

Frecuencia de las enfermedades de la mucosa bucal en el Uruguay en niños de 0 a 14 años

*Dra. Verónica Keochgerián * Dra. Mariela Cuestas**
Lic. Dario Padula *** Dr. Marco Scavino*****

Resumen

Se realizó 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 del Uruguay (INAU) y el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU).

El objetivo 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.

Abstract

An analytic clinico-epidemiologic, transversal study has been conducted on 401 individuals from 0 to 14 years old, divided in two random samples from Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) and Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU).

The main purpose was to find out the prevalence of bucal mucous disease in 401 patients. Other variables explored were gender, the age influence, mucosal localization, the socio-economic-cultural status and to establish a relative frequency in disease categories as well as comparison of the results with similar reports from other investigators.

A total prevalence was 32.9%; 36.8% in CASMU and 29% in INAU. Age and gender did not discriminate any significant difference. Different groups of lesions were considered: traumatic, developmental, infectious, allergic and immunologic, overgrowth, idiopathic and related to smoking habits. The prevalence lesions were mainly traumatic and developmental.

Palabras clave: mucosa bucal/lesiones, prevalencia, enfermedades de la boca/diagnóstico, trastornos autoinducidos.

Key words: mouth mucosa/lesions, prevalence, mouth diseases/diagnosis, factitious disorders.

- * Prof. Agdo. Cátedra de Anatomía Patológica. Facultad de Odontología. UDELAR.
Enc. Dirección Unidad de Salud Bucal. Integrante del Equipo odontológico pacientes especiales. INAU.
- ** Asistente tit. Cátedra de Anatomía Patológica. Asistente tit. Cátedra de Semiología y Patología Buco-Maxilo-Facial y Clínica Estomatológica. Facultad Odontología. UDELAR.
Odontóloga suplente del servicio de urgencia. CASMU.
- *** Lic. en Estadística. Asistente de Educación Médica. Facultad de Medicina. UDELAR.
- **** Dr. en Estadística. Prof. Adj. Facultad de Ingeniería (IMERL). UDELAR.

Fecha recibido: 17.07.09

Fecha aceptado: 13.08.09

Introducción

De acuerdo a su etiopatogenia las enfermedades de la mucosa bucal pueden ser inflamatorias, neoplásicas, de desarrollo, genéticas, inmunitarias o de etiología desconocida (1). Pueden ser de origen local o la expresión oral de enfermedades sistémicas que muchas veces constituyen los signos más notorios de condiciones médicas que pueden pasar desapercibidas (2).

En su conjunto son patologías catalogadas como de baja prevalencia; la edad de presentación es variada, algunas tienen mayor expresión en ciertos períodos de la vida y pueden tener predilección de género o raza.

Estudios en adultos establecen una prevalencia de 27,9% (3), cifra nada despreciable, que lleva a considerar la posible inclusión de estas lesiones en las evaluaciones del estado sanitario bucal que, en términos generales, está dirigida a caries y paradenciopatías.

En los pacientes jóvenes, adolescentes y niños también se expresan las enfermedades de la mucosa bucal. En nuestro medio no hay datos acerca de la frecuencia de esta temática en ninguno de los diferentes grupos etarios. En el presente trabajo se ha seleccionado a los niños y adolescentes debido a las peculiares características de esta población.

La niñez y la adolescencia constituyen etapas de la vida muy particulares que obligan a considerarlas con atención. Configuran un grupo etario mundialmente numeroso. Los informes de la UNICEF de 2003, establecen que los pobladores de 0 a 18 años son el 34% del total de habitantes mundiales.

En el Uruguay, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, con datos surgidos en el año 2009 (4), las personas de 0 a 14 años son el 23% de la población, cifra bastante significativa a pesar del bajo índice de natalidad en el país.

Por otro lado son 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, aún las más banales, produce un gran impacto emocional sobre el niño y su entorno. Por lo tanto el profesional tratante debe manejar adecuadamente la situación, realizando un diagnóstico rápido y certero que coadyuve a disminuir la preocupación generada. Los objetivos de este trabajo son: A - establecer la prevalencia de las enfermedades, locales o sistémicas con repercusión en la mucosa bucal, en pacientes de 0 a 14 años en el Uruguay, en dos poblaciones cerradas de distinto contexto socio-económico-cultural; B - determinar la influencia de variables como el género, la edad y la situación socio-económica-cultural; C - establecer la frecuencia relativa por categorías de enfermedades y D - comparar los resultados obtenidos con estudios similares de otros medios.

Metodología

Se ha realizado un estudio clínico-epidemiológico, analítico y transversal en 401 pacientes de 0 a 14 años distribuidos en dos muestras aleatorias. En particular se examinaron 200 pacientes que concurrían a centros de tiempo parcial del Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU), en Montevideo y 201 niños que eran asistidos en la consulta del Departamento de Odontología Preventiva del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), en la Capital. La totalidad de niños y jóvenes asistidos por el INAU, en el momento de esta investigación, fue de 51.372 (48.491 de tiempo parcial y 2881 de tiempo completo); 26.379 varones y 24.993 niñas. En la muestra del CASMU se registraron 32.998 afiliados de esas edades, de los cuales 16.262 fueron niñas y 16.736 varones.

Las características de ambas Instituciones marcaron el perfil de cada muestra. Los pacientes del CASMU pertenecían a hogares donde los padres tenían trabajo estable y con un nivel cultural satisfactorio. En cambio los niños de la

muestra INAU pertenecían a familias con problemas económicos y socio-culturales importantes, que recurren al Estado para poder brindar a sus hijos un mejor pasar.

El examen clínico de los pacientes fue realizado por dos profesionales especializados en el área de la patología con acuerdos previos sobre los criterios a seguir. En el CASMU todas las acciones se llevaron a cabo en los consultorios del Departamento de Odontología Preventiva y los recién nacidos en el sanatorio de maternidad de la Institución. En el INAU se utilizaron los consultorios odontológicos centralizados y descentralizados y los recién nacidos se controlaron en el Centro de ingreso para bebés y niños de la primera infancia.

Se excluyeron las enfermedades más prevalentes de la cavidad bucal: caries, paradenciopatías, maloclusiones; todas las patologías de menor prevalencia que afectan al órgano dentario (anomalías con y sin afectación de la estructura) y las lesiones de los huesos maxilares.

Se estudiaron las lesiones de la mucosa bucal, se agruparon de acuerdo a su naturaleza en lesiones traumáticas, por acción del tabaco, infecciosas, de desarrollo, crecimientos tisulares (de naturaleza neoplásica y no neoplásica), lesiones relacionadas a alteraciones de la inmunidad y de etiología desconocida.

Se registraron las lesiones de la mucosa bucal de

origen local o sistémico utilizando una planilla Excel.

Estudio estadístico

El procesamiento de los datos fue realizado por dos profesionales en estadística.

Con la información disponible se estudió la prevalencia de las patologías de la mucosa bucal en una población de 0 a 14 años, tanto en la totalidad de los pacientes examinados como en cada muestra. Se tomaron en cuenta diferentes variables: edad, género, topografía de las lesiones en la mucosa, su etiopatogenia y las condiciones de vida de cada grupo seleccionado.

Los datos provenientes del estudio analítico transversal fueron organizados en tablas de contingencia, llevándose a cabo las usuales técnicas de inferencia estadística que permitieron evidenciar si existe o no, asociación estadística entre las variables consideradas (5). Se aplicó la prueba de independencia Chi-Cuadrado y la prueba exacta condicional de Fisher.

Resultados

Se presentan en forma de tablas de contingencias los resúmenes descriptivos de los datos obtenidos de acuerdo a los objetivos planteados.

TABLA 1-Distribución de los niños y adolescentes según la Institución de procedencia y la presencia de lesión. Prevalencia de las lesiones en ambas muestras (INAU, CASMU) y en la totalidad-

Institución	Presencia de Lesión			Total
		Sin lesión	Con lesión	
INAU	Recuento	142	58	200
	% de Institución	71.0	29.0	100
CASMU	Recuento	127	74	201
	% de Institución	63.2	36.8	100
Total	Recuento	269	132	401
	% de Institución	67.1	32.9	100

Prueba exacta de Fisher: $p\text{-valor} = 0.111$

Chi-Cuadrado: $p\text{-valor} = 0.096$

TABLA 2 - Distribución de los niños y adolescentes según la Institución de procedencia y el número de lesiones en cada individuo examinado.

Institución	Número de lesiones					Total
		Sin lesión	Una lesión	Dos lesiones	Tres lesiones	
INAU	Recuento	142	50	6	2	200
	% de Institución	71.5	24.5	3	1	100
CASMU	Recuento	127	63	11	0	201
	% de Institución	63.2	31.3	5.5	0	100
Total	Recuento	269	113	17	2	401
	% de Institución	67.3	27.9	4.2	0.5	100

En INAU 24.5% tuvieron una lesión, 3% tuvieron dos y 1% tres.

En CASMU 31.3% tuvieron una lesión y 5.5% dos.

En la totalidad de los pacientes 27.9% tuvieron una lesión, 4.2% tuvieron dos y 0.5% tuvieron tres.

Por lo tanto 132 pacientes con enfermedad tienen 153 lesiones

TABLA 3- Distribución de los niños según el género y la presencia de lesión en la totalidad de la muestra

Género	Presencia de Lesión			Total
		Sin lesión	Con lesión	
Masculino	Recuento	147	55	212
	% de Género	69.3	30.7	100
Femenino	Recuento	122	67	189
	% de Género	64.6	35.4	100
Total	Recuento	269	132	401
	% de Género	67.1	32.9	100

Prueba exacta de Fisher: p -valor = 0.338

Chi-Cuadrado: 1gl, p -valor = 0.308

No hay evidencia estadística de asociación entre estas variables (género y presencia de lesión)

TABLA 4 - Distribución de los niños en el INAU según el género y la presencia de lesión.

Género	Presencia de Lesión			Total
		Sin lesión	Con lesión	
Masculino	Recuento	79	30	109
	% de Género	72.5	27.5	100
Femenino	Recuento	63	28	91
	% de Género	64.83	30.8	100
Total	Recuento	142	58	200
	% de Género	71.0	29.0	100

Prueba exacta de Fisher: p -valor = 0.641

Chi-Cuadrado: 1gl, p -valor = 0.614

No hay evidencia estadística de asociación entre estas variables.

TABLA 5 -Distribución de los niños en el C.ASMU según el género y la presencia de lesión

Genero	Presencia de Lesión			
		Sin lesión	Con lesión	
Masculino	Recuento	68	35	103
	% de Género	66.0	34.0	100
Femenino	Recuento	59	39	98
	% de Género	60.2	39.8	100
Total	Recuento	127	74	201
	% de Género	63.2	36.8	100

Prueba exacta de Fisher: p -valor = 0.465

Chi-Cuadrado: 1gl, p -valor = 0.393

No hay evidencia estadística de asociación entre estas variables.

TABLA 6 -Distribución de los niños y adolescentes según el grupo etario y la presencia de lesión en toda la muestra.

Grupo de edad	Presencia de Lesión			
		Sin lesión	Con lesión	
Menores a 7 años	Recuento	156	76	232
	% de Edad	67.2	32.8	100
Mayores a 8 años	Recuento	113	56	169
	% de Edad	66.9	33.1	100
Total	Recuento	269	132	401
	% de Edad	67.1	32.9	100

Prueba exacta de Fisher: p -valor = 1

Chi-Cuadrado: 1gl, p -valor = 0.937

No hay evidencia estadística de asociación entre estas variables.

TABLA 7 -Resúmenes descriptivos de la variable edad de los niños y adolescentes según la Institución de procedencia: INAU

Grupo de edad	Presencia de Lesión			
		Sin lesión	Con lesión	
Menores a 7 años	Recuento	51	18	69
	% de Edad	73.9	26,1	100
Mayores a 8 años	Recuento	91	40	131
	% de Edad	69.5	30,5	100
Total	Recuento	142	58	200
	% de Edad	71	29,0	100

Prueba exacta de Fisher: p -valor = 0.623

Chi-Cuadrado: 1gl, p -valor = 0.51

No hay evidencia estadística de asociación entre estas variables.

TABLA 8 -Resúmenes descriptivos de la variable edad de los niños y adolescentes según la Institución de procedencia: CASMU

Grupo de edad	Presencia de Lesión			
		Sin lesión	Con lesión	
Menores a 7 años	Recuento	105	58	163
	% de Edad	64,4	35,6	100
Mayores a 8 años	Recuento	22	16	38
	% de Edad	57,9	42,1	100
Total	Recuento	127	74	201
	% de Edad	63.2	36.8	100

Prueba exacta de Fisher: p-valor = 0.461

Chi-Cuadrado: 1gl, p-valor = 0.453

No hay evidencia estadística de asociación entre estas variables (edad y presencia de lesión).

TABLA 9 -Medias y Medianas referidas a la edad

Institución	Media	N	Desv. típ.	Mediana
INAU	8,2	200	4,1	9
CASMU	4,6	201	3,2	4
Total	6,4	401	4,1	6

Se representa que la muestra INAU tiene edades mayores al promedio.

Hay más niños de 8 años. En la muestra CASMU la masa principal se centra en 4 años.

TABLA 10 -Resultados obtenidos en cada muestra y en el universo referidos a cada grupo de lesiones Específicas. Prevalencia de la Lesiones Traumáticas en cada muestra

Institución	Presencia de lesiones Traumáticas			
		Sin lesión	Con lesión	
INAU	Recuento	184	16	200
	% de Institución	92,0	8,0	100
CASMU	Recuento	162	39	201
	% de Institución	80,6	19,4	100
Total	Recuento	346	55	401
	% de Institución	86,3	13,7	100

Prueba exacta de Fisher: p-valor = 0.001

Chi-Cuadrado: 1gl, p-valor = 0.001

Hay fuerte evidencia estadística de asociación entre las variables Institución de procedencia y la presencia de lesiones traumáticas.

TABLA 11 -Prevalencia de los diferentes tipos de Lesiones Traumáticas: Traumáticas Autoinflingidas (TA) y Traumáticas No Autoinflingidas (TNA). Distribución de los casos según la Institución de procedencia.

Institución	Total lesiones Traumáticas				Total
		Sin lesión T	Con lesión TA	Con lesión TNA	
INAU	Recuento	184	9	7	200
	% de Institución	92,0	4,5	3,5	100
CASMU	Recuento	162	37	2	201
	% de Institución	80,6	18,4	1,0	100
Total	Recuento	346	46	9	401
	% de Institución	86,3	11,5	2,2	100

Se representa en forma de tabla la desagregación de la anterior.

Se mantienen los resultados estadísticos: existen diferencias significativas entre la variable institución y tipo de lesión traumática.

TABLA 12 -Casos de Lesiones Traumáticas no Autoinflingidas en ambas muestras

Institución	Traumatismo p/caída y maltrato	Malposición. dentaria	Traumatismo p/borde filoso caries	Total
INAU	2	3	2	7
CASMU	0	2	0	2
INAU-CASMU	2	5	2	9

TABLA 13 – Prevalencia de las Lesiones de Desarrollo en cada muestra. Distribución de los casos según la Institución de procedencia

Institución	Presencia de lesiones de Desarrollo			Total
		Sin lesión D	Con lesión D	
INAU	Recuento	169	31	200
	% de Institución	84,5	15,5	100
CASMU	Recuento	177	24	201
	% de Institución	88,1	11,9	100
Total	Recuento	346	55	401
	% de Institución	86,3	13,7	100

Prueba exacta de Fisher: p-valor = 0.313

Chi-Cuadrado: 1gl, p-valor = 0.300

No hay evidencia estadística de asociación entre estas variables

TABLA 14-Lesiones de Desarrollo Específicas

N° de Casos Lesiones de desarrollo	Melanosis	Nódulos de Fordyce	Frenillos y bridas hipertróficas	Fisurados	Fositas congénitas
INAU n31	6	2	5	2	16
CASMU n24	0	1	2	0	21
INAU/CASMU n 55	6	3	7	2	37

Institución % de Casos	Melanosis	Nódulos de Fordyce	Frenillos y bridas hipertróficas	Fisurados	Fositas congénitas
INAU	19.35	6.45	16	6.45	51.6
CASMU	0	4.1	8.3	0	87.5
INAU/CASMU	10.90	4.24	12.72	3.63	66.27

Tabla 15 -Fositas Congénitas en cada muestra y en el total.

Institución	Porcentaje de lesión fosita congénita(FC) en relación al total de casos con patología en cada muestra y en el total		
			Total de casos con patología
INAU	Recuento	16	58
	% de Institución	27.55	
CASMU	Recuento	21	74
	% de Institución	28.37	
INAU/ CASMU	Recuento	37	132
	% de Institución	28	

Institución	Prevalencia de lesión fosita congénita(FC) en cada muestra y en la totalidad		
INAU	Recuento	16	200
	% de Institución	8	
CASMU	Recuento	21	201
	% de Institución	10.44	
INAU/ CASMU	Recuento	37	401
	% de Institución	99.22%	

El porcentaje de Fositas Congénitas en la totalidad de los casos con patología fue de 28%.

La prevalencia en todos los pacientes examinados fue de 9.22%

TABLA 16 – Prevalencia de las Lesiones Infecciosas en cada muestra y en el total.

Institución	Presencia de lesiones Infecciosas			
		Sin lesión I	Con lesión I	Total
INAU	Recuento	193	7	200
	% de Institución	96,5	3,5	100
CASMU	Recuento	197	4	201
	% de Institución	98,0	2,0	100
Total	Recuento	390	11	401
	% de Institución	97,3	2,7	100

Prueba exacta de Fisher: $p\text{-valor} = 0.380$

Chi-Cuadrado: 1gl, $p\text{-valor} = 0.355$

No hay evidencia estadística de asociación entre estas variables.

TABLA 17- Casos de lesiones Infecciosas en cada muestra

INAU Infecciosas	Prevalencia 3.5%	CASMU Infecciosas	Prevalencia 2%
Caso 1	Herpes labial inf		
Caso 2	Veruga labial por autoinoculación	Caso 1	Herpes labial superior
Caso 3	Gingivitis Úlcero Necrotizante	Caso 2	Herpes Labial Inferior
Caso 4	Herpes labial inferior	Caso 3	Herpes comisural
Caso 5	Herpes labial inferior	Caso 4	Herpes comisural
Caso 6	Herpes labial peribucal		
Caso 7	Herpes labial superior		

Herpes Labial 1.75% del Universo.

TABLA 18- Prevalencia de los Crecimientos Tisulares en cada muestra y en el total

Institución	Presencia de lesiones de Crecimiento			Total
		Sin lesión C	Con lesión C	
INAU	Recuento	198	2	200
	% de Institución	99,0	1,0	100
CASMU	Recuento	196	5	201
	% de Institución	97,5	2,5	100
Total	Recuento	394	7	401
	% de Institución	98,3	1,7	100

Prueba exacta de Fisher: p -valor = 0.449

No hay evidencia estadística de asociación entre estas variables.

TABLA 19- Prevalencia de las Lesiones Inmunoalérgicas (IN) en cada muestra y en el total

Institución	Presencia de lesiones Inmunológicas			Total
		Sin lesión IN	Con lesión IN	
INAU	Recuento	193	7	200
	% de Institución	96,5	3,5	100
CASMU	Recuento	199	2	201
	% de Institución	99,0	1,0	100
Total	Recuento	392	9	401
	% de Institución	97,8	2,2	100

Prueba exacta de Fisher: p -valor = 0.105

No hay evidencia estadística de asociación entre estas variables

Incluyen aftas y queilitis descamativas. Hay un caso HIV positivo en INAU, con múltiples aftas

TABLA 20 - Prevalencias halladas de cada grupo de patologías

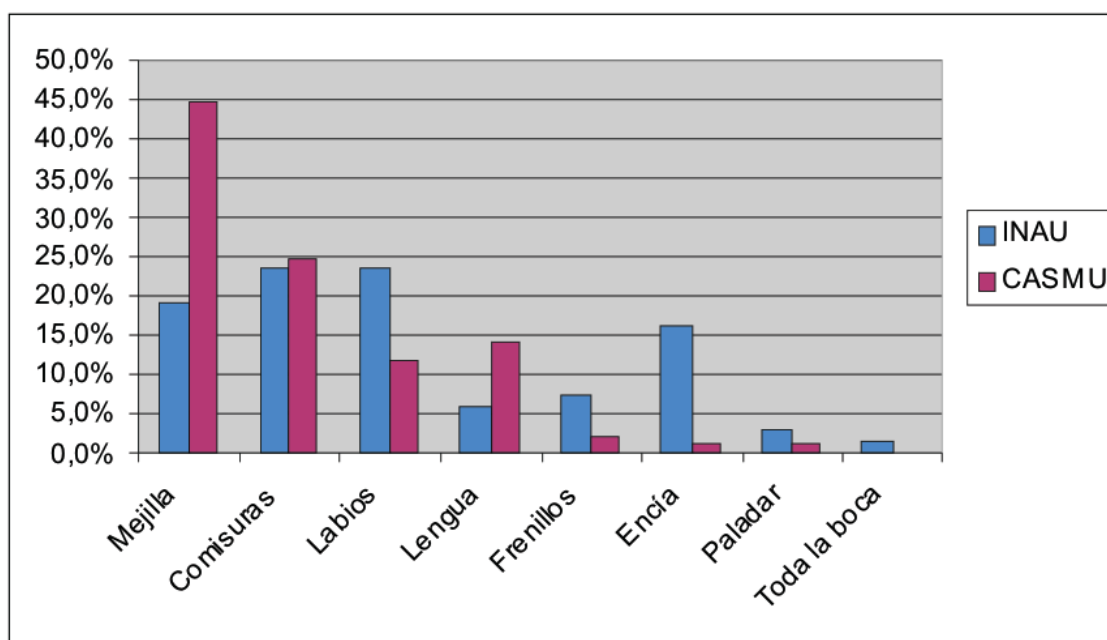
	INAU- n200		CASMU n201		INAU-CASMU n401	
L. traumáticas	n 16	8%	n 39	19.4%	n 55	13.7%
L. de desarrollo	n 31	15.5%	n 24	11.9 %	n 55	13.7%
Inmunoalérgicas	n 7	3.5%	n 2	1 %	n 9	2.25%
Crecimientos	n 2	1 %	n 5	2.5 %	n 7	1.75%
Infecciosas	n 7	3.5 %	n 4	2 %	n 11	2.7%
Idiopática	n 3	1.5 %	n 11	5.5 %	n 14	3.5 %
Por tabaco	n 2	1 %	n 0	0 %	n 2	0.5%

TABLA 21- Porcentajes de lesiones según localización considerando el total de lesiones

Localización	Mejillas	Comisuras	Labios	Lengua	Frenillos	Encía	Paladar
INAU/CASMU n 153	33.3%	24.2%	17.0%	10.46%	4.58%	7.84%	1.96%

TABLA 22- Porcentaje de las lesiones por su localización en cada muestra considerando el total de lesiones.

Localización	N68			n85		
	INAU	%	CASMU	%		
Mejillas	13	19.12%	38	44.71%		
Comisuras	16	23.53%	21	24.71%		
Labios	16	23.53%	10	11.76%		
Lengua	4	5.88%	12	14.12%		
Frenillos	5	7.35%	2	2.35%		
Encía	11	16.18%	1	1.18%		
Paladar	2	2.94%	1	1.18%		
Toda la boca	1	1.47%	0	0%		



Discusión

De este estudio surge que la prevalencia de las patologías de la mucosa bucal en niños de 0 a 14 años, en nuestro medio, es de 32.9%. Este valor es comparable al obtenido en otros países: 39% en la Argentina (6), 38.9% en España (7), 32.9% en Sud Africa (8), 27% en Brasil (9) y 25.2% en Méjico (10). En cambio en EE.UU, Kleinman (11) obtuvo 4.1%, cifra claramente inferior a la mayoría de las publicaciones. A la inversa, Dos Santos en una comunidad de la Amazonia en Brasil (12) halló una prevalencia de 52%, valor notoriamente mayor a los anteriormente referidos. Es preciso consignar que en los diferentes trabajos se analizaron muestras con otros rangos de edades al del presente estudio. Crivelli (6) y Bessa (9) tomaron un grupo etario semejante al nuestro, mientras que Arendorf (8) y García Pola (7) evaluaron preescolares exclusivamente. Otros consideraron edades más altas, Kleinman hasta 17 años (11), Sato hasta 15 (13), Crivelli (6) y Muniz hasta 13 (14) y Dos Santos 12 años (12). Por otra parte la mayoría de los trabajos consultados no consideraron poblaciones de diferente condición socio-económica y cultural. Según Riboo (15) estas diferencias metodológicas se evitarían aplicando protocolos internacionales que uniformizaran los criterios a seguir.

Los estudios de Bessa (9) y de Crivelli (6) son los que más se asemejan al presente, puesto que consideraron edades similares y analizaron dos muestras de diferente condición para ser comparadas. Aquí los resultados indican que entre las dos muestras de diferente condición no existen diferencias significativas del punto de vista cuantitativo (tabla 1), lo que es concordante con las conclusiones de Crivelli (6) y Bessa (9).

Otras variables consideradas fueron: el género y la edad. Con relación a la presencia de lesión y las variables antedichas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (tabla 3, 4, 5, 6, 7, 8).

De los resultados obtenidos se destaca que las lesiones traumáticas y las de desarrollo fueron las más frecuentes, 13.7% para cada grupo (tabla 10 y 13).

Según el mecanismo fisiopatológico responsable,

se consideraron dos tipos de lesiones traumáticas, las autoprovocadas y las ocasionadas por factores exógenos (bordes filosos de caries, aparatología removible o malposiciones dentarias). A estas últimas las denominamos no autoinflingidas. Son poco numerosas en ambas muestras, aunque levemente superior en la muestra INAU. Del análisis de estas lesiones surgió en INAU un caso por secuelas de maltrato y otro caso por traumatismo por caída. El resto fue ocasionado por malposiciones dentarias y bordes filosos de caries (tabla 12). En la muestra CASMU sólo existieron casos por malposiciones dentarias. Estas diferencias pueden tener relación con las condiciones sociales de vida y el nivel educacional de los padres. La salud bucal es más importante para los padres de la muestra CASMU que para los de la muestra INAU.

Las lesiones traumáticas autoprovocadas se deben a hábitos nerviosos inconscientes, por estrés o ansiedad. Son conocidas con diferentes denominaciones: *Morsicatio buccarum* y *labiorum*, *Pathomimia mucosae oris*, úlceras facticias o artificiales. Este hábito puede ser fijo o transitorio, crónico o agudo, obedece a etiología orgánica o funcional y genera lesiones leves o severas. En ocasiones se manifiestan en niños con retardo mental o autistas o con otros desórdenes clínicos (16). Los hábitos nerviosos manifestados por comportamientos motores estereotipados son relativamente comunes en los niños. En un estudio en preescolares, Foster (17) encontró que 5 a 19% de los niños examinados manifestaban su nerviosismo con movimientos corporales; 21 a 31% se succionaban el dedo, 12% se mordían las uñas y 16% se enroscaban el cabello. Estos hábitos se asocian a estados de ánimo negativos por lo cual se consideran como posibles marcadores del estado emocional.

En el presente estudio los casos por traumatismos auto-inflingidos son numerosos en ambas muestras, pero más notorios en la muestra CASMU, pudiéndose establecer del punto de vista estadístico diferencias significativas entre ambas, 4.5% vs 18.4% (tabla 11). La evaluación de los factores que inciden en este comportamiento dispar, en niños de nivel socio económico y cultural superior frente a niños con carencias

materiales importantes, no resulta fácil. Una hipótesis posible es que estén interviniendo factores de sobreprotección materna e infantilización, sumado a una mayor demanda de éxito del medio social en la muestra de mejor nivel socio-económico y cultural (18).

Otra hipótesis es que estos hábitos estén más arraigados en niños más pequeños, porque forman parte de su desarrollo normal, siendo por lo tanto más notorios en la muestra CASMU donde las edades son más bajas tal como lo muestra la tabla 9.

Las lesiones traumáticas son reportadas en otros estudios. Shulman examinando a 10.030 individuos de 2 a 17 años encontró que la lesión más prevalente era el mordisqueo de mejilla (19). En los trabajos de García Pola (7), Dos Santos (12) y Arendorf (8), las lesiones traumáticas fueron de alta prevalencia, pero no se establece el mecanismo fisiopatológico que las ocasionó. En cambio Bessa (9) sólo consideró las lesiones por trauma de mordisqueo obteniendo una cifra de 6.11%.

El segundo grupo de lesiones estudiadas fueron las de desarrollo. En este grupo se destacan por su alta frecuencia, las fositas congénitas comisurales, 28% del total de casos con patología (tabla 14). Constituyen trayectos que comunican las glándulas salivales menores con la comisura bucal. Se sitúan uni o bilateralmente, pueden tener de 2 a 4 mm de longitud con un orificio de salida de 1-2 mm y pueden segregar saliva. Estos trayectos a veces son ciegos (20). No causan ningún trastorno, aunque en caso de asociarse con estomatitis angular o injuria traumática cerca de la comisura, pueden sufrir complicación infecciosa (21).

La prevalencia de las fositas comisurales en el total de pacientes examinados fue de 9% (tabla 15). Esta cifra es semejante a la hallada por Arendorf (8) en Sud África (9.76%). Sedano (10) encontró 5% en Méjico y 0.7% en Argentina (22). En Nigeria se halló 2.9%(23).

Otras alteraciones de desarrollo encontradas son los nódulos de Fordyce, considerados variantes de la normalidad por la OMS. Estas alteraciones no son muy notorias en la infancia, se incrementan en la pubertad y acentúan con la edad (1). Son más prevalentes en varones. En la muestra INAU se encontraron dos casos de varones púberes; en CASMU un caso (tabla 14).

Las pigmentaciones melánicas se vieron en los pacientes del INAU únicamente. Éstas se relacionan al color de la piel y la raza. En la muestra INAU muchos de los niños examinados son trigüeños denotando mezclas raciales, no así en el CASMU. Dos adolescentes examinados de INAU presentaron pigmentaciones gingivales ocasionadas por el hábito de fumar (tabla 20). Los fumadores tienen mayor posibilidad de desarrollar pigmentaciones en diferentes zonas de la mucosa bucal que se acentúan con la frecuencia y duración del hábito (24). Ambos adolescentes fumaban más de 20 cigarrillos por día. Tampoco se vieron en la muestra CASMU, hecho que se podría explicar por las diferencias socio-culturales de ambas muestras.

Las fisuras labio palatinas son otro defecto del desarrollo que sólo se encontró en la muestra INAU. Si bien se está de acuerdo que esta anomalía congénita se presenta en cualquier grupo social, las condiciones de vida y hábitos de los progenitores podría ser un factor de influencia (25).

Los frenillos y bridas hipertróficos fueron otro de los trastornos del desarrollo analizados. Las alteraciones de los frenillos se ven en numerosos síndromes pero también se presentan en condiciones no sindrómicas (26). En lo relativo a estas alteraciones existen diferencias significativas en la cantidad hallada en ambas muestras. Acerca de esto no se ha podido encontrar una explicación.

En el grupo de lesiones infecciosas, las más numerosas en ambas muestras fueron las herpéticas de labio. En la investigación de García Pola (7) el herpes labial constituyó el 1.6%. Para Crivelli (6) el 5.2% y para Shulman (19) 1.42%. En el presente trabajo 1.75%.

Estadísticamente no se puede establecer diferencias significativas entre ambas muestras (tabla 17). Crivelli (6) halló más lesiones infecciosas en el grupo de más bajo nivel socio-económico.

Dentro del grupo de lesiones de carácter idiopático se destaca la lengua geográfica o glositis migratoria. Ésta es una alteración de carácter inflamatorio, asintomática que se

presenta en el dorso de la lengua mostrando áreas con pérdida de papilas filiformes, rodeadas de un halo queratósico. La prevalencia total de esta alteración es de 3.5% (tabla 20). En otros trabajos fue de 4.48%(7), 1.9%(10), 1.5%(22). En el presente estudio existe llamativa diferencia en el número de casos de glositis migratoria entre ambas muestras. En el CASMU constituyeron el 5.5% y en INAU 1.5% (tabla 20). Este resultado que parece inexplicable es muy similar a lo comunicado por Crivelli (4.7% vs 0.8%). Tampoco este autor ha encontrado una explicación a este hecho.

Los crecimientos tisulares son de naturaleza benigna y en su mayoría de carácter reactivo.

Salvo un caso de un paciente cursando SIDA con manifestaciones estomatológicas, no se encontraron patologías que determinaran mal pronóstico para la vida de los pacientes. Se puede concluir que las lesiones malignas son raras en este grupo etario.

En suma, se ha realizado el primer estudio clínico epidemiológico sobre la prevalencia de las enfermedades de la mucosa bucal en niños de 0 a 14 años en el Uruguay. La prevalencia total es comparable a la hallada en otros medios. Del análisis de los resultados se puede establecer que no surgen diferencias cuantitativas entre las dos muestras: la cantidad total de lesiones encontradas en INAU como en CASMU son similares. Sin embargo se debe destacar la existencia de algunas diferencias de tipo cualitativo, resultado coincidente con las conclusiones de Crivelli (6). Por lo tanto las condiciones de vida poco inciden en la aparición de estas lesiones.

Las lesiones más prevalentes son las traumáticas y las de desarrollo. La cifra total de lesiones traumáticas es un poco más elevada que la consignada por otros autores. Los traumas auto-inflingidos son más notorios en la muestra CASMU que en la de INAU, aunque son muy numerosos en ambas muestras. Entre las lesiones de desarrollo se destacan las fositas congénitas comisurales, que por su alta frecuencia deberían considerarse una variante de lo normal.

Finalmente, de este estudio se puede establecer que si bien las patologías encontradas no son

graves, la prevalencia total hallada, las variedades de alteraciones y la cantidad importante de lesiones auto-inflingidas, son factores a tener en cuenta cuando se integra un equipo de salud, en el cual un odontólogo formado en la especialidad estomatológica no debe faltar. El manejo adecuado de las lesiones encontradas y la orientación a los padres son fundamentales para evitar complicaciones indeseables y demoras diagnósticas.

Bibliografía

- 1- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders, 1995.
- 2- Pinkham JR, Casamassimo PS, McTigue DJ, Fields HW, Nowak A, eds. Odontología pediátrica. 3a ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2001.
- 3- Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. J. Am. Dent. Assoc. 2004; 135(9):1279-86.
- 4- Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos del Uruguay. Periodo 1996-2025 www.ine.gub.uy/socio.demograficos2008.asp fecha y acceso: 010709
- 5- Agresti A. An Introduction to categorical data analysis, 2nd ed. John Wiley & Sons: New York, 2007.
- 6- Crivelli MR, Aguas S, Adler I, Quarracino C, Bazerque P. Influence of socioeconomic status on oral mucosa lesion prevalence in schoolchildren. Community Dent Oral Epidemiol 1988; 16(1): 58-60.
- 7- García-Pola MJ, García Martín JM, Gonzalez García M. Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de Oviedo (España). Med. Oral 2002; 7(3):184-91.
- 8- Arendorf TM, van der Ross R. Oral soft tissue lesions in a black pre-school South African population. Community Dent. Oral Epidemiol. 1996; 24 (4): 296-97.
- 9- Bessa CF, Santos PJ, Aguiar MC, do Carmo

- MA. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *J. Oral Pathol. Med.* 2004; 33(1):17-22.
- 10- Sedano HO, Carreon I, Garza de la Garza ML, Gomar CM, Grimaldo C, Hernandez ME. Clinical orodental abnormalities in Mexican children. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1989; 68(3):300-11.
- 11- Kleinman DV, Swango PA, Pindborg JJ. Epidemiology of mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-1987. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 1994; 22 (4):243-53.
- 12- Dos Santos PJ, Bessa CF, de Aguiar MC, do Carmo MA. Cross-sectional study of oral mucosal conditions among a central Amazonian Indian community, Brazil. *J. Oral Pathol. Med.* 2004; 33(1): 7-12
- 13- Sato M, Tanaka N, Sato T, Amagasa T. Oral and maxillofacial tumours in children: a review. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 1997; 35(2): 92-95.
- 14- Muñiz BR de, Crivelli MR, Paroni HC. Estudio clínico de las lesiones en tejidos blandos en niños de una comunidad. *Rev. Asoc. Odont. Arg.* 1981; 69(7): 405-08.
- 15- Rioboo Crespo MR, Planells Del Pozo P, Rioboo Garcia R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal* 2005; 10(5): 376-87.
- 16.- Eversole LR. *Patología bucal: diagnóstico y tratamiento.* Bs,As.: Médica Panamericana, 1983.
- 17- Foster LG. Nervous habits and stereotyped behaviors in preschool children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1998, 37(7):711-717.
- 18- Limosin F, Loze JY, Rouillon F. Clinical features and psychopathology of factitious disorders. *Ann. Med. Interne* 2002; 153(8): 499-502
- 19- Shulman JD. Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA. *Int. J. Paediatr. Dent.* 2005; 15(2): 89-97.
- 20.-Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Patología oral y maxilofacial contemporánea.* 2da ed. Madrid: Elsevier, 2005.
- 21.- Ishimaru J, Toida M, Handa Y, Tatematsu N, Okuda T. An Infected congenital commissural lip fistula: report of a case. *Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.* 1990; 19(3): 160-1.
- 22.- Sedano HO. Congenital oral anomalies in Argentinian children. *Community Dent. Oral. Epidemiol.* 1975; 3(2):61-3.
- 23- Sawyer DR, Taiwo EO, Mosadomi A. Oral anomalies in Nigerian Children. *Community Dent. Oral. Epidemiol.* 1984; 12(4): 269-73.
- 24- Haresaku S, Hanioka T, Tsutsui A, Watanabe T. Association of lip pigmentation with smoking and gingival melanin pigmentation. *Oral Dis* 2007; 13(1): 71-6.
- 25 Lorente C, Cordier S, Goujard J, Aimé S, Bianchi F, Knill-Jones R. Tobacco and alcohol use during pregnancy risk of oral clefts. *Am J Public Health* 2000; 90: 415-419.
- 26.- Mintz SM, Siegel MA, Seider PJ. An overview of oral frenula and their association with multiple syndromic and nonsyndromic conditions. *Oral Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod.* 2005; 99(3): 321-4.

Agradecimientos

A la Dra. Mireya Pintos, Directora del Departamento de Odontología Preventiva del CASMU, por la hospitalidad con que nos atendió en su Servicio.

A las autoridades del CASMU por permitirnos realizar este trabajo.

A la Dra. Sonia Alfonso Directora de la Unidad de Salud Bucal en el momento de realizado este estudio y a la Dra. Yolanda Freire Directora de Servicios Médicos de INAU, por apoyarnos siempre.

Dra. Verónica Keochgerián: verokeoc@hotmail.com
 Dra. Mariela Cuestas: dracuestas@hotmail.com