



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES DE LA
MUCOSA ORAL EN EL SERVICIO DE
ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO, 2014–2018.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA**

Autor:

**Bach. Yuvicxa Samantha Suarez Rojas
<https://orcid.org/0000-0001-9079-7305>**

Asesor:

**Dr. CD. Portocarrero Mondragón Juan Pablo
<https://orcid.org/0000-0001-5459-8034>**

Línea de Investigación:

Ciencias de la vida y el cuidado de la salud humana

**Pimentel – Perú
2021**

**PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL EN EL
SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS
MERCEDES CHICLAYO, 2014– 2018.**

**MG.ESP.
Vocal del jurado de tesis**

**MG.CD.
Presidente Del Jurado De Tesis**

**MG. CD.
Secretario del jurado de tesis**

DEDICATORIA

Mi tesis está dedicada:

A Dios, quien me ha brindado la fortaleza necesaria para seguir luchando por mis sueños y es mi guía día a día.

A mis padres, Rosa Elena y Segundo Vidal, sin su apoyo no hubiese podido lograr este sueño, quiero agradecerles por todo el amor desinteresado que me han brindado, porque en los momentos en los que quería tirar la toalla ellos siempre estuvieron presentes dispuestos a hacer hasta lo imposible por que logre llegar hasta este momentos, son mi vida y mi mayor fuente de motivación.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor metodológico: Mg.CD Portocarrero Mondragón Juan Pablo por impartir buenas enseñanzas en cada clase, por la paciencia que tuvo en cada revisión del informe de investigación.

Al Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo por los permisos otorgados a mi persona, por la colaboración hasta la finalización de mi informe.

A la Universidad Señor de Sipán por el apoyo en la ejecución de la investigación. Gracias a todas las personas que apoyaron directa e indirectamente en la realización del informe de investigación.

Resumen

PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO, 2014– 2018.

PREVALENCE OF DISEASES OF THE ORAL MUCOSA IN THE DENTISTRY SERVICE OF THE REGIONAL TEACHING HOSPITAL LAS MERCEDES CHICLAYO, 2014– 2018.

Yuvicxa Samantha Suarez Rojas ¹

El informe de investigación determino la prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del hospital regional docente las mercedes Chiclayo, 2014– 2018. En los años 2014– 2018 hubo una población estimada de 10000 historias clínicas que a través de un muestreo aleatorio simple nos generó una muestra de 370 historias con edades a partir de 18 a más años. Se examinó por medio de una ficha de recolección donde hicimos un seguimiento de las historias clínicas de 4 años. Teniendo en cuenta los niveles de población general, género y edad. Se encontró que la tasa de prevalencia es alta con 52.70% en (2014–2018). Las enfermedades más comunes fueron las bacterianas como la periodontitis necrozante (21%), y dentro de otras enfermedades está el absceso (64,1%) ocupando el primer lugar en enfermedades y que dentro de las edades con una mayor prevalencia están entre 31 a más años (62.9%) y con respecto al sexo el femenino obtuvo (59,0%) por ello se concluye que a mayor edad mayor prevalencia de enfermedades de la mucosa oral además incluye que el sexo femenino fue indicada como alta prevalencia por ello se pretende dejar que ambos objetivos específicos deberían ser el foco de la prevención primaria para la odontología por ello se debe aplicar unos estudios epidemiológicos generales en este departamento.

Palabras clave: Prevalencia, enfermedad, mucosa bucal, (decs)

Abstract

The research report determined the prevalence of diseases of the oral mucosa in the dental service of the regional teaching hospital Las Mercedes Chiclayo, 2014–2018. In the years 2014–2018, there was an estimated population of 10,000 medical records that through a Simple random sampling generated a sample of 370 stories with ages from 18 to more years. It was examined by means of a collection card where we followed up on the 4-year medical records. Taking into account the general population levels, gender and age. The prevalence rate was found to be high at 52.70% in (2014–2018). The most common diseases were bacterial diseases such as necrotizing periodontitis (21%), and among other diseases is abscess (64.1%), occupying the first place in diseases and that among the ages with the highest prevalence are between 31 to more years (62.9%) and with regard to sex the female obtained (59.0%), therefore it is concluded that the older the greater the prevalence of diseases of the oral mucosa, it also includes that the female sex was indicated as a high prevalence, therefore intends to let both specific objectives be the focus of primary prevention for dentistry, therefore, general epidemiological studies should be applied in this department.

Keywords: Prevalencia, enfermedad, mucosa bucal.

1 Adscrita a la Escuela Profesional de Estomatología, Pregrado, Universidad Señor de Sipán, Pimentel, Perú, email: SROJASYUVI@crece.uss.edu.pe

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
Resumen	v
Abstract.....	vi
I. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Trabajos previos.	9
1.2. Teorías relacionadas al tema.....	11
1.3. Formulación del Problema.....	23
1.4. Justificación e importancia del estudio.	24
1.5. Hipótesis.	25
1.6. Objetivos	25
1.6.1. Objetivos General.....	25
1.6.2. Objetivos Específicos.....	25
II. MATERIAL Y MÉTODO	25
2.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	25
2.2. Variables, Operacionalización.....	26
2.3. Población y muestra.....	29
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.	30
2.5. Procedimientos de análisis de datos.....	31
2.6. Aspectos éticos	31
2.7. Criterios de Rigor científico.	32
III. RESULTADOS	32
3.1. Tablas y Figuras.....	32
3.2. Discusión de resultados	39
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
4.1. Conclusiones	42
4.2. Recomendaciones	42
REFERENCIAS	44
ANEXOS:.....	50
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	50
Anexo 2: Carta de presentación	51
Anexo 3: Valoración del instrumento	52
Anexo 4: Autorización del hospital	55

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas en odontología son las enfermedades de la mucosa oral que abarcan varias afecciones comunes que afectan a la población general. Algunos de estos trastornos o enfermedades presentan signos y síntomas que son patognomónicos para la afección, mientras que otros presentan características similares que pueden dificultar el diagnóstico clínico. Por lo tanto es importante que los cirujanos dentistas tengan una comprensión clara de estos trastornos para proporcionar una atención adecuada a los pacientes. A pesar de una reducción del 26% en las afecciones por detección a tiempo en el año 2010, la pandemia aún sigue. La prevalencia de lesiones de la mucosa oral (OML) está entre 9.7% y 61.6% que ha sido reportada en adultos donde sobresalen úlceras traumáticas (17,5%), herpes labial recidivante (11,7%), estomatitis protésica (10%), candidiasis eritematosa (10%) y estomatitis aftosa recurrente (9,2%). Esto se debe quizás a influencias externas, factores genéticos, exposiciones ambientales, culturas y tradiciones que afectan la cavidad oral. Para otros estudios dicen que el 45% de las lesiones se debe a las dificultades para acceder a la atención médica y los altos costos son factores que inhiben el acceso a los servicios dentales, su nutrición, el consumo de azúcar agregado al café y los alimentos con alto contenido de azúcar es frecuente.^{2,3,4}

En el Perú no existe una estrategia de prevención y control de enfermedades orales, tampoco existe una buena orientación sobre los cuidados. Según los datos del MINSA en 2012 que 63% de la población tiene lesiones orales de simples a severas. Por ello nuestro estudio de Prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018 donde se destacaran las principales enfermedades para con ello; los cirujanos dentistas tengan una base sólida de conocimientos sobre diversas epidemiologías orales por lo cual es esencial para su desarrollo como odontólogo para que adopten medidas apropiadas durante la práctica clínica, también es probable que la posesión de información apropiada pueda inspirar confianza en su propia capacidad para diagnosticar y luego tener un tratamiento correcto a los pacientes. Por tanto esta investigación permitirá también la determinación de las necesidades de tratamiento de las poblaciones y la

adaptación de los programas de salud oral que son específicos para cada enfermedad

1.1. Trabajos previos.

Chher T.*et al*⁵ (2018) Nueva Zelanda. Este fue un estudio transversal, teniendo como resultado que la prevalencia para esta población fue de 54.1%. en línea alba lesión seguida de la leucoplasia (64.8%), y el liquen plano (30.8%). Por lo que se concluyó que los sujetos la mayor parte fueron fumadores con un riesgo de 3.74, que representa el 95%. El consumo de alcohol por sí solo no parece conferir un mayor riesgo, sin embargo, cuando se practica al mismo tiempo que se fuma, se observó un riesgo significativo de más de cinco veces por lo que se concluye que la lesión más frecuente es la línea alba y que fumar, consumir alcohol se asociaron con la prevalencia con las lesiones de la mucosa oral.

Torticci S.*et al*⁶(2016) Italia. En este estudio presentaron que la lesión más común diagnosticada fue la lengua recubierta / peluda que afectó al 16,7% de los sujetos, seguida de: varices linguales (16,3%), lesiones secundarias por herpes (8,1%), úlceras aftosas (7,9%), gránulos de fordyce (7,2%), fricción Queratosis (5%), candidiasis (4.9%), hiperplasia fibroepitelial (4.6%), papiloma escamoso (3.8%), úlceras traumáticas (3.7%), leucoplasia (3.2%), lengua fisurada (3.2%), hemangiomas (2.7%) , morsicatio buccarum (2,5%), pigmentación de melanina (2,5%), liquen plano (2,5%), leucodema (2,1%), petequias (1,1%), lengua geográfica (1%), queilitis actínica (0,8%) y eritroplasia (0,1%). Por lo que se concluye la alta prevalencia requiere un conocimiento adecuado de estas lesiones en la población general. Los clínicos dentales también deben conocer la etiopatogenia, la presentación clínica, el diagnóstico y el tratamiento de estas lesiones.

Angulo J *et al*⁷ (2015) Venezuela. El estudio indico que las principales características de estas lesiones de la mucosa oral fueron: más frecuentes en mujeres y ubicación principal en la encía. Además, la mayoría de ellos fueron lesiones agudas (<7 días), lesiones no recurrentes y dolorosas. Concluyeron que ni los hábitos dañinos ni los hábitos parafuncionales influyeron en las características clínicas de la lesión.

Silva D *et al*⁸ (2015) Brasil. El estudio consistió en dos fases: 1) una aplicación de cuestionario; 2) examen clínico intraoral. La prevalencia de lesiones orales fue del 78,4%. Las úlceras traumáticas (16.4%) y la queilitis actínica (12.7%) fueron las lesiones más prevalentes en los labios (35.3%) y la lengua (23.5%) fueron la ubicación más común. Se muestran que hay una alta prevalencia de lesiones de la mucosa oral en pacientes diabéticos y que las lesiones de la mucosa oral se asocian principalmente con la diabetes tipo 2.

Ramos K *et al*⁹ (2015) Brasil. Se realizó una evaluación donde indicaron que las afecciones de las mucosas son prevalentes en los indios Kiriri y la presencia de lesiones en la mucosa se asocia con una edad avanzada y una educación inferior. Por lo que proponen un programa de salud pública dirigido a prevenir y tratar las lesiones de la mucosa y dirigido al grupo de alto riesgo por lo que es vital para mejorar el estado de salud oral de esta población.

Do LG *et al*¹⁰ (2014) Australia. Este manifestó que la prevalencia de sospecha de malignidad fue inferior al 1% y superior al 17% para el OML no ulcerado. La prevalencia de OML no ulcerados se asoció con la edad, el sexo, la ubicación residencial, los ingresos del hogar y el tabaquismo. Se concluyó que el estudio informó que la encuesta epidemiológica puede proporcionar información útil sobre OML y que ciertos grupos de población tenían un mayor riesgo de tener la afección por lo que es esencial que la prevención del no consumo de tabaco y el abandono del hábito de fumar puedan reducir la prevalencia de OML en la población.

Chandroth S *et al*¹¹ (2014) India. La mayoría de la población estudiada consumió tabaco y alcohol (88.1%) en una u otra forma y usaron masticables (42.9%) para limpiar sus dientes. Entre todos, 30,03% de los sujetos del estudio sufrieron lesiones de la mucosa oral. Sobresaliendo la leucoplasia (13.8%) fue la lesión más prevalente. Los sitios más afectados fueron los labios y el borde bermellón. La prevalencia de lesiones de la mucosa oral se asoció significativamente con la edad, el género, las prácticas de higiene oral y los hábitos adversos. Se concluyó que se debe realizar estudios más detallados que exploren este tema y los esfuerzos deben dirigirse hacia la prevención primordial de las afecciones

1.2. Teorías relacionadas al tema.

1.2.1 Enfermedad de la mucosa oral.

Es una enfermedad de etiología multifactorial en la que los problemas sociales y económicos, los hábitos, los factores ambientales y los genéticos se imbrican en una compleja red de interacciones que múltiples estudios epidemiológicos han tratado de desentrañar.¹⁰

Las enfermedades más frecuentes en la mucosa oral son:

1.2.1.1 Las úlceras aftosas orales suelen presentarse como defectos mucosos cubiertos de fibrina, dolorosos y muy circunscritos, con un borde hiperémico.¹⁰ Las úlceras aftosas orales recurrentes crónicas ocurren en tres variantes morfológicas clínicas diferentes y en dos cursos temporales diferentes. Las úlceras pequeñas de tipo menor (Mikulicz) tienen menos de 1 cm de diámetro (generalmente de 2 a 5 mm) y se curan espontáneamente en 4 a 14 días. Representan del 80 al 90% de todas las úlceras aftosas recurrentes. La cicatrización ocurre en alrededor del 8% de los casos. Las úlceras grandes del tipo mayor (úlceras de Sutton) suelen ser de 1 a 3 cm de diámetro, están profundamente endurecidas y pueden durar de 10 días a 6 semanas o, en ocasiones, incluso más tiempo. Representan alrededor del 10% de las úlceras orales benignas recurrentes. Alrededor del 64% de las úlceras de Sutton se curan con cicatrices. Las úlceras aftosas herpetiformes son lesiones agrupadas muy pequeñas (1 a 2 mm). Representan alrededor del 5% de las úlceras aftosas recurrentes, son extremadamente dolorosas y persisten durante 7 a 10 días. Puede haber hasta 100 úlceras; pueden unirse en plagas erosivas más grandes y alrededor del 32% se curan con cicatrices. Las tres variantes morfológicas pueden aparecer ocasionalmente simultáneamente úlceras aftosas orales de tipo menor, úlceras aftosas orales de tipo mayor, úlceras aftosas orales herpetiformes.^{11,12,13} La etiología de las úlceras aftosas orales crónicas recurrentes aún no está clara. Una variedad de trastornos subyacentes puede predisponer a los pacientes a desarrollar úlceras aftosas orales; incluyen anemia por deficiencia de hierro, neutropenia y deficiencia de ácido fólico o vitamina B12, así como un defecto selectivo de resorción de vitamina B12. La terapia de reemplazo adecuada ha reducido la gravedad de la enfermedad como se documenta en los informes de casos. Las lesiones locales de la mucosa también

son posibles factores desencadenantes. Además, los factores genéticos pueden ser importantes; la historia familiar es positiva en hasta el 40% de los pacientes. No se ha demostrado una asociación consistente con un haplotipo HLA.¹⁴

Terapia tópica: Anestesia tópica: los anestésicos tópicos a menudo proporcionan un alivio satisfactorio del dolor. Las opciones incluyen lidocaína como crema al 1% (estudio aleatorizado controlado con placebo, gel o aerosol al 2%; polidocanol como pasta; y las pastillas de benzocaína. Hay un atomizador de bomba que combina tetracaína al 0.5% y polidocanol al 0.1%. También está disponible un enjuague bucal que contiene benzocaína y cloruro de cetilpiridinio.¹⁵

Antisépticos y agentes antiinflamatorios: Un lavado bucal que contiene 0,15% de triclosán en etanol y sulfato de zinc redujo el número de nuevas úlceras aftosas en 43% de los casos, la intensidad del dolor en el 45% y extendió el intervalo libre de la úlcera. El diclofenaco al 3% en un gel de ácido hialurónico al 2.5% fue superior al de la lidocaína al 3% en el dolor reductor después de 2 a 6 horas.¹⁶

Antisépticos y agentes antiinflamatorios: Un lavado bucal que contiene 0,15% de triclosán en etanol y sulfato de zinc redujo el número de nuevas úlceras aftosas en 43% de los casos, la intensidad del dolor en el 45% y extendió el intervalo libre de la úlcera. El diclofenaco al 3% en un gel de ácido hialurónico al 2.5% fue superior al de la lidocaína al 3% en el dolor reductor después de 2 a 6 horas¹⁷

Cauterización: la aplicación tópica de solución de peróxido de hidrógeno al 0,5% o solución de nitrato de plata al 1–2% redujo significativamente la intensidad del dolor después de un día, pero no aumentó la velocidad de curación. El tratamiento con CO₂ o Nd : El láser YAG produjo un alivio inmediato del dolor que duró de 4 a 7 días.¹⁸

1.2.1.2 Patologías salivales: Los trastornos de las glándulas salivales incluyen etiologías inflamatorias, bacterianas, virales y neoplásicas. La presentación puede ser aguda, recurrente o crónica. La sialadenitis supurativa aguda se presenta como dolor e inflamación de inicio rápido y se trata con antibióticos, masajes salivales, hidratación y sialagogos como las gotas de limón o las pastillas de vitamina C. Las etiologías virales incluyen paperas y virus de inmunodeficiencia humana, y el tratamiento se dirige a la enfermedad subyacente. La sialadenitis

recurrente o crónica es más probable que sea inflamatoria que infecciosa; Los ejemplos incluyen parotitis recurrente de la infancia y sialolitiasis. La inflamación suele ser causada por una obstrucción, como una piedra o una estenosis del conducto. La gestión está dirigida a aliviar la obstrucción. Los tumores benignos y malignos pueden aparecer en las glándulas salivales y, por lo general, se presentan como una masa cervical solitaria e indolora. El diagnóstico se realiza mediante imágenes (p. Ej., Ecografía, tomografía computarizada, imágenes por resonancia magnética) y biopsia (inicialmente con aspiración con aguja fina). En general, la mayoría de los tumores de las glándulas salivales son benignos y se pueden tratar con escisión quirúrgica.¹⁹

La saliva es una mezcla compleja de líquido, electrolitos, enzimas y macromoléculas que funcionan juntas para realizar varias funciones importantes: lubricación para ayudar a tragar y digerir; Digestión de almidones con amilasa salival; modulación del gusto; protección contra la caries dental; y la defensa contra patógenos. Las glándulas salivales principales son las glándulas parótida, submandibular y sublingual pareadas. Las glándulas salivales menores recubren la mucosa de los labios, la lengua, la cavidad bucal y la faringe²⁰

Las enfermedades de las glándulas salivales mayores se encuentran ocasionalmente en el entorno de atención primaria. La sialadenitis obstructiva (por cálculos o estenosis) representa aproximadamente la mitad de los trastornos de las glándulas salivales benignas. Las neoplasias de las glándulas salivales son relativamente raras; representan el 6% de todos los tumores de cabeza y cuello, y su incidencia general es de dos a ocho por cada 100,000 personas en los Estados Unidos. Las infecciones y la inflamación de las glándulas salivales tienen una amplia gama de presentaciones. Un enfoque organizado de la evaluación mejora la probabilidad de un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado.²¹

Trastornos inflamatorios: La sialadenitis aguda. Es una inflamación bacteriana de la glándula salival. Por lo general, afecta a una glándula salival importante, con mayor frecuencia la parótida, y es común en pacientes médicamente debilitados, hospitalizados o postoperatorios. Se cree que la contaminación bacteriana retrógrada de la cavidad oral es la etiología incitante. La estasis del flujo salival

secundaria a la deshidratación o la disminución de la ingesta oral permite la migración de bacterias hacia el parénquima de la glándula.^{21,22}

Los factores predisponentes para la sialadenitis aguda incluyen diabetes mellitus, hipotiroidismo, insuficiencia renal y síndrome de Sjögren. El uso de ciertos medicamentos, especialmente aquellos con propiedades anticolinérgicas, también puede reducir el flujo salival. La sialolitiasis y las estenosis del conducto pueden alterar el flujo salival y predisponer al paciente a una infección aguda, pero con mayor frecuencia pueden causar infecciones crónicas o recurrentes. La causa bacteriana más común de la sialadenitis aguda es *Staphylococcus aureus*, que se ha cultivado en 50 a 90% de los casos. Las especies estreptocócicas y *Haemophilus influenzae* también son causas comunes.²²

Los pacientes con sialadenitis aguda suelen presentar dolor agudo e hinchazón de la glándula afectada. El examen físico puede revelar induración, edema y sensibilidad extrema localizada. El masaje de la glándula puede expresar pus desde el orificio intraoral respectivo. Esto debe ser cultivado para dirigir la terapia con antibióticos.²³

El manejo implica tratar la infección y revertir la condición médica subyacente y los factores predisponentes. Esto incluye la estimulación del flujo salival mediante la aplicación de compresas calientes, la administración de sialagogos tales como gotas de limón o pastillas de vitamina C, hidratación, masaje de la glándula salival, y la higiene oral. La terapia antimicrobiana empírica se dirige inicialmente a los organismos grampositivos y anaeróbicos, que a menudo son resistentes a la penicilina, por lo que se recomienda la penicilina aumentada que contiene inhibidores de la betalactamasa (p. Ej., Amoxicilina-clavulanato). Se administra terapia dirigida a la cultura, si es posible. En raras ocasiones, la sialadenitis supurativa aguda puede conducir a la formación de abscesos; El drenaje quirúrgico está indicado en estos casos.²³

La parotitis recurrente de la infancia: es una afección inflamatoria de la glándula parótida caracterizada por episodios recurrentes de hinchazón y dolor. La causa de este trastorno no se conoce. Los niños suelen presentar episodios recurrentes de inflamación de la glándula parótida aguda o subaguda con fiebre, malestar y

dolor. El trastorno suele ser unilateral, pero puede afectar a ambos lados. Los episodios pueden durar días o semanas y ocurren cada pocos meses. El tratamiento consiste en cuidados de apoyo con hidratación adecuada, masaje de glándulas, compresas tibias, sialagogos y antibióticos. Se ha demostrado que la sialendoscopia disminuye la frecuencia y la gravedad de los episodios. La afección generalmente se resuelve espontáneamente con la pubertad y rara vez se requiere cirugía.²⁴

La sialadenitis crónica: se caracteriza por episodios repetidos de dolor e inflamación causados por la disminución del flujo salival y la estasis salival. Afecta más a menudo a la glándula parótida. Se cree que el factor incitante inicial es la obstrucción del conducto salival por cálculos, estenosis, cicatrices, cuerpos extraños o compresión extrínseca por un tumor. Las reacciones inflamatorias recurrentes dan lugar a una destrucción acinar progresiva con reemplazo fibroso y sialectasias.^{12,13,14,24} Los pacientes con sialadenitis crónica deben ser evaluados con una historia clínica, exploración física y posiblemente con imágenes, y la patología subyacente debe ser tratada. Los pacientes suelen presentar hinchazón recurrente o de bajo grado y sensibilidad de la glándula afectada, especialmente al comer. El examen físico puede revelar agrandamiento de la glándula en una etapa temprana, pero esto puede revertir en etapas posteriores de la enfermedad. El masaje de la glándula hacia el orificio a menudo no produce saliva visible. El trabajo debe centrarse en identificar un factor predisponente, como un cálculo o una estenosis. Si no se encuentra una causa, el tratamiento es conservador y debe consistir en sialagogos, masajes, hidratación y medicamentos antiinflamatorios. En casos severos, la escisión de la glándula es segura y efectiva, con baja incidencia de xerostomía.²⁵

La sialolitiasis: Es causada por la formación de cálculos en el sistema ductal. La glándula submandibular se ve afectada con mayor frecuencia (80% a 90% de los casos), y casi todos los demás casos se relacionan con el conducto parotídeo.¹⁵,¹⁶ Las piedras están compuestas de sales y proteínas precipitadas, predominantemente carbonato de calcio.¹⁷ Los pacientes con sialolitiasis suelen presentar dolor salival posprandial e hinchazón. Pueden tener antecedentes de sialadenitis supurativa aguda recurrente. En el examen, la palpación bimanual a lo

largo del curso del conducto puede revelar la piedra. La ecografía y la tomografía computarizada sin contraste son precisas para detectar la piedra.²⁴

El tratamiento inicial consiste en tratar cualquier infección aguda, seguida de la extirpación quirúrgica del cálculo. El abordaje quirúrgico depende de la localización de la piedra. Los cálculos submandibulares que pueden palparse y ubicarse en el piso anterior de la boca pueden extirparse intraoralmente, generalmente bajo anestesia local. Las piedras submandibulares cerca del hilio de la glándula pueden requerir escisión de la glándula. Las piedras en el conducto parotídeo son más difíciles de manejar y pueden requerir parotidectomía. Una alternativa a la cirugía abierta es la sialendoscopia, en el que se introduce un pequeño endoscopio semirrígido (0,8 a 1,6 mm) en el conducto salival, lo que permite extraer el cálculo. Varios estudios han demostrado su superioridad sobre la cirugía abierta en la remoción de cálculos, la resolución de los síntomas, la preservación de las glándulas y la seguridad.²⁵

1.2.1.3 Enfermedades micóticas

La candidiasis oral (OC) es una enfermedad micótica común que se encuentra en la dermatología, más comúnmente causada por un crecimiento excesivo de *Candida albicans* en la boca. A pesar de que la candidiasis es una presentación bien conocida de OC, los médicos deben conocer las muchas otras presentaciones de esta enfermedad y cómo diagnosticar y manejar con precisión estos casos. Las presentaciones clínicas de AO pueden clasificarse ampliamente como candidiasis blanca o eritematosa, con varios subtipos en cada categoría. Los tratamientos incluyen la higiene bucal adecuada, agentes tópicos y medicamentos sistémicos. La infección oportunista con el hongo *Candida albicans* causa lesiones dolorosas rojas o blancas de la orofaringe, que pueden afectar el gusto, el habla y el acto de comer. *Cándida* está presente en la boca de hasta el 60% de las personas sanas, pero la infección manifiesta se asocia con inmunosupresión, diabetes, antibióticos de amplio espectro, uso de corticosteroides, deficiencias hematínicas y desgaste de las prótesis.^{26,27}

En personas con inmunosupresión después de un tratamiento contra el cáncer, los fármacos antifúngicos absorbidos (ketoconazol, itraconazol o fluconazol) o

parcialmente absorbidos (miconazol, clotrimazol) previenen la candidiasis orofaríngea en comparación con placebo o fármacos antifúngicos no absorbidos. No sabemos si el tratamiento antifúngico es efectivo en este grupo.²⁷

Los medicamentos antifúngicos no absorbidos (nistatina o anfotericina B) pueden no ser más efectivos que el placebo para prevenir la candidiasis. No sabemos si la profilaxis antifúngica es efectiva en adultos que tienen trasplantes de tejido, ya que encontramos pocos estudios.

Precaución: ha habido alertas sobre la seguridad de los medicamentos que indican que el ketoconazol oral puede causar lesiones hepáticas graves, problemas en las glándulas suprarrenales, interacciones dañinas con los medicamentos y que los beneficios no superan los riesgos en el tratamiento de infecciones fúngicas. Ha sido suspendido en algunos países y las restricciones impuestas a su uso en otros. La profilaxis con fluconazol es más efectiva que la nistatina oral o la anfotericina B para prevenir la candidiasis en bebés y niños inmunocomprometidos, mientras que el tratamiento con fluconazol y miconazol aumenta las tasas de curación en comparación con la nistatina tanto en bebés inmunocomprometidos como inmunocompetentes.²⁸

Los medicamentos antimicóticos pueden aumentar la mejoría clínica o la cura en personas con candidiasis orofaríngea causada por el uso de dentaduras postizas. No sabemos si la higiene de las prótesis o la extracción de la dentadura por la noche reduce el riesgo de desarrollar candidiasis orofaríngea. La profilaxis diaria o semanal con fluconazol o itraconazol reduce la incidencia de candidiasis en personas con infección por VIH. La profilaxis con nistatina puede no ser efectiva.²⁹

Los tratamientos tópicos con pastillas de clotrimazol y miconazol bucal comprimidos de liberación lenta pueden ser tan efectivos como los comprimidos orales / suspensiones de antifúngicos orales (fluconazol / itraconazol / ketoconazol) para reducir los síntomas de la candidiasis en personas con infección por VIH. Una dosis única de fluconazol (750 mg) puede ser tan efectiva como un curso de 14 días de fluconazol para reducir los síntomas de la candidiasis en personas con infección por VIH.^{29,30}

La resistencia a los fármacos antifúngicos, particularmente los fármacos azólicos, es un problema creciente. La profilaxis continua con agentes antifúngicos puede

no aumentar el riesgo de desarrollar resistencia a los antimicóticos en comparación con la profilaxis intermitente, pero puede que no sea más eficaz para reducir el número de ataques en personas con infección por VIH, la mayoría de los cuales estaba recibiendo tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).³²

Leucoplasia vellosa oral es una lesión benigna, asintomática, que afecta principalmente el borde lateral de la lengua, de manera unilateral o bilateral; pero raramente puede ocurrir en otras partes de la boca. Su superficie puede ser plana, corrugada verticalmente o con pelos francos, y afecta a sujetos gravemente inmunocomprometidos, especialmente a los infectados con VIH³³

Las características microscópicas características de la leucoplasia vellosa oral son hiperplasia epitelial, acantosis, hiperqueratosis y presencia de células de tipo koilocito, pero con poco o ningún infiltrado de células inflamatorias en la lámina propia. Las hifas candidales no son infrecuentes, pero representan una infección micótica secundaria. Parece que existe un vínculo causal entre el virus de Epstein-Barr (EBV) y la leucoplasia vellosa oral, ya que el ADN del EBV y las proteínas codificadas por el gen del EBV están presentes en las células lesionarias. La leucoplasia vellosa oral parece ser causada por la replicación productiva del VEB en el epitelio de la mucosa oral, en particular de los bordes laterales de la lengua. De hecho, en sujetos inmunocomprometidos, el epitelio oral es compatible con infecciones por EBV latentes y productivas, con la replicación de EBV y la propagación de viriones que se producen exclusivamente en células terminales diferenciadas del estrato espinoso y del estrato granuloso. En estas circunstancias, el VEB casi siempre está presente en el fluido oral. Otra fuente de EBV en el fluido oral puede ser sitios periodontales inflamados, ya que se ha demostrado que las bolsas periodontales activas pueden albergar partículas de ADN de EBV que contribuyen a la carga de EBV en el fluido oral.^{33,34,35}

La leucoplasia vellosa oral inducida por VEB puede ser la primera manifestación clínica de la infección por VIH, y en sujetos seropositivos al VIH puede ser un indicador de progresión al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En sujetos VIH seropositivos, una alta carga viral de VIH y un bajo recuento de células T CD4 + aumentan el riesgo de leucoplasia vellosa oral inducida por EBV.

En sujetos VIH seropositivos, la leucoplasia vellosa oral es relativamente asintomática y no tiene ningún potencial maligno, y por regla general no necesita tratamiento. Alrededor del 10% de los casos puede mejorar espontáneamente o incluso puede resolverse mejorando el estado inmune después de la institución del tratamiento antirretroviral altamente activo (TARGA). Si por alguna razón se debe realizar un tratamiento, el aciclovir, la crioterapia, el tratamiento con láser, la escisión quirúrgica o la aplicación de retinoides tópicos pueden mejorar la lesión, pero la recurrencia no es infrecuente.^{36,37}

Leucoplasia vellosa oral asociada a Epstein-Barr: Se han propuesto ciertos mecanismos para explicar la infección del epitelio oral por VEB. En primer lugar, el EBV latente en los linfocitos B circulantes puede experimentar reactivación, produciendo y liberando viriones que pueden infectar los monocitos circulantes. Posteriormente, los monocitos infectados con EBV que se transmiten por la sangre y que entran en la lámina propia de la mucosa oral pueden diferenciarse en macrófagos infectados de manera latente y en precursores de células de Langerhans que luego migran hacia el epitelio oral. Las células de Langerhans maduras con infección latente residen en la capa basal / parabasal del epitelio oral, y si el VEB se reactiva, el virus se transferirá a través de los procesos dendríticos de las células de Langerhans a los queratinocitos en el estrato espinoso y el estrato granuloso donde la replicación productiva del VEB puede seguir. De manera similar, los episodios de replicación del EBV productivo también pueden ocurrir en linfocitos B dentro del tejido linfóide oral con la liberación de viriones que infectarán los monocitos, macrófagos y precursores de células de Langerhans cercanos que luego, como se describió anteriormente, migran e infectan el epitelio oral.³⁶ En algunos casos, el ciclo celular epitelial puede estar desregulado por esta replicación productiva de EBV que resulta en la manifestación clínica de la leucoplasia vellosa oral. Sin embargo, de hecho, en la leucoplasia vellosa oral asociada con el VIH hay una disminución en el número de células de Langerhans orales, tal vez porque son eliminadas por las células T CD8 + citotóxicas específicas del antígeno o migran del epitelio.³⁸

Un segundo mecanismo de la infección por EBV del epitelio oral puede ser que los viriones que se desprenden del fluido oral a partir de la replicación productiva

del EBV en el tejido linfóide orofaríngeo oral del hospedador penetren en los microdefectos intercelulares en la superficie epitelial oral donde el virus puede invadir de manera terminal. Los queratinocitos diferenciados e inducen su proliferación dando como resultado leucoplasia vellosa oral.³⁹ El gen inmediato temprano BZLF1 es necesario para provocar el cambio intracelular de la infección latente a la productiva. En la leucoplasia vellosa oral, el BZLF1 se restringe a las células del estrato espinoso y del estrato granuloso que expresan el Blimp1 que actúa como un factor de transcripción en la diferenciación terminal de los queratinocitos. Dado que ni Blimp1 ni BZLF1 pueden detectarse en la capa de células basales del epitelio oral, es razonable suponer que las células basales no están involucradas en la infección productiva por EBV en la leucoplasia vellosa oral.⁴⁰ Un tercer mecanismo posible que conduce a la desregulación del ciclo celular de los queratinocitos orales diferenciados terminalmente que resultan en leucoplasia vellosa oral puede ser que el VEB latente se reactive a medida que las células infectadas de los estratos más bajos del epitelio suben a la superficie del epitelio, con replicación viral y diseminación ocurriendo en estas capas. Los mecanismos moleculares intracelulares que determinan el patrón de hiperplasia epitelial que da lugar a las características clínicas y microscópicas de la leucoplasia vellosa oral no están claros. Sin embargo, se ha propuesto que algunas proteínas latentes de EBV (por ejemplo, LMP1) pueden estimular vías de señalización intracelular con la activación posterior de los factores de transcripción NF- κ B y AP1, con la consiguiente regulación positiva de la expresión de genes que inducen la proliferación celular y promueven la supervivencia celular. Normalmente, los queratinocitos en el estrato espinoso y el estrato granuloso son células diferenciadas terminales suprabasales postmitóticas, que han progresado a través de la secuencia de maduración de las capas basales y suprabasales del epitelio y están en camino de exfoliarse en la superficie.² Sin embargo, en la leucoplasia vellosa oral, el VEB parece interferir con el proceso normal de diferenciación de los queratinocitos en las capas suprabasales del epitelio oral, lo que da como resultado una persistencia anormal de la capacidad de división celular de los queratinocitos infectados con VEB. El resultado de esto impulsa el proceso patológico de hiperplasia epitelial, acantosis e hiperqueratosis que son característicos de la leucoplasia vellosa oral⁴³

1.2.1.4 Enfermedades víricas: Los herpesvirus humanos son virus grandes (típicamente de 100 a 200 nm), envueltos (es decir, unidos a la membrana). Contienen genomas de ADN de doble cadena empaquetados en una jaula de proteínas icosaédrica. Los diversos genomas incluyen entre 70 y 200 marcos de lectura abiertos predichos, por lo que en cuanto a la diversidad de genes, se encuentran entre los virus humanos más complejos. Además, el número de marcos de lectura abiertos subestima en gran medida la salida genómica real. Por ejemplo, en el caso del citomegalovirus (CMV), el empalme alternativo y los codones de inicio opcionales dan lugar a más de 700 proteínas virales diferentes.⁸ Además, hay un gran número de ARN no codificantes basados en el ADN viral que cumplen diversas funciones reguladoras.⁴⁴

El amplio repertorio de genes de herpes permite una relación compleja con el huésped. Estos virus no solo manipulan las células que infectan sino también la respuesta inmune. La subfamilia alfa (virus varicela zoster [VZV] y virus del herpes simple [HSV] -1 y -2) se dirigen principalmente a las neuronas para la residencia a largo plazo, pero también se replican en los epitelios, que es esencial para una transmisión eficiente a través de la piel o la mucosa. Los otros (beta y gammasubfamilias) prefieren varios subconjuntos de leucocitos, pero la mayoría de ellos también pueden infectar células epiteliales. El tropismo celular está determinado por la presencia de receptores de la superficie celular, así como por si las condiciones intracelulares son compatibles con la actividad viral. En general, la replicación tiene lugar dentro del núcleo. En algunas células huésped, los productos génicos basados en transcripciones asociadas a la latencia se acumulan, lo que lleva a un período de latencia. Si la transcripción se desplaza a productos líticos, se producen nuevas partículas virales, que normalmente conducen a la muerte de la célula. La reactivación se asocia tradicionalmente con el malestar, pero no conduce necesariamente a ningún síntoma notable.^{43,44}

Virus herpes simple: El HSV-1 se asocia principalmente con ampollas, llamadas herpes labial o herpes labial, en los labios. El HSV-2 está asociado con llagas genitales relacionadas o ampollas; Sin embargo, ambos virus pueden causar lesiones en cualquier sitio. De hecho, el HSV-1 es hoy en día la forma más común que se encuentra en el herpes genital. Las úlceras suelen aparecer unos pocos días después de la infección primaria y reaparecen con mayor o menor frecuencia

más tarde en la vida para un porcentaje sustancial de las personas infectadas. Las ampollas contienen abundantes partículas virales y, presumiblemente, representan una estrategia principal para la transmisión viral. Los factores del huésped, como la intensidad de la respuesta inmune, pueden empeorar los síntomas. Los virus toman la residencia de por vida en las células nerviosas y se transportan a la mucosa a lo largo de los axones. Con el tiempo, los episodios tienden a disminuir en frecuencia y severidad. Es menos probable que la forma genital cause ampollas recurrentes, pero el virus aún puede ser expulsado a través de la mucosa⁴⁵

Las úlceras en la mucosa son el signo común de una infección activa, pero el VHS también puede producir lesiones cutáneas, especialmente alrededor de las uñas de los dedos de las manos y los pies, una afección denominada glándula herpética. En ausencia de guantes, solía ser un problema común para los trabajadores dentales. El HSV también puede llegar a los ojos y causar queratitis, que puede causar ceguera. Según su afinidad por las neuronas y las células epiteliales, pueden atacar el cerebro y provocar encefalitis o meningitis. Mientras que los síntomas mucosos y cutáneos tienen un significado obvio para la transmisión viral, la actividad en el cerebro parece ser una incongruencia. Puede reflejar factores de estrés en el huésped que causan una vigilancia inmunitaria degradada.⁴⁷

Virus de la varicela zoster: El VZV está relacionado con el HSV tanto en términos evolutivos como en el tropismo celular y, como podría esperarse, el cuadro clínico ha compartido características. La infección primaria con VZV normalmente resulta en varicela. La enfermedad suele ir acompañada de malestar, como fiebre baja, náuseas, dolores musculares y dolor de cabeza. Comienza con una erupción vesicular con picazón que afecta principalmente el tronco y la cabeza. El VZV también puede formar úlceras en la cavidad oral.⁴⁸

El cuadro clínico es algo diferente si el virus se reactiva más tarde en la vida. La enfermedad se conoce como herpes zoster o culebrilla. En ambos casos, el virus causa erupciones en la piel con ampollas, pero en forma recurrente, generalmente en un área más limitada del cuerpo. Aparentemente, el sistema inmunológico impide una actividad viral más global, pero es incapaz de evitar que un número limitado de células nerviosas produzcan virus que llegan al área de terminación de

sus axones; es decir, a un dermatoma particular. Como en el caso del VHS, también se sabe que el VZV causa encefalitis.⁴⁹

Virus de Epstein-Barr y citomegalovirus: EBV y CMV pertenecen respectivamente a la subfamilia gamma y beta de Herpesviridae Sin embargo, el cuadro clínico está relacionado. El VEB infecta principalmente a las células B, mientras que el CMV está diseñado para ingresar en monocitos además de los linfocitos. Ambos también infectan las células epiteliales. Causan mononucleosis o síntomas similares a la mononucleosis, aunque la afección se asocia más comúnmente con el EBV. La enfermedad es más frecuente en los adolescentes, donde se la denomina enfermedad de besos basada en una ruta de transmisión típica. La afección se manifiesta con fiebre, dolor de garganta, fatiga e inflamación de los ganglios linfáticos. Presumiblemente, es una consecuencia de la incapacidad del sistema inmunitario para manejar el virus de una manera apropiada en esta etapa de la vida. Aquellos que primero se enfrentan a estos virus cuando son bebés, rara vez desarrollan síntomas.⁵⁰

La infección congénita por CMV es una de las principales causas virales de defectos de nacimiento. Sin embargo, se sabe que el VEB es tumorigénico. Se asocia con diversas formas de linfomas, así como con carcinomas nasofaríngeos. En individuos inmunocomprometidos, particularmente en asociación con el SIDA, el virus puede causar leucoplasia vellosa oral, una condición caracterizada por manchas blancas típicamente en la superficie lateral de la lengua.⁵¹

Si el huésped no puede mantener a raya estos virus, también pueden contribuir a la periodontitis. Este punto ha sido indicado por el tratamiento exitoso de un paciente, que sufre periodontitis severa, con valaciclovir. El paciente no respondió al tratamiento tradicional, y antes del uso de valaciclovir había niveles excepcionalmente altos de EBV en las bolsas periodontales afectadas, que desaparecieron después de 10 días de medicación.⁵⁴

1.3. Formulación del Problema.

¿Cuáles es la prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Las Mercedes, 2014– 2018?

1.4. Justificación e importancia del estudio.

En el Perú hay una falta de cultura sobre las diferentes enfermedades bucales ya sean desde más simple hasta la más compleja como es el cáncer oral.

Esto quiere decir que la gran mayoría de las personas no toman en cuenta la parte de salud oral hasta cuando tiene ya las complicaciones de la cavidad oral. Por lo tanto a través de este análisis surge la idea de hacer un estudio relacionado con la Prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018. A pesar que existen estudios que evidencian la prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral; no hay estudios realizados en la región Lambayeque. Por ello como investigador cuento con el recurso de distintos materiales y humano para llevar a cabo esta investigación; por lo tanto resulta viable ejecutarlo.

Esta investigación servirá para fomentar una cultura de buena estética periodontal por parte de los diferentes pacientes y odontólogos que trabajan en el Hospital Regional Docente las Mercedes, de tal manera que el odontólogo a través de este estudio pueda explicarles los factores predisponentes para cada enfermedad de la mucosa oral y porque existe prevalencia de dichas enfermedades. Además, tendrá importancia metodológica pues permitirá utilizar un instrumento de precisión para evaluar las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018 a través de una ficha de recolección de datos que permita conocer los diferentes diagnósticos, de acuerdo a la edad, sexo y procedencia. Se sustenta también bajo el punto de vista social, ya que permitirá disminuirse el fenómeno de desconocimiento para los pacientes y odontólogos, mejorando así la calidad de vida de las personas al contar con profesionales que respondan a las necesidades terapéuticas y preventivas de éstos pacientes, lo que optimizaría la atención odontológica de los peruanos. Por todo lo manifestado, queda plenamente justificada la realización del presente trabajo investigativo como proyecto de tesis.

1.5. Hipótesis.

La prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018 es alta.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivos General

Determinar la prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018.

1.6.2. Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018, según edad
- Determinar la prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018, según sexo
- Determinar la prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018, según el lugar de procedencia.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de Investigación.

Tipo de investigación: Tiene un enfoque cuantitativa porque vamos a examinar y medir cada una de las variables por lo tanto poder expresarlas utilizando parámetros numéricos y estadísticos con se verá reflejada en tablas y figuras.⁵⁵

Diseño de la investigación:

Nuestro estudio es transversal y retrospectivo debido a que nuestra investigación evaluó una sola vez la variable de interés; además utilizó y captó una información antes de realizar el planeamiento del trabajo de investigación.⁵⁵

2.2. Variables, Operacionalización.

Variables

Prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral

Covariables de caracterización

- Edad.
- Sexo
- Lugar de procedencia

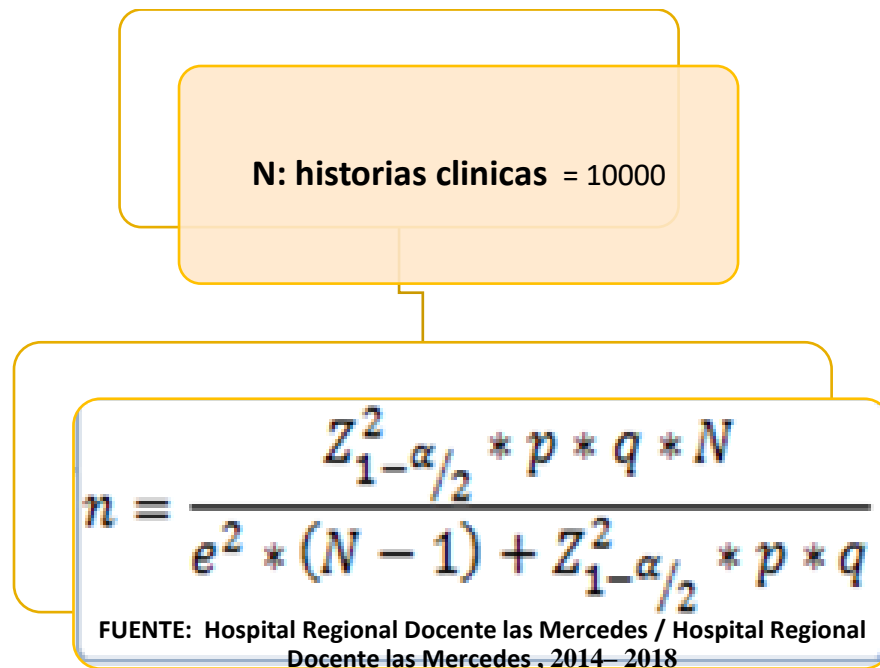
Operacionalización

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEM	TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral	Micóticas	Candidiasis oral Leucoplasia vellosa oral Queilitis angular	SI PRESENTA NO PRESENTA	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL
	Víricas	Virus Herpes Simple Virus del herpes zoster		
	Bacterianas	Periodontitis necrotizante		
	Neoplásicas	sarcoma de Kaposi		
	Otras	Úlceras aftosas Úlcera herpética Absceso Patologías salivales Pigmentaciones		

COVARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
EDAD	Biológicos	Fecha de nacimiento	- 18 a 24 años - 25 a 31 años - De 32 a más.	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL
GENERO	Biológicos	Identidad sexual	-Femenino -Masculino	
PROCEDENCIA	Lugar	Años viviendo	Chiclayo Cajamarca Piura Otras ciudades	

2.3. Población y muestra.

Población: Todas las historias del servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018.



Siendo:

Z: valor normal con un 95% de confiabilidad = 1.96

p: probabilidad de éxito = 0.5

q: probabilidad de fracaso = 0.5

e: error permitido en la investigación = 0.05

N: población = 10000

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 10000}{0.05^2 * (10000 - 1) + 1.96 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 370$$

Reemplazando en la fórmula mi tamaño de muestra resulta 370 historias del servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes 2014– 2018.

Muestra: 370 historias

Muestreo: Se utilizó un muestreo simple de proporción con población conocida.

Criterios de selección:

- Criterios de inclusión:
 - ✓ Historias clínicas de pacientes que se ubiquen en el periodo 2014-2018.
 - ✓ Historias clínica que indique de diferentes ciudades.
 - ✓ Historias clínica de ambos sexo
 - ✓ Historias clínica que indiquen la edad a partir de 18 años.
- Criterios de exclusión:
 - ✓ Historias clínica con pacientes con VIH
 - ✓ Historias clínica con pacientes que indiquen enfermedades neuropsicopáticas.
 - ✓ Historias clínicas de pacientes con habilidades especiales.
 - ✓ Historias clínicas en mal estado
 - ✓ Historias clínicas que no tengan letra legible

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Luego de seleccionar el diseño de investigación apropiado y la muestra adecuada de acuerdo con nuestro problema de estudio, la siguiente etapa corresponde a la técnica por la cual utilizamos una ficha de recolección de datos de Casnati Beatriz³ modificado por mí donde indicamos si hay presencia o no de las enfermedades de la mucosa oral y sus respectivas dimensiones de cada una de ellas.

La ficha de recolección de datos incluida en esta investigación tuvo la siguiente estructura en la primera parte mostramos la edad, sexo y lugar de procedencia en este punto incluimos todos los lugares de las regiones que llegan al Hospital Regional las Mercedes como son Cajamarca, Chiclayo, Iquitos, Piura. En la segunda parte indicamos las dimensiones e indicadores en la cual referimos cada enfermedad con sus subdivisiones. Por la cual referimos la enfermedades micóticas se subdividen en Candidiasis oral, leucoplasia vellosa oral, queilitis angular; las víricas en virus Herpes Simple, virus del herpes zoster; bacterianas como periodontitis necrotizante; neoplásicas en sarcoma de Kaposi y otras como Úlceras aftosas, ulcera herpética y absceso. Logrando así la frecuencia según las subdivisiones.

Para este estudio se realizó una validación por un expertos: (Anexo 3), para ello se necesitará la confiabilidad la cual estará constituida por un estudio piloto realizado de 34 historias del servicio de odontología del Hospital Regional Mercedes, 2014– 2018. Por lo que se verifica si a través del alfa Crombach nuestro cuestionario es válido y confiable por lo que tiene que ser >0.7 , por ende nuestra encuesta es válida y confiable ya que nuestros ítems presentan un valor >0.7 . (Anexo 3)

2.5. Procedimientos de análisis de datos.

La información obtenida estuvo analizada y procesada mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences IBM® SPSS® Statistics 22 ya que es una herramienta informativa con la capacidad para trabajar con grandes bases de datos y una sencilla interfaz para la mayoría de los análisis.⁵⁶

2.6. Aspectos éticos

Para la ejecución de la presente investigación, se siguió los principios éticos según el reporte Belmont. Como son:

Respeto por las personas: A pesar que nuestra investigación no se interactúa directamente con la persona ya que se hizo a través de una ficha de recolección de datos igual incorporamos este principio a través del derecho a la protección y Confidencialidad. El principio de protección en esta investigación lograra a no divulgar sus datos ni a través de ello obtener un beneficio y el segundo al momento de conocer los resultados, es decir que no se debe incluir

información que pueda revelar la identidad de quienes fueron sujetos de investigación.

Asimismo podemos resaltar que también incluimos el principio de beneficencia pues a través de nuestro estudio o informe de investigación no causaremos ningún daño, ni maximizar los beneficios posibles el único beneficio es para la comunidad científica ya que vamos a disminuir los posibles daños de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología. Así como también la justicia porque vamos a obrar y juzgar respetando la verdad de acuerdo a los datos extraídos en la investigación y dando a cada uno lo que le corresponde sin alterar ni los datos, ni tablas.⁵⁷

2.7. Criterios de Rigor científico.

Se cumplió con la presentación de datos fiables y validos que fueron codificados y protegidos por la validez de la verdad un principio científico que nos guía a presentar datos tal y conforme las estadísticas lo expresan. Por ello establecemos un isomorfismo con respecto a los datos logrando la credibilidad y estabilidad del estudio por tanto los resultados podrán ser aplicados por otros estudios, cumpliendo así los criterios de transferibilidad y fiabilidad.⁵⁷

III. RESULTADOS

3.1. Tablas y Figuras

Tabla N° 1 Prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018.

ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL	N	%
AUSENCIA	175	47.30
PRESENCIA	195	52.70
TOTAL	370	100.0

FUENTE BASE DE DATOS PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA

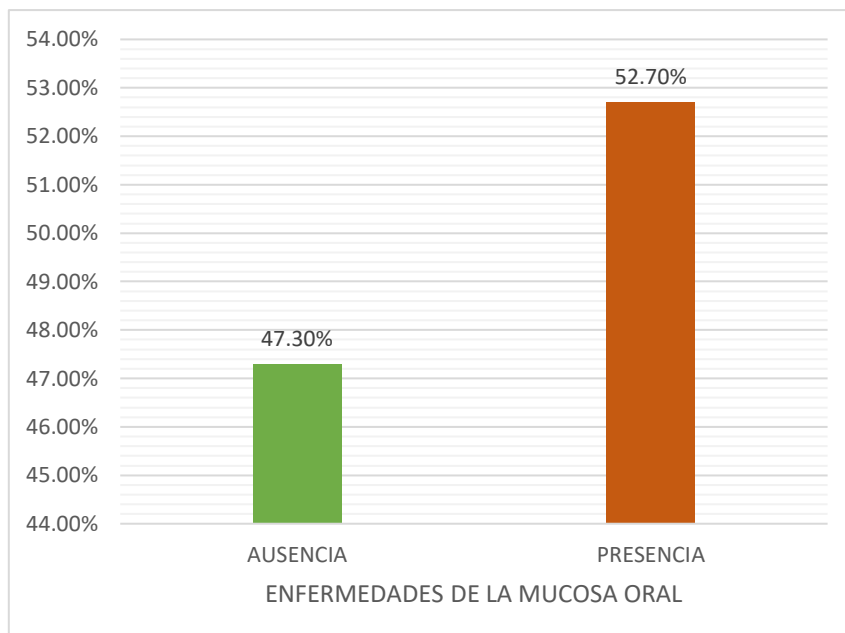


Figura 1.

Fuente: ficha de recolección de datos por la data del Hospital las Mercedes

De los resultados que se muestran en la tabla 1 se puede determinar que el 52.70% de los pacientes en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018 si presentaron enfermedades de la mucosa oral, en tanto el 47.30% no presentaron ninguna enfermedad.

Tabla N° 2 Prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018, según edad

ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL		EDAD			TOTAL
		18 A 24 AÑOS	24 A 31 AÑOS	32 AÑOS A MÁS	
CANDIASIS ORAL	N	5	0	7	12
	%	2.6%	0.0%	3.6%	6.2%
LEUCOPLASIA VELLOSA ORAL	N	0	0	2	2
	%	0.0%	0.0%	1.0%	1.0%
VIRUS HERPES SIMPLE	N	1	0	2	3
	%	0.5%	0.0%	1.0%	1.5%
PERIODONTITIS NECROTIZANTE	N	5	3	33	41
	%	2.6%	1.5%	17.0%	21.1%
SARCOMA DE KAPOSI	N	0	0	1	1
	%	0.0%	0.0%	0.5%	0.5%

ÚLCERA HERPÉTICA	N	0	1	1	2
	%	0.0%	0.5%	0.5%	1.0%
ABCESO	N	38	11	75	124
	%	19.6%	5.7%	38.7%	63.9%
PATOLOGÍAS SALIVALES	N	7	1	1	9
	%	3.6%	0.5%	0.5%	4.6%
TOTAL	N	56	16	122	194
	%	28.9%	8.2%	62.9%	100.0%

Fuente base de datos prevalencia de enfermedades de la mucosa

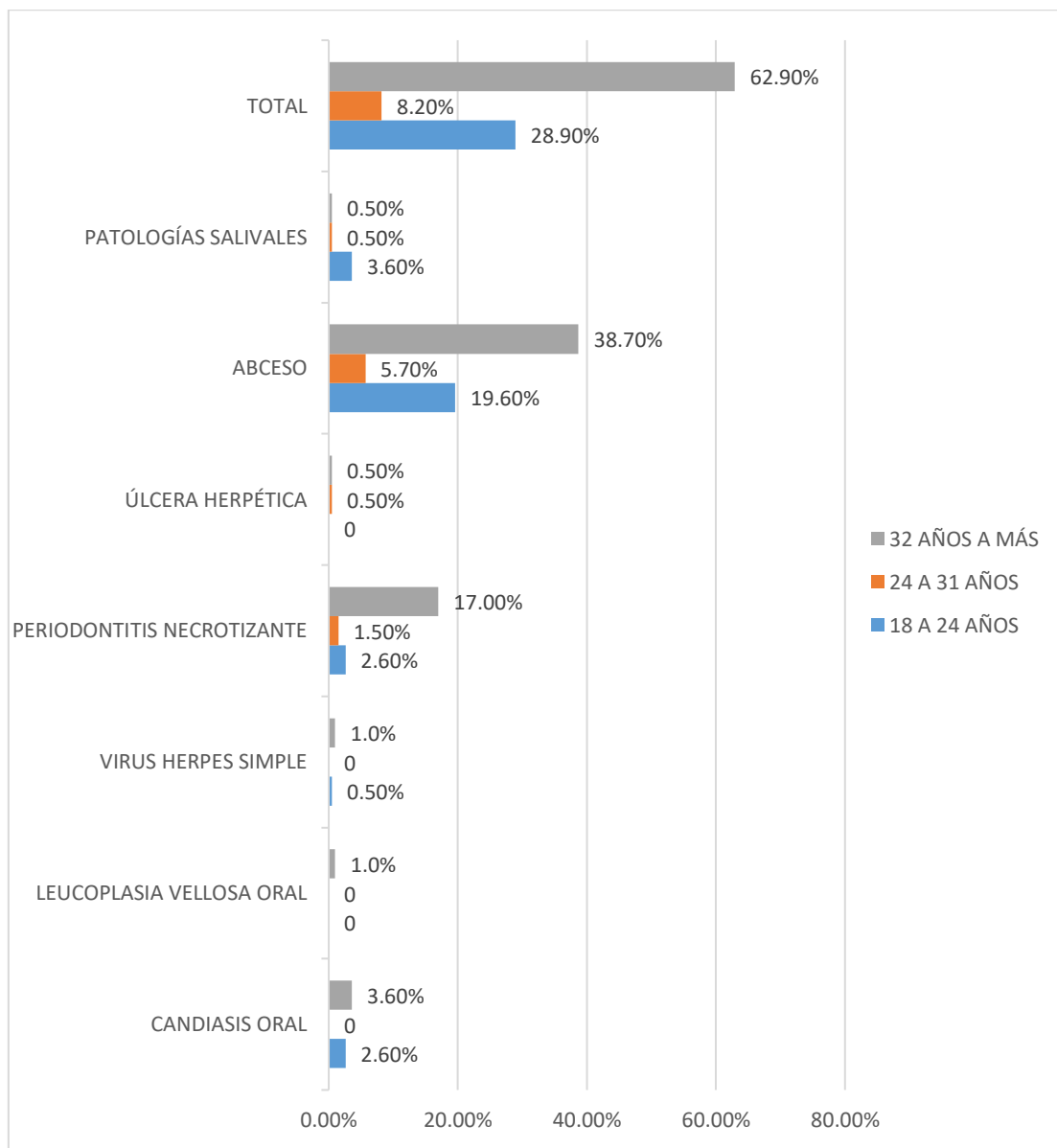


Figura 3.

Fuente: ficha de recolección de datos por la data del Hospital las Mercedes

De los resultados que se muestran en la tabla 3 se puede determinar que el 62.90% de los pacientes que presentaron enfermedad de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014–2018 tienen de 32 años a más, el 28.9% de 18 a 24 años y solo el 8.2% de 24 a 31 años de edad.

Tabla N° 3 Prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018, según sexo

ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL		SEXO		
		FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
CANDIASIS ORAL	N	4	8	12
	%	2.1%	4.1%	6.2%
LEUCOPLASIA VELLOSA ORAL	N	1	1	2
	%	0.5%	0.5%	1.0%
VIRUS HERPES SIMPLE	N	2	1	3
	%	1.0%	0.5%	1.5%
PERIODONTITIS NECROTIZANTE	N	19	22	41
	%	9.7%	11.3%	21.0%
SARCOMA DE KAPOSI	N	0	1	1
	%	0.0%	0.5%	0.5%
ÚLCERA HERPÉTICA	N	1	1	2
	%	0.5%	0.5%	1.0%
ABCESO	N	81	44	125
	%	41.5%	22.6%	64.1%
PATOLOGÍAS SALIVALES	N	7	2	9
	%	3.6%	1.0%	4.6%
TOTAL	N	115	80	195
	%	59.0%	41.0%	100.0%

FUENTE BASE DE DATOS PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA

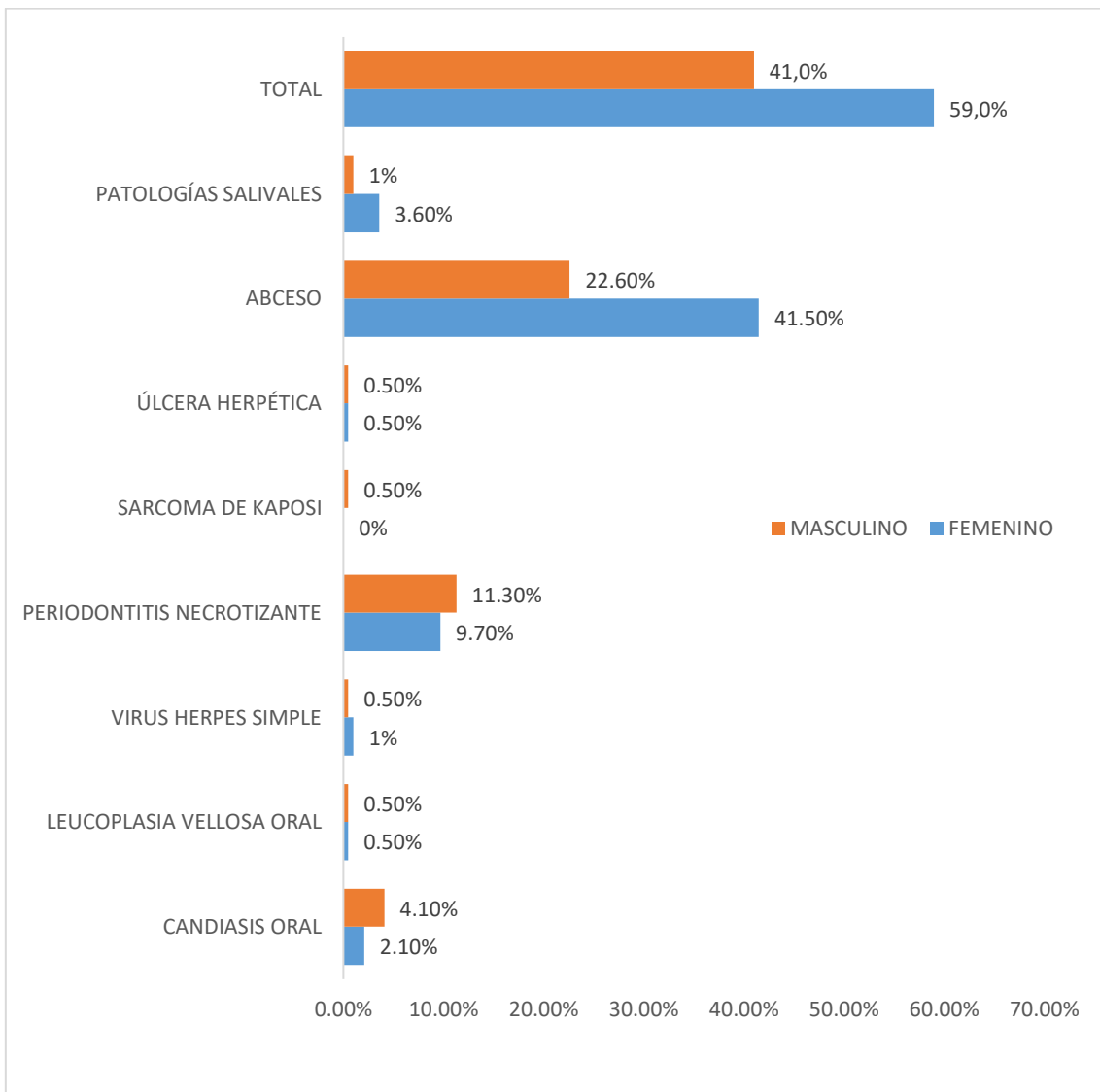


Figura 3.

Fuente: ficha de recolección de datos por la data del Hospital las Mercedes

De los resultados que se muestran en la tabla y figura 3 se puede determinar que el 59% de los pacientes que presentaron enfermedad de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014–2018 fue de sexo femenino y 41% en el sexo masculino.

ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL

LUGAR DE PROCEDENCIA		CANDIASIS ORAL	LEUCOPLASIA VELLOSA ORAL	VIRUS HERPES SIMPLE	PERIODONTITIS NECROTIZANTE	SARCOMA DE KAPOSI	ÚLCERA HERPÉTICA	ABCESO	PATOLOGÍAS SALIVALES	TOTAL
CHICLAYO	N	7	2	2	33	0	2	102	6	154
	%	3.6%	1.0%	1.0%	16.9%	0.0%	1.0%	52.3%	3.1%	79.0%
CAJAMARCA	N	3	0	1	4	1	0	10	2	21
	%	1.5%	0.0%	0.5%	2.1%	0.5%	0.0%	5.1%	1.0%	10.8%
LIMA	N	0	0	0	1	0	0	6	1	8
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	3.1%	0.5%	4.1%
PIURA	N	1	0	0	1	0	0	4	0	6
	%	0.5%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	2.1%	0.0%	3.1%
IQUITOS	N	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%
TRUJILLO	N	0	0	0	1	0	0	1	0	2
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	1.0%
AMAZONAS	N	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%
CHIMBOTE	N	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.5%
HUANUCO	N	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.5%
TOTAL	N	12	2	3	41	1	2	125	9	195
	%	6.2%	1.0%	1.5%	21.0%	0.5%	1.0%	64.1%	4.6%	100.0%

Tabla 4. Prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018, según el lugar de procedencia.

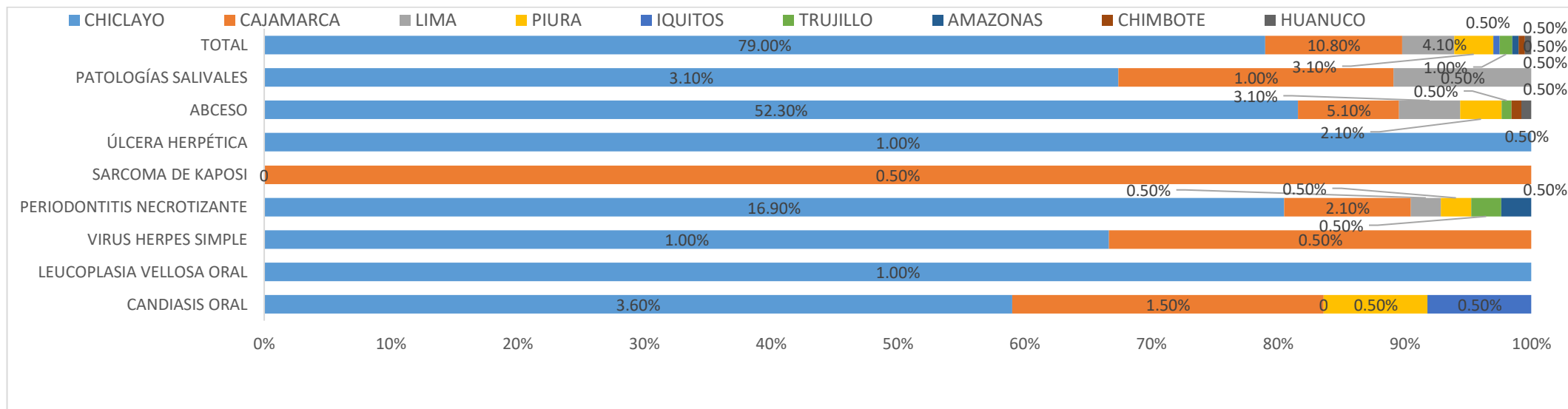


Figura 2.

Fuente: ficha de recolección de datos por la data del Hospital las Mercedes

De los resultados que se muestran en la tabla 4 se puede determinar que el 79.0% de los pacientes que presentaron enfermedad de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018 provienen de la ciudad de Chiclayo, el 10.80% de la ciudad de Cajamarca, el 4.1% de la ciudad de Lima, el 3,1% de la ciudad de Piura y en porcentajes menores de otras 5 ciudades.

3.2. Discusión de resultados

Hasta donde sabemos, este es uno de los pocos estudios basados en la población de las Mercedes con respecto a investigar las enfermedades de la mucosa oral en una población adulta joven y de diferente procedencia. Nuestros hallazgos sugieren que estas lesiones se encuentran con alta prevalencia en este grupo indicando que la tasa de prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo, 2014– 2018 fue de un 52.70% y que las más prevalentes fueron absceso (64,1%), periodontitis necrozante (21%), candidiasis oral (6,2%); patología salivales (4,6%), virus del herpes simple (1,5%), leucoplasia vellosa oral (1%), ulcera herpética (1%), sarcoma de kaposi (0.5%) respectivamente., pero generalmente reciben poca atención de profesionales e investigadores. Este trabajo se asemeja con Silva D et al 8 (2015) y Ramos K et al 9 (2015) ambos de Brasil donde la prevalencia de lesiones orales fue del 78,4% uno fue evaluada en el centro de Brasil y la otra a los indios Kiriri. Sin embargo, las tasas de prevalencia observadas por la mayoría de otros estudios son más altas que las encontradas por este estudio como el de Chher T.*et al* 5 (2018) Nueva Zelanda; Tortorici S.*et al* 6(2016) Italia. Esto puede explicarse por el hecho de que la mayoría de estas encuestas o ficha de recolección de datos analizaron a individuos con signos conocidos de enfermedad oral, lo que condujo a una tasa de prevalencia más alta que la encontrada en la población general. Otra posible explicación para la menor prevalencia de enfermedades orales en nuestro estudio es la exclusión de ciertas afecciones que generalmente se incluyen en otras encuestas, como gránulos de Fordyce, leucoedema, lengua fisurada, lengua geográfica y varices linguales. Estas condiciones no se encuentran en este estudio porque se clasifican dentro del espectro normal de las condiciones de desarrollo explicadas en la Operacionalización del estudio y, por lo tanto, se definen estrictamente como las dimensiones de las enfermedades orales.

En nuestro estudio, las enfermedades de la mucosa oral se correlacionaron con la edad, dando resultados que el 62.90% de los pacientes están entre los intervalos de 32 años a mas, el 28.9% de 18 a 24 años y solo el 8.2% de 24 a 31 años lo que respalda los hallazgos son Ramos K et al⁹ (2015) Brasil y Do

LG *et al*¹⁰ (2014) Australia que realizó una evaluación donde indicaron que las afecciones de las mucosas oral se asocia con una edad avanzada mientras más edad tenga prevalece la enfermedad de la mucosa oral. Por lo tanto, indicamos en la investigación que la edad es un factor de riesgo y por ello las medidas preventivas deben ser proporcionales al aumentar la edad. Por lo que explicamos que la prevalencia de absceso ocurrió principalmente en los adultos a adultos mayores en nuestro estudio. Esto difiere a los estudios de Do LG *et al*¹⁰ (2014) Australia, donde indicaron que en su país a menor edad mayor diagnóstico de enfermedad en la mucosa oral con un porcentaje de 48 % en los intervalos de 18 a 24 años esto quizás se deba a que en la Australia es un país desarrollado donde la epidemiología de enfermedades es baja, debido a que las personas se hacen constaste chequeos médicos y además la función de diagnóstico, es una función preventiva que puede contribuir al tratamiento temprano, reducir el riesgo de cáncer y limitar el número de úlceras, absceso no tratadas. El seguimiento indicó que la prevención y el control tempranos de las enfermedades de la mucosa eran de gran importancia. Otro punto importante por lo que quizás se difiera es que las personas mayores tenían altas tasas de caries dental y periodontitis. Los ancianos carecen en el Perú de la conciencia para tratar las caries y mantener las dentaduras postizas por ello el aumento de absceso por lo que debemos mejorar los niveles de vida, la tasa de visitas a centros médicos para tratar absceso, periodontitis, etc.

Nuestro estudio mostró que la prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo, de acuerdo al sexo puede determinar que el 59% fue de sexo femenino y 41% en el sexo masculino. Muchos estudios como Angulo J *et al*⁷ (2015) Venezuela y Do LG *et al*¹⁰ (2014) Australia han confirmado que el sexo femenino es el que prevalece con mayor porcentaje, la presente ficha de recolección encontró que la prevalencia ha aumentó en mujeres de mediana edad y mayores en las etapas perimenopáusicas y posmenopáusicas, y estuvo acompañada por cambios obvios en el estado psicológico y mental. Esto podría deberse a la aceleración gradual del ritmo de vida en los últimos años y al posterior aumento de los problemas psicológicos. Las causas de muchas enfermedades, especialmente las enfermedades crónicas, ya no son un simple

factor biológico, sino que también incluyen muchos factores sociales, ambientales y psicológicos. El alcohol, el tabaco, el estrés y los factores mentales asociados con la aparición y el desarrollo de enfermedades de la mucosa oral deben ser el foco de la prevención primaria. Cabe destacar que el seguimiento de 4 años de los pacientes del servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo, los pacientes tiene enfermedades metabólicas sistémicas, como la diabetes mellitus, son estrechamente relacionadas con las enfermedades de la mucosa oral. Este resultado es consistente con los resultados estadísticos epidemiológica de salud oral en el Perú a gran escala. Por ello en la actualidad, la prevención y el tratamiento de las enfermedades de la mucosa oral siguen siendo los principales factores en los tres niveles de control de la enfermedad oral.

Con respecto a la procedencia se puede determinar que el 79.0% de los pacientes que presentaron enfermedad de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018 provienen de la ciudad de Chiclayo, el 10.80% de la ciudad de Cajamarca, el 4.1% de la ciudad de lima, el 3,1% de la ciudad de Piura y en porcentajes menores de otras 5 ciudades. No hay resultados regionales que difieran o se asemejen. Finalmente, considerando las implicaciones de nuestros hallazgos desde una perspectiva de salud pública, la prevalencia de enfermedades de la mucosa oral encontradas en nuestro estudio puede considerarse alta. Sin embargo, la mayoría de estas lesiones no eran potencialmente malignas. Esto es de esperar teniendo en cuenta el grupo de intervalos de edad que se investigó, ya que es bien sabido que el cáncer oral es más común después de los 40 años. Por otro lado, teniendo en cuenta el efecto protector de la orientación de la higiene oral observado en nuestro estudio, el alto porcentaje de a mayor edad mayor enfermedades orales, los gobiernos deben diseñar estrategias para promover hábitos saludables a partir de vida temprana en la vejez. Además, los cirujanos dentistas de los servicios de salud públicos y privados deben promover los hábitos de autoexamen oral en las personas consideradas adulto mayor como una estrategia simple y de bajo costo para garantizar la detección temprana de estas lesiones. Teniendo en cuenta que el cáncer oral es uno de los cinco problemas de salud oral pública más

importantes en este país, el gobierno Peruano tiene que indicar que la estomatología sea obligatoria en los centros dentales especializados públicos o centros de salud. Ya que una abceso, una ulcera, en los labios o la boca que no cicatriza puede ser un síntoma de cáncer oral. Por ello una buena estrategia, junto con una atención primaria efectiva, es un paso importante para mejorar la salud bucal en Perú durante los próximos años.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

Se concluye que:

- La prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018, es alta.
- La prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018, según edad es con mayor porcentaje en los intervalos de 31 a más.
- La prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018, según sexo el mayor porcentaje es en el sexo femenino.
- La prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2014– 2018, según el lugar de procedencia el mayor porcentaje es en Chiclayo.

4.2. Recomendaciones

- Se recomienda incrementar los estudios epidemiológicos generales en todo el departamento por lo menos en los principales hospitales sugiriendo que el abceso y la periodontitis necrozante son las enfermedades sobresalientes en este estudio.
- La prevención y el control tempranos de la enfermedad de la mucosa son de gran importancia. Es necesario comprender mejor la prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de odontología del Hospital Regional Docente las Mercedes y llevar a cabo actividades de

intervención efectivas a través de una mejor educación para la salud, formulación de políticas y la creación de un entorno de apoyo.

- Además, existe la necesidad de reducir los factores de riesgo relacionados, como son la edad, sexo, procedencia para promover la salud de la mucosa oral y mejorar la calidad de vida de la población. Finalmente, consideramos imperativo elevar la importancia de la prevención primaria y el tratamiento de la enfermedad.
- Así mismo debemos implementar un conjunto de estudios de acuerdo a la procedencia ya sea en toda la región como hemos observado en nuestro estudio también llegan de otras regiones como Cajamarca, Lima e Iquitos por lo que a través de esta investigación podemos uniformizar y estandarizar un porcentaje a través de regiones es importante resaltar también que se puede lograr un diagnóstico temprano, un mejor manejo de las terapias y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS

1. American Diabetes Association Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2005;28:S37–S42.
2. Mendes Tde A, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MB, Cesar CL, Carandina L, et al. Diabetes mellitus: factors associated with prevalence in the elderly, control measures and practices, and health services utilization in São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2011;27:1233–1243.
3. Casnati Beatriz*, Álvarez Ramón**, Massa Fernando. Prevalencia y factores de riesgo de las lesiones de la mucosa oral en la población urbana del Uruguay. *Odontoestomatología / Vol. XV. Nº Especial / Junio 2013*
4. Lalla E, Lamster IB, Feit M, Huang L, Spessot A, Qu W, et al. Blockade of RAGE suppresses periodontitis-associated bone loss in diabetic mice. *J Clin Invest*. 2018;105:1117–1124.
5. Chher T.. Prevalence of oral mucosal lesions in Cambodia. *Ethn Health*. 2018 enero; 23 (1): 1-15.
6. Tortorici S. Prevalence and distribution of oral mucosal non-malignant lesions in the western Sicilian population. *Rev Odonto Cienc*. 2015;22:124–130
7. Angulo J. Lesiones de la mucosa oral en pacientes de Mérida, Venezuela. *J Oral Pathol Med*. 2014; 41 : 577–583.
8. Silva D *et al* ⁶ (BRASIL) 2015. Prevalence of oral mucosal lesions among patients with diabetes mellitus types 1 and 2. *Odonto Cienc*. 2015;22:124–130
9. Ramos K . Oral Mucosal Lesions in Indians From Northeast J.clin investig. Brazil. 2015.
10. Do LG *et al* ⁸ (AUSTRALIA) 2014. Oral mucosal lesions: findings from the Australian National Survey of Adult Oral Health.
11. Chandroth S *et al* ⁹ (INDIA) 2014. Objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia de lesiones de la mucosa oral entre la población de pescadores en la región costera de Kutch, Gujarat, India.

12. Chavan M, Jain H, Diwan N, Khedkar S, Shete A, Durkar S. Estomatitis aftosa recurrente: una revisión. *J Oral Pathol Med.* 2012; 41 : 577–583.
13. Altenburg A, Mahr A, Maldini C, et al. Epidemiologie und Klinik des Morbus Adamantiades-Behçet en Alemania: Aktuelle Daten. *Oftalmologo* 2012; 109 : 531–541.
14. Equipo internacional para la revisión de los criterios internacionales para la enfermedad de Behçet (ITR-ICBD): los criterios internacionales para la enfermedad de Behçet (ICBD): un estudio colaborativo de 27 países sobre la sensibilidad y especificidad de los nuevos criterios. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014; 28 : 338–347.
15. Shim Y, Choi JH, Ahn HJ, Kwon JS. Efecto del lauril sulfato de sodio en la estomatitis aftosa recurrente: un ensayo clínico aleatorizado controlado. *Dis. Oral* 2012; 18 : 655–660.
16. Descroix V, Coudert AE, Vigé A, et al. Eficacia de lidocaína tópica al 1% en el tratamiento sintomático del dolor asociado con traumatismo de la mucosa oral o úlcera aftosa menor: un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, de grupos paralelos, de dosis única. *J Orofac Dolor.* 2011; 25 : 327–332.
17. Skaare AB, Herlofson BB, Barkvoll P. Los enjuagues bucales que contienen triclosan reducen la incidencia de úlceras aftosas recurrentes (RAU) *J Clin Periodontol.* 1996; 23 : 778–781. [PubMed]
18. Saxen MA, Ambrosius WT, al Rehemtula KF, Russell AL, Eckert GJ. Alivio sostenido del dolor de la úlcera aftosa oral del diclofenaco tópico en hialuronano: un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego. *Cirugía Oral Oral Med. Oral Pathol Oral Radiol.* 1997; 84 : 356–361.
19. Bonitsis NG, Altenburg A, Krause L, Stache T, Zouboulis CC. Conceptos actuales en el tratamiento de la enfermedad de Adamantadies-Behçet. *Las drogas del futuro.* 2009; 34 : 749–763.
20. Alidaee MR, Taheri A, Mansoori P, Ghodsi SZ. Cauterización de nitrato de plata en la estomatitis aftosa: un ensayo controlado aleatorio. *Br J Dermatol.* 2005; 153 : 521–525.

21. Epker BN. Enfermedades obstructivas e inflamatorias de las glándulas salivales mayores. *Cirugía Oral Oral Med. Oral Pathol* . 1972; 33 (1): 2–27.
22. Stenner M, Klusmann JP. Actualización actual sobre biomarcadores establecidos y nuevos en la patología del carcinoma de glándulas salivales y las vías moleculares involucradas. *Eur Arch Otorhinolaryngol* . 2009; 266 (3): 333–341.
23. Rogers J, McCaffrey TV. Trastornos inflamatorios de las glándulas salivales. En: Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, et al., Eds. *Cirugía de Otorrinolaringología de Cabeza y Cuello Cummings* . 5ª ed. Filadelfia, Pa .: Mosby Elsevier; 2010: 1151-1161.
24. McQuone SJ. Infecciones virales y bacterianas agudas de las glándulas salivales. *Otolaryngol Clin North Am* . 1999; 32 (5): 793-811.
25. Berndt AL, Buck R, von Buxton RL. La patogenia de la parotitis supurativa aguda: un estudio experimental. *Soy J Med Sci* . 1931; 182 (5): 639–649.
26. Ellepola ANB, Samaranayake LP. Antimycotic agents in oral candidosis: an overview: 1. Clinical variants. *Dent Update* 2000;27:111–116.
27. Coogan MM, Greenspan J, Challacombe SJ. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bull World Health Organ* 2005;83:700–706.
28. Webb BC, Thomas CJ, Willcox MD, et al. *Candida*-associated denture stomatitis. Aetiology and management: a review. Part 3. Treatment of oral candidosis. *Aust Dent J* 1998;43:244–249.
29. Liu X, Liu H, Guo Z, et al. Association of asymptomatic oral candidal carriage, oral candidiasis and CD4 lymphocyte count in HIV-positive patients in China. *Oral Dis* 2006;12:41–44.
30. Ninane JA. Multicentre study of fluconazole versus oral polyenes in the prevention of fungal infection in children with hematological or oncological malignancies. Multicentre study group. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1994;13:330–337.
31. Braz-Silva PH, de Rezende NPM, Ortega KL, de Macedo Santos RT, de Magalhães MHCG Detección del virus de Epstein-Barr (VEB) por

- hibridación in situ como diagnóstico definitivo de leucoplasia vellosa. *Patología de cabeza y cuello* . 2008; 2 (1): 19–24.
32. 2. Hille JJ, Webster-Cyriaque J., Palefski JM, Raab-Traub N. Mecanismos de expresión de HHV8, EBV y HPV en lesiones orales seleccionadas asociadas al VIH. *Enfermedades bucales* . 2002; 8 (suplemento 2): 161-168.
33. 3. Robaina TF, Valladares CP, Tavares DS, et al. Genotipado de la reacción en cadena de la polimerasa del virus de Epstein-Barr en muestras de raspado del borde lateral de la lengua en pacientes seropositivos al VIH-1. *Memorias del Instituto Oswaldo Cruz* . 2008; 103 (4): 326–331.
34. Di Lernia V., virus de Mansouri Y. Epstein-Barr y manifestaciones cutáneas en la infancia. *Revista Internacional de Dermatología* . 2013; 52 (10): 1177-1184.
35. González X., Correnti M., Rivera H., detección del virus Perrone M. Epstein Barr y proteína 1 de membrana latente en la leucoplasia vellosa oral en pacientes VIH + venezolanos. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* . 2010; 15 (2): e297 – e302.
36. Ranuras J., Saygun I., Sabeti M., virus Kubar A. Epstein-Barr en enfermedades orales. *Revista de investigación periodontal* . 2006; 41 (4): 235–244.
37. Los monocitos infectados con el virus Epstein-Barr (EBV) de Palefsky J, Greenspan J., Greenspan J., Greenspan D., Greenspan D., Tugizov facilitan la diseminación de EBV dentro del epitelio de la mucosa oral. *Revista de virología* . 2007; 81 (11): 5484–5496.
38. Herrmann K., Frangou P., Middeldorp J., replicación del virus Niedobitek G. Epstein-Barr en células epiteliales de la lengua. *Revista de Virología General* . 2002; 83 (12): 2995-2998.
39. Walling DM, Flaitz CM, replicación del virus Nichols CM Epstein-Barr en la leucoplasia vellosa oral: respuesta, persistencia y resistencia al tratamiento con valaciclovir. *Diario de enfermedades infecciosas* . 2003; 188 (6): 883-890. Doi: 10.1086 / 378072.
40. 10. Walling D. M., Ling P. D., Gordadze A. V., Montes-Walters M., Flaitz C. M., Nichols C. M. Expression of epstein-barr virus latent genes in oral

- epithelium: determinants of the pathogenesis of oral hairy leukoplakia. *Journal of Infectious Diseases*. 2004;190(2):396–399. doi: 10.1086/422039. [PubMed] [CrossRef]
41. Walling DM, Etienne W., Ray AJ, Flaitz CM, Nichols CM Persistencia y transición de los genotipos del virus de Epstein-Barr en la patogénesis de la leucoplasia vellosa oral. *Diario de enfermedades infecciosas* . 2004; 190 (2): 387-395. Doi: 10.1086 / 421708.
 42. Grywalska E., linfomas asociados con el virus Rolinski J. Epstein-barr. *Seminarios en oncología* . 2015; 42 (2): 291–303. doi: 10.1053 / j.seminoncol.2014.12.030.
 43. Webster-Cyriaque J., Raab-Traub N. Transcripción de los genes del ciclo latente del virus de Epstein-Barr en la leucoplasia vellosa oral. *Virología* . 1998; 248 (1): 53–65.
 44. Lalla RV, Latortue MC, Hong CH, et al. A systematic review of oral fungal infections in patients receiving cancer therapy. *Support Care Cancer* 2010;18:985–992.
 45. Philips P, Zemcov J, Mahmood W, et al. Itraconazole cyclodextrin solution for fluconazole-refractory oropharyngeal candidiasis in AIDS: correlation of clinical response with in vitro susceptibility.
 46. Deshmane SL, Fraser NW. Durante la latencia, el ADN del virus herpes simplex tipo 1 se asocia con nucleosomas en una estructura de cromatina. *J Virol*. 1989; 63 : 943–7.
 47. Wilson AC, Mohr I. Un asunto cultivado: latencia y reactivación del VHS en las neuronas. *Tendencias del microbiol*. 2012; 20 : 604–11.
 48. Amon W, Farrell PJ. Reactivación del virus de Epstein-Barr por latencia. *Rev Med Virol*. 2005; 153 : 149–56.
 49. Infección del virus Klein E, Kis LL, Klein G. Epstein-Barr en seres humanos: de inofensiva a la vida que pone en peligro las interacciones virus-linfocitos. *Oncogenes* 2007; 26 : 1297–305.
 50. Calderwood MA, Venkatesan K, Xing L, Chase MR, Vázquez A, Holthaus AM, et al. Mapas de interacción de la proteína humana del virus de Epstein-Barr y virus. *Proc Natl Acad Sci US A*. 2007; 104 : 7606–11.

51. Landais I, Nelson JA. Enfoques de la genómica funcional para comprender la replicación del citomegalovirus, la latencia y la patogénesis. *Curr Opin Virol.* 2013; 3 : 408-15.
52. Roizman B, Sears AE. Una investigación sobre los mecanismos de latencia del virus del herpes simple. *Ann Rev Microbiol.* 1987; 41 : 543–71.
53. Nicholas J. Citoquinas de gammaherpesvirus humano y receptores de quimioquinas. *J Interferon Cytokine Res.* 2005; 25 : 373–83.
54. Jochum S, Moosmann A, Lang S, Hammerschmidt W, Zeidler R. Las inmunoevasinas de EBV vIL-10 y BNLF2a protegen las células B recién infectadas del reconocimiento y eliminación inmunes. *PLoS Pathog.* 2012; 8 : e1002704.
55. Hernández Sampieri, Roberto; et al. *Metodología de la Investigación.* 2ª. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2001. Pág. 52 - 134.
56. Quezada N. *Estadística con SPPSS 22.* 1era edición. MacroEIRL.Lima.2015. 150- 298.
57. Díez E. *Ética en investigación.* Distribución Comercial. 2ª. ed. McGraw-Hill. España, Madrid, 2007. Pág. 92 - 226.

ANEXOS:

Anexo 1: ficha de recolección de datos

EDAD:

GENERO: F M

LUGAR DE PROCEDENCIA:-----

Micóticas	Candidiasis oral	<input type="checkbox"/>
	Leucoplasia vellosa oral	<input type="checkbox"/>
	Queilitis angular	<input type="checkbox"/>
Víricas	Virus Herpes Simple	<input type="checkbox"/>
	Virus del herpes zoster	<input type="checkbox"/>
Bacterianas	Periodontitis necrotizante	<input type="checkbox"/>
Neoplásicas	sarcoma de Kaposi	<input type="checkbox"/>
Otras	Úlceras aftosas	<input type="checkbox"/>
	Úlcera herpética	<input type="checkbox"/>
	Abceso	<input type="checkbox"/>
	Patologías salivales	<input type="checkbox"/>
	Pigmentaciones	<input type="checkbox"/>

Anexo 2: Carta de presentación



Pimentel, 06 de noviembre de 2018

Sra. Dra.
Patricia Raquel Chirinos Guevara
Directora del Hospital Regional Docente "Las Mercedes"
Chiclayo.-

De mi consideración:

Me dirijo a Ud. para saludarlo muy cordialmente, y a la vez presentarle a la alumna de Estomatología del IX ciclo, **SUAREZ ROJAS YUVICXA SAMANTHA** quien estará realizando el proyecto de tesis: "Prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el Servicio de odontología del Hospital Las Mercedes – Chiclayo, 2014-2018", por medio del cual se estarán revisando las historias clínicas, en el horario y fecha coordinada con su persona para la no interferencia de las actividades asistenciales a su cargo.

Sin otro particular, y agradecido por la atención que le brinde a la presente, me despido de usted.

Atentamente,



cc. archivo

ADMISIÓN E INFORMES
074 481610 - 074 481632
CAMPUS USS
Km. 5, carretera a Pimentel
Chiclayo, Perú
www.uss.edu.pe

Anexo 3: Valoración del instrumento

ANEXO 1. VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

OBJETIVO:

DIRIGIDO A:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR

RUIZ CARDENAS JORGE

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

MAESTRO EN ESTOMATOLOGÍA.

VALORACIÓN: (Marque con X donde corresponda)

Muy Alto	Alto	<input checked="" type="checkbox"/> Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	------	---	------	----------

HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE
Mg. JORGE RUIZ CARDENAS
FIRMA DEL EVALUADOR

ANEXO 2. MATRIZ DE VALIDACIÓN

TITULO DE LA TESIS: Prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el servicio de Odontología del Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo 2014-2018

VARIABLE(S)	DIMENSIÓN (si la investigación lo amerita)	PREGUNTA O INDICADOR A EVALUAR	CRITERIOS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIÓN O RECOMENDACIONES
			RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL ITEMS		RELACIÓN ENTRE EL ITEMS Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	
			X		X		X		



FIRMA DEL EVALUADOR


ANEXO 3. CONSTANCIA DE REVISIÓN DEL EXPERTO

Mediante el presente documento hago constar que he revisado el instrumento de medición correspondiente al Proyecto de tesis..... para determinar la prevalencia de las enfermedades en la mucosa oral como parte de la investigación titulada: "Prevalencia de las enfermedades de la mucosa oral en el Servicio de odontología del hospital Las Mercedes - 2014-2018" para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista del estudiante Suarez Rojas Yovixa Samantha.....

Concluyo que el instrumento presenta validez de contenido y puede ser aplicado para medir la variable principal del estudio.

Doy fe de lo expuesto.

Chiclayo, 07 de NOV. de 2016.


Nombres y Apellidos del Experto
Grado Académico
Número de colegiatura
Sello y firma

