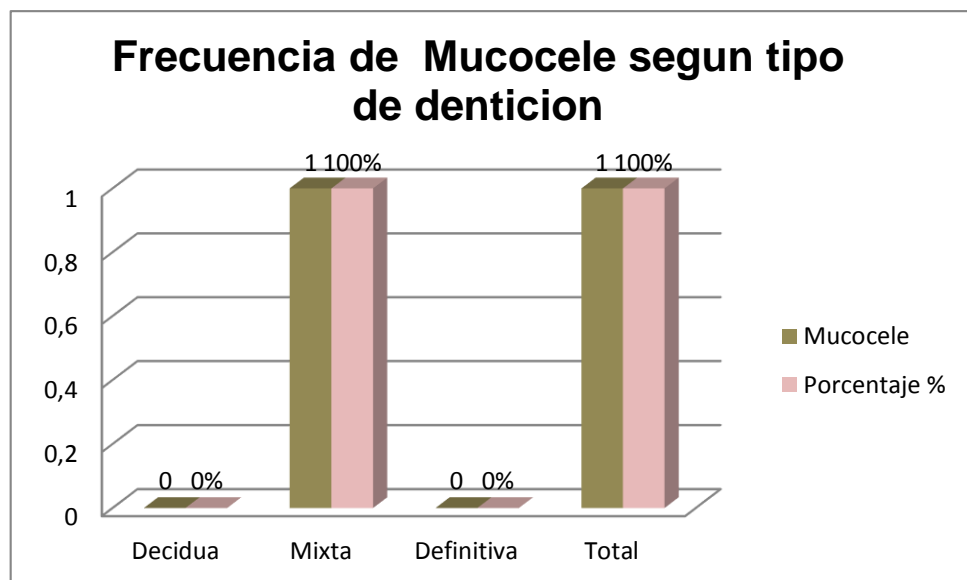
FRECUENCIA DE MUCOCELE SEGÚN EDAD		
EDAD	MUCOCELE	PORCENTAJE %
5-6 años	0	0%
7-8 años	1	100%
9-10 años	0	0%
11-12 años	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>



Se observó que del 100% de niños estudiados de la escuela de Tujsupaya no presentan Mucoccele los niños comprendidos entre las edades de 5a6 años, 9 a 10años, 11a12 años y presentan Mucoccele el 100% los niños de edades entre 7 a 8 años

TABLA .13

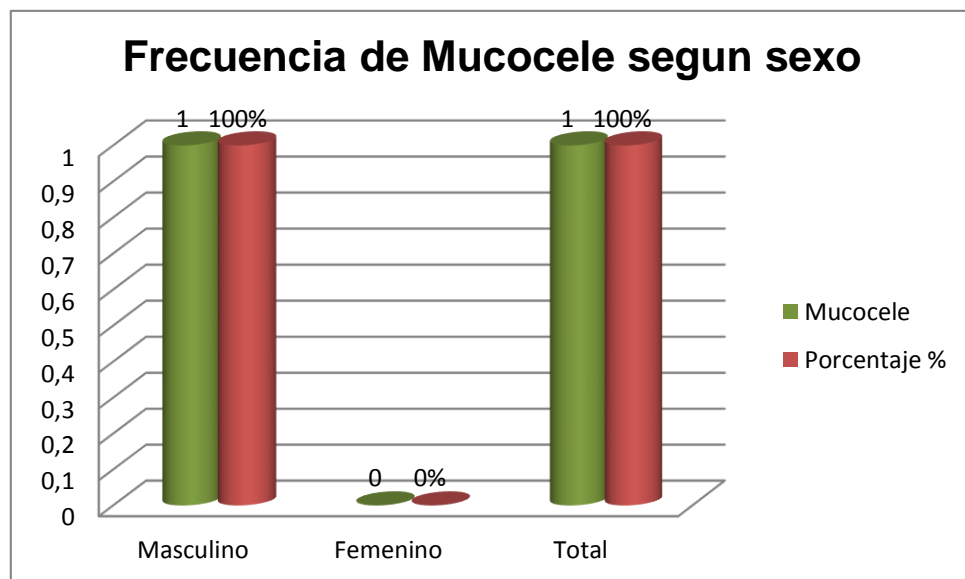
FRECUENCIA DE MUCOCELE SEGÚN TIPO DE DENTICION		
TIPO DE DENTICIÓN	MUCOCELE	PORCENTAJE %
Decidua	0	0%
Mixta	1	100%
Definitiva	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>



Se observó que del 100% de niños estudiados de la escuela de Tujsupaya presentan Mucocele en dentición mixta.

TABLA.14

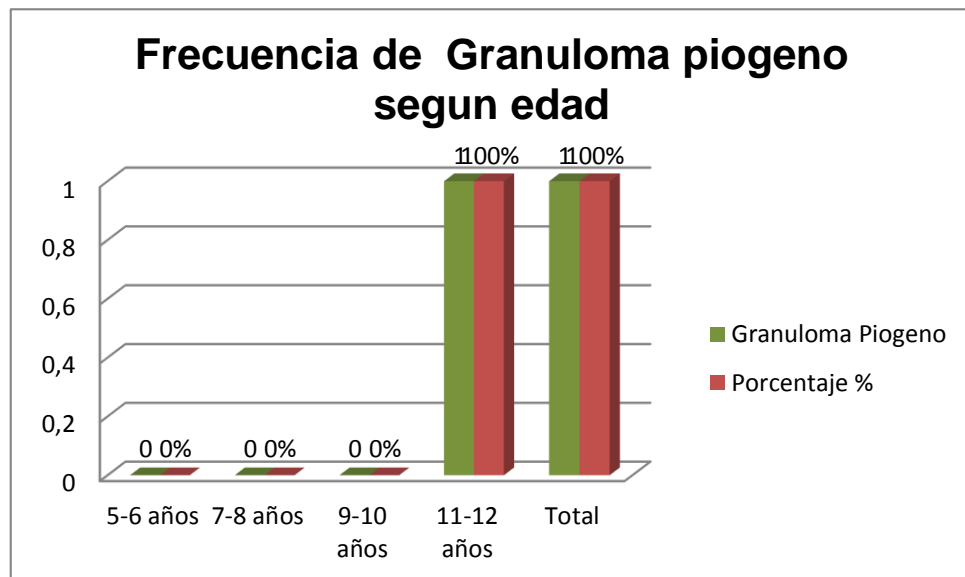
FRECUENCIA DE MUCOCELE SEGÚN SEXO		
SEXO	MUCOCELE	PORCENTAJE %
Masculino	1	100%
Femenino	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>



Se observó que del 100% de niños estudiados de la escuela de Tujsupaya que presentan mucoccele son de sexo masculino.

TABLA. 15

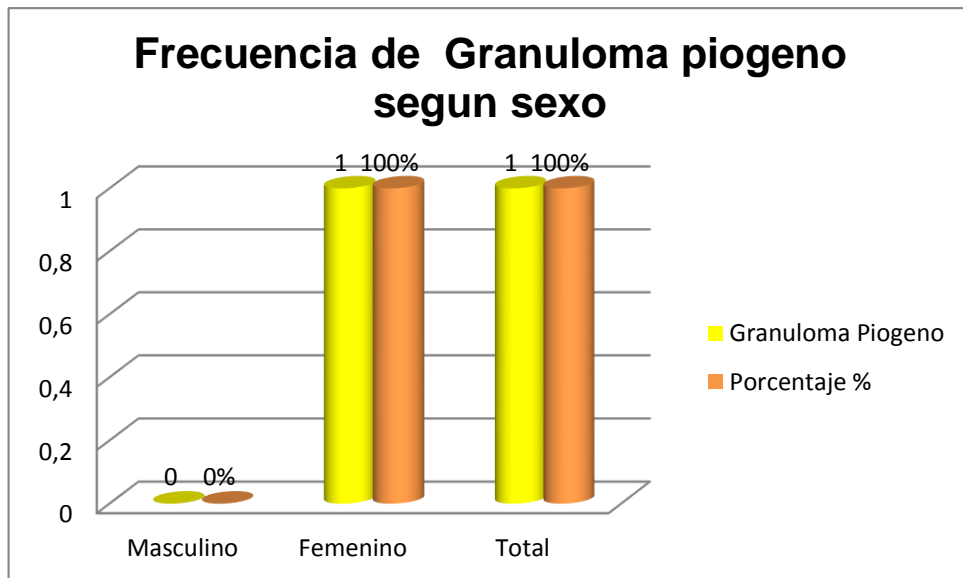
FRECUENCIA DE GRANULOMA PIOGENO SEGÚN EDAD		
EDAD	GRANULOMA PIÓGENO	PORCENTAJE %
5-6 años	0	0%
7-8 años	0	0%
9-10 años	0	0%
11-12 años	1	100%
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>



Se observó que del 100% de niños estudiados de la escuela de Tujsupaya que presentan granuloma piógeno tienen entre 11 y 12 años.

TABLA 16

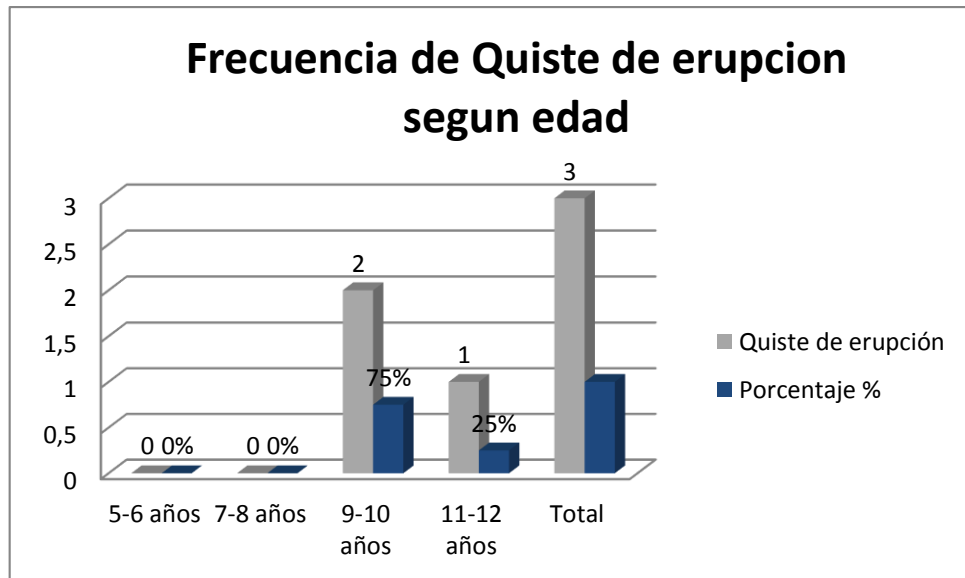
FRECUENCIA DE GRANULOMA PIOGENO SEGÚN SEXO		
SEXO	GRANULOMA PIÓGENO	PORCENTAJE %
Masculino	0	0%
Femenino	1	100%
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>



Se observó que del 100% de niños estudiados de la escuela de Tujsupaya que presentan granuloma piógeno son de sexo femenino.

TABLA 17

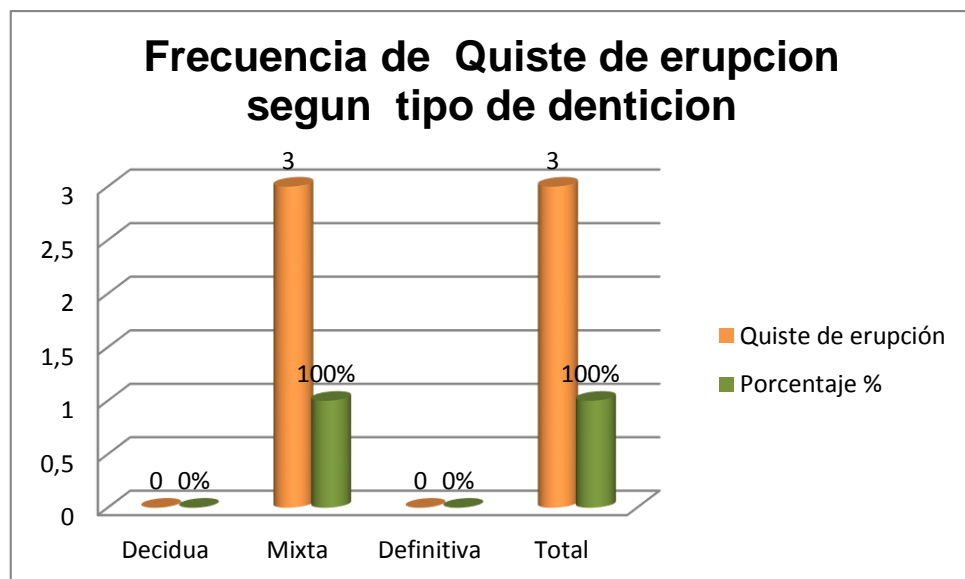
FRECUENCIA DE QUISTE DE ERUPCION SEGÚN EDAD		
EDAD	QUISTE DE ERUPCIÓN	PORCENTAJE %
5-6 años	0	0%
7-8 años	0	0%
9-10 años	2	75%
11-12 años	1	25%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>



Se observó que del 100% de los niños de la escuela de Tujsupaya que presentaron quiste de erupción, un 75% tienen entre 9 a 10 años y un 25% tienen entre 11 a 12 años de edad.

TABLA 18

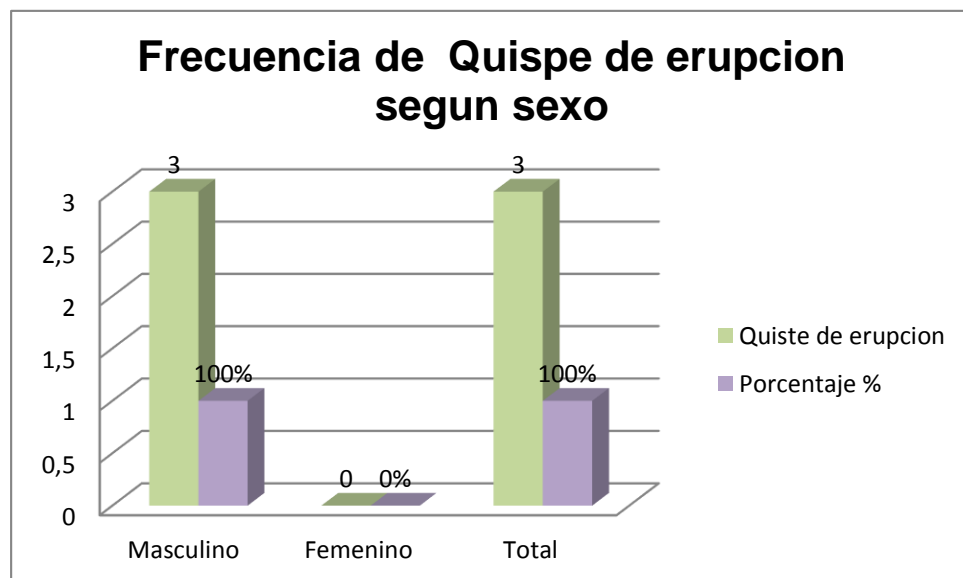
FRECUENCIA DE QUISTE DE ERUPCIÓN SEGÚN TIPO DE DENTICIÓN		
TIPO DE DENTICIÓN	QUISTE DE ERUPCIÓN	PORCENTAJE %
Decidua	0	0%
Mixta	3	100%
Definitiva	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>



Del 100% de niños estudiados en la escuela Tujsupaya que presentaron quiste de erupción, tienen dentición mixta.

TABLA.19

FRECUENCIA DE QUISTE DE ERUPCIÓN SEGÚN SEXO		
SEXO	QUISTE DE ERUPCIÓN	PORCENTAJE %
Masculino	3	100%
Femenino	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>



Del 100% de los niños estudiados de la escuela Tujsupaya que tienen quiste de erupción, son de sexo masculino.



## V. DISCUSIÓN.

La falta de datos estadísticos acerca de estudios relacionados con las patologías de tejidos blandos en la cavidad bucal en la población infantil a nivel nacional, dificulta realizar un análisis exhaustivo de los datos obtenidos.

Por tal motivo este estudio se analizó con investigaciones de otros países.

Se realizó el estudio a niños de la escuela Tujsupaya de la ciudad de Sucre, correspondiendo la mayoría al género masculino, resultados similares a los obtenidos por Giménez- Cecilia, Ramírez- Reymaira en el año 2005 y 2006 en (Caracas Venezuela donde predominó el sexo masculino).

En el presente estudio el rango de edad está entre 5 a 6 años, estos datos son semejantes al estudio realizado en Ovideo España por García- Paola et al donde trabajo con edades de 6 años.

En la presente investigación se puede decir entonces, de todos los niños de estudio en la escuela Tujsupaya predominó el sexo masculino.

En cuanto a las patologías presentes en la cavidad bucal en niños en los diferentes estudios realizados por Rioboo-Crespo MR, Planells del Pozo P, Riboo-García R. basándose en una revisión de los diferentes estudios internacionales se pudo evidenciar que una de las patologías más frecuentes son herpes labial, lesiones traumáticas, estomatitis aftosa. Sin embargo, en el estudio realizado en la escuela de Tujsupaya de la ciudad de Sucre la patología prevalente de tejido blando en cavidad bucal fue el frenillo labial corto con mayor frecuencia en niños de 5 a 6 años en ambos sexos. Similar estudio realizado en España por García- Paola et al donde se encontró con mayor frecuencia el frenillo labial en niños de 6 años.

## VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1 CONCLUSIONES.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede concluir que:

- Hubo un predominio de escolares del género masculino en la escuela de Tujsupaya sucre 2015
- La mayor participación de niños fue entre las edades de 5 a 6 años, con dentición mixta.
- Los niños de la escuela de Tujsupaya presentaron ausencia de patologías de tejidos blandos en la cavidad bucal.
- La mayoría de los escolares presentaron frenillo labial corto (45%) en niños de 5 a 6 años (50%) en dentición mixta (50%) con predilección de ambos sexos
- Se observó el frenillo lingual corto como segunda patología prevalente en niños de la escuela de Tujsupaya en relación a las patologías estudiadas, siendo frecuente en las edades comprendidas 7 a 12 años, con predilección del sexo femenino y en dentición mixta.
- El quiste de erupción fue la tercera patología de tejido blando prevalente con una predilección del sexo masculino, en dentición mixta, en edades comprendidas entre 9 y 10 años en el estudio de niños de la escuela Tujsupaya.
- Se observó que el mucocele y granuloma piógeno fueron las patologías de menor relevancia en cuanto a su prevalencia estudiadas en los niños de la escuela de Tujsupaya de la ciudad de Sucre.

## **6.2 RECOMENDACIONES.**

Con los datos que se recolectaron se sugiere que los profesionales odontólogos tomen mayor atención en la valoración clínica de la cavidad bucal del niño en edades tempranas para prevenir futuras complicaciones a consecuencia de las patologías estudiadas con énfasis en el frenillo labial corto.

Dada la prevalencia de patologías orales se recomienda realizar charlas educativas referentes a las patologías estudiadas a los padres de familia en los diferentes establecimientos de educación debido a que estas patologías son de poco conocimiento para la población lo cual conlleva a pasar por alto la oportuna intervención evitando complicaciones a futuro en la población escolar

Se recomienda mayor investigación estadística y clínica sobre la prevalencia de estas patologías en la población infantil de la ciudad de sucre.

Es recomendable continuar con estudios de prevalencias de patologías en tejidos blandos en odontopediatria que abarquen muestras más amplias para permitir detectar patologías y establecer estrategias de promoción y prevención de la salud oral en la población escolar

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Rioboo-Crespo MR, Planells-del Pozo P, Rioboo-García R. Epidemiology Of the most common oral mucosal diseases in children. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005; 10:376-87. © Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-4447
2. CD. Rogelio González G. Dr. en C. Ronell Bologna M. Dr. en C. Alfredo Nevárez R. M en C. Ramón Gil Carreón B.” Lesiones Frecuentes de la mucosa bucal en niños y adolescentes “
3. 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: 184-91
4. Giménez- Cecilia, Ramírez-Reymaira “Identificación de lesiones en los tejidos blandos de la cavidad bucal en adolescentes con privación de libertad en el Odontopediátrico de carapa. Septiembre 2005-Abril 2006 Venezuela
5. Diagnostico Situacional de la Salud Oral en Bolivia Ministerio de Salud y Deportes Dirección General de Servicios de Salud Unidad de Servicios de Salud y Calidad Programa de Salud Oral MANUAL DENORMAS EN SALUD ORAL 1
6. Ministerios de salud y deportes “Normas en salud Oral”
7. <http://educommons.anahuac.mx:8080/eduCommons/medicina/patologia-bucal/conclusiones>
8. J.R. Boj, Catalá, C. García-Ballesta, A. Mendoza, P. Planells, Odontopediatria – la evolución del niño al adulto joven .1ª Edición. Ripa no S.A 2011.

**9.** M. ANGUSTIAS PEÑALVER SÁNCHEZ- MATILDE RUIZ LINARES Profesora titular de odontopediatria. Facultad de Odontología de la universidad de Granada” Patología oral “

**10.** Ribelles M, Sáez S, BelletL. Frenectomia lingual: a propósito de un caso. *RevOperDentEndod* 2007; 5:72 *Universitat Internacional de Catalunya Barcelona, España. Disponible en: [http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com\\_content&task=view&id=155&Itemid=1](http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=155&Itemid=1)*

**11.** Dra. *Norailys Pérez Navarro*. Clínica Estomatológica "Orlando Corvo". Melena del Sur, La Habana, Cuba Disponible en: **[http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol39\\_3\\_02/est02302.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_3_02/est02302.htm)**

**12.** Clínicas Propdentalodontología. España: frenillo-labial-superior 2013. Disponible en:

[www.propdental.es/blog/odontologia/frenillo-labial-superior/](http://www.propdental.es/blog/odontologia/frenillo-labial-superior/) @ Clínicas Propdental SL 2013

**13.** Piña V, Santos J, Sosa L.M. *medicina-estomatologica/item/mucocele-reporte-de-un-caso-clinico-en-un-paciente-joven-en-la-ciudad-de-los-teques-estado-miranda-venezuela. Disponible en: <http://www.odontologia-online.com/casos/part/Ist/Isto2/Isto2.html>*

**14.** Mileydis Esther Fernández Munive “Quiste de erupción en dentición Mixta”

**15.** *odonto4.files.wordpress.com/2011/01/quiste-de-erupcion.doc*

**16.** Marchena L. disponible en: <http://www.redoe.com/print.php?id=159>

**17.** Goran Koch, Sven Poulsen. *Odontopediatria Abordaje Clínico. 2ª Edición Amolca S.A 2011*



• **FICHA DE REGISTRO**

**PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS DE TEJIDOS BLANDOS EN NIÑOS DE 5  
A 12 AÑOS EN LA ESCUELA DE TUJSUPAYA DE LA CIUDAD DE SUCRE  
2015**

Dra: Ingrid Jh. Saavedra Lizarazu.

Nombre del paciente: .....

Grado cursante: .....

Fecha: .....

**Edad:**

- A) 5-6 años      b) 7-8años      c) 9-10años      d) 11-12 años

**Tipo de dentición:**

- a) Dentición decidua      b) Dentición mixta  
b) Dentición definitiva

**Sexo del paciente:**

- a) Masculino      b) Femenino

**Presencia de patología de tejidos blandos:**

- a) Mucocele      b) Frenillo labial corto  
c) Frenillo lingual corto      d) Quiste de erupción  
e) Granuloma piógeno

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Por medio de la presente doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe de la presente investigación que tratará sobre la, PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS DE TEJIDOS BLANDOS EN NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS EN LA ESCUELA DE TUJSUPAYA DE LA CIUDAD DE SUCRE 2015 por lo cual he recibido una explicación, donde se me ha informado:

- 1.- Las características y los objetivos de la investigación donde participara mi hijo(a)
- 2.- Carácter voluntario de la participación de mi hijo(a).
- 3.- Carácter anónimo de las encuestas que participara mi hijo(a) durante el desarrollo de la misma.

Para que conste por mi libre voluntad firmo el presente documento

Firma: \_\_\_\_\_



**FOTOS.**

