

El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido

Dra. María de los Ángeles Angulo-Espinoza *, Dr. Eduardo de la Teja-Ángeles **, Dr. Américo Duran-Gutiérrez ***

RESUMEN

El conocimiento de la patología bucal del recién nacido es importante para reconocer, diagnosticar y abordar adecuadamente, no solo por el estomatólogo pediatra sino también por los médicos pediatras que tienen el primer contacto con el recién nacido. La cavidad bucal del recién nacido tiene características anatómicas específicas que ambos profesionales deben conocer para diferenciarlas de alteraciones bucales benignas, como nódulos de Bohn, perlas de Epstein, gránulos de Fordyce, ulcera de Riga Fede, hematoma de erupción, candidosis, herpes simple, erupción dental difícil, Linfangioma, dientes natales y neonatales. Requieren tratamiento quirúrgico el epulis congénito, el mucocele, la ránula y el hemangioma. El éxito del tratamiento se basa en un buen diagnóstico y un tratamiento interdisciplinario. El presente artículo menciona las patologías bucales más frecuentes del recién nacido y ubica al pediatra (no estomatólogo) mediante recomendaciones prácticas para su tratamiento temprano y oportuno.

Palabras clave: Patología bucal benigna, patología oral, recién nacido, nódulos de Bohn, Riga Fede, epulis, mucocele.

ABSTRACT

Knowledge of oral pathology of the newborn is important for the pediatric odontologist and also for pediatricians in order to diagnose and adequately approach it. The newborn oral cavity has specific anatomical features which health care team must know how to identify benign oral conditions. The more common are: Bohn nodules, Epstein pearls, Fordyce granules, Riga Fede ulcer, eruption hematoma, candidiasis, herpes simplex, difficult dental eruption, lymphangioma, natal and neonatal teeth. For those teeth whether or no they have carried or worn edges should be pulled out if they affect oral function or if they are the cause of Riga Fede ulceration. Surgical treatment is also indicated for congenital epulis, mucocele, ranula and hemangioma. A successful treatment, is based on a good diagnosis and interdisciplinary treatment. This article briefly describes the most common oral conditions of newborns in order to orient the specialist (not the dentist) with practical recommendations for early and timely treatment.

Keywords: Benign oral pathology, oral pathology, newborn, Bohn's nodules, Riga Fede, epulis, mucocele.

- * Residente de segundo año de la Especialidad de Estomatología Pediátrica
** Jefe de Servicio y Profesor Titular del Curso de Estomatología Pediátrica
*** Profesor Adjunto de la Especialidad Instituto Nacional de Pediatría

Correspondencia: Dr. Américo Duran-Gutiérrez. Servicio de Estomatología Pediátrica. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700 C, Insurgentes Cuicuilco. Delegación Coyoacán, México D.F., CP 04530. Teléfono: 10840900 Ext. 1226, 1219; Correo electrónico: dr_americo@hotmail.com.

Recibido: agosto, 2012.
Aceptado: mayo, 2013.

Este artículo debe citarse como: Angulo-Espinoza MA, de la Teja-Ángeles E, Durán-Gutiérrez A. El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido. Acta Pediatr Mex 2013;34:196-204.

www.nietoeditores.com.mx

La estomatología tiene un gran vínculo con la neonatología y la pediatría debido a que es el médico quien hace una valoración inicial de la salud bucal del recién nacido, para diagnosticar alguna anomalía bucal. Por eso es necesario que el pediatra identifique la anatomía normal de la cavidad bucal del bebé y que conozca las patologías bucales benignas que existan; que sepa cuál es su tratamiento. Así podrá dar una mejor asesoría a los padres, solicitar interconsulta con el estomatólogo y en tal forma se dará tratamiento interdisciplinario. En este trabajo se revisa la literatura del tema y se propone una guía clínica dirigida al pediatra para el diagnóstico y el tratamiento de estas patologías.

CAVIDAD BUCAL DEL RECIEN NACIDO

El recién nacido tiene características estructurales bucales propias de la edad: En la porción media del borde bermellón del labio superior se pueden observar el llamado *callo de succión*¹ con múltiples elevaciones que tienden a aumentar de volumen cuando están en contacto con el pecho materno. En su porción interna y media existe el *frenillo labial*; lateralmente están los *frenillos o bridas laterales* que auxilian la fijación del labio en el maxilar; muestran los rodetes gingivales superior e inferior en los cuales se observan 20 almohadillas gingivales que corresponden a los 20 futuros dientes temporales, siendo la región canina la más evidente. En la bóveda palatina en la zona anterior se observa la *papila palatina* y las *rugosidades o rugas palatinas*; en la porción media y posterior está el *rafe palatino* medio que representa la unión de los huesos.

Según Moyers la forma de la apófisis alveolar es redondeada en el maxilar y en forma de U en la mandíbula, y contactan entre sí en la parte posterior. En la parte anterior existe un espacio entre los maxilares, sirve para que el bebé obtenga un sellado correcto de la cavidad bucal adaptándose al pecho de la madre para realizar la succión perfectamente². La relación entre los rodetes superior saliente y el inferior retraído ocurre con una discrepancia media de 5 a 6 mm. Según Van Der Haven y cols.³ los valores mayores predicen alteración en la relación de los maxilares como la micrognasia, protrusión maxilar o ambos.

En la línea media interna del labio inferior; está el *frenillo labial inferior* uniendo la porción interna del labio al tercio gingival, lateralmente están las *bridas* que son menos desarrolladas que las del arco superior. Debajo de la lengua se encuentran el *piso* y el *frenillo lingual*. En ambos rodetes superior e inferior, sobre la región de los incisivos y caninos existe el *cordón fibroso de Robin y Majitot*, bien desarrollado en el recién nacido que después va desapareciendo al momento de la erupción dental.⁴

Los primeros dientes que erupcionan son los incisivos centrales a los seis meses de vida aproximadamente, seguidos por los incisivos laterales, primeros molares, caninos y segundos molares; los inferiores primero que los superiores.⁵

La boca es de gran importancia para el bebé, ya que además de la alimentación, se relaciona con el medio ambiente. Es una zona muy sensible, que capta las mayo-

res sensaciones de placer. Los reflejos infantiles ocurren cuando el bebé se alimenta: el reflejo de búsqueda o de rotación, los reflejos de succión y deglución.²

La boca tiene además funciones muy importantes para el crecimiento y desarrollo óptimo como: alimentación, respiración (normalmente el recién nacido es respirador nasal, pero puede empezar con el mal hábito de respirar por la boca) y reconocimiento de su entorno, por lo cual requiere cuidados especiales^{5,6}.

PATOLOGÍA BENIGNA DEL RECIEN NACIDO

El conocimiento de la patología bucal del recién nacido es fundamental para el clínico que trabaja con bebés. El diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento adecuados son necesarios. Las patologías bucales son variadas; lo más importante es verificar que no interfieran con la fisiología normal del bebé; ya que si éste no puede alimentarse, respirar o tener una calidad de vida adecuada el médico deberá intervenir de manera inmediata para prevenir alteraciones en el crecimiento y el desarrollo; en cambio, si la patología es benigna y no interfiere con la fisiología normal, se mantendrá un enfoque conservador en la inteligencia de que algunas de estas patologías son autolimitadas o requieren tratamiento mínimo (Cuadro 1).

ANÁLISIS

La patología bucal benigna del recién nacido es un tema que el estomatólogo pediatra, el pediatra, el neonatólogo y cualquier especialista en el cuidado de la salud del paciente pediátrico debe conocer para intervenir de manera interdisciplinaria, en el tratamiento o para el asesoramiento a la madre. Tienen la responsabilidad de buscar y detectar patologías que puedan interferir con la alimentación del niño y tratarlas de inmediato. Existen otras alteraciones que, si bien no tienen gran significado clínico, deben ser detectadas y explicadas a la madre y al personal de salud²⁹. Al realizar la revisión del bebé desde el nacimiento se pueden detectar varias patologías que deben tratarse para prevenir algún problema en su crecimiento y desarrollo, como sucede cuando hay candidiasis en recién nacidos de bajo peso³⁰.

Varios autores mencionan el tratamiento interdisciplinario del bebé debido a que el desconocimiento de algunas patologías puede llevar a diagnósticos equivocados y tratamientos incorrectos o iatrogénicos.

Cuadro 1. (Continúa en la siguiente página)

| Nombre de la Patología | Etiología | Características clínicas | Diagnóstico | Tratamiento | Recomendaciones para el pediatra |
|---|---|---|---------------------------|---|---|
| Nódulos de Bonh ⁷ Fig 1 | Pequeños remanentes de glándulas salivales constituidas por epitelio plano estratificado y una trama de tejido conectivo fibroso que contiene en su espesor ácidos mucosos y conductos excretores glandulares bien formados | Lesiones quísticas parecidas a las perlas de Epstein, frecuentemente pueden verse en el borde alveolar, por sus caras vestibulares, palatinas y linguales, lesiones de pequeño tamaño de color blanquecino | Clinico | No requieren tratamiento, involucionan con el tiempo | Autolimitado |
| Perlas de Epstein | Derivadas de las células ectodérmicas residuales que los cubren y su contenido es queratina | Tumorações quísticas pequeñas de 0.5 a 3 mm de diámetro, de color aperlado, localizadas en la línea media del paladar (rafe medio) | Clinico | Involucionan solos | Autolimitado |
| Gránulos de Fordyce ^{8, 9} | Quistes epiteliales llenos de queratina | Son pápulas de color blanco aperlado o amarillento de 1 a 2 mm de diámetro | Clinico | Involucionan solas | Componente anatómico normal |
| Epulis congénito ^{10, 11, 12, 13} | Tejido mesenquimatoso | Tumor benigno de la infancia, puede medir desde unos milímetros hasta varios centímetros de diámetro, del color de la mucosa bucal. Es tres veces más frecuente en el maxilar que en la mandíbula del lado derecho en el área correspondiente al incisivo lateral y canino y en sexo femenino | Clinico e histopatológico | Quirúrgico | Valorar si no complica la alimentación y respiración, asesoría al cirujano maxilofacial en caso de requerir tratamiento quirúrgico |
| Dientes natales ^{14, 15, 16} fig.2 | No ha sido exactamente establecida se le considera causa Genética (autosómico dominante), Hipovitaminosis, estimulación hormonal, etcétera. | Dientes que erupcionan prematuramente; al nacimiento, pueden ser o no parte de la fórmula dentaria | Clinico | 1. Extracción (sólo si hay exagerada movilidad la cual al desprenderse puede ocasionar aspiración y obstruir vía aérea). 2. Desgaste de bordes filosos. 3. No realizar la extracción antes de 10 a 14 días porque el niño no produce vitamina K | Valorar movilidad, si no es exagerada, Desgaste selectivo con alguna lija de agua, si se sospecha posible desprendimiento y broncoaspiración, realizar exodoncia previa aplicación de vitamina k y anestesia tópica con una gasa. |
| Dientes neonatales ^{17, 18} | Item dientes natales | Dientes que erupcionan 30 días después del nacimiento | Clinico | Item dientes natales | Lo mismo para dientes natales, y pedir interconsulta a especialista, vigilar cambios en la alimentación al momento de la erupción del diente. |

Cuadro 1. (Continúa en la siguiente página)

| Nombre de la Patología | Etiología | Características clínicas | Diagnóstico | Tratamiento | Recomendaciones para el pediatra |
|--|---|---|----------------------------------|---|---|
| <p>Úlcera de Riga-Fede ¹⁹. Fig.3 ²⁰</p> | <p>Roce de la lengua en su región ventral contra el borde de los dientes natales, neonatales o dientes temporales recién erupcionados y filosos.</p> | <p>Proceso inflamatorio poco frecuente y benigno que inicia por reacción de una úlcera traumática, es extremadamente rara, ubicada en la cara ventral de la lengua a ambos lados del frenillo de aproximadamente 1 a 2 cm</p> | <p>Clinico e histopatológico</p> | <p>Si el diente es de la serie normal lo único que podemos a realizar es el pulido de la zona aguda para disminuir la molestia tanto de la madre y del niño, se realiza con discos esféricos para resinas</p> | <p>Si la lesión persiste después del tratamiento conservador puede ser que presente un desorden neurológico. El fallo del diagnóstico y tratamiento ocasionar un rechazo del niño al biberón, a la lactancia, o inadecuada succión y alimentación, retardo del crecimiento, deformidad lingual permanente. Si no desaparece después de quitar factor etiológico tomar biopsia</p> |
| <p>Quiste o hematoma de la erupción ²¹.</p> | <p>Causa no determinada con exactitud pero se atribuye a cambios degenerativos quísticos en la terminación de esmalte epitelio reducido a raíz de la amelogénesis. Otros sugieren que el quiste se desarrolla a partir de los restos epiteliales de la lamina dental, que recubre el diente en erupción</p> | <p>Tumefacción gingival generalmente aparece en la zona anatómica a los incisivos inferiores, se producen en los dientes que están recubiertos por mucosa y que están a punto de erupcionar. El quiste aparece de color azul, transparente, compresible, elevado, en forma de cúpula lesión del reborde alveolar</p> | <p>Clinico e histopatológico</p> | <p>Involuciona solo al erupcionar el diente, si después de 5 meses esto no sucede se procede a tratamiento quirúrgico (marsupialización del quiste)</p> | <p>Valorar si la lesión por su tamaño no provoque dificultad para alimentarse o respirar, pedir asesoría a Estomatólogo pediatra o cirujano maxilofacial</p> |
| <p>Mucocele ^{7,22}.</p> | <p>Traumatismo que lesione los conductos excretorios de las glándulas salivales accesorias</p> | <p>Se ve mas frecuente en niños y adolescentes, se localiza en el labio inferior por excelencia, pero puede estar en la mucosa yugal, paladar, cara ventral lingual y otros sitios; siendo una lesión redonda u oval, translúcida, de color claro si su localización es profunda o azulado, si es superficial la mucosa suele ser lisa, depresible, fluctuante con tendencia la crecimiento dependiendo de la producción de moco, a veces hay dolor</p> | <p>Clinico e histopatológico</p> | <p>Es quirúrgico y requiere extirpación del quiste y las glándulas del lecho de la lesión hasta llegar al plano muscular para evitar las recidivas</p> | <p>Remisión a especialista para tratamiento interdisciplinario en el momento que la presenta, porque es el momento adecuado para valorar y extirpar la glándula involucrada</p> |

Cuadro 1. (Continúa en la siguiente página)

| Nombre de la Patología | Etiología | Características clínicas | Diagnóstico | Tratamiento | Recomendaciones para el pediatra |
|-----------------------------------|--|---|--|--|--|
| Ránula ²² fig.4 | Trauma u obstrucción por sialolitos o estenosis de los conductos excretores de las glándulas salivales sublinguales y menos frecuente de las glándulas submaxilares y de las glándulas menores del piso de la boca | Agrandamiento de aspecto nodular liso, redondeado, fluctuante e indoloro, de color azulado; pero si la lesión es profunda, el color es de la mucosa normal; su tamaño oscila entre pocos milímetros a varios centímetros, por lo general es unilateral | Clínico y radiográfico | Remoción quirúrgica, especialización o crioterapia | Valorar hospitalización si considera obstrucción de vía aérea por su tamaño, y manejo interdisciplinario con estomatólogo pediatra y cirujano maxilofacial |
| Hemangioma ²³ | Expresión aumentada del factor de crecimiento fibroblástico (FGF), factor de crecimiento vascular endotelial, el antígeno celular de proliferación nuclear y la colagenasa tipo IV | Neoplasia compuesta de endotelio vascular Hiperplásico y proliferativo. Constituye lesiones dinámicas que tienen un rápido crecimiento postnatal, es común encontrarlos en región pre auricular, mejilla, cara anterior de cuello, y/o labio inferior, también se puede localizar en mucosa bucal, de color rojizo o vino | Clínico y exámenes complementarios diagnósticos como TAC, RMN, Laringoscopia, angiografía, angiorrresonancia, examen oftálmico dependiendo de la zona ubicada para prevenir otras complicaciones o determinar el diagnóstico | El tratamiento debe prevenir complicaciones, desfiguraciones permanentes, reducir estrés psicosocial, el tratamiento indicado se evalúa de acuerdo al tipo de lesión, zona en la que se involucra solo o se valora Tx quirúrgico | Manejo interdisciplinario, descartar alguna complicación, por la zona de localización, asesoramiento a los padres. Averiguar si no tiene un factor genético asociado |
| Linfangioma²⁴ | Malformaciones del sistema linfático | Cavidades llenas de linfa con paredes de endotelio linfático de tamaño variable, desde espacios microscópicos a grandes quistes de varios centímetros de diámetro. principalmente pediátrica aunque existen casos descritos en adultos, cerca del 50% se ubica en la cabeza y cuello | Clínico confirmado con ecografía axial computada (TAC) Y resonancia nuclear magnética (RNM). | Cirugía e inyecciones intralesionales de sustancias esclerosantes (OK-432) | Tratamiento interdisciplinario. Averiguar si no tiene factor genético asociado |
| Candidosis ²⁵ | Candida albicans | Placas blanquecinas no adherentes fáciles de desprender, dejando la mucosa eritematosa debajo, en ocasiones sensación de quemazón o ardor | Clínico Corroborado con la prueba KOH | Anti fúngicos locales o sistémicos, higiene oral | Valorar si es sólo mala higiene bucal y si no es así, hacer prueba diagnóstica e iniciar tratamiento. Valorar inmunosupresión |

Cuadro 1. (Continuación)

| Nombre de la Patología | Etiología | Características clínicas | Diagnóstico | Tratamiento | Recomendaciones para el pediatra |
|---------------------------------------|---|--|-------------|--|--|
| Herpes simple tipo II ²⁶ . | Virus ADN perteneciente a la familia Herpesviridae y conocido como virus del herpes simple | Acúmulos de vesículas, que se erosionan y cubren de una membrana amarillenta a la mucosa bucal, paladar, lengua, labios y encías, con edema interapilar y marginal. Se acompaña de fiebre, artralgias, cefalea, adenopatía cervical, disfagia y deshidratación secundaria. | Clínico | Aciclovir tópico o por vía oral valaciclovir o famciclovir e higiene bucal además de enjuagues meloxibenedryl antes de comer y después de la higiene bucal enjuagues con bicarbonato bucal enjuagues con biphosfatos para aumentar el PH de la mucosa. Valorar inmunosupresión | El éxito de este tratamiento no es solo el tratamiento con medicamento si no el conjunto de la higiene bucal y los enjuagues con bicarbonato para aumentar el PH de la mucosa. Valorar inmunosupresión |
| Erupción difícil ^{27, 28} . | Desconocida, se le atribuye a dientes supernumerarios, anquilosis, quistes, erupción ectópica, tumores odontogénicos/no odontogénicos, deficiencias nutricionales, infección por VIH, síndrome de Gardner, etc. | Retraso en el tiempo de erupción de algún órgano dentario, con subsecuentes molestias como dolor, inflamación y exagerada salivación | Clínico | Sintomático y uso de masajeadores gingivales | Valorar edad de erupción dental normal, todos los signos externos a los mencionados por erupción difícil son causados por otra patología o por la deficiente higiene y cuidados de la madre. Vigilar deshidratación e hipoxemia. |



Figura 1. Dientes natales y úlcera de Riga-Fede; 98% de estos dientes pertenecen a la fórmula dentaria, la úlcera persistirá hasta eliminar el factor causal: limar dientes o retirarlos si hay el riesgo de broncoaspirarlos.



Figura 2. Es importante valorar si el tamaño de la ranula, impide la alimentación o la respiración; si es necesario el tratamiento quirúrgico y valorar la posible recidiva.

Ribes y cols. hacen hincapié en el diagnóstico interdisciplinario de las lesiones cutáneas para evitar iatrogenias⁹. Guzman y cols. comentan que el diagnóstico de úlcera de Riga Fede debe ser realizado por el dermatólogo, el dermatólogo pediatra y el pediatra para dar mejor calidad y seguridad de tratamiento¹⁹. Aleman Navas y cols. también



Figura 3. Nódulos de Bohn comúnmente confundidos con órganos dentarios cuando el clínico no conoce esta patología benigna.



Figura 4. La presencia de dientes natales superiores es poco común (11%), mientras que la de los inferiores es de 85%.

mencionan la importancia de hacer un análisis adecuado de la clínica para el éxito su tratamiento²¹.

CONCLUSIONES

La revisión de trabajos de autores que abordan la patología bucal benigna del recién nacido, indica que no se deben desconocer los aspectos estomatológicos del bebé y que es importante incluir en la enseñanza de los médicos, pediatras y neonatólogos, temas relacionados con la patología bucal benigna del recién nacido.

El tratamiento interdisciplinario entre estomatólogo y médicos encargados de la salud del niño permite valorar su crecimiento y desarrollo maxilofacial, detectar patologías tempranas y dar asesoramiento sobre cómo tratar y dar seguimiento a los pacientes, aun en caso de no presentar ninguna patología. Además, el pediatra puede y debe realizar algunos procedimientos para prevenir complicaciones y hacer diagnóstico oportuno y derivación si se encuentra en un centro de salud donde no exista algún especialista al que pueda remitirlo.

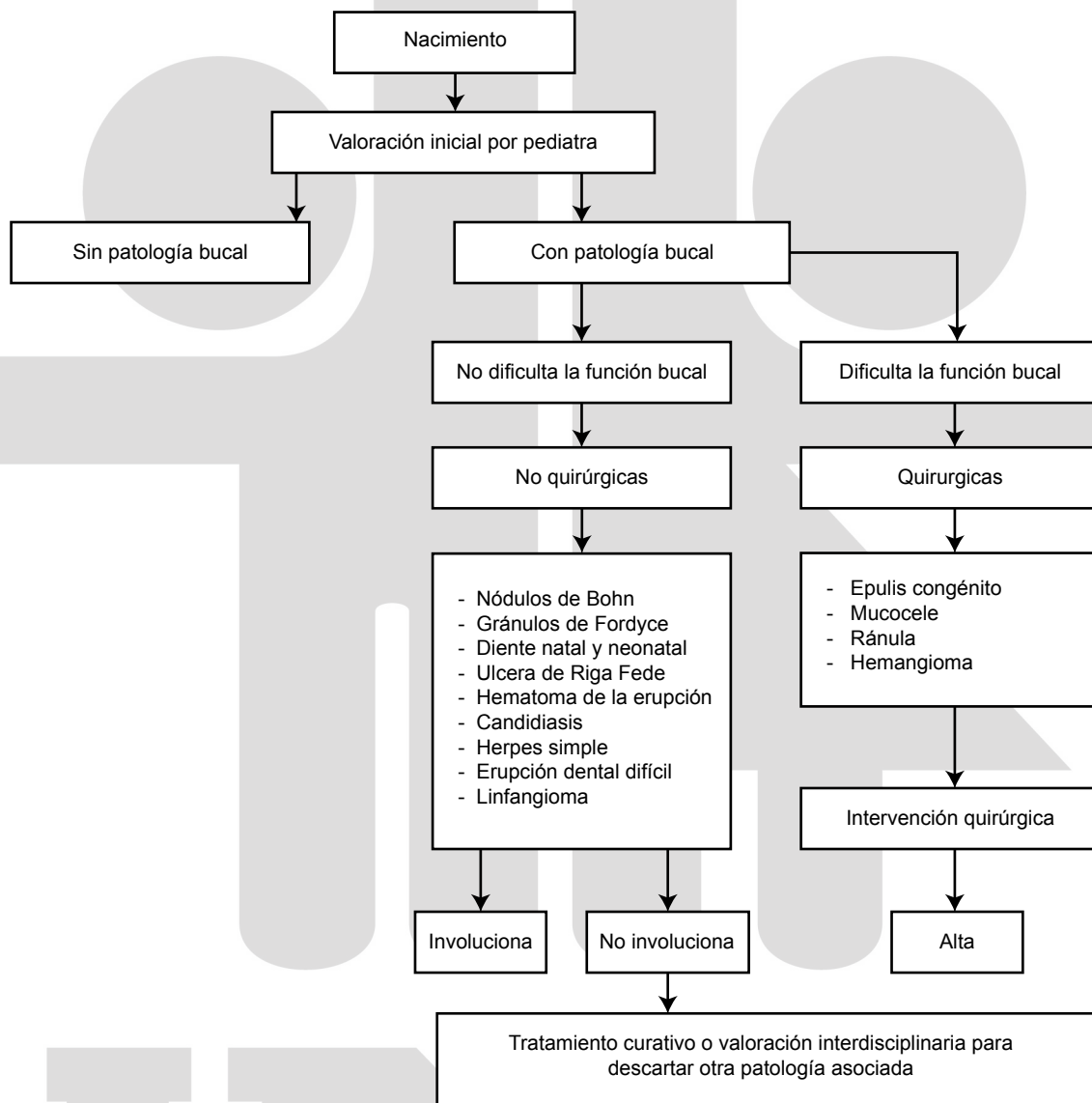


Figura 5. Rutas diagnósticas en casos de patología benigna del recién nacido

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ventiades FJ, Tattum BK. Patología oral del recién nacido. Rev Soc Bol Ped. 2006;45:112-5.
- Nahás NS, Corrêa P. Características del sistema estomatognático y algunas anomalías del recién nacido. 1ª Ed. Odontología de la primera infancia. Ed. Santos; 2010. p. 61-74.
- Van Der Haven I, Mulder W, Van Der Wal K, Hage J, de Lange-de Klerk ES, Haumann TJ. The jaw index: New guide defining micrognathia in newborns. Cleft Palate Craniofac J. 1997;34(3):240-1.
- McDonald RE, Avery DR. Principios de Patología estomatológica. En: Odontología pediátrica y del Adolescente. 6a. ed. Buenos Aires. Ed. Harcourt Brace; 1998. p. 234-44.
- Bezerra da Silva LA. Tratado de odontopediatría. Tomo 2. Amolca. Odontología para bebés. Ed. AMOLCA; 2008. p. 787-90.
- Bezerra da Silva LA. Tratado de odontopediatría. Tomo 1. Amolca. Cronología y secuencia de la erupción dental. Ed. Amolca; 2008. p. 74-5.
- Pizzi de Parra N. La Dermatología Infantil y su vinculación con otras disciplinas: Patología de la Boca. En: Máximo J, Pueyo S

- (Ed): Dermatología infantil en la clínica pediátrica. 1ª Edición. Buenos Aires: Artes graficas Bushi S.A. de Argentina; 1999. p. 445.
8. Rioboo CM, Planells PP, Rioboo GR. Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños. *Med Oral Patol Oral Cir Buc.* 2005;10:376-87.
 9. Ribes C, Moraga FA. Recién nacido: lesiones cutáneas benignas transitorias. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica.* Madris: Ed. Monpharma; 2003. p. 272.
 10. Pinto A. Soft tissue lesion. *Dent Clin North Am.* 2005;49:241-58.
 11. Karthiga KS, Rajesh R. Congenital epulis-congenital granular cell lesion: A case report. *J Indian Soc. Ped Prev Dent.* 2006;24:104-6.
 12. De la Teja AE, Cadena GA, Escudero CA, Sánchez MRM. Patología bucal. En: Rodríguez WMA, Udaeta ME. *Neonatología Clínica.* México: McGraw-Hill; 2003. p. 191-205.
 13. De la Teja AE, Cadena GA. Patología Bucal. En: Rodríguez WMA, Udaeta ME. *Neonatología Clínica.* México: McGraw-Hill Interamericana; 2003. p. 197.
 14. González SA, De la Teja AE, Téllez RJ. Épulis congénito: presentación de un caso clínico. *Acta Pediatr Mex.* 2007;28:198-200.
 15. Varela M. Problemas bucodentales en pediatría. Madrid: Ergon; 1999. p. 29-31.
 16. Walter, LRF, Ferrelle A, ISSAO. *Odontología para o bebé.* Sao Paulo: Artes Médicas; 1996. p. 49-50.
 17. Soto QA, Calderón RE. Dientes natales y neonatales. Caso clínico. *Arch Inv Mat Inf.* 2009;1:18-19
 18. De Almeida CM, Gomide MR. Prevalence of natal/ neonatal teeth in cleft lip and palate infants. *Cleft Palate Craniofac J.* 1996;33:297-9.
 19. Guzmán A, Mendoza G. Dientes natales y enfermedad de Riga Fede. *Dermatol Pediatr Lat.* 2005;3:152-7.
 20. Ceyhan AM, Yildirim M, Basak PY, Akkaya VB, Ayata A. Traumatic lingual ulcer in a child: Riga-Fede disease. *Clin Exper Dermatol* 2008;34:186-8.
 21. Alemán NR, Martínez MM, Leonardo MR, Bezerra da Silva RA, Herrera WH, Piccolo Herrera H. Congenital Eruption Cyst: A Case Report. *Braz Dent J.* 2010;2: 259-62.
 22. Stewart JC. Tumores Benignos no odontógenos, En: Regezzi JA, Sciubba J. (Ed): *Patología bucal: correlaciones clínico patológicas.* 3ra Edición. Mex. DF: Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A de C.V de México; 2000. p. 360-83.
 23. Shering S, Sarmiento FGR, Valle LE. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de los hemangiomas. *Rev Argent Dermatol.* 2006;87:54-66.
 24. Zavala BA, Maira EA, Montes CP, Zuñiga RS, Navarrete HA, Shuhei O. Linfangiomas cérvico faciales pediátricos tratamiento con OK-432. *Rev otorrinolaringol cir cab-cuello.* 2001;61:37-42.
 25. Ramos-Gomez F. Dental considerations for the pediatric AIDS/HIV patient. *Oral Dis.* 2002;8:49-54.
 26. Regezzi JA, Sciubba JJ. Enfermedades vesiculobulosas, (Ed): *Patología bucal: correlaciones clínico patológicas,* 3ra Edición. Mex. DF: Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A de C.V de México; 2000. p. 1-30.
 27. Cuadros C, Rubert A, Guinot F, Bellet LJ. Etiología del retraso de la erupción dental. Revisión bibliográfica. *DENTUM.* 2008;8:155-66.
 28. Foguel CG. Signos y síntomas atribuidos a la erupción dentaria en los niños. Una aproximación histórica (segunda parte). *Arch Argent Pediatr.* 2004;102:85-9.
 29. Olivar BA. Valoración estomatológica del recién nacido. *Rev Fed Odontol Colomb.* 1998;56:34-42.
 30. Bustos BR, Copaja LD, Bancalari MA Candidiasis congénita en un recién nacido de muy bajo peso. *Rev Chil Pediatr.* 2003;74:193-6.