

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TESIS:

**FRECUENCIA DE ALTERACIONES LINGUALES Y FACTORES RELACIONADOS
EN NIÑOS INTERNADOS EN DOS CENTROS HOSPITALARIOS AGOSTO A
DICIEMBRE DE 2016**

TESISTAS:

FRETEL LOPEZ, DORIS MARILYN
LOPEZ MACHUCA, LUZ JACKELYN

ASESOR

MSc CD. MIGUEL NINO CHAVEZ LEANDRO

Para Optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

HUANUCO-PERU

2017

DEDICATORIA

A Dios.

Por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A Nuestros Padres.

Por ser el pilar fundamental en todo lo que somos, en toda nuestra educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

AGRADECIMIENTO

- A **DIOS** Ser Supremo Inmortal, por su misericordia amor y bondad brindada a nuestras vidas.
- A nuestro asesor MsC CD Miguel Nino, CHAVEZ LEANDRO Docente de Periodoncia I, Periodoncia II Y de Medicina Bucal de la Escuela Profesional de Odontología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan por su invaluable guía académica y amistad brindada.
- AL Dr. José Luis, CORNEJO SALAZAR, Jefe del Servicio de Odontología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y Coordinador de los Internos de Odontología, por su desinteresado cordial apoyo para la realización del presente estudio.
- A todas las personas de una u otra forma contribuyeron a la realización del presente estudio.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación existente entre la frecuencia de alteraciones linguales y sus factores asociados en niños internados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano entre agosto a diciembre de 2016. Para lo cual se realizó un estudio de tipo correlacional explicativo transversal con un muestreo de tipo no probabilístico según criterios de inclusión y exclusión, llegando a examinar un total de 168 pacientes pediátricos hospitalizados que presentaban alteraciones linguales.

Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de una ficha de observación clínica para registrar los hallazgos clínicos de la lengua y una encuesta con cuestionario estructurado para registrar los factores predisponentes.

RESULTADOS: Se encontró que la alteración lingual más frecuente fue la de lengua saburral con 67,3%, seguido de lengua geográfica. La higiene bucal encontrada fue regular con 68,5% y mala 26,8%; el cepillado lingual no es practicado por el 70,8%; la psoriasis se encuentra relacionada con la lengua escrotal y geográfica (ϕ 0,451 $p = 0,000$), así como la alergia (ϕ 0,327 $p = 0,000$); el diagnóstico de anemia y desnutrición se encuentra relacionado con lengua saburral y geográfica (ϕ 0,295 y 0,291 respectivamente, $p = 0,001$)

CONCLUSION: Existe relación entre las alteraciones linguales y los factores predisponentes ($P < 0,005$) contrastado con los estadísticos de Chi cuadrado y ϕ (correlación de Mathews).

SUMMARY

The objective of this research was to determine the relationship between the frequency of lingual alterations and its associated factors in children interned in the Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen and Regional Hospital Hermilio Valdizán Medrano between August to December 2016. For which a study was conducted a cross-sectional explanatory correlational with a non-probabilistic sampling according to criteria of inclusion and exclusion, coming to a total of 168 hospitalized pediatric patients presenting with lingual alterations.

The data were obtained by the application of a clinical observation form to record the clinical findings of the language and a survey with a structured questionnaire to register the predisposing factors.

Results: It was found that the alteration of the tongue was the most frequent of saburral tongue with 67.3%, followed by geographic tongue. The oral hygiene regular found was 68.5% with 26.8% and bad; the tongue brushing is not practiced by the 70.8%; the psoriasis is related to the scrotal tongue geographical (ϕ 0.451 and $p = 0.000$), as well as the allergy (ϕ 0.327 $p = 0.000$); the diagnosis of anemia and malnutrition is associated with saburral tongue and geographical (ϕ 0.295 and 0.291, respectively, $p = 0.001$)

INDICE

INTRODUCCION.....	7	
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION		
1.1 Identificación y planteamiento del problema.....	8	
1.2 Delimitación de la investigación.....	10	
1.3 Formulación del problema.....	11	
1.4 Formulación de objetivos	11	
1.5 Justificación e importancia de la investigación.....	12	
1.6 Limitaciones de la investigación.....	14	
CAPITULO II: MARCO TEORICO		
2.1 Antecedentes.....	15	
2.2 Bases teóricas y científicas.....	20	
2.3 Definición de términos básicos.....	48	
2.4 Formulación de hipótesis.....	49	
2.5 Identificación de variables.....	51	
2.6 Definición operacional de variables.....	51	
CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO		
3.1 Nivel y tipo de estudio.....	52	
3.2 Diseño y método de investigación.....	52	
3.3 Determinación de la población y muestra	52	
3.4 Técnica e instrumento de recolección de datos.....	54	
3.5 Técnica de procesamiento, análisis de datos.....	55	
CAPITULO IV: RESULTADOS		56
DISCUSION.....	78	
CONCLUSIONES.....	80	
RECOMENDACIONES.....	82	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	83	
ANEXOS.....	90	

INTRODUCCIÓN

La lengua es un órgano muscular que además de poseer el sentido del gusto, interviene en la articulación de los fonemas como modulador del habla, participa en los procesos de deglución, respiración y facilita la succión de líquidos. Por lo tanto, su alteración podría afectar el desarrollo del individuo por ser integrante del sistema estomatognático. La valoración de los tejidos blandos incluyendo la lengua es esencial en la práctica odontológica diaria, en especial por la gran utilidad para el diagnóstico precoz de enfermedades sistémicas, malformaciones, lesiones ulcerosas, enfermedades infecciosas, lesiones blancas y glosopatías.¹

En la población infantil, un gran número de enfermedades pueden afectar la mucosa bucal, entre éstas las alteraciones linguales, causando variaciones del gusto, dificultad para hablar y para amamantarse.² Siendo necesario detectar tempranamente dichas lesiones, llevar a cabo un correcto diagnóstico y un apropiado tratamiento teniendo en cuenta los posibles factores relacionados que podrían condicionar el curso de los mismos. Para que identificados incluso se puedan hacer las interconsultas respectivas.

Los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años, han mostrado una variación considerable en la prevalencia de las alteraciones linguales;^{3,4} esto es debido a las diferencias raciales, de sexo y edad, así como a los distintos criterios diagnósticos y metodológicos usados por los diferentes investigadores. La condición que más interés ha ocupado en la atención de los clínicos es la lengua geográfica debido a que causa la destrucción de las papilas filiformes ocasionando alteraciones en el gusto y molestias durante la alimentación.⁵

Entre los factores relacionados a las alteraciones linguales se han descrito las alergias, los hábitos, estrés, avitaminosis, anemia, quimioterapia, ingesta de medicamentos, psoriasis y problemas de nutrición.^{6,7} Sin embargo, aún no se ha logrado establecer un modelo en niños que involucre la interacción de todos estos factores, como exploración del riesgo de presentar alteraciones linguales y más aún en niños hospitalizados, los que merecen también atención odontológica adicional al tratamiento de su dolencia sistémica..

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Identificación y Planteamiento del problema

Las acciones de salud bucal y salud general no pueden ser interpretadas como entidades separadas. La salud bucal se integra a la salud general y es esencial a la salud integral y al bienestar de todos los individuos y la sociedad. Precepto que ineludible en el ejercicio de la profesión odontológica.

Por ello, existe la necesidad de enfrentar los problemas odontológicos en un marco de salud (individual, familiar y social) lo que lleva necesariamente a la profesión odontológica a revisar y reorientar su rol en la investigación y el control de las enfermedades bucales como parte de un todo que es el ser humano. Esta reorientación le asigna al odontólogo la responsabilidad de incentivar al personal de salud y la sociedad, para adquirir conciencia de la importancia de mantener la salud y no sólo de curar la enfermedad. En este afán, la prevención procura evitar que la enfermedad se produzca, y una vez establecida se complique o pueda interferir con la función de otros órganos o sistemas.⁸

Es por ello, que resulta importante conocer el proceso de enfermedad en un contexto amplio y más aún en poblaciones vulnerables como son los niños, surgiendo la necesidad de investigar cuál es la frecuencia de las patologías bucales en niños para saber hacia dónde se deben dirigir las acciones de promoción y prevención de la salud. Existe una

amplia gama de enfermedades orales que pueden afectar la mucosa oral del niño, entre las que se encuentran las patologías linguales, y el odontólogo, como profesional, se debe encargar de su detección mediante un examen semiológico minucioso y correcto. Por tanto, el odontólogo debe ser capaz de detectar dichas lesiones, y en esa medida llevar a cabo un correcto diagnóstico y un tratamiento apropiado.⁹

En los consultorios pediátricos u odontológicos así como en los internados en centros hospitalarios se pueden diagnosticar un número importante de niños con patologías bucales; infortunadamente el escaso conocimiento, la falta de exploración completa o pasar por alto las recomendaciones de atención dental para los pacientes, propician que éstos no sean atendidos adecuada y oportunamente; por ello, con frecuencia los pacientes con lesiones patológicas avanzadas se atienden en forma tardía, o incluso no reciben el tratamiento adecuado.¹⁰ Dentro de las patologías linguales, las condiciones que más interés han ocupado en la atención de los clínicos es la lengua geográfica, seguida de la lengua fisurada.

A diferencia de los estudios epidemiológicos que reportan resultados sobre la caries, la enfermedad periodontal o la mal oclusión, los estudios de las enfermedades orales se caracterizan por la falta de uniformidad en los criterios de elaboración. El resto de estudios que analizan la prevalencia de la patología oral restante, en su gran mayoría están orientados hacia la edad adulta y, por tanto, no son apropiados para valorar cómo afectan estas enfermedades a los niños.¹¹

Es así que hasta la presente investigación no se han realizado muchos estudios epidemiológicos sobre las patologías de la mucosa oral, además en nuestra región no existe ningún estudio epidemiológico que haya analizado específicamente la frecuencia de las patologías linguales en la población infantil. Lo que conlleva a la necesidad de obtener datos y relacionar los hallazgos que permitirán una mejor comprensión de la epidemiología de las lesiones linguales. Por otro lado identificando los factores relacionados a las patologías linguales se podrá valorar mejor el papel que estos desempeñan en la enfermedad y por tanto el que con mayor o menor intensidad se encuentra relacionado.

1.2 Delimitación de la Investigación

El odontólogo general debe tener en cuenta que sus actos como profesional influyen en el diagnóstico y tratamiento de lesiones del sistema estomatognático y por consiguiente en la salud general de la persona. Por lo que todo esfuerzo por entender mejor el comportamiento etiológico y epidemiológico de la enfermedad será válido; todo esto basado en evidencia científica que respalde su accionar.

Si se comprende mejor las lesiones de la lengua, cualquier cambio que se produzca en estas llevara a un análisis muchos más exhaustivos de causas o factores relacionados para ser controlados, más que la única acción de registrarlo o pasar desapercibido.

Se han realizado varios estudios que determinan que el cuerpo humano es un todo en cuanto a bienestar y salud por lo que estudiando uno de sus componentes e interpretando

sus hallazgos se pueden valorar mejor los comportamientos generales que se presentan por la existencia de lesiones aparentemente de índole local.

1.3 Formulación del problema

1.3.1. Problema Principal

¿Qué relación existe entre la frecuencia de alteraciones linguales y sus factores relacionados en niños internados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano entre agosto a diciembre de 2016?

1.3.2. Problemas Específicos

¿Cuáles son las alteraciones linguales en niños internados en los dos centros hospitalarios?

¿Cuáles son los factores asociados a las alteraciones linguales en niños internados en los dos centros hospitalarios?

¿Cuáles son los factores relacionados más influyentes en la aparición de alteraciones linguales en niños internados en los dos centros hospitalarios?

1.4 Formulación de objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación existente entre la frecuencia de alteraciones linguales y sus factores relacionados en niños internados en el Hospital Nacional Guillermo

Almenara Irigoyen y Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano entre agosto a diciembre de 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos

Hallar las alteraciones linguales en niños internados en los dos centros hospitalarios.

Hallar los factores asociados a las alteraciones linguales en niños internados en los dos centros hospitalarios.

Analizar los factores relacionados más influyentes en la aparición de alteraciones linguales en niños internados en los dos centros hospitalarios.

1.5 Justificación e importancia de la investigación

La epidemiología clínica es la aplicación de los principios y métodos epidemiológicos a los problemas de la práctica clínica diaria. Su propósito básico es promover métodos de observación e interpretación clínica que conduzcan a conclusiones válidas. La epidemiología clínica es conducida por un profesional de la salud que da cuidado directo al paciente, usando la epidemiología en sí y los métodos biométricos para el estudio del diagnóstico y proceso terapéutico con el objetivo de producir una mejoría de la salud.¹²

El término epidemiología clínica proviene de la integración de dos disciplinas: La Medicina clínica y la epidemiología. El objetivo de la epidemiología clínica es desarrollar y aplicar métodos de observación clínica que conducirán a conclusiones válidas, evitando las

malas interpretaciones por error sistemático y por azar; de esta manera, constituye un enfoque para obtener el tipo de información que los clínicos requieren para tomar las decisiones adecuadas en la asistencia de sus pacientes.¹³

La epidemiología clínica en el nuevo concepto del saber se inicia como disciplina, y se orienta al estudio de la enfermedad en tres aspectos: Prevención (búsqueda de factores de riesgo); Diagnóstico (utilizando observaciones clínicas) y Tratamiento (interacción entre diagnóstico y pronóstico).¹³

Los estudios epidemiológicos están sustentados en la frecuencia, severidad y curso de las enfermedades en relación a factores determinados como género, edad, etnia, situación geográfica, alimentación entre otros. De este tipo de investigaciones deriva la planeación de estrategias para dar solución a los problemas de salud, tomando en cuenta para ello los recursos materiales y humanos disponibles.¹³

La epidemiología clínica en odontología entonces estudia la distribución de las enfermedades y los factores asociados en una población específica, con los resultados que se obtengan se podrán optimizar las acciones preventivas, promocionales y asistenciales del grupo de estudio, los niños hospitalizados. Justificando de esta manera la razón y existencia de nuestra noble profesión en bien de la salud general de los pacientes; razón por el cual el presente trabajo se encuentra incluido en el mencionado propósito.

1.6 Limitaciones de la investigación

Por constituirse en un estudio que recolecta información pasada al evento clínico que se observa como lo es las alteraciones linguales; los factores asociados al depender del cuestionario pudieron estar sujetos al sinceramiento de los padres que fueron los que responderán el cuestionario correspondiente.

Por otro lado en el proceso de recolección de la muestra se tuvo como limitación el poco número de pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, que presenten además patologías linguales. Y para ambos hospitales se tuvo que realizar una revisión continua a gran número de niños hospitalizados con el fin de identificar el mayor número de alteraciones linguales, para aplicar el instrumento de investigación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudios realizados

ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

Madera M., Montesino E., Orozco J. et al. (VENEZUELA 2011) El propósito de este estudio corresponde a su respectiva investigación: “Prevalencia de patologías linguales en niños atendidos en clínicas odontológicas” de la Universidad de Cartagena entre 1999 y el 2009. Materiales y métodos: estudio descriptivo retrospectivo; la muestra consistió en 297 historias clínicas seleccionadas aleatoriamente en el 2010. Se evaluó la presencia de patologías, clasificación y características sociodemográficas. Se utilizaron distribuciones de frecuencia absoluta y relativa con intervalos de confianza del 95%. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba estadística χ^2 , asumiendo un límite de significancia de 0,05. Resultados: la prevalencia de patologías linguales fue 39,4%; las lesiones más frecuentemente diagnosticadas fueron: lengua saburral con el 32,7%, anquiloglosia con el 5,7%, glositis migratoria benigna con el 1,7%, y lengua fisurada con el 0,7%. Conclusión: las patologías linguales en niños tienen una alta prevalencia, siendo la de mayor frecuencia la lengua saburral. En este sentido, se deben implementar protocolos de manejo para incentivar en niños y padres conductas de higiene oral saludables enfatizando en el cepillado de la superficie dorsal de la lengua.¹⁴

Guzmán B., Calero J. (COLOMBIA 2005) Principales hallazgos clínicos en la lengua en una población de Cali. En este artículo se presentan los principales cuadros patológicos

encontrados en la evaluación clínica de la lengua de 400 pacientes provenientes de la consulta de primera vez en el servicio odontológico de la Clínica Santa Rosa de COMFANDI y la consulta particular de los Odontólogos que realizaron la investigación. Los pacientes para ser incluidos en el estudio debían ser mayores de 5 años de edad y firmar su consentimiento informado. Como criterio de exclusión se consideraron pacientes con afecciones psíquicas y afecciones sistémicas agudas.

Con referencia a la localización de los cambios identificados, el dorso de la lengua fue la región donde se visualizaron en un 70 % de los pacientes evaluados. Los tipos de lengua más frecuentemente identificados fueron: lengua saburral en 30% de los pacientes, lengua fisurada en el 11,25 %, lengua geográfica en el 7.8%, glosodinia en el 6.75% y macroglosia secundaria en el 5.8%. Adicionalmente, en la lengua de un mismo individuo, en menor proporción, se encontraron diversas combinaciones de afecciones; la más frecuente, la lengua saburral y fisurada en el 3.5% de los examinados.¹⁵

Jiménez C. (VENEZUELA 2012) Factores que influyen en la prevalencia de patologías bucales de tejidos blandos y duros de niños y adolescentes, dos instituciones educativas de la Gran Caracas.

El objetivo del presente trabajo fue determinar los factores que influyen en las patologías bucales de tejidos blandos y duros de niños y adolescentes de dos instituciones educativas de la Gran Caracas. Procedimiento: Se seleccionó una muestra probabilística de 474 escolares de 7 a 14 años, de las Unidades Educativas Antímano II y El Libertador, inscritos en el año escolar 2010-2011. Se midieron las variables edad, peso, talla, IMC, estrato social, hábitos alimentarios, frecuencia de consumo de alimentos y hábitos odontológicos. Se aplicaron medidas descriptivas y de asociación. Resultados: El 52,74%

correspondió al género masculino y 47,26% femenino; el 65,96% resultó de la etnia Criolla, el 50,00% pertenecen conformación de familia Nuclear; el 75,00% presentaron estado nutricional normal. Así mismo, la mayoría (58,23%) se ubica en estrato IV. Los hábitos alimentarios reflejan que 100,00% realiza el desayuno, almuerzo y cena en el hogar; la frecuencia de consumo de alimentos para cereales, carne de res, pollo y leche, es de 3 veces/semana; para azúcar, bebidas gaseosas y golosinas 2 veces/semana. Entre los hábitos odontológicos: el 34,72% se succiona el pulgar y el 45,45% tiene onicofagia; el índice edo es 2,94 y el índice CPOD es 1,98. Las lesiones más frecuentes fueron Queilitis Exfoliativa, 17,54%; Ulcera Traumática, 16,96%, Mácula Melanótica 12,28%, Fibroma Traumático 10,53% y 8,19% de Mursicatum buccarum Conclusión: Predominan escolares del género masculino; de la etnia Criollo y estado nutricional normal; con una frecuencia semanal de consumo entre 2 y 3 veces por semana; la mayoría presenta al menos una lesión; con prevalencia de queilitis exfoliativa y úlceras traumáticas; tienen hábitos odontológicos y tiene Mala oclusión Clase I y la enfermedad periodontal que prevalece es la gingivitis.¹⁶

Basavapur D, Bagalad S, Suryakanth B, Ashwini R. (INDIA 2016) Lengua geográfica pediátrica: Reporte de un caso, revisión y actualizaciones recientes

La lengua geográfica es una condición benigna recurrente de etiología incierta que afecta a la lengua que se caracteriza por pérdida de epitelio especialmente papilas filiformes que da un aspecto característico. La presentación clínica puede variar desde asintomática hasta la ulceración dolorosa y ardor. La condición se observa con frecuencia en los adultos, pero se reportan pocos casos en niños. Se presenta un caso de la lengua geográfica asintomática en niño de tres años de edad de sexo masculino y se hace la revisión de literatura

y con mejor conocimiento de la etiología se concluye aquí. El tratamiento depende del estado clínico y la etiología subyacente.¹⁷

Picciani B, Souza T, Santos V, et al. (BRASIL 2015) Lengua geográfica y lengua fisurada en 348 pacientes con Psoriasis: correlación con la gravedad de la enfermedad.

La lengua geográfica (GT) y la lengua fisurada (FT) son las lesiones orales más frecuentes en los pacientes con psoriasis. Los objetivos de este estudio eran comparar la prevalencia de GT / FT entre el grupo de la psoriasis (PG) y controles sanos (HC) e investigar la correlación entre GT / FT y la gravedad de la psoriasis mediante el PASI y la edad de aparición de la psoriasis. Trescientos cuarenta y ocho PG y 348 HC se seleccionaron. De acuerdo con la edad de aparición de la psoriasis, los individuos fueron clasificados como psoriasis temprana y psoriasis tardía. La gravedad de la psoriasis vulgaris se determinó según PASI. Un seguimiento se llevó a cabo en pacientes con psoriasis vulgar (PV) con GT para evaluar la progresión de las lesiones orales y cutáneas. El FT y GT fueron más frecuentes en PG que en HC. La incidencia de GT fue mayor en los pacientes con psoriasis temprano y el de FT a finales de la psoriasis. Existe asociación entre la intensidad de la psoriasis y GT; y una disminución más alta de la puntuación PASI en pacientes sin presencia GT. La GT y FT es mayor en PG que en el HC. La lengua geográfica GT se asocia con la gravedad de la enfermedad y puede ser un marcador de la gravedad de la psoriasis.¹⁸

Kkilikan R, Villarroel-Dorrego M, Jiménez C, Mata de Henning M. (VENEZUELA 2011) Lesiones bucales en pacientes con psoriasis: estudio descriptivo de 200 pacientes.

Introducción: La Psoriasis es una enfermedad dermatológica crónica, de etiología desconocida que afecta en raras ocasiones la mucosa bucal. Objetivo: Caracterizar las

lesiones bucales en un grupo de pacientes diagnosticados con distintas formas de Psoriasis. Metodología: Fueron evaluados bucalmente 200 pacientes con diagnóstico de Psoriasis. Las lesiones bucales observadas fueron descritas clínicamente y su diagnóstico histopatológico confirmado mediante estudios histopatológicos. Los hallazgos clínicos bucales fueron analizados mediante estadística descriptiva. Resultados: Fueron evaluados 98 hombres (49%) y 102 mujeres (51%) en un rango de edad entre los 20 y 80 años con un promedio de 47 años. Todos los pacientes presentaron lesiones cutáneas independientemente del tipo de Psoriasis. La forma de placa o vulgar fue el tipo más frecuente en un 72,5%. El 44% de los pacientes presentó lesiones bucales sin embargo sólo 2,5% (5 pacientes) presentó psoriasis bucal. Glositis migratoria y lengua fisurada sólo fue observado en 8 y 6 pacientes respectivamente. Conclusiones: La Psoriasis es una enfermedad que rara vez presenta lesiones en mucosa bucal. Las lesiones bucales comprenden placas blanquecinas que aparecen concomitantes a las lesiones en piel. Para su diagnóstico es imprescindible el estudio histopatológico. No pudo observarse asociación entre la glositis migratoria o la lengua fisurada con la Psoriasis.¹⁹

Shekhar G. (INDIA 2014) Lengua geográfica en gemelos monocigóticos

Este artículo se describe un caso de niña de 5 años de edad, los gemelos monocigóticos que sufrían de la lengua geográfica (GT), un trastorno inflamatorio benigno de la lengua que se caracteriza por depapilado, lesiones eritematosas irregulares en el dorso y laterales de las fronteras de la lengua causadas por la pérdida de papilas filiformes del epitelio de la lengua. Mientras que la lengua geográfica es una entidad común, informes sobre esta condición no son comunes en la literatura. Para un mejor conocimiento, este es el primer informe que se ha descrito sobre gemelos monocigóticos con la lengua geográfica en la literatura.²⁰

2.2 Bases teóricas y científicas

El odontólogo responsable de tratar al niño debe tener en cuenta la posibilidad de encontrar cualquier condición patológica a nivel de la mucosa oral sobre todo a edades tempranas. Los estudios epidemiológicos realizados han mostrado diferencias en la apreciación de los diferentes investigadores y una gran variabilidad en las prevalencias de las lesiones mucosas orales en las diferentes zonas del mundo. Tanto lo expuesto con anterioridad como la falta de uniformidad en los criterios de elaboración de los estudios epidemiológicos explican que el porcentaje de las lesiones orales observadas en los diferentes grupos de niños estudiados nos ofrezcan una gran variabilidad. 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. 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.²¹

Los estudios realizados en la población infantil sobre patologías de la mucosa oral incluyendo la lengua, son realmente escasos a diferencia de los estudios epidemiológicos sobre la caries y enfermedad periodontal. Y es que, los esfuerzos realizados por distintos estamentos, para ofrecer una sistemática apropiada para la colección de datos, emergen una serie de problemas metodológicos y de interés de los profesionales, que aún no han obtenido la respuesta correcta a la pregunta de frecuencias y factores predisponentes.

ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE LAS LESIONES MUCOSAS DE LA POBLACIÓN INFANTIL

Los estudios epidemiológicos realizados a lo largo de estos últimos años, han mostrado una variación considerable en la prevalencia de las lesiones mucosas orales en diferentes zonas de todo el mundo. Para obtener una idea general de la frecuencia de aparición de las lesiones que más comúnmente se presentan en la cavidad bucal infantil, se muestra un cuadro con un resumen de algunos de los estudios realizados en distintas poblaciones y por distintos autores (cuadro I).

La prevalencia exacta de lesiones de la mucosa bucal en niños sanos es controversial, debido a la falta de métodos estandarizados, para el de diagnóstico clínico por parte de los profesionales de la salud bucal y la deficiencia descriptiva de la lesiones presentes en la boca de niños y adolescentes, sin embargo la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incrementado recomendaciones epidemiológicas en los últimos años a este grupo poblacional, estableciendo signos y síntomas de la mucosa bucal propios de los infantes puede cambiar con la edad y son a menudo diferentes a las del adulto.²²

Los problemas de tipo metodológico y no banales han sido muchos cuando se ha tratado de revisar la literatura actual en este campo, de modo que no se ha llegado aún a sobrepasar una serie de problemas como lo son la ausencia de protocolos estandarizados y la gran variabilidad de alguno de los componentes de la metodología, llamando la atención la falta de uniformidad.^{23,24,25} El resultado es, como se ve en el cuadro I, la diferente apreciación de los diferentes investigadores y la variabilidad de las prevalencias para cada lesión.

Cuadro I. Prevalencia de las lesiones mucosas que se manifiestan en la cavidad bucal de los escolares

TIPO DE LESIÓN	Bessa CFN (Brasil) ⁽¹⁰⁾ 2004 n=1211	Benevides dos Santos PJ (Brasil) ⁽⁴⁾ 2004 n=587	García Pola (España) ⁽⁵⁾ 2002 n=343	Arendorf TM (Sudáfrica) ⁽²⁰⁾ 1996 n=1051	Sedano HO (Méjico) ⁽²¹⁾ 1989 n=32022	Crivelli MR (Argentina) ⁽⁹⁾ 1988 n=846	Kleinman (EEUU) ⁽³⁾ 1986-87 n=39206
Lengua							
Lengua saburral			29,15%				
Lengua geográfica	9,08%	4,9%	8,16%	1,6%	1,98%	2,95%	0,60%
Lengua bífida					0,55%		
Lengua fisurada	1,49%	27,3%		0,6%	15,7%		
Lengua vellosa			0,58%				
Candidiasis	0,91%	3,7%					0,01%
Anquiloglosia	0,50%		3,79%	15,1%	0,83%	1,41%	
Labios							
Herpes labial	0,82%	0,2%	2,91%	0,8%		5,20%	0,78%
Queilitis angular	0,08%		3,79%			3,54%	
Queilitis facticia		1,7%	1,16%				
Queilitis alérgica						0,23%	
Hoyuelos comisurales	0,74%			9,6%	5,28%	6,38%	
Frenillo labial hiperplásico			2,33%			0,11%	
Mucosa oral							
Lesiones traumáticas	2,23%	6%	22,15%	2,5%		1,41%	0,09%
Les por mordedura	6,11%						
Lesiones por tabaco							0,71%
Hiperpl focal epitelial		21%			0,06%		
Gránulos de fordyce	0,33%	3,8%	1,74%		0,12%		
Lesiones vasculares	0,17%	0,7%	6,99%				
Fístula			5,83%				
Afta recidivante	1,57%	0,9%	4,08%			10,87%	1,23%
Absceso dentoalveolar		0,3%	2,33%	1,1%			
Manchas melánicas	2,56%	2,4%	2,04%				
Mucocele	0,08%	2,2%	1,45%			1,18%	0,03%
Verruga vulgar		0,2%	0,29%	0,2%			0,03%
Hiperplasia gingival						0,11%	0,04%
Estomatitis herpética	0,33%	0,3%		0,2%			0,02%
Guna				0,2%			0,03%
Papiloma				0,2%			
Impétigo	0,17%	0,7%				0,94%	
Miscelánea			1,16%	0,8%			0,31%
Porcentaje de lesiones orales en los niños explorados.	27%	52,6%	38,9%	32,9%	25,2%	39%	4,1%

Fuente: Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005; 10:376-87.

Según, la OMS, la correcta exploración de la mucosa bucal puede proporcionar importantes herramientas en el diagnóstico de las alteraciones del desarrollo, como lesiones neoplásicas, infecciosas e inflamatorias. De igual forma, numerosas lesiones bucales observadas en pacientes infantiles y adolescentes son benignas y no tienen significado médico, sin embargo, el reconocimiento de una enfermedad de fondo o de una enfermedad genética puede ser de gran valor, particularmente cuando la manifestación bucal es el signo primario de una enfermedad sistémica como lo afirma la OMS.²²

Además cabe destacar que la población comprendida entre los 0 y los 16 años de edad, es la población en la que corresponde evaluar las diferentes lesiones bucales, ya que de aquí estriba la importancia en el diagnóstico precoz, para que de esta forma se pueda marcar una gran diferencia en cuanto a la evolución y pronóstico del infante,³¹ refiriéndose a la morbilidad en vez de mortalidad.

Las lesiones de la mucosa bucal son importantes evaluar según Sedano et al²⁹, ya que reflejan el estado de salud de los pacientes, y se originan debido a enfermedades sistémicas o bucales y en su aparición intervienen diversos factores etiológicos: físicos, químicos y biológicos, así como causas congénitas o hereditarias.

Asimismo, Urbina³³ refiere que estas variables o factores pueden ser sistémicos o generales (edad, género, alteraciones sistémicas), irritantes locales externos (tabaquismo, consumo de alimentos con colorantes), asociados a dientes y a prótesis (bordes cortantes y abrasivos) o a otros factores (mecánicos, físicos, químicos).

En niños existen múltiples factores etiológicos que intervienen en las lesiones de la mucosa bucal, entre ellos: agentes infecciosos, tóxicos, genéticos emocionales y socioeconómicos, considerando a estas lesiones de origen multicausal, siendo evidente que serán más prevalentes aquellas que tengan involucradas en su etiopatogenia, factores culturales, educativos y nutricionales, como lo afirman Herrera et al ³⁵ y Nakata ³⁴.

La mayoría de las condiciones y lesiones que ocurren en la cavidad bucal de la población infantil, son relativamente inocuas y no necesitan tratamientos, presentándose de forma asintomáticos y limitándose con el desarrollo cronológico del niño, sin embargo todas ellas requieren la confirmación de un diagnóstico para el establecimiento o no del tratamiento necesario.

PATOLOGIA LINGUAL

Los estudios epidemiológicos demuestran que se presentan con gran frecuencia dentro de las lesiones mucosas de la cavidad bucal aunque las prevalencias varían en las diferentes zonas del mundo. Esto es debido a las variaciones raciales, de sexo y edad de la muestra así como los distintos criterios diagnósticos, metodológicos y de procedimiento de los diferentes investigadores.^{22, 23}

Por otro lado, autores como Kliman, afirman que el estudio de las diferentes alteraciones de la lengua en poblaciones infantiles no ha recibido especial atención.²⁴ En un estudio realizado en Brasil²⁵, en el que se realizó una revisión de las lesiones orales en 2356 niños (de 0 a 14 años) recibidos durante los últimos 15 años en el departamento de patología

oral, se encontró que el grupo de lesiones encuadradas dentro de la patología lingual presentaba el porcentaje más bajo del total de las lesiones.

Dentro de la patología lingual, las condiciones que más interés han ocupado en la atención de los autores es la de la lengua geográfica, seguida de la lengua fisurada y la lengua escrotal. A continuación se describen las patologías a las que se refieren los autores como más frecuentes en la población infantil.

LENGUA SABURRAL

Es un proceso caracterizado por la excesiva descamación epitelial con leucocitos, microorganismos y restos de alimentos, etc., que como revestimiento normal de la superficie dorsal de la lengua se halla aumentado. En este caso no se encuentra hipertrofia de las papilas filiformes de la lengua. Existe momentos del día en los que esta capa esta aumentada de espesor como al levantarse por las mañana. La saburra lingual esta aumentada en personas que tienen alimentación por sonda cuando esta disminuida la producción de saliva (deshidratación enfermedades febriles, intervenciones quirúrgicas, uremia, peritonitis, etc.)

La clínica se caracteriza por la aparición de una capa de mayor o menos espesor, de coloración blanquecina parda o amarillenta, distribuida por toda la parte dorsal de la lengua y que se acompaña de mal sabor y halitosis.

El tratamiento será el de la causa productora y una buena higiene bucal.

La lengua saburral no ha sido considerada como patología por muchos autores. En la mayoría de la bibliografía examinada, ésta no aparece dentro de la larga lista de lesiones o condiciones observadas en los diferentes grupos muestrales y algunos no la consideran ni siquiera dentro de una variación de lo normal²⁶. En cambio, en un estudio llevado a cabo en Oviedo²⁷, sí está encuadrada dentro de las lesiones mucosas orales, además de ser la patología más frecuente de la población infantil de 6 años con un porcentaje de 16,02%.

Además, observaron la obtención de una relación estadísticamente significativa entre la lengua saburral y la presencia de fístulas dentoalveolares, lo que podría fundamentar que el desarrollo de una lengua saburral pueda estar favorecida por la colonización de gérmenes más agresivos procedentes de las fístulas dentoalveolares.

LENGUA GEOGRAFICA

Se conoce también como glositis exfoliativa y marginada, descamación en zonas, glositis areata migrans, etc. Comienza en la infancia y a veces en la pubertad, siendo más frecuente en el sexo femenino. La lengua geográfica es, con diferencia, la patología lingual más destacada en los diversos estudios revisados en población infantil.

La clínica se caracteriza porque a nivel del dorso de la lengua aparecen una serie de círculos, manchas o anillos que de forma irregular y aleatoria van conformando una serie de dibujos que dan el aspecto de mapa geográfico y que cambia con los días. En el centro de este anillo se puede observar una zona eritematosa con una gran depapilación, especialmente

de las papilas filiformes. El borde blanquecino tiene una anchura aproximada de 1 a 2 mm. El proceso es asintomático y los pacientes solo refieren una sensación de ardor y quemazón en la zona depapilada. La lengua geográfica se asocia en un 50 % a la lengua escrotal.²¹

La etiopatogenia es dudosa, pues frente a los que opinan un origen mal formativo se puede achacar el cambio evolutivo de un día para otro sin causa que lo justifique. Otros autores hablan de una asociación familiar. Otros autores hablan de una etiología inflamatoria y han descrito casos en pacientes con psoriasis.

El tratamiento es bastante desalentador. Se deberá suprimir el tabaco, alcohol, irritantes y dar complejo de vitamina B. Se debe tranquilizar al paciente sobre la cancerofobia que algunos presentan ya que no se han descrito transformaciones malignas de este proceso.

Rahamimoff y Muhsam, basados en el examen de 8305 niños en edades tempranas y con exámenes clínicos repetidos (con lo que se obtenía una nueva oportunidad de detectar aquellos casos que no había sido posible localizar en un estudio transversal) hallaron que 1246 de ellos (775 menores de 2 años), padecían de lengua geográfica, lo que significa una incidencia sorpresiva de prácticamente un 15%.²¹

Para Kleiman²⁴, la lengua geográfica es la tercera lesión lingual más importante, después de la lengua fisurada y las varicosidades linguales, en cambio, para García-Pola²⁷ es la tercera lesión más frecuente de entre todas las lesiones mucosas halladas.

Se presentan a continuación un esquema en el que se expone algunos de los estudios sobre la prevalencia de la lengua geográfica en la población infantil y de diferentes países.

- García-Pola (España) ²⁷4,48% de los niños de 6 años estudiados.
- Sedano y cols (Mexico) ²⁹2% de los escolares estudiados.
- Bessa y cols (Brasil) ³⁰9,08% de los niños de 0 a 12 años estudiados.
- Arendorf y cols (Sudáfrica) ³¹1,6 de los preescolares estudiados.
- Kleiman (EEUU) ²⁴0,6% de los escolares estudiados.
- Bezerra (Brasil) ²⁸21% de los niños de 0 a 5 años estudiados.

Se observa que la prevalencia varía de una población a otra (debido a los diferentes criterios clínicos empleados) pero, en la mayoría de los estudios la lengua geográfica se manifiesta como una de las lesiones más frecuentes.

Algunos autores coinciden en que existe una diferencia entre los diferentes grupos de edades siendo la prevalencia más elevada a edades más tempranas como lo respalda el estudio de Bessa en el que encontraron una prevalencia significativamente mayor en los niños con edades comprendidas entre 0 y 4 años³⁰.

Por lo común, se afirma que comienza en la infancia (entre los 6 y 12 meses) y que la edad de mayor observación estaría comprendida entre los 4 años y 4 años y medio aproximadamente. Aunque existen autores que sostienen que puede ser diagnosticada en la edad adulta, para Banoczy y col²³, la mayor incidencia se ve por encima de los 40 años, lo que demuestra su persistencia. Así mismo estos autores sugirieron que esta diferencia de

prevalencia en las diferentes edades podría indicar que los factores genéticos no participarían en la etiología multifactorial de la lengua geográfica.

LENGUA ESCROTAL

Se le conoce también con los nombres de lengua plegada, fisurada, cerebriforme, plisada, etc.

Puede ser congénita, aunque algunos aparecen con el desarrollo. Su incidencia es entre 1 al 6% de las personas. Algunos autores no citan prevalencia en cuanto al sexo, mientras otros dan prioridad al sexo masculino.

La clínica se caracteriza porque la superficie dorsal de la lengua aparece surcada por una serie de fisuras que le dan un aspecto cerebriforme. Estos surcos pueden variar y dependiendo de su profundidad estarán las manifestaciones más o menos dolorosas por el acumulo de los alimentos en su interior. Generalmente estos surcos se originan de un rafe medio, adoptando una disposición radiada, a manera de nervios de una hoja. Los surcos separan lóbulos o circunvoluciones. La asociación con la lengua geográfica es muy frecuente, así como a ciertas macroglosias sindrómicas (síndrome de Melkersso-Rosenthal, síndrome de Fanconi, etc.).

El tratamiento es la supresión de los alimentos picantes y ácidos, corticoides con antibióticos en pomadas, violeta de genciana al 1% y lavados o buches con agua oxigenada al 3%.

Dentro de la patología lingual es la segunda condición, después de la lengua geográfica, más frecuente observada en varios estudios. Su prevalencia varía de un 0,6% (en Sudafrica) a un 27,7% (en Brasil). Grispan la halló en un 2,4% de 620 niños observados antes de los 12 años, siendo la mayor incidencia a los 8 años y medio³².

Esta condición pasa de ser la patología mucosa más frecuente observada en niños en los estudios llevados a cabo en Brasil y Mexico^{30, 29}, a una condición que ni siquiera se ha tenido en cuenta en el estudio realizado en Oviedo.²⁷

La lengua fisurada se ha asociado a edades más avanzadas, así lo afirman Banoczy y col²³, tras un estudio en el que analizaron la prevalencia de la patología lingual en una población adulta y tras el que encontraron que la lesión más frecuente era la lengua fisurada con un 18,52%, siendo más frecuente en las mujeres. Aquellos autores afirman que dicha lesión junto a las lesiones atróficas veían aumentadas sus prevalencias conforme avanzaba la edad, mientras que la lengua geográfica aumentaba su prevalencia en los grupos más jóvenes. Del mismo modo, lo afirma Darwazeh²², en un estudio realizado en Jordania.

Otros autores como Grispan y col³², Benevides y col²⁶, sostienen que existe diferencia de prevalencias entre ambos sexos, siendo más frecuente en varones. Y Benavides y col²⁶ avanzan la idea que se presenta con mayor frecuencia en grupos de edad más avanzada.

Por otro lado, numerosos autores han observado que existe una relación entre la lengua fisurada y lengua geográfica. Incluso existen estudios en los que se considera por

separado los casos en los que se da la lengua fisurada junto a lengua geográfica frente a los casos de lengua fisurada sin lengua geográfica, Sedano y col²⁹, donde afirman que la prevalencia de la lengua fisurada aumenta en los casos que presentan lengua geográfica y viceversa. Esto puede explicarse en base a determinados argumentos que sostienen que existe una asociación genética entre ambas lesiones.

Bessa y col³⁰, afirman que la prevalencia de dicha condición aumenta tres veces en niños con historia de alergia y que además aparece con más frecuencia en niños con anomalías congénitas extra-orales. Esto nos lleva a presuponer que pueda ser una condición congénita, pero llama la atención que en diversas estadísticas su incidencia aumente con la edad, lo que significa que se va constituyendo y adquiriendo los caracteres clásicos con el crecimiento.

EXAMEN DE LA LENGUA

La lengua comprende: una parte móvil (parte anterior y dos tercios), superficie dorsal, bordes laterales y vientre. El dorso está cubierto por numerosas papilas filiformes, fungiformes (contienen corpúsculos gustativos) y de 6-8 papilas circunvaladas que también tiene corpúsculos gustativos, es de color rosado y blanquecino por la queratina de las papilas filiformes y fungiformes. Los bordes laterales son levemente corrugados, y presentan las papilas foliadas localizadas en la parte postero-lateral. El vientre está unido al piso de la boca por el frenillo lingual, que presenta a los lados los conductos de las glándulas salivales submandibulares. La mucosa del vientre de la lengua es delgada, con más color que el dorso y presenta a las venas linguales. El piso de la boca tiene forma de herradura y se extiende

desde el vientre de la lengua a la encía anterior y lateral del proceso mandibular inferior La mucosa de esta área reviste a los músculos milohioideo y geniogloso, es muy delgada y está bien vascularizada.

Se le solicitará al paciente que extienda la lengua hacia fuera tratando de tocar su barbilla y con la ayuda de una gasa que sostenga la punta de la lengua, se examinará con cuidado primero el dorso, posteriormente los bordes laterales (derecho e izquierdo) raspando ligeramente, finalmente, con la ayuda de un bajalenguas o el espejo plano deprimiendo ligeramente la base (sin provocar molestia al paciente), las papilas circunvaladas y la pared posterior de la orofaringe. Para explorar el vientre lingual se solicitará al paciente que trate de tocar con la punta de la lengua el paladar duro. El piso de la cavidad bucal se explora digitalmente, cuidadosamente con el dedo índice deslizando del lado derecho al izquierdo palpando, explorando si existiera algún aumento de volumen o alguna otra alteración en esta mucosa.

Condiciones no patológicas: La más común es la pigmentación fisiológica o racial, caracterizada por manchas oscuras o de color café en el dorso y los bordes laterales linguales, principalmente en adultos mayores. La glositis migratoria benigna (lengua geográfica), es frecuente en niños y jóvenes, clínicamente se presenta en el dorso con áreas rojas irregulares de mucosa atrófica bien delimitadas por bordes blanquecinos de forma anular que tienden a cambiar de lugar. Es necesario distinguir esta entidad de la candidiasis eritematosa, que se presenta en pacientes diabéticos, ancianos, o pacientes que se encuentren con tratamiento prolongado de medicamentos inmunosupresores, y se observa como una mancha o zona roja depapilada en el dorso

lingual por delante de las papilas circunvaladas, generalmente es asintomática. La lengua escrotal o fisurada se caracteriza por tener superficie dorsal cruzada por surcos de diferente profundidad y extensión, que dibujan en su trayecto diversas figuras. Su causa no está definida; pero aumenta con la edad y afecta a ambos sexos. Generalmente presenta un surco central, del cual parten otras fisuras que llegan hasta los bordes de la lengua. En individuos de la tercera edad, es común observar en el vientre lingual, vasos sanguíneos tortuosos y de color oscuro formando várices sublinguales.

Es importante resaltar que el 75% del cáncer de lengua se presentan en los bordes laterales como una lesión roja mixta que evoluciona a una úlcera endofítica con bordes indurados, o, como tumoración firme y ulcerada³⁶. En el piso de la boca, esta región anatómica en forma de U, se conoce como la herradura del cáncer, es el segundo sitio más frecuente de cáncer en boca. La leucoplasia y eritroplasia cuando se presentan en esta zona, tienen un alto riesgo de transformación maligna.³⁷ La presencia de un tumor maligno en el piso de la boca, resulta en una diseminación rápida a los ganglios regionales y metástasis a distancia.

FACTORES PREDISPONENTES

Cuando se habla de factores predisponentes existen muchas condiciones que pueden ser consideradas como tal pero en este estudio se resumirán en las que consideramos las más importantes a ser tomadas en cuenta para entender la etiopatogenia de la patología lingual.

Dentro de ese grupo que consideramos como predisponentes tenemos: higiene, anemia, desnutrición, psoriasis, alergias, efectos medicamentosos.

HIGIENE BUCAL

Cuando se hace mención a la higiene bucal esta debe ser minuciosa y prolija para que se obtengan los beneficios de reducir considerablemente el número de bacterias orales e impedir la formación de la biopelícula dental y bucal. Esto incluye el uso de los elementos de higiene en forma correcta.

Cepillo dental

Los odontólogos deben familiarizarse con la variedad de formas, tamaños texturas y otras características de los cepillos disponibles para proporcionarles a sus pacientes el elemento adecuado. De los muchos productos existentes en el comercio hay que seleccionar solo algunos para cada paciente. Es importante que el prestador de atención odontológica conozca las ventajas y desventajas de los diversos cepillos (y otros elementos auxiliares) para ofrecer al paciente la información apropiada durante la sesión de enseñanza de higiene bucal.

Normalmente el cepillo debe ser de consistencia suave y cabeza chica.

El paciente al estar motivado tratará de realizar su mayor esfuerzo y para que no se erosione las encías fácilmente como con los otros cepillos se recomienda empezar con el uso de cepillos ultra suaves para que no interrumpa la limpieza de los dientes.

El criterio a tener en cuenta es que el mejor cepillo para el paciente es con el que él realiza más efectivo y cómodo el cepillado.

Se recomienda su uso después de cada alimento.

Técnica de cepillado

El uso entusiasta del cepillo dental no es sinónimo de higiene bucal de alta calidad, los adultos pese a sus manifiestos esfuerzos, no son tan eficaces en la eliminación de la placa como podría pensarse. La mayoría de las personas solo elimina alrededor del 50% de la placa con el cepillo dental (Jepsen). En el Centro Académico de Odontología de Amsterdam (ACTA) se realizó un estudio para evaluar la eficacia de un cepillado que duraba un solo minuto en personas que utilizaban su propia manera de cepillarse ³⁸. Se observó que al cabo de un minuto de cepillado se había eliminado aproximadamente el 39% de la placa. Los resultados de los estudios descritos indican que la mayoría de las personas no se cepillan los dientes de manera eficaz y que probablemente vivan con cantidades de placa sobre sus dientes, aunque se cepillen una vez al día.³⁹

Existe varias técnicas de cepillado de acuerdo al movimiento que se realice; tenemos: movimientos horizontales, verticales, vibratorios, rotatorios y combinados.

No hay una técnica de higiene bucal que sea adecuada para todos los pacientes. La morfología de la dentición (apiñamiento, diastemas, fenotipo gingival y otros), el tipo y la gravedad de la destrucción del tejido periodontal así como la propia destreza manual del paciente determina qué clase de elementos auxiliares de la higiene y técnicas de limpieza se deben recomendar.

Colocación del cepillo: se coloca sobre las caras libres en un ángulo de 45° con dirección apical y con una ligera presión sobre las piezas dentarias se realiza movimientos horizontales cortos por un periodo aproximado de 10 segundos. El paciente tiene que sentir que a la vez que se está cepillado los dientes el cepillo logra contactar con el margen gingival.

Secuencia: se comienza por vestibular desde las piezas 1,8 y 1,7 y se continua de dos en dos hasta las piezas 2,7 y 2,8, luego se pasa a las caras palatinas de las mismas piezas y se continúa hasta las piezas 1,8 y 1,7.

Se prosigue con las piezas inferiores, comenzando por vestibular de las piezas 4,8 y 4,7 y se continúa hasta las piezas 3,7 y 3,8. Luego se pasa a las caras linguales de las piezas y se termina en las piezas 4,8 y 4,7.

La posición del cepillo en todas las piezas debe ser horizontal pero por comodidad del paciente en las piezas antero superiores y antero inferiores por las caras palatinas

y linguales respectivamente se puede colocar en posición vertical y realizar un movimiento vertical.

Hay que tener en cuenta que es muy difícil que el paciente adopte esta técnica de cepillado prontamente, por lo que se debe estar instruyendo y controlando por lo menos hasta en tres oportunidades como mínimo o hasta que su índice de higiene sea excelente.

Cepillo interdental

Están indicados en pacientes que presentan espacios interdentes amplios, presencia de puentes fijos, aparatología ortodóncica fija y presencia de implantes dentales.

Se recomienda su uso por lo menos una vez al día, (de preferencia por la noche antes de acostarse) introduciendo el cepillo en cada espacio interproximal primero por vestibular (5 a 10 segundos) y luego por palatino (5 a 10 segundos).

La secuencia de comienzo a fin es similar a la realizada con el uso del cepillo dental.

Hilo dental

El invento del hilo dental moderno se le acredita a Levi Spear Permly, un dentista oriundo de Nueva Orleans. Los estudios clínicos señalan con claridad que cuando el

cepillado se usa junto con el hilo se elimina más placa de las superficies interproximales que con el cepillo solo.³⁹

El hilo dental, existen de diferentes marcas, con grosores variados, con cera o sin cera. Son efectivos en pacientes sin enfermedad periodontal, sin la presencia de prótesis fija o aparatología fija ortodóncica.

Una manera práctica de utilizar el hilo es recortarlo unos 25 a 30 centímetros y anudarlo a los extremos. Así se podrá coger el hilo con ambas manos sin que se resbale ya demás se podrá utilizar el hilo en toda su extensión. Se pueden realizar movimientos vestibulares u horizontales sobre las superficies proximales de las piezas dentarias; la secuencia será la misma que la realizada para el uso del cepillo.

Se recomienda demorarse 5 segundos en cada superficie proximal.

Se requiere una enseñanza repetida y un refuerzo frecuente del uso del hilo porque es difícil adquirir el dominio de esta destreza, que además lleva mucho tiempo.

Limpiador de lengua

El dorso de la lengua con su estructura papilar y sus surcos, alberga una cantidad de microorganismos. Forma un sitio bucal único en su género con una gran área superficial³⁸. Se dice que la lengua actúa como un reservorio que permite la acumulación y la retención de bacterias y residuos de alimentos¹¹. Las bacterias de

la lengua sirven como fuente de la diseminación bacteriana hacia otras partes de la cavidad bucal, como las superficies dentarias, y pueden contribuir a la formación de la placa dental. Por eso se ha recomendado el uso del limpiador de lengua como parte de la higiene bucal casera diaria junto con el cepillo y el uso del hilo ³⁸. También se ha aconsejado el cepillado de la lengua como componente del método denominado “desinfección completa de la boca” en el tratamiento de la periodontitis, con el objeto de reducir posibles reservorios de bacterias patógenas.³⁹

La limpieza habitual de la lengua se realiza desde épocas remotas y todavía sigue siendo una práctica regular entre los nativos de África, los países árabes, la India y América del Sur. Muchas religiones antiguas hacían hincapié en la limpieza de la totalidad de la boca, incluida la lengua. El ritual diario de los habitantes de la India no se limita al cepillado de los dientes sino que también se frotaba la lengua y se enjuagaba la lengua con una mezcla de hojas de betel, canela, alcanfor y otras hierbas.³⁹

En el comercio se ofrecen una gran variedad de limpiadores de lengua. Un instrumento limpiador de lengua moderno puede consistir en una tira larga de cinta plástica. Se la sostiene con ambas manos y se la dobla de manera que el borde pueda ser deslizado sobre la superficie dorsal de la lengua. El cepillado también es una manera fácil de limpiar la lengua toda vez que se controle el reflejo del vómito. La conclusión de una revisión sistemática reciente fue que los raspadores o limpiadores son más eficaces que los cepillos para limpiar la lengua. Hay que informar al paciente que es muy importante limpiar la porción posterior del dorso lingual.³⁹

La limpieza de la lengua, un procedimiento simple y rápido que ayuda a eliminar microorganismos y residuos linguales es más fácil cuando se realiza diariamente. Finalmente, el paciente puede llegar a sentir que la lengua esta “sucias” sino elimina los residuos con periodicidad. En un estudio de Gross (1975) se les enseñó a los miembros del grupo de ensayo a cepillar la lengua como complemento de su higiene bucal normal mientras que a los miembros del grupo control no se les enseñó. Al finalizar el estudio se comparó el grupo de ensayo con el grupo control y en el primero se comprobó una reducción del 40% de la capa que recubría la lengua.³⁹

Algunos estudios revelaron que el cepillo lingual combinado con otras técnicas de higiene bucal representa un método eficaz para reducir la formación de placa dental. En cambio, Badersten (1975) no hallaron diferencias en la acumulación de placa de novo entre un periodo de 4 días de suspensión de los procedimientos de higiene bucal. Los autores sugirieron que la mayor parte de las bacterias formadoras de placa no provendrían de la lengua. Otra razón por la cual no hallaron un efecto del cepillado lingual sobre la formación de placa puede ser que el cepillado de la parte posterior del dorso lingual es difícil por lo inaccesible y molesto.³⁹

ANEMIA

La anemia, que se define como la concentración de hemoglobina por debajo de los valores límites establecidos, según los estándares de la OMS. Es un problema de salud pública generalizado que tiene consecuencias de gran alcance para la salud humana y para el desarrollo social y económico.⁴⁰

Los niños constituyen uno de los grupos más vulnerables a las deficiencias nutricionales que a menudo se utiliza como un indicador de la situación nutricional y de salud de una comunidad. Los menores de cinco años de edad, la presentan en menor tiempo que los niños con edades superiores, por la falta de alimentos adecuados, debido a las demandas del crecimiento, por lo que sus requerimientos nutricionales son relativamente más altos; la nutrición durante el embarazo y los dos primeros años de vida determina en gran medida la futura capacidad intelectual del individuo. Tras la primera infancia, todavía es posible mejorar el desarrollo cognitivo del niño, pero su capacidad fundamental está en muchas maneras ya determinada.⁴¹

La anemia es un indicador de una pobre nutrición y una mala salud, constituye la deficiencia nutricional más frecuente en el mundo y representa un problema de salud pública de gran magnitud, tanto en los países desarrollados, como en vías de desarrollo.⁴⁰ Los niños con problemas nutricionales presentan entre sus principales manifestaciones el bajo peso, la falta de crecimiento y la anemia, los cuales frecuentemente se encuentran asociados a las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y a las infecciones respiratorias agudas (IRA). La deficiencia nutricional de hierro es la más prevalente y la principal causa de anemia a escala mundial, y la anemia ferropénica es el problema de salud más frecuente en embarazadas y niños pequeños de seis meses a dos años de edad.⁴²

En base a lo expuesto, más arriba, en nuestro país la anemia es un problema actual y es oportuno considerar la importancia de su prevención o intervención en poblaciones

vulnerables como son los niños; así como las enfermedades asociadas como lo son las alteraciones linguales.

DESNUTRICION

La malnutrición es uno de los problemas que más afecta a la población infantil de los países en vías de desarrollo. El termino malnutrición engloba estados nutricionales como la desnutrición y la obesidad.

En nuestro país, las grandes encuestas nutricionales, han identificado la magnitud y localización de los diferentes tipos de desnutrición, siendo la crónica de mayor prevalencia. La desnutrición crónica es diagnosticada por una relación inadecuada de la talla para la edad de acuerdo a patrones establecidos. Sin embargo al referirse estas encuestas a niños menores de 6 años, esta desnutrición está disminuyendo en forma ostensible.⁴³

La mayor parte de desnutrición en América Latina es el resultado de un proceso lento de sub alimentación asociado a prevalencias de infecciones y escasos acceso a servicios de la salud.⁴⁴

La malnutrición está asociada al desarrollo retardado dentario y a una mayor experiencia de caries y alteraciones en la distribución de localización de caries en dientes primarios.⁴⁵ Sin embargo en estudios realizados en Barranqueras (Chaco) el grupo de desnutridos presenta un menor índice de caries hasta los 3 años por presencia de lactancia materna. Luego de este período en ellos, se triplica la infección por caries debido a dietas ricas en hidratos de carbono. Además denota desnutrición asociada a erupción retardada de

piezas dentarias primarias y alteración de textura de los tejidos duros como hipoplasia del esmalte.⁴⁶ Asimismo se han encontrado áreas hipoplasias en la dentición temporaria de los niños desnutridos al compararlos con eutróficos.⁴⁷

PSORIASIS

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria crónica y recidivante, genéticamente determinada, de etiología desconocida, con un cuadro clínico caracterizado por la presencia de placas eritematosas escamosas que afectan principalmente las áreas sujetas a traumatismos continuos (superficies extensoras, codos o rodillas), cuero cabelludo y afección de las articulaciones.⁴⁸

Actualmente se considera a la psoriasis como una enfermedad inmunológica crónica, que está mediada por los linfocitos T, asociada a señales co-estimuladoras y a la secreción de citoquinas. Los queratinocitos de lesiones psoriásicas aumentan su tasa de proliferación y expresan diversas moléculas de adhesión, lo cual es mediado por varias citoquinas que al mismo tiempo activan el sistema vascular.⁴⁸

Los factores que desencadenan esta compleja reacción inmunológica aún no han sido bien determinados pero se han citado el trauma, infecciones bacterianas o virales, estrés, uso de algunas drogas o alteraciones hormonales.

No está claro si las lesiones bucales en las personas con psoriasis son circunstanciales y no tienen una relación directa en la aparición de la enfermedad o son realmente lesiones

mucosas producidas por la alteración inmunológica de la piel. El diagnóstico de psoriasis bucal es actualmente basado en el curso clínico concomitante y las características histopatológicas de las lesiones en boca y en piel.⁴⁸

Las manifestaciones bucales de psoriasis son pocos frecuentes y pueden verse de múltiples formas: lesiones en placas blancas, grisáceas o amarillentas, y eritemas difusos de la mucosa o el paladar.⁴⁸⁻⁵³ Aunque se ha intentado relacionar la glositis migratoria y la lengua fisurada con psoriasis, estudios muestran resultados contradictorios en relación a ambas entidades.⁵⁴⁻⁵⁷

ALERGIAS

La Dermatitis atópica (DA) es una enfermedad con alta prevalencia en la población general (5-20%), sin diferencias raciales y que supone una de las primeras causas de consulta dermatológica. Predomina en niños y adolescentes (15-20%) aunque se describe un segundo pico de manifestación en edades posteriores.⁵⁸

Se define la DA como una enfermedad inflamatoria crónica y pruriginosa que a menudo se asocia con una IgE elevada e historia personal o familiar de alergia tipo 1, rinitis alérgica o asma.⁵⁸

Etiopatogenia

La DA es un proceso multifactorial y complejo:

Factores no inmunológicos

— GENÉTICA

La susceptibilidad genética está ligada al cromosoma 11q13. Distintos estudios demuestran la existencia de un patrón autonómico dominante.

— CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL: es seca, pruriginosa, irritable, con tendencia a infecciones bacterianas, víricas y/o hongos.

Existe una pérdida de la función barrera en la cual participan:

- Anomalías en la sudoración.
- Pérdida transepidérmica de agua.
- Alteración en los líquidos cutáneos.
- Disminución en el umbral del prurito.

— ALTERACIÓN EN LA FOSFODIESTERASA que se encuentra elevada en el AMPc leucocitario determinando un efecto anormal sobre la respuesta inflamatoria e inmune, mayor liberación de histamina y producción de IgE.

— RESPUESTA VASCULAR PARADÓJICA (dermografismo blanco): Al rozar la piel se produce una reacción dermográfica blanca en estos pacientes contrariamente a la reacción rojiza de los no atópicos.⁵⁸

Factores inmunológicos:

Se conoce su influencia en la etiopatogenia de la DA aunque existen grandes lagunas para establecer su papel real.

En una biopsia de una DA se comprobará la presencia de linfocitos T (CD4), células de Langerhans, eosinófilos, mastocitos y granulocitos. También se ha demostrado la

presencia de distintos moduladores de la inflamación (interleucinas) y de inmunoglobulinas (IgE, IgG).⁵⁸

Factores extrínsecos

Entre ellos estarán todos aquellos que son capaces de provocar, desencadenar o agravar una DA.⁵⁸

Clínica

La DA aparece en tres estadios relacionados con la edad separados por períodos de remisión, agudización o solapamiento. Desde los dos meses a los dos años de vida, se caracteriza por placas eritematosas, muy pruriginosas, descamativas y costrosas en mejillas y zonas de extensión de extremidades.⁵⁸

Entre los dos y doce años de edad las lesiones se localizan en las zonas de flexión, especialmente en las fosa antecubitales y poplíteas, muñecas y tobillos. Las lesiones son más de tipo papular, llegando a formar de placas liquenificadas que se pueden fisurar. A partir de la pubertad, aparecen dichas placas en áreas flexurales, lesiones en la frente, zonas periorbitarias, muñecas, tobillos, dorso de los pies y dedos de manos y pies.⁵⁸

REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM)

Históricamente, desde mediados de los años cuarenta, la práctica médica cambió radicalmente con la introducción del uso de un gran número de drogas, siendo la penicilina el parte aguas en la farmacoterapia, circulando a nivel mundial más de 100 000 productos farmacéuticos de marca, aunque la OMS considera que 307 principios activos y 532

presentaciones farmacéuticas son suficientes como recursos farmacoterapéuticos en la mayoría de los países.⁵⁹

Esta tendencia, producida a partir de la segunda guerra mundial, se conoce como Explosión Farmacológica, y aunque ha permitido grandes avances en el manejo de enfermedades antes mortales o incapacitantes, también se ha acompañado de incidentes graves, como efectos nocivos no deseados o intolerancias a drogas. La preocupación por la seguridad de los medicamentos, ha contribuido al desarrollo de métodos adecuados para determinar sus beneficios y riesgos potenciales, con la evaluación de la llamada relación riesgo-beneficio.⁵⁹ Una reacción adversa medicamentosa (RAM) es cualquier efecto nocivo no deseado, no intencional de una droga que aparece a dosis utilizadas en humanos con fines profilácticos, diagnósticos o terapéuticos.⁵⁹ Esta definición no incluye efectos nocivos derivados de errores en la administración de drogas, o el no cumplimiento de la terapia farmacológica, casos de sobredosis no se ajustan tampoco porque son dosis que no deberían usarse.⁵⁹

Epidemiología de las RAM

Muchos casos de RAM pueden ser no reconocidos y una gran parte de las mismas, no reportados (especialmente las menos graves), por lo que el verdadero impacto de las RAM tiende a subestimarse.

Las reacciones farmacológicas adversas son la forma más frecuente de enfermedad iatrogénica, ubicándose entre el cuarto y sexto lugar como causa de muerte, dado que el 10 - 20% de los pacientes adultos mayores hospitalizados, suelen presentar al menos una RAM.⁵⁹ No contar con antecedentes patológicos personales propicia en gran medida la aparición de RAM.

Factores de riesgo de las RAM

1. Factores Biológicos: Edad, sexo, raza, bajo peso corporal.
2. Factores Patológicos: Comorbididad, gravedad de las enfermedades, RAM previas.
3. Factores Farmacológicos: Presencia de cambios farmacocinéticos o farmacodinámicos (insuficiencia renal y hepática), polifarmacia, alta dosis del fármaco, (margen terapéutico estrecho).
4. Factores Psicosociales: Ausencia de adherencia al tratamiento, errores en la toma, automedicación, déficits sensoriales y nutricionales.⁶⁰

2.3 Definición de términos básicos

Lengua saburral: Descamación del epitelio en el dorso de la lengua, con acumulación de restos de alimentos.

Lengua geográfica: Presencia de manchas irregulares cambiantes en el dorso de la lengua de color rojizo.

Lengua escrotal: Lengua con presencia de surcos en el dorso de la lengua, variando de profundidad.

Higiene bucal: Habito de cuidado personal.

Anemia: Disminución de los niveles de hemoglobina y hematocrito.

Desnutrición: Deficiente aporte alimenticio calórica, proteica, vitamínica.

Psoriasis: Enfermedad inmunitaria que afecta a la piel manifestándose con descamación y ulceraciones.

Alergia: Reacción o enfermedad inmunitaria ante un agente alérgico con manifestación en piel.

Reacción adversa a medicamentos: Manifestación clínica originada por consumo de medicamentos a dosis promedio.

2.4 Formulación de Hipótesis:

2.4.1. Hipótesis General

H1. Existe relación entre la frecuencia de alteraciones lingüales y sus factores relacionados en niños internados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano entre agosto a diciembre de 2016.

H0. No existe relación entre la frecuencia de alteraciones lingüales y sus factores relacionados en niños internados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano entre agosto a diciembre de 2016.

Ha. Existe relación entre la frecuencia de alteraciones lingüales y sus factores relacionados en diferente medida, en niños internados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano entre agosto a diciembre de 2016.

Ha1: Existe relación entre la frecuencia de alteraciones linguales y el IHOS relacionada en niños internados en el HNGAI y HRHVM entre agosto a diciembre de 2016.

Ha2: Existe relación entre la frecuencia de alteraciones linguales y el cepillado lingual asociada en niños internados en el HNGAI y HRHVM entre agosto a diciembre de 2016.

Ha3: Existe relación entre la frecuencia de alteraciones linguales y la anemia relacionada en niños internados en el HNGAI y HRHVM entre agosto a diciembre de 2016.

Ha4: Existe relación entre la frecuencia de alteraciones linguales y la desnutrición asociada en niños internados en el HNGAI y HRHVM entre agosto a diciembre de 2016.

Ha5: Existe relación entre la frecuencia de alteraciones linguales y la psoriasis relacionada en niños internados en el HNGAI y HRHVM entre agosto a diciembre de 2016.

Ha6: Existe relación entre la frecuencia de alteraciones linguales y las alergias relacionada en niños internados en el HNGAI y HRHVM entre agosto a diciembre de 2016.

Ha7: Existe relación entre la frecuencia de alteraciones linguales y la medicación sistémica relacionada en niños internados en el HNGAI y HRHVM entre agosto a diciembre de 2016.

2.5 Identificación de Variables

Variable de estudio:

- Alteraciones linguales
- Factores relacionados

2.6 Definición Operacional de Variables, Dimensiones e Indicadores

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Alteraciones linguales	Cambios de color y/o forma del dorso de la lengua	Lengua saburral	Presenta	Cualitativo nominal
		Lengua geográfica	No presenta	
		Lengua escrotal		
Factores relacionados	Predisponentes generales que afectan a la alteración o enfermedad	1.Higiene bucal (IHOS)	Bueno Regular Malo	Cualitativo ordinal
		- Cepillado de la lengua	Si No	Cualitativo nominal
		2.Anemia	Presenta No presenta	
		3.Desnutrición	Presenta No presenta	
		4.Pzoriasis	Presenta No presenta	
		5.Alergias	Presenta No presenta	
		6.Medicación	Si No	

CAPITULO III

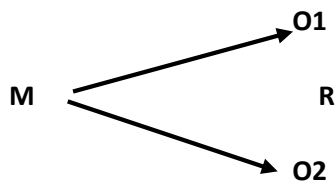
MARCO METOLÓGICO

3.1 Nivel y Tipo de investigación

El nivel de investigación fue correlacional descriptivo, el tipo es básico cuantitativo, se valoró las alteraciones linguales y su relación con los factores asociados.

3.2 Diseño y Método de la Investigación

El diseño fue no experimental descriptivo correlacional transversal.



Donde:

M = Muestra

O = Observaciones (O1 = alteración lingual, O2 = factores predisponentes)

R = Relación

3.3 Determinación de la Población y Muestra

UNIVERSO

El universo estuvo constituido por los niños que acuden al Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

POBLACIÓN

La población estuvo constituido por los niños internados en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

Selección de la Muestra

El muestreo fue no probabilístico intencionado con criterios de inclusión

MUESTRA

Se seleccionaron 168 niños internados en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (133) y Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano (35), que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Niño internado en el Servicio de Pediatría.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Niños con:

- Presencia de alteraciones lingüales
- Edad entre 3 a 12 años de edad.
- Aceptación para participar del estudio por parte de su padre o tutor.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Niños con:

- Ausencia de alteraciones linguales
- Anomalías congénitas.
- Alteraciones sindrómicas o hereditarias.
- Ausencia de historia clínica disponible.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró un instrumento que permitió clasificar a los sujetos de estudio y evaluar las variables; la primera parte consistió en los datos generales del paciente y la identificación de la alteración lingual además del examen sobre el índice de higiene oral simplificado, en segundo lugar un cuestionario estructurado guiado, con 6 preguntas que indaga sobre los factores asociados a las alteraciones linguales que se muestran a continuación con su nivel de medición: limpieza de la lengua (sí, no), teniendo en cuenta la historia clínica médica de cada niño, se registrará la, anemia (presenta/no presenta), desnutrición (presenta/no presenta), psoriasis (presenta/no presenta), alergias (presenta/no presenta) ingesta de medicamentos (sí/no).

Del listado de los niños internados en los hospitales, se seleccionaron aleatoriamente y se procedió a su ubicación para solicitar la aceptación al estudio. La diligencia de las encuestas y la revisión de las historias clínicas médicas se llevaron a cabo luego de la firma

del consentimiento informado por parte de la madre o tutor responsable del niño; se realizó el examen clínico, utilizando luz artificial, espejo bucal No. 5, baja lengua y gasa para examinar todas las superficies de la lengua; se inicia con la superficie dorsal inspeccionando desde el tercio posterior hasta el anterior para luego evaluar las superficies laterales y por último la superficie ventral, posteriormente se realizó la palpación en toda su extensión. Luego se realizó la toma del Índice de Higiene Oral Simplificado aplicando como detector de placa la violeta de genciana con hisopo de algodón y examinando las piezas dentarias correspondientes.

3.5 Técnicas de procesamiento, análisis de datos.

Los datos fueron tabulados en una tabla matriz en Microsoft Profesional 2008 Excel y se analizaron a través del software SPSS versión 22.0. Inicialmente se aplicó un análisis descriptivo a través de distribuciones de frecuencia absolutas y relativas y proporciones, asumiendo intervalos de confianza del 95%. Para evaluar la significancia de las relaciones entre variables se utilizó la prueba estadística X^2 «Chi cuadrada» asumiendo una significancia menor a 0.05 y para verificar la intensidad de la relación se empleó el coeficiente de correlación de Mathews.

CAPITULO IV

RESULTADOS

A. Análisis descriptivo univariado de la frecuencia de alteraciones lingüales y sus factores relacionados en niños internados en dos centros hospitalarios.

Tabla 1. Distribución de niños internados examinados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en agosto a diciembre de 2016.

Hospitales	Frecuencia	Porcentaje
HRHVM	35	20.8%
HNGAI	133	79.2%
Total	168	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

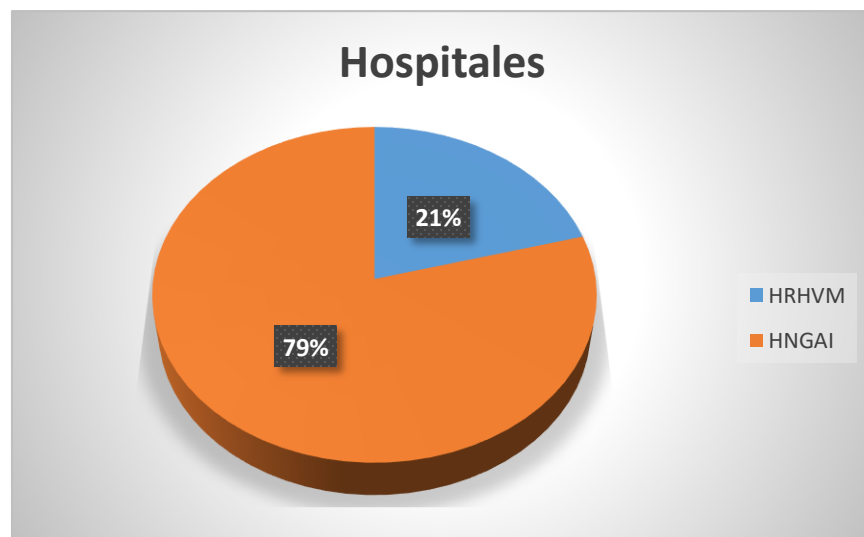


Figura 1. Diagrama de sectores de la frecuencia de alteraciones lingüales y sus factores asociados en niños internados en dos centros hospitalarios, 2016.

En la tabla 1, del 100.00%(168) de los elementos de estudio, el 79.2%(133) son del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen; y el 20.8%(35) corresponden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de los centros hospitalarios.

Tabla 2. Frecuencia de alteraciones linguales en niños internados examinados del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en agosto a diciembre de 2016.

Alteraciones linguales	Frecuencia	Porcentaje
lengua saburral	113	67.3%
lengua geográfica	34	20.2%
lengua escrotal	21	12.5%
Total	168	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

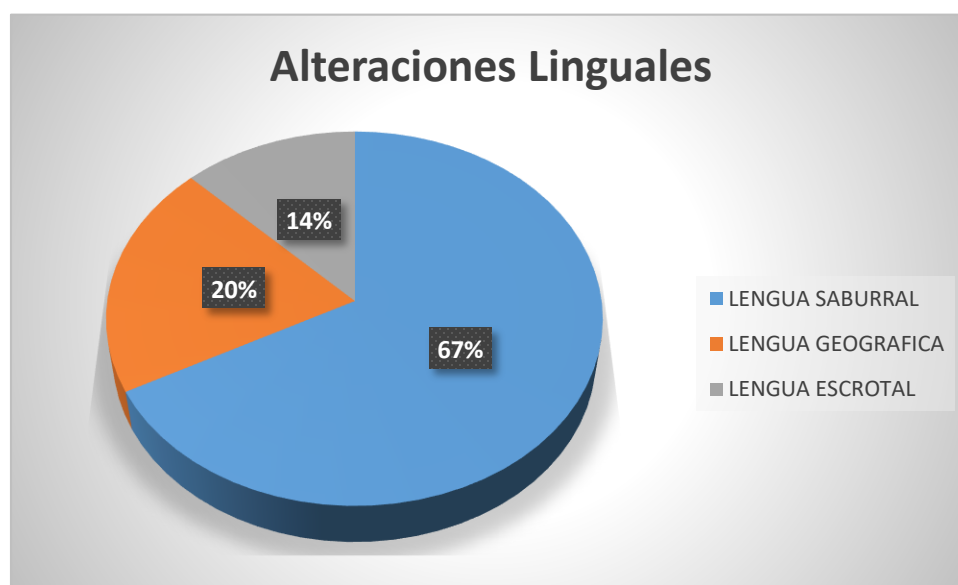


Figura 2. Diagrama de sectores de las alteraciones linguales de los dos centros hospitalarios, 2016

En la tabla 2, se aprecia del 100.00%(168) de los elementos de estudio, la lengua saburral presenta 67.3% (113), 20.2%(34) con lengua geográfica y 12.5%(21) presenta lengua escrotal.

Tabla 3. Higiene bucal en niños internados examinados, con alteraciones linguales de los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

Higiene oral	Frecuencia	Porcentaje
Malo	45	26.8%
Regular	115	68.5%
Bueno	8	4.8%
Total	168	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

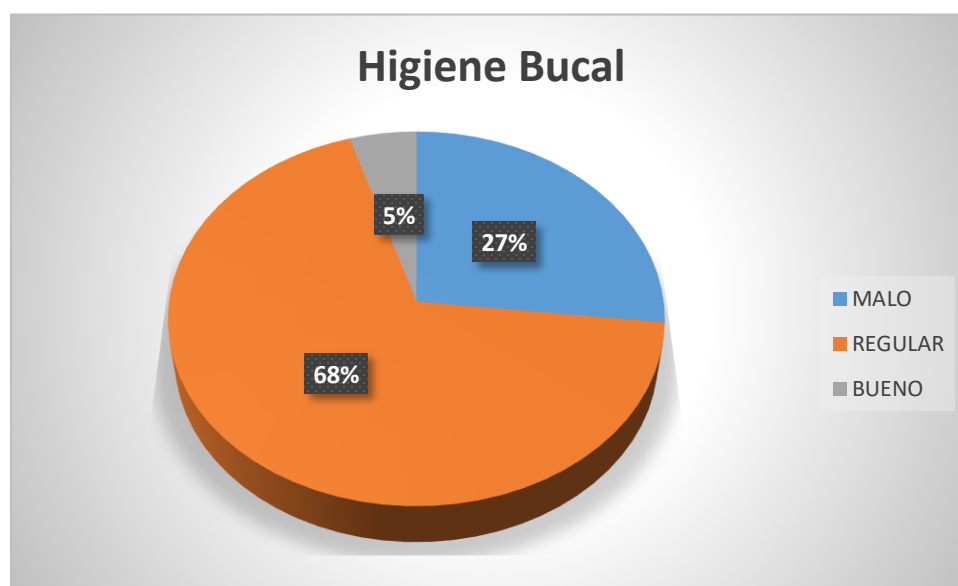


Figura 3. Diagrama de sectores de Higiene bucal en niños internados examinados con alteraciones linguales de los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

En la tabla 3, del 100.00%(168) de los elementos de estudio, 68.5%(115) presentan una higiene regular, 26.8%(45) higiene mala y 4.8%(8) presentan buena higiene oral.

Tabla 4. Cepillado de lengua en niños internados examinados, con alteraciones linguales de los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

Cepillado de lengua	Frecuencia	Porcentaje
NO	119	70.8%
SI	49	29.2%
Total	168	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos



Figura 4. Diagrama de sectores de cepillado de la lengua en niños internados examinados con alteraciones linguales de los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

En la tabla 4, del 100.00%(168) de los elementos de estudio, 70.8%(119) no realizan cepillado lingual y el 29.2%(49) si realizan el cepillado lingual.

Tabla 5. Anemia en niños internados examinados, con alteraciones linguales de los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

Anemia	Frecuencia	Porcentaje
NO	130	77.4%
SI	38	22.6%
Total	168	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

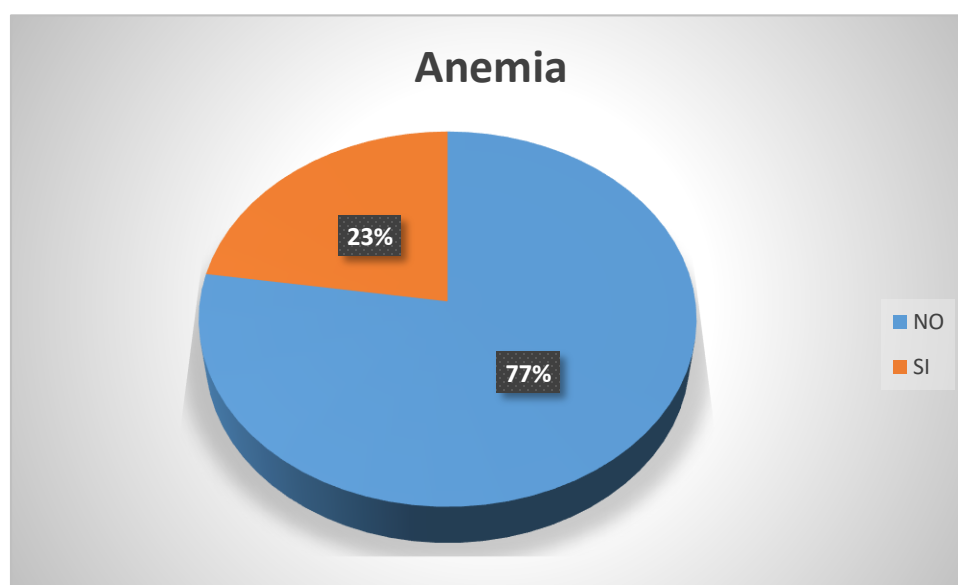


Figura 5. Diagrama de sectores de Anemia en niños internados examinados con alteraciones linguales de los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

En la tabla 5, del 100.00%(168) de los elementos de estudio, 77.4%(130) no presentaron anemia y el 22.6%(38) si presentaron anemia.

Tabla 6. Desnutrición en niños internados examinados, con alteraciones linguales de los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

Desnutrición	Frecuencia	Porcentaje
NO	152	90.5
SI	16	9.5
Total	168	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

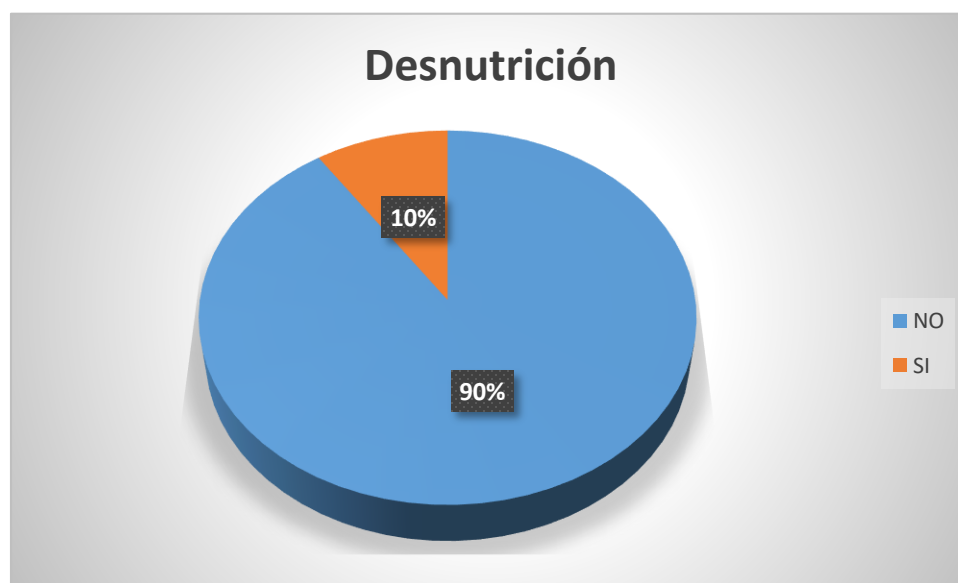


Figura 6. Diagrama de sectores de desnutrición en niños internados examinados con alteraciones linguales de los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

En la tabla 6, del 100.00%(168) de los elementos de estudio, 90.5%(152) no presentaron desnutrición y el 9.5%(16) presentaron desnutrición.

Tabla 7. Psoriasis en niños internados examinados, con alteraciones linguales de los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

PSORIASIS	Frecuencia	Porcentaje
NO	154	91.7
SI	14	8.3
Total	168	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

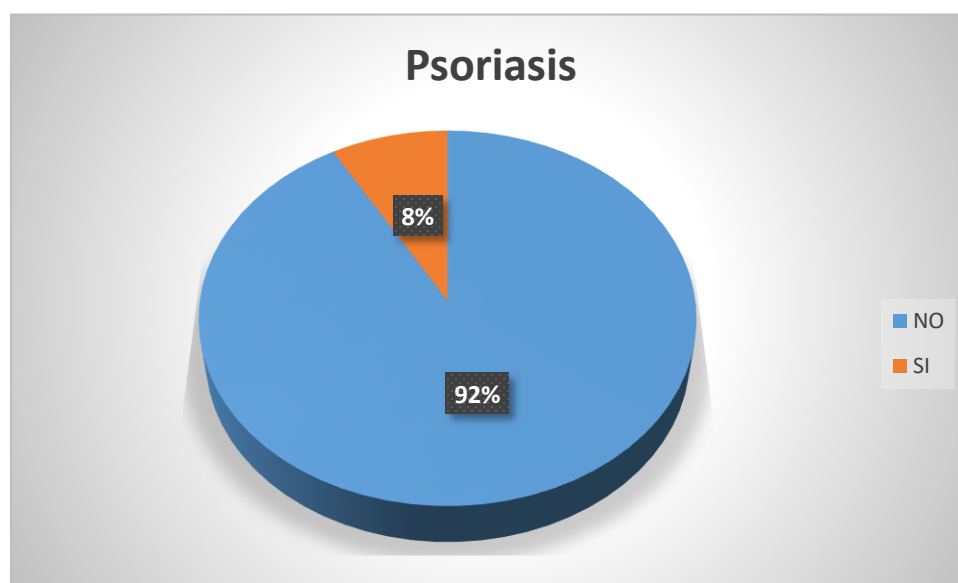


Figura 7. Diagrama de sectores de psoriasis en niños internados examinados con alteraciones linguales de los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

En la tabla 7, del 100.00%(168) de los elementos de estudio, 91.7%(154) no presentaron psoriasis y el 8.3%(14) si presentaron psoriasis.

Tabla 8. Alergias en niños internados examinados, con alteraciones linguales de los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

Alergias	Frecuencia	Porcentaje
NO	144	85.7
SI	24	14.3
Total	168	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

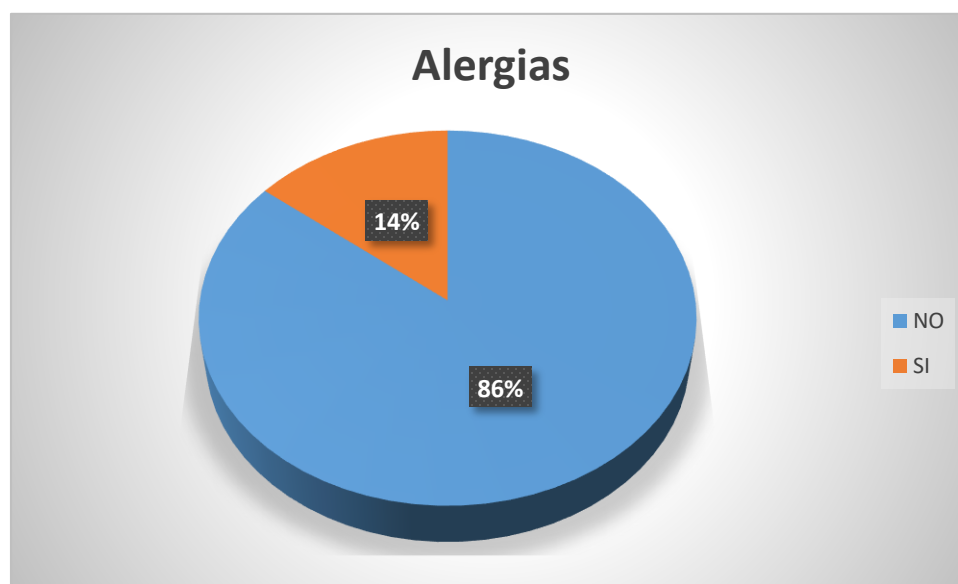


Figura 8. Diagrama de sectores de alergias en niños internados examinados con alteraciones linguales de los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

En la tabla 8, del 100.00%(168) de los elementos de estudio, 85.7%(144) no presentaron alergias y el 14.3%(24) si presentaron alergias.

Tabla 9. Medicación Sistémica en niños internados examinados, con alteraciones linguales de los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

Medicación	Frecuencia	Porcentaje
NO	1	.6
SI	167	99.4
Total	168	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

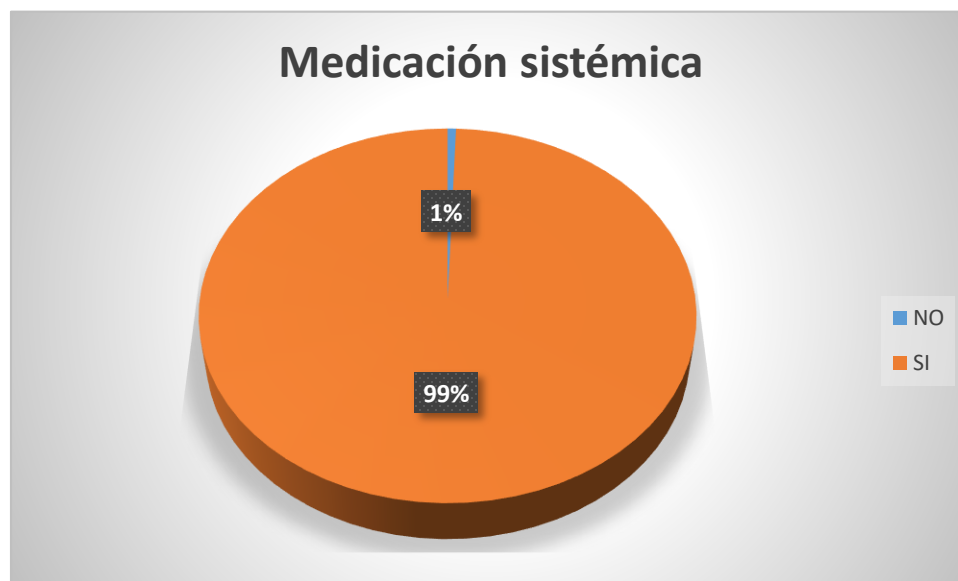


Figura 9. Diagrama de sectores de medicación sistémica en niños internados examinados con alteraciones linguales de los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

En la tabla 9, del 100.00%(168) de los elementos de estudio, 99.4%(167) estaban recibiendo medicación sistémica y solo el 0.6%(1) no recibía medicación sistémica.

2. Análisis descriptivo bivariado

Factores relacionados más frecuentes a alteraciones linguales

Tabla 10. Factor relacionado del nivel de higiene oral presentado según alteraciones linguales en niños en los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

Alteración	Lingual	N°	Higiene Oral			Total
			%	Malo	Regular	
Saburral	Si	N°	40	71	2	113
		%	23.8%	42.3%	1.2%	67.3%
	No	N°	5	44	6	55
		%	3.0%	26.2%	3.6%	32.7%
Geográfica	Si	N°	2	28	4	34
		%	1.2%	16.7%	2.4%	20.2%
	No	N°	43	87	4	134
		%	25.6%	51.8%	2.4%	79.8%
Escrotal	Si	N°	3	16	2	21
		%	1.8%	9.5%	1.2%	12.5%
	No	N°	42	99	6	147
		%	25.0%	58.9%	3.6%	87.5%
Total		N°	45	115	8	168
		%	26.8%	68.5%	4.8%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 10, se analiza en filas la interrelación de la variable higiene oral y alteraciones linguales en niños internados en los dos hospitales

Se observa que el 42.3% (71) de pacientes con higiene oral regular presentaron los signos de lengua saburral, 23.8%(40) con el mismo nivel de higiene presentaron lengua geográfica, 16.7%(28), con higiene oral regular presentan lengua escrotal 9.5%(16). Con lo que aparentemente habría relación mutua de presencia.

Tabla 11. Factor relacionado de cepillado de lengua presentado según alteraciones linguales en niños en los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

Alteración	Lingual	N°	Cepillo de lengua		Total
			No	Si	
Saburral	Si	N°	97	16	113
		%	57.7%	9.5%	67.3%
	No	N°	22	33	55
		%	13.1%	19.6%	32.7%
Geográfica	Si	N°	13	21	34
		%	7.7%	12.5%	20.2%
	No	N°	106	28	134
		%	63.1%	16.7%	79.8%
Escrotal	Si	N°	9	12	21
		%	5.4%	7.1%	12.5%
	No	N°	110	37	147
		%	65.5%	22.0%	87.5%
Total		N°	119	49	168
		%	70.8%	29.2%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 11, se analiza en filas la interrelación de la variable cepillado de lengua y alteraciones linguales en niños internados en los dos hospitales.

Se observar en orden jerárquico que el 57.7%(97) de pacientes que no cepillan la superficie lingual presentan los signos de lengua saburral, 7.7%1(13) que no cepillan la superficie lingual presentan lengua geográfica y 5.4%(9) que no cepillan la superficie lingual presentan lengua escrotal.

Tabla 12. Factor relacionado de anemia presentado según alteraciones linguales en niños en los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

Alteración	Lingual	N°	Anemia		Total
			No	Si	
Saburral	Si	N°	94	19	113
		%	56.0%	11.3%	67.3%
	No	N°	36	19	55
		%	21.4%	11.3%	32.7%
Geográfica	Si	N°	19	15	34
		%	11.3%	8.9%	20.2%
	No	N°	111	23	134
		%	66.1%	13.7%	79.8%
Escrotal	Si	N°	17	4	21
		%	10.1%	2.4%	12.5%
	No	N°	113	34	147
		%	67.3%	20.2%	87.5%
Total		N°	130	38	168
		%	77.4%	22.6%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 12, se analiza en filas la interrelación de la variable anemia y alteraciones linguales en niños internados en los dos hospitales

Se observa 11.3%(19) de pacientes diagnosticados de anemia están relacionados a lengua saburral, 8.9%(15) presentan anemia en relación a lengua geográfica y 2.4% (4) presentan anemia relacionada a lengua escrotal. Lo que aparentemente indicaría una débil relación puesto que la mayoría de las alteraciones de la lengua se manifestaron en niños sin diagnóstico de anemia.

Tabla 13. Factor relacionado de desnutrición presentado según alteraciones linguales en niños en los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

Alteración	Lingual	N° %	Desnutrición		Total
			No	Si	
Geográfica	Si	N°	26	8	34
		%	15.5%	4.8%	20.2%
	No	N°	126	8	134
		%	75.0%	4.8%	79.8%
Saburral	Si	N°	106	7	113
		%	63.1%	4.2%	67.3%
	No	N°	46	9	55
		%	27.4%	5.4%	32.7%
Escrotal	Si	N°	20	1	21
		%	11.9%	0.6%	12.5%
	No	N°	132	15	147
		%	78.6%	8.9%	87.5%
Total		N°	152	16	168
		%	90.5%	9.5%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 13, se analiza en filas la interrelación de la variable desnutrición y alteraciones linguales en niños internados en los dos hospitales

Se observa que el 4.8%(8) de pacientes diagnosticados con desnutrición relacionado a lengua geográfica, 4.2%(7) presentan desnutrición relacionada a lengua saburral y 0.6%(1) presentan desnutrición relacionada a lengua escrotal. Lo que aparentemente indicaría una débil relación puesto que la mayoría de las alteraciones de la lengua se manifestaron en niños sin diagnóstico de desnutrición.

Tabla 14. Factor asociado de psoriasis presentado según alteraciones linguales en niños en los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

Alteración	Lingual	N° %	Psoriasis		Total
			No	Si	
Escrotal	Si	N°	14	7	21
		%	8.3%	4.2%	12.5%
	No	N°	140	7	147
		%	83.3%	4.2%	87.5%
Geográfica	Si	N°	27	7	34
		%	16.1%	4.2%	20.2%
	No	N°	127	7	134
		%	75.6%	4.2%	79.8%
Saburral	Si	N°	113	0	113
		%	67.3%	0.0%	67.3%
	No	N°	41	14	55
		%	24.4%	8.3%	32.7%
Total		N°	154	14	168
		%	91.7%	8.3%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 14, se analiza en filas la interrelación de la variable psoriasis y alteraciones linguales en niños internados en los dos hospitales

Se observa que el 4.2%(7) de pacientes diagnosticados con psoriasis presentan lengua escrotal relacionada, 4.2%(7) presentan psoriasis relacionada a lengua geográfica y 0.0%(0) relacionada a lengua saburral. Lo que indica que todos los casos de psoriasis presentaron ya sea lengua escrotal o lengua geográfica.

Tabla 15. Factor relacionado de alergia presentado según alteraciones linguales en niños en los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

Alteración	Lingual	N°	Alergias		Total
			No	Si	
Saburral	Si	N°	103	10	113
		%	61.3%	6.0%	67.3%
	No	N°	41	14	55
		%	24.4%	8.3%	32.7%
Escrotal	Si	N°	12	9	21
		%	7.1%	5.4%	12.5%
	No	N°	132	15	147
		%	78.6%	8.9%	87.5%
Geográfica	Si	N°	29	5	34
		%	17.3%	3.0%	20.2%
	No	N°	115	19	134
		%	68.5%	11.3%	79.8%
Total		N°	144	24	168
		%	85.7%	14.3%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 15, se analiza en filas la interrelación de la variable alergia y alteraciones linguales en niños internados en los dos hospitales

Se observa que el 6.0%(10) de pacientes diagnosticados de alergia tienen relación a lengua saburral, 5.4%(9) presentan alergias relacionadas a lengua escrotal y 3.0 %(5) presentan alergias relacionadas a lengua geográfica. Lo que aparentemente indicaría una débil relación puesto que la mayoría de las alteraciones de la lengua se manifestaron en niños sin diagnóstico de alergia.

Tabla 16. Factor relacionado de medicación sistémica presentado según alteraciones linguales en niños en los dos centros hospitalarios, en agosto a diciembre de 2016.

Alteración	Lingual	N° %	Medicación		Total
			No	Si	
Geográfica	Si	N°	1	112	113
		%	0.6%	66.7%	67.3%
	No	N°	0	55	55
		%	0.0%	32.7%	32.7%
Saburral	Si	N°	0	34	34
		%	0.0%	20.2%	20.2%
	No	N°	1	133	134
		%	.6%	79.2%	79.8%
Escrotal	Si	N°	0	21	21
		%	0.0%	12.5%	12.5%
	No	N°	1	146	147
		%	.6%	86.9%	87.5%
Total		N°	1	167	168
		%	0.6%	99.4%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 16, se analiza en filas la interrelación de la variable medicación sistémica y alteraciones linguales en niños internados en los dos hospitales

Se observa que el 66.7%(112) de pacientes si presentan medicación sistémica relacionado a lengua geográfica, 20.2%(34) presentan medicación relacionada a lengua saburral y 12.5%(21) presentan medicación relacionada a lengua escrotal. Lo que indicaría si bien es cierto que la medicación sistémica se encuentra presente como factor en los diferentes tipos de alteraciones linguales, este no mostraría su influencia o relación clara.

3. Prueba de hipótesis

La contrastación de las hipótesis del presente estudio implica el uso del estadístico de prueba Chi cuadrado para una muestra, con 95% del nivel de confianza, 5% de error alfa, dos (2) grados de libertad y 5.991 de punto crítico.

Tabla 17. Análisis de la relación entre las alteraciones linguales según factores relacionados en niños internados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en agosto a diciembre de 2016.

Alteraciones linguales		Frecuencia		Ch ²	gl	P Valor
		Observada	Esperada			
Cepillado lingual	No	119	50	42.556	2	0.000
	SI	49	50			
	Total	168				
Psoriasis	No	154	50	34.139	2	0.000
	SI	14	50			
	Total	168				
Alergias	No	144	50	18.001	2	0.000
	SI	24	50			
	Total	168				
IHOS	Malo	45	33.3	17.784	4	0.001
	Regular	115	33.3			
	Bueno	8	33.3			
	Total	168				
Anemia	No	130	50	14.645	2	0.000
	SI	38	50			
	Total	168				
Desnutrición	No	152	50	14.214	2	0.001
	SI	16	50			
	Total	168				
Medicación sistémica	No	1	50	0,490	2	0.000
	SI	167	50			
	Total	168				

Fuente: Ficha de recolección de datos

Los datos calculados de alteraciones linguales según cepillado lingual indican χ^2 calculado de 42.556 y p valor 0.000 ($p < 0.05$); por lo que con una probabilidad del 0.0% de error, los pacientes que no cepillan la superficie lingual presentan alteraciones linguales. En conclusión, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación (H_{a2}) “Existe relación entre la frecuencia de alteraciones linguales y el cepillado lingual asociada en niños internados en el HNGAI y HRHVM entre agosto a diciembre de 2016”.

Los datos calculados de alteraciones linguales según psoriasis indican χ^2 calculado de 34.139 y p valor 0.001 ($p < 0.05$); por lo que con una probabilidad del 0.0% de error, los pacientes que presentan psoriasis presentan alteraciones linguales. En conclusión, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación (H_{a5}) “Existe relación entre la frecuencia de alteraciones linguales y la psoriasis asociada en niños internados en el HNGAI y HRHVM entre agosto a diciembre de 2016”.

Los datos calculados de alteraciones linguales según alergia indican χ^2 calculado de 18.001 y p valor 0.001 ($p < 0.05$); por lo que con una probabilidad del 0.0% de error, los pacientes que presentan alergia presentan alteraciones linguales. En conclusión, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación (H_{a6}) “Existe relación entre la frecuencia de alteraciones linguales y las alergias asociada en niños internados en el HNGAI y HRHVM entre agosto a diciembre de 2016”.

Los datos calculados de alteraciones linguales según IHOS indican χ^2 calculado de 17.784 y p valor 0.000 ($p < 0.05$); por lo que con una probabilidad del 0.0% de error, los pacientes que tienen una higiene regular y mala presentan alteraciones linguales con mayor frecuencia. En conclusión, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación

(Ha1) “Existe relación entre la frecuencia de alteraciones linguales y el IHOS asociada en niños internados en el HNGAI y HRHVM entre agosto a diciembre de 2016”.

Los datos calculados de alteraciones linguales según anemia indican χ^2 calculado de 14.645 y p valor 0.000($p < 0.05$); por lo que con una probabilidad del 0.0% de error, los pacientes que presentan anemia están relacionadas a las alteraciones linguales. En conclusión, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación (Ha3) “Existe relación entre la frecuencia de alteraciones linguales y la anemia asociada en niños internados en el HNGAI y HRHVM entre agosto a diciembre de 2016”.

Los datos calculados de alteraciones linguales según desnutrición indican χ^2 calculado de 14.214 y p valor 0.001($p < 0.05$); por lo que con una probabilidad del 0.0% de error, los pacientes que presentan desnutrición están relacionadas a alteraciones linguales. En conclusión, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación (Ha4) “Existe relación entre la frecuencia de alteraciones linguales y la desnutrición asociada en niños internados en el HNGAI y HRHVM entre agosto a diciembre de 2016”.

Los datos calculados de alteraciones linguales según medicación sistémica indican χ^2 calculado de 0,490 y p valor 0.000($p < 0.05$); por lo que con una probabilidad del 0.0% de error, los pacientes que reciben medicación sistémica están relacionadas a alteraciones linguales. En conclusión, se rechaza la hipótesis de nula (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación (Ha7) “Existe relación entre la frecuencia de alteraciones linguales y la medicación sistémica asociada en niños internados en el HNGAI y HRHVM entre agosto a diciembre de 2016”.

La contrastación de las hipótesis del presente estudio implica el uso del estadístico de prueba coeficiente phi, también llamado coeficiente de correlación de Mathews es una medida de la asociación entre dos variables binarias, con 95% del nivel de confianza y 5% de error.

Tabla 18. Análisis de correlación de alteraciones linguales según factores más frecuentes relacionados en niños internados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en agosto a diciembre de 2016.

Factores asociados	Alteraciones linguales	Frecuencia		phi	P Valor
		Observada	Esperada		
No Cepillado lingual	Saburral	97	57.70%	0.503	0.000
	Geográfica	13	7.70%		
	Escrotal	9	5.40%		
Si Psoriasis	Escrotal	7	4.20%	0.451	0.000
	Geográfica	7	4.20%		
	Saburral	0	0.00%		
Si Alergias	Saburral	10	6.00%	0.327	0.000
	Escrotal	9	5.40%		
	Geográfica	5	3.00%		
IHOS Malo	Saburral	40	23.80%	0.325	0.001
	Escrotal	3	1.80%		
	Geográfica	2	1.20%		
IHOS Regular	Saburral	71	42.30%		
	Geográfica	28	16.70%		
	Escrotal	16	9.50%		
Si Anemia	Saburral	19	11.30%	0.295	0.001
	Geográfica	15	8.90%		
	Escrotal	4	2.40%		
Si Desnutrición	Geográfica	8	4.80%	0.291	0.001
	Saburral	7	4.20%		
	Escrotal	1	0.60%		
Medicación sistémica	Geográfica	112	66.70%	0.054	0.000
	Saburral	34	20.20%		
	Escrotal	21	12.50%		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Los datos calculados de alteraciones linguales según cepillado lingual indican coeficiente phi calculado de 0.503 y p valor 0.000($p < 0.05$); por lo que con una probabilidad del 0.0% de error, los pacientes no cepillan la superficie lingual tienen mayor probabilidad de tener alteraciones linguales.

Los datos calculados de alteraciones linguales según psoriasis indican coeficiente phi calculado de 0.451 y p valor 0.001($p < 0.05$); por lo que con una probabilidad del 0.0% de error, los pacientes que presentan psoriasis tienen mayor probabilidad de tener alteraciones linguales.

Los datos calculados de alteraciones linguales según alergias indican coeficiente phi calculado de 0.327 y p valor 0.001($p < 0.05$); por lo que con una probabilidad del 0.0% de error, los pacientes que presentan alergia tienen probabilidad de tener alteraciones linguales.

Los datos calculados de alteraciones linguales según IHOS indican coeficiente phi calculado de 0.325 y p valor 0.000($p < 0.05$); por lo que con una probabilidad del 0.0% de error, los pacientes que tienen una higiene regular y mala tienen probabilidad de tener alteraciones linguales.

Los datos calculados de alteraciones linguales según anemia indican coeficiente phi calculado de 0.295 y p valor 0.000($p < 0.05$); por lo que con una probabilidad del 0.0% de error, los pacientes que presentan anemia tienen mediana probabilidad de tener alteraciones linguales.

Los datos calculados de alteraciones linguales según desnutrición indican coeficiente phi calculado de 0.291 y p valor 0.001($p < 0.05$); por lo que con una probabilidad del 0.0% de

error, los pacientes que presentan desnutrición tienen mediana probabilidad de tener alteraciones lingüales.

Los datos calculados de alteraciones lingüales según medicación sistémica indican coeficiente phi calculado de 0.054 y p valor 0.000($p < 0.05$); por lo que con una probabilidad del 0.0% de error, los pacientes que reciben medicación sistémica tienen poca probabilidad de tener alteraciones lingüales.

DISCUSION

Las enfermedades que se presentan en el sistema estomatognático tienen como factor etiológico causas locales, también causas sistémicas o factores que intervienen en su aparición, intensidad o característica clínica que al ser convenientemente evaluado permite que se pueda tener un contexto real del proceso de enfermedad, lo que ayuda al clínico a obtener un mejor diagnóstico y por tanto adoptar una mejor terapéutica. Las lesiones o alteraciones en la lengua muchas veces pasan desapercibidas por la ausencia de síntomas como lo menciona Basavapur D.¹⁷ o por los odontólogos que realizan los exámenes clínicos rutinariamente a los pacientes pediátricos o no son valoradas en su contexto general; esta situación condiciona una escasa o nula intervención del odontólogo en pacientes hospitalizados.

Con la intención de mostrar y analizar la relación entre las lesiones linguales y los factores predisponentes se realizó la investigación obteniendo como resultado lo siguiente:

Fueron examinados 168 casos de alteraciones linguales en niños hospitalizados, de los cuales el 67,3% (113) presentaron lengua saburral, 20,2%(34) presentaron lengua geográfica y 12,5% (21) lengua escrotal. Por lo que se puede afirmar que la lengua saburral es la alteración más frecuente coincidiendo con Madera M.¹⁴, Guzmán B.¹⁵

Referido a la presencia de factores predisponentes se encontró que el índice de higiene oral más frecuente fue la regular 68,5% (115), no realizan cepillado lingual 70,8% (119), presentaron diagnóstico de anemia 22,6% (38), presentaron diagnóstico de desnutrición 9,5% (16), presentaron diagnóstico de psoriasis 8,3% (14), presentaron diagnóstico de alergia 14,3% (24) y los que se encontraban con medicación sistémica fueron el 99,4% (167).

Referido a la relación de las alteraciones linguales con los factores predisponentes se encontró que la lengua saburral se encuentra relacionada mayoritariamente con la higiene

regular a mala en 111 casos, del mismo modo con la falta de cepillado lingual en 97 casos. Respecto a la lengua geográfica esta se encuentra relacionada en mayor proporción con la anemia en 15 de 38 casos, así como en los casos de desnutrición 8 de 16 casos diagnosticados; aunque es considerada una alteración común como lo indica Shekhar G.²⁰. En los casos diagnosticados de psoriasis todos fueron relacionados con alteraciones linguales como lengua escrotal 7 de 14 casos y lengua geográfica 7 de 14 casos coincidiendo con lo que manifiesta Picciani B.¹⁸ además de ser un indicador de gravedad de los casos de psoriasis, por otro lado no coinciden con los hallazgos de Kkilikan R.¹⁹ que encontraron solo un 2,5% de alteraciones linguales en los pacientes con psoriasis examinados. En los casos de alergia diagnosticada esta se relacionó con lengua saburral en 10 de 24 casos y lengua escrotal 9 de 24 casos.

Aplicado los análisis estadísticos de Chi cuadrado se demostró la hipótesis de investigación que indica que existe relación entre las alteraciones linguales y los factores predisponentes con $P < 0,005$ y mediante la prueba de phi (correlación de Mathews) se demostró la correlación entre las alteraciones linguales y los factores predisponentes como son el no cepillado lingual (phi 0,503), psoriasis (0,451), alergias (0,327), deficiente higiene (0,325), anemia (0,295) y desnutrición (0,291); con $P < 0,005$. Lo que como conclusión se llega a determinar que son diversos los factores que influyen sobre la aparición de las alteraciones linguales, los mismos que necesitan ser controladas para evitar la aparición o complicación de las alteraciones linguales diagnosticadas.

CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegaron después de la investigación fueron:

1. La alteración lingual más frecuente fue la lengua saburral con 67.3%, seguido de la lengua geográfica con 20,2%.
2. La higiene bucal de los niños hospitalizados con alteraciones linguales fue entre regular con 68,5% y mala 26,8%; lo que condiciona con mayor frecuencia a la lengua saburral.
3. El cepillado lingual no es practicado por el 70,8% de la muestra de estudio, lo que se encuentra asociado a lengua saburral.
4. En cuanto a los otros factores predisponentes que estuvieron presentes se obtuvo que el 22,6% fueron diagnosticados con anemia, 14, 3 con alergias, 9,5% con desnutrición, 8,3 con psoriasis y el 99,4% se encontraba recibiendo medicación sistémica.
5. El diagnóstico de psoriasis se encuentra relacionado con la aparición de lengua escrotal y geográfica ($\phi = 0,451$ y $p = 0,000$).
6. El diagnóstico de alergias se encuentra relacionado con la aparición de lengua saburral y lengua escrotal ($\phi = 0,327$ y $p = 0,000$).
7. El diagnóstico de anemia y desnutrición se encuentran relacionados con lengua saburral y geográfica pero no es específica (ϕ 0,295 y 0,291 respectivamente $p = 0,001$)

8. Existe relación entre las alteraciones linguales y los factores predisponentes ($P < 0,005$) contrastado con los estadísticos de Chi cuadrado y phi (correlación de Mathews).

RECOMENDACIONES

- A la EAP de Odontología, para que en su currículo fortalezca la formación médica para el ejercicio de la Odontología.
- A las instituciones públicas de salud para que optimicen el protocolo de interconsulta para los pacientes hospitalizados.
- A los odontólogos de instituciones públicas de salud para que adopten una conducta responsable y comprometida con los pacientes hospitalizados.
- Realizar estudios de investigación longitudinales que permitan valorar el impacto del control de factores predisponentes sobre la aparición o gravedad de las alteraciones linguales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Jahanbani J, Sandvik L, Lyberg T, Ahlfors E. Evaluation of oral mucosal lesions in 598 referred Iranian patients. *Open Dent J.* 2009; 3: 42-47.
2. Corréa M, Abanto JA, Corréa FN, Bonini GA, Alves FB. Anquiloglosia y amamantamiento: Revisión y reporte de caso. *Rev Estomatol Herediana.* 2008; 18 (2): 123-127.
3. Al-Mobeeriek A, AlDosari AM. Prevalence of oral lesions among Saudi dental patients. *Ann Saudi Med.* 2009; 29 (5): 365-368.
4. Reynoso L, Mendoza N, Víctor M. Magnitud de lesiones bucales de tejidos blandos en niños de 1 a 6 años de edad de la Ciudad de México. *Revista ADM.* 2004; 2: 65-69.
5. 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: 376-387.
6. Shulman JD, Carpenter WM. Prevalence and risk factors associated with geographic tongue among US adults. *Oral Dis.* 2006; 12 (4): 381-386.
7. Terai H, Shimahara M. Atrophic tongue associated with Candida. *J Oral Pathol Med.* 2005; 34 (7): 397-400.
8. Bascones M, Valero A, Encina A, Carrillo A, Encinas A. Lengua geográfica y dermatitis atópica: una asociación frecuente. *Av Odontoestomatol.* 2006; 22(2).

9. Rioboo R. Estudio epidemiológico de las enfermedades y alteraciones bucodentales: patrones cambiantes y tendencias. *Epidemiología de las lesiones de los tejidos blandos. Odontología preventiva y odontología comunitaria*. Madrid: Avances. 2002; 1127-54.
10. Reynoso L. Prevalencia de alteraciones bucales de tejidos blandos en niños de 1 a 6 años de la Ciudad de México. *Dentista y paciente*. 2002; 11(123): 35-7.
11. García C, Bermejo A, Mas C, Tomaas C, Bagan J. Patología lingual infantil. I. Lengua geográfica. *Rev Esp Estomatología*. 1984; 6: 429-36.
12. Fletcher R, Fletcher S, Wagner E. “Epidemiología Clínica: aspectos fundamentales” MASSON Williams & Wilkins España, S.A. 2º edición en español, 1998.
13. Sackett D, Haynes B, Guyatt G, Tugwell P. “Epidemiología Clínica: una ciencia básica para la medicina clínica” Editorial Médica Panamericana S.A. Edición en español, 1998.
14. Madera M, Montesino E, Orozco J, Peralta A, Jiménez M. Prevalencia de patologías linguales en niños atendidos en clínicas odontológicas de la Universidad de Cartagena. *Revista Nacional de Odontología - Volumen 7, Número 13 - julio-diciembre 2011*.
15. Guzmán B., Calero J. Principales hallazgos clínicos en la lengua en una población de Cali. *Revista Estomatológica Volumen 13 N° 1 2005*.
16. Jiménez C. Factores que influyen en la prevalencia de patologías bucales de tejidos blandos y duros de niños y adolescentes, dos instituciones educativas de la Gran Caracas. Universidad Central De Venezuela Facultad de Odontología, Tesis para optar el grado de Doctor. 2012.

17. Basavapur D, Bagalad S, Suryakanth B, Ashwini R. Lengua geográfica pediátrica: Reporte de un caso, revisión y actualizaciones recientes. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2016 Feb, Vol-10(2): ZE05-ZE09.
18. Picciani B, Souza T, Santos V, Domingos T, Carneiro S, Avelleira J, Azulay D, Pinto J, y Días E. Lengua geográfica y lengua fisurada en 348 pacientes con Psoriasis: correlación con la gravedad de la enfermedad. *Scientific World Journal Volume* 2015, Article ID 564326, 7 pages.
19. Kkilikan R, Villarroel-Dorrego M, Jiménez C, Mata de Henning M. Lesiones bucales en pacientes con psoriasis: estudio descriptivo de 200 pacientes. *Ciencia Odontológica Vol. 8 N° 2 (Julio-Diciembre 2011)*, Pág. 120 – 125.
20. Shekhar G. Lengua geográfica en gemelos monocigóticos. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014 Apr, Vol-8(4): ZD01-ZD02.
21. Rioboo M, Planells del Pozo P, Rioboo R. Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10:376-87.
22. Darwazeh AMG, Pillai K. Prevalence of tongue lesions in 1013 Jordanian dental outpatients. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21:323-4.
23. Banoczy J, Rigó O, Albrecht M. Prevalence study of tongue lesions in a Hungarian population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21:224-6.
24. Kleiman DV, Swango PA, Pndborg JJ. Epidemiology of mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-1987. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1994; 22:243-53.
25. Bitu Sousa F y col. Pediatric oral lesions: a 15-years review from Sao Paulo, Brazil. *J Clin Pediatr Dent* 2002; 26:413-18.

26. Benevides dos Santos PJ, Ferreira C, Ferreira de Aguiar MC, Viera do Carmo MA. Cross-sectional study of oral mucosal conditions among a central Amazonian Indian community, Brazil. *J Oral Pathol Med* 2004; 33:7-12.
27. 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 (España). *Medicina Oral* 2002; 7:184- 91.
28. Bezerra S, Costa Isabel. Oral conditions in childrens from birth to 5 years: the findings of a children's dental program. *J Clin Pediatr Dent* 2000; 25:79-81.
29. Sedano HO y col. Clinical orodental abnormalities in Mexican children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 68: 300-11.
30. Bessa CFN, Santos PBJ, Aguiar MCF, Do Carmo MAV. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *J Oral Pathol Med* 2004; 33:17-32.
31. Arendorf TM, Van der Ross R. Oral lesions in a black pre-school South African population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24:296-97.
32. Grispan D. Enfermedades de la boca. Patología, clínica terapéutica de lamucosa oral. Buenos aires: Ed. Mundi S.A.C.I.F; 1976.
33. Urbina, R, Estudio epidemiológico de pacientes con lesiones bucales que acuden a la consultapediátrica del Servicio de Medicina Estomatologica de la Facultad de Odontología. UCV. Periodo1992-1997. Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Magíster en MedicinaEstomatológica. Facultad de Odontología UCV Caracas. 1999.
34. Tanaka N, Murata A, Yamiyuchi A, Kohama G. Clinical Features and Management of Oral and Maxillofacial Tumors in Children's. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol End.* 1999; 1: 11-5.

35. Herrera G, Martínez I, Cruz A. Estado nutricional y bucal de niños de 3 a 6 años. Revista ADM. 1992; 2: p. 73.
36. Shiboski CH, Schmidt BL, Jordan RCK. Tongue and tonsil carcinoma. Increasing trends in the U.S. population ages 20-44 years. Cancer 2005; 103: 1843-1849.
37. Napier SS, Speight PM. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. J Oral Pathol Med 2008;37:1-10.
38. Chávez M. Eficacia clínica del colutorio de capsella bursa pastoris, como coadyuvante en la terapia periodontal de pacientes de la clínica odontológica Unheval. 2013 Tesis postgrado Undac.
39. Lindhe, Lang y Karring. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica 5ª ed Edit Medic Panamericana 2009.
40. Organización Mundial de la Salud. Declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: la anemia como centro de atención, hacia un enfoque integrado para un control eficaz de la anemia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004. http://www.unscn.org/layout/.../La_anemia_como_centro_de_atención_1.pdf.
41. Programa Mundial de Alimentos. Serie de Informe sobre el hambre en el mundo 2006: el hambre y el aprendizaje. Roma: Naciones Unidas; 2006. Disponible en : http://www.unicef.org/lac/Informe_hambre_2006_completoSpa%281%29.pdf.
42. World Health Organization. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control, a guide for programme managers. Ginebra: WHO; 2001.
43. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Programa de encuestas de demografía y salud familiar. Macrointernacional Inc. Calverton MD EEUU. Informe preliminar de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 1996).

44. UNICEF y Sociedad Argentina de Pediatría; “Salud materno infantil juvenil en cifras”, Buenos Aires; 2001.
45. Bogin, B; Mc Vean II “Growth in height of urban Guatemalam primary school children of low and high socioeconomic class”; 1978; 50: 477; 487.
46. Martinez S, Lucas G; “Estudio longitudinal de los trastornos bucales de niños desnutridos”; UNNE 2002.
47. Auchter M, Lucas G, Martinez S, Megia Porcuna M; “Correlación entre estado nutricional y la condición bucal de una población infantil con ayuda alimentaria en la ciudad de Corrientes Capital”; año 2002.
48. Migliari DA, Penha SS, Marques MM, Matthews RW. Considerations on the diagnosis of oral psoriasis: a case report. *Med Oral*. 2004;9(4):300-3.
49. Sklavounou A, Laskaris G. Oral psoriasis: report of a case and review of the literature. *Dermatologica*. 1990;180(3):157-9.
50. Hietanen J, Salo OP, Kanerva L, Juvakoski T. Study of the oral mucosa in 200 consecutive patients with psoriasis. *Scand J Dent Res*. 1984;92(1):50-4.
51. Robinson CM, Di Biase AT, Leigh IM, Williams DM, Thornhill MH. Oral psoriasis. *Br J Dermatol*. 1996;134(2):347-9.
52. Brice DM, Danesh-Meyer MJ. Oral lesions in patients with psoriasis: clinical presentation and management. *J Periodontol*. 2000; 71(12):1896-903.
53. Hernández-Pérez F, Jaimes-Aveldañez A, Urquizo-Ruvalcaba Mde L, Díaz-Barcelot M, Irigoyen-Camacho ME, Vega-Memije ME, Mosqueda-Taylor A. Prevalence of oral lesions in patients with psoriasis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13(11):E703-8.

54. Daneshpazhooh M, Moslehi H, Akhyani M, Etesami M. Tongue lesions in psoriasis: a controlled study. *BMC Dermatol.* 2004; 4(1):16.
55. Zargari O. The prevalence and significance of fissured tongue and geographical tongue in psoriatic patients. *Clin Exp Dermatol.* 2006;31(2):192-5.
56. Pogrel MA, Cram D. Intraoral findings in patients with psoriasis with a special reference to ectopic geographic tongue (erythema circinata). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1988; 66(2):184-9.
57. Morris LF, Phillips CM, Binnie WH, Sander HM, Silverman AK, Menter MA. Oral lesions in patients with psoriasis: a controlled study. *Cutis.* 1992; 49(5):339-44.
58. Bascones A. Lengua geográfica y dermatitis atópica: una asociación frecuente. *AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA* Vol. 22 - Núm. 2 – 2006.
59. Pascuzzo– Lima C. *Farmacología Básica. Reacciones Adversas Medicamentosas.* Ed. Pascuzzo-Lima, 2008 pp118-127.
60. Oscanoa TJ, , Interacción medicamentosa en Geriatría. *Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.* 2004;65(2): 119-125 .

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE MEDICINA
EAP. DE ODONTOLOGIA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Edad:

Sexo:

1. ALTERACION LINGUAL:

Lengua saburral ()
Lengua geográfica ()
Lengua escrotal ()

2. Factores asociados:

a. Higiene oral (IHOS)

Bueno ()
Regular ()
Malo ()

b. Realiza cepillado lingual

Si ()
No ()

c. Anemia

Presenta ()
No presenta ()

d. Desnutrición

Presenta ()
No presenta ()

e. Psoriasis

Presenta ()
No presenta ()

f. Alergia

Presenta ()
No presenta ()

g. Medicación sistémica

Si ()
No ()

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

TITULO DE INVESTIGACIÓN:

- FRECUENCIA DE ALTERACIONES LINGUALES Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN NIÑOS INTERNADOS EN DOS CENTROS HOSPITALARIOS 2016.

I. DATOS INFORMATIVOS DEL EXPERTO VALIDADOR

- Apellidos y Nombres:
..... CASTILLO VILUELA ANGEA
- Cargos o Institución donde labora:
..... HOSPITAL ALMENAARA JEFE SERVICIO
- Nombre del instrumento de evaluación:
.....
- Teléfono.....
- lugar y fecha:
.....
- autor del instrumento:
.....

II. ASPECTOS DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO

INDICADORES	CRITERIOS	SI	NO
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	/	
Objetividad	Los indicadores que están midiendo están expresados en conductas observables.	/	
Contextualización	El problema que se está investigando esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	/	
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.	/	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad.	/	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias.	/	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basados en aspectos teóricos científicos.	/	
Coherencia	Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones de las variables.	/	
Metodología	La estrategia que se está utilizando responde al propósito de la investigación.	/	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento más oportuno o adecuado.	/	

III. OPINION GENERAL DE LOS INSTRUMENTOS

.....
.....
.....

IV. RECOMENDACIONES

.....
.....
.....

Lima 30 de mayo
HUANUCO.....DE..... DEL 2016.



a. ANGELA CASTILLO VILEL
CMP. 14442 RNE.5736
Jefe del Serv. de Clínica Pediátrica
D. Nac. Guillermo Almonacid

FIRMA DEL EXPERTO

DNI 0662377

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

TITULO DE INVESTIGACIÓN:

- FRECUENCIA DE ALTERACIONES LINGUALES Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN NIÑOS INTERNADOS EN DOS CENTROS HOSPITALARIOS 2016.

I. DATOS INFORMATIVOS DEL EXPERTO VALIDADOR

- Apellidos y Nombres: Cornejo Salazar Jose Luis
- Cargos o Institución donde labora: Hospital Almenara
- Nombre del instrumento de evaluación:
- Teléfono:
- lugar y fecha:
- autor del instrumento:

II. ASPECTOS DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO

INDICADORES	CRITERIOS	SI	NO
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	/	
Objetividad	Los indicadores que están midiendo están expresados en conductas observables.	/	
Contextualización	El problema que se está investigando esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	/	
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.	/	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad.	/	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias.	/	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basados en aspectos teóricos científicos.	/	
Coherencia	Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones de las variables.	/	
Metodología	La estrategia que se está utilizando responde al propósito de la investigación.	/	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento más oportuno o adecuado.	/	

III. OPINION GENERAL DE LOS INSTRUMENTOS

Documento idóneo

IV RECOMENDACIONES

aplicación inmediata

HUANUCO 3 DE ~~ENE~~ ENERO DEL 2017

[Firma manuscrita]

FIRMA DEL EXPERTO

DNI 07349888

[Firma manuscrita]

[Firma manuscrita]



GOLDEN MEDIC
Mascarillas

- HIPERALEGICO. NO PRODUCE MOLESTIAS EN LA PIEL
- SUPERFICIE EXTRA SUAVE
- SISTEMA DE SUJECION CON TIRILLAS O ELASTICOS
- ADECUADA FILTRACION Y CONFORT
- DISEÑO DE AJUSTE PERFECTO CON REFUERZO NASAL

DESCARTABLES DE 3 CAPAS

CON LIGA
 CON TIRA

50 UND. x CAJA





B

