

ESTOMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

Maria Pia Massimo
Odontóloga
Argentina

En este capítulo abordamos las patologías de la mucosa orofaríngea. De una manera sencilla se agruparon enfermedades frecuentes en estomatología pediátrica y también lesiones no tan frecuentes pero que merecen la pena recordarlas por su comportamiento agresivo.

Proponemos la clasificación de las mismas en patología infecciosa, dentro de la cual se consideran las producidas por virus, hongos y bacterias, autoinmune, traumática y malformativa, seudoneoplásica y neoplásica benigna y maligna.

Para el pediatra es importante conocer estas enfermedades para detectarlas con prontitud y, trabajando en conjunto con el odontopediatra, darles la mejor solución terapéutica.

Patología infecciosa

- Primoinfección herpética

Representa el primer contacto del hombre con el virus *Herpes simplex hominis* tipo1 y afecta generalmente a niños pequeños.

Clínica. Se manifiesta con fiebre, malestar general, dolor de garganta y adenopatías cervicales dolorosas. En la boca se ven múltiples vesículas agrupadas que se rompen rápidamente, dejando erosiones dolorosas cubiertas por una pseudomembrana blanco-amarillenta. Estas lesiones se localizan en toda la mucosa bucal, especialmente en las zonas vestibular y labial. También se observa

en la encía marginal y las papilas interdentes un edema acentuado. Produce hipersialia y dificultades para la fonación y alimentación.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con la gingivitis úlcernecrotizante aguda, la herpangina, el eritema polimorfo y las aftas.

Tratamiento. Es sintomático con analgésicos y antipiréticos. También con el propósito de acortar el tiempo de evolución, en algunos casos se puede administrar sobre las lesiones, gammaglobulina intramuscular, vitamina C y aciclovir tópico.

- Herpes simple recidivante

La infección es provocada por el virus *Herpes simplex hominis* tipo I que permanece latente en el ganglio de Gasser luego de haber transcurrido la primoinfección herpética. El estrés, la fiebre, los trastornos gastrointestinales y la exposición solar, entre otros, son factores que pueden causar una disminución en las defensas, dando así lugar a la enfermedad.

Clínica. Luego de una etapa prodrómica con molestias y ardor en la zona donde asentará la infección, aparecen múltiples vesículas agrupadas en racimos, que evolucionan a erosiones y luego a costras o pseudomembranas, dependiendo de la ubicación intra o extrabucal. Las lesiones se localizan generalmente en los labios, las encías y el paladar duro, hacia un lado de la línea media.

Tratamiento. Consiste en la aplicación de aciclovir ungüento cinco veces al día, durante la fase prodrómica.

- Enfermedad mano-pie-boca

Es una enfermedad exantemática generalmente benigna, producida por el virus *Coxsackie A16*.

Clínica. Se manifiesta con un exantema vesiculoso acral y simétrico que involuciona aproximadamente en una semana. En la boca aparecen vesículas que al poco tiempo se rompen, dejando erosiones dolorosas cubiertas por una membrana fibrinosa amarillenta, rodeadas

por un halo eritematoso. Son lesiones múltiples y no agrupadas presentes en cualquier zona de la boca, pero con predilección en la lengua y la mucosa yugal. Al mismo tiempo o poco después, aparecen lesiones eritematovesiculosas en las manos y los pies y más raramente, en los miembros inferiores y en los glúteos. Esta enfermedad se debe diferenciar de la herpangina, el herpes simple, la varicela y las aftas.

Tratamiento. Es innecesario por su carácter benigno y corta evolución autolimitante.

- **Herpangina**

Es una enfermedad producida por el virus *Coxsackie del grupo "A"* que afecta a los niños especialmente en verano.

Clínica. Comienza en forma brusca con cefaleas, fiebre, anorexia, disfagia y odinofagia. En todos los casos se van a encontrar una o más vesículas agrupadas en racimo, que luego se rompen dejando un fondo blanco amarillento rodeado por una zona eritematosa. Las mismas se localizan en paladar blando, pilares anteriores y posteriores del velo del paladar, úvula y amígdala, siendo rara su extensión hacia el paladar duro. Las lesiones se acompañan de orofaringitis generalizada.

Se debe diferenciar de otras infecciones por virus coxsackie, de las aftas y de las infecciones por virus Varicela zoster y Herpes virus.

La enfermedad evoluciona en una semana, durante la cual es muy contagiosa.

Tratamiento. El mismo es paliativo.

- **Sífilis**

Es una enfermedad infectocontagiosa sistémica y de curso cónico, producida por el *Treponema pallidum*. El contagio puede ser por inoculación externa, por contacto con lesiones húmedas habitadas, por pasaje transplacentario en una embarazada infectada y raramente por transfusión.

La enfermedad es de curso crónico, con un período de incubación de tres a cuatro semanas, y las manifestaciones clínicas se observan en los períodos precoz y tardío.

Clínica. En el período precoz primario aparece lo que se llama “complejo primario de la sífilis”, compuesto por el chancro sifilítico y la adenopatía satélite. El chancro generalmente es único y aparece en la boca en el 5% de los casos. Se lo ve como una pápula erosiva de base indurada, indolora y de color rojo muscular que, en algunos casos, puede estar cubierta por una psuedomembrana. Puede localizarse en los labios, la lengua y el paladar blando. Siete días luego de la aparición del chancro se presenta la adenopatía satélite, voluminosa, de consistencia dura, no adherida a la piel o planos duros y levemente sensible.

En esta etapa el diagnóstico se puede confirmar por el hallazgo del *T. pallidum* con el microscopio de campo oscuro, aunque en la boca esta técnica no se practica ya que es muy difícil de diferenciarlo de los treponemas banales que habitualmente se encuentran en la boca.

En el período precoz secundario se observan manchas eritematosas, placas blancas opalinas, pápulas, condilomas, erosiones, fisuras, grietas, depapilación lingual (lengua en pradera segada), angina sifilítica y queilitis angular. Este período es el más contagioso.

En el período tardío o terciario aparecen tubérculos, nódulos y gomas que pueden hallarse en la lengua y en el paladar duro y blando. El mal perforante bucal es una alteración atrófica de origen nervioso, en el cual los dientes se pierden sin dolor ni hemorragia, el maxilar se atrofia y aplanar y esta pérdida ósea trae como consecuencia la perforación. La lengua puede sufrir un proceso de esclerosis que la empequeñece y pliega y a la palpación posee una consistencia dura.

En la sífilis natal precoz se ven fisuras que se extienden desde las comisuras hacia las mejillas, que pueden permanecer por muchos años.

La sífilis prenatal tardía aparece entre los tres y los treinta años de edad, y en la boca altera las piezas dentarias definitivas de modo selectivo. Los incisivos presentan una escotadura central en forma de tonel (dientes de Hutchinson) y los primeros molares en su superficie oclusal adoptan una forma de mora (molar de Moon).

Tratamiento. En la sífilis congénita se administra penicilina G cristalina 100.000 U/kg/día vía IV en dos dosis por diez a catorce días en pacientes menores a siete días. Se utiliza una dosis de 150.000 U/kg/día vía IV del mismo antibiótico en tres dosis por diez a catorce días en pacientes que tengan entre siete y veintiocho días. Para los pacientes mayores de 28 días se emplea también penicilina G cristalina pero en 200.000-300.000 U/kg/día vía IV en cuatro dosis por 10 a catorce días.

En la sífilis adquirida se administra penicilina G benzatínica 50.000 U/kg/dosis (máximo 2.400.000 U) vía IM semanal en tres dosis. Como alternativa se puede usar la eritromicina por catorce días tetraciclina o doxiciclina por catorce días (en mayores de nueve años), ceftriaxona por diez días.

Se debe realizar un seguimiento mediante el examen clínico y pruebas serológicas treponémicas a los treinta días, dos, cuatro seis y doce meses post-tratamiento.

Pápula localizada en la mucosa retrocomisural correspondiente al período “precoz secundario”

- **Gingivitis úlcero necrotizante o angina de Vincent**

Es una patología que se asocia a la disminución de las defensas por causas tales como estrés, leucemia, hipovitaminosis, diabetes, mala alimentación, HIV, etc. Es causada por una simbiosis de bacterias fusospiroquetales como la *Borrelia vicenti*. Se presenta habitualmente en adolescentes y adultos jóvenes teniendo predilección por el sexo masculino.

Clínica. Las manifestaciones comprenden necrosis y ulceración de la papila interdental, que se cubre de una pseudomembrana de color grisáceo y fácil remoción. La papila adquiere un aspecto truncado y en la mucosa gingival adyacente se ve eritema. Hay dolor intenso e irradiado, aliento fétido, y puede haber adenopatías submaxilares y fiebre.

Si esta patología no es tratada puede evolucionar hacia la gingivoestomatitis ulceronecrotizante de Vincent con ulceraciones en el paladar, la lengua, la mucosa yugal, etc. Se debe hacer diagnóstico diferencial con la primoinfección herpética, la leucemia, y la agranulocitosis.

Tratamiento. Se realiza tratamiento local, indicando buches con agua oxigenada al 3% cuatro veces diarias, abundantes líquidos y si es necesario, analgésicos y antitérmicos. En casos severos se indican antibióticos como espiramicina o metrodinazol. Dos días luego de la primera consulta, se debe hacer tartrectomía y enseñanza de la higiene bucal.

- Candidosis

Es una infección producida por *Candida albicans* y se clasifica en candidosis superficial y profunda.

La candidosis superficial es la micosis más frecuente de la cavidad oral y no sólo puede ser producida por *Candida albicans* sino también por las variedades stellatoidea, krusei, glabrata, parapsilosis y tropicalis.

Clínica. Grinspan la clasifica en:

- Formas agudas: candidosis seudomembranosa o muguet y candidosis atrófica.
- Formas subagudas y crónicas: candidosis atrófica, hiperplásica y leucoplasiforme.

La candidosis seudomembranosa o muguet es la variante más frecuente y habitualmente afecta niños y ancianos. Existen factores predisponentes generales como la obesidad, la diabetes, los

antibióticos de amplio espectro usados en forma prolongada, la corticoterapia y las enfermedades que producen inmunosupresión.

La xerostomía, la higiene oral deficiente, los antibióticos y los corticoides, son factores locales que predisponen a contraer la enfermedad.

En la forma seudomembranosa, se ven seudomembranas blancoamarillentas de aspecto algodonoso, que se desprenden fácilmente al pasar una gasa, mostrando debajo la mucosa erosionada, eritematosa y dolorosa. La seudomembrana está compuesta por fibrina, hongos, detritus, células muertas y bacterias.

Puede asentarse en cualquier zona de la boca, especialmente en los bordes laterales y la cara dorsal de la lengua, las comisuras, y tanto el paladar blando como el duro.

La candidosis aguda atrófica produce hipotrofia y atrofia de las papilas de la cara dorsal de la lengua y manchas rojas, que corresponden a atrofia, localizada generalmente en las comisuras y la mucosa yugal retrocomisural. Estas lesiones pueden causar ardor.

Dentro de las candidosis crónicas, la atrófica se manifiesta como una mancha roja brillante que generalmente se encuentra debajo de las prótesis y aparatos ortodóncicos.

La forma hiperplásica produce hiperplasia de las papilas filiformes de la cara dorsal de la lengua y lesiones hiperplásicas en las comisuras y en el paladar duro y blando.

La forma leucoplasiforme se manifiesta con manchas o placas blancas semejantes a una leucoplasia, ubicadas en las retrocomisuras y las comisuras.

De las candidosis crónicas, la atrófica y la hiperplásica comisural tienen predilección por los niños.

Tratamiento. En los pacientes no inmunosuprimidos, las lesiones involucionan favorablemente eliminando los factores predisponentes e indicando baños alcalinos con bicarbonato o topicaciones con nistatina o solución acuosa de violeta de genciana al 1%.

En pacientes inmunodeprimidos es necesario administrar antimicóticos por vía oral como la nistatina en suspensión, en dosis de 100.000 u/ml, mezclando una cucharada de té con un cuarto de taza de agua y empleando como enjuagues que después se tragan, tres veces al día durante diez días. En candidosis rebeldes se usa ketoconazol al 2% en oralbase tres a cuatro veces al día.

- **Verruga vulgar**

Es una hiperplasia simple autoinoculable generada por un *virus papova*, que afecta la semimucosa labial, el paladar y la lengua.

Clínica. La vemos como una verrugosidad única o múltiple, plana o vegetante, de base sésil o pediculada. El color de la mucosa es rosado claro, y no presenta sintomatología dolorosa.

Tratamiento. En caso de que no se produzca la involución espontánea, se debe eliminar con bisturí frío o electrocauterio.

- **Eritema Polimorfo**

Es un exantema que afecta la piel y las mucosas con lesiones multiformes fijas y simétricas. Se observa con mayor frecuencia en Otoño e Invierno en niños en edad escolar.

La etiología es variada y dentro de los causales más importantes se encuentran los virus *Herpes simplex* y *Epstein Barr*, pero también drogas como amoxicilina, difenilhidantoína y cefalosporinas, colagenopatías, neoplasias, etc.

Clínica. Debuta como un cuadro respiratorio con malestar general, cefalea, fiebre, mialgias, artralgias, vómitos y diarrea. Luego de unos diez días se observan lesiones en la cara y en los miembros, especialmente en la frente, los codos y rodillas.

Las lesiones pueden verse sólo en las mucosas o afectarlas conjuntamente con la piel. Se observan ampollas de aparición brusca que se rompen con facilidad, necrosis, ulceraciones y seudomembranas, que comprometen toda la mucosa bucal a excepción de las encías que raramente se afectan. En la semimucosa labial se ven costras hemáticas y melicéricas dolorosas; también existen adenopatías cervicales. Generalmente involuciona en una a dos semanas.

Costras hemorrágicas y melicéricas en semimucosa y en mucosa erosiones cubiertas por pseudomembrana

Tratamiento. Es innecesario, utilizándose sólo medicación sintomática como antipiréticos y/o antihistamínicos.

Patología mediada por procesos autoinmunes

- **Aftas**

Hipócrates (377 a.C.) denominó afta a toda lesión erosivo/ulcerosa ubicada en la mucosa y de etiología diversa y Heberden (1802) realizó la primera descripción detallada. Es una pérdida de sustancia de la mucosa bucal o genital que inicia con una necrosis súbita, ardor y dolor y es muy recurrente. Prevalece en el sexo femenino por encima de los 7 años. La etiología es desconocida, aunque se piensa que existe un mecanismo inmunológico de base, asociado a factores predisponentes tales como enfermedades gastrointestinales, deficiencias hemáticas, estrés, neutropenia, herencia, etc. que jugarían un rol modulador sobre la respuesta inmune. También se han visto brotes luego de la ingesta de determinados alimentos como melón, ciruela, trigo, chocolate, etc.

Clínica. Las aftas se clasifican en menores, mayores y herpetiformes.

Aftas menores: aparecen de una a cinco lesiones erosivo-necróticas de 1-5mm de diámetro, forma redonda u oval y bordes bien definidos, con fondo blanco-amarillento y un halo eritematoso circundante. Los pacientes sufren dolor moderado y las lesiones se resuelven espontáneamente en 7 a 10 días sin dejar cicatriz. Este

tipo de aftas tiene una recurrencia aproximada de uno a cuatro meses.

Aftas menores localizadas en la mucosa labial inferior

Aftas mayores: pueden presentarse de una a diez ulceraciones muy dolorosas de 1-3 cm de diámetro, con forma irregular y bordes bien definidos, fondo blanco-amarillento y un halo eritematoso circundante. Estas lesiones tienen una evolución mayor a treinta días, dejan cicatriz y su recurrencia es en general menor a un mes.

Las aftas severas pueden acompañarse de adenopatías regionales, decaimiento, inapetencia, malestar general odinofagia, disfagia.

Afta mayor localizada en la mucosa retrocomisural

Aftas herpetiformes: las lesiones son erosivo-necróticas, múltiples y con tendencia a coalescer. Presentan un fondo blanco amarillento y su tamaño oscila entre 1 y 2mm de diámetro. Se observan de 10 a 100 lesiones con una evolución de 7 a 30 días y una recurrencia menor a un mes. Los pacientes manifiestan dolor intenso.

Aftas herpetiformes localizadas en la mucosa de la cara ventral y de los bordes laterales de la lengua

Estos tres tipos de aftas asientan generalmente en la mucosa no queratinizada de los labios, la cara ventral y los bordes laterales de la lengua, la mucosa yugal y el paladar blando. Se debe establecer el diagnóstico diferencial con las aftosis y los aftoides.

Tratamiento. Es sintomático administrando anestésicos locales en spray o en gel, topicando con cáusticos o utilizando corticosteroides tópicos en oralbase.

- Aftosis

Son condiciones que se caracterizan por la presencia de aftas en la boca y en sitios extrabucales simultáneamente.

Clínica. De acuerdo a las manifestaciones clínicas podemos diferenciar la aftosis bipolar de Neuman y la aftosis de Behcet.

La aftosis bipolar o de Neuman se caracteriza por presentar aftas mayores en la boca y los genitales. En estomatología, a todo paciente con episodios recurrentes de aftas mayores en la mucosa oral, se le debe investigar también la mucosa genital en busca de aftas mayores, para descartar o no la enfermedad.

La aftosis de Behcet es un trisíndrome en el cual se asocian aftas mayores en las mucosas oral y genital con lesiones oculares y cutáneas. Dentro de las lesiones oculares podemos destacar la uveítis y la iridociclitis con hipopión; en cuanto a las lesiones cutáneas se han visto foliculitis y eritema nodoso. Además el trisíndrome de Behcet puede estar acompañado de alteraciones neurológicas, cardiovasculares, articulares, renales, gastrointestinales y pulmonares.

Patología mediada por trastornos endocrinos y metabólicos

Las deficiencias de vitaminas y oligoelementos, así como algunas endocrinopatías, afectan especialmente a la mucosa bucal.

Clínica. En el déficit de vitaminas del complejo B se observa eritema, erosión y ulceración de la mucosa bucal y de la lengua. La lengua puede presentar tumefacción, ardor y atrofia o hipotrofia de las papilas linguales. En los labios se ven costras y fisuras, mientras que las comisuras se encuentran atróficas y eritematosas.

El déficit de vitamina K altera la coagulación, dando lesiones purpúricas en cualquier zona de la mucosa bucal.

La deficiencia de vitamina C produce hiperplasia gingival eritematosa, hemorragias gingivales, movilidad leve a severa de las piezas dentarias (incluso pérdida de las mismas), retardo en la cicatrización, petequias y equimosis de la mucosa bucal.

En la diabetes juvenil no controlada hay trastornos periodontales y óseos con movilidad y pérdida de las piezas, hiperplasia gingival, xerostomía, retardo en la cicatrización ulceraciones y hemorragias gingivales

Tratamiento. En cualquiera de estas deficiencias, el tratamiento es proporcionar los elementos carentes.

Patología malformativa y traumática

- **Lengua geográfica**

También llamada glositis migratoria, es una alteración de etiología desconocida y carácter benigno, que se encuentra frecuentemente asociada a otras patologías, como dermatitis atópica, psoriasis, estrés, síndrome de Reiter, etc. Es importante destacar, que en un gran porcentaje de pacientes se ha encontrado el antígeno HLA B15.

No es muy frecuente que afecte a los niños, pero cuando lo hace tiene predilección por el sexo femenino. La mayoría de los casos son asintomáticos, aunque algunos pacientes pueden manifestar ardor lingual o glosodinia al ingerir determinados alimentos.

Clínica. Sobre el dorso y los márgenes de la lengua, se ven zonas multifocales circinadas de atrofia e hipotrofia de las papilas filiformes, rodeadas por una zona lineal de hiperplasia e hipertrofia de esas papilas. Las papilas fungiformes pueden permanecer intactas o presentar una ligera tumefacción y eritema.

Las lesiones se caracterizan por presentar períodos de remisión y durante los episodios recurrentes, se suelen ver en ubicaciones diferentes. Se debe hacer diagnóstico diferencial con candidosis, liquen atrófico, sífilis, etc.

Tratamiento. Aunque el tratamiento no es necesario, se le debe asegurar al paciente la benignidad de su estado. Sólo requiere tratamiento en los casos donde existe infección agregada con candida.

- Lengua escrotal

Es una alteración adquirida que aumenta su frecuencia con la edad y se observa en aproximadamente el 5% de la población. Afecta a ambos sexos por igual y en muchas ocasiones, se la ve asociada a la lengua geográfica.

Clínica. La lesión elemental predominante es el surco, que se localiza en el dorso de la lengua adoptando distintas formas; una de ellas es la forma foliácea, con un surco central donde nacen en forma de nervadura, surcos oblicuos de atrás hacia adelante, involucrando los márgenes de la lengua; otra es la forma longitudinal, con surcos paralelos al eje mayor de la lengua, sin involucrar los bordes de la misma; la otra forma es la cerebriforme, cuyos surcos adoptan figuras irregulares que semejan los surcos cerebrales; por último hay una forma mixta, donde se observan todos los grupos anteriores.

Los surcos pueden ser superficiales o profundos, y en este último caso puede haber contaminación con candida, transformando los surcos en fisuras dolorosas.

Tratamiento. No requiere tratamiento, salvo que exista contaminación con candida.

- **Quistes gingivales**

Son muy frecuentes en los recién nacidos y corresponden a quistes de queratina.

Clínica. De acuerdo a la clínica y al origen se clasifican en quistes gingivales de la lámina dental, nódulos de Bohn y perlas de Epstein. Los tres tipos se observan como nódulos blancos y superficiales de alrededor de 2mm de diámetro.

Los quistes gingivales derivan de remanentes de la lámina dental y se localizan en la mucosa gingival de los rebordes alveolares de ambos maxilares.

Los nódulos de Bohn tienen su origen en pequeños remanentes epiteliales del proceso de fusión del paladar y se ubican en la mucosa palatina a nivel del rafe medio.

Las perlas de Epstein se relacionan con restos epiteliales de las glándulas salivales menores y se encuentran sobre la mucosa palatina, a ambos lados de la línea media.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con los dientes natales y neonatales.

Tratamiento. No es necesario, porque remiten espontáneamente luego de 1 a 3 meses.

- **Épulis congénito**

Es un tumor benigno poco frecuente que se encuentra presente al nacimiento. Afecta las apófisis alveolares de ambos maxilares y se ve con mayor frecuencia en el sexo femenino. Existen varias teorías que explican su origen: odontogénica, neurogénica, miogénica, fibroblástica, histiocitaria, derivación de células mesenquimáticas indiferenciadas, etc. Ninguna de ellas ha podido explicar su etiopatogenia.

Se sabe que crece sólo durante el período fetal y por ello se piensa en una posible participación de factores intrauterinos en su desarrollo. Se observa con mayor frecuencia en forma única (90%) ubicada en el sector anterior del maxilar superior (75 %). Aunque

poco frecuente, existen en la literatura casos de afectación simultánea de ambos maxilares.

Clínica. Se presenta como un tumor pediculado o sésil, uni o multilobular, que asienta en la mucosa gingival de las apófisis alveolares de ambos maxilares. La mucosa que lo cubre es de color rosado, variando en intensidad según su contenido vascular. El tamaño es variable, pudiendo alcanzar varios centímetros (1 a 9cm), la superficie es lisa y su consistencia firme y elástica. No crece luego del nacimiento.

Se debe diferenciar del epignathus (teratoma oral) el hemangioma, el linfangioma y el tumor de células granulares.

Tratamiento. En niños sin alteraciones funcionales se esperará la involución espontánea del tumor. En pacientes con trastornos en la respiración y/o deglución está indicada la exéresis quirúrgica limitada del tumor, teniendo especial cuidado en no dañar los gérmenes dentales. No se han informado casos de recidiva, incluso con resecciones parciales.

- **Hemolinfangioma**

Es una neoplasia benigna formada por vasos sanguíneos y linfáticos.

Clínica. En la boca se lo puede encontrar en el dorso de la lengua, como vesículas múltiples que contienen sangre y linfa, con algunos elementos vasculares asociados a macroglosia.

Tratamiento. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica. Otras alternativas pueden ser la criocirugía y la electrocoagulación o la administración intralesional de drogas esclerosantes. En la literatura se han descrito casos de remisión espontánea al alcanzar la pubertad.

- **Linfangioma**

Es una malformación constituida por la proliferación de vasos linfáticos tapizados por endotelio linfático normal. Los canales pueden estar dilatados y su tamaño es variable. Generalmente son diagnosticados en el nacimiento o durante los primeros dos años de vida, afectando con más frecuencia la cabeza y el cuello.

Clínica. La forma clínica más común es el linfangioma circunscripto, que pertenece a la variante superficial y afecta con mayor frecuencia la mucosa lingual. Está compuesto por vesículas cristalinas pequeñas que contienen un líquido viscoso y claro. El tamaño puede variar desde 1cm. de diámetro a grandes placas que cubren áreas extensas.

El linfangioma cavernoso es un tumor subcutáneo de límites mal definidos, compresible y firme, cubierto por piel de aspecto normal. Dentro de las localizaciones más frecuentes se encuentran la lengua y los carrillos. En este tipo de linfangioma, es frecuente observar infecciones recurrentes.

El higroma quístico es una malformación inespecífica de los canales linfáticos, que se manifiesta como grandes malformaciones quísticas multiloculares, subcutáneas, presentes generalmente al nacimiento. Tiende al crecimiento progresivo, pudiendo exceder los 5 cm. de diámetro y se localiza en los carrillos, la lengua y el piso de la boca. Las infecciones y hemorragias dentro del linfangioma pueden ocasionar crecimiento rápido, con obstrucción de la vía aérea que lleva a complicaciones fatales. Para el diagnóstico de los linfangiomas se usa la tomografía computada, la ecografía y preferencialmente la resonancia nuclear magnética.

Tratamiento. El linfangioma puede involucionar en forma espontánea hacia la pubertad o estabilizarse y dejar de crecer, esperando este momento para tratarlo.

En el linfangioma circunscripto se ha visto con frecuencia la recurrencia luego de la exéresis quirúrgica y para su tratamiento han sido exitosos el láser de Co2 y el dye laser pulsado.

En el linfangioma cavernoso el tratamiento de elección es la cirugía, pero también se han utilizado corticoides intralesionales con resultados satisfactorios.

En el higroma quístico el tratamiento es quirúrgico, y está indicado entre los 4 y 12 meses de vida; si existiera compromiso de

las vías aéreas o infecciones a repetición estaría indicada la intervención a una edad más temprana. También se ha empleado la terapia con fármacos esclerosantes con buenos resultados.

- **Úlcera de Riga Fede**

Es una lesión que aparece durante el período de amamantamiento, en los niños que presentan dientes natales o neonatales inferiores. Durante la succión del pecho materno, el traumatismo crónico de los dientes con la mucosa lingual, ocasiona una ulceración que impide la alimentación del niño.

Clínica. Sobre la cara ventral de la lengua, cercana a la punta y a veces involucrando el frenillo lingual, se observa una ulceración de alrededor de 1cm de diámetro, de bordes definidos, elevados, y fondo sangrante. Se encuentra a nivel o hacia un lado de la línea media, correspondiendo con la pieza dentaria erupcionada. Si la ulceración no recibe tratamiento, en su intento de reparación y por el trauma crónico, empieza a granular formando el granuloma de Riga Fede.

Tratamiento. Se debe eliminar el trauma, efectuando un desgaste en el borde incisal de las piezas dentarias, o bien, realizando la exodoncia de las mismas.

Patología pseudoneoplásica

- **Granuloma Piógeno**

Es una pseudoneoplasia benigna representada por un tejido de granulación reactivo a una irritación (tártaro dental, placa bacteriana, traumas, etc.) que afecta a los adolescentes, con cierta predilección por el sexo femenino. Generalmente afecta la encía, pero puede encontrarse en cualquier sector de la mucosa bucal.

Clínica. Se observa un tumor de base sésil o pediculada y superficie rojiza sangrante, localizado preferentemente sobre la mucosa gingival de ambos maxilares. No presenta sintomatología dolorosa y su evolución es rápida. Con el paso del tiempo, puede fibrosarse e incluso calcificarse.

No es raro ver casos en los cuales esta pseudoneoplasia involuciona espontáneamente.

Tratamiento. Se deben eliminar las causas predisponentes y luego realizar la extirpación quirúrgica de la lesión con electrocoagulación del lecho, ya que son muy frecuentes las recidivas.

Tumor localizado en papila interdental inferior

- **Mucocele**

Dentro de esta denominación encontramos dos patologías benignas asociadas a alteraciones de las glándulas salivales menores, el fenómeno de retención mucosa y el fenómeno de extravasación mucosa. Ambos, son producidos por el traumatismo del conducto excretor de una glándula salival menor de los labios, los carrillos o la cara ventral de la lengua. Al no eliminarse en la cavidad bucal, la saliva se acumula dentro de la glándula o en el espesor del epitelio. Afecta con mayor frecuencia a los niños y a los adolescentes.

Clínica. Se lo ve como un tumor circunscripto oval o redondeado, de aparición brusca y base sésil. A la palpación es blando, renitente y habitualmente doloroso. El color es translúcido o azulado dependiendo de la profundidad de la lesión.

Para el diagnóstico es importante el antecedente de traumatismo y el cambio periódico del tamaño de la lesión. Es típico el crecimiento progresivo, acorde con la producción de sustancia mucoide y la apariencia de curación al erosionarse y evacuarse espontáneamente la saliva. La lesión rápidamente tiende a recidivar.

Tratamiento. Extirpación quirúrgica de la glándula afectada y de las glándulas salivales menores adyacentes.

Tumor localizado en la mucosa labial inferior.

- **Fibroma traumático**

También llamado pseudopapiloma, es una hiperplasia fibrosa reactiva a un traumatismo crónico. Representa el crecimiento más frecuente de la cavidad bucal, y se lo ve a toda edad, sin predilección de sexos.

Clínica. Se presenta como un tumor de base sésil o pediculada, color rosado y tamaño variable, pudiendo alcanzar los 3 cm. de diámetro. La superficie generalmente es lisa, pero puede presentar zonas de ulceración por el traumatismo masticatorio. Es una lesión indolora, de evolución lenta, localizada con mayor frecuencia en la mucosa labial inferior y los bordes de la lengua.

Existe también el fibroma diaprénusico, que es la misma lesión clínica e histológica que el fibroma traumático, y es provocado por el mal hábito del paciente de colocar un sector de la mucosa labial, lingual o yugal en los espacios interdentarios y succionar en forma constante. Se debe realizar diagnóstico diferencial con el papiloma y el granuloma piógeno.

Tratamiento. Corrección de hábitos y extirpación quirúrgica.

- Ránula

Es una pseudoneoplasia producida por el traumatismo o la obstrucción de los conductos de Wharton o Bertholin de las glándulas salivales, submaxilar y sublingual respectivamente.

Clínica. Se observa un tumor de color translúcido o azulado y consistencia blanda, ubicado en el piso de la boca hacia un lado de la línea media. El tamaño es variable, pudiendo superar los 3 cm de diámetro, dificultando la deglución y fonación. Debe diferenciarse del quiste dermoide y de los tumores de las glándulas salivales.

Tratamiento. Extirpación quirúrgica del pseudoquiste y de la glándula o también marzupialización.

Patología neoplásica benigna

- Hemangioma

Es una neoplasia benigna compuesta por vasos pequeños de luces estrechas y endotelio saliente e hiperplásico. Se caracteriza por una fase de crecimiento rápido (fase proliferativa) seguida por una fase de involución lenta. Se presentan al nacimiento o entre la segunda y cuarta semanas de vida.

Clínica. Los hemangiomas se clasifican, de acuerdo a su localización, en superficiales, profundos o mixtos.

Los hemangiomas superficiales o también llamados en fresa, se localizan en el corion papilar y son tumores circunscriptos de color rojo brillante y consistencia elástica.

Los hemangiomas profundos (antes llamados cavernosos) se encuentran en el corion reticular, el tejido adiposo o el tejido muscular. Son tumores de mayor tamaño, color azulado, consistencia blanda y límite más o menos neto. Estos hemangiomas a diferencia de los superficiales tienen una evolución más lenta.

Los hemangiomas mixtos presentan las características propias de los hemangiomas superficiales y los profundos.

El tamaño de los hemangiomas es variable, pudiendo alcanzar varios centímetros de diámetro, y la localización más frecuente es en la cabeza y el cuello.

Tratamiento. Siempre que no haya ulceración, oclusión de orificios naturales, compresión de estructuras vitales, hemorragia, infección secundaria o crecimiento alarmante, se esperará la involución espontánea del tumor, explicándole a los familiares, la posibilidad de adquirir secuelas a causa de su tratamiento. El tratamiento de elección es la corticoterapia sistémica con prednisona a una dosis de 2 a 4 mg/kg/día. También se ha empleado interferón alfa 2ª a una dosis de 1.000.000 a 3.000.000 de UI por metro cuadrado de superficie corporal por día, en forma subcutánea o intramuscular. Otro método utilizado hoy en día es el dye laser pulsado, que se aplica sólo a hemangiomas superficiales que se encuentran en la fase proliferativa o tienen ulceración en su superficie; entre las ventajas de este tratamiento podemos destacar que no deja cicatrices y es seguro en niños.

- **Papiloma**

Es un tumor benigno de estirpe epitelial y etiología desconocida, que afecta a los adolescentes con predilección por el sexo femenino.

Clínica. Se manifiesta como un tumor único, de base sésil o pediculada, con superficie en forma de coliflor y de color blanco o rosado.

No presenta sintomatología alguna y se localiza prevalentemente en los labios, la úvula, el paladar blando y la lengua.

Generalmente su tamaño es menor a 1 cm de diámetro y su consistencia es dura elástica. Las lesiones deben diferenciarse de la verruga vulgar y del condiloma acuminado.

Tratamiento. Escisión simple.

- **Lipoma**

Es una neoplasia benigna de origen mesenquimático, que se observa con frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos.

Clínica. Se lo ve como un tumor amarillento circunscripto de base sésil o pediculada y superficie lisa. Su crecimiento es lento, pudiendo alcanzar grandes dimensiones. Se ubica en general en el piso de la boca, los labios y los carrillos. A la palpación es blando y móvil, sin presentar sintomatología dolorosa.

Tratamiento. Extirpación quirúrgica.

Tumor correspondiente a un lipoma localizado en mucosa labial inferior.

- **Fibroma**

Es una neoplasia benigna de estirpe conectiva, que no involuciona al eliminar el posible factor traumático. Se ve con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos.

Clínica. Se observa un tumor pediculado de superficie lisa y color rosado, firme a la palpación. Se debe diferenciar del granuloma piógeno, el fibroma traumático y el granuloma gigantocelular periférico.

Tratamiento. Extirpación quirúrgica.

- **Neuroma de amputación**

Es una neoplasia benigna originada en la sección de un nervio. Se observa en adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos.

Clínica. Se manifiesta como un tumor pequeño, de color rosado, que a la palpación es firme y doloroso. Generalmente se ubica en los labios, los carrillos y la mucosa alveolar, a la altura del agujero mentoniano.

Tratamiento. Escisión quirúrgica.

- **Neurofibroma**

Es una neoplasia benigna que tiene origen en la vaina neural y afecta adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos.

Clínica. Se ve un tumor de superficie lisa y color rosado con base sésil, que en general se ubica en los carrillos, el paladar, la lengua, los labios y la cresta alveolar. Tiene un crecimiento lento y hay sintomatología dolorosa.

Tratamiento. Escisión quirúrgica.

- **Granuloma gigantocelular central**

Es una neoplasia osteolítica del sector anterior de los maxilares, cuya etiología es desconocida. Es considerada una lesión benigna porque no tiene atipias celulares ni da metástasis. Predomina en adolescentes y adultos jóvenes del sexo femenino (3/1) con una alta incidencia en el sector incisivo y premolar de la mandíbula.

Clínica. De acuerdo a su comportamiento se reconocen dos variantes, una no agresiva y otra agresiva. La primera se manifiesta como un tumor blando que puede superar los 3 cm. de diámetro, ubicado en el sector anterior de la mandíbula y el maxilar superior. Es de crecimiento lento y no presenta sintomatología dolorosa. La variante agresiva, a diferencia de la primera, es de crecimiento rápido, por lo general duele y puede provocar desplazamiento dental, expansión y/o perforación cortical y reabsorción radicular de las piezas dentarias comprometidas.

Tratamiento. Legrado quirúrgico y fresado del hueso subyacente. Otras alternativas terapéuticas, aún en fase experimental, son los esteroides intralesionales, la calcitonina y el alfa interferon inyectables.

En ambas fotos se observa un GGCC a los 13 y 21 días de evolución.

Patología neoplásica maligna

- **Leiomioma**

Es un tumor maligno poco frecuente en pediatría, que tiene origen en el músculo liso, con una alta capacidad de dar metástasis ganglionar.

Clínica. Se observa un tumor rojizo que suele alcanzar gran tamaño, localizado en la mucosa yugal, la encía y la lengua. A la palpación es duro e indoloro y presenta crecimiento rápido e insidioso.

Tratamiento. Es quirúrgico, asociado a radioterapia. Es una neoplasia muy recidivante.

- **Rabdomioma**

Es una neoplasia maligna muy poco frecuente en la boca, que tiene origen en el músculo estriado. El pronóstico es malo.

Clínica. En la infancia se observa el rabdomioma embrionario, como un tumor de superficie lobulada y color rojizo, ubicado con mayor frecuencia en el paladar.

Tratamiento. Es quirúrgico, asociado a radioterapia y quimioterapia.

Bibliografía recomendada

- Regezi JA, Sciubba JJ: Patología bucal. Interamericana McGraw-Hill, 1991, pp1-10.
- Grinspan D: En enfermedades de la Boca. Tomo II, Edit. Mundi Bs.As.
- Pueyo de Casabé ST, Máximo JA: Patología de la Boca. En Dermatología Infantil en la Clínica Pediátrica. Pueyo-Máximo editores, 1999.
- Eichenfield LF, Frieden IJ, Estévil NB: Textbook of Neonatal Dermatology. Saunders.
- Weston WL, Lane AT, Morelli JG: Color textbook of pediatric Dermatology. Mosby.
- Fitzpatrick TB: Dermatología en medicina general. Tomo I y II, Ed. Panamericana 5ta edición 2001.
- Hurwitz: Clinical Pediatrics Dermatology, Ed. Saunders Company, 2da edición.
- Eversole LR: Patología bucal, diagnóstico y tratamiento. Primera edición. Ed. Panamericana, 1983.