



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ÚLCERA DE RIGA-FEDE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y
TRATAMIENTO.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

JÉSSICA ALEJANDRA ANTONIO GASPAR

TUTORA: Esp. MARÍA DEL ROSARIO GRAJALES JOSÉ

MÉXICO, D.F.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



AGRADECIMIENTOS.

Al término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad.

A DIOS:

Por haberme permitido culminar mi carrera con éxito y así cumplir la meta más importante en mi vida.

A mis padres, en especial a mi mamá:

Lupita Gracias por haberme apoyado a lo largo de esta etapa por haberme enseñado ser responsable, mami por tener siempre las palabras exactas, gracias.

A mis hermanas, y sobrinos por escucharme, y por haber sido mis pacientes, gracias.

A ALDO:

Por tu apoyo incondicional, por siempre estar a mi lado en las buenas y en las malas; por tu comprensión, paciencia y amor, dándome ánimos de fuerza y valor para seguir a delante. Te amo Aldo

A la Doctora Rosario:

Además de ser mi maestra es una gran amiga, le agradezco todo lo que me ha enseñado y todo el apoyo que me ha dado gracias doctorcita, por toda la paciencia y su valioso tiempo, conocimientos que me sirvieron de gran ayuda, porque me ha servido como ejemplo y deseo contar siempre con su sabiduría y amistad.

Agradezco a todos aquellos pacientes por su confianza gracias.

Agradezco a mis amigas por estar en los momentos complicados, gracias Elí por ser una excelente compañera, a mis compañeros del servicio por compartir esa hermosa etapa, llena de aprendizajes.

A mis profesoras del seminario de Odontopediatría, Dr. Alejandro Hinojosa, Dra. Alicia montes de Oca, Dra. Rosina, Dra. Lupita, Dra. Claudia. Gracias por todas sus enseñanzas.



Un agradecimiento especial para todas aquellas que de una u otra forma contribuyeron a este triunfo.

Gracias a mi querida Universidad por ser mi segunda casa, y regalarme esta oportunidad.

*“Por mi raza Hablará el Espíritu
Orgullosamente UNAM”*



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. DEFINICIÓN DE ÚLCERA.....	2
1.1 Etiología de las úlceras.....	4
1.2 Tipos de úlceras.....	5
1.2.1 Úlceras crónicas.....	5
1.2.2 Úlceras traumáticas.....	5
2. ÚLCERA DE RIGA-FEDE.....	8
2.1 Etiología.....	8
2.2 Antecedentes.....	9
2.3 Características clínicas.....	10
2.4 Características histopatológicas de (URFD).....	12
2.5 Diagnóstico diferencial de (URFD).....	13
2.5.1 Afta de Bednar.....	14
2.5.2 Gingivostomatitis herpética.....	15
2.5.3 Herpes neonatal VHS (2).....	16
2.5.4 Estomatitis aftosa recidivante.....	17
2.5.5 Candidiasis.....	18
2.5.6 Sífilis congénita.....	19
2.6 Tratamiento.....	21
2.7 Asociación con síndromes.....	23
2.8 Incidencia.....	24
2.9 Prevalencia.....	24



3. PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LA URF.....	26
3.1 Aspiración o deglución del diente.....	26
3.2 Dificultad para alimentarse.....	26
3.3 Deficiencia de vitamina K.....	28
3.4 Susceptibilidad a la Benzocaína.....	28
4. CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES DECIDUOS.....	30
5. DIENTES NATALES Y NEONATALES.....	32
5.1 Definición.....	32
5.2 Prevalencia.....	33
5.3 Localización.....	33
5.4 Etiología.....	33
5.5 Clasificación.....	34
5.6 Características clínicas e histológicas.....	35
5.7 Complicaciones.....	35
5.8 Diagnóstico.....	36
5.9 Diagnóstico diferencial.....	36
5.10 Tratamiento de dientes natales y neonatales.....	39
5.11 Limpieza de dientes natales y neonatales.....	41



6. MANEJO ODONTOPEDIÁTRICO DEL RECIÉN

NACIDO.....43

6.1 Cuidado al sostener la cabeza.....46

6.2 Abordaje de un bebé según su edad.....46

7. TÉCNICA RADIOGRÁFICA PARA RECIÉN NACIDOS

Y LACTANTES.....48

CONCLUSIONES.....50

BIBLIOGRAFÍA.....51



INTRODUCCIÓN.

La úlcera de Riga- Fede es una lesión benigna, su característica común es que se presenta en la cara ventral de la lengua debido al roce constante de los dientes natales o neonatales, sin embargo puede asociarse a algunos desórdenes neurológicos.

Con este trabajo se pretende describir las características clínicas, histológicas, diagnóstico diferencial, tratamiento y las complicaciones que pudieran presentarse de la úlcera de Riga-Fede.

Para poder abordar de forma correcta esta lesión es necesario conocer su etiología, por lo que es de suma importancia hablar de dientes natales y neonatales, (los dientes se denominan natales cuando están presentes en el nacimiento y neonatales cuando aparecen durante las primeras semanas de vida) por lo que el odontólogo tendrá que conocer las características clínicas y tratamiento de estos dientes.

Hay que realizar un correcto diagnóstico, por medio de inspección clínica y radiográfica, nos ayudará intervenir de forma y un correcto tratamiento.

Generalmente la inspección de la cavidad oral del recién nacido, se lleva a cabo de manera superficial, por lo que pueden pasar desapercibidas una serie de alteraciones que pueden comprometer la salud bucal del neonato.

Para poder atender esta afección es importante el correcto manejo odontopediátrico del recién nacido.



1. DEFINICIÓN DE ÚLCERA

Una úlcera es una lesión en la que hay una pérdida de sustancia que afecta tanto al epitelio como al tejido conectivo subyacente.

Las úlceras pueden ser primarias, cuando no están precedidas por otra lesión previa, o secundarias a la ruptura de una ampolla o una vesícula.¹

La palabra úlcera es utilizada para definir “la pérdida de sustancia de evolución crónica, que afecta el corion y no cicatriza.”(Grinspan, D.; 1975).²

Una úlcera, es la pérdida de epitelio por cualquier causa y, por lo general el término “erosión” se refiere a un defecto superficial con pérdida de epitelio; sin embargo, para propósitos prácticos ambos términos se utilizan de manera indistinta. En boca, las úlceras pueden tener como precedentes vesícula o bulas de corta duración y en este caso, forman parte del grupo de trastornos que se clasifican como enfermedades vesiculobulosas ulcerativas, el antecedente clínico de las úlceras con vesículas previas es clave importante y permite limitar el diagnóstico diferencial a este grupo específico de trastornos.³

En general, las úlceras bucales cursan con dolor como principal característica. Una vez que se forma una úlcera va a estar sujeta a un proceso continuo de irritación debido a la acción de la saliva y de la

¹Basdcasones M. A, Figuero R. E, Esparza G. G. C, Úlceras orales, Med Clin (Barc). 2005; 125(15):590-7.

² Bencini C. A, Strada V, M. Florencia Soldavini, G.M. Bruno, M. F. Cordeu, M. A. Cotignola, Úlcera eosinófila de la mucosa oral. Rev Esp Cir Oral Maxilofac 2009;31,4 (julio-agosto):257-263 © 2009 ergon

³ Regezi. A. J. Sciubba. J. Patología bucal, 2da edición, 1995, editorial Interamericana McGrawhill. Pág.36.



microflora oral. Esto favorece que una lesión inflamatoria aguda, se vuelva crónica.⁴

En los pacientes que acuden a la atención dental con frecuencia se encuentran las lesiones ulcerativas muchas de las cuales presentan un aspecto similar pero cuya etiología a veces es diversa y varía desde lesiones reactivas o neoplásicas hasta manifestaciones bucales de enfermedades dermatológicas. Es muy importante tanto para el paciente como para el clínico, que se establezca el diagnóstico ya que las úlceras infecciosas en ocasiones son contagiosas y deben explorarse con precaución.⁵

Las úlceras bucales se clasifican en agudas, es decir, aquellas de instauración brusca y corta duración; y crónicas, de instauración lenta y larga duración. Las úlceras orales representan un proceso patológico frecuente de la cavidad bucal. En general, cursan con dolor como principal característica. (Como se muestra en la tabla 1).

⁴Basdcasones M.A, Op. Cid. Pág.590-7.

⁵ Regezi. A. J. Op. Cid. Pág.36.

- **ÚLCERAS ORALES AGUDAS**
- **Úlcera traumática (Úlcera de Riga-Fede y Afta de Bednar)**
- **Estomatitis aftosa recurrente**
- **Infecciones virales (gengivostomatitis herpética)**
- **Infecciones bacterianas**
- **Sialometaplasia necrosante**

ÚLCERAS ORALES CRÓNICAS

- **Liquen plano erosivo**
- **Úlceras asociadas a la ingesta de fármacos**
- **Carcinoma de células escamosas**
- **Penfigoide mucoso**
- **Pénfigo vulgar**
- **Gingivitis descamativa**

Tabla 1. Clasificación de las úlceras orales según su forma de presentación.⁶

1.1 Etiología de las úlceras

Las lesiones intrabucuales de los tejidos blandos, se presentan con mayor frecuencia como úlceras, en la mayor parte de los casos y se deben a traumatismos mecánicos. Se consideran los antecedentes clínicos y la relación causa efecto es evidente. Se localizan en zonas que se traumatizan con facilidad como el labio inferior, lengua y mucosa bucal, como la úlcera de Riga-Fede, la cual presenta una lesión traumática en la parte inferior de la lengua de lactantes, debido a los dientes deciduos.⁷

⁶Basdcasones M. A, Op. Cid. Pág.590-7.

⁷ Regezi. A. J. Op. Cid. Pág.36.



1.2 Tipos de úlceras

1.2.1 Úlceras crónicas

Se diferencian de las úlceras de otras partes de la boca por que permanecen relativamente inalterables durante largos periodos. Se localizan habitualmente en los tercios medios y posteriores de los bordes laterales de la lengua, donde aparecen como ulceraciones superficiales, rodeadas por un borde elevado de tejido fibroso y una amplia zona externa indurada. Estas lesiones induradas no cicatrizantes se confunden fácilmente con carcinomas epidermoides, que suelen aparecer en la misma zona y tienen un aspecto similar.

El tratamiento de las úlceras linguales crónicas puede ser complicado, puesto que a veces es difícil identificar los factores irritantes.⁸

1.2.2 Úlceras traumáticas.

Ocurren en niños como resultado de iatrogenia o lesiones propias del individuo. Son clasificadas casi siempre de acuerdo con su localización (Mathewso; Primosch, 1995).⁹

Las úlceras traumáticas se presentan por una irritación mecánica, química, eléctrica o térmica, cuya principal característica es la presencia de una relación causa-efecto. Cursan con episodios de corta duración, son dolorosas y pueden recurrir si el agente que los ocasiona no se elimina.¹⁰

⁸Sapp J. P, Eversole L. R., Wysocki G. P., Patología Oral y maxilofacial Contemporánea, 1998, Ed. Elsevier, Madrid, España, Pág. 366

⁹ Figueiredo W. L. R, Ferrelle A., Issao M., Odontología para el Bebé, Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años, 2000, Ed. Amolca, Sao Paulo, Brasil, Pág. 130

¹⁰Basdcasones M. A, Op. Cid. Pág.590-7.



Constituye una de las lesiones más frecuentes en los tejidos blandos bucales. Pueden estar producidas por algún tipo de traumatismo como mordeduras de la mucosa, úlceras por rollos de algodón, irritación por prótesis dentarias, mal posición dentaria, caries o uso inadecuado de cepillo dental. Se localizan sobre todo en la lengua (bordes y cara ventral), la mucosa del labio inferior, la mucosa yugal y el piso de boca.

Las úlceras agudas por mordeduras son un tipo de lesiones que se producen de manera accidental, siendo muy frecuentes después de realizar técnicas de anestesia local, sobretodo en niños. También las observamos con caídas o por mordeduras en las crisis epilépticas.

La úlcera por decúbito ocasionada por los rollos de algodón empleados en las consultas odontoestomatológicas son lesiones generalmente localizadas en el fondo del vestíbulo y en la parte inferior de la mucosa yugal respetando la mucosa gingival, en una intervención dental prolongada; esta entidad se origina de acuerdo al traumatismo de la mucosa y al retirar el algodón con pinzas al final de la intervención. Esta úlcera se cura espontáneamente en 2 o 3 días, por lo que no requiere tratamiento.

Del cuadro señalado anteriormente, dentro de las úlceras traumáticas están la URF y la Afta de Bednar.

Histológicamente son ulceraciones inespecíficas, en las que se observa una pérdida de continuidad en el epitelio superficial, con exudado fibrinoso que cubre el tejido conectivo expuesto; el epitelio se encuentra en el borde de la úlcera y tiene una marcada actividad proliferativa. En el seno del tejido conectivo de las úlceras agudas existe un infiltrado inflamatorio de linfocitos polimorfonucleares.



La evolución es de forma espontánea sin dejar secuelas; sin embargo, si persiste el agente etiológico, esto supondrá una irritación permanente y un estímulo regenerativo por parte del epitelio, pudiendo ser el punto de partida de una lesión de naturaleza neoplásica, generalmente un carcinoma epidermoide.¹¹

Las causas que producen úlceras en la mucosa oral son múltiples: trauma químico, físico y térmico; agentes infecciosos (bacterias, virus, hongos); reacciones alérgicas; neoplasias malignas y benignas; enfermedades sistémicas; trastornos psicosomáticos (aftas recidivantes, aftas mayores); desórdenes linfoproliferativos (úlceras eosinófila).¹²

En resumen, la úlcera traumática tiene como principal característica la relación causa efecto, circunstancia que es la más importante en orden al diagnóstico. Se trata de una lesión aguda que cicatriza rápidamente al desaparecer las causas que las producen. Si son de tipo crónico, se plantea el diagnóstico diferencial con el carcinoma epidermoide, de modo que si eliminamos las posibles causas capaces de producir una úlcera y esta no cura en 30 días o tiene recidiva, debemos realizar acciones histopatológicas en el sentido de una neoplasia.¹³

¹¹ Bagan S. J. V, Caballos S. A, Bermejo F. A, Aguirre U. J. M, Peñarrocha D. M, Medicina Oral, 1995, Ed. Masson, S.A, Barcelona, España, Pág: 76 y 77

¹² Bencini C. A, Op. Cit. Pág.257-263

¹³ Bagann S. J. V. Op. Cid. Pág: 76 y 77

2. ÚLCERA DE RIGA-FEDE (URF)

Se le conoce con las siguientes denominaciones “úlceras sublingual”, “granuloma sublingual”, “lesión reparativa de la lengua”, “granuloma ulcerativo traumático eosinofílico y el más apropiado que es “úlceras sublingual traumática neonatal”.

2.1 Etiología

La URF, aparece en la cara ventral de la lengua, y es provocada por los bordes incisales agudos de los dientes natales o neonatales. Por lo que su etiología es de origen traumático. También puede aparecer en lactantes debido al trauma crónico de los incisivos deciduos, durante el amamantamiento y el proceso instintivo de succión.¹⁴



Figura 1. Recién nacido que presenta URF¹⁵

¹⁴ Boj J. R., Catalá M., García B. C, Mendoza A, Planells P, Odontopediatría, La evolución del niño al adulto joven, 1ª. Edición, 2011, Ed. Ripano Editorial Medica, Madrid, España, Pág. 140

¹⁵ <http://www.medicinayprevencion.com/foto/aftas-infantiles.jpg>



Esta patología es la expresión de la úlcera eosinófila de la mucosa oral en los niños, provocada por el trauma de los movimientos de succión sobre los incisivos inferiores, en la lactancia.¹⁶

2.2 Antecedentes

La URF, fue descrita por primera vez por Caradelli en 1875 y seis años más tarde en 1881 Riga, la asoció a una problemática general que podía conducir a la muerte. Posteriormente, en 1890 Fede definió la lesión histológicamente y desde entonces se le conoce con el nombre de “Úlcera de Riga-Fede”¹⁷

La URF, fue descrita clínicamente por Antonio Riga en 1881, histológicamente por Francesco Fede en 1890. Se trata de una entidad poco frecuente y benigna caracterizada por una úlcera en la mucosa oral en niños menores de 2 años. En adultos se conoce como úlcera eosinofílica (U.E), de la mucosa oral, granuloma traumático de la lengua y granuloma eosinofílico de la lengua.¹⁸

En la década de los 80s, Elzay propuso considerar a la Úlcera Eosinofílica y a la úlcera de Riga-Fede como una única entidad (con la denominación de granuloma ulcerativo traumático con eosinofilia estromal, presentando la entidad dos picos de incidencia: uno en la edad infantil (en los dos primeros años de vida) y un segundo pico en la sexta y séptima década de la vida. Sin embargo ambos procesos, UE y la úlcera de Riga-Fede, han recibido históricamente diversas denominaciones como granuloma eosinofílico diutinium, granuloma traumático, granuloma

¹⁶ Bencini. C. A. Op. Cit. Pág.257-263

¹⁷ Boj J. R., Pág. 140

¹⁸E. del Alcázar Viladomiu, M.A. Vicente, Villa M.A., González E. Úlcera lingual en un lactante de 7 meses, Rev. Actas Dermosifiliogr. 2013; 104(7) Pág.631---632

histiocítico atípico, pseudolinfoma ulcerado lingual, úlcera sublingual infantil, granuloma sublingual, lesión reparativa de la lengua, lo que ha contribuido a aumentar la confusión acerca del carácter y la naturaleza de esta lesión ulcerativa.¹⁹

2.3 Características clínicas

La URF, presenta bordes sobre elevados, eritematosos, con tendencia al sangrado y de fondo blanquecino. A la palpación, sus bordes son indurados, no así el centro de la lesión. La úlcera se presenta móvil y sin adherencia en profundidad.²⁰



Figura 2. Úlcera de Riga- Fede²¹

La úlcera se localiza en la cara ventral y punta de la lengua en la mayoría de los casos, y su incidencia es similar en ambos sexos. Respecto a la etiología se cree que está producida por el trauma repetido, secundario a los movimientos de protrusión y retracción continua sobre los dientes natales o neonatales (incisivos inferiores).

¹⁹ Vera S. B., Delhom V J, Baquero R. C, Vera S. F., Úlcera eosinofílica lingual: un reto diagnóstico, Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial de patogénesis controvertida, Ed. El servier. Pág. 128-132.

²⁰ Beneci C. A., Op. Cit. Pág. 257-263

²¹ E. del Alcázar, Op. Cid., Pág. 631---632



También se puede observar en niños con enfermedades neurológicas y parálisis cerebral, incluso puede ser la primera manifestación de enfermedades neurológicas como la disautonomía familiar (síndrome de Riley-Day), la disfunción autonómica congénita con pérdida de dolor universal o el síndrome Lesch-Nyhan.

Domínguez y Cruz et al, propusieron una clasificación según la edad de aparición y las enfermedades asociadas. Los casos tempranos (antes de los 6 meses de edad) estarían relacionados con dientes natales o neonatales, sin asociación a trastornos neurológicos, mientras que en los casos tardíos (a partir de los 6 meses) estaría causada por la dentición primaria y podrían asociarse con enfermedades neurológicas o del desarrollo.²²

Los síntomas pueden ser vistos inmediatamente después de nacer con dientes natales y síndromes asociados. Cualquier superficie de la mucosa puede ser afectada sin embargo, la lengua es la ubicación más común. Las lesiones orales suelen aparecer como ulceraciones en la superficie ventral de la lengua en la línea media.

²² E. de Alcázar Op. Cit. Pág. 631-632.



2.4 Características histopatológicas de URF

El examen histológico revela infiltrado inflamatorio mixto que consta de linfocitos, macrófagos, mastocitos y muchos eosinófilos.²³

Es una entidad benigna, poco frecuente, caracterizada por úlceras únicas o múltiples, de bordes elevados e indurados, sin eosinofilia en sangre.²⁴

En la biopsia se observa una úlcera con tejido de granulación con un infiltrado difuso compuesto fundamentalmente por eosinófilos.²⁵ Es un proceso inflamatorio, con eritema e induración periférica y sangrado habitual que aparece a los 15 días de erupcionar el diente y se cura naturalmente en 60 días.²⁶

El diagnóstico se establece siempre a partir del estudio histopatológico que muestra una ulceración no carcinomatosa, con un infiltrado inflamatorio polimorfo, dotado de una abundante eosinofilia que se extiende hasta alcanzar planos profundos de la úlcera. En este sentido se ha señalado que los eosinófilos presentes en la UE son defectuosos en la producción de factor de crecimiento transformante (TGF14), indicándose qué esta podría ser la causa de la cicatrización tan tardía de las lesiones. Además de todo ello, el estudio histopatológico puede arrojar datos que causen confusión al patólogo, al contrastar la presencia de elementos mononucleados atípicos, y con actividad proliferativa marcada en el fondo

²³Ceyhan, A. M., Yildir M. i, P. Y. Basak, B. V. Akkaya and A. Ayata. Traumatic lingual ulcer in a child: Riga-Fede disease, Journal compilation 2008 British Association of Dermatologists. Clinical and experimental Dermatology, 34 186-188.

²⁴Benecini A. C., Op. Cit. Pág.257-263

²⁵E, del Alcazal, Op. Cit. Pág.: 631-632

²⁶ Guzmán M. A., Profesor Titular de Estomatología Clínica Integrada de la Facultad de Odontología Pierre Fauchard, Universidad Autónoma de Paraguay, Asunción. Paraguay. Dermopatología y Patología bucal de la Clínica integrada de la Facultad de Odontología Pierre Fauchard, Universidad Autónoma de Paraguay, Asunción. Paraguay. Dientes natales y enfermedad de Riga-Fede. Dermatol PediatrLat 2005;3(2): 152-157.



de la úlcera, debiendo establecer un diagnóstico diferencial con todo el espectro de lesiones ulcerativas mucosas que pueden cursar con eosinofilia.

Las células mononucleadas atípicas de la UE a menudo presentan un inmunofenotipo de células T7, con expresión así mismo de CD30 + y un índice de proliferación elevado (20 al 70%), si bien también se detectan elementos histiocíticos (CD68 +) y elementos fusiformes inmunoreactivos al F-XIIIa.²⁷

2.5 Diagnóstico diferencial de URF

El diagnóstico diferencial de la URF incluye varias condiciones benignas y malignas, infecciones fúngicas y virales, así como las distintas enfermedades que cursan con ulceraciones bucales.²⁸

La úlcera eosinofílica, también conocida como granuloma ulcerativo traumático con eosinofilia estromal, es una lesión benigna, ulcerativa de la mucosa oral que presenta una evolución persistente, planteando a menudo diferentes diagnósticos clínicos diferenciales. Su diagnóstico se establece solo a partir del estudio histopatológico, su morfología presenta características que pueden sugerir al patólogo la existencia de un proceso linfoproliferativo²⁹

²⁷Vera S. B., Op. Cit. Pág. 128-132

²⁸ Ceyhan A. M., Op. Cit. Pag. 186-188.

²⁹ Vera. S. V., Op. Cit. Pág. 128-132

2.5.1 Afta de Bednar

También llamada afta pterigoide. Presenta úlceras que son superficiales y bilaterales generalmente en mucosa de la región palatina. En recién nacidos, las causas son: la presión del pezón contra el paladar, al realizar la exploración de la cavidad oral, o limpiarla de residuos. En el adulto suele producirse por algún trauma como al realizar la exploración con el espejo bucal. Cura espontáneamente. Esta lesión solo se presenta en el paladar mientras que la URF se presenta en la cara ventral de la lengua con mayor predilección. El tratamiento es realizado directamente sobre ella: aplicando antisépticos orales, antiinflamatorios y anestésico tópicos, también se utiliza violeta de genciana, anestesia, sacarosa y agua (VASA).³⁰

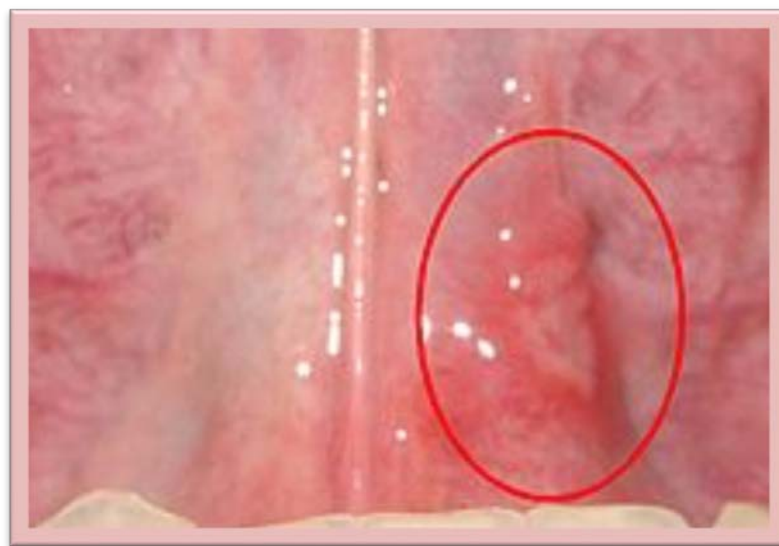


Figura 3. Afta de Bednar.³¹

³⁰ Fiwereido W. L., O p. Cid. Pág. 130

³¹ <https://microral.wikispaces.com/Infecciones+de+la+mucosa+oral+y+otras>



2.5.2 Gingivoestomatitis herpética

Es de origen viral, ocasionada por el herpes virus simple tipo I (VHS-I), actualmente aparece con mayor frecuencia en lactantes y niños menores de 6 años aunque también se presenta en niños mayores de 6 años y adultos, con igual frecuencia en ambos sexos. Es contagiosa.³²

Genera lesiones vesiculares agudas en cualquier zona de la cavidad bucal que duran de 5 a 7 días y se acompañan de fiebre, deshidratación, malestar general y cefaleas.

Algunas de las manifestaciones bucales incluyen la inflamación de la encía, y salivación excesiva, disfagia y linfadenopatía. La encía y la lengua presentan vesículas o erosiones de forma redondeada u ovalada, bien circunscritas, el tamaño de cada una de estas lesiones es de 2 a 4mm están recubiertas por una pseudo membrana amarillenta, rodeada por bordes rojos. Estas vesículas no permanecen intactas, por lo que es común que se rompan y evolucionen a úlceras dolorosas. Al cabo de diez a catorce días la infección primaria remite sin dejar cicatrices, es rara su recidiva.³³

³²Salinas J. Y., Millán. E. R., GINGIVOHESTOMATITIS HERPÉTICA PRIMARIA. CONDUCTA ODONTOLÓGICA, Acta Odontológica Venezolana- Vol. 46 N. 27/ 2008 ISSN: 0001-6365. Pág. 1-11.

³³ Rober J. Gorlin, D.D.S., M.S. Henry M. Goldman, D.M.D., Patología Oral, Ed. Salvat Editores, S.A., Pág. 818



Figura 4. Gingivoestomatitis herpética ³⁴

2.5.3 Herpes neonatal VHS (2)

Se adquiere en el momento del parto (85 % de los casos) al contacto con lesiones genitales o secreciones maternas infectadas. Un 45% de los recién nacidos contagiados presentarán lesiones en la cavidad bucal, piel y ojos. Todos los niños que nacen contagiados in útero presentarán lesiones en la piel al momento de nacer, mientras que los niños infectados durante el parto presentarán lesiones durante la primera o segunda semana de vida, inicialmente solo se presentan úlceras bucales o corneales.

En recién nacidos la falta de alimentos e ingesta de líquidos, puede causar deshidratación, situación que puede exigir hospitalización y administración parenteral de líquidos. Estas lesiones son de origen viral, mientras que la URF es de origen traumático.

El tratamiento es Aciclovir por vía sistémica durante las 24 a 48 horas de iniciado el cuadro, junto con el tratamiento odontológico, aplicaciones locales, anestésicos tópicos como lidocaína al 2% sobre las zonas afectadas, vitaminas, radiaciones, antimicrobianos y terapia paliativa³⁵

³⁴ <http://ricardoruizdeadana.blogspot.mx/2011/05/ulceras-de-la-boca.html>

³⁵ Salinas J. Y., Op. Cid. Pág. 1-11.



Figura 5. Herpes neonatal³⁶

2.5.4 Estomatitis aftosa recidivante (EAR)

También se le conoce como úlcera aftosa recurrente (UAR). Las aftas se manifiestan en una o varias úlceras dolorosas de la mucosa oral que pueden curar espontáneamente o bien recurrir tras un período de remisión total o parcial. Se han descrito tres formas clínicas según el tamaño y el número de las lesiones: la menor, la mayor y la herpetiforme. Se localizan en la mucosa labial, el piso de la boca, la lengua, especialmente en los bordes, y más raramente en las encías y el paladar. Producen molestias dolorosas y, en general, remiten en una semana si se realiza una correcta higiene bucal utilizando los colutorios adecuados. En caso contrario, o bien si a la vez hay alguna enfermedad sistémica, pueden durar más tiempo o volverse a cronificar. No existe una causa específica, aunque pueden presentarse por factores genéticos, infecciosos (bacterias, virus y hongos), factores locales (traumatismos, productos tóxicos e irritativos) y por enfermedades sistémicas. Se presenta con frecuencia entre los 20 y 50 años de edad, en niños también es común, se presenta más en mujeres, se diferencia de la URF por sus dimensiones y el número de las lesiones, por su etiología y por la edad de aparición.³⁷

³⁶ <http://dentalresource.org/topic52herpes.htm>

³⁷ Rivera P. R., Monleon P. M., Estomatitis aftosa: una consulta frecuente en atención primaria Sección de Odontología. ABS Almacelles. Lleida. bServicio de Bioquímica del CS Vall d'Hebron. Barcelona. SEMERGEN: 2000; 26: 186-191.



Figura 6. Estomatitis aftosa recidivante³⁸

2.5.5 Candidiasis

La *Candida albicans* es un patógeno oportunista, que se encuentra como un agente normal dentro de la cavidad bucal de individuos saludables, pero el microorganismo puede cambiar de su forma normal a su forma patógena debido a desórdenes de la mucosa bucal, terapia antimicrobiana y en pacientes inmunocomprometidos. En lactantes y recién nacidos, se afecta la mucosa bucal, piso de boca y superficie dorsal de lengua son los sitios más frecuentes de infección. El recién nacido no tiene muy desarrollada su flora bucal, asociado con una disminución de la producción de saliva, hace que sean factores que predispongan al desarrollo de la candidiasis.

La diferencia entre *Candida* y la URF, es su etiología ya que la *Candida* es provocada por un hongo y la URF es de origen traumático, en cuanto al tratamiento la *Candida* se desprende al retirarla con una gasa y la ulcera de Riga-Fede no, debido a que esta se desaparece al quitar el

³⁸ <http://bebefeliz.com/files/2012/04/aftas.jpg>

factor irritante en este caso los bordes cortantes de los dientes natales y neonatales, otra diferencia es la localización en la cavidad bucal.³⁹



Figura 7. Candidiasis en recién nacidos.⁴⁰

2.5.6 Sífilis congénita

La sífilis congénita es la infección cutánea y sistémica provocada por el *Treponema pallidum*, adquirida por el neonato vía trasplacentaria de una madre que padece sífilis durante el embarazo.⁴¹

En la mucosa oral se presentan varias úlceras poco profundas, de contorno irregular a pesar de tener límites definidos y forma variable, a veces cubiertas por una membrana blanca resistente. Las úlceras están presentes en la mucosa yugal, paladar, encías, lengua y mucosa labial. Es importante mencionar que la diferencia entre estas úlceras y la URF es que

³⁹González G. R., Bologna M. R., Nevárez R. A., Carreón B. R. G., Lesiones frecuentes de la mucosa bucal en niños y adolescentes: Revisión literaria, Revista aDM /eNeRO-FeBReRO 2011/ VOL .LXviii. NO.1. pp. 17-24

⁴⁰ <http://es.slideshare.net/darkill3190/7-patologia-oral-en-el-paciente-pediátrico>

⁴¹Vargas P. k, Mena C. C, Toledo B. M, Valencia A, Sífilis congénita, la gran simuladora, Dermatol Rev Mex 2014; Pág. 40-47

ésta, evoluciona favorablemente al quitar el traumatismo y en la sífilis congénita, el tratamiento es por vía sistémica⁴²



Figura 8. Sífilis congénita⁴³

ÚLCERAS BENIGNAS	ÚLCERAS MALIGNAS
Poca profundidad	Muy profundas e irregulares
Bordes poco elevados	Bordes evertidos
Base limpia	Base sucia
Consistencia blanda	Dureza e infiltración al tacto
Relación causa-efecto	

Tabla 2. Características diferenciales entre las úlceras benignas y malignas.⁴⁴

⁴²López Ortega k, Pepe Medeiros R. N. P, Watanuki F, Soares A. N, Magalhaes M., Sífilis secundaria en un paciente VIH positivo, Medicina y Patología Oral / Oral Medicine and Pathology, Med Oral 2004;9:33-8, Pág.33-38

⁴³ <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/738/2/Sifilis-congenita>

⁴⁴Bagan S. J. V, Op. Cid. Pág:77

2.6 Tratamiento

Aunque las lesiones orales son autolimitadas y pueden curar espontáneamente en la URF un retrasado o falso diagnóstico y terapia ineficaz puede dar lugar a la mutilación, deformidad permanente de la lengua, insuficiencia nutricional, y retraso en el crecimiento en el largo plazo. Por lo tanto, el tratamiento oportuno y evaluación dental es esencial.

El tratamiento dental restaurador como una barrera protectora con resina, sobre el filo de los incisivos y suavizar los bordes cortantes, cambiar hábitos de alimentación (el abandono del uso de biberón), y la aplicación de corticoesteroides tópicos (Dexametasona, Hidrocortisona, Betametaxona, debido a que estos son poco potentes) tópicos pueden ser utilizado, como opciones de tratamiento conservador.⁴⁵



Figura 9. Alisado de bordes filosos de los dientes con lija para resinas de grano fino.⁴⁶

⁴⁵Ceyhan A. M., Op. Cit. 186-188.

⁴⁶ Podesta M. E. Arellano S. C., Odontología para bebés, fundamentos teóricos y prácticos para el clínico, 1ª, Edición 2013, Ed. Ripano, S.A., Madrid, España. Pág. 97



El tratamiento de esta lesión ha variado con los años. Antiguamente consistía en la incisión de la lesión. Actualmente el tratamiento oscila entre una actitud más radical que consista en la extracción de los dientes erupcionados, causantes de la lesión y una actitud más conservadora que implica el mantenimiento de estos dientes pero modificando su morfología, mediante el pulido de bordes cortantes con una lija de resinas manual y/o aplicación de resina en los márgenes hasta que queden romos. Uno de los factores determinantes a la hora de inclinarnos por actitudes más radicales es el tamaño de la lesión y el estado nutricional del niño. Si la úlcera es de gran tamaño y el recién nacido está perdiendo peso porque la lesión le impide una alimentación adecuada, está indicada la exodoncia de los dientes natales o neonatales.

En aquellos casos en los que pese a haber pulido o cubierto los dientes con resina y tratado localmente la úlcera con violeta de genciana, anestésico, sacarina y agua. VASA (antisépticos orales, antiinflamatorios y anestésicos por vía tópica), En el caso de que no haya desaparecido la lesión, también se recomienda la extracción de los dientes natales y neonatales, eliminando así el agente causal.⁴⁷

Las opciones terapéuticas son de protección para facilitar la cicatrización de la lesión. En los casos de dientes neonatales se realiza la extracción de los mismos si estos presentan excesiva movilidad.

El tratamiento es variado, con técnicas alternativas de alimentación que ayudan a la cicatrización y evitan el problema de la malnutrición asociada.⁴⁸ Incluye el pulido suave de los dientes con una lija de resinas,

⁴⁷Boj J. R., Op. Cit. Pág. 140

⁴⁸Zapata L, F., J.D. Paulo, R. Pineda-Tamayo, A.L. Zapata-Castellanosa y A. Rojas-Villarraga,

Úlcera lingual crónica de diagnóstico difícil (enfermedad de Riga-Fede)



de forma manual y la aplicación de fluoruro de sodio al 0,02% sobre los dientes y VASA sobre la lesión.⁴⁹

Se debe brindar a los padres, las indicaciones básicas sobre los cuidados bucales educativos y preventivos acordes con la edad y el seguimiento que deberíamos hacer. Se les explica detalladamente las características clínicas, etiológicas y epidemiológicas de los dientes natales y de la URF. Ante la ausencia de movilidad de estos dientes lo que se procede a realizar es el desgaste de la zona incisal de los dientes, con discos de lija de baja rotación (Sof-Lex™ Finishing and Polishing Systems. 3M ESPE) a fin de obtener una superficie roma que no dañe la zona ventral de la lengua durante la lactancia y producir alivio progresivo de la URF hasta su desaparición.⁵⁰

2.7 Asociación con síndromes

La literatura publicada indica que al menos una cuarta parte de los casos documentados de la URF están asociados con trastornos del neurodesarrollo. Debido a los movimientos de avance y retroceso, la superficie ventral de la lengua es a menudo el sitio afectado. Encefalopatía, microcefalia, parálisis cerebral, familiar disautonomía, síndrome de Lesch Nyhan, y el síndrome de Down se encuentran entre los trastornos del neurodesarrollo, asociados con esta condición.⁵¹

⁴⁹Figueredo W. L., Op. Cid. Pág. 130

⁵⁰Elías P. M. C., Arellano S. C., Tratamiento de úlcera de Riga-Fede en un bebé con antecedente de reacción adversa por uso de benzocaína, Odontología para bebés DENTAL TRIBUNE Hispanic & Latin America, Pág. 4-6.

⁵¹Manouri. P. Senanayake, Irantha Karunaratne, Persistent lingual ulceration (Riga-Fede disease) in an infant with Down syndrome and natal teeth: a case report, Senanayake and Karunaratne Journal of Medical Case Reports 2014, 8:28 <http://www.jmedicalcasereports.com/content/8/1/283>



2.8 Incidencia

Puede aparecer en cualquier grupo etario, sin distinción de sexo y su localización más frecuente es la mucosa de la lengua.⁵²

Debido a la frecuencia relativamente común de las alteraciones bucales natales y neonatales, se recomienda realizar un examen estomatológico de rutina a todos los neonatos para diagnosticar y, en caso necesario, intervenir para permitir un correcto funcionamiento del neonato en una etapa fundamental para el desarrollo y crecimiento del mismo. La comunicación interdisciplinaria entre neonatólogos y odontólogos es esencial para la detección temprana de las alteraciones bucales.

2.9 Prevalencia

A pesar de que esta lesión es relativamente poco frecuente en los recién nacidos es una de las más prevalentes, afectando principalmente a la región de los incisivos inferiores.⁵³

Clínicamente la lesión es en la lengua en un 60% aunque puede aparecer en otros lugares como labio, reborde alveolar, mucosa vestibular o piso de boca.⁵⁴

⁵²Benecini A. C., Op. Cit. Pàg.257-263

⁵³Souza A.C.R.A., Normandía C.S., Melo L.T., López Alvarenga R., Souza L., Dientes neonatales: Reporte de un caso y revisión de la literatura, Avances en Odontoestomatología *versión impresa* ISSN 0213-1285 AvOdontoestomatol vol.27 no.5 Madrid set.-oct. 2011 <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852011000500005>

⁵⁴Mónica Magaña Pérez, Manuel Salvador Robles Andrade, Cecilia Guerrero Sierra, Alteraciones bucales del recién nacido, Revista ADM 2014; 71 (3): 115.119 Artículo de revisión / Review



La prevalencia de diente neonatal está dentro de los rangos de 1:6 000 hasta 1:800 en recién nacidos. En México, la frecuencia de diente neonatal es de 2,5%.⁵⁵

⁵⁵ Rodríguez R. G., Rodríguez R. S., Enfermedad de Riga-Fede y Dientes Neonatales, Revista Científica Ciencia Médica, Rev Cient Cienc Méd v.17 n.1 Cochabamba 2014, Pág.51



3. PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LA URF

Es de vital importancia, prevenir las complicaciones que se puedan presentar al llevar acabo el tratamiento de la URFD así como el de los dientes natales y neonatales, por lo que en este capítulo revisaremos algunas de las complicaciones que se pueden presentar al realizar el tratamiento y como prevenirlas.

3.1 Aspiración o deglución del diente.

Entre las complicaciones clínicas que se pueden encontrar debido a la hipermovilidad están la deglución o aspiración del diente. Sin embargo, la aspiración de uno de estos dientes nunca ha sido reportada en la literatura.

3.2 Dificultad para alimentarse.

La movilidad del diente y el alto riesgo de desprendimiento, pueden provocar dificultad para la lactancia, La presencia de un diente móvil, erupcionado prematuramente puede ser causa de dolor, por el cual el bebé rehúsa el biberón o la leche materna.⁵⁶

La complicación más descrita es la desnutrición asociada a la difícil alimentación.⁵⁷ El trauma constante puede provocar una ulceración lo suficientemente grande o molesta como para interferir en la adecuada succión y la alimentación, lo que provocaría un riesgo de deficiencias

⁵⁶Souza A.C.R.A., Normandia C.S., Melo L.T., López A. R., Souza L., Dientes neonatales: Reporte de un caso y revisión de la literatura, Avances en Odontoestomatología *versión impresa* ISSN02131285AvOdontoestomatol vol.27 no.5 Madrid set.oc t. 2011 <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852011000500005>

⁵⁷Zapata L. F., Op. Cid. Pag.

nutricionales en el neonatal y pudiendo incluso llegar al extremo de amputar la punta de la lengua.⁵⁸

Dado que con el amamantamiento el bebé satisface las necesidades nutricionales y emocionales, si la alimentación no se lleva a cabo adecuadamente se encontrará con bajo peso y deficiencias nutricionales importantes, por lo que con esto entendemos que la alimentación por seno materno en los primeros meses de vida es la mejor vía de nutrición y satisfacción emocional.⁵⁹

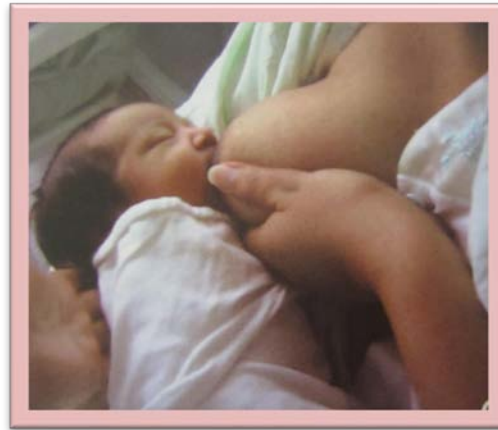


Figura 10. Bebé alimentándose de forma natural.⁶⁰

Por lo que se debe recordar que desde el nacimiento y hasta los 6 meses de edad, se debe alimentar a los niños exclusivamente con leche materna ofrecida a libre demanda, ya que esta cubre los requerimientos, además de respetar grandes ventajas para el niño y la madre. Además aporta todos los nutrientes que el niño necesita durante estos primeros

⁵⁸Boj J. R., Op. Cit. Pág. 140

⁵⁹ Podesta M. E., Pág. 128

⁶⁰ Ib.Pág. 74



meses de vida, la leche materna ofrece ventajas bioquímicas, inmunológicas, psicológicas y económicas.⁶¹

3.4 Deficiencia de vitamina K

Cuando el tratamiento elegido es la extracción es aconsejable esperar a que el recién nacido tenga por lo menos de 10 a 14 días de vida, esto permitirá que la flora intestinal del lactante produzca vitamina K la cual es esencial para los niveles adecuados de protrombina que interviene en los procesos de coagulación.⁶²

3.5 Susceptibilidad a la Benzocaína

Otra de las complicaciones reportada es la metahemoglobinemia por susceptibilidad a la benzocaína, utilizada previa a la extracción de dientes natales o neonatales.

Los bebés menores de 4 meses de edad, pacientes con baja hemoglobina y algunas anomalías en las enzimas, tienen mayor riesgo de desarrollar niveles tóxicos de metahemoglobina.

Cuatro tipos de anestésicos locales han sido reportados como asociados con metahemoglobinemia: prilocaína, benzocaína, lidocaína y la tetracaína.

La hemoglobina (desde fetal hasta los 6 meses de edad) es más fácilmente oxidada a metahemoglobina que la hemoglobina adulta y el

⁶¹Tellez V. M. E., Nutrición clínica, 2 da Edición, 2014, Manual Moderno, Mexico, Pág.97

⁶²Souza A.C.R.A, Normandia C.S., Melo L.T., López Alvarenga R., Souza L.N. Dientes neonatales: Reporte de un caso y revisión de la literatura, Av Odontoestomatol vol.27 no.5 Madrid set.-oct. 2011. Pág: 253-258



desarrollo del sistema metahemoglobina NADH-metahemoglobina reductasa es incompleta.

Guay J, en una revisión de literatura recomienda su sustitución por fármacos con menos susceptibilidad, sugiere que debido a que no podemos predecir qué individuos podrían ser susceptibles a desarrollar metahemoglobinemia después de la exposición a la benzocaína, y también para producir un efecto terapéutico y los que producen toxicidad) en individuos susceptibles, el uso clínico de benzocaína debe ser abandonado. Asimismo, recomienda su sustitución por fármacos con menos susceptibilidad a formar este padecimiento como la lidocaína.

La extracción de preferencia se debería realizar con anestesia tópica sustituyendo la benzocaína en cualquier presentación (por la circunstancia de la metahemoglobinemia), por otro anestésico que presente menos probabilidad de reacciones adversas.⁶³

⁶³Elías P. M., Op. Cid. Pág. 4-6.



4. CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES DECIDUOS

Los dientes y la cavidad oral son parte muy importante del aparato digestivo.

La odontogénesis se inicia alrededor de la sexta semana de vida intrauterina, de modo que los dientes, al igual que los demás órganos, aparatos y sistemas, quedan formados al final del primer trimestre del embarazo; aunque este proceso culmine alrededor de los 20 años de edad.

La erupción de la dentición decidua es un momento importante en el crecimiento y desarrollo del niño, se inicia entre el vigésimo y cuarto mes posnatal, completándose a los 36 meses de edad y se caracteriza por dientes bien alineados y con un espaciamiento entre ellos.

Como término medio el primer diente (incisivo central inferior), suele erupcionar alrededor de los seis meses de edad y es común que coincida con los cambios de la dieta y la introducción de otros alimentos diferentes a la leche. Los últimos molares aparecen después del segundo año de vida en promedio. (Como se muestra en la tabla 3)⁶⁴

⁶⁴Téllez, V. M., Op. cid. Pág. 89-90



DIENTES	MESES
Incisivo central inferior:	6 meses
Incisivo central superior:	7-8 meses
Incisivo lateral superior:	8-9 meses
Incisivo lateral inferior:	10-12 meses
OCHO INCISIVOS AL PROMEDIAR EL AÑO	
Primer molar inferior:	12-16 meñses
Primer molar superior:	12-16 meses
GENERALMENTE EL INFERIOR ANTECEDE AL SUPERIOR	
Canino inferior:	12-16 meses
Canino superior:	12-16 meses
GENERALMENTE EL INFERIOR ANTECEDE AL SUPERIOR	
Segundo molar inferior:	20-30 meses
Segundo molar superior:	20-30 meses

Tabla 3. Cronología de la erupción de los dientes deciduos. ⁶⁵

⁶⁵ Podesta M. E. Op. Cid. Pág. 109

5. DIENTES NATALES Y NEONATALES

5.1 Definición

Se llaman dientes natales a los dientes que están presentes en la cavidad bucal en el momento del nacimiento del niño y dientes neonatales a los que aparecen durante los primeros 30 días de vida extrauterina. Ambos términos que son expresión de la misma anomalía, se refieren solo a la cronología eruptiva, sin considerar el grado de madurez ni si se trata de dientes supernumerarios o forman parte de la dentición decidua.⁶⁶

La frecuencia de su aparición según Massler y Savaran (1950) es de 1/2000 nacimientos. Estos dientes son generalmente de serie normal (95%) y solamente el 5% de ellos supernumerarios. En los casos encontrados en la clínica del bebé por cada 6 (seis) de serie normal encontramos 1 (uno) súpernumerario.⁶⁷



Figura 11. Presencia de dientes natales.⁶⁸

⁶⁶ Boj J. R. Op. Cit. Pág. 136

⁶⁷ Figuereido W. L. Op. Cit. Pág. 49

⁶⁸ Barbería L. E. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos, 2ª edición Madrid, España S.A., 2014 Pág. 40



5.2 Prevalencia

La frecuencia de aparición de estos dientes es pequeña y los datos sobre su prevalencia varían mucho según sus diferentes autores y oscila entre el 1:2000 y 1: 3500 recién nacidos, dependiendo de la población estudiada y de los métodos empleados en cada estudio.

No hay diferencia en la prevalencia entre el sexo masculino y el femenino. Sin embargo Ronk encuentra esta alteración más frecuente en las niñas que en los niños, en una relación de 3:1.

5.3 Localización

El 85% de los dientes natales son incisivos centrales inferiores deciduos, el otro 15% se distribuye de la siguiente manera: incisivos centrales superiores y molares el 10% y el 5% restante en estructuras dentarias supernumerarias.

5.4 Etiología

La presencia de dientes natales y neonatales es un hecho llamativo que con frecuencia alarma mucho a los padres.

La aparición de dientes natales y neonatales, es un trastorno de cronología biológica. Parece deberse a una posición excesivamente superficial de los gérmenes dentarios que, influenciada por factores hereditarios (gen autosómico dominante), tiende a provocar una erupción muy precoz de los mismos.

No existen evidencias concluyentes que correlacionen la erupción precoz y alguna condición sistémica o síndrome. Sin embargo algunos



autores asocian este hecho con algunos síndromes y anomalías del desarrollo como hipovitaminosis, desnutrición y estados febriles maternos durante el embarazo, y con síndromes como la disostosis craneofacial, displasia condroectodérmica (Elvis Van Creveld), Pierre Robín, hendidura labial y palatina, paquioniquia congénita tipo 2 y síndrome adrenogenital.

5.5 Clasificación

- Según el tipo de erupción, se clasifican estos, en dientes natales: los que están presentes en el momento del nacimiento, y dientes neonatales: los que hacen su erupción en los 30 primeros días de vida extrauterina.
- Según las características clínicas se clasifican en dientes maduros, cuando tiene forma normal y desarrollo completo similar a los demás dientes temporales por erupcionar (estos dientes tienen buen pronóstico clínico) y dientes inmaduros, cuando su desarrollo y estructura es incompleto (el pronóstico de estos dientes es más incierto).

Otra clasificación de estos dientes natales, es la que hace referencia a cuatro categorías clínicas diferentes:

1. Estructura coronaria en forma de cascarón, escasamente fijada al alveolo por el tejido gingival y ausencia de raíz.
2. Corona sólida, escasamente fijada al alveolo por el tejido gingival y raíz pequeña o ausente.
3. Erupción del margen incisal de la corona a través del tejido gingival.



4. Edema del tejido gingival con un diente no erupcionado pero palpable.

5.6 Características clínicas e histológicas

Morfológicamente, los dientes natales y neonatales pueden ser crónicos o tener tamaño y forma normal, el color es amarillo parduzco, presentan escasa o nula raíz y diversos grados de movilidad.

Histológicamente las características de estos dientes son las de un diente inmaduro: esmalte ausente o fragmentado especialmente en la superficie inciso lingual, exhibiendo grandes áreas fisuradas alrededor de las que se observan depósitos bacterianos. Esta superficie adamantina es irregular e hipoplásica con diferentes grados de severidad, presentando túbulos hipoplásicos con grandes áreas intertubulares. La pulpa es amplia y vascularizada. Existe una formación irregular de dentina y deficiente cemento con escasa o nula formación irregular.

5.7 Complicaciones

La presencia de dientes natales o neonatales pueden causar:

- Lesiones en la base de la lengua del bebé, úlcera de Riga-Fede, por el roce del borde incisal con la cara ventral de la lengua durante la succión.
- Aspiración o deglución del diente erupcionado, sobre todo cuando es el tipo inmaduro, dando lugar a complicaciones pulmonares o digestivas.
- Lesiones secundarias en el pecho materno durante la lactancia.

5.8 Diagnóstico

Es fundamental contrastar los hallazgos clínicos, una exploración radiográfica para determinar si se trata de un diente de la serie normal de la dentición decidua o de un supernumerario y a su vez para poder cuantificar el grado de maduración dentaria ya que nuestra actitud terapéutica será diferente según estas variables. Si hay una imagen doble, se confirma el diagnóstico de diente supernumerario y si es visible la existencia de 3/5 partes de corona normal e incluso de buena parte de la raíz, confirmaremos la madurez del diente.



Figura 12. Radiografía periapical de dientes natales inmaduros.

5.9 Diagnóstico diferencial

Los dientes natales y neonatales se diferencian de los nódulos de Bohn y de los quistes de la lámina dental, quistes de inclusión, ya que por lo general estas patologías son múltiples, de color blanco grisáceo, no aumentan de tamaño y desaparecen de forma espontánea al cabo de

pocas semanas, por lo cual el examen radiográfico nos ayudará a diferenciar estas patologías.⁶⁹

- **Nódulos de Bohn:** se presentan a lo largo de la superficie bucal y lingual o palatina en los rebordes mandibulares y maxilares del recién nacido y en la unión del paladar duro y el blando. Son más frecuentes en el maxilar. Estas lesiones se originan a partir de restos de tejido glandular mucoso, los Nódulos de Bohn son los que se confunden más con dientes neonatales debido a su forma, color y localización.

En ocasiones se observan en 30 días posteriores al nacimiento del recién nacido.

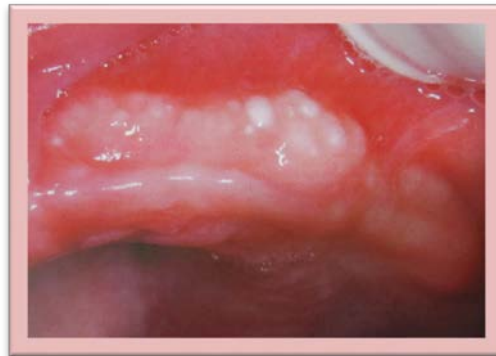


Figura 13. Nódulos de Bohn

- **Quistes de inclusión:** Son lesiones redondeadas de color blanco amarillento o gris que se observan en la mucosa oral del 6-85% de los recién nacidos, pueden ser únicos o múltiples, son asintomáticos y su tamaño varía de 1 a 3 mm. Estas alteraciones son restos de estructuras embrionarias epiteliales, que desaparecen en el primer mes de vida, es probable que en ocasiones aumenten de volumen y

⁶⁹ Boj J. R. Op. Cit. Pág. 137-140

en el tercer mes se vuelven voluminosas, grandes y más visibles esto puede confundirse con absceso o dientes neonatales.



Figura 14. Quistes de inclusión.⁷⁰

- **Quistes de la lámina dental:** situadas en la cresta alveolar del maxilar, más frecuente en la región posterior. En la mandíbula también se sitúan en la región posterior, pero a nivel de las superficies linguales de los procesos alveolares. Su origen procede de restos epiteliales de la lámina dental, desaparecen espontáneamente. En cuanto a los dientes natales se diferencian por su localización y su textura. ⁷¹

⁷⁰ Ib. Pág. 141

⁷¹ Ib. Pág. 142



5.10 Tratamiento de dientes natales y neonatales

Las extracciones indiscriminadas de dientes natales y neonatales no deben ser permitidas y todos los esfuerzos deberán estar a la conservación de estos dientes.

En general la única indicación absoluta de extracción, es cuando el diagnóstico clínico y radiográfico nos confirme que se trata de un diente supernumerario, con escasa formación radicular y gran movilidad, en los casos diagnosticados como dientes pertenecientes a la dentición normal y que presentan gran movilidad, clásicamente se ha indicado también la exodoncia como tratamiento de elección cuando existe riesgo de aparición de traumatismo de la lengua, del labio del recién nacido o traumatismo del pezón materno, si bien hoy día se considera que se deben de valorar otras posibilidades terapéuticas paliativas, ya que en muchos casos los dientes se estabilizan en poco tiempo mientras se realiza el desarrollo radicular. Así están indicados tratamientos como pulir el margen incisal agudo del diente erupcionado, o la cobertura de la porción incisal con resina, como para aliviar la úlcera de Riga-Fede. El empleo de estas técnicas requiere el mantenimiento del control de la placa bacteriana para prevenir la caries dental, mediante aplicaciones periódicas de flúor (fluoruro de sodio al 0,02%), dado que la erupción prematura de estos dientes implica una mineralización incompleta de los mismos.

Si la opción de tratamiento es la extracción, esta no plantea ninguna dificultad técnica, ya que estos dientes pueden ser removidos con un fórceps o incluso con una gasa, pero siempre se ha de realizar después de los primeros días de vida, debido a las deficiencias de coagulación resultantes de la síntesis de insuficiente de vitamina K, que ocurre en los primeros días de vida. Este periodo de espera para realizar la extracción dental es fundamental, debido a la necesidad de esperar a que se establezca la flora intestinal y la producción de vitamina K. Este problema

se observa en la actualidad, ya que en todos los centros materno infantiles, están establecidos protocolos de administración de vitamina K en el recién nacido (en dosis de 0.5- 1.0 mg. Vía i.m.) permitiendo realizar la extracción sin peligro.⁷²



Figura 15. Extracción de diente natal.⁷³

Tras la extracción de un diente natal o neonatal se debe realizar un adecuado curetaje de los tejidos blandos para prevenir el crecimiento de las células indiferenciadas de la papila dental, que queda “in situ” y que aunque normalmente se necrosa, ocasionalmente puede permanecer vital y podría formar nuevas estructuras dentales.

Si se ha optado por la extracción del diente natal o neonatal perteneciente a la dentición temporal normal, hemos de considerar que la pérdida prematura del diente temporal puede causar pérdida de espacio y colapso en el desarrollo del arco mandibular con la consecuente maloclusión en la dentición permanente.⁷⁴

⁷²Boj R. J. Op. Cit. Pág. 139

⁷³Podesta M. E. Ob. Cid. Pág. 95

⁷⁴Boj R. J. Op. Cit. Pág. 140



Según *Fierro y Ulson* la clasificación de Massler y Savara, para los dientes que erupcionan prematuramente es una de las más utilizadas. Estos autores plantean que Spouge y Feasby, los clasifican de acuerdo a su grado de madurez. Un diente natal o neonatal maduro, es aquel que exhibe un desarrollo normal, mientras que el término inmaduro implica un desarrollo incompleto o defectuoso.⁷⁵

5.11 Limpieza de dientes natales y neonatales

La limpieza en este periodo se realiza con gasa estéril y agua a temperatura ambiente, previamente hervida, con ayuda de una gasa, que se sumerge en agua y se escurre hasta que quede húmeda. Se envuelve con ella el dedo (el dedo índice es el indicado), y se lleva a la boca del bebé.

Las zonas que se deben limpiarse son: mucosa de labios, mucosa de carrillos, paladar duro, rodetes gingivales superior e inferior y cara dorsal de la lengua, (dos primeros tercios). La cara ventral de la lengua está en contacto con las glándulas salivales y no es necesaria su limpieza, el constante flujo salival retira fisiológicamente los restos de alimentos.

En el caso de los dientes natales y neonatales, el periodo de adecuación a la higiene, se recomienda el uso de dedal de silicón y agua sobre los tejidos dentarios, o se puede continuar la higiene con la gasa y agua a temperatura ambiente previamente hervida. El tratamiento en casa es lo mismo que en el consultorio, solo que será tres veces al día.⁷⁶

⁷⁵ Souza A.C.R.A. Op. Cid. Pág. 137- 140

⁷⁶Podesta M. E. Op. Cid. Pág. 304-309



Figura 16. Limpieza de dientes con gasa⁷⁷

⁷⁷Ib. Pág305



6. MANEJO ODONTOPEDIÁTRICO DEL RECIÉN NACIDO

En este apartado se presentan, estrategias para el manejo del recién nacido en el consultorio dental, dado que la úlcera de Riga-Fede se presenta en estos pacientes.

Este conjunto de acciones que llevamos a cabo para lograr la adaptación del paciente y de su madre al consultorio odontológico lo denominaremos “estrategia para el manejo”; pues a cada paciente le corresponde una estrategia única ya que no hay dos pacientes iguales. Esta estrategia está conformada por diversas técnicas las cuales serán elegidas según las condiciones especiales (características psicológicas) de cada paciente.

Es importante recordar que una técnica es un conjunto de procedimientos y recursos de que sirve una ciencia o un arte. La técnica requiere tanto destrezas manuales como intelectuales.

Al seleccionar y unir estos procedimientos y recursos estaremos creando la estrategia correcta (para un paciente en particular), y esto responde a la capacidad del cirujano dentista y la colaboración de la madre.

Es necesario informar a los padres sobre la estrategia y las técnicas a utilizar: sus beneficios, limitaciones, indicaciones y contraindicaciones, así como consecuencias adversas, si las hubiera.⁷⁸

Técnicas de posicionamiento. Las técnicas sobre la modificación de la conducta deben ser ejecutadas en un medio físico donde el tratamiento pueda hacerse ergonómicamente, ya que el grupo de edades que comprende la odontología para bebés tiene su propia forma de

⁷⁸Ib. Pág. 74

atención. Existen diversas formas de posicionar a un bebé en la consulta odontológica.

- **Sistema rodilla-rodilla (Knee-Knee) (Matheewson et al 1982)**
Usado en intervenciones simples y donde las condiciones no permitan tener sillón dental o macri.⁷⁹



Figura 17. Sistema rodilla a rodilla⁸⁰

- **Macri (1983):** denominado así desde 1986 y elaborada partir del prototipo FINEP. La macri permite una atención ergonómica en los bebés tanto en la atención privada como en la institucional (hospitales y clínicas universitarias).

⁷⁹ Ib. Pág. 79

⁸⁰ Guedes P. A. C., Bonaker M. Martínez D. R. C. R., Odontopediatría, fundamentos odontológicos, Primera edición, 2011, Ed. Santos, Pág. 46



Figura 18. Bebé en Macri⁸¹

Sillón madre bebé: la madre sentada en el sillón dental carga a bebé sobre su cuerpo, las piernas de la madre podrían cubrir a las del bebé, mientras el operador se sitúa por detrás o de frente a ellos. Si bien algunos profesionales la consideran una posición incómoda, otros la encuentran adecuada para una serie de procedimientos.⁸²



Figura 19. Madre cargando a su bebe en el sillón dental.⁸³

⁸¹Podesta M. E. Op. Cid. Pág.79-80

⁸²Ib. Pág. 82

⁸³ Guedes P. A. C.Op. Cid. Pág. 46



6.1 Cuidado al sostener la cabeza.

- Colocar ambas manos en los lados de la cabeza (cubriendo la zona temporal y rama accedente de la mandíbula).
- Presionar lo suficiente mente fuerte para que él bebé no mueva de lado la cabeza. la mayor fuerza debe estar orientada en la zona de temporales y la menor en la zona mandibular, evitando presionar la articulación temporomandibular.
- En caso de que el bebé mueva la cabeza hacia abajo o hacia arriba, no se deben impedir estos movimientos sino acompañarlos.
- Si el bebé resbala no acomodarlo jalándolo hacia arriba. Esto podría dañar su cuello.

6.2 Abordaje de un bebé según su edad.

El examen clínico del bebé puede ser realizado en la Macri, en posición rodilla-rodilla o en el regazo de su madre acompañante que estará sentada en el sillón odontológico.

En el primer mes de vida, el infante no posee mucha tonicidad muscular, por lo que no tendrá control de los movimientos de su cabeza. En esta circunstancia la inspección clínica no será interrumpida por



movimientos de rechazo por parte del bebé la inspección será relativamente fácil de realizar.

A los 6 meses el bebé puede sostener la cabeza sin dificultad, manteniendo ésta posición cuando lo colocan sentado.⁸⁴

- **Posición de silla (madre sentada):** La madre podrá estar sentada en el sillón odontológico, al frente del niño, teniendo libertad para participar en la atención de su hijo que está colaborando, sin necesidad de realizar esfuerzos se deben evitar movimientos inadecuados del niño en la realización de los procedimientos odontológicos.
- **Silla bebé-comfort:** Esta silla adaptada a la silla odontológica, es confortable para él bebé y se utiliza para la edad de 2 a 12 meses.
- **Hamaca especial para niños:** Las hamacas proyectadas para niños son utilizadas frecuentemente hasta la edad de 2 años. Existen algunos modelos entre ellos Macri, Mape y KaEasyBaby.⁸⁵

⁸⁴Podesta M. E, Ob. Cid. Pág. 82-83

⁸⁵Guedes P. A. C. Ob. Cid. Pág. 46-48



7. TÉCNICA RADIOGRÁFICA PARA RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES.

Es importante recordar que para poder llevar acabo un buen tratamiento de la URFD y sobretodo de los dientes natales y neonatales, se recomienda utilizar técnica radiográfica de Mannkopf (1969) la cual se utiliza en recién nacidos. En esta técnica colocamos la película en posición oclusal y contra el reborde gingival. El niño se coloca en el regazo de la madre y el rayo central, dirigido en la punta de la nariz, de atrás hacia adelante. Con una inclinación de cerca de 35 a 45 grados para el arco superior. En el arco inferior, la dirección es de anterior hacia posterior, y la angulación aproximadamente la misma.

Para el profesional que cuenta con la Macri (camilla para niños). Utilizamos la técnica de Mannkopf (1969), modificada por Walter y Col. (1987). Con la utilización del paquete pediátrico, fijado en una posición levemente ascendente de la cabeza. Él es protegido con el delantal de plomo y una película periapical N°2 es colocada contra el reborde superior, manteniéndose el diámetro mayor en sentido comisura a comisura. El cilindro del aparato de rayos x, se dirige para la base de nariz, de atrás hacia adelante, de tal forma que la angulación formada por el cono (cilindro) y la película sea de aproximadamente 40°, con una variación de más o menos 5°. El tiempo de exposición debe ser de entre 2 a 3 décimos de segundo (dependiendo de la edad del niño) y la exposición entre las pausas del llanto o, aún mejor, durante las espiraciones.

Las tomas radiográficas de la mandíbula son más difíciles debido a su movilidad. Para un mejor acceso a la región, se coloca un soporte de espuma sobre las orillas o en la transición tronco-cuello, para que la cabeza gire hacia atrás, exponiendo la sínfisis mentoniana para un mejor acceso de la radiación. La angulación formada es de aproximadamente 40° entre la película y el rayo central. El profesional se debe colocar por detrás del

paciente, asegura la película y presiona la mandíbula contra el maxilar. La exposición es similar en el arco superior.



Figura 20. Técnica radiográfica de Mannkopf.⁸⁶

⁸⁶Figuereido W. L. Op. Cit., Pág. 188



CONCLUSIONES

Con base en este trabajo se puede concluir que el reconocimiento clínico de la úlcera de Riga-Fede es de suma importancia ya que su conocimiento evitará un tratamiento inadecuado.

Es importante realizar el diagnóstico diferencial, para descartar cualquier asociación con alguna lesión maligna o con algún desorden neuronal, ya que de esto dependerá realizar una biopsia innecesaria. La interconsulta con el pediatra es relevante para poder atender esta afección.

El tratamiento de elección de esta úlcera incluye suavizar bordes incisales ásperos o la colocación de resina compuesta sobre los bordes incisales, pero si la úlcera persiste, se recomienda la extracciones de los dientes natales y neonatales.

La extracción temprana de un diente natal primario podría ocasionar apiñamiento de los sucesores permanentes, ya que el espacio originalmente ocupado por los dientes extraídos puede cerrarse y ser ocupado por los dientes adyacentes.

Si los dientes deben extraerse, es importante recordar que se debe esperar a que el recién nacido tenga por lo menos 10 a 14 días de nacido, esto permitirá que la flora intestinal del lactante produzca vitamina K, la cual es esencial para los niveles adecuados de protrombina que interviene en el proceso de coagulación.

Se debe informar a los padres sobre la importancia y preservación de la higiene de estos dientes.



BIBLIOGRAFÍA

1. Bagan S. J. V, Caballos S. A, Bermejo F. A, Aguirre U. J. M, Peñarrocha D. M, Medicina Oral, 1995, Ed. Masson, S.A, Barcelona, España, Pág: 76 y 77
2. Basdcasones M. A, Figuro R. E, Esparza G. G. C, Úlceras orales, MedClin (Barc). 2005;125(15):590-7.
3. Bencini C. A. Bencini, V. Strada, M. Florencia Soldavini, G.M. Bruno, M. F. Cordeu, M. A. Cotignola, Úlcera eosinófila de la mucosa oral.RevEspCir Oral Maxilofac 2009;31,4 (julio-agosto):257-263 © 2009 ergon
4. Boj J. R., Catalá M., García B. C, Mendoza A, Planells P, Odontopediatría, la evolución del niño al adulto joven,1ª. Edición, 2011, Ed. Ripano Editorial Medica, Madrid, España, Pág. 140
5. Ceyhan, M. A. Yildiri, P. Y. Basak, B. V. Akkaya and A. Ayata, Traumatic lingual ulcer in a chil: Riga-Fede disease, Journal copilation 2008 Britsh Asociati6n of Dermatologists. Clinicalan experimental Dermatology, 34 186-188.
6. E. del Alcázar Viladomiu, M.A. Vicente Villa M.A. González E. Úlcera lingual en un lactante de 7 meses, Rev. Actas Dermosifiliogr. 2013; 104(7) Pág.631---632
7. Elías P. M. C., Arellano S. C., Tratamiento de úlcera de Riga-Fede en un bebé con antecedente de reacción adversa por uso de benzocaína, Odontología para bebés DENTAL TRIBUNE Hispanic&LatinAmerica, Pág. 4-6.
8. Figueiredo W. L. R, Ferrelle A., Issao M., Odontología para el Bebé, Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años, 2000, Ed. Amolca, Sao Paulo, Brasil, Pág. 130}



9. González G. R., Bologna M. R., Nevárez R. A., Carreón B. R. G., Lesiones frecuentes de la mucosa bucal en niños y adolescentes: Revisión literaria, Revista ADM /Enero-Febrero2011/ VOL. NO.1. Pg. 17-24
- ¹⁰ Gorlin J. R, D.D.S., M.S. Henry M. Goldman, D.M.D., Patología Oral, Ed. Salvat Editores, S.A., Pág. 818
11. Guedes P. A. C., Bonaker M. MartínezD. R. C. R., Odontopediatría, fundamentos odontológicos, Primera edición,2011, Ed. Santos, Pág. 46-48
12. Guzmán, M. A. Profesor Titular de Estomatología Clínica Integrada de la Facultad de Odontología Pierre Fauchar Dientes natales y enfermedad de Riga-Fede. Dermatol Pediatr Lat 2005; 3(2): 152-157.
13. Indian Journal of Dermatology Medknow Publications RIGA-FEDE-LIKE DISEASE IN A 70 YEAR OLD WOMAN
- 14 López O. k, Medeiros R. N. P, Watanuki F, Soares A. N, Magalhaes M., Sífilis secundaria en un paciente VIH positivo, Medicina y Patología Oral / Oral Medicine and Pathology, Med Oral 2004; 9:33-8, Pág.33-38
15. Magaña P. M. Robles A. M. S, Guerrero S. C., Alteraciones bucales del recién nacido, Revista ADM 2014; 71 (3): 115.119 Artículo de revisión / Review
16. Manouri. P.Senanayake, Irantha Karunaratne, Persistent lingual ulceration (Riga-Fede disease) in an infant with Down syndrome and natal teeth: a case report, Senanayake and Karunaratne Journal of Medical Case Reports 2014, 8:28
17. Regezi. A. J. Sciubba. J. Patología bucal, 2da edición, 1995, Editorial Interamericana Mc Grawhill. Pag. 36.
18. Rioboo C. M, Bascones Martínez A, Aftas de la mucosa oral, Avances en odontoestomatología Vol. 27 - Núm. 2 – 2011, Pág.63-73.



19. Rivera P. R., Monleon P. M., Estomatitis aftosa: una consulta frecuente en atención primaria Sección de Odontología. ABS Almacelles. Lleida. Servicio de Bioquímica del CS Vall d'Hebron. Barcelona. SEMERGEN: 2000; 26: 186-191.
20. Rodríguez R. G., Rodríguez R. S., Enfermedad de Riga-Fede y Dientes Neonatales, Revista Científica Ciencia Médica, Rev Cient Cienc Méd v.17 n.1 Cochabamba 2014, Pág.51
21. Podesta M. E. Arellano S. C., Odontología para bebés, fundamentos teóricos y prácticos para el clínico, 1º, Edición 2013, Ed. Ripano, S.A., Madrid, España. Pág.97,109
22. Salinas J. Y., Millán. E. R., GENGIVOHESTOMATITIS HERPÉTICA PRIMARIA. CONDUCTA ODONTOLÓGICA, Acta Odontológica Venezolana- Vol. 46 N. 27/ 2008 ISSN: 0001-6365. Pág. 1-11.
23. Sapp J. P, Eversole L. R., Wysocki G. P., Patología Oral y maxilofacial Contemporánea, 1998, Ed. Elsevier, Madrid, España, Pág. 366
24. Souza A.C.R.A., Normandia C.S., Melo L.T., López A. R., Souza L., Dientes neonatales: Reporte de un caso y revisión de la literatura, Avances en Odontoestomatología *versión impresa* ISSN02131285 Av Odontoestomatol vol. 27 no.5 Madrid set.oct. 2011 <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852011000500005>
25. Vargas P. k, Mena C. C, Toledo B. M, Valencia A, Sífilis congénita, la gran simuladora, Dermatol Rev Mex 2014; Pág. 40-47
26. Vera S. B, Jo Delhom V. J., Baquero R. C., Vera S. F., Úlcera eosinofílica lingual: un reto diagnóstico, Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial de patogénesis controvertida, Ed. El servier. Pág. 128-132.
27. Tellez V. M. E., Nutrición clínica, 2 da Edición, 2014, Manual Moderno, México Pág.97



28. Zapata L. F., J.D. Paulo, R. Pineda-Tamayo, A.L. Zapata-Castellanosa y A. Rojas-Villarraga, Úlcera lingual crónica de diagnóstico difícil (enfermedad de Riga-Fede) pag. 14 Senanayake and Karunaratne Journal of Medical Case Reports 2014,8:283
29. <http://bebefeliz.com/files/2012/04/aftas.jpg>
30. <http://dentalresource.org/topic52herpes.htm>
31. <http://es.slideshare.net/darkill3190/7-patologia-oral-en-el-paciente-pediatric>
32. <http://www.medicinayprevencion.com/foto/aftas-infantiles.jpg>
33. <https://microral.wikispaces.com/Infecciones+de+la+mucosa+oral+y+otras>
34. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/738/2/Sifilis-congenita>
35. <http://ricardoruizdeadana.blogspot.mx/2011/05/ulceras-de-la-boca.html>