



Universidad Nacional Autónoma
de México



Facultad de Estudios Superiores
Zaragoza

**LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL
EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA, 2020**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

Cirujano Dentista

Presenta:

Fernanda Cervantes Izquierdo

Director: Mtra. Josefina Morales Vázquez

Asesor: C.D. J. Jesús Regalado Ayala

Asesor: Mtro. Ricardo Gamaliel González Andrade

Ciudad de México 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de ser parte de esta gran institución, por permitirme lograr este gran objetivo de llegar a ser una profesionalista.

Quiero agradecer a mis tutores la Mtra. Josefina Morales Vázquez, el Dr. Jesús Regalado Ayala y el Mtro. Ricardo Gamaliel González Andrade por permitirme trabajar en conjunto con ellos y por toda la dedicación, confianza, profesionalismo y apoyo brindado a lo largo de este proceso.

Asimismo, agradezco a todos los doctores de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza que formaron parte de mi formación profesional, les agradezco por haber sido una guía a lo largo de la carrera, por su tiempo, amistad y por los conocimientos transmitidos.

En especial, gracias a mi familia, a mis padres Miguel y Arely y hermanos Isaac y Diego que me brindaron su apoyo incondicional para culminar esta gran meta.

Finalmente a todas aquellas personas, colegas y amigos que fueron parte de esta gran etapa, por la confianza que en mí depositaron y alentaron a seguir adelante.

DEDICATORIA

Para la persona que más admiro y amo... para mi padre Miguel Ángel Cervantes por ser la persona que más me creíó en mi, de quien he recibido siempre todo su apoyo incondicional, amor y admiración. Quien me ha dado lo mejor de su vida, de su persona y lo mejor de él.

Gracias papá por elegirme como hija y nunca soltar mi mano.

TE AMO

ÍNDICE

	Pág.
I. Resumen	5
II. Introducción	7
III. Marco teórico	9
▪ Embriología	9
▪ Anatomía de cavidad bucal	14
▪ Tipos de mucosa bucal	20
▪ Funciones de la cavidad bucal	20
▪ Almohadillas gingivales del recién nacido	21
▪ Características del periodonto infantil	22
▪ Cronología de la erupción dentaria	23
▪ Características del paciente pediátrico	27
▪ Etapas del desarrollo humano	28
▪ Definiciones	30
▪ Tipos de lesiones	31
▪ Lesiones de cavidad bucal	32
○ Rojas	
○ Blancas	
▪ Panorama epidemiológico	77
IV. Planteamiento del problema	81
V. Objetivo	82
• General	
VI. Material y método	83
• Tipo de estudio	83
• Técnica	83
• Recursos	84
○ Humanos	
○ Materiales	
○ Físicos	
○ Financieros	
VII. Conclusión	85
VIII. Propuestas	86
IX. Referencias bibliográficas	87

I. RESUMEN

Introducción. La lesión se define como una alteración de las estructuras anatómicas e histológicas de un tejido o de un órgano con el consiguiente trastorno funcional; de manera general se divide en: lesiones rojas: son resultado de procesos inflamatorios, infecciosos, que pueden presentar eritema o atrofia en respuesta a alérgenos o deficiencias nutricionales y lesiones cancerizables o malignas; dentro de estas lesiones podemos encontrar: glositis migratoria benigna, candidiasis eritematosa, queilitis angular, entre otras y lesiones blancas: se pueden presentar por factores irritantes, procesos infecciosos e inflamatorios, como manifestaciones de enfermedades sistémicas o bien alteraciones del desarrollo; dentro de estas lesiones podemos encontrar: candidiasis pseudomembranosa, queratosis friccional, varicela zoster, entre otras. Por lo que el **Objetivo de este estudio fue** describir las lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos, 2020. **Material y método:** se realizó un estudio de tipo descriptivo, revisión bibliográfica, realizando la búsqueda de la información científica de manera ordenada y sistematizada en Google Académico, Scielo, Odontología Actual, entre otras. Partiendo de lo general a lo específico delimitando el tema de investigación.

Conclusión: al existir una gran variedad de patologías bucales en los tejidos blandos de los pacientes pediátricos, es importante estudiar su etiología para realizar un diagnóstico oportuno y por ende una buena práctica clínica. La diversidad de lesiones bucales que manifiesta la población pediátrica se da desde sus características clínicas y sintomatología. Teniendo en cuenta la etiología y la sintomatología de la patología puede ser necesaria la intervención de otros especialistas para su correcto tratamiento.

Palabras clave: patología, bucal, pediatría, lesión.

ABSTRACT

Introduction. The lesion is defined as an alteration of the anatomical and histological structures of a tissue or an organ with the consequent functional disorder; It is generally divided into: red lesions: they are the result of inflammatory and infectious processes, which may present erythema or atrophy in response to allergens or nutritional deficiencies and cancerous or malignant lesions; Within these lesions we can find: benign migratory glossitis, erythematous candidiasis, angular cheilitis, among others, and white lesions: they can be presented by irritating factors, infectious and inflammatory processes, as manifestations of systemic diseases or developmental alterations; within these lesions we can find: pseudomembranous candidiasis, frictional keratosis, varicella zoster, among others. Therefore, the **objective** of this study was to describe oral mucosa lesions in pediatric patients, 2020. **Methods:** a descriptive study, bibliographic review, was carried out, searching for scientific information in an orderly and systematized manner in Google Scholar, Scielo, Current Odontology, among others. Starting from the general to the specific, delimiting the research topic.

Conclusions: Since there is a great variety of oral pathologies in the soft tissues of pediatric patients, it is important to study their etiology to make a timely diagnosis and therefore good clinical practice. The diversity of oral lesions that the pediatric population manifests is given from their clinical characteristics and symptoms. Taking into account the etiology and symptoms of the pathology, the intervention of other specialists may be necessary for its correct treatment.

Key words: Pathology, oral, pediatrics, injury.

II. INTRODUCCIÓN

La patología bucal pediátrica estudia las causas, procesos fisiopatológicos, signos y síntomas de las enfermedades que se desarrollan y manifiestan en la cavidad bucal, desde el nacimiento del paciente hasta su adolescencia.

Esta rama de la odontología comprende múltiples patologías, con diversas etiologías y expresiones clínicas distintas entre individuos; la correcta exploración de la mucosa bucal de los pacientes pediátricos hace necesario el conocimiento e identificación de las características clínicas normales, así como de los tejidos duros como blandos que componen la cavidad bucal.

Las lesiones estomatológicas son patologías que se presentan en la mucosa bucal y sus estructuras involucradas; las cuales afectan la fisiología normal de la boca, dificultando la capacidad de masticar, sonreír y hablar, al mismo tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. Estas lesiones muestran un patrón recurrente o pueden llegar a ser asintomáticas; por lo que es necesario diferenciar las lesiones de aquellas manifestaciones que corresponden, incluso, a variaciones de la normalidad, pues no revisten en sí mismas una entidad patológica.

El diagnóstico de las lesiones en la cavidad bucal puede estar relacionado con algún tipo de enfermedad o trauma físico o químico, pues aunque algunas anomalías se llegan a manifestar solas, las lesiones suelen ser un signo de enfermedades más complejas.

Para poder llegar a un diagnóstico se debe identificar qué tipo de lesión es, considerando ciertos parámetros como la apariencia principal, el contorno o la forma, el tamaño, color, consistencia, la ubicación, si existe dolor o no y si hay movilidad; recordando que los signos y síntomas de las manifestaciones en la mucosa bucal del paciente pediátrico son diferentes a las que se presentan en adultos.

Debido a las diversas anormalidades patológicas en la cavidad bucal es necesario aprender a reconocer, diagnosticar y tratar estas anomalías para ayudar en el desarrollo normal o para realizar una interconsulta oportuna con el pediatra. Siendo la prevención y el diagnóstico fundamentales en el paciente pediátrico para brindar tratamiento y dar seguimiento.

III. MARCO TEÓRICO

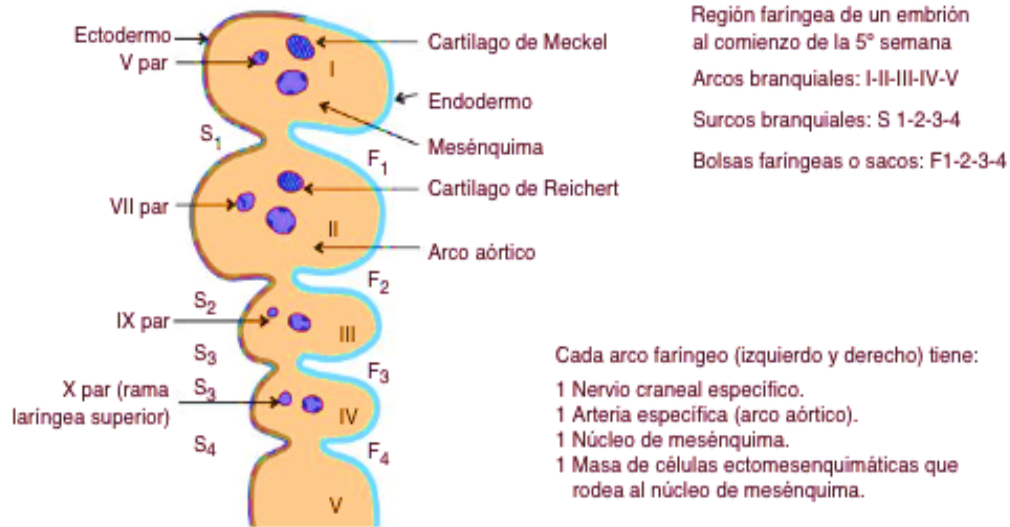
El conocimiento integral del sistema estomatognático, requiere el dominio de las diferentes áreas como son la anatomía, histología, embriología y fisiología de la zona craneofaciodental y cervical del cuerpo humano a fin de considerar la importancia de su formación y morfología funcional como un elemento importante de la armonía no solo de esta área o zona ya que una desarmonía por ejemplo de columna, una desarmonía postural puede impactar en la oclusión dental y posición de la articulación temporomandibular/atm, por lo tanto al conocer la normalidad de tejidos y de las diferentes estructuras y órganos que lo conforman estaremos en la posibilidad de poder identificar las zonas, tejidos o áreas anormales de sus características morfológicas y funcionales de dichas estructuras y de esta forma poder establecer el diagnóstico indicado e implementar acciones terapéuticas orientadas a su tratamiento, manejo y rehabilitación de manera integral.

Embriología

El sistema estomatognático se desarrolla a partir de la **cuarta semana** del desarrollo embrionario y en su morfogénesis participa el ectodermo del estomodeo. Caudal a esta fosa se forma el primer arco faríngeo, denominado **arco mandibular**. Este arco da origen a dos salientes: **a)** el proceso mandibular, más voluminoso, que contiene el cartílago de Meckel y **b)** el proceso maxilar, más pequeño. Ambos procesos contribuyen a la formación de la mandíbula y la maxila.

En la **quinta semana** del desarrollo embrionario entre cada arco branquial, el endodermo de la faringe primitiva sufre una evaginación y da origen a surcos, los cuales más tarde toman la forma de bolsas llamadas **bolsas faríngeas**, de las cuales la segunda bolsa faríngea da origen a la amígdala palatina (ver figura No. 1).⁽¹⁾

FIGURA No. 1. COMPOSICIÓN DE LOS ARCOS BRANQUIALES



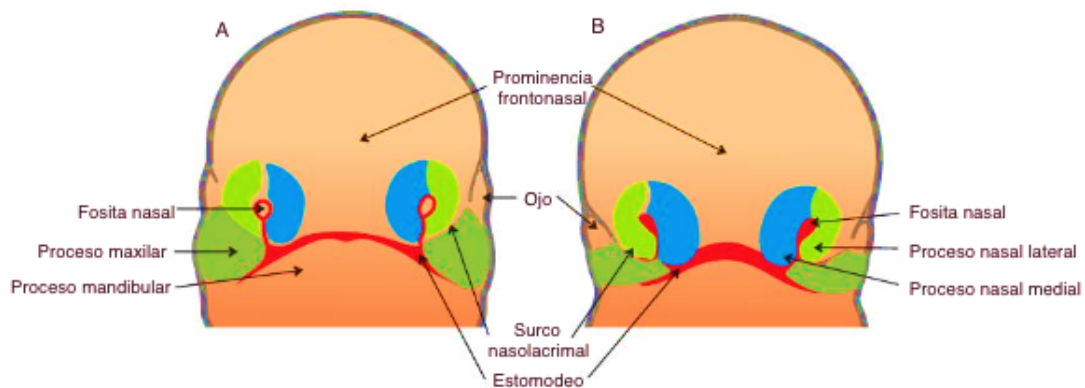
Fuente: Gómez FME y Campos MA. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. 4ª edición. España: Editorial Médica Panamericana. 2019.

Cuando los arcos branquiales son más visibles morfológicamente, aparecen en el proceso frontonasal dos engrosamientos en forma de placa que se denominan placodas olfatorias o nasales las cuales en el curso de la quinta semana se invaginan en la parte media para formar las fosas nasales. Al crecer, los bordes de estas fosas sobresalen y se conocen como procesos nasales. Se da el nombre de proceso nasal lateral a la porción externa del borde de la fosa y de proceso nasal medio a la porción interna de este.⁽²⁾

Estos últimos se unen entre sí, y hacia arriba para constituir el **proceso frontonasal** que dará origen a la frente y al dorso y punta de la nariz. Los procesos laterales, al fusionarse con los procesos maxilares formaran el ala de la nariz.

Entre la **sexta y séptima semana**, los procesos nasales medios y laterales se contactan entre si por debajo de la fosa olfatoria en desarrollo. La fusión de los tres procesos (lateral, medio y maxilar) forma un reborde considerable de tejido en la base de la fosa olfatoria que luego se desarrolla hacia abajo y hacia adelante siendo los contornos de la nariz (ver figura No. 2).^(3,4)

FIGURA No. 2. PROCESOS NAALES SEPARADOS GRADUALMENTE DEL PROCESO MAXILAR POR MEDIO DE SURCOS PROFUNDOS EN UN EMBRION DE SEIS SEMANAS

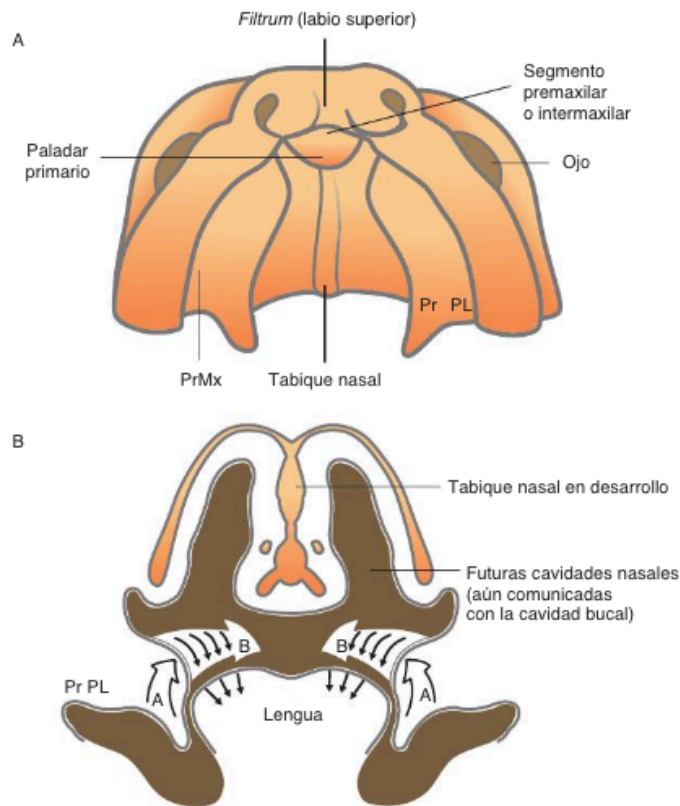


Fuente: Gómez FME y Campos MA. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. 4ª edición. España: Editorial Médica Panamericana. 2019.

El paladar primario se desarrolla entre la **quinta y sexta semana**, mientras que el secundario se forma entre la **séptima y octava semanas** a expensas de la cara interna de los procesos maxilares. La fusión de ambos paladares tiene lugar entre la **decima y onceava semanas** de desarrollo. En relación con la formación del **paladar primario**, los procesos nasales medios se unen no solo en superficie, sino también en profundidad y surge así una estructura embrionaria especial el **segmento intermaxilar o premaxilar**.

En relación con el desarrollo del paladar secundario, y mientras tienen lugar los mecanismos de formación del macizo facial de la cara interna de los procesos maxilares que forman las paredes laterales de la boca, se originan dos prolongaciones a manera de estantes que se denominan procesos palatinos laterales o cresta. Estos crecen hacia la línea media para más adelante unirse entre si y formar el paladar secundario (ver figura No. 3).^(2,3)

FIGURA No. 3. DESARROLLO DEL PALADAR



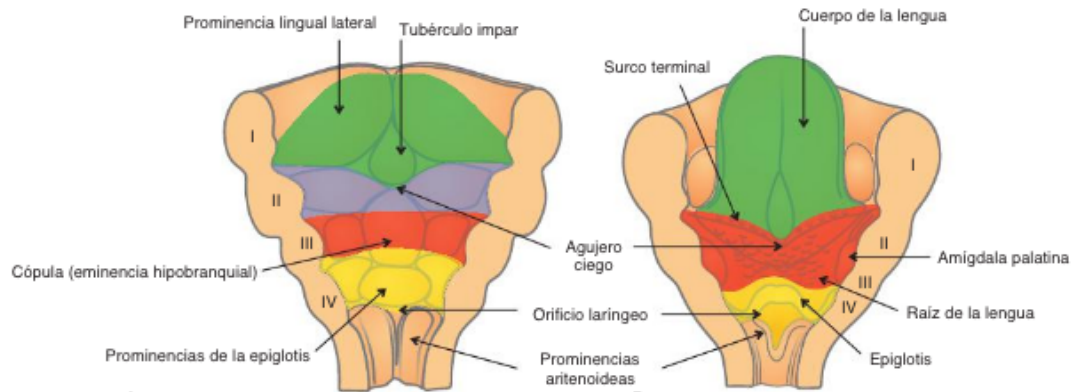
Fuente: Gómez FME y Campos MA. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. 4ª edición. España: Editorial Médica Panamericana. 2019.

Al final de la **octava semana**, al descender la lengua y el piso de la boca, los procesos palatinos laterales o crestas cambian de dirección, dirigiéndose hacia arriba, luego se horizontalizan, lo que facilita el contacto entre si y da origen a una fusión real de ambos procesos. De esta forma se constituye el **paladar secundario**.⁽⁴⁾

La lengua se desarrolla a partir del **1º, 2º, 3º, y 4º arco branquial**. En los primeros estadios, la lengua esta formada por mesénquima cubierto de epitelio. El tejido del primer arco forma el cuerpo anterior (móvil) de la lengua. El segundo y tercer arco forman la base, posterior, inmóvil de la lengua. En la 5ª semana, por la cara interna de los arcos mandibulares se observan dos engrosamientos laterales

llamados protuberancias linguales laterales y entre ellas un pequeño tubérculo impar central. Anatómicamente el cuerpo de la lengua que se forma a partir de las protuberancias linguales laterales y el tubérculo impar, esta separado de la raíz por un surco en forma de V llamado surco terminal (ver figura No. 4).

FIGURA No. 4. PORCIONES VENTRALES DE LOS ARCOS FARINGEOS VISTOS DESDE ARRIBA PARA APRECIAR EL DESARROLLO DE LA LENGUA



Fuente: Gómez FME y Campos MA. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. 4ª edición. España: Editorial Médica Panamericana. 2019.

Las papilas linguales comienzan a esbozarse en la superficie de la mucosa dorsal a las **ocho semanas**, y son **bien evidentes a las doce semanas**. Las papilas fungiformes son las que primero se diferencian, enseguida lo hacen las filiformes y, por último, las posteriores o calciformes.⁽²⁻⁴⁾

Una vez formado el piso de la boca a expensas principalmente de la cara interna del proceso mandibular, la lengua desciende, junto con la mandíbula, y transforma la cavidad bucal de virtual en real a las nueve semanas.⁽³⁾

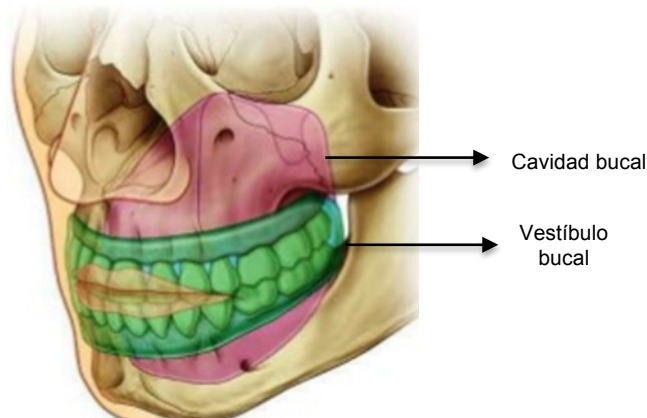
Anatomía de cavidad bucal

La cavidad bucal está situada en la parte inferior de la cara, entre las fosas nasales y la región suprahioides. Tiene forma de óvalo con diámetro mayor anteroposterior. Está compuesta por tejidos blandos (mucosas y lengua) y tejidos duros (dientes y huesos maxilares). Se subdivide clásicamente en dos zonas: una parte anterior y lateral que es el vestíbulo bucal y la otra parte situada hacia dentro que corresponde a la cavidad bucal propiamente dicha; el conjunto de ambas constituye la cavidad bucal en sentido amplio.

- **Vestíbulo bucal** es el espacio situado entre los órganos dentarios y las encías, por un lado, y los labios y las mejillas, por el otro; se comunica al exterior por la hendidura o abertura bucal.⁽⁵⁾
- **Cavidad bucal propiamente dicha** es el espacio entre las arcadas dentales superiores e inferiores.^(1,5)

La boca propiamente dicha y el vestíbulo bucal se comunican entre sí por numerosos intersticios que separan los dientes unos de otros (espacios interdentarios), y también por un espacio más ancho situado entre los últimos molares y la rama ascendente de la mandíbula (espacio retrodentario o triángulo retromolar). Cuando la boca está cerrada, es decir, cuando ambas mandíbulas están aproximadas y no existen alimentos o cuerpos extraños en su interior, la cavidad bucal es una cavidad virtual (ver figura No. 5).⁽⁵⁾

FIGURA No. 5. CAVIDAD Y VESTIBULO BUCAL



Fuente: Hernández RPE. Definición de anatomía dental y las estructuras adyacentes íntimamente relacionadas con los dientes. Facultad de Odontología UAEM [Artículo en línea] 2019.

Los límites de la cavidad bucal están conformados por:

- Pared anterior: región labial (labios)
- Paredes laterales: región geniana (mejillas y carrillos)
- Pared superior: bóveda palatina (paladar duro)
- Pared posterior: región amigdalina o tonsilar paladar blando (istmo de las fauces)
- Pared inferior: piso de boca, región sublingual y lengua

Los **labios** son repliegues musculofibrosos móviles que rodean la boca; externamente están recubiertos por piel e internamente por mucosa; el labio superior presenta un surco medio vertical, denominado filtrum o surco medio subnasal y por abajo se encuentra el surco mentolabial, límite del labio inferior; en la línea media del borde libre del labio superior, se encuentra el tubérculo labial y dos convexidades laterales en el labio inferior. Los labios superior e inferior se unen a nivel de las comisuras labiales y la zona de transición, entre la piel que cubre la superficie externa y la mucosa de la superficie interna labial, es la zona roja o **borde bermellón** que constituye el borde libre de los labios.^(1,6,7)

La mucosa labial, que se observa al revertir los labios, es lisa, rosada, con el ligero relieve que producen las glándulas labiales detectables; esta mucosa se repliega formando el surco gingivolabial superior e inferior; en la línea media de los labios, se observan los frenillos labiales formados por tejido conectivo fibroso, muscular o de ambos, cubiertos de mucosa. Según su localización se dividen en: frenillo labial superior, frenillo labial inferior y frenillos laterales. La implantación normal del frenillo labial superior se produce a 1 cm por encima de la papila gingival interincisiva y a 4.4 mm del borde libre del labio superior (ver figura No. 6 y 7).^(5,8)

FIGURA No. 6 . LABIOS



FIGURA No. 7. MUCOSA LABIAL



Fuente: Hernández RPE. Definición de anatomía dental y las estructuras adyacentes íntimamente relacionadas con los dientes. Facultad de Odontología UAEM [Artículo en línea] 2019.

Las **mejillas** están recubiertas por mucosa yugal siendo de un color rosado en las zonas superior e inferior y más blanquecina en la zona intermedia; a este nivel puede hallarse la línea alba; a la altura del cuello del primero o segundo molar superior se encuentra el orificio de desembocadura del conducto parotídeo llamado conducto de Stenon; el orificio puede encontrarse en el centro de una papila o el fondo de una depresión, así también puede estar recubierto por un pequeño repliegue mucoso (ver figura No. 8).⁽⁶⁾

FIGURA No. 8. MEJILLA



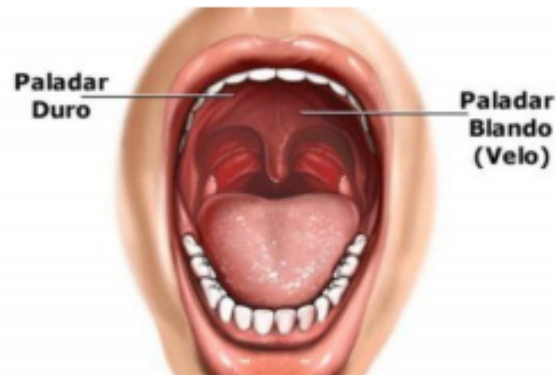
Fuente: Yáñez M, Escobar E, Oviedo C, Stillfied A y Pennacchiotti G. Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Children. Int J Odontostomat. [Artículo en línea] 2016.

El **paladar duro** presenta una forma cóncava que puede variar, en condiciones normales, según el biotipo facial; esta región está recubierta por una fibromucosa gruesa, resistente, posee un rafe medio fibroso y la papila incisiva que es una elevación mucosa que se localiza en el sector anterior, por detrás de los incisivos centrales superiores, y que coincide con el foramen incisivo; además, las rugas palatinas sobresalen en el tercio anterior de la bóveda, con diferentes formas, tamaño y número entre 2 y 6.

El **velo del paladar** se observa con una superficie mucosa de color rosado y aspecto liso, brillante; al pronunciar la letra “a”, se observa la movilidad de esta estructura musculomembranosa, contráctil; el borde inferior presenta la úvula en la línea media y los cuatro pilares, dos anteriores y dos posteriores; entre el pilar es posible apreciar la amígdala palatina.⁽⁶⁾

Los pilares anteriores, la úvula y el dorso lingual forman el istmo de las fauces; por detrás de éste es evidente la cara posterior de la bucofaringe. En la unión entre el paladar duro y blando se encuentran las foveolas palatinas unas pequeñas depresiones que pueden ser visibles una o dos, o ninguna constituidas por la unión de conductos excretores de glándulas salivales palatinas (ver figura No. 9).^(7,8)

FIGURA No. 9. PALADAR DURO Y VELO DEL PALADAR



Fuente: Becerra MMS, Sánchez LJJ y Silva GAK. Vesículas y úlceras en pacientes con prótesis totales y removibles, ortodoncia y ortopedia: monografía (tesis). Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia. 2020.

La **lengua** es un órgano muscular móvil de color rosado que puede variar su forma, dependiendo de la función que este realizando. Presenta una forma triangular y es dividida en tercios. El tercio posterior o raíz de la lengua forma la base, es inmóvil ya que se inserta en la mandibular y en el hueso hioides, esta parte posterior se inclina inferiormente para formar la parte anterior de la orofaringe. El tercio medio o cuerpo y la punta o vértice que conforman los dos tercios anteriores forman la parte móvil de la lengua y están orientados hacia la parte anterior de la boca.^(1,6)

En el tercio posterior de la lengua existe un surco terminal que tiene forma de “V”, este surco marca la separación del istmo de las fauces entre la superficie bucal y faríngea y en el vértice de la “V” se ubica el agujero ciego, que es vestigio del conducto tirogloso. En su cara dorsal es donde se encuentran las papilas filiformes, fungiformes, foliadas y circunvaladas encargadas de percibir los sabores dulces, salados, ácidos, amargos; y su cara ventral de una textura lisa y brillante, al elevar la lengua se observa el **piso de boca**, cubierto por una mucosa delgada, de color rosado y aspecto liso, brillante; también se aprecian las carúnculas sublinguales y la inserción inferior del frenillo lingual.^(8,9)

Presenta una superficie faríngea que se localiza inmediatamente detrás del surco terminal, esta cubierta por una mucosa con una forma irregular por la presencia de nódulos de tejido linfático que conforman las amígdalas linguales localizadas en ambos lados de la raíz de la lengua siendo su función la defensa inmunitaria (ver figura No. 10 y 11).⁽⁹⁾

FIGURA No. 10. LENGUA



FIGURA No. 11. PISO DE BOCA



Fuente: Zini-Carbone CNH. Lengua geográfica en niños: Dos casos clínicos. Odontoestomatología [Artículo en línea] 2019.

La cavidad bucal se encuentra revestida por mucosa bucal, la cual abarca anatómicamente desde el límite mucocutáneo de los labios hasta la faringe, donde continúa con la mucosa gastrointestinal.

Funcionalmente la mucosa bucal es una entidad que cumple con diversos roles en el mantenimiento de la integridad bucal, entre ellos separar y proteger los tejidos y órganos más profundos de la cavidad bucal, transmitir información tanto sensitiva como sensorial y secretar sustancias, mayoritariamente segregar saliva.⁽¹⁰⁻¹²⁾

Tipos de mucosa bucal

La mucosa bucal muestra una considerable variación estructural en diferentes regiones de la cavidad bucal; dividida en tres:

- **Mucosa masticatoria.** Cubre estructuras inmóviles como el paladar duro y la encía, que son zonas que están expuestas a fuerzas de compresión y corte, en constante abrasión durante la masticación de los alimentos, y está unida firmemente a ellas directamente mediante la unión de la lámina propia al perióstio del hueso subyacente, como en el mucoperióstio, o indirectamente por una submucosa fibrosa.⁽²⁾
- **Mucosa de revestimiento.** Este tipo de mucosa cubre la cara ventral de la lengua, el interior de los labios, las mejillas, el paladar blando, el piso de la boca y los procesos alveolares hasta el límite con la encía, las cuales son regiones que están sujetas a movimiento.⁽¹⁰⁾
- **Mucosa especializada.** La mucosa de la superficie dorsal de la lengua no se parece a ninguna otra parte de la cavidad bucal porque, aunque está cubierta por lo que es funcionalmente una mucosa masticatoria, también es un revestimiento muy extensible y, además, tiene diferentes tipos de papilas linguales; algunas de ellos poseen una función mecánica, mientras que otros tienen papilas gustativas y, por lo tanto, tienen una función sensorial.⁽¹³⁾

Funciones de la cavidad bucal

De manera principal debemos conocer que la boca es el lugar donde se inicia la deglución, se encuentra acondicionada para engullir los alimentos y combinarla con la saliva, las principales funciones que cumple son:

- Empezar el proceso de digestión mediante la trituración y desgarre de los alimentos siendo los órganos dentarios y principalmente los músculos que intervienen en la masticación quienes realizan esta función.

- La conformación del bolo alimenticio siendo la saliva y la lengua quienes ayudan a cumplir esta función.
- La captación de los sabores siendo la lengua la encargada de cumplir esta función principalmente por las papilas gustativas ubicadas en su cara dorsal.
- Es utilizada como vía respiratoria secundaria cuando la nariz se encuentra obstaculizada, pues conecta con la faringe que es la vía común entre el aparato respiratorio y es sistema digestivo
- Y su papel importante en el habla con el apoyo de los labios, la lengua y músculos para una buena dicción.⁽⁷⁾

Almohadillas gingivales del recién nacido

El desarrollo dentario está indisolublemente ligado al crecimiento craneo facial en general, y al de los maxilares en particular. Al momento de nacer, el bebé, tiene porciones basales de hueso recubiertas por almohadillas gingivales, las que pronto son segmentadas para indicar los sitios de los dientes en desarrollo. Las encías son firmes como las de un adulto desdentado. La forma básica de los arcos esta determinada en la vida intrauterina. El arco superior tiene forma de herradura y las almohadillas gingivales tienden a extenderse bucal y labialmente mas allá de los maxilares, además el arco mandibular esta por detrás del superior cuando las almohadillas contactan. Las almohadillas superior e inferior se tocan en buena parte de la circunferencia del arco en sus relaciones maxilares neonatales, de ninguna manera es una mordida precisa o relación maxilar. En realidad, al nacer hay tal variabilidad en las relaciones de las almohadillas superior e inferior que la relación neonatal no puede ser utilizada como criterio diagnóstico de predicción de oclusión primaria (ver figura No. 12 y 13).⁽¹⁴⁾

FIGURA No. 12. ALMOHADILLA GINGIVAL SUPERIOR

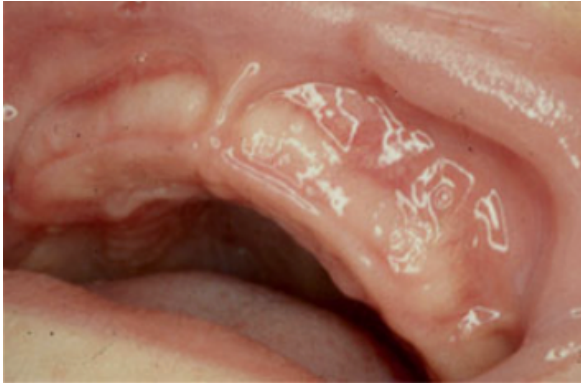


FIGURA No. 13. ALMOHADILLA GINGIVAL INFERIOR



Fuente: Torres CM. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Artículo en línea] 2009.

Características del periodonto infantil

En la dentición decidua, la encía presenta un aspecto aterciopelado, brillante y liso sin punteado de naranja con menor queratinización lo que la hace mas frágil.

- Encía marginal: tiene un aspecto abultado, redondeado, mas grueso y de color rojizo esto es porque está muy vascularizada y por lo tanto sangra fácilmente.
- Encía interdentaria: es más corta, redondeada y se pueden observar espacios fisiológicos llamados diastemas teniendo una forma de silla de montar, es decir, es un poquito mas baja en el centro y mas alta hacia los lados.
- Encía adherida: el grosor es mas delgada y angosta
- Surco gingival: su profundidad es variable, por vestibular y por palatino y también en la zona de los 2 molares y hacia el molar permanente. Como es tan variable, no se considera como un signo de enfermedad periodontal.

El cemento radicular en niños es más delgado y menos denso mientras que el ligamento periodontal es más ancho, menos fibroso y más vascular.

El hueso alveolar presenta mayor vascularización, menor trabeculado óseo, menor calcificación y la cortical más delgada.⁽¹⁵⁾

Cronología de la erupción dentaria

La erupción dentaria está íntimamente unida a la odontogénesis, aunque son procesos diferentes. La erupción dentaria se define como el conjunto de movimientos que realiza cada órgano dentario para ocupar el espacio que le corresponde en la arcada dentaria y realizar sus funciones. Se considera que se ha iniciado la erupción clínica, cuando se hace visible por primera vez un borde incisivo o la parte más alta de una cúspide. La cronología de la erupción no se produce de una manera exacta, ya que en ella influyen factores diversos como: herencia, sexo, desarrollo esquelético, edad radicular, cronológica, factores ambientales, extracciones prematuras de órganos dentarios primarios, raza, condicionantes socioeconómicos y otros.⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

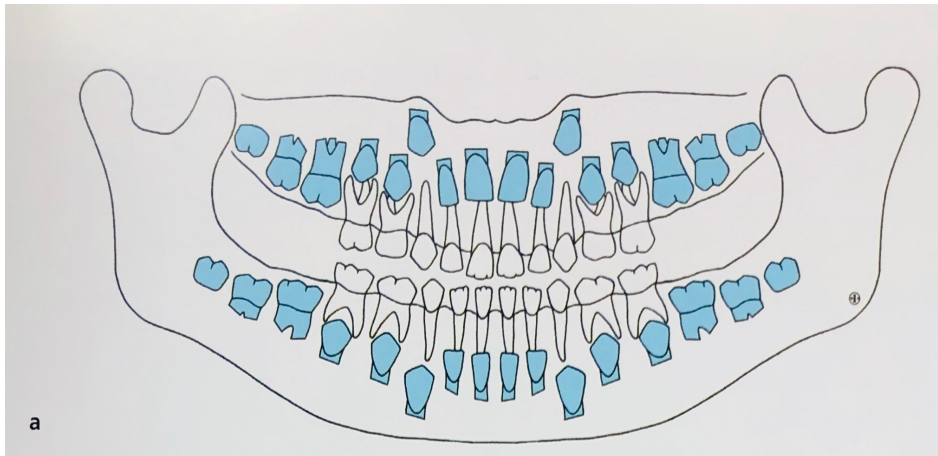
Como ya se mencionó cada órgano dentario sigue un proceso eruptivo cronológicamente diferente pero similar a las fases que realiza y que son:

- **Fase preeruptiva:** en ella se forma la corona dentaria. El germen se mueve en los maxilares que lo albergan, sin embargo, como estos también están creciendo, no hay desplazamiento en relación con el reborde óseo.
- **Fase eruptiva prefuncional:** comienza cuando se inicia la formación de la raíz y termina cuando el órgano dentario se pone en contacto con los antagonistas. Hay crecimiento diferencial por lo que, en un momento dado, el órgano dentario emerge en la arcada y continúa el proceso de forma visible.
- **Fase eruptiva funcional:** comienza al tomar contacto el órgano dentario con sus antagonistas y dura toda la vida del órgano dentario. Los movimientos verticales y sagitales que realiza, en esta fase, permiten compensar el desgaste dentario y mantener la articulación dentaria.^(2,20)

Órganos dentarios temporales

Los órganos dentarios temporales son 20 en total, 10 en cada una de las arcadas. Se distribuyen por grupos dentarios atendiendo a su morfología en: incisivos, caninos y molares. La fórmula dentaria es 2-1-2 para cada hemiarcada (ver figura No. 14, 15 y 16).

FIGURA No. 14. ÓRGANOS DENTARIOS TEMPORALES



Fuente: Barbería LE. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos- 2ª edición. Madrid: Ripano Editorial Médica. 2014.

FIGURA No. 15. ÓRGANOS DENTARIOS TEMPORALES SUPERIORES



FIGURA No. 16. ÓRGANOS DENTARIOS TEMPORALES INFERIORES



Fuente: Barbería LE. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos- 2ª edición. Madrid: Ripano Editorial Médica. 2014.

Diversas literaturas mencionan cierto promedio de edad para la erupción dentaria, la secuencia frecuente suele ser la que se muestra en la tabla siguiente (ver tabla No. 1):

TABLA No. 1. CRONOLOGÍA DE LOS ÓRGANOS DENTARIOS TEMPORALES

Dientes temporales	Inicio calcificación	Corona completa	Emergencia	Raíz completa
	Semanas intrauterina	Meses de vida	Meses	Años
Incisivos centrales	14 (13-16)	1-3	6-9	2-2.5
Incisivos laterales	16 (14.5-16.5)	2-3	7-10	2-2.5
Canino	17 (15-18)	9-11	16-20	2.5-3.2
Primer molar	15 (14.5-17)	6-8	12-16	2-2.5
Segundo molar	18 (16-23.5)	10-12	20-30	3

Fuente: Barbería LE. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos- 2ª edición. Madrid: Ripano Editorial Médica. 2014.

Recambio dentario

Rizolisis: se conoce como procesos de rizólisis cuando el órgano dentario temporal se exfolia, la raíz se ha destruido y únicamente cae la corona dentaria incluyendo en su interior los restos de los tejidos blandos.⁽²⁰⁾

El inicio del proceso de erupción de los órganos dentarios permanentes estimula la actividad de los osteoclastos y odontoclastos dando lugar a la reabsorción del cemento y la dentina radicular, así como el hueso alveolar y la inserción epitelial; ocurrirá neoformación del hueso alveolar y del ligamento periodontal del órgano dentario permanente.

Órganos dentarios permanentes: cada órgano dentario temporal se recambia por su homologo permanente, excepto los molares temporales que se sustituyen por premolares. Resaltamos que el número de órganos dentarios permanentes es mayor que el de los temporales ya que, además de la sustitución de todos los

órganos dentarios temporales, hacen emergencia los molares permanentes en la zona posterior de la arcada.⁽²⁰⁾

La fórmula dentaria de los dentición permanente es 2-1-2-3 en cada arcada, siendo en total 32 órganos dentarios. El orden de erupción es diferente en cada arcada (ver tabla No. 2 y 3 y figura No. 17 y 18).

TABLA NO. 2. ÓRGANOS DENTARIOS PERMANENTES MAXILARES

Órgano dentario	Inicio calcificación Después del nacimiento	Corona completa Años	Emergencia Años	Raíz completa Años
Incisivo central	3-4 meses	4-5	7-8	10
Incisivo lateral	10-12 meses	4-5	8-9	11
Canino	5-7 meses	6-7	11-12	13-15
Primer premolar	1.5-1.8 años	5-6	10-11	12-13
Segundo premolar	2-2.5 años	6-7	10-12	12-14
Primer molar	Nacimiento	2.5-3	5.5-6	9-10
Segundo molar	2.5-3 años	7-8	12-13	14-16
Tercer molar	7-10 años	12-16	17-25	18-25

Fuente: Barbería LE. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos- 2ª edición. Madrid: Ripano Editorial Médica. 20

TABLA NO. 3. ÓRGANOS DENTARIOS PERMANENTES MANDIBULARES

Órgano dentario	Inicio calcificación Después del nacimiento	Corona completa Años	Emergencia Años	Raíz completa Años
Incisivo central	3-4 meses	4-5	6-7	9
Incisivo lateral	3-4 meses	4-5	7-8	10
Canino	4-5 meses	6-7	9-11	12-14
Primer premolar	1.7-2 años	5-6	10-12	12-13
Segundo premolar	2-2.5 años	6-7	11-12	13-14
Primer molar	Nacimiento	2.5-3	5.5-6	9-10
Segundo molar	2.5-3 años	7-8	12-13	14-15
Tercer molar	8-10 años	12-16	17-25	18-25

Fuente: Barbería LE. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos- 2ª edición. Madrid: Ripano Editorial Médica. 20

FIGURA No. 17. RECAMBIO DENTARIO SUPERIOR



FIGURA No. 18. RECAMBIO DENTARIO INFERIOR



Fuente: Barbería LE. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos- 2ª edición. Madrid: Ripano Editorial Médica. 2014.

Características del paciente pediátrico

El paciente pediátrico comprende al individuo que se encuentra en el desarrollo psíquico, físico y social; de edad inferior a los 18 años, es decir; desde el momento de su nacimiento hasta su adolescencia que va de los 14 a 18 años de edad a partir de la cual pasa a considerarse un adulto. Por lo que es fundamental la atención temprana, desde la etapa del neonato hasta sus tres primeros años de vida, en la cual se podrá abarcar diagnóstico, prevención, y tratamiento de las patologías de los tejidos blandos.^(21,22)

Actualmente se sabe que la etiología de las diferentes patologías bucales es multifactorial por lo que podemos encontrar una gran diversidad en ella. Esta diversidad es provocada por las diferencias que existen entre los factores que se dan en la triada ecológica (huésped, agente causal y ambiente). En el caso del huésped este tipo de factores juegan un papel esencial en el desarrollo de la enfermedad los cuales pueden ser: la herencia, las enfermedades sistémicas o factores ambientales.⁽²³⁾

De igual manera los determinantes sociales juegan un papel importante en la

salud bucal de los pacientes pediátricos, estos determinantes se desarrollan a partir de dónde nacen, crecen y viven, así como por su alimentación y medidas de higiene bucal. Lo que da pie al desarrollo de distintas enfermedades bucodentales pudiendo ser desde las dietas malsanas ricas en azúcar, los malos sistemas de salud en zonas de desarrollo o la carencia de hábitos de higiene y de cuidado personal, ya sea por cargas culturales, falta de información o por su estrato socioeconómico. Esto hace que se desarrollen diferentes respuestas inmunitarias a las patologías que comienzan a surgir en este tipo de pacientes.^(24,25)

En la cavidad bucal nos podemos encontrar con enfermedades propias de la boca y como resultado de manifestaciones de alteraciones sistémicas, trastornos metabólicos, enfermedades de la sangre, enfermedades digestivas, pacientes inmunodeprimidos, enfermedades bacterianas, virales y por cuestiones traumáticas. Las manifestaciones bucales pueden preceder a otras manifestaciones, por lo que hay que conocer los signos de las infecciones bucales recurrentes y tener presente que cada individuo tiene respuestas biológicas diferentes. Sin embargo, una gran parte de la patología bucal en los niños es benigna, lo que hace fundamental la identificación o eliminación de las enfermedades más graves.^(21,26)

Etapas del desarrollo humano

La división del ciclo vital en etapas es un constructo social: un concepto o práctica que es una invención de una cultura o sociedad particular. No hay momento objetivo definitivo en que un niño se haga adulto ni en que un joven se convierta en viejo, como se muestra en la siguiente tabla (ver tabla No. 4).⁽²⁷⁾

TABLA No. 4. ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO

Período del desarrollo	Desarrollo físico	Desarrollo cognitivo	Desarrollo psicosocial
Prenatal (concepción al nacimiento)	<p>Se forman las estructuras y órganos básicos del cuerpo, comienza el crecimiento acelerado del cerebro.</p> <p>Ocurre el mayor crecimiento físico de la vida.</p> <p>Gran vulnerabilidad a las influencias ambientales.</p>	<p>Se desarrollan las capacidades de aprender, recordar y responder a la estimulación sensorial.</p>	<p>El feto responde a la voz de la madre sintiendo preferencia por ella.</p>
Infancia (nacimiento a 3 años)	<p>Se incrementa la complejidad del cerebro, que es muy sensible a las influencias ambientales.</p> <p>Rápido crecimiento físico y desarrollo de las destrezas motrices.</p>	<p>Hacia el final del 2^{do} año se desarrolla la capacidad de usar símbolos y de resolver problemas.</p> <p>Se desarrolla rápidamente la comprensión y uso del lenguaje.</p>	<p>Apego a padres. Se desarrolla la autoconciencia.</p> <p>Se produce el cambio de la dependencia a la autonomía.</p> <p>Aumenta el interés en otros niños.</p>
Niñez temprana (3 a 6 años)	<p>El crecimiento es constante; el aspecto es mas esbelto y las proporciones son mas parecidas a las del adulto.</p> <p>Aparece la lateralidad; mejora la coordinación motora gruesa y fina y la fuerza.</p>	<p>En algunas medidas el razonamiento es egocéntrico, pero aumenta la comprensión del punto de vista de los demás.</p> <p>La inmadurez produce ideas ilógicas sobre el mundo.</p> <p>Se consolidan la memoria y el lenguaje. La inteligencia se hace más predecible.</p>	<p>El autoconcepto y la comprensión de las emociones se hace mas complejo; la autoestima es global.</p> <p>Aumenta la independencia, iniciativa y el autocontrol. Se desarrolla la identidad de género.</p> <p>Son comunes el altruismo, la agresión y el temor.</p>
Niñez media (6 a 11 años)	<p>El crecimiento se hace mas lento.</p> <p>Aumenta la fuerza.</p> <p>La salud en general es mejor que en cualquier otro momento del ciclo vital.</p>	<p>Comienzan a pensar en forma lógica, pero concreta.</p> <p>Algunos niños revelan necesidades y dotes educativas especiales.</p>	<p>La corregulación refleja el cambio gradual del control de los padres al hijo.</p>
Adolescencia (11 a alrededor de 20 años)	<p>El crecimiento físico y otros cambios son rápidos y profundos.</p> <p>Se presenta la madurez reproductiva.</p>	<p>Se desarrolla la capacidad del pensamiento abstracto y el razonamiento científico.</p>	<p>La búsqueda de identidad, incluyendo la sexual, es un objetivo central.</p>

Fuente: Papalia DE, Martorell G. Desarrollo humano. 13ª edición. México: Mc Graw Hill. 2017.

Definiciones

Y mientras estas etapas van evolucionando en la cavidad bucal se pueden presentar algunas lesiones en tejidos blandos, iniciaremos definiendo:

- **Lesión:**

Alteración de las estructuras anatómicas e histológicas de un tejido o de un órgano con el consiguiente trastorno funcional.

- **Lesión en tejidos blandos:**

Es la pérdida de la continuidad de las partes blandas producida por un agente externo o interno.

- **Cavidad bucal:**

Abertura corporal ubicada en la cabeza y constituye en su mayor parte el aparato estomatognático, así como la primera parte del sistema digestivo; la boca se abre a un espacio previo a la faringe llamado cavidad bucal.

La mucosa bucal y los tejidos blandos bucales como ya se menciono son susceptibles de presentar alteraciones y patologías de diverso origen. Pueden presentar afecciones por:

- Invasión de microorganismos (víricos, bacterianos o fúngicos)
- Alteraciones inmunológicas
- Alteraciones proliferativas e incluso por traumas

El papel que juega la herencia y las tendencias familiares en la aparición de los mismos se he discutido previamente; en los niños es frecuente que las lesiones tengan una etiología infecciosa o de alteraciones en el desarrollo.⁽²⁸⁾

Tipos de lesiones

- **Rojas:**

Son resultado de procesos inflamatorios (vasodilatación), infecciosos, que pueden presentar eritema lo que significa una vascularización aumentada o un adelgazamiento de las capas del epitelio es decir atrofia en respuesta a alérgenos o deficiencias nutricionales y lesiones cancerizables o malignas; dentro de estas lesiones podemos encontrar:

- ✓ Glositis migratoria benigna
- ✓ Candidiasis eritematosa
- ✓ Queilitis angular

- **Blancas:**

Se pueden presentar por factores irritantes, procesos infecciosos e inflamatorios, como manifestaciones de enfermedades sistémicas o bien alteraciones del desarrollo; dentro de estas lesiones podemos encontrar ⁽²⁹⁾:

- ✓ Candidiasis pseudomembranosa
- ✓ Candidiasis hiperplásica
- ✓ Queratosis friccional
- ✓ Varicela zoster

Lesiones de cavidad bucal

Las lesiones que pueden presentarse pertenecen a un heterogéneo grupo de alteraciones así como también pueden presentarse condiciones o variantes anatómicas de la mucosa bucal; debido al entorno dinámico propio de la cavidad bucal en desarrollo y maduración en niños y adolescentes, los territorios cubiertos por la mucosa bucal son susceptibles a presentar lesiones de diversa naturaleza.

Estas alteraciones pueden manifestarse de muy diversas maneras, y si bien una clasificación basada en la clínica fundamental del paciente nos orientará al diagnóstico y facilitará el diagnóstico diferencial inicial, el examen clínico debe realizarse acompañado de una cuidadosa anamnesis.^(10,30)

CONDICIONES DE LA MUCOSA BUCAL O VARIANTES ANATÓMICAS

Las variantes anatómicas son consideradas como parte de un proceso fisiológico pero no como una verdadera patología; identificarlas es importante para evitar errores diagnósticos.

La mayoría de las veces tienen su origen en el desarrollo embriológico notablemente complejo de la cavidad bucal, otras anomalías constituyen únicamente variantes morfológicas de la normalidad sin significado patológico, pero que pueden favorecer la aparición de determinadas alteraciones patológicas.⁽¹⁰⁾

A continuación se describirán brevemente cada una de las lesiones:

- **Lengua geográfica (glositis migratoria benigna, glositis exfoliativa y marginada, eritema migran, glositis migratoria superficial, glositis areata migrans)**

Es una lesión de tipo migratoria con apariencia de mapa ubicada a nivel del dorso de la lengua ocupa la zona central y lateral del órgano y es menos frecuente en la cara ventral.

Etiología: desconocida pero se ha asociado principalmente a estrés emocional, infecciones por hongos o bacterias, trauma crónico por quemadura, deficiencia de vitaminas y zinc, hereditario genético, Diabetes juvenil, psoriasis pustulosa, alteraciones hormonales, Síndrome de Reiter, alergias y liquen plano, entre otros.

Características clínicas: se caracteriza por presentar placas rojas lisas y brillantes que tienden a unirse y por ello va cambiando la disposición de las manchas en semanas principalmente son áreas múltiples con descamación irregular de las papilas filiformes; las áreas de descamación permanecen durante poco tiempo en una zona, después involucionan y reaparecen en diferente área. Estas lesiones tienden a desplazarse y cambian su forma continuamente debido a que hay una pérdida progresiva de papilas que son reemplazadas continuamente.^(7,12)

Estas lesiones por lo general son asintomáticas pero si puede presentar dolor tipo quemante sobre todo con alimentos condimentados o frutos ácidos independientemente del tamaño de la lesión, también de acuerdo a la literatura como ya se menciono puede haber pérdida de papilas filiforme y adelgazamiento de la mucosa o con el tiempo desarrollar un tipo de hiperplasia.^(21,28)

La patología puede presentarse de dos formas:

- Lesiones blancas, anulares, con centro atrófico rojo, que presentan un patrón migratorio, varia en intensidad y desaparece de forma instantánea.
- Lesiones rojas, cuando predominan las papilas atróficas sobre los bordes queratósicos.

No refieren sintomatología dolorosa, sin embargo, en ocasiones puede presentar sensación de quemazón o sensibilidad.

Hume en 1975, propuso una clasificación de Glositis Migratoria Benigna la cual está dividida en 4 tipos y se describe de la siguiente manera:

Tipo 1: Glositis Migratoria Benigna, sin alteraciones en cavidad bucal.

Tipo 2: Glositis Migratoria Benigna, combinada con lesiones intrabucales.

Tipo 3: Alteraciones linguales atípicas, acompañadas o no de alteraciones intrabucales.

Tipo 4: Alteraciones intrabucales sin la manifestación de Glositis Migratoria Benigna.^(16,31)

Diagnóstico: principalmente es clínico e historial clínico de la lesión .

Diagnóstico diferencial: en casos dudosos el diagnóstico diferencial incluirá candidiasis, leucoplasia, liquen plano, lupus eritematoso, herpes bucal y glositis romboidal media.

Tratamiento: se recomienda una disminución de la ingestión de alimentos ácidos. Uso de colutorios con anestésicos locales como la lidocaína clorhidrato al 2% o antihistamínicos en solución como el Benadryl con hidróxido de aluminio Mylanta con proporciones iguales por 2 minutos, cuatro veces al día y aplicación tópica de corticoides. Antimicóticos tópicos en caso de sobreinfección por hongos.⁽³²⁻³⁸⁾

Epidemiología: la incidencia es mayor hacia la primera y segunda infancia, así como en la pubertad siendo más frecuente en el sexo femenino que en el masculino (ver figura No. 19).^(16,21,32,37,38)

**FIGURA No. 19. LENGUA GEOGRÁFICA TIPO 1
SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE HUME**



Fuente: Zini-Carbone CNH. Lengua geográfica en niños: Dos casos clínicos. Odontoestomatología 2019.

- Lengua escrotal, fisurada o plegada

Es una lesión que se caracteriza por la presencia de múltiples pliegues ubicados en la cara dorsal y bordes del cuerpo lingual y que varían en posición, ubicación y profundidad.⁽¹⁶⁾

Etiología: es desconocida pero es asociada a un rasgo poligénico o un rasgo autosómico dominante con penetrancia incompleta.

Características clínicas: Presenta un aspecto cerebriforme con surcos y elevaciones en el dorso lingual; esta patología puede llegar a ser dolorosa cuando presenta inflamación.

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: principalmente es clínico.

Diagnóstico diferencial: glositis migratoria benigna

Tratamiento: no existe un tratamiento para esta condición sin embargo se recomienda tener una buena higiene lingual, en caso de presentar infección en los surcos, lo ideal es el suministro de antibióticos y corticoides.⁽³¹⁾

Epidemiología: no tiene predilección por sexo y se manifiesta mayormente en la primera y segunda década de vida (ver figura No. 20).

FIGURA No. 20. LENGUA FISURADA



Fuente: Casamayou R, Izquierdo RS. Lesiones de la mucosa bucal en una población infantil de Montevideo, Uruguay. Actas Odontológicas [Artículo en línea] 2016.

- **Lengua saburral**

Excesiva descamación de bacterias y células epiteliales en la superficie dorsal de la lengua, en condiciones normales, esta descamación está confinada en el tercio posterior; el incremento y su avance hacia los dos tercios anteriores puede estar producido por trastornos derivados de la falta de sueño, la sequedad bucal o el consumo excesivo de sustancias.

Etiología: suele tener su origen en factores locales, más que en el sistema gastrointestinal; la cantidad de placas que hay en la lengua varía según el momento del día y guarda relación con la higiene bucal y el tipo de dieta. Las capas están formadas por restos alimenticios, microorganismos y un epitelio queratinizado que se localiza en las papilas filiformes y a su alrededor.⁽²⁹⁾

Características clínicas: capa blanquecina que se crea sobre la lengua, capa compuesta por células viejas, restos de comida y bacterias.

El autor brasileño Mauricio Duarte Conceicao realizó un estudio clasificando a la saburral lingual en una escala de 0 al 5:

- 0: Ausencia de saburra en el dorso lingual.
- 1: Tiene saburra leve en 2/3 posterior de la lengua.
- 2: Presenta saburra leve en 2/3 posterior y media de la lengua.
- 3: Observa saburra moderada en 2/3 posterior de la lengua.
- 4: Presenta saburra moderada en 2/3 posterior y medio de la lengua.
- 5: Hay saburra moderada en 2/3 posterior, medio y anterior de la lengua.⁽³⁷⁾

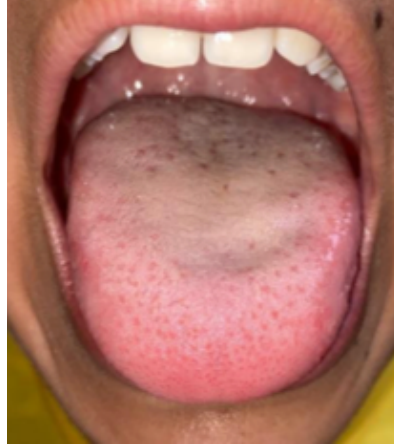
Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: es mediante la inspección clínica, para determinar la ubicación, forma y consistencia.

Diagnóstico diferencial: candidiasis, leucoplasia bucal vellosa, lengua geográfica y lengua fisurada.

Tratamiento: como tratamiento principalmente para prevenir la saburra lingual es recomendable mantener una buena higiene bucal sugiriendo un cepillo suave o instrumento especial para cepillar la lengua, incluir en la dieta alimentos sólidos, como el pan y masticarlos bien ya que estos ayudan a eliminar restos de la lengua.⁽²¹⁾

Epidemiología: los niños con una deficiencia de flujo salival, cognitiva o adquirida, presentan una lengua con placas, a veces, hasta el extremo de que parece haber una costra seca por encima de todo el dorso lingual. Las enfermedades sistémicas que cursan con fiebre y deshidratación producen también placas linguales, de colocación blanquecina, aunque esta puede variar por los alimentos o medicación (ver figura No. 21).

FIGURA No. 21. LENGUA SABURRAL



Fuente: Rodríguez RB. Prevalencia de las lesiones de la mucosa oral y variantes de lo normal en pacientes pediátricos de 8 a 15 años de edad de la Institución Estrellas Colgate. (tesis para obtener el título de cirujano dentista). México: Universidad Autónoma de México. Facultad de odontología. 2020.

- **Sobreincursión de frenillos**

Cuando la inserción del frenillo está en mal posición se describen como frenillos sobreinsertados.

Etiología: dentro de los factores que provoca la sobreincursión de los frenillos es que estos no terminan su inserción a nivel del sitio de unión de los maxilares, sino que lo hacen más hacia abajo, es decir, en el reborde alveolar.

Otro factor asociado a esta problemática es el cambio dinámico que sufren los frenillos, conforme se desarrollan y crecen los elementos cercanos a estos, es decir, que tanto el desarrollo y erupción dentaria, así como el crecimiento de maxilares, tienen mucho que ver en la aparición de las alteraciones de los frenillos.⁽³⁹⁾

Características clínicas: la inserción del frenillo en una posición alta o baja ocasiona alteraciones ya sean diastemas, anquilosis, recesiones gingivales y

problemas fonéticos produciendo un sonido balbuceante o de silbido que son las más comunes.

La falta total o parcial del movimiento de la lengua a causa de un frenillo corto llamado anquiloglosia puede provocar:

- Dificultades en la alimentación durante la lactancia afecta a la succión y la deglución
- La fonación
- Crecimiento mandibular (mordida abierta, prognatismo)
- Problemas mecánicos (autoclisis)
- El diastema interincisivo inferior.^(21,40,41)

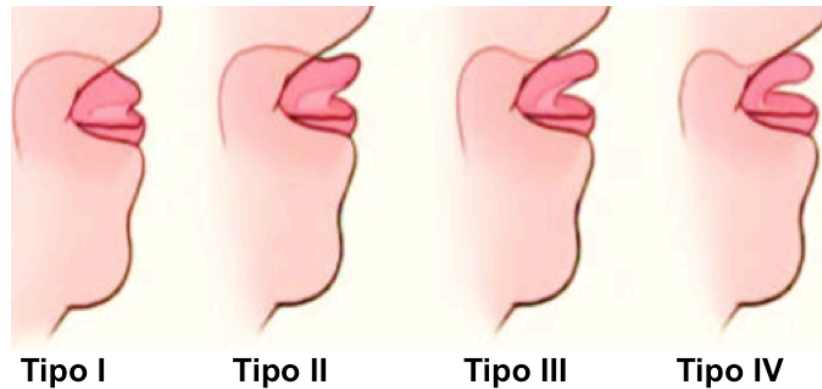
Las Dras Elizabeth Coryllos y Catherine Watson Genna, presentan una clasificación basada en las características clínicas del frenillo lingual. Lo valoran con la palpación y la inspección (ver tabla No. 5 y figura No. 22).⁽⁹⁾

TABLA No. 5. CRITERIOS DE LA CLASIFICACIÓN DE CORYLLOS

	Tipo de frenillo	Descripción
I	Frenillo fino y elástico	La lengua esta anclada desde la punta hasta el surco alveolar y se observa en forma de corazón.
II	Frenillo fino y elástico	La lengua esta anclada desde 2-4mm de la punta hasta el surco alveolar.
III	Frenillo grueso y fibroso	La lengua esta anclada desde la mitad de la lengua hasta el piso de la boca.
IV	Frenillo no se palpa	Con un anclaje submucoso grueso y brillante desde la base de la lengua hasta el suelo de la boca.

Fuente: Luciano SA. Anquiloglosia y su relación con los trastornos del lenguaje. (tesina para obtener el título de cirujano dentista). México: Universidad Autónoma de México. Facultad de odontología. 2017.

FIGURA No. 22. CLASIFICACIÓN DE CORYLLOS.



Fuente: Luciano SA. Anquiloglosia y su relación con los trastornos del lenguaje. (tesina para obtener el título de cirujano dentista). México: Universidad Autónoma de México. Facultad de odontología. 2017.

Mirko et al. Han clasificado los frenillos dependiendo el lugar de inserción de sus fibras es así que tenemos:

- Frenillo de Inserción Mucosa: su sitio de inserción es la unión mucogingival, no llega a la encía adherida por lo tanto no genera ningún tipo de movimiento del tejido queratinizado cuando se estira el frenillo.
- Frenillo de Inserción Gingival: sus fibras llegan a insertarse únicamente en la encía adherida sin avanzar hacia coronal.
- Frenillo de Inserción Papilar: el lugar de inserción es más coronal, las fibras se ubican hacia la línea media en la base de la papila interincisiva, sin que haya extensión hacia el paladar inclusive si se aplica mayor tensión al frenillo.
- Frenillo de Inserción Papilar penetrante: su sitio de inserción lo hace más hacia coronal, sus fibras llegan a nivel de la base de la papila interincisiva, y se extiende hasta la cara palatina de la papila, al realizar una tensión al frenillo se puede evidenciar que la isquemia llega hasta este nivel.⁽³⁹⁾

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: para el frenillo labial superior su diagnóstico es clínico, mediante: la observación de la presencia de diastemas incisales, la inserción baja del frenillo (casi tocando a los incisivos) y el grosor del frenillo. Para evaluar si el diastema es patológico, además de la observación clínica, se debe realizar el test de isquemia o maniobra de Graber, que consiste en

la tracción del labio hacia arriba y adelante, observando si se produce isquemia o blanqueamiento en el frenillo y en la papila palatina.⁽⁴²⁾

Para el frenillo labial inferior su diagnóstico también es clínico, observando la dificultad de los movimientos de la lengua e impide que esta se proyecte hacia afuera de la boca o que sea incapaz de contactar la punta lingual con el paladar duro o con los órganos dentarios ántero-superiores; la hipertrofia es menos frecuente, como signos clínicos, puede dar también diastema interincisal inferior, cursa con alteración periodontal de la zona incisal inferior conocido como recesión gingival.

Tratamiento: si se isquemia el frenillo labial (a esta isquemia se le llama prueba de Blanchet) superior es probable que el frenillo no se corrija con el tiempo y se deba corregir quirúrgicamente; en el caso del frenillo labial inferior si produce recesión gingival, se debe proceder a la exéresis del frenillo, seguido de técnicas de cirugía periodontal.^(32,41)

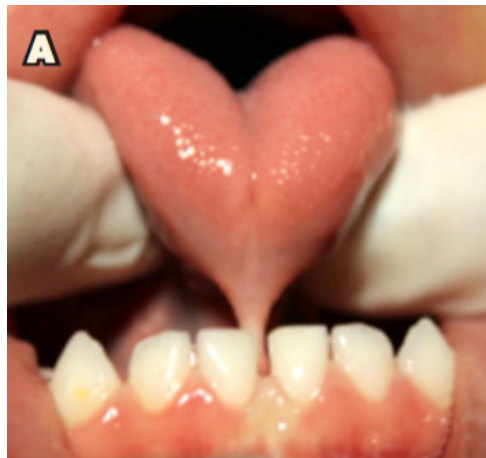
Si se precisa cirugía, siempre que la edad del niño sea inferior a los 6 años, se recomienda realizar esta cirugía bajo anestesia general, por la escasa colaboración del paciente, por lo que el tratamiento se suele diferir por lo menos hasta los 3-5 años de edad, dependiendo de la necesidad de tratamiento en función de la gravedad de las alteraciones que presente (ver figura No. 23 y 24).⁽³²⁾

FIGURA No. 23. SOBREENCERSIÓN DE FRENILLOS



Fuente: Falgas FJ. Patología oral. Pediatría Inetgral [Artículo en línea] 2015.

FIGURA No. 24. ANQUILOGLOSIA TIPO 1 SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE CORYLLOS



Fuente: García GCA. Tratamiento de frenilectomía y terapia miofuncional. Odonto Pediatría Actual [Artículo en línea] 2016.

- **Perlas de Epstein**

Las perlas de Epstein son remanentes de tejido epitelial con contenido de queratina.

Etiología: derivadas de las células ectodérmicas residuales que los cubren y su tejido es queratina.

Características clínicas: son tumoraciones quísticas pequeñas de 0.5 a 3mm de

diámetro, blanquecinas o amarillentas localizadas en la línea media de paladar duro (rafe medio). Se caracterizan por ser una lesión circunscrita bien delimitada y que suele ser de consistencia dura a la palpación. No ocasionan síntomas.^(28,29,32)

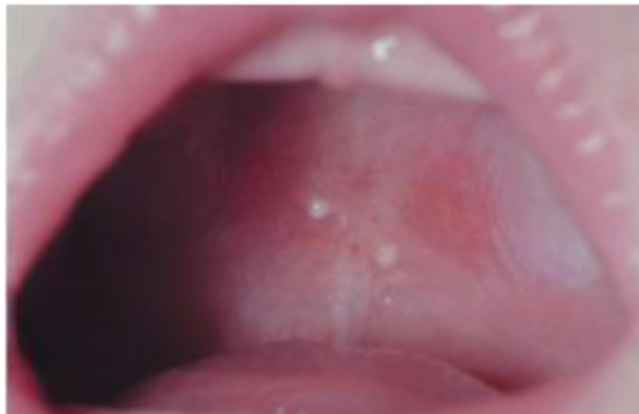
Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: principalmente es clínico.

Diagnóstico diferencial: nódulos de Bohn, quistes de la lamina dental.

Tratamiento: no se requiere intervención alguna ya que desaparecen de forma espontánea en semanas. Si el tamaño aumenta se recomienda la marsupialización. Esta patología tiende a involucionar, cuando van a erupcionar los dientes.^(28,32)

Epidemiología: su incidencia es del 85% de los recién nacidos (ver figura No. 25).

FIGURA No. 25. PERLAS DE EPSTEIN



Fuente: Milena HJ, Rico CLF. Prevalencia de patologías en tejidos blandos en niños de 0 a 5 años que asisten a la clínica odontológica de la UCC Campus Villavicencio (tesis para obtener el título de cirujano dentista). Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia. 2019.

- Quistes de la lamina dental

Son pequeñas lesiones quísticas blanquecinas que contienen queratina.

Etiología: se originan a partir de residuos de la lámina dental primaria.

Características clínicas: localizados sobre el reborde alveolar de los maxilares, ubicados con mayor frecuencia en el sector posterior zona de molares, pueden ser únicos o múltiples teniendo un diámetro de 1 a 3 mm. Generalmente no presentan síntomas y desaparecen espontáneamente en semanas.^(43,44)

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: principalmente es clínico.

Diagnóstico diferencial: perlas de Epstein, nódulos de Bohn.

Tratamiento: no requieren tratamiento ya que pueden desaparecer en algunas semanas por lo que se puede realizar un masaje suave o la marsupialización, el cual depende del volumen del quiste.^(35,43)

Epidemiología: su incidencia es mayor al 75% de los recién nacidos (ver figura No. 26).

FIGURA No. 26. QUISTE DE LA LAMINA DENTAL



Fuente: Hubertus JM Van Waes y Paul WS. Atlas de odontología pediátrica. MASSON S.A. 2002.

- **Hematoma de erupción**

Es una tumoración benigna de tejidos blandos que está asociada a la erupción de un órgano dentario primario o permanente en la zona del borde alveolar.

Etiología: parecen emerger de la separación del epitelio del esmalte de la corona del diente debido a la acumulación de fluido o sangre en el espacio folicular.⁽⁴⁵⁾

Características clínicas: tiene una forma de domo, compresible, de color azul violáceo o transparente, lo cual depende del origen del contenido, localizado en el reborde alveolar ocupando el área edéntula del diente en cuestión. Aparece con mayor frecuencia en la región del segundo molar temporal, el cual puede aparecer semanas antes de la erupción. Se ha visto que es más frecuente del lado derecho que del izquierdo.^(32,45,46)

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: clínico e histopatológico.

Diagnóstico diferencial: hematoma, hemangioma, absceso dental.

Tratamiento: por lo regular no hay necesidad de tratamiento ya que el diente brota a través del tejido y el hematoma desaparece. En caso de persistir, se indica una incisión en el borde del quiste que permitirá la erupción del diente.^(32,46)

Epidemiología: este tipo de lesiones ocurren en un rango de edad de 1 mes a 12 años, con una media de 4 años (ver figura No. 27).

FIGURA No. 27. HEMATOMA DE ERUPCIÓN



Fuente: Magaña PM, Robles AMS, Guerrero Sierra C. Alteraciones bucales del recién nacido. Revista ADM [Artículo en línea] 2014.

LESIONES BACTERIANAS

- Impétigo

Infección cutánea superficial causada por *Streptococcus pyogenes* como el clásico, llamado contagioso o común (impétigo verdadero de Tilbury Fox), y el ampollar o buloso producido por *Staphylococcus aureus* y en ocasiones la causa es de ambos.

Etiología: causado por *Estreptococo pyogenes* (*S. Pyogenes*) y *Estafilococo aureus* (*S. Aureus*), pudiendo actuar juntos o por separado.⁽¹⁰⁾

Características clínicas: son ampollas que tiene predilección por la piel de la cara y comienza alrededor de boca y nariz; son muy contagiosas y dolorosas que al romperse dejan una costra; pueden aparecer también en la cara interna de las mejillas, lengua, paladar y encías.⁽²⁶⁾

Clasificación:

- Impétigo no bulloso: patrón infeccioso más común, presentándose con mayor frecuencia en las piernas, luego en el tronco, el cuero cabelludo y la cara. Lesiones faciales usualmente se desarrollan alrededor de la boca y nariz; inicia con máculas rojas o pápulas, posteriormente evoluciona a frágiles vesículas, las cuales se rompen rápidamente y se cubren con una costra gruesa de color ámbar.
- Impétigo bulloso: generalmente es causado por *Estafilococo aureus* (*S. Aureus*), afectando más frecuentemente a bebés y recién nacidos; las lesiones se caracterizan por vesículas superficiales que se agrandan rápidamente para formar ampollas laxas las cuales se llenan con un líquido claro y seroso, volviéndose en poco tiempo más turbio y terminando purulento. Aunque las ampollas pueden permanecer intactas, generalmente se rompen y desarrollan una fina corteza marrón.

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: se basa en el aspecto clínico de las lesiones, resaltando las características de la lesión elemental vesículo pustulosa, eritema y costras mielicéricas, dependiendo de la forma clínica. En casos de diagnóstico cuestionable, se recomienda una tinción de Gram que evidencia presencia de neutrófilos con *cocos Gram positivos* en cadena o en racimos.

Diagnóstico diferencial: el impétigo no ampolloso debe establecerse con el herpes simple y el eczema agudo. En el impétigo ampolloso debe establecerse con la necrolisis epidérmica tóxica por fármacos, picaduras con reacción ampollosa y la epidermolisis ampollosa.⁽⁴⁷⁾

Tratamiento: aplicación de compresas tibias para ayudar a retirar las costras dos a tres veces al día. Antibióticos tópicos como el ácido fusídico al 2% crema aplicando tres veces al día entre otros; para el tratamiento en zonas de difícil acceso como zonas periorales y pliegues es recomendable un tratamiento

sistémico como la Cefalexina: 50-100 mg/Kg/día va fraccionada en 4 tomas durante 7 días y Amoxicilina más ácido clavulámico: 30-50 mg/kg/ día repartidos cada 8 horas, durante 7 a 10 días.

Prevención: se basan en una buena higiene, mejorar las condiciones de vida evitando el hacinamiento, mejorar la nutrición y las condiciones inmunológicas del paciente (ver figura No. 28).^(47,48)

FIGURA No. 28. IMPETIGO



Fuente: Sánchez SL. Impetigo. Dematol Perú. [Artículo en línea] 2015.

LESIONES VIRALES

- Virus Herpes Simple (HSV-1)

El virus del herpes es extremadamente común y se han identificado 8 herpesvirus que afectan a los humanos. Todos los herpesvirus forman parte de una misma familia, los herpesviridae, y tienen muchas características en común.^(28,31)

Este en especial es producida por el virus del herpes simple tipo 1. La infección primaria por este virus ocurre en niños menores de 10 años de edad, alcanzando un pico máximo de incidencia entre los 2-4 años de edad; dentro de su cuadro

clínico se divide en:

- **Herpes primario / Gingivostomatitis herpética primaria**

Enfermedad infecciosa inflamatoria de tipo vírico, que se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas formadas por pequeñas vesículas agrupadas en racimo.

Etiología: la primoinfección es por VHS tipo 1

Características clínicas: en la infancia puede ser asintomática o provocar síntomas inespecíficos, como: fiebre alta, malestar general, inapetencia, adenopatías submandibulares y cervicales inflamatorias, disfagia, sialorrea. Las manifestaciones clínicas intrabucales se presentan inicialmente a los 3-5 días es característico un enrojecimiento y tumefacción de las encías y tras 2 -3 días aparecen pequeñas lesiones vesiculosas que, en 24 horas, dan lugar a erosiones y úlceras superficiales sangrantes que van de 1 a 3 mm de diámetro afectando la encía, la mucosa labial y bucal y la lengua acompañadas de una inflamación gingival generalizada. La enfermedad es autolimitada y tiene una resolución espontánea a los 10-15 días, luego de los cuales el virus viaja a través de los nervios y se aloja en el ganglio trigeminal donde permanece latente durante años.^(32,49,50-54)

El virus permanece inactivo y el ambiente del surco periodontal aporta al virus una ubicación central, a partir de la cual puede ser reactivado por diferentes factores entre los que están: una inmunosupresión del paciente, el estrés, los traumas o por una exposición al sol. El virus se estimula a menudo después del tratamiento dental sistemático, en relación con estrés del paciente y lesión en el tejido del surco durante procedimientos como raspado y alisado radicular o preparación dental. La diseminación de la infección en la cavidad bucal puede deberse al recambio de las células epiteliales del surco o la transferencia leucocitaria, cuya vía principal de entrada hacia la cavidad bucal es el surco gingival. Cuando esto

sucede se define como una **infección secundaria** por el virus del herpes simple.^(28,55)

Se puede presentar en dos formas:

- **Leves:** presentando múltiples úlceras superficiales, pequeñas y puntiformes que afectan a la superficie mucosa bucal queratinizada y no queratinizada. Estas pueden estar limitadas a la encía o afectar diversas zonas, desde los labios y la piel peribucal hasta la nasofaringe.
- **Graves:** pueden presentarse como grandes úlceras blanquecinas, difusas con bordes festoneados y halos eritematosos; dan este aspecto por el resultado de la coalescencia de múltiples úlceras pequeñas en grandes úlceras superficiales y únicas.⁽⁵²⁾

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: es clínico, aunque como confirmación se pueden utilizar el estudio citológico del contenido de la vesícula (test de Tzanck), que es fácil de realizar y nada traumático, el estudio mediante PCR para VHS, en casos de duda, y la detección de anticuerpos circulantes.

Se debe realizar diagnóstico diferencial con herpangina, enfermedad mano-pie-boca, síndrome de Stevens-Johnson, mononucleosis infecciosa y pénfigo vulgar.⁽³²⁾

Diagnóstico diferencial: se debe realizar con el eritema multiforme, el síndrome de Stevens-Johnson, el liquen plano buloso, la gingivitis descamativa, las ulceraciones de la estomatitis aftosa recurrente, y con la Gingivitis Necrosante.

Tratamiento: por lo general es paliativo ya que por ser una afección viral es autolimitada. Las metas del tratamiento deben ser el manejo de la fiebre y el dolor como recomendación para esto puede utilizarse el paracetamol, garantizar la alimentación nutritiva con dieta blanda y sin condimentos para disminuir la sintomatología y la hidratación con bastantes líquidos. También es considerable

tener buena higiene bucal, cepillado de las encías suavemente, para aminorar la infección, enjuagues bucales, así como también el agua-sal que no necesita prescripción médica, puede ayudar como analgésicos.⁽²⁸⁾

Siegel reporta la utilización de dos nuevas drogas para el manejo de esta patología como son el Penciclovir, que es un antiviral en crema al 1% que ha demostrado que disminuye en un día la presentación del cuadro infeccioso y el Doconasol en crema al 10% que afecta la membrana celular de las células de la mucosa impidiendo que sean invadidas por el virus.

Según el cuadro clínico del paciente, es posible que esta terapia no sea suficiente y se requiera de la utilización de agentes antivirales como el Aciclovir sistémico. Para los pacientes que presentan múltiples recurrencias se recomienda la utilización de Aciclovir profiláctico en una dosis de 20 mg/kg/dosis-máximo 800 mg/día cuando el paciente se va a exponer al sol o a alguno de los factores desencadenantes. En casos severos la hospitalización.^(31,52)

Prevención: evitar el contacto directo con las vesículas o con algún objeto que haya estado en contacto con las ampollas cuando los pacientes se encuentran en el cuadro agudo para evitar la posibilidad de infecciones cruzadas y contagio.

Epidemiología: su incidencia incrementa a los seis meses de edad e incrementa mayormente entre los 2 y 4 años de edad (ver figura No. 29).^(51,52,55)

FIGURA No. 29. GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA



Fuente: Roldán HMA. Diagnóstico y tratamiento de lesiones en la mucosa oral en niños (tesina para obtener el título de cirujano dentista). México: Universidad Autónoma de México. Facultad de odontología. 2018.

- **Herpes recurrente bucal**

Infección resultante de la reactivación del virus simple en individuos en los cuales estos han estado latentes; es causado por el herpes virus tipo 1 (VHS-1).

Etiología: su reactivación puede ser desencadenada debido a fiebre, traumas, estrés, luz ultravioleta y exposición exagerada al sol, entre otros factores; es común en niños con el sistema inmunológico debilitado.⁽⁵⁶⁾

Características clínicas: las lesiones pueden localizarse en la región de los labios, paladar duro, encía adherida a la región peribucal y nariz; las lesiones recurrentes son menores y los síntomas en general ausentes ya que la infección primaria confirió inmunidad. Inicialmente, el paciente puede sentir prurito y sensación de hormigueo en la región, con un pequeño número de vesículas agrupadas, que se rompen provocando la aparición de pequeñas úlceras; después de unos días se forman costras que luego desaparecen sin dejar cicatriz.⁽⁵⁴⁾

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: generalmente se realiza un diagnóstico clínico y en caso de duda se puede realizar el estudio citológico del contenido de la vesícula llamado test de Tzanck.

Tratamiento: no hay un tratamiento específico para estas lesiones, solamente se

pueden atenuar posibles síntomas y la aceleración de la cura; algunos autores indican la utilización tópica de Aciclovir en casos de recidivas frecuentes.

Epidemiología: ocurre generalmente en niños de entre 6 meses y 5 años de edad (ver figura No. 30).

FIGURA No. 30. HERPES RECURRENTE



Fuente: Settimo C, Brovia R. Lesiones bucales en niños y adolescentes. La Revista de Salud del CASMU [Artículo en línea] 2016.

- **Herpes labial**

Infección mucocutánea que se manifiesta con un cúmulo de pequeñas vesículas dolorosas sobre una base eritematosa.

Etiología: es causado por el VHS tipo 1.

Características clínicas: fase prodrómica con escozor y sensación pruriginosa; al cabo de 2-3 días, aparecen vesículas entre 8-10 en ramillete con contenido claro, evolucionan primero abriéndose, desecándose y formando una costra que al final desaparece.

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: el diagnóstico se realiza de manera clínica con una buena inspección de las vesículas o ampollas.

Tratamiento: curan en 7-10 días. El tratamiento con aciclovir en crema al 5%, aplicado 5 veces al día en fase prodrómica, puede evitar la aparición del cuadro o suavizar el mismo.⁽³²⁾

Prevención: evitar el contacto directo con las vesículas, con utensilios que hayan estado en contacto con una persona portadora del virus. (ver figura No. 31).

FIGURA No. 31. HERPES LABIAL



Fuente: Álvarez HBA. Prevalencia de lesiones orales de tejidos blandos en niños de 5 a 10 años (tesis). Ecuador: Universidad de Guayaquil. 2019.

Virus Varicela Zoster (VZV)

Es un virus neurodermatotropo, cuyo modo de contacto inicial es por inhalación de gotitas que penetran en el organismo a través del aparato respiratorio, con un periodo de incubación de 1 a 3 semanas.⁽⁵⁷⁾

Es una enfermedad altamente contagiosa, desde que se inicia el periodo prodrómico hasta una semana después de la aparición de las primeras vesículas.

Etología: causado por el herpes virus tipo 3 o virus varicela-zoster que provoca una enfermedad eruptiva común llamada varicela.⁽²⁸⁾

Características clínicas: se caracteriza por la aparición súbita de vesículas generalizadas acompañadas de fiebre, escalofríos y malestar general. Este virus se contagia por contacto directo con lesiones infectadas o transmisión por aire con vía de entrada por las vías respiratorias. Intrabucalmente se presentan vesículas

aisladas que se localizan en los labios, el paladar tanto duro como blando; la lengua y ocasionalmente en las encías con halo eritematoso prominentes que las rodea semejando aftas, estas se rompen dejando lesiones ulceradas expuestas que normalmente no son dolorosas. La varicela puede autolimitarse, pero puede estar asociada a complicaciones, ser causa de hospitalización y de una enfermedad invasiva. Dentro de las complicaciones frecuentes y comunes se encuentran las cutáneas, las cuales representan infecciones de piel y tejidos blandos.^(28,51,54,57)

El herpes zóster en su manifestación bucal podría incluso dar lugar a necrosis del periodonto y alteraciones óseas maxilares produciendo secuestros y pérdidas dentarias.⁽¹⁰⁾

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: puede realizarse empleando los mismos métodos que para el herpes simple, citología exfoliativa, cultivo o serología.

Diagnóstico diferencial: Herpes simple diseminado, herpes zóster generalizado, infecciones por virus *Coxsackie* o enterovirus; en casos no típicos: impétigo por estafilococos, erupción cutánea alérgica, picaduras de insectos, urticaria papular, acné común.

Tratamiento: estas lesiones bucales usualmente no requieren tratamiento, pero puede indicarse el Aciclovir a dosis altas de 800 mg, 5 veces al día, durante 15 días para aliviar las molestias.

Prevención: evitar el contacto directo con personas infectadas por el virus. Y la vacunación contra varicela, la Academia Americana de Pediatría indica dos dosis para una cobertura de protección de 90 a 93% (ver figura No. 32).

FIGURA No. 32. VARICELA ZSOSTER



Fuente: Scully C, Paes DO, Bagán J, Diz DP y Mosqueda TA. Medicina y patología bucal. Una visión práctica. México: Planeación y Desarrollo Editorial, S.A. de C.V. 2014.

Virus Coxsakie

- **Enfermedad Mano-pie-boca**

Conocida también como estomatitis vesicular con exantema. Se trata de un proceso infeccioso muy prevalente en la edad pediátrica de carácter epidémico y de predominio estacional.⁽⁵⁸⁾

Etiología: causada por el virus Enterovirus 71(EV71) y el virus Coxsackie A16 (CA16) hasta en un 70% de los casos; el virus se propaga de persona a persona, o de fómites contaminados por el virus, como saliva, heces, líquido vesicular y secreciones respiratorias.⁽⁵⁹⁾

Características clínicas: la enfermedad empieza por un cuadro prodrómico, consistente en febrícula, anorexia, dolor abdominal, malestar general, sequedad de boca y tos. Las lesiones en la mucosa bucal preceden a las cutáneas, o suelen desarrollarse paralelamente. La afectación bucal empieza tras un período de incubación de 2-6 días. Las vesículas son difíciles de percibir porque se erosionan con facilidad, produciendo dolor. En cuanto al número de lesiones van de 5 a 10, y las lesiones cutáneas evolucionadas en vesículas, aparecen en las manos, los glúteos y los pies simultáneamente, sin embargo, la afectación más

frecuente es la aparición de las manos, la cual se distribuye en número de 20 a 30 lesiones localizadas en el dorso de las mismas y en las caras laterales de los dedos. Es autolimitada, en forma habitual, tiene una duración no mayor de una semana, con morbilidad baja.^(60,61)

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: el diagnóstico se basa en el cuadro clínico, la serología se utiliza para confirmarlo, pero rara vez se solicita. El diagnóstico diferencial debe hacerse con herpangina o estomatitis herpética para las lesiones en boca, para las lesiones del cuerpo con varicela o herpes zoster.

Diagnóstico diferencial: deben considerarse la GEHA, la estomatitis aftosa recurrente y la herpangina. Por el resto de los síntomas (fiebre y rash) deben plantearse diagnósticos diferenciales con la varicela, la escabiosis, dengue hemorrágico y zika.⁽⁶¹⁾

Tratamiento: no hay un tratamiento específico solo medidas de apoyo o de prevención.

Prevención: higiene personal adecuada, lavado de manos, desinfección correcta de las superficies en los centros de cuidado infantil y en casa, así como la correcta eliminación de excretas y aplicación de la vacuna contra EV71 (ver figura No. 33).^(49,58,62)

FIGURA No. 33. ENFERMEDAD MANO, PIE, BOCA



Fuente: Acosta TJ, Torres ML, Gonzalez OE, Fonseca M, Cabrera MM, Taño EE y cols. Características clínico epidemiológicas de pacientes pediátricos con enfermedad boca, mano, pie. Rev Cubana Pediatr [Artículo en línea] 2018.

Virus Papiloma Humano (VPH)

Existen aproximadamente 150 diferentes tipos de VPH que han sido identificados; sin embargo, 24 están asociados con lesiones bucales, de los cuales, los tipos 6, 11, 13 y 32 se han asociado con lesiones benignas.

El papiloma es considerada una neoplasia benigna común que se origina en el epitelio superficial. La investigación científica ha demostrado que son de las dermatosis más frecuentes e importantes.⁽⁶³⁾

Las lesiones ocasionadas por el papilomaviridae son descritas como verrucopapilares, ya que su apariencia clínica es exofítica indolora, similares en apariencia a una coliflor.⁽²⁸⁾

- **Papiloma escamoso**

Es un pequeño tumor epitelial que adopta un aspecto verrugoso (en forma de coliflor) de color blanquecino o grisáceo.

Etiología: es causado por el virus del papiloma humano.

Características clínicas: usualmente es una lesión solitaria aunque ocasionalmente se pueden presentar más en la misma región. Shaffer lo describe como un tumor benigno de origen epitelial. Generalmente son filiformes, a veces sésiles, de pocos milímetros de tamaño; puede asentar en cara interna de mejillas, en lengua, piso de boca, labios, encía o paladar blando cerca de la úvula. La transmisión del virus puede ocurrir por contacto directo con lesiones, relaciones sexuales o de madre a hijo durante el parto con un periodo de incubación variable que va desde las tres semanas a un tiempo impreciso.^(28,63-66)

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: es clínico y debe realizarse por la identificación de una tumoración exofítica verrugosa o papilar en la cavidad bucal, además de los criterios histopatológicos de la biopsia excisional de la lesión.

Diagnóstico diferencial: debe realizarse con el condiloma acuminado, verruga vulgar y carcinoma verrugoso.

Tratamiento: escisión quirúrgica mediante anestesia local.^(64,65)

Prevención: evitar el contacto directo con la lesión.

Epidemiología: es frecuente en pacientes que se muerden las uñas y dedos, inoculando así el virus. Varía entre el 14 y el 90%, siendo más frecuente en mujeres (ver figura No. 34).^(26,32,33,66)

FIGURA No. 34. PAPILOMA ESCAMOSO



Fuente: Falgas F.J. Patología oral. Pediatría Integral [Artículo en línea] 2015.

- **Verruga vulgar**

Es una lesión de piel frecuente, causando una proliferación epitelial benigna con cambios malignos infrecuentes; se ha sugerido que estas lesiones se contagian por contacto directo entre las personas, pero también pueden surgir mediante la auto-inoculación, ya que por lo general se presentan en personas con verrugas en manos y dedos.⁽³³⁾

Etiología: causada por la infección con el VPH-2, VHP-4 o VPH-40

Características clínicas: son neoformaciones semiesféricas de superficie áspera y cornificada, consistencia dura y seca que al inicio su tamaño es el de la cabeza de un alfiler, con hiperqueratosis leve, lisas, brillantes y translúcidas de crecimiento gradual y en el curso de semanas o meses alcanza un tamaño máximo de 5 a 6 mm, su coloración dependerá del grado de queratinización. Se localiza frecuentemente en lengua, paladar duro, paladar blando, labio y bermellón. Son lesiones generalmente solitarias pero pueden presentarse de manera múltiple.⁽⁶³⁾

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: examen clínico minucioso, complementado con biopsia excisional y estudio histopatológico.^(28,67)

Diagnóstico diferencial: neoplasias malignas de piel y otras neoplasias benignas de piel.

Tratamiento: extirpación quirúrgica, ya sea por escisión rutinaria, electrocauterización o ablación con láser.

Prevención: es importante que la persona que padece verrugas intente evitar el contacto directo, ya que la susceptibilidad individual al contagio es muy variable. Por otra parte, en el mismo individuo las lesiones se extienden de una zona a otra por auto-inoculación. También se deben tomar medidas higiénicas ya que con un simple lavado con jabón es suficiente para eliminarlo antes de que produzca lesiones cutáneas.⁽⁶³⁾

Epidemiología: se ha observado que la mayor incidencia es entre los 6 y 12 años y que ocasionan hasta el 80% de las dermatosis en niños en edad escolar en igualdad de género con mayor frecuencia en verano (ver figura No. 35).⁽⁶⁸⁾

FIGURA No. 35. VERRUGA VULGAR



Fuente: Álvarez HBA. Prevalencia de lesiones orales de tejidos blandos en niños de 5 a 10 años (tesis). Ecuador: Universidad de Guayaquil. 2019.

LESIONES POR HONGOS

- **Candidiasis bucal**

Es la enfermedad por hongos más común de la mucosa bucal, estos hongos son integrantes de la flora bucal habitual pero, por eventos de inmunosupresión, en patologías sistémicas, luego de la ingesta de antibióticos de amplio espectro y en casos de utilización de aparatos con cubrimiento palatino, los niños pueden presentar una exacerbación de estos microorganismos y presentar candidiasis bucal.

Etiología: es causada por el hongo *Cándida Albicans*. Las causas que favorecen a la presencia de candidiasis bucal comprende factores locales como mala higiene bucal, anemia por deficiencia de hierro, desnutrición, depresión del sistema inmune.^(28,38,51)

Características clínicas: clínicamente las lesiones se presentan como lesiones exudativas color blanco cremoso, localizadas en lengua y mucosas, que se desprenden al raspado, dejando una superficie eritematosa y en ocasiones hemorrágica y dolorosa.^(34,69-71)

La candidiasis puede clasificarse según su presentación clínica en:

- Pseudomembranosa o algodoncillo: es la presentación clásica de la candidiasis bucal. Se presenta como placas blancas, formadas por hifas, células epiteliales descamadas, acumulación de queratina, fibrina y tejido necrótico, que pueden ser removidas dejando una superficie eritematosa; normalmente no presenta sintomatología, sin embargo algunos pacientes pueden presentar sensación de ardor, disgeusia, tendencia a sangrado en las zonas afectadas; es comúnmente observada en pacientes inmunosuprimidos (ver figura No. 36).^(33,34)

FIGURA No. 36. CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA



Fuente: Roldán HMA. Diagnóstico y tratamiento de lesiones en la mucosa oral en niños (tesina para obtener el título de cirujano dentista). México: Universidad Autónoma de México. Facultad de odontología. 2018.

- Eritematosa: este tipo de candidiasis se presenta como placas o maculas eritematosas, que suelen aparecer en paladar, mucosa de carrillo o cara dorsal de lengua, cuando aparecen en esta última localización se acompañan de atrofia de las papilas linguales; los pacientes presentan sensación de ardor en labios y lengua (ver figura No. 37).

FIGURA No. 37. CANDIDIASIS ERITEMATOSA



Fuente: Roldán HMA. Diagnóstico y tratamiento de lesiones en la mucosa oral en niños (tesina para obtener el título de cirujano dentista). México: Universidad Autónoma de México. Facultad de odontología. 2018.

- Hiperplásica o leucoplásica: este tipo de candidiasis poco común la cual se presenta como placas blancas que se ubican en mucosa de carrillo y pueden involucrar comisuras labiales y bordes laterales de lengua; a diferencia de la candidiasis pseudomembranosa esta no se desprende, motivo por el cual pudiera ser confundida con leucoplasia bucal.⁽⁷⁰⁾
- Quielitis angular: es una lesión en donde la comisura del labio se inflama y puede presentarse unilateral o bilateralmente; en casos graves las fisuras labiales pueden sangrar y crear llagas poco profundas al momento de abrir la boca o puede formarse una costra. Su etiología esta causada por bacterias u otros agentes patógenos, pero más frecuente por la infección de un hongo como el de la *Candida Albicans*, también está relacionada con deficiencias nutricionales como la vitamina B2 de la Riboflavina, por falta de hierro (anemia), por insuficiencia de zinc, así como ser ocasionada por los fármacos que se secan en la piel. Las características clínicas aparecen cubiertas por una pseudomembrana cremosa blanquecina o amarillenta, provocando dolor al realizar movimientos con los labios (ver figura No. 38).⁽¹²⁾

FIGURA No. 38. QUEILITIS ANGULAR



Fuente: Casamayou R, Izquierdo RS. Lesiones de la mucosa bucal en una población infantil de Montevideo, Uruguay. Actas Odontológicas [Artículo en línea] 2016.

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: los cultivos no suelen ser útiles, pero se recomienda que para su diagnóstico exacto se realice mediante frotis, y no sólo clínico; debe ser positivo y aparecer el pseudomicelio; debemos distinguir mediante serología, clínica, citología clínica, micología, si es sólo lesión por cándida o si existe otra lesión subyacente.^(21,69)

Diagnóstico diferencial: incluye las demás lesiones blancas de la mucosa bucal, en especial la leucoplasia y liquen plano, lesiones en las que no se produce nunca desprendimiento de las lesiones al raspado.⁽⁶⁹⁾

Tratamiento: es local y sistémico, incluye la identificación de los factores de riesgo y el manejo de los mismos con la implementación de buenas medidas de higiene bucal del paciente; en paciente pediátrico debemos llevar a cabo el cepillado de la lengua, del paladar y de las mejillas; la terapia sistémica debe de estar dirigida a la administración de antifúngicos tópicos, como el miconazol o la nistatina, aplicados 4 o 5 veces al día; en caso de necesidad de antimicóticos sistémicos, se pueden utilizar, preferentemente: fluconazol, itraconazol y ketoconazol.^(12,28,32,69)

Epidemiología: se puede ver a cualquier edad, pero principalmente en pacientes inmunodeprimidos y con mayor frecuencia en el recién nacido, debido a que no tiene muy desarrollada su flora bucal, unido a un escaso desarrollo de las glándulas salivales y contaminación durante el parto.^(10,26,35,71)

Es frecuente su aparición después de la administración de antibióticos de amplio espectro, como resultado de la destrucción de la flora bacteriana saprofita habitual y del aumento de la capacidad patogénica de la cándida.⁽²¹⁾

El 50% de los pacientes pediátricos presenta *Cándida Albicans* como un comensal normal.

LESIONES REACCIONALES Y PROVOCADAS POR TRAUMAS

Se producen a causa de un trauma mecánico por contacto continuo con una cúspide o arista dental muy marcada, pueden influir otros factores locales como la presencia de biopelícula y tártaro dental. La ubicación de la lesión aparecerá en el mismo sitio intrabucal mientras persista la causa etiológica.^(10,32)

- **Queratosis friccional**

La queratosis por fricción es probablemente la más común de las lesiones blancas focales observadas en la mucosa bucal. Causada por un traumatismo repetitivo con la relación evidente de causa-efecto.

Etiología: los factores causales pueden ser órganos dentarios con bordes filosos, aparatos dentales, cepillado dental, masticación, mordedura del carillo, entre otros. La irritación constante estimula la producción excesiva de queratina, con cambios secundarios en el grosor y en el color de la mucosa afectada.

Características clínicas: causa lesiones blancas y rojas con una superficie desgarrada en la mucosa labial o bucal o ambas cerca de la línea de oclusión. Los labios, las caras laterales de la lengua, la mucosa yugal a lo largo de la línea de oclusión dental (línea alba) y las crestas alveolares desdentadas son los lugares de afectación más frecuente.⁽⁷²⁾

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: el diagnóstico es clínico, el análisis histopatológico puede confirmar.

Diagnóstico diferencial:

- Nevo Blanco Esponjoso
- Leucoedema
- Liquen Plano
- Candidiasis Hiperplásica
- Leucoplasia Idiopática.

Tratamiento: se deben eliminar los irritantes y suspender los hábitos causales.

Prevención: evitar algún tipo de irritante mecánico que pueda generar la lesión.

Epidemiología: sexo más afectado es el masculino (ver figura No. 39).

FIGURA No. 39. QUERATOSIS FRICCIONAL POR FRICCIÓN



FUENTE: Scully C, Paes DO, Bagán J, Diz DP y Mosqueda TA. Medicina y patología bucal. Una visión práctica. México: Planeación y Desarrollo Editorial, S.A. de C.V. 2014.

- **Úlcera traumática**

Es una lesión en la mucosa oral que puede presentarse en cualquier región con pérdida de capas epiteliales por agentes traumáticos.

Etiología: dentro de las causas resulta del contacto con agentes químicos, físicos, o por contusiones mecánicas como mordiscos, cepillados de diente, comidas crujientes, bordes de filosos dientes, bordes defectuosos de dentaduras, injurias por iatropatogenia durante los procedimientos dentales.^(8,29)

Características clínicas: las úlceras suelen afectar la lengua, la mucosa bucal, los labios, la encía y la región del vestíbulo bucal; la duración e intensidad del agente traumático determinara la característica clínica de la lesión. En general las úlceras varían de tamaño, forma, contorno y profundidad, así como en relación al

tiempo de permanencia en la cavidad bucal, es de lesiones ovoides con centro necrótico blanquecino, circundadas por áreas eritematosas; el síntoma característico es el dolor al deglutir y hablar.^(33,51,73)

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: inspección clínica e identificar y eliminar el factor traumático. Biopsia y respectivo estudio histopatológico para confirmar diagnóstico.

Diagnóstico diferencial:

- Ulcera Aftosa Recurrente
- Ulcera Tuberculosa
- Ulceras por infección de Herpes Simple
- Herpangina
- Histoplasmosis

Tratamiento: consiste en la remoción de los agentes causales y en la realización de limpieza de la lesión con suero fisiológico; en casos de traumatismo severo, con exposición amplia del tejido conjuntivo, hay necesidad de suturar los bordes de la lesión. La reparación de la lesiones ocurre generalmente en un periodo de 10 a 14 días; la clorhexidina al 0.12% está indicada para prevenir la ocurrencia de infecciones secundarias.⁽⁵⁶⁾

Prevención: evitar algún factor traumático como mordedura, traumatismo o aparatología cerca de la zona.

Epidemiología: comienzan en la niñez, pero afectan, principalmente, a adolescentes y adultos jóvenes (ver figura No. 40).^(8,74)

FIGURA No. 40. ÚLCERA TRAUMÁTICA



FUENTE: Falgas FJ. Patología oral. Pediatría Integral [Artículo en línea] 2015.

- **Mucocele**

El término mucocele se utiliza en forma genérica antes de establecer el diagnóstico microscópico, para referirse tanto al quiste por retención mucosa como al fenómeno de extravasación. Es una inflamación blanda de contenido salival que se origina en las glándulas salivales menores.

Etiología: causado principalmente por un traumatismo local.

Características clínicas: clínicamente se presenta como una lesión pequeña, nodular, translúcida, de color claro si su localización es profunda puede ser azulada, si es superficial la mucosa suele ser lisa, depresible, fluctuante con tendencia al crecimiento dependiendo de la producción de moco, provocando dolor. El tamaño puede variar de 2-3 mm a 1-2 cm y el sitio más frecuentemente afectado es la mucosa del labio inferior.

La patogénesis del mucocele está bien descrita, el conducto salival se rompe y deja escapar mucina dentro del tejido conectivo circundante. Posteriormente la zona es rodeada por tejido de granulación inflamatorio, lo que le da la consistencia a la lesión. ^(28,75-77)

Pudiendo clasificarse en dos tipos: el quiste mucoso de retención y el de extravasación.^(10,26,32,35)

- Por **extravasación** es la más común de esta alteración, aparece como consecuencia de traumas fuertes o leves por aparatos de ortodoncia o después de un procedimiento; como resultado de esta separación o división de un ducto salival que causa la extravasación de la mucosidad al estroma del tejido conectivo restante, su acumulación y tumefacción de dicho tejido, histológicamente esta alteración no tiene un epitelio.⁽³¹⁾
- Por **retención** no tiene el aspecto más común y es causado por el taponamiento del conducto glandular debido a casusa de un incremento epitelial.^(33,77)

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: el diagnóstico diferencial se puede realizar con el hemangioma y lipoma.

Tratamiento: requiere de remoción quirúrgica el cual el manejo incluye crioterapia, dióxido de carbono y el uso del ácido gamma-linolénico tópico, para la eliminación de las glándulas salivales que se encuentren afectadas, esto evita recurrencia; en algunos casos los mucocelos desaparecen por sí solos.^(10,26,31,32,35,77)

Epidemiología: depende de su ubicación específica, los mucocelos del labio inferior son los más frecuentes debido a la susceptibilidad a traumatismos, seguidos por los linguales y los del piso de boca (ver figura No. 41).⁽⁷⁵⁾

FIGURA No. 41. MUCOCELE



Fuente: Falgas FJ. Patología oral. Pediatría Integral [Artículo en línea] 2015.

○ **Úlcera de Riga-Fede**

La úlcera fue descrita en 1881 por el médico italiano Antonio Rige y nueve años después F. Fede publica algunos casos y sus características histológicas, debido a esto se le conoce como úlcera o enfermedad de Riga-Fede. Es una lesión secundaria a la presencia de dientes natales y neonatales.

Etiología: es causada por el roce de la lengua en su región ventral contra el borde de los órganos dentarios natales, neonatales u órganos dentarios temporales recién erupcionados y filosos.⁽⁴⁵⁾

Características clínicas: proceso inflamatorio poco frecuente y benigno que inicia por reacción de una ulcera traumática provocada por los movimientos de la lengua en la alimentación y en niños con insensibilidad al dolor ubicada en la cara ventral de la lengua a ambos lados del frenillo de aproximadamente 1 a 2 cm. Impidiendo la alimentación del bebé, provocando dolor e impidiendo el movimiento de la lengua.

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: clínico e histopatológico.

Tratamiento: el tratamiento se puede realizar con antisépticos para evitar infecciones, si evoluciona de forma negativa se tendrá que eliminar la causa que produzca el traumatismo, esto puede hacerse desgastando la zona que produzca el problema (ver figura No. 42 y 43).⁽³⁵⁾

FIGURA No. 42. ÚLCERA DE RIGA-FEDE



FIGURA No. 43. ÚLCERA DE RIGA-FEDE



Fuente: Ángulo EMA, Teja AE, Duran GA. El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido. Acta Pediátrica de México [Artículo en línea] 2013.

LESIONES REACTIVAS

Este tipo de alteraciones se relaciona con respuestas inmunológicas alteradas y exageradas que traen como consecuencia lesiones de carácter ulcerativo.

- **Estomatitis aftosa recurrente**

Es una patología que se caracteriza por úlceras de forma y tamaño variable, superficiales y dolorosas, que pueden ser únicas o múltiples. Su característica principal es que reinciden en lapsos de días, meses y años. En los niños la presentación más frecuente es la de úlceras aftosas menores.^(28,51)

Etiología: es conocida y, por tanto, no son verdaderas aftas, siendo producidas por agentes químicos (ácido acetil-salicílico, agentes cáusticos, antisépticos, entre otros.), por agentes biológicos (virus del herpes) o bien enfermedades sistémicas, como hemopatías, déficits nutricionales y enfermedades autoinmunes.^(32,78,79)

Como ya se menciona su etiología es desconocida pero se cree en la actualidad que su etiología es multifactorial interviniendo ciertos factores:

Predisponentes:

- Factores genéticos
- Alérgenos alimentarios
- Ciclo menstrual
- Estrés
- Irritantes

Locales:

- Bordes cortantes
- Piezas en mal posición
- Aparatos de ortodoncia
- Técnica de cepillado
- Estado del cepillo

Inmunológicos: produciéndose como una respuesta inmunológica local mediada por linfocitos T.

Enfermedades generales asociadas:

- Síndrome de Behcet
- Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, neutropenia cíclica, Síndrome de Reiter, entre otros.
- Alteraciones hematológicas: déficit de hierro, ácido fólico y vitamina B12
- Déficit vitamínico: disminuciones de B1, B2 y –b6

- Déficit de zinc

Los niños y adolescentes suelen estresarse ante la presencia de cambios, ya sean familiares, del ámbito escolar o en diferentes actividades competitivas por lo cual puede ser un factor muy importante para tomar en cuenta por los profesionales de la salud.^(38,59,80)

Características clínicas: usualmente tienen forma ovalada pudiendo observarse una úlcera de aspecto blanquecino, su aparición es aguda, evoluciona en una semana, y suele recidivar; por lo general afecta a la mucosa blanda la que no es queratinizada o muy poco queratinizada como en la zona de los carrillos y la mucosa bucal, así como en el piso de la boca y la superficie ventral de la lengua. La manera de diferenciar a las lesiones aftosas de otras, es recordando que las aftas son lesiones que no están precedidas por vesículas.^(33,78-80)

Clasificación: suele dividirse y denominarse aftosis cuando el proceso, de mayor o menor intensidad, cursa con aftas (varias aftas). Y se denomina aftoide cuando las lesiones simulan a las aftas.

Para su clasificación es en función a su tamaño, distinguiéndose las formas menores, mayores y herpetiformes.⁽³²⁾

- **Afta mayor:** lesiones mayores de 1 cm. suelen aparecer 1 o 2 lesiones aisladas, su duración es de más de 2 semanas, pudiendo superar el mes, y con posibilidades de resolverse dejando cicatriz; su ubicación más frecuente es el paladar blando y la faringe; suelen ser redondeadas, más profundas que las menores y de color blanco-amarillento.

Existen dos formas clínicas: la aftosis bipolar de Newman, que se caracteriza por la aparición simultánea de aftas en mucosa bucal y genital; y la enfermedad de Sutton o periadenitis mucosa necrótica recurrente, que es una afta mayor en la vecindad de una glándula salival menor, en donde la inflamación y la necrosis afectan también a esta.^(32,33)

- **Afta menor (aftas de Mikulicz):** son las más frecuentes, su tamaño es menor de 1cm (de 5 a 10mm); son de forma ovalada, con profundidad escasa, bordes eritematosos, no muy numerosas y su duración se sitúa entre los 10 y 14 días, curando sin secuelas espontáneamente; afectan principalmente a: mucosas yugales, labiales, fondo de vestíbulo, piso de la boca y lengua.^(32,33,38,51)
- **Herpetiforme:** son lesiones de tamaño muy pequeño, pero muy numerosas, con tendencia a unirse y formar úlceras más grandes e irregulares, que pueden confundir con un cuadro herpético; afectan a la mucosa blanda móvil y no queratinizada, a diferencia del herpes intraoral. Su duración es de 10 a 14 días y se resuelven sin dejar cicatriz.⁽³²⁾

Diagnóstico y auxiliares de diagnóstico: para su diagnóstico es básicamente clínico pero puede complementarse con biopsia y su respectivo estudio histopatológico para confirmar diagnóstico.

Diagnóstico diferencial:

- Herpes intraoral
- Eritema exudativo multiforme
- Carcinoma oral de células escamosas
- Ulcera Traumática
- Herpangina
- Pénfigo y Penfigoide

Tratamiento: estas lesiones curan entre 7 y 10 días después de iniciadas y por lo general no dejan ninguna cicatriz. También se pueden utilizar antisépticos como clorhexidina en gel o colutorio sin alcohol, antibióticos y corticoides tópicos, para ayudar con el proceso de curación. El uso de enjuagues con anestésicos locales como Lidocaína jalea al 2% y antiinflamatorios como la Difenhidramina jarabe y el uso de bencidamida (*Benzirin*) en enjuague también se ha recomendado, 3 veces

al día. En la actualidad, la tendencia inicial es a la utilización tópica del ácido hialurónico al 0,2%, considerándose una terapia eficaz y segura.^(28,32,74)

Epidemiología: se presenta después de los seis años con mayor frecuencia en el sexo femenino (ver figura No. 44 y 45).⁽⁵¹⁾

**FIGURA No. 44. ESTOMATITIS AFTOSA
RECURRENTE**



**FIGURA No. 45. ESTOMATITIS AFTOSA
RECURRENTE**



Fuente: Casamayou R, Izquierdo RS. Lesiones de la mucosa bucal en una población infantil de Montevideo, Uruguay. Actas Odontológicas [Artículo en línea] 2016. / Yáñez M, Escobar E, Oviedo C, Stillfied A y Pennacchiotti G. Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Children. Int J Odontostomat. [Artículo en línea] 2016.

Panorama epidemiológico

Soriano JM y cols. (2014) España. Realizaron un estudio para determinar la presencia de candidiasis oral en 270 niños acogidos en España. El estudio contó con la aprobación del Comité Ético de la Universidad de Valencia en el cual se recogieron muestras clínicas de los niños saharauis acogidos, se codificaron y se colocaron en frascos estériles cerrados para su transporte al laboratorio, donde se sembró en placas de ChromAgar Candida y se incubó a 36 °C durante dos días. Resultados se observó, en nuestro estudio, un porcentaje de candidiasis oral entre la población de un 0,4 % para el total de los niños saharauis, correspondiente a una única niña, de 9 años, de los 270 niños estudiados.⁽⁸¹⁾

Pazmiño RCE (2017) Ecuador. Realizó una investigación para determinar la frecuencia de patologías que aparecen en la lengua de 122 pacientes pediátrico que asistieron a la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. La información fue recolectada mediante la revisión de historias clínicas y la confirmación de estos datos mediante un nuevo examen clínico que fueron registrados en una hoja recolectora de datos. Resultados se encontraron patologías linguales en 71 niños siendo la de mayor frecuencia la lengua saburral con 55 niños; lengua geográfica con 11 niños y frenillo corto con 4 niños.⁽⁸²⁾

Iriquin SM y cols (2019) Argentina. Realizaron un estudio para determinar la frecuencia de presentación de patologías en tejidos blandos y duros de la cavidad oral, clínicamente observables en la población infantil que asiste a las clínicas de la Asignatura Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología de la UNLP. Se seleccionaron 160 pacientes niños entre 0 y 16 años. Examinando los tejidos blandos por regiones con inspección y palpación identificando diferentes patologías. Resultados 65 no tenían patologías, 57 tenían anomalías dentarias y 38 patologías de los tejidos blandos. Se diagnosticaron anomalías en los tejidos blandos: 5 Lenguas Geográficas, 6 Gingivo Estomatitis Herpética, 1 Pseudopapiloma irritativo por succión, 3 Manchas Melánicas, 2 Mucocelos, 7 pacientes con Aftas, 14 erosiones traumáticas.⁽⁸³⁾

Yáñez M y cols (2016) Chile. Realizaron un estudio para determinar la prevalencia de lesiones en la mucosa oral en niños examinando 101 pacientes de la Clínica de Odontología Pediátrica de la Universidad del Desarrollo siendo pacientes de 4 años a 13 años, ambos sexos. El instrumento utilizado para medir fue el registro clínico, basado en el examen clínico de la mucosa oral aplicado por la OMS. Resultados el 37,6% fueron diagnosticados con al menos una lesión de la mucosa oral durante el examen: 36,2% en el sexo masculino presentaron alguna lesión y el 38,9% del sexo femenino, solo un paciente tenía dos lesiones simultáneamente. Las lesiones que se presentaron fueron úlceras aftosas menores en el 6.9%, irritación fibroma 5%, úlcera traumática 5%, erosión traumática 4%, impétigo 4%, lesiones pigmentadas 3% y herpes recurrente labial 2%.

La ubicación anatómica de las lesiones de la mucosa oral, 9 se ubicaron en la mucosa labial, 6 en el borde bermellón, 5 en la mucosa bucal, 3 en las comisuras labiales, 3 en la encía, 3 en el piso de la boca, 3 en el surco bucal, 2 en el dorso de la lengua, 2 en el ápice de la lengua, 1 mucosa adherida, 1 en el paladar duro y 1 en el pilar amigdalino.⁽⁸⁴⁾

Rivera (2016) Chile. Realizó un reporte breve para determinar la frecuencia de lesiones de la mucosa oral y variaciones normales de la anatomía de la cavidad oral en niños y adolescentes mediante una revisión sistemática de la literatura. Los estudios fueron realizados en Estados Unidos, Italia, India y Turquía. A los que sumamos datos chilenos con un rango etario de 0 a 18 años. En los resultados considerando la frecuencia en conjunto las principales patologías son las úlceras recurrentes orales, candidiasis, línea alba, mucocele, lesiones traumáticas, y el herpes recurrente oral.⁽³⁰⁾

Madera AMV y cols (2013) Colombia. Realizaron un estudio para describir la prevalencia de alteraciones linguales y factores relacionados. Se examinaron 134 niños que asistieron a consulta en las clínicas odontológicas de la Universidad de Cartagena en el segundo semestre del 2011 con edades entre 2 y 13 años. Se

realizó examen clínico al niño, revisión de su historia clínica médica y una encuesta a la madre, para evaluar la presencia de alteraciones linguales. Resultados se evidenciaron 107 casos de alteraciones linguales correspondiente a una prevalencia de 79.9%. De acuerdo al tipo de alteración lingual las de mayor frecuencia fueron lengua saburral con el 74.6%, seguida de la anquiloglosia con un 5.2%.

En cuanto al tipo y la ubicación de la lesión, se evidenció mayor frecuencia de pseudo-placa en un 74.6%; por su parte la superficie dorsal con 76.1% y la ventral con 3% fueron las zonas más frecuentes en donde se ubicaron las alteraciones. Entre los factores relacionados más frecuentes estuvieron: cepillarse menos o igual a 2 veces al día con el 66.4%, poco o nulo aseo de la lengua con un 29.1%, problemas de talla y peso con un 26.9% e ingesta de medicamentos con un 23.1%.⁽⁸⁵⁾

Xavier SRL y cols (2018) Brasil. Realizaron un estudio para determinar la prevalencia de las lesiones bucales y maxilofaciales de las cuales solo 862 informes de biopsias formaron parte de la muestra de los niños y adolescentes de 0 a 19 años realizados en un laboratorio de Patología Oral del nordeste de Brasil, durante el periodo comprendido entre marzo de 2001 y diciembre de 2009. De acuerdo con los criterios establecidos por la OMS para niños y adolescentes, se llevaron a cabo evaluaciones de historias clínicas.

Resultados se observó que 459 pacientes eran del sexo femenino y 398 del sexo masculino, con una edad media de 13,06 años. Cuando los diagnósticos se agrupan en categorías, se observó, respectivamente, que las más numerosas fueron las lesiones de glándulas salivales 21,1% y el tejido y dientes sanos 20%. La frecuencia de otras categorías fueron lesiones quísticas 13,57%, tumores odontogénicos 9,63%, lesiones hiperplásicas / reaccionarias 9,17%, neoplasias 8,4%, lesiones óseas 8%, lesiones de la mucosa oral 6,7%, diagnóstico no concluyente 2%, inflamación periapical 1,6% y alteración dentaria 0,4%.⁽⁸⁶⁾

Chalé-Balam y cols (2019) Yucatán, México. Realizaron un estudio para determinar la prevalencia de lesiones bucales ocasionadas por agentes traumáticos y microbiológicos en un total de 115 pacientes que acudieron al Centro de Salud de la comunidad de Chuburná; la edad de los pacientes fue entre 5 a 13 años de los cuales 52 pertenecieron al sexo masculino y 63 al femenino. El estudio consistió en realizar una exploración clínica de acuerdo con los criterios establecidos en la guía de epidemiología y diagnóstico de enfermedades y afecciones de la mucosa bucal de la OMS y la guía de medicina pediátrica. Resultados se encontró que 53.3% de los pacientes presentaron lesiones de origen traumático, 31.3% presentaron lesiones de origen microbiológico y el 13.4% otras lesiones.⁽⁸⁷⁾

Caudillo y cols (2018) Ciudad de México. Realizaron un estudio para identificar la distribución y frecuencia de las lesiones bucales en los tejidos blandos de 2394 escolares de 6 a 12 años de los cuales 1218 fueron del sexo masculino y 1176 del femenino, se llevó a cabo el examen de la mucosa bucal y de los tejidos blandos siguiendo el orden y las recomendaciones de la OMS (1997). Resultados el 83,2% de los escolares se encontraron libres de lesiones 17,75%, presentaron algún tipo de lesión, de los cuales el 10,41 % fueron del sexo masculino y 7,34% del femenino; 9,2%, presentaron lesiones traumáticas en carrillos, labios o lengua.⁽⁸⁸⁾

IV. Planteamiento del problema

Una lesión se define como la alteración de las estructuras anatómicas e histológicas de un tejido o de un órgano con el consiguiente trastorno funcional.

Estas lesiones están clasificadas en lesiones rojas que son resultado de procesos inflamatorios, infecciosos, atrofia del epitelio en respuesta a alérgenos o deficiencias nutricionales y lesiones cancerizables o malignas; y blancas que estas se pueden presentar por factores irritantes, procesos infecciosos e inflamatorios, como manifestaciones de enfermedades sistémicas o bien alteraciones del desarrollo.

En la población pediátrica las patologías de la mucosa bucal se observan diferente a la de los adultos, abarcan un amplio campo de enfermedades de diversas causas y constituyen un grupo variado de alteraciones. Su diagnóstico y sus variables normales son un aspecto esencial en la práctica odontológica diaria por lo que sus principales características clínico-patológicas radica fundamentalmente su proyección pronóstica y sus distintos grados de benignidad o malignidad, los cuales determinaran su manejo terapéutico oportuno.

La importancia de realizar este estudio es aprender e identificar las diferentes características clínicas de las lesiones y sus variantes anatómicas de la mucosa bucal para así evitar errores diagnósticos y brindar un tratamiento oportuno.

Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la importancia de describir las lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos, 2020?

V. Objetivo

- Describir las lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos, 2020

VI. Material y método

- **Tipo de estudio**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, revisión bibliográfica.

- **Técnica**

- Se realizó la búsqueda de la información científica de manera ordenada y sistematizada en Google Académico, Scielo, Odontología actual, entre otras.
- Las fuentes de información que se consultaron fueron fuentes primarias como libros, tesis, artículos científicos, revistas y secundarias como sitios web y bibliografías así como documentos de consulta general como el libro de Embriología humana y biología del desarrollo, Tratado de odontopediatría, entre otros.
- Partiendo de lo general a lo específico delimitando el tema de investigación.
- Lo primero que se leyó fue el resumen de los artículos de investigación científica y se decidió si el documento describía, citaba o describía:
 - Anatomía
 - Alguna lesión en pacientes pediátricos
 - Y si se realizó la ficha de resumen.
- Se concentro la información contenida en las fuentes documentales para ordenar y clasificar la información recolectada del tema de interés y facilitar el trabajo de redacción.

- Se continuo con la búsqueda de la información durante el transcurso de la investigación ya que pudieron surgir nuevas teorías que pudieron enriquecer nuestro trabajo.⁽⁸⁹⁾

Recursos

▪ Humanos

- ✓ Tesista: Fernanda Cervantes Izquierdo
- ✓ Director de tesis: Mtra. Josefina Morales Vázquez
- ✓ Asesor de tesis: C.D. J. Jesús Regalado Ayala
- ✓ Asesor de tesis: Mtro. Ricardo Gamaliel González Andrade

▪ Materiales

- ✓ Libros
- ✓ Computadora
- ✓ Impresora

▪ Físicos

- ✓ Biblioteca
- ✓ Casa

▪ Financieros

- ✓ Solventados por la tesista

VII. Conclusión

De acuerdo con la exhaustiva investigación realizada, se puede concluir que existe mayor evidencia, estudios y literatura científica sobre este tipo de patologías en edades más avanzadas. Aunque en general se asocian a un rango de edad mayor, es importante ampliar su estudio a edades más tempranas.

Al existir una gran variedad de patologías bucales en los tejidos blandos de los pacientes pediátricos, es importante estudiar su etiología para realizar una buena práctica clínica. La diversidad de lesiones bucales que manifiesta la población pediátrica se da desde sus características clínicas y sintomatología.

Teniendo en cuenta la etiología y la sintomatología de la patología puede ser necesaria la intervención de otros especialistas para su correcto tratamiento. Especialmente en los pacientes que presentan patologías que afectan de forma crónica o sistémica.

VIII. Propuesta

- Es necesario una correcta valoración odontológica desde edades tempranas para poder realizar un control integro y, así, hacer un tratamiento preventivo para el beneficio del paciente.
- Una correcta atención para con el paciente implica brindar información adecuada sobre las distintas patologías que pueden manifestarse y proceder con un tratamiento oportuno. Para esto es recomendable hacer una revisión detallada de la cavidad bucal, examinando los tejidos, y analizando las lesiones bucales que pudieran presentarse.
- Este análisis debe considerar la etiología y sintomatología presentada, así como una continua actualización por parte del odontólogo sobre los tratamientos preventivos de las patologías bucales.

IX. Referencias bibliográficas

1. Arteaga M, García P. Embriología humana y biología del desarrollo. 2ª edición. México: Editorial Medica Panamericana. 2017. 239.
2. Chiego DJ. Principios de histología y embriología bucal. 4ª edición. España: Elsevier. 2014. 37, 39, 55, 77, 78, 80, 86, 167, 169 y 176.
3. Gómez FME, Campos MA. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. 4ª edición. España: Editorial Médica Panamericana. 2019. 322, 323, 325, 326, 329, 330, 335 y 336.
4. Sadler TW. Embriología médica: Langman. 14ª edición. Barcelona: Editorial Médica Panamericana, 2019.
5. Hernández RPE. Definición de anatomía dental y las estructuras adyacentes íntimamente relacionadas con los dientes. Facultad de Odontología UAEM [Artículo en línea] 2019. [Acceso 2020 julio 29] Disponible en: http://148.215.1.182/bitstream/handle/20.500.11799/108708/secme-40335_1.pdf?sequence=1
6. Serra RI, Serra RS, Serra RA. Anatomía bucodental. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona. 2016. 31, 33, 41 – 43.
7. Chamba REY. Prevalencia de patologías bucales en niños que acuden a la clínica de odontopediatría (tesis para obtener el título de cirujano dentista). Ecuador: Universidad de Guyaquil. Facultad de Odontología. 2019. 9, 13 y 14
8. Becerra MMS, Sánchez LJN, Silva GAK. Vesículas y úlceras en pacientes con prótesis totales y removibles, ortodoncia y ortopedia: monografía (tesis para obtener el título de cirujano dentista). Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia. 2020. 12-16 y 19
9. Luciano SA. Anquiloglosia y su relación con los trastornos del lenguaje [tesina para obtener el título de cirujano dentista]. México: Universidad Autónoma de México. Facultad de odontología. 2017. 17-19, 28,32 y 33.
10. Mondaca CPJP. Caracterización de condiciones y lesiones de mucosa oral en población pediátrica atendida en la clínica odontológica de la

- universidad de Chile (tesis para obtener el título de cirujano dentista). Chile: Universidad de Chile. 2019. 12-15, 17, 18, 23-25.
11. Casamayou R, Izquierdo RS. Lesiones de la mucosa bucal en una población infantil de Montevideo, Uruguay. Actas Odontológicas [Artículo en línea] 2016. [Acceso 2020 febrero 28]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-63042016000200004
 12. Pérez CJM. Estado nutricional y la presencia de patologías orales de los tejidos blandos más comunes en estudiantes de 8 a 11 años de la I.E. Federico Villarreal, de la provincia de Sechura 2017 (tesis para obtener el título de cirujano dentista) Perú: Universidad Alas Peruanas. 2017. 33, 34.
 13. Anselmino C, Dorati P, Lazo G. Atlas de histología bucodental. Argentina: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata. 2020. 68
 14. Torres CM. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Artículo en línea] 2009. [Acceso 2021 marzo 2] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-23/#>
 15. Ramírez TMC, Perona MPG. Enfermedades periodontales que afectan al niño y al adolescente. Odontología Pediátrica [Artículo en línea] 2011. [Acceso 2021 marzo 2] Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v10n1/a5.pdf>
 16. Mur G. La lengua en el examen físico. La homeopatía de México [Artículo en línea] 2016. [Acceso 2020 julio 29] Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/LahomeopatiadeMexico/2016/vol85/no704/5.pdf>
 17. Taboada AO, Medina GJL. Cronología de erupción dentaria en escolares de una población indígena del Estado de México. Revista ADM [Artículo en línea] 2005. [Acceso 2020 agosto 31] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2005/od053d.pdf>
 18. Alzate GFL, Serrano VL, Cortes LL, Torres EA, Rodríguez MJ.

- Cronología y secuencia de erupción en el primer periodo transicional. CES Odontología [Artículo en línea] 2016. [Acceso 2020 agosto 31] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v29n1/v29n1a07.pdf>
19. Ayala PY, Carralero ZLC, Leyva ABR. La erupción dentaria y sus factores influyentes. Correo Científico Médico [Artículo en línea] 2018. [Acceso 2020 julio 29] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812018000400013&script=sci_arttext&lng=en
 20. Barbería LE. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. 2ª edición. Madrid: Ripano Editorial Médica. 2014. 57-62, 169-176.
 21. Egas MCD. Prevalencia de las Patologías en cavidad bucal en niños de 0-3 años de edad en el Patronato San José, periodo 2016 (tesis para obtener el título de cirujano dentista). Ecuador: Universidad Central del Ecuador. 2016. 10-14 y 16.
 22. García GM, Munar BF. Peculiaridades del paciente pediátrico. Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron [Artículo en línea] 2012. [Acceso 2020 octubre 14] Disponible en: http://www.scartd.org/arxiu/pedia1_2012.pdf
 23. Barroso C, Ferré R, Gallego V, Hernández Y, Wood MA, Moreno E y cols. Pediatría. Farmacia Hospitalaria [Artículo en línea] [Acceso 2020 octubre 14] Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP17.pdf>
 24. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. [Acceso 2020 octubre 20] Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/
 25. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. 2020. [Acceso 2020 octubre 20] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
 26. Settimo C, Brovia R. Lesiones bucales en niños y adolescentes. La Revista de Salud del CASMU [Artículo en línea] 2016. [Acceso 2020 febrero 24]. Disponible en: <http://casmu.com.uy/wp-content/uploads/2017/09/S-Odontolog%C3%ADa-Lesiones-bucal-es-en->

[ni%C3%B1os-y-adolescentes-2016-02.pdf](#)

27. Papalia DE, Martorell G. Desarrollo humano. 13ª edición. México: Mc Graw Hill. 2017. 3-7.
28. Barbosa LDM. Lesiones estomatológicas comunes en niños: actualización y manejo. [Artículo en línea] 2016. [Acceso 2020 septiembre 17] Disponible en: http://docencia.udea.edu.co/vicedocencia/trabajos/diana_b/hipertexto/lesiones%20estom%20sin%20figuras.doc
29. Rodríguez RB. Prevalencia de las lesiones de la mucosa oral y variantes de lo normal en pacientes pediátricos de 8 a 15 años de edad de la Institución Estrellas Colgate (tesis para obtener el título de cirujano dentista). México: Universidad Autónoma de México. Facultad de odontología. 2020. 19,30 y 33.
30. Rivera C. Patologías de la mucosa oral mas frecuentes en niños y adolescentes (reporte breve). UTALCA [Artículo en línea] 2016. [Acceso 2020 agosto 31] Disponible: [file:///Users/proprietario/Downloads/main_text2%20\(1\).pdf](file:///Users/proprietario/Downloads/main_text2%20(1).pdf)
31. Milena HJ, Rico CLF. Prevalencia de patologías en tejidos blandos en niños de 0 a 5 años que asisten a la clínica odontológica de la UCC Campus Villavicencio (tesis para obtener el título de cirujano dentista). Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia. 2019. 14, 20, 21, 25, 32, 32, 36 y 37
32. Falgas FJ. Patología oral. Pediatría Integral [Articulo en línea] 2015. [Acceso 2020 febrero 25]. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix01/02/n1-013-020_Josep%20Falgas.pdf
33. Álvarez HBA. Prevalencia de lesiones orales de tejidos blandos en niños de 5 a 10 años (tesis para obtener el título de cirujano dentista). Ecuador: Universidad de Guayaquil. 2019. 29-31, 33, 34, 37-39 y 40-42.
34. Pérez EAD. Glositis comunes y su relación con patologías orgánicas. Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial [Artículo en línea]

2017. [Acceso 2020 julio 29] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2017/cb173c.pdf>
35. Martínez HP. Lesiones orales del recién nacido. Revista Oral [Artículo en línea] 2015. [Acceso 2020 febrero 24]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2015/ora1552e.pdf>
36. Zini-Carbone CNH. Lengua geográfica en niños: Dos casos clínicos. Odontoestomatología [Artículo en línea] 2019. [Acceso 2020 febrero 26]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392019000200065
37. Vásquez CAA. Asociación de la estructura familiar con la concentración de saburra lingual en pacientes niños atendidos en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto en el año 2019 (tesis para obtener el título de cirujano dentista). Perú: Universidad INCA Garcilaso de la Vega. Facultad de estomatología. 2019. 6 y 7.
38. González GR, Bologna MR, Nevárez RA, Carreón BRG. Lesiones frecuentes de la mucosa bucal en niños y adolescentes: Revisión literaria. Revista ADM [Artículo en línea] 2011. [Acceso 2020 septiembre 20] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od111d.pdf>
39. Ocaña CCP. Tipos de inserción y variantes morfológicas del frenillo labial superior asociado a diastemas en estudiantes de 8 a 15 años de edad de la U.E. Vicente Anda Aguirre del Cantón Mocha. (tesis para obtener el título de cirujano dentista). Quito: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología. 2020. 6, 16-18.
40. García GCA. Tratamiento de frenilectomía y terapia miofuncional. Odonto Pediatría Actual [Artículo en línea] 2016. [Acceso 2020 agosto 31] Disponible en: https://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=107326&id_seccion=4684&id_ejemplar=10442&id_revista=304
41. Lamas GDB, Fernández CC, Rodríguez MM, Franco MA, Goncalves CA,

- Souza PCM. Frenectomía en el tratamiento de la anquiloglosia. Reporte de un caso. ALOP [Artículo en línea] 2016. [Acceso 2020 septiembre 3] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/alop/rol-2016/rol161f.pdf>
42. Marchena RL, Fernández OCM. Diagnóstico y tratamiento de los frenillos orales en pacientes pediátricos. Rev Europea de Odontostomatol. [Artículo en línea] 2015. [Acceso 2020 junio 17]. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=189>
 43. Espinoza NVC. Alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 6 meses del Centro de Salud Medalla Milagrosa - San Juan de Lurigancho. (tesis para obtener el título de cirujano dentista). Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2019. 27
 44. Van Waes HJM, Paul WS. Atlas de odontología pediátrica. MASSON S.A. 2002. 49
 45. Ángulo EMA, Teja AE, Duran GA. El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido. Acta Pediátrica de México [Artículo en línea] 2013. [Acceso 2021 marzo 2] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2013/apm134e.pdf>
 46. Magaña PM, Robles AMS, Guerrero Sierra C. Alteraciones bucales del recién nacido. Revista ADM [Artículo en línea] 2014. [Acceso 2021 marzo 2] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od143d.pdf>
 47. Moraga LFA, Martínez RA. Enfermedades bacterianas de la piel. Pediatría Integral [Artículo en línea] 2012. [Acceso 2020 septiembre 17] Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/06/235-243-Enf.Bact_.pdf
 48. Sánchez SL. Impetigo. Dematol Perú. [Artículo en línea] 2015. [Acceso 2020 junio 17]. Disponible en: http://www.dermatologiaperuana.pe/assets/uploads/revista_ckwA_09_Educacion_medica_continua_25-3.pdf
 49. Bascones MA, Valero MA, Carrillo de Albornoz SA, Encinas BA.

- Afectación oral de las enfermedades comunes en la infancia con carácter exantemático. Av. Odontoestomatol. [Artículo en línea] 2006. [Acceso 2020 junio 17]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852006000300002
50. Kindelán MFM, Pérez LJL. Herpes zóster en un niño. MEDISAN [Artículo en línea] 2017. [Acceso 2020 junio 20] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2017/mds177o.pdf>
 51. Roldán HMA. Diagnóstico y tratamiento de lesiones en la mucosa oral en niños (tesina para obtener el título de cirujano dentista). México: Universidad Autónoma de México. Facultad de odontología. 2018. 8,17, 18, 20, 23, 27, 28 y 29.
 52. Padilla SC. Gingivoestomatitis herpética: diagnóstico diferencial y tratamiento en niños (tesina para obtener el título de cirujano dentista). México: Universidad Autónoma de México. Facultad de odontología. 2007. 2, 3, 7, 10-12, 22 y 23.
 53. Pérez GMC, Naranjo VY, Torralba EL, Tamayo AY, Jorge FE. Intervención educativa sobre gingivoestomatitis herpética aguda, dirigida a médicos de la atención primaria. Correo Científico Médico [Artículo en línea] 2017. [Acceso 2020 septiembre 3] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300003
 54. Arrizabalaga SL. Patología oral y de los tejidos blandos. UPV [Artículo en línea] [Acceso 2020 septiembre 20] Disponible en: https://ocw.ehu.eus/pluginfile.php/8119/mod_resource/content/1/TEMA_34.pdf
 55. Salinas MYJ, Millán IRE. Gingivoestomatitis herpética primaria. Conducta odontológica. Acta Odontol Venez [Artículo en línea] 2008. [Acceso 2020 septiembre 17] Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0001-63652008000200022&script=sci_arttext&tlng=pt

56. Bezerra SLA. Tratado de odontopediatría. 2ª edición. Venezuela: AMOLCA. 2018. 52 y 57.
57. Hernández PM, Castillo BJI. Varicela: una enfermedad benigna. Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica [Artículo en línea] 2017. [Acceso 2020 septiembre 2] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/infectologia/lip-2017/lip173a.pdf>
58. Cabrera ED, Ramos PA, Espinosa GL. Enfermedad boca mano pie. Presentación de un caso. MediSur [Artículo en línea] 2018. [Acceso 2020 septiembre 2] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000300014
59. Bermúdez VM, Rincón GML. Frecuencia de lesiones bucales ulcerativas y vesiculosas en pacientes pediátricos que asisten a las clínicas de la universidad cooperativa de Colombia sede Bogotá en el año 2019-II (tesis para obtener el título de cirujano dentista). Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia. 2019-II. 24 y 26
60. Acosta TJ, Torres ML, González OE, Fonseca M, Cabrera MM, Taño EE y cols. Características clínico epidemiológicas de pacientes pediátricos con enfermedad boca, mano, pie. Rev Cubana Pediatr [Artículo en línea] 2018. [Acceso 2020 septiembre 3] Disponible en: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/516/206>
61. Pinela BDA, Moran LTT, Sánchez AKL, Reina PRG. La enfermedad de boca, manos y pie (EBMP). Diagnóstico diferencial. RECIAMUC [Artículo en línea] 2020. [Acceso 2020 septiembre 17] Disponible en: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/427/630>
62. Rodríguez GR, Rodríguez SR, Aguilar YA. Enfermedad de mano, pie y boca en niños. Bol Clin Hosp Infant Edo Son. [Artículo en línea] 2016. [Acceso 2020 junio 17]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2016/bis161b.pdf>
63. Rivera RL. Verruga vulgar en paciente pediátrico (tesina para obtener el título de cirujano dentista). México: Universidad Autónoma de México.

- Facultad de odontología. 2012. 12, 13, 19 y 26.
64. González GA, González PDMS, Vera GD. Diagnóstico y tratamiento de un papiloma solitario de lengua. Reporte de caso y revisión de la literatura. Revista Odontológica Mexicana [Artículo en línea] 2016. [Acceso 2020 septiembre 3] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2016/uo161g.pdf>
 65. Andrade SA, Pratavieira S, Paes JF, Ribeiro MM, Bagnato VS, Varotti FP. Oral squamous papiloma: a view under clinical, fluorescence and histopathological aspects. Einstein [Artículo en línea] 2019. [Acceso 2020 septiembre 3] Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082019000200501
 66. García FJB, Gutiérrez RH, Treviño AMG, Martínez MHR, Rivera SG. Papiloma escamoso oral: reporte de un caso clínico. Revista ADM [Artículo en línea] 2014. [Acceso 2020 septiembre 17] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od145g.pdf>
 67. Duarte MLC. Verruga vulgar bucal, en comisura labial. Rev Odontol Vital [Artículo en línea] 2017. [Acceso 2020 julio 29] Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/odov/n27/1659-0775-odov-27-00023.pdf>
 68. Diagnóstico y tratamiento de las verrugas vulgares. Guía de Referencia Rápida, Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: ISSSTE-250-10 [Artículo en línea] [Acceso 2020 septiembre 17] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/250-10_verrugas_vulgares/ISSSTE-250-10_Verrugas_Vulgares_-_RER_xCorregidax.pdf
 69. Díaz AEM. Candidiasis oral en niños. Revista Médica Electrónica Portales Médicos [Artículo en línea] 2019. [Acceso 2020 marzo 01]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/candidiasis-oral-en-ninos/>
 70. Sharma A. Oral candidiasis: An opportunistic infection: A review. International Journal of Applied Dental Sciences [Artículo en línea] 2019.

- [Acceso 2020 julio 29] Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Amrit_Sharma11/publication/330845904_Oral_Candidiasis_An_Opportunistic_infection-_A_Review/links/5c580938299bf12be3fae51a/Oral-Candidiasis-An-Opportunistic-infection-A-Review.pdf
71. Reyes FD, Leycas MY. Candidiasis de la mucosa bucal. Presentación de un caso. Invest. Medicoquir [Artículo en línea] 2019. [Acceso 2020 agosto 31] Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2019/cm-q-193m.pdf>
72. Scully C, Paes DO, Bagán J, Díz DP, Mosqueda TA. Medicina y patología bucal. Una visión práctica. México: Planeación y Desarrollo Editorial, S.A. de C.V. 2014. Pág. 54, 55 y 56.
73. Teja AE, Cadena GA, Téllez RJ, Duran GLA. El pediatra ante las urgencias estomatológicas. Acta Pediatr Mex. [Artículo en línea] 2007. [Acceso 2020 junio 17]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2007/apm071e.pdf>
74. Jiménez C. Lesiones ulcerativas. Acta Odontol Venez [Artículo en línea] 2007. [Acceso 2020 septiembre 20] Disponible en:
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000300032
75. Torres APJ, Barajas MC, Ocampo AF, Jiménez EFJ, Paredes VJ, Verdugo VIA y cols. Mucocele de Blandin-Nuhn en paciente pediátrico. Odonto Pediatría Actual [Artículo en línea] 2019. [Acceso 2020 agosto 31] Disponible en:
https://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=304&id_seccion=4683&id_ejemplar=11115&id_articulo=113584
76. Franco GLM, Contreras GN, Yépez CEC, Hernández OM, Murillo GJA, Toro RJD y cols. Quistes de retención mucosa: una revisión. Revista de la Facultad de Odontología [Artículo en línea] 2005. [Acceso 2020 agosto 31] Disponible en:
http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_artic

- [ulo=73966&id_seccion=3841&id_ejemplar=7381&id_revista=231](#)
77. Ramos MCA. Mucocele en cavidad bucal (tesis para obtener el título de cirujano dentista). México: Universidad Autónoma de México. Facultad de odontología. 2012. 85-88 y 93.
 78. Boza OYV, Rugama FMF. Estomatitis aftosa recurrente y deficiencias nutricionales: Reporte de tres casos y revisión de la literatura. ODOVTOS-Int. [Artículo en línea] 2019. [Acceso 2020 agosto 31] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odovtos/ijd-2019/ijd193d.pdf>
 79. García PBV. Patología oral. Asociación Española de Pediatría [Artículo en línea] [Acceso 2020 septiembre 3] Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/oral.pdf>
 80. Córdoba MB. Aftas recurrentes en niños y adolescentes. Revista de la Sociedad Odontológica de la Plata. [Artículo en línea] 2018. [Acceso 2020 marzo 04]. Disponible en: <http://solp-admin.diper-it.com/api/uploads/magazinearticles/Aftas-recurrentes-en-ninos-y-adolescentes-Recurrent-aphthous-stomatitis-in-children-and-adolescents/Revista SOLP 56 Cordoba.pdf>
 81. Soriano JM, Domènech G, Martínez RMC, Almerich SJM. Incidencia de candidiasis oral en niños saharauis acogidos. Revista Cubana de Medicina Tropical [Artículo en línea] 2014. [Acceso 2020 septiembre 3] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602014000300016
 82. Pazmiño RCE. Concordancia entre diagnóstico inicial y subsecuente de patologías linguales en niños. Clínica odontológica de la UCSG A-2017 (tesis para obtener el título de cirujano dentista). Ecuador: Universidad Católica Santiago de Guayaquil. 2017. 2-4
 83. Iriquin SM, Sapienza M, Rom M, Ruiz M, Hernández S, Cambroner S, pertinio MR. Anomalías dentarias y patologías estomatológicas en las clínicas odontopediátricas. Revista de la Facultad de Odontología

- [Artículo en línea] 2019. [Acceso 2020 junio 20] Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/89326/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
84. Yáñez M, Escobar E, Oviedo C, Stillfied A, Pennacchiotti G. Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Children. *Int J Odontostomat.* [Artículo en línea] 2016. [Acceso 2020 junio 20] Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v10n3/art13.pdf>
 85. Madera AMV, Jiménez MMDC, Luna RLM. Prevalencia de alteraciones linguales y factores relacionados en niños que consultan a la Universidad de Cartagena, Colombia. *Revista Odontológica Mexicana* [Artículo en línea] 2013. [Acceso 2020 septiembre 2] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2013000400006
 86. Xavier SRL, da Silva JEZ, Aroucha LMC, Ribeiro ARA, Vilela HM, Souza AES. Oral and maxilofacial lesions in children and adolescents. *Revista Cubana de Estomatología* [Artículo en línea] 2018. [Acceso 2020 septiembre 3] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubest/esc-2018/esc184c.pdf>
 87. Chalé-Balam LC. Prevalencia de lesiones orales en un grupo de pacientes de Chuburná Puerto, Yucatán. *Revista Odontológica Latinoamericana.* [Artículo en línea] 2019. [Acceso 2020 junio 17]. Disponible en: <https://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V11N1p15.pdf>
 88. Caudillo JT, Adriano AMP, Caudillo APA. Lesiones en tejidos blandos de una población escolar en la ciudad de México. *Int. J. Odontostomat.* [Artículo en línea] 2018. [Acceso 2020 marzo 01]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2018000200177
 89. Mendoza NVM, Romo PMR, Sánchez RMA, Hernández ZMS. Investigación. Introducción a la metodología. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, 1997. 21-37