

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL

**ESCUDO LABIAL COMO COMPLEMENTO EN
EL TRATAMIENTO DEL MUCOCELE EN
PACIENTES PEDIÁTRICOS CAUSADO POR
FACTICIA.**

Trabajo presentado ante la
Ilustre Universidad Central de
Venezuela por el Odontólogo
Glorimar Andrade

Caracas, Octubre 2012

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL

**ESCUDO LABIAL COMO COMPLEMENTO EN
EL TRATAMIENTO DEL MUCOCELE EN
PACIENTES PEDIÁTRICOS CAUSADO POR
FACTICIA.**

Autor: Glorimar Andrade H

Tutor: Dra Luzia A. Da Silva

Caracas, Octubre 2012

VEREDICTO

Aprobado en Nombre de la Universidad Central de Venezuela por
el siguiente jurado examinador:

Firma:

Tutor:

CI

Dra. Luzia A. Da Silva de
Carballo (Tutor)

Firma:

Jurado

CI

Firma:

Jurado

CI.

Observaciones

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen por su
grandeza

A mis padres y hermano, por su
gran apoyo.

A Giancarlo, por su amor y
respeto, me han impulsado a
alcanzar mis sueños.

A mi hija por ser mi inspiración
para crecer cada día como
persona.

AGRADECIMIENTO

A Dios y la Virgen por darme una familia que me dio las bases de mi formación, que son herramientas básicas para la vida : amor, respeto, humildad, solidaridad y tolerancia.

A la Facultad de Odontología en cuyas aulas y salas clínicas he aprendido todo lo que soy como profesional.

A mi consejera, tutora Dra Luzia Da Silva, a quien Dios puso en mi camino para impulsarme a seguir adelante y brindarme el apoyo en todos los aspectos, tanto personal como profesional y estar pendiente del más mínimo detalle.

A las Dras Carolina Medina y María Gabriela Martínez, por su esfuerzo permanente y su gran trabajo como docente.

A las Dras Maricarmen Prieto, Nena Ferro, Onelia Crespo, Bianca Vaisman, por su constancia, solidaridad y mística de trabajo.

A mis pacientes responsables, comprensivos ; que me han ayudado a formarme como Odontopediátra.

A mis compañeras del postgrado, quienes con su afecto y compañía, hicieron más ligero el tránsito por el postgrado.

A todos ustedes dedico el logro que Dios hoy me permite
alcanzar!

LISTA DE CONTENIDOS

I	Problema de la investigación.....	3
	1.1 Problema de la investigación.....	3
	1.2 Justificación.....	5
	1.3 Objetivos.....	7
	1.4 Limitaciones.....	8
II	Marco teórico.....	9
1	Mucocele.....	9
	1.1 Glándulas salivales.....	9
	1.2 Mucocele.....	11
	1.2.1 Etiología.....	12
	1.2.2 Características clínicas.....	14
	1.2.3 Características histológicas.....	16
	1.2.4 Prevalencia.....	18
	1.2.5 Diagnósticos diferenciales.....	19
	Carcinoma mucoepidermoide.....	19
	Lipoma.....	21

	Linfangioma.....	23
	Granuloma piogénico.....	25
	Fibroma traumático.....	26
2	Tratamiento del mucocelo.....	29
2.1	Laser.....	29
2.2	Criocirugía de nitrógeno líquido.....	32
2.3	Micro-marsupialización.....	35
2.4	Cirugía.....	37
3	Escudo labial.....	40
3.1	Concepto y generalidades.....	40
3.2	Efecto del escudo labial.....	41
3.3	Escudo labial relacionado con hábitos.....	43
3.4	Diseño del escudo labial.....	46
III	Marco metodológico.....	49
1	Características de la investigación.....	49
1.1	Tipo y nivel de investigación.....	49
1.2	Población.....	51

1.3	Procedimiento.....	53
IV	Resultados y análisis.....	56
V	Discusión.....	76
VI	Conclusiones.....	84
VII	Recomendaciones.....	85
VIII	Referencias Bibliográficas.....	86

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Imagen de tipos de glándulas salivales.....	10
Figura 2 Fotografías clínicas intraorales. Se observa lesión en el labio inferior al lado izquierdo.....	12
Figura 3 Imagen de un conducto salival excretor quebrado....	13
Figura 4 Fotos clínicas intraorales. Se observa las características clínicas de la lesión presente.....	15
Figura 5 Corte histológico del mucocelo. (a) Se observa material mucoso rodeado por una pseudo-cápsula, acompañado de los conductos salivales. (b) Observamos histiocitos y macrófagos rodeado de una pseudo-capsula fibrosa. Tinción hematoxilina y eosina.....	17
Figura 6 Imagen de Carcinoma mucoepidermoide en el labio inferior del lado derecho.....	21
Figura 7 Imagen de un Lipoma en el labio inferior lado Izquierdo.....	23
Figura 8 Imagen de linfangioma entre el reborde y mucosa inferior.....	25
Figura 9 Imagen de granuloma piogénico en el labio inferior lado derecho.....	26

Figura 10 Imagen de fibroma traumático en el labio inferior	
lado derecho.....	28
Figura 11 Imagen del láser Er,Cr:YSGG.....	28
Figura 12 Imagen de aerosol para criocirugía.....	34
Figura 13 Se observa realización de nudo quirúrgico,	
dejando espacio este y la lesión. Observamos	
el aspecto clínico de la micro-marsupialización.	
(c) Se observa la compresión del mucocelo	
y extravasación de la saliva acumulada.....	37
Figura 14 Desinfección de la zona. (b) Se observa incisión	
de forma elíptica.....	38
Figura 15 Se observa excisión y remoción del mucocelo y	
glándulas asociadas. Observamos mucocelo con	
glándulas asociadas.....	38
Figura 16 Fotografía intraoral del escudo labial.....	41
Figura 17 Fotografía intraoral del escudo labial.....	43

LISTA DE TABLAS

Tabla I	Género de los paciente.....	58
Tabla II	Edad de los pacientes según etiología de la lesión.....	60
Tabla III	Etiología de la lesión según hábito presente.....	63
Tabla IV	Localización del lado de la lesión.....	65
Tabla V	Representación de recidiva de la lesión.....	67
Tabla VI	Uso de aparato ortodóncico.....	68
Tabla VII	Número de controles de la población.....	70
Tabla VIII	Tiempo de desaparición del hábito presente.....	72
Tabla IX	Hábito asociado en conjunto con el hábito asociado a la lesión.....	75

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Género de los pacientes.....	58
Gráfico 2	Edad de los pacientes según etiología de la lesión.....	61
Gráfico 3	Etiología de la lesión según hábito presente.....	63
Gráfico 4	Localización de la aparición de la lesión.....	65
Gráfico 5	Representación de recidiva de la lesión.....	67
Gráfico 6	Representación del uso de aparatología.....	68
Gráfico 7	Número de controles realizados a la población...	70
Gráfico 8	Frecuencia de número de controles realizado a la población.....	73
Gráfico 9	Hábito asociado en conjunto con el hábito asociado a la lesión.....	75

RESUMEN

El término de mucocelo se conoce como una tumefacción tisular formada por moco acumulado tras escapar al tejido conjuntivo a partir de un conducto excretor roto. Es la lesión benigna más frecuente en niños y adolescentes, causada por un trauma que puede ser accidental o una lesión facticia provocada por el paciente. El objetivo del presente estudio es evaluar la efectividad del escudo labial como complemento en el tratamiento del mucocelo, en pacientes pediátricos, causado por algún hábito establecido; realizándose una investigación descriptiva, correlacional y retrospectiva. Se evidenció que aparte de la eliminación quirúrgica del mucocelo, si el paciente pediátrico presenta algún hábito nocivo como la queilofagia o el atrapamiento labial; es necesario la instalación del escudo labial como complemento para corregir dicho hábito, de lo contrario se evidencia la recidiva de la lesión o de la patología presente. Lo descrito anteriormente demuestra, que se requiere de un buen diagnóstico y juicio crítico del profesional en cada una de las fases para obtener el mejor resultado del tratamiento y evitar resultados desfavorables.

INTRODUCCIÓN

El mucocele es una lesión reactiva que se caracteriza por una tumefacción tisular formada por moco acumulado tras escapar al tejido conjuntivo a partir de un conducto excretor quebrado. La zona más afectada es la superficie mucosa del labio inferior, seguida por la mucosa bucal, el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y el paladar. Este tipo de lesión benigna es la más frecuente en niños y adolescentes, ocasionado por un trauma que puede ser accidentalmente o una lesión facticia provocada por el paciente. Las lesiones facticias son las autoinfligidas por el paciente, las cuales pueden ser habituales, conscientes o accidentales; el mordisqueo de los labios es causa frecuente de las lesiones facticias y suele aparecer en zonas donde el tejido blando de la mucosa puede ser atrapado por los dientes del paciente. Si la patología presente, es causada por un hábito establecido, es importante trabajar multidisciplinariamente, para así poder corregir y eliminar dicho hábito, brindándole al paciente el mejor tratamiento.

El escudo labial, es un aparato funcional, este puede ser fijo, semifijo o removible; usualmente es bien tolerado por los pacientes y el cual es usado frecuentemente durante el

tratamiento ortodóncico en dentición mixta para corregir hábitos nocivos como la queilofagia y el atrapamiento lingual en aquellos pacientes pediátricos que presenten mucocelo por facticia, ya que si esta patología benigna vuelve a recidivar el paciente será sometido a varias cirugías sin necesidad.

El propósito de la presente investigación es evaluar el escudo labial como complemento de la cirugía bucal en el tratamiento del mucocelo, cuando este es originado por hábito(atrapamiento labial ó queilofagia).

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Es importante que el Odontólogo y sobre todo el Odontopediatra, conozca unas de las lesiones benignas de tejido blando más frecuente en niños y adolescentes que es el mucocelo⁽¹⁾; ya que esta patología es causada por un traumatismo de la zona o por un hábito establecido por el paciente.⁽²⁾

El mucocelo es una lesión reactiva que se caracteriza por una tumefacción tisular formada por moco acumulado tras escapar al tejido conjuntivo a partir de un conducto excretor roto. La localización más frecuente es la superficie mucosa del labio inferior, seguida por la mucosa bucal, el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y el paladar.⁽³⁾

Existen algunas alternativas de tratamiento para la eliminación del mucocelo; el tratamiento de elección es su excisión quirúrgica⁽⁴⁾ y de sus glándulas asociadas, ya que cuando los pacientes pediátricos acuden a la Facultad de Odontología presentan una lesión de un tamaño significativo y es necesario realizarle la cirugía para que no interfiera con la masticación y funcionalidad del labio inferior del paciente.

En el presente trabajo se quiere evaluar una opción de tratamiento: la instalación del escudo labial una vez eliminada la lesión con cirugía a los pacientes pediátricos que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela para corregir el hábito establecido y eliminar la recidiva del mucocelo para así evitar futuras cirugías. Por lo que nos planteamos el siguiente objetivo: Evaluar la efectividad del escudo labial como complemento en el tratamiento para la eliminación del mucocelo causado por facticia en el paciente pediátrico.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Por sí, el mucocelo, es la lesión benigna más común en niños y adolescentes, por lo que es importante conocer si su causa fue hecha accidentalmente o por un hábito establecido del paciente. Este tipo de patología tiene una gran importancia porque los pacientes pediátricos que presentan esta lesión facticia provocada por hábito como atrapamiento labial y queilofagia necesitan una buena orientación y diagnóstico para así poder realizar un buen tratamiento. En el Postgrado de Odontología Infantil en el Servicio de Ortodoncia Interceptiva, el escudo labial es un tratamiento de rutina, para interceptar el hábito de queilofagia o atrapamiento labial.

Este trabajo pretende realizar un aporte del tratamiento del mucocelo, al Postgrado de Odontología Infantil ya que responde muchas de las expectativas ante el tratamiento de la eliminación del mucocelo, colaborando a fomentar la habilidad en el diagnóstico, creando un juicio clínico individual para cada caso, que muestre las consideraciones que deben ser tomadas en cuenta para el buen resultado del procedimiento. De igual forma, los resultados de la presente investigación nos ofrecen evaluar el impacto clínico de dicho tratamiento e incentivar evaluaciones adicionales que enriquezcan el conocimiento en el área y aplicar

el tratamiento adecuado con la finalidad de optimizar el tratamiento a través de la valoración de los casos atendidos.

1.3 OBJETIVOS

- **OBJETIVOS GENERAL**

Evaluar la efectividad del escudo labial como complemento en el tratamiento del mucocelo causado por facticia en pacientes pediátricos.

- **OBJETIVO ESPECÍFICOS**

1. Describir las características demográficas de la muestra poblacional.
2. Indicar las condiciones clínicas iniciales de los pacientes pediátricos con mucocelo.
3. Analizar la recurrencia de la lesión una vez realizada la cirugía.
4. Analizar la eliminación del hábito presente en el paciente una vez instalado el escudo labial.

1.4 LIMITACIONES

1. Dificultad en adquirir registros en las historias clínicas.
2. Colaboración de los pacientes y representantes con el tratamiento (asistencia, controles periódicos).

Ante las limitaciones antes señaladas se decidió tomar en cuenta los tratamientos culminados y las asistencias periódicas, a fin de evitar sesgos en los reportes y resultados de los mismos.

II MARCO TEÓRICO

1 MUCOCELE

1.1 Glándulas salivales

Las glándulas salivales son de origen ectodérmico, se forman a partir de una invaginación del ectodermo oral en el mesénquima adyacente, aumentando de tamaño en su extremo más distal para formar alvéolos⁽⁵⁾⁽⁶⁾. De acuerdo a su tamaño las glándulas salivales se clasifican en glándulas mayores y menores; las de mayor tamaño son las parótidas, localizadas antes de la aurícula sobre la rama ascendente de la mandíbula y está formada principalmente por células seromucosas; luego están las submandibular, situadas en la parte posterior del piso de la boca, y presentan células seromucosas en un 80% y de células mucosas un 20%; y las más pequeñas son las sublinguales, localizadas en la parte anterior del piso de la boca de composición mixta y de predominio mucoso⁽⁷⁾. Las alteraciones locales más frecuentes de las glándulas salivales son los quistes de extravación mucosa, como lo confirma Armed Forces Institute ⁽⁸⁾, abarcando el 9 al 10% del total de las glándulas salivales. Los quistes de extravasación mucosa son el resultado del escape del fluído salival secretado desde el

sistema ductal glandular hacia el tejido conectivo; este tipo de quiste se presenta en todas las edades, desde el recién nacido hasta la tercera edad, siendo más común en niños y jóvenes ⁽⁹⁾; en cambio el quiste de retención mucosa se encuentra circunscrito por una cavidad de epitelio y es más frecuente entre la séptima y octava décadas de la vida. ⁽⁵⁾

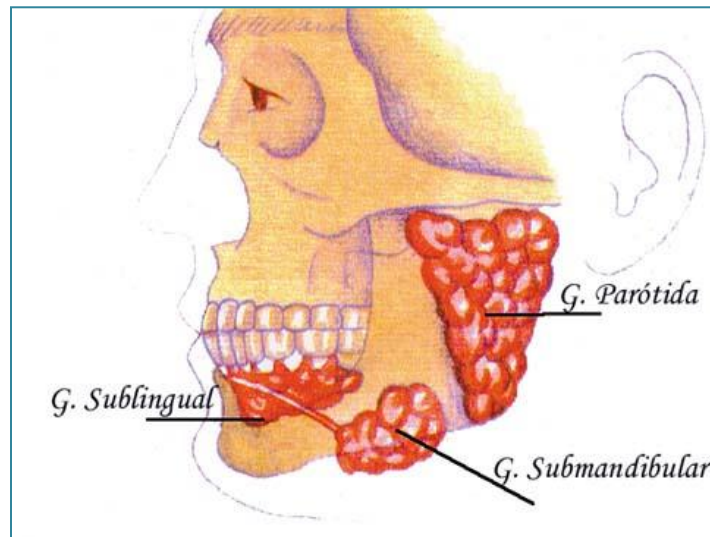


Fig .1. Imagen de los tipos de glándulas salivales ⁽¹⁰⁾

1.2 MUCOCELE

Según Saap ⁽¹¹⁾, el mucocelo o quiste de extravasación, es una lesión reactiva que se caracteriza por una tumefacción tisular formada por moco acumulado tras escapar al tejido conjuntivo a partir de un conducto excretor roto. La obstrucción del flujo puede ser consecuencia del bloqueo del conducto por un objeto intraluminal, de la estenosis del conducto por un estrechamiento de la luz o de una sección de un conducto, con acúmulo de mucina en el tejido. Según Laskaris ⁽¹²⁾, el sitio más afectado es el labio inferior a un lado de la línea media (75-80%), seguida por la mucosa bucal, el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y el paladar.

Pocos estudios han reportado ampliamente la prevalencia de lesiones de tejidos blandos en los niños⁽¹³⁾. Un estudio de 15 años realizado en Tailandia, demostró que las lesiones más frecuentes en pacientes pediátricos fueron el quiste dentígero representando un (34%), seguido del mucocelo en un (31%), y sin diferencia en la prevalencia entre ambos géneros.⁽¹⁴⁾

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 correcto de la lesión presente.⁽¹⁵⁾



Fig .2. Fotografías clínicas intraorales. Se observa lesión en el labio inferior al lado izquierdo. Tomado del Postgrado de Odontología Infantil UCV.

1.2.1 ETIOLOGÍA

Cuando la glándulas salivales reciben algún trauma ya sea, porque el paciente se mordió el labio o por un traumatismo de la zona⁽¹⁶⁾, hay acumulación de mucina extravasado dentro de la glándula, trayendo como consecuencia extravasación de moco en el tejido vecino, desarrollando una reacción inflamatoria periférica, resaltando que no existe evidencia que apoye esta teoría. ⁽¹⁵⁾⁽¹⁷⁾

Las patologías de naturaleza reactiva como es el caso de mucocèle, representan respuestas a traumastismos directos o a la obstrucción del flujo salival y se acumulan secreciones glandulares dentro de las luces de los conductos, produciéndose una degeneración atrófica acinar secundaria; En la actualidad muchas de las lesiones reactivas son de etiología desconocida.

(18)(19)

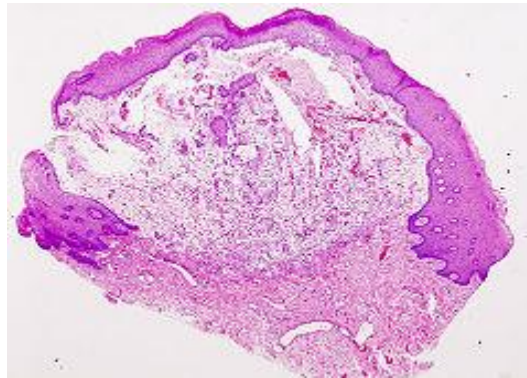


Fig .3. Imagen de conducto salival excretor quebrado⁽²⁰⁾

1.2.2 Características clínicas

El mucocelo puede presentarse como un nódulo sésil único o múltiple, de superficie lisa, blanda o dura y de carácter muchas veces recidivante; su aspecto característico como son los grisáceas que son los que están superficiales o lo del mismo color de la mucosa que están profundos en el tejido. Por lo general, aparece como una vesícula o ampolla asintomática con un color rosado o azulado, y su tamaño puede variar desde 0,1 cm hasta varios centímetros 1,5cm. Según la profundidad del acúmulo de material mucoide y de la fase evolutiva del mucocelo, ésta tendrá diferentes presentaciones clínicas⁽¹⁹⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾. El aspecto clínico de los mucocelos también va a depender de su localización en la submucosa; los mucocelos más superficiales tienen aspecto azulado translúcido, cuando el trauma que los originó continúa, puede haber pequeñas hemorragias, la mucina contenida en el mucocelo se mezcla con los eritrocitos desarrollando un mucocelo equimótico, que puede ser de color azul oscuro o morado rojizo; el mucocelo que se ubica a mayor profundidad dentro de la mucosa se manifiesta como un nódulo de color similar a la misma⁽²³⁾. Generalmente existe un antecedente traumático en la zona, seguido por tumefacción progresiva a lo largo de 2 a 4 días. A menudo los pacientes refieren oscilaciones de tamaño; no obstante, tras el episodio

traumático no suelen presentar dolor⁽²⁴⁾. El grado de fluctuación puede ser apenas perceptible o significativo hasta el punto de desaparecer la lesión y tardar días en recuperar su tamaño original. En tal caso, el paciente volverá probablemente a lesionarse la zona, permitiendo el escape de mucina a través del epitelio adelgazado de la mucosa⁽³⁾⁽²⁴⁾.

Por mordedura o por lesión traumática al introducir alimentos u objetos, se pueden romper estos quistes, dejando salir una sustancia líquida mucosa, por lo cual en algunos casos estas lesiones pueden desaparecer después de una lesión traumática que provoca su evacuación; sin embargo algunos vuelven a acumular secreciones y recidiva la lesión. En caso de traumatismos repetidos puede hacerse nodular, más difusa y más firme a la palpación^{(3) (17)(25)}. Estos tumores benignos son de origen traumático⁽¹⁶⁾⁽²⁶⁾. El moco es el producto de la secreción de las glándulas salivales menores y la glándula sublingual.



Fig .4. Fotos clínicas intraorales. Se observa las características clínicas de la lesión presente. Tomado del Postgrado de Odontología Infantil UCV.

1.2.3 Características Histopatológicas

El epitelio superficial está distendido por el acúmulo de mucina; esta mucina suele estar cercada por un borde de tejido de granulación o, en lesiones de larga evolución, por colágeno denso que le confiere un aspecto encapsulado⁽²⁷⁾. El material mucinoso es basófilo o anfólico, y contiene neutrófilos e histiocitos espumosos grandes, redondos u ovalados. Los mucocelos de larga evolución también presentarán degeneración acinar extensa con fibrosis y mínima inflamación, mientras que las lesiones traumatizadas recientemente, presentarán infiltración mononuclear con escasa fibrosis⁽²⁸⁾. Los mucocelos de varias semanas de evolución o los que sufren traumatismos repetidos permitiendo el escape de moco y suelen presentar signos histológicos de organización, que constituyen un intento

reparador. El sitio de extravación mucosa estará infiltrada por brotes vasculares y tejido de granulación, y carecerá del aspecto encapsulado y unilocular del mucocelo⁽²⁹⁾.

Según Pindborg ⁽³⁾, el mucocelo se clasifica en dos tipos: 1) el quiste por extravasación mucosa más corriente, en que el moco se ha extravasado en los tejidos y puede estar o no rodeado por tejido de granulación; 2) el quiste por retención de moco más rara vez encontrado en el cual la cavidad se halla revestida por epitelio. El primer tipo es causado por un traumatismo de un conducto excretor, conduciendo a una rotura a través de la cual el moco difunde hacia el tejido adyacente, siendo más común en niños y adolescentes; el segundo es debido a una obstrucción del conducto excretor y se da en pacientes adultos. Estos dos tipos de mucocelos no se pueden distinguir clínicamente⁽³⁰⁾. El mucocelo no puede considerarse como un verdadero quiste, ya que su pared carece de revestimiento epitelial. Este tipo de patología es muy común en las glándulas salivales menores sobretodo en las labiales, pero es muy poco frecuente en las glándulas mayores y en concreto, en la glándula submaxilar.⁽³¹⁾

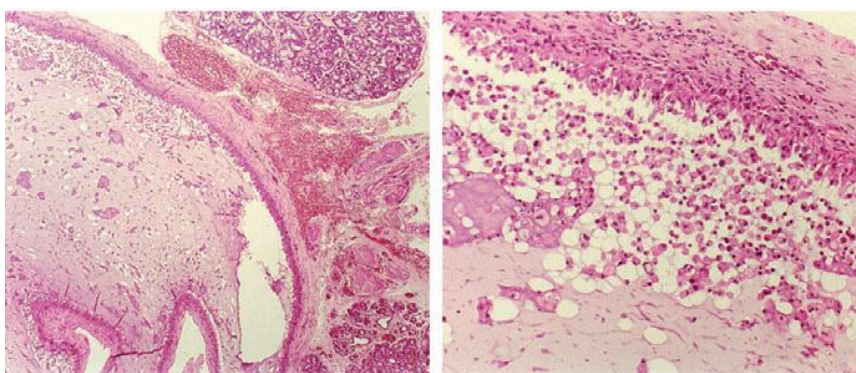


Fig .5. Corte histológico del mucocelo. (a) Se observa material mucoso rodeado por una pseudo-cápsula, acompañado de los conductos salivales. (b) Observamos histiocitos y macrófagos rodeado de una pseudo-cápsula fibrosa. Tinción hematoxilina y eosina.⁽²⁸⁾

1.2.4 Prevalencia

En la cavidad bucal y tejidos adyacentes han incrementado notablemente la prevalencia de patologías bucales. La mayoría de los estudios referentes a la epidemiología de la patología que afecta la mucosa bucal se han realizado en países americanos⁽³²⁾, asiáticos y en algunos países europeos, no siempre nos proporcionan datos verdaderos extrapolables a nuestra población, ya que existen claras diferencias étnicas, culturales y demográficas. En los EE.UU, el mucocelo 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⁽³³⁾. 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⁽³²⁾. El mucocelo labial puede aparecer en cualquier grupo de edad o sexo, pero la mayoría ocurre durante las tres primeras décadas⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾.

1.2.5 Diagnósticos diferenciales

- **Carcinoma Mucoepidermoide**

El carcinoma Mucoepidermoide, es definido como un tumor maligno epitelial de glándulas salivales que es producido por la proliferación de células excretoras⁽³⁶⁾. Con respecto a su epidemiología es el tumor más común de los tumores malignos de glándulas salivales, representa el 10% de los tumores de todas las glándulas salivales, el 15 al 21% de los tumores de las glándulas salivales menores⁽¹⁹⁾; el sitio con más ocurrencia es la glándula parótida. Este tumor presenta dos variedades de clasificación: tumor benigno y maligno, basado en la naturaleza clínica y sus características histopatológicas, pero el tránsito de una forma a otra puede ser tan sutil en los cambios, que sería muy difícil separar formas benignas y malignas del tumor. Se puede presentar a cualquier edad, desde niños hasta en adultos mayores⁽³⁷⁾ ; en niños es el tumor maligno más común, aunque es más frecuente en individuos entre la 3era y 6ta década de la

vida. No tiene predilección por ningún sexo, a pesar de que algunos autores citan una ligera predilección por el sexo femenino.^{(25) (37)(38)} Debido a la tendencia a formar zonas quísticas o nodulares, se podrían confundir con el fenómeno de retención de moco (mucocele) por su aspecto clínico, sobre todo en la región retromolar.⁽³⁷⁾⁽³⁹⁾

Una característica clínica importante es el crecimiento lento y asintomático de la lesión cuando se trata de un Carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad, no así el del alto grado de malignidad que crece rápidamente y puede producir dolor espontáneo o a la palpación como síntomas tempranos, algunos de los cuales se pueden ulcerar con facilidad.⁽¹⁹⁾⁽³⁹⁾ Con respecto a su histopatología presenta características variables ya que puede estar formado por células mucosas, epidermoides e intermedias, el cual va a determinar el grado de malignidad. El tratamiento del carcinoma mucoepidermoide, va a depender de la localización, grado histopatológico y el estado clínico del tumor⁽⁴⁰⁾. Los tumores de parótida que se diagnostican tempranamente se tratan con paroditectomía subtotal conservando el nervio facial. Cuando el tumor está avanzado puede requerir remoción total de la glándula parótida con sacrificio del nervio facial. En los Carcinomas mucoepidermoides

de las glándulas salivales accesorias, se realiza la excisión quirúrgica dejando los márgenes libres de tumor, siendo el pronóstico mejor en niños que en adultos.



Fig .6. Imagen de Carcinoma mucoepidermoide en el labio inferior del lado derecho.⁽⁴¹⁾

- **Lipoma**

Es un tumor benigno sumamente raro en la cavidad bucal, es una neoplasia de células adiposas, consideradas por la mayoría de los autores como verdaderas neoplasias y no como defectos del desarrollo⁽⁴²⁾. La presentación clínica típica es la de una lesión tumoral asintomática, aislada o lobulada, adherida por la base sésil o pediculada, de color amarillo y los vasos sanguíneos suelen ser evidentes sobre el tumor ^{1,4}. Se han descrito ejemplo de Lipomas en la mucosa de los carrillos, la lengua, piso de la boca, fondo del vestíbulo, labios, paladar y encía⁽⁴³⁾. Aparecen con más frecuencia entre la 3^{era} y 4^{ta} década

de vida, siendo el sexo masculino el más afectado en relación con el femenino, no es común observarlo en la población pediátrica. Histopatológicamente pueden o no presentar cápsula, los adipositos que lo conforman son idénticos a las células adiposas normales y presentan un citoplasma claro y redondeado, con un núcleo excéntrico.

En la mayoría de los lipomas se pueden observar lobulillos de células adiposas separados por tabiques fibrosos. En algunas ocasiones los lipomas contienen lipoblastos benignos, caracterizándose estas células como multinucleadas, y sus núcleos en forma de roseta⁽¹⁾. El tratamiento para este tipo de lesión es la eliminación quirúrgica, incluyendo glossectomía parcial en casos de lipomatosis de la lengua. Rara vez se observan recurrencias es este tipo de lesión⁽¹¹⁾⁽⁴⁴⁾.



Fig .7. Imagen de un Lipoma en el labio inferior lado izquierdo.⁽⁴⁵⁾

- **Linfangioma**

Los linfangiomas son masas o nódulos de mayor o menor extensión. Son malformaciones congénitas del sistema linfático, poco frecuentes, algunos autores los consideran de carácter neoplásico, hamartomatoso o de displasia congénita⁽⁴⁶⁾. Puede afectar tanto piel o como mucosas, así como tejidos subcutáneos o submucosos. En cuanto a la profundidad de asiento y al tamaño, se clasifica en dos grupos ⁽⁴⁷⁾⁽⁴⁸⁾: Un grupo con asiento superficial, constituido eminentemente por capilares y vesículas linfáticos, que van a constituir el linfangioma capilar circunscrito; y el otro grupo de asiento más profundo, que incluye el linfangioma cavernoso y el higroma quístico, las cuales son lesiones constituidas por estructuras vasculares muy dilatadas o formaciones quísticas, desarrolladas a partir del entramado linfático.

Histológicamente, algunos autores clasifican los linfangiomas en tres tipos: simples, cavernosos y quísticos ⁽⁴⁹⁾⁽⁵⁰⁾. Los linfangiomas simples (capilares) son proliferaciones de vasos linfáticos de pequeño diámetro, revestidos de endotelio; los linfangiomas cavernosos se caracterizan por la presencia de vasos linfáticos dilatados revestidos por endotelio; y por último los linfangiomas quísticos que están constituidos por grandes

vasos linfáticos, que conforman masas quísticas de diversos tamaño.

Según su localización el dorso de la lengua es el sitio más afectado, aunque poco frecuente se puede encontrar en labios, mucosa bucal, paladar blando y piso de boca. Sin embargo cuando ellas empiezan a aumentar de tamaño pueden causar dolor, incomodidad durante la conversación, masticación y cuando se traga, también puede ocasionar macroglosia.⁽⁵¹⁾⁽⁵²⁾⁽⁵³⁾.



Fig .8. Imagen de linfangioma entre el reborde y mucosa inferior.⁽⁵⁴⁾

- **Granuloma piogénico**

El granuloma piogénico es una lesión benigna, producida por un crecimiento excesivo de tejido conectivo en piel y membranas mucosas.⁽¹⁾⁽⁵⁵⁾⁽⁵⁶⁾

El granuloma piogénico se caracteriza como una lesión reactiva, que resulta de injurias, microtraumatismo e irritación

local sobre piel o membranas mucosas. Los tejidos al cicatrizar, lo hacen de forma anormal formando excesivo tejido de granulación. Muchos de ellos aparecen en la región anterior de la encía vestibular, lo que sugiere al cepillado dental como un factor que provoca esta lesión. Otros factores que provocan la aparición son una mala salud bucal del paciente, prótesis filosas y mal adaptadas, restauraciones con márgenes excesivos, exodoncias traumáticas⁽⁵⁷⁾⁽⁵⁸⁾. Histológicamente se observa masas lobuladas de tejido de granulación, el epitelio, si está presente, es escamoso estratificado, por lo general muy delgado y atrófico, pero también puede estar hiperplásico. Hay presencia de áreas circunscritas con proliferación endotelial y formación de espacios vasculares. Cuando existen ulceraciones encontramos un infiltrado inflamatorio formado por neutrófilos, polimorfonucleares, linfocitos y células plasmáticas. El diagnóstico definitivo de este tipo de lesión es a través de la biopsia y estudio histopatológico para así poder dar el diagnóstico correcto⁽⁵⁹⁾.



Fig .9. Imagen de granuloma piogénico en el labio inferior lado derecho.⁽⁶⁰⁾

- **Fibroma traumático**

El fibroma también se conoce como hiperplasia fibrosa local, o cicatriz hiperplásica, es considerado un tumor benigno de tejido conjuntivo más común de la cavidad bucal⁽³⁶⁾⁽⁶¹⁾⁽⁶²⁾. Se origina como una reacción a traumatismos crónicos, como el mordisqueo de carrillo, labios o irritación por prótesis ⁽⁶²⁾⁽⁶³⁾. Sus principales factores etiológicos anteriormente ya nombrados, inducen un sobrecrecimiento patológico de los fibroblastos y del colágeno, lo que origina una masa submucosa evidente al examen clínico.⁽¹⁾⁽¹⁹⁾

Este tipo de lesión afecta a ambos sexos por igual, sin embargo algunos autores afirman que el sexo femenino predomina más que en el masculino⁽¹⁹⁾⁽⁶⁴⁾. Se presenta a cualquier edad pero es más frecuente después de la segunda década de la vida. Su localización más frecuente son aquellos

sitios propensos a sufrir trauma, por ejemplo, carrillos, lengua, paladar y labio⁽⁶⁴⁾⁽⁶⁵⁾. Algunos autores aseguran que su localización más frecuente es encía, labios y bordes laterales de la lengua⁽³⁶⁾⁽⁶⁶⁾. Desde el punto de vista clínico es una lesión nodular, papular o tumoral, de coloración normal a pálida debido a la falta de vasos sanguíneos, donde la superficie puede ser lisa o ulcerada. Puede ser sésil o pediculada y su crecimiento es lento; tienen un potencial de crecimiento limitado, que por lo general no excede a 1 cm de diámetro y rara vez es mayor de 2 cm⁽⁶⁴⁾. Su consistencia puede ser dura o blanda a la palpación el cual va a depender del grado de vascularización y fibrosis, y por lo general se presenta de forma asintomática.⁽¹⁾⁽¹⁹⁾⁽³⁶⁾⁽⁶²⁾

Sapp y cols⁽¹⁾, aseguran que esta lesión no involuciona espontáneamente debido a que el exceso del colágeno es permanente. Histopatológicamente, esta patología está recubierto por una capa de epitelio escamoso estratificado, el cual se puede observar delgado o hiperqueratósico, o con focos de ulceración. Este epitelio recubre una masa de tejido conjuntivo fibroso denso, formado por abundante colágeno maduro entrelazado y mezclado con diversos fibroblastos, fibrocitos y pequeños vasos sanguíneos. Si es causado por un traumatismo de la zona, se puede encontrar vasodilatación, edema e infiltración de células inflamatorias.⁽¹⁹⁾⁽³⁶⁾⁽⁶²⁾⁽⁶⁷⁾



Fig .10. Imagen de fibroma traumático en el labio inferior lado derecho.⁽⁶⁸⁾

2 TRATAMIENTO DEL MUCOCELE

En la actualidad existen diversos tratamientos para la eliminación de patologías en los tejidos blandos; en el caso del mucoccele el tratamiento de elección es la excisión quirúrgica. Los mucocceles más superficiales y de menos tamaño, la gran mayoría se resuelven espontáneamente y no requieren tratamiento a menos que su recurrencia sea persistente⁽²⁵⁾. Se presentan a menudo pocos días después de un trauma menor, pero luego se estancan con respecto a su tamaño y pueden persistir sin cambios durante meses. Diferentes. A continuación se dará a conocer algunas alternativas terapéuticas, reportadas en la literatura, para la remoción del mucoccele.

2.1 Láser

La aplicación del láser en Odontología debe basarse en el conocimiento de una serie de procesos físicos y biológicos que dependen de diversos factores. Diferentes láseres pueden ser utilizados para cirugías de tejidos blandos; los láseres de CO₂ son ampliamente utilizados por cirujanos bucales⁽⁶⁹⁾. La mayoría de las lesiones que se observan en la mucosa bucal suelen ser de tipo benigno, pero siempre es aconsejable efectuar el estudio histopatológico de las mismas, para tener un diagnóstico correcto y así prevenir posibles complicaciones⁽⁷⁰⁾. Cuando el clínico no tiene la absoluta seguridad en el diagnóstico preoperatorio de este tipo de lesión, la utilización de algún tipo de láser que posea un marcado efecto térmico puede alterar gravemente la interpretación por parte del anatomopatólogo, de los bordes del tejido biopsiado⁽⁷¹⁾. Por este motivo se aconseja utilizar láseres que no dificulten el estudio histológico de las muestras, como, por ejemplo, el láser de Er,Cr:YSGG o el láser de Er:YAG aplicados con spray de aire y agua. Este láser emite energía a una longitud de onda de 2.780 nm y lleva protones hacia el interior de una matriz agua-aire en aerosol produciendo fuerzas microexplosivas en pequeñas gotas de agua. La energía es conducida por una fibra óptica a un punto terminal de cristal

de zafiro colocado en el extremo del láser dental, cortando el esmalte, dentina, cemento, hueso y tejidos blandos con daño térmico mínimo.⁽⁶⁹⁾

El procedimiento consiste en irradiar a 1mm con el láser a muy baja potencia (0,25 watts), con 0% de agua y 0% de aire, los bordes de la lesión son marcados con una delgada línea gris, se aplica antes benzocaína al 20 % en gel por 2 minutos previos a la anestesia infiltrativa local; se realiza una incisión circular alrededor de la lesión para obtener una muestra apropiada de la biopsia. En este tipo de procedimiento no se necesita suturar la mucosa y debe realizarse un seguimiento semanal.⁽⁷²⁾

El láser es un tratamiento efectivo, es necesario la aplicación de anestesia local, como es normal en tratamientos llevados a cabo con láseres de erbio⁽⁷³⁾. La cirugía se realiza rápidamente y la visibilidad del campo de operación es excelente, no se necesitan suturas y la hemostasia es controlada reduciendo los porcentajes de aire y agua, produciendo así más calor y mayor coagulación. El láser Er,Cr:YSGG tiene además propiedades antiinflamatorias y antibacteriales por lo que es una alternativa terapéutica para el tratamiento de tejidos blandos en niños; estos láseres son los más versátiles en la odontología pediátrica, ya que pueden ser usados para tratar ambos tejidos duros y blandos⁽⁷⁴⁾.

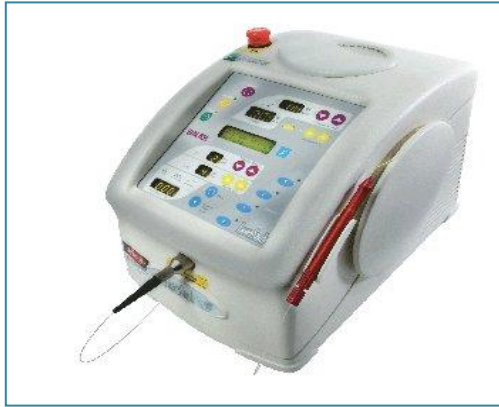


Fig .11. Imagen del láser Er,Cr:YSGG⁽⁷⁵⁾

2.2 Criocirugía de nitrógeno líquido

Desde hace varias décadas la criocirugía se usa en dermatología para tratar diferentes enfermedades; en cierto casos se convirtió en un método de elección, y en otros, una alternativa de tratamiento(76). La criocirugía, también conocida como crioterapia, definida como la destrucción deliberada de tejido por la aplicación de frío extremo, es otra alternativa terapéutica para el tratamiento de los mucocelos; la cual tiene muchas aplicaciones en la patología oral(77). Hay pocos reportes con respecto al uso de la criocirugía de nitrógeno líquido en niños. Twetman e Isaksson(78), mencionaron que la criocirugía demostró ser una herramienta efectiva y esencial en el manejo de mucocelos en pacientes pediátricos. Marcusshamer y cols

(79),también reportaron el uso de criocirugía para tratar mucocelos en niños y concluyó que esta técnica tiene ventajas sobre la cirugía para la remoción de esta patología. En criocirugía el criógeno principal es el nitrógeno líquido, que posee una temperatura -196°C , es un líquido incoloro, inodoro e insípido y se evapora continuamente; por lo que no puede almacenarse por mucho tiempo a temperatura ambiente, y aunque no se use y esté en recipientes adecuados, existe una pérdida constante debido a que su evaporación no es perceptible. Al aplicarlo puede alcanzar en la piel y las mucosas temperaturas de -40°C a -50°C , las cuales son suficientes para destruir células neoplásicas o cancerosas⁽⁸⁰⁾.

El procedimiento es sencillo ya que consiste en la aplicación directa de nitrógeno líquido con un hisopo de algodón sin anestesia local o agente sedante alguno; otra manera de realizar esta técnica consiste en la aplicación directa de nitrógeno líquido en aerosol. Una sola aplicación con 4 ciclos consecutivos de congelamiento-deshielo es efectiva. Es importante enfatizar, que la dosis de nitrógeno líquido y la elección del método de distribución depende del tamaño, tipo de tejido, y profundidad de la lesión. Los hisopos de algodón o aplicaciones con punta de algodón están siendo suplantadas por

equipo de aerosol de nitrógeno líquido, el cual es más fácil de utilizar; debido a que la rápida evaporación del nitrógeno líquido del hisopo requiere numerosas aplicaciones durante el tratamiento⁽⁷⁷⁾⁽⁸⁰⁾.

De acuerdo a la literatura la criocirugía tiene ventajas y desventajas sobre el tratamiento de los mucocelos y es extremadamente útil en pacientes en los cuales esté contraindicado la cirugía debido a la historia médica o edad. Esta técnica se realiza con facilidad, es efectiva, y sin dolor, no requiere suministros costosos o anestesia inyectable, no requiere que los pacientes regresen para remover las suturas, y es mejor tolerado por los niños temerosos⁽¹⁸⁾⁽⁸⁰⁾⁽⁸¹⁾. Este tratamiento es bien visto por los pacientes debido a la ausencia de sangrado y una cicatriz mínima o inexistente⁽⁷⁷⁾⁽⁸⁰⁾⁽⁸¹⁾. Además la criocirugía es un tratamiento económico y seguro, adecuado para prácticas en el consultorio. Es importante enfatizar que el costo inicial del equipo y el entrenamiento deberían ser considerados.

La principal desventaja de esta técnica es la falta del tejido de la lesión para ser examinado microscópicamente para confirmar el diagnóstico. Otras desventajas incluyen el grado de tumefacción y la falta de precisión en el área y profundidad de congelamiento. De acuerdo a Farah y Savaget⁽⁷⁷⁾, los protocolos

actuales sugieren que para la mayoría de las lesiones benignas de la mucosa, sería suficiente un ciclo de congelamiento-deshielo de 1 a 2 minutos utilizando una criosonda la cual debe ser de igual tamaño que la lesión.



Fig .12. Imagen de aerosol para criocirugía.⁽⁸²⁾

2.3 Micro-marsupialización

La micro-marsupialización se ha utilizado para la eliminación de lesiones en tejidos blandos, es una técnica quirúrgica que involucra la incisión del quiste y esta consiste en la incisión de la patología presente y luego suturar los bordes para formar una superficie continua desde el exterior al interior de la mucosa⁽⁸³⁾. Esta técnica consiste en drenar la saliva

acumulada y crear un nuevo tejido epitelial a lo largo de la trayectoria donde fue eliminada la lesión. Se trata de una técnica mínimamente invasiva, y la mayoría de los casos puede llevarse a cabo bajo anestesia tópica⁽⁸⁴⁾⁽⁸⁵⁾. El procedimiento requerido para este tipo de técnica es de corto tiempo (aproximadamente 3 minutos), prácticamente no hay daño tisular o inflamación, por lo que pareciera ser una técnica particularmente adecuada para niños y adolescentes poco colaboradores. Aunque la micro-marsupialización ha sido descrita en la literatura desde 2000, principalmente para el tratamiento de las rínulas, su uso en el tratamiento para los mucocelos se ha limitado a informes de casos individuales o pequeñas series de casos.⁽⁸⁶⁾

Al aplicar esta técnica lo primero que debe realizarse es la desinfección de la zona con solución de yodo 0,1%; en el área de la lesión se aplica anestesia tópica (benzocaína 20%) durante aproximadamente 3 min; luego se procede a suturar con una sutura de seda 0-3, se pasa a través de la parte interna de la lesión a lo largo de su diámetro más ancho y se realiza un nudo quirúrgico, dejando un espacio entre el nudo y la lesión. Para prevenir una infección secundaria en el sitio de la lesión, se le recomienda al paciente y al representante, aplicar 0,5% de gel de clorhexidina. Las suturas deben eliminarse luego de 7 días⁽⁷⁰⁾.

La micro-marsupialización puede ser una opción de tratamiento para niños y adolescentes con mucocelos; siendo esta técnica simple, mínimamente invasiva, y no requiere infiltración local, tiene menor complicación post-operatoria y es bien tolerada por los pacientes.⁽⁸⁶⁾



Fig .13. (a) Se observa realización de nudo quirúrgico, dejando espacio entre el nudo y la lesión. (b) Observamos el aspecto clínico de la micro-marsupialización. (c) Se observa la compresión del mucocelo y extravasación de la saliva acumulada.⁽⁸³⁾

2.4 Cirugía

Este es el tratamiento de elección y más adecuado para eliminar por completo esta patología, tomando en cuenta la edad del paciente y su madurez ya que algunas veces este procedimiento es rechazado por el paciente y sus representantes⁽⁸⁷⁾. La excisión quirúrgica consta de una serie de pasos; lo primero que debemos realizar es la desinfección de la zona con clorhexidina, luego se procederá a aplicar anestesia

infiltrativa en los extremos de la lesión, realizamos una incisión de forma elíptica, siguiendo la forma de la patología presente hasta descubrirla, se prosigue a una disección roma, posteriormente se efectúa la excisión de la lesión junto con sus glándulas asociadas para así no tener recidiva⁽⁵⁾, después se socava la mucosa para colocar los puntos de sutura logrando un cierre de manera vertical. El pronóstico es excelente si el tratamiento se efectúa de una manera adecuada y se eliminan las glándulas involucradas⁽⁵⁾⁽¹⁷⁾. Al eliminarse bien las glándula asociadas a la lesión, y esta patología vuelve a recidivar estamos en la presencia de un hábito dañino establecido por el paciente⁽²¹⁾. En la literatura también encontramos que el mucocelo se puede resolver de manera espontánea siempre y cuando sea de pocos milímetros.⁽²³⁾

Cuando estamos en la presencia de un mucocelo de un tamaño significativo es necesario hacer la excisión quirúrgica, demostrando que es el mejor tratamiento del mucocelo, ya que se elimina por completo la glándula afectada y sus glándulas asociadas. En los mucocelos superficiales, el tratamiento quirúrgico no es necesario, a menos que las recurrencias lo conviertan en un problema para el paciente pediátrico⁽⁸⁸⁾.



Fig .14. (a) Desinfección de la zona. (b) Se observa incisión de forma elíptica. Tomado del Servicio de Clínica Estomatológica UCV.

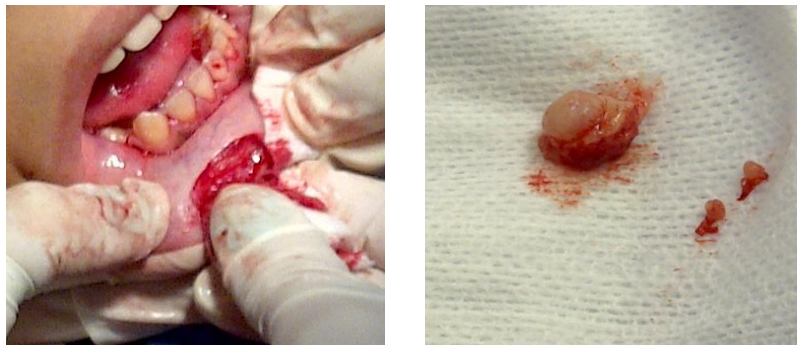


Fig .15. (c) Se observa excisión y remoción del mucocelo y glándulas asociadas. (d) Observamos mucocelo con glándulas asociadas. Tomado del Servicio de Clínica Estomatológica UCV.

3 ESCUDO LABIAL

3.1 Concepto y generalidades

El escudo labial en la literatura se describe como un aparato ordodónico que puede ser fijo, semifijo o removible el cual es usado para aumentar el perímetro del arco dentario, controlar rotaciones de los molares y mejora la actividad muscular⁽⁸⁹⁾. Con respecto a los tipos de escudo labial, el tipo fijo puede estar soldado a bandas o a coronas de acero inoxidable, los de tipo semifijos van a ir ligados a los tubos de las bandas que se encuentran cementadas en los molares, y por último los removibles se incorporan a placas acrílicas removibles o como aditamentos de aparatos funcionales.⁽⁹⁰⁾⁽⁹¹⁾

Este aparato consiste en unas almohadillas acrílicas o plásticas que es colocado en el vestíbulo de los dientes anteriores, el cual va a servir de escudo para separar el labio de los dientes anteriores⁽⁹²⁾. Las almohadillas deben ir colocadas en la zona vestibular aproximadamente de 2mm a 4 mm por delante de los dientes anteriores para así poder lograr la separación muscular, y la cual va a depender del nivel de tolerancia que presente el paciente.⁽⁹³⁾



Fig .16. Fotografía intraoral del escudo labial. Tomado del postgrado de Odontología Infantil UCV.

3.2 Efecto del escudo labial

El escudo labial va a actuar alterando el patrón funcional del paciente, así como va a existir un estiramiento de la musculatura del labio inferior, actuando como interceptor de hábito como atrapamiento labial o mordisqueo del labio; produciendo un enderezamiento de los molares, los incisivos tienen una inclinación hacia adelante (protrusión) y va a aumentar de la longitud del arco dentario. Existen algunos estudios donde se demuestran las fuerzas periorales del escudo labial antes y después del tratamiento observando resultados positivos⁽⁹⁴⁾⁽⁹⁵⁾.

Según la Teoría de las Matrices Funcionales de Moss ⁽⁹⁶⁾, se podría afirmar que al colocar los escudos labiales sobre el periostio podría provocar aposición ósea, cambios en la posición

dental por reducción de la presión bucal que resulta en expansión de los arcos dentales.⁽⁹⁷⁾

El uso del escudo labial y los efectos que produce están bien documentados. Cetlin y Hoeve,⁽⁹⁸⁾ en un estudio mostraron un incremento significativo en la anchura de la arcada inferior de los molares y premolares después de 12 meses de terapia con el lip bumper. Davidovich y cols⁽⁹⁹⁾ encontraron una inclinación hacia adelante significativa en los incisivos inferiores, el movimiento distal de los molares inferiores, y un aumento en el perímetro del arco dentario de los pacientes tratados. O'Donnell y cols⁽¹⁰⁰⁾, también encontraron un aumento significativo tanto en la longitud del arco mandibular en el ancho en los pacientes con tratamiento y mejor tonicidad muscular de la zona peribucal.

En cuanto a la tensión muscular se ha evaluado la efectividad del escudo labial. La estimulación de la aposición ósea con tensión perióstica se ha descrito ⁽⁹²⁾ y podría explicar el efecto de este tipo de aparatos en el maxilar inferior en un período de tiempo combinado con el crecimiento en la mejora de anchura mandibular con respecto a su estructura basal. Otros estímulos posibles para la aposición ósea incrementa el potencial de erupción y los cambios en la tonicidad muscular peribucal y perioral.⁽¹⁰¹⁾



Fig .17. Fotografía intraoral del escudo labial. Fotografía de escudo labial removible.Tomado del postgrado de Odontología Infantil UCV.

3.3 Escudo labial asociado con hábitos

Las pantallas de acrílico y el arco metálico eliminan la presión del tejido blando en la dentición inferior conformando un mejor arco y liberando la tensión de los tejidos periorales⁽⁹⁴⁾⁽⁹⁹⁾. Cuando se aplica de forma adecuada, la corrección del hábito presente del paciente y mejor conformación del arco, ya que reduce la tensión de las fuerzas periorales, e intercepta las maloclusiones leve del paciente, manteniendo un arco y musculatura peribucal estable.⁽⁹⁷⁾

Es importante mencionar que cualquier cambio prolongado en el equilibrio de la función muscular, causado por algún hábito establecido por el paciente como atrapamiento del labio inferior, queilofagia, succión del labio inferior o protrusión lingual, puede

traer como consecuencia la aparición de lesiones en los tejidos blandos.⁽¹⁰²⁾⁽¹⁰³⁾

En la actualidad muchos de los pacientes pediátricos presentan hábitos dañinos anteriormente nombrados, por lo que es importante corregirlos para que no recidive la patología presente en el tejido blando. En la literatura se ha reportado la utilización del Escudo Labial como una alternativa de tratamiento para la eliminación del mucocelo una vez realizada la excisión quirúrgica.⁽¹⁾⁽⁵⁾

Los hábitos bucales dañinos en los pacientes pediátricos son algunas de las causas primaria o secundaria de maloclusiones dentarias o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse como reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.⁽¹⁰⁴⁾ La persistencia de hábitos como la succión digital, queilofagia, deglución atípica y la aparición de hábitos de morder, como la onicofagia, bruxismo entre otros; se han asociado con la fijación en la evolución de la etapa oral psicosocial según Freud⁽¹⁰⁵⁾, que repercutirá a mediano plazo en un cambio problemático de procesos psicofisiológicos de la

oralidad, los cuales dependiendo de la intensidad, duración y frecuencia, alterarán o dejarán con alguna consecuencia las estructuras estomatognáticas.⁽¹⁰⁶⁾

Los hábitos pueden clasificarse en 2 grupos: beneficiosos y perjudiciales. Los hábitos beneficiosos o funcionales son aquellos cuya práctica, de una función normal realizada correctamente, beneficia y estimula el desarrollo normal. La masticación, la deglución y la respiración normal, constituyen ejemplos de hábitos beneficiosos o funcionales. Los perjudiciales o parafuncionales son los que se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario⁽¹⁰⁷⁾⁽¹⁰⁸⁾. Estos hábitos son la succión digital, la queilofagia, la respiración bucal, la onicofagia, los hábitos posturales entre otros⁽¹⁰⁷⁾.

La succión o mordisqueo del labio (queilofagia), es la costumbre de mordisquear o chuparse el labio, generalmente el labio inferior. Como consecuencia va a producir retracción de la mandíbula durante el acto, linguoversión de incisivos inferiores y vestibuloversión de incisivos superiores.⁽¹⁰⁸⁾ Otro hábito importante es la onicofagia el cual consiste en mordisquear las uñas, el cual va a producir desviación de uno o más dientes,

desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal.⁽¹⁰⁷⁾

La mayoría de estos hábitos comienzan en la niñez, lo que hace más difícil su eliminación ya que el paciente pediátrico presenta poca capacidad de comprensión y la consecuencia que pueda traer, por lo que esta es la tarea más importante y en ocasiones compleja del odontopediatra al tratar de convencer al paciente y al representante, del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de estos hábitos antes mencionados sino se corrigen a tiempo⁽¹⁰⁸⁾. Es importante además la cooperación de los padres, pues la llave para la eliminación satisfactoria de un hábito es la motivación del padre e hijo,³³ así como un tratamiento precoz para evitar las consecuencias indeseables de estos.⁽¹⁰⁹⁾

3.4 Diseño del escudo labial

Es importante diseñar de manera correcta el escudo labial fijo, el cual es necesario realizar un diseño previo sobre el modelo de yeso del paciente. Una vez obtenido el modelo de yeso se debe trazar una línea horizontal a nivel cervical de los incisivos, ésta se debe continuar bilateralmente hasta llegar a nivel de los caninos donde se marca un escalón ascendente de

aproximadamente 3mm se continua el trazado en dirección distal pasando por el tercio cervical de premolares o molares primarios. También debemos diseñar las almohadillas acrílicas la cual debe abarcar de distal a distal de los incisivos laterales y de una altura de 5mm a 8 mm.⁽¹¹⁰⁾

Debemos confeccionar el arco con un alambre de calibre 0,036" o 0,9mm el cual estará separado entre 2,5 y 5 mm de las caras vestibulares de los dientes inferiores y de los tejidos blandos laterales.

Con respecto al diseño de las almohadillas acrílicas se puede acrilizar de forma continua que va de incisivo lateral al otro incisivo lateral o se recomienda el diseño con omegas sucesivos posteriores o mesiales al molar; también se puede confeccionar dos almohadillas en forma de ojivas, de bordes redondeados separadas a cada lado la cual va a estar unida al arco de alambre⁽¹¹¹⁾. El arco se soldará a bandas lisas que deben ser cementadas en el primer molar permanente o en el segundo molar primario⁽¹¹⁰⁾. En el tipo semifijo el arco se va a introducir en unas bandas con tubo y se liga con elastoméricas, o con ligadura metálica de 0,010"; y en el escudo labial de tipo removible va a estar unido al aparato funcional por medio de alambres o acrílico el cual va a depender del diseño del mismo

III MARCO METODOLÓGICO

1 CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Tipo y nivel de la investigación

Según el tipo de estudio es documental ya que está basado en la búsqueda, recuperación, análisis crítico e interpretación de los registros clínicos recopilados en el Postgrado de Odontología Infantil y Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV en el período 2011-2012.

Las evaluaciones de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes fueron realizadas por profesores calibrados de las áreas de, Odontopediátra, Ortodoncista y Clínicos Estomatológicos. Adicionalmente la revisión bibliográfica fue realizada de páginas web, publicaciones periódicas (revistas científicas y los documentales digitalizados) y no periódicas (libros, tesis, trabajos de ascenso, informes estadísticos y fotografías).

El nivel de investigación se refiere al grado de profundidad con la que se aborda un fenómeno u objeto de estudio.

Dentro de este orden de ideas, se considera un estudio descriptivo, correlacional y retrospectivo. Se considera que la

investigación inicialmente es descriptiva debido a que caracteriza a los pacientes que presentan mucocelos y se le realizó la cirugía y algunos la instalación de aparatos ortodóncicos, estableciendo el comportamiento de los resultados en función de las variables estudiadas. Posteriormente la investigación correlacional debido a que tiene como objetivo medir el grado de asociación que existe entre dos o más variables y determinar cómo se puede comportar una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas. En este sentido las variables relacionadas son: las condiciones clínicas iniciales para posteriormente y analizar la relación entre las condiciones clínicas finales con el tratamiento efectuado; lo que indica el propósito predictivo del trabajo lo que permitirá aportar indicios sobre las causas de aparición de la lesión. Se pretende determinar si las variables están o no relacionadas en la muestra para posteriormente analizar su correlación.

Según el nivel de temporalidad que indica el tiempo en que se realiza el estudio, se considera un estudio longitudinal retrospectivo, debido a que su propósito es evaluar la evolución que tuvieron los pacientes a través de las historias clínicas y tratamiento con aparato ortodóncico, observándose los cambios que se van generando en esos pacientes a través del tiempo

1.2 Población

La población es infinita y está certificada por 18 pacientes pediátricos y adolescentes entre 4-12 años, diagnosticados con Mucocelo los cuales algunos recibieron tratamiento a través de la excisión quirúrgica.

La muestra quedó constituido por 18 pacientes, que con las características anteriores recibieron el tratamiento de excisión quirúrgica o no acompañado del escudo labial y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión previamente determinados, los cuales fueron atendidos tanto en el Servicio de Clínica Estomatológica como en el Servicio de Ortodoncia Interceptiva, del Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología entre el período 2011-2012.

Los pacientes vinieron referidos al postgrado de Odontología Infantil y/o al Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.

Criterios de inclusión

- Pacientes de 4 a 11 años de edad, que presentaron mucocelo, y asistieron al Servicio de Odontología Infantil del postgrado, Facultad de Odontología, de la UCV, que fueron

escuchados y estuvieron de acuerdo con participar en la investigación con la autorización previa de los padres o representantes a través del consentimiento informado del delegado del postgrado de Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV.

- Pacientes de 12 años de edad, que asistieron a la Facultad de Odontología y que presentaron mucocelos, y estuvieron dispuestos a realizarse tratamiento interceptivo para eliminar la lesión y corregir hábito, y dieron su asentimiento y se obtuvo el consentimiento delegado de sus padres o representantes.

Criterios de exclusión

- Pacientes que estén recibiendo actualmente para ese momento algún tratamiento odontológico que interfieran con el uso del escudo labial.
- Pacientes pediátricos y adolescentes que presenten cualquier trastorno psicológico o discapacidad que pudiese intervenir en la realización del estudio.

1.3 Procedimiento

Recolección de datos

Técnica de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a través de la historia clínica del servicio demostrando validez y confiabilidad.

Instrumentos utilizados para la recolección de datos

- Historia clínica del Postgrado de Odontología Infantil y del Servicio de Clínica Estomatológica.
- Fotografías digitales
- Hoja de registro en formato cuadro para ser llenado manualmente que fue creado con esa finalidad y se construye con base a la operacionalización de las variables.

Materiales

- Historia clínica de la Facultad de Odontología de la cátedra de Odontología Infantil y del Servicio de Clínica Estomatológica
- Fotografías digitales de los pacientes pediátricos
- Computadora portátil Toshiba con programa Windows Vista y hojas de registro con formato Excel, donde posterior a completar los datos en la hoja de registro de llenado manual, se hizo vaciado de los datos de los pacientes que

conformarían la muestra respetando los criterios de inclusión y exclusión antes definidos.

- Escudo labial: aparato ortodóncico fijo que se utilizó para corregir hábito del paciente.

Técnica de procesamiento de datos

La técnica de procesamiento de datos es mixta con transcripción y tabulación de datos de forma manual, la cual fue digitalizado a través del software Excell.

Procesamiento de datos computarizados con software estadístico SPSS, versión 17.0 para Windows.

Técnica de Análisis de Datos

Cuantitativos (Estadísticas):

- Descriptivas: se utilizaron cuadros y gráficos estadísticos para la presentación de la información correspondiente a las variables de estudio, con el uso de frecuencias absolutas y porcentajes. En el caso de las variables cuantitativas se aplicaron las medidas estadísticas de menor y mayor valor, el promedio y la desviación estándar (DT).

En forma inferencial se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson. Esta prueba permite valorar el grado de

asociación de las variables de estudio, por correlación de las variables iniciales con las finales y las condiciones clínicas finales con el tratamiento efectuado sin establecer causalidad.

El grado de significancia en la asociación de dos variables de la correlación de Pearson, debe ser un nivel de 0.05 y otro nivel de 0.01.

IV RESULTADOS Y ANÁLISIS

Una vez tabulados los datos se obtuvieron las tablas y gráficos correspondientes a la investigación, frecuencias y posteriormente se realizaron las correlaciones necesarias. A continuación se muestran los resultados obtenidos:

- **Características de la muestra**

La muestra utilizada para la investigación fue de 18 pacientes con diagnóstico de mucocelo en el labio inferior.

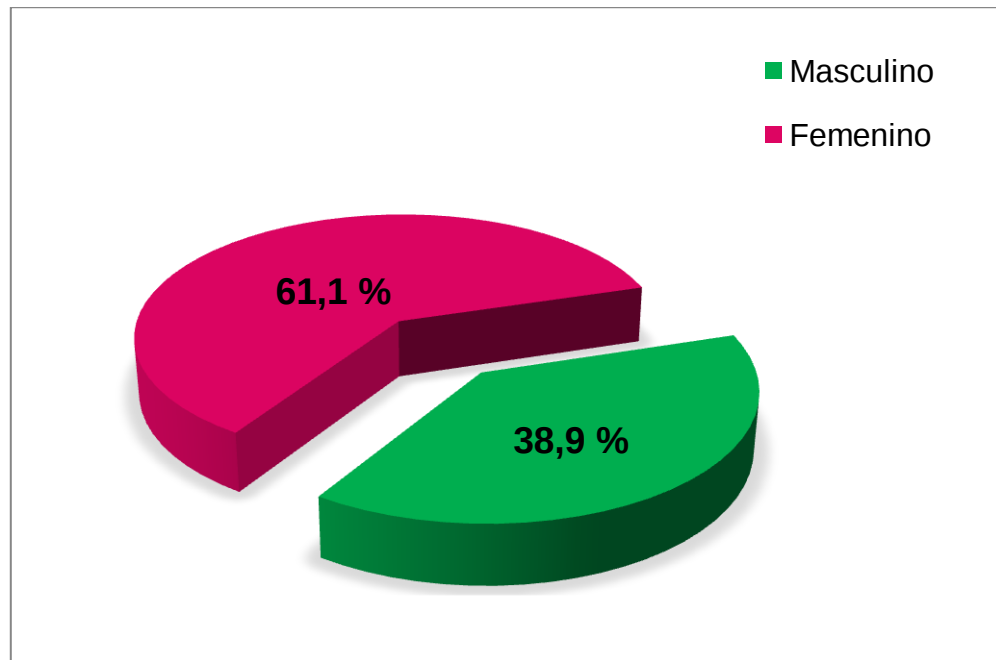
Al evaluar las características demográficas observamos:

En la **Tabla I y Gráfico 1**, refleja las características demográficas de la población de estudio, caracterizando la población de acuerdo al género, observándose que no fue homogénea con respecto al género, debido a que un 61,1 %, estuvo conformado por el género femenino y un 38,9 % por masculino.

Tabla I. Género de los pacientes

Género		
	Frecuencia	%
Masculino	7	38,9
Femenino	11	61,1
Total	18	100,0

Gráfico 1. Género de los pacientes

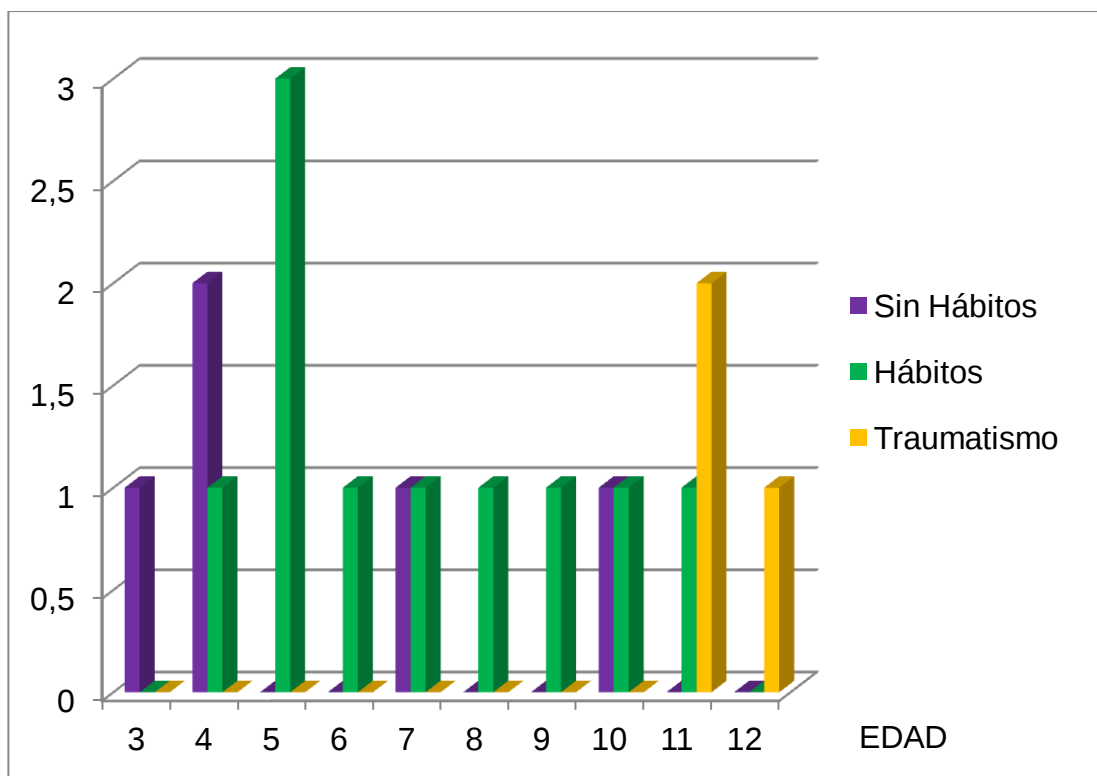


En la **Tabla II y Gráfico 2**, vemos la caracterización de acuerdo a la edad de los pacientes y su etiología de la lesión, observándose que la edad de 3 a 4 años la población no presentó ningún hábito, de los 4 años y medio hasta los 11 años de edad es la mayor recurrencia con un pico de incremento a la edad de los 5 años de edad; a los 11 años y medio y 12 años la etiología fue por un traumatismo. Demostrando que entre la edad de 4 años y 11años, la etiología de la lesión es representada más por un hábito que por un traumatismo.

Tabla II. Edad de los pacientes según etiología de la lesión.

			ETIOLOGIA DE LA LESION			
			Sin Hábitos	Hábitos	Traumatología	Total
EDAD DE LOS PACIENTES (Años)	3	1	0	0	1	
	4	2	1	0	3	
	5	0	3	0	3	
	6	0	1	0	1	
	7	1	1	0	2	
	8	0	1	0	1	
	9	0	1	0	1	
	10	1	1	0	2	
	11	0	1	2	3	
	12	0	0	1	1	
	Total	5	10	3	18	

Gráfico 2. Edad de los pacientes según etiología de la lesión

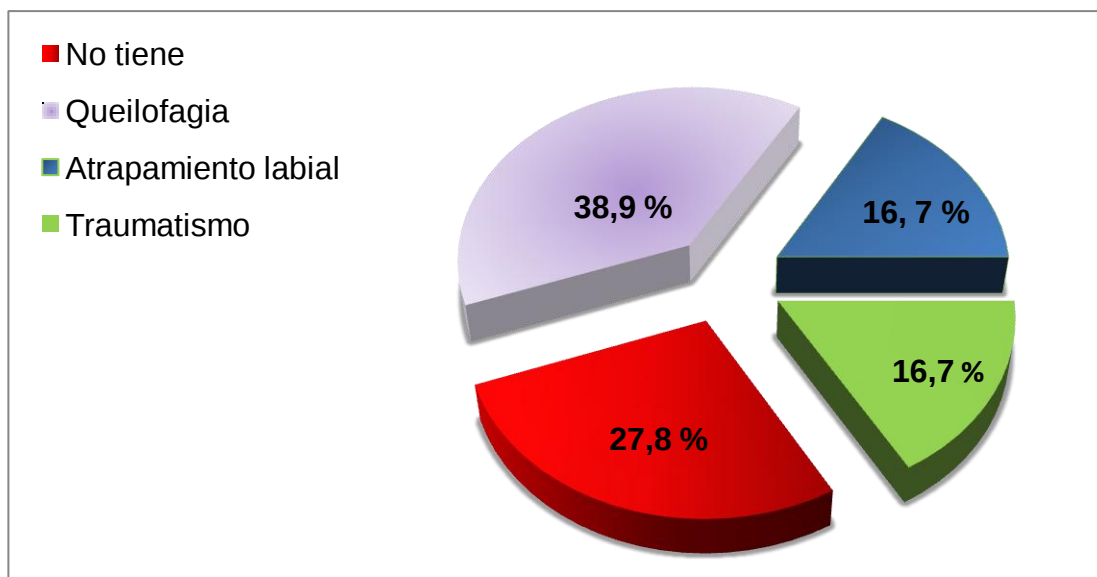


En la **Tabla III y Gráfico 3**, se evidencia que el hábito más frecuente en la población estudiada, es la queilofagia dando un porcentaje de 38,9 %, acompañado del hábito de atrapamiento labial en un 16,7 por ciento; la población sin hábito representa un 27,8 %; y a causa de un traumatismo fue representado por un 16,7 %. Demostrando que la etiología de la lesión fue representado más por un hábito establecido que por un traumatismo.

Tabla III. Etiología de la lesión (hábito presente)

ETIOLOGIA	Frecuencia	%
Sin Hábito	5	27,8
Queilofagia	7	38,9
Atrapamiento labial	3	16,7
Traumatismo	3	16,7
Total	18	100,0

Gráfico 3. Etiología de la lesión (hábito presente).

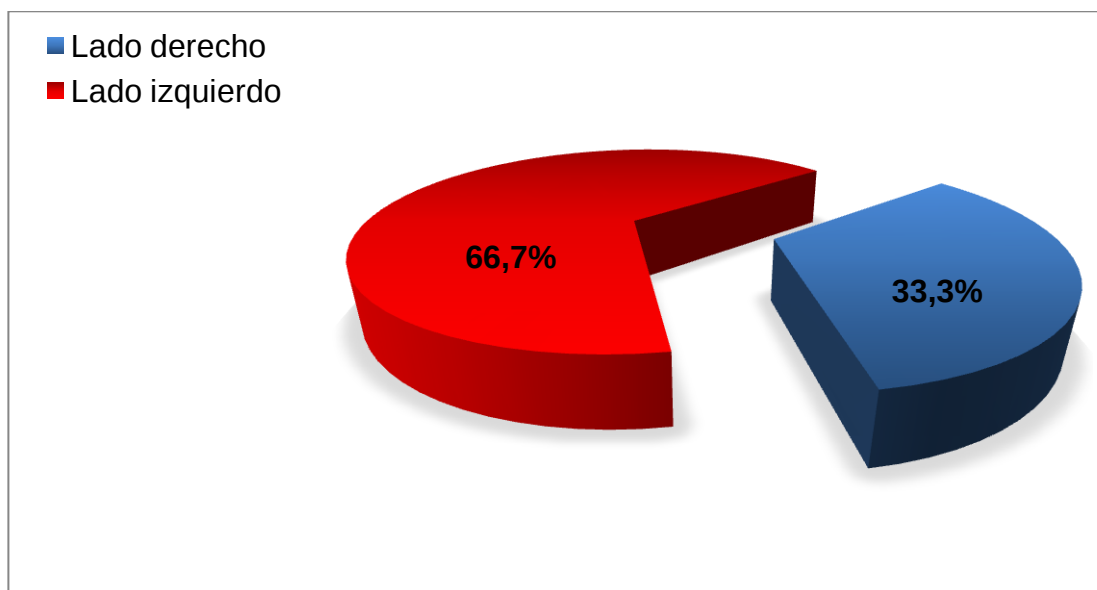


En la **Tabla IV y Gráfico 4**, se reflejó que el sitio de aparición de la lesión ocurre más en el lado izquierdo representando un 66,7 %, y un 33,3 % del lado derecho; vemos que no existe correlación entre ambas variables, ya que ambas variables son independientes.

Tabla 4. Localización del lado de la lesión.

Lado	Frecuencia	%
Lado Derecho	6	33,3
Lado Izquierdo	12	66,7
Total	18	100,0

Gráfico 4. Localización de la lesión

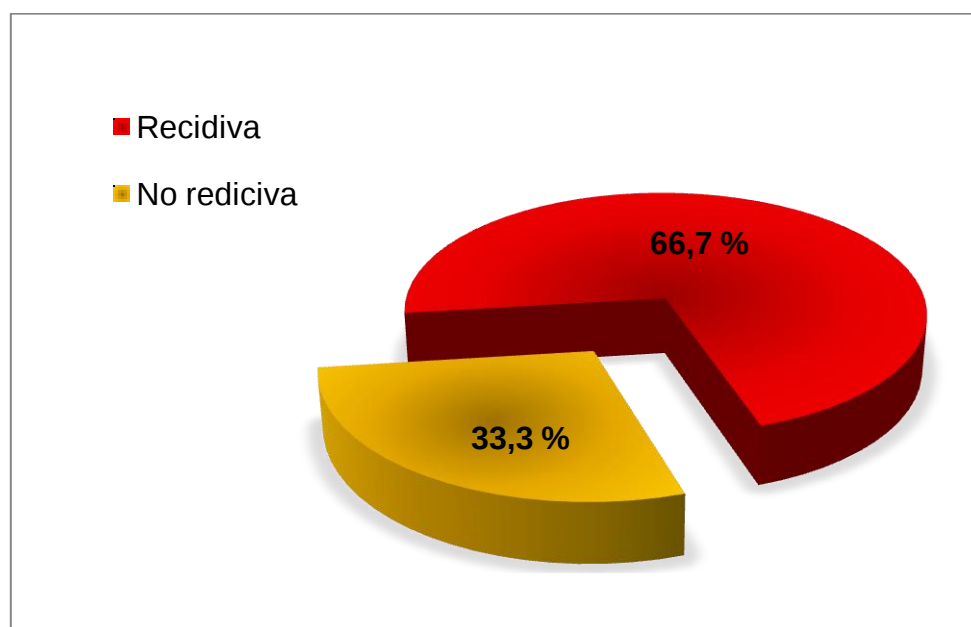


En la **Tabla V y Gráfico 5**, observamos una vez realizada la cirugía de la lesión, y los controles periódicos a los pacientes, ésta volvió a recaer representando un 66,7 %, y no volvió a recaer un 33,3 % de la población estudiada. Observando que la mayoría de la población presenta un hábito perjudicial establecido.

Tabla V. Representación de recidiva de la lesión.

RECIDIVA	Frecuencia	%
Recidiva	12	66,7
No Recidiva	6	33,3
Total	18	100,0

Gráfico 5. Representación de recidiva de la lesión

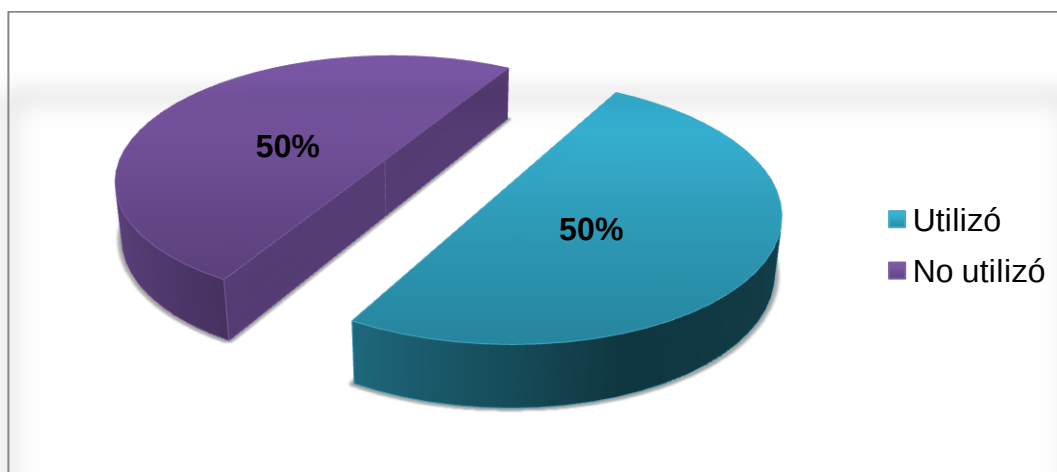


En la **Tabla VI, Gráfico 6**, se evidencia que en la población estudiada el 50 % uso de aparato y el otro 50 % no usó; los pacientes que no usaron aparato ortodóncico se hicieron controles periódicos y no se observó recidiva de la lesión.

Tabla VI. Uso de aparato ortodóncico

APARATO	Frecuencia	%
Utilizó	9	50,0
No Utilizó	9	50,0
Total	18	100,0

Gráfico 6. Representación del uso de aparato ortodóncico.

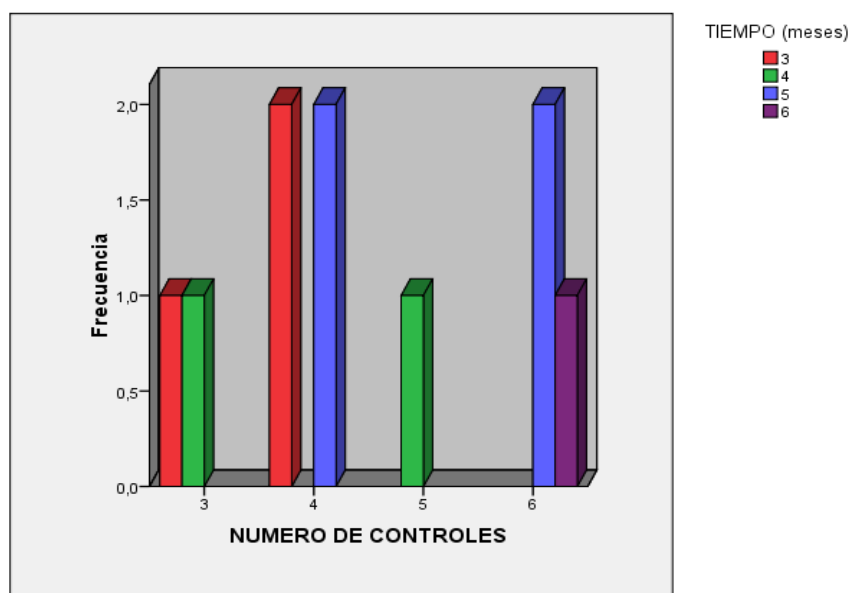


En la **Tabla VII y Gráfico 7**, se observó que el hábito desapareció con mayor frecuencia en el cuarto control representado por un 38,9 %, seguido por el sexto control por el 27,8 %, luego el quinto por el 22,2 % y por último el tercer control por un 11,1 %. Podemos evidenciar que son necesarios varios controles para observar si la lesión vuelve a recidivar y si se corrige el hábito que presente el paciente.

Tabla VII. Número de controles de la población.

ONTROLES	Frecuen		
	-cia	%	% acumulado
3	2	11,1	11,1
4	7	38,9	50,0
5	4	22,2	72,2
6	5	27,8	100,0
Total	18	100,0	

Gráfico 7. Número de controles realizados a la población.

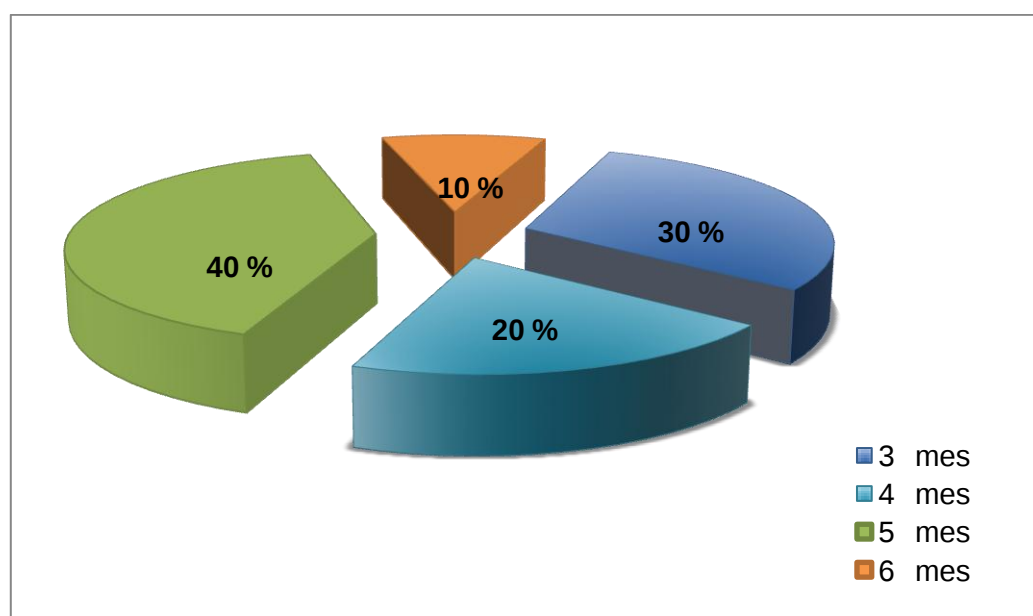


En la **Tabla VIII y Gráfico 8**, evidenciamos el tiempo en el cual desapareció el hábito, siendo el 5to mes por un 40 %, seguido del 3er mes por un 30 %, luego por el 4to mes por un 20 %, y por último el 6to mes por un 10 %. Demostrando que el tiempo del uso del la aparato ortodóncico debe estar por un período de tiempo determinado, para corregir el hábito y evitar recidiva.

Tabla VIII. Tiempo de desaparición del hábito presente.

MESES	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
3	3	16,7	30,0	30,0
4	2	11,1	20,0	50,0
5	4	22,2	40,0	90,0
6	1	5,6	10,0	100,0
Total	10	55,6	100,0	
No Aplica	8	44,4		
Total	18	100,0		

Gráfico 8. Frecuencia de número de controles realizado a la población

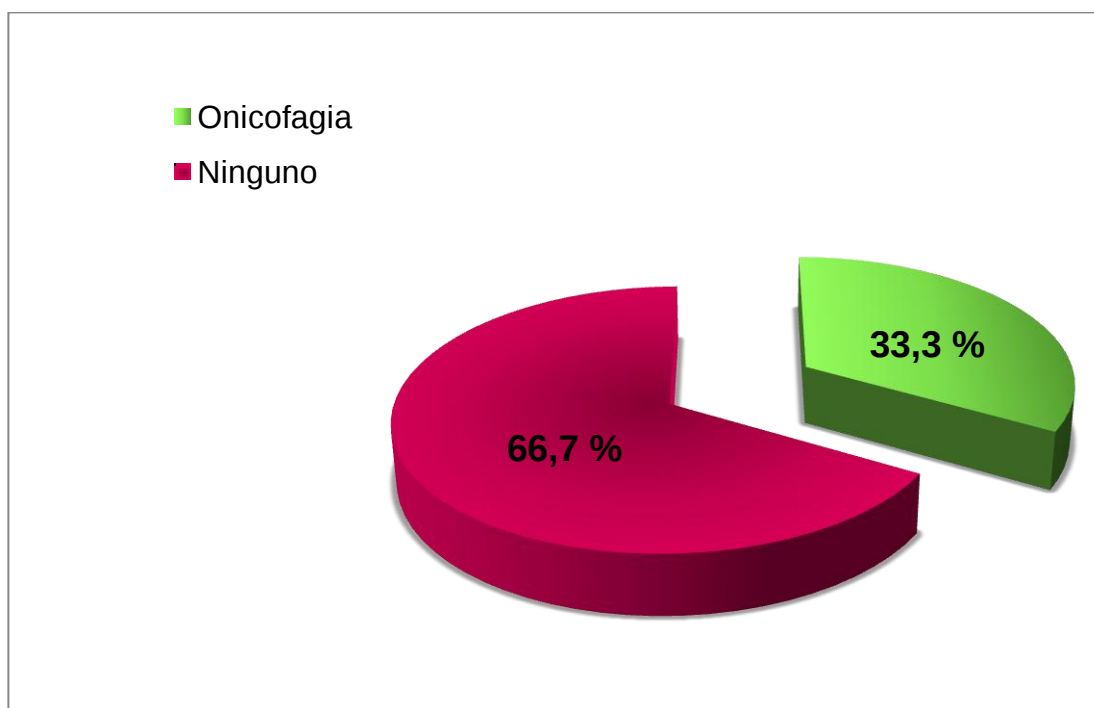


En la **Tabla IX y Gráfico 9**, se evidenció que aparte del hábito presente en la población; algunos niños presentaban otro hábito en conjunto, que es la onicofagia, representado por un 33,3 %. Aunque representa un porcentaje menos significativo, nos damos cuenta que debemos evaluar la posible asociación con hábitos perjudiciales asociados.

Tabla IX. Hábito asociado en conjunto con el hábito asociado a la lesión.

HABITO	Frecuencia	%
Onicofagia	6	33,3
Ninguno	12	66,7
Total	18	100,0

Gráfico 9. Hábito asociado en conjunto con el hábito asociado a la lesión.



V DISCUSIÓN

El mucocelo es una lesión reactiva que se caracteriza por una tumefacción tisular formada por moco acumulado tras escapar al tejido conjuntivo a partir de un conducto excretor roto. La localización más afectada es la superficie mucosa del labio inferior, seguida por la mucosa bucal, el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y el paladar.⁽³⁾

Cuando la glándulas salivales reciben algún trauma ya sea, porque el paciente mordió el labio o por un traumatismo de la zona⁽¹⁶⁾, hay acumulación de mucina extravasada dentro de la glándula, trayendo como consecuencia extravasación de moco en el tejido vecino, desarrollando una reacción inflamatoria periférica, resaltando que no existe evidencia que apoye esta teoría.^{(15) (17)}.

En el presente estudio se recuerda que dos (2) de las condiciones como criterio de inclusión fueron que los pacientes presentaran mucocelo, estuvieran de acuerdo a participar en la investigación, y el asentimiento de los pacientes y representantes, a través del consentimiento informado delegado.

Se pudo observar en cuanto a las características demográficas que no fue homogénea con respecto al género, debido que a la consulta se presentó un mayor número de

pacientes femenino que masculino. Con respecto a la etiología observamos que la lesión apareció más por un hábito perjudicial presente (queilofagia seguido del atrapamiento labial) que por un traumatismo; aunque la literatura reporta que la etiología de la lesión es más por un traumatismo de la zona que por un hábito, (1) (5) (15) (25) el presente estudio nos indicó que la población pediátrica que está asistiendo a la facultad de odontología, presenta más esta lesión por hábito presente que por traumatismo.

En la actualidad existen diversos tratamientos para la eliminación de patologías en los tejidos blandos; en el caso del mucocelo el tratamiento de elección es la excisión quirúrgica. Los mucocelos más superficiales la gran mayoría se resuelven espontáneamente y no requieren tratamiento a menos que su recurrencia sea persistente ⁽²⁵⁾. Los mucocelos se presentan a menudo pocos días después de un trauma menor, pero luego se estancan con respecto a su tamaño y pueden persistir sin cambios durante meses. Diferentes técnicas han sido descritas para el tratamiento de eliminación del mucocelo⁽⁵⁾, siendo la excisión quirúrgica el tratamiento de elección ⁽¹³⁾.

Hay acuerdos entre diversos autores sobre el uso del escudo labial y sus efectos que produce están bien

documentados. Cetlin y Diez Hoeve⁽⁹⁸⁾ en un estudio mostraron un incremento significativo en la anchura de la arcada inferior de los molares y premolares, mejor tonicidad muscular después de 12 meses de terapia con el escudo labial. Davidovich y cols⁽⁹⁹⁾ encontraron una inclinación hacia adelante significativo en los incisivos inferiores, el movimiento distal de los molares inferiores, y un aumento en el perímetro del arco mandibular de los pacientes tratados. O'Donnell,⁽¹⁰⁰⁾ también encontró un aumento significativo tanto en la longitud del arco mandibular como en el ancho, en los pacientes con tratamiento y mejor tonicidad muscular de la zona peribucal.

En cuanto a la tensión muscular se ha evaluado la efectividad del escudo labial. La estimulación de la aposición ósea con tensión perióstica se ha descrito ⁽⁹²⁾ y podría explicar el efecto de este tipo de aparato ortodóncico en el maxilar inferior en un período de tiempo combinado con el crecimiento en la mejora de anchura mandibular con respecto a su estructura basal. Otros estímulos posibles para la aposición ósea incrementa el potencial de erupción y los cambios en la tonicidad muscular peribucal y perioral.⁽¹⁰¹⁾

En la actualidad muchos de los pacientes pediátricos presentan hábitos nocivos establecidos como la queilofagia y el atrapamiento labial; estos hábitos pueden causar lesiones en los

tejidos blandos como el mucocelo, por lo que es importante corregirlos para que no vuelva a recidivar la lesión. En la literatura se ha reportado la utilización del Escudo Labial como una alternativa de tratamiento para la eliminación del mucocelo una vez realizada la excisión quirúrgica.⁽¹⁾⁽⁵⁾

Dentro de este orden de ideas, aún cuando el tratamiento del mucocelo está bien documentado, se considera que algunos tratamientos pudieran afectar a la adaptación del niño a la consulta odontológica.

Los resultados obtenidos en los estudios longitudinales realizados en los cuales se demuestran la estabilidad de los tejidos periorales de los mismos a través del tiempo lo que justifica la realización de diversos tratamientos para la eliminación del mucocelo en edades tempranas. Por lo que debemos ser explícitos con los representantes y el niño en relación a la etiología y el tratamiento de la lesión, señalándole la importancia adicional de la asistencia a la consulta por un cierto tiempo y toma de registros fotográficos, y evolución del tratamiento cuando son indicados al paciente.

Los resultados en nuestra investigación, coinciden con algunos estudios donde se demuestra las fuerzas periorales del

escudo labial antes y después del tratamiento, observando resultados positivos⁽⁹⁴⁾⁽⁹⁵⁾; demostrando la utilización del escudo labial como una alternativa de tratamiento para la eliminación del mucocele una vez realizada la excisión quirúrgica.⁽⁵⁾⁽¹⁾

La evidencia permite inferir que la secuencia de éste como complemento del tratamiento debe ser tomado según las condiciones clínicas con criterio diagnóstico por lo que la evaluación es individualizada. Esto corresponde con los resultados obtenidos en el presente estudio en la que se encontró asociaciones positivas estadísticamente significativas.. Adicionalmente la mayoría de los hábitos establecidos por facticia del paciente, comienzan en la niñez a temprana edad, lo que puede dificultar un poco la realización del tratamiento, ya que algunos pacientes pediátricos y sobre todo los de corta edad presenta poca cooperación o resistencia por parte de los padres y niños a la cirugía. También pudimos observar que la recurrencia de la patología presente se dió por fallas en el diagnóstico, donde hay una ocurrencia entre 4 años y medio y 11 años de edad, un promedio de $7,3 \pm 3$ años, con una moda a los 5 años de aparición, demostrando que a esta edad la etiología de la lesión es representada más por un hábito que por un traumatismo.

De igual forma evidenciamos que en la muestra el 55,6 tuvo algún hábito novivo como factor etiológico de la lesión, siendo el más frecuente la queilofagia (38,9%), seguido del atrapamiento labial (16,7%). Se destaca también que un 33% de los pacientes presentó onicofagia como único hábito asociado.

En relación al sitio más frecuentemente afectado, es el labio inferior⁽¹²⁾ a un lado de la línea media, evidenciando en el presente estudio coincidiendo con lo reportado en la literatura, viendo que no existe correlación entre ambas variables (ver anexo 1), siendo variables independientes.

El tratamiento completo e ideal en los casos de mucocelo consta de dos fases⁽¹³⁾⁽¹⁰¹⁾, la eliminación de la lesión a través de la excisión quirúrgica, seguida de interceptar el hábito cuando se encuentra presente y posteriormente una segunda fase de controles de los pacientes. Podemos observar en el estudio que una vez realizada la cirugía de la lesión, ésta volvió a recidivar en un alto porcentaje, al realizar la evaluación exhaustiva de estos nos dimos cuenta de la presencia del hábito por lo cual se procedió a planificar una segunda fase terapéutica que incluía la cirugía, seguida la colocación de un escudo labial una vez retirados los puntos, en este momento y a través de los controles evidenciamos el éxito de la terapia aplicada; por lo que

confirmamos la alta efectividad del escudo labial como complemento en el tratamiento de eliminación del mucocelo es eficaz, para corregir hábitos persistentes de los pacientes; confirmando así la evolución de la etapa oral psicosocial según Freud, que repercutirá a mediano plazo en un cambio problemático de procesos psicofisiológicos de la oralidad, los cuales dependiendo de la intensidad, duración y frecuencia, alterarán indebidamente las estructuras estomatognáticas.⁽¹⁰⁶⁾.

Para obtener el mejor tratamiento para el paciente pediátrico en cuanto a desaparición de hábito, se pudo evidenciar que son necesarios varios controles, tomando en cuenta un tiempo promedio de $4,3 \pm 1,07$ meses en el uso de escudo labial.

Con respecto a las frecuencias de las variables estudiadas en la presente investigación se halló que, en la evaluación de las comparaciones entre las variables de estudio, se evidenció que el género y la edad son variables independientes, tal como se encontró en estudios previos.⁽¹⁸⁾⁽³⁴⁾

Con respecto a otras correlaciones realizadas(ver anexo 2), evaluamos que al realizar la cirugía de la lesión y al instalar el escudo labial cuando se evidenció la presencia de hábito, el

resultado era efectivo sin observar recidiva del mucocelo. Esto debe llamar la atención en cuanto a que la efectividad de la terapia recae en la asistencia consecuente y a la implementación oportuna de todas las medidas.

En el grupo de pacientes que no usaron la aparatología se encontró desequilibrio en la zona perioral y recidiva de la lesión descrita. En los niños a quienes se les instaló el escudo labial se observó la eliminación por completo del hábito, y la lesión no volvió a recidivar, demostrando así la eficacia del escudo labial, cuando la patología es causada por hábito.

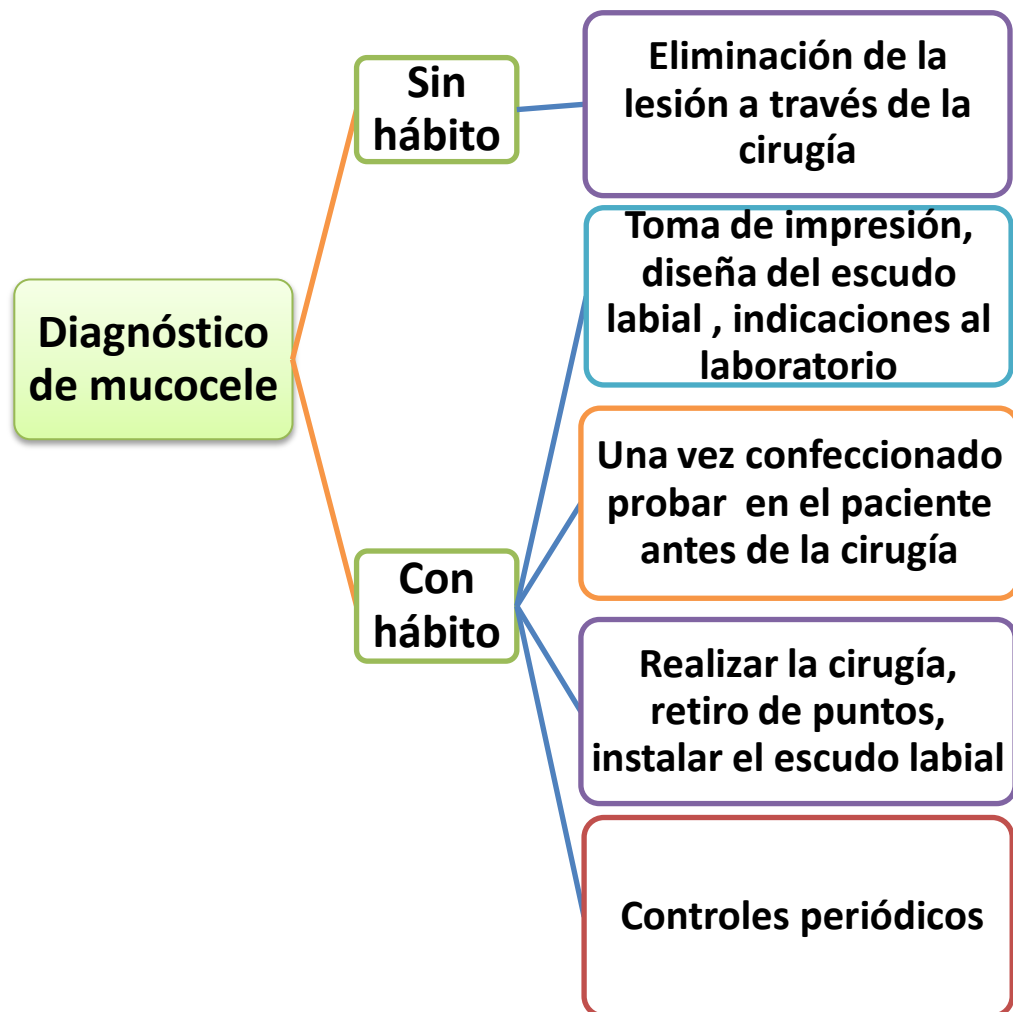
VI CONCLUSIONES

- 1.** A pesar de que en la literatura revisada se refiere la presencia del mucocelo en niños y adolescentes, independientemente del sexo, en este estudio predominó la presencia femenina, con predominancia de la población infantil.
- 2.** Las características demográficas de la muestra resultaron independientes de las otras variables claves del estudio como la aparatología, la recidiva y la presencia de hábitos
- 3.** Dentro de los factores etiológicos destaca la presencia de hábitos, siendo el más predominante la queilofagia. Estos hábitos demostraron dependencia estadística significativa con la recidiva y la aparatología.
- 4.** Cuando se realiza la cirugía de la lesión en conjunto con sus glándulas asociadas, y esta vuelve a recidivar, se detectó que estamos en la presencia de un hábito establecido por el paciente, debemos realizar un diagnóstico adecuado antes de planificar el tratamiento así como realizar controles para obtener el mejor tratamiento y resultado.
- 5.** El uso del escudo labial demostró ser efectivo para lograr el equilibrio de la musculatura peribucal, evitando con este método la recidiva de la lesión.

VII RECOMENDACIONES

- 1.** Dado que el presente estudio sobre el mucocelo es pionero en el país, se recomienda replicarlo con una muestra mayor, con el fin de validar los resultados obtenidos.
- 2.** Con el fin de perfilar y profundizar futuras investigaciones sobre esta temática, se recomienda elaborar un protocolo que incluya las características y variables específicas requeridas.
- 3.** Se recomienda que para continuar y profundizar esta línea de investigación, haya una mayor integración interdisciplinaria entre los Servicios de Clínica Estomatológica y Ortodoncia Interceptiva.
- 4.** Es importante generar mecanismos que minimicen la pérdida de los pacientes involucrados, con el fin de garantizar el seguimiento requerido en este tipo de estudios.

5. Se sugiere realizar una evaluación clínica exhaustiva a los pacientes pediátricos; si presentan hábito, planificar la colocación del escudo labial y realizar el siguiente protocolo:



VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saap J. Patología Maxilofacial y Bucal Contemporánea. Tercera ed. Ed Elsevier. Madrid 1998.
2. Lee E, Hyun S, Jong C. Clinical and Immunohistochemical. Ann Dermatol. 2009: 345.
3. Pindborg J. Atlas de enfermedades de la mucosa oral. Segunda ed. Ed Salvat. Barcelona 1974.
4. Porter S, Scully C, Kainth B. Multiple salivary mucocèles in a ypung boy. Int J of Pediatr Dent. 2000: 23(6) 149-150.
5. Harrinson J. Salivary mucocèles. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1975: 6(2) 67-69
6. Ospina A, Del Valle A, Naranjo R. Inflamación de glándulas salivales, revisión bibliográfica. Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. 2003: 17.
7. González M, Torres M, Martínez G. Agrandamiento no neoplásico de glándulas salivales. 2004: 189-190.
8. Ellis G. Tumours of the salivary glands. Tercera ed. Ed Maryland. Boston 1996.
9. Wei Wu C, Kao Yh, Jen Hsu H, Chen CM. Mucocèles of the

oral cavity in pediatric patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 2011: 276-279.

10. Disponible en: www.embriologiadental.blogspot.com. cited 2012 agosto 03.
11. Josep S. Patología Maxilofacial y Bucal Contemporánea. Tercera ed. Ed Elsevier. Madrid 1998.
12. Laskaris G. Patologías de niños y adolescentes. Cuarta ed. Ed Almoca. Caracas 2000.
13. Yamasoba T, Tamaya N, Syoji M, Fukuta M. Clinicostatistical study of lip mucoceles. Int J of Paediatr Dent. 1990;26(2) 316.
14. Dhanuthai K, Limpanaputtajak S. A retrospective study of pediatric oral lesions from Thailand. Int J of Pediatr Dent. 2007; 16(3) 248-253.
15. Lovas J, Goodday G. Clinical diagnosis of caliber-persistent artery of the lower lip. Oral Surg med and oral pathol. 1993: 167-170.
16. Anderson W. Pathology oral. Segunda ed. Ed Mosby Company. San Francisco 1971.

17. Kruger T. Cirugía buco-maxilofacial. Tercera ed .Ed Panamericana. Bogotá 1986.
18. Jones AV FC. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over 30 year period. Int J of Pediatr Dent. 2006: 45(6) 19-30.
19. Regezi J, Sciubba J. Patología Bucal. .Ed. Interamericana Mc.Graw – Hill. México 1995.
20. Disponible en: www.s.wikipedia.org. cited 2012 agosto 03.
21. Tran T, Parlette H. Removal of a large labial mucocele. J Am Acad Dermatol.1999: 760-2.
22. Arrieta J. Mucocele de glándula menor. Int J of Pediatric Otorh 2005: 62(354) 11.
23. Yin-Lin W, Hsiao-Hua C, Chang J, Guay-fen H. Retrospective Survey of Biopsied Oral Lesions in Pediatric Patients. 2009: 865-8.
24. Oka M, Nishioka E, Miyachi R, Terashima M. Case of superficial mucocele of the lower lip. J Am Acad Dermatol.2007: 754-6.

25. Eversole L, Rovin S. Mucoepidermoid carcinoma of minor salivary glands. Oral surg. 1972: 107.
26. Arendorf T. The association between perioral and mucoceles. Int J Oral Surg. 1981: 328-32.
27. Ship J, Phelan J, Kerr A. Biology and pathology of the oral mucosa. Quinta ed. Ed McGraw-Hill. New York 2003.
28. Lee E, Cho S, Jong Park C. Clinical and Immunohistochemical Characteristics of mucoceles. Ann Dermatol. 2009: 345-6.
29. Woo S. Diseases of the oral. Quinta ed. Ed Elseiver Mosby. Philadelphia 2005.
30. Cawson R, Binnie W, Eveson J. Salivary gland disease In. Clinical and Pathological. 1993: 234-240
31. Seifert G, Sobin L. Histopathological classification of tumors. Segunda ed. Ed Spring-Verlag. Berlin 1991.
32. Jimenez C, Pérez C. Mucocelos con localizaciones inusuales. Acta Odontologica. 2002; 40(2) 16.
33. Marcella M, Donaruma K, Shannon W. Oropharyngeal Lesions and Trauma in Children. Elseiver. 2010; 11(2).

34. Silva A. Superficial mucocele of the labial mucosa. Gen Dent. 2004: 47(3) 424-7.
35. Jones A, Franklin C. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30 years period. Int J of Pediatr Dent. 2006: 19-30.
36. Shafer W, Hine M, Levy B. Oral Pathology. Segunda ed. Ed Elsevier Mosby. Boston 1974.
37. Lucas R. Pathology of Tumours of the Oral. Tercera ed. Ed Churchill Livingstone. New York 1984.
38. Melrose R, Abrams A. Melrose, R, Abrams, A. Mucoepidermoid tumors intraoral minor salivary glands: a clinicopathologic study of 54 cases. Oral Path. 1973: 314.
39. Wood N, Goaz P. Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions. Tercera ed. Ed Mosby. St.Louis. 1997.
40. Neville B, Damm D. Oral & Maxillofacial Pathology. Tercera ed. Ed Saunders. Philadelphia 1995.
41. Disponible en: www.dradahianaynoasemioquirurgica.blogspot.com. cited 2012 agosto 16.

42. Greer R, Richardson J. The nature of lipomas and their significance in the oral cavity. Oral Surg. 1973: 551-6.
43. Ezinger F, Weiss S. Soft tissue tumors. Tercera ed. Ed Mosby. St Louis 1995.
44. Calvo G, Prieto-prado M, Alonso-orcajo N. Calvo-García N, Prieto-prado M, Alonso-orcajo N, Juanquera-gutiérrez L. Simetric lipomatosis of the tongue. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1999: 34(5) 610-2.
45. Disponible en: www.gsdl.bvs.sld.cu. cited 2012 agosto 16.
46. Chimeno K, Escobar , Lopez J, Rodriguez M, Marques S. Linfangioma capilar.Revisión de la literatura y reporte de un caso pediátrico. Acta Odontológica Venezolana. 2008: 47(4) 2-12.
47. Iriarte A, Valda Flores L, Rollano G. Linfangioma circunscrito de la lengua. Rev Boliviana Dermatol. 2002: 10(2) 39-41.
48. Hartl D, Roger G, Denoyelle F, Nicollas R. Extensive lymphangioma presenting with upper airway obstruction. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2000: 1378-32.

49. Ikemura K. A case of cystic lymphangioma extending from the neck to the tongue. *Cranio-maxillo-facial Surg.* 1987; 34(6): 369-71.
50. Balakrishnan A, Bailey C. Lymphangioma of the tongue. A review of pathogenesis, treatment and the use of surface laser photocoagulation. *Laryngol Otol.* 1991; 924-30.
51. Tasca R. Lymphangioma of the tongue presenting as Ludwig's angina. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1999; 201-5.
52. Tei E . Lymphangioma of the tongue: a case report. *Asian J Surg.* 2003; 67(54): 228-30.
53. Thompson B. Childhood airway manifestations of lymphangioma: a case report. *Asian J Surg.* 2004; 280-3.
54. Disponible en: www.patoral.umayor.cl. cited 2012 agosto 16.
55. Wandera A. Bilateral pyogenic granuloma of the tongue in graft- versus-host disease: Report of case. *J Dent Child.* 1994; 401-03.
56. Sanchez J, Villarroel M, Lopez-Labady J, Mata de Henning M. Granuloma piogénico. Reporte de un caso. *Acta*

Odontológica Venezolana. 2000; 38(2).

57. Leyden J. Oral cavity piogenic granuloma. Arch Dermatol. 1973: 226-28.
58. Patrice S. Pyogenic granuloma(lobular capillary hemangioma) a clinicopathologic study of 178 cases. Pediatric Dermatol. 1991: 267-276.
59. Vilman A. Pyogenic granuloma : evaluation of oral condition. Bri J Oral Maxillo Surg. 1986: 376-382.
60. Disponible en: www.bdigital.ces.edu.co. cited 2012 agosto 16.
61. López-Labady J. Fibroma traumático. Revisión bibliográfica y reporte de dos casos. Acta Odontológica Venezolana. 1999; 38(1).
62. Mandel L. Irritation Fibroma Report of a Case. Bri J Oral Maxillo Surg 1970: 34(8) 344-347.
63. Roberts F. Fibroma por irritación Repote de un caso. Rev Cost Cienc Med. 1982: 193-196.
64. Tamashiro T . Fibroma Gigante. Caso Clínico. Bri J Oral Maxillo Surg. 1996: 98(8) 241-244.

65. Zambrano J. Seijas A . Fibroma de tamaño considerable en el borde lateral de la lengua. Acta Odontológica Venezolana. 1995: 7-8.
66. Arotiba. G. A Study of Orofacial Tumors in Nigerian Children. J Oral Maxillofac Surg. 1996: 32(9) 34-38.
67. Flaitz C. Differential Diacgosis of oral enlargements in children. Am Acad Ped Dent. 1995: 87(42) 294-300.
68. Disponible en: www.residentestias.blogspot.com. cited 2012 agosto 16.
69. Bob J, Poirier C, Espasa E, Hernández M, Espanya A. Lower Lip Mucocele with an Erbium Laser. Int J of Pediatric Dentistry. 2009: 64(12) 249-251.
70. Bermejo A . Superficial mucocele. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1999: 65(7) 469-72.
71. Boj J. Treatment of mucocele pyogenic granuloma with a laser-powered hydrokinetic. J Oral Laser Appl. 2006: 67(8) 301-6.
72. Turkun M. Bactericidal effect of a Er,Cr:YSSG laser on streptococcus mutans. Dent Mater J. 2006: 85(65) 81-6.

73. Arnabat J. Erbium YAG laser application in the second phase of implant surgery: A pilot study in 20 patients. Int J Oral Maxillofac Implants. 2003: 78(23) 104-12.
74. Josep B. The future of laser pediatric dentistry. J Oral Laser Appl. 2005: 23(11) 173-7.
75. Disponible en: www.clinicaraquelgomez.com. cited 2012 agosto 16.
76. Camargo P. Liquid Nitrogen Cryosurgery for Treatment of mucocèles in Children. Int J of Pediatr Dent. 2012: 23(3) 159.
77. Farah C. Cryosurgical for treatment of oral lesions. Aus Dent J. 2006: 31(12) 2-5.
78. Twetman S. Cryosurgical treatment of mucocèle in children. Am J Dent. 1990: 56(23) 292-3.
79. Marcusshamer M. Cryosurgery in the management of mucocèles in children. Int J of Pediatr Dent. 1997: 61(34) 292-3.
80. Morret A. Cryosurgery for common skin conditions. Am Fam Physician. 2004: 15(23) 65-72.

81. Toida M. A simple cryotherapy method for treatment of oral mucous cysts. Int J Oral Maxillofac Surg. 1993: 17(12) 353-5.
82. Disponible en: www.ligacontraelcancer.com.co. cited 2012 agosto 16.
83. Piazzetta C, Torres-Pereira C, Amenabar J. Micro-marzipialization as an alternative treatment for mucocele in pediatric dentistry. Int J of Pediatric Dent. 2011: 54(9)1-5.
84. Yoshimura Y. A compararison of three methods used for treatment of ranulas. J Oral Maxillofac Surg. 1995: 23(21) 280-2.
85. Aldrigui J. Mucocele of the lower lip in 1 year old child. Pediatr Dent. 2010: 84(56) 95-98.
86. Berti A. Micromarsupializacao relato de dois casos clínico. Port Estomatol Cir Maxilofac. 2006: 98(78) 151-155.
87. Sandrini F. Ranula management: suggested modifications in the micro-marsupialization technique. Maxillofac Oral Surg. 2007: 1436-1438.

88. Baurmash H. Mucocoeles and ranulas. J Oral Maxillofac Surg. 2003: 369-78.
89. Proffit W, Fields , Henry W, Sarver J, David M. Comtemporary Orthod. Tercera ed. Ed Elseiver Science Health. Boston 2001.
90. Vanarsdall R, Secchi A, Chung C. Mandibular basal structure response to lip bumper treatment in the transverse dimension. Angle Orthod. 2004: 32(12) 473-9.
91. Santi D. Fuerzas producidas por el Lip Bumper. Acta Odontológica. 2005: 25(14) 61-68.
92. Hodge J, Nanda R, Ghosh J, Smith D. Forces produced by lip bumpers on mandibular. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1997: 1(111) 613-22.
93. Judit C. Ortodoncia clínica . Tercera ed. Ed Masson-Salvat. Barcelona 1992.
94. O'Donnell N. Perioral forces and dental changes resulting from mandibular lip bumper treatment. 1998: 1(11) 247-255.
95. Murphy C. A longitudinal study of incremental expansion using a mandibular lip bumper. Angle Orthod. 2004: 4(35)

473-9.

96. Moss M. The primary role of functional matrices in facial growth. *American Journal of Orthodontic*. 1969: 71(52) 566-577.
97. Bjerregaard J, Bundgaard A, Melsen B. The effect of the mandibular lip bumper and maxillary bite plane on tooth movement, occlusion and space conditions in the lower dental arch. *European Journal Of Orthodontics*. 1980: 257-265.
98. Cetlin N, Ten H. Nonextraction treatment. *J Clin Orthod*. 1983: 17(4) 396-413.
99. Davidovitch M, McInnis D D, Lindauer SJ S. The effect of lip bumper therapy in mixed dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1997: 1(11) 52-58.
- 100 O'Donnell S, Nanda R, Ghosh J. Perioral forces and dental changes resulting from mandibular lip bumper treatment to facial. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1999: 1(13) 225-235.
- 101 Soo N, Moore R. A technique for measurement of intraoral lip pressures with lip. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1991: 9(8) 409-17.

- 102 Warren J, Bishara K, Steinbock T, Yonezu Y. Efectos de la
duración de los hábitos de higiene bucal en las
características dentales en la dentición primaria. J Am Dent
Assoc. 2001: 13(21) 1685-1693.
- 103 Kohler L, Holst K. Maloclusión y chupando los hábitos de los
niños de cuatro años. Acta Paediatr Scand. 1973: 34(17)
373-379.
- 104 Enmerich A, Fonseca L, Elías A, Vieira de Medeir M.
Relación entra hábitos bucales, alteraciones
oronasofaríngeas y maloclusión en niños de pre-escolar en
Victoria. Cad Saude Publica. 2004; 20(3) 26-34.
- 105 Freud S. Construcciones en el análisis. Novena ed. Ed
Amorrotu. Buenos Aires 1996.
- 106 Popovich F, Thompson F. Thumb and fingensucking: its
relation to malocclusion. Am J Ortho. 1999: 63(5) 148-55.
- 107 Medina E, Rosado A. Malos hábitos orales en infantes de
guardería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med
Mexicano de Seguro Social. 2001: 39(5) 435-40.
- 108 Aznar M, Galán A, Reyes D. Dental Arch Diameters and
relationship to oral habits. Angle Orthodontist. 2005: 76(3).

109 Agunti U P, Rodríguez M, Cádiz O, Bobenm. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años. Rev Chilena Pediatr. 2000: 70(6).

110 Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/FAEST/clasvirtual/cip/manualortodoncia.pdf>. 2009.

111 Suricth W. Minimal forces in diagnosis, treatment, and retention. Angle Orthodontics. 1967: 75(21) 881-903.

112 Pant R. Management of pediatric ranula. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2002: 37(22) 115-118.

113 Poker C, Hopper. Salivary extravasation cyst of the tongue. Oral Maxillofac. 1990: 67(32) 176-177.

114 Guimaraes M. Extravasation mucocele involving the ventral surface of the tongue. Int J of Pediatr Dent. 2006: 86(45) 435-9.

115 Cawson R, Binnie W. Salivary gland disease. Oral Maxillofac. 1990: 62(35) 136-137.

116 Harry D. Mucoceles and ranulas. J Oral Maxillofac Surg.

. 2003: 56(42) 369-78.

117 Disponible en:[www. embriologiadental.blogspot.com](http://www.embriologiadental.blogspot.com). cited

. 2012 agosto 03.

Anexos

Anexo 1. Tabla de Correlación de Pearson según las variables.

Correlaciones

													LOCALI	
													ZACION	
													DE LA	
													LESION	
													/ LABIO	
													INFERI	
													OR	
EDAD	DE	LOS	Correlació											
PACIENTES	(Años)	n	de	1	-,184	,408	,231	,462	,480	,517 [*]	,605 ^{**}	,245	,212	,163
			Pearson											
			Sig.											
			(bilateral)		,464	,093	,357	,054	,160	,028	,008	,327	,398	,517
			N	18	18	18	18	18	10	18	18	18	18	18
SEXO	DE	LOS	Correlació											
PACIENTES		n	de	-,184	1	,081	-,342	,304	,195	,283	,212	-,322	-,137	-,081
			Pearson											
			Sig.											
			(bilateral)		,464	,751	,165	,220	,588	,256	,399	,192	,588	,751
			N	18	18	18	18	18	10	18	18	18	18	18
RECIDIVA	DE	LA	Correlació											
LESION		n	de	,408	,081	1	,707 ^{**}	,354	. ^a	,191	,120	,500 [*]	-,200	,250
			Pearson											

		Sig. (bilateral)	,093	,751		,001	,150	,000	,449	,637	,035	,426	,317
		N	18	18	18	18	18	10	18	18	18	18	18
APARATOLOGIA		Correlació n de	,231	-,342	,707**	1	,222	-,100	-,108	-,169	,471*	-,212	,000
		Pearson											
		Sig. (bilateral)	,357	,165	,001		,375	,784	,670	,503	,048	,398	1,000
		N	18	18	18	18	18	10	18	18	18	18	18
NUMERO CONTROLES	DE	Correlació n de	,462	,304	,354	,222	1	,667*	,180	,197	-,118	-,047	-,236
		Pearson											
		Sig. (bilateral)	,054	,220	,150	,375		,035	,475	,433	,641	,853	,346
		N	18	18	18	18	18	10	18	18	18	18	18
TIEMPO DESAPARICION HABITO	DE	Correlació n de	,480	,195	. ^a	-,100	,667*	1	-,413	. ^a	-,498	-,199	-,239
		Pearson											
		Sig. (bilateral)	,160	,588	,000	,784	,035		,236	,000	,143	,582	,506
		N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
ETIOLOGIA LESION	DE LA	Correlació n de	,517*	,283	,191	-,108	,180	-,413	1	,939**	,038	,454	-,076
		Pearson											
		Sig. (bilateral)	,028	,256	,449	,670	,475	,236		,000	,881	,059	,764

		N	18	18	18	18	18	10	18	18	18	18	18
ETIOLOGIA DE LA LESION	Correlació n de		,605**	,212	,120	-,169	,197	. ^a	,939**	1	,060	,424	,060
	Pearson												
	Sig. (bilateral)		,008	,399	,637	,503	,433	,000	,000		,814	,079	,814
	N		18	18	18	18	18	10	18	18	18	18	18
HABITO ASOCIADO A LA LESION	Correlació n de		,245	-,322	,500*	,471*	-,118	-,498	,038	,060	1	,050	,250
	Pearson												
	Sig. (bilateral)		,327	,192	,035	,048	,641	,143	,881	,814		,844	,317
	N		18	18	18	18	18	10	18	18	18	18	18
TAMAÑO DE LA LESION (cms)	Correlació n de		,212	-,137	-,200	-,212	-,047	-,199	,454	,424	,050	1	-,325
	Pearson												
	Sig. (bilateral)		,398	,588	,426	,398	,853	,582	,059	,079	,844		,188
	N		18	18	18	18	18	10	18	18	18	18	18
LOCALIZACION DE LA LESION / LABIO INFERIOR	Correlació n de		,163	-,081	,250	,000	-,236	-,239	-,076	,060	,250	-,325	1
	Pearson												
	Sig. (bilateral)		,517	,751	,317	1,000	,346	,506	,764	,814	,317	,188	
	N		18	18	18	18	18	10	18	18	18	18	18

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**, La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

a. No se puede calcular porque al menos una variable es constante.

Anexo 2. Tabla de correlaciones según significancia con las variables.

Correlaciones

			RECIDIVA DE LA LESION	APARATOL OGIA	NUMERO DE CONTROLE S	TIEMPO DE DESAPARIC ION DEL HABITO	ETIOLOGIA DE LA LESION	ETIOLOGIA DE LA LESION	HABIT O ASOC IADO A LA LESION
RECIDIVA DE LA LESION	Correlación de Pearson	de	1	,612*	,228	. ^a	-,604*	-,707**	,408
	Sig. (bilateral)			,015	,414	,000	,017	,003	,131
	N		15	15	15	10	15	15	15
APARATOLOGIA	Correlación de Pearson	de	,612*	1	,106	-,100	-,796**	-,866**	,389
	Sig. (bilateral)		,015		,706	,784	,000	,000	,152
	N		15	15	15	10	15	15	15
NUMERO DE CONTROLES	Correlación de Pearson	de	,228	,106	1	,667*	-,085	-,046	-,239
	Sig. (bilateral)		,414	,706		,035	,764	,871	,391
	N		15	15	15	10	15	15	15

TIEMPO DE DESAPARICION DEL HABITO	Correlación de Pearson	a	-,100	,667*	1	-,413	a	- ,498
	Sig. (bilateral)	,000	,784	,035		,236	,000	,143
	N	10	10	10	10	10	10	10
ETIOLOGIA DE LA LESION	Correlación de Pearson	-,604*	-,796**	-,085	-,413	1	,853**	- ,341
	Sig. (bilateral)	,017	,000	,764	,236		,000	,213
	N	15	15	15	10	15	15	15
ETIOLOGIA DE LA LESION	Correlación de Pearson	-,707**	-,866**	-,046	a	,853**	1	- ,289
	Sig. (bilateral)	,003	,000	,871	,000	,000		,297
	N	15	15	15	10	15	15	15
HABITO ASOCIADO A LA LESION	Correlación de Pearson	,408	,389	-,239	-,498	-,341	-,289	1
	Sig. (bilateral)	,131	,152	,391	,143	,213	,297	
	N	15	15	15	10	15	15	15

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

a. No se puede calcular porque al menos una variable es constante.

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

