

Patología bucal



J. Falgás Franco

Estomatólogo del EAP Vila Vella. Sant Vicenç dels Horts, Barcelona

Resumen

La patología bucodental más frecuente en Pediatría es por causa odontológica, donde la caries sigue siendo la primera causa de demanda de tratamiento, aunque la disminución de esta patología, en las encuestas epidemiológicas de población infantil realizadas en los últimos años, nos puede inducir a pensar en una probable disminución de la frecuentación, en las próximas décadas, por esta causa. Le siguen en frecuencia los traumatismos bucodentales y la maloclusión dentaria.

En este capítulo, expondremos la patología bucal no odontológica, que afecta a la cavidad bucal y que no está en relación con enfermedades exantemáticas que cursen con manifestaciones orales, ya bien conocidas en Pediatría. Exponemos la patología de la mucosa oral más prevalente en la infancia, como: estomatitis aftosa recurrente, enfermedades víricas de la mucosa oral, candidiasis orales, lesiones mucosas producidas por traumatismos y patología de la articulación temporomandibular, cada vez más presente en las consultas de Pediatría, en donde el estrés actúa como factor determinante para su aparición

Abstract

The most common pediatric oral pathology is due to dental causes, where caries remains the leading cause of treatment demand, although the reduction of this disease in epidemiological surveys conducted among children in recent years, can induce us to think of a likely decrease in its frequency in the coming decades. Caries is followed in frequency by oral trauma and dental malocclusion.

In this chapter, we expound the non-dental pathology, which affects the oral cavity and is not in connection with exantemic diseases associated with oral symptoms, as well known in pediatrics. The most prevalent pathology that affects the oral mucosa in childhood, will be expounded, such as recurrent aphthous stomatitis, viral diseases of the oral mucosa, oral candidiasis, mucosal lesions caused by trauma, and pathology of the temporomandibular joint, increasingly present in pediatric consultations, where stress acts as a determining factor for its appearance

Palabras clave: Lesiones mucosa oral; Frenillo bucal; Estomatitis aftosa; Herpes oral; Candidiasis oral.

Key words: Lesions of the oral mucosa; Buccal frenum; Aphthous stomatitis; Oral herpes; Oral candidiasis.

Pediatr Integral 2015; XIX (1): 13-20

Patología de los frenillos bucales

Los frenillos bucales son bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o mixto, recubiertas de una membrana mucosa situada en la línea media y de origen congénito. Existen tres variedades de frenillos patológicos: labial superior, labial inferior y lingual.

Frenillo labial superior

Es el más frecuente y su aparición provoca habitualmente la separación de los dientes (diastemas) incisivos centrales superiores, que ocasiona esencialmente alteraciones estéticas y, en muy pocas ocasiones, alguna alteración fonética (sonido balbuceante o de silbido).

Su diagnóstico es clínico, mediante la observación de la presencia de diastemas incisales⁽¹⁾, la inserción baja del frenillo (casi tocando a los incisivos) (Fig. 1) 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



Figura 1. Frenillo labial superior.

la tracción del labio hacia arriba y adelante, observando si se produce isquemia o blanqueamiento en el frenillo y en la papila palatina. Si se isquematiza es probable que el frenillo no se corrija con el tiempo y se deba corregir quirúrgicamente. No obstante, hoy se tiende a demorar la intervención, como mínimo hasta la erupción de los incisivos laterales superiores (5-7 años) según ciertos autores, o hasta la erupción de los caninos superiores (11 años) según la mayoría, porque existe un porcentaje elevado de corrección espontánea con cierre de diastema incluido. Si se precisa corrección quirúrgica, se realiza mediante cirugía ambulatoria con anestesia local. El cierre del diastema puede precisar, en la mayoría de los casos, de tratamiento ortodóncico posterior.

Frenillo labial inferior

La hipertrofia o inserción anómala del frenillo labial inferior es menos frecuente que la del frenillo superior. Como signos clínicos, puede dar también diastema interincisal inferior, aunque en menos casos que en el superior. Normalmente, cursa con alteración periodontal de la zona incisal inferior; en concreto, recesión (retracción) gingival de los incisivos centrales inferiores. Si produce recesión gingival, se debe proceder a la exéresis del frenillo, seguido de técnicas de cirugía periodontal, mediante anestesia local.

Frenillo lingual inferior

El frenillo lingual (*frenulum linguae*) se define como: un pliegue vertical de la mucosa que aparece en la línea media, situado en la superficie ventral de la lengua, y que une la parte libre

de esta al suelo de la boca. En muchas ocasiones, el frenillo lingual del neonato es muy corto y se inserta cerca de la punta lingual. En la mayoría de los casos, se corrige espontáneamente en los primeros años de vida (2-5 años), por el crecimiento en altura de la cresta alveolar y el desarrollo lingual. En ocasiones, persiste el frenillo anómalo que, básicamente, origina dos problemas: la fijación de la lengua al suelo de la boca (anquiloglosia) y el diastema interincisivo inferior. La existencia de anquiloglosia puede provocar dificultades en la deglución y en la fonación. El diagnóstico es clínico, con la observación de un frenillo lingual corto que dificulta los movimientos de la lengua e impide que esta se proyecte hacia fuera de la boca o que sea incapaz de contactar la punta lingual con el paladar duro o con los dientes ántero-superiores.

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, siendo los riesgos de esta técnica elevados antes de los seis meses de edad, 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.

Patología gingival

Durante la infancia, las enfermedades gingivales graves son poco frecuentes, pero debido a la erupción de las piezas dentales permanentes y a la exfoliación de las temporales, es común la existencia de gingivitis, en muchas ocasiones acentuada por una mala higiene oral.

Es muy importante el control de estas gingivitis para evitar su paso a periodontitis (de periodonto: estructuras que soportan las piezas dentales), en el que personas susceptibles, probablemente con marcadores inmunológicos específicos para esta enfermedad, pueden presentar además de la inflamación gingival, una pérdida del soporte óseo, en mayor o menor grado y movilidad de las piezas dentales. La periodontitis es muy poco prevalente en niños, pero la importancia del cuadro clínico obliga a controlar todas las gingivitis para evitar su evolución a periodontitis (no todas las gingivitis evolucionan a periodontitis, tan solo una pequeña parte dependiendo de la susceptibilidad individual). El sistema inmunitario tiene un papel relevante en la patogenia de la periodontitis.

Pueden existir hiperplasias gingivales secundarias a fármacos, como: la hidantoína y la ciclosporina, y también en niños que llevan aparatos de ortodoncia, con mala higiene que produce una hipertrofia de las papilas interdentes y gingivorragias. Desaparecen con el cambio de medicación, si es posible en el primer caso, y con la mejora del control de la higiene buco dental en el segundo.

Estomatitis aftosa recidivante

Son muy frecuentes entre la población general, ya que del 40 al 60% de individuos en algún momento de su vida han presentado un brote de aftas (del griego *aphthay*, quemadura)⁽²⁾. En los niños, es la forma más común de úlceras orales. Se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino. Se denomina 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, pero su etiología, a diferencia de estas, es conocida y, por tanto, no verdaderas aftas, siendo producidas por agentes químicos (ácido acetilsalicílico, agentes cáusticos, antisépticos, etc.), por agentes biológicos (virus del herpes) o bien enfermedades sistémicas, como: hemopatías, déficits nutricionales y enfermedades autoinmunes.

Etiología

Se desconocen los factores etiológicos y se cree, en la actualidad, que su etiología es multifactorial, interviniendo unos factores predisponentes, factores inmunológicos y, en algunos casos, asociación con enfermedades sistémicas.

Factores predisponentes

- Factores genéticos: parece que podría ser debido a una herencia multifactorial o poligénica. Los pacientes con antecedentes familiares de aftosis recidivante desarrollan aftas a edades más tempranas y con clínica más severa.
- Alérgenos alimentarios: no se ha comprobado científicamente, pero sí que es cierto que muchos pacientes relacionan la toma de ciertos alimentos (frutas, tomates, chocolate, quesos, etc.) con la aparición de aftas, por lo que se consideraría un factor precipitante adicional, más que un factor etiológico.
- Ciclo menstrual: se ha relacionado con los niveles de estrógenos y progesterona en la fase menstrual o durante la ovulación, que aumentaría la susceptibilidad a la aparición de aftas, pero los estudios existentes no son concluyentes.
- Estrés: situaciones de ansiedad, nervios etc., pueden desencadenar brotes de aftas actuando como factor precipitante.
- Irritantes: traumas de la mucosa oral, manipulaciones dentales, cese del hábito de fumar, dentífricos y enjuagues dentales que contengan lauril sulfato sódico y determinados fármacos (aines, anticonvulsivantes, captopril y tiroxina), también pueden desencadenar un brote de aftas.

Factores inmunológicos

La mayoría de los estudios sugieren que es una enfermedad inflamatoria de las mucosas de etiología no infecciosa, produciéndose por una respuesta inmunológica local mediada por linfocitos T.

Enfermedades generales asociadas

Algunas enfermedades sistémicas cursan con aparición de aftas orales como:

- Síndrome de Behçet (aftas orales con ulceraciones genitales, lesiones cutáneas y oculares).
- Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, gastritis crónica atrófica⁽³⁾, neutropenia cíclica, síndrome de Reiter, síndrome de fiebre periódica (aftosis, faringitis y adenitis) y síndrome de Sweet o dermatosis neutrófila aguda febril.
- Alteraciones hematológicas, como: déficit de hierro, ácido fólico y vitamina B12, que pueden actuar como factores desencadenantes, y en donde se ve una mejoría de las recidivas del cuadro de aftas al suplementar los déficits.
- Déficit vitamínico: con disminuciones de B1, B2 y B6, que pueden tener efectos adversos en el sistema inmune y aumentar la aparición de aftas.
- Déficit de zinc: se experimentan mejorías al suplementar con zinc, probablemente debido al papel del zinc en la cicatrización de heridas y al mantenimiento de la integridad epitelial.

Clínica

La lesión de afta es una úlcera de aspecto blanquecino, dolorosa, inicialmente necrótica y recidivante (Fig. 2).

Aunque se trate de una sola afta puede producir dolor intenso, sobre todo, a la masticación, o simular un cuadro amigdalgar por presentar odinofagia, si se presenta en los bordes laterales linguales.

La clasificación clínica más aceptada es la que divide a las aftas en función de su tamaño, distinguiéndose las formas menores, mayores y herpetiformes.

Aftas menores (aftas de Mikulicz)

Son las más frecuentes y suponen el 75-85% de los casos. Su tamaño es menor de 1 cm (de 5 a 10 mm). 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, suelo de la boca y lengua.

Aftas mayores

Son lesiones mayores de 1 cm y representan entre el 10 y el 15% del total de las aftas. Generalmente, comienzan después de la pubertad. 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 especiales de aftas mayores: la aftosis bipolar de Newman, que se caracteriza por la aparición simultánea de aftas en mucosa oral 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.

Ulceraciones herpetiformes recurrentes

Representan el 5-10% de las aftas. Son lesiones de tamaño muy pequeño, pero muy numerosas, con tendencia a unirse y formar úlceras más grandes e irregulares, que pueden confundir



Figura 2. Aftas orales.

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.

Diagnóstico

Es básicamente clínico.

Diagnóstico diferencial

- Herpes intraoral: cursa con vesículas de aspecto irregular en paladar duro y encías (mucosa queratinizada) y con antecedentes de herpes labial recurrente o intraoral.
- Eritema exudativo multiforme: en el que aparecen vesículas, ampollas, erosiones y costras, junto con lesiones en la piel.
- Reacciones de hipersensibilidad a ciertas sustancias que actúan como alérgenos (alimentos, medicamentos, metales, etc.), aunque suelen dar quemazón, eritema y edema, más que aftas.
- Carcinoma oral de células escamosas: en donde el aspecto es distinto, con una ulceración con un fondo necrótico, lesión indurada, con los bordes evvertidos.

Tratamiento

Diversos tratamientos tópicos se utilizan, incluyendo antisépticos, como: clorhexidina en gel o colutorio, antiinflamatorios (amlexanox), antibióticos (tetraciclinas) y corticoides (triamcinolona en colutorios o orabase®)⁽⁴⁾. En la actualidad, la tendencia inicial es a la utilización tópica del ácido hialurónico al 0,2% (gel, colutorios o spray), considerándose una terapia eficaz y segura⁽⁵⁾. En pacientes con brotes muy frecuentes y con aftas muy sintomáticas, sin demasiada eficacia del tratamiento tópico, estaría indicada la utilización de la terapia sistémica con corticosteroides.

Enfermedades víricas de la mucosa oral

Virus herpes simple (VHS)

Infección producida por el virus del herpes simple tipo 1, que se considera la infección más frecuente en la especie humana con excepción de las infecciones víricas respiratorias.

Cuadro clínico oral:

- Herpes primario: gingivostomatitis herpética primaria.
- Herpes recurrente oral: en pacientes con inmunidad normal y en inmunodeprimidos.

Herpes primario. Gingivostomatitis herpética primaria

La primoinfección por VHS en la infancia puede ser asintomática o provocar síntomas inespecíficos, como: cuadro catarral, faringitis o fiebre sin foco aparente⁽⁶⁾.

La manifestación clínica más frecuente es la gingivostomatitis, que afecta a niños de 2 a 5 años y que cursa con: fiebre alta, malestar, inapetencia, adenopatías submandibulares y cervicales inflamatorias y lesiones vesiculosas que, en 24 horas, dan lugar a erosiones y úlceras superficiales sangrantes en los labios, encías, paladar duro, lengua y mucosa yugal. Estos síntomas se acompañan de disfagia y sialorrea intensa y los niños apenas pueden comer. En la mayoría de los casos, existen lesiones extraorales, sobre todo faciales, pero también en la zona periungueal de los dedos de las manos. Puede ser especialmente grave en niños con dermatitis atópica, porque se puede producir una generalización de la infección (erupción variceliforme de Kaposi). Debe estar atento al control de la deshidratación que puede producirse. Se produce la resolución espontánea a los 10-15 días.

Diagnóstico

Es básicamente 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.

Tratamiento

Control de la hidratación del niño, ya que un 8% de los casos, especialmente en menores de 2 años, requerirán hospitalización para rehidratación

parenteral (este porcentaje puede haber disminuido desde la utilización del aciclovir como tratamiento). El aciclovir oral (20 mg/kg/dosis-máximo 800 mg/día-) disminuye la duración de las lesiones, aunque existen dudas de que sea eficaz en reducir el número de lesiones orales⁽⁷⁾. Prescribir analgésicos como tratamiento sintomático.

Herpes recurrente oral

Pacientes con inmunidad normal

Herpes labial

Es la forma clínica más frecuente. Cursa con una fase prodrómica con escozor y sensación pruriginosa en la zona del labio donde se instaurará la lesión. Con el tiempo, el paciente conoce muy bien estos síntomas iniciales. Al cabo de 2-3 días, aparecen vesículas entre 8-10 en ramillete con contenido claro. Estas vesículas evolucionan primero abriéndose, desecándose y formando una costra que al final desaparece. 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.

Herpes intraoral

Su presentación es también frecuente, aunque menor que la forma labial. Da escasos síntomas, apareciendo las lesiones en mucosa masticatoria (paladar duro y encía), formando un ramillete semejante al herpes labial, aunque aquí no aparecen costras.

Si se considera preciso y la lesión es accesible, el aciclovir tópico puede estar indicado.

Pacientes inmunodeprimidos

La aparición de lesiones herpéticas en estos pacientes (leucemia, SIDA) ocurre en el 15-40% de los casos.

Las lesiones se localizan en: paladar, lengua y rebordes alveolares, cursando con vesículas que se ulceran y dan lesiones muy grandes con márgenes blanquecinos, que son muy dolorosas al comer o hablar, y que suelen durar muchos más días que en los pacientes con inmunidad normal.

Herpangina

Producida por los virus Coxsackie A, B y ECHO. Poco frecuente en neonatos y más frecuente en pre-escolares

y niños mayores. Cursa con vesículas y ulceraciones en: paladar blando, pilares amigdalinos anteriores, úvula y faringe. Presenta un inicio súbito con fiebre y odinofagia, suele darse en epidemias en verano. Desaparece espontáneamente. Tratamiento sintomático.

Enfermedad mano-pie-boca

Originada por el virus Coxsackie A 16 y menos frecuentemente por el A 5 y A 10. Excepcional en neonatos. Tras una incubación de 3-5 días, aparece febrícula acompañada de malestar en boca y odinofagia. Característicamente, aparecen lesiones vesiculosas en la mucosa oral, así como pápulas y pequeñas vesículas en manos y pies. El proceso suele durar una semana y remite espontáneamente. Tratamiento sintomático.

Mononucleosis infecciosa

Causada por el virus de Epstein-Barr, cursa con la aparición de una pseudomembrana blanco-grisácea en las amígdalas y pilares amigdalinos, con eritema y edema intensos a su alrededor. También, suele dar petequias en paladar blando, gingivitis y úlceras aftoides. Cursa con gran linfadenopatía cervical acompañada de fiebre. Es más frecuente en adolescentes. El tratamiento consiste en reposo y tratamiento sintomático si no surgen complicaciones.

Candidiasis orales

Las formas más frecuentes en la infancia son: la pseudomembranosa o muguet, la eritematosa y la queilitis angular.

Candidiasis pseudomembranosa o muguet

Se caracteriza por la presencia de unas pseudomembranas blanquecinas algodonosas, que se desprenden con facilidad con un depresor, dejando una mucosa inflamada. Pueden aparecer en cualquier localización oral. Dan escasa sintomatología.

Candidiasis eritematosa aguda

Puede ser una evolución del muguet o puede empezar como tal. Se producen áreas eritematosas y erosivas, normalmente en dorso lingual, dando lugar a una lengua depapilada, roja y brillante (más frecuente en can-

didiasis eritematosas crónicas). Son frecuentes post-toma de antibióticos de amplio espectro, como resultado de la destrucción de la flora bacteriana saprófita habitual y del aumento de la capacidad patogénica de la *Cándida*. No obstante, como esto no ocurre en todas las personas que toman antibióticos, indica que existen factores individuales intrínsecos que favorecen la aparición de estas lesiones. También, se ha visto su aparición después de tratamientos con corticoides y en niños con deficiente higiene oral, en diabéticos y en SIDA⁽⁸⁾.

Queilitis angular

A veces, puede cursar con la aparición de lesiones eritematosas y fisuras en las comisuras de los labios (rágades o boqueras), que pueden erosionarse al abrir y cerrar la boca. Son más habituales en adultos con falta de piezas dentales, lo que comporta un sellado labial mayor.

Tratamiento de las candidiasis orales

Normalmente, suele ser suficiente 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.

Patología de los tejidos blandos

Épulis

Se utiliza el término épulis para describir los tumores gingivales localizados. En niños, pueden presentarse tres tipos de épulis: el fibroso, el granuloma piogénico y el granuloma de células gigantes. Son el resultado de irritaciones locales y se localizan, normalmente, en el margen gingival o en las papilas de la parte anterior de la boca. Su tratamiento es la escisión quirúrgica y el control de los factores etiológicos irritativos.

Papiloma oral

Es un pequeño tumor epitelial que adopta un aspecto verrugoso (en forma de coliflor), causado por el virus del papiloma humano. Generalmente son filiformes, a veces sésiles, de pocos



Figura 3. Papiloma oral.

milímetros de tamaño. Su ubicación más frecuente es la lengua, labios, encía o paladar blando cerca de la úvula (Fig. 3). Es de color blanquecino y su tratamiento es la escisión quirúrgica mediante anestesia local.

Mucocele

Es una inflamación blanda, nodular de la mucosa oral⁽⁹⁾ con contenido salivar, cuyo tamaño puede variar de 2-3 mm a 1-2 cm. Se presenta con mayor frecuencia en el labio inferior (Fig. 4), pudiendo ser de dos tipos: el quiste mucoso de retención y el de extravasación.

Son más frecuentes los de extravasación, producidos por un traumatismo en un pequeño conducto de alguna glándula salival menor, como por ejemplo una mordedura.

Aunque en ocasiones, se abre y se resuelve espontáneamente (43%), es fácil su recidiva. Si se localiza en el suelo de la boca se denomina ránula (Fig. 5).



Figura 4. Mucocele.



Figura 5. Ránula.

El tratamiento consiste en la exéresis quirúrgica junto con el tejido glandular subyacente, aunque en un 8% recidivan⁽¹⁰⁾.

Variaciones de la mucosa oral normal

Manchas de Fordyce

Son glándulas sebáceas ectópicas. Dan pápulas de color amarillento agrupadas en la mucosa yugal y, a veces, en la vertiente vestibular de la mucosa labial.

Perlas de Epstein y nódulos de Bohn

Son pápulas muy pequeñas, de 2-3 mm, blanquecinas o amarillentas en el paladar duro (Epstein) o en el reborde gingival (Bohn) que están presentes en el 85% de los recién nacidos. Desaparecen espontáneamente en semanas.

Mucosa mordisqueada (*mordiscatio insensibilis*)

Es muy frecuente, sobre todo en niños nerviosos, que aprietan los dientes (bruxismo) o que tienen la costumbre de mordisquearse la mejilla. Se observa una lesión lineal o festoneada de color blanco, coincidiendo con la línea de oclusión dental. En ocasiones, si las cúspides de las piezas dentales son muy agudas, conviene redondearlas mecánicamente.

Lengua dentada

Es muy frecuente. Se observan unas indentaciones en ambos bordes laterales linguales que corresponden al apoyo de las piezas dentales.

Se produce por una excesiva presión de la lengua sobre los dientes, por macroglosia, por ansiedad del paciente, por bruxismo o por problemas de espacio en bocas pequeñas. También, si es preciso, se pueden redondear las cúspides más cortantes.

Lengua geográfica (glositis migratoria benigna)

Se da en población infantil en un 1-2%. Más en niños que niñas, asociándose con: dermatitis seborreica, bronquitis espasmódica, atopias, alergias, psoriasis y lengua fisurada. Su etiología es desconocida, aunque es más frecuente en casos de ansiedad y tensión emotiva. Aparecen unas placas únicas o múltiples depapiladas con centro eritematoso y bordes algo sobreelevados que afectan al dorso y márgenes linguales. Puede dar escozor lingual, en cuyo caso pueden ser útiles los enjuagues con antisépticos, difenhidramina y los corticoides tópicos. En general, no precisa tratamiento si no da sintomatología clínica.

Lengua fisurada, escrotal o plegada

Cursa con unos pliegues o surcos linguales muy marcados y profundos. Puede provocar halitosis y predispone a la sobreinfección por cándidas. Es especialmente frecuente en pacientes afectos de síndrome de Down y síndrome de Melkersson-Rosenthal, junto a la queilitis granulomatosa y a la parálisis facial periférica. Requiere una limpieza lingual más sistemática para evitar halitosis y sobreinfecciones.

Lengua vellosa

Consiste en la hipertrofia de las papilas filiformes del dorso de la lengua ubicadas en sus 2/3 anteriores, por delante de la V lingual. Predomina en el sexo masculino. El color varía desde un blanco amarillento hasta un color negro. Entre los factores etiológicos están: la administración de antibióticos de amplio espectro, corticoides y la aplicación tópica de agua oxigenada, perboratos y agentes oxidantes. También, se ha sugerido que la cándida albicans pueda ser un factor etiológico decisivo en esta entidad.

La duración depende de la persistencia de los factores etiológicos. Se debe mejorar la higiene y el cepillado lingual, y si se sospecha sobreinfección por cándidas se debe tratar.

Lesiones traumáticas de la mucosa oral

Las ulceraciones traumáticas se presentan con una prevalencia del 12%, la mayoría producidas por contacto continuado con una cúspide o arista dental muy marcada, cuyo microtraumatismo de repetición puede condicionar la aparición de una úlcera, normalmente lingual (bordes laterales) o labial, difícil de desaparecer y que recidiva con frecuencia mientras persista la causa etiológica.

A la exploración, es frecuente ver que la ubicación de la lesión ulcerosa siempre aparece en la misma localización intraoral, y que coincide con la prominencia dental causante. Su tratamiento consiste en retocar la cúspide dental aguda, remodelándola en roma, y dejando que la lesión desaparezca espontáneamente una vez eliminado el agente etiológico.

En ocasiones, en lactantes aparece una úlcera traumática en la punta de la lengua o en el frenillo lingual, producida por la rozadura con los dientes existentes, a veces por la presencia de dientes natales y neonatales (Fig. 6), normalmente en niños que presentan tos abundante, que aumenta la rozadura hasta la aparición de una úlcera aislada. También puede aumentar con la succión. Esta entidad se denomina enfermedad de Riga Fede⁽¹¹⁾. La inci-



Figura 6. Dientes natales.

dencia de dientes natales oscila entre 1:2.000 a 1:3.500 nacimientos.

También, puede producirse por traumatismos repetitivos, mordeduras sobre todo, la aparición de fibromas traumáticos, que son hiperplasias fibrosas simples, en donde existe el antecedente del trauma previo local. Son frecuentes en labios, mucosa yugal y lengua. La lesión es rosada, a veces blanquecina, indolora y no sangrante. El tratamiento es la resección de la lesión y corrección de los factores desencadenantes. El pronóstico es excelente.

Patología de la articulación temporomandibular

La frecuencia de parafunciones dentales, como el bruxismo (apretamiento de dientes), son cada vez más frecuentes en las consultas de Pediatría, que pueden ser factores predisponentes a la presencia de lesiones de la articulación temporomandibular (ATM) a medio plazo.

Esta patología produce normalmente en niños con un gran componente de ansiedad. El conocimiento de esta entidad, su abordaje y prevención en edades tempranas podría evitar, en algunos casos, la instauración de la patología en años posteriores. El término "Patología de ATM", no obstante, no solo engloba los casos donde las parafunciones pueden tener un papel predisponente, sino que también existen trastornos de origen traumático, autoinmune, infeccioso, neoplásico, anomalías congénitas o de desarrollo condilar, que pueden condicionarlo.

La presencia de esta patología cursa con dolor uni o bilateral que aumenta con la masticación y con la apertura bucal. Normalmente, a la exploración, se objetivan facetas de desgaste dental por bruxismo (normalmente inconsciente y nocturno), un dolor selectivo a

la palpación de la articulación afectada y la posibilidad de presentar ruidos articulares (clics o crujidos) al abrir y cerrar la boca.

El diagnóstico es, básicamente clínico, por la presencia de dolor principalmente matutino en la zona articular que aumenta al masticar y que, en ocasiones, puede irradiar hacia la región temporal. En ocasiones, el tipo de dolor y su ubicación puede confundirse con una otitis⁽¹²⁾. La utilización de pruebas complementarias, como radiografías, resonancias, etc., son de uso en pacientes adultos.

El tratamiento es sintomático, disminuyendo en lo posible el grado de ansiedad del niño, utilizando fármacos analgésico-antiinflamatorios, si precisa, y colocando una férula de descarga de descanso nocturno si se objetiva bruxismo, aunque en pacientes pediátricos es difícil saber a qué edad estaría indicada la colocación de dicha férula, ya que depende de la erupción de las piezas dentales, del grado de severidad de los desgastes, de la sintomatología clínica y del grado de madurez del niño para poder ser portador de la férula. A partir de los 6 años, dependiendo de cada caso, se podría pensar en instaurarla.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.* Ramírez S, Gómez E, Bonet J. Frenillos labiales y linguales. En: García F, García-Rozado A, Cebrián JL, Monje F. Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. Madrid: GlaxoSmithKline. 2006; 29-47.
2. Rioboo M, Bascones A. Aftas de la mucosa oral. Av. Odontostomatol 2011; 27 (2): 63-74.
3. Pacho JA, Pinol FN. Lesiones bucales relacionadas con las enfermedades digestivas. Rev Cubana Estomatol [online]. 2006; vol 43, n.3, pp.0-0. ISSN 1561-297X.

4. Belenguer I, Jiménez Y, Claramunt A. Treatment of recurrent aphthous stomatitis. A literature review. J Clin Exp Dent. 2014; 6(2): e168-74.
5. Lee JH, Jung JY, Bang D. The efficacy of topical 0,2% hyaluronic acid gel on recurrent oral ulcers: comparison between recurrent aphthous ulcers and the oral ulcers of Behçet's disease. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008; 22(5): 590-5.
6. Bagan JV. Medicina y Patología Bucal. Valencia. Medicina Oral SL. 2013.
7. Nasser M, Fedorowicz Z, Khoshnevisan MH, Shahiri M. Acyclovir for treating primary herpetic gingivostomatitis. Cochrane Database Syst Rev. 2008; Issue 4. Art. No: CD006700..
8. Olczak D, Daszkiewicz M, Krasuska S, et al. Bacteria and Candida yeasts in inflammations of the oral mucosa in children with secondary immunodeficiency. J Oral Pathol Med. 2012; 41(7): 568-76.
9. Pérez L. Tumores benignos de la mucosa oral. Av odontostomatol 2010; 26(1): 11-8.
10. Mínguez I, Bonet C, Ata J, Carrillo C, Peñarroya M, Peñarroya M. Clinical characteristics, treatment, and evolution of 89 mucoceles in children. J Oral Maxillofac Surg. 2010; 68(10): 2468-71.
11. Costacurta M, Maturro P, Docimo R. Rigga-Fede disease and neonatal teeth. Oral Implantol (Rome). 2012; 5(1): 26-30.
12. Cebrián JL, Demaría G, Rivas S. Alteración funcional de la ATM: Otitis externa de presentación atípica. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. 2009; 31 (6): 376-380.

Bibliografía recomendada

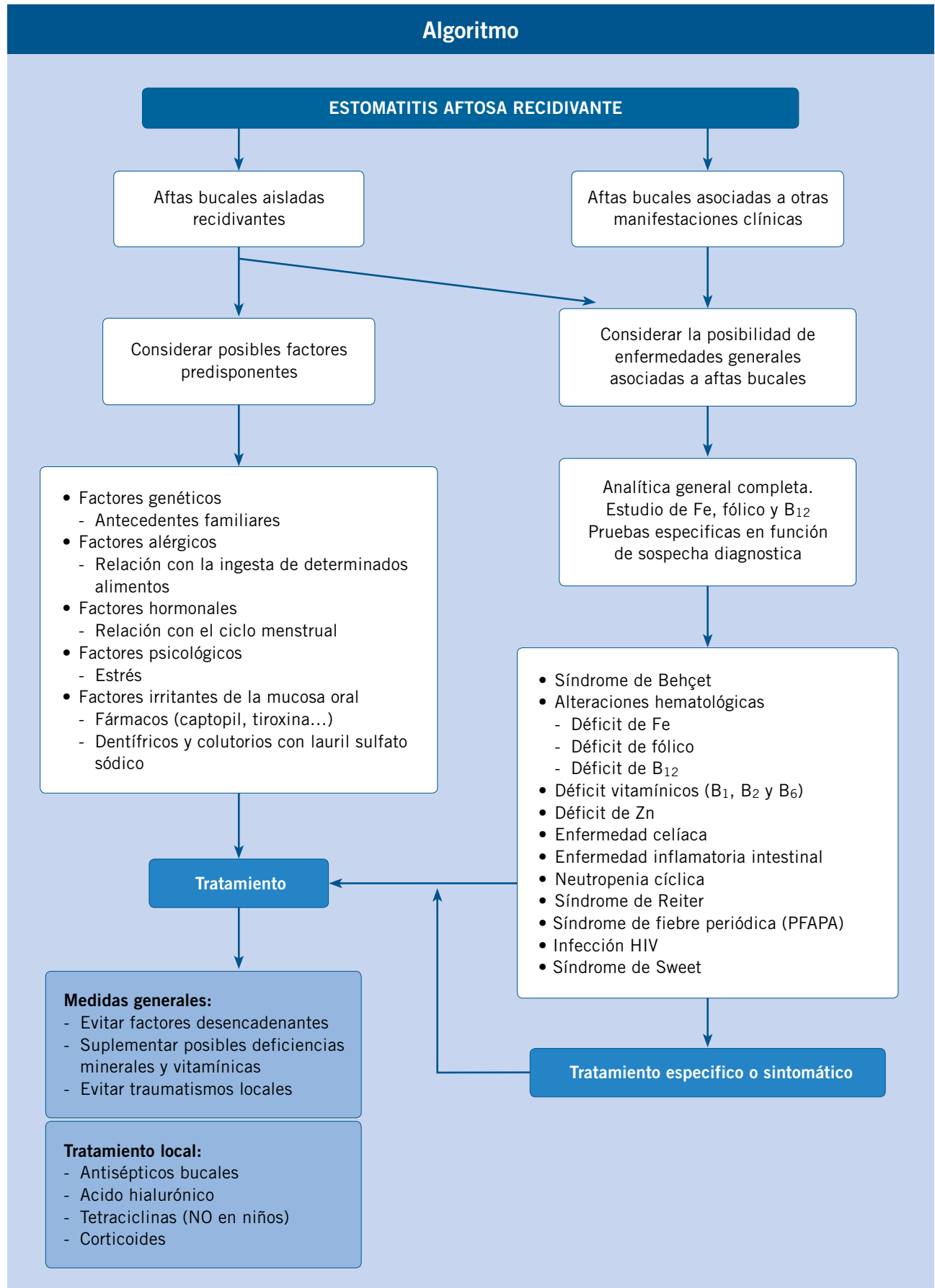
- Bagan JV. Medicina y Patología Bucal. Valencia. Medicina Oral. 2013.

Se trata de un magnífico compendio de medicina bucal totalmente actualizado, de gran utilidad en la práctica diaria y gran riqueza iconográfica con más de 1.650 figuras.

- Ramírez S, Gómez E, Bonet J. Frenillos labiales y linguales. En: García F, García-Rozado A, Cebrián JL, Monje F. Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. Madrid: GlaxoSmithKline. 2006; 29-47.
- Libro de consulta, esquematizado y eminentemente práctico, para consultas sobre cirugía bucal.

Caso clínico

Niña de 9 años que, en vísperas de Navidad, presenta dolor en oído derecho de varios días de evolución, de predominio matutino al despertar, sin fiebre, con irritabilidad y con rechazo de los alimentos cada vez más marcado. No existe antecedente de traumatismo previo. A la exploración, la niña presenta dolor a la palpación en región anterior de oído derecho, sin dolor al tocar el pabellón auricular, y sin apreciarse supuración, ni enrojecimiento por el conducto auditivo externo. Dolor a la masticación, lo que le hace que evite el comer, y también dolor a la apertura bucal.





Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Patología bucal

- El tratamiento a realizar ante la presencia de un frenillo labial superior patológico, en un niño de 6 años, que provoca diastema dental con signo de isquemia al traccionar el labio:**
 - Debe corregirse quirúrgicamente tan pronto sea diagnosticado.
 - Conducta expectante hasta la erupción de los caninos superiores.
 - Debe corregirse mediante ortodoncia al diagnosticarse.
 - Deberá realizarse tratamiento quirúrgico demorado al finalizar la erupción dentaria.
 - Indica que precisará tratamiento ortodóncico a la finalización de la erupción dentaria.
- La aparición de una lesión lineal o festoneada de color blanquecino a nivel de la mucosa yugal, podría corresponder a:**
 - Muguet.
 - Aftas yugales.
 - Perlas de Epstein.
 - Mucosa mordisqueada por bruxismo.
 - Herpes intraoral.
- Respecto a estomatitis aftosa recidivante:**
 - Es la forma más común de úlceras orales en la infancia.
 - Se da con más frecuencia en el sexo masculino.
 - Su ubicación principal es en pilares amigdalinos anteriores.
 - Se debe realizar diagnóstico diferencial con candidiasis oral.
 - El diagnóstico se realiza por citología.
- La presencia de una úlcera única recidivante, que aparece siempre en la misma localización, sugiere:**
 - Infección por virus herpes simple.
 - Aftas por estímulo alimentario.
 - Microtraumatismo de repetición.
 - Sobreinfección micótica.
 - Herpangina.
- Niña de 5 años que acude a nuestra consulta por presentar mal estado general, con fiebre alta (39°), inapetencia y dolor a la ingesta de alimentos y líquidos. A la exploración, se observa sialorrea y halitosis, se palpan adenopatías cervicales y submandibulares y, a la inspección intraoral, se objetivan lesiones vesiculosas no ulceradas en lengua y mucosa yugal. El diagnóstico más probable es:**
 - Aftas de Mikulicz.
 - Candidiasis pseudomembranosa.
 - Infección odontogénica.
 - Gingivoestomatitis herpética primaria.
 - Ulceración de Riga Fede.

Caso clínico

- El diagnóstico diferencial más probable es entre:**
 - Otitis externa y otitis media.
 - Afta lingual mayor en borde lingual posterior y amigdalitis.
 - Otitis externa y patología de la articulación temporomandibular (ATM).
 - Mastoiditis y cuerpo extraño intraauricular.
 - Miringitis y otitis externa circunscrita.
- Para realizar un diagnóstico correcto de este caso, se debería realizar:**
 - Otoscopia.
 - Radiografía de senos maxilares.
 - Ecografía de senos maxilares.
 - Exploración intraoral.
 - a y d son ciertas.
- En este caso, el tratamiento más correcto una vez realizado el diagnóstico sería:**
 - Ciprofloxacino tópico 10 días.
 - Tratamiento sintomático del dolor y enviar al odontólogo.
 - Gotas de alcohol boricado y enviar a ORL.
 - Amoxicilina 80 mg/kg/día.
 - Amoxicilina + ac. Clavulánico 80 mg/kg/día.