



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES EN LA
MUCOSA ORAL EN NIÑOS.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MARCO ANTONIO ROLDÁN HINOJOSA

TUTOR: Esp. ALEJANDRO HINOJOSA AGUIRRE



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.

A mis abuelitos José Antonio Hinojosa y Rebeca Rosas:

Por haberme brindado la oportunidad y darme la confianza para poder iniciar este proyecto llevando siempre los principios y valores que me inculcaron desde niño.

A Martha G. Hinojosa:

Quien me dio la vida y su apoyo incondicional que ha sido significativo para conseguir esta meta.

A Esteban, Ehecatl y Fernando:

Mis hermanos, por siempre estar con la mejor disposición, cuando los necesite para realizar algún tratamiento no dudaron en apoyarme.

A Rafa Hinojosa y Maru Hinojosa:

Mis tíos por ser unas personas ejemplares para mí educación, me arroparon durante este proceso y me impulsaron para culminar esta etapa.

A mis primos y sobrinos:

Isaac, Ezequiel, Valentina, Helen y Sofía, que fueron mis primeros pacientes, me aportaron gran experiencia para mi desarrollo profesional.

A mis profesores:

En especial a mi tutor Esp. Alejandro Hinojosa Aguirre. Maestros de la Facultad de Odontología y del DEPel de Odontopediatría, donde realice el servicio social, por trasmitirme sus conocimientos y siempre estar con la mejor disposición.

A mis amigos y compañeros:

Por aportar tantas buenas experiencias y ser parte de este ciclo.

A la UNAM:

Mi alma mater, quien me dio todas las herramientas para ser un excelente profesional y cumplir mi sueño de representarla con orgullo. Por mi Raza Hablara el Espíritu.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO	6
1 GENERALIDADES	7
1.1 Variantes de lo normal.....	7
2 LESIONES MECÁNICAS Y QUEMADURAS	8
2.1 Úlcera traumática.....	8
2.2 Lesiones por mordeduras.....	9
2.3 Quemaduras eléctricas.....	10
2.4 Quemaduras químicas.....	11
3 ENFERMEDAD PERIODONTAL	12
3.1 Gingivitis.....	12
3.2 Periodontitis juvenil.....	13
3.3 Fibromatosis gingival hereditaria.....	14
3.4 Hiperplasia gingival inducido por fármacos.....	15
3.5 Gingivitis a causa de respiración oral.....	16
4 ÚLCERAS AFTOSAS RECURRENTES	17
5 INFECCIONES DE LA PRIMERA INFANCIA	18
5.1 Sarampión.....	19
5.2 Varicela.....	20
5.3 Mononucleosis infecciosa (enfermedad del Beso).....	21
5.4 Escarlatina.....	22
6 INFECCIONES VIRALES	23
6.1 Gingivoestomatitis herpética primaria.....	23
6.2 Herpangina.....	24
6.3 Faringitis linfonodular aguda.....	25
6.4 Hiperplasia epitelial focal (Enfermedad de Heck).....	26
7 ENFERMEDADES MICÓTICAS	27
7.1 Candidiasis.....	27

7.2	Candidiasis pseudomembranosa o algodoncillo.....	27
7.3	Candidiasis eritematosa.....	28
7.4	Candidiasis mucocutánea.....	29
8	ENFERMDADES SISTÉMICAS.....	30
8.1	Síndrome de hiperqueratosis.....	30
8.2	Nevo blanco esponjoso (enfermedad de Cannon).....	31
8.3	Síndrome de Ehlers – Danlos.....	32
8.4	Eritema multiforme.....	32
8.5	Síndrome de Stevens–Johnson o eritema multiforme mayor.....	34
8.6	Enfermedad de Crohn.....	35
9	TUMORES BENIGNOS.....	36
9.1	Épulis congénito del recién nacido.....	36
9.2	Linfangioma.....	37
9.3	Hemangioma.....	39
9.4	Granuloma periférico de células gigantes.....	40
10	LEUCEMIAS.....	41
	CONCLUSIONES.....	42
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los estudios sobre la patología oral de los niños, son derivados de padecimiento de origen dental o de origen periodontal; en ocasiones los signos y síntomas de las manifestaciones de mucosa oral son diferentes a las que se presentan en adultos. Aunque algunas alteraciones orales se manifiestan solas, las lesiones suelen ser un signo de enfermedades más complejas.

Las alteraciones mecánicas en la mucosa oral de los niños son muy frecuentes a edades tempranas por las distintas condiciones, juegos, caídas descuidos etc. Otro tipo de alteraciones que se llegan a observar en niños son las lesiones de origen periodontal que son causadas en su mayoría por malos hábitos de higiene, trastornos hereditarios, inducida por fármacos o alguna alteración en las vías aéreas.

Otro tipo de lesiones que se mencionan son las úlceras aftosas recurrentes de etiología incierta y multifactorial, así mismo se abordan las lesiones ocasionadas por las infecciones de la primera infancia que con mayor frecuencia se presentan en esta etapa, por otro lado se señalan alteraciones como las que son provocadas por infecciones virales así como las que son provocadas por enfermedades micóticas.

También se evoca sobre ciertas manifestaciones en la mucosa oral originadas por algunas enfermedades sistémicas que son de mayor complejidad que las lesiones anteriormente mencionadas. Aunque estas entidades son frecuentemente diagnosticadas y se mantienen bajo atención médica intrahospitalaria es importante saber sus manifestaciones en la mucosa oral para realizar una interconsulta oportuna con el pediatra.

En el presente trabajo se mencionan algunas de las lesiones, su diagnóstico, y el tratamiento adecuado ante estas manifestaciones en la mucosa oral que pueden presentar los niños en nuestra práctica clínica. De esta manera es fundamental comprender las características principales de cada manifestación para dar atención a las distintas afecciones que puedan presentar los niños en la mucosa oral.

OBJETIVO

Identificar y diferenciar las características clínicas de las distintas lesiones que se presentan en la mucosa oral del niño, para obtener un diagnóstico asertivo y de esta manera un tratamiento adecuado, así como facilitar al estomatólogo una herramienta que favorezca en su práctica clínica en pro de las necesidades y bienestar de la población infantil.

1 GENERALIDADES

Semiología

La semiología es el estudio de las señales y síntomas de una enfermedad con el propósito de diagnosticarla. La semiología de la mucosa bucal comprende todo el conjunto de las nociones necesarias para conducir a un examen objetivo correcto de la cavidad bucal.¹

Síntoma

Es todo aquello que el paciente siente, como; dolor, picazón, calor etc. Por este motivo, es el propio paciente que lo describe. Representan las manifestaciones subjetivas.

Signos

Son las características que el clínico observa. Representan las manifestaciones clínicas o subclínicas de una enfermedad, son corroboradas con mediante examen clínico del paciente definiendo el diagnóstico.¹

Cuadro clínico o sintomatología

Es el conjunto de signos y síntomas extraídos del paciente mediante un examen clínico.

Síndrome

Cuadro clínico característico de una determinada enfermedad, compuesto por signos y síntomas presentes en forma conjunta.¹

Las alteraciones que se presentan en la los tejidos blandos de la cavidad bucal en la niñez presentan características particulares, generales, que en conjunto con otros datos clínicos son importantes para realizar un diagnóstico correcto para proporcionar el tratamiento más adecuado.

Las particularidades clínicas que detallan cada lesión de acuerdo a su tamaño, localización, bordes, color y textura conforman el fundamento esencial para poder distinguirlos y clasificarlos.¹

2 LESIONES MECÁNICAS Y QUEMADURAS

2.1 Úlcera traumática

La úlcera traumática es una lesión mecánica aguda o crónica en la mucosa oral donde se pierde la capa superficial de la mucosa oral, de incidencia frecuente en niños (úlceras de Riga-Fede). Puede ser provocada por el contacto constante con un diente traumatizado, restauraciones mal ajustadas, instrumentos agudos, aparatología ortodóntica, mordeduras constantes, manejo inusual de instrumental odontológico.² Se localiza con mayor frecuencia en mucosa oral, lengua y encía. Clínicamente la úlcera traumática se observa como una lesión única, bordes indefinidos, dolorosa, con una superficie lisa e inflamada y extremos blanquecinos. El tamaño varía de escasos milímetros a algunos centímetros, dependiendo del agente causal(fig. 1).³



Fig. 1 Úlcera traumática de la mucosa oral.

El diagnóstico se basa en las características clínicas.

Diagnóstico diferencial.

- Úlceras aftosas.
- Gingivitis y estomatitis úlcero-necrosantes.
- Úlcera eosinofílica.
- Sialometaplasia necrotizante.

Tratamiento: remoción de factores etiológicos.

2.2 Lesiones por mordeduras

Las lesiones por mordeduras son frecuentes, provocadas por manipulaciones crónicas de la mucosa oral. La lesión se presenta frecuentemente reblandecida, bordes irregulares, abultada, asintomática, con presencia de áreas blancas características de descamación del epitelio afectado. Las lesiones pueden ser unilaterales o bilaterales, localizadas o difusas. La incidencia es común en niños con angustia o problemas psicológicos, se localiza a menudo en mucosa oral, labio inferior y bordes laterales y punta de la lengua(fig.2).³



Fig. 2 Mordedura crónica.

El diagnóstico se basa en las características clínicas.

Diagnóstico diferencial.

- Candidiasis.
- Nevo blanco esponjoso.
- Leucoedema.
- Liquen plano.
- Leucoplasia.

Tratamiento: eliminación del hábito, terapia psicológica.

2.3 Quemaduras eléctricas

Las lesiones por quemaduras eléctricas son frecuentes en la cavidad oral, provocadas por morder e introducir un cable eléctrico, por el uso indebido o falla de algún aparato eléctrico. Clínicamente las quemaduras en la mucosa oral se presentan como una lesión indolora, blanca-grisácea, no sangra y circundado por un anillo eritematoso. Paulatinamente el área blanca-grisácea cambia de a un color rojo oscuro, que al desprenderse deja una úlcera amplia y puede presentar hemorragia(fig. 3).³



Fig. 3 Lesión por quemadura eléctrica en labio inferior y en la comisura izquierda.

El diagnóstico se basa en las características clínicas.

Diagnóstico diferencial.

- Úlceras traumáticas.
- Quemaduras térmicas severas.

Tratamiento: preventivo y en muchos casos requiere reconstrucción quirúrgica. Terapia fría.

2.4 Quemaduras químicas

Las lesiones originadas por quemaduras químicas son comunes, causadas por el contacto directo con algunas sustancias químicas y fármacos en la mucosa oral. Las sustancias químicas y fármacos que suelen ser colocadas en la boca con mayor frecuencia son: aspirina, cloro, agua oxigenada, nitrato de plata, alcohol, ácido de batería, detergentes y otras sustancias utilizadas en la agricultura. Clínicamente las lesiones varían en forma, tamaño y consistencia, esto depende del agente causal, concentración de la sustancia y tiempo de exposición sobre la mucosa oral. Las lesiones se presentan como placas rugosas blancas o eritematosas, erosiones o ulceraciones, que pueden estar cubiertas por una pseudomembrana blanquecina(fig. 4).³



Fig. 4 Quemadura por ácido acetil salicílico

El diagnóstico se basa en las características clínicas.

Diagnóstico diferencial.

- Lesiones traumáticas.
- Quemaduras térmicas.
- Quemaduras eléctricas.
- Liquen plano.

Tratamiento: sintomático. Las lesiones frecuentemente remiten sin tratamiento en una semana, o una vez removido el agente químico o el fármaco. El uso de aislamiento absoluto en la consulta dental cotidiana ha reducido significativamente la cantidad de quemaduras por iatrogenia.

3 ENFERMEDAD PERIODONTAL

3.1 Gingivitis

La gingivitis es una enfermedad inflamatoria de la encía marginal, bien localizada o generalizada. Provocada por la acumulación placa bacteriana a causa de una mala higiene oral.⁴ Se observa con mayor frecuencia en la dentición mixta, en ocasiones se presenta en las áreas de la erupción dentaria. Se percibe enrojecimiento e inflamación y usualmente asintomática. A menudo presenta hiperplasia gingival y puede presentar sangrado espontáneo o al momento de realizar el sondeo periodontal. Frecuentemente hay presencia de halitosis(fig.5).³



Fig. 5 Gingivitis crónica hiperplásica.

El diagnóstico se basa en características clínicas.

Diagnóstico diferencial.

- Gingivitis descamativa.
- Hiperplasia gingival inducida por fármacos.
- Gingivitis por respiración oral.
- Leucemia aguda.

Tratamiento: control de placa, técnica de cepillado y buena higiene oral.
Gingivectomía en casos de hiperplasia severa.

3.2 Periodontitis juvenil

La periodontitis juvenil es un tipo particular de enfermedad periodontal de iniciación temprana que afecta a los tejidos blandos y duros del periodonto, usualmente afecta a los adolescentes, se caracteriza por la pérdida severa de hueso alveolar e inflamación de la encía gingival de grado medio, bolsas periodontales profundas, sangrado gingival y presencia de halitosis. La ausencia de factores locales como: placa bacteriana y cálculo, movilidad y migración dental es característica de esta enfermedad(fig.6).³



Fig. 6 Periodontitis juvenil

Diagnóstico diferencial.

- Periodontitis prepuberal
- Periodontitis del adulto.
- Enfermedad de Crohn.

Tratamiento: antibióticos sistémicos, antisépticos locales o quirúrgico.

3.3 Fibromatosis gingival hereditaria

La fibromatosis gingival hereditaria se presenta como un aumento gingival que ocurre exclusivamente en niños, se observa como lesión única o manifestación de distintos síndromes hereditarios. Se localiza en zona vestibular, lingual y palatina. Clínicamente presenta agrandamientos exagerados de las encías, que puede cubrir parcial o totalmente los dientes. La encía es lisa de consistencia firme, con proliferación fibrosa en estados tardíos, color de la encía normal o levemente roja (fig. 17).^{5,3}



Fig. 7 Fibromatosis gingival hereditaria.

Diagnóstico diferencial.

- Leucemias, amiloidosis y enfermedad de Crohn.
- Hiperplasia inducido por fármacos.

Tratamiento: gingivectomía y buena higiene oral.

3.4 Hiperplasia gingival inducido por fármacos

Este tipo de enfermedad periodontal es un agrandamiento significativo de las encías provocada por fármacos como: ciclosporina, nifedipina, difenilhidantoína entre otros. Se presenta frecuentemente en niños epilépticos que toman difenilhidantoína.⁶ Se localiza en la encía libre e interdental, en ambas arcadas principalmente en zona anterior. Clínicamente hay agrandamientos asintomáticos de las papilas interdenciales, con progresión del crecimiento de la encía libre, que puede cubrir parcial o totalmente los dientes. Color de la encía normal, firme y presencia de falsas bolsas periodontales(fig. 8).³

El diagnóstico se basa en características clínicas.



Fig. 8 Hiperplasia gingival a causa de medicamentos

Diagnóstico diferencial.

- Hiperplasia gingival hereditaria
- Leucemias, amiloidosis y Enfermedad de Crohn.
- Agrandamiento gingival debido a respiración oral.

Tratamiento: buena higiene oral. Sustitución del fármaco indicado por el médico. Fase uno. Procedimiento quirúrgico.

3.5 Gingivitis a causa de respiración oral

Este tipo de enfermedad periodontal tiene una apariencia crónica de la gingivitis que conlleva a la hiperplasia gingival. Provocado por la respiración oral, frecuentemente por anomalías del septum nasal o cierre parcial del labio causando resequeadad de la mucosa oral ocasionando la acumulación de placa bacteriana. De incidencia común en niños, se presenta con mayor frecuencia en la encía vestibular del sector anterior del maxilar. Clínicamente hay presencia de agrandamiento asintomático de la encía interdental que con frecuencia cubre parcialmente la corona del diente. La encía es ligeramente eritematosa y frecuentemente cierre parcial de los labios, superficie gingival brillante y seca(fig. 9).³



Fig.9 Hiperplasia gingival causada por respiración oral

El diagnóstico se basa en características clínicas.

Diagnóstico diferencial.

- Hiperplasia gingival por fármacos
- Fibromatosis gingival hereditaria.

Tratamiento: gingivectomía. Restauración de la respiración

4 ÚLCERAS AFTOSAS RECURRENTES

Las úlceras aftosas recurrentes, también conocidas como estomatitis aftosa, son úlceras dolorosas, su característica principal es que reinciden en lapsos de días, meses y años. Su causa es incierta pero es asociada a factores predisponentes genéticos, por traumas, infecciones, alergias, enfermedades sistémicas, SIDA entre otros.⁷ Se presenta comúnmente después de los 6 años con mayor susceptibilidad en varones. Son las lesiones más comunes de la mucosa oral con una prevalencia de entre el 40 al 60% en la población mundial. Las úlceras aftosas se clasifican en úlceras menores, mayores e hipertróficas. Las úlceras menores son las más comunes en niños, clínicamente se observan poco profundas, circulares, dolorosas de 3 a 6 mm de diámetro. Las úlceras están cubiertas por una membrana amarillenta-blanquecina circundada por un halo rojo. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples y curan sin dejar cicatriz en 6 a 12 días(fig.10).^{3,8}

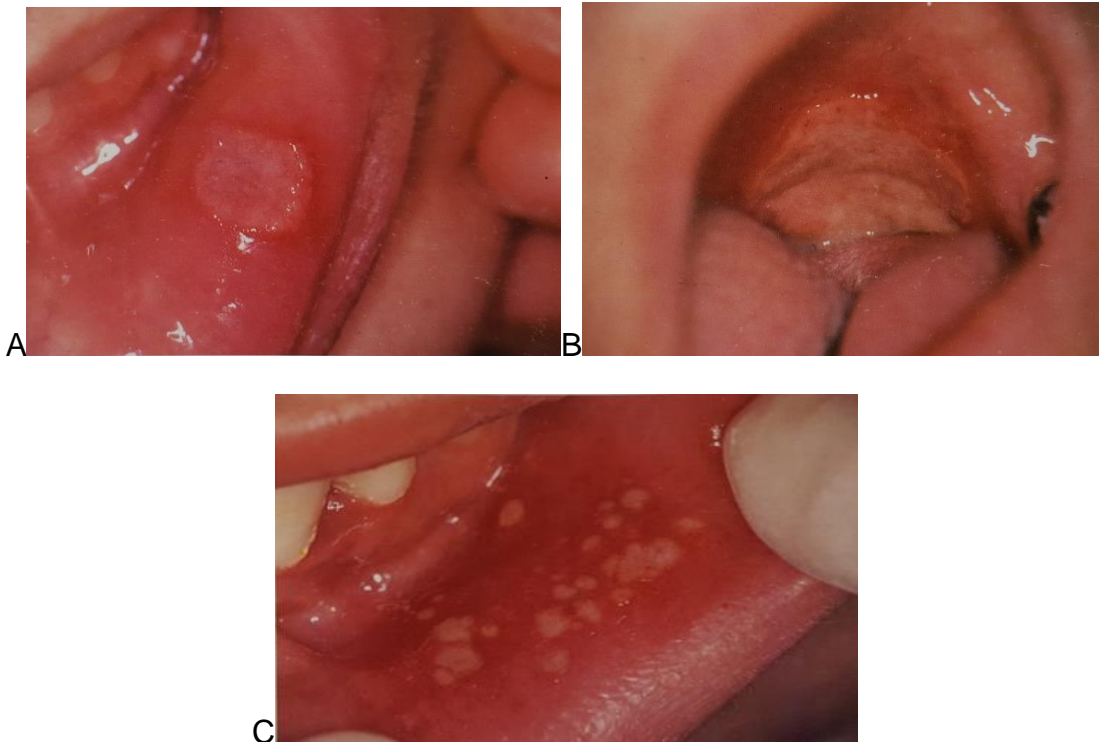


Fig. 10 A. Úlcera aftosa menor en mucosa labial inferior. B. Úlcera aftosa mayor en paladar blando. C. Úlceras hipertiformes de la mucosa labial inferior.

El diagnóstico se basa en características clínicas.

Diagnóstico diferencial.

- Úlcera traumática.
- Estomatitis herpética.
- Herpangia.
- Enfermedad de manos-pie-boca.
- Enfermedad de Crohn.

Tratamiento: el tratamiento tópico reduce el dolor y reduce el curso del malestar. Sistémico solo en casos extremos y de reincidencia frecuente.

5 ENFERMEDADES DE LA PRIMERA INFANCIA

5.1 Sarampión

Esta enfermedad es una afección de la primera infancia, de características aguda, eruptiva, altamente contagiosa. Causada por el paramyxovirus que entran por el tracto respiratorio. La enfermedad presenta signos prodrómicos 3 a 4 días previos a la erupción, signos como fiebre moderada, salpullido, tos, fotofobia y conjuntivitis.^{3,10} En la mucosa oral se observan las manchas de Koplik, son manchas de color blanco sobre una base eritematosa, particularmente aparecen en la sobre la mucosa oral contigua a los primeros molares uno o dos días previos a la erupción cutánea. También se observa eritema de la mucosa oral, petequias y úlceras redondas y pequeñas. (Fig.11).³



Fig. 11 Úlcera redondeada sobre frenillo labial

El diagnóstico se basa en características clínicas.

Diagnóstico diferencial.

- Mononucleosis infecciosa.
- Varicela.
- Estomatitis herpética.

Tratamiento: inmunización. No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión.¹⁰

5.2 Varicela

Es una enfermedad infecciosa, eruptiva y benigna, altamente contagiosa en niños. Provocada por el virus Varicela Zoster (VVZ).⁹ Las lesiones en boca se observan como vesículas pequeñas en la mucosa oral, que se rompen tan pronto como aparecen, quedando pequeñas erosiones redondeadas, poco profundas circundadas por un halo rojo con un fondo blanquecino^{3,11}(fig. 12).
3



Fig. 12 Erosiones circulares rodeadas por una zona eritematosa

El diagnóstico se basa en características clínicas.

Diagnóstico diferencial.

- Estomatitis herpética primaria y secundaria.
- Enfermedad de manos-pie-boca.
- Sarampión.

Tratamiento: aciclovir. Asintomático.

5.3 Mononucleosis infecciosa (enfermedad del Beso)

Es una enfermedad infecciosa autolimitada. Causada por el virus Epstein-Barr (EBV). Es transmitido por saliva, comúnmente por besos. De incidencia común en niños. Las manifestaciones son petequias sobre el paladar, edema en la úvula, exudado amigdalino, gingivitis, pericoronaritis, eritema y en ocasiones úlceras.^{12,13}(fig. 13).³



Fig.13 Petequias del paladar causadas por EBV.

El diagnóstico se basa en características clínicas y debe ser comprobado con la prueba de mononucleosis.

Diagnóstico diferencial.

- Gingivoestomatitis herpética.
- Leucemia.
- Reacción a fármacos.

Tratamiento: asintomático. Mantener hidratación adecuada. Antiinflamatorios

5.4 Escarlatina

La escarlatina una enfermedad infecciosa aguda. Provocada por el estreptococo beta hemolítico del grupo A, responsable de la producción de la eritrotoxina. Se presenta frecuentemente en niños menores de 10 años. Ubicada en carrillos, lengua, labios, paladar y faringe. La mucosa oral se observa edematosa y eritematosa. La lengua se cubre de una gruesa capa blanca que posteriormente se exfolia. Las papilas que no están cubiertas por la capa gruesa blanca se alargan, dándole un aspecto peculiar de lengua en fresa.^{3, 14}(fig.14).³



Fig.14 Escarlatina. Papilas linguales aumentadas de tamaño

El diagnóstico se basa en características clínicas.

Diagnóstico diferencial.

- Sarampión.
- Mononucleosis infecciosa.
- Enfermedad de Kawasaki.

Tratamiento: penicilina o eritromicina.

6 INFECCIONES VIRALES

6.1 Gingivoestomatitis herpética primaria

Esta enfermedad es una infección viral de mayor prevalencia en la mucosa oral. Ocasionada por el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1), y en menor frecuencia el provocada por el VHS-2. La incidencia incrementa a los 6 meses de edad e incrementa mayormente entre los 2 y 4 años de edad. Se presenta en la encía, lengua, labios, amígdalas, faringe posterior.¹⁶ Los síntomas se expresan en su inicio agresivos acompañado de hipertermia, malestar general, cefalea y dolor en la boca. La mucosa dañada se observa eritematosa e inflamada, con abundantes vesículas coalescentes, que se fragmentan 24 horas después, dejando úlceras pequeñas, dolorosas, circulares, cubiertas por una pseudomembrana amarilla-grisácea delimitada por un halo eritematoso. Las úlceras pueden conjuntarse formando úlceras alargadas, irregulares. Las úlceras van remitiendo paulatinamente entre 7 y 10 días sin dejar cicatrices (fig.15).³

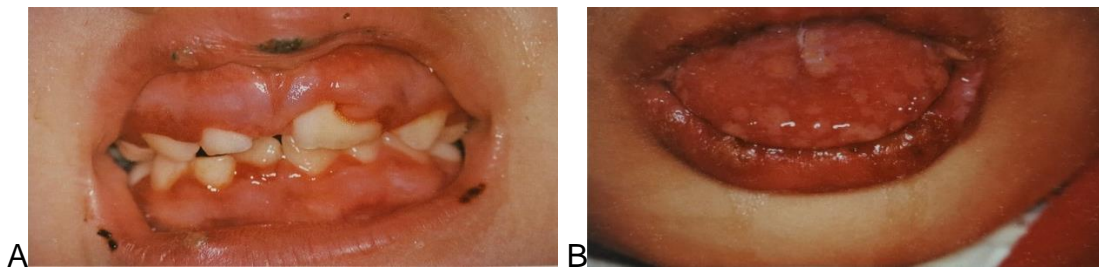


Fig 15A Gingivoestomatitis primaria. Hiperplasia gingival eritematosa y edematosa, con erosión de los labios. B. Gingivoestomatitis herpética primaria. Úlceras múltiples superficiales en la lengua y labios.

El diagnóstico se basa en características clínicas.

Exámenes de laboratorio: cultivo del virus, citología, examen serológico.

Diagnóstico diferencial.

- Herpangina.
- Enfermedad de manos-pies-boca.
- Eritema multiforme.
- Mononucleosis infecciosa.

Tratamiento: sintomático. En niños y recién nacidos inmunocomprometidos se recomienda el uso de aciclovir sistémico. El uso combinado de miel con

aciclovir oral puede producir un resultado favorable que el aciclovir solo en niños con gingivoestomatitis herpética primaria.¹⁵

6.2 Herpangina

La herpangina es una enfermedad viral aguda usualmente producida por el virus coxsackie del grupo A (tipos: 1-6, 8, 10, 22) y menos común virus coxsackie grupo B. La enfermedad es frecuente en niños y adolescentes con una cumbre de incidencia durante el verano y el otoño.¹⁷ Afecta a la mucosa oral, con mayor presencia en paladar blando, úvula, amígdalas, pilares posteriores de la faringe. La enfermedad se manifiesta con hipertermia de manera imprevista, odinofagia, cefalea, disfagia y malestar general, erupciones vesiculares después de 24 a 48 horas. Las vesículas son múltiples y reducidas, se desintegran rápidamente, dejando úlceras dolorosas poco profundas, que remiten de 7 a 10 días(fig.16).³

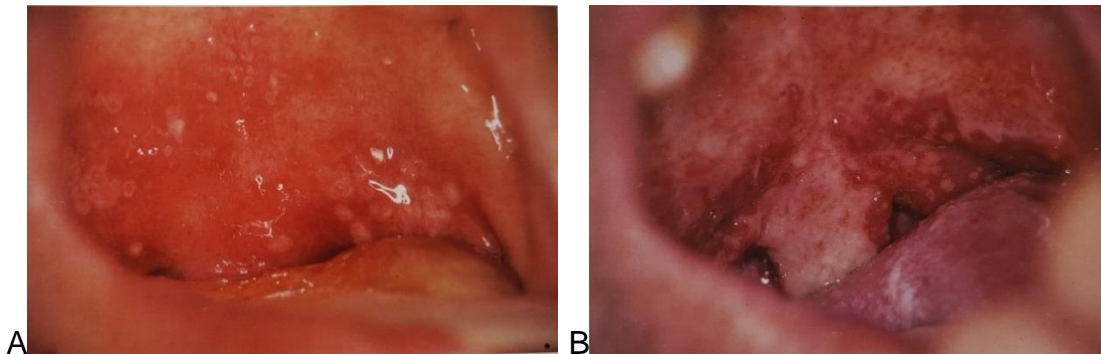


Fig. 16 A Herpangina. Múltiples úlceras superficiales en paladar blando. B Múltiples úlceras coalescentes en paladar blando y úvula

El diagnóstico se basa en características clínicas.

Exámenes de laboratorio: cultivo del virus, y exámenes serológicos se pueden usar en casos atípicos.

Diagnóstico diferencial.

- Gingivoestomatitis herpética primaria.
- Úlceras aftosas.
- Varicela.
- Enfermedad mano-pie-boca.
- Eritema multiforme

Tratamiento: sintomático. Analgésicos paracetamol o ibuprofeno.

6.3 Faringitis linfonodular aguda

Es una enfermedad febril viral aguda. Causada por el virus coxsackie tipo A. Frecuente en niños. La enfermedad se presenta con fiebre, cefalea media, anorexia y odinofagia, después de 2 a 3 días hay presencia de pápulas blanquecinas- amarillentas, numerosas circunscritas por un halo eritematoso. Las lesiones varían en tamaño entre 3 a 6 mm y remite de 8 a 10 días(fig. 17).³

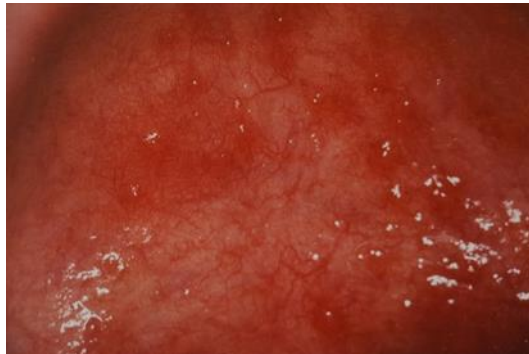


Fig. 17 Faringitis linfonodular aguda .Numerosas pápulas en paladar blando.

El diagnóstico se basa en características clínicas.

Exámenes de laboratorio: cultivo del virus, y exámenes serológicos se pueden usar en casos atípicos.

Diagnóstico diferencial.

- Herpangia.
- Herpes simple.

Tratamiento: sintomático.

6.4 Hiperplasia epitelial focal (Enfermedad de Heck)

Es una lesión hiperplásica de la mucosa oral causada por virus. Su etiología es por el virus del papiloma humano (VPH- 13, VPH-32). La enfermedad es endémica de los esquimales, norteamericanos.¹⁹ Aunque se han reportado casos en México. Se asocia a clase social baja con incidencia común en niños. Clínicamente se observa nódulos y pápulas blandas de 1-10 mm, asintomáticas, sésiles, ligeramente elevadas y numerosas. Las lesiones son levemente blanquecinas o con el color normal de la mucosa oral, con superficie suave (fig.18).³



Fig. 18 Hiperplasia epitelial focal. Lesiones múltiples de la mucosa bucal

El diagnóstico se basa en características clínicas y examen histopatológico.

Diagnóstico diferencial.

- Condiloma acuminado.
- Verruga vulgar.
- Papilomas múltiples.

Tratamiento: remisión espontánea. Las lesiones suelen desaparecer a la intervención del examen histopatológico.

7 INFECCIONES MICÓTICAS

7.1 Candidiasis

Es la enfermedad por hongos más común de la mucosa oral. Originada por *Candida albicans*, pocas veces es producida por otro tipo de *Candida*. Las causas que favorecen a la presencia de candidiasis oral comprenden factores locales como mala higiene bucal, anemia por deficiencia de hierro, desnutrición, depresión del sistema inmune.¹⁸ La incidencia en niños es frecuente, con mayor frecuencia en recién nacidos. Las lesiones que presentan esta enfermedad se localizan frecuentemente en la mucosa bucal, lengua y paladar blando. Las variantes clínicas de la candidiasis se ven más frecuentes en niños son: candidiasis eritematosa, candidiasis mucocutánea, quelitis angular, candidiasis pseudomembranosas.³

7.2 Candidiasis pseudomembranosa o algodoncillo

Es la variante más frecuente en niños, usualmente aguda. Clínicamente se observan placas amarillo-blanquecinas, levemente elevadas que pueden ser removidas fácilmente. Quedando una mucosa normal o eritematosa. Puede haber presencia de xerostomía, sabor desagradable, sensación de quemadura en la lengua.^{3, 18}(Fig. 19).^{3,}



Fig. 19 Candidiasis pseudomembranosa de la lengua

7.3 Candidiasis eritematosa

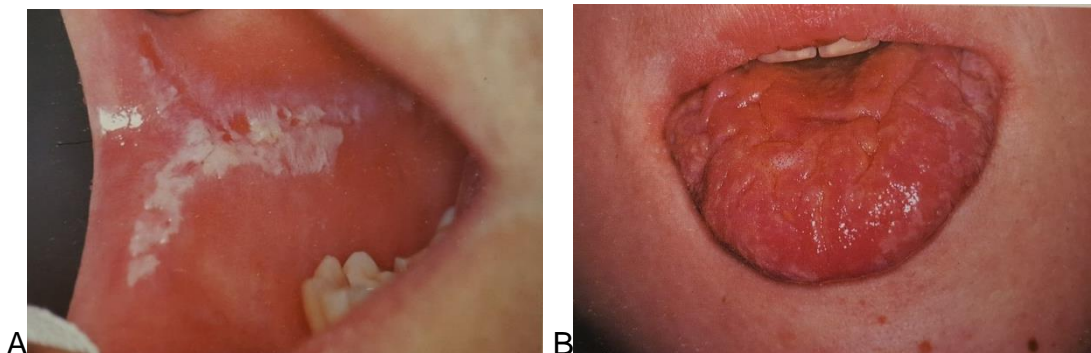
Es la variante más común, en niños con VIH o pacientes tratados con antibióticos de amplio espectro. Clínicamente observamos parches con inflamación, con mayor frecuencia en el dorso de la lengua y paladar. La sensación de quemadura es común(Fig. 20).^{3,18}



Fig. 20 Candidiasis eritematosa de la lengua.

7.4 Candidiasis mucocutánea

Esta entidad aparece durante la infancia, es poco frecuente, se caracteriza por lesiones en la piel, uñas y mucosas. Está asociada alteraciones inmunológicas. A la exploración oral se observan lesiones en forma de placas blanquecinas gruesas y ásperas frecuentemente sobre un asiento eritematoso. Las lesiones son numerosas y generalizadas con predisposición en mucosa oral, comisuras, lengua y paladar, pueden prolongarse hasta orofaringe y esófago. Las lesiones orales características se manifiestan entre los 4 y 6 años de edad (Fig. 21).^{3, 18}



Figs. 21. Candidiasis mucocutánea en mucosa oral. B. Cadndidiasismucocutanea crónica de la lengua.

El diagnóstico se basa en características clínicas y se sustenta con exámenes de laboratorio.

Diagnóstico diferencial.

- Leucoplasia.
- Nevo blanco esponjoso.
- Quemaduras térmicas y químicas.
- Lesiones traumáticas.

Tratamiento: aplicación tópica de nistatina, clortramizol. Administración sistémica de ketonazol, fluconazol, itraconazol.

8 ENFERMEDADES SISTÉMICAS

8.1 Síndrome de hiperqueratosis

También conocido como síndrome de hiperqueratosis focalpalmoplantar y de la mucosa bucal, es una alteración genética poco común, se caracteriza por hiperqueratosis de la piel y de la mucosa oral. Las lesiones se presentan en la infancia temprana y se acentúan con la edad del paciente. Las lesiones que se localizan en la mucosa oral, tienen predilección por encía, paladar duro, zona retromolar, mucosa alveolar y bordes laterales de la lengua. Clínicamente se presenta como placa blanca asintomática y no removible. (fig.22).³



Fig.22 Síndrome de hiperqueratosis. Placa blanca de la almohadilla mucosa de la zona retromolar

El diagnóstico se basa en características clínicas.

Diagnóstico diferencial.

- Nevo blanco esponjoso.
- Disqueratoris congénita.
- Síndrome de Papillon – Lefèvre.

No requiere tratamiento.

8.2 Nevo blanco esponjoso (enfermedad de Cannon)

Trastorno genético poco común. Las manifestaciones en boca se acentúan en mucosa oral, lengua y piso de boca. Las lesiones se observan blancas, engrosadas con múltiples surcos, placas extensas con textura esponjosa. Generalmente las lesiones son benignas, sin dolor y simétricas. Las lesiones pueden surgir en el nacimiento o con mayor frecuencia en la niñez.²⁰ (fig. 23).³



Fig. 23A. Nevo blanco esponjoso. Placas blancas sobre la mucosa oral. B. Lesiones blancas y engrosadas sobre la lengua

El diagnóstico se basa en características clínicas.

Diagnóstico diferencial.

- Leucoplasia.
- Leucoedema.

Tratamiento: no hay tratamiento.

8.3 Síndrome de Ehlers – Danlos

Es una entidad poco común que incluye una serie de defectos hereditarios heterogéneos de la biosíntesis de colágeno. Las características clínicas en la piel se presentan como la hiperextensibilidad y fragilidad de la piel así como una mucosa oral delicada.²³ Hay presencia de heridas sangrantes por traumas menores. Así como manifestación de enfermedad periodontal y cicatrización lenta. El 50% de los pacientes con la enfermedad tienen la capacidad de tocarse la nariz con la punta de la lengua en contraste con el 10% de la gente común (fig. 24).³

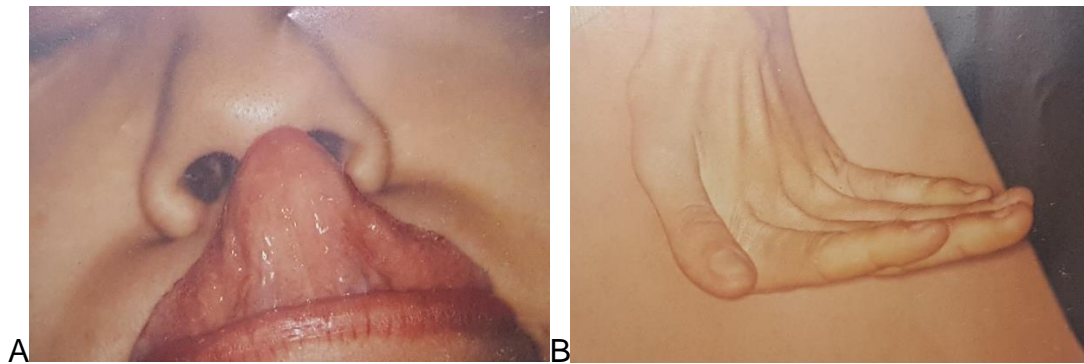


Fig. 24 A. Síndrome de Ehlers – Danlos. Habilidad de tocarse la nariz con la punta de la lengua. B Hipermovilidad de las articulaciones.

Diagnóstico: clínico

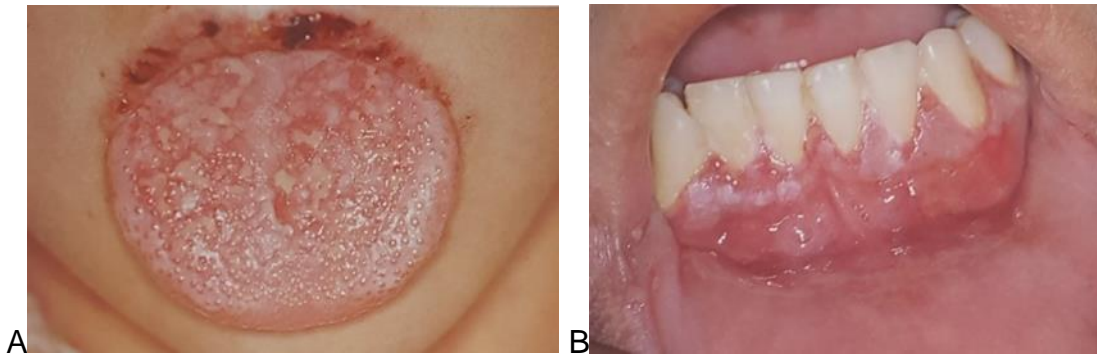
Diagnóstico diferencial.

- Piel laxa.
- Síndrome de Marfan

Tratamiento: sintomático

8.4 Eritema multiforme

Es una enfermedad aguda, autolimitada, con inflamación recurrente. Su etiología es multifactorial, está asociada a fármacos y al virus del herpes. Aunque en un 50% de los casos no se ha encontrado el agente etiológico. Se presenta más a menudo en adolescentes. La enfermedad comienza de manera brusca, las lesiones en mucosa oral se presentan como pequeñas vesículas que se rompen rápidamente, dejando erosiones extensas cubiertas por una membrana (fig. 25).³



Figs. 25A. Eritema multiforme. Erosiones en lengua y labio superior. B. Erosiones de la encía.

El diagnóstico se basa en características clínicas y examen histopatológico.

Diagnóstico diferencial.

- Síndrome de Steven-Johnson.
- Gingivoestomatitis herpética primaria.
- Úlceras aftosas recurrentes.

Tratamiento. Esteroides sistémicos. Aciclovir para prevenir herpes recurrente asociada a eritema multiforme.

8.5 Síndrome de Stevens – Johnson o eritema multiforme mayor

Es la variedad mucocutánea más severa del eritema multiforme, con afectación prominente de las membranas mucosas. Asociada a la ingesta de fármacos.²³ Las manifestaciones orales son muy comunes en esta enfermedad (95-100%), se observan lesiones con enrojecimiento, inflamatorias de rápido crecimiento formando ampollas que se fragmentan, quedando lesiones amplias, dolorosas, cubiertas por una pseudomembrana de color blanco-amarillenta o costras hemorrágicas, con mayor frecuencia en labios (fig. 26).³



Fig. 26 Síndrome de Stevens – Johnson. Erosiones envueltas por costras hemorrágicas de los labios.

El diagnóstico se basa en características clínicas.

Diagnóstico diferencial.

- Eritema multiforme.
- Síndrome de Behcet.
- Enfermedad de Kawasaki.

Tratamiento: esteroides sistémicos. Las infecciones secundarias se tratan con antibióticos vía oral.

8.6 Enfermedad de Crohn

Es una afección crónica granulomatosa que perjudica el tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano. Afecta a niños entre los 10 y 15 años de edad. La mucosa oral es afectada 10-20% de los casos. Las lesiones en tejidos blandos se presentan como queilitis angulares, agrandamiento nodular o difuso que produce apariencia de mosaico en la mucosa, agrandamiento del tejido blando y úlceras granulomatosas. Las úlceras son parecidas a las aftas. Las lesiones bucales remiten cuando los síntomas intestinales desaparecen (fig.27).³



Fig. 27Úlceras múltiples sobre la mucosa labial inferior.

Diagnóstico diferencial.

- Síndrome de Behcet.
- Colitis ulcerativa.

Tratamiento: dieta apropiada.

9 TUMORES BENIGNOS

9.1 Épulis congénito del recién nacido

Es una alteración de etiología desconocida, se ha relacionado con células indiferenciadas. Se localiza exclusivamente en el reborde alveolar de recién nacidos. Se presenta como un tumor asintomático, comúnmente pedunculado de color de la mucosa sana o ligeramente eritematosa, de superficie lisa.²⁴ Comúnmente se presenta como lesión única pero hay reportes de lesiones múltiples. El tamaño de las lesiones va de los 0.5cm a los 2cm de diámetro (fig28).³

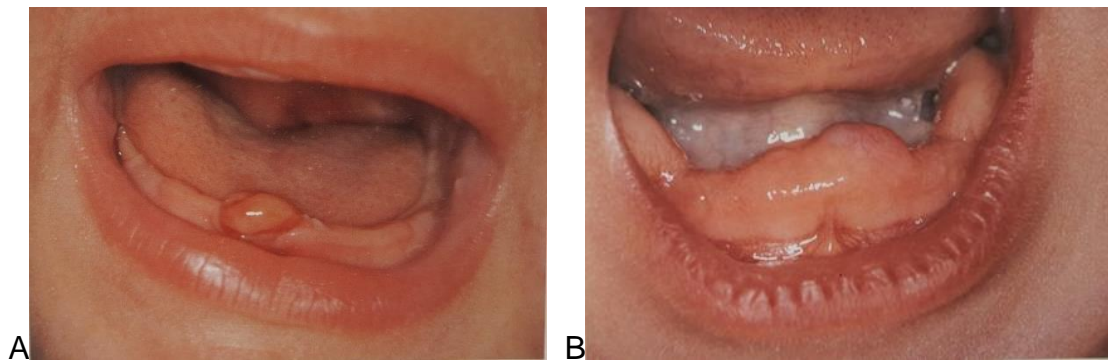


Fig. 28 A. Épulis congénito del recién nacido. Lesión única sobre el reborde alveolar inferior.
B. Lesiones múltiples sobre el reborde alveolar inferior.

El diagnóstico clínico debe ser confirmado histopatológicamente.

Diagnóstico diferencial.

- Hamartomas.
- Granuloma piógeno.
- Quistes gingivales.

Tratamiento: remoción quirúrgica.

9.2 Linfangioma

Es un trastorno benigno de crecimiento y desarrollo de los vasos linfáticos. Los linfangiomas se presentan cerca de un 50% en el nacimiento y entre 80 y 90% se presentan durante los primeros 2 años de vida. Las lesiones se encuentran mayormente en el dorso de la lengua y con menor frecuencia en mucosa bucal, paladar blando y piso de boca.²⁵ Los linfangiomas se clasifican en tres grupos: linfangioma cavernoso, capilar e higroma quístico, de acuerdo a el tamaño de los vasos linfáticos. Las lesiones más superficiales se observan como nódulos pequeños, blandos que parecen racimos de vesículas pequeñas sin variantes del color de la mucosa sana, amarillo-grisácea, con eritema debido a la hemorragia secundaria en los espacios linfáticos. Las lesiones más profundas se observan como abultamientos difusos, suaves a la palpación con o sin variantes del color. El tamaño de las lesiones puede ser diferente, de pequeñas lesiones que van desde pocos milímetros a lesiones bastante grandes que pueden causar deformidades. Las lesiones comúnmente son asintomáticas. Sin embargo cuando ellas comienza a incrementar su tamaño pueden causar molestia durante la conversación, masticación y al tragar, pudiendo ocasionar macroglosia. Las lesiones tienden a presentar infección (fig.29).^{3, 25}



Fig.29 A. Linfangioma sobre la cara dorsal de la lengua. B. Lesiones dispersas en la cara dorsal de la lengua. C. Linfangioma del reborde alveolar inferior.

El diagnóstico se basa en características clínicas y biopsia.

Diagnóstico diferencial.

- Hemangioma
- Glositis romboideamedia.
- Mucocele.

Tratamiento. Remoción quirúrgica.

9.3 Hemangioma

Esta anomalía es una proliferación benigna de vasos sanguíneos. Es una lesión primaria de la infancia y generalmente se presenta en el nacimiento. Se localiza frecuentemente en mucosa oral, encía, labios y lengua.²⁶ El hemangioma capilar es la forma más frecuente y se observa como una lesión plana, roja, brillante que paulatinamente comienza a hacerse elevada. Posterior a dos o tres años puede remitir espontáneamente la lesión. El tamaño de la lesión puede ser de unos escasos milímetros o muy amplias causando deformidades en los órganos donde se presenta (fig30).³

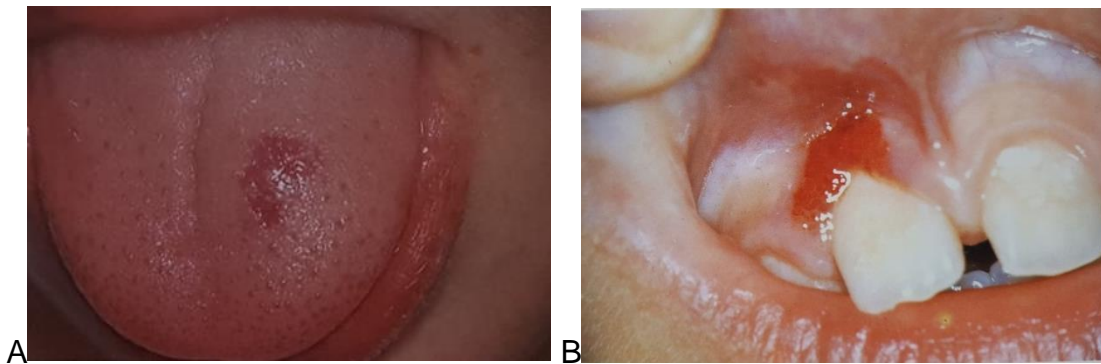


Fig. 30 A. Hemangioma capilar sobre la cara dorsal de la lengua. B. Hemangioma capilar en la encía.

El diagnóstico se basa en características clínicas.

Diagnóstico diferencial.

- Granuloma piógeno.
- Granuloma periférico de células gigantes.
- Mucocele.

Tratamiento. Prevenir complicaciones, desfiguraciones permanentes, reducir estrés psicosocial, el tratamiento indicado se evaluara de acuerdo al tipo de lesión, zona en la que se encuentre, generalmente involuciona solo o se valora la remoción quirúrgica.²⁶

9.4 Granuloma periférico de células gigantes

Esta alteración es un crecimiento anormal de la cavidad oral semejante a un tumor. Es una reacción tisular debido a un trauma o irritación.²⁷ Se presente frecuentemente en niños con dentición mixta. La lesión se observa como un nódulo bien definido, sésil o pedunculado de color rojo oscuro. También se presentan con frecuencia lesiones ulcerosas hemorrágicas. A la palpación es elástica y el tamaño varía entre 0.5 a 2.0cm de diámetro (fig. 31).³



Fig. 31 Granuloma periférico de células gigantes en la encía.

El diagnóstico clínico debe ser confirmado histopatológicamente.

Diagnóstico diferencial.

- Granuloma piógeno.
- Fibroma osificante periférico.
- Hemangioma.

Tratamiento. Remoción quirúrgica.

10 LEUCEMIAS

Son un conjunto heterogéneo de enfermedades neoplásicas de las células sanguíneas, caracterizada por deficiencia en la maduración y proliferación de leucocitos. Las leucemias se clasifican de acuerdo a las células afectadas inicialmente, linfocíticas, no linfocíticas, aguda y crónica. Las manifestaciones bucales son más comunes son petequias, hemorragia principalmente de la encía, hiperplasia gingival moderada y también se pueden observar úlceras en la mucosa oral. Durante la quimioterapia las úlceras en la cavidad oral y otras lesiones son frecuentes (fig. 32).³

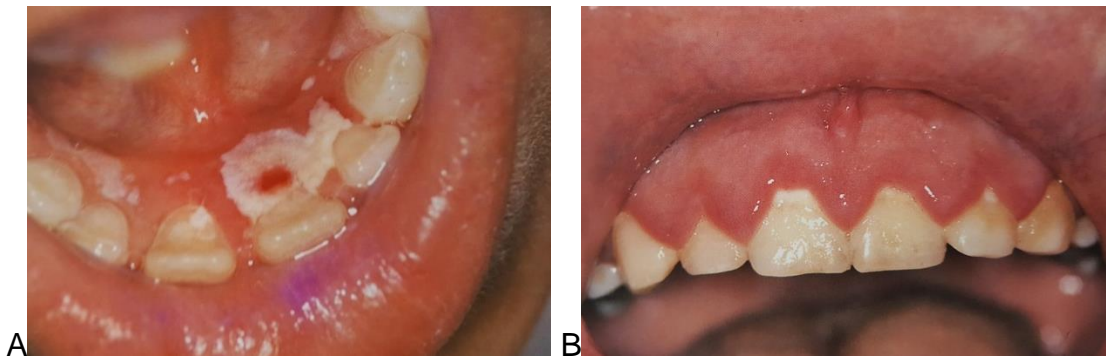


Fig. 32 A. Leucemia linfocítica aguda, candidiasis de la encía a causa de la quimioterapia. B. Leucemia no linfocítica aguda de gingivitis e hiperplasia gingival.

El diagnóstico clínico siempre debe ser confirmado por examen de laboratorio.

Diagnóstico diferencial.

- Mononucleosis infecciosa.
- Neutropenia.

Tratamiento. Manejo de infecciones.

CONCLUSIONES

A través del presente trabajo se realizó una revisión bibliográfica de artículos que abordan sobre la patología oral y sus manifestaciones en la mucosa oral de la población infantil, con la finalidad de brindar un instrumento que sea útil para el estomatólogo.

Las distintas manifestaciones que se presentan en la mucosa oral de los niños deben ser diagnosticadas y tratadas de manera factible por parte del estomatólogo, de acuerdo al cuadro clínico que presente el paciente se deberá realizar el tratamiento correcto. Para ello es importante identificar las variantes anatómicas no patológicas.

Las lesiones mecánicas, por trauma o quemaduras son a menudo muy dolorosas, por eso es preciso eliminar el dolor o atenuarlo rápidamente con analgésicos y agentes paliativos. Así mismo se hace la recomendación a los padres del paciente realizar enjuagues caseros de agua con bicarbonato para ayudar a la cicatrización. La terapia fría ayuda a disminuir el dolor rápidamente de las distintas lesiones. También se debe eliminar los irritantes, alimentos calientes que puedan provocar malestar.

Para el tratamiento de las lesiones de origen periodontal se debe dar técnica de cepillado, enjuagues antimicrobianos, control de placa. Eliminación de fármacos, remoción quirúrgica de la hiperplasia gingival son otras opciones de tratamiento para otras afecciones periodontales.

Las lesiones que se presentan en las enfermedades de la primera infancia se recomienda eliminar ingesta de irritantes, alimentos calientes, cítricos. Recomendar dieta líquida, aislamiento, reposo, baños para controlar la temperatura, asear la boca. Las manifestaciones orales de origen bacteriano se indica hidratación, reposo, dieta líquida y fresca.

De otra manera las lesiones causadas por candidiasis se deben tratar con enjuague antimicótico con nistatina o nistatina tópica, buena higiene oral, en cambio los pacientes con enfermedades sistémicas se recomiendan remitir a pediatra para mejorar su salud general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guedes-Pinto. Fundamentos de Odontología Odontopediatría. 2011ST ED. Sau Paulo, Brasil.Livraria Santos Editora. 2011. 468P.
2. Costacurta M, Maturo P, Docimo R. Riga-Fede disease and neonatal teeth.Oral Implantol (Rome). 2012 Jan;5(1):26-30. Epub 2012 Jul 17. (Citado Agosto 2018) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23285403>
3. Laskais G. Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes: para pediatras, odontopediatras, dermatólogos, internistas. 2001ST ED. Caracas, Venezuela: actualidades medico odontologicas; 2001. 338 P.
4. Castro Rodríguez Y. Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. A propósito de un caso clínico. Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehabil Oral [Internet]. 2016;11(1):36–8.(Citado Agosto 2018) Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0718539116000033>
5. Bayram Y, White JJ, Elcioglu N, Cho MT, Zadeh N, Gedikbasi A, et al. REST Final-Exon-Truncating Mutations Cause Hereditary Gingival Fibromatosis. Am J Hum Genet [Internet]. 2017;101(1):149–56. (Citado Agosto 2018) Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajhg.2017.06.006>
6. Mehta J, Bakutra G, Chandran S, Vishnoi S. Different Treatment Modalities For Drug Induced Gingival Overgrowth: A Case Series. 2018;9(2):106–9. (Citado Agosto 2018) Disponible en: <http://nicpd.ac.in/ojs-/index.php/njirm/article/view/2327>
7. Briones VG. Patología oral. Asoc Española Pediatría. 2010;1(1):193–9.
8. Cheung MS, Theodoropoulou K, Lugin J, Martinon F, Busso N, Hofer M. Periodic Fever with Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, and Cervical Adenitis Syndrome Is Associated with a CARD8 Variant Unable To Bind the NLRP3 Inflammasome. J Immunol [Internet]. 2017;198(5):2063–9.(Citado Agosto 2018)Available from: <http://www.jimmunol.org/lookup/doi/10.4049/jimmunol.1600760>
9. Henry K. Silver. Manual de pediatría: México pm: Manual moderno; 1988
10. Centro de prensa. Organización Mundial de la salud. Sarampión. (Internet)Agosto 2018 (Citado Agosto 2018) Disponible en

<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/measles>.

11. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la varicela en pacientes pediátricos en el primer nivel de atención. (Internet) 2015 (Citado Septiembre 2018). Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/129_GPC_Varicela/lssste_128_08_varicela.Pdf.

12. Bascones Martínez A, Valero Marugán A, Carrillo de Albornoz Sainz A, Encinas Bascones A. Afectación oral de las enfermedades comunes en la infancia con carácter exantemático. Av Odontostomatol [Internet]. 2006;22(1):163–70. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v22n3/02.pdf>

13. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de la Mononucleosis infecciosa catalogo maestro de guías prácticas del IMSS. Publicado por CENETEC, editor general, centro nacional de excelencia tecnológica en salud (Internet) 2012 (Citado septiembre 2018) disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/485_G

14. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de la Escarlatina catalogo maestro de guías prácticas del IMSS. Publicado por CENETEC, editor general, centro nacional de excelencia tecnológica en salud (Internet) 2012 (Citado en septiembre 2018) disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/4>

15. Osama G. Abdel-NabyAwad, Abdel-Monem H. Hamad. Honey can help in herpes simplex gingivostomatitis in children: Prospective randomized double blind placebo controlled clinical trial. American Journal of Otolaryngology. Elsevier. (Citado en Septiembre 2018). Available online 12 September 2018.

16. Pérez Borrego Amparo, Guntiñas Zamora María Victoria, González Labrada Carelia. Valoración del estado inmunológico en niños con gingivoestomatitis herpética aguda. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2002 Abr [citado 2018 Oct 18]; 39(1): 24-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000100004&lng=es.

17. Falg J. Patología bucal. Pedriatría Integr [Internet]. 2015;XIX(1):13–20. (Citado septiembre 2018). Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix01/02/n1->

013-020_Josep Falgas.pdf

18. Patil S. Clinical Appearance of Oral Candida Infection and Therapeutic Strategies. 2015;6(December):1–10. (Citado septiembre 2018). Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmicb.2015.01391/full>

19. Case Report of Focal Epithelial Hyperplasia (Heck's Disease) with Polymerase Chain Reaction Detection of Human Papillomavirus 13, *Pediatric Dermatology*, 33, 6, (722-722), (2016) (Citado septiembre 2018). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/pde.12862>

20. Kürklü E, Öztürk Ş, Cassidy AJ, Ak G, Koray M, Çefle K. Clinical features and molecular genetic analysis in a Turkish family with oral white sponge nevus. 2018;23. (Citado Agosto 2018). Disponible en:

21. Buch SA, Babu SG, Castelino RL, Rao S, Pillai DS. Case Report a Rare Case of Oral Erythema Multiforme : A Case Report with a Literature Review. 2017;24(2):55–8. (Citado Septiembre 2018) Disponible en: <http://jdentistry.ui.ac.id/index.php/JDI/article/view/1065>

22. Kohanim, Sahar; Palioura, Sotiria; Saeed, Hajirah N; Akpek, Esen K; Amescua, Guillermo; Basu, Sayan; Blomquist, Preston H; Bouchard, Charles S; Dart, John K; Gai, Xiaowu; Stevens-Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis--A Comprehensive Review and Guide to Therapy. I. Systemic Disease. January 2016, Pages 2-19 (Citado Octubre 2018). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S154201241500169X>

23. Peres M, Preto R, Manifestations S, Hypermobility ES, View T, Peres M. Systemic Manifestations of Ehlers-Danlos Syndrome Hypermobility Type Volume 4 Issue Systemic Manifestations of Ehlers-Danlos Syndrome Hypermobility Type. 2017;4(2):9–13.

24. Pekçetin ZS, Koçak GE, Kumral S, Yaltirik M. Congenital Epulis of the Newborn : A Case Report. 2018;120–6. (Citado Septiembre 2018). Disponible en: <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?paperID=83954>

25. Íñiguez AT, Tamayo EP, Tamayo YT, Olivera M. Linfangioma

quistico en el reborde alveolar en recién nacido . Presentación de un caso clínico Cystic Lymphangioma of the alveolar ridge in a neonate . A case report. 2017;(4):1211–8. (Citado Octubre 2018). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=79789>

26. María De Los D, Angulo-Espinoza Á, De La Teja-Ángeles E, Duran-Gutiérrez A. El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido. Acta Pediatría Mex [Internet]. 2013;3434(4):196–204. [Citado Octubre 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2013/apm134e.pdf>

27. Chitrita G Mukherjee corresponding author1, Chitrita G Mukherjee, corresponding author1 Uday Mukherjee, 2 Anju Bansal 3 and Madhushree Mukhopadhyay4. Giant Cell Granuloma : Two Expressions in Pediatric Population. Case Rep [Internet]. 2017;46–9. [Citado Octubre 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5968162/>