

Revisiones Bibliográficas:

FACTICIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES MANIFESTACIONES BUCALES. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Recibido para publicación: 13/03/2009

Aceptado para publicación: 04/05/2009

- **Valentina Cogorno, Adriana Peñuela, Jesymar Veitia:** Estudiantes de 5to año de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.
- **Prof. Cecilia Jiménez Palacios:** M.Sc, en Medicina Estomatológica, Prof. Titular de la Facultad de Odontología U.C.V. Jefe del Departamento de Medicina Bucal. Coordinadora de Extensión del Centro Odontopediátrico de Carapa

Resumen:

Las lesiones facticias constituyen un gran número de traumas físicos, que pueden presentarse en niños y adolescentes, bien sea sanos o con padecimientos psiquiátricos de diversos órdenes. El común denominador en todas estas afecciones, es la originada por autoagresión del paciente, dando como resultado lesiones ulcerativas, tumorales y otras formas de agresiones inducidas de manera traumática. Esta revisión pretende analizar las características clínicas más frecuentes de dichas lesiones, con la finalidad de realizar correctos diagnósticos y descubrir su posible etiología para establecer correctos tratamientos de los mismos, a la vez de orientar a los pacientes de posibles autoagresiones.

Palabras claves: Traumatismo bucal, Lesiones Autoinducidas, Niños, Adolescentes.

Summary:

Facial lesions are the most common physical trauma that we can found in children and adolescents, healthy or suffering from various psychiatric orders. The most common lesions can be originated by auto aggression, resulting ulcerative, tumoral, and other forms of aggressions of traumatically induced. This investigation want to analyze the most frecuense characteristic of this lesions, to have more correct diagnoses, found the etiology, and do right treatments, at a time to guide pacients of possible self-aggression

Key words: Oral trauma, Self aggression, Children, Teens.

Introducción:

Definición:

La palabra facticio proviene del Latín *facticius*, un cultismo creado empleando el verbo *facere*, que significa Hacer. Cuando hablamos de algo "natural", expresamos la idea que no ha sido manipulado por el hombre. Facticio es el antónimo de natural; es decir, algo que fue hecho por el ser humano. (1)

La facticia, en términos médicos, está caracterizada por la aparición de síntomas físicos o psicológicos que son producidos de manera intencional para adoptar el papel de paciente o enfermo y debe diferenciarse de la simulación para evitar alguna responsabilidad o penalización. (2)

En el ámbito odontológico; Sapp y cols (1998), refieren que las lesiones facticias, son las autoinfligidas por el paciente. Y pueden ser conscientes, habituales o accidentales; aunque hay algunos, con trastornos emocionales que se provocan, secreta y conscientemente lesiones bucales, para obtener continuamente atención y compasión por parte de familiares y personal sanitario. (3)

Las lesiones facticias, pertenecen a los llamados desórdenes autoinducidos. Estas pueden tener diferentes presentaciones y a grandes rasgos clasificarse en dos grupos:

El primer grupo incluye a los pacientes con características de impulsividad, los pacientes generalmente están al tanto de la naturaleza auto-infligida de sus lesiones. El segundo grupo está compuesto por comportamientos anormales en pacientes con formación de síntomas conscientes, pero cuyos motivos surgen de conflictos inconscientes. Es importante distinguir entre estos dos grupos de desórdenes autoinducidos, que los pacientes que pertenecen al primer grupo manifiestan su preocupación y desean el cese de su comportamiento, mientras que los pacientes del segundo grupo simulan, inducen o agravan su enfermedad, con frecuencia causándose lesiones dolorosas, para obtener así, el cuidado emocional y la atención que se le brinda a pacientes enfermos. (4)

Las lesiones facticias en niños y adolescentes, son relativamente comunes y se encuentran más frecuentemente en lengua, labios, carrillos. Por lo general se presente en niños con serios problemas psicológicos, que quieren atraer la atención del medio o presentan cierto tipo de retardo mental. (5)

Etiología:

De acuerdo a su etiología las lesiones facticias se clasifican de la siguiente forma:

Tipo A: Lesiones inducidas sobre irritaciones preexistentes como restauraciones defectuosas o cepillado brusco.

Tipo B: Lesiones secundarias a otros hábitos preestablecidos como succión de dedo, introducción de lápices o palillos y mordedura de uñas.

Tipo C: Lesiones de etiología compleja como desorden emocional o retraso mental.

Los Tipos A y B se resuelven con intervenciones dentales (rehabilitación oral) y eliminación del hábito.

El Tipo C, son aquellas en la que el paciente se resiste al tratamiento, por lo que es importante la colaboración del psicólogo o psiquiatra. (6)

Actualmente, el uso de piercing también ha traído consigo complicaciones y diversos problemas de salud que cada vez son más frecuentes especialmente en el área de la salud buco-dental. Se ha visto un incremento significativo en el uso de piercings orales ya que al parecer, la boca es una de las áreas preferidas por los jóvenes para colocarse estos adornos, especialmente en los labios y en la lengua, quienes lo usan con diversos fines: por rebeldía, religión, como símbolo de pertenencia a un grupo e incluso para aumentar el placer sexual. (7)

En este tipo de problemas facticios, el manejo que se recomienda es el de evitar la sobre-infección mediante el uso de antisépticos locales y solicitar la interconsulta con otros profesionales. (6)

La psicología, como campo, raramente concluye que exista alguna causa para un comportamiento. Sin embargo, generalmente se cree que el retraso mental y el autismo derivan de factores orgánicos, genéticos, u otros factores físicos. Aunque estos trastornos son bastante distintos entre sí, es relativamente común que los individuos con estos desórdenes participen en formas facticias específicas. (8)

El retraso mental describe una condición de importantes limitaciones de las capacidades intelectuales del niño, junto con dificultades considerables en las relaciones sociales, habilidades de comunicación,. Los infantes que son mentalmente retardados se extienden a lo largo del espectro en términos de capacidad para funcionar dentro de la sociedad. Muchos individuos adultos con retraso mental son capaces de adaptarse a las demandas de la sociedad y vivir sus vidas con razonable normalidad, mientras los otros

son incapaces de cuidarse a sí mismos en absoluto y deben permanecer bajo constante supervisión. (8)

Autismo: es un desorden del desarrollo del cerebro que comienza en los niños antes de los tres años de edad y que deteriora su comunicación e interacción social, causando un comportamiento restringido y repetitivo. Puede clasificarse de diversas formas, como un desorden en el desarrollo neurológico o un desorden en el aparato psíquico. (9)

Se han incluido otras causas biológicas, entre las cuales podemos mencionar también:

Los síndromes de **Lesch-Nyhan**, caracterizado por la alteración en el metabolismo de las purinas, presentando 3 síntomas mayores: disfunción neurológica, trastornos cognitivos y de conducta y aumento o sobre-producción de ácido úrico. (10)

El síndrome **Gilles de La Tourett**, el cual es un trastorno neurológico heredado que cursa con movimientos y sonidos vocales involuntarios y repetidos que pueden incluir palabras y frases inapropiadas; por lo general los síntomas se manifiestan en el individuo antes de los 18 años de edad. Forma parte de l síndrome, la tendencia a la automutilación, dirigida a menudo hacia los tejidos orales, empleando los dientes o las uñas.(10)

Síndrome **Riley.Day o Disautomía familiar:** Es un trastorno hereditario que afecta la función de los nervios en todo el organismo, se presenta en su mayoría en la población judía-europea. Un signo importante es la incapacidad de sentir dolor, lo cual conduce a lesiones que podrían no haber ocurrido, si el niño hubiese sentido la molestia.(10)

Entre los trastornos psicológicos/psiquiátricos en los que se puede observar el trastorno facticio, se encuentran:

Síndrome de Munchausen: Es una forma de abuso infantil en la que uno de los padres induce en el niño síntomas reales o aparentes de una enfermedad. Este trastorno casi siempre involucra a una madre que abusa de su niño buscándole, o para ella misma, atención médica innecesaria.(11)

Desórdenes obsesivos-compulsivos: Son desórdenes psiquiátricos caracterizados por pensamientos que causan estrés e impiden interacciones y comportamientos socialmente aceptables. En este trastornos los pacientes muestran patrones de comportamiento errático que involucran estructuras oro-faciales, como por ejemplo el cepillado dental ritual o excesivo que da como resultado la abrasión de la membrana de la mucosa bucal y dientes.(11)

Algunas de las formas más severas de autolesión en niños y adolescentes tienen un origen psicótico. Conceptualmente, el término psicótico se refiere a una perturbación grave en el sentido de la realidad de una persona (el comportamiento psicótico es el que corresponde a esta deformación de la realidad). Aunque haya una variedad de trastornos específicos dentro del ámbito de la psicosis (como esquizofrenia, trastorno ilusorio, y trastorno esquizoafectivo), cada uno implica modelos anormales del pensamiento, percepción, o noción de la realidad. (8)

Por otro lado, existen teorías funcionales opinan que mediante la facticia se busca escapar o capturar atención, lo que puede presentarse durante situaciones estresantes, esto puede considerarse un factor etiológico de algún agente biológico conocido. (12)

Epidemiología:

Según Urbina y cols. (1996) (13); se reportó el caso de un paciente pediátrico de 5 años de edad, el cual fue referido del Hospital de Cagua. Edo Aragua- Venezuela, quien presentaba lesiones ulcerativas dolorosas de la larga evolución y luego de varios exámenes de rutina se llegó a la conclusión que la lesión se relacionaba con habito de mordedura labial y de carrillo, obteniendo como diagnóstico definitivo: facticia bucal (úlceras traumáticas autoinducidas); el tratamiento se basó en la instalación de aparato

funcional para control de hábito (*lipbumper + férula inferior*), alcanzando mejoría en 1 semana; cultivo negativo y remisión total de la lesión, sin recurrencia después de el alta.(13)

Según estudios realizados en el Centro Odontopediátrico de Carapa, Caracas- Venezuela, en el período mayo - noviembre 2005, con una población de 245 pacientes entre 2 a 17 años, se observó que 43 % de las lesiones se encontraban en niñas y el 57 en niños, siendo la más común el Morsiscatum Bucarum, con un 15.5 %, seguida del Fibroma Traumático con un 12%, la Úlcera Traumática con un 8,5% y el Mucocele con un 4.8%. (14)

Mientras que estudios realizados en el Hospital Eudoro González de la población de Carayaca en el estado Vargas- Venezuela, durante el período septiembre 1998 - agosto 1999; realizado en adultos y adolescentes, se observó que la lesión mas común fue la Úlcera Traumática, seguida por el Fibroma Traumático, sin observarse registro de las otras entidades.(15)

De igual forma; según Jiménez y cols. (2008), en investigaciones realizadas en la Unidad Educativa Padre Luis Ormieres "Fe y Alegría" de una región rural en Maturín, Estado Monagas - Venezuela, en el período de Agosto - Noviembre de 2005; se evaluaron 875 pacientes entre 3 y 17 años de edad, obteniendo como resultado que el 23,42% (205 pacientes) presentaron 211 lesiones a nivel bucal, siendo las más frecuente la Úlcera Traumática con 24,2%, luego el Fibroma Traumático con un 10,42 %, y por último el Mucocele con un 4,73%. (16)

Rioboo y cols. (2005) (17); a su vez, efectuaron diferentes revisiones bibliográficas sobre las lesiones patológicas en la mucosa bucal en diferentes partes de mundo, evidenciando, que García-Pola y cols. (2002);(18) al realizar un Estudio Epidemiológico de las patologías de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de Oviedo- España, concluyeron que las ulceraciones traumáticas ocupan el segundo lugar en el total de lesiones diagnosticadas, presentándose con una frecuencia del 12,17%; esta observación es compatible con el concepto clásico de que las úlceras son las lesiones intrabucles de los tejidos blandos que se observan más reiteradamente.

Luego, En Brasil, según Bessa y col (2004), citados por Riobbo y cols. (2005) (17), se realizaron investigaciones donde, se seleccionaron 1.211 niños, los cuales el 27% presentaba alguna lesión, observando 3,23% y 6,11% de lesiones traumáticas y por mordeduras respectivamente, con un 0,08% de presencia de Mucocele. Igualmente en Brasil, Dos Santos y cols. (2004), citados por Riobbo y cols (2005) (17); estudiaron una población de 587 niños, obteniendo un 57,6% de lesiones bucales; predominando los fibromas traumáticos con un 21%, seguido de úlceras traumáticas con un 6% y por último el mucocele con un 2,2%.

Por su parte, Kretchmer y Moriasty (2001), citado por Jiménez y cols. (2004) (19); reportan un caso de piercing en lengua que produjo una periodontitis localizada a consecuencia del trauma constante sobre la encía sumado al acumulo de irritantes locales que presentaba el paciente.

Manifestaciones Clínicas:

Entre las lesiones más comunes de niños y adolescentes, según diferentes estudios realizados por distintos autores a nivel nacional, con mención en población infantil, podemos considerar los siguientes:

- Úlcera traumática.
- Fibroma traumático.
- Mucoceles
- Morsiscatum Buccarum.
- Gingivitis Artefacta.

Las manifestaciones clínicas de cada una son las siguientes:

ULCERA TRAUMÁTICA:

Definición:

Las úlceras, también llamadas Aftas se definen como "pérdida de sustancia de la mucosa, aguda, dolorosa, inicialmente necrótica y recidivante". (20)

Etiología:

Las úlceras traumáticas constituyen la lesión más común de tejido blando en boca. La mayor parte se debe a un traumatismo mecánico simple y casi siempre es visible, la relación es causa - efecto. (21)

Desde el punto de vista etiológico, las úlceras se clasifican en 2 tipos:

Primarias: Donde están involucrados los factores exógenos o ambientales, del tipo mecánico, químico o biológico.

Secundarias: donde están involucrados los factores endógenos del tipo discrasias sanguíneas, leucemia, linfomas y neoplasias, diabetes, enfermedades vesículo-ampollares, reacciones adversas a fármacos antineoplásicos o inmunosupresores, entre otras. (20)

Epidemiología:

Se observa más comúnmente en niños de cualquier edad, y tiene predilección por el sexo masculino. (17)

Características Clínicas:

Clínicamente, se ubican en área de labios, carrillos y bordes laterales de la lengua. Se presentan como úlceras crónicas que persisten más de un mes, de sintomatología variada y con las siguientes características: diámetro de 2 o más centímetros, bordes elevados, indurados y crateriformes, cubiertas por una membrana gris amarillenta, hemorragia submucosa frecuente, edema y en ocasiones la presencia de un halo eritematoso que las circunscribe. (13) (Figura N° 1).

Diagnóstico

Historia Clínica y Anamnesis.

Identificar y eliminar el factor traumático.

Biopsia y respectivo estudio histopatológico para confirmar diagnóstico. (22)

Diagnósticos Diferenciales

Úlcera Aftosa Recurrente

Úlcera Tuberculosa

Úlceras por infección de Herpes Simple

Herpangina

Histoplasmosis (22)

Eritema poliformo (13)

Tratamiento:

La úlcera traumática es una lesión que puede durar hasta 2 semanas, involucionado por sí misma. Lo importante es eliminar la causa de la lesión para promover la cicatrización. Se pueden administrar, Analgésicos, antiinflamatorios y corticoesteroides para hacer más llevadera la recuperación. (22)



Figura N° 1

FIBROMA TRAUMÁTICO

Definición:

También llamado hiperplasia fibrosa local o cicatriz hiperplásica, se define como un sobre crecimiento patológico de los fibroblastos y del colágeno, lo que origina una masa submucosa evidente al examen clínico. (23)

Etiología:

Se origina como una reacción a traumatismos crónicos localizados, como el mordisqueo de carrillo, labios; o irritación por prótesis, que en muchos casos tienen que ver con rebasados acrílicos defectuosos o dentaduras mal adaptadas que irritan el paladar. Todos estos son considerados sus principales factores etiológicos. (23)

Epidemiología:

Esta lesión afecta por igual a ambos sexos, sin embargo algunos autores aseguran que tiene predominio por el sexo femenino. De igual forma se puede presentar a cualquier edad pero es más frecuente después de la segunda década de la vida, en individuos adultos. Su localización más frecuente es en aquellas áreas propensas a sufrir trauma, como por ejemplo, carrillos, lengua, paladar y labio, no obstante algunos autores aseguran que su localización más frecuente es encía, labios y bordes laterales de la lengua. Cuando aparece en encía surge del tejido conectivo o del ligamento periodontal. (23)

Características clínicas:

Es una lesión que se caracteriza por ser elevada, papular o tumoral, de coloración normal a pálida debido a una relativa carencia de vasos sanguíneos, donde la superficie puede ser lisa o ulcerada, esta última guardando mucha relación con la localización y tamaño de la lesión. Puede ser sésil o pediculada y su crecimiento es lento, incluso puede mantener el mismo tamaño durante años. Su localización más

frecuente es en aquellas áreas propensas a sufrir trauma, como por ejemplo, carrillos (Figura N° 2), lengua, paladar y labio, no obstante algunos autores aseguran que su localización más frecuente es en la encía, labios y bordes laterales de la lengua. Cuando aparece en la encía surge del tejido conectivo o del ligamento periodontal. (23)

Diagnóstico:

- Historia Clínica y Anamnesis.
- Identificar y eliminar el factor traumático.
- Biopsia y estudio histopatológico. (23)

Diagnósticos diferenciales:

- Neurofibromas o neurilemomas.
- Tumores de glándulas salivales.
- Hiperplasias fibrosas.
- Granulomas piogénicos.
- Granulomas periféricos de células gigantes.
- Lipomas.
- Fibromatosis de los tejidos blandos.
- Fibromas de células gigantes.
- Mucoceles.
- Rabdomiomas.
- Leiomiomas.
- Fibroma odontogénico periférico.
- Carcinoma espinocelular. (23)

Tratamiento:

El tratamiento de elección para el fibroma es la extirpación quirúrgica tradicional con el respectivo estudio histopatológico y ésta rara vez recurre, cuando esto sucede, se puede relacionar con trauma continuo en la región afectada y de ninguna manera hay potencial de transformación maligna. Existen, también, otras alternativas de tratamiento para este tipo de lesiones como la criocirugía, utilizando nitrógeno líquido lo que resulta muy útil en casos de pacientes con alto riesgo para cirugía o alérgicos a la anestesia, pero a la vez, se presenta como limitación el no poder realizar el respectivo estudio histopatológico de las muestras de pequeño. (23)



Figura N° 2

MUCOCELE:

Definición:

El término de "Mucocoele" se refiere a "Tumefacción tisular formada por moco acumulado tras escapar al tejido conjuntivo a partir de un conducto excretor roto". Los mucocoeles histológicamente se clasifican en dos tipos, el primer tipo es el fenómeno de extravasación de moco, donde el moco se ha extravasado al tejido conjuntivo causado por un traumatismo de un conducto excretor o del parénquima glandular, conduciendo a una rotura a través de la cual el moco difunde al tejido adyacente; y puede estar rodeado o no por tejido de granulación; el segundo tipo es el fenómeno de retención de moco, debido a una obstrucción del flujo salival del conducto excretor en el cual la cavidad se halla revestida por epitelio. (24)

Etiología:

Histopatológicamente se aceptan dos tipos: el mucocoele de extravasación y fenómeno de retención. (24)

El primer tipo representa la forma más frecuente y la mayoría de los casos aparecen entre los 10 y los 30 años de edad; siendo los traumatismos como mordedura del labio inferior o microtraumas por aparatos de ortodoncias el agente etiológico, que más los origina. Se explica este fenómeno por un trauma que afecta al conducto excretor de la glándula y que tiene como consecuencia la ruptura del mismo con salida de moco hacia el interior del tejido. (24)

Cuando la obstrucción del conducto excretor es parcial el moco fluye lentamente dando origen a una dilatación del conducto; y el epitelio que lo tapiza prolifera originándose de esta forma un quiste de retención mucosa limitada por una línea de epitelio, este último es difícil de observar. (24)

Epidemiología:

En los EE.UU., el mucocoele tiene una prevalencia de 2.4 casos por 1000 habitantes. Aunque la prevalencia en niños es desconocida, se estima que es mayor; siendo la presentación congénita rara. En un estudio que evaluó la consulta estomatológica en la infancia en Argentina, se le consideró como la

causa más frecuente en la patología oral de la infancia, junto con la enfermedad boca-mano-pie. Puede ocurrir en cualquier grupo de edad o sexo, pero la mayoría ocurre durante las tres primeras décadas. El quiste mucoso de retención, que es la otra entidad clínicamente parecida, es más frecuente en personas mayores de cuarenta años.(25)

Características clínicas:

El fenómeno de extravasación y el quiste de retención de moco ocurren mas frecuentemente en el labio inferior, sin embargo también aparecen en labio superior, carrillos (Figura N° 3), fosa retromolar, cara ventral de lengua, piso de boca y paladar. Se presenta como una lesión tumoral o nodular, asintomático, fluctuante, de color azulado o del mismo color de la mucosa normal, de superficie lisa, de tamaño variable desde 3 mm. hasta 2 cm. de diámetro. (26)

Diagnóstico:

El diagnóstico se hace por las características clínicas de la lesión, una clave para la realización del mismo es a través del interrogatorio del paciente; ya que es común que la lesión tiende a vaciar su contenido al ser mordido accidentalmente por el paciente y vuelve a llenarse al cabo de pocos días. El resultado de la biopsia nos confirmará el diagnóstico clínico. (26)

Diagnóstico diferencial:

- Hemangiomas.
- Fibromas.
- Lipoma.
- Lesiones vesículo ampollares tipo pénfigo.(26)

Tratamiento:

La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección. (52) pero tiende recurrir con facilidad si la extirpación quirúrgica no es completa, de allí que se hace necesaria la total remoción de la lesión. (26)

La aspiración de la tumoración no es una maniobra adecuada, excepto cuando se quiere excluir a otras entidades antes de la intervención. Recientemente se ha reportado una técnica de micromarsupialización en pediatría. También se ha usado electrocirugía, crioterapia y el láser de argón; en todos estos procedimientos se han reportado recidivas en bajo porcentaje.(25)

Otra alternativa es la inyección intralesional de un corticoide de depósito como acetónido de triamcinolona, lamentablemente el porcentaje de fracasos puede ser muy alto. Se ha reportado un raro caso de mucocelos múltiples en la cavidad oral, que respondió totalmente a la administración sistémica de ácido gamma-linolénico, produciéndose la recurrencia varios meses después de discontinuar la terapia. Este ácido tendría un efecto sobre la composición o viscosidad de la saliva.(25)

Algunas lesiones pueden involucionar de forma espontánea, por lo que inicialmente la observación puede ser la primera conducta. En los mucocelos superficiales, el tratamiento quirúrgico no es necesario, a menos que las recurrencias lo conviertan en un problema.(25)



Figura N° 3

MORSISCATUM BUCARUM

Definición:

Morsicatio buccarum es el término científico (latín) de mordedura crónica de carrillo; morsus en latín significa mordida. Esta lesión autoinducida es de origen irritacional y reactivo, en que la mucosa responde al trauma crónico produciendo queratina con su consecuente engrosamiento, el cual se vuelve ulcerado o erosionado dependiendo del grado de fricción. (27)

Etiología:

La causa de esta lesión autoinducida esta relacionada con todo aquel factor traumático que promueva un hábito de mordedura crónica, tal como restauraciones desajustadas, maloclusión, desgaste dental o pérdida de órganos dentarios. (27)

Epidemiología:

Diversos estudios han establecido que el *Morsicatum bucarum* es una de las lesiones de cavidad bucal más frecuentemente encontradas, no solo en el paciente adulto sino en el niños también, según estudios realizados en el Centro Odontopediátrico de Carapa, Venezuela 2005; con una población de 245 pacientes entre 2 a 17 años donde se observo que 43% de las lesiones se encontraban en niñas y el 57% en niños, siendo la más común el *Morsiscatum bucarum* con un 15.5 % (14,27)

En un estudio realizado en la UNAM en el 2005 en adultos, sobre prevalencia de lesiones bucales, se encontró que *Morsicatum bucarum* es una de las tres lesiones más frecuentemente encontradas, junto con lengua saburral y pigmentación racial, siendo el dorso de la lengua, mucosa yugal y labios las localizaciones más frecuentes. (27)

Características Clínicas:

Las lesiones son asintomáticas que se localizan con mayor frecuencia en la mucosa bucal y labio inferior, pudiendo ser uni o bilaterales.

Las áreas aumentadas de tamaño pueden ser eritematosas o blancas, estar ulceradas o erosionadas (Figura N° 4). La superficie es generalmente irregular y macerada. Cuando se encuentra en mucosa labial se denomina *Morsicatum labiorum* y cuando es en lengua *Morsiscatum linguarum*. (27)

Diagnóstico:

El diagnóstico de esta lesión viene dado por las características clínicas de esta lesión, una detallada exploración física y bucal que incluya la identificación de los factores asociados a las lesiones autoinducidas y el interrogatorio son suficientes para establecer el diagnóstico de Morsicatum bucarum. (27)

Normalmente los pacientes están concientes de su hábito y de los períodos que lo desencadenan, por lo que esto es de gran ayuda en el diagnóstico. (27)

No requiere biopsia a menos que sea paciente en alto riesgo de infección por VIH o por riesgo de ulceraciones crónicas (27)

Diagnóstico Diferencial:

Debe diferenciarse de candidiasis pseudomembranosa, nevo blanco esponjoso, leucoedema, leucoplasia pilosa, líquen plano atrófico, leucoplasia y queratosis friccional. (27)

Tratamiento:

El tratamiento consiste en la eliminación de la causa u hábito que provoca la lesión. (27)

También el uso de férula oclusal de acrílico que cubra las superficies dentales, que restrinjan el acceso a la mucosa bucal o labial y evita la auto mutilación. (27)

En niños es importante concientizarlos para obtener su cooperación. (27)

Es preciso mencionar que muchas de estas alteraciones en cavidad bucal son el resultado de factores sociales y psicológicos que afectan al paciente promoviendo su auto mutilación, por lo que el interrogatorio es de mucha importancia para poder ofrecer al paciente un buen tratamiento, en este caso valiéndonos de la participación interdisciplinaria con psicopedagogos, psiquiatras y psicólogos. (27)



Figura N° 4

GINGIVITIS ARTEFACTA:

Definición:

La gingivitis artefacta es una serie de recesiones gingivales caprichosas que no corresponden a ninguna enfermedad gingival conocida, ni a las enfermedades sistémicas conocidas. Por lo general son autoinducidas o también denominadas artificiales. En cuanto a su histología, existe pérdida focal del epitelio con una zona superficial de tejido de granulación sobre tejido fibroso, infiltrado difuso de linfocitos y células plasmáticas. (6)

Etiología:

Por lo general son autoinducidas o también denominadas artificiales. Sepet y cols. citado por Castro y cols. (2005)., suponen que los factores psicológicos son muy importantes en la etiología de esta conducta y que generalmente, las lesiones ocurren durante periodos de estrés asociados a frustración o a necesidad de dependencia. Según Stewart, citado igualmente por Castro, J y cols. (2005); las lesiones son provocadas más que nada por focos de irritación preexistentes que desencadenarán la conducta. Es lo que diferencia a la gingivitis autoinducida o artefacta menor de la gingivitis artefacta mayor, en la cual las complicaciones que trae consigo son más serias. Sin embargo ambos autores sólo destacan el estado emocional de los niños que se autolesionaron, sin que quedara claro cual fue la edad, el desarrollo y el ámbito social, entre otros factores de los infantes que, en general, acusan este problema. (6)

La acción reiterada del traumatismo metálico contra el periodonto puede causar una leve, moderada o severa recesión gingival junto a traumas en los tejidos vecinos. Las lesiones periodontales se relacionan en un 64.3% de casos con el uso de piercings linguales y en un 35.7% con los colocados en el labio inferior (Figura N° 5). (28)

Epidemiología:

Se presenta en pacientes generalmente adolescentes y es más común en niñas que en niños. (6)

Características Clínicas:

Las características clínicas son zonas de aparente necrosis de las papilas que pudieran simular lesiones periodontales, hendiduras verticales en el borde gingival con recesión gingival (Figura N° 6), en casos graves, hay pérdida del hueso alveolar que no se regenera, exposición de la raíz de una o más piezas y erosiones con fondo rojizo. El recuento de placa es bajo y no existen signos de inflamación en las zonas externas del tejido. (6)

Diagnóstico:

- Historia y anamnesis
- Biopsia y estudio histopatológico. (6)

Diagnósticos Diferenciales:

Se debe diferenciar principalmente de gingivitis, Gingivitis Ulceronecrosante (GUN) y periodontitis localizada, además de psoriasis, onicomicosis, líquen plano, para lo cual se necesitan exámenes de laboratorio con el fin de realizar un correcto diagnóstico. (6)

Tratamiento:

El tratamiento que se sigue es el de identificar la causa mecánica de la pérdida gingival y ayudar al paciente a reconocerla. (6)



Figura N° 5

Obtenida de <http://odontologia.univalle.edu.co/revista/publicaciones/13-01-2005/pdf/06V13N01-05.pdf>



Figura N° 6

Obtenida de Escudero Castano, N y Bascones Martinez, A. Posibles alteraciones locales y sistémicas de los piercings orales y periorales. Av Odontostomatol. Vol. 23, N° 1..

CONCLUSIONES:

- Las lesiones Facticias, son lesiones producidas por un estímulo y responden a una acción causa-efecto. Son lesiones autoinducidas o producidas por autoagresión.
- Las más comunes encontradas en cavidad bucal son: Ulcera traumática, Fibroma traumático, Mucocele, Morciscatum Bucarum y Gingivitis Artefacta.
- Hay que señalar que en Venezuela no existen reportes sobre las lesiones facticias en niños y adolescentes. Los estudios realizados forman parte de la epidemiología de las lesiones patológica sin considerar los factores psicológicos de los pacientes.
- Es importante el buen diagnóstico de las lesiones bucales, para así poder ofrecer el mejor tratamiento que se adapte a la lesión, el cual englobará no sólo la eliminación de la lesión, sino el control del hábito para evitar recidiva de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Mena Pérez, M. 2001. Etimología de Facticio. Origen de las palabras. Chile. <http://etimologias.dechile.net/?facticio>.
2. Pacheco, Á. 2005. El trastorno facticio. Instituto Dr. Pacheco de Psicología. http://www.idpp.org/idpp_pubs.
3. Sapp, J. Philip, Eversole, Lewis R. 1998. Lesiones Físicas. Patología Oral y Maxilofacial contemporánea. Cap.11. Pág. 378-379.
4. Aydin, E; Gokoglu, O; Ozcurumez, G; Aydin, H. 2008. Factitious cheilitis: a case report. Journal of Medical Case Report. Vol.2. N° 29.
5. González L. 2007. Lesiones autoinducidas y quemaduras eléctricas. El Siglo de Durango, Dgo. <http://www.elsiglodedurango.com.mx/noticia/132079.el-raton-de-los-dientes.htm>
6. Castro, J; Quiroz, P; De León, C. 2005. Gingivitis artefacta o autoinducida como conducta autolesiva. Presentación de un caso clínico. Revista Estomatología. Colombia. Volumen 13. N° 01.
7. Salud Dental. 2008. Los piercings orales y sus repercusiones en la salud bucodental. http://www.salud.com/secciones/salud_dental.asp?contenido=291382
8. Santos, D. 2005. Para entender la Autolesión. Autolesión. <http://www.auto-lesion.com/default.asp>
9. Diario El País. Madrid. 25 de junio de 2008. Taller de ópera para autistas. [http://www.yucatan.com.mx/noticia.asp?cx=90\\$9203000000\\$3849604&f=20080625](http://www.yucatan.com.mx/noticia.asp?cx=90$9203000000$3849604&f=20080625).
10. Mandt N, Krasovec M, Ellgehausen P, Burg G. 1997. Kutane Artefaktkrankheit. Schewiz Med Wochenschr.; 127: 1579.
11. Van Voorhees, B. 2006. Síndrome de Munchausen por poderes. Medlineplus. Enciclopedia Médica. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001555.htm>.

12. Taghavi Zonuz, A; Treister N; Mehdipour, F; Mostofizadeh Farahani R; Shane Tubbs, R; Mohajel Shoja, M. 2008. Factitial Pemphigus-Like Lesions. Journal of Medical Case Report. E205-8.
13. Urbina, R; Pérez, C. (1996). Facticia Bucal: Reporte de un caso en un paciente Pediátrico. <http://www.odontoweb.net.htm>.
14. Jiménez, C.; Kilikan, R, Ramírez, R; Ortiz, Virginia; Virgüez, Benitez, A. 2007. Levantamiento epidemiológico de lesiones patológicas en los tejidos blandos de la cavidad bucal de los niños y adolescente del Centro Odontopediátrico de Carapa, parroquia Antímano. Caracas, Distrito capital -Venezuela. Período mayo - noviembre 2005. Acta Odontológica Venezolana. Volumen 45. N° 4.
15. Jiménez, C; Henning, M, Kleiner, S; Tovar, R; Campos, E. 2001. Levantamiento Epidemiológico de las lesiones bucales presentes en la población atendida en el servicio odontológico del Hospital Eudoro Gonzalez, de la población de Carayaca en el Estado Vargas durante el período septiembre 1998 - agosto 1999. Acta Odontológica Venezolana. Volumen 39. N° 1.
16. Jiménez, C; Brito, F; Ortiz, V; Virgüez, Y. 2008. Identificación de entidades patológicas en los tejidos blandos bucales de la población rural infantil y adolescente de la Unidad Educativa Padre Luis Ormieres "Fe y Alegría" de Maturín, estado Monagas, en el período agosto - noviembre 2005. Acta Odontológica Venezolana. Volumen 46. N° 1.
17. Rioboo Crespo, M; Planells del Pozo, P; Rioboo Garcia, R. 2005. Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños. Med. Oral. Patol Oral. Cir Bucal (Ed.impr.). [online], Volumen 10. N°. 5. pp. 376-387.
18. García-Pola Vallejo, M.J; García Martín, J.M; González García, M. 2002 Estudio Epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de Oviedo (España). Medicina y Patología. Volumen. 7. N° 3.
19. Jiménez, C; Pérez, C; Kilikan, R; Aviles D; Pérez, L. (2004). Piercings: manifestaciones bucales. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/piercings_manifestaciones_bucales.asp
20. Saavedra, P; Piñol, José; Jiménez F. 2005. Estomatitis Aftosa Recurrente, 2004. Revista Cubana de Estomatología. Volumen 42. N° 1.
21. Brito N. R, González M. F. 2007. Lesiones en Mucosa Bucal que se manifiestan durante el tratamiento ortodóntico. Odonus Científica. Volumen III. N° 2.
22. Jiménez, C. 2007 Lesiones ulcerativas. Acta Odontológica. Venezolana Volumen 45. Número 3.
23. López-Labady J; Villarroel M, Lazarde J, Rivera H. 1999. Fibroma traumático. Revisión de la Literatura y Reporte de dos casos. Acta Odontológica Venezolana. Vol 38. N° 1.
24. Del Valle, Sol C; Añez, Alejandra; Avilán, Iriana. 2002. Mucocelos en cara ventral de lengua (reporte de 6 casos y manejo quirúrgico). Acta Odontológica Venezolana. Volumen 40. N° 3.
25. Costa, H; 2003. Tratamiento tópico del Mucocelo oral. Folia Dermatológica Peruana. Volumen 14. N° 1. pp. 9-14. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/fofia/Vol14_N1_2003/tratamiento.htm
26. Pérez, C; Jiménez, C. 2002. Mucocelos con localizaciones inusuales. Reporte de casos. Acta

Odontológica Venezolana. Volumen 40. N° 2.

27. Castillo Rodríguez, F. 2008. Morsicatum bucarum, reporte de un caso clínico en paciente odontopediátrico. Expreso Chiapas. <http://www.expresochiapas.com/noticias/criptex/2128-morsicatum-bucarum-reporte-de-un-caso-clinico-en-paciente-odontopediatrico.html>
28. De Urbiola, A; Vinals Iglesias, H. Algunas consideraciones acerca de los piercings orales. 2005. Avances en Odontoestomatología. Volumen 21, N° 5. pp. 259-269.