

HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL (HEF) EN NIÑOS Y NIÑAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA



NANCY KARINA PAZZETTY BATRES

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

PAGINA

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION	3
IV.	PROPOSITOS	4
V.	OBJETIVOS	5
VI.	REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VII.	METODOLOGIA	15
VIII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	20
IX.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	26
X.	CONCLUSIONES	29
XI.	RECOMENDACIONES	30
XII.	RESUMEN	31
XIII.	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	32
XIV.	ANEXOS	36

I INTRODUCCION

La Hiperplasia Epitelial Focal (HEF) o Enfermedad de Heck es una enfermedad viral discreta de la mucosa oral causada por Papilomavirus Humano tipos 13 y 32 que se han encontrado principalmente en la población pediátrica indígena de estratos socioeconómico bajo.

Este es un estudio Prospectivo Descriptivo Transversal donde se evaluó la cavidad oral de todos los niños y niñas de 0 a 12 años que acudieron a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Antigua Guatemala en los meses de mayo y junio del presente año.

Se pudo determinar la incidencia de esta enfermedad y sus características clínicas y epidemiológicas para así contribuir a aumentar y corroborar la información existente sobre esta patología.

II DEFINICION DEL PROBLEMA

La Hiperplasia Epitelial Focal representa un problema de las poblaciones indígenas de Centro, Sur y Norte América (9,17,21,25).

Afecta la mucosa oral, con papulas sesiles del mismo color de la mucosa. Se identificó como una entidad aislada hace 33 años, tiempo durante el cual se han realizado diversos estudios sobre esta patología (8,14,21,23).

La causa directa de la Hiperplasia Epitelial Focal es el Papilomavirus Humano de los tipos 13 y 32 específicos de esta patología; pero también se ha relacionado con factores que se consideran predisponentes como lo son: genéticos, ambientales y nutricionales, debido a que se ha encontrado en familias completas, principalmente de estrato socioeconómico bajo, sometidos a dietas pobres y con costumbres similares. (10,11,12,18,19,20,21).

Los rangos de prevalencia en diversos estudios, en diferentes países van desde 3 hasta 36%, observándose en todas las edades, pero principalmente en la población pediátrica tanto en varones como en mujeres(9,26).

El tratamiento de estas lesiones obedece más que todo al trauma que causa durante la masticación. Actualmente se usa Nitrógeno Líquido o Láser, otra forma de tratamiento es interferón intralesional (21).

Esta patología es una de las más frecuentes de la mucosa oral en los países de América Latina(23), pero poco conocida y estudiada en nuestro país.

III JUSTIFICACION

La Hiperplasia Epitelial Focal es una enfermedad endémica de los países americanos, donde la población afectada en su mayoría es pediátrica indígena(23,26), sometidos a dietas pobres(12). La población guatemalteca en su mayoría es indígena, por lo que se considera que existe una alta prevalencia de esta patología(13).

La HEF es una de las enfermedades más frecuentes de la mucosa oral(23), y sin embargo no existen estudios recientes sobre dicha patología en nuestro país.

Por lo que se hace necesario realizar un estudio que brinde información sobre la Incidencia y las Características Clínicas y Epidemiológicas de la Hiperplasia Epitelial Focal.

IV PROPOSITO

Proporcionar a los médicos un estudio que brinde información sobre la Incidencia y las Características Clínicas y Epidemiológicas de la Hiperplasia Epitelial Focal, para que al realizar el examen de la cavidad oral puedan reconocer las lesiones de esta patología.

V OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

1. Determinar la incidencia de Hiperplasia Epitelial Focal, en todos los niños y niñas de la Consulta Externa del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, en los meses de mayo y junio de 1998.
2. Determinar las características clínicas y epidemiológicas de la Hiperplasia Epitelial Focal en niños y niñas de la Consulta Externa del Hospital Nacional de Antigua Guatemala.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Establecer el tiempo de evolución y la sintomatología de la Hiperplasia Epitelial Focal.
2. Determinar el número de lesiones que presentan y localización.
3. Establecer que sexo es el más afectado por la HEF.
4. Determinar la edad en la que es más frecuente esta patología.
5. Identificar el grupo étnico y el estrato socioeconómico en el que más se presentan las lesiones de la Hiperplasia Epitelial Focal.
6. Establecer si otro miembro de la familia presenta HEF.

VI REVISION BIBLIOGRAFICA

HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL (HEF)

DEFINICION: Lesiones aisladas o múltiples que afectan la mucosa oral, constituidas por pápulas de base sesiles y de forma circular u ovoide del mismo color de la mucosa, de pocos milímetros de diámetro; son benignas y asintomáticas; predominan en niños(8,15).

ANTECEDENTES HISTORICOS: Fue llamada enfermedad de Heck, por éste mismo en 1961 y se le dio él termino de Hiperplasia Epitelial Focal en 1965 por Archard, Heck y Stanley; ellos encontraron 25 casos en indios navajos, descubrieron también la lesión en un esquimal de Alaska y en dos nativos del sudoeste de USA; fue entonces cuando se identificó como una entidad aislada, lo cual eliminó la confusión que existía sobre este trastorno (18,23, 25, 28).

La literatura menciona que ya en 1894 Helms había notado lesiones similares en esquimales de Groenlandia (17, 28).

En 1960 en Colombia, Estrada informo de 2 indios Katios que presentaron la lesión (8).

En 1964 Soneira y Fonseca encontraron 54 afectados por la lesión en indios Venezolanos (26).

Witkop y Niswander en 1965 reportaron 7 casos en indios Xavantes del Brasil, 2 casos en el Salvador y 2 casos de indios Maya-Quiché de Guatemala (29).

EN GUATEMALA: Cordero en 1961 hace mención de esta patología e incluye la fotografía de un caso en su "Manual de Dermatología" (7).

En 1962, Reyes informó de un caso observado en un paciente indígena del sexo femenino de 15 años de edad (24).

En 1968, Menéndez informó de una familia, en la que la madre y 5 hijos (4 del sexo femenino y 1 del masculino) presentaban HEF (16).

En 1970 Marroquín informa una prevalencia de 5.2% en niños y jóvenes y 2.3% en adultos; en indígenas de Solola (14). En el mismo año, Aquino informo de 7 casos entre niños y adultos en indígenas Cackchiqueles (1).

NOMBRES DE LA LESIÓN: La lesión ha recibido varias denominaciones consideradas incorrectas, alguna de las cuales como el de "papiloma", "papilomatosis", "fibroma" o verruga vulgar, parecen provenir de un supuesto parecido clínico de las lesiones con el "papiloma bucal", "múltiples papilomas bucales y con el "fibroma por irritación" de la mucosa bucal(17).

A la fecha el nombre más utilizado en la literatura es el de "Hiperplasia Epitelial Focal" -HEF-. Este sin embargo, responde fundamentalmente a los hallazgos histomorfológicos (microscópicos) de la lesión y no a sus características clínicas o semiológicas, por lo anterior se sugirió darle una denominación que coincidiera más con sus características semiológicas, como fue el de "múltiples crecimientos benignos e idiopáticos de la mucosa bucal" -MCBIMB-, el cual, además de responder a la imagen que

el clínico tiene de ella, también la describe de acuerdo al conocimiento que se disponía hasta ese momento (lo idiopático se suponía ante el hecho de que su etiología biológica desencadenante, no se conocía o sólo se especulaba acerca de ella)(17).

EPIDEMIOLOGIA: La HEF puede presentarse desde el infante hasta la vejez. No se conocen o son raros los casos en personas menores de 4 años. La gran mayoría de los casos parecen ocurrir entre los 6 y los 18 años de edad aproximadamente. Los observados en edad avanzada son escasos y se informa de ellos como algo especial. A menudo se ha comunicado que la lesión desaparece espontáneamente después de los 18 años aproximadamente(17).

Es común tanto en hombres como en mujeres, aunque la literatura ofrece relaciones variables. Algunos indican ocurrencia más elevada en el sexo femenino, pero este hecho debe interpretarse con cautela, ya que se acepta que el sexo femenino tiende a consultar al médico en mayor proporción que el masculino, especialmente cuando se trata de problemas que tienen implicación estética(3,17,18). Archard reportó mayor prevalencia en el sexo femenino en un rango de 4:1 (2), Van Wik Encontró el mismo hallazgo, sin un rango específico (28). Marroquín encontró mayor prevalencia en el sexo masculino (14). Harris, A.M. encontró la prevalencia de hombres y mujeres entre 1:0.4 a 1:1 (11).

Aunque se han reportado varios casos de distribución familiar, nunca se encontró patrón hereditario específico.

Geográficamente la lesión se ha observado en los países americanos como: Colombia, Ecuador, Venezuela, Brasil, El Salvador, Guatemala, Paraguay, Groenlandia y Alaska; cuya población es en su mayoría indígena. La afección es rara en caucásicos y negros, aunque se han descrito casos aislados en Europa, Medio Oriente, Australia, Polinesia y Africa (10,17,19,25,27,28).

Los rangos de prevalencia reportados en la literatura internacional van desde 3% hasta 36% (10,28).

ETIOLOGIA: Han surgido varias teorías respecto a la etiología de la HEF, pero las tres más discutidas son:

1. **MEDIO AMBIENTE Y DIETA:** Diversos autores han escrito que se debe a deficiencia de vitaminas o por el estilo de vida de las personas (11,22); y es porque se ha encontrado con más frecuencia en grupos étnicos sometidos a una dieta pobre (13).
2. **GENETICA:** Se han encontrado familias completas con HEF, por lo que se piensa que hay una predisposición genética (13,20,23).
3. **VIRAL:** Es la más aceptada; por medio de la técnica de hibridación in situ se logró identificar al Papilomavirus Humano (HPV) de los tipos 13 y 32 (12,21,22,23). Se ha considerado a estos dos tipos como específicos de ella, ya que se han identificado exclusivamente en la mucosa oral (5,6,19).

También han mencionado que los HPV 1,6,11,12 y 16 tienen relación con las lesiones de la Hiperplasia Epitelial Focal (19).

ASPECTOS CLINICOS: La hiperplasia epitelial focal se desarrolla como lesiones nodulares o papulares únicas o múltiples en la mucosa oral, de consistencia suave, de base sésil, circunscritas, habitualmente se unen unas lesiones con otras (coalición), de forma circular u ovoide y con el mismo color de la mucosa adyacente o un poco blanquecinas. El tamaño promedio es de 1 a 5mm. de diámetro, algunas son confluentes. La superficie de las lesiones es generalmente lisa, aunque puede ser verrugosa o queratinizada (10,17,18,19,25,27,28).

Estas lesiones se han encontrado en casi todas las regiones de la cavidad oral, siendo el sitio más común la mucosa del labio inferior, aunque también se observa en la mucosa del labio superior, la mucosa del carrillo, la comisura y la lengua. Rara vez se afecta la encía y los pilares anteriores de las fauces y, al parecer no se presentan en el piso de la boca o paladar (25).

Las lesiones que tienen asiento en la mucosa de la lengua, son las únicas que ofrecen apariencia clínica diferente (a veces pueden confundirse con "fibromas"). Sus características fundamentales son: Tendencia a ser algo pedunculadas; más firmes (mayor consistencia), no desaparecen al distenderse los tejidos, generalmente de color más pálido que la mucosa adyacente y siempre son asintomáticas(17).

Cuando la lesión es presionada tiende a desaparecer (19,28). Las lesiones son por lo general asintomáticas; a veces, la única queja es el traumatismo en la masticación y el compromiso estético que la enfermedad implica (13).

La HEF a menudo, es posible que sufra regresión espontánea después de cuatro a seis meses; sin embargo, en algunos casos duran un año o más. A veces las lesiones son recurrentes (25).

HISTOPATOLOGIA: Se encuentra paraqueratosis, acantosis con engrosamiento y elongaciones de las prolongaciones epiteliales, que en la mayoría de las veces llega a fusionarse. A través del epitelio hay células esparcidas las cuales muestran vacuolización marcada y se colorean solo débilmente. Estas células son llamadas por algunos autores células pálidas y son células infectadas por papilomavirus.

La vacuolización es más pronunciada en la porción superior

del epitelio, pero puede extenderse al ensanchamiento de las prolongaciones epiteliales. El estrato de células basales no llega a ser vacuolado.

Ha sido descrito a veces un leve infiltrado de linfocitos en la submucosa o infiltrado leve de tipo inflamatorio crónico.

Es importante recalcar el hallazgo en la Hiperplasia Epitelial Focal de las células "mitosoides", que para algunos autores representan células basales que continúan en mitosis. Sin embargo, esto no es aceptado por la mayoría, quienes afirman que se trata de queratinocitos que tienen un cambio degenerativo más que una mitosis. Y esto ha sido comprobado a la microscopia electrónica, donde se observan agrupaciones y marginaciones de la cromatina y desintegración de la membrana nuclear. Ha sido sugerido que los HPV además de causar cambios coilocíticos pueden llevar a una diferenciación prematura de los queratinocitos.

Otros hallazgos a la microscopia electrónica incluyen la presencia de partículas vírales intranucleares con el tamaño de un papiloma virus, (cerca de 50 nm) y en algunos casos están arregladas en una forma cristalina. Estas partículas vírales han sido identificadas por hibridización del DNA pertenecientes a los HPV 13 y 32, en la mayoría de los casos(4,23,27).

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES: Se hace principalmente con Esclerosis Tuberosa y enfermedad de Cowden:

La Esclerosis Tuberosa es un desorden heredado en forma autosómica dominante y se caracteriza por la triada de retardo mental, epilepsia y angiofibromas de la cara. Pueden aparecer fibromas pequeños de consistencia dura en las encías que pueden ser únicos o múltiples semejándose a la HEF. Histológicamente estos

fibromas presentan fibroblastos grandes, estrellados y fibrosis de apariencia glial, ocasionalmente dilatación capilar.

La enfermedad de Cowden o Síndrome de Múltiples Hamartomas es una genodermatosis autosómica dominante. Tiene hallazgos característicos como los múltiples triguilenomas que pueden localizarse en la cara, alrededor de la boca, nariz y orejas.

Son pápulas color piel, rosado o café, que tienen la apariencia de verrugas vulgares. Dichas pápulas pueden encontrarse en mucosa oral, labios, encías y lengua que dan la apariencia característica de "empedrado" semejando a la Hiperplasia Epitelial Focal. Histológicamente estas pápulas orales se caracterizan por mostrar nódulos fibromatosos compuestos de fibras relativamente acelulares en remolino o tejido fibrovascular con acantosis.

Entre otros diagnósticos diferenciales, se pueden mencionar a las verrugas viricas orales causadas por un grupo de papovavirus. La mayoría de verrugas orales se encuentran en los niños que presentan también verrugas en los dedos. Antes la mucosa oral era una localización inusual de las verrugas, sin embargo, se ha afirmado que la frecuencia de afectación de la mucosa oral ha aumentado considerablemente. La localización más frecuente es labio y lengua, aunque puede presentarse en cualquier lugar de la mucosa oral. Suelen ser planas, blanquecinas, con una superficie papilomatosa; no obstante, en ocasiones se ven pediculadas. Clínicamente es imposible distinguir el papiloma de la verruga vulgar.

Histológicamente hay papilomatosis, paraqueratosis, ortoqueratosis y acantosis. Coilocitosis y columnas de células paraqueratóticas; pueden haber atipias, las cuales son consideradas normales, puede haber un leve infiltrado de tejido conectivo en la submucosa. Se parece histológicamente a lo que es una verruga vulgar en piel.

Otra lesión que semeja clínicamente a la HEF es el Condiloma Acuminado, es una tumuración papilomatosa que aparece la mayoría de veces en la piel y en la región de la mucosa anogenital, pero que también puede presentarse en otras zonas calientes, húmedas, intertriginosas. Se ha considerado como una enfermedad venérea y puede ocurrir como autoinoculación. Se ha reportado en pacientes con SIDA, reflejando el aspecto oportunista de la lesión. Su etiología está relacionada con los HPV subtipos 6,11,16 y 18. Se menciona como múltiples y pequeños nódulos rosados que con frecuencia proliferan y se unen entre ellos, dando lugar a blandas tumoraciones papilomatosas sesiles o pediculadas. Histológicamente Hay proyecciones papilares que, se extienden desde la base de la lesión y están cubiertos por epitelio escamoso estratificado que a menudo es paraqueratótico pero a veces puede no ser queratinizado. Las células del estrato superior del epitelio y a veces del estrato inferior, muestran núcleo picnótico y crenado rodeado por una zona edematosa o clara; esta es llamada célula coilocítica. El epitelio es hiperplásico sin evidencia de malignidad o cambios displásicos. El extremo subyacente está bien vascularizado y puede contener algún infiltrado crónico. A veces son indistinguibles histológicamente de una verruga vulgar.

Otra lesión que puede ser confundida con HEF es el papiloma escamoso. Algunos creen que es la misma verruga vírica de la mucosa oral. Se ha encontrado por hibridación del DNA, a grupos de los HPV 2, 6 y 11. Los papilomas escamosos son encontrados en el bermellón de los labios y en cualquier sitio intra-oral, con predilección del paladar duro, paladar blando y úvula, pueden encontrarse también en laringe. Las lesiones miden mas o menos 1cm. y se caracterizan por ser tumoraciones pediculadas, aún cuando se han observado los tipos sesiles muy raramente; presentan un color blanco y a veces grisáceo. Se componen de muchos y pequeñas

prolongaciones digitiformes que confieren a la lesión un aspecto semejante a una coliflor. Generalmente son únicas; de evolución benigna y rara vez alcanzan gran tamaño. Histológicamente se caracterizan por presentar proyecciones papilares de epitelio escamoso engrosado que tiene un núcleo central de tejido conectivo, el cual se desarrolla de una base común. Ramificaciones secundarias o terciarias pueden ser cubiertas por ortoqueratosis y paraqueratosis en el 80% de los casos, coilocitosis del estrato superior. Una cantidad variable de células inflamatorias pueden ser notadas en la submucosa. A veces hay atipia, especialmente en lesiones que se encuentran en el paladar blando y en la región posterior de la cavidad oral, probablemente representan una expresión del recambio celular rápido(4,18,23,25).

TRATAMIENTO: La enfermedad generalmente es asintomática y autolimitante, mejora con la edad del paciente, por lo que no requiere tratamiento en la mayoría de los casos. El tratamiento está indicado cuando causa problemas estéticos y funcionales como el trauma en la masticación (23).

El tratamiento del nitrógeno líquido o del láser puede ser intentado, pero las lesiones tienden a ser resistentes a la terapia destructiva. Otra forma de terapia incluye interferón intralesional, bloqueadores H2 orales, los retinoides orales, o terapia tópica con 5-FU solo o conjuntamente con tretinoin tópico pueden ser útiles (23).

VII METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio Prospectivo Descriptivo Transversal

SUJETO DE ESTUDIO:

Pacientes pediátricos (de 0 a 12 años), sexo masculino y femenino, quienes presentaron las lesiones de la HEF y que acudieron a la Consulta Externa del Hospital de Antigua Guatemala.

UNIVERSO DEL ESTUDIO:

Se tomaron todos los pacientes masculinos y femeninos de 0 a 12 años que asistieron a la consulta externa en los meses de mayo y junio de 1998, siendo una muestra por conveniencia.

DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO:

El estudio se efectuó en el Hospital Nacional Pedro de Bethancour, localizado en la aldea de San Felipe de Jesús del municipio de Antigua Guatemala. Este Hospital cuenta con Consulta Externa para las diferentes ramas de la medicina, atendida por médicos especialistas.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Que estuvieran comprendidos entre las edades de 0 a 12 años.
- Sexo masculino y femenino.
- Todos los pacientes a quienes se les encontró las lesiones de la HEF en la Consulta Externa del Hospital de Antigua Guatemala, durante el periodo de tiempo ya mencionado.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Que no desearan participar en el estudio.

DEFINICION DE LAS VARIABLES:

Nombre: Sexo

Definición Conceptual: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.

Definición Operacional: A través de observación directa.

Unidad de Medida: Masculino y Femenino.

Escala de Medición: Cualitativa.

Instrumento de Recolección: Boleta

Nombre: Edad.

Definición Conceptual: Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.

Definición Operacional: Pregunta directa a la madre o encargado.

Unidad de Medida: Meses y Años.

Escala de Medición: Cuantitativa.

Nombre: Etnia

Definición Conceptual: Agrupación natural de individuos de igual cultura que admite grupos raciales y organizaciones sociales varias.

Definición Operacional: A través de observación directa.

Unidad de Medida: Indígena, Ladino u otra.

Escala de Medición: Cualitativa.

Nombre: Tiempo de Evolución.

Definición Conceptual: Cantidad de tiempo transcurrido desde que inició la patología.

Definición Operacional: Pregunta directa a la madre o encargado.

Unidad de Medida: Días, Meses, Años.

Escala de Medición: Cuantitativa.

Nombre: Estrato Socioeconómico.

Definición Conceptual: Estatus económico y social que muestra las condiciones en que las personas viven de acuerdo al rol que desempeñan dentro de la sociedad.

Definición Operacional: A través de preguntas a la madre o encargado.

Unidad de Medición: Ingreso mensual: Bajo (Q0.00-Q1200.00), Medio (Q1201.00-5000.00), Alto (Más de 5000.00)*

Escala de Medición: Cualitativa.

Nombre: Sintomatología.

Definición Conceptual: Fenómeno que aparece como consecuencia de una alteración funcional u orgánica y que es percibida por el paciente.

Definición Operacional: Pregunta directa a la madre o encargado.

Unidad de Medida: Dolor, hemorragia, supuración, dificultad para comer, se muerde las lesiones, otras.

Escala de Medición: Cualitativa.

Nombre: Miembro de la Familia.

Definición Conceptual: Que forma parte de un conjunto de personas de la misma sangre.

Definición Operacional: Pregunta directa a la madre o encargado.

Unidad de Medida: Padre, madre, hermanos, tíos, primos, etc.

Escala de Medición: Cualitativa.

*Dirección General de Estadística, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares, 1979-1981. Vol. II, Pag. 250 - 251.

RECURSOS:

a) Materiales:

- Boleta de recolección de datos elaborada previamente.
- Equipo de oficina.
- Computadora.
- Material Bibliográfico (libros de texto, revistas, artículos, etc.)

b) Humanos:

- Personal médico de la Consulta Externa del Hospital Nacional de Antigua Guatemala.

PLAN DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN:

1. Se obtuvo permiso del Director del Hospital y del Jefe del Departamento de Pediatría para realizar el estudio.
2. Se abordó a los niños y niñas en la consulta externa.
3. Se les interrogó a las madres acerca de si presentaban los niños lesiones de HEF.
4. Se les pidió autorización para evaluar la cavidad oral, para determinar si presentan HEF.
5. Se les informó a las madres y a los niños ya mayores sobre el estudio.
6. A los que presentaron las lesiones de HEF se les pidió autorización para incluirlos en el estudio, y se les refirió a Dermatología.

7. Se pasó una encuesta, cuyas preguntas respondieron. (Anexo 1)

8. Se tabularon y analizaron los resultados.

9. Se escribieron las conclusiones y recomendaciones según los resultados del estudio.

CONSIDERACIONES ETICAS:

Los nombres de los pacientes en ningún momento figuraron en el estudio.

PLAN DE ANALISIS:

Los resultados obtenidos de las boletas, luego de ser tabulados se analizaron, y así se pudo establecer la incidencia y las características clínicas y epidemiológicas de la Hiperplasia Epitelial Focal.

VIII PRESENTACION DE RESULTADOS

Tabla No. 1

Incidencia de Hiperplasia Epitelial Focal en la Consulta Externa de Pediatría del Hospital Nacional de Antigua Guatemala.

Pacientes evaluados	No.	%
Ptes. sin HEF	776	98
Ptes. con HEF	16	2
Total	792	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 2

Edades de los pacientes con Hiperplasia Epitelial Focal

Edad	No.
Menores de 1 años	0
De 1 a 3 años	0
De 4 a 6 años	3
De 7 a 9 años	3
De 11 a 12 años	10
Total	16

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 3

Sexo de los pacientes con Hiperplasia Epitelial Focal

Sexo	No.
Masculino	13
Femenino	3
Total	16

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 4

Grupo étnico de los pacientes con Hiperplasia Epitelial Focal

Grupo étnico	No.
Indígena	9
Ladinos	7
Otros	0
Total	16

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 5
Ingreso familiar aproximado mensual de los pacientes con HEF

Ingreso	No.
Q 0.00 – Q 300.00	1
Q 301.00 – Q 600.00	3
Q 601.00 – Q 900.00	3
Q 901.00 – Q 1,200.00	7
Q 1,201.00 – Q 1,500.00	1
No saben	1
Total	16

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 6
Analfabetismo en los pacientes con HEF

Saben leer y escribir	No.
Si	11
No	5
Total	16

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 7
Tiempo de evolución de las lesiones

Tiempo de evolución	No.
Menos de 1 mes	1
De 1 a 2 meses	5
De 3 a 4 meses	3
De 5 a 6 meses	1
Más de 6 meses	0
No saben	6
Total	16

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 8
Sintomatología de los pacientes con Hiperplasia Epitelial Focal

Síntomas	No.
Dificultad para comer	3
Se muerden la lesión	3
No tienen ningún síntoma	10
Total	16

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 9
Localización de las lesiones

Localización	No.
Mucosa del labio inferior	6
Mucosa del labio superior	4
Lengua	4
Mucosa del labio superior e inferior	2
Total	16

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 10
Número de lesiones que presentan los pacientes con HEF

No. de lesiones	No.
1 Lesión	3
Múltiples	13
Total	16

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 11
Familiares de los pacientes con HEF que presentaron lesiones

Familiares con lesiones	No.
Si	0
No	16
Total	16

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 12
Pacientes con HEF que han consultado antes

Consultaron	No
Si	0
No	16
Total	16

Fuente: Boleta de recolección de datos.

IX ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La incidencia de Hiperplasia Epitelial Focal en la Consulta Externa del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, se considera baja ya que la literatura internacional reporta una prevalencia entre 3 y 36%, y la que nosotros encontramos está debajo de esta. (tab. No. 1)

Es interesante mencionar que no se encontró a ningún niño menor de 4 años con HEF, y esto se puede deber a que los niños más pequeños son alimentados con lactancia materna. La literatura nos dice que es una enfermedad que se debe a deficiencia de vitaminas, y por esto mismo puede ser que los más afectados sean los niños más grandes. (tab. No. 2)

A pesar de que la literatura internacional nos indica que la HEF es mayor su ocurrencia en el sexo femenino, en este estudio encontramos más lesiones en el sexo masculino en una relación de 4:1. Es interesante mencionar que en otro estudio realizado aquí en Guatemala también se encontró mayor prevalencia en el sexo masculino. (tab. No. 3)

La mayoría de niños que presentan las lesiones fueron indígenas, (como lo reporta la literatura), sin embargo la diferencia con los ladinos no fue mucha, y esto se debe a la mezcla de razas que existen en Guatemala. (tab. No. 4)

Según los datos de la Dirección General de Estadística la mayoría de familias de los pacientes con HEF pertenecen al estrato socioeconómico bajo, solo hay una que se encuentra en el límite inferior del estrato socioeconómico medio. Esto nos confirma que esta enfermedad afecta principalmente a las personas de estrato socioeconómico bajo. (tab. No. 5)

A pesar de que las familias son de estrato socioeconómico bajo, la mayoría de los niños asisten a la escuela; los 5 niños que no saben leer ni escribir es porque no están en edad escolar o están en primer grado. (tab. No. 6)

Ningún paciente refirió tener las lesiones más de 6 meses, y esto se debe a que es posible que las lesiones sufran regresión espontánea después de 6 meses (según la literatura).

También es importante ver que un buen grupo no había notado que tenían las lesiones, y es por que son asintomáticas. (tab. No. 7)

Las lesiones de HEF por lo general son asintomáticas, ya que ninguno de los pacientes nos refirió sentir: dolor, ardor, prurito, sangrado o supuración, la única queja que presentaron una minoría de los pacientes fue dificultad para comer y morderse la lesión, y esto generalmente se debe a que las lesiones son muy grandes o están localizadas en la lengua. (tab. No. 8)

La localización y el orden de frecuencia de las lesiones en los pacientes de este estudio es el mismo que nos reporta la literatura. También es importante mencionar que no encontramos lesiones en encías, piso de la boca y paladar, la literatura internacional nos dice que son muy raras o no existen lesiones en estas áreas. (tab. No. 9)

La literatura se refiere a la HEF como lesiones aisladas o múltiples y en este estudio podemos ver que en nuestros pacientes se presentó en las dos formas, pero que la más frecuente fueron las múltiples lesiones. (tab. No. 10)

En la HEF no está involucrado ningún factor genético, y que no es de carácter transmisible, ya que ninguno de nuestros pacientes nos refirió que alguno de sus familiares presentara el mismo tipo de lesión. (tab. No. 11)

Ninguno de los 16 pacientes con Hiperplasia Epitelial Focal habían consultado al médico antes y esto se debe a que no le dan importancia porque las lesiones son asintomáticas. (tab. No. 12)

X CONCLUSIONES

En esta sección se describen las conclusiones a las que se llegó a través de la información obtenida en esta investigación y de su correspondiente presentación y discusión de resultados.

1. La incidencia de la Hiperplasia Epitelial Focal en la población pediátrica del Hospital Nacional de Antigua Guatemala es de 2%, encontrándose la mayor frecuencia en el sexo masculino entre las edades de 10 a 12 años.
2. La mayoría de pacientes presentan múltiples lesiones principalmente en la mucosa del labio inferior, lesiones que por lo general son asintomáticas y la mayoría de las personas afectadas no le dan importancia alguna o desconocen su existencia.
3. La Hiperplasia Epitelial Focal es una enfermedad que se presenta principalmente en indígenas de estrato socioeconómico bajo, no está involucrado ningún factor genético y no es transmisible.

XI RECOMENDACIONES

En esta sección hago referencia a las recomendaciones que derivan de la investigación realizada.

1. Que los médicos realicemos un examen minucioso de la cavidad oral, para que así podamos detectar esta patología.
2. Realizar otros estudios de la incidencia en otras poblaciones del país y donde se puedan determinar los factores etiológicos de la Hiperplasia Epitelial Focal.

XII RESUMEN

El presente estudio es de tipo Prospectivo Descriptivo Transversal, se llevo a cabo con todos los niños y niñas que acudieron a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Antigua Guatemala en los meses de mayo y junio de 1998.

Se investigó la incidencia y las características de la HEF que es una enfermedad que afecta la mucosa oral y es provocada por Papiloma Virus Humano.

En este estudio concluimos que la incidencia de esta lesión de 2%, que es más frecuente en el sexo masculino, en indígenas, en personas de escasos recursos socioeconómicos, que es una lesión benigna y asintomática.

XIII BIBLIOGRAFIA

1. Aquino, Norman. Hiperplasia Focal del Epitelio en indígenas Cakchiqueles de Guatemala. Facultad de Odontología, USAC, 1970.
2. Archard, O. H; Heck J.W. y Stanley H.R. Surg Oral Path Oral Med. Focal Epithelial Hyperplasia, an unusual oral mucosa Lesión found in India Children. 1965, 20:201-212.
3. Beaffie A. D; Br. Den, J. Heck's Disease. 1990, pp 168:251.
4. Carlos, R. y Sedano, H. Viral Multifocal Epithelial Hyperplasia of the Oral Mucosa. Clinico-Pathologic Features of 110 cases. (Abstracto publicado para la Asociación Americana de Patólogos Orales, Annual Meeting, Portland, Main. Mayo 1993).
5. Chang, F; Syrjänen, S; Kellokoski, J; J. Oral Path Med. Human Papillomavirus (HPV) Infections and their Association with Oral Diseases. 1991; 20:305-317.
6. Chen, Sr. Arch. Oral Biol. Autoradiographic study of cell proliferation in acanthotic bucal epithelium of zinc deficient Rabbits. 1986, 31:535-539.
7. Cordero, F.A. Manual de Dermatología. Unión Tipográfica, Guatemala 1961, 326p. (p.123).
8. Estrada, L. Estudio médico y odontológico de los indios Katios Del Choco. Temas Odontológicos, 1960, 7:198-210.

9. Falabella, Rafael; Escobar, C; Girón, N. Fundamentos de Dermatología 4ª. Edición, Corporación para la Investigación Biológica, Medellín, Colombia, 1990, pp523.
10. Fields, B. N; Knipe D. M. Virology. 1990, New York: Raven Press, Ltd.
11. Harris, A.M; Van Wyk, C: W. Heck's disease (focal epithelial hyperplasia): a longitudinal study. Department of Orthodontics, University of Stellenbopsch, Tygerberg, South Africa, Community -Dent-Oral-Epidemiol, 1993 Apr, 21(2): 82-85.
12. Isselbacher, Kurt J; Braunwald, Eugene; Wilson, Jean; Martin, Joseph; Fauci, Anthony; Kasper, Dennis. Harrison Principios de Medicina Interna 13ª. Edición. Interamericana Mc Graw-Hill. 1994; pp 931.
13. Luenga, I; Mosqueda, A. Prácticas Odontológicas. Hiperplasia Epitelial Focal: Informe de un caso familiar 1987 V 8 No. 9.
14. Marroquín, A. Hiperplasia Focal del Epitelio en una comunidad indígena del Altiplano de Guatemala. Facultad de Odontología, USAC; 1970.
15. Mealey, B. L; Hallmon, W. W; Waldrop, T. C. Occurrence and resolution of focal epithelial hyperplasia in two siblings with leukocyte adhesion deficiency. Wilford hall USAF Medical Center, Departamento of Periodontics, Lack Air Force Base, Febrero de 1993, 64(2): 149-152.

16. Menéndez, O.R. Acta Odont. Múltiples crecimientos benignos e idipáticos de la mucosa oral. Venezuela, Abril de 1968, 1:55-63.
17. Menéndez, O. R. Múltiples crecimientos benignos de la mucosa bucal: Abordaje clínico y epidemiológico (Revisión de literatura). Revista publicada por el Colegio de Estomatólogos de Guatemala Vol. 4 / No. 1 Abril/Junio 1992.
18. Moussavi, S. Focal Epithelial Hyperplasia. Report of two cases and review of literature, J.A.D.A. 1986, 113: 900-902.
19. Padayachee, A; J. Oral Path. Med. Human Papillomavirus (HPV) DNA in Focal Epithelial Hyperplasia by in situ Hibridización, 1991; 20: 210-214.
20. Premoli-De Percoco- G Cisternas J.P; Ramírez J.L; Galindo, L. Focal Epithelial hyperplasia: human-papillomavirus induced disease with a genetic predisposition in a Venezuela family. Instituto de Investigaciones Odontológicas, Universidad Central Venezuela, Caracas; 1993 May; 91 (4): 386-388.
21. Premoli - De - Percoco - G; Galindo, L; Ramírez, J. L. In situ hibridización With digoxigenin - labelled DNA probes for the detección of human Papillomavirus - induced Focal epithelial hyperplasia among. Venezuela, Instituto de Investigación Raúl Vecentelli, Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela, Caracas; 1992.
22. Pizzi de Parra, N; Fasoli, L; Parra, V; Rivarola, E; Martínez de Lizarduy. Hiperplasia epitelial focal. Rev. Argent. Dermatol; abril - junio de 1995.

23. Regezi, Joseph A. Patología Bucal 1ª. Edición en español, 1991, México, Editorial Interamericana, Mc Graw-Hill, pp 182-184.
24. Reyes, D. G. Verrugas de la cavidad oral. Rev. Colegio de Médicos de Guatemala, Dic. 1962; pp 13:23-26.
25. Shafer; W. G; Levy, B. M. Tratado de Patología Bucal 2ª. Edición en español, México, Editorial Interamericana, McGraw-Hill. 1986; pp 22-23.
26. Soneira, A; Fonseca, C.N. Sobre una lesión de la mucosa oral en los niños indios de la misión Los Angeles de Tokuko. Venezuela Odontológica, Oct. y Nov. 1964, 20: 213-214.
27. Van Ranst, M; Fuse, A; Sobis, H; De Meurichy, W; Syrjanen, S; Billiau; J. Oral Path. Med. A Papillomavirus related to HPV Type 13 in Oral Focal Epithelial Hyperplasia in Pygmy Chimpanzee; 1991, 20: 325-331.
28. Van Wyk, C. W. Focal Epithelial Hyperplasia: a survey of two isolated communities in the Cape Province of South Africa. Comm. Dent. Oral Epidem. 1987; 15: 161-163.
29. Witkop, C. J; Niswander, J. D. Focal epithelial hyperplasia in Central and South American indians and ladinos. Oral Surg, Oral Med. Path. 1965; 20: 213-217.

XIV Anexo No. 1

**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
INCIDENCIA Y COMPORTAMIENTO DE LA HEF**

No de Boleta _____

1. Edad: _____

2. Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____

3. Grupo Etnico: Indigena: _____ Ladina: _____ Otra: _____

4. Sabe leer: Si: _____ No: _____

5. Estudia: Si: _____ No: _____ Grado: _____

6. Ocupación de los padres: _____

7. Ingreso familiar aproximado: _____

8. Tiempo de evolución de la lesión: _____

9. Sintomatología: Dolor: _____ Hemorragia: _____ Supuración: _____

Dificultad para comer: _____ Se muerde la lesión: _____ Otras: _____

10. Localización de la lesión: _____

11. No. de lesiones: _____

12. Otro miembro de la familia presenta las lesiones: SI: _____ No: _____

Cuantos más: _____ Quienes son: _____

13. Ha consultado antes: _____