

Lesiones orales del recién nacido

Oral lesions newborn

Resumen

El contacto de un bebé con el odontopediatría debe ser dentro del primer año de vida puesto que es de vital importancia, ya que en este periodo se pueden detectar alteraciones en la cavidad bucal. En México existen escasos datos sobre las patologías orales en menores de tres años. Entre las patologías más frecuentes que se pueden encontrar son: los Nódulos de Bonh, Perlas de Epstein, Quistes de la lámina dental, Épulis Congénito, Dientes Natales, Dientes Neonatales, Úlcera Riga-Fede, Quistes de erupción, Mucolele, Ránula, Hemangioma, Linfagioma, Candidiasis.

Descriptor: Patologías, orales, natales

Keyword: Pathologies, oral, natal

Abstract

Is important the first contact of a baby with the Pediatric Dentistry in the first year of life, because in this period can be detected alterations in the oral cavity. In Mexico, there are limited data on the oral pathologies in children of 0 to 3 years old. Among the most frequent pathologies that can be found are: Bohn's Nudules, Epstein's Pearls, Dental lamina cyst, Congenital Epulis, Natal teeth, Neonatal teeth, Riga-Fede Ulcer, Eruption Cyst, Mucocele, Oral hemangioma, Oral Lymphangioma, Candidiasis.

Priscila Martínez Herrera*
Emma Genoveva Aguilar Fuentes**
Jaime Fabián Gutiérrez Rojo**

*Estudiante de la especialidad en Odontopediatría. Autora responsable

**Docentes de la especialidad en Odontopediatría

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT

Martínez, H.P., Aguilar, F.E.G., Gutiérrez, R.J.F. Lesiones orales del recién nacido.
Oral Año 16. Núm. 52. 2015. 1283-1286

Recibido: Marzo, 2015. Aceptado: Noviembre, 2015.

Oral. Año 16 No. 52, Diciembre, 2015.

Introducción

La cavidad bucal de un bebé debería ser importante para los padres, pediatras y médicos generales, conocerla dentro de los patrones de normalidad, así como implementar medidas preventivas y las consecuencia de omitirlas, de tal forma pudiendo ser derivados a un Odontopediatra para su atención, siendo capaces como especialistas en detectar las lesiones o anomalías, llevando un correcto diagnóstico y un apropiado tratamiento.¹⁻⁴

En caso de encontrar en la cavidad bucal del bebé alguna alteración o anomalía es importante explicar y orientar a los padres de los posibles efectos y tratamientos. Ya que algunas patologías pueden ocasionar limitaciones y dificultades en su alimentación, teniendo consecuencias en el desarrollo fisiológico del infante.³

Las alteraciones o patologías bucales del recién nacido son variadas, pudiendo o no interferir con la fisiología normal del bebé, y por lo tanto en su alimentación. Al realizar la exploración bucal del bebé puede prevenirse algún problema en su crecimiento y desarrollo. Las patologías benignas más frecuentes son:

Nódulos de Bonh

Los nódulos de Bonh son remanentes de glándulas salivales que contienen ácinos mucosos y conductos excretores glandulares. Se observa como lesiones quísticas, las cuales se encuentran en el reborde gingival en las zonas vestibular, palatino y lingual, siendo más frecuentes en el arco superior. Los nódulos de Bohn son de coloración blanca, se presentan de tamaño pequeño, pueden confundirse con dientes en proceso de erupción y desaparecen de forma espontánea. La conducta a seguir solo es observación y masaje.^{1,3-9}

Perlas de Epstein

Son tumoraciones quísticas pequeñas de 0.5 a 3mm de diámetro de color aperlado, localizadas en el límite media de paladar. Se presentan con menor frecuencia que los nódulos de Bohn.^{1,3-7}

Las perlas de Epstein son remanentes de tejido epitelial con contenido de queratina^{1,3-6,8} y no se requiere intervención alguna ya que desaparecen de forma espontánea.⁹

Quistes de la lámina dental

Son pequeñas lesiones quísticas blanquecinas las cuales son restos de la lámina dental. Se pueden clasificar según la región en donde se desarrollen en quistes palatinos y quistes alveolares.^{1,5,6,8}

Se observan en zona de molares y pueden desaparecer en algunas semanas por lo que se puede realizar un masaje suave o la marsupialización como tratamiento, el cual depende del volumen del quiste.^{1,5,6}

Épulis congénito

Neumann en 1872 describe por primera vez este tumor benigno

de origen mesenquimatoso y puede ser detectado in útero a las 25 semanas de gestación. Se presenta con mayor frecuencia en la zona anterior del maxilar, con predisposición en el sexo femenino.^{4,10-12}

El tamaño puede variar de pocos milímetros hasta centímetros, por lo que puede comprometer la alimentación y respiración del bebé. El épulis congénito se presenta como una masa de color rosa o de un tono blanco, puede mostrarse liso o lobulado, su consistencia es fibrosa y firme, no presenta dolor a la palpación. Su tratamiento es quirúrgico y en pocas ocasiones se presenta recidiva.^{4,8,10-13}

El épulis congénito no se asocia con anomalías dentarias o malformaciones congénitas. También se le conoce como mioblastoma congénito, tumor de Neumann o tumor de células granulosas congénito.^{14,15}

Lengua geográfica

También se le conoce como hiperglosia migratoria benigna, su característica principal son las áreas múltiples con descamación irregular de las papillas filiformes de la lengua. Las áreas de descamación permanecen durante poco tiempo en una zona, después involucionan y reaparecen en diferente área. La patología no refiere sintomatología dolorosa, sin embargo, en pocas ocasiones puede haber sensación de quemazón o sensibilidad, en este caso se recomienda una disminución de la ingestión de alimentos ácidos.¹⁶

Dientes natales y neonatales

Los dientes natales se encuentran en boca desde el nacimiento. Se presenta en niñas con mayor frecuencia con una relación de 3 a 1.7. Su etiología no ha sido establecida pero se considera como una causa genética. Pueden interferir con la lactancia materna, se presenta 1 cada 2,000 a 1 cada 3,500 nacidos vivos. Se asocia a fisuras de labio palatinas y a síndromes como el Ellis-Van Creveld, Jadassohn-Lewandowsky, Hallerman-Streiff y Disostosis craneofacial. Los dientes más comúnmente afectados son los incisivos centrales inferiores, seguido de los incisivos superiores, los caninos, molares inferiores y molares maxilares.^{1,4,17,18}

Los dientes neonatales erupcionan después del nacimiento. La región más afectada es la anterior de la mandíbula y los incisivos inferiores son los dientes más comúnmente afectados.^{4,18,19}

Se puede utilizar el término de dientes de erupción temprana para los dientes natales y los neonatales. Por lo general los dientes de erupción temprana se presentan en pares y en algunas ocasiones se pueden encontrar dientes múltiples.²⁰

Los dientes de erupción temprana se pueden diferenciar de los dientes temporales porque presentan: movilidad debido al tamaño de su rafz, coloración amarillenta, son de menor tamaño, pueden presentar hipoplasia del esmalte y bordes irregulares.²¹

Los dientes natales y neonatales pueden provocar lesiones secundarias que afectan la lactancia materna ya que puede lastimar el pecho materno durante la lactancia o lesiones en base en la lengua conocidas como Úlcera de Riga-Fede.^{4,18,19}

Úlcera de Riga-Fede

La úlcera fue descrita en 1881 por el médico italiano Antonio Riga y nueve años después F. Fede publica algunos casos y sus características histológicas, debido a esto se le conoce como úlcera o enfermedad de Riga-Fede.²² Es una lesión secundaria a la presencia de dientes natales y neonatales. Los cuales producen una úlcera en la superficie ventral de la lengua, ocasionada por traumatismo provocada por los movimientos de la lengua en la alimentación y en niños con insensibilidad al dolor. Impidiendo la alimentación del bebé, provocando dolor e impidiendo el movimiento de la lengua. Puede estar asociada a desórdenes neurológicos, incluyendo el síndrome de Riley-Day, disfunción autonómica congénita, microcefalia, síndrome de Lesh Nyham y por último el síndrome de Tourette.^{4,19,23-25}

El tratamiento se puede realizar con antisépticos para evitar infecciones, si evoluciona de forma negativa se tendrá que eliminar la causa que produzca el traumatismo, esto puede hacerse desgastando la zona que produzca el problema o agregando resina.^{9,25}

Quiste de erupción

Esta lesión benigna aparece en el área de un diente en proceso de erupción desde el mes de nacido hasta los 12 meses. Se produce un aumento de volumen en los rebordes alveolares en la zona de erupción del diente. Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, en la mandíbula y se observa en la mayoría de las ocasiones del lado derecho.^{9,26-28}

El quiste de erupción se observa como una tumoración transparente a violeta o azulada, renitente y llena de líquido sobre la cresta ósea. Se menciona que su origen es derivado del epitelio reducido del esmalte o de los restos de la lámina dental.^{9,26-28}

Hematoma de erupción

Es una tumoración del tejido blando en la zona del borde alveolar cubriendo al diente en erupción. El hematoma se puede localizar con mayor frecuencia en la región del segundo molar temporal, el cual puede aparecer semanas antes de la erupción. Por lo regular no hay necesidad de tratamiento ya que el diente brota a través del tejido y el hematoma desaparece.¹⁶

Mucocele

Es una inflamación blanda, nodular de la mucosa oral con contenido salival, cuyo tamaño puede variar de 2-3mm a 1-2 cm. Se presenta con mayor frecuencia en el labio inferior, pudiendo ser de dos tipos: el quiste mucoso de retención y el de extravasación.^{4,29,30}

La lesión es redonda u oval, translúcida, de color claro si su localización es profunda puede ser azulada, si es superficial la mucosa suele ser lisa, depresible, fluctuante con tendencia al crecimiento dependiendo de la producción de moco, provocando dolor, con una incidencia de 2.5 por cada 1000. Su tratamiento requiere la remoción quirúrgica de la lesión.^{4,29,30}

Ránula

Se presenta por trauma u obstrucción de los conductos excretores de las glándulas salivales sublinguales y menos frecuentes de

las glándulas submaxilares y de las glándulas menores del piso de la boca. Es un agrandamiento de aspecto nodular liso, redondo, indoloro, de color azulado en caso de ser una lesión superficial. Puede alcanzar de 2 a 5cm de diámetro, por lo general es unilateral, pudiendo interferir en el habla y la alimentación.^{4,31,32}

Hemangioma

Es una neoplasia compuesta de endotelio vascular hiperplásico y proliferativo, su coloración es rojizo o vino, la cual aparece en el primer mes de vida. Es una lesión de rápido crecimiento, se puede encontrar en cavidad oral en el labio inferior, la lengua y mucosa. Los hemangiomas que se presentan en el neonato por lo general desaparecen espontáneamente con la edad.^{4,6,11}

Linfangioma

Es una malformación del sistema linfático la cual se caracteriza por presentar cavidades llenas de linfa con paredes de endotelio de tamaño variable, cerca del 50% encuentra en el área de la cabeza y cuello. Se pueden encontrar desde el momento del nacimiento o durante los primeros años de vida. La zona en donde se localizan es en la parte posterior de la lengua, en labios, mucosa yugal, paladar blando y el suelo boca.^{4,6,11}

Candidiasis

Es una de las micosis superficiales de la boca, producido por la *Candida albicans* el cual se encuentra en boca normalmente pero puede cambiar a ser un patógeno. Es la infección fúngica más común la cual se puede manifestar como efecto adverso a cierta terapia farmacológica como el uso de corticoesteroides tópicos o inhalados, utilizados comúnmente para el tratamiento del asma bronquial y las enfermedades mucosas orales. Se presenta con frecuencia en los lactantes, probablemente debido a su sistema inmunitario inmaduro y a su paso por el canal del parto, sin olvidar la posibilidad de infección exógena fúngica por la utilización de chupete. Se presenta como placas blanquecinas algodonosas no adherentes fáciles de desprender, dejando la mucosa eritematosa debajo, en ocasiones dejando sensación de quemazón o ardor.^{2,4,29,33}

Bibliografía

- 1.-Venturado, J., Tatum, K. Patología oral del recién nacido. Rev Soc Bol Ped 2006; 45(2): 112-115.
- 2.-Ribao-Crespo, M.R., Planells-del Pozo, P., Ribao-García, R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10: 376-87.
- 3.-Schmitt-Eger, B., Guzzi, H., Damo, N., Araújo-Marchiori, S., Farías Gouveia, Ma. Características da Cavidade Oral de Bebês Recém-Nascidos, Blumenau/SC. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa. 2012. 12(1):89-92.
- 4.-Angulo-Espinoza, Ma., Teja-Angeles, E., Duran-Gutiérrez, A. El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido. Acta Pediatr Mex. 2013;34: 196-204.
- 5.-Gava-Gomes, L., Jesus, A., Konstansky-Novais, R. Avaliação da percepção materna e freqüência de alterações bucais em recém-nascidos do Hospital Regional do Presidente Prudente – SP. Colloquium Vitae. 2010;2(1): 34-40.
- 6.-Revuelta, R. La cavidad bucal del nacimiento a la infancia: Desarrollo, patologías y cuidados. Perinatal Reprod Hum 2009; 23 (2): 82-89.
- 7.-De Figueiredo, L., Ferelle, A., Issao, M. Odontología para el bebé, odontopediatría desde el

- nacimiento hasta los 3 años. AMOLCA. São Paulo. 2000: 47-51.
- 8.-Villena, R., Nahas, M. Características del sistema Estomatognáthico y algunas anomalías del recién nacido. Capítulo 6. Nahas M. Odontopediatría en la primera infancia. SANTOS. São Paulo. 2009: 71-3.
- 9.-Barberá, E. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. Ripano. España. 2005: 27-8.
- 10.-Mateu, A., Ferrando, F., Espinoza, J., Jiménez, A., Fuertes, A., Marquina, A. Épulis Congénito. Med Clín Iber Am. 2004; 32 (4):173-5.
- 11.-García de Paula, F., Manfrin Arnez, M., Mussolini de Queiroz, A., Borsatto, M. The most relevant non odontogenic tumors found in children oral cavity. Revista de Odontología da Universidade Cidade de São Paulo. 2010; 22(2): 138-46.
- 12.-Braga-Tavares, H., Santos, H., M-Pinto, I., De Sousa, P. Epulis Congénito. Cir Pediatr. 2009; 22 (1):49-51.
- 13.-Gómez-Tellado, J., Midon, J., Méndez, T., Rey, J., Montero, M., País, E., Vela, D. Caramés, J., Candal, J. Tumor gingival benigno de células granulares en el recién nacido: Épulis congénito. An Esp Pediatr. 1996; 45:519-21.
- 14.-Kizlansky, V., Saint, D., Casas, G., Brunacci, P., Andrés, G., Clericó, P. Épulis Congénito. Dermatol Pediatr Lat. 2009; 7 (3): 38-41.
- 15.-González-Solis, A., Teja-Ángeles, E., Téllez-Rodríguez, J. Épulis congénito: presentación de un caso clínico. Acta Pediatr Mex. 2007; 28 (5):198-200.
- 16.-Moreira Machado, M., Bonifacio da Silva, S., Camargo Abdo, R. Odontología en Bebés – Protocolos Clínicos, Preventivas y Restauradoras. Santos Editorial. São Paulo. 2009.
- 17.-Fierro, C., Bravo, L., Torres, F., Álvarez, H., Pérez, A. Dientes natales, revisión bibliográfica y caso clínico. Int. J. Odontostomatol. 2010;4(2):105-10.
- 18.-Miegimolle Herrero, M. Planells del Pozo P., Barberá Leachea E. Atención temprana en la infancia: dientes natales y neonatales. Odontol Pediatr. 2002; 10(1):31-4.
- 19.-Souza, 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. Odontostomatol. 2011; 27 (5): 253-8.
- 20.-López, R., Jiménez, N., Pérez, L., García, R., Urdaneta, M. Dientes de erupción temprana: reporte de un caso. Revista Odontológica de los Andes. 2012; 7 (2):54-9.
- 21.-Teja-Ángeles, E., Duran-Gutiérrez, L., Zurita-Bautista, Y. Dientes natales y neonatales. Acta Pediatr Mex. 2011; 32 (6):351-2.
- 22.-Guzmán, A., Mendoza, G. Dientes natales y enfermedad de Riga Fede. Dermatol Pediatr Lat. 2005; 3 (2):152-7.
- 23.-Costacurta, M., Maturo, P., Dacimo, R. Riga-Fede disease and neonatal teeth. Oral Implantol 2012;5:26-30.
- 24.-Baldani, M., Lopes, I., Scheidt, A. Prevalência de alterações bucais em crianças atendidas nas clínicas de bebês públicos de Ponta Grossa - PR, Brasil. Pesqui Odontol Bras.2001;15(4): 302-307.
- 25.-Moreira, M., Bonifacio, S., Camargo, R., Tomio, A., Arrais, E., Benjamina, G., Marques, H., Pires, M., Calvo, M., Marchini, T., Cruveniel, T. Odontología em Bebés. SANTOS. São Paulo. 2005: 48-50.
- 26.-Rodríguez-García, L., Guiardino-Martínez, R., Arte-Loriga, M., Blanco-Ruiz, A. Quistes de los maxilares. Revisión bibliográfica. Rev Cubana Estomatol. 2006; 43(4); [citado 2015-04-22]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=5003475072006000400006&lng=pt&nm=iso>.
- 27.-Vega-Ulauradó, A., Ayuso-Montero, R., Teixidor Olmo, I., Solas Enric, J., Marl Roig, A., López López, J. Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos. Revisión. avances en odontoestomatología. 2013; 29(2):1-13.
- 28.-Magaña-Pérez, M., Robles-Andrade, M., Guerrero-Sierra, C. Alteraciones bucales del recién nacido. Revista ADM. 2014;71 (3):115-9.
- 29.-Folgás-Franco, J. Patología Bucal. Pediatr Integral 2011; 15(1): 33-40.
- 30.-Ata-Ali, J., Carrillo, C., Bonet, C., Balaguer, J., Peñarrocha, M., Peñarrocha, M. Oral mucocele: review of the literature. J Clin Exp Dent. 2010;2(1):18-21.
- 31.-Cabello, C., García, K. Ranula sublingual: presentación de un paciente Medicentro. 2011; 15 (3):1-3.
- 32.-Bonet-Colomo, C., Minguez-Martínez, I., Alay-Prósper, A., Galán-Gil, S., Peñarrocha-Diago, M., Minguez-Sanz, J.M. Pediatric oral ranula: Clinical follow-up study of 57 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011;16 (2):158-62.
- 33.-González, R., Bologno, R., Nevarez, A., Carreón, R. Lesiones frecuentes de la mucosa bucal en niños y adolescentes. Revista ADM. 2011; LXVII (1): 17-24.