



Carrera de Odontología.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontólogo.

Tema:

Caracterización de las lesiones bucales en pacientes menores de 18 años portadores de leucemia linfoblástica aguda que recibieron quimioterapia en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont en los años 2012 y 2013.

Autor:

Miguel Ángel Acosta Mendoza.

Directora de tesis:

Dra. Sirced Salazar Rodríguez.

Portoviejo-Manabí-República del Ecuador.

2014.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Sirced Salazar Rodríguez. Certifico que la tesis de investigación titulada Caracterización de las lesiones bucales en pacientes menores de 18 años portadores de leucemia linfoblástica aguda que recibieron quimioterapia en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont en los años 2012 y 2013. Es trabajo original de Miguel Ángel Acosta Mendoza, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Sirced Salazar Rodríguez.

Directora de Tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tesis de grado.

Tema: Caracterización de las lesiones bucales en pacientes menores de 18 años portadores de leucemia linfoblástica aguda que recibieron quimioterapia en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont en los años 2012 y 2013. Sometida a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tribunal.

Dra. Lucia Galarza Santana Mg.Sc.

Directora de Carrera.

Dra. Sirced Salazar Rodríguez.

Directora de Tesis.

Dra. Katuska Briones de Polanco.

Miembro del tribunal.

Dra. Marianella Rodríguez.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORIA.

Las responsabilidades por los hechos, ideas, procesamiento de datos de resultados, análisis, conclusiones, recomendaciones y doctrinas expuestas en el presente trabajo investigativo, corresponde exclusivamente a sus autores. El patrimonio intelectual de tesis de grado corresponderá a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Miguel Ángel Acosta Mendoza.

Autor.

AGRADECIMIENTO.

La culminación de la presente tesis me permite agradecer infinitamente a:

Dios, que me ha brindado fuerzas en los momentos difíciles para poder seguir en el camino del éxito.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por la valiosa oportunidad prepararme como profesional en el campo de la Odontología.

A la Dra. Sirced Salazar Rodríguez, directora de tesis, quien con su paciencia y tolerancia, permitió día a día construir y mejorar este trabajo de investigación, por ser formadora e inculcadora de conocimientos, a ella muchas gracias por su apoyo incondicional. A mi esposa e hija, por regalarme cada uno de los momentos de familia para poder concluir con mis estudios.

A todos ellos gracias.

Miguel Ángel.

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo a Dios, que dio luces a mi existencia para llegar a culminar con éxito mis estudios y obtener el título de Odontólogo.

A mis padres, Wiler Acosta Mendoza y Marisol Mendoza Murillo, por ser los pilares fundamentales de mi vida.

A mi esposa, Senia Cedeño Cevallos, quien con su apoyo y amor incondicional, permitió continuar con este estudio.

A mi hija, Franshesca, fuente de inspiración por quien lucho cada día para seguir creciendo en conocimientos y alcanzar mejores días.

Miguel Ángel.

RESUMEN.

La Leucemia linfoblástica aguda (LLA), constituye la neoplasia, más frecuente en edad infantil, con una incidencia aproximada de 3.9 casos por 100.000. Representan el 25% de todas las neoplasias en menores de 15 años, y con los actuales esquemas de tratamiento oncoespecíficos y las mejoras en las medidas del tratamiento clínico de sostén, la expectativa estimada de sobrevida libre de enfermedad es del 75% a los 5 años. Las manifestaciones bucales secundarias son complicaciones comunes de estos pacientes debido a la quimioterapia. El objetivo principal del estudio fue caracterizar las lesiones bucales en pacientes menores de 18 años portadores de leucemia linfoblástica aguda que recibieron quimioterapia en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont en los años 2012 y 2013. El tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo; la muestra estuvo constituida por todos los pacientes menores de 18 años que acudieron al servicio de oncología pediátrica de dicho centro hospitalario siendo estos un total de 56 pacientes con diagnóstico definitivo de leucemia linfoblástica aguda. Se tomó en cuenta las principales manifestaciones bucales pos quimioterapia: mucositis oral, úlceras y aftas bucales, gingivitis y candidiasis bucal, recogidas de las historias clínicas digitales. Encontrándose como resultado que la mayoría de los pacientes, presentaron alguna lesión bucal como resultado de la quimioterapia; la mayoría de los pacientes presentaron mucositis 53 pacientes (61,6%), seguida de gingivitis y úlceras bucales con un total de 11 (12,7%) y 10 (11,6%) casos respectivamente. Se concluyó que las lesiones bucales posquimioterapia se presentan con frecuencia independientes del género o edad y que la mucositis bucal es la manifestación más común encontrada.

Palabras claves: leucemia linfoblástica aguda, quimioterapia, mucositis bucal, gingivitis, candidiasis bucal, úlceras bucales, afta bucal.

ABSTRACT.

Acute lymphoblastic leukemia (ALL), are the most frequent malignancies in child age, with an incidence of 3.9 cases per 100,000. Represent 25% of all malignancies in children under 15 years and with current treatment oncospecific schemes and improvements in clinical measures of supportive treatment, the estimated disease-free survival expectation is 75% at 5 years. The secondary oral manifestations are common complications in these patients due to chemotherapy. The main objective of the study was to characterize oral lesions in carriers under 18 acute lymphoblastic leukemia receiving chemotherapy in Dr. Julio Villacreses Colmont Hospital in 2012 and 2013.

The study was descriptive type, retrospectivo; the sample consisted of all patients younger than 18 years who presented to the pediatric oncology hospital being told these a total of 56 patients with definite diagnosis of acute lymphoblastic leukemia. Oral mucositis, ulcers and canker sores, and thrush givitis, collected from digital medical records: the main oral manifestations after chemotherapy was taken into account. Found as a result that most of the patients showed any mouth injury as a result of chemotherapy; most patients had mucositis 53 patients (61.6%), followed by gingivitis and mouth ulcers with a total of 11 (12.7%) and 10 (11.6%) cases respectively. It was concluded that the postchemotherapy oral lesions occur often independent of gender or age, and that oral mucositis is the most common manifestation found.

Keywords: acute lymphoblastic leukemia, chemotherapy, oral mucositis, gingivitis, oral thrush, mouth ulcers, canker sore.

ÍNDICE.

	Pág.
Certificación de la directora de tesis.....	II
Certificación del tribunal examinador.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Agradecimiento	V
Dedicatoria	VI
Resumen	VII
Abstract.....	VIII
Índice	IX
Índice de cuadros.....	XII
Introducción	1
Antecedentes	5
Capítulo I	
1. Problematización.....	6
1.1. Planteamiento del problema.....	6
1.2. Formulación del problema.....	7
1.3. Justificación.....	8
1.4. Objetivos.....	9
1.4.1. Objetivo general	9
1.4.2. Objetivos específicos	9
Capítulo II.....	
2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.....	10
2.1. Marco institucional	10
2.2. Leucemia linfoblásticas	11
2.3. Lesiones bucales	15

2.3.1. Unidades de observación y análisis	24
2.4. Variables.....	25
2.5. Matriz de operacionalización de las variables.....	25

Capítulo III

3. Marco metodológico	25
3.1. Metodología a aplicar	25
3.2. Modalidad de la investigación	25
3.3. Métodos	25
3.4. Técnica	26
3.5. Instrumentos	26
3.6. Recursos	26
3.6.1. Humanos	26
3.6.2. Materiales.....	26
3.6.3. Recursos tecnológicos	27
3.6.4. Recursos económicos	27
3.7. Población	27
3.8. Criterios de inclusión	27
3.9. Criterios de exclusión	28
3.10. Proceso de recopilación de la información	28
3.8. Procesamiento de la información	28

Capítulo IV.

4. Análisis e interpretación de los resultados.....	29
-----------------------------------------------------	----

Capítulo V.

5. Conclusiones y recomendaciones	45
5.1. Conclusiones	45
5.2. Recomendaciones.....	46

Capítulo VI	
6. Propuesta	47
6.1. Tema.....	47
6.2. Periodo de ejecución.....	47
6.3. Descripción de los beneficiarios	47
6.4. Clasificación	47
6.5. Localización	48
6.6. Justificación	48
6.7. Marco institucional	49
6.8. Objetivos.....	50
6.8.1. Objetivos principal.....	50
6.8.2. Objetivos específicos	50
6.9. Diseño metodológico	50
6.10. Presupuesto	51
6.11. Cronograma	51
6.12. Sostenibilidad	51
Bibliografía	52
Anexos	57

ÍNDICE DE CUADROS.

		Pág.
Cuadro 1:	Frecuencia de pacientes con LLA del hospital Oncológico Dr. Julio Villacreces Colmont SOLCA según Sexo.	29
Cuadro 2	Analogía de pacientes con LLA del hospital Oncológico Dr. Julio Villacreces	31
Cuadro 3:	Analogía de pacientes con LLA del hospital Oncológico Dr. Julio Villacreces	33
Cuadro 4:	Total de lesiones bucales en pacientes con LLA.	35
Cuadro 5.	Lesiones combinadas.	37
Cuadro 6:	Total de lesiones de acuerdo a la procedencia.	41
Cuadro 7.	Total de lesiones de acuerdo a edad.	43

INTRODUCCIÓN.

La presente investigación, se la realizó con la finalidad de caracterizar las lesiones bucales en menores de 18 años portadores de leucemia linfoblástica aguda, siendo importante debido a sus repercusiones a nivel de la cavidad bucal en tratamientos oncoespecíficos. Para ello fue necesario tomar aportes científicos de ciertos autores que realizan estudios a pacientes con este tipo de patología.

Analizando la obra de Barbosa¹ (2009), puedo citar que:

Entre las patologías malignas que se presentan en la infancia, es la leucemia linfoblástica aguda (LLA) la más frecuente. Se le atribuye el 50% de todos los cánceres en este grupo de edad y corresponde al 75,2% de las leucemias en los niños. Se presenta con más frecuencia en el sexo masculino, puede ocurrir a cualquier edad, aunque tiene incidencia máxima entre los 2 y los 4 años. Para el autor su origen, no es totalmente conocido, sin embargo se lo puede relacionar con factores ambientales, hereditarios y microbiológicos.

El tratamiento oncoespecífico utilizado para este tipo de leucemias es la quimioterapia que busca destruir las células malignas que se reproducen con un ritmo superior a las normales. Los diferentes protocolos de tratamientos utilizan drogas estomatotóxicas a altas dosis, como el metrotexate. (p .6).

Esta enfermedad se caracteriza por el acúmulo de células jóvenes anormales de la médula ósea, sustituyendo las células sanguíneas normales. La expresión de signos en el hemograma, se exterioriza después de la invasión medular, donde los elementos blásticos alcanzan la sangre circulante.

Así mismo, indagando en la obra de Barbosa² (2009), se pudo conocer que:

La quimioterapia provoca como efecto adverso, trastornos en el crecimiento de las células normales y la capacidad de las mucosas para regenerarse,

¹Barbosa, D., Bernal, L., Gallego, C., Sierra, M. (2009). *Comparación de los efectos de tres enjuagues en el manejo de la mucositis oral secundaria al tratamiento de leucemia linfoblástica aguda en niños*. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.

²Barbosa, D., Bernal, L., Gallego, C., Sierra, M. (2009). *Comparación de los efectos de tres enjuagues en el manejo de la mucositis oral secundaria al tratamiento de leucemia linfoblástica aguda en niños*. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.

favoreciendo la aparición de mucositis y otras patologías bucales, La mucositis bucal, es una inflamación de la mucosa de la boca caracterizada por dolor, úlceras, disfagia, odinofagia, disgeusia, eritema, descamación, sangrado y exudados, aparece durante el tratamiento citostático siendo frecuente entre los 5 y 7 días después del inicio del mismo. (p. 9).

Los trastornos de las células sanguíneas las ulceraciones de las mucositis y la inmunosupresión producida por el tratamiento oncoespecífico, favorecen la aparición de infecciones en la cavidad bucal, bacterianas fúngicas y virales.

Por lo anterior, dentro del esquema de tratamiento preventivo, se debe tomar en cuenta el tratamiento odontológico, ya que dichas complicaciones además pudieran agravar patologías dentarias previas al tratamiento.

Las lesiones bucales son difíciles de tratar, por lo que es de mucha importancia conocer las características clínicas que poseen con la finalidad de que se facilite interpretación para ofrecer una conducta terapéutica adecuada.

Se presenta una revisión actualizada de las características semiológicas de las lesiones bucales que forman parte del cuadro clínico del paciente con LLA durante el tratamiento oncoespecífico, considerando que las lesiones de la mucosa bucal son multifactoriales.

Estudiando la obra de Barbosa³ (2009) se pudo conocer que:

Para el tratamiento de la mucositis oral se han utilizado diferentes compuestos, entre los que se destacan ungüentos, geles y enjuagues elaborados a partir de sustancias analgésicas, anestésicas, antihistamínicas, agentes antiinflamatorios,

³ Barasch, A., Peterson, DE. (2003). *Risk factors for ulcerative oral mucositis in cancer patients: unanswered questions. Oral Oncol.* Barcelona, Reino de España: Medicina Oral S. L. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852006000600005

bicarbonato sódico, esteroides tópicos, orabase, vitamina E, clorhexidina, nitrato de plata y capsaicina, entre otros. (p. 37).

Consultando la obra de Lucas⁴ (1987) se pudo citar que “Pueden ser de origen primario o secundario, según sean propias de enfermedades bucales o como parte del cuadro clínico de diversas enfermedades del sistema nervioso, cardiovascular, endocrino, dermatológico y digestivo. El diagnóstico de estas entidades es básicamente clínico” (pp. 7 y 16).

Por lo tanto, la investigación fue realizada con la finalidad de:

-Caracterizar las lesiones bucales en Pacientes menores de 18 años portadores de leucemia linfoblástica aguda que recibieron quimioterapia en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont en los años 2012 y 2013.

-Para el desarrollo de la misma se aplicó una ficha de recolección e información procedente de los niños sometidos a quimioterapia por leucemia linfoblástica aguda.

Este estudio consta de IV capítulos, desarrollados de la siguiente manera:

Capítulo I: Se realizó el planteamiento y la formulación del problema, enfocando las lesiones bucales de pacientes portadores de leucemia linfoblástica aguda, durante o después del tratamiento oncoespecífico, en los niños y niñas que padecen la enfermedad y que recibieron quimioterapia. Además se justifica el tema, demostrando las razones por las cuales es factible su realización y los beneficios que

⁴ Lucas, T. (1987). *Enfermedades de la boca*. Barcelona, Reino de España: Medicina Oral S. L. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_3_06/est08306.htm

se pueden lograr con la realización de la investigación. En este capítulo también se plantean el objetivo general y los objetivos específicos.

Capítulo II: Consta de: Marco Institucional en donde se explica bases teóricas de cada una de las variables, las mismas que cuentan con información bibliográfica tanto de libros como páginas web. Las variables referidas la leucemia linfoblástica como variable independiente, así como también la variable dependiente la cual es las lesiones bucales.

Capítulo III: En éste capítulo se presenta la metodología de la investigación la misma que se presenta como descriptiva retrospectiva, siguiendo los pasos del método científico. Se incluyen investigación de campo como: formulario de recolección de datos y una encuesta sobre datos orales en niños sometidos a quimioterapia por leucemia linfoblástica aguda.

Capítulo IV: En este se encuentra el análisis e interpretación de los resultados de la ficha de la historia clínica digital, realizada a los niños sometidos a quimioterapia por leucemia linfoblástica aguda. También se encuentran las conclusiones, las mismas que indican los hallazgos de la investigación.

ANTECEDENTES.

La mayoría de los estudios sobre las lesiones bucales, son enfocados a problemas dentales y de periodoncia, esto se evidencia porque existe poca información que aborde las lesiones de tejidos blandos de la mucosa bucal. Investigando la obra de Espinosa, Loza⁵ (2006) se pudo citar que “Es importante destacar que el examen de la cavidad bucal proporciona información importante en el diagnóstico de las alteraciones del desarrollo, de enfermedades infecciosas, inflamatorias y neoplásicas” (pp. 153 y 157).

Los estudios que se presentan sobre las enfermedades bucales en su mayoría están asociados a pacientes de edad adulta y por lo tanto de acuerdo a revisión bibliográfica realizada existen pocos reportes acerca de las condiciones de las lesiones bucales pediátricas.

Consultando la obra de Rioboo, Planells y Rioboo⁶ (2005) se pudo transcribir que:

Existen diversos estudios alrededor del mundo cuyos porcentajes y frecuencias dependen de la apreciación individual de los investigadores y de la diversidad epidemiológica de cada una. De las poblaciones estudiadas; dichos porcentajes varían notablemente, encontrando cifras que van desde el 4.1% hasta el 52.6%³, siendo estomatitis aftosa recurrente, herpes labial, lengua geográfica, candidiasis y lesiones de origen traumático una constante dentro de la población infantil. (p. 87).

⁵ Espinosa, M., Loza, G., Mondragón, R. (2006). *Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos*. Barcelona, Reino de España: Medicina Oral S. L. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od111d.pdf>

⁶ Rioboo, MR., Planells, P., & Rioboo, R. (2005). *Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. Barcelona, Reino de España: Medicina Oral S. L. [En línea] Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od111d.pdf>

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Planteamiento del problema.

Analizando una investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷ (2013) se pudo referenciar que:

Durante mucho tiempo los tratamientos de las leucemias en niños han constituido un verdadero dilema de éxito o fracaso a quienes participan del desarrollo de las estrategias terapéuticas, siendo hoy la leucemia Linfoblástica aguda la más común en los niños menores de 12 años, con una incidencia a nivel mundial de 15 casos por cada 100.000 niños que nacen. (p. 19).

Indagando en el Registro de Cáncer Manabí⁸ (2013) se pudo describir que:

En Ecuador las cifras de leucemia infantil han aumentado en los últimos años, se registran cifras de aproximadamente 500 casos en el año 2010, llegando a cifras de casi 900 niños en el año 2012, estas cifras indican de manera clara que la incidencia de cáncer infantil y en especial las leucemias linfoblásticas agudas están aumentando de manera significativa año a año, a la vez que los tratamientos están cambiando. (p. 75).

Hoy en día, la salud bucal tanto en niños como en adultos se ve afectada por múltiple factores, este es el caso particular de los niños que recibieron quimioterapia en el hospital oncológico Julio Villacreses Colmont de la ciudad de Portoviejo. La misma que aqueja de manera general, como es el caso de la inmunosupresión, caída del cabello y predisposición a ciertas infecciones, y muy particularmente causando lesiones a nivel bucal. De tal manera que la magnitud o impacto de este tipo de eventos, afecta de manera directa al paciente en su estado de salud general, en especial

⁷ OMS. (2013). *Informe de leucemias en el mundo*. Washington DC: OPS/OMS.

⁸ MANABI, R.D. (2013). *Incidencias de Leucemias en Niños*. Portoviejo, República del Ecuador: MAGRO.

su estado nutricional, puesto que no puede ingerir adecuadamente los alimentos, causando un círculo vicioso; poca alimentación, baja su estado inmunológico, continua la enfermedad, lo que trae consecuencias críticas en la calidad de vida del paciente.

En este sentido la aplicación de quimioterapia en los pacientes que padecen leucemias, constituyen un importante problema para el médico que las enfrenta, pues su abordaje requiere de un equipo multidisciplinario. Durante el tratamiento de esta se derivan una serie de complicaciones, como: cardíacas (cardiotoxicidad), además de hepatotoxicidad y nefrotoxicidad, en cada uno de éstos interviene de manera directa el especialista, la mayoría de estos medicamentos causan lesiones en las mucosas bucales, del tipo de micosis, queilitis, aftas entre otras. En este sentido el odontólogo, debe estar presente antes, durante y después del tratamiento, para que las lesiones no tengan un mayor grado de complejidad.

1.2. Formulación del problema.

-¿Cuáles son las lesiones bucales en los menores de 18 años con leucemia linfoblástica aguda en tratamiento con quimioterapia del Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont en los años 2012 y 2013 y su caracterización epidemiológica?

La interrogante fue respondida mediante el proceso de investigación científica.

1.3. Justificación.

La importancia de este estudio, radica en que se caracterizan las lesiones bucales en pacientes menores de 18 años sometidos a quimioterapia con leucemia linfoblástica aguda. Las misma que sigue siendo objeto de estudio y controversia los múltiples tratamientos utilizados en este tipo de patología, en donde la primera alternativa de tratamiento lo constituyen los inmunosupresores y entre estos los más comunes y económicos los corticoides, con su accionar rápido y eficaz; sin embargo los efectos colaterales a corto, mediano y largo plazo son evidentes y entre esta las lesiones visibles a nivel de cavidad oral en los niños, lo que agrava la situación de su nutrición normal, que se ve afectada por problemas de masticación y deglución debido a algunas patologías del tracto digestivo alto (boca) se hacen presentes.

Ante esta evidencia de información, es necesario tomar medidas de carácter preventivo frente a una de las complicaciones más comunes, cuyo cambio otorgaría un beneficio de manera directa al paciente, de esta manera en el estudio se demostró el impacto que tendrá las complicaciones de la quimioterapia sobre la mucosa oral del paciente sometido a este tipo de tratamiento.

El proceso de investigación será factible de realizar, porque se cuenta con el apoyo de los médicos del Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont, además se cuenta con los recursos necesarios para su ejecución, beneficiando menores de 18 años portadores de leucemia linfoblástica aguda que recibieron quimioterapia Cantón Portoviejo.

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivo general.

-Caracterizar las lesiones bucales en Pacientes menores de 18 años portadores de leucemia linfoblástica aguda que recibieron quimioterapia en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont en los años 2012 y 2013.

1.4.2. Objetivos específicos.

-Identificar las lesiones bucales presentes en niños sometidos a tratamiento de quimioterapia.

-Determinar la prevalencia de lesiones bucales presentes en los pacientes pediátricos sometidos a quimioterapia por leucemia Linfoblástica aguda.

CAPÍTULO II.

2. Marco teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Marco institucional.

Leyendo la página WEB de Solca Manabí⁹ (2014) se pudo citar que:

Solca Manabí, fue creada hace 35 años, por la visión futurista de prestantes caballeros residentes en la ciudad de Portoviejo, con la firme idea de prevenir la salud de la población manabita, en esa época con una alta incidencia de cáncer, enfermedad agresiva, misteriosa y mortal, que destruye la preciosa vida y altera la felicidad de la familia. Todos con el carácter decidido de crear una institución pionera para prevenir, diagnosticar precozmente y tratar la enfermedad para asegurar la permanencia de la vida humana.

Los distinguidos ciudadanos fueron: el Dr. Julio Villacreses Colmont, mentalizador de la idea, secundado por Don Ariosto Andrade, Dr. Alejandro Cevallos Viteri, Dr. Luis Dueñas Vera, Dr. Ángel Amen palma y Don Pedro Zambrano Izaguirre.

Por decreto del Congreso nacional del 5 de noviembre de 1953 publicado en el Registro Oficial N.362 del 12 de noviembre de 1953, se encargara a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer la conducción de la campaña anticancerosa en el país.

Para SOLCA Manabí, el día más importante en su historia es el 12 de marzo de 1970, cuando se crea el Comité de Amigos de SOLCA, con sede en la ciudad de Portoviejo, el que fue aprobado por el Consejo Superior de SOLCA y se le asignó la financiación respectiva para su funcionamiento con lo que comenzó a fortalecerse lentamente y gracias a la conducción y dirección de un insigne médico que entregó su capacidad y esfuerzo a esta noble institución, el Dr. Julio Villacreses Colmont, junto con el dinámico grupo de caballeros fundaron a SOLCA Manabí.

Para SOLCA Manabí, el día más importante en su historia es el 12 de marzo de 1970, cuando se crea el Comité de Amigos de SOLCA, con sede en la ciudad de Portoviejo, el que fue aprobado por el Consejo Superior de SOLCA y se le asignó la financiación respectiva para su funcionamiento con lo que comenzó a fortalecerse lentamente y gracias a la conducción y dirección de un insigne médico que entregó su capacidad y esfuerzo a esta noble institución, el Dr. Julio Villacreses Colmont, junto con el dinámico grupo de caballeros fundaron a SOLCA Manabí.

⁹Sociedad de lucha contra el Cáncer, SOLCA. (2014). *Sociedad de Lucha Contra el Cáncer*. Portoviejo, Republica del Ecuador. [En línea]. Consultado el: [06, 06, 14] Disponible en: http://www.solcamanabi.org/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=5

La institución continuó creciendo en cobertura de atención, educación y diagnóstico precoz del cáncer, luego se contrató los servicios de un Cirujano Oncólogo el Dr. César León y su esposa la Dra. Ruth Armijos como laboratorista, ampliando de esta manera los servicios a la comunidad.

La mente de los miembros del Directorio de SOLCA Manabí, también consideran importante construir Centros de atención en los cantones de mayor población en Manabí y en la provincia de Esmeraldas; y se construyen Centros Oncológicos en Esmeraldas, Manta, Jipijapa y Chone; s importante considerar la gran ayuda de los señores Alcaldes de Esmeraldas, Manta y Jipijapa, con su gran espíritu de amor y responsabilidad hacia la ciudad donaron los terrenos respectivos para la construcción de los Centros Tipo B, que trabajan activamente aumentando la producción de prevención y diagnóstico del cáncer con su excelente personal. (pp. 1 y 2).

2.2. Leucemia linfoblástica.

Estudiando la obra de Atienza¹⁰, 2012 se pudo conocer que:

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la neoplasia más frecuente en la infancia, se presenta cuando el cuerpo produce un gran número de glóbulos blancos inmaduros, llamados linfoblastos, constituyendo el 80% de todas las leucemias agudas de la edad pediátrica. El origen de las leucemias tienen como desencadenantes varios factores de tipo ambiental que pueden facilitar el desarrollo de la misma, entre estos tenemos; la exposición a las radiaciones ionizantes. Esto se pudo constatar en un aumento de incidencia de leucemia entre los supervivientes de Hiroshima y Nagasaki, se piensa además que el 1% de las leucemias en el adulto son secundarias a las pruebas radiológicas realizadas durante su vida, lo que nos indica claramente una asociación con la radiación ionizante. (p. 3).

Investigando la obra de Contran et al¹¹ (2000) se pudo citar que “El término leucemia es utilizado para describir neoplasias linfoides que presentan compromiso diseminado de la médula ósea, generalmente acompañado de gran número de células tumorales en la sangre periférica” (p. 5).

¹⁰ Atienza, L. (2012). *Leucemias. Leucemia linfoblástica aguda*. Madrid, Reino de España.

¹¹ Contran, RS., Kumar, R., & Robbins. (2000). *Patologia estrutural e funcional*. Rio de Janeiro, República Federativa del Brasil: Editora Guanabara Koogan.

Analizando la obra de American Cancer Society¹² (2012) se pudo conocer que “Leucemia linfocítica aguda (linfoblástica) (acute lymphocytic leukemia, ALL): Alrededor de tres de cuatro casos de leucemia en niños son ALL. Este tipo de leucemia se inicia en las células linfoides de la médula ósea” (párr. 48).

Analizando la obra de Contran et al¹³ (2000) se pudo describir que se denomina leucemia linfoide:

Cuando están presentes linfocitos precursores B o T, los linfoblastos; o en caso que se origina a partir de una célula progenitora que normalmente produce células de diferenciación terminal de la serie mieloide (eritrocitos, granulocitos, monocitos y plaquetas), se denomina leucemia mieloide. Dependiendo del aspecto clínico, pueden ser subclasificadas en aguda o crónica. La leucemia linfoide aguda (LLA) representa el 25 % de todas las neoplasias en el grupo etáreo de 0 a 14 años (pico entre 3-4 años) y en 75 % de los casos de las leucemias infantiles, con un ligero predominio en el sexo masculino. (p. 6).

El punto máximo de incidencia de esta enfermedad se establece entre los dos y los cinco años de edad, situación que ocurre en el país y, que además es constatada en los registro de SOLCA Manabí, en cuanto al sexo, la LLA predomina ligeramente en los varones, sobre todo en la edad puberal. La quimioterapia es el nombre que se utiliza en los medicamentos encargados de destruir las células malignas o neoplásicas, esta actúa interrumpiendo la rápida división de las células cancerosas y destruyéndolas para tratar las células malignas en todo el cuerpo. De aquí algunos de los efectos indeseados como caída del cabello, anemia, pérdida de sensibilidad, vómitos, mareos entre los eventos adversos más comunes.

¹² American Cancer Society. (2013). *Leucemia en niños*. Sociedad Americana del Cáncer. [En línea]. Consultado: [11, 9, 2014] Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002289-pdf.pdf>

¹³ Contran, RS., Kumar, R., & Robbins. (2000). *Patología estructural e funcional*. Rio de Janeiro, República de Brasil: Editora Guanabara Koogan.

Cuando a un niño se le diagnóstica cáncer debe contar con un especialista de manera prioritaria, de preferencia un oncólogo infantil quién con otro grupo de especialistas (hematólogo, clínico, pediatra, psicólogo, enfermera, nutricionista, infectólogo y demás) trabajará en conjunto con el fin de determinar el tratamiento ideal de quimioterapia más adecuado para el niño.

Por otra parte es necesario definir que los principales efectos secundarios bucales posteriores a la aplicación de quimioterapia se pueden agrupar en cuatro grandes grupos: mucositis, xerostomía, infecciones y hemorragia.

Mucositis.

La mucositis es una reacción inflamatoria que altera a la mucosa de todo el tracto gastrointestinal, pero es más relevante en el área de la orofaringe y que de acuerdo a lo consultado en Epstein¹⁴ (2003) se pudo referenciar que “La prevalencia de esta enfermedad oscila entre el 30-85% y es una de las causas más importantes de morbilidad tras la administración de quimioterapia y radioterapia”. (p. 79).

Examinando la obra de Martins, Cacador, Gaeti¹⁵ (2002) se pudo deducir que:

La mucositis es una inflamación y ulceración de la mucosa, frecuente y dolorosa, que aparece de 3 a 7 días después del inicio de la quimioterapia y con una duración de varios días. La primera señal es el eritema en el paladar blando, mucosa yugal, vientre de la lengua y piso bucal, seguido de edema, ulceración con posible sangramiento y/o exudado. (pp. 633 y 670).

¹⁴ Epstein, JB., & Schubert, MM. (2003). *Oropharyngeal mucositis in cancer therapy*. Review of pathogenesis, diagnosis and management. *Oncology*.

¹⁵ Martins, A., Caçador, NP. Gaeti, WP. (2002). *Complicações bucais da quimioterapia antineoplásica*. *Acta Scientiarum Maringá*. [En línea]. Consultado el: [27, mayo, 2014] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est15407.htm

De igual forma considerando la obra de Gomesn et al¹⁶ (2005) se pudo señalar que “Como consecuencia, existen tanto posibilidades de infecciones secundarias y oportunistas, principalmente por *Candida albicans*, como perjuicio serio en la condición nutricional del paciente, que puede llegar a anorexia, deshidratación y desnutrición evidente” (p. 13).

Estudiando la obra de Barasch A, Peterson DE¹⁷ (2003), se pudo citar que:

Su etiopatogenia no está totalmente aclarada, aunque se han descrito una serie de factores de riesgo asociados a su aparición, relacionados principalmente con el tipo de tratamiento oncológico y con factores individuales del paciente. Pautas de quimioterapia en las que intervengan ciclofosfamida, ara-C, melfalán, busulfán, 5-fluoracilo o metotrexate se asocian a una mayor incidencia de mucositis (33-100%) (3, 7,9). Asimismo, diversos autores relacionan un buen estado bucodental y una buena higiene oral durante el tratamiento oncológico, con una menor incidencia y gravedad de mucositis. (pp. 91 y 100).

Indagando la obra de Gabriel DA¹⁸ (2003) se pudo describir que:

La leucemia linfoblástica aguda solo es tratada mediante quimioterapia y dentro de este contexto existen tratamientos muy específicos para la misma en las que intervienen medicamentos como: ciclofosfamida, ara-C, melfalán, busulfán, 5-fluoracilo o metotrexate, los cuáles se asocian a una mayor incidencia de mucositis (33-100%). (pp. 76 y 83).

De acuerdo a lo investigado en la obra de López¹⁹ (2000), se pudo citar que:

“Esto ha hecho que muchos investigadores relacionen un buen estado bucodental y

¹⁶ Gomes, MF., Kohlemann, KR., Plens, G., Silva, MM., Pontes, EM., Da Rocha, JC. (2005). *Oral manifestations during chemotherapy for acute lymphoblastic leukemia*. [En línea]. Consultado el: [27, mayo, 2014] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est15407.htm

¹⁷ Barasch, A., Peterson, DE. (2003). *Risk factors for ulcerative oral mucositis in cancer patients: unanswered questions*. *Oral Oncol*. Barcelona, Reino de España: Medicina Oral S. L. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852006000600005

¹⁸ Gabriel, DA., Shea, T., Olajida, O., Serody, JS., Comeau, T. (2003). *The effect of oral mucositis on morbidity and mortality in bone marrow transplant*. *Semin Oncol*. Barcelona, Reino de España: Medicina Oral S. L. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852006000600005

¹⁹ López, J., Sabater, MM., Muñoz, J., Roselló, X., Grañena, A. (2000). *Evaluación y prevención de las complicaciones orales en los pacientes trasplantados de médula ósea*. *Estudio clínico*. *Med Oral*.

una buena higiene oral durante el tratamiento oncológico, con una menor incidencia y gravedad de mucositis” (p. 54).

Consultando la obra de Epstein²⁰ (2003) se pudo deducir que “El dolor que acompaña a la mucositis puede ser tan fuerte, alterando la calidad de vida del paciente y en consecuencia limitando funciones bucales básicas como hablar, deglutir saliva o alimentarse”. (p. 19).

Infecciones.

Analizando la obra de Epstein, Stevenson²¹ (2001) se pudo citar que:

Pueden ser consecuencias de la supresión de la médula ósea por la QT, que lleva a modificaciones cuantitativas y cualitativas de la microflora bucal, o pueden surgir por comprometimiento de la barrera epitelial causada por la mucositis y por la xerostomía. Las infecciones más frecuentes según el agente etiológico son:

- Bacterianas: las más comunes son las gramnegativas, afectan dientes, encía y mucosa, y la sintomatología habitual está enmascarada por la mielosupresión.
- Fúngicas: la más frecuente es la candidiasis, que puede ocurrir en la forma pseudomembranosa caracterizada por placas, o en las formas eritematosa, atrófica crónica y queilitis angular. En casos más graves, puede haber sepsis por la diseminación hematógena.
- Viral: normalmente ocurren lesiones herpéticas por el herpes simples y por el herpes zóster, comprometiendo la mucosa intrabucal o peribucal, acompañada de linfadenopatía y fiebre. (p. 9).

2.3. Lesiones Bucales.

Investigando la obra de Barasch²² 2003 se pudo describir que:

La afectación de la cavidad oral, principalmente en forma de mucositis, es uno de los efectos secundarios más frecuentes de la quimioterapia y uno de los que

²⁰ Epstein, JB., Hancock, PJ., Nantel, S. (2003). *Oral candidiasis in hematopoietic cell transplantation patients: an outcome-based analysis*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. Barcelona, Reino de España: Medicina Oral.

²¹ Epstein, JB., Stevenson, P. (2001). *Periodontal disease and periodontal management in patients with cancer: Oral Oncol.* [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est15407.htm

²² Barasch, A., Peterson, DE. (2003). *Risk factors for ulcerative oral mucositis in cancer patients: unanswered questions: Oral Oncol.*

causa mayor disconfort al paciente. Altera funciones fundamentales como la fonación, la alimentación y la deglución y además se acompaña de dolor.

Una buena prevención con un reconocimiento odontológico previo al inicio del tratamiento para el cáncer disminuirá de manera evidente las complicaciones bucales. Para tratar las complicaciones orales, el oncólogo (sea el clínico o pediatra) trabajara de cerca con su odontólogo y alcanzando metas de la atención oral y dental que son diferentes antes, durante y después del tratamiento:

Antes del tratamiento, el objetivo general es la identificación de lesiones e inmediatamente tratamiento de los problemas orales que ya existen.

Durante el tratamiento del cáncer, el propósito se enfoca en prevenir las complicaciones orales, esto permite manejar los problemas que se presentan cuando se realiza la quimioterapia.

Después del tratamiento del cáncer, el objetivo será proporcionar un esquema saludable de conservación de los dientes y las encías y manejar los efectos secundarios a largo plazo. (pp. 91 y 100).

Las complicaciones orales más frecuentes encontradas por el tratamiento de las leucemias en niños son las siguientes:

Lesiones de los tejidos blandos.

Mucositis bucal.

Inflamación de las membranas mucosas de la boca, especialmente el paladar).

Problemas en las glándulas salivales (inflamaciones severas que ameritan en muchos casos drenaje salival.

Investigando la obra de Zambrano & Viera²³ (2004) se pudo citar que:

La mucositis oral en los pacientes con cáncer, es una complicación que en ocasiones hace necesario prolongar, reducir o detener la administración de la quimioterapia, disminuye la calidad de vida de los pacientes o prolonga el tiempo de hospitalización. La mucositis se desarrolla y resuelve en cuatro fases: una fase inicial inflamatoria vascular, una fase epitelial o eritematosa,

²³ Zambrano, O., & Viera, N. (2004). *Mucositis oral inducida por metotrexate en pacientes pediátricos con leucemia*. [En línea]. Consultado el: [11, 9, 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2052/205222145004.pdf>

una fase ulcerativa o bacteriológica y una fase curativa. La fase inflamatoria vascular caracterizada por la liberación de citosinas proinflamatorias no se evidencia clínicamente; la forma eritomatosa aparece frecuentemente entre el quinto y séptimo día después de la exposición, sin embargo, se ha evidenciado que puede aparecer al tercer día. La progresión a mucositis ulcerativa generalmente ocurre dentro de los siete días después de iniciada la terapia, y continúa entre 1 y 2 semanas antes de su regresión. Los sitios susceptibles de ubicación de estas lesiones corresponden a zonas no quematinizadas. La mucositis oral es una complicación cuya prevalencia, incidencia y severidad varían según la edad, dosis o tipo de agente citostático entre otros. Además señalan que los pacientes pediátricos son tres veces más afectados que los adultos. En el estudio realizado se presentó un 89% de mucositis en pacientes que recibieron quimioterapia. (párr. 3 y 4).

Candidiasis Oral.

Consultando la obra de Rodríguez, J., Miranda, J. Morejón, A., & Santana, J.²⁴ (2002) señalan que “La candidiasis es una enfermedad cosmopolita muy frecuente y una de las micosis más importantes y de mayor frecuencia en la cavidad bucal; afecta a ambos sexos y a cualquier edad, aunque son más frecuentes en los extremos de la vida”. (p. 17).

Consultando la obra de Eley, Soory y Manson²⁵ (2012) se pudo describir que:

El hongo *Candida albicans* se encuentra normalmente en la cavidad oral como saprófito hasta que se producen algunos cambios en el equilibrio de la flora oral o una alteración en los mecanismos de defensa locales y sistémicos, produciendo una disminución de la resistencia del huésped. A continuación el hongo prolifera e infecta los tejidos, es la infección fúngica más común de la boca. Los factores que predisponen a la infección son un uso prolongado de antibióticos, esteroides y fármacos inmunosupresores. Se asocia también con diabetes, leucemia y afecciones del tracto gastrointestinal que favorecen la malabsorción y la malnutrición.

La candidiasis puede producirse de muchas formas. Cuatro formas tienden a estar presentes en la cavidad oral y las tres primeras de estas suelen ser transitorias y responder bien al tratamiento. Sin embargo, la última forma

²⁴ Rodríguez, J., Miranda, J. Morejón, A., & Santana, J.²⁴ (2002). *Candidiasis de la mucosa bucal: Revisión bibliográfica. Revista Cubana de Estomatología*. [En línea]. Consultado: [01, 09, 2014] disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000200007

²⁵ Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2012). *Periodoncia*. Barcelona, Reino de España: Editorial, Elsevier España Sl.

descrita (candidiasis orofaríngea) observada en los pacientes inmunodeprimidos, es con frecuencia persistente y difícil de tratar. (p. 372).

Candidiasis pseudomembranosa aguda o Aftosa.

Leyendo el libro de Eley, Soory y Manson²⁶ (2012) se pudo conocer que:

Las aftas se encuentran en lactantes, personas mayores enfermas o de edad avanzada, y en pacientes con infección por el VIH. Las lesiones aparecen en las encías, lenguas, mejillas y faringe. Son placas elevadas de color blanco cremoso que pueden desprenderse y dejan una base de color rojizo. El paciente muestra una boca dolorosa y seca. El diagnóstico se realiza por la demostración de levaduras en los raspados de la lesión.

Las aftas mayores es la forma clínica más severa reportada en pacientes inmunocomprometidos con una frecuencia aproximada del 10% al 8,9%. Son clasificadas en base a su tamaño en menores, mayores y herpetiformes. Las úlceras aftosas menores se caracterizan por ser pequeñas de menos de un centímetro de diámetro, de bordes definidos, se curan en dos semanas sin dejar cicatriz. Las úlceras aftosas con mayor diámetro son profundas y curan dejando cicatriz, en tanto que las úlceras herpetiformes se caracterizan por ser pequeñas (3 – 6 mm) son poco profundas y toman semanas en curar debido a que son numerosas y se presentan en periodos diferentes. (p. 372).

Candidiasis atrófica aguda.

Consultando información de libros de Eley, Soory y Manson²⁷ (2012), se encontró que:

Esta forma suele asociarse con un trastorno en el equilibrio entre los tejidos y la flora oral que sigue a un empleo prolongado de esteroides o antibióticos. La mucosa es delgada, de color rojo intenso y dolorosa. La nistatina o la anfotericina B reducen los síntomas. (p. 372).

Úlceras aftosas:

Inspeccionando la obra de Natah (2004) se pudo describir que:

La etiología de las úlceras aftosas se piensa que las causas pueden estar asociadas a trauma local, alimentos, cambios hormonales, microorganismos, deficiencias vitamínicas, factores genéticos predisponentes, alteraciones en el

²⁶ Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2012). *Periodoncia*. Barcelona, Reino de España: Editorial, Elsevier España Sl.

²⁷ Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2012). *Periodoncia*. Barcelona, Reino de España: Editorial, Elsevier España Sl.

sistema inmunitario e historia familiar de úlceras aftosas recurrentes. Dependiendo de la localización y sobre todo de las características de la lesión ulcerosa, se clasifican en Aftas menores o estomatitis aftosa recurrente menor (forma más común, 80% de los casos).

Úlceraciones superficiales con centro blanco-amarillento, bordes elevados y halo rojo

Forma redonda u oval.

Tamaño pequeño: 5 mm de diámetro.

Poco profundas.

Múltiples, puede aparecer una sola (1 – 5).

Son dolorosas

Fase preulcerosa: 24 horas antes, zona enrojecida y sensación de quemación.

Localización casi exclusiva la zona interior de labios, mejilla y lengua.

Tienden a curar en 7 – 14 días sin dejar cicatriz.

Formas recidivantes (recurrentes), desde 1 a 3 brotes al año a forma mantenidas con pocos periodos libres de lesión.

2. Aftas mayores o estomatitis aftosa recurrente mayor o Enfermedad de Sutton (10% de las aftosis):

Úlceras profundas con centro blanco-grisáceo, con halo rojo más o menos visible.

Tamaño mayor que las anteriores, incluso superior a 1 cm.

Únicas.

Extremadamente dolorosas, impidiendo la deglución (tragar) y el habla.

Se localizan en el borde de la mucosa labial y lengua, afectando también a amígdalas, paladar blando y faringe.

Tienden a durar más de 14 días, incluso llegando a los 2 meses.

Suelen dejar cicatriz.

Brotos frecuente con cortos periodos libres de enfermedad.

Estomatitis aftosa herpetiforme (10% de las aftas)

Lesiones puntiformes de alrededor de 1 mm de diámetro.

Múltiples, de 5 a 100.

Tendencia a unirse dando lugar a úlceras grandes e irregulares.

Dolorosas.

Localizadas en cualquier zona de la cavidad bucal.

Tienden a durar de 7 a 30 días.

Suelen dejar cicatriz.

Consultando la obra de Eley, Soory y Manson²⁸ (2012) se pudo señalar que:

Las úlceras recurrentes en la boca son las lesiones más comunes de la mucosa oral. Hay tres tipos de úlceras: úlcera aftosa menores, úlceras aftosa mayores, y úlceras herpetiformes. Sus características comunes son que son lesiones dolorosas que aparecen sin una etiología determinada, duran varios días o semanas, cicatrizan y luego, después de un intervalo variable, reaparecen. La causa sigue siendo desconocida pero se cree que las úlceras pueden ser una manifestación autoinmunitaria frente a un componente de la mucosa oral. Son varios los factores que se han relacionado con la lesión,

²⁸ Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2012). *Periodoncia*. Barcelona, Reino de España: Editorial, Elsevier España Sl.

como el estrés emocional y cambios hormonales. En algunos pacientes las úlceras parecen relacionarse con el ciclo menstrual, y la máxima incidencia se encuentran en el periodo posterior a la ovulación. Puede haber una relación entre la formación de úlceras y la anemia ferropénica, anemia por deficiencia de ácido fólico y de vitamina B₁₂. (p. 374).

Úlceras aftosas menores (Aftas de Mikulicz).

Leyendo la obra de Eley, Soory y Manson²⁹ (2012), se pudo describir que:

Son el tipo más común. Una o más úlceras pequeñas se desarrollan en la mucosa oral no queratinizada, especialmente en labios, mejillas, fondo del vestíbulo y bordes de la lengua. Son úlceras superficiales de menos de 10mm de diámetro con una zona de inflamación circundante y una ligera hinchazón. Pueden ser muy dolorosas o apenas percibirse por el paciente a menos que resulten traumatizadas. En ocasiones la desestructuración histica se ve precedida por parestesia localizada. La ulcera o úlceras duran de 4 a 14 días, al curar no forman una cicatriz y recurren al cabo de varias semanas o meses. Se observan en el grupo de edad de 10-40 años, con una frecuencia algo mayor en las mujeres que en los hombres.

Úlceras aftosas mayores (Periadenitis mucosa necrótica recurrente).

Analizando la obra de Eley, Soory y Manson³⁰ (2012) se pudo conocer que:

Son mucho menos frecuentes que las aftas menores. Tienen un mayor tamaño (hasta 30 mm), duran hasta 40 días y son mucho más dolorosas. En ocasiones recurren tan rápido que la afectación parece ser continua. Pueden encontrarse en cualquier parte de la mucosa oral. Comienzan como un nódulo submucoso que se rompe para formar una úlcera profunda cateriforma con considerable destrucción de tejido que se cura con formación de una cicatriz. (p. 74).

Úlcera Herpetiformes.

Indagando la obra de Eley, Soory y Manson³¹ (2012) escribe que:

A pesar de su nombre, no guardan relación con el herpes. Se dan con mayor frecuencia en las mujeres y se producen como grupo de úlceras pequeñas, en forma de cabeza de alfiler, que se fusionan para formar úlceras dolorosas de

²⁹ Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2012). *Periodoncia*. Barcelona, Reino de España: Editorial, Elsevier España Sl.

³⁰ Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2012). *Periodoncia*. Barcelona, Reino de España: Editorial, Elsevier España Sl.

³¹ Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2012). *Periodoncia*. Barcelona, Reino de España: Editorial, Elsevier España Sl.

mayor tamaño. Pueden producirse en cualquier parte de la mucosa oral, como la lengua, paladar, orofaringe; en este caso producen disfagia es decir molestias o dolor al tragar. (pp. 374 y 375).

Queilitis.

Consultando la obra de Vascones³² (2010) se pudo describir que:

Etimológicamente queilitis significa inflamación del labio (queilopatía inflamatoria). Sin embargo, se entienden en la práctica clínica diaria como queilitis todas aquellas lesiones inflamatorias que cursan con inespecificidad y que tienen una semiología común, como es la descamación, erosión y fisuración. (p. 287).

Queilitis angular.

Consultando la obra de García, et al³³ (2004) se pudo conocer que:

La queilitis llamada perleche, queilosis o estomatitis es una lesión de carácter inflamatorio localizada en la comisura labial, con frecuencia se presenta en ambos lados. En casos muy graves y personas inmunodeprimidas (SIDA o quimioterapia), las lesiones pueden sangrar cuando la boca se abre y ya que las lesiones son poco profundas.

Saizar plantea como causa de queilitis angular, la dimensión vertical disminuida y mordidas bajas en pacientes dentados. Stanley plantea carencia de vitaminas B2 y B6. Santana plantea la anemia megaloblástica y déficit de vitaminas B2 y B6. Dechaume asocia la queilitis con diabéticos, etílicos cirróticos, asiáticos, inmunodepresión. Reichart plantea la presencia de queilitis en diabetes, estados inmunodeprimidos, SIDA y disminución de la dimensión vertical. (párr. 15).

Úlceras.

Investigando a Toche, et al³⁴ (2007), se pudo citar que “Las ulcera orales son lesiones inflamatorias de la mucosa bucal que poseen múltiples etiologías. Pueden

³² Vascones, A. (2010). *Medicina bucal*. Barcelona, Reino de España: Lexus ediciones Avances.

³³ García, E. et al. (2004). *Queilitis. Revisión Bibliográfica. Revista Cubana de Estomatología*. [En línea]. Consultado el: [11, 9, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000200009&script=sci_arttext

manifestarse de manera aguda crónica o recurrente, en cuyo caso alcanzan una frecuencia aproximada de 20% en la población general”. (párr. 8).

Mucositis.

Indagando la obra de Ridge, Glisson, Lango, et al³⁵ (2008) señalan que “La mucositis es una inflamación y penetración dolorosa de las membranas reproductoras del revestimiento del tracto gastrointestinal (GI). Normalmente se trata de un efecto adverso de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia del cáncer”. (p. 25).

Consultando la obra de Según Sonis³⁶ (2004) se pudo conocer que:

También se han reportado casos en personas expuestas a agrotóxicos. Puede presentarse en cualquier punto del tracto gastrointestinal, pero el término mucositis oral se refiere exclusivamente a la inflamación y ulceración de la mucosa bucal. La mucositis oral es una complicación frecuente y a menudo debilitante del tratamiento del cáncer. (pp. 3 y 8).

Gingivitis.

Leyendo la obra de Matesanz, Matos y Bascones³⁷ (2008) se pudo escribir que:

Las enfermedades gingivales forman un grupo heterogéneo, en el que pueden verse problemas de índole exclusivamente inflamatoria, como las gingivitis propiamente dichas, bien modificadas, o no, por factores sistémicos, medicamentos o malnutrición; pero también alteraciones de origen bacteriano específico, viral, fúngico, genético, traumático o asociadas a alteraciones sistémicas, que lo único que tienen en común es el desarrollarse sobre la encía. Por otro lado, parece que las alteraciones gingivales afectan sobre todo a

³⁴ Toche, P., et al. (2007). *Úlceras orales recurrentes: Características clínicas y diagnóstico diferencial*. [En línea]. Consultado el: [11, 9, 2014] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v24n3/art07.pdf>

³⁵ Ridge, JA., Glisson, BS., Lango, MN., et al. (2008). *Head and Neck Tumors in Pazdur R, Wagman LD, Camphausen KA, Hoskins WJ (Eds) Cancer Management: A Multidisciplinary Approach*.

³⁶ Sonis, J. (2004). *Oncology. Oral Mucositis in Cancer Therapy*.

³⁷ Matesanz, P., Matos, R., Bascones, A. (2008). *Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura*. Madrid, Reino de España. [En línea]. Consultado: [10, 6, 2014] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>

pacientes varones. Los índices de gingivitis en hombres son un 10% mayor que en mujeres, independientemente de la edad. Del mismo modo, se ha visto que los índices de gingivitis también se diferencian en relación a los factores raciales, y aunque las diferencias entre etnias son pequeñas, la inflamación gingival es más prevalente entre los sujetos caucasianos. (p. 2).

Indagando la obra de Genco y Williams³⁸ (2011) se pudo describir que:

La gingivitis es la inflamación gingival asociada con la acumulación de dentobacteriana y de cálculos. Es la forma más común de enfermedad gingival. La gingivitis puede o no progresar hacia periodontitis, en la que se desarrolla la pérdida de hueso alveolar y de inserción clínica. La gingivitis es iniciada por la acumulación local de bacterias de la película dentobacteriana sobre los dientes. Los antígenos bacterianos y sus productos metabólicos (endotoxinas) estimulan las células epiteliales y del tejido conectivo para producir mediadores inflamatorios que inducen o estimulan una respuesta inflamatoria localizada reclutando leucocitos/polimorfonucleares o neutrófilos) en el sitio. También se produce una respuesta de anticuerpos a estos antígenos bacterianos. Las células inflamatorias y sus productos (citoquinas, enzimas y antígenos) se presentan en el sitio de la inflamación.

Se caracteriza por un agrandamiento de la mucosa gingival.

La gingivitis puede estar asociada al consumo de fármacos tales como los anticonvulsivos (fenitoína), los inmunosupresores para el cáncer como la (ciclosporina A) y los bloqueadores de los canales del calcio (nifedipino, verapamilo, diltiazem y valproato sódico). Este agrandamiento dificulta la eliminación del biofilm oral y puede llegar a producir gingivitis. (pp. 6 y 7).

Manejo odontológico.

Leyendo la obra de Vargas (1981) citado por Montealegre y Espinosa³⁹ (2013) se pudo referenciar que:

La sobreproducción de células blancas no funcionales que se presenta en cualquiera de las formas leucémicas se acompaña, además, de anemia, disminución de la línea de leucocitos no leucémicos, trombocitopenia y coagulación intravascular diseminada, lo que puede agotarse por consumo de ciertos factores de la coagulación. Ante tal variedad y complejidad de signos y síntomas se puede resumir que los riesgos principales de los leucémicos son la hemorragia y la infección. El tratamiento dental de estos enfermos debe diseñarse previendo que estas complicaciones se presenten. (p. 76).

³⁸ Genco, J., & Williams, C. (2011). *Enfermedad periodontal y salud general: una guía para el clínico*.

³⁹ Montealegre, C., Espinosa, S. (2013). *Manejo odontológico de paciente con leucemia linfoblástica aguda. Investigación materno infantil*. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2013/imi132d.pdf>

Tratamiento odontológico.

Investigando la obra de Pui, Evans (1998), citado por Montealegre y Espinosa⁴⁰ (2013)

afirma que:

En el esquema del tratamiento odontológico al individuo leucémico se debe tener en cuenta que la alteración de las células sanguíneas y la quimioterapia pueden provocar manifestaciones bucales importantes y complicar las lesiones estomatológicas ya existentes. Por tal motivo se tiene que tener el conocimiento necesario de las fases del tratamiento quimioterapéutico, las combinaciones de drogas utilizadas, las principales manifestaciones odontológicas, así como las conductas apropiadas para cada una de estas complicaciones. (p. 75).

2.3.1. Unidades de observación y análisis.

Pacientes Pacientes menores de 18 años portadores de leucemia linfoblástica aguda que recibieron quimioterapia en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont en los años 2012 y 2013.

- Ficha de recolección de datos

2.4. Variables.

2.5. Matriz de operacionalización de las variables.

(Anexo N° 1, p. 57)

⁴⁰ Montealegre, C., Espinosa, S. (2013). *Manejo odontológico de paciente con leucemia linfoblástica aguda. Investigación materna infantil.* [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2013/imi132d.pdf>

CAPÍTULO III.

3. Marco metodológico.

3.1. Metodología aplicar.

-La metodología es descriptiva retrospectiva.

3.2. Modalidad y tipo de la Investigación.

-La investigación fue descriptiva retrospectiva, la cual tuvo como característica definir la revisión de las historias clínicas digitales de los niños y niñas con diagnóstico de LLA bajo tratamiento con quimioterapia, que presentaron lesiones bucales, en un período de tiempo establecido.

-Se utilizó el método descriptivo, el cual identificó las principales variables del estudio, entre estas se tuvieron la edad, sexo, procedencia, tipo de quimioterapia a utilizada, lesiones orales identificables (mucositis, aftas, queilitis, úlceras, gingivitis, candidiasis).

3.3. Métodos.

-Se recolectó información de los pacientes que se encontraban en pediatría oncológica del área de hospitalización y ambulatoria de SOLCA Portoviejo, procedente de la historia clínica digital de cada paciente, siguiendo los pasos del método científico.

La información se recopiló en una ficha de recolección después de la revisión de la historia clínica, la misma tuvo en cuenta una dimensión de variables generales. Las variables sociodemográficas del estudio correspondieron con el sexo, edad y la procedencia, relacionadas con la caracterización de las lesiones bucales.

3.4. Técnicas.

-Revisión documental: se revisaron todas las historias clínicas digitales de los pacientes que se encontraban en pediatría oncológica de hospitalización y ambulatoria de SOLCA Portoviejo, con diagnóstico de LLA y que estaban con tratamiento oncoespecífico.

3.5. Instrumentos.

-Ficha de recolección de datos

3.6. Recursos.

3.6.1. Humanos.

-Investigador

-Tutor de Tesis

3.6.2. Materiales.

-Material de oficina.

-Textos.

-Folletos científicos.

-Fotocopias.

3.6.3. Recursos Tecnológicos.

-Internet.

-Pen drive.

-Computadora.

-Cámara fotográfica digital.

-Impresora.

3.6.4. Recursos Económicos.

-Esta investigación tuvo un costo aproximado de \$985.02 dólares americanos. (Anexo N°2, p.w).

3.7. Población.

-Universo: 56 pacientes menores de 18 años portadores de leucemia linfoblástica aguda que recibieron quimioterapia en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont en el año 2012 y 2013.

3.8. Criterios de Inclusión.

-Pacientes menores de 18 años de edad portadores de leucemia linfoblástica aguda que recibieron quimioterapia en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont en los años 2012 y 2013.

3.9. Criterios de Exclusión.

-Pacientes mayores de 18 años de edad.

3.10. Proceso de recolección de información.

-La información se recolectó de las historias clínicas de todos los niños que padecen leucemia linfoblástica aguda y que son menores de 18 años, que estaban bajo tratamiento oncoespecífico.

-Para la recolección de datos de la investigación fue necesario acudir a la sala de consulta de quimioterapia ambulatoria y de hospitalización durante el período mencionado.

a)-Recolección de datos

b)-Tabulación y elaboración de tablas, estadísticas y gráficos.

3.11. Procesamiento de la información.

Los datos recolectados fueron procesados en el programa Excel 2010 de Microsoft, sus resultados fueron expuestos en frecuencias absolutas y relativas con cuadros de barras y pasteles. Los análisis e interpretación de los resultados se los proceso en el software WORD 2010.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e interpretación de los resultados.

4.1. Análisis e interpretación de las fichas de historias clínicas digitales aplicada a los pacientes menores de 18 años portadores de leucemia linfoblástica aguda que recibieron quimioterapia en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont: años 2012 y 2013.

Cuadro 1:

Frecuencia de pacientes con LLA del hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont SOLCA según Sexo.

Orden.	Alternativa.	F.	%.
A.	Masculino.	35	62,5
B.	Femenino.	21	37,5
Total.		56	100

Nota: Pacientes menores de 18 años portadores de leucemia linfoblástica aguda que recibieron quimioterapia en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont. (p. 63)

Elaborado por: Autor de esta tesis. (Cap. IV, p. 29)

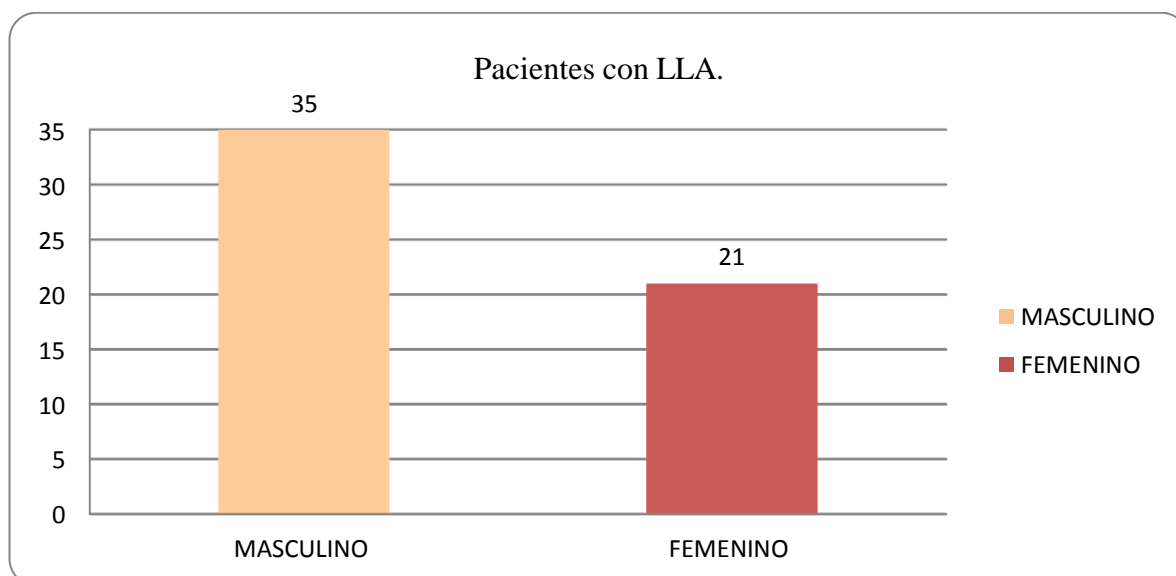


Gráfico n° 1: Frecuencia de pacientes con LLA del hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont SOLCA según Sexo. (p. 63).

Elaborado por: Autor de esta tesis. (Cap. IV, p. 29).

Análisis e interpretación.

La muestra estuvo representada por un total de 56 pacientes portadores de leucemias linfoblástica aguda menores de 18 años del hospital Solca Portoviejo Manabí, de los cuales 35 correspondieron al sexo masculino (62,5%), y 21 pacientes al sexo femenino (37,5%).

Analizando la obra de Atienza⁴¹ (2012), se pudo citar que:

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la neoplasia más frecuente en la infancia, se presenta cuando el cuerpo produce un gran número de glóbulos blancos inmaduros, llamados linfoblastos, constituyendo el 80% de todas las leucemias agudas de la edad pediátrica. El origen de las leucemias tienen como desencadenantes varios factores de tipo ambiental que pueden facilitar el desarrollo de la misma, entre estos tenemos; la exposición a las radiaciones ionizantes. Esto se pudo constatar en un aumento de incidencia de leucemia entre los supervivientes de Hiroshima y Nagasaki, se piensa además que el 1% de las leucemias en el adulto son secundarias a las pruebas radiológicas realizadas durante su vida, lo que nos indica claramente una asociación con la radiación ionizante. (p. 3).

⁴¹Atienza, L. (2012). *Leucemias. Leucemia linfoblástica aguda*. Departamento de Hemato-Oncología Pediátrica. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid, Reino de España.

Cuadro 2

Analogía de pacientes con LLA del hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont SOLCA según edades y sexo.

Edad.	Masculino.	%.	Femenino.	%.
1-4 años.	2	3,57	2	3,57
5-9 años.	12	21,43	12	21,43
10-14 años.	11	19,64	4	7,14
15-18 años.	10	17,86	3	5,36
Total.	35	62,50%	21	37,50%

Nota: Pacientes menores de 18 años portadores de leucemia linfoblástica aguda que recibieron quimioterapia en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont. (p. 63)

Elaborado por: Autor de esta tesis. (Cap. IV, p. 31).

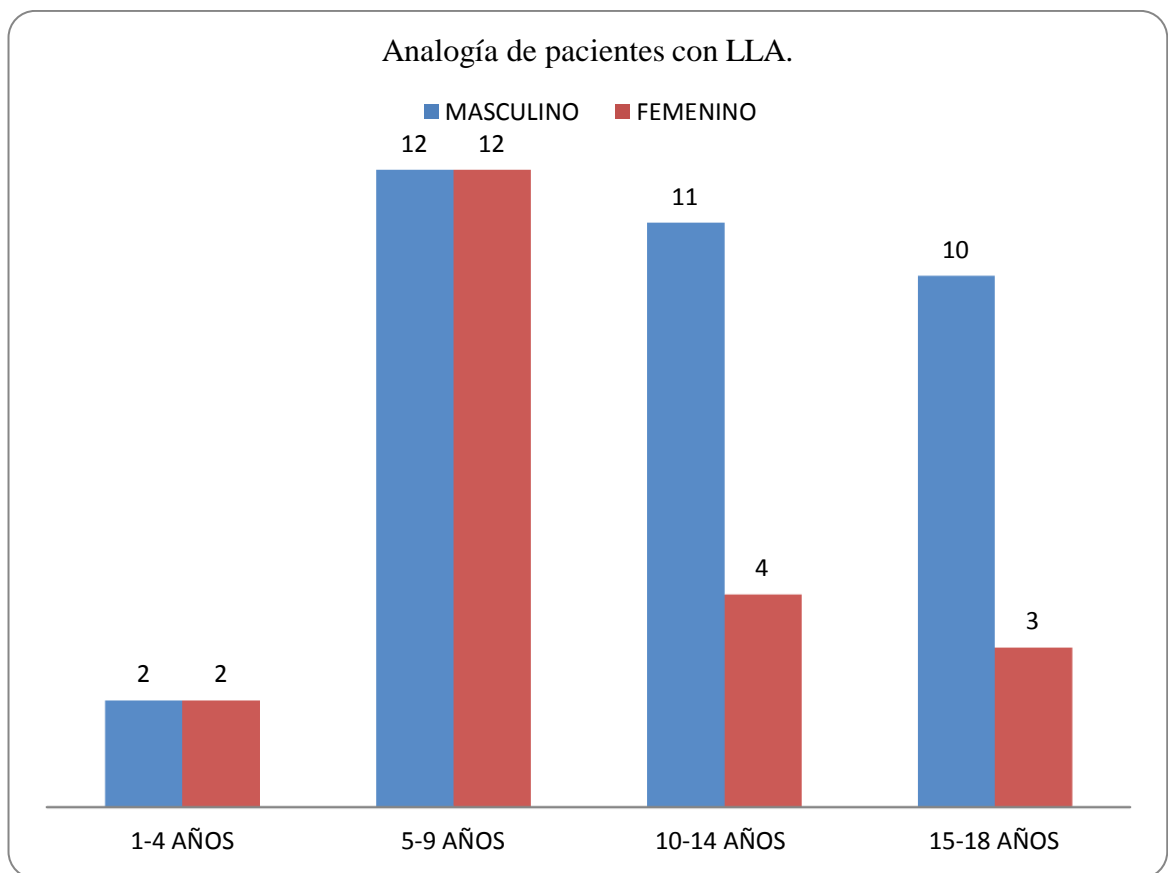


Gráfico n° 2: Frecuencia de pacientes con LLA del hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont SOLCA según Sexo. (p. 63)

Elaborado por: Autor de esta tesis. (Cap. IV, p. 31)

Análisis e interpretación.

El grupo de edades más frecuente correspondió al de los pacientes comprendidos entre 5-9 años de edad para ambos sexo. Seguido por el de 10-14 años. Esta composición de frecuencia en cuanto a edades no está en correspondencia con otros estudios donde el pico de edad de mayor presentación corresponde a menores de 5 años, según (Cabezas, 2009; Puyal, 2003).

Investigando la obra de Contran et al⁴² (2000) se pudo escribir que “El término leucemia es utilizado para describir neoplasias linfoides que presentan compromiso diseminado de la médula ósea, generalmente acompañado de gran número de células tumorales en la sangre periférica”. (p. 5).

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) representa 12% de todas las leucemias diagnosticadas en Estados Unidos , y 60% de todos los casos ocurre en personas menores de 20 años. Se caracteriza por tener dos picos de frecuencia por edad, el primero de dos a cinco años y el segundo en la sexta década de la vida. Aunque de forma general la LLA es la neoplasia más común diagnosticada en pacientes menores de 15 años, constituye el 76% de todas las leucemias y la cuarta parte de las neoplasias diagnosticadas en este grupo de edad.

⁴² Contran, RS., Kumar, R., & Robbins. (2000). Patología estructural e funcional. Rio de Janeiro, República Federativa del Brasil: Editora Guanabara Koogan;

Cuadro 3:

Analogía de pacientes con LLA del hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont SOLCA según procedencia.

Orden.	Procedencia.	F.	%.
A	Bahía.	1	1,79
B	Bolívar.	2	3,57
C	Canoa.	1	1,79
D	Charapoto.	1	1,79
E	Chone.	6	10,71
F	Portoviejo.	13	23,21
G	El carmen.	1	1,79
H	Esmeraldas.	1	1,79
I	Flavio Alfaro.	1	1,79
J	Jipijapa.	1	1,79
K	Manta.	14	25,00
L	Montecristi.	2	3,57
M	Pedernales.	1	1,79
N	Rocafuerte.	3	5,36
O	San Vicente.	1	1,79
P	Santa Ana.	6	10,71
Q	Tosagua.	1	1,79
Total.		56	100,00

Nota: Pacientes menores de 18 años portadores de leucemia linfoblástica aguda que recibieron quimioterapia en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont. (p. 63)

Elaborado por: Autor de esta tesis. (Cap. IV, p. 33)

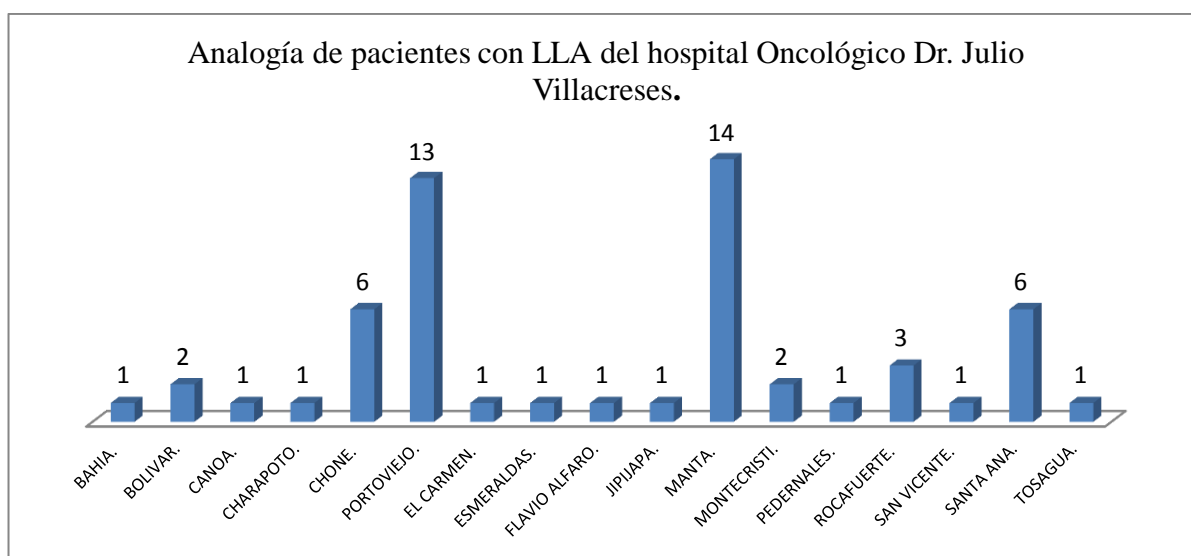


Gráfico n° 3: Frecuencia de pacientes con LLA del hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont SOLCA según Sexo. (p. 63)

Elaborado por: Autor de esta tesis. (Cap. IV, p. 33)

Análisis e interpretación.

La frecuencia de pacientes con LLA del hospital Oncológico Dr. Julio Villacreces Colmont SOLCA según su procedencia es mayor en el cantón Manta con 14 casos que corresponden a un 25%, seguido de Portoviejo 13 casos 23.21%. Ambos cantones son las regiones más urbanas de la provincia Manabí.

La frecuencia según su procedencia es mayor en el cantón Manta con 14 casos que corresponden a un 25%, seguido de Portoviejo 13 casos (23.21) ambos son las regiones más urbanas de la provincia Manabí. Algunos autores han señalado que la incidencia de cáncer en los niños difiere en función del país o región que se estudie (Gutiérrez et al, 1999) no obstante, hay que tener en cuenta algunos factores que pueden influir en la validez de los datos, como causas competitivas de mortalidad, acceso diferencial a la atención médica en las poblaciones, variación en la clasificación de las enfermedades e incertidumbre sobre la población de referencia. En un estudio realizado por Parkin, et al⁴³ (1988) se encontró que la tasa anual de incidencia general varía de 100 a 150 casos x10⁶. Sin embargo, en países en vías de desarrollo se han notificado tasas de 45 que hacen sospechar que hay un importante subregistro.

⁴³ Parkin, DM., Stiller, CA., Draper, GJ., Bieber, CA. (1988). *International incidence of childhood cancer*.

Cuadro 4:

Total de lesiones bucales en pacientes con LLA.

Orden.	Lesión.	Total de números de lesiones combinadas.	% según el total de pacientes.
Orden.	Afta bucal.	5	5,81
A.	Candidiasis oral.	3	3,49
B.	Gingivitis.	11	12,79
C.	Linquen plano.	2	2,33
D.	Mucositis.	53	61,63
E.	Ulcera oral.	10	11,63
F.	Queilitis angular.	2	2,33
Total		86	100

Nota: Pacientes menores de 18 años portadores de leucemia linfoblástica aguda que recibieron quimioterapia en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont. (p. 63)

Elaborado por: Autor de esta tesis. (Cap. IV, p. 35)

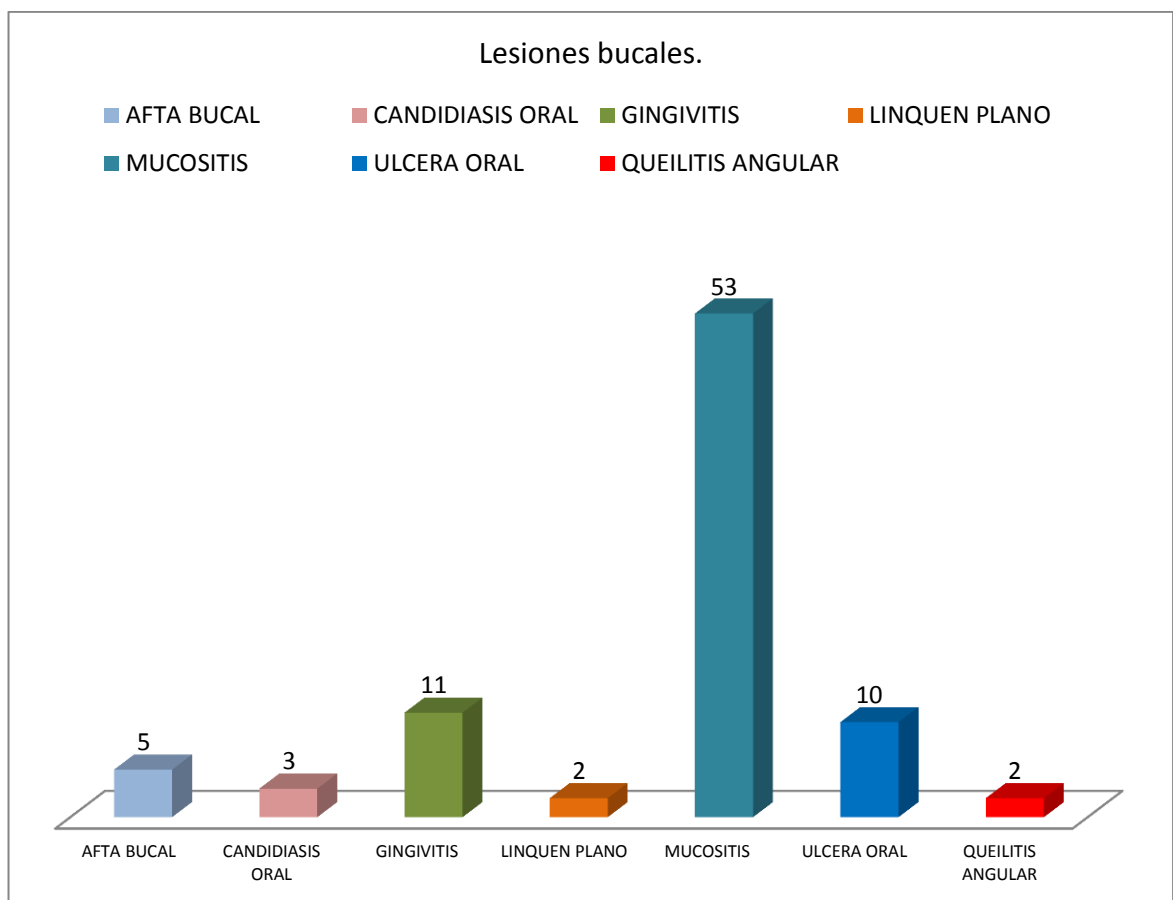


Gráfico n° 4: Frecuencia de pacientes con LLA del hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont SOLCA según Sexo. (p. 63)

Elaborado por: Autor de esta tesis. (Cap. IV, p. 35)

Análisis e interpretación.

Las lesiones bucales en pacientes con LLA que se presentan con mayor frecuencia es la mucositis con 53 casos, representando el 61.63% del total, seguido por la gingivitis, 11 casos 12.79% y la úlcera oral 10 equivalente al 11.63 %.

Consultando la obra de Barasch⁴⁴ (2003) se pudo referenciar que:

La afectación de la cavidad oral, principalmente en forma de mucositis, es uno de los efectos secundarios más frecuentes de la quimioterapia y uno de los que causa mayor discomfort al paciente. Altera funciones fundamentales como la fonación, la alimentación y la deglución y además se acompaña de dolor. (pp. 91 y 100).

Una buena prevención con un reconocimiento odontológico previo al inicio del tratamiento para el cáncer disminuirá de manera evidente las complicaciones bucales. Para tratar las complicaciones orales, el oncólogo (sea el clínico o pediatra) trabajara de cerca con su odontólogo y alcanzando metas de la atención oral y dental que son diferentes antes, durante y después del tratamiento:

⁴⁴ Barasch, A., Peterson, DE. (2003). *Risk factors for ulcerative oral mucositis in cancer patients: unanswered questions*. Oral Oncol.

Cuadro 5.

Lesiones combinadas.

Orden.	Lesiones bucales combinadas.	F.	%.
A.	Afta bucal-mucositis.	2	7,14
B.	Candidiasis oral-mucositis.	2	7,14
C.	Gingivitis-mucositis.	9	32,14
D.	Linquen plano-mucositis.	1	3,57
E.	Mucositis-ulcera oral.	8	28,57
F.	Mucositis-afta oral.	2	7,14
G.	Mucositis-gingivitis-aftas bucal.	1	3,57
H.	Mucositis-linquen plano .	1	3,57
I.	Mucositis-queilitis angular.	2	7,14
Total		28	100,00

Nota: Pacientes menores de 18 años portadores de leucemia linfoblástica aguda que recibieron quimioterapia en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont. (p. 63)

Elaborado por: Autor de esta tesis. (Cap. IV, p. 37)

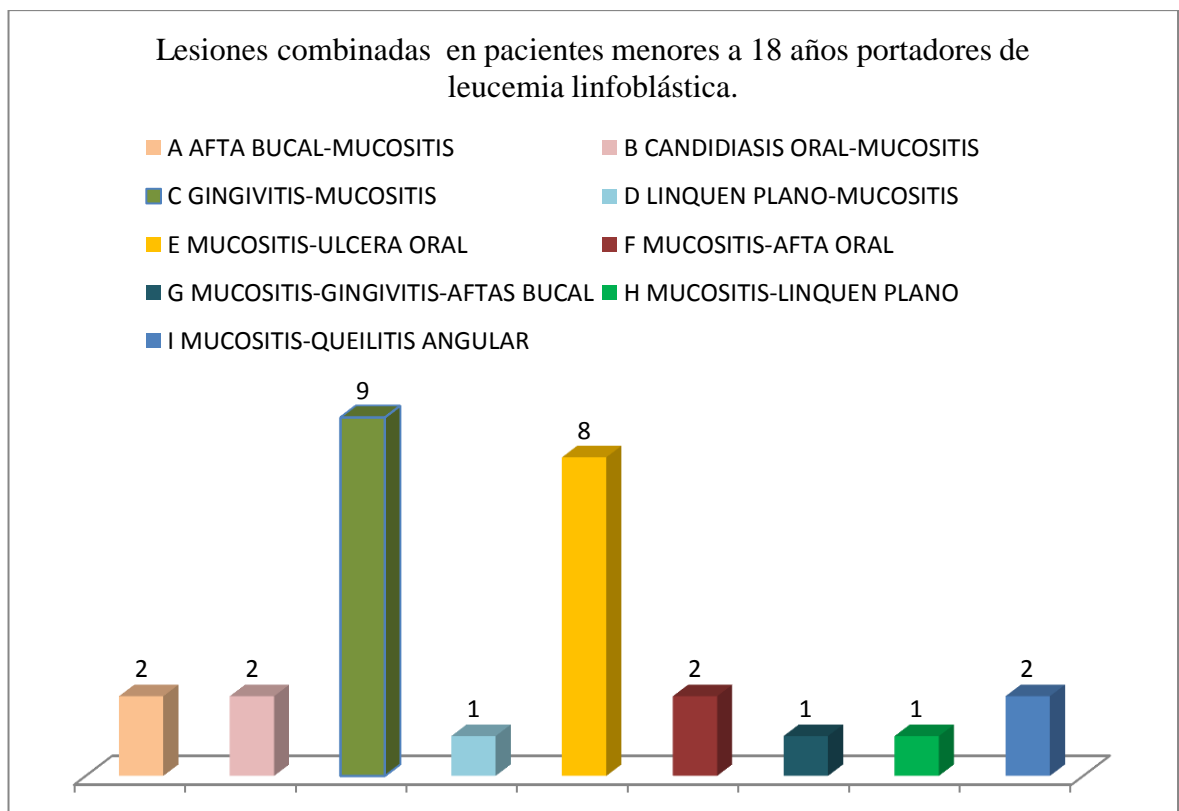


Gráfico n° 5: Frecuencia de pacientes con LLA del hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont SOLCA según Sexo. (p. 63)

Elaborado por: Autor de esta tesis. (Cap. IV, p. 37)

Análisis e interpretación.

La mucositis fue la patología bucal más frecuente encontrada en el estudio, la misma se presentó en 53 pacientes de 56 estudiados para un 94,6%, seguido de la gingivitis 11 casos para un 19,6% y las úlceras orales 10 pacientes (17,8%). Las patologías que menos presentaron fueron: liquen plano y queilitis angular con 2 pacientes cada una (3,5%)

Un número importante de pacientes presentaron más de una lesión (28 pacientes) de un total de 86 lesiones descritas. (Cuadro 5), la combinación más frecuente fue la gingivitis-mucositis con 9 casos.

Las complicaciones orales son uno de los principales problemas de la terapia de los pacientes con cáncer. Un 40% de los pacientes que recibieron quimioterapia y hasta un 76% de los pacientes trasplantados de médula ósea desarrollan problemas bucales, siendo los más frecuentes: mucositis, infección local, dolor y hemorragia, según (Castell et al, 2001), en nuestro estudio la lesión bucal más frecuente fue la mucositis, coincidiendo con estos autores.

Según los datos obtenidos respecto a las manifestaciones bucales del estudio se observó que el total de los pacientes, presentaron algún tipo de manifestación bucales posterior a la administración de la quimioterapia; esto concuerda otros estudios realizados por Fuentes⁴⁵ (2013) & Cabezas⁴⁶ (2010) en que también la mayoría de los pacientes manifestaron algún tipo de lesión de esta localización.

⁴⁵ Fuentes, R. (2003). *Manifestaciones estomatológicas en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia*. Tesis para obtener el título de cirujano dentista, Facultad de odontología UNMSM.

La xerostomía descrita por algunos autores como frecuente manifestación bucal en pacientes sometidos a quimioterapia, no estuvo dentro de las lesiones encontradas en nuestro estudio. Fuentes⁴⁷ (2013) & Cabezas⁴⁸ (2010). Una limitante podría ser la no existencia de un odontólogo dentro del equipo multidisciplinario para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

La mucositis de la cavidad bucal, es una complicación debilitante de la quimioterapia y radioterapia del cáncer, que tiene lugar aproximadamente en más 40% de los pacientes. Está causado por los efectos sistémicos de los agentes citotóxicos de la quimioterapia y de los efectos locales de la radiación sobre la mucosa bucal.

Los síntomas de la mucositis varían desde dolor e incomodidad a la incapacidad para tolerar alimentos o líquidos. La mucositis puede limitar la capacidad del paciente para tolerar la quimioterapia o la radioterapia, pudiendo ser tan grave como para retrasar el tratamiento y limitar la efectividad de la terapia del cáncer.

Los pacientes con la mucosa dañada y la inmunidad reducida como consecuencia de la quimioterapia, también son propensos a infecciones de la boca, como el caso de la candidiasis bucal.

⁴⁶ Cabezas, F. (2010). *Características orales secundarias al tratamiento oncológico de quimioterapia*. [En línea], Consultado: [25, julio, 2014] Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2197>

⁴⁷ Fuentes, R. (2003). *Manifestaciones estomatológicas en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia*. Tesis para obtener el título de cirujano dentista, Facultad de odontología UNMSM.

⁴⁸ Cabezas, F. (2010). *Características orales secundarias al tratamiento oncológico de quimioterapia*. [En línea], Consultado: [25, julio, 2014] Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2197>

La mucositis puede afectar a la encía y a la condición dental de los pacientes, la capacidad de hablar y la autoestima se reducen, comprometiendo así la respuesta del paciente al tratamiento. Por lo tanto, es importante prevenir la mucositis siempre que sea posible, o al menos tratarla adecuadamente para reducir su gravedad y posibles complicaciones.

Las infecciones pueden ser consecuencias de la supresión de la médula ósea por los efectos de la quimioterapia, que lleva a modificaciones cuantitativas y cualitativas de la microflora bucal, o pueden surgir por comprometimiento de la barrera epitelial causada por la mucositis y por la xerostomía. Las infecciones más frecuentes según el agente etiológico son: bacterianas por gramnegativos, fúngicas siendo la más frecuente la candidiasis, que puede ocurrir en la forma pseudomembranosa caracterizada por placas, o en las formas eritematosa, atrófica crónica y queilitis angular. En casos más graves, puede haber sepsis por la diseminación hematógena y las virales que normalmente ocurren lesiones herpéticas por el herpes simple y por el herpes zóster, comprometiendo la mucosa intrabucal o peribucal, acompañada de linfadenopatía y fiebre.

En el estudio se identificaron 3 pacientes con candidiasis bucal tipo pseudomembranosa y 2 con queilitis angular para un 9 % de la muestra estudiada (Dos Santos et al (2007)⁴⁹.

⁴⁹ Dos Santos, J., VentiadesII, A., Fontana, N., Cristiane, J. (2007). *Conducta odontológica en pacientes pediátricos portadores de leucemia*. Rev Cubana Estomatol.

Cuadro 6:
Total de lesiones de acuerdo a la procedencia.

	AFTA BUCAL.	%.	CANDIDIAS IS ORAL.	%.	GINGIVITI S.	%.	LINQUEN PLANO.	%.	MUCOSITI S.	%.	ULCERA ORAL.	%.	QUEILITIS ANGULAR.	%.
BAHIA.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,20	0	0,00	0	0,00
BOLIVAR.	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,41	0	0,00	0	0,00
CANOA.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,20	0	0,00	0	0,00
CHARAPOTO.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,20	0	0,00	0	0,00
CHONE	0	0	0	0	1	1,2	0	0	6	7,23	1	1,20	0	0,00
PORTOVIEJO.	2	2,41	1	1,2	3	3,6	0	0	11	13,25	2	2,41	1	1,20
EL CARMEN.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,20	0	0,00	0	0,00
ESMERALDAS.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,20	0	0,00	0	0,00
FLAVIO ALFARO.	0	0	1	1,2	0	0	0	0	1	1,20	0	0,00	0	0,00
JIPIJAPA.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,20	1	1,20	0	0,00
MANTA.	0	0	1	1,2	3	3,6	1	1,2	13	15,66	5	6,02	0	0,00
MONTECRISTI.	1	1,2	0	0	0	0	0	0	2	2,41	0	0,00	0	0,00
PEDERNALES.	1	1,2	0	0	0	0	0	0	1	1,20	0	0,00	0	0,00
ROCAFUERTE.	0	0	0	0	1	1,2	0	0	2	2,41	0	0,00	0	0,00
SAN VICENTE.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,20	1	1,20	0	0,00
SANTA ANA	0	0	0	0	1	1,2	1	1,2	6	7,23	0	0,00	1	1,20
TOSAGUA	0	0	0	0	1	1,2	0	0	1	1,20	0	0,00	0	0,00
TOTALES.	4	4,81	3	3,6	10	12	2	2,4	52	62,6	10	12,03	2	2,4

Nota: Pacientes menores de 18 años portadores de leucemia linfoblástica aguda que recibieron quimioterapia en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont. (p. 63)

Elaborado por: Autor de esta tesis. (Cap. IV, p. 41)

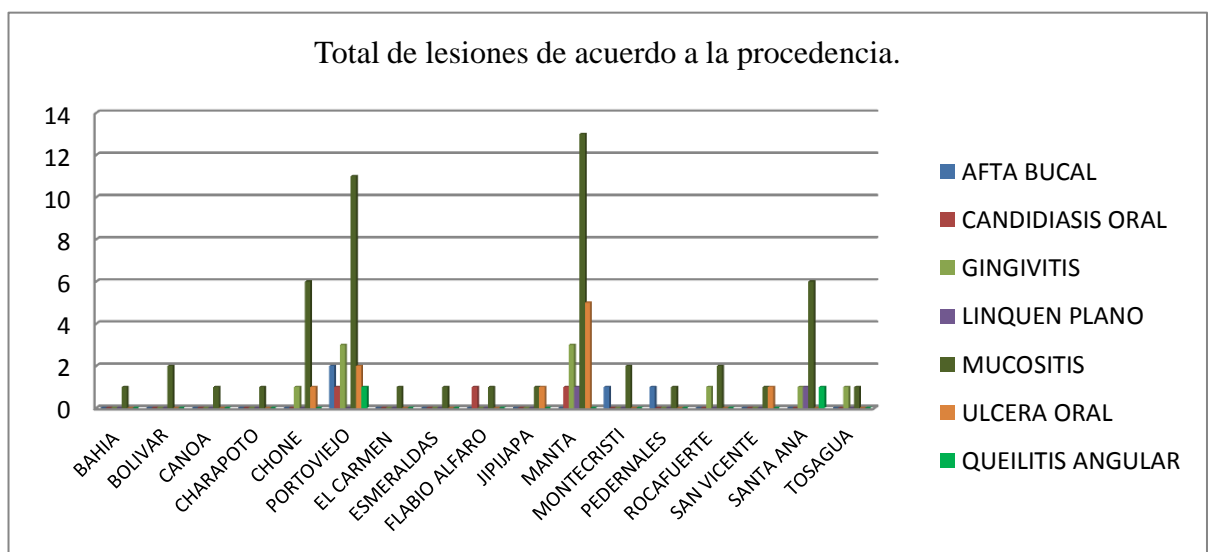


Gráfico n° 6: Frecuencia de pacientes con LLA del hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont SOLCA según Sexo. (p. 63)

Elaborado por: Autor de esta tesis. (Cap. IV, p. 41)

Análisis e interpretación.

En lo que respecta a las lesiones según la procedencia, se tiene que es en la ciudad de Manta con 13 casos equivalente al 15.66%, Portoviejo con 11 casos que es el 13.25% y Chone con 6 casos en un 7.23%, don la gingivitis es la lesión que se presenta con mayor frecuencia, seguida por la ulcera oral.

Cuadro 7.

Total de lesiones de acuerdo a edad.

	1-4 años.	%.	5-9 años.	%.	10-14 años.	%.	15-18 años.	%.
Afta bucal.	0	0,00	2	2,38	1	1,19	1	1,19
Candidiasis oral.	0	0,00	2	2,38	1	1,19	0	0,00
Gingivitis.	2	2,38	5	5,95	2	2,38	2	2,38
Linquen plano.	0	0,00	1	1,19	1	1,19	0	0,00
Mucositis.	2	2,38	22	26,19	15	17,86	12	14,29
Ulcera oral.	4	4,76	3	3,57	3	3,57	1	1,19
Queilitis angular.	0	0,00	1	1,19	0	0,00	1	1,19
Total	8	9,52	36	42,86	23	27,38	17	20,24

Nota: Pacientes menores de 18 años portadores de leucemia linfoblástica aguda que recibieron quimioterapia en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont. (p. 63)

Elaborado por: Autor de esta tesis. (Cap. IV, p. 43)

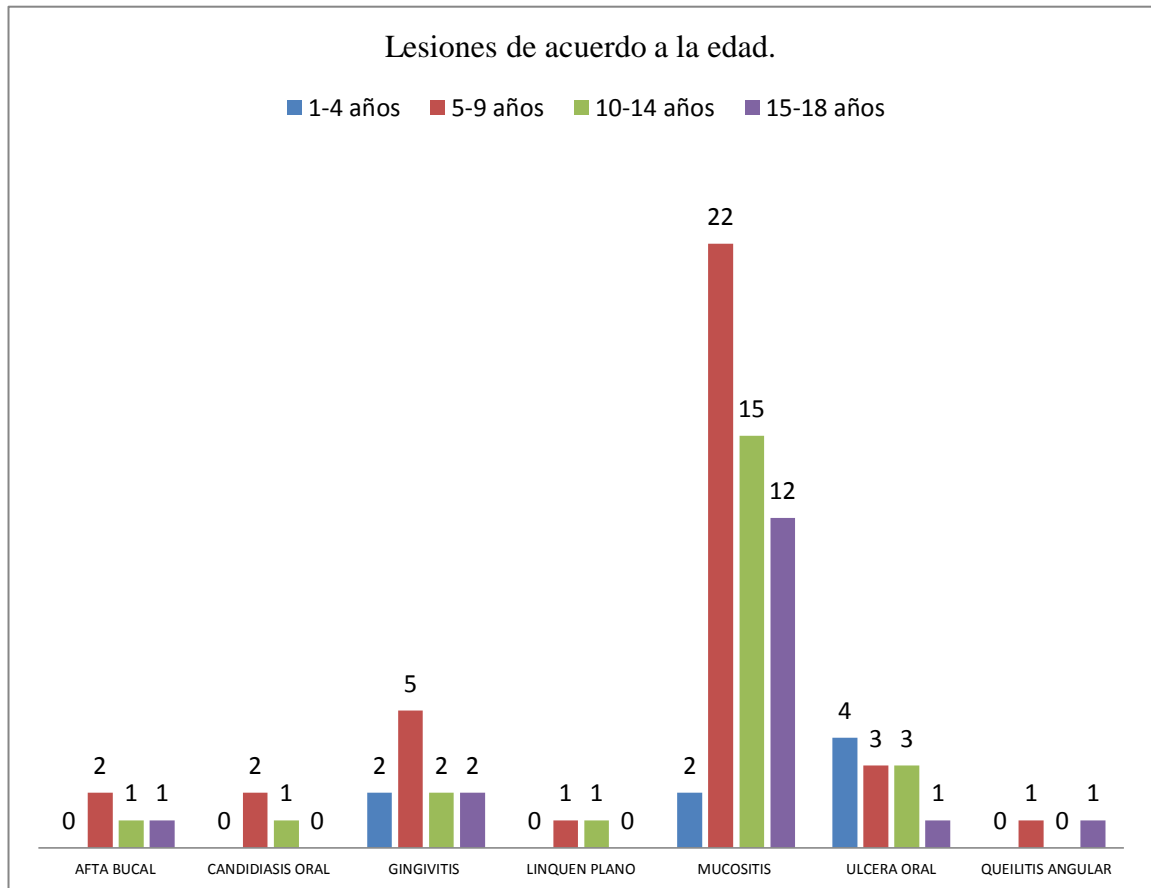


Gráfico n° 7: Frecuencia de pacientes con LLA del hospital Oncológico Dr. Julio Villacreses Colmont SOLCA según Sexo. (p. 63)

Elaborado por: Autor de esta tesis. (Cap. IV, p. 43)

Análisis e interpretación.

En el grupo de edades de 1 a 4 años la lesión que predominó fue la úlcera bucal, en la totalidad de los pacientes, dos pacientes presentaron más de una lesión, es decir las úlceras bucales combinadas con mucositis y gingivitis. Un porcentaje importante de estas patologías bucales corresponde a lesiones de tipo ulcerativo, las que según algunos autores Sepúlveda, et al⁵⁰ (2005) han sido consideradas como las complicaciones bucales más prevalentes en los pacientes sometidos a quimioterapia. Éstas, además de ser una fuente de dolor, representan una puerta de entrada para diversos microorganismos, los que en gran medida aprovechan la pérdida epitelial. La etiología de estas úlceras es variada, incluyendo neutropenia, citotoxicidad a las drogas, infecciones fúngicas, bacterianas y virales, como también lesiones aftosas o eritema multiforme, tal como sucede en inmunocompetentes. Muchas de estas ulceraciones ocurren después de las mucositis, aunque en ocasiones, éstas se desarrollan de forma independiente.

La mucositis fue la lesión más frecuente en el grupo de edades de 5-9 años, seguido por el grupo de 10-14 años correspondiendo con las edades de mayor incidencia de LLA de esta muestra.

⁵⁰ Sepúlveda, E., Brethauer, U., Rojas, J., Fernández, E., Le Fort, P. (2005). *Oral ulcers in children under chemotherapy: clinical characteristics and their relation with Herpes Simplex Virus type 1 and Candida Albicans*. Med Oral Patol Oral.

CAPITULO V.

5. Conclusiones y recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

La mucositis bucal es la manifestación más común encontrada sobre todo en los grupos de edades de 5 a 9 y de 10 a 14 años de edad. Existe un elevado número de lesiones bucales por consecuencia del tratamiento oncoespecífico, debido a la leucemia linfoblástica aguda, independiente del género y edad.

5.2. Recomendaciones.

-Promover tratamiento odontológico previo a la quimioterapia para reducir el índice de complicaciones.

-Realizar un protocolo de buenas prácticas de atención bucal estandarizado para el paciente con LLA sometido a tratamiento con quimioterapia.

CAPITULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Tema.

Diseño de un protocolo de implementación de buenas prácticas de atención odontológica antes y durante y después del tratamiento oncoespecífico en pacientes portadores de Leucemias Linfoblásticas Agudas del hospital Dr. Julio Villacres Colmont. (SOLCA) para la mucositis.

6.2. Periodo de ejecución.

-Agosto de 2014.

6.3. Descripción de los beneficiarios.

-Directos: Servicio de oncopediatria del Hospital Dr. Julio Villacres Colmont. (SOLCA).

-Indirectos: pacientes.

6.4. Clasificación:

-Protocolo de buenas prácticas odontológicas. (Ver Anexo 5. p. 67)

6.5. Localización:

-Dirigido a profesionales del servicio de oncopediatria del Hospital Dr. Julio Villacres Colmont. (SOLCA). Provincia Manabí; República del Ecuador.

6.6. Justificación.

El tratamiento odontológico del paciente oncológico es quizás uno de los mayores desafíos a los que se puede enfrentar el odontólogo, ya que ésta es una situación muy compleja, que requiere de una atención meticulosa, integral, ordenada y coordinada con la participación de un equipo multidisciplinario. Cuya meta es la curación completa del paciente y con la menor cantidad posible de secuelas que causa la terapia oncológica. Para llegar a esta meta se debe seguir un protocolo de atención odontológica que se dividirá en tres etapas: pre, intra y post terapia oncológica que abarcan diversos tratamientos.

Por lo tanto, es importante prevenir la mucositis siempre que sea posible, o al menos tratarla para reducir su gravedad y posibles complicaciones. Actualmente existe un desconcertante número de intervenciones entre las que elegir, pero no se dispone de una síntesis de alta calidad sobre la mejor evidencia respecto a estas intervenciones

6.7. Marco institucional.

Leyendo la página WEB de Solca Manabí⁵¹ (2014) se pudo citar que:

SOLCA Manabí, tiene como misión, brindar atención con calidad y calidez en las acciones de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento del cáncer, impulsando la práctica docente e investigación científica, apoyándonos en certificaciones internacionales de calidad y gestionamos la sostenibilidad institucional”.

De igual forma su visión para el 2016, es ser una institución que brinde atención integral de calidad contra el cáncer, con dos servicios certificados, autofinanciable, acreditada como docente y de investigación.

El Comité Amigos de SOLCA, inició sus labores en el Hospital “Dr. Verdi Cevallos B.” Mediante un convenio con el Ministerio de Salud Pública que entregó en comodato un terreno en los predios del Hospital por 100 años a SOLCA Manabí, donde se construyó un edificio de dos plantas para atención de los pacientes, previamente se envió a realizar un postgrado en Anatomía Patológica a la ciudad de Bogotá, Colombia al Dr. César Delgado Lucas, se contrató al Dr. Carlos Robles Jara, quien había realizado un postgrado en Francia en Endoscopia digestiva y se envió a realizar un postgrado en Clínica oncológica y Quimioterapia al Dr. Patricio Miranda a Argentina, con estos tres prestigiosos médicos, se inicia la campaña de lucha contra el cáncer en Manabí. La institución continuó creciendo en cobertura de atención, educación y diagnóstico precoz del cáncer, luego se contrató los servicios de un Cirujano Oncólogo el Dr. César León y su esposa la Dra. Ruth Armijos como laboratorista, ampliando de esta manera los servicios a la comunidad.

El hospital SOLCA, hoy es un orgullo para Manabí la construcción del maravilloso Hospital “Dr. Julio Villacreses Colmont”, que se levanta orgulloso como símbolo de trabajo, el majestuoso edificio que ha costado esfuerzo y sacrificio. Se ha terminado con la habilidad y experiencia de un gran equipo de profesionales de la construcción, de un manabita el Arquitecto José Furoiani, invitando a la comunidad de Manabí a entrar en él y gritar que la salud es el primer atributo del cuerpo humano, sin ella no hay vida, ni producción y es la demostración de que nada es imposible cuando se quiere trabajar en grupos de personas.

El Hospital dispone de todos los medios de diagnóstico, prevención y tratamiento, con cuatro salas de cirugías, con personal médico y paramédico, con manos expertas y calificadas para brindar una atención segura a toda la población en riesgo.

El hospital Oncológico “Dr. Julio Villacreses Colmont” de SOLCA Manabí, abrió sus puertas para la atención al público el 3 de enero de 2005, su inauguración oficial se desarrolló el 18 de febrero del mismo año.

⁵¹ SOLCA, Manabí. (2014). *Sociedad de Lucha Contra el Cáncer*. Portoviejo, Republica del Ecuador. [En línea]. Consultado: [06, 06, 14] Disponible en: http://www.solcamanabi.org/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=52

6.8. Objetivos.

6.8.1. Objetivo principal.

-Realizar un protocolo implementación de buenas prácticas de atención bucal para el paciente con LLA sometido a tratamiento con quimioterapia.

6.8.2. Objetivos específicos.

-Prevenir la aparición de mucositis en los pacientes con Leucemias Linfoblásticas Agudas.

-Diagnosticar correctamente las lesiones en la cavidad bucal en pacientes con Leucemias Linfoblásticas Agudas durante el tratamiento oncoespecífico.

6.9. Diseño metodológico.

Se diseñara un protocolo de buenas prácticas con niveles de evidencia I y II, fundamentalmente, siguiendo como guía los protocolos de actuación de impacto internacional.

6.10. Presupuesto.

Actividades	Recursos	Cantidad	V.unitario	V.total	Financiar
Diseño de un protocolo.	Material didáctico	1	\$ 10.00	\$ 10.00	Autor
Elaboración de materiales didácticos.	Copias a color	200	\$ 0,50	\$ 100,00	Autor
Viáticos	Movilización			\$ 100,00	Autor
Subtotal				\$ 210.00	Autor
Imprevistos			10%	\$ 21.00	Autor
Total				\$ 231.00	Autor

6.11. Cronograma.

Actividades	Julio		
	2 semana	3 semana	4 semana
Socialización de la propuesta a las autoridades del Hospital Dr. Julio Villacres Colmont. (SOLCA)	x		
Elaboración del material didáctico (trípticos) para la ejecución del protocolo de buenas prácticas de atención odontológica	x		

6.12. Sostenibilidad.

La propuesta es sustentable porque para la ejecución de la misma se cuenta con el apoyo del Centro de Patología Bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

BIBLIOGRAFÍA.

1. American Cancer Society. (2013). *Leucemia en niños*. Sociedad Americana del Cáncer. [En línea]. Consultado: [11, 9, 2014] Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002289-pdf.pdf>
2. Atienza, L. (2012). *Leucemias. Leucemia linfoblástica aguda*. Madrid Reino de España.
3. Barasch, A., Peterson, DE. (2003). *Risk factors for ulcerative oral mucositis in cancer patients: unanswered questions. Oral Oncol.* Barcelona, Reino de España: Medicina Oral S. L. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852006000600005
4. Barbosa, D., Bernal, L., Gallego, C., Sierra, M. (2009). *Comparación de los efectos de tres enjuagues en el manejo de la mucositis oral secundaria al tratamiento de leucemia linfoblástica aguda en niños*. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.
5. Cabezas, F. (2010). *Características orales secundarias al tratamiento oncológico de quimioterapia*. [En línea], Consultado: [25, julio, 2014] Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2197>
6. Contran, RS., Kumar, R., & Robbins. (2000). *Patología estructural e funcional*. Rio de Janeiro, República de Brasil: Editora Guanabara Koogan.
7. Dos Santos, J., VentiadesII, A., Fontana, N., Cristiane, J. (2007). *Conducta odontológica en pacientes pediátricos portadores de leucemia*. Rev Cubana Estomatol.
8. Epstein, JB., & Schubert, MM. (2003). *Oropharyngeal mucositis in cancer therapy*. Review of pathogenesis, diagnosis and management. *Oncology*.

9. Espinosa, M., Loza, G., Mondragón, R. (2006). *Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos*. Barcelona, Reino de España: Medicina Oral S. L. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od111d.pdf>
10. Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2012). *Periodoncia*. Barcelona, Reino de España: Editorial, Elsevier España Sl.
11. Sepúlveda, E., Brethauer, U., Rojas, J., Fernández, E., Le Fort, P. (2005). *Oral ulcers in children under chemotherapy: clinical characteristics and their relation with Herpes Simplex Virus type 1 and Candida Albicans*. Med Oral Patol Oral.
12. García, E. et al. (2004). *Quelitis. Revisión Bibliográfica. Revista Cubana de Estomatología*. [En línea]. Consultado el: [11, 9, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000200009&script=sci_arttext
13. Gabriel, DA., Shea, T., Olajida, O., Serody, JS., Comeau, T. (2003). *The effect of oral mucositis on morbidity and mortality in bone marrow transplant*. *Semin Oncol*. Barcelona, Reino de España: Medicina Oral S. L. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852006000600005
14. Gomes, MF., Kohlemann, KR., Plens, G., Silva, MM., Pontes, EM., Da Rocha, JC. (2005). *Oral manifestations during chemotherapy for acute lymphoblastic leukemia*. [En línea]. Consultado el: [27, mayo, 2014] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol144_4_07/est15407.htm

15. Genco, J., & Williams, C. (2011). *Enfermedad periodontal y salud general: una guía para el clínico*.
16. Lucas, T. (1987). *Enfermedades de la boca*. Barcelona, Reino de España: Medicina Oral S. L. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_3_06/est08306.htm
17. López, J., Sabater, MM., Muñoz, J., Roselló, X., Grañena, A. (2000). *Evaluación y prevención de las complicaciones orales en los pacientes trasplantados de médula ósea. Estudio clínico*. Med Oral.
18. MANABI, R.D. (2013). *Incidencias de Leucemias en Niños*. Portoviejo, república del Ecuador: MAGRO.
19. Martins, A., Caçador, NP., Gaeti, WP. (2002). *Complicações bucais da quimioterapia antineoplásica*. Acta Scientiarum Maringá. [En línea]. Consultado el: [27, mayo, 2014] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est15407.htm
20. Matesanz, P., Matos, R., Bascones, A. (2008). *Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura*. Madrid, Reino de España. [En línea]. Consultado: [10, 6, 2014] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>
21. Montealegre, C., Espinosa, S. (2013). *Manejo odontológico de paciente con leucemia linfoblástica aguda*. *Investigación materno infantil*. [En línea]. Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2013/imi132d.pdf>
22. OMS. (2013). *Informe de leucemias en el mundo*. Washington DC: OPS/OMS.
23. Parkin, DM., Stiller, CA., Draper, GJ., Bieber, CA. (1988). *International incidence of childhood cancer*.

24. Ridge, JA., Glisson, BS., Lango, MN., et al. (2008). *Head and Neck Tumors in Pazdur R, Wagman LD, Camphausen KA, Hoskins WJ (Eds) Cancer Management: A Multidisciplinary Approach.*
25. Rioboo, MR., Planells, P., & Rioboo, R. (2005). *Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños.* Med Oral Patol Oral Cir Bucal. Barcelona, Reino de España: Medicina Oral S. L. [En línea] Consultado: [27, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od111d.pdf>
26. Sepúlveda, E., Brethauer, U., Rojas, J., Fernández, E., Le Fort, P. (2005). *Oral ulcers in children under chemotherapy: clinical characteristics*
27. SOLCA, Manabí. (2014). *Sociedad de Lucha Contra el Cáncer.* Portoviejo, Republica del Ecuador. [En línea]. Consultado el: [06, 06, 14] Disponible en: http://www.solcamanabi.org/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=52
28. Sonis, J. (2004). *Oncology.Oral Mucositis in Cancer Therapy.*
29. Rodríguez, J., Miranda, J. Morejón, A., & Santana, J. ¹ (2002). *Candidiasis de la mucosa bucal: Revisión bibliográfica. Revista Cubana de Estomatología.* [En línea]. Consultado: [01, 09, 2014] disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000200007
30. Toche, P., et al. (2007). *Úlceras orales recurrentes: Características clínicas y diagnóstico diferencial.* [En línea]. Consultado el: [11, 9, 2014] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v24n3/art07.pdf>

31. Zambarano, O., & Viera, N. (2004). *Mucositis oral inducida por metotrexate en pacientes pediátricos con leucemia*. [En línea]. Consultado el: [11, 9, 2014]
Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2052/205222145004.pdf>

Anexo 1.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable independiente.- Características clínicas

DEFINICIÓN.	CATEGORÍAS.	DIMENSIÓN.	INDICADOR.	CRITERIO CLAVE DEL ITEM
Las características clínicas son aquellas inherentes a la parte individual del organismo de estudio, en este caso de los pacientes con leucemia linfoblástica aguda	Edad.	Edad de los pacientes.	Años.	Edad en años cumplidos a la fecha del estudio.
	Sexo.	Género de los pacientes.	Género.	Masculino o Femenino.
	Residencia.	Residencia habitual de los pacientes.	Lugar de pernoctación diaria.	Urbana o rural.
	Tiempo de tratamiento.	Período de duración de la quimioterapia.	Días.	1 a 20 días 21 a 60 días más de 60 días.

VARIABLE DEPENDIENTE: Lesiones bucales.				
DEFINICIÓN.	CATEGORÍAS.	DIMENSIÓN.	INDICADOR.	CRITERIO CLAVE DEL ITEM.
Son patologías que se presentan a nivel de la cavidad bucal u oral y que son consecuencia de la aplicación de la quimioterapia para el tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda.	Lesiones bucales con tratamiento.	MUCOSITIS.	Total de lesiones de mucositis.	En el grado 1 (mucositis leve) En el grado 2 (mucositis moderada) En el grado 3 (mucositis grave) El 4º grado se caracteriza por ser la forma más grave.
		CANDIDIASIS ORAL.	AGUDA.	PSEUDOMEMBRANOSA (MUGUET).
				ATRÓFICA (ERITEMATOSA).
			CRÓNICA.	HIPERPLÁSICA (LEUCOPLASIA CANDIDIASIS).
				ATRÓFICA CRÓNICA. LESIONES ORALES ASOCIADAS A CANDIDA.
		QUEILITIS ANGULAR.	Aftas Bucales.	1. Aftas menores o estomatitis aftosa recurrente menor (forma más común, 80% de los casos).

				2. Aftas mayores o estomatitis aftosa recurrente mayor o Enfermedad de Sutton (10% de las aftosis).
				3. Estomatitis aftosa herpetiforme (10% de las aftas).
				Queilitis.
				Eritematosa.
				Hiperplásica.
				Seudomembranosa.
				Queilitis angular (estomatitis comisural).
			Úlceras.	Úlceras orales agudas.
				Úlcera traumática
				Estomatitis aftosa recurrente.
				Infecciones virales
				Infecciones bacterianas.
				Sialometaplasia necrosante.
				Úlceras orales crónicas.
				Liquen plano erosivo.
				Úlceras asociadas a la ingesta de fármaco.

				Carcinoma de células escamosas
				Penfigoide mucoso
				Pénfigo vulgar.
				Gingivitis descamativa.
			Gingivitis.	1.-Gingivitis asociada a placa bacteriana.
				2.-Gingivitis ulcero necrótica aguda (GUNA).
				3.-Gingivitis influida por hormonas esteroidales.
				4.-Agrandamiento gingival influido por medicamentos.
				5.-Gingivitis asociada a alteraciones sanguíneas, deficiencias nutricionales, tumores, factores genéticos, virales.
				6.-Gingivitis descamativa.

Anexo 2.**Presupuesto.**

DESCRIPCIÓN.	CANTIDAD.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
Recurso.			
Horas de internet.	60	1,35	\$ 81,00
Movilización.	15	11	\$ 165,00
Impresión (De tesis y proyecto).	3	17	\$ 51,00
Empastado (de tesis).	3	12	\$ 36,00
Cartuchos de tinta (negros y color).	4	38	\$ 152,00
CD (regrabables por unidad).	6	1,8	\$ 10,80
PENDRIVER 8 GB.	1	0,04	\$ 0,04
Copias (hojas).	1000	0,04	\$ 40,00
Libros (unidad).	2	75	\$ 150,00
Revistas ODONTOLÓGICAS.	5	35	\$ 175,00
10% imprevistos.			\$ 124,18
TOTAL.			\$ 985,02

Anexo n° 2

ACTIVIDAD.	HORAS.	FECHA.
Taller de titulación.	120 hora.	10 de Junio - 16 de Septiembre del 2013.
Trabajo con los especialistas del área de competencia del proyecto.	80 horas.	25 de Octubre 2013 del (30 días).
Entrega de proyectos.		05 – 20 Diciembre del 2013.
Revision de proyectos por lectores	2 horas	2 – 10 Enero del 2014 (15 días).
Sustentacion de proyectos.	1 hora.	13 – 14 Enero del 2014 (2 días).
Correcciones.	10 horas.	14 e3 Enero – 28 de Febrero del 2014 (30 días).
Discrepancia miembros dirime, director, carrera. (Aprobacion).		3-5 de marzo de 2014 ”72”
Entrega proyecto final.		5-6 de marzo de 2014.
Oficios para aprobación de proyectos.		24-25-26 febrero de 2014.
Designacion tutor.		1 día 6-7 marzo de 20014.
Acompañamiento al desarrollo de tesis.	50 horas (10 horas semanales, 2 presenciales y 8 autonomas).	De lunes 10 de marzo hasta el viernes 6 de junio de 2014.
Entrega de borradores de tesis.		Lunes 9 de junio de 2014.
Designacion de lectores.		Miércoles 11 de junio de 2014.
Entrega de oficios y tesis a los lectores.		Viernes 13 de junio de 2014.
Revision de tesis por parte de lectores.	2 horas.	Desde lunes 16 de junio al viernes 18 de julio de 2014.
Entrega de informe de lectores.		Lunes 21 de julio de 2014.
Predefensa de tesis.	1 hora.	Desde martes 22 de julio hasta el viernes 1 de agosto de 2014.
Entrega de borradores.		Miércoles 23 de agosto.
Tesis corregida.		Julio hasta el miércoles 6 de agosto de 2014.
Revisión gramatical y control antiplagio.	10 horas.	Lunes 11 de agosto hasta el viernes 22 de agosto de 2014.
Entrega de carpetas con documentación.		Lunes 18 de agosto hasta el viernes 22 de agosto.
Sustentación de tesis.	1 hora.	Lunes 25 de agosto hasta el viernes 5 de septiembre de 2014.
Incorporación.		Sábado 13 de septiembre de 2014.

Anexo 4.

FICHA DE LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL.

PACIENTES SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA POR LLA MENORES DE 18 AÑOS HOSPITAL SOLCA MANABÍ.

H.C.	NOMBRE.	SEXO.	EDAD.	FEC.NAC.	DIRECCION.	TELEFONOS.	LESION	DIAGNOSTICO.
154300	I.C.B.F.	MASC.	18 AÑOS	09/05/1996	ESMERALDAS.	0985031803	MUCOSITIS 33(SEMS MANT).	L.L.A.
157522	L.B.Y.A.	MASC.	13 AÑOS	20/08/2000	SAN VICENTE.	0986512234	ULCERA CON INTOLERANCIA ORAL.	L.L.A.
158208	L.G.D.A.	MASC.	6 ANOS	03/07/2007	CALCETA.		MUCOSITIS.	L.L.A.
190639	L.P.A.V.	FEM.	4AÑOS	17/08/2009	CHONE.		MUCOSITIS.	L.L.A.
141049	L.G.A.M.	FEM.	5AÑOS	29/08/2008	MANTA.	0992240960	GINVIGITIS Y MUCOSITIS.	L.L.A.
159971	M.M.C.J.	MASC.	6AÑOS	24/09/2007	PORTOVIEJO.	0990051568	CANDIDIASIS ORAL CON INTOLERANCIA ORAL.	L.L.A.
174748	M.S.D.N.	FEM.	9AÑOS	05/04/2009	MANTA.	0988431069	ULCERA ORAL.	L.L.A.
145486	M.M.J.M.	FEM.	9AÑOS	25/05/2005	SANTA ANA.	0993265178	MUCOSITIS.	L.L.A.
193586	M.L.E.L.	FEM.	5AÑOS	12/08/2008	MANTA.		MUCOSITIS, GINGIVITIS.	L.L.A.
141411	O.E.S.E.	FEM.	17AÑOS	23/11/1996	PORTOVIEJO.	0988498347	ULCERA ORAL.	L.L.A.
159026	P.B.M.A.	MASC.	14AÑOS	19/07/1999	PORTOVIEJO.		MUCOSITIS, GINGIVITIS AFTA BUCAL.	L.L.A
172905	P.B.C.A.	MASC.	18AÑOS	31/05/1996	PORTOVIEJO.		MUCOSITIS, GINGIVITIS.	L.L.A
135348	P.M.J.J.	MASC.	9AÑOS	16/05/2005	SANTA ANA.	0998636126	MUCOSITIS.	L.L.A
175237	P.M.E.O.	MASC.	8AÑOS	20/03/2006	PEDERNALES.	0993394048	MUCOSITIS CON AFTA BUCAL.	L.L.A
149931	R.V.J.P.	MASC.	7AÑOS	18/08/2006	PORTOVIEJO	0997618623	MUCOSITIS.	L.L.A.
155427	S.C.E.Y.	MASC.	6AÑOS	26/01/2008	TOSAGUA	0981061401	MUCOSITIS, GINGIVITIS.	L.L.A.
178624	S.M.J.D.	MASC.	18AÑOS	24/02/1996	PORTOVIEJO.	0980410039	MUCOSITIS. QUEILITIS.	L.L.A.
191057	S.P.G.J.	FEM.	16AÑOS	10/06/1997	CHONE.	0997824313	MUCOSITIS.	L.L.A
113319	T.S.A.J.	MASC.	7 AÑOS	23/03/2007	MANTA.	0989091999	MUCOSITIS.	L.L.A
189261	U.N.J.A.	MASC.	18AÑOS	09/02/1996	EL CARMEN.	0993773780	MUCOSITIS CON INTOLERANCIA	L.L.A

							ORAL.	
126038	U.A.I.A.	FEM.	7AÑOS	06/07/2006	MANTA.		MUCOSITIS, ULCERA ORAL.	L.L.A.
179138	Z.B.P.I.	MASC.	11AÑOS	20/04/2003	FLAVIO ALFARO.	0982894638	MUCOSITIS, CANDIDIASIS ORAL.	L.L.A.
141709	Z.S.C.D.	MASC.	7 AÑOS	06/06/2006	CHONE.	0981979952	MUCOSITIS.	L.L.A.
45758	C.C.J.P.	MASC.	11AÑOS	18/07/2002	SANTA ANA.		MUCOSITIS.	L.L.A.
47506	M.A.J.A.	MASC.	11AÑOS	07/04/2003	PORTOVIEJO.		MUCOSITIS, AFTA ORAL.	L.L.A.
47550	F.A.C.J.	MASC.	12AÑOS	28/09/2001	CHONE.	2698756	MUCOSITIS	L.L.A.
104779	B.R.G.J.	MASC.	10AÑOS	20/12/2003	BAHIA CAR.		MUCOSITIS.	L.L.A.
102834	C.P.A.J.	MASC.	7 AÑOS	27/09/2006	MANTA.		MUCOSITIS.LINQUEN PLANO.	L.L.A.
44996	C.I.J.R.	MASC.	13AÑOS	09/09/2000	PORTOVIEJO.		MUCOSITIS, INTOLERANCIA ORAL.	L.L.A.
110196	R.P.B.E.	MASC.	17AÑOS	27/09/1996	PORTOVIEJO.		MUCOSITIS.	L.L.A.
110879	M.M.J.M.	FEM.	13AÑOS	27/01/2001	PORTOVIEJO	0988832078	MUCOSITIS.	L.L.A.
114131	B.C.L.D.	FEM.	6AÑOS	02/08/2007	SANTA ANA.	2640504	MUCOSITIS GINGIVITIS.	L.L.A.
115037	P.P.Y.G.	MASC.	18AÑOS	22/05/1996	ROCAFUERTE.		MUCOSITIS,	L.L.A.
118069	G.G.J.I.	MASC.	11AÑOS	15/09/2002	MANTA.	0990175607	MUCOSITIS, ULCERA ORAL.	L.L.A.
118288	M.M.A.F.	MASC.	18AÑOS	29/08/1996	JIPIJAPA.		MUCOSITIS, ULCERA ORAL.	L.L.A.
120323	B.M.R.F.	MASC.	18 AÑOS	06/02/1996	PORTOVIEJO.		MUCOSITIS, GINGIVITIS.	L.L.A.

H.C.	APELLIDOS Y NOMBRES.	SEXO.	EDAD.	FECHA DE NACIMIENTO.	DIRECCIÓN.	TELÉFONO.	LESIÓN.	DIAGNOSTICO.
137800	A.I.I.I.	M.	4 años	24 de septiembre de 2009	COLON.	0967163627	MUCOSITIS II(24 SEMS MANT).	L.L.A
135526	A.M.M.J.	F.	6 años	28 de noviembre de 2007	MANTA.	094745159	PRESENTO ULCERA EN LA BOCA. SEGUIDO DE MUCOSITIS I.	L.L.A.

148378	B.M.A.D	M.	6 años	27 de noviembre de 2007	MONTECRISTI.	0985261961	MUCOSITIS ORAL (3 SEMS MANT).	L.L.A.
168609	P.M.M.	M.	4 años	25 de agosto de 2009	MANTA.	0986540726	GINGIVITIS, MUCOSITIS INTOLERANCIA ORAL (SEMAN15 MANT FINAL).	L.L.A.
135713	C.V.W.A.	M.	13 años	30 de noviembre de 2000	SANTA ANA	0994601345	LIQUEN PLANO. MUCOSITIS(12 SEMS MANT).	L.L.A.
176346	C.M.J.A.	M.	9 años	27 de abril de 2005	MANTA	2523296	MUCOSITIS ORAL. ULCERA ORAL (6 SEMS MANT).	L.L.A.
144521	C.M.L.S.	F.	6años	18 de octubre de 2007	SANTA ANA	0991077665	MUCOSITIS, QUEILITIS ANGULAR (8SEMS MANT).	L.L.A.
196219	C.P.T.M.	F.	3años	28 de junio de 2010	ROCAFUERTE	2645278	GINGIVITIS II,INTOLERANCIA ORAL (5 SEMANA).	L.L.A.
176031	C.C.J.D.	F.	13años	2 de octubre de 2000	CHARAPOTO	0989007108	MUCOSITIS III (7 SEMANA DE MANT).	L.L.A.
12558	C.M.D.J.	F.	9 años	9 de diciembre de 2004	MANTA	2626737	AFTA BUCAL, MUCOSITIS II INTOLERANCIA ORAL (12 SEMS MANT).	L.L.A.
196689	C.U.D.A.	M.	18años	28 de noviembre de 2012	CANOA		MUCOSITIS I (4SEM MANT).	L.L.A.
158317	C.D.E.A.	M.	12años	10 de agosto de 2001	CHONE	0991496302	ULCERA ORAL.MUCOSITIS (5 SEM MANT).	L.L.A.
171882	C.A.R.G.	M.	7años	18 de junio de 2006	BOLIVAR-QUIROGA	0989257427	MUCOSITIS II, ACOMPAÑADA CON GINGIVITIS	L.L.A.

							(14 SEMANAS).	
128105	D.G.C.G.	F.	5años	8 de mayo de 2009	PORTOVIEJO	2656812	MUCOSITIS II, ULCERA ORAL (18 SEMANAS).	L.LA.
196476	D.P.N.M.	F.	16años	17 de marzo de 1998	MONTECRISTI.		AFTA BUCAL, MUCOSITIS (12 SEMNS MANT).	L.LA.
167064	D.V.C.D.	F.	10años	1 de mayo de 2004	CHONE.	2699757	MUCOSITIS III, GINGIVITIS INTOLERANCIA ORAL (20SEMANAS).	L.LA.
159853	D.B.D.N.	F.	11años	27 de febrero de 2003	MANTA.	2582777	MUCOSITIS (10 SEMS MANT).	L.LA.
146244	D.M.A..A.	F.	6años	13 de febrero de 2008	MANTA.	2624851	CANDIDIASIS ORAL, MUCOSITIS III (24 SEMS MANT).	L.LA.
175634	G.B.D.J.	M.	20años	25 de mayo de 1994	ROCAFUERTE.	090078875	MUCOSITIS (10 SEMS MANT).	L.LA.
157509	G.M.K.N	F.	5años	8 de diciembre de 2007	MANTA.	997563418	MUCOSITIS II INTOLERANCIA ORAL (13 SEMNS MANT).	L.LA.

Anexo 5.

PROTOCOLO DE BUENAS PRÁCTICAS PARA EL DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS MUCOSITIS.

Introducción:

Todos los pacientes con riesgo de desarrollar mucositis deberían recibir un protocolo estándar de atención oral como un componente sistemático de sus cuidados continuos. El objetivo de este protocolo, es conseguir una profilaxis total de cavidad oral, y limitar las infecciones a través de la mucosa dañada.

Lo expuesto se fundamenta con criterios de autores como Barbosa⁵² (2009), quien señala que:

Entre las patologías malignas que se presentan en la infancia, es la leucemia linfoblástica aguda (LLA) la más frecuente. Se le atribuye el 50% de todos los cánceres en este grupo de edad y corresponde al 75,2% de las leucemias en los niños. Se presenta con más frecuencia en el sexo masculino, puede ocurrir a cualquier edad, aunque tiene incidencia máxima entre los 2 y los 4 años. Para el autor su origen, no es totalmente conocido, sin embargo se lo puede relacionar con factores ambientales, hereditarios y microbiológicos.

El tratamiento oncoespecífico utilizado para este tipo de leucemias es la quimioterapia que busca destruir las células malignas que se reproducen con un ritmo superior a las normales. Los diferentes protocolos de tratamientos utilizan drogas estomatotóxicas a altas dosis, como el metrotexate.

⁵²Barbosa, D., Bernal, L., Gallego, C., Sierra, M. (2009). *Comparación de los efectos de tres enjuagues en el manejo de la mucositis oral secundaria al tratamiento de leucemia linfoblástica aguda en niños*. Revista Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

Esta enfermedad se caracteriza por el acúmulo de células jóvenes anormales de la médula ósea, sustituyendo las células sanguíneas normales. La expresión de signos en el hemograma, se exterioriza después de la invasión medular, donde los elementos blásticos alcanzan la sangre circulante.

Así mismo Barbosa⁵³ (2009), en su libro describe que:

La quimioterapia provoca como efecto adverso, trastornos en el crecimiento de las células normales y la capacidad de las mucosas para regenerarse, favoreciendo la aparición de mucositis y otras patologías bucales, La mucositis bucal, es una inflamación de la mucosa de la boca caracterizada por dolor, úlceras, disfagia, odinofagia, disgeusia, eritema, descamación, sangrado y exudados, aparece durante el tratamiento citostático siendo frecuente entre los 5 y 7 días después del inicio del mismo.

Los trastornos de las células sanguíneas las ulceraciones de las mucositis y la inmunosupresión producida por el tratamiento oncoespecífico, favorecen la aparición de infecciones en la cavidad bucal, bacterianas fúngicas y virales.

Por lo anterior, dentro del esquema de tratamiento preventivo, se debe tomar en cuenta el tratamiento odontológico, ya que dichas complicaciones además pudieran agravar patologías dentarias previas al tratamiento.

Objetivos:

Prevenir la aparición de mucositis en los pacientes con hemopatías malignas.

⁵³Barbosa, D., Bernal, L., Gallego, C., Sierra, M. (2009). *Comparación de los efectos de tres enjuagues en el manejo de la mucositis oral secundaria al tratamiento de leucemia linfoblástica aguda en niños*. Revista Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

Diagnosticar y tratar correctamente las lesiones en la cavidad oral.

Conducta a seguir para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las mucositis.

De acuerdo a Hiroki, Nakamura, Shinohara, Oka (1994), “Al ingreso del paciente en la Unidad de Hematología Clínica, un estomatólogo o un odontólogo deberá explorarlo y diagnosticar el estado de salud bucal basal, cumplimentará la ficha” (p. 15).

Se le realizarán todas las exodoncias, endodoncias u otro proceder requerido antes de comenzar el tratamiento oncoespecífico.

Se le realizará la profilaxis a cada paciente antes de comenzar el tratamiento oncoespecífico.

Durante el tratamiento si presencia de lesión:

Metodología diagnóstica

Microbiología

De los exudados de la cavidad oral: se tomarán las muestras de lugar de las lesiones ya sean en la lengua, la mucosa yugal o el surco gingival y de los frotis se realizarán cultivos microbiológicos para gérmenes aerobios, anaerobios y hongos.

Anatomía patológica: De los nódulos, los agrandamientos gingivales o de los infiltrados: se tomarán muestras para el estudio histológico

Medidas de profilaxis de la mucositis

Según Cocchi, Armanino, Del Bono, Gandolfo, Mangiante, Pannacciulli, Turchetti. (1994), los pacientes que mantienen una higiene cuidadosa de la boca presentan una mucositis de menor gravedad y duración que aquellos que no la realizan. Si bien la mucositis mejora al resolverse la neutropenia del paciente, la prevención con la identificación y el tratamiento precoz de las lesiones bucodentales revisten una importancia fundamental en la calidad de vida de estos enfermos. La enfermera instruirá al paciente en las medidas de higiene oral. «Primum non nocere» o evitar los irritantes locales de tipo físico, químico o térmico. Para ello es preciso seguir las siguientes pautas de profilaxis y diagnóstico. (p. 7)

Laine, Meurman, Murtomaa, Lindqvist, Torkko, Pyrhönen, et al⁵⁴ (1993).

1.-La retirada de las prótesis removibles que actúan como reservorios de gérmenes, en especial de *Candida*, mientras dura la fase aguda de la mucositis y la higiene con productos liberadores de cloro o bien con clorhexidina.

2.-La valoración de los tratamientos ortodóncicos tanto los fijos como los removibles y el efecto irritante que pueden tener sobre la cavidad bucal del enfermo. Consultar si procede con el ortodoncista del paciente.

3.-Uso de colutorios sin alcohol:

La clorhexidina en forma de digluconato (es un antibacteriano de amplio espectro que también es activo frente a *Candida* sp). Se emplea a concentraciones de 0,12 % y de 0,2 %.

La concentración de 0,12 % tiene presentación como colutorio y la de 0,2 % en forma de gel bioadhesivo (p. 34).

⁵⁴ Laine, M., Murtomaa, C., Torkko, P., et al. *One-year trial of the effect of rinsing with an amine fluoride-stannous-fluoride-containing mouthwash on gingival index scores and salivary microbial counts in lymphoma patients receiving cytostatic drugs.* J Clin Periodontol.

Robbins⁵⁵ (2000),

El agua bicarbonatada alcaliniza el pH de la saliva dificultando el crecimiento de candida la descalcificación del esmalte grabado por los ácidos. El agua oxigenada diluida a partes iguales en agua arrastra los restos alimenticios y los detritos que se acumulan sobre los dientes y la mucosa.

4.- Los alimentos de consistencia blanda y a temperatura ambiente son los indicados para evitar el trauma.

5.-La ingesta elevada de líquidos mejora la hiposialia.

6.-La higiene meticulosa de la dentadura y las encías siempre que el recuento de plaquetas sea superior a 5×10^1 , con un cepillo dental muy suave. No se usará dentífrico desde el grado I de mucositis. Los dentífricos fluorados y el cepillado con cepillo suave están permitidos en los períodos sin mucositis. (pp. 47)

Tratamiento de la mucositis.

La indicación se hace en función del grado de mucositis y se instaura el correspondiente a un grado por encima al que se ha establecido en el diagnóstico.

Chimenos, Puy, López⁵⁶ (1998):

Grados 0 y I

El adiestramiento del paciente en las siguientes medidas de higiene:

1. El correcto uso de un cepillo dental suave después de las comidas.
2. El colutorio de clorhexidina en enjuagues después del cepillado.
3. La ingesta elevada de líquidos para mantener la salivación.
4. La integridad de los labios se mantiene con la aplicación tópica de vaselina.

Grado II

Las medidas de tratamiento de los grados 0 y I se aplicarán ahora cada 4 horas y se añaden el aguabicarbonatada y nistatina en solución, 5 cc cada 6 horas, como colutorios.

Las prótesis removibles se mantendrán en la boca solo durante las comidas.

Grados III y IV

Las medidas de tratamiento de la mucositis de grado II se complementan con los tratamientos tópicos y sistémicos según la etiología de las lesiones.

Las infecciones micóticas de la cavidad oral se tratarán con: nistatina en solución 5 cc cada 4 horas y fluconazol en solución 200 mg al día, por vía oral.

Las infecciones herpéticas locales se tratan con aciclovir en crema 5 aplicaciones al día.

⁵⁵ Robbins, M. (2000). *Oral care of the patient receiving chemotherapy*. Oral Cancer. Carol Stream, Illinois: Quintessence Publishing Co., Inc. Editors; 2000.

⁵⁶ Chimenos, E., Puy, D., López, J. (1998). *Fármacos antifúngicos utilizados en el tratamiento de las micosis*. *Medicina Oral*.

Las úlceras se tratan localmente con 4 o 6 aplicaciones diarias de cualquiera de las siguientes fórmulas magistrales:

Acetónido de fluocinolona al 0,1% en orabase.

Acetónido de triamcinolona al 0,1% en orabase.

Hidrocortisona al 1% en orabase.

El hematólogo indicará el tratamiento sistémico en estos pacientes para evitar la extensión de las infecciones locales y aliviar el dolor. (78-90).

BIBLIOGRAFÍA

1. Cocchi F, Armanino R, Del Bono P, Gandolfo AM, Mangiante S, Pannacciulli F, Turchetti S. Patologie orali nel trapianto autologo di midollo óseo (ABMT). *Minerva Stomatol* 1994;43:7-15.
2. Barbosa, L., Diana, Bernal J. Lucía Gallego G., Carolina, Sierra S., Margarita. (2009). Comparación de los efectos de tres enjuagues en el manejo de la mucositis oral secundaria al tratamiento de leucemia LINFOBLÁSTICA AGUDA EN NIÑOS. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* - Vol. 20 N.º 2.
3. Hiroki A, Nakamura S, Shinohara M, Oka M. Significance of oral examination in chronic graft-versus-host disease. *J Oral Pathol Med* 1994; 23:209-15.
4. Chimenos E, Puy D, López J. Fármacos antifúngicos utilizados en el tratamiento de las micosis. *Medicina Oral* 1998;3:78-90.
5. Laine P, Meurman JH, Murtomaa H, Lindqvist C, Torkko H, Pyrhönen S, et al. One-year trial of the effect of rinsing with an amine fluoride-stannous-fluoride-containing mouthwash on gingival index scores and salivary microbial counts in lymphoma patients receiving cytostatic drugs. *J Clin Periodontol* 1993;20:628-34.
6. Robbins M. Oral care of the patient receiving chemotherapy. In: Ord R, Blanchaert R, eds. *Oral Cancer*. Carol Stream, Illinois: Quintessence Publishing Co., Inc. Editors; 2000.p.133-47.