



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Escuela
Nacional de
Estudios
Superiores

UNAM
POSGRADO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES, UNIDAD LEÓN
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIONES EN ODONTOLOGÍA**

**Infecciones Peribucales en la Infancia:
Presentación de dos casos Clínicos de Impétigo.**

Informe de trabajo profesional sobre un caso clínico o investigación
clínica

Que para obtener el grado de Especialista en Odontología
Pediátrica

Presenta:

Viridiana Guadalupe Molina Felizola

Tutor. Mtro. Eduardo Alonso Cruz Monroy

Asesora. Mtra. Tatiana Dinorah Mondragón Báez

Asesor. Mtro. Abraham Mendoza Quintanilla

León, Guanajuato, México.

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A mis padres Reyes Fredy y Delia por creer en mí y brindarme su apoyo incondicional.

A mis hermanos Isamar, Uriel y Freddy por motivarme en cada momento y apoyarme para hacer esto posible.

AGRADECIMIENTOS

A la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM por brindarme los conocimientos y herramientas necesarias para formarme como especialista en Odontología Pediátrica

A mi tutor Eduardo Alonso Cruz Monroy y asesores Tatiana Dinorah Mondragón Báez y Abraham Mendoza Quintanilla por su apoyo incondicional.

Al departamento de Patología Oral y Maxilofacial de la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM por su todo su apoyo.

A todos mis profesores de la especialidad por brindarme sus conocimientos, herramientas y enseñanzas.

A mis compañeras de especialidad por estar presentes en cada momento y brindarme su apoyo y amistad.

A mi novio Alejandro por estar presente en este transcurso y motivarme en todo momento.

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN.....	2
3. MARCO TEÓRICO	3
3.1 Definición	3
3.2 Presentación clínica.....	4
3.2.1 Impétigo no ampolloso	4
3.2.2 Impétigo ampolloso	4
3.3 Diagnóstico	5
3.4 Diagnóstico diferencial.....	5
3.4.1 Herpes labial.....	5
3.4.2 Candidiasis bucal.....	6
3.5 Tratamiento y pronóstico del impétigo.....	8
4. ANTECEDENTES	10
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
6. JUSTIFICACIÓN	12
7. OBJETIVOS	13
7.1 Objetivo general.....	13
7.2 Objetivos específicos	13
8. REPORTE DE CASOS CLÍNICOS.....	14
9. RESULTADOS	18
10. DISCUSIÓN	20
11. CONFLICTOS DE INTERESES Y FINANCIACIÓN.....	24
12. ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS.....	24
13. CONCLUSIONES.....	25
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
15. ANEXOS	30
15.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	30
15.2. CARTA DEL COMITÉ DE ÉTICA.....	32
15.3 FOTOGRAFÍAS CLÍNICAS	33

1. RESUMEN

Introducción. Existen diversos diagnósticos clínicos diferenciales de lesiones infectocontagiosas peribucales en la infancia, siendo las más frecuentes: herpes labial, queilitis angular (queilocandidiasis) e impétigo, esta última es una infección bacteriana prevalente en población infantil, afectando la región labial y peribucal, cuyo diagnóstico está principalmente basado en los hallazgos clínicos y en el análisis minucioso de la anamnesis. **Objetivo:** Presentar dos casos clínicos de impétigo ampuloso en pacientes pediátricos, destacando sus características, comparándolas y contrastándolas con sus principales diagnósticos diferenciales. **Reporte de casos.** Se presentan dos casos de pacientes masculinos de 10 años (hermanos gemelos) con antecedentes de secuencia de Pierre Robin, los cuales acudieron a la clínica de Odontopediatría de la ENES, UNAM, unidad León, presentando múltiples lesiones ulcerativas, localizadas en el área peribucal, refiriendo dos semanas de evolución. **Diagnóstico.** Se estableció el diagnóstico clínico de: impétigo ampuloso, para ambos pacientes. **Plan de tratamiento.** Se indicaron medidas estrictas de higiene general y en las zonas afectadas, eliminando también cualquier objeto que actuara como fómite, evitando compartir productos de aseo personal, además, se indicó la aplicación de mupirocina en crema al 2%, llevándose a cabo el seguimiento a los 14 y 30 días hasta la curación completa. **Conclusiones.** El impétigo peribucal es frecuentemente confundido con otras infecciones presentes en esa localización con manifestaciones clínicas semejantes, en algunos casos suele ser tratado erróneamente. Por lo que se destaca la importancia de realizar un adecuado interrogatorio, una exploración clínica minuciosa y realizar un análisis diferencial clínico en este tipo de lesiones.

Palabras claves: impétigo, queilitis, odontología pediátrica, medicina oral.

2. INTRODUCCIÓN

El impétigo fue descrito por Tilbury Fox en 1864 como una enfermedad clínicamente caracterizada por "manchas circulares umbilicadas cuasi-bullosas que aumentan centrífugamente, y quedan cubiertas por costras planas amarillas que cubren ulceraciones superficiales". ¹.

Actualmente se describe como una enfermedad bacteriana altamente contagiosa, que aparece principalmente en la niñez, sin predilección por el sexo. En la literatura se mencionan dos presentaciones clínicas: el impétigo ampolloso reportado como el más común causado por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* y el impétigo no ampolloso como el menos común, el cual es causado exclusivamente por *Staphylococcus aureus*. Su diagnóstico se basa principalmente en la anamnesis y en los hallazgos clínicos de la enfermedad. Dentro de los diagnósticos diferenciales se menciona: el herpes labial, la cual es una enfermedad ocasionada por el virus del herpes simple tipo 1 y la candidiasis oral ocasionada por microorganismos del hongo *Candida*, siendo algunas de sus manifestaciones clínicas la queilitis angular y la queilocandidiasis. ¹⁰

El tratamiento para el impétigo debe ser individualizado, dependerá en gran medida de la cantidad de lesiones, así como del estado inmunológico del paciente. Las opciones de tratamiento incluyen: higiene de manos, la aplicación de antibióticos tópicos o en su debido caso antibioticoterapia sistémica. Así como también se debe evitar compartir elementos de higiene personal y eliminar cualquier fómite para evitar la propagación de la enfermedad.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Definición

El impétigo es definido como una infección bacteriana causada por bacterias grampositivas que afecta las capas superficiales de la epidermis, presentando lesiones altamente contagiosas, las cuales afectan principalmente la cara, pudiendo también presentarse en cualquier otra parte del cuerpo. Frecuentemente afecta a niños de 2-5 años, pero puede desarrollarse en cualquier momento de la vida. La incidencia es la misma en hombres y mujeres y se reporta mayormente en verano y otoño. Representa aproximadamente el 10% de las molestias cutáneas en la población pediátrica ².

En una revisión sistemática realizada por Gahlawat et al (2021).³ Reportaron una estimación de 162 millones niños afectados por impétigo a nivel mundial.

El impétigo se puede clasificar como primario cuando involucra piel previamente normal afectada por la invasión directa de bacterias, o secundario cuando implica la formación de la infección en un sitio con herida previa en la piel.²

Algunos desencadenantes descritos que pueden dañar la piel y aumentan la susceptibilidad a desarrollar esta enfermedad, son: traumatismos, cortes, varicela, herpes, quemaduras, picaduras de insectos, dermatitis atópica, escabiosis. Algunos de los factores de riesgo más mencionados en la literatura, asociados al desarrollo del impétigo son: higiene deficiente, alta humedad, maceración cutánea, desnutrición, inmunosupresión, asistencia a guarderías, hacinamiento y diabetes.^{2,4}

3.2 Presentación clínica

3.2.1 Impétigo no ampolloso (INA)

También llamado impétigo no bulloso, es el más común y representa el 70% de los casos, es causado por *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) y *Streptococcus pyogenes* (*S. pyoegenes*), .^{5,6}. La lesión inicial debuta como pequeñas vesículas y pústulas de aproximadamente 1-2 mm de diámetro, presentando una base eritematosa la cual evoluciona con rapidez a numerosas y pequeñas vesículas y pústulas que se rompen rápidamente y originan un exudado que al secarse forma costras melicéricas. Las lesiones pueden causar prurito y tienden a extenderse rápidamente como resultado de la inoculación directa por rascado. Generalmente se observan en piel expuesta de la cara (narinas, región perioral) y en extremidades.⁷

El curso de la infección suele durar de dos a tres semanas si no se trata, una vez que la costra se seca, el área restante sana sin dejar cicatriz. Está reportado la ocurrencia de linfadenitis regional concomitante, así como una baja probabilidad de presentar síntomas sistémicos. ⁶

3.2.2 Impétigo ampolloso (IA)

También llamado impétigo bulloso, es menos común, representando el 30% de los casos, siendo causado exclusivamente por *S. aureus*.⁶ Es más común en bebés y en niños menores de dos años, representando el 90% de los casos de impétigo ampolloso en esta población.²

Clínicamente el IA se caracteriza por la formación de ampollas grandes, frágiles, flácidas, sin eritema periférico, que suelen romperse con frecuencia y supuran un líquido de color amarillo claro dejando una base eritematosa húmeda con un borde irregular y costras finas. Comúnmente se desarrolla una costra oscura de color marrón durante las etapas finales de la enfermedad. Los sitios de mayor

afectación son la cara, el cuello, el perineo y la región periumbilical, sin embargo, pueden estar presentes en cualquier parte del cuerpo. Generalmente se resuelve en dos o tres semanas sin dejar cicatriz.^{6,7.}

La formación de ampollas flácidas (sobre la epidermis superficial), son el resultado de la acción de una toxina epidermolítica que genera lisis entre las conexiones intercelulares de los queratinocitos. Las complicaciones son raras, en ocasiones puede acompañarse con fiebre, malestar general y adenopatía regional. También puede haber síndrome de piel escaldada por estafilocócico.⁸

3.3 Diagnóstico

El diagnóstico de impétigo se basa en hallazgos clínicos, las decisiones rara vez se basan en estudios microbiológicos ya que si las muestras no se toman correctamente los resultados pueden no ser representativos.^{1.} Se recomienda el cultivo de las lesiones en aquellos casos donde exista falla al tratamiento, recurrencia o infecciones en huéspedes inmunodeprimidos. Dentro de los diagnósticos diferenciales del impétigo se encuentran entidades infecciosas y no infecciosas las cuales incluyen: dermatitis atópica, candidiasis, dermatofitosis, lupus eritematoso discoide, herpes simple, picadura de insecto, pénfigo foliáceo, escabiosis y varicela.⁹

3.4 Diagnóstico diferencial

En un estudio realizado por González et al. (10). Se analizaron las lesiones de la mucosa bucal más reportadas a nivel nacional e internacional en niños y adolescentes. Siendo mencionadas la infección herpética labial y la candidiasis bucal dentro de las infecciones pediátricas con mayor frecuencia.¹⁰

3.4.1 Herpes labial.

El primer contacto del niño con el Virus del Herpes Simple (VHS) en la región bucal, suele manifestarse con un cuadro clínico de gingivostomatitis herpética primaria aguda.^{10.} Generalmente se presenta entre los 6 meses y 5 años, pudiendo afectar ocasionalmente a adolescentes y adultos. Clínicamente se caracteriza por la aparición de múltiples úlceras herpéticas a nivel de encía y área peribucal. A los

3 o 4 días, puede encontrarse una gingivitis con encías tumefactas y hemorrágicas acompañada de odinofagia con múltiples vesículas distribuidas por cavidad bucal, con un contenido claro amarillento, las cuales se rompen con facilidad dejando erosiones que se curan de forma espontánea en un periodo de 10 o 14 días. ¹¹

El herpes labial recurrente se presenta a lo largo de la vida después de este primer contacto con el virus, siendo el subtipo viral más frecuente el VHS tipo 1. Las recurrencias suelen ser muy frecuentes. Dentro los factores desencadenantes más comunes destacan: el clima frío, infecciones, trauma, fiebre, exposición solar y estrés. ¹⁰. Otros factores descritos incluyen: cansancio, período menstrual y causas iatrogénicas (extracciones dentales, cirugía del ganglio de Gasser). Estos factores están relacionados con la estimulación del sistema nervioso central, el cual es el sitio de latencia del virus. ¹². Clínicamente se presenta como una infección auto limitante, afectando la unión mucocutánea del labio, la cual comienza con síntomas de escozor, prurito y sensación de parestesias localizadas, a los dos días suelen observarse vesículas delimitadas y confluentes con contenido claro amarillento y un tamaño que oscila entre 1 y 10 mm. ¹¹.

Presentan una duración aproximada de 7 a 10 días, una vez que estas vesículas se secan, se forma una costra amarillenta, que finalmente deja una zona rosada en la piel que se resuelve sin dejar cicatriz. El tratamiento se basa en el empleo de agentes antivirales, siendo los más frecuentemente indicados: aciclovir (tópico y sistémico), así como famciclovir, penciclovir y valaciclovir. ¹³

3.4.2 Candidiasis bucal

Se trata de la infección micótica más frecuente de la cavidad bucal. La presencia de los microorganismos del género *Candida* en la cavidad bucal es frecuente y oscila entre un 20% y un 70%. La *Candida albicans* es reportada como la especie mayormente asociada a las infecciones bucales. ¹⁴. Se ha investigado la presencia de *Candida* en la población general, dentro de los diversos grupos etarios, siendo relatado que dicho microorganismo también se encuentra presente entre los recién nacidos, lactantes y niños. ¹⁵

Existen diversas formas clínicas de la candidiasis (que es la enfermedad causada por los microorganismos *Candida spp*). La forma pseudomembranosa de la candidiasis bucal, también llamada muguet, es la presentación clínica más conocida.¹⁴. A nivel bucal se caracteriza por la formación de placas blancas gelatinosas de aspecto lechoso que al ser raspadas se desprenden dejando una zona eritematosa subyacente. Los sitios de aparición más comunes son la mucosa bucal, paladar y lengua, algunos de los factores asociados más descritos son la terapia antibiótica y la inmunosupresión.¹⁶

Existen otras formas clínicas como la candidiasis eritematosa o la queilitis angular asociada a *Candida* que son las más frecuentemente descritas en la actualidad. La queilitis angular se caracteriza por un enrojecimiento intenso de las comisuras labiales (comúnmente bilateral), con aparición de grietas o fisuras y formación de costras. Esta lesión no siempre está producida por *Candida* por lo que algunos autores la consideran como una lesión asociada.¹⁴. Dentro de sus factores causales asociados se mencionan: etiología idiopática, inmunosupresión y disminución de la dimensión vertical.¹⁶

Esta reportado que la queilitis angular ocurre más en niños, siendo más frecuente entre los 4 a 6 años, es indistinta al sexo y puede ser causada por diversos factores que van desde la sensibilidad a ciertos agentes de contacto, así como a juguetes, alimentos, luz solar, alergia a medicamentos, el uso de antibioticoterapia a largo plazo, entre otros como son: la deficiencia del complejo B, la deficiencia de hierro en sangre, el uso de prótesis, el hábito de chuparse los labios y las comisuras bucales frecuentemente, así como la respiración bucal. El periodo de curación depende del tratamiento, pudiendo convertirse en un problema grave si no se maneja adecuadamente.¹⁷

En la infección por VIH, la queilitis angular con candidiasis es una manifestación de la enfermedad que se presenta en 1 de cada 10 pacientes portadores del virus. En el estudio realizado por Carrasco, et al se comparó la frecuencia de candidiasis en su forma de queilitis angular en niños VIH (+) respecto a niños VIH (-) verticalmente expuestos, reportando que 30 niños (58%) presentaron

alguna lesión en el labio, en 16 niños (50,5%) se diagnosticó candidiasis en su forma angular, de los cuales el 75,5% (12 niños) eran VIH (+), y el 25,9 % (4 niños) VIH (-).¹⁸

Otra condición descrita en la literatura que aún no ha sido reconocida como una entidad específica es la queilocandidiasis. Fue reportada recientemente como una forma de candidiasis crónica, la cual surge en ambientes húmedos que pueden hacer que la queilitis angular preexistente se extienda a la piel perioral. Esta se presenta como una enfermedad crónica, ulcerativa en el área del bermellón del labio inferior.^{19,20} Generalmente aparece de forma secundaria a acciones que mantienen húmeda la piel como lamerse los labios de forma crónica, succión digital, o el uso prolongado de ungüentos a base de vaselina.²¹

El diagnóstico de cualquiera de las formas de candidiasis bucales fundamentalmente clínico debe ser confirmado por la observación microscópica de *Candida* en las muestras orales con tinciones especiales de histoquímica y/o por su aislamiento en cultivos específicos. Quindós señala que el tratamiento de la candidiasis bucal se basa en cuatro pilares: la realización de un diagnóstico precoz y certero de la infección, la corrección de los factores facilitadores o de las enfermedades subyacentes, la determinación del tipo de infección candidiásica y el empleo de fármacos antifúngicos apropiados.¹⁴

3.5 Tratamiento y pronóstico del impétigo

El tratamiento para el impétigo debe ser individualizado, tomando en cuenta varios factores como: extensión de las lesiones, edad del paciente, estado inmunológico y comorbilidades, incluyendo la resistencia a los antibióticos.⁴ Las opciones de tratamiento deben incluir el cuidado de la herida junto con terapia antibiótica, aplicación de agentes antimicrobianos tópicos o la combinación de terapia antibiótica sistémica y tópica, así como el uso de antisépticos locales. Se describe que el objetivo terapéutico en este tipo de infecciones debe centrarse en

aliviar las molestias y evitar la propagación de la infección, así como sus complicaciones y recurrencias.^{6,7}

Se recomienda el tratamiento tópico con ácido fusídico, mupirocina, ozenoxacina en pacientes con extensión limitada de la enfermedad (<2 % del área de superficie corporal total). En cuanto a la terapéutica con antibióticos sistémicos está indicada en casos de lesiones extensas, múltiples, recaídas, afectación sistémica, mala respuesta al tratamiento tópico y en niños menores de un año, recomendado las isoxazolilpenicilinas como flucloxacilina o cefalosporinas de primera generación (como cefalexina, cefadroxilo) o amoxicilina/ácido clavulánico.⁴

Los niños con impétigo deben mantener las pautas de higiene personal y evitar la convivencia con otros niños durante el brote activo. Se destaca la importancia del lavado de las manos, así como la limpieza de la ropa común, la ropa de cama, y las áreas afectadas que puedan haber estado en contacto con fluidos infectados, con la finalidad de prevenir la propagación de la enfermedad. Sin tratamiento, la infección se cura aproximadamente en 14 a 21 días. Se reporta que alrededor del 20% de los casos se resuelven espontáneamente. El impétigo suele curarse sin dejar cicatriz, sin embargo, algunos pacientes pueden desarrollar cambios de pigmentación postinflamatoria. ².

El pronóstico empeora si las lesiones se hacen muy extensas en el resto de la piel y no se siguen las pautas de higiene. La Glomerulonefritis postestreptocócica aguda es una complicación grave que afecta a entre el 1-5 % de los pacientes con impétigo no ampolloso. Otras posibles complicaciones, aunque suelen ser raras, incluyen: sepsis, osteomielitis, artritis, endocarditis, neumonía, celulitis, linfangitis o linfadenitis, psoriasis guttata, síndrome de shock tóxico y síndrome de piel escaldada por estafilococos.⁷

4. ANTECEDENTES

Zakaria y Sockalingam. (22). Reportaron un caso clínico de impétigo con diagnóstico erróneo de herpes, resultando en complicación del cuadro y diseminación de las lesiones peribucales. Concluyeron que el impétigo debe ser considerado como parte de un diagnóstico diferencial elemental de las lesiones cutáneas peribucales, para el manejo correcto y oportuno, así como la prevención de la diseminación.

Andrade G. et al. (7). Reportaron el caso de un paciente de 8 años con diagnóstico de impétigo peribucal, tratado exitosamente con antibióticos tópicos. Destacando la importancia del reconocimiento precoz, la instauración oportuna de la terapia adecuada, y el uso de antimicrobianos de forma juiciosa, lo cual optimiza el proceso de curación, asimismo mencionan que el impétigo se ha considerado un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, sin embargo, ha habido pocos avances en su control a escala global.

Manschreck D, et al. (25). Reportan que el impétigo ampuloso diseminado, a menudo se diagnostica erróneamente y es probable que los pediatras, los médicos del servicio de emergencias y los dermatólogos necesitan una mayor capacitación. Ya que el diagnóstico temprano del impétigo bulloso puede prevenir la diseminación y evitar el tratamiento del paciente con antibióticos sistémicos.

Galli L. et al. (4). Reportaron que los pacientes con impétigo frecuentemente reciben un tratamiento inadecuado debido a un diagnóstico erróneo, una subestimación o sobreestimación de la gravedad de la enfermedad, la falta de reconocimiento de los factores de riesgo del paciente y el mal uso de las herramientas diagnósticas.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen diversas infecciones que afectan la cavidad oral en niños, dentro de ellas el impétigo, el cual es una infección bacteriana con alta prevalencia en esta etapa de la vida, afectando el área peribucal, así como otras extremidades. Dicha alteración es frecuentemente confundida con otras infecciones comunes en la niñez en esa localización, como son: candidiasis y herpes bucal.

Dentro de los contenidos de aprendizaje en el campo de la odontología general y pediátrica, generalmente no se destaca el estudio de las alteraciones de la piel peribucal y los labios. Actualmente existen pocos reportes y estudios acerca del impétigo en el área de la odontología, (aunque esta entidad es bien conocida en el área de la dermatología), lo cual provoca que muchas veces sea confundida con otras infecciones peribucales o que sea derivada a otros especialistas, cuando en realidad se trata de una lesión de diagnóstico clínico que no requiere métodos auxiliares de diagnóstico sofisticados ni complejos. El impétigo es frecuente en una población y en una topografía que pertenece totalmente al área de actuación de un especialista en odontología pediátrica, el cual debe saber diagnosticar y manejar esta enfermedad.

Cada infección peribucal representa una entidad patológica distinta, e individualmente presentan diferentes etiologías y características clínicas que las hacen únicas. Por lo que es importante que el abordaje terapéutico de estas lesiones sea llevado de una manera específica, lo cual permite conducir a su remisión de forma adecuada y por lo tanto mejorar la calidad de vida de los pacientes, evitando complicaciones.

6. JUSTIFICACIÓN

El área de actuación del cirujano dentista no solamente está en los dientes y la cavidad bucal propiamente dicha, la boca es una región anatómica compleja que hace parte del sistema estomatognático, dicha región está compuesta por órganos diversos, cuya parte externa e inicial comprende la piel y el bermellón de los labios. Las infecciones de la región maxilofacial en niños son comunes, las más frecuentes son las infecciones odontogénicas, periodontales, de amígdalas y bucofaringe. Sin embargo, el especialista en odontología pediátrica y el dentista de práctica general, requieren conocer y ser capaces de diagnosticar y manejar infecciones en diversas localizaciones distintas a las comunes.

El impétigo es una infección bacteriana con alta prevalencia en población infantil, que eventualmente afecta la región labial y peribucal, cuyo diagnóstico está principalmente basado en el análisis minucioso de la anamnesis, específicamente en los antecedentes personales no patológicos que tienen que ver con la higiene, actividad física y hábitos de los infantes, sumado a una detallada exploración física de las lesiones. Como ha sido antes mencionado el desconocimiento de la patología dermatológica de los labios y la región peribucal de los infantes, hace susceptibles a ser mal diagnosticadas y tratadas erróneamente, causando un agravamiento del cuadro patológico y un retraso en el establecimiento del diagnóstico correcto.

Por lo anterior, es sumamente importante presentar y documentar casos desde el enfoque de la odontología pediátrica, para sumar elementos útiles en el acervo del conocimiento de las infecciones no odontogénicas de la zona labial y peribucal y así facilitar la identificación y diagnóstico oportuno de estas entidades, para finalmente brindar una atención adecuada e integral al paciente.

7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo general

- ✓ Presentar dos casos clínicos de impétigo ampolloso en pacientes pediátricos para documentar la importancia clínica, diagnóstica y terapéutica de las infecciones cutáneas peribucales más frecuentes en la población infantil.

7.2 Objetivos específicos

- ✓ Mostrar el valor del análisis de la anamnesis y la exploración física minuciosa en el diagnóstico clínico y diferencial de esta infección bacteriana, enfatizando en la importancia de los antecedentes personales no patológicos.
- ✓ Comparar y contrastar la semiología de esta entidad versus las otras enfermedades infectocontagiosas de carácter cutáneo peribucal (herpes labial y queilocandidiasis por cándida) desde el enfoque de la odontología pediátrica debido a su alta prevalencia en población infantil.
- ✓ Analizar y justificar la terapéutica utilizada destacando la importancia de las medidas de higiene y la antibioticoterapia, evitando la evolución y diseminación de la enfermedad, así como advertir la elección de antibióticos tópicos sobre los sistémicos, debido al riesgo de resistencia antimicrobiana.

8. REPORTE DE CASOS CLÍNICOS.

Se trata de dos pacientes masculinos de 10 años (hermanos gemelos monocigóticos, dicoriónicos – diamnióticos) que identificaremos como paciente A y paciente B (originarios y residentes de San José de Iturbide, Guanajuato), los cuales presentaban antecedentes de secuencia de Pierre Robin. Acudieron a la clínica de Odontopediatría de la ENES, UNAM, Unidad León, México. para tratamiento de ortopedia maxilar debido a micrognatia, durante dicho proceso (tercera consulta), a la inspección extraoral presentaron úlceras en piel peribucal.

Durante la anamnesis, se negaron antecedentes heredofamiliares de importancia. Los antecedentes médicos (personales patológicos) en el paciente A, incluían cardiopatía congénita, tres cirugías previas (adenoidectomía), sin complicaciones. Por otra parte, en el paciente B la madre refirió antecedentes de asma y cuatro cirugías previas: tres cirugías previas (adenoidectomía) y una cirugía de extirpación de un granuloma traqueal, en la cual se realizó una traqueostomía por una obstrucción de la vía aérea.

En cuanto a los antecedentes natales la madre refirió que los pacientes fueron producto de la primera gesta, siendo prematuros de 32 semanas nacidos por cesárea, teniendo un mes de lactancia materna.

En cuanto a los antecedentes personales no patológicos se interrogo a la madre, obteniendo información acerca del tipo vivienda, refiriendo que el material de construcción de la casa era de cemento, contando con un único baño, dos habitaciones y refiriendo que ambos pacientes compartían el mismo cuarto y dormían en una misma cama.

En cuanto a la inspección general ambos pacientes mostraban una higiene personal regular e hiperactividad; también se relató que sus actividades lúdicas eran muy frecuentemente en el piso y con tierra, durante la consulta se identificó que los pacientes portaban un juguete de peluche notablemente sucio el cual probablemente funcionaba como un fómite, el cual describió la madre que era compartido por ambos niños y que lo utilizaban todo el tiempo para jugar.

Durante la exploración extraoral, en el paciente A, se observaron múltiples lesiones ulcerativas eritematosas, de formas irregulares y márgenes bien definidos ubicadas en el área peribucal, las dos mayores localizadas en las comisuras labiales abarcando bermellón y piel, las otras pequeñas eran de aspecto similar, localizadas en la piel del límite nasolabial superior y en el labio inferior del lado derecho. Dichas lesiones presentaban un fondo hemorrágico cuyos bordes exhibían costras hemáticas. El paciente refería prurito y dolor moderado a la apertura bucal, así como una evolución de dos semanas, sin presencia de lesiones en otras localizaciones. (Figura 1).



Figura 1. Paciente A. Aspecto clínico de las lesiones peribucales con dos semanas de evolución.

En paciente B se observaron 3 lesiones ulcerativas de características similares a las de su hermano (tanto en lo objetivo como en lo sintomático), en el área de piel peribucal del lado derecho, ubicadas específicamente en base y ala nasal, labio superior y comisura, refiriendo también dos semanas de evolución, sin presencia de lesiones en otras localizaciones. (Figura 2).

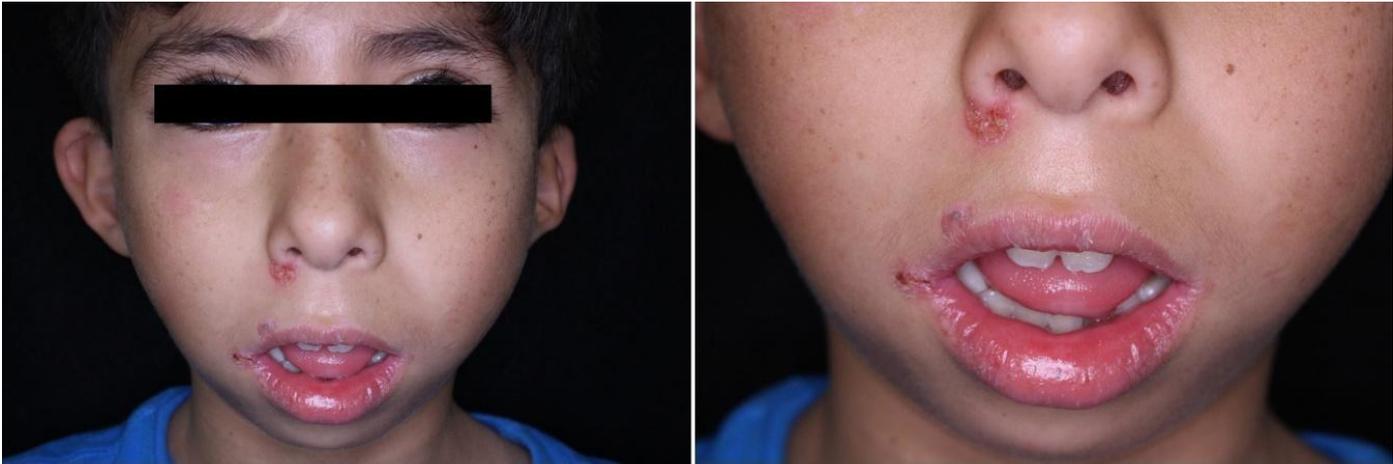


Figura 2. Paciente B. Aspecto clínico de las lesiones peribucales con dos semanas de evolución.

En la exploración intraoral no se identificaron lesiones. La madre no refirió diagnósticos, ni tratamientos previos, sin embargo, proporcionó fotografías de las lesiones iniciales donde se aprecia la presencia de lesiones vesiculares y ulcerativas francamente hemorrágicas, siendo más graves en el paciente A. (Figura 3).



Paciente A

Paciente B

Figura 3. Aspecto clínico inicial de las lesiones peribucales (imagen proporcionada por la madre).

Se realizó interconsulta con el servicio de patología oral y maxilofacial de la ENES, Unidad León, UNAM. Determinándose el diagnóstico clínico definitivo de impétigo ampolloso, con base en la anamnesis minuciosa y considerando los hallazgos físicos, analizando y descartando los diagnósticos diferenciales de herpes simple labial y queilocandidiasis, sin necesidad de otros métodos auxiliares de diagnóstico.

Se pidió a la persona responsable de los pacientes la firma de un consentimiento informado para la publicación de este trabajo y el caso fue sometido al Comité de Ética de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, UNAM, Unidad León; el cual fue aceptado para su realización (CEI_21_10_S18). (Anexo 1 y 2).

El tratamiento consistió en eliminar cualquier objeto que actuara como fómite (juguetes de peluche), evitar compartir productos de aseo personal, evitar el contacto directo con las lesiones con las manos y limpiar la piel varias veces al día con agua y jabón neutro. También se recetó crema de mupirocina al 2%, con la indicación de aplicar una capa fina 3 veces al día durante dos semanas, enfatizando llevar a cabo todas las medidas de higiene durante sus actividades diarias para evitar la posible diseminación.

9. RESULTADOS

Se realizó el seguimiento a los 14 días del tratamiento, observándose una remisión de aproximadamente 80% de las lesiones. (Figura 4). A los 30 días se observó remisión del 100%. (Figura 5). Obteniendo resultados satisfactorios para ambos pacientes.



Paciente A



Paciente B

Figura 4. Revisión a los 14 días, observándose remisión del 80% las lesiones.



Paciente A



Paciente B

Figura 5. Revisión a los 30 días, observándose remisión del 100% de las lesiones.

10. DISCUSIÓN

El impétigo ampolloso se reporta como la variante menos común, siendo una enfermedad altamente contagiosa que afecta comúnmente a niños pequeños, entre los 2 y 5 años, caracterizada clínicamente como múltiples vesículas que progresan rápidamente hacia ampollas flácidas que se rompen dejando múltiples costras amarillentas.^{6,22} En un estudio de Jhonson MK en el 2020²³ menciona que el impétigo presenta una carga de morbilidad global de más de 140 millones disminuyendo su incidencia con la edad. En los presentes casos, la edad de aparición fue a los 10 años, discrepando de lo reportado en la literatura, siendo casos de presentación tardía. Respecto a las características clínicas, presentan una similitud a las ya descritas, sin embargo, en el caso de los gemelos eran del tipo ampolloso (el tipo menos común), contrastando con lo reportado en la literatura donde se describe al tipo no ampolloso como el más frecuente.

Dentro de los factores que predisponen al impétigo se reportan: traumatismos cutáneos, climas cálidos y húmedos, higiene deficiente, entornos de guardería, desnutrición y diabetes mellitus u otras comorbilidades médicas. Hartman, Babiano, Nardi, et al.^{2,6,24} Concuerdan que dichas lesiones suelen propagarse fácilmente por autoinoculación a través de los dedos, toallas o ropa, lo cual con frecuencia produce la formación de lesiones satélites en áreas adyacentes. Concordando con los factores predisponentes; en los presentes casos coexistían la higiene deficiente y el alto grado de contagio por autoinoculación de lesiones e intercambio de fómites, pues ambos hermanos gemelos viven juntos y la madre refirió que frecuentemente comparten objetos (artículos de higiene personal y juguetes).

Zakaria y Galli, et al.^{4,22} Mencionaron que el impétigo debe ser considerado como parte de un diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas peribucales, debido a que frecuentemente se diagnostica de manera errónea, dando como resultado un manejo clínico inadecuado de la enfermedad. Asimismo, asienten en que dicho diagnóstico generalmente se basa únicamente en el análisis de los síntomas y las manifestaciones clínicas. Mannschreck D, et al. 2020²⁵ menciona que es importante que los pediatras, los médicos del servicio de emergencias y los

dermatólogos reciban una mayor capacitación, ya que el diagnóstico temprano del impétigo ampolloso puede prevenir su diseminación. En los presentes casos se destaca la importancia de considerar las diversas entidades patológicas que involucran el área peribucal como diagnósticos diferenciales durante el análisis de los hallazgos clínicos, así como la importancia de realizar una minuciosa anamnesis.

Dentro de los diagnósticos clínicos diferenciales, mencionamos el herpes labial, Candidiasis labial (queilitis angular y queilocandidiasis), en la cuales destacamos los siguientes aspectos clínicos mostrados en la tabla 1:

TABLA 1. DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS DIFERENCIALES DE INFECCIONES PERIBUCALES

Infección peribucal	Edad de inicio	Factores predisponentes	Manifestación clínica	Localización	Diagnóstico	Tratamiento
Impétigo	Frecuentemente niños de 2-3 años, pudiendo presentarse en cualquier momento de la vida.	Higiene deficiente, alta humedad, hacinamiento.	<i>No ampoloso</i>	<i>No ampoloso</i>	Hallazgos clínicos. Cultivo microbiológico.	Las opciones pueden incluir antibióticos tópicos, antibióticos orales o desinfectantes tópicos, dependerán de la localización, extensión de la enfermedad y el estado inmunológico.
			Vesícula- pústula de 1-2 mm, que forman costras melicéricas, prurito.	Piel expuesta de cara (narinas, región perioral) y extremidades.		
			<i>Ampoloso</i>	<i>Ampoloso</i>		
			Ampollas grandes, frágiles, flácidas con contenido líquido amarillo-claro, caracterizada por una corteza de color marrón durante etapas finales, así como prurito.	Sitios de predilección en cara, cuello, región periumbilical.		
Herpes Labial	Una vez que se tuvo el primer contacto con VHS se puede presentar en cualquier momento de la vida.	Infecciones, trauma, fiebre, exposición solar, estrés.	Vesículas en ramillete con contenido claro amarillento, su tamaño oscila entre 1-10 mm. Pródromo con parestesia de la zona. Ardor, dolor urente.	Frecuente en labios, ocasionalmente puede aparecer en la zona de la nariz, mejillas o dedos	Hallazgos clínicos.	Antivirales como aciclovir en crema o sistémico, valaciclovir.
Candidiasis Labial	Cualquier momento de la vida.	Disminución de la producción salival, inmunosupresión, alta humedad en la piel, disminución de la dimensión vertical.	<i>Queilitis Angular</i>	<i>Queilitis Angular</i>	Hallazgos clínicos, confirmado por la observación al microscopio de frotis directo (tinción con ácido peryódico de Schiff)	Empleo de fármacos antifúngicos apropiados.
			Lesiones erosivas eritematosas, en las comisuras labiales (habitualmente bilateral), con presencia de grietas o fisuras y formación de costras. Ardor y prurito.	Ángulos de la boca.		
			<i>Queilocandidiasis:</i>	<i>Queilocandidiasis:</i>		
			Se presenta como formación de costras, eritema y ulceraciones. Ardor y prurito.	Bermellón del labio inferior.		

Respecto al tratamiento Johnson, Hartman, Babiano, Nardi, et al. ^{2,6,23,24}. Coinciden que el manejo de esta alteración debe enfocarse en evaluar factores como: el número de lesiones, la extensión y la localización de dicha enfermedad, concordando también en que el tratamiento farmacológico para el impétigo limitado debe ser local, a través de agentes tópicos, pudiendo ser tratado con; mupirocina, retapamulina, y ácido fusídico. Siendo recomendada la terapia con antibióticos orales solo para los casos que presentan lesiones extensas, esto debido a las crecientes tasas de resistencia bacteriana.

Babiano MA en el 2016 ²⁴ menciona que lo más importante es la higiene de manos y el recortar las uñas para evitar la autoinoculación, destaca que es importante el tratamiento antimicrobiano tópico, ya que dichos agentes limitan la transmisión y son el tratamiento de elección en las formas localizadas.

En cuanto al pronóstico para ambos tipos de impétigo se describe que suelen resolverse sin tratamiento en dos o tres semanas sin dejar cicatrices, sin embargo concuerdan que el cuadro clínico se acorta evitando la propagación de la enfermedad si ésta es tratada, rara vez pueden ocurrir complicaciones como: celulitis (forma no ampollosa), septicemia, osteomielitis, artritis séptica, linfangitis, linfadenitis, psoriasis guttata, síndrome de piel escaldada por estafilococos, siendo la glomerulonefritis posestreptocócica la complicación más grave. ^{6,23}.

En el presente caso debido a la localización y extensión de las lesiones se optó por llevar a cabo un manejo basado en medidas de higiene personal, eliminación de fómites, complementado con el uso de antibiótico tópico (crema de mupirocina al 2%), con la indicación de aplicar una capa fina 3 veces al día durante dos semanas, siguiendo las recomendaciones descritas por la literatura. Gracias a lo cual se obtuvieron resultados notablemente satisfactorios a los 14 días observando una remisión de aproximadamente 80% de las lesiones y a los 30 días del 100%, sin presentar complicaciones, ni signos de cicatrices.

11. CONFLICTOS DE INTERESES Y FINANCIACIÓN

No existe conflicto de intereses en la realización en el presente caso, ni cuenta con algún financiamiento especial.

12. ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS.

INA. Impétigo no ampolloso

IA. Impétigo ampolloso

VHS. Virus del herpes simple

S. PYOGENES. *Streptococcus pyogenes*

S. AUREUS. *Staphylococcus aureus*

13. CONCLUSIONES

Los microorganismos causantes del impétigo (*S.pyogenes*, *S. aureus*), son parte de la microbiota cutánea transitoria considerada normal, que generalmente no es patógena en condiciones normales, es decir cuando los pacientes pediátricos mantienen una adecuada higiene, su piel se encuentra íntegra preservando la función de barrera y cuando tienen una buena alimentación que se traduce en una respuesta inmune eficiente. Entonces, cuando dichas condiciones normales se ven afectadas por mala higiene aunada a maceración, fisuras o heridas y un estado inmunológico inadecuado, se crea una disbiosis que deriva en infección. Teniendo en cuenta lo anterior, es indispensable evaluar dichos factores causales durante la metodología diagnóstica sobre todo durante el interrogatorio.

El impétigo es una infección bacteriana cuyo diagnóstico se basa principalmente en los hallazgos clínicos y requiere de un análisis concienzudo de la anamnesis, poniendo especial atención en la información acerca de los hábitos de higiene de los pacientes pediátricos que son evaluados en la parte de antecedentes personales no patológicos como son: baño diario, cambio de ropa personal y ropa de cama, higiene bucal, frecuencia de corte de uñas y lavado de manos e higiene del calzado. También es importante indagar sobre el ambiente en el que se desarrolla el infante para determinar factores de riesgo causales, predisponentes, facilitadores, precipitantes y agravantes de la enfermedad como lo son: número de habitaciones, hacinamiento, ventilación, higiene de la habitación, humedad, convivencia con animales, tipo de piso, tipo de vivienda y material de construcción, tipo de sanitario y drenaje. Si bien el análisis de información debe estar centrado en los antecedentes no patológicos antes descritos, también se deben tener en cuenta todos los apartados del interrogatorio que puedan tener relación con el desarrollo de esta infección, como los aspectos nutricionales, el uso del tiempo libre y las comorbilidades (evaluadas en los antecedentes personales patológicos, no patológicos y heredofamiliares).

Es importante conocer las características clínicas de dicha enfermedad, que en ocasiones suele ser confundida con otras infecciones peribucales semejantes en

esa localización, ya que al existir pocos reportes y estudios acerca de esta entidad patológica dentro del área odontológica, suele generar confusión durante el análisis diagnóstico de enfermedades infectocontagiosas cutáneas de localización peribucal (herpes labial y queilitis angular por cándida), ocasionando que sea tratada erróneamente y causando un agravamiento del cuadro patológico.

Así mismo es frecuente que el manejo de esta infección sea derivado a otros especialistas, cuando se trata de una lesión de diagnóstico clínico, la cual es frecuente en población infantil, presentándose en una topografía que compete plenamente al área de actuación de la odontología pediátrica. Por lo tanto, es sumamente importante para los dentistas y odontopediatras conocer, diagnosticar y manejar infecciones pediátricas en diversas localizaciones del aparato estomatognático, además de las de origen odontogénico y las periodontales (que son las más comunes), con la finalidad de brindar una atención óptima e integral al paciente.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. George A, Rubin G. A systematic review and meta-analysis of treatments for impetigo. Br J Gen Pract. 2003 Jun;53(491):480-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12939895/>
2. Nardi NM, Schaefer TJ, Espil MO. Impetigo (Nursing). En: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568809/>
3. Gahlawat G, Tesfaye W, Bushell M, Abrha S, Peterson GM, Mathew C, et al. Emerging treatment strategies for impetigo in endemic and nonendemic settings: A systematic review. Clin. 2021; 43(6):986–1006. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34053699/>
4. Galli L, Novelli A, Ruggiero G, Stefani S, Fortina AB. Pediatric impetigo: an expert panel opinion about its main controversies. J Chemother. 2022; 34(5):279–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34405763/>
5. Valderrama-Beltrán S, Cortés JA, Caro MA, Cely-Andrado L, Osorio-Pinzón JV, Gualtero SM, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de las infecciones de piel y tejidos blandos en Colombia. Infectio. 2019; 23(4):318- 346. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v23n4/0123-9392-inf-23-04-00318.pdf>
6. Hartman-Adams H, Banvard C, Juckett G. Impetigo: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2014 Aug 15;90(4):229-35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25250996/>
7. Andrade G, Da Silva de Carballo L, Casbarro R. Impétigo Peribucal en niños. Reporte de un caso. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría 2015. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-31/>
8. Pérez-De la O AD, García- Romero MT. Impétigo ampolloso. Acta Pediatr Mex. 2017 sep;38(5):351-354. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2017/apm175h.pdf>

9. Moyano M, Peuchot A, et al. Skin and soft tissue infections in children: consensus on diagnosis and treatment. Arch Argent Pediatr. 2014 Feb; 112(1): e96-e102. Available from: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2014/v112n1a22.pdf>
10. González R, Bologna R, Nevárez A, et al. Lesiones frecuentes de la mucosa bucal en niños y adolescentes: Revisión literaria. Revista ADM. 2011; 68(1):17-24. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od111d.pdf>
11. Bascones-Martínez A, Pousa-Castro X. Herpesvirus. Av. Odontoestomatol 2011; 27(1):11-24. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n1/original1.pdf>
12. Hantz S, Alain S. Infecciones por el virus del herpes simple. EMC – Pediatría. 2018; 53 (2): 1-13.
13. Giménez S. Herpes. Clínica y Tratamiento. Farmacia Profesional. 2004 septiembre; 18(8): 42-48. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-13066081>
14. Aguirre JM. Candidiasis orales. Rev Iberoam Micol 2002; 19: 17-21. Disponible en: <http://www.reviberoammicol.com/2002-19/017021.pdf>
15. Rioboo MR, Planells P, Rioboo R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005; 10:376-87. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/medicor/v10n5/en_01.pdf
16. Velasco EC, Mendiola A., Pizano MI. Candidiasis oral en paciente pediátrico sano. Revisión bibliográfica. 2013;14 (44): 956- 964. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2013/ora1344e.pdf>
17. Fajriani. Management of Angular Cheilitis in children. Journal of Dentomaxillofacial. 2017; 2(1): 1-3.
18. Carrasco W, Guerra ME, Tovar V. Comparación de la presencia de queilitis angular en niños VIH (+) y VIH (-), hijos de madre seropositivas. Acta Odontol. Venez. 2008; 46(3): 260-264.

- 19.** Vila T, Sultan AS, Montelongo-Jauregui D, Jabra-Rizk MA. Oral Candidiasis: A Disease of Opportunity. *Journal of Fungi* 2020; 6 (1): 15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151112/pdf/jof-06-00015.pdf>
- 20.** Samaranayake P. Keung W, Jin L. Oral mucosa fungal infections. *Periodontology* 2000. 2009; 49(1): 39-59.
- 21.** Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. Fungal and Protozoal Diseases. In *Oral and Maxillofacial Pathology*, 4th ed.; Elsevier: Amsterdam, The Netherlands, 2016; 191–217.
- 22.** Zakaria A. Sockalingam S. Peri-oral Bullous Impetigo: A Diagnostic Dilemma for Dentist. *Sains Malaysiana*. 2013; 42(1): 89–91.
- 23.** Johnson MK. Impetigo. *Adv Emerg Nurs J*. 2020; 42(4): 262-269.
- 24.** Babiano MA. Impétigo ampolloso. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2016; 23(3): e38-e39.
- 25.** Mannschreck D, Feig J, Selph J, Cohen B. Disseminated bullous impetigo and atopic dermatitis: Case series and literature review. *Pediatr Dermatol*. 2019;00: 1-6.

15. ANEXOS

15.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO



Escuela
Nacional de
Estudios
Superiores
Unidad León

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULO CIENTÍFICO

UNAM
POSGRADO

Título de la Investigación: Infecciones peri-bucales en la infancia. Presentación de dos casos clínicos de impétigo.

Objetivo de la Investigación: Demostrar la importancia clínica y diagnóstica del paciente pediátrico con diagnóstico de impétigo. Su nombre no será utilizado en el artículo publicado. La publicación no conlleva ningún riesgo, ni recibe ningún beneficio.

Raquel Ramos Reyes 
Nombre y firma del padre o tutor

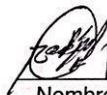
20/sep/21
Fecha

Asentimiento Paciente Pediátrico

Puedes elegir si participas o no. Queremos publicar el tratamiento que realizamos en tu boca en una revista científica odontológica con la intención de que otros odontólogos sepan qué hacer si llegara a su consulta un caso similar. La publicación no conlleva ningún riesgo, ni recibe ningún beneficio. No será utilizando tu nombre. Si desea que su hijo forme parte de la investigación, favor de llenar el talonario de autorización.

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito arriba. Se me ha explicado la investigación y entiendo el procedimiento. Voluntariamente doy mi asentimiento para que el caso clínico de mi hijo Etni Azael Cuevas Ramos, sea publicado en una revista odontológica con el nombre de: Infecciones peri-bucales en la infancia. Presentación de dos casos clínicos de impétigo.


Raquel Ramos Reyes
Nombre y firma del padre o tutor

20/sep/21
Fecha



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULO CIENTÍFICO



Título de la Investigación: Infecciones peri-bucales en la infancia. Presentación de dos casos clínicos de impétigo.

Objetivo de la Investigación: Demostrar la importancia clínica y diagnóstica del paciente pediátrico con diagnóstico de impétigo. Su nombre no será utilizado en el artículo publicado. La publicación no conlleva ningún riesgo, ni recibe ningún beneficio.

Raquel Ramos Reyes
Nombre y firma del padre o tutor

20/sep/21
Fecha

Asentimiento Paciente Pediátrico

Puedes elegir si participas o no. Queremos publicar el tratamiento que realizamos en tu boca en una revista científica odontológica con la intención de que otros odontólogos sepan qué hacer si llegara a su consulta un caso similar. La publicación no conlleva ningún riesgo, ni recibe ningún beneficio. No será utilizando tu nombre. Si desea que su hijo forme parte de la investigación, favor de llenar el talonario de autorización.

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito arriba. Se me ha explicado la investigación y entiendo el procedimiento. Voluntariamente doy mi asentimiento para que el caso clínico de mi hijo Arad Amud Ramos Ramos, sea publicado en una revista odontológica con el nombre de: Infecciones peri-bucales en la infancia. Presentación de dos casos clínicos de impétigo.

Raquel Ramos Reyes
Nombre y firma del padre o tutor

20/sep/21
Fecha



15.2. CARTA DEL COMITÉ DE ÉTICA



León, Guanajuato a 11 de noviembre de 2021

Asunto: DICTAMEN DE LA COMISIÓN DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.

Investigador principal: Viridiana Guadalupe Molina Felizola

PRESENTE

Referente a la revisión del protocolo "INFECCIONES PERIBUCALES EN LA INFANCIA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS DE IMPÉTIGO" con número de registro CEI_21_10_S18, le comunicamos que la decisión fue:

A P R O B A D O

Atentamente

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Viridiana Guadalupe", is written over a faint, illegible stamp.

Presidenta de la Comisión de Ética en Investigación
Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León.
UNAM

15.3 FOTOGRAFÍAS CLÍNICAS



Figura 1. Paciente A. Aspecto clínico de las lesiones peribucales con dos semanas de evolución.



Figura 2. Paciente B. Aspecto clínico de las lesiones peribucales con dos semanas de evolución.



Paciente A

Paciente B

Figura 3. Aspecto clínico inicial de las lesiones peribucales (imagen proporcionada por la madre).



Paciente A



Paciente B

Figura 4. Revisión a los 14 días, observándose remisión del 80% las lesiones.



Paciente A



Paciente B

Figura 5. Revisión a los 30 días, observándose remisión del 100% de las lesiones.